

Meedoen met beperkingen

Meedoen met beperkingen

Rapportage gehandicapten 2007

Mirjam de Klerk (red.)



Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, juli 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 2007/14

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Opmaak figuren: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

© Omslagillustraties: CG-raad, Utrecht (Internationaal Toegankelijkheids Symbool); Paolo Renna, Veldhoven (in bewerking van Ien van Laanen, Amsterdam).

Druk lenticulair: Drukkerij Mercurius, Wormerveer

ISBN 978-90-377-0310-8

NUR 740

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.

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

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: www.scp.nl

E-mail: info@scp.nl

Inhoud

Voorwoord	9
Samenvatting	11
1 Participatie van mensen met beperkingen <i>Mirjam de Klerk</i>	19
1.1 Brede rapportage gehandicapten	19
1.2 Vraagstellingen	20
1.3 Overheidsbeleid ten aanzien van mensen met beperkingen	21
1.4 Alleen mensen met lichamelijke beperkingen in dit rapport	24
1.5 Terminologie	25
1.6 Databronnen	27
1.7 Indicatoren voor lichamelijke beperkingen	28
Noten	30
2 Aantal mensen met beperkingen <i>Mirjam de Klerk</i>	31
2.1 Zichtbaarheid van beperkingen	31
2.2 Aantal mensen met beperking	33
2.2.1 Motorische beperkingen	34
2.2.2 Visuele beperkingen	34
2.2.3 Auditieve beperkingen	35
2.2.4 Combinatie van beperkingen	35
2.2.5 Vergelijking SCP-maat en OESO-maat voor beperkingen	37
2.3 Kenmerken van mensen met beperkingen	39
2.4 Gevolgen van beperkingen	40
2.5 Samenvatting	42
Noten	44
3 Onderwijs <i>Ria Bronneman-Helmers</i>	45
3.1 Basis- en voortgezet onderwijs	45
3.1.1 Het speciaal onderwijs	45
3.1.2 Ambulante begeleiding in het basisonderwijs	47
3.1.3 Het voortgezet speciaal onderwijs	49
3.1.4 Ambulante begeleiding in het voortgezet onderwijs	49
3.1.5 Praktijkonderwijs	50
3.1.6 Wachtljsten in het (voortgezet) speciaal onderwijs	51
3.1.7 Wachtljsten voor ambulante begeleiding	52

3.1.8	Aanname- en plaatsingsbeleid van rugzakleerlingen	52
3.1.9	De resultaten in het regulier en speciaal onderwijs	53
3.2	Middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs	53
3.2.1	Deelnemers met beperkingen in het middelbaar beroepsonderwijs	54
3.2.2	Deelnemers met beperkingen in het hoger onderwijs	55
3.3	Ervaringen van ouders, scholieren en studenten	56
3.3.1	Ouders	56
3.3.2	Leerlingen en studenten in het middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs	57
3.4	Toekomstige ontwikkelingen	60
3.4.1	De zorgstructuur in het funderend onderwijs	60
3.4.2	Ontwikkelingen in het beroeps- en het hoger onderwijs	63
3.5	Samenvatting	64
	Noten	66
4	<i>Arbeid en inkomen</i>	68
	<i>Gerda Jehoel-Gijsbers, Mirjam de Klerk en Jean Marie Wildeboer Schut</i>	
4.1	Beleid ter bevordering van arbeidsparticipatie	68
4.1.1	Financiële prikkels	69
4.1.2	Verbetering verzuim- en re-integratiebeleid	69
4.1.3	Aanscherping toetredingscriteria	70
4.2	Verskillende definities van personen met beperkingen voor arbeidsdeelname	72
4.3	Arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen	76
4.3.1	Ontwikkelingen in de tijd	76
4.3.2	Werkenden met en zonder lichamelijke beperkingen	78
4.3.3	Arbeidsparticipatie naar achtergrondkenmerken	78
4.3.4	Arbeidsparticipatie naar aard van de beperkingen	83
4.4	Kenmerken van werk	84
4.4.1	Aantal uren	84
4.4.2	Zelfstandig ondernemerschap	85
4.4.3	Bedrijfssector	86
4.4.4	Beroepsniveau	88
4.4.5	Aansluiting van opleiding op werk	88
4.5	Ervaren mogelijkheden en belemmeringen	89
4.5.1	Arbeidspositie, -wensen en -mogelijkheden	90
4.5.2	Niet-werkenden: redenen om te stoppen met werken	92
4.5.3	Ervaringen van werkenden met beperkingen	94
4.6	Inkomen	97
4.6.1	Inkomens van personen met beperkingen	97
4.6.2	Besteedbaar inkomen van huishoudens met en zonder beperkingen	99
4.7	Ziektegerelateerde kosten	100
4.8	Rondkomen van het inkomen	102
4.9	Samenvatting	105
	Noten	109

5	<i>Sociale en maatschappelijke participatie</i>	III
	<i>Mirjam de Klerk</i>	
5.1	Verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen	III
5.1.1	Sociale participatie	III
5.1.2	Creatieve, culturele, recreatieve en sportieve participatie	II3
5.1.3	Deelname aan vrijwilligerswerk of informele zorg	I20
5.2	Gevolgen van beperkingen voor participatie	I22
5.2.1	Sociale participatie	I22
5.2.2	Culturele, recreatieve en sportieve participatie	I26
5.3.3	Deelname aan vrijwilligerswerk of informele zorg	I29
5.3	Vervoer	I29
5.4	Knelpunten bij de participatie	I33
5.5	Samenvatting	I36
	Noten	I38
6	<i>Wonen</i>	I39
	<i>Mirjam de Klerk</i>	
6.1	Overheidsbeleid	I39
6.2	Aantal bewoners van intra- of semimurale woonvormen	I40
6.3	Toegankelijkheid van de woning	I42
6.3.1	Moeite met verplaatsen in de woning	I42
6.3.2	Nultredenwoningen	I43
6.4	Woningaanpassingen	I45
6.4.1	Aanwezigheid van woningaanpassingen	I45
6.4.2	Onvervulde behoefte aan woningaanpassingen	I48
6.5	Kwaliteit van de woning en woonlasten ¹⁴	I49
6.5.1	Kwaliteit van de woning	I50
6.5.2	Woonlasten	I52
6.6	Woonomgeving	I54
6.7	Samenvatting	I55
	Noten	I57
7	<i>Gebruik van zorg en hulpmiddelen</i>	I59
	<i>Maaike den Draak</i>	
7.1	Hulpmiddelen	I60
7.1.1	Gebruik	I60
7.1.2	Vervangen aantal uren zorg	I63
7.1.3	Onvervulde behoefte	I64
7.1.4	Knelpunten en belemmeringen	I65
7.2	Zorgfuncties	I67
7.2.1	Ontvangen hulp	I67
7.2.2	Onvervulde hulpbehoefte	I70
7.3	Hulpverleners	I71

7.3.1	Voorkeuren	171
7.3.2	Ontvangen hulp	173
7.3.3	Persoonsgebonden budget	176
7.4	Informele zorg: gevoelens en gevolgen	178
7.4.1	Gevoelens bij informele hulp	178
7.4.2	Gevolgen van informele hulp	180
7.5	Het aanvragen van zorg	181
7.5.1	Knelpunten bij het aanvragen van zorg	181
7.5.2	De rol van het sociale netwerk	183
7.5.3	Ervaringen en knelpunten bij de indicatiestelling	184
7.6	Tevredenheid en regie over het eigen leven	187
7.6.1	Tevredenheid met de thuiszorg	187
7.6.2	Regie over het eigen leven	188
7.7	Samenvatting	190
	Noten	193
8	Slotbeschouwing	195
	<i>Mirjam de Klerk</i>	
8.1	'On equal basis with others'	195
8.2	Reikwijdte van dit rapport	196
8.3	Participatie op verschillende terreinen	198
8.3.1	Onderwijs	198
8.3.2	Arbeid en inkomen	200
8.3.3	Sociale en maatschappelijke participatie	202
8.3.4	Wonen	204
8.3.5	Gebruik van zorg en hulpmiddelen	205
8.4	Verschillen binnen de groep van mensen met beperkingen	206
8.5	Inclusief beleid	207
	Noten	213
	Summary	214
	Literatuur	222
	Bijlagen (Bijlagen B en C zijn te raadplegen via internet op www.scp.nl/meedoenmetbeperkingen)	
A	Lijst met afkortingen	232
B	Geraadpleegde bestanden	
C	Aanvullende tabellen	
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	234

Voorwoord

Er zijn in Nederland ongeveer 1,7 miljoen zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen. In deze *Rapportage gehandicapten 2007* is nagegaan in hoeverre hun maatschappelijke participatie verschilt van die van mensen zonder beperkingen en of die verschillen tussen 1995 en 2003 (twee jaren waarover relevante gegevens beschikbaar zijn) zijn veranderd.

Mensen met beperkingen nemen minder deel aan de samenleving dan mensen zonder beperkingen. Dat geldt niet alleen voor de arbeidsmarkt, maar ook voor de sociale en maatschappelijke participatie. Deze verschillen in deelname zijn tussen 1995 en 2003 niet veranderd. Nog steeds is het voor mensen met beperkingen moeilijk om aan een betaalde baan te komen en nog steeds is het voor mensen met beperkingen lastig om deel te nemen aan de samenleving, bijvoorbeeld vanwege de toegankelijkheid van gebouwen of vanwege vervoersproblemen.

Recentelijk zijn er enkele nieuwe wetten ingevoerd, waarvan de effecten nog niet goed zijn vast te stellen. Dit zijn de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (sinds 1 december 2003) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (sinds 1 januari 2007). De volgende *Rapportage gehandicapten* zal moeten uitwijzen of deze wetten het gewenste resultaat opleveren.

Niet alleen het overheidsbeleid en het aanbod van voorzieningen zijn van invloed op de participatie van mensen met beperkingen, maar ook de beelden die anderen van hen hebben. De presentatrice Lucille Werner verwoordt dat treffend als zij beschrijft welke verontwaardigde blikken zij krijgt wanneer zij haar gehandicaptenparkeerkaart gebruikt om haar Audi cabrio op een gehandicaptenparkeerplaats te parkeren. Een gehandicapte in een mooie auto, dat kan niet kloppen. Zij pleit ervoor om het bestaande gehandicaptensymbool, dat volgens haar een te passieve uitstraling heeft, te vervangen door een symbool dat 'positief, levenslustig en uitdagend' is met een 'krachtig en vrolijk figuur'.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) toont beide symbolen omdat het nieuwe symbool ons met een nieuwe blik naar mensen met beperkingen laat kijken.

Het SCP heeft voor dit rapport niet alleen gebruikgemaakt van eigen onderzoek, maar ook van gegevens die het NIVEL heeft verzameld in het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten.

Dit is de zevende rapportage gehandicapten die het SCP sinds 1994 publiceert. De rapportage verschijnt op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur SCP

Samenvatting

Rapportage gehandicapten 1994-2007

Ongeveer eens per vier jaar maakt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws), een overzichtsstudie van de participatie en leefsituatie van mensen met beperkingen. De eerste Rapportage gehandicapten verscheen in 1994. In de tussenliggende periode is het denken over mensen met beperkingen en het overheidsbeleid veranderd. Terwijl er in de jaren negentig vooral werd gedacht in termen van voorzieningen die nodig zijn om iemands beperkingen te kunnen compenseren, is tegenwoordig inclusief beleid het uitgangspunt: als men in het algemene beleid vanaf het begin rekening houdt met mensen met beperkingen, dan zijn er veel minder speciale voorzieningen nodig.

Deze rapportage geeft antwoord op de vragen of (zelfstandig wonende) mensen met beperkingen evenveel participeren als mensen zonder beperkingen en of hierin ontwikkelingen in de tijd (sinds de jaren negentig van de vorige eeuw) te zien zijn. De aandacht gaat specifiek uit naar de knelpunten en belemmeringen die degenen met beperkingen ondervinden.

Alleen lichamelijke beperkingen

Dit rapport beschrijft alleen de participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Dit betekent dat personen met een verstandelijke en/of een psychische beperking buiten beschouwing blijven. De reden hiervoor is een pragmatische: over hen zijn geen (recente) databestanden beschikbaar. Aan de positie van mensen met een verstandelijke handicap is voor het laatst aandacht geschonken in de *Rapportage gehandicapten 2002* (De Klerk 2002) en aan de positie van mensen met psychische problemen in de *Rapportage gehandicapten 2000* (De Klerk 2000).

Indicatoren voor lichamelijke beperkingen

Net als in de voorgaande rapportages wordt in dit rapport gebruikgemaakt van samenvattende maten die aangeven of mensen geen, lichte, matige of ernstige beperkingen hebben, soms onderscheiden in motorische en zintuiglijke (visuele of auditieve) beperkingen. De indeling in licht, matig en ernstig is enigszins arbitrair, omdat er geen duidelijke criteria zijn op basis waarvan men kan zeggen dat iemand matige of ernstige beperkingen heeft. Voor de indeling in vier categorieën is gekozen omdat aan de hand daarvan de verschillen tussen groepen overzichtelijk weergegeven kunnen worden. Helaas kan zo onvoldoende recht worden gedaan aan de grote variatie binnen de verschillende groepen.

De gebruikte maat is een andere dan die in de vorige rapportages is gehanteerd. Voor deze nieuwe maat is gekozen omdat deze gemakkelijker te interpreteren is (degenen met ernstige beperkingen kunnen in het algemeen bepaalde activiteiten niet meer doen, terwijl degenen met matige beperkingen moeite hebben met een aantal

activiteiten, maar deze nog wel zelf kunnen doen). De overlap tussen de eerdere en de huidige maat is overigens heel groot, omdat deze immers op dezelfde vragenlijst is gebaseerd. Alleen voor de motorische beperkingen is het ook mogelijk ontwikkelingen in de tijd te schetsen. Bij de indicatoren voor zintuiglijke beperkingen kan dat niet, omdat de vraagstellingen in de belangrijkste databron, het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO), tussen de verschillende jaren onvergelijkbaar zijn.

Databronnen

Voor dit rapport is gebruikgemaakt van een groot aantal databestanden. Dit betreft ten eerste landelijk onderzoek dat representatief is voor de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking. Het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het SCP is de belangrijkste bron op basis waarvan de positie van mensen met en zonder beperkingen met elkaar is vergeleken.

Ten tweede is gebruikgemaakt van onderzoeken die zich specifiek richten op personen met beperkingen. Dit is vooral het AVO-gehandicapten-onderzoek van het SCP, maar ook het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL.

Aantal mensen met beperkingen (hoofdstuk 2)

Bij gehandicapten denken de meeste mensen vooral aan personen van wie je kan zien dat zij bepaalde activiteiten niet (meer) zelf kunnen doen, zoals personen die in een rolstoel zitten. De mensen met een zichtbare beperking vormen echter maar de helft van de totale groep mensen met een lichamelijke beperking.

Hun aantal is niet eenduidig vast te stellen, maar er zijn ongeveer 1,5 miljoen zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige motorische beperkingen, dat wil zeggen personen die moeite hebben met het gebruik van hun ledematen en daardoor beperkingen ondervinden bij bijvoorbeeld de algemene dagelijkse levensverrichtingen of de mobiliteit. Er zijn naar schatting 225.000 tot 250.000 mensen met een rolstoel (incl. tehuisbewoners) en ongeveer 315.000 zelfstandig wonende mensen met een rollator. Ongeveer 430.000 zelfstandig wonende personen hebben matige of ernstige visuele beperkingen en er zijn 360.000 mensen met matige of ernstige auditieve beperkingen. Een deel heeft beperkingen op verschillende terreinen. Als hiermee rekening wordt gehouden, dan zijn er in totaal naar schatting 1,7 miljoen zelfstandig wonende mensen met een matige of ernstige beperking.

Beperkingen kunnen grote gevolgen voor iemands dagelijks leven hebben. Zo heeft circa 75% van de mensen met lichamelijke beperkingen vaak of zelfs altijd last van vermoeidheid of pijn.

Onderwijs (hoofdstuk 3)

Ouders van leerlingen met beperkingen kunnen kiezen of hun kind naar het speciaal onderwijs gaat of met een leerlinggebonden financiering (het rugzakje) naar het reguliere onderwijs. Het aantal leerlingen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen (in cluster 3) dat met ambulante begeleiding een reguliere school bezoekt,

nam tussen 2000 en 2005 fors toe: met 97% in het basisonderwijs en met 146% in het voortgezet onderwijs. Echter, ook het aantal leerlingen in het speciaal onderwijs nam in diezelfde periode toe, met 10% in het basisonderwijs en met 39% in het voortgezet onderwijs (bij een demografische groei van 1% voor het basisonderwijs en 7% voor het voortgezet onderwijs). In 2005 gingen nog altijd vier keer zoveel leerlingen naar het speciaal onderwijs dan met ambulante begeleiding naar het reguliere onderwijs.

Er bestaat geen inzicht in de onderwijsresultaten van ambulant begeleide leerlingen in het reguliere voortgezet onderwijs, noch in die van de leerlingen in het speciaal onderwijs. Wel wijst de Inspectie erop dat de leeropbrengsten van scholen voor voortgezet speciaal onderwijs ernstig tekortschieten.

De rugzakregeling leidt in de praktijk nog tot problemen. Vier op de tien ouders geven te kennen dat zij naar twee tot vier scholen moesten voordat hun kind werd geplaatst. Slechts een kwart van de ouders vindt de toegang tot het reguliere onderwijs verbeterd, een derde vindt het verslechterd. Met name kinderen met sociaal-emotionele problemen vallen buiten de boot. Behalve de plaatsing vormt ook het ontbreken van voldoende kennis en informatie, zowel bij ouders als bij scholen, een probleem. De meeste reguliere scholen voor basis- en voortgezet onderwijs onderschrijven de uitgangspunten van de rugzakregeling, maar een op de drie scholen in het voortgezet onderwijs en een op de tien in het basisonderwijs heeft wel eens een rugzakleerling geweigerd.

In de komende jaren worden schoolbesturen in het funderend onderwijs verantwoordelijk voor een 'passend onderwijsaanbod' en zijn ze verplicht een onderwijszorgarrangement aan te bieden. Dat kan ook op een school waarmee wordt samengewerkt, zoals een speciale school.

In het middelbaar beroeps- en het hoger onderwijs zijn er uitsluitend reguliere onderwijsinstellingen. Uit enquêtes onder scholieren en studenten blijkt dat ongeveer 6% van de mbo-scholieren en 7% van de studenten in het hoger onderwijs kampen met een handicap of ziekte die hen beperkt in het volgen van de studie. Sinds 2003 is in het middelbaar beroeps- en het hoger onderwijs de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte van kracht. Toch meldde bij een enquête in 2005 nog 30% van de deelnemers met een handicap dat de school te weinig rekening hield met hun beperking. In het hoger onderwijs ondervond in 2005 ruim de helft (55%) van de studenten met beperkingen belemmeringen bij het volgen van onderwijs. De belemmeringen hangen vooral samen met concentratieproblemen, chronische vermoeidheid, langdurige pijn en beperkingen in bewegen en uithoudingsvermogen.

De bekendheid met en het gebruik van regelingen voor studenten met beperkingen namen de afgelopen jaren op alle terreinen toe.

Arbeid (hoofdstuk 4)

De afgelopen jaren is er veel beleid ontwikkeld om de arbeidsparticipatie van personen met beperkingen te bevorderen en te voorkomen dat mensen arbeidsongeschikt raken. Sinds 2002 is het aantal personen dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, duidelijk afgenomen. Toch is de arbeidsparticipatie van degenen die volgens eigen opgave gezondheidsbeperkingen ervaren met betrekking tot betaald werken, tussen 2002 en 2005 eveneens afgenomen, van 44% naar 39%, zo blijkt uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

De arbeidsparticipatie van de 15-64-jarigen met lichte lichamelijke beperkingen (incl. degenen die geen belemmeringen bij het werk ervaren) is 60% en van degenen met matige of ernstige beperkingen 31%. Het aandeel werkenden onder mensen met beperkingen is niet alleen minder groot dan onder mensen zonder beperkingen, de werkenden hebben ook relatief vaak een korte werkweek en zij zijn relatief vaak werkzaam als zelfstandige. Werknemers met lichamelijke beperkingen werken naar verhouding vaak in bedrijfssectoren waar het risico op dat type beperkingen groot is: landbouw, industrie en bouwnijverheid, hetgeen ook samenhangt met hun betrekkelijk lage opleidingsniveau.

Van de niet-werkenden met lichamelijke beperkingen zegt 41% graag te willen werken, maar de gezondheid als de belangrijkste hindernis te beschouwen. Ongeveer de helft van de niet-werkenden met lichte beperkingen en bijna driekwart van de niet-werkenden met matige of ernstige beperkingen acht zich niet in staat tot werken.

Ongeveer de helft van de werkenden heeft de aandoening of handicap gekregen toen men al bij de huidige werkgever werkzaam was. De andere helft heeft mét beperkingen gesolliciteerd. Als het bij de sollicitatie duidelijk is dat men een beperking heeft, blijkt het werk vaker aangepast en is de houding van collega's en leidinggevende positiever dan wanneer men de aandoening bij de sollicitatie heeft verzwegen óf de aandoening later heeft gekregen (nadat men al werkzaam was).

Inkomen (hoofdstuk 4)

Voor 42% van degenen met matige of ernstige beperkingen vormt de arbeidsongeschiktheidsuitkering de belangrijkste inkomensbron en voor 25% is dat een inkomen uit arbeid. In de periode tussen 1995 en 2003 is onder de mensen zonder beperkingen het aandeel zonder inkomen gedaald (van 13% naar 9%) doordat meer mensen een inkomen uit arbeid verkregen. Bij degenen met matige of ernstige beperkingen bleef dit aandeel echter gelijk (16%). Ook in de laatste groep steeg het aandeel met inkomen uit arbeid (van 23% naar 25%), maar minder hard dan bij de mensen zonder beperkingen (van 69% naar 77%).

In 2003 was het gemiddelde brutojaarinkomen van de 18-64-jarigen zonder beperkingen 35.500 euro en van die met matige of ernstige beperkingen 21.800 euro (waarbij degenen zonder inkomen buiten beschouwing zijn gelaten). Dit verschil is voor een heel groot deel het gevolg van het feit dat mensen met beperkingen vaker van een uitkering moeten rondkomen. Tussen 1995 en 2003 zagen personen zonder

beperkingen hun inkomen meer stijgen (+15%) dan personen met matige of ernstige beperkingen (+2%). In deze laatste groep zijn er echter grote verschillen in de inkomensontwikkeling. Ook bij hen stegen de inkomens van de werkenden.

Zowel de huishoudens (met een hoofd tussen de 18 en 65 jaar) zonder als die met leden met beperkingen gingen er tussen 1995 en 2003 gemiddeld ruim 20% op vooruit, maar de huishoudens met leden met matige of ernstige beperkingen gingen er gemiddeld slechts 12% op vooruit. Het verschil tussen huishoudens zonder leden met beperkingen en die met leden met ernstige beperkingen is in die periode dus groter geworden.

Veel mensen met een lichamelijke beperking (hier incl. ouderen) hebben ziektegerelateerde uitgaven. Zo gaf 57% van hen in 2005 gemiddeld 642 euro uit aan hulpmiddelen en woningaanpassingen. Degenen met een ernstige beperking hebben veel meer van deze uitgaven dan degenen met een matige beperking, zo blijkt uit NIVELgegevens.

Circa 23% van de mensen met beperkingen zegt spaarmiddelen aan te spreken of schulden te moeten maken. Dit komt vooral voor bij degenen zonder werk (36%) en bij de 65-minners (33%). Ongeveer een derde heeft geen geld om eens per veertien dagen een avond uit te gaan of vrijetijdsspullen te kopen en ongeveer een kwart zegt geen geld te hebben om het lidmaatschap van een vereniging te kunnen betalen. Als mensen minimaal drie van dit soort activiteiten niet kunnen doen vanwege financiële redenen, is er sprake van sociale deprivatie. Dit komt voor bij ongeveer een derde van de personen met beperkingen en komt vaker voor bij degenen met ernstige beperkingen (40%) dan bij degenen met lichte beperkingen (24%).

Sociale en maatschappelijke participatie (hoofdstuk 5)

Mensen met lichamelijke beperkingen nemen even vaak deel aan verenigingen, maar doen minder aan cultuur, recreatie, sport, vrijwilligerswerk en informele hulpverlening dan mensen zonder beperkingen, ook als bijvoorbeeld rekening wordt gehouden met leeftijdsverschillen tussen degenen zonder en met beperkingen. De deelname is geringer naarmate de beperkingen ernstiger zijn. Zo bezoekt 13% van degenen met ernstige beperkingen minimaal eens per jaar een museum en 38% van degenen zonder beperkingen. Tussen 1995 en 2003 zijn de verschillen tussen de mensen met en zonder beperkingen niet groter of kleiner geworden.

Ruim de helft van degenen met beperkingen zegt belemmerd te zijn in zijn sociale contacten. Dat geldt niet alleen voor het aantal contacten, maar ook voor de aard van de contacten. Vooral jonge mensen voelen zich relatief vaak geïsoleerd en vinden dat zij weinig deel uitmaken van een vriendengroep. Mensen met beperkingen maken ook melding van onbegrip en het gevoel dat belangrijke mensen uit de eigen omgeving zich van hen hebben afgewend. Zij vinden het vooral heel erg als hun gezinsleven wordt aangetast.

Mensen met beperkingen doen als gevolg van die beperkingen niet alleen minder dan voor zij gezondheidsproblemen kregen, maar moeten dat ook beter plannen.

Vrijtijdsactiviteiten uitvoeren is een onderneming: vooral ergens naar toe gaan kost veel moeite en moet goed gepland worden, spontaan dingen ondernemen is lastig. Mensen vinden het vooral erg als zij hobby's moeten opgeven, minder ontspanning hebben dan voorheen en geen zaken meer spontaan kunnen doen.

Velen zijn aangewezen op het vraagafhankelijk openbaar vervoer, zoals de regiotaxi. Het gebruik van zowel vervoersvoorzieningen (zoals scootmobiels) als vervoersvergoedingen (voor de eigen auto of het collectief vervoer) is enorm toegenomen tussen 1995 en 2003. Hierbij zijn zij steeds meer afhankelijk geworden van het collectief vervoer. In 2005 kregen ruim 500.000 personen een vergoeding voor het collectief vervoer, van wie er ongeveer 100.000 een aanvullende vergoeding kregen. De eerder gesignaleerde knelpunten met betrekking tot het collectief vervoer, zoals de geringe flexibiliteit, bestaan nog steeds. Het vervoer staat bij de mensen met ernstige beperkingen op de tweede plaats als het gaat om de grootste belemmeringen die zij ervaren.

Wonen (hoofdstuk 6)

Het aantal mensen dat in semi- of intramurale woonvormen voor gehandicapten woont, is klein (er zijn 6700 plaatsen in dergelijke huizen) en er verblijven ongeveer 160.000 mensen, veelal (zeer oude) ouderen, in verzorgings- of verpleeghuizen. Dat betekent dat de overgrote meerderheid van degenen met beperkingen (ongeveer 1,7 miljoen mensen) zelfstandig woont.

Het traplopen levert voor ruim 10% van de bevolking problemen op. Het aantal nultredenwoningen (woningen waarvan de voordeur bereikbaar is zonder trap en die ook geen interne trap hebben) is toegenomen in de afgelopen tien jaar, maar dat wil niet zeggen dat degenen die moeite hebben met traplopen, ook vaker in nultredenwoningen wonen. Velen wonen in een woning met een trap. Echter, een minderheid van hen wil naar een nultredenwoning verhuizen.

Het aantal woningaanpassingen verstrekt door de gemeente is tussen 1995 en 2002 enorm toegenomen, om daarna licht af te nemen. In 2005 werden 71.000 aanpassingen verstrekt. Vooral mensen met ernstige beperkingen en ouderen hebben vaak aanpassingen. Toch zegt nog circa 40% van degenen met langdurige matige of ernstige beperkingen aanpassingen nodig te hebben, waarover zij evenwel niet beschikken.

Mensen met beperkingen wonen gemiddeld in woningen met een lagere woonkwaliteit dan mensen zonder beperkingen. Dat komt onder meer doordat de eerstgenoemden vaker in een appartement wonen, dat dikwijls kleiner is dan een eengezinswoning, en vaker huren, omdat zij veelal minder geld te besteden hebben en minder kunnen lenen.

Gemiddeld hebben mensen met beperkingen lagere woonlasten dan die zonder beperkingen, maar zij hebben ook een lager inkomen. Het aandeel dat meer dan 30% van het inkomen kwijt is aan woonlasten, is relatief hoog. Voor deze mensen zijn de beschikbaarheid van betrekkelijk goedkope woningen en de huurtoeslag (voorheen huursubsidie) dan ook zeer belangrijk.

Een aanzienlijk deel geeft aan belemmeringen te ondervinden bij het naar buiten gaan of betreden van openbare gebouwen. Zo vormen voor bijna 30% steile hellingen een obstakel en voor 19% de opstap voor bus of trein; voor 16% vormen te smalle deuren een belemmering (Van den Brink-Muinen et al. 2007).

Mensen met beperkingen zijn in het algemeen tevreden met hun woonomgeving. Wel geeft bijvoorbeeld een derde van degenen met langdurige ernstige beperkingen aan dat de dichtstbijzijnde supermarkt niet goed bereikbaar is.

Gebruik van zorg en hulpmiddelen (hoofdstuk 7)

Ongeveer 45% van de zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige motorische beperkingen gebruikt een mobiliteitshulpmiddel, zoals een wandelstok of een rollator. Ruim 40% van de hulpmiddelegebruikers (niet alleen mobiliteitshulpmiddelen) geeft te kennen dat ze zonder hun hulpmiddelen meer uren zorg nodig zouden hebben.

Ruim een derde van de zelfstandig wonende huishoudens met een lid met matige of ernstige beperkingen krijgt huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleegkundige hulp. Vooral huishoudelijke verzorging komt veel voor. De meerderheid (61%) ontvangt dus geen hulp. Het zijn vooral ouderen en alleenstaanden die hulp krijgen.

Een kwart van de huishoudens met een lid met matige of ernstige beperkingen ontvangt thuiszorg, 15% krijgt informele zorg en 7% heeft particuliere hulp. Oudere huishoudens (75-plussers) krijgen verhoudingsgewijs vaak thuiszorg of particuliere hulp. Jongere huishoudens hebben veelal alleen informele hulpverleners. Thuiszorgcliënten zijn heel positief over de thuiszorgmedewerker, maar de afstemming en continuïteit van de zorg en de communicatie over administratieve zaken behoeven volgens hen verbetering.

Het Protocol Gebruikelijke Zorg schrijft voor dat huisgenoten elkaar langdurige huishoudelijke zorg geven, tenzij deze zelf gezondheidsproblemen hebben. Een grote groep mensen met beperkingen geeft zelf echter de voorkeur aan hulp van de thuiszorg. Vooral mensen met ernstige beperkingen verkiezen de thuiszorg boven zorg van huisgenoten.

Veel mensen met matige of ernstige beperkingen voelen zich bezwaard om informele hulp te vragen. Ze voelen zich dan verplicht iets terug te doen. Ook zien veel ontvangers van informele hulp de negatieve gevolgen hiervan voor hun helper. Volgens de zorgontvangers heeft 22% van de informele zorgverleners moeite met het combineren van taken en heeft 17% ondersteuning nodig.

Ongeveer één op de zeven huishoudens met een lid met matige of ernstige beperkingen heeft behoefte aan (meer) huishoudelijke verzorging, 4% aan (meer) persoonlijke verzorging en bijna 2% aan verpleging. De onvervulde behoefte is groter naarmate de beperkingen ernstiger zijn. Vooral eenpersoons- (met name alleenstaande vrouwen) en betrekkelijk jonge huishoudens (18-54-jarigen) hebben behoefte aan (meer) hulp bij de huishoudelijke verzorging. Bij het niet-gebruik van voorzieningen spelen financiële redenen een rol, maar ook belemmeringen bij het

aanvragen van zorg. Veel mensen met matige of ernstige beperkingen weten niet hoe ze voorzieningen moeten regelen of hebben moeite met specifieke vaardigheden, zoals het zoeken naar informatie of het uitvoeren van administratieve handelingen. Ongeveer een derde krijgt dan ook hulp bij regelwerk. Ze ontberen de kennis (49%) of de energie (25%) of hebben moeite met schrijven of telefoneren (15%). Ongeveer een kwart van de mensen met matige of ernstige beperkingen geeft echter aan dat er niemand is die hen goed kan adviseren bij het zoeken naar de juiste voorziening.

Algemene conclusie

Het beeld dat uit deze rapportage naar voren komt, is dat de beleidsinspanningen van de afgelopen jaren niet direct zijn terug te zien in de participatie: zowel in de arbeidsdeelname als in de maatschappelijke participatie zijn de verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen niet kleiner geworden.

Dit rapport beschrijft vooral de situatie tot 2003. Er zijn sindsdien twee nieuwe wetten van kracht geworden die mogelijk in de toekomst verbetering brengen in de positie van mensen met beperkingen: de Wet gelijke behandeling op grond van een handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ), ingevoerd in 2003 en voorlopig alleen van toepassing op de arbeid en het beroepsonderwijs, en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), ingevoerd in 2007. In de slotbeschouwing wordt stilgestaan bij de kansen van deze nieuwe regelgeving en de mogelijke beperkingen ervan.

1 Participatie van mensen met beperkingen

Mirjam de Klerk

1.1 Brede rapportage gehandicapten

‘Meedoen.’ Dat is de kortst mogelijke samenvatting van het maatschappelijke doel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die op 1 januari 2007 in werking is getreden (TK 2004/2005). Dat meedoen geldt iedereen, jong en oud, ongeacht zijn of haar maatschappelijke of economische positie, ongeacht of iemand beperkingen ondervindt of niet.

In hoeverre mensen met beperkingen meedoen aan de samenleving en of zij hierbij hinder ondervinden is een van de vragen van deze Rapportage gehandicapten. Deze brede overzichtsstudie maakt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) ongeveer eens per vier jaar, op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws). Doordat de studie periodiek verschijnt, is het ook mogelijk ontwikkelingen in de tijd te volgen. De brede rapportage wordt afgewisseld met thematische, zoals die over de sociaaleconomische positie van mensen met beperkingen (De Klerk 2002) of die over jongeren met beperkingen (Kooiker 2006).

Dit is de zevende keer dat de Rapportage gehandicapten verschijnt. De eerste was in 1994 (Timmermans 1994). In de tussentijdse periode is het denken over mensen met beperkingen en het overheidsbeleid veranderd. Meedoen, of participatie, was in de jaren negentig ook al een belangrijk beleidsdoel. Toen werd er echter veel meer gedacht in termen van voorzieningen die nodig waren om beperkingen te kunnen compenseren, terwijl tegenwoordig inclusief beleid het uitgangspunt is: als men in het algemene beleid vanaf het begin rekening houdt met mensen met beperkingen, dan zijn veel minder speciale voorzieningen nodig.

Dit rapport gaat alleen over mensen met lichamelijke beperkingen. Personen met verstandelijke of psychische beperkingen krijgen geen aandacht. Hier is noodzakelijkerwijze voor gekozen omdat dit rapport een kwantitatieve insteek kent (op basis van beschikbaar materiaal laten zien of er verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen zijn, hoe groot die zijn en hoeveel mensen op verschillende terreinen belemmeringen ervaren), maar over de participatie en de leefsituatie van mensen met verstandelijke of psychische beperkingen zijn er vrijwel geen landelijke gegevens beschikbaar (zie § 1.4). Dit betekent dat twee belangrijke en omvangrijke¹ doelgroepen van het overheidsbeleid in dit rapport buiten beschouwing blijven. Aan de positie van mensen met een verstandelijke handicap is aandacht geschonken in de *Rapportage gehandicapten 2002* (De Klerk 2002) en aan de positie van mensen met psychische problemen in de *Rapportage gehandicapten 2000* (De Klerk 2000).

1.2 Vraagstellingen

Participatie, dat is waar zowel de overheid als veel mensen met beperkingen zelf naar streven. In de praktijk is het echter lastig dit begrip te operationaliseren, omdat het naar zeer uiteenlopende activiteiten verwijst (zie ook Hoeymans et al. 2005; Broese van Groenou en Deeg 2006; De Klerk en Schellingerhout 2006). Ruts (2006) onderscheidt in de Vlaamse inclusiemonitor de volgende domeinen, die van belang zijn voor de inclusie van mensen met een beperking: levenslang leren, arbeid, economische situatie (inkomen), primaire relaties, vrijetijdsbesteding, wonen, besluitvormingsprocessen en welzijn (tevredenheid). De meeste van deze domeinen worden in deze rapportage in ogenschouw genomen, zij het dat het ene thema wat meer aandacht krijgt dan het andere.² De mogelijkheden om zich lokaal te verplaatsen en medemensen te ontmoeten, en het voeren van een eigen huishouden, aspecten die expliciet worden genoemd in de Wmo, krijgen eveneens aandacht.³

Uit onderzoek van Van Campen (2006) blijkt dat niet alleen de deelname aan de samenleving bijdraagt aan de kwaliteit van leven van mensen met beperkingen, maar ook de manier waarop zij dat doen. Niet alleen deelname aan de arbeidsmarkt is van belang, maar ook het hebben van leuk werk, dat aansluit bij hun capaciteiten. Ook Cardol et al. (2006) wijzen hierop. Zij definiëren participatie als ‘het vervullen van sociale en maatschappelijke rollen op een voor de persoon zinvolle manier’. Met zinvol, of betekenisvol, bedoelen zij ‘passend bij ambities, afwegingen, mogelijkheden en eigenheid van een persoon’. Ruts (2006) onderscheidt ‘evenredige participatie’, waarmee hij erop doelt dat mensen met beperkingen evenveel deelnemen aan de samenleving als anderen, en ‘evenwaardige participatie’, waarmee hij bedoelt dat de participatie van mensen met beperkingen op dezelfde manier gewaardeerd wordt als de participatie van personen zonder beperkingen.

In deze rapportage wordt vooral de vraag beantwoord of mensen met beperkingen evenveel participeren als mensen zonder beperkingen (de evenredige participatie). Waar er gegevens beschikbaar zijn over de manier waarop mensen hun participatie waarderen, komt ook dat aspect aan de orde.

De voornaamste vraag van dit rapport luidt: *In hoeverre nemen (zelfstandig wonende) mensen met lichamelijke beperkingen deel aan de samenleving en in hoeverre verschilt dit van de deelname van mensen zonder beperkingen?* Verschillende aspecten van deelname passeren de revue:

- 1 In hoeverre nemen (zelfstandig wonende) mensen met lichamelijke beperkingen deel aan de arbeidsmarkt, in hoeverre verschilt dit van mensen zonder beperkingen, en wat betekent dat voor hun inkomenspositie (hoofdstuk 4)?
- 2 In hoeverre zijn (zelfstandig wonende) mensen met lichamelijke beperkingen sociaal en maatschappelijk actief en in hoeverre verschilt dit van mensen zonder beperkingen (hoofdstuk 5)?

3 In hoeverre maken (zelfstandig wonende) mensen met lichamelijke beperkingen gebruik van zorg en hulpmiddelen (hoofdstuk 7)?

Omdat er in *Jeugd met beperkingen* (Kooiker 2006) uitgebreid is stilgestaan bij het onderwijs en er sindsdien nauwelijks nieuwe gegevens beschikbaar zijn gekomen, wordt dit onderwerp relatief kort belicht (hoofdstuk 3). Ditzelfde geldt voor de woon-situatie van mensen met beperkingen, hoofdstuk 6 (zie bv. Kullberg en Ras 2004; De Klerk en Schellingerhout 2006).⁴

Aanvullende vragen die bij de hoofdvragen zoveel mogelijk worden beantwoord, zijn:

- a Zijn hierin ontwikkelingen in de tijd (sinds de jaren negentig van de vorige eeuw) te zien?
- b Wat zijn de knelpunten en belemmeringen die mensen met beperkingen onder-vinden?
- c In hoeverre maken mensen met beperkingen gebruik van specifieke voorzieningen?

Waar relevant worden gegevens uitgesplitst naar de aard van de beperking – moto-risch, visueel, auditief of een combinatie hiervan – of naar leeftijd – het is immers goed denkbaar dat beperkingen een andere invloed op de participatie of het voor-zieningengebruik van jonge(re) mensen hebben dan op die van ouderen (zie bv. De Klerk en Schellingerhout 2006).

1.3 Overheidsbeleid ten aanzien van mensen met beperkingen

Hiervoor is al vermeld dat het overheidsbeleid ten aanzien van mensen met beper-kingen de afgelopen jaren aanzienlijk is veranderd. In deze paragraaf worden de ontwikkelingen van de afgelopen twaalf jaar (sinds het uitkomen van de eerste Rap-portage gehandicapten) geschetst in een min of meer chronologische volgorde.

In de nota *De perken te buiten* (TK 1994/1995) werd al gesproken over ‘het bevorderen van integratie, deelname door gehandicapten in alle sectoren van de samenleving’ (onder meer onderwijs- en arbeidsintegratie) als een van de speerpunten van beleid. De uitgangspunten voor het beleid waren ‘gelijke rechten en gelijke plichten’, ‘inte-gratie en participatie’ en ‘bescherming en compensatie’. Ook werd er toen al gewezen op het belang van een samenleving die goed toegankelijk is voor gehandicapten (de BTB-samenleving, met Bereikbare voorzieningen, een Toegankelijke fysieke omgeving en Bruikbare oplossingen).

De ISG, de Interdepartementale Stuurgroep voor Gehandicapten,⁵ coördineerde het landelijk beleid. In 2001 is besloten de ISG op te heffen (TK 2000/2001a). De belangrijkste reden daarvoor was dat men meer wilde uitgaan van integraal beleid: op alle beleidsterreinen zou men rekening moeten houden met de gevolgen van dat beleid voor mensen met beperkingen.

In 2003 verscheen het *Actieplan gelijke behandeling in de praktijk* (TK 2003/2004a). Hierin wordt aangegeven dat er voor mensen met beperkingen te vaak nieuwe voorzie-

ningen werden gecreëerd als het meedoen aan de samenleving problemen opleverde. Hierdoor komen zij te veel in een uitzonderingspositie terecht. Bovendien levert dit een wirwar van regelingen op, met het gevaar van onbeheersbare kosten. Er wordt dan ook voor gekozen om niet (te snel) aparte voorzieningen voor mensen met beperkingen te creëren, maar in het algemene overheidsbeleid vanaf het eerste begin rekening met hen te houden.

Het reguliere beleid van overheden, instellingen, organisaties, bedrijven dient dus gericht te zijn op alle burgers en dus ook op mensen met beperkingen (dit wordt 'inclusief beleid' genoemd). In de *Handreiking inclusief beleid* wordt dit omschreven als 'beleid, waarbij in alle fasen van de beleidscyclus rekening wordt gehouden met verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen' (vws 2006a).

Dit betekent dus dat mensen met beperkingen zoveel mogelijk gebruikmaken van reguliere voorzieningen, en dat bij het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen ook met hen rekening gehouden dient te worden. Soms schiet dit algemene beleid tekort en lukt het niet op die manier gelijkwaardige mogelijkheden voor iedereen te creëren. Het kan te duur zijn of niet realistisch, zoals kan blijken uit een kostenbatenafweging, waarin ook immateriële aspecten een rol spelen. Daarom moeten eventuele specifieke maatregelen mogelijk blijven als onderdeel van het reguliere beleid van de diverse departementen. Eerder omschreef men dit als 'gewóón waar mogelijk, bijzónder waar noodzakelijk' (TK 1996/1997). De overheid streeft naar een inclusieve samenleving, dat wil zeggen een samenleving waarin mensen met een beperking 'evenredig en evenwaardig' deelnemen aan de verschillende maatschappelijke domeinen (Ruts 2006).

De overheid heeft met ingang van 1 april 2004 de Taskforce Handicap en Samenleving in het leven geroepen, aanvankelijk voor drie jaar, later met een jaar verlengd (Staatscourant 2004). Deze heeft tot taak om 'een mentaliteitsverandering in de maatschappij te realiseren zodat mensen met een handicap gelijkwaardig worden behandeld en om een actieve betrokkenheid van maatschappelijke partners bij het realiseren van de toegankelijkheid van de samenleving voor mensen met een handicap te bevorderen'. De Taskforce organiseert hiervoor onder meer lokale debatten met colleges van burgemeesters en wethouders. Daarnaast probeert zij mensen met een andere blik naar mensen met beperkingen te laten kijken, bijvoorbeeld via cursussen voor buschauffeurs of via een project op basisscholen om leerlingen na te laten denken over de gevolgen van beperkingen. Zie Taskforce Handicap en Samenleving (2006) voor een aantal voorbeeldprojecten op dit terrein.

Om de positie van mensen met beperkingen te versterken is op 1 december 2003 de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) ingevoerd. Het doel van deze wet is mensen met beperkingen te beschermen tegen discriminatie vanwege die beperkingen en zo hun deelname aan het maatschappelijk leven te bevorderen (Staatsblad 2003). Indien personen menen dat zij op grond van hun handicap ongelijk behandeld zijn, dan kunnen zij een klacht indienen bij de Commissie Gelijke Behandeling. Deze wet gold in eerste instantie alleen voor

de terreinen arbeid en beroepsonderwijs.⁶ De werkgever of instelling voor beroeps-
onderwijs is verplicht om indien nodig aanpassingen te verrichten, tenzij deze een
onevenredige belasting vormen. De wet is een aanbouwwet, haar reikwijdte wordt uit-
gebreid, bijvoorbeeld met wonen, openbaar vervoer (zie ook noot 6) of het aanbieden
van goederen en diensten. In mei 2006 is een initiatief wetsvoorstel gepresenteerd
om de WGBH/CZ uit te breiden naar het basis- en voortgezet onderwijs (zie hoofdstuk
3) en in november 2006 hebben de bewindslieden van Volkshuisvesting, Ruimtelijke
Ordering en Milieubeheer (VROM) en VWS een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer
gestuurd om haar uit te breiden met wonen (zie hoofdstuk 6). Daarnaast wordt onder-
zocht in hoeverre de WGBH/CZ kan worden uitgebreid met het terrein goederen en
diensten, zoals de horeca, detailhandel, internetdiensten en sportvoorzieningen.

Op 13 december 2006 hebben de Verenigde Naties een Verdrag voor gelijke rechten
van mensen met een handicap aangenomen.⁷ Pas als de diverse lidstaten de con-
ventie hebben ondertekend en geratificeerd moeten lidstaten hun eigen wetgeving
aanpassen. Het uiteindelijke doel is een toename van de maatschappelijke participa-
tie ('on equal basis with others') van mensen met beperkingen. Als lidstaten dit verdrag
aannemen, verplichten zij zich bijvoorbeeld om te werken aan een – zowel fysieke als
sociale – toegankelijke samenleving. Eind maart 2007 heeft Nederland dit verdrag
ondertekend.

Sinds 1 januari 2006 is overigens ook de discriminatie van gehandicapten (bv.
het zich beledigend uitlaten tegenover mensen met beperkingen, maar ook het niet
toegankelijk zijn van bedrijven of diensten, zonder dat daarvoor een goede reden
bestaat)⁸ strafbaar (Staatsblad 2005).

Behalve de WGBH/CZ vormt ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die
op 1 januari 2007 in werking is getreden, een belangrijke pijler voor het beleid ten
aanzen van mensen met beperkingen (Staatsblad 2006).⁹ De Wmo omvat (onderde-
len van) de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de Welzijnswet, de Algemene
Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Collectieve Preventie Volksgezond-
heid (wcpv). De Wmo kent verschillende doelstellingen, waaronder het bevorder-
ren van de sociale samenhang en van de maatschappelijke inzet. Ten aanzien van
mensen met beperkingen is een belangrijk doel 'het bevorderen van de deelname aan
het maatschappelijk verkeer en het zelfstandig functioneren'. De veronderstelling is
dat mensen met beperkingen uitgaan van hun eigen mogelijkheden en een beroep
doen op hun eigen netwerk. Er wordt dus uitgegaan van de eigen draagkracht van
mensen. Alleen wanneer burgers niet in staat zijn zelf, of samen met hun netwerk,
oplossingen te organiseren, kunnen zij een beroep doen op de gemeente om hen te
ondersteunen. Op basis van de Wmo dient de gemeente voorzieningen te treffen om
de zelfredzaamheid en de participatie te bevorderen.

De Wmo is, anders dan bijvoorbeeld de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg),
geen voorzieningwet (als iemand in een bepaalde omstandigheid verkeert,
heeft hij/zij automatisch recht op een bepaalde voorziening), maar gaat uit van het
compensatiebeginsel: de overheid (gemeente) is verplicht mensen met beperkingen

die belemmeringen ondervinden bij de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, te compenseren en deelname aan het normale maatschappelijk verkeer mogelijk te maken. Hoe gemeenten dat doen, kunnen zij grotendeels zelf invullen. Het compensatiebeginsel is in principe gericht op de verwezenlijking van zelfredzaamheid en participatie, dus het normale gebruik van een woning, het normaal voeren van een huishouding, het zichzelf verzorgen, het zich zelfstandig verplaatsen en medemensen ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aangaan (TK 2005/2006a).

1.4 Alleen mensen met lichamelijke beperkingen in dit rapport

Dit rapport beschrijft alleen de participatie en maatschappelijke positie van mensen met een lichamelijke beperking. Dit betekent dat de mensen met een verstandelijke en/of een psychische beperking buiten beschouwing blijven. De reden hiervoor is een puur pragmatische: in dit rapport is vooral een kwantitatieve insteek gekozen: er wordt nagegaan welk aandeel van de mensen met beperkingen participeert of welk aandeel problemen ervaart (zie § 1.2). Over mensen met verstandelijke of psychische beperkingen is echter geen (recent verzameld) gegevensbestand beschikbaar. Het laatste landelijke leefsituatieonderzoek naar verstandelijk gehandicapten was het onderzoek Personen met een verstandelijke handicap (PVH). De resultaten van dit onderzoek zijn beschreven in de *Rapportage gehandicapten 2002* (De Klerk 2002).

Dit wil niet zeggen dat er sindsdien helemaal geen onderzoek naar deze populatie heeft plaatsgevonden. Integendeel, er vindt zeer veel en uiteenlopend onderzoek plaats naar en bij mensen met verstandelijke beperkingen (zie RGO (2005) voor een overzicht). En steeds vaker zijn zij niet alleen het onderwerp van onderzoek, maar komen zij ook zelf aan het woord (zie bv. Zomerplaag 2003; Schuurman et al. 2004; Abma et al. 2006; Kwekkeboom et al. 2006). Daarnaast is er veel kleinschalig onderzoek, bijvoorbeeld naar hun woonwensen. Dit onderzoek bevat echter geen grootschalige landelijke gegevens over de brede leefsituatie van mensen met een verstandelijke beperking.

Overigens verschijnen er in de loop van dit jaar in ieder geval twee uitgebreide studies naar de positie van mensen met verstandelijke of psychische problemen. Op zeer korte termijn komen de gegevens beschikbaar van het Panel Samen Leven van het NIVEL, een panel van circa 700 mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking of hun vertegenwoordigers. Het NIVEL zal hierover rapporteren in de jaarlijkse monitor Participatie van mensen met beperkingen (Cardol et al. 2006; Cardol et al. 2007). Daarnaast heeft het SCP, in samenwerking met Avans Hogeschool, in 2006 gegevens verzameld onder bijna 400 zelfstandig wonende mensen met een lichte of matige verstandelijke handicap of psychische beperking in West-Noord-Brabant en Zeeland. Ook over dit onderzoek wordt er in de loop van 2007 afzonderlijk gerapporteerd (zie ook Kwekkeboom et al. 2006).

Over mensen met psychische beperkingen is veelvuldig gerapporteerd op basis van het Nemesis-onderzoek (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*). Deze longitudinale studie, met metingen in 1996, 1997 en 1999 had als doel de prevalentie van verschillende psychische stoornissen vast te stellen, maar ook de determinanten en de gevolgen (Vollebergh et al. 2003). In de *Rapportage gehandicapten 2000* is gebruikgemaakt van de Nemesis-gegevens (De Klerk 2000). Op korte termijn zal het Nemesis-onderzoek worden herhaald.

1.5 Terminologie

Hoewel deze publicatie als subtitel *Rapportage gehandicapten* heeft, gaat deze vooral over mensen met beperkingen.¹⁰ In de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*¹¹ worden deze begrippen uitgelegd en in een kader geplaatst (WHO 2001). Deze ICF biedt de mogelijkheid om in algemeen aanvaarde termen iemands (gezondheids)situatie te beschrijven. Alle componenten zijn neutraal geformuleerd en kunnen zowel in negatieve als in positieve zin worden gebruikt. Zo kunnen zij zowel problemen aanduiden (zoals een stoornis, beperking of participatieprobleem), als juist de niet-problematische aspecten (datgene wat mensen allemaal wel kunnen doen). De ICF is hiermee toepasbaar op iedereen en niet alleen op mensen met gezondheidsproblemen.

De ICF bestaat uit twee delen, die ieder weer bestaan uit twee componenten (WHO 2001):

- 1 Het menselijke functioneren en de problemen daarmee:
 - 1a functies en anatomische eigenschappen;
 - 1b activiteiten en participatie.
- 2 Factoren:
 - 2a externe factoren;
 - 2b persoonlijke factoren.

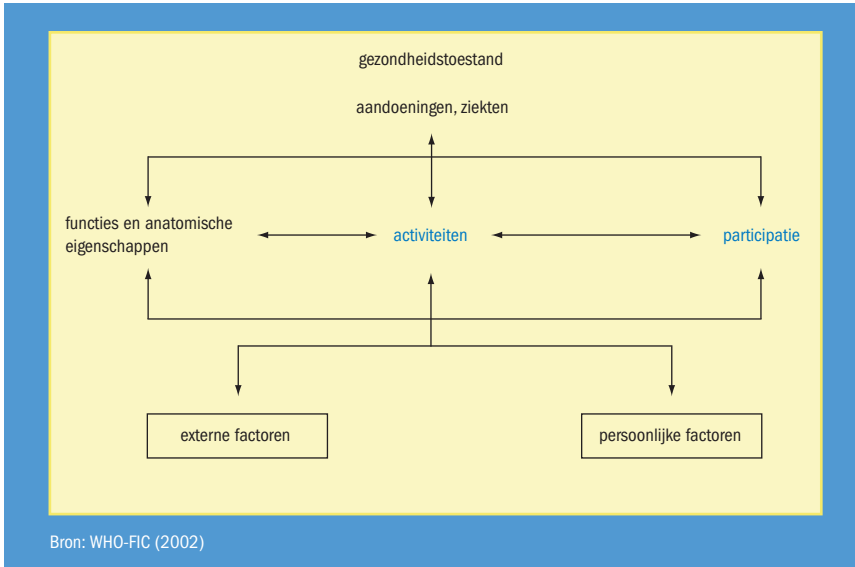
Figuur 1.1 toont met de pijlen de mogelijke samenhang tussen deze verschillende onderdelen. Hierbij stelt de WHO nadrukkelijk dat er geen sprake hoeft te zijn van een causaal verband: iemand kan bijvoorbeeld een teen missen (een anatomische eigenschap), zonder dat daardoor problemen hoeven te ontstaan bij het uitvoeren van activiteiten. Het missen van een been kan leiden tot participatieproblemen, maar participatie kan ook leiden tot anatomische veranderingen (denk aan de gevolgen van een verkeersongeval).

In deze rapportage staan de activiteiten en participatie centraal, of liever gezegd, de problemen bij de activiteiten en de participatie; er wordt geen aandacht besteed aan de lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen. Een activiteit wordt in de ICF gedefinieerd als ‘onderdeel van iemands handelen’. Voorbeelden van activiteiten zijn luisteren, lezen, zich verplaatsen of zich wassen. De moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten, worden beperkingen genoemd. Participatie wordt gedefinieerd als ‘deelname aan het maatschappelijk leven’. Voorbeelden zijn

deelname aan recreatie of aan politiek. Als personen hiermee problemen hebben, wordt gesproken van *participatieproblemen*.

Figuur 1.1

Wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren



Personen kunnen ook problemen hebben met de participatie in de samenleving vanwege andere redenen dan hun gezondheid, zoals een laag inkomen of etnische achtergrond. In dit rapport, en in de ICF, gaat het echter alleen om problemen die samenhangen met de gezondheid. Voor een breder raamwerk van de participatieproblemen die mensen kunnen ondervinden, zie bijvoorbeeld Jehoel-Gijsbers (2004), die een overzicht geeft van de factoren die (kunnen) leiden tot sociale uitsluiting.

De mate waarin er participatieproblemen optreden, wordt mede bepaald door persoonlijke factoren (die niet worden uitgewerkt in de ICF vanwege de grote culturele verschillen die mogelijk zijn, maar men kan denken aan leeftijd, leefstijl of copingstrategieën) en door de externe factoren.¹² Bij de laatste kan men denken aan de natuurlijke omgeving, relaties en voorzieningen ter ondersteuning. Deze externe factoren kunnen belemmerend werken, bijvoorbeeld de ontoegankelijkheid van gebouwen, maar ook bevorderend: denk aan woningaanpassingen of aanpassingen van de werkplek, die mensen in staat stellen zelfstandig te wonen en aan de arbeidsmarkt deel te nemen (De Klerk 2002). Overigens zijn de omgevingsfactoren weinig uitgewerkt in het model. Mensen als Fougeryrollas (1995) en Devisch et al. (2000) pleiten ervoor de omgeving een veel centralere plaats te geven in het denken

over handicaps. Ook in het verdrag van de Verenigde Naties voor gelijke rechten van mensen met een handicap (zie § 1.3) staat de omgeving veel centraler. Dat verdrag stelt dat een beperking het resultaat is van de interactie tussen een persoon met een stoornis en omgevingsfactoren.

Het veranderde denken over mensen met beperkingen komt ook tot uiting in de terminologie waarmee deze mensen worden aangeduid. Lange tijd werd de term ‘gehandicapten’ gebruikt. Deze werd vervangen door ‘personen met een handicap’, ‘personen met beperkingen’ en ‘personen met mogelijkheden’ of ‘met fysieke uitdagingen’, hetgeen ook wel weer als een eufemisme wordt beschouwd (Suasso-Best 2006). De betrokkenen geven zelf aan dat geen van deze termen prettig zijn (Foppe 2006; Werner 2005): zij willen bij voorkeur behandeld worden als een individu, net als ieder ander, en één van hun kenmerken is het feit dat zij lichamelijke beperkingen hebben. Omdat het in deze rapportage toch vooral gaat om de beperkingen die mensen ervaren, omdat zij daarbij ondersteuning nodig hebben, is hier voor de term ‘mensen met beperkingen’ gekozen.

Samengevat gaat de *Rapportage gehandicapten 2007* vooral over mensen met beperkingen in het functioneren en over de vraag in hoeverre zij problemen ervaren bij de participatie in de samenleving, zoals arbeidsdeelname of vrijetijdsbesteding. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de rol van externe factoren die de participatie kunnen belemmeren of bevorderen.

1.6 Databronnen

De gegevens die in dit rapport worden gepresenteerd, zijn afkomstig uit een groot aantal databestanden. Dit zijn enerzijds algemene grootschalige bevolkingsonderzoeken, zoals het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO uit 1995, 1999 en 2003) en het Tijdsbestedingsonderzoek (TBO), beide van het SCP, en het Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie (POLS van 1997-2004) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

In deze onderzoeken worden gegevens verzameld bij een steekproef van de gehele Nederlandse bevolking (vanaf een bepaalde leeftijd). Instellingsbewoners maken geen deel uit van de steekproef. Dit soort bevolkingsonderzoeken kunnen alleen worden gebruikt als zij een indicator bevatten, waaruit kan worden afgeleid welke mensen wel en welke geen beperkingen hebben. Op die manier kan de positie van mensen met en zonder beperkingen met elkaar worden vergeleken. In bijlage B staan de diverse bestanden beschreven, die in dit rapport zijn gebruikt. Een beschrijving van de gehanteerde meetinstrumenten staat in paragraaf 1.7.

Naast deze algemene bevolkingsonderzoeken is gebruikgemaakt van onderzoeken die zich specifiek richten op personen met beperkingen (zie ook bijlage B). Dit betreft onder meer het AVO-gehandicaptenonderzoek van het SCP uit 2004. Hierin

zijn circa 1200 mensen die in het reguliere AVO te kennen gaven lichamelijke beperkingen te ervaren, mondeling geïnterviewd over hun maatschappelijke participatie en leefsituatie, en over het gebruik van specifieke voorzieningen voor mensen met beperkingen. Ook is in dit onderzoek aandacht besteed aan diverse knelpunten die zij ervaren in het dagelijkse leven. Doordat dit onderzoek samenhangt met het AVO zijn heel veel achtergrondkenmerken van de respondenten beschikbaar, die met de participatie(problemen) in verband kunnen worden gebracht. Het AVO-gehandicapten gaat vooral over mensen met langdurige beperkingen: degenen die zeer recent beperkingen hebben gekregen, maken geen deel uit van het panel. Dat geldt ook voor degenen die zeer lichte beperkingen hebben.

Het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL bestaat uit 3500 respondenten, van wie er ongeveer 60% lichamelijke beperkingen hebben (zie bv. Calsbeek et al. 2006). Een deel van deze respondenten betreft chronisch zieken, die geworven zijn via huisartsenpraktijken. Het NPCG besteedt in vergelijking tot het AVO-gehandicapten meer aandacht aan zorggerelateerde onderwerpen en minder aan de participatie van mensen met beperkingen. In dit rapport is gebruikgemaakt van NPCG-gegevens uit 2006.

De gegevens die beschikbaar zijn, zijn geschikt om een landelijk beeld van mensen met beperkingen te geven, maar laten geen uitspraken over lokale verschillen toe.

1.7 Indicatoren voor lichamelijke beperkingen

Deze rapportage gaat, zoals gezegd, over mensen met lichamelijke beperkingen. Net als in de voorgaande rapportages wordt gebruikgemaakt van samenvattende maten voor de vaststelling of mensen geen, lichte, matige of ernstige beperkingen hebben, regelmatig onderscheiden in motorische en zintuiglijke (visuele of auditieve) beperkingen. Het onderscheid tussen lichte, matige en ernstige beperkingen is in zekere zin arbitrair: er bestaan geen goede criteria op basis waarvan men bijvoorbeeld kan bepalen wanneer er sprake is van matige en wanneer van ernstige beperkingen (zie ook Pommer et al. 2007). Omdat het met een indeling in categorieën gemakkelijker is de resultaten te presenteren en een vergelijking te maken met personen zonder beperkingen, is ervoor gekozen deze toch te hanteren. Hiertoe is een schaal voor beperkingen, gebaseerd op een groot aantal vragen over activiteiten die mensen al dan niet met moeite kunnen verrichten (zie de appendix na hoofdstuk 2), in vieren gedeeld. Mensen met lichte beperkingen hebben moeite met maximaal vijf activiteiten zoals zwaar huishoudelijk werk, bed verschonen of tien minuten staan. Degenen met matige beperkingen hebben moeite met zes tot zestien activiteiten, maar kunnen in het algemeen nog wel alles zelf. Personen met ernstige beperkingen kunnen meestal een aantal activiteiten helemaal niet (meer) zelf doen (zie ook De Klerk et al. 2006). Door deze indeling wordt eraan voorbijgegaan dat er ook grote verschillen zijn binnen categorieën.

De belangrijkste databron voor dit rapport is het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO). Op basis van een groot aantal vragen over activiteiten die mensen al dan niet zelf kunnen verrichten, zijn verschillende maten ontwikkeld om vast te stellen of mensen motorische, gezichts- of gehoorbeperkingen hebben (De Klerk et al. 2006; De Wit 1997). De maat die in dit rapport gebruikt wordt, is een andere maat dan die in de vorige rapportages gehandicapten werd gebruikt. Voor deze andere maat is gekozen omdat deze gemakkelijker te interpreteren is en omdat de indeling in lichte, matige en ernstige beperkingen eenduidiger is (zie De Klerk et al. 2006 voor de verschillende meetmethoden). De overlap tussen de maten is overigens heel groot, omdat zij immers op dezelfde vragenlijst zijn gebaseerd. In paragraaf 2.2.4 wordt uiteengezet wat het overstappen op een andere maat betekent voor de schatting van de prevalentie van lichamelijke beperkingen. Alleen voor de motorische beperkingen is het mogelijk ontwikkelingen in de tijd te schetsen. Voor de andere indicatoren voor beperking is een tijdsvergelijking niet mogelijk, omdat de vragenstellingen van het AVO uit 1999 en 2003 onvergelykbaar zijn (zie De Klerk et al. 2006).

Een tweede indicator is de OESO-indicator voor beperkingen, ontwikkeld door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling. Met behulp van deze indicator, die bestaat uit zeven items, kan worden vastgesteld of er sprake is van lichamelijke beperkingen bij het gezichtsvermogen, het gehoor, het til- en loopvermogen (Botterweck et al. 2003). Op basis hiervan is onderscheid te maken tussen zintuiglijke en motorische beperkingen. Onder meer het CBS (in de gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie, POLS) en het NIVEL (Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten) maken gebruik van deze indicator.

Een derde indicator voor beperkingen betreft één vraag naar de mate waarin mensen zich belemmerd voelen als gevolg van langdurige aandoeningen of handicaps. Deze langdurige aandoeningen kunnen eventueel ook psychische aandoeningen zijn. Hoewel met deze ene vraag niet alle mensen met lichamelijke beperkingen worden achterhaald, worden de mensen met matige en ernstige lichamelijke beperkingen toch goed geïdentificeerd (Heide 1996). Deze indicator wordt onder meer gebruikt in het Tijdsbestedingsonderzoek (TBO).¹³

Voor alle indicatoren geldt dat wordt afgegaan op de mening van respondenten en niet op bijvoorbeeld het oordeel van een arts.

Noten

- 1 Het aantal mensen met een verstandelijke handicap aan het begin van deze eeuw wordt geschat op 103.000 (De Klerk 2002) tot 112.000 (Woittiez en Crone 2005). Het is niet precies bekend hoeveel mensen er zijn met chronische psychische problemen, maar uit de Nemesis-studie van het Trimbos-instituut blijkt dat ongeveer 24% van de volwassenen een psychische stoornis heeft meegemaakt in een periode van twaalf maanden, waarvan de angststoornis, de stemmingsstoornis (depressie) en alcoholafhankelijkheid de belangrijkste zijn (Vollebergh et al. 2003). Deze mensen hebben echter niet allemaal langdurige psychische problemen.
- 2 Alleen aan besluitvormingsprocessen wordt geen aandacht geschonken, omdat daarover onvoldoende gegevens beschikbaar zijn.
- 3 Overigens wordt deze vorm van participatie ook wel als maatschappelijke participatie omschreven (zie bv. De Klerk en Schellingerhout 2006).
- 4 Intussen is het nieuwe WOON (Woononderzoek Nederland) beschikbaar gekomen, met daarin onder meer gegevens over de toegankelijkheid van woningen, maar dit was nog niet gereed toen het hoofdstuk over de woonsituatie werd geschreven.
- 5 Hierin werkten de ministeries van vws, Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Verkeer en Waterstaat (VenW) samen.
- 6 Het openbaar vervoer is ook in de wet opgenomen, maar op dat punt is de wet nog niet in werking getreden.
- 7 *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, zie www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm voor de letterlijke tekst van dit verdrag.
- 8 Hierbij wordt uitgegaan van het principe van 'redelijkheid': voor ondernemers in een oud pand kunnen andere regels gelden dan voor ondernemers in een nieuwbouwpand.
- 9 De Wmo is van belang voor de gehele bevolking, niet alleen voor de mensen met beperkingen. In dit hoofdstuk ligt echter de nadruk op de beschrijving van hetgeen de Wmo voor mensen met beperkingen betekent.
- 10 De naam Rapportage gehandicapten is destijds gekozen omdat in dit rapport vooral wordt nagegaan of mensen sociale nadelen ervaren als gevolg van hun beperkingen. In de ICIDH werd dit aangeduid met de term 'handicaps'.
- 11 De ICF vervangt de *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*, de ICIDH. In het Nederlands wordt deze classificatie aangeduid met de Internationale classificatie van het menselijk functioneren (WHO-FIC 2002).
- 12 Activiteiten of beperkingen kunnen ook van invloed zijn op de persoonlijke en externe factoren. Zo kunnen zij een probleem vormen om een opleiding te volgen of een relatie aan te gaan.
- 13 Ook in de basismodule van het Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie (POLs) van het CBS is deze indicator opgenomen. In de Enquête Beroepsbevolking (EBB) van het CBS is sinds 2002 een vraag opgenomen, die aangeeft of mensen als gevolg van langdurige aandoeningen of handicaps belemmeringen bij het werk ervaren (zie hoofdstuk 4).

2 Aantal mensen met beperkingen

Mirjam de Klerk

Veel mensen denken bij ‘gehandicapten’ vooral aan mensen in een rolstoel of aan blinden met een blindentaststok of een blindengeleidehond. Bij hen is immers direct zichtbaar dat zij bepaalde activiteiten niet of nauwelijks kunnen uitvoeren. Er zijn echter ook veel mensen bij wie de (zelfs ernstige) beperkingen niet of nauwelijks zichtbaar zijn.

In dit hoofdstuk wordt geschetst hoeveel mensen met lichamelijke beperkingen er zijn, waarbij het zowel om de zichtbare als om de niet-zichtbare beperkingen gaat. Dit aantal is niet eenduidig vast te stellen. Het hebben van een beperking wil zeggen dat men moeite heeft met het uitvoeren van bepaalde handelingen (zie § 1.4). Daardoor hangt het vastgestelde aantal sterk samen met het aantal activiteiten dat in ogenschouw wordt genomen: als van veel handelingen wordt nagegaan of mensen ze kunnen verrichten, dan zullen er meer mensen beperkingen hebben dan wanneer er naar een geringer aantal activiteiten wordt gevraagd (zie ook De Klerk 2000).

De schattingen in dit hoofdstuk zijn steeds gebaseerd op de beoordeling van de respondenten zelf. Er is geïnventariseerd in hoeverre mensen naar eigen zeggen bepaalde activiteiten niet of alleen met moeite kunnen uitvoeren. De gepresenteerde aantallen moeten vooral gezien worden als een orde van grootte en niet als absolute aantallen. Zij hebben steeds betrekking op de zelfstandig wonende bevolking. De circa 160.000 (oudere) tehuisbewoners, van wie een heel groot deel lichamelijke beperkingen heeft (zie De Klerk 2005), blijven buiten beschouwing.

2.1 Zichtbaarheid van beperkingen

Lichamelijke beperkingen zijn, zoals gezegd, lang niet altijd zichtbaar. Dat is bij slechts de helft van de mensen het geval; 15% van de respondenten zegt dat ze goed zichtbaar zijn en 34% noemt ze enigszins zichtbaar. Of beperkingen zichtbaar zijn, hangt uiteraard ook samen met de ernst ervan: van de mensen met matige of ernstige beperkingen geeft 64% aan dat deze zichtbaar zijn. Aan deze zichtbaarheid kleven zowel voor- als nadelen (zie ook Kooiker 2006). Voordelen zijn dat mensen dan meer rekening met je houden (dat vindt 87% van de personen met goed zichtbare beperkingen), je niet steeds hoeft uit te leggen waarom je iets niet kunt (71%) en dat je verhoudingsgewijs gemakkelijk hulp of voorzieningen krijgt (71%). Nadelen zijn dat mensen je aanstaren (53%) en dat je niet altijd voor vol wordt aangezien (33%), zo blijkt uit gegevens van het Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten van het NIVEL.¹

Rolstoelen

Het meest zichtbaar zijn de rolstoelgebruikers, al vormen zij maar een deel van de populatie met lichamelijke beperkingen. Hoeveel mensen in Nederland op een rolstoel zijn aangewezen, is niet precies bekend. Uit registraties die worden bijgehouden in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)², blijkt dat er in 2004 ongeveer 190.000 rolstoelen uitstonden en in 2005 ongeveer 163.000 (Wapstra-van Damme et al. 2006). Het is niet bekend of er mensen zijn die meerdere rolstoelen hebben, bijvoorbeeld een die zij zelf kunnen voortbewegen en een die geduwd moet worden. Uit het Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie (POLs) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) kan worden afgeleid dat ongeveer 3% van degenen die een rolstoel of scootmobiel bezitten, deze niet gebruiken. Dat zou betekenen dat er maximaal 160.000 tot 185.000 zelfstandig wonenden zijn die hun Wvg-rolstoel gebruiken.³ Daarnaast zijn er ook mensen met een rolstoel die niet in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten is verstrekt. Dit betreft vooral mensen die in een instelling verblijven en gebruikmaken van een rolstoel die wordt verstrekt in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het is onbekend hoeveel er verstrekt worden, maar ongeveer 40% van de 55-plussers in verzorgings- en verpleeghuizen, circa 65.000 mensen, zit vrijwel dagelijks in een rolstoel (De Klerk 2005).⁴

In het POLs meldt 0,6% van de zelfstandig wonende 12-plussers permanent in een rolstoel te zitten en ongeveer 0,5% soms een rolstoel of scootmobiel te gebruiken. Dit betekent dat er ongeveer 84.000 mensen permanent een rolstoel of scootmobiel gebruiken en ongeveer 70.000 soms. Overigens is het waarschijnlijk dat de mensen die kortdurend een rolstoel nodig hebben, bijvoorbeeld na een operatie, hierbij niet zijn meegenomen.

De CBS-cijfers lijken, in vergelijking met de Wvg-registraties, een onderschatting van het aantal mensen in een rolstoel.⁵ Op basis van deze cijfers concluderen we dat er in Nederland 225.000 tot 250.000 mensen in een rolstoel zitten (160.000 tot 185.000 zelfstandig wonenden en ongeveer 65.000 tehuusbewoners), van wie er minimaal 150.000 (84.000 zelfstandig wonenden en 65.000 tehuusbewoners) deze vrijwel permanent gebruiken.

Andere mobiliteitshulpmiddelen

Behalve de rolstoel kan men natuurlijk ook denken aan andere mobiliteitshulpmiddelen, zoals een rollator, looprekje of wandelstok. Uit gegevens van het College voor Zorgverzekeringen blijkt dat er in 2004 ongeveer 76.000 personen een mobiliteitshulpmiddel hadden dat zij vergoed kregen via de zorgverzekering. Het werkelijke aantal bezitters is echter veel hoger, omdat men er ook zelf een kan aanschaffen. Zo zijn bijvoorbeeld de prijzen voor rollators de afgelopen jaren aanzienlijk gedaald (De Wit 2006). Uit hoofdstuk 7 (tabel 7.1) is af te leiden dat ongeveer 315.000 zelfstandig wonenden met matige of ernstige beperkingen een rollator hebben. In totaal hebben 685.000 mensen een mobiliteitshulpmiddel, zoals een wandelstok, rollator, rolstoel of scootmobiel, waaraan anderen kunnen zien dat zij mobiliteitsbeperkingen hebben.

Blindengeleidehond, blindentaststok

Ook voor blinden geldt dat hun beperking vaak goed zichtbaar is. Dikwijls gebruiken zij immers een blindentaststok of hebben zij een blindengeleidehond. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar over het aantal mensen dat een hulpmiddel voor blinden heeft.

2.2 Aantal mensen met beperking

Hoeveel mensen er precies lichamelijke beperkingen hebben, is niet met zekerheid vast te stellen, omdat dit samenhangt met het aantal activiteiten en de aard van de activiteiten die men in ogenschouw neemt, maar ook met de manier waarop men die activiteiten weegt (wat is erger: moeite hebben met zwaar huishoudelijk werk of moeite hebben met opstaan uit een stoel).

Deze paragraaf bevat een schatting van het aantal mensen met motorische, visuele en auditieve beperkingen op basis van een herziene SCP-indicator voor beperkingen (zie ook De Klerk et al. 2006).⁶ Deze schatting wordt in paragraaf 2.2.5 vergeleken met een andere veelgebruikte manier om het aantal mensen met beperkingen te schatten, de zogenoemde OESO-maat voor beperkingen, waarvan onder meer het CBS gebruikmaakt in het POLS-onderzoek (Botterweck et al. 2003).⁷ Er wordt steeds onderscheid gemaakt tussen lichte, matige en ernstige beperkingen (zie ook § 1.7).

Tabel 2.1

Prevalentie van motorische beperkingen, naar ernst van de beperking, leeftijdsklasse en geslacht, 6-plussers (excl. instituuetsbevolking), 1 januari 2006 (in procenten en absolute aantallen x 1000)^a

	6-19 jaar			20-64 jaar			≥ 65 jaar			totaal		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
%												
geen	94,3	93,3	93,8	85,0	76,6	80,8	53,2	32,7	41,3	82,8	72,2	77,5
licht	3,0	4,1	3,5	10,0	14,7	12,4	23,3	25,3	24,5	10,3	14,7	12,5
matig ^b				3,9	6,8	5,3	14,4	26,2	21,2	4,8	9,1	7,0
ernstig ^b	2,7	2,6	2,7	1,1	1,9	1,5	9,1	15,8	13,0	2,1	4,0	3,0
x 1000												
licht	42	56	98	505	733	1239	204	330	533	751	1120	1871
matig				196	337	533	126	342	463	350	705	1049
ernstig				57	95	152	80	206	283	149	310	456
matig+ernstig ^b	39	35	74	253	432	685	207	548	746	498	1015	1506

a De aantallen zijn berekend door de gemiddelde prevalentie in de jaren 1999 en 2003 op basis van de Mokkenmaat voor beperkingen (zie De Klerk et al. 2006) te vermenigvuldigen met het aantal 6-plussers op 1-1-2006.

b Omdat jeugdigen zelden beperkingen hebben, zijn hier de matige en de ernstige beperkingen samengenomen.

Bron: SCP (AVO'99, '03)

2.2.1 Motorische beperkingen

Motorische beperkt wil zeggen dat iemand (veel) moeite heeft met de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), de mobiliteit, de huishoudelijke verzorging of het langdurig zitten en staan. Op basis van negentien vragen (zie appendix 2.1 aan het einde van dit hoofdstuk) is berekend voor hoeveel mensen dat het geval is. In totaal geven ongeveer 1,5 miljoen zelfstandig wonenden aan dat zij matige of ernstige motorische beperkingen hebben (zie tabel 2.1).⁸ Ongeveer de helft van hen is 65 jaar of ouder. Vrouwen hebben vaker motorische beperkingen dan mannen, in alle hier onderscheiden leeftijdsklassen.

2.2.2 Visuele beperkingen

Er zijn in Nederland naar schatting 430.000 mensen met matige of ernstige visuele beperkingen (tabel 2.2).⁹ Dat wil zeggen dat zij, ook als zij een bril gebruiken, moeite hebben met bijvoorbeeld het lezen van krantenkoppen of het herkennen van een gezicht aan de andere kant van de kamer. Ook gezichtsbeperkingen komen veel vaker voor bij ouderen dan bij jongeren en vaker bij vrouwen dan bij mannen.

Deze schatting is, in vergelijking met de schatting op basis van het POLS, relatief laag (zie ook figuur 2.2). Anderzijds schat Sensis, een organisatie voor zorg, onderwijs en diensten aan slechtziende en blinde mensen, het aantal blinden en ernstig slechtzienden in Nederland lager in, te weten op 260.000 mensen.¹⁰

Tabel 2.2

Prevalentie van visuele beperkingen, naar ernst van de beperking, leeftijdsklasse en geslacht, 6-plussers (excl. instituuetsbevolking), 1 januari 2006 (in procenten en absolute aantallen x 1000)^a

	6-19 jaar			20-64 jaar			≥ 65 jaar			totaal		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
%												
matig ^b				1,3	1,7	1,5	5,0	10,1	7,9	1,6	2,8	2,2
ernstig ^b	0,9	0,8	0,9	0,3	0,3	0,3	1,9	3,1	2,6	0,4	0,7	0,6
x 1000												
matig				67	83	150	44	131	173	121	225	344
ernstig				13	16	29	16	41	57	32	57	88
matig+ernstig ^b	12	12	24	80	99	178	60	172	230	152	282	432

a De aantallen zijn berekend door de gemiddelde prevalentie in de jaren 1995 en 1999 op basis van de Mokkenmaat voor beperkingen (zie De Klerk et al. 2006) te vermenigvuldigen met het aantal 6-plussers op 1-1-2006.

b Omdat jeugdigen zelden beperkingen hebben, zijn hier de matige en de ernstige beperkingen samengenomen.

Bron: SCP (AVO'95, '99)

2.2.3 Auditieve beperkingen

Er zijn in Nederland naar schatting 360.000 mensen met een matige of ernstige gehoorbeperking (tabel 2.3).¹¹ Dat wil zeggen dat zij, ook als ze gebruikmaken van een gehoorapparaat, moeite hebben om een gesprek met één persoon te volgen of niet in staat zijn een gesprek met vier personen te volgen. Ook gehoorbeperkingen komen veel vaker voor bij ouderen dan bij jongeren; de verschillen tussen mannen en vrouwen zijn gering.

Tabel 2.3

Prevalentie van auditieve beperkingen, naar ernst van de beperking, leeftijdsklasse en geslacht, 6-plussers (excl. instituutsbevolking), 1 januari 2006 (in procenten en absolute aantallen x 1000)^a

	6-19 jaar			20-64 jaar			≥ 65 jaar			totaal		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
%												
matig ^b				0,8	0,5	0,7	5,2	5,9	5,6	1,2	1,3	1,3
ernstig ^b	0,7	0,7	0,7	0,7	0,4	0,6	4,4	4,4	4,4	1,0	1,0	1,0
x 1000												
matig				42	25	67	46	78	123	93	107	200
ernstig				34	22	56	38	57	95	76	82	159
matig+ernstig ^b	9	9	18	76	47	123	84	134	218	170	190	359

a De aantallen zijn berekend door de gemiddelde prevalentie in de jaren 1995 en 1999 op basis van de Mokenmaat voor beperkingen (zie De Klerk et al. 2006) te vermenigvuldigen met het aantal 6-plussers op 1-1-2006.

b Omdat jeugdigen zelden beperkingen hebben, zijn hier de matige en de ernstige beperkingen samengenomen.

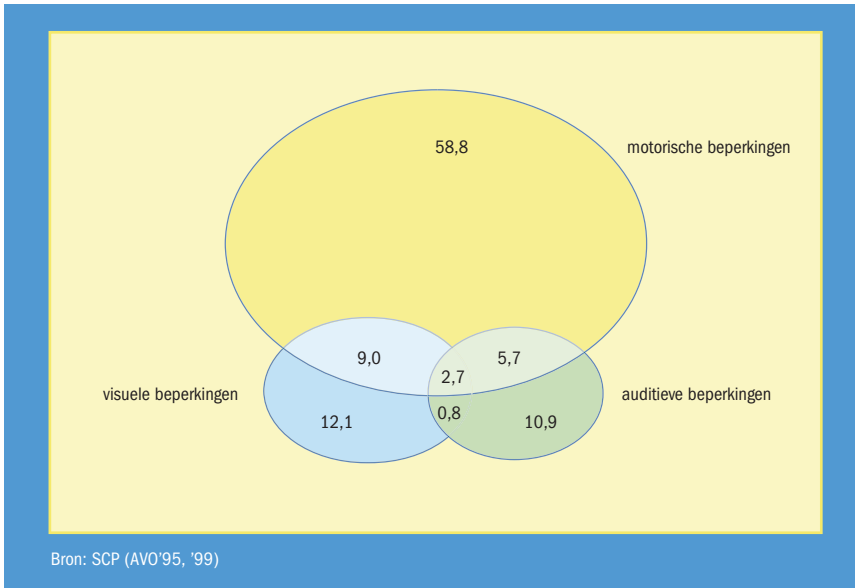
Bron: SCP (AVO'95, '99)

2.2.4 Combinatie van beperkingen

Uiteraard kunnen mensen ook op verschillende terreinen beperkingen hebben. Figuur 2.1 laat zien hoe vaak dit voorkomt. De meeste mensen met beperkingen hebben deze maar op één terrein: bijna 59% heeft alleen motorische, 12% alleen visuele en 11% alleen auditieve beperkingen. Bijna 10% heeft zowel motorische als visuele beperkingen, 6% een combinatie van motorische en auditieve beperkingen en bijna 1% een combinatie van visuele en auditieve beperkingen. Bijna 3% heeft op drie terreinen beperkingen.

Figuur 2.1

Combinatie van beperkingen, selectie van degenen die matige of ernstige beperkingen hebben, 16-plussers (excl. instituutsbevolking) (in procenten, n = 2470)



Tabel 2.4

Prevalentie totale beperkingen, naar ernst van de beperking, leeftijdsklasse en geslacht, 6-plussers (excl. instituutsbevolking), 1 januari 2006 (in procenten en absolute aantallen x 1000)^a

	6-19 jaar			20-64 jaar			≥ 65 jaar			totaal		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
%												
geen	93,9	92,1	93,0	83,0	76,4	79,7	49,8	30,5	38,4	81,3	71,8	76,5
licht	2,9	4,5	3,7	10,4	14,3	12,3	19,8	23,1	21,7	10,0	14,0	12,1
matig ^b				4,8	7,1	5,9	18,8	28,2	24,3	6,0	9,7	7,8
ernstig ^b	3,2	3,4	3,3	1,8	2,3	2,0	11,6	18,2	15,5	2,7	4,5	3,6
x 1000												
licht	42	62	103	525	712	1236	173	302	474	739	1075	1813
matig				245	351	595	165	367	530	442	758	1197
ernstig				89	113	202	102	238	338	205	357	560
matig+ernstig ^b	46	46	92	334	463	797	267	605	868	646	1115	1757

a De aantallen zijn berekend door de gemiddelde prevalentie in de jaren 1995 en 1999 op basis van de Mokkenmaat voor beperkingen (zie De Klerk et al. 2006) te vermenigvuldigen met het aantal 6-plussers op 1-1-2006.

b Omdat jeugdigen zelden beperkingen hebben, zijn hier de matige en de ernstige beperkingen samengenomen.

Bron: SCP (AVO'95-'99)

Als we alle mensen met matige of ernstige beperkingen op minimaal één van de terreinen samennemen, dan zijn er in Nederland ongeveer 1,7 miljoen zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige beperkingen (tabel 2.4). Ongeveer de helft van hen is 65-plusser.

In vergelijking met de vorige schatting (in de *Rapportage gehandicapten 2002*), die was gebaseerd op een andere maat voor beperkingen (zie ook noot 6), zijn er nu ongeveer 200.000 meer mensen met matige of ernstige beperkingen dan toen (De Klerk 2002). Hiervoor zijn twee redenen aan te wijzen. De eerste heeft te maken met de toename van de omvang van de bevolking en van het aandeel ouderen binnen die bevolking in de tussenliggende periode. Hierdoor zijn er in 2006 ongeveer 40.000 meer mensen met matige of ernstige beperkingen dan in 2002. Daarnaast is nu een andere meetmethode gebruikt om de ernst vast te stellen. Hierdoor worden ongeveer 160.000 personen meer tot de groep met een matige of ernstige beperking gerekend dan voorheen. Voor deze nieuwe methode is vooral gekozen omdat deze gemakkelijker te interpreteren is en omdat de indeling in lichte, matige en ernstige beperkingen duidelijker is (zie De Klerk et al. 2006 voor de verschillende meetmethoden).¹²

2.2.5 Vergelijking SCP-maat en OESO-maat voor beperkingen

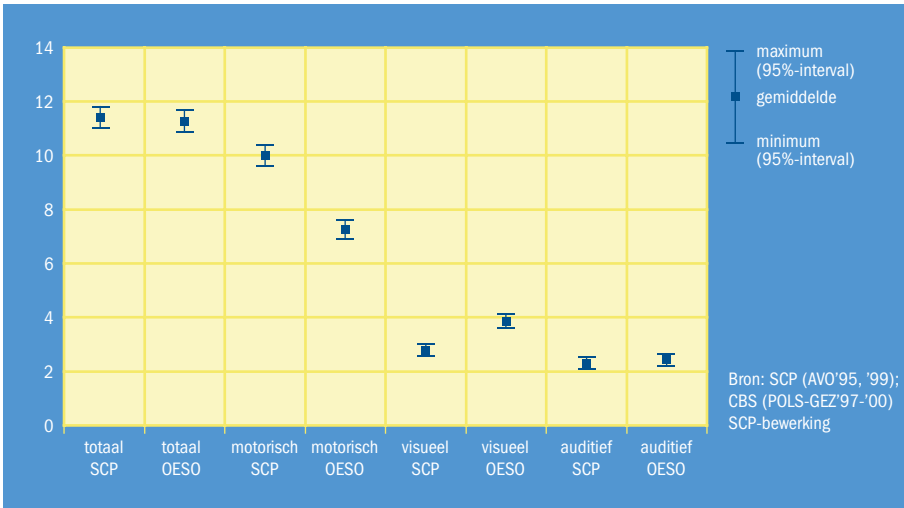
Eerder is al geconstateerd dat het aantal mensen met beperkingen geen absoluut gegeven is, maar dat het exacte aantal afhangt van de manier waarop dit wordt gemeten. Een vergelijking van de hier gebruikte SCP-indicator voor beperkingen en de OESO-maat voor beperkingen, waarvan bijvoorbeeld het CBS gebruikmaakt in het POLS-onderzoek (zie ook § 1.5), laat zien dat beide op een vergelijkbaar aandeel mensen met matige of ernstige (totale) beperkingen uitkomen (figuur 2.2). Het aandeel mensen met motorische beperkingen wordt op basis van de OESO-maat lager ingeschat, hetgeen komt doordat deze maat op drie activiteiten is gebaseerd, terwijl de SCP-maat uitgaat van negentien activiteiten (zie ook appendix 2.1 aan het einde van dit hoofdstuk). Het totaalaandeel van de bevolking met matige of ernstige beperkingen (ongeveer 11%) komt zeer goed overeen, hetgeen ook geldt voor de gehoorbeperkingen. De visuele beperkingen worden op basis van het AVO onderschat in vergelijking met de schatting op basis van het POLS. Dit komt doordat in het POLS onderscheid wordt gemaakt tussen ‘met lichte moeite’ en ‘met grote moeite’, en het SCP alleen een antwoordcategorie ‘met moeite’ kent. Het CBS hanteert het uitgangspunt dat mensen die ‘met grote moeite’ de kleine letters kunnen lezen, matige beperkingen hebben, terwijl het SCP ervan uitgaat dat mensen die ‘met moeite’ de kleine letters kunnen lezen, lichte beperkingen hebben.

De figuur laat ook zien dat er een zekere marge is van de schatting van het aantal: als er gesproken wordt over 1,7 miljoen mensen met matige of ernstige beperkingen (op basis van de SCP-indicator, zie tabel 2.4), dan betekent dit dat er tussen de 1,6 en 1,8 miljoen mensen met matige of ernstige beperkingen zijn.

Het aandeel van de Nederlandse bevolking dat ernstige, matige of lichte lichamelijke beperkingen heeft, is tussen 1997 en 2004 licht gestegen, zo blijkt ook uit de jaarlijks verzamelde gegevens van het CBS (figuur 2.3). Dit heeft waarschijnlijk vooral te maken met het toegenomen aandeel ouderen in de bevolking.¹³ De verschillen zijn klein, maar wel significant.

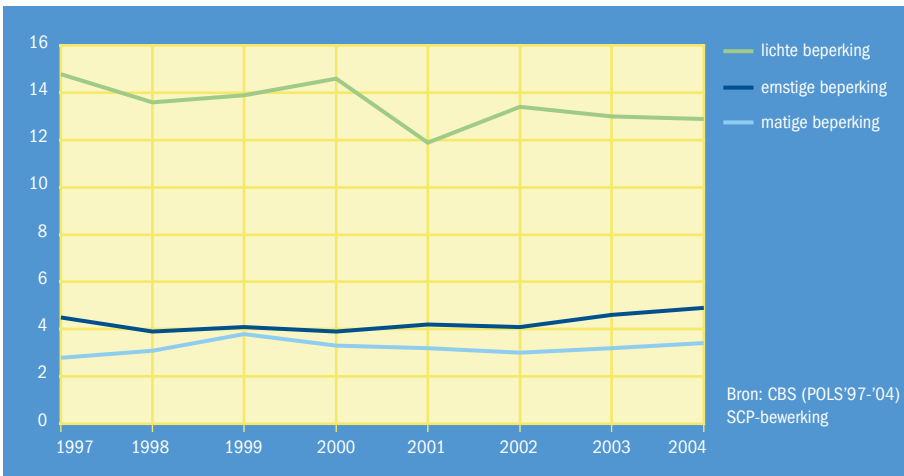
Figuur 2.2

Vergelijking van de prevalentie van matige of ernstige beperkingen op basis van de SCP-indicator voor beperkingen en de OESO-indicator voor beperkingen (in procenten en 95%-betrouwbaarheidsintervallen)



Figuur 2.3

Veranderingen in de prevalentie van lichamelijke beperkingen, 12-plussers (excl. instituutsbevolking), 1997-2004 (in procenten; n = 53.331)



Beperkingen veranderlijk

De ernst van de beperkingen is lang niet altijd stabiel, maar kan veranderen in de loop van de tijd. Bij ongeveer 60% van de mensen met beperkingen verslechtert de gezondheid. Zij worden dus steeds opnieuw geconfronteerd met dingen die zij niet, of alleen met veel moeite kunnen doen. Ongeveer 65% heeft op sommige momenten meer last van beperkingen dan op andere (beperkingen met een wisselend verloop). Dit betekent bijvoorbeeld dat zij op goede momenten bepaalde zaken wel kunnen, maar op andere momenten niet, wat het moeilijk maakt om dingen te plannen.

Ongeveer een zesde van de mensen met beperkingen heeft een levensbedreigende aandoening.

Tabel 2.6

Kenmerken van de gezondheid van zelfstandig wonende mensen met lichamelijke beperkingen, 16-plussers, 2004 (horizontaal gepercentageerd; n = 1120)

	nee, geheel niet	ja, in enige mate	ja, in sterke mate
wisselend verloop	35,5	47,3	17,2
verslechtering van de gezondheid	40,9	50,4	8,7
aandoening levensbedreigend	84,5	11,7	3,8

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

2.3 Kenmerken van mensen met beperkingen

Mensen met (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen zijn, in vergelijking met mensen met hooguit lichte beperkingen, relatief vaak 55-plusser, vrouw, alleenstaand en laagopgeleid (tabel 2.7). Deze demografische kenmerken hangen deels met elkaar samen. Zo hangt het relatief hoge aandeel laagopgeleiden onder mensen met matige of ernstige beperkingen niet alleen samen met het feit dat zij meer moeite hebben om onderwijs te volgen, maar ook met het feit dat bovenal veel ouderen ernstige beperkingen en vaak een lage(re) opleiding hebben. De Klerk en Schellingerhout (2006) wezen erop dat in het bijzonder de 75-plussers met beperkingen een kwetsbare groep vormen omdat zij vaak alleenstaand zijn en een laag opleidingsniveau hebben.

Maar ook bij de 18-65-jarigen met beperkingen is het aandeel vrouwen, alleenwonenden en laagopgeleiden naar verhouding hoog. Deze gegevens zeggen overigens niets over oorzaak en gevolg. Zo is het goed denkbaar dat jonge mensen met beperkingen minder gemakkelijk een opleiding kunnen volgen en daardoor een lager opleidingsniveau hebben dan leeftijdgenoten zonder beperkingen, maar is het ook mogelijk dat jonge laagopgeleiden lichamelijke zware beroepen uitvoeren en daardoor lichamelijke beperkingen oplopen.

Tabel 2.7

Achtergrondkenmerken van 18-plussers en van 18-65-jarigen, naar ernst van de beperkingen, 2003 (verticaal geperceenteerd)

	geen	licht	matig	ernstig	totaal	matig+ernstig
gehele bevolking (n)	(7.759)	(1.974)	(1.194)	(405)	(11.302)	(1.599)
leeftijdsklasse						
18-54 jaar	80,0	53,2	37,1	21,7	68,8	33,2
55-74 jaar	18,0	37,5	40,7	31,4	24,2	38,3
≥ 75 jaar	2,0	9,3	22,2	46,9	7,0	28,5
geslacht						
man	53,0	44,0	37,5	35,0	49,2	36,8
vrouw	47,0	56,0	62,5	65,0	50,8	63,2
huishoudensvorm						
eenpersoonshuishouden	14,4	19,6	31,6	39,3	18,0	33,6
meerpersoonshuishouden	85,6	80,4	68,4	60,7	82,0	66,4
opleidingsniveau						
maximaal lbo	25,6	43,0	54,6	70,3	33,1	58,6
mavo/havo/mbo	47,5	41,2	33,4	21,8	44,1	30,5
hbo/universiteit	26,9	15,8	12,0	7,9	22,8	10,9
18-65-jarigen (n)						
	(7.219)	(1.499)	(674)	(146)	(9.539)	(820)
geslacht						
man	52,9	44,1	40,8	41,8	50,5	41,0
vrouw	47,1	55,9	59,2	58,2	49,5	59,0
huishoudensvorm						
eenpersoonshuishouden	13,5	14,2	17,8	17,1	13,9	17,7
meerpersoonshuishouden	86,5	85,8	82,2	82,9	86,1	82,3
opleidingsniveau						
maximaal lbo	23,9	39,2	47,6	56,2	28,4	49,1
mavo/havo/mbo	48,5	43,7	39,0	30,7	46,9	37,6
hbo/universiteit	27,5	17,1	13,4	13,1	24,7	13,3

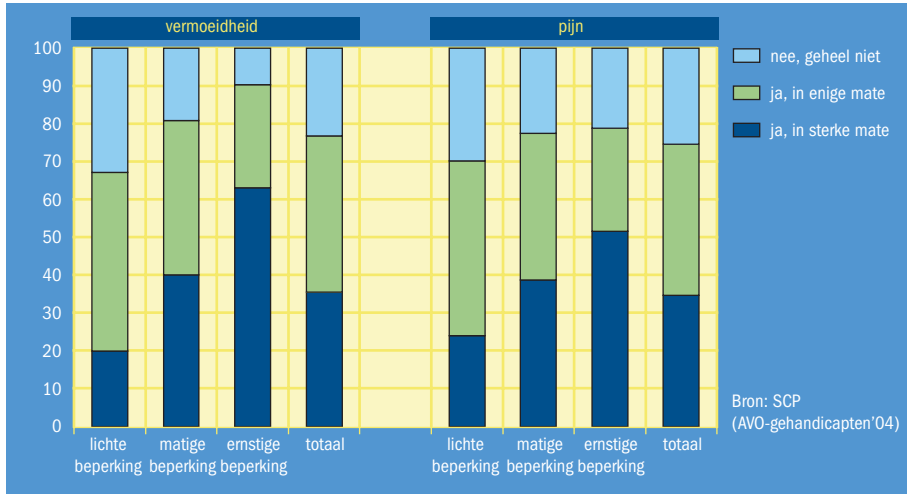
Bron: SCP (AVO'03)

2.4 Gevolgen van beperkingen

In de *Rapportage gehandicapten 2002* werd al duidelijk dat mensen vaak niet tevreden zijn over hun deelname aan de maatschappij, en dat zij de oorzaken daarvan vaak meer bij zichzelf leggen (ik ben te moe, heb te veel pijn), dan bij een ontoegankelijke samenleving (De Klerk 2002). Dat mensen met beperkingen inderdaad zeer vaak vermoeid zijn en pijn hebben, blijkt uit figuur 2.4. Ongeveer een derde heeft hier in sterke mate en circa 40% in enige mate last van. De klachten treden vaker op naarmate de beperkingen ernstiger zijn.

Figuur 2.4

Ervaren van vermoeidheid en pijn door zelfstandig wonende mensen met lichamelijke beperkingen, 16-plussers, 2004 (in procenten; n = 1120)



Uit het Tijdsbestedingonderzoek 2005 blijkt enigszins hoe vermoeiend het leven van mensen met beperkingen kan zijn: 37% van de mensen met ernstige beperkingen zegt 's morgens vaak vermoeid op te staan tegenover 9% van degenen zonder beperkingen, en 26% zegt zich moeilijk te kunnen ontspannen tegenover 5% van degenen zonder beperkingen (zie tabel 2.8). Ruim 20% zegt vaak nergens zin in te hebben tegenover 2% van degenen zonder beperkingen.

Tabel 2.8

Vermoeidheid en lusteloosheid, naar ernst van de beperkingen, zelfstandig wonende 18-plussers, 2005 (in procenten, n = 1975)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	
's morgens moe opstaan	9,4	22,8	36,6	12,4	sign.
moeilijk kunnen ontspannen	5,2	11,4	26,0	7,1	sign.
nergens zin in hebben	1,6	2,2	22,0	2,9	sign.

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

Bron: SCP (TBO'05)

2.5 Samenvatting

Bij gehandicapten denken mensen vaak eerst aan personen van wie je goed kunt zien dat zij bepaalde activiteiten niet (meer) zelf kunnen doen, zoals personen in een rolstoel. Zij vormen echter maar een deel van de totale groep met een lichamelijke beperking. De helft van deze mensen geeft zelf te kennen dat hun beperking zichtbaar is.

Er zijn naar schatting 225.000 tot 250.000 mensen met een rolstoel. In totaal hebben ongeveer 685.000 zelfstandig wonenden een mobiliteitshulpmiddel, van wie ongeveer 315.000 een rollator.

Het aantal mensen met lichamelijke beperkingen is niet eenduidig vast te stellen, maar er zijn ongeveer 1,5 miljoen mensen met matige of ernstige motorische beperkingen (personen die moeite hebben met het gebruik van hun bewegingsapparaat en daardoor moeite hebben met de algemene dagelijkse levensverrichtingen, mobiliteit of huishoudelijke activiteiten), ongeveer 430.000 mensen met matige of ernstige visuele beperkingen en 360.000 mensen met matige of ernstige auditieve beperkingen. Als rekening wordt gehouden met de overlap tussen deze groepen, dan zijn er in totaal naar schatting 1,7 miljoen mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking. Het betreft hier nadrukkelijk een orde van grootte en geen absoluut gegeven. Zo betekent de schatting dat er 1,7 miljoen mensen met beperkingen zijn, dat dit er tussen de 1,6 en 1,8 miljoen zijn.

Mensen met (matige of ernstige) beperkingen zijn, in vergelijking tot degenen zonder beperkingen, relatief vaak vrouw, alleenstaand en laagopgeleid. Dat geldt ook voor de 18-64-jarigen met beperkingen.

Beperkingen hebben grote gevolgen voor het dagelijks leven van mensen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat ongeveer 75% van de mensen met lichamelijke beperkingen met vermoeidheid of pijn kampt.

Appendix 2.1

Overzicht van de activiteiten die in de verschillende indicatoren voor lichamelijke beperkingen zijn opgenomen

	SCP (SCP-maat) op basis van AVO	CBS (OESO-maat) op basis van POLS
ADL en mobiliteit		
gaan zitten en opstaan	X	
in en uit bed stappen	X	
aan- en uitkleden	X	
trappen lopen	X	
woning verlaten/binnengaan	X	
buitenshuis verplaatsen	X	
gezicht en handen wassen	X	
zich volledig wassen	X	
toilet gebruiken	X	
tien minuten lopen zonder stoppen	X	
tien minuten lang staan	X	
een voorwerp van 5 kilo 10 meter kunnen dragen		X
staande bukken en iets van de grond oppakken		X
400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan		X
huishoudelijke activiteiten		
boodschappen	X	
warme maaltijd klaarmaken	X	
bed verschonen	X	
de was	X	
klussen met keukentrap	X	
licht huishoudelijk werk	X	
zwaar huishoudelijk werk	X	
kleine reparaties	X	
zien		
moeite hebben met zien (ROUTING: ja/nee) ^a	X	
krantenkoppen lezen	X	X
gewone letters van de krant lezen	X	X
gezicht herkennen van mensen aan de andere kant van de kamer	X	X
horen		
moeite hebben met horen (ROUTING: ja/nee) ^a	X	
horen wat gezegd wordt in gesprek met 1 persoon	X	X
horen wat gezegd wordt in gesprek met 4 personen	X	X

a Routing wil in dit geval zeggen dat de respondenten die aangaven dat ze geen moeite hebben met zien of horen niet de vervolgvragen kregen waarmee vastgesteld kon worden hoeveel moeite ze dan hebben. Verondersteld is dan dat ze geen moeite hebben met het uitvoeren van de activiteiten zoals krantenkoppen lezen of een gesprek volgen met 1 ander persoon.

Noten

- 1 Voorjaarsmeting 2006, SCP-bewerking.
- 2 Bijlage A bevat een afkortingenlijst.
- 3 Die 160.000 is afgeleid van de 162.500 rolstoelen die uitstonden in 2005, en de 185.000 van de 189.100 die uitstonden in 2004 (Wapstra-van Damme et al. 2006).
- 4 Mensen kunnen eventueel ook een rolstoel aanvragen in het kader van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, maar de WIA vergoedt alleen rolstoelen die uitsluitend voor het werk of een opleiding gebruikt worden en dat aantal zal gering zijn.
- 5 Mogelijk hebben juist degenen met een slechte mobiliteit weinig deelgenomen aan deze schriftelijke enquêtes.
- 6 Deze indicator is in dit geval een Mokkenmaat, waarbij de antwoorden van negentien activiteiten (zie appendix 2.1 aan het eind van het hoofdstuk) als het ware worden opgeteld (1 = geen moeite, 2 = met moeite, 3 = kan niet). Een hoge score betekent dus dat men veel activiteiten niet meer kan uitvoeren, en dus ernstige beperkingen heeft. Dit is een andere maat dan de SCP-maat die eerder werd gebruikt en was gebaseerd op een Princalsberekening (De Wit 1997). Zie De Klerk et al. (2006) voor meer uitleg over deze beide maten en de tekst na tabel 2.4 waarin wordt aangegeven tot welke verschillen in prevalentieschattingen het gebruik van de beide maten leidt.
- 7 In POLS zijn de lichamelijke beperkingen gemeten met een internationale maat voor beperkingen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). De OESO-beperkingenmaat is gebaseerd op zeven vragen over slechthorendheid, slechtziendheid en beperkingen bij het bewegen. Iemand heeft *ernstige* beperkingen wanneer hij of zij een van de vragen met 'kan niet, alleen met hulp van anderen' beantwoordt, *matige* beperkingen wanneer hij een van de vragen met 'met grote moeite' beantwoordt (en verder geen vragen met 'kan niet'), *licht* beperkt wanneer hij ten minste eenmaal 'met enige moeite' antwoordt (zie ook Kooiker 2006).
- 8 Dit is afgeleid uit een gemiddelde prevalentieschatting op basis van AVO'99 en AVO'03. Door twee jaren samen te nemen is het respondentenaantal waarop de berekeningen betrekking hebben, groter en is de schatting nauwkeuriger. In 2003 hadden iets meer mensen beperkingen dan in 1999, hetgeen samenhangt met het feit dat er in 2003 iets meer ouderen zijn (die relatief vaak beperkingen hebben) dan in 1999 (zie ook De Klerk et al. 2006: 77).
- 9 Dit is afgeleid uit een gemiddelde prevalentieschatting op basis van AVO'95 en AVO'99. Het AVO'03 kon niet worden gebruikt omdat de vragen over gezichtsbeperkingen in dat jaar anders zijn gesteld, waardoor de prevalenties onvergelijkbaar zijn (zie ook De Klerk et al. 2006: 77).
- 10 www.sensis.nl, geraadpleegd op 5 januari 2007.
- 11 Zie noot 9, dit geldt ook voor de gehoorbeperkingen.
- 12 Een ander voordeel is dat deze maat gemakkelijker te berekenen is, waardoor deze ook toepasbaar is op andere onderzoeken waarin vergelijkbare vragen naar beperkingen zijn opgenomen.
- 13 Het is ook mogelijk dat bijvoorbeeld het aantal geborenen met beperkingen toeneemt. Hier zijn echter geen duidelijke aanwijzingen voor (zie bv. De Klerk 2000). Weliswaar neemt het aantal vroeggeboorten (met kans op complicaties) toe, maar daar staat tegenover dat het aantal kinderen met aangeboren afwijkingen als gevolg van verbeterd erfelijkheids- en prenataal onderzoek af zal nemen, zo is de algemene verwachting (Burgmeijer et al. 1997). Of dit ook daadwerkelijk zo is, is niet te achterhalen, omdat het aantal geborenen met beperkingen niet geregistreerd wordt.

3 Onderwijs

Ria Bronneman-Helmers

Participatie en integratie van gehandicapten in de samenleving zijn belangrijke doelstellingen van het overheidsbeleid. In het onderwijs wordt daaraan op verschillende manieren vormgegeven. Aan het basis- en voortgezet onderwijs is de deelname in principe gegarandeerd omdat alle kinderen en jongeren in de leeftijd tot en met 16 jaar onder de volledige leerplicht vallen.¹ Het streven naar integratie staat er centraal. Kinderen en jongeren met lichamelijke of verstandelijke beperkingen moeten zoveel mogelijk aan het gewone basis- en voortgezet onderwijs deelnemen en alleen in speciale scholen worden opgevangen als het echt niet anders kan. Ouders kunnen sinds enkele jaren in principe kiezen tussen een gewone school voor basis- of voortgezet onderwijs of een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs.

In het beroeps- en hoger onderwijs gaat het primair om de toegankelijkheid. Daar is de participatiegraad van gehandicapten een voornaam indicator voor het succes dan wel falen van het onderwijsbeleid.²

In dit hoofdstuk passeren eerst de meest recente cijfers over ontwikkelingen in de deelname aan de verschillende onderwijsvoorzieningen de revue. Aan de onderwijservaringen van ouders, scholieren en studenten is in de *Rapportage gehandicapten 2006* al veel aandacht besteed (Kooiker 2006). Hier wordt volstaan met een weergave van de meest recente onderzoeksresultaten. Ter afsluiting van het hoofdstuk komen enkele bestuurlijke ontwikkelingen aan de orde die de komende jaren tot belangrijke veranderingen in het voorzieningenaanbod zouden kunnen leiden, zoals de zorgplicht, waardoor schoolbesturen verantwoordelijk worden voor het bieden van een passend onderwijsaanbod aan alle leerlingen met handicaps of beperkingen.

3.1 Basis- en voortgezet onderwijs

Afhankelijk van de aard en ernst van de beperking zijn er verschillende onderwijsvoorzieningen voor kinderen van 4-12 jaar (basisonderwijs) en jongeren van 13-18 jaar (voortgezet onderwijs).

3.1.1 Het speciaal onderwijs

Lange tijd was het gebruikelijk dat kinderen met handicaps of functiebeperkingen in aparte scholen voor speciaal onderwijs werden opgevangen. In de jaren zestig van de vorige eeuw ontstond er twijfel over de wenselijkheid en noodzaak van zo'n gescheiden opvang in speciale scholen. Momenteel wordt het standpunt gehuldigd dat kinderen met handicaps of specifieke problemen liefst een school in de buurt voor regulier onderwijs bezoeken, en pas als het echt niet anders kan, in speciale voor hen bestemde scholen onderwijs volgen (Operatie Jong 2007: 13). Ondanks deze

omslag in het denken over de beste opvang- en ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen met een handicap of functiebeperking gaat het merendeel nog steeds naar een school voor speciaal onderwijs.

Scholen voor speciaal onderwijs zijn onderverdeeld in vier clusters en per cluster verenigd in Regionale Expertise Centra (REC). In deze expertisecentra worden de kennis en deskundigheid van de speciale scholen gebundeld. Cluster vier omvat scholen voor leerlingen met ernstige gedragsstoornissen of psychiatrische problemen (voorheen zmk-scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen). Omdat deze rapportage uitsluitend handelt over mensen met lichamelijke beperkingen, blijven de cluster 4-scholen verder buiten beschouwing. Overigens is de groei van het aantal leerlingen in dat cluster verreweg het grootst.

Voor de Rapportage gehandicapten zijn de eerste drie scholenclusters van belang:

- cluster 1-scholen voor visueel gehandicapte kinderen (blind en slechtziend);
- cluster 2-scholen voor auditief gehandicapte (doof en slechthorend) en communicatief gehandicapte (ernstige spraakmoeilijkheden) kinderen;
- cluster 3-scholen voor kinderen met een (meervoudige) lichamelijke handicap, een verstandelijk leerprobleem (zeer moeilijk lerend) of een chronische ziekte.³

Het onderwijs aan blinde en slechtziende kinderen en jongeren (cluster 1) wordt aangeboden door drie organisaties voor blinde en slechtziende mensen: Bartiméus, Sensis en Visio. Die organisaties verzorgen op een aantal plaatsen in het land speciaal en voortgezet speciaal onderwijs. Daarnaast zorgen ze ook voor de ambulante begeleiding van leerlingen in het reguliere onderwijs.

Tabel 3.1 geeft inzicht in de ontwikkeling van het aantal kinderen met lichamelijke,⁴ zintuiglijke of verstandelijke beperkingen (4-12 jaar) in het speciaal onderwijs in de periode 2000-2005. Hierin is te lezen dat het aantal leerlingen met handicaps of beperkingen dat speciaal onderwijs volgt, in de afgelopen jaren sterker is toegenomen (+10%) dan op grond van de demografische ontwikkeling zou mogen worden verwacht. Het aantal kinderen in de basisschoolleeftijd steeg in vijf jaar nauwelijks (+1%). De groei deed zich vooral voor bij cluster 2 en 3. De deelnamegroei moet vooral worden toegeschreven aan een toename van de instroom; de verblijfsduur is in de periode 2000-2005 vrijwel constant gebleven (CentERdata 2006).

Jongens zijn op deze scholen duidelijk in de meerderheid: in 2005 was ruim twee van de drie kinderen in het speciaal onderwijs een jongen (CBS StatLine).⁵

Tabel 3.1

Ontwikkeling van het aantal 4-12-jarige leerlingen met lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperkingen in het speciaal onderwijs, naar scholencluster (1-3)^a, 2000-2005 (in absolute aantallen en groei-index, 2000 = 100)

aantal leerlingen in:	2000	2001	2002	2003	2004	2005
cluster 1-scholen	520	510	510	500	510	503
cluster 2-scholen	6.457	6.578	6.873	6.955	6.765	6.934
cluster 3-scholen	14.658	15.266	15.983	16.022	16.345	16.436
totaal cluster 1-3	21.635	22.354	23.366	23.477	23.620	23.873
index cluster 1-scholen	100	98	98	96	98	97
index cluster 2-scholen	100	102	106	108	105	107
index cluster 3-scholen	100	104	109	109	112	112
index totaal cluster 1-3	100	103	108	109	109	110
index basisgeneratie 4-12-jarigen	100	100	101	101	101	101

a Cluster 1= visuele beperkingen; cluster 2= auditieve en communicatieve beperkingen; cluster 3= lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen (zie ook noot 4).

Bron: cluster 1: CBS (StatLine) en OCW (2005b); cluster 2 en cluster 3: CentERdata (2006) SCP-bewerking

3.1.2 Ambulante begeleiding in het basisonderwijs

Gelijktijdig met de deelnamegroei in het speciaal onderwijs nam de afgelopen jaren ook de deelname van kinderen met beperkingen aan het gewone basisonderwijs toe. Al sinds het einde van de jaren zeventig kunnen zintuiglijk en lichamelijk⁴ gehandicapte leerlingen in het basisonderwijs ambulante begeleid worden door leerkrachten uit het speciaal onderwijs. Sinds 1985 kunnen alle leerlingen met een beperking een beroep doen op ambulante begeleiding. In het basisonderwijs gaat het in de eerste plaats om begeleiding en deskundigheidsbevordering van de leerkracht en om diagnostiek en observatie bij vragen of problemen. Daarnaast wordt er ook begeleiding aan de leerling geboden, veelal in de vorm van individuele (vak)didactische hulp.

Sinds augustus 2003 is de regeling leerlinggebonden financiering (LGF) van kracht, ook wel aangeduid als 'het rugzakje'. Die regeling is bedoeld om de schoolkeuzemogelijkheid van ouders en leerlingen te vergroten en de integratie van leerlingen met een lichamelijke of verstandelijke beperking te bevorderen. Sinds de komst van het rugzakje moet iedere basisschool in principe openstaan voor het bieden van onderwijs aan kinderen met een handicap of functiebeperking. Indien een school redenen heeft om dat niet te doen, ligt de bewijslast daarvoor bij de school.

Tabel 3.2 laat zien hoe het aantal leerlingen in het basisonderwijs dat ambulante begeleiding ontvangt vanuit het speciaal onderwijs (cluster 2- en cluster 3-scholen), zich sinds het jaar 2000 heeft ontwikkeld.

Tabel 3.2

Ontwikkeling van het aantal ambulante begeleide leerlingen in het basisonderwijs, naar cluster (2-3)^a, 2000-2005 (in absolute aantallen en groei-index, 2000 = 100)

begeleiding vanuit:	2000	2001	2002	2003	2004	2005
cluster 2-scholen	3085	3441	3632	3546	2591	3216
cluster 3-scholen	2470	2829	3174	3704	4051	4859
index ambulante vanuit cluster 2	100	112	118	115	84	104
index ambulante vanuit cluster 3	100	115	129	150	164	197

a Cluster 2= auditieve en communicatieve beperkingen; cluster 3= lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen (zie noot 4).

Bron: CentERdata (2006) SCP-bewerking

Uit de cijfers blijkt dat er ook al voorafgaand aan de invoering van de rugzakregeling sprake was van ambulante begeleiding. De plotselinge afname, tussen 2003 en 2004, van het aantal leerlingen met ambulante begeleiding vanuit cluster 2 hangt waarschijnlijk samen met de verplichte (her)indicering van leerlingen die al voor de invoering van de LGF-regeling ambulante begeleiding ontvingen. Conform de verwachting kwam een deel van hen niet in aanmerking voor een LGF-indicatie. Na aanpassing van de criteria is het aantal leerlingen echter weer toegenomen (OCW 2006a). In 2004 gingen verreweg de meeste rugzakken in het basisonderwijs (vanuit cluster 2) naar slechthorende kinderen (86%), en (vanuit cluster 3) naar lichamelijk gehandicapte kinderen (55%) en zeer moeilijk lerende kinderen (35%) (CentERdata 2006).

In tabel 3.2 is de ambulante begeleiding voor blinde en slechtziende kinderen (cluster 1) niet opgenomen.⁶ Volgens gegevens van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) volgden in 2005 1030 visueel gehandicapte leerlingen regulier basisonderwijs met ambulante begeleiding. Op iedere drie kinderen met visuele beperkingen gingen er in dat jaar dus twee naar een gewone basisschool. Uit een vergelijking van de cijfers in tabel 3.1 en tabel 3.2 blijkt dat de verhouding tussen regulier en speciaal onderwijs in de beide andere clusters minder gunstig is. Van de kinderen met auditieve of communicatieve beperkingen zit in 2005 slechts een derde deel in het reguliere basisonderwijs; bij de lichamelijk en verstandelijk beperkte kinderen is dat ongeveer een op de vijf.

De deelname aan speciaal onderwijs groeide bij de kinderen met een gehoor- of spraakstoornis iets sterker dan de deelname aan regulier onderwijs, 7% versus 4%. Bij de kinderen met een lichamelijke of verstandelijke handicap nam de deelname aan regulier onderwijs juist veel sterker toe dan die aan speciaal onderwijs, 97% versus 12%.

3.1.3 Het voortgezet speciaal onderwijs

Het voortgezet speciaal onderwijs voor jongeren van 13-18 jaar kent dezelfde indeling in scholenclusters als het basisonderwijs. In deze leeftijdscategorie groeide het aantal deelnemers aan speciaal onderwijs de afgelopen jaren sterk, zoals uit tabel 3.3 kan worden afgelezen. Nam het aantal 4-12-jarigen in het speciaal onderwijs in vijf jaar tijd met 10% toe, in het voortgezet speciaal onderwijs groeide het aantal leerlingen met lichamelijke, zintuiglijke, of verstandelijke beperkingen maar liefst met 39%. Verreweg de sterkste groei deed zich in de cluster 3-scholen voor. Volgens cijfers van het CBS namen tussen 2000 en 2005 vooral de aantallen langdurig zieke leerlingen en zeer moeilijk lerende leerlingen toe, respectievelijk met 57% en 43% (CBS StatLine)

De groei was aanzienlijk sterker dan op grond van de demografische ontwikkeling zou mogen worden verwacht. Het aantal jongeren in de desbetreffende leeftijdscategorie nam slechts met 7% toe.

Tabel 3.3

Ontwikkeling van het aantal 13-18-jarige leerlingen met lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperkingen in het voortgezet speciaal onderwijs, naar scholencluster (1-3)^a, 2000-2005 (in absolute aantallen en groei-index, 2000 = 100)

aantal leerlingen in:	2000	2001	2002	2003	2004	2005
cluster 1-scholen	190	200	190	200	210	201
cluster 2-scholen	1.554	1.576	1.692	1.766	1.855	1.936
cluster 3-scholen	6.620	7.079	7.681	8.418	8.851	9.454
totaal cluster 1-3	8.364	8.855	9.563	10.384	10.916	11.591
index cluster 1-scholen	100	105	100	105	111	105
index cluster 2-scholen	100	101	103	105	106	107
index cluster 3-scholen	100	107	116	127	134	143
index totaal cluster 1-3	100	106	114	124	131	139
index basisgeneratie 13-18-jarigen	100	101	103	105	106	107

a Cluster 1 visuele beperkingen; cluster 2 auditieve en communicatieve beperkingen; cluster 3 lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen (zie noot 4).

Bron: cluster 1: CBS (StatLine) en OCW (2005b); cluster 2 en cluster 3: CentERdata (2006) SCP-bewerking

3.1.4 Ambulante begeleiding in het voortgezet onderwijs

In het voortgezet onderwijs kunnen jongeren met beperkingen en hun docenten eveneens ambulante begeleiding door leerkrachten uit het voortgezet speciaal onderwijs. En net als in het basisonderwijs is ook daar sinds augustus 2003 de rugzakregeling van kracht. Er geldt een leeftijdsgrens van 20 jaar.

Over het aantal visueel beperkte leerlingen met ambulante begeleiding vanuit cluster 1 is hier alleen het cijfer voor 2005 te vermelden. In dat jaar zaten er volgens

gegevens van het ministerie van OCW 447 visueel beperkte leerlingen met ambulante begeleiding in het reguliere voortgezet onderwijs; ruim tweemaal zoveel als in het voortgezet speciaal onderwijs.

Tabel 3.4 laat de ontwikkeling zien van het aantal ambulant begeleide leerlingen met auditieve, communicatieve, lichamelijke of verstandelijke beperkingen in het voortgezet onderwijs.

Het aantal ambulant begeleide leerlingen nam in de afgelopen vijf jaar sterk toe. Vanwege de (her)indicering van leerlingen die al voor 2003 ambulante begeleiding ontvingen, daalde het tussen 2003 en 2004 sterk, om in het jaar daarna weer ongeveer naar het oorspronkelijke niveau terug te keren (cluster 2) dan wel versterkt door te groeien (cluster 3).

Een vergelijking van de cijfers uit tabellen 3.3 en 3.4 leert dat het aantal ambulant begeleide (rugzak)leerlingen in het reguliere voortgezet onderwijs sinds 2004 veel sterker toeneemt dan het aantal leerlingen in het voortgezet speciaal onderwijs.

Tabel 3.4

Ontwikkeling van het aantal ambulant begeleide leerlingen in het voortgezet onderwijs naar cluster (2-3)^a, 2000-2005 (in absolute aantallen en groei-index, 2000 = 100)

begeleiding vanuit:	2000	2001	2002	2003	2004	2005
cluster 2-scholen	967	1085	1203	1434	1029	1378
cluster 3-scholen	578	653	762	925	837	1422
index ambulant vanuit cluster 2	100	112	124	148	106	143
index ambulant vanuit cluster 3	100	113	132	160	145	246

a Cluster 2 = auditieve en communicatieve beperkingen; cluster 3 = lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen.

Bron: CentERdata (2006) SCP-bewerking

Van alle auditief en communicatief beperkte leerlingen bezocht in 2005 42% een gewone school voor voortgezet onderwijs. Bij jongeren met een lichamelijke of verstandelijke beperking lag dat aandeel een stuk lager, namelijk op 13%.

3.1.5 Praktijkonderwijs

Jongeren met aanzienlijke leerachterstanden, een zwakke intelligentie (IQ van 60-80) en dikwijls ook nog sociaal-emotionele problemen gaan na afloop van het basisonderwijs meestal naar het praktijkonderwijs. Voorafgaand aan de invoering van de nieuwe zorgstructuur in het voortgezet onderwijs maakte het praktijkonderwijs nog deel uit van het voortgezet speciaal onderwijs. In 1999 veranderde het speciaal onderwijs voor moeilijk lerende kinderen (mlk) in praktijkonderwijs. Dit type onderwijs is bedoeld voor leerlingen die ook met extra zorg in het gewone voortgezet onderwijs

(in de vorm van leerwegondersteunend onderwijs) geen regulier vmbo-diploma zullen halen. Het groeide tussen 2000 en 2005 met 45% (van bijna 19.000 tot ruim 27.000 leerlingen).

Het praktijkonderwijs werd aanvankelijk beschouwd als eindonderwijs; schoolverlaters zouden rechtstreeks worden toegeleid naar eenvoudige functies op de arbeidsmarkt (Bronneman-Helmers et al. 2002). Inmiddels stroomt een deel van deze jongeren⁷ toch door naar het mbo, waar zij een opleiding op het laagste niveau volgen. Dat laatste is mogelijk omdat het middelbaar beroepsonderwijs zogenoemd drempelloos is: schoolverlaters kunnen, zonder een diploma in het voortgezet onderwijs te hebben behaald, toch een middelbare beroepsopleiding gaan volgen. Ook de verbeterde samenwerking tussen het praktijkonderwijs en het mbo kan een verklaring vormen.

3.1.6 Wachtlijsten in het (voortgezet) speciaal onderwijs

De plaatsing van leerlingen in het (voortgezet) speciaal onderwijs verloopt niet geheel zonder problemen, zo werd in de *Rapportage gehandicapten 2002* vastgesteld (Vogels 2002). Er is al enige jaren sprake van wachtlijsten. Kinderen en jongeren die een indicatie hebben om te worden toegelaten tot het speciaal onderwijs, kunnen daar niet altijd onmiddellijk terecht. Ze komen dan op een plaatsingslijst te staan. Tabel 3.5 toont de ontwikkeling van het aantal leerlingen op deze plaatsingslijsten.

Tabel 3.5

Aantal leerlingen op plaatsingslijsten in het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs (cluster 1-3-scholen)^a, 2003-2006, stand van zaken op 16 januari van het desbetreffende jaar (in absolute aantallen)

	2003	2004	2005	2006
speciaal onderwijs - cluster 1	3	1	0	0
speciaal onderwijs - cluster 2	126	49	47	14
speciaal onderwijs - cluster 3	99	178	137	133
voortgezet speciaal onderwijs - cluster 1	3	1	0	0
voortgezet speciaal onderwijs - cluster 2	3	2	0	0
voortgezet speciaal onderwijs - cluster 3	27	42	40	25
speciaal + voortgezet speciaal onderwijs - totaal	261	273	224	172

a Cluster 1 = visuele beperkingen; cluster 2 = auditieve en communicatieve beperkingen; cluster 3 = lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen (zie noot 4).

Bron: Inspectie (2006a en 2006b)

Uit tabel 3.5 blijkt dat het aantal leerlingen op de plaatsingslijsten in de afgelopen jaren duidelijk is afgenomen. Bij kinderen met beperkingen op auditief of communicatief gebied (cluster 2) vond de sterkste daling in 2003 plaats. Bij de cluster 3-scholen nam het aantal leerlingen dat niet geplaatst kon worden, het sterkst af in 2004.

De 158 leerlingen uit cluster 3 (so +vso), die in 2006 op de plaatsingslijst stonden, vormden overigens slechts 0,6% van het totale aantal leerlingen op deze scholen (Inspectie 2006b).

De belangrijkste oorzaken van plaatsingslijsten zijn huisvestingsproblemen, verzwarende van de problematiek bij leerlingen, de toegenomen druk op de plaatsings- en onderzoekscapaciteit en de maximum groeps grootte.

3.1.7 Wachtlijsten voor ambulante begeleiding

In 2006 kwamen er bij de telefonische helpdesk van Ouders en rugzak⁸ steeds meer klachten binnen van de ouders van kinderen met een rugzak, die er melding van maakten dat hun kind geen ambulante begeleiding krijgt in het reguliere onderwijs. Volgens een inventarisatie van de WEC-Raad, die de belangen van het speciaal onderwijs behartigt, was er alleen in cluster 4 sprake van een wachtlijst van bijna 800 kinderen. In de andere clusters zou er geen wachtlijst bestaan (OCW 2006c). Volgens Ouders en rugzak zijn er echter ook meldingen over wachtlijsten voor clusters 2 en 3. De middelen die de Regionale Expertise Centra (REC) voor ambulante begeleiding ontvangen, zouden als gevolg van personeelstekorten niet worden ingezet. (Ouder)organisaties uit de gehandicaptenwereld pleiten mede om die reden voor afschaffing van de gedwongen wijkdeling bij de REC's. Alle rugzakmiddelen zouden moeten worden ondergebracht bij de reguliere school, die vervolgens de inzet ervan in overleg met de ouders bepaalt (CG-Raad/Balans/Federatie van Ouderverenigingen 2006).

3.1.8 Aanneem- en plaatsingsbeleid van rugzakleerlingen

Uit een in 2005 gehouden onderzoek onder een representatieve groep van 499 scholen in het basis- en het voortgezet onderwijs blijkt dat ruim driekwart van de scholen de doelstellingen en uitgangspunten van de leerlinggebonden financiering onderschrijft (Sontag et al. 2006). Op de ondervraagde basisscholen werden, sinds de regeling in 2003 werd ingevoerd, gemiddeld drie leerlingen aangemeld, en op de scholen voor voortgezet onderwijs gemiddeld tien leerlingen. De meeste scholen hebben 80% tot 100% van de aangemelde leerlingen daadwerkelijk geplaatst. In het basisonderwijs had eind 2005 68% van de scholen beleid geformuleerd ten aanzien van de aanname en plaatsing van rugzakleerlingen; in het voortgezet onderwijs was dat 47%.

Bijna 10% van de basisscholen en bijna een derde van de scholen voor voortgezet onderwijs had wel eens een rugzakleerling geweigerd. De belangrijkste redenen om een leerling niet te plaatsen waren de onmogelijkheid om de benodigde zorg te leveren, een te grote belasting voor de beoogde leerkracht, en het ontbreken van de juiste ervaring of expertise. In het voortgezet onderwijs was men daarnaast van mening dat voor deze leerlingen het speciaal onderwijs beter geschikt is en het schoolklimaat in het voortgezet onderwijs ongeschikt.

De rugzak wordt vooral ingezet voor aangepast lesmateriaal, ambulante begeleiding en extra formatie. Ruim een op de drie basisscholen en bijna een kwart van de

scholen voor voortgezet onderwijs vinden de rugzak echter niet toereikend voor een verantwoorde begeleiding.

Desgevraagd meldt meer dan de helft van de scholen positieve ervaringen met de opvang van rugzakleerlingen. Een klein aantal scholen heeft overwegend negatieve ervaringen en de rest heeft gemengde gevoelens.

3.1.9 De resultaten in het regulier en speciaal onderwijs

Het is onbekend welke onderwijsresultaten ambulant begeleide leerlingen in het reguliere onderwijs behalen. Er zijn ook nauwelijks gegevens over de resultaten van leerlingen in het speciaal onderwijs. In een al wat ouder onderzoek werd de kans dat leerlingen met verstandelijke beperkingen (cluster 3-scholen) een diploma of getuigschrift op het assistentniveau van het mbo kunnen halen, vrijwel nihil geacht (Winnubst et al. 2000). Voor deze jongeren worden vooral activiteiten georganiseerd met het oog op toeleiding naar de (beschermde) arbeidsmarkt en ter voorbereiding op een zo zelfstandig mogelijk leven (Vogels 2002).

In 2004 is een instrument ontwikkeld om de uitstroom van leerlingen uit het voortgezet speciaal onderwijs naar de arbeidsmarkt en naar het vervolgonderwijs in kaart te brengen (Sontag et al. 2005). Het onderzoek biedt als gevolg van een beperkte respons van de scholen voor voortgezet speciaal onderwijs geen representatief beeld, maar wel een indicatie van de vervolgotrajecten van leerlingen. Over de schoolverlaters uit cluster 1 zijn er helemaal geen gegevens beschikbaar. Uit de gegevens van 29 leerlingen uit cluster 2 blijkt dat de meeste (45%) een vervolgonderwijs zijn gaan volgen, 34% naar de arbeidsmarkt is uitgestroomd en 10% arbeid verricht met een uitkering. Enkele oud-vso-leerlingen volgen naast hun baan nog een opleiding in het middelbaar beroepsonderwijs. Van de 184 leerlingen uit cluster 3 over wie gegevens beschikbaar zijn, zijn de meeste (43%) terechtgekomen in de AWBZ-dagbesteding (overwegend zeer moeilijk lerende jongeren). De overige leerlingen zijn uitgestroomd naar een baan met een uitkering (24%), een reguliere baan (14%; waarvan twee derde in een wsw-voorziening) of een vervolgonderwijs (13%).

De Inspectie van het onderwijs toont zich al jaren bezorgd over de kwaliteit van het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs, niet alleen als het gaat om proceskenmerken als 'leerstofaanbod' of 'zorg en begeleiding', maar vooral op het punt van de 'opbrengsten van het onderwijs'.⁹ In de schooljaren 2003/04 en 2004/05 waren de opbrengsten slechts bij 8% van de 45 onderzochte cluster 3-scholen voldoende; bij 67% waren deze onvoldoende en bij 25% onbekend (Inspectie 2006a: 277).

3.2 Middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs

Anders dan het basis- en voortgezet onderwijs kennen het middelbaar beroeps- en het hoger onderwijs geen speciale onderwijsinstellingen voor scholieren met lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke handicaps. Bij gebrek aan goede registraties valt moeilijk te bepalen hoeveel jongeren met een beperking of handicap er precies aan de verschillende onderwijstypen deelnemen. De gegevens die hierna worden

gepresenteerd, zijn dan ook voornamelijk gebaseerd op enquêtes onder scholieren en studenten in de verschillende opleidingen.

3.2.1 Deelnemers met beperkingen in het middelbaar beroepsonderwijs

Sinds 2003 is voor het beroepsonderwijs de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) van kracht. Als gevolg van deze wet mogen instellingen voor middelbaar beroepsonderwijs geen leerlingen weigeren op grond van handicap of ziekte. Ze zijn verplicht voor deze leerlingen vanuit de reguliere bekostiging noodzakelijke en doeltreffende aanpassingen en voorzieningen aan te brengen, tenzij deze voor de instelling een onevenredige belasting vormen.

De gegevens over het aantal of percentage deelnemers met handicaps of beperkingen lopen sterk uiteen. Een overzichtsstudie uit 2002 geeft een bandbreedte aan tussen de 0,9% (van alle ROC-deelnemers, gebaseerd op het criterium 'in bezit van een doktersverklaring') en 17,6% (15-24-jarigen met een ernstige lichamelijke beperking, een chronische ziekte, een verstandelijke beperking, psychische klachten en ernstige dyslexie)(Poullisse en Vrieze 2002). Het enorme verschil valt vooral te verklaren uit de bron waaruit de cijfers afkomstig zijn (regelinggebonden dan wel gebaseerd op enquêtes), en de definitie van het begrip handicap of functiebeperking.

Bij een recent onderzoek onder bijna 136.000 scholieren in het middelbaar beroepsonderwijs (uit zowel de voltijdse beroepsopleidende leerweg (BOL) als de duale beroepsbegeleidende leerweg (BBL)) gaf 6% van alle deelnemers aan een handicap of ziekte te hebben die hen beperkt in het volgen van de studie (JOB 2005).

Sinds 2006 ook leerlinggebonden financiering in het beroepsonderwijs

Leerlingen met beperkingen die een middelbare beroepsopleiding willen volgen, kunnen alleen terecht bij reguliere onderwijsinstellingen: regionale (agrarische) opleidingscentra en vakscholen. Sinds januari 2006 hebben ook mbo-scholieren (tot 30 jaar) recht op leerlinggebonden financiering (LGF), de zogenoemde rugzak, waarmee onder meer ambulante begeleiding vanuit het voortgezet speciaal onderwijs kan worden ingekocht. De subsidieregeling geldt tot januari 2008. In dat jaar is de Wet op de expertisecentra zodanig gewijzigd dat ze ook van toepassing is op het mbo.

De in tabel 3.6 vermelde gegevens over het rugzakgebruik in het mbo hebben betrekking op het aantal geregistreerde aanvragen voor ambulante begeleiding vanuit cluster 2- en cluster 3-scholen (situatie december 2006). Instellingen voor middelbaar beroepsonderwijs zijn verplicht voor de ambulante begeleiding gebruik te maken van de diensten van een vso-school of een REC.

Bij 892 van de in totaal 1518 geregistreerde aanvragen (59%) ging het om ambulante begeleiding vanuit cluster 4-scholen. Deze voorziening voor leerlingen met ernstige gedragsproblemen blijft hier verder buiten beschouwing.

Tabel 3.6

Geregistreerde aanvragen voor een rugzak in het mbo, naar cluster,^a december 2006 (in absolute aantallen en procenten)

begeleiding vanuit	voltijd- BOL	deeltijd- BOL	BBL	totaal	aandeel niveau 1 en 2	aandeel niveau 3 en 4
cluster 2	277	2	50	329	57	43
cluster 3	278	7	12	297	48	52
totaal cluster 2 en 3	555	9	62	626	53	47

a Cluster 2 = auditieve en communicatieve beperkingen; cluster 3 = lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen (zie noot 4).

Bron: ministerie van OCW/CFI (cijfers op verzoek verstrekt) SCP-bewerking

Uit de deelnamecijfers blijkt dat mbo-leerlingen met een rugzakindicatie vanwege handicaps of functiebeperkingen overwegend voltijdse opleidingen (BOL) volgen. Aan opleidingen waar al werkende wordt geleerd (BBL), nemen ze naar verhouding veel minder deel.

Voorts volgen zij in vergelijking tot de totale studentenpopulatie ook wat vaker opleidingen op de twee laagste niveaus (1 en 2). Van alle deelnemers aan het voltijd-mbo (BOL) doet ongeveer driekwart een opleiding op niveau 3 of 4; bij de beroeps-begeleidende leerweg (BBL) is dat iets meer dan de helft. Eerder werd al vermeld dat de laatste tijd steeds meer jongeren met beperkte intellectuele capaciteiten na afloop van het praktijkonderwijs hun opleiding in het mbo vervolgen.

3.2.2 Deelnemers met beperkingen in het hoger onderwijs

Volgens de *Studentenmonitor 2005* kampt naar schatting bijna 10% van de studenten in het hoger onderwijs naar eigen zeggen met een beperking: een handicap (3%), een psychische of lichamelijke ziekte (5%) of een andere beperking of aandoening (2%) (Van den Broek et al. 2006). Bijna 7% wordt als gevolg van lichamelijke functiebeperkingen, psychische klachten of dyslexie bij het studeren belemmerd, zo blijkt uit het rapport *Gebruikerstoets Studeren met een handicap 2006*. Op een totaal van ongeveer 550.000 studenten in het hoger onderwijs komt dat neer op ruim 35.000 studenten (Choice 2006).

In het hbo volgen studenten met beperkingen vooral opleidingen in de sectoren Taal en Cultuur, Gedrag en Maatschappij, en Onderwijs. In het wetenschappelijk onderwijs telt de sector Recht gemiddeld de meeste studenten met een beperking, en de sectoren Economie en Techniek de minste.

Hun studievoortgang is minder goed dan die van studenten zonder handicap. Het verschil tussen gehandicapte en niet-gehandicapte studenten is in het hbo groter dan in het wetenschappelijk onderwijs (Van den Broek et al. 2006). Volgens een secundaire analyse van de gegevens van de *Studentenmonitor 2002* zou de uitval in de eerste twee studiejaar onder gehandicapte studenten zelfs meer dan tweemaal zo hoog zijn als bij studenten zonder handicap: 47% versus 22% (Expertisecentrum handicap + studie 2006a).

3.3 Ervaringen van ouders, scholieren en studenten

In de *Rapportage gehandicapten 2006* die onder de titel *Jeugd met beperkingen* werd uitgebracht, is uitvoerig stilgestaan bij de ervaringen van ouders, leerlingen en studenten (Hessing-Wagner 2006). Hierna worden de conclusies uit dit rapport kort samengevat en, waar mogelijk, aangevuld met nieuwe bevindingen.

3.3.1 Ouders

Een belangrijke doelstelling van het LGF-beleid (de rugzak) is het vergroten van de schoolkeuzemogelijkheden van ouders met gehandicapte kinderen. Naast het (voortgezet) speciaal onderwijs komt met de rugzak immers ook het reguliere basis- en voortgezet onderwijs binnen bereik. Dat lijkt op papier echter gemakkelijker dan het in de praktijk is. Uit verschillende onderzoeken komen twee problemen met betrekking tot de keuzevrijheid naar voren: het plaatsingsbeleid van scholen en het ontbreken van informatie bij ouders en scholen (Vergeer et al. 2004; Walraven en Andriessen 2004; Vermaas en Van der Pluijm 2004).

Uit het onderzoek van Walraven en Andriessen (2004) blijkt dat 50% van de ouders bij de eerste reguliere school slaagt (vaak is dat overigens de school waar het kind al op zat), en dat 40% twee tot vier scholen langs moet voordat het kind geplaatst is. Ouders stellen dat ze moeten 'shoppen' met hun kind en dat ze 'strijd' moeten leveren om hem of haar geplaatst te krijgen. Ouders ervaren het als moeilijk om een gewone school te vinden, niet alleen vanwege de afwijzingen, maar ook doordat een duidelijke motivering van de kant van de school vaak ontbreekt.

Over de toegankelijkheid van scholen voor kinderen met een handicap zijn de meningen van ouders verdeeld. Volgens een kwart van hen is de toegang tot het reguliere onderwijs door de rugzak verbeterd, 40% stelt dat deze gelijk is gebleven en een derde vindt de toegang verslechterd. De ervaring van veel ouders is dat door het selectiebeleid van reguliere basisscholen kinderen met bepaalde handicaps of stoornissen – met name kinderen met sociaal-emotionele problemen – buiten de boot vallen. Een deel van de ouders ervaart dat reguliere scholen veel mogelijkheden hebben om kinderen te weigeren. Hierdoor is er geen sprake van echte keuzevrijheid.

Het tweede probleem betreft het ontbreken van kennis en informatie, zowel bij ouders als bij scholen. Ouders missen vaak de nodige kennis en informatie en kiezen veelal op emotionele en praktische gronden in plaats van op onderwijsinhoudelijke overwegingen. Reguliere scholen weten ook te weinig van het LGF-beleid en de indicatiestelling, en zijn volgens ouders onvoldoende voorbereid op de plaatsing van leerlingen met een beperking (Walraven en Andriessen 2004).

Ondanks die problemen vinden de meeste ouders dat ze voldoende informatie hadden om een keuze te maken en zijn ze tevreden over de gemaakte keuze. Hoogopgeleide ouders blijken beter geïnformeerd te zijn en ook vaker vast te houden aan hun wensen dan laagopgeleide (Vermaas en Van der Pluijm 2004).

Met de introductie van de rugzak werd ook de Adviescommissie Toelating en Begeleiding (ACTB) ingesteld, een onafhankelijke commissie die de opdracht had een goede invoering van de LGF te bevorderen. Ingeval scholen en ouders het niet eens worden over de toelating van een leerling met een handicap of stoornis (en/of de inzet van rugzakmiddelen), kunnen ze voor bemiddeling en advies een beroep doen op de onderwijsconsulenten van de ACTB. Uit het jaarverslag 2005-2006 van de adviescommissie blijkt dat het aantal adviesaanvragen dat leidde tot de inzet van een onderwijsconsulent, in het schooljaar 2005/'06 substantieel is gegroeid: met 65% tot 553 aanvragen. Het gaat in deze gevallen altijd om problematische schoolplaatsingen, waarbij een onderwijsconsulent moet worden ingeschakeld. De grootste toename, van 189 naar 371, deed zich voor bij cluster 4. Bij cluster 3 nam het aantal aanvragen toe van 50 naar 99. Het vinden van passend onderwijs blijkt vooral moeilijk te zijn voor leerlingen met (ernstige) gedragsproblemen in cluster 3 en cluster 4. Het merendeel van de bemiddelingsvragen heeft betrekking op het voortgezet (speciaal) onderwijs.

De meeste ouders zijn uiteindelijk tevreden over de bereikte oplossingen en vinden dat hun kind zich redelijk tot goed thuis voelt op de school waar het is geplaatst. De reguliere scholen zijn hierover wat minder positief. De aansluiting met andere leerlingen verloopt volgens de scholen bij een meerderheid van de leerlingen met rugzak moeizaam. Zij melden zeer wisselende ervaringen te hebben met rugzakleerlingen. In het speciaal onderwijs is de aansluiting met andere leerlingen volgens die scholen ook beter (ACTB 2006).

3.3.2 Leerlingen en studenten in het middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs
Uit een onderzoek onder 411 mbo-deelnemers met een handicap of beperking, dat enige jaren geleden werd gehouden (Poullisse en Vrieze 2002), kwam naar voren dat veel deelnemers het daar redelijk goed maakten, maar dat een deel van hen problemen ondervond, bijvoorbeeld met het studietempo en de resultaten (40%) of met leraren en medeleerlingen (25-30%). Hoewel het merendeel (57%) meldde dat er voorzieningen in de vorm van extra aanpassingen, hulp en begeleiding aanwezig waren, gaf een bijna even hoog percentage (54%) te kennen dat de belemmering nog niet weggenomen was. De zes mbo-instellingen (ROC's), die aan het onderzoek deelnamen, hadden in de periode rond de eeuwwisseling weliswaar weinig middelen om deelnemers met handicaps en beperkingen goed te kunnen opvangen en begeleiden, maar waren er in de loop der jaren toch in geslaagd de nodige verbeteringen aan te brengen door werk te maken van de drempelloze toegankelijkheid en door steunpunten gehandicaptenzorg in te richten (Poullisse en Vrieze 2002).

Sinds 2003 is de positie van gehandicapte leerlingen in het mbo sterk verbeterd. Sinds dat jaar is allereerst de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) van toepassing. Deze wet verbiedt instellingen onderscheid te maken bij het verlenen van toegang tot het onderwijs, het aanbieden van onderwijs, het afnemen van toetsen tijdens het onderwijs en bij het afsluiten van het

onderwijs, en verplicht de onderwijsinstellingen om naar gelang de behoefte doeltreffende aanpassingen te verwezenlijken.

Deze regeling heeft in de mbo-sector tot meer aandacht voor de positie van gehandicapte deelnemers geleid. Toch blijft er, afgaande op het oordeel van de betrokkenen, nog wel het een en ander te wensen over. Van de mbo-deelnemers die in 2005 te kennen gaven een handicap en/of een chronische ziekte te hebben die hen beperkte in het volgen van de studie (6% van alle ondervraagde mbo-deelnemers), meldde 40% dat de school voldoende rekening hield met hun situatie. Zo'n 30% van de gehandicapte deelnemers vond echter dat de school te weinig rekening met hun beperking hield (JOB 2005).¹⁰

Ook in het hoger onderwijs zijn de hogescholen en universiteiten verplicht zorg te dragen voor de nodige voorzieningen. Studenten met beperkingen in het hoger onderwijs hebben krachtens de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) en de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) recht op extra ondersteuning, zowel bij het wegnemen van belemmeringen in het onderwijs zelf als bij de verwijzing naar oplossingen die eventueel door anderen ten behoeve van het volgen van onderwijs moeten worden getroffen. Zowel de student als de instelling kunnen, gezamenlijk maar ook afzonderlijk, om een oordeel van de onafhankelijke Commissie Gelijke Behandeling vragen.

De afgelopen jaren zijn er diverse (onderzoeks)rapporten verschenen die zicht bieden op de problemen die studenten met een functiebeperking in het hoger onderwijs ondervinden. Daaruit komen de volgende probleemgebieden naar voren:

- problemen in het onderwijs zelf, bijvoorbeeld bij het maken van tentamens en werkstukken, het volgen van hoorcolleges, de werkvormen die gehanteerd worden en de stages;
- problemen in de voorwaarden om te kunnen deelnemen, zoals de intake en begeleiding, en de beeldvorming;
- problemen in de toegankelijkheid, bijvoorbeeld van gebouwen; en
- problemen met betrekking tot de voorlichting, informatievoorziening en hulp (OCW 2005a).

Volgens gegevens van de instellingen voor hoger onderwijs zelf zijn hun activiteiten op de verschillende terreinen die voor studenten met beperkingen van belang zijn, duidelijk geïntensiveerd. Tabel 3.7 laat zien op welke punten de instellingen de afgelopen jaren meer activiteiten zijn gaan ontplooien.

Tabel 3.7

Ontwikkelingen in de inspanningen van de onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs ten behoeve van studenten met beperkingen, 2002-2006 (in procenten van het aantal instellingen)

	2002	2004	2006
beleid in ontwikkeling	65	74	70
geen of ad-hocbeleid	30	26	30
recht op aanpassingen vastgelegd	67	87	97
specifieke voorlichting in OER ^a e.d.	53	72	86
aparte brochure	30	49	66
specifieke informatie op website	39	59	72
intakegesprekken	65	78	89
bijzondere aandacht voor studievoortgang	48	69	89
hulp bij bewaken onderwijsafspraken	53	71	78
hulp bij aanvraag voorzieningen	56	68	75
bemiddeling bij stages	32	43	52

a Onderwijs- en examenregeling.

Bron: Expertisecentrum handicap + studie (2006)

De toegenomen inspanningen garanderen echter nog niet dat de problemen ook verminderen. Een onderzoek onder 212 studenten met een functiebeperking, die een vragenlijst invulden over de belemmeringen die zij bij hun studie ondervinden, geeft inzicht in de aard van de problemen en de mate waarin deze worden ervaren (Plemper 2005).

Meer dan de helft (55%) ziet zich vanwege hun functiebeperkingen geconfronteerd met belemmeringen bij het volgen van het onderwijs. Bij andere aspecten worden minder vaak belemmeringen ervaren, zoals bij de deelname aan sociale activiteiten (29%) en aan sportieve activiteiten in hogeschool- of universiteitsverband (29%), en bij het reizen van en naar de onderwijsinstelling (16%). Vrouwelijke studenten melden op deze punten meer problemen dan mannelijke.

De aard van de belemmeringen die studenten ervaren, hangt uiteraard samen met de aard van de beperking. De meeste belemmeringen worden gemeld door studenten met concentratieproblemen (96%), chronische vermoeidheid (88%), beperking in bewegen (85%), langdurige pijn (83%), beperking in uithoudingsvermogen (82%), en psychische klachten (81%). Het bestuderen van schriftelijk materiaal, de voorbereiding en het maken van tentamens, het maken van werkstukken en scripties brengen voor meer dan de helft (54%) van de studenten met beperkingen problemen met zich mee.

Studievertraging, achterstand, oponthoud en een lange studieduur zijn volgens de studenten belangrijke gevolgen van belemmeringen waarvoor geen oplossing is gevonden. Een derde (34%) meldt negatieve financiële gevolgen, met name studenten die studievertraging hebben opgelopen.

De meeste studenten vinden dat hun medestudenten (68%) en de docenten en medewerkers (62%) weinig tot geen inzicht hebben in wat het betekent om te studeren met een beperking. Ze stuiten op onbegrip en ontvangen in het algemeen weinig steun van medestudenten en docenten.

Vergelijken we deze resultaten uit 2005 met een eerder onderzoek uit 2001, waaraan in de *Rapportage gehandicapten 2006* aandacht is besteed (Hessing-Wagner 2005: 56), dan valt op dat de prevalentie van beperkingen nauwelijks is veranderd: 11% à 14% in 2005 vergeleken met 12% à 15% in 2001.¹¹ In absolute aantallen was er een toename van dyslexie, concentratieproblemen, chronische vermoeidheid, en beperkingen in spreken en horen. Het aandeel dat belemmeringen ondervindt, in de totale studentenpopulatie nam af van 8% naar 7%. De bekendheid met en het gebruik van de beschikbare regelingen voor studenten met een beperking namen tussen 2001 en 2005 op alle terreinen toe. Die verbetering heeft er echter niet toe geleid dat alle belemmeringen bij het volgen van hoger onderwijs zijn weggenomen. Extra tentamentijd is de meestgebruikte oplossing, vooral bij studenten met dyslexie. Voor veel van de ervaren belemmeringen en knelpunten zijn er echter, zo blijkt uit onderzoek, geen geschikte oplossingen voorhanden (Plemper 2005).

3.4 Toekomstige ontwikkelingen

De huidige organisatie van de zorg voor leerlingen met extra onderwijsbehoeften als gevolg van handicaps of verstandelijke beperkingen is buitengewoon complex. In de vorige eeuw is een uitgebreid aanbod aan speciale scholen ontstaan voor kinderen die extra zorg nodig hebben vanwege handicap, stoornis, leer- of gedragsmoeilijkheden. Al die speciale scholen hebben hun eigen doelgroepen en bekostigingsregelingen. De afgelopen vijftien jaar is geprobeerd leerlingen met extra zorgbehoeften zoveel mogelijk in het gewone basis- en voortgezet onderwijs onder te brengen en de keuzevrijheid van ouders te vergroten. Uit de voorgaande paragrafen blijkt wel dat die ontwikkeling bepaald niet zonder problemen verloopt.

3.4.1 De zorgstructuur in het funderend onderwijs

Een zorgplicht voor scholen?

In 2005 kwam het ministerie van OCW in de *Notitie Vernieuwing van de zorgstructuren in het funderend onderwijs* met een voorstel om enkele belangrijke knelpunten in de zorg voor leerlingen met extra onderwijsbehoeften op te lossen. Knelpunten, zoals de bureaucratie rond de indicatiestelling voor het rugzakje en het feit dat elke voorziening haar eigen indicatiestelling heeft, de problemen rond het toelatingsbeleid van scholen en de belemmeringen die scholen ondervinden als ze onderwijsvormen tussen het regulier en speciaal onderwijs willen ontwikkelen (OCW 2005b).

In de notitie wordt een ingrijpende wijziging in de aanpak voorgesteld. De overwegend aanbodgerichte structuur, bestaande uit allerlei verschillende onder-

wijsvoorzieningen met eigen indicatiecriteria, toelatingsregelingen en bekostigingsregelingen, moet vervangen worden door een systeem waarin de leerling centraal staat. In het nieuwe systeem krijgen scholen een zorgplicht. Indien ouders een kind bij de school van hun voorkeur aanmelden, heeft de school vervolgens de plicht om een onderwijszorgarrangement aan te bieden. Als de school dat niet (volledig) zelf kan aanbieden, dient deze duidelijk te maken waar het onderwijs met de noodzakelijke zorg dan wel geboden kan worden. Bij de andere school moet dan ook daadwerkelijk plaatsing mogelijk zijn, zodat ouders niet langer van het kastje naar de muur worden gestuurd. Bij een verschil van opvatting tussen ouders en schoolbestuur kunnen beiden een beroep doen op een geschillenregeling.

Er komt één indicatiesystematiek voor alle leerlingen die extra aandacht nodig hebben. Bij inschrijving van een geïndiceerde leerling ontvangt de school een hogere bekostiging, afhankelijk van het zorggewicht van de leerling. Verschillen tussen een speciale school en een gewone school in de bekostiging van een geïndiceerde leerling worden weggenomen om strategisch gedrag van scholen te voorkomen.

Alle scholen worden, wettelijk gezien, gewone scholen voor basisonderwijs of voortgezet onderwijs. Afhangelijk van het aantal geïndiceerde leerlingen dat zij opnemen, worden zij meer of minder speciaal in hun onderwijsaanbod. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling dat speciale scholen verdwijnen, al was het maar omdat de daar aanwezige expertise behouden en verder ontwikkeld moet worden.

In de nieuwe situatie kunnen allerlei vormen van geïntegreerd onderwijs ontstaan, bijvoorbeeld speciale klassen in reguliere scholen, scholen waarin de leerling een deel van het onderwijs in een speciale voorziening volgt en een deel in de reguliere klas, of arrangementen met een korte periode van intensieve begeleiding of een structurele begeleiding op enkele momenten in het jaar (OCW 2005b).

Passend onderwijs met behoud van de bestaande structuur

De notitie leidde in het onderwijsveld tot nogal wat misverstanden. Naar aanleiding van een onderzoek van de Protestants Christelijke Schoolleiders Organisatie ontstond het beeld dat het speciaal onderwijs zou verdwijnen en dat iedere school verplicht zou worden een kind met een handicap of extra zorgbehoefte op te nemen.¹²

In de *Uitwerkingsnotitie Vernieuwing Zorgstructuren funderend onderwijs*, die in 2006 verscheen, zijn deze misverstanden weggenomen. De zorgplicht van scholen is in de uitwerkingsnotitie vervangen door een verantwoordelijkheid van schoolbesturen voor 'passend onderwijs'. De bestaande zorgstructuren blijven het uitgangspunt, maar moeten wel beter gaan functioneren, via onderlinge samenwerking, en waar nodig ook via afstemming met de jeugdzorg. Geen enkel kind mag tussen wal en schip raken en voor elk kind moet er een passende plek zijn in het onderwijs, zo luidt het motto. Passend onderwijs kan gegeven worden op de school van aanmelding, maar ook op een andere school onder hetzelfde bestuur, of op een school met een ander bestuur waarmee in netwerkverband wordt samengewerkt, zoals een speciale school. In een aantal regio's komen experimenten met verdergaande vormen van deregulering en/of wijzigingen in de huidige zorgstructuur. Voor de ondersteuning

van scholen komt er een landelijk steunpunt passend onderwijs en voor de ondersteuning van ouders, zowel individueel als collectief, een landelijk ouderplatform (OCW 2006b).

Het kabinet-Balkenende IV gaat de plannen, die in 2010 in werking zouden moeten treden, verder uitwerken. In het Coalitieakkoord staat daarover het volgende:

‘Bij de verdere uitwerking van plannen voor de integratie van zorgleerlingen in het regulier onderwijs zal rekening moeten worden gehouden met de mogelijkheden van scholen om leerlingen met een zware zorgvraag een plaats binnen de school te geven. De aanwezigheid van de daarvoor benodigde voorzieningen en voldoende expertise bij docenten is om die reden een belangrijke voorwaarde bij de uiteindelijke invoering. Speciaal onderwijs blijft een noodzakelijke aanvulling op het reguliere onderwijs. Het wegwerken van wachtlijsten en de verdere vereenvoudiging van de indicatiestelling, waar mogelijk in samenhang met de (jeugd)zorg, krijgen prioriteit’ (Coalitieakkoord 2007).

Worden draagkracht en draagvlak bij reguliere scholen niet overschat?

In kwantitatieve zin gaat het om een beperkt probleem. Ruim 7100 basisscholen met ruim anderhalf miljoen kinderen zouden maximaal ruim 34.000 leerlingen met beperkingen uit het speciaal onderwijs in huis krijgen. Indien de helft van het aantal kinderen vanuit het speciaal onderwijs naar een reguliere basisschool zou gaan, zou dat gemiddeld neerkomen op 2,5 kind per school. In het voortgezet onderwijs gaat het om bijna 22.000 leerlingen in het voortgezet speciaal onderwijs op een totale populatie van 938.000 leerlingen in 670 scholen.

Het probleem is dus niet zozeer kwantitatief, maar veel meer kwalitatief van aard. Leerlingen uit het speciaal onderwijs vragen niet alleen extra aandacht, maar in veel gevallen ook een andere benaderingswijze. Een belangrijk probleem in het reguliere onderwijs is het gebrek aan deskundigheid bij leerkrachten betreffende de opvang van leerlingen met handicaps en beperkingen. Ook de omvang van de klas en de nieuwe pedagogisch-didactische aanpak spelen een rol. In het regulier onderwijs zijn de klassen veel groter dan in het speciaal onderwijs.

Een andere factor die een rol speelt bij de terughoudendheid van veel scholen en docenten in het reguliere onderwijs – sommigen spreken in dit verband van koudwatervrees –, heeft te maken met het feit dat scholen en docenten niet alleen te maken hebben met de ouders van kinderen met een handicap of beperking, maar ook met de ouders van kinderen zonder beperkingen, die eveneens de nodige aandacht opeisen. Die laatste groep is sterk in de meerderheid. Uit onderzoek onder ouders blijkt dat er betrekkelijk weinig draagvlak is voor de integratie van zorgleerlingen in het onderwijs (Herweijer en Vogels 2004: 145 e.v.). Ouders vrezen vermoedelijk dat de aandacht voor zorgleerlingen ten koste gaat van hun eigen kind en zien leerlingen met gedragsproblemen vooral als een storende factor. Ouders van kinderen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking staan waarschijnlijk positiever ten opzichte van de integratie, maar ook zij kunnen van oordeel zijn dat hun kind beter

af is in een aparte, gespecialiseerde voorziening. Scholen moeten in hun beleid met al die ouders rekening houden.

Een derde factor, die vermoedelijk eveneens een rol speelt bij de terughoudendheid van het regulier onderwijs, is dat de voorstellen tot herziening van de zorgstructuur door velen in onderwijsveld worden gezien als middel om een rem te zetten op de stijgende overheidsuitgaven voor speciaal onderwijs, temeer nu de deelname aan het speciaal onderwijs en het beroep op ambulante begeleiding zo sterk toenemen, vooral in cluster 4, maar ook in het onderwijs voor leerlingen met lichamelijke en verstandelijke beperkingen. Voor de beoogde ontwikkeling naar 'passend onderwijs' voor alle leerlingen zullen extra financiële middelen beschikbaar moeten zijn. Het is de vraag of die er zullen komen.

3.4.2 Ontwikkelingen in het beroeps- en het hoger onderwijs

Na de leerplicht zijn er uitsluitend reguliere onderwijsinstellingen. Deze zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor het realiseren van de noodzakelijke aanpassingen. De overheid kan, vanwege haar verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van het onderwijs, op de voorwaarden daarvoor worden aangesproken.

Het werkingsgebied van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) heeft betrekking op al het onderwijs dat voorafgaat aan een arbeidsrelatie, dat wil zeggen op het mbo, hbo en wetenschappelijk onderwijs (en niet op het basis- en voortgezet onderwijs, zoals organisaties uit de gehandicaptenzorg graag zouden zien).¹³ De wet verbiedt, zoals gezegd, onderwijsinstellingen onderscheid te maken bij het verlenen van toegang tot het onderwijs, het aanbieden van onderwijs, het afnemen van toetsen tijdens het onderwijs en bij het afsluiten van het onderwijs, en verplicht hen naar gelang de behoefte doeltreffende aanpassingen te realiseren. Student en instelling kunnen eventueel, gezamenlijk of afzonderlijk, een oordeel vragen van de onafhankelijke Commissie Gelijke Behandeling (CGB). Een beoordelingscriterium daarbij is dat de meest geschikte en noodzakelijke voorziening geen onevenredige belasting voor de instelling mag vormen (OCW 2005a).

Naast wettelijke regelingen is er het Expertisecentrum Handicap + Studie (www.onderwijsnhandicap.nl) dat zowel instellingen als studenten in het hoger onderwijs ondersteunt bij het wegwerken van belemmeringen als gevolg van handicaps of functiebeperkingen. Deze stichting zal nog tot 2009 van overheidswege worden gesubsidieerd (OCW 2005a).

De Wet gelijke behandeling is pas enkele jaren van kracht. Het is dan ook nog te vroeg om er al aanzienlijke positieve effecten van te verwachten. Vermoedelijk zullen met de verschillende maatregelen niet alle belemmeringen kunnen worden weggenomen.

3.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de onderwijsdeelname van leerlingen met beperkingen. Anders dan in de andere hoofdstukken zijn ook leerlingen met een verstandelijke handicap in de beschouwing betrokken, omdat in allerlei registraties het onderscheid tussen lichamelijke en verstandelijke beperkingen niet altijd te maken valt.

De deelname aan het (voortgezet) speciaal onderwijs nam in de periode 2000-2005 sterker toe dan op grond van de demografische ontwikkeling zou mogen worden verwacht: het aantal leerlingen groeide met 10% in het basisonderwijs en met maar liefst 39% in het voortgezet onderwijs, bij een demografische groei van respectievelijk 1% en 7%. Die groei van het speciaal onderwijs staat in zekere zin haaks op het streven kinderen en jongeren met beperkingen zoveel mogelijk aan het reguliere basis- en voortgezet onderwijs te laten deelnemen. In 2003 werd de regeling leerlinggebonden financiering (het rugzakje) ingevoerd om ouders een keuzemogelijkheid te bieden voor een gewone school of een school voor speciaal onderwijs. Die regeling lijkt duidelijk effect te sorteren. Het aantal kinderen en jongeren met lichamelijke en verstandelijke beperkingen (cluster 3) dat met ambulante begeleiding een reguliere school bezoekt, nam tussen 2000 en 2005 fors toe: met 97% in het basisonderwijs en met 146% in het voortgezet onderwijs. Toch gingen er in 2005 nog steeds vier keer zoveel kinderen en jongeren met lichamelijke of verstandelijke beperkingen naar een speciale school als met ambulante begeleiding naar het reguliere onderwijs.

De meeste reguliere scholen voor basis- en voortgezet onderwijs onderschrijven de doelstellingen en uitgangspunten van de rugzakregeling. Scholen voor voortgezet onderwijs hebben er duidelijk meer moeite mee dan basisscholen. Zo heeft een op de drie scholen in het voortgezet onderwijs wel eens een rugzakleerling geweigerd, terwijl dat in het basisonderwijs slechts bij een op de tien scholen het geval was.¹⁴

De leeropbrengsten van scholen voor voortgezet speciaal onderwijs schieten volgens de Inspectie van het Onderwijs ernstig tekort. In nog geen 10% van de door de inspectie onderzochte cluster 3-scholen waren de opbrengsten voldoende. Onbekend is hoeveel leerlingen in het voortgezet speciaal onderwijs uiteindelijk een diploma behalen. Er bestaat evenmin inzicht in de onderwijsresultaten van ambulante begeleidde leerlingen in het reguliere voortgezet onderwijs.

De rugzakregeling die de schoolkeuzemogelijkheden van ouders met gehandicapte kinderen zou moeten vergroten, roept in de praktijk nog de nodige problemen op. Vier op de tien ouders blijken te moeten 'shoppen' met hun kind: ze moeten twee tot vier scholen langs voordat het kind geplaatst is. Over de toegankelijkheid van scholen zijn de meningen van ouders dan ook verdeeld. Volgens een kwart van hen is de toegang tot het reguliere onderwijs verbeterd, 40% stelt dat deze gelijk is gebleven en een derde vindt de toegang verslechterd. Met name kinderen met sociaal-emotionele problemen vallen buiten de boot. Naast de plaatsing vormt ook het ontbreken van kennis en informatie, zowel bij ouders als bij scholen, een probleem.

In het middelbaar beroeps- en het hoger onderwijs zijn er uitsluitend reguliere onderwijsinstellingen. Uit enquêtes onder mbo-scholieren en onder studenten in het hoger onderwijs komt naar voren dat in het mbo ongeveer 6% van de scholieren kampt met een handicap of ziekte die hen beperkt in het volgen van de studie; in het hoger onderwijs is dat 7%.

Sinds 2003 is in het middelbaar beroeps- en het hoger onderwijs de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte van kracht. In het mbo werd daarnaast in 2006 ook de rugzakregeling ingevoerd, waarmee instellingen en scholieren ambulante begeleiding kunnen krijgen vanuit het voortgezet speciaal onderwijs. Eind 2006 waren er 626 aanvragen voor een rugzak geregistreerd. Mbo-scholieren met beperkingen volgen vaker een voltijdse opleiding en ook vaker een opleiding op een lager niveau, dan leerlingen zonder beperkingen. Hoewel hun positie sterk is verbeterd, gaf bij een enquête in 2005 toch nog 30% van de deelnemers met een handicap te kennen dat de school te weinig rekening hield met hun beperking.

In het hoger onderwijs ondervond in 2005 ruim de helft (55%) van de studenten met beperkingen belemmeringen bij het volgen van onderwijs. De belemmeringen hangen vooral samen met concentratieproblemen, chronische vermoeidheid, langdurige pijn, en beperkingen in bewegen en uithoudingsvermogen. De bekendheid met en het gebruik van regelingen voor studenten met beperkingen namen de afgelopen jaren op alle terreinen toe.

In het funderend onderwijs gaat het zorgaanbod voor leerlingen met beperkingen de komende jaren vermoedelijk sterk veranderen. Schoolbesturen worden verantwoordelijk voor een 'passend onderwijsaanbod'. Zodra ouders een kind bij de school van hun voorkeur aanmelden, is het schoolbestuur verplicht een onderwijszorgarrangement aan te bieden. Dat kan op de school van aanmelding, maar ook op een andere school onder hetzelfde bestuur of op een school met een ander bestuur waarmee wordt samengewerkt, zoals een speciale school. De bestaande zorgstructuren blijven het uitgangspunt, maar moeten wel beter gaan functioneren.

Het kabinet-Balkenende IV zal de plannen verder uitwerken. Uit de tekst van het Coalitieakkoord komt duidelijk naar voren dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden van reguliere scholen en dat aanvullende speciale voorzieningen noodzakelijk blijven. Het wegwerken van wachtlijsten en het vereenvoudigen van de indicatiestelling krijgen de komende jaren prioriteit.

Noten

- 1 Het kabinet heeft eind juni 2006 een wetsvoorstel ingediend voor de invoering van een kwalificatieplicht tot de achttiende verjaardag. Die kwalificatieplicht zal gelden voor 16-tot-18-jarigen die nog geen startkwalificatie hebben. Het is de bedoeling dat de kwalificatieplicht met ingang van het schooljaar 2007/'08 van kracht wordt.
- 2 Waarbij het evident is dat de deelname ook afhankelijk is van bijvoorbeeld verstandelijke vermogens en het voldoen aan de opleidingseisen.
- 3 Voorheen: mytyl-, tytyl- en zmlk-onderwijs. Het onderscheid tussen leerlingen met een lichamelijke en verstandelijke beperking is binnen de statistieken niet te maken. Daarom worden steeds gegevens van het gehele cluster gepresenteerd, dus inclusief leerlingen met verstandelijke beperkingen.
- 4 In de onderwijsstatistieken wordt gesproken over lichamelijke en zintuiglijke (naast verstandelijke) beperkingen, In de andere hoofdstukken wordt de term motorische (in plaats van lichamelijke) beperkingen gebruikt en wordt met de term lichamelijke beperkingen bedoeld op het totaal van motorische en zintuiglijke beperkingen. In dit hoofdstuk wordt de terminologie uit de onderwijsstatistieken gehanteerd.
- 5 Van zo'n oververtegenwoordiging van jongens is er niet alleen sprake in Nederland, maar ook elders in Europa. In Nederland nemen evenwel naar verhouding nog meer jongens deel aan de vormen van speciaal onderwijs die in deze rapportage aan de orde komen, dan elders in Europa (OECD 2005)
- 6 Dit hangt samen met een andere bekostigingssystematiek.
- 7 In het schooljaar 2004/'05 ging het volgens cijfers van het CBS om 900 leerlingen (3% van het totale aantal leerlingen in het praktijkonderwijs)(CBS StatLine).
- 8 www.oudersenrugzak.nl verzorgt de voorlichting aan ouders over de leerlinggebonden financiering.
- 9 De Inspectie van het Onderwijs hanteert bij haar periodiek kwaliteitstoezicht de volgende normindicator voor de opbrengsten van het onderwijs: 'de resultaten van de leerlingen aan het eind van de schoolperiode liggen ten minste op het niveau dat op grond van de kenmerken van de leerlingen mag worden verwacht' (Inspectie 2005).
- 10 Bij eerder onderzoek onder deelnemers aan de voltijdse leerweg (BOL) lag het percentage deelnemers met beperkingen iets hoger. Ruim 11% zei daarin te kampen te hebben met een lichamelijke handicap, een functiebeperking, een chronische ziekte of dyslexie; 80% van deze groep gaf aan hinder te hebben van de handicap. Dat komt neer op zo'n 9% van de totale deelnemerspopulatie (Van den Broek en Kerstens 2004). In een vergelijkbaar onderzoek onder deelnemers aan de BBL en de deeltijdse BOL lag het aandeel deelnemers met een handicap of ziekte nog iets hoger, op ongeveer 20%, waarvan 80% meldde hinder te hebben, hetgeen overeenkomt met circa 15% van de deelnemerspopulatie aan beide leerwegen (Van den Broek et al. 2005a).
- 11 Die afname in prevalentie valt op het eerste gezicht moeilijk te rijmen met de eerdergeconstateerde toename in de deelname aan (voortgezet) speciaal onderwijs en in rugzakgebruik. Van alle leerlingen die deelnemen aan het (voortgezet) speciaal onderwijs of regulier onderwijs volgen met een rugzak, bereikt slechts een klein deel uiteindelijk het hoger onderwijs. De gegevens van de Studentenmonitor zijn gebaseerd op een enquête onder studenten. De beperkingen die daarin worden genoemd, zijn veel ruimer gedefinieerd, dan de criteria op grond waarvan leerlingen kunnen worden toegelaten tot het speciaal onderwijs, dan wel geïndiceerd voor een rugzak.
- 12 Zo blijkt bijvoorbeeld uit een artikel 'Scholen wijzen zorgplicht af' in *Trouw* (17-10-2006).

- 13 Op 29 mei 2006 is door de PvdA, de ChristenUnie en GroenLinks een initiatief wetsvoorstel gepresenteerd ten behoeve van de uitbreiding van de WGBH/CZ naar het basis- en voortgezet onderwijs.
- 14 De kans op weigering is in het voortgezet onderwijs groter dan in het basisonderwijs: in het schooljaar 2005/'06 telde het basisonderwijs 6970 scholen en het voortgezet onderwijs 666.

4 Arbeid en inkomen

Gerda Jehoel-Gijsbers, Mirjam de Klerk en Jean Marie Wildeboer Schut

Het verrichten van betaalde arbeid en het verwerven van een eigen inkomen is een belangrijke, zo niet dominante norm in onze samenleving. Deze norm is in het afgelopen decennium ook steeds meer gaan gelden voor mensen die vanwege hun gezondheid beperkingen ondervinden. Arbeidsdeelname wordt gezien als dé manier om deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Het uitgangspunt in het socialezekerheidsstelsel heeft zich ontwikkeld van ‘compensatie van inkomensverlies’ naar ‘bevordering van arbeidsparticipatie’. Een lange reeks van socialezekerheidswetten, die sinds begin jaren negentig van de vorige eeuw is ingevoerd, heeft (of had) tot doelstelling hieraan bij te dragen. Aan deze reeks van nieuwe maatregelen is een (tenminste voorlopig) einde gekomen met de invoering van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) op 1 januari 2006 (bijlage A bevat een afkortingenlijst).

Ook buiten de socialezekerheidswetgeving kwam nieuwe wetgeving tot stand voor de groep mensen met gezondheidsbeperkingen. Om een volwaardige participatie aan de samenleving te bevorderen, en dus ook aan betaalde arbeid, is per 1 april 2003 de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) ingevoerd (zie ook hoofdstuk 1).

De belangrijkste wetwijzigingen worden hierna beknopt beschreven voor zover zij gevolgen (kunnen) hebben voor de arbeids- en inkomenspositie van mensen met een ziekte of handicap. Deze schets van beleidsontwikkelingen heeft vooral tot doel als referentiekader te dienen voor de bevindingen in dit hoofdstuk. Er vindt geen beleidsevaluatie plaats, hetgeen met de beschikbare gegevens ook niet mogelijk zou zijn. We gaan na hoe de arbeidsmarkt- en inkomenspositie van mensen met lichamelijke beperkingen eruit ziet en – indien mogelijk – hoe deze zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.

4.1 Beleid ter bevordering van arbeidsparticipatie

Sinds de beginjaren negentig van de vorige eeuw is er veel wet- en regelgeving ontwikkeld om het ziekteverzuim en de instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen te verminderen en om de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen te bevorderen. In grote lijnen zijn er drie typen maatregelen te onderscheiden: a) financiële prikkels in wetgeving, b) stimulering tot verbetering van verzuim- en re-integratiebeleid en c) aanscherping van de criteria voor toelating tot de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

4.1.1 Financiële prikkels

Aanvankelijk lag het accent vooral op maatregelen waarvan financiële prikkels uitgaan, met name voor de werkgever. Zo werd met invoering van het bonus-malus-systeem in 1992 (in 1995 weer afgeschaft) een werkgever financieel beloond als hij een arbeidsongeschikte in dienst nam en werd hij beboet als een werknemer in de WAO (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering) kwam. Met de invoering van de Wet terugdringing ziekteverzuim in 1994 werd de werkgever verplicht het loon voor de eerste twee of zes¹ weken ziekteverzuim door te betalen, een periode die in 1996 werd verlengd tot maximaal een jaar en in 2004 tot maximaal twee jaar. Invoering van de Pemba (Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen) in 1998 hield in dat de werkgever volledig verantwoordelijk werd voor de premiebetaling WAO (voorheen betaalde ook de werknemer een deel). Bovendien werd de premie afhankelijk gemaakt van het arbeidsongeschiktheidsrisico van het bedrijf. Naarmate meer werknemers de WAO instroomden, werd de premie hoger.

De veronderstelling was dat de financiële prikkels werkgevers ertoe zouden bewegen hun inspanningen voor verzuimpreventie te vergroten. Onder andere door herververzekering van risico's hadden de prikkels echter niet het beoogde effect.

4.1.2 Verbetering verzuim- en re-integratiebeleid

In de loop der jaren kwam er steeds meer aandacht voor directe verbetering van het verzuim- en re-integratiebeleid. Aan de wet Rea (Wet op de (re)integratie van arbeidsgehandicapten), ingevoerd in 1998, werd een belangrijke rol toegekend in de bevordering van de arbeidsparticipatie. De reeds bestaande re-integratie-instrumenten werden gebundeld en enkele nieuwe instrumenten werden toegevoegd. Zij werden beter toegankelijk gemaakt voor werkgever en werknemer, en de doelgroep van arbeidsgehandicapten werd duidelijker omschreven dan voorheen het geval was en uitgebreid (zie § 4.2). Eind 2005 is de wet Rea opgeheven, maar de meeste regelingen zijn blijven bestaan en opgenomen in de nieuwe wet WIA en de reeds bestaande wetten WAO, WAZ (Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen), Wajong (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten) en de Ziektewet.

Een ingrijpende verandering betrof de privatisering van de re-integratie in 2000. Vanaf dan vindt bemiddeling en begeleiding niet langer verplicht plaats via de publieke Arbeidsvoorziening (het vroegere Arbeidsbureau), maar kopen werkgevers, gemeenten en UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) de gewenste re-integratiediensten in bij private re-integratiebedrijven. Het aantal re-integratietrajecten voor arbeidsgehandicapten nam aanvankelijk sterk toe van 26.000 in 2002 tot 44.000 in 2003. Als gevolg van de dalende WAO-instroom (van 92.000 in 2002 naar 52.000 in 2004²) zette in 2004 een daling in. Het aantal gestarte trajecten bedroeg in dat jaar 41.000 en daalde in 2005 verder tot 33.000. In alle jaren is het aantal arbeidsgehandicapte vrouwen dat een traject start, iets hoger dan het aantal mannen. Het aandeel dat aan het werk komt, blijft volgens het UWV stabiel rond 30% (UWV 2007a: 19).

Evenals het aantal trajecten neemt ook het aantal voorzieningen voor arbeidsgehandicapten in de loop der jaren af. Werden in totaal in 2002 58.000 Rea-instrumenten verstrekt, in 2005 waren er dat nog 28.000. Deze afname is echter moeilijk te kwalificeren, omdat met de inwerkingtreding van het Belastingplan 2002 een aantal Rea-werkgeverssubsidies is afgeschaft en is gewijzigd in een forfaitaire korting op de premie voor de WAO, waarbij de werkgever eventueel in aanmerking kan komen voor een aanvullende subsidie voor de meerkosten van de (her)plaatsing van een arbeidsgehandicapte.

Om het ziekteverzuim terug te dringen wordt een actieve opstelling van zowel werkgever als arbeidsgehandicapte gevraagd. Met de Wet verbetering poortwachter in 2002 wordt de verantwoordelijkheid voor verzuimbegeleiding en re-integratie van zowel werkgever als werknemer verder versterkt. De werkgever wordt verplicht maatregelen te nemen waardoor de zieke werknemer het eigen werk of andere passende arbeid kan verrichten. De werknemer is verplicht hieraan mee te werken en er alles aan te doen zo snel mogelijk het eigen of ander werk te hervatten, eventueel in een ander bedrijf. Bij in gebreke blijven (ter beoordeling van het UWV) kan de werkgever worden verplicht tot doorbetaling van het loon gedurende maximaal nog een jaar, en kan de werknemer de toegang tot de arbeidsongeschiktheidsuitkering worden ontzegd.

Volgens de Commissie het Werkend Perspectief (CWP), die als kernopdracht had 'het verbeteren van de beeldvorming van mensen met een functiebeperking en van hun participatie in de samenleving', is er anno 2007 nog onvoldoende resultaat geboekt ten aanzien van de (re-)integratie van arbeidsgehandicapten (CWP 2007). De commissie concludeert dat de beeldvorming over deze groep moeilijk te veranderen is, zowel bij werknemers als werkgevers. Zij vermoedt dat de verplichtingen die de werkgever als gevolg van veranderde wetgeving heeft gekregen, hebben geleid tot terughoudendheid bij het in dienst nemen van arbeidsgehandicapten.³ In het maatschappelijk advies (CWP 2007) wordt de ambitie uitgesproken om in de volgende vier jaar 40.000 extra werkzoekende arbeidsgehandicapten aan het werk te helpen, naast de 60.000 reguliere plaatsingen die UWV, CWI (Centrum voor Werk en Inkomen) en BoaBorea (de brancheorganisatie van dienstverleners voor werk, loopbaan & vitaliteit) al voor hun rekening nemen. Verder adviseert de CWP het kabinet en de sociale partners afspraken te maken die leiden tot een sluitende aanpak voor jongeren met een handicap, en prioriteit te geven aan mensen die voor de WAO zijn herbeoordeeld.

4.1.3 Aanscherping toetredingscriteria

Een andere manier om de arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten te bevorderen, is de toegang tot de arbeidsongeschiktheidsuitkering moeilijk te maken. Na enkele ingrepen in het laatste decennium van de vorige eeuw, heeft in oktober 2004 een zeer ingrijpende aanscherping van de criteria plaatsgevonden, gevolgd door een herbeoordelingsoperatie van WAO'ers onder de 50 jaar. In 2005 zijn er ruim 117.000

herbeoordelingen afgerond. Uit onderzoek van Van Deursen (2007) blijkt dat bij 27% de uitkering is beëindigd en dat bij 12% het arbeidsongeschiktheidspercentage is verlaagd. Tevens blijkt uit dat onderzoek dat anderhalf jaar na de herbeoordeling 51% aan het werk is. Hiervan was overigens een groot deel (60%) al tijdens de WAO-periode werkzaam. Van degenen die op het moment van herbeoordeling niet werkten, is 32% anderhalf jaar later wel aan het werk. Overigens heeft een substantieel deel (39%) van de werkenden een baan waarin zij veel minder verdienen dan volgens de herbeoordeling mogelijk was (Van Deursen 2007: 67).

Op de kritiek die na de start van de herbeoordelingsoperatie aanzwol, is inmiddels een politiek antwoord gekomen via het Coalitieakkoord van het kabinet-Balkenende IV (Coalitieakkoord 2007). De leeftijdsgrens waarboven men niet meer wordt herbeoordeeld, wordt verlaagd naar 45 jaar en de 45-plussers die reeds zijn herbeoordeeld volgens de nieuwe criteria, worden weer ingedeeld op hun oude arbeidsongeschiktheidspercentage. Verder komt er meer hulp bij re-integratie beschikbaar.

Invoering van de WIA

De allergrootste wijziging van de afgelopen decennia op het terrein van arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie is wel de invoering van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, de WIA (per 1 januari 2006). Het uitgangspunt van deze wet is dat er expliciet wordt gekeken naar wat zieke werknemers wel kunnen in plaats van naar wat ze niet kunnen. Hun re-integratie wordt gefaciliteerd met instrumenten als een *no-risk*polis voor de werkgever, een *jobcoach* voor de werknemer en de mogelijkheid van proefplaatsing.

Centraal in de WIA staat de scheiding van de duurzaam én volledig arbeidsongeschikten enerzijds en de niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten en gedeeltelijk arbeidsongeschikten anderzijds. De eerste groep kan aanspraak maken op een IVA-uitkering (inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten), de tweede op een WGA-uitkering (werkherleving gedeeltelijk arbeidsongeschikten), tenminste indien men voor minimaal 35% arbeidsongeschikt is verklaard. Deze scheiding heeft grote gevolgen voor het inkomen. Voor de eerstgenoemde IVA-groep bedraagt de uitkering 75% van het laatstverdiende loon, in plaats van de 70% die in de WAO bij volledige arbeidsongeschiktheid gold. Voor degenen die wel volledig maar niet duurzaam arbeidsongeschikt of die gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden verklaard, kan de WIA nadelige inkomenseffecten hebben in vergelijking met de WAO. Na afloop van de periode waarin de uitkering nog loongerelateerd is, wordt zij afhankelijk van het verrichten van betaalde arbeid. Indien men voor het deel dat men arbeidsongeschikt is, niet werkt, vervalt de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. Hierdoor loopt men – afhankelijk van het vermogen en het inkomen van de partner – het risico terug te moeten vallen op een bijstandsuitkering of geen uitkering meer te ontvangen. Bovendien hebben degenen die voor minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn verklaard, geen recht op een WGA-uitkering. Er wordt van uitgegaan dat hun beperkingen zo licht zijn dat er in de arbeidsorganisatie maatwerkoplossingen kunnen worden gevonden (Stichting van de Arbeid 2004).

De instroom is na de invoering van de WIA drastisch gedaald. Terwijl in 2004 de WAO-instroom nog bijna 60.000 personen bedroeg, bestond de WIA-instroom in 2006 uit 21.000 personen, waarvan 4000 met een IVA-uitkering en 17.000 met een WGA-uitkering (UWV 2007b). Deze aantallen blijven ver achter bij de verwachting die in de Memorie van Toelichting op de wet was gesteld (42.000). Het jarenlang heersende probleem van een te groot beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen lijkt opgelost.

De vraag is echter of terugdringing van het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen één op één samengaat met een toename van de arbeidsparticipatie van personen met gezondheidsbeperkingen. Zo is uit recent onderzoek (Van Horssen en Van Doorn 2007) gebleken dat ruim de helft (56%) van de groep die bij de WIA-beoordeling voor minder dan 35% arbeidsongeschikt werd verklaard, niet werkzaam is (op het moment van onderzoek, korte tijd na de WIA-beoordeling). Van degenen die wel werken, werkt bijna een kwart (23%) bij een andere werkgever. De onderzoekers concluderen dat deze groep met lichte beperkingen weliswaar niet in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar wel belemmeringen ervaart bij de terugkeer vanuit ziekte naar het eigen of ander werk.

Ook in de jaren voor de invoering van de WIA zijn zieke werknemers, arbeidsongeschikten en mensen met gezondheidsbeperkingen geconfronteerd met een beleid dat gericht was op ‘werk boven uitkering’, met veel aandacht voor ondersteuning bij de re-integratie, onder andere in de vorm van voorzieningen voor werkgevers en werknemers. In dit hoofdstuk zoomen we in op de arbeidsparticipatie en arbeidssituatie van personen met fysieke beperkingen in de periode vóór de WIA.

4.2 *Verschillende definities van personen met beperkingen voor arbeidsdeelname*

Personen die vanwege ziekte of handicap beperkingen ondervinden in het verkrijgen of verrichten van betaalde arbeid, worden op verschillende manieren aangeduid. Om enige ordening aan te brengen, maken we onderscheid in een formele definitie, gebaseerd op wet- en regelgeving, en informele definities, gebaseerd op de zelfrapportage van mensen met beperkingen.

Definities met een wettelijke basis

Vóór de invoering van de wet Rea in 1998 was de gangbare formele term voor mensen die vanwege gezondheid of handicap belemmerd waren om te werken, ‘arbeidsongeschikten’. Er werd onderscheid gemaakt in volledige en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Het betrof de groep die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontving (WAO, WAZ, Wajong (voorheen Algemene Arbeidsongeschiktheidswet, AAW)) en op grond daarvan recht had op ondersteuning bij re-integratie. Met de invoering van de wet Rea wordt de doelgroep voor re-integratie uitgebreid en wordt het begrip ‘arbeidsgehandicapt’ formeel gedefinieerd.

Het gaat om de mensen:

- 1 die een WAO-, WAZ- of Wajong-uitkering ontvangen;
- 2 aan wie een wettelijke voorziening of subsidie is toegekend in verband met ziekte of gebrek;
- 3 die tot de doelgroep van de wsw (Wet sociale werkvoorziening) behoren;
- 4 voor wie de situatie 1, 2 of 3 in de afgelopen vijf jaar van toepassing was;
- 5 die niet tot een van de hiervoor genoemde groepen behoren, maar van wie in een medisch-arbeidskundige beoordeling is vastgesteld dat zij in verband met ziekte of gebrek belemmeringen ondervinden in het verkrijgen of verrichten van arbeid.

Inmiddels is met de invoering van de WIA de wet Rea afgeschaft. Daarmee is ook de term ‘arbeidsgehandicapt’ vervallen en vervangen door ‘persoon met structureel functionele beperkingen’. Hiertoe behoren degenen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en degenen die door het UWV of CWI als persoon met structureel functionele beperkingen worden aangemerkt, ook als zij geen WIA-uitkering hebben.⁴ Wel blijven degenen die bij de afschaffing van de wet Rea een WAO-, WAZ- of Wajong-uitkering ontvingen of deze in de vijf jaar daarvoor hebben ontvangen, tot de doelgroep van re-integratie behoren.

Definitie op basis van zelfrapportage

Ook het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (szw) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gebruiken de term ‘arbeidsgehandicapt’ in de *Arbeidsgehandicaptenmonitor* (Beckers et al. 2004a/b; Beckers et al. 2005; Cuijpers en Lautenbach 2006), die sinds 2002 jaarlijks verschijnt. De definitie is dan echter gebaseerd op de zelfrapportage van de mensen die deelnemen aan de Enquête beroepsbevolking (EBB). Aan hen wordt gevraagd of zij een langdurige ziekte, aandoening of handicap hebben en vervolgens krijgen zij de vraag voorgelegd in welke mate zij hierdoor belemmeringen ondervinden in het uitvoeren of verkrijgen van werk (Cuijpers en Lautenbach 2006). De mensen die belemmeringen bij het werk ervaren worden als arbeidsgehandicapt beschouwd. In de EBB-definitie gaat het zowel om lichamelijke als om psychische beperkingen.

In het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) wordt eveneens gevraagd naar het hebben van een langdurige ziekte, aandoening of handicap. De vraag naar belemmeringen heeft dan betrekking op het verrichten van dagelijkse activiteiten en dus niet specifiek op werk.

Daarnaast worden de termen ‘gehandicapten’ en ‘mensen met (fysieke of psychische) beperkingen’ vaak gebruikt. Deze aanduidingen zijn algemeen van aard en verwijzen niet naar de mate waarin men belemmerd wordt om te werken.

Tabel 4.1 laat de omvang van de verschillende groepen zien. Hoewel er overlap zal zijn tussen de groep arbeidsgehandicapten gedefinieerd volgens de wet Rea en de groep arbeidsgehandicapten volgens de EBB en het AVO, hoeven ze niet met elkaar samen te vallen. Zo blijkt bijvoorbeeld uit analyse van de gegevens uit het AVO van 2003, dat ‘slechts’ 65% van de personen met een chronische aandoening die zich

sterk belemmerd voelen, dus arbeidsgehandicapt zijn volgens zelfrapportage, een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt of in de afgelopen vijf jaar heeft ontvangen. Voor de groep met lichte belemmeringen is dat 25%.

Tabel 4.1

Schatting van het aantal personen dat behoort tot een categorie die belemmering ondervindt / kan ondervinden in het verrichten van betaalde arbeid, 15-64-jarigen, 1995-2006 (in absolute aantallen x 1000)

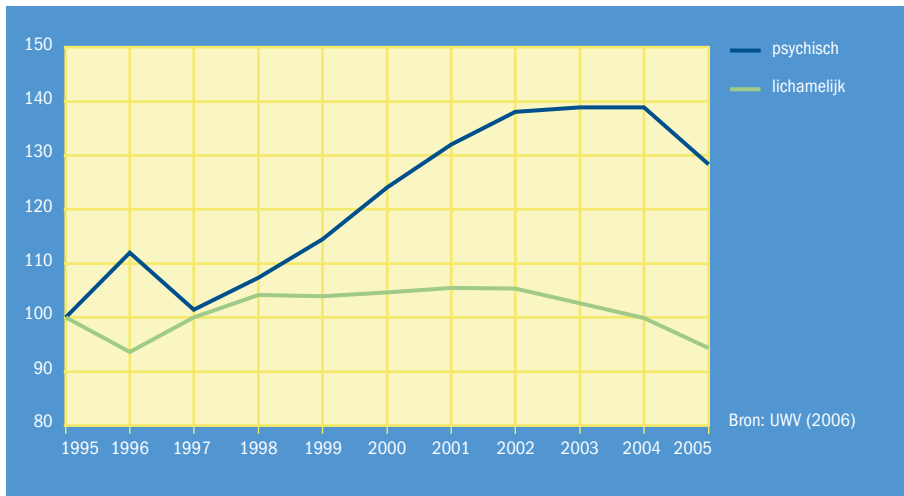
	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
definitie arbeidsgehandicapt op wettelijke basis:										
arbeidsgehandicapt volgens wet Rea met name bestaande uit:	.	1121	1158	1212	1276	.	.	.	.	.
arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ^a	.	905	923	953	979	993	980	964	904	862 ^d
ex-ao-uitkeringsgerechtigden	.	176	162	148	141	.	.	.	.	.
toegekende Rea-instrumenten ^a	.	.	.	56	.	58	45	41	28	.
lopende re-integratietrajecten arbeidsgehandicapt ^a	.	.	.	.	.	.	46	55	50	.
definities op basis van zelfrapportage										
mensen met een chronische aandoening of handicap (EBB)	.	.	.	.	.	2662	2676	2697	2727	.
w.v. arbeidsgehandicapt ^b	.	.	.	.	.	1755	1762	1786	1775	.
een chronische aandoening of handicap (AVO)	1743	.	2153	.	.	.	2184	.	.	.
w.v. belemmerd in dagelijkse activiteiten	1371	.	1698	.	.	.	1701	.	.	.
motorische beperkingen (AVO)	1536	.	1770	.	.	.	2094	.	.	.
lichamelijke beperkingen ^c (AVO)	.	.	.	.	.	.	2460	.	.	.
w.v. met matige/ernstige beperkingen	.	.	.	.	.	.	842	.	.	.
<p>. Geen (betrouwbare) gegevens beschikbaar.</p> <p>a Het gaat hier niet om het aantal personen, maar om het aantal uitkeringen, voorzieningen of trajecten.</p> <p>b Arbeidsgehandicapt volgens de definitie in de EBB: 'personen van 15-64 jaar met een langdurige ziekte, aandoening of handicap, die hierdoor worden belemmerd in het uitvoeren of verkrijgen van werk' (Cuijpers en Lautenbach 2006). Door wijziging in de vraagstelling in 2002 kan het aantal arbeidsgehandicapt van 2000 en 2001 niet worden vergeleken met dat van 2002.</p> <p>c Lichamelijke beperkingen omvatten zowel motorische als zintuiglijke beperkingen. Over die laatste kunnen geen ontwikkelingen in de tijd worden geschetst, zie ook noot 6.</p> <p>d Cijfers hebben betrekking op de eerste helft van 2006. Dit aantal is inclusief 19.000 WIA-uitkeringen (4.000 IVA en 15.000 WGA).</p>										
Bron: CBS (StatLine: Beroepsbevolking/Profiel Arbeidsgehandicapt); UWV (2002, 2003, 2006 en z.j.); SCP (AVO'95-'03)										

Het totale aantal arbeidsgehandicapt volgens de wet Rea is in de periode 1998-2001 gestegen van ruim 1,1 naar bijna 1,3 miljoen. Na 2001 maakt het UWV geen

berekeningen meer van de omvang van de groep arbeidsgehandicapten volgens de Rea-definitie. Op grond van de ontwikkeling in het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen – het grootste deel van de arbeidsgehandicapten volgens de wettelijke definitie ontving zo'n uitkering – mag worden verwacht dat die omvang vanaf 2002 is afgenomen. Het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen daalde in 2002-2006 van 993.000 naar 862.000. Overigens nam het aantal Wajong-uitkeringen wel toe (van 134.000 in 2002 tot 156.000 in 2006).⁵ Bovendien zal het vanaf 2006 door de invoering van de WIA nog verder dalen, omdat de instroom in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen sterk afneemt. Tevens neemt – in samenhang met de afnemende instroom – het aantal gestarte en lopende re-integratietrajecten voor arbeidsgehandicapten na 2005 verder af (UWV 2007a: 18).

Figuur 4.1

Ontwikkeling in het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen aan werknemers vanwege lichamelijke of psychische diagnose, 1995-2005 (index, 1995 = 100)



Omdat in deze rapportage de mensen met lichamelijke beperkingen centraal staan, zijn we nagegaan of de ontwikkeling in het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (WAO, WAZ, Wajong) vanwege een lichamelijke diagnose parallel loopt aan die vanwege een psychische diagnose (zie figuur 4.1). Het blijkt dat het aantal uitkeringen voor werknemers met een lichamelijke diagnose⁶ in de periode 1998-2002 minder sterk oploopt dan dat voor werknemers met een psychische diagnose. In de jaren daarna is er bij beide groepen sprake van een daling, die tot en met 2004 sterker is bij de werknemers met een lichamelijke diagnose. In 2005 ligt het aantal voor deze laatste groep onder het niveau van 1995 (index = 94), terwijl het aantal met een psychische diagnose hoger ligt (index = 128). In absolute aantallen gaat het om een daling van 595.000 in 1995 naar 561.000 in 2005 voor de groep met een lichame-

lijke diagnose, en om een stijging van 260.000 naar 333.000 voor de groep met een psychische diagnose in dezelfde periode (Uwv 2005: 83-87).

Geconcludeerd kan worden dat het aantal arbeidsgehandicapten met fysieke beperkingen volgens de wettelijke definitie (dit wil zeggen volgens de beoordelingscriteria voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering) sterk is afgenomen.

Wanneer we kijken naar de ontwikkeling in het aantal arbeidsgehandicapten volgens eigen opgave van de respondenten in de Enquête beroepsbevolking (EBB), dan constateren we een vrij stabiel aantal van 1,8 miljoen. Dit aantal geldt voor elk van de jaren 2002 tot en met 2005. Het AVO bestrijkt een vroegere periode. Hier zien we dat het aantal personen met een langdurige aandoening in 1995-1999 sterk steeg (van 1,7 naar 2,2 miljoen), evenals het aantal personen dat zegt zich daardoor belemmerd te voelen (van 1,4 naar 1,7 miljoen). In 1999-2003 bleven deze aantallen stabiel. Het aantal 15-64-jarigen met motorische beperkingen (AVO) bleef ook na 1999 nog toenemen, tot 2,1 miljoen in 2003.

In dit rapport staat de totale groep met lichamelijke beperkingen centraal. In 2003 gaat het om 2,5 miljoen personen tussen de 15 en 65 jaar, waarvan 842.000 met matig tot ernstige beperkingen.⁷ Welke definitie ook wordt gekozen, het aantal mensen tussen de 15 en 65 jaar dat (waarschijnlijk) belemmeringen ondervindt om een plaats op de arbeidsmarkt te verkrijgen of te behouden, is zeer aanzienlijk.

Verskil tussen definities op wettelijke basis en volgens zelfrapportage

Op basis van de gegevens is het niet mogelijk de overlap te bepalen tussen de groep arbeidsgehandicapten op basis van de wettelijke definitie en de groep die zelf aangeeft beperkingen te ervaren. Wel is het duidelijk dat er verschillen tussen deze indicatoren zijn. Zo bevat de groep die volgens wettelijke definities beperkingen kent, alleen diegenen bij wie de beperking ook tot verlies van verdien capaciteit leidt. Dit zal betekenen dat mensen met lichte beperkingen hierin niet vaak zullen voorkomen. Maar ook als men een vrij ernstige beperking heeft, kan het zijn dat men volgens de wettelijke criteria niet arbeidsgehandicapt is, omdat men arbeid kan verrichten waarmee men hetzelfde inkomen kan verdienen als toen men de beperking nog niet had. De groep met beperkingen volgens zelfrapportage bevat wel deze personen. Deze groep zal met name meer personen met lichte beperkingen bevatten.

Het aantal mensen dat zelf te kennen geeft belemmeringen te ervaren, is dan ook beduidend groter dan het aantal mensen dat voldoet aan de wettelijke definitie van arbeidsgehandicapt.

4.3 Arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen

4.3.1 Ontwikkelingen in de tijd

Dat mensen als gevolg van hun aandoening of handicap beperkingen ondervinden bij het verrichten van werk, wil nog niet zeggen dat zij helemaal niet in staat zijn te werken. Een substantieel deel van hen verricht betaalde arbeid gedurende minimaal

twaalf uur per week. In 2005 werkte 39% van de arbeidsgehandicapten tegenover 68% voor de niet-arbeidsgehandicapten van 15-64 jaar. Uit tabel 4.2 blijkt dat de arbeidsdeelname van arbeidsgehandicapten in de periode 2002-2005 is afgenomen van 44% naar 39%, terwijl deze voor de niet-arbeidsgehandicapten vanaf 2003 stabiel is gebleven op 68%.

De deelname van degenen met matige tot ernstige lichamelijke beperkingen (ongeacht of ze daardoor belemmeringen ervaren bij het werk) ligt op 31% (volgens het AVO van 2003). De participatie van de groep met lichte lichamelijke beperkingen ligt een stuk hoger, op 59%. Helaas was het niet mogelijk om op basis van de AVO's uit 1995, 1999 en 2003 een tijdreeks voor de mate van arbeidsparticipatie te maken.⁸

Tabel 4.2

Nettoarbeidsparticipatie^a van 15-64-jarigen, voor de totale bevolking, voor arbeidsgehandicapten (EBB-definitie) en voor personen met lichamelijke beperkingen (AVO-definitie), 1999-2005 (in procenten)

	1999	2001	2002	2003	2004	2005
totale beroepsbevolking (CBS-StatLine)	64	65	65	64	63	63
EBB-definitie^b						
niet-arbeidsgehandicapten			69	68	68	68
arbeidsgehandicapten			44	43	41	39
AVO-definitie^c						
personen zonder lichamelijke beperkingen				73		
personen met lichamelijke beperkingen				49		
van wie met lichte beperkingen				59		
van wie met matige/ernstige beperkingen				31		

a Aandeel in de beroepsbevolking dat twaalf uur per week of meer betaald werk verricht.
b Arbeidsgehandicapten volgens definitie in de EBB: 'personen van 15-64 jaar met een langdurige ziekte, aandoening of handicap, die hierdoor worden belemmerd in het uitvoeren of verkrijgen van werk' (Cuijpers en Lautenbach 2006).
c Personen met lichamelijke beperkingen zijn op basis van het AVO (SCP) gedefinieerd met een Mokkenschaal, zie hoofdstuk 2.

Bron: CBS (StatLine: Beroepsbevolking); Cuijpers en Lautenbach (2006); SCP (AVO'95-'03)

Het is de vraag of met de daling vanaf 2001/2002 zich een serieuze trend aftekent van afnemende arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen vanwege gezondheid of handicap. Een mogelijke verklaring voor de ontwikkeling zou ook de slechte conjunctuur in de periode 2001-2004 kunnen zijn. De werkloosheid liep sterk op en de meest kwetsbaren lopen in een dergelijke periode het meeste risico. Echter, in 2005, een jaar waarin de economie aantrok, bleek er sprake van een verdere verslechtering van de positie van arbeidsgehandicapten. De verschuivingen zijn echter te klein en

de tijdreeks is te kort om definitieve conclusies te trekken. Afgezet tegen een beleid waarin alles op alles wordt gezet om arbeidsgehandicapten aan het werk te houden of te krijgen, kunnen deze bevindingen toch als zorgwekkend worden gezien.

4.3.2 Werkenden met en zonder lichamelijke beperkingen

Van de werkenden heeft 17% last van lichamelijke beperkingen: 13% heeft lichte en 4% matige tot ernstige beperkingen (900.000 resp. 250.000). Bij 14% van de werkenden gaat het om motorische, bij 6% om gezichts- en bij 3% om gehoorbeperkingen, zo blijkt uit het AVO'03. Een deel van de werkenden met gezondheidsbeperkingen werkt in wsw-verband. Het aantal wsw'ers is gestegen van 90.000 in 1998 naar 99.000 in 2006. Daarmee groeit het iets harder dan de reguliere werkzame beroepsbevolking (een groei van 10% versus 5%). Ook het aantal personen dat op de wachtlijst staat voor een wsw-betrekking, is de afgelopen jaren gestegen van 6.000 in 2002 naar 18.000 in 2006 (Research voor Beleid 2007). Het grootste deel van de werknemers met beperkingen is evenwel werkzaam in een regulier dienstverband. Hoe specifiek of hoe anders is deze groep nu vergeleken met de werkenden zonder beperkingen?

Allereerst blijkt dat de groep werkenden met beperkingen voor een relatief groot deel uit vrouwen bestaat. Bedraagt hun aandeel in de groep zonder beperkingen 41%, in de groep met beperkingen is dat 48%. Verder zijn werkenden met beperkingen relatief oud, laagopgeleid en hebben zij naar verhouding vaak een partner die niet werkt (hetgeen waarschijnlijk samenhangt met de andere kenmerken). De samenstelling van hun huishouden wijkt echter nauwelijks af van die van de werkenden die geen beperkingen hebben (zie tabel C4.1 in bijlage C).

Tussen de groep werkenden met lichte beperkingen en met die met matige of ernstige beperkingen is er geen verschil in samenstelling. Naar aard van de beperkingen zijn er wel enige verschillen te onderscheiden. Bij de werkenden met een gehoorbeperking gaat het vaker dan bij de groep met motorische beperkingen om mannen en laagopgeleiden. Verder – en wellicht in samenhang met het voorafgaande – hebben zij vaker een partner die niet werkt (zie tabel C4.2 in bijlage C).

4.3.3 Arbeidsparticipatie naar achtergrondkenmerken

Hiervoor is duidelijk geworden hoe de groep werkenden met beperkingen eruit ziet naar een aantal kenmerken. Dit zegt nog niets over de kenmerken die van invloed zijn op de arbeidsdeelname van mensen met lichamelijke beperkingen en evenmin of deze kenmerken voor de groepen zonder en met beperkingen dezelfde zijn en op dezelfde manier invloed hebben. Een relatief geringe arbeidsparticipatie van de mensen met beperkingen kan te maken hebben met het feit dat ouderen, vrouwen en laagopgeleiden, groepen die in het algemeen een relatief geringe arbeidsdeelname kennen, oververtegenwoordigd zijn onder hen. De lagere arbeidsparticipatie zou dan niet te wijten zijn aan de beperkingen, maar aan een andere samenstelling van de groep (zie ook: Beckers et al. 2005).

Om hier inzicht in te krijgen is in tabel 4.3 het percentage werkenden per categorie weergegeven. Uit deze tabel blijkt allereerst dat in elk van de subcategorieën de

mensen met beperkingen minder vaak werkzaam zijn dan die zonder beperkingen. Met andere woorden: de lagere arbeidsparticipatie kan niet volledig worden verklaard door een verschillende samenstelling van de groepen.

Zowel in de groep met als in die zonder lichamelijke beperkingen zijn mannen vaker werkzaam dan vrouwen en hoogopgeleiden vaker dan laagopgeleiden. Dit geldt voor beide groepen met beperkingen. De leeftijd zorgt echter wel voor verschil. Bij de groep met matige of ernstige beperkingen constateren we een lineair verband tussen leeftijd en arbeidsparticipatie: de arbeidsdeelname is het hoogst bij de jongste groep (47%) en neemt geleidelijk met het stijgen van de leeftijd af naar 17% voor de 55-64-jarigen. De arbeidsdeelname van de groepen zonder en met lichte beperkingen vertoont een curvilineair verband: de jongste en de oudste leeftijdscategorie nemen minder vaak deel dan de twee tussenliggende. Overigens ligt de arbeidsparticipatie van de 15-34-jarigen niet erg ver onder die van de 35-44-jarigen, slechts 4 procentpunten, terwijl zij er bij de groep met matige of ernstige beperkingen 8 procentpunten boven ligt. Een opvallende bevinding is dat de samenstelling van het huishouden er nauwelijks toe doet wanneer het om gezonde werknemers gaat, maar wel wanneer deze lichamelijke beperkingen hebben. In deze laatste groep wordt relatief vaak gewerkt door paren met kinderen. In de groep met lichte beperkingen geldt dat ook voor alleenstaande ouders. Bij de bespreking van tabel 4.4 komen we hierop terug.

In tabel 4.3 wordt de samenhang tussen de afzonderlijke kenmerken en de arbeidsparticipatie duidelijk, maar is er geen rekening gehouden met de onderlinge samenhang tussen verschillende achtergrondkenmerken. Het is echter niet ondenkbaar dat de lage arbeidsparticipatie van bijvoorbeeld mensen met een laag opleidingsniveau (deels) veroorzaakt wordt doordat dit vooral ouderen zijn. Op grond van eerder onderzoek kan worden verondersteld dat geslacht, leeftijd en opleidingsniveau een direct effect hebben op de arbeidsdeelname. We zijn nagegaan of dat zowel voor de groep met als voor die zonder beperkingen geldt. We zijn er echter ook in geïnteresseerd of die effecten voor de groep met beperkingen anders zijn dan voor de groep zonder beperkingen. Daartoe zijn verschillende multivariate analyses uitgevoerd, dat wil zeggen analyses waarin de samenhang tussen arbeidsparticipatie en achtergrondkenmerken wordt nagegaan terwijl rekening wordt gehouden met de invloed van andere achtergrondkenmerken. In tabel 4.4 staat in de eerste kolommen weergegeven welke kenmerken samenhangen met de deelname aan arbeid. Vervolgens is nagegaan of de samenhang tussen de achtergrondkenmerken en de arbeidsdeelname significant verschilt tussen degenen met en zonder beperkingen (laatste kolom tabel 4.4). De volledige analyse staat in bijlage C (tabel C4.3). De gegevens staan vermeld in odds ratio's. Een odds ratio groter dan 1 wil zeggen dat degenen met dat achtergrondkenmerk een grotere kans hebben om aan de arbeidsmarkt deel te nemen dan de referentiegroep (die een kans van 1 heeft) en een odds ratio kleiner dan 1 dat die groep een kleinere kans heeft dan de referentiegroep.

Tabel 4.3

Nettoarbeidsparticipatie^a naar aard en ernst van de lichamelijke beperkingen en enkele achtergrondkenmerken, 15-64-jarigen,^b 2003 (in procenten)

	zonder lichamelijke beperkingen	totaal met lichamelijke beperkingen	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen
totaal	76	50	60	31
mannen	85	61	72	38
vrouwen	66	42	51	26
15-34 jaar	78	63	68	47
35-44 jaar	85	61	72	39
45-54 jaar	80	58	72	35
55-64 jaar	48	27	34	17
laag opleidingsniveau	65	43	53	27
middelbaar opleidingsniveau	79	57	67	38
hoog opleidingsniveau	88	65	75	41
alleenstaande zonder kind(eren)	79	41	54	22
lid van paar zonder kind(eren)	75	44	54	27
lid van paar met kind(eren)	77	61	69	42
alleenstaande ouder	82	49	62	29
partner werkt	81	61	70	42
partner werkt niet	66	36	46	19
geen partner	79	42	56	22
(n ongewogen)	(7106)	(2272)	(1492)	(780)

a Aandeel in de beroepsbevolking dat twaalf uur per week of meer betaald werk verricht. Zo werkt bijvoorbeeld 76% van 15-64-jarigen zonder en 50% van die met lichamelijke beperkingen.

b Exclusief scholieren/studenten. Dit verklaart het verschil met de arbeidsdeelname gemeld in tabel 4.2.

Bron: SCP (AVO'03)

Een belangrijke conclusie die ook uit deze analyse kan worden getrokken, is dat het hebben van beperkingen een zeer groot zelfstandig effect heeft op de arbeidsdeelname. De kans dat iemand met beperkingen betaald werkt, is – ceteris paribus – veel kleiner dan voor iemand zonder beperkingen (odds ratio = 0,20; zie bijlage C tabel C4.3). De geringere arbeidsparticipatie heeft dus weinig te maken met het feit dat deze groep relatief oud is, laag is opgeleid of een groot aandeel vrouwen kent. Immers, ook als gecontroleerd wordt voor eventuele verschillen in

geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en samenstelling van het huishouden, ligt de arbeidsdeelname van de mensen met lichamelijk beperkingen duidelijk lager dan die van de groep zonder beperking.

Tabel 4.4

Kenmerken die van invloed zijn op de arbeidsparticipatie van mensen^b met en zonder lichamelijke beperkingen, 15-64-jarigen, 2003 (resultaten van logistische regressie in odds ratio's)^a

	geen beperkingen	met lichamelijke beperkingen	significant verschil tussen de groep zonder en de groep met beperkingen
constante	4,56 **	0,93	
geslacht	**	**	
man	referentiegroep	referentiegroep	
vrouw	0,28 **	0,38 **	ja **
leeftijd	**	**	
15-34 jaar	referentiegroep	referentiegroep	
35-44 jaar	1,40 **	0,83	ja **
45-54 jaar	1,04	0,75 *	ja **
55-64 jaar	0,16 **	0,20 **	nee
opleidingsniveau	**	**	
basisonderwijs	referentiegroep	referentiegroep	
laag (lbo/mavo)	1,44 **	2,03 **	nee
middel (havo/vwo/mbo)	2,10 **	2,75 **	nee
hoog (hbo/wo)	4,36 **	4,55 **	nee
huishoudensamenstelling	**	**	
alleenstaand zonder kind(eren)	referentiegroep	referentiegroep	
lid van paar zonder kind(eren)	1,24 *	1,70 **	nee
lid van paar met kind(eren)	0,75 **	1,76 **	ja **
alleenstaande ouder	1,06	1,37	nee
chi-kwadraat	1216 (df = 10)	421 (df = 10)	
Cox & Snell r kwadraat	0,16	0,17	
Nagelkerke r kwadraat	0,24	0,23	
(n ongewogen)	(6589)	(2098)	

a Significantie: ** betekent significant op 5%-niveau; * significant op 10%-niveau.

b Exclusief studenten en scholieren.

Bron: SCP (AVO'03)

Uit tabel 4.4 kunnen we concluderen dat in beide groepen de kans dat ze werken, voor vrouwen een stuk kleiner is dan voor mannen. Het verschil tussen mannen en vrouwen is voor mensen zonder beperkingen wel wat groter dan voor die met beperkingen (een odds ratio van 0,28 versus 0,38).

In de laatste kolom zien we dat dit verschil significant is. Dit betekent dat in de groep met een lichamelijke beperking het geslacht minder belangrijk is voor de kans op het verrichten van betaalde arbeid dan in de groep zonder beperkingen.

Ook in het effect van de leeftijd zien we verschil tussen beide groepen. In de groep zonder beperkingen participeren de 35-44-jarigen vaker dan de 15-34-jarigen (odds ratio = 1,40), scoren de 45-54-jarigen gelijk (odds ratio is ongeveer 1) en neemt de oudste leeftijdsgroep veel minder vaak deel (0,16). In de groep met beperkingen zien we dat de jongsten het vaakst deelnemen en dat de kansverhouding voor de oudere leeftijdsgroepen steeds kleiner dan 1 wordt, hetgeen betekent dat men minder werkt naarmate men ouder is.

In de laatste kolom zien we weer dat het verschil in effect tussen de groep met en de groep zonder beperkingen significant is. Dit kan als volgt worden geïnterpreteerd. Bij de groep zonder beperkingen zien we een leeftijdseffect dat past bij een 'normale' levensloop. Men werkt het meest in de levensfase waarin veel mensen gezinsverantwoordelijkheid dragen (30-55 jaar). Bij de groep met beperkingen gaan waarschijnlijk de beperkingen met het ouder worden een grotere tol eisen en gaan zij het leeftijdseffect behorend bij een 'normale' levensloop overheersen.

Het effect van opleiding blijft sterk overeind. De odds ratio voor hoogopgeleiden bedraagt ongeveer 4,5, hetgeen betekent dat de kans op betaald werken voor hen beduidend hoger ligt dan voor degenen met alleen basisonderwijs.

Voor de groep met en zonder beperkingen ligt het effect van opleiding gelijk.

De samenstelling van het huishouden waartoe men behoort, heeft een ander effect voor de groep zonder dan voor de groep met beperkingen. In de eerste groep is de kans op arbeidsparticipatie voor alleenstaanden en voor alleenstaande ouders vrijwel gelijk. Voor personen die deel uitmaken van een paar zonder kinderen, ligt deze kans relatief hoog (odds ratio = 1,24) en voor leden van een paar met kinderen juist relatief laag (odds ratio = 0,75). Een voor de hand liggende verklaring is dat in gezinnen met jonge kinderen een van beide partners niet werkt. Bij de groep met beperkingen zijn daarentegen zowel de paren met als zonder kinderen vaker werkzaam dan de alleenstaanden.

In de laatste kolom zien we dat het verschil in effect tussen de groep met en zonder beperkingen significant is. Het is niet eenvoudig om voor deze bevindingen duidelijke verklaringen te vinden. Er zijn verschillende interpretaties mogelijk. Zo kunnen personen met beperkingen die een partner hebben, vaker werken dan alleenstaanden met beperkingen omdat een partner hulp kan bieden bij de activiteiten die nodig zijn om aan het werk te gaan (wassen, aankleden, vervoer e.d.). Een andere verklaring is dat personen die ondanks hun beperkingen een partner én kinderen én werk hebben, een positieve selectie vormen van mensen die veel aan kunnen en over meer dan gemiddelde competenties beschikken om werk en gezin te combineren. Dit kan verklaren dat zij vaker werken dan personen zonder beperkingen die een

partner en kinderen hebben. Een derde mogelijke verklaring is dat het hebben van kinderen een grote financiële verantwoordelijkheid betekent. Lichamelijke beperkingen komen relatief vaak voor bij mensen met de lage(re) inkomens (c.q. lage(re) opleidingsniveaus). Het hebben van kinderen in combinatie met een laag inkomen zal voor de groep met beperkingen zo'n stevige stimulans vormen om te werken dat de lichamelijke beperkingen daarbij 'in het niet vallen'.

Nadere analyse leert dat de verschillen in de effecten van de diverse kenmerken tussen de groep met en zonder beperkingen vrijwel volledig veroorzaakt worden door de groep met matige of ernstige beperkingen (zie bijlage C, tabel C4.4). Met andere woorden: de arbeidsdeelname in de groep met lichte beperkingen wordt op vrijwel dezelfde manier door de achtergrondkenmerken beïnvloed als in de groep zonder beperkingen. De beperkingen hebben daar dus geen invloed op, terwijl deze in de groep met matige of ernstige beperkingen een overheersend effect hebben.

4.3.4 Arbeidsparticipatie naar aard van de beperkingen

De aard van de lichamelijke beperkingen blijkt enige samenhang te vertonen met de mate van arbeidsparticipatie (tabel 4.5). De arbeidsdeelname is met 47% het laagst in de groep met motorische beperkingen en het hoogst, 55%, bij mensen met gezichtsbeperkingen. In de groep met gehoorbeperkingen werkt 52%. Voor elk type van lichamelijke beperkingen geldt dat mannen vaker werkzaam zijn dan vrouwen, de 35-44-jarigen vaker dan de oudste leeftijdscategorie, en de hoogopgeleiden vaker dan de laagopgeleiden. Ook hier zien we dat voor elk type beperking de arbeidsdeelname voor mensen met kinderen relatief hoog ligt.

Tabel 4.5

Nettoarbeidsparticipatie^a van mensen^b met motorische-, gezichts- en gehoorbeperkingen,^c naar achtergrondkenmerken, 15-64-jarigen, 2003 (in procenten)

	motorische beperkingen	gehoorbeperkingen	gezichtsbeperkingen
totaal	47	52	55
mannen	57	66	68
vrouwen	41	36	43
15-34 jaar	59	74	63
35-44 jaar	59	67	70
45-54 jaar	54	58	64
55-64 jaar	25	30	28
basisonderwijs	28	41	34
laag opleidingsniveau	46	55	55
middelbaar opleidingsniveau	56	58	61
hoog opleidingsniveau	62	60	67

Tabel 4.5 (vervolg)

	motorische beperkingen	gehoorbepervingen	gezichtsbeperkingen
alleenstaande zonder kind(eren)	36	43	47
lid van paar zonder kind(eren)	42	46	49
lid van paar met kind(eren)	59	65	64
alleenstaande ouder	46	54	57
partner werkt	59	62	68
partner werkt niet	33	43	42
geen partner	37	40	48
(n ongewogen)	(2047)	(438)	(767)

a Aandeel in de beroepsbevolking dat twaalf uur per week of meer betaald werk verricht.
b Exclusief scholieren en studenten.
c Het gaat om zowel lichte, matige als ernstige beperkingen.

Bron: CBS (StatLine: Beroepsbevolking)

4.4 Kenmerken van werk

4.4.1 Aantal uren

Voor mensen met beperkingen kan het nodig zijn aanpassingen aan het werk of de werkplek te realiseren om het werken mogelijk te maken. Een belangrijke aanpassingsmogelijkheid is verkorting van de werkweek. Uit onderzoek onder langdurig zieken (minimaal een jaar ziek) blijkt dat 65% van degenen die weer aan het werk gaan, dat voor minder uren dan voorheen doen (Jehoel-Gijsbers en Van der Giezen 2000: 96). Dit blijkt bovendien een min of meer definitieve aanpassing. Immers, tweeënhalf jaar na afloop van het eerste ziektejaar werkt 61% van de werkhervatters nog steeds minder uren dan voor de ziekmelding (Hento et al. 2003: 73).

Werknemers met een lichamelijke beperking maken eveneens relatief korte werkweken. In tabel 4.6 zien we dat het aandeel dat minder dan twintig uur per week werkt, relatief hoog is (22% versus 17% bij de groep zonder beperkingen) en het aandeel voltijds relatief laag (47-52% versus 61%).⁹ Korte werkweken doen zich vooral voor in de groep met motorische beperkingen, waar een kwart van de werkmensen minder dan twintig uur per week werkt, terwijl dat voor de groep zonder beperkingen 17% bedraagt. Voor de mensen met gehoorbeperkingen en in wat mindere mate de mensen met gezichtsbeperkingen lijkt aanpassing minder noodzakelijk. Zij wijken in hun arbeidsduur niet significant af van de groep zonder die beperkingen. Men zou verwachten dat werknemers met matige of ernstige beperkingen vaker dan die met lichte beperkingen een korte werkweek zouden hebben. Toch blijkt er tussen deze twee groepen geen significant verschil te zijn.

Deze bevindingen zien we terug in het gemiddelde aantal uren dat per week wordt gewerkt. Voor de personen met een gehoor- of gezichtsbeperking wijkt dit niet af van de groep zonder beperkingen, noch bij mannen, noch bij vrouwen. Alleen voor de mannen die matige tot ernstige beperkingen hebben, blijkt een gering verschil met degenen zonder beperkingen.

Tabel 4.6

Aantal uren werk per week, naar ernst en aard van de beperkingen en naar geslacht, werkende^a 15-64-jarigen, 2003 (in procenten en gemiddeld aantal uren^b)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen	motorische beperkingen	gehoor-beperkingen	gezichts-beperkingen
1-19 uur	17	22	22	24	15	18
20-34 uur	23	26	31	28	23	25
35 uur of meer	61	52	47	48	62	58
totaal	100	100	100	100	100	100
gemiddeld aantal uren per week ^b	32	30	29	29	32	31
idem mannen	36	35	33	34	36	36
idem vrouwen	26	25	25	24	25	26
(n ongewogen)	(6218)	(1011)	(277)	(1045)	(231)	(427)

In **blauw**: percentage wijkt significant af van dat van de groep zonder beperkingen.

a Het betreft werkenden met een werkweek van 1 uur of meer; exclusief scholieren en studenten (zie noot 8).

b Een klein deel van de respondenten geeft een zeer groot aantal uren per week op. Omdat dit het gemiddelde zeer sterk verhoogt, is voor degenen die meer dan 40 uur per week opgeven het aantal uren op 40 gesteld.

Bron: SCP (AVO'03)

4.4.2 Zelfstandig ondernemerschap

De overheid stimuleert het starten van een eigen bedrijf. Vanuit het besef dat het zelfstandig ondernemerschap soms beter aansluit bij de mogelijkheden van mensen met een arbeidshandicap dan een dienstverband bij een werkgever, kunnen mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering deskundige begeleiding krijgen bij het starten van een eigen bedrijf.¹⁰ Daartoe kan men een beroep doen op de IRO, de Individuele Re-integratieovereenkomst, waarmee men ondersteuning bij een re-integratiebedrijf of startersadviesbureau kan inkopen.

Zelfstandig ondernemerschap biedt voor mensen met beperkingen een aantal voordelen. Het betekent in veel gevallen dat men thuis kan werken, hetgeen voor mensen met mobiliteitsproblemen een mooie oplossing is. Daarnaast geeft thuiswerken de mogelijkheid rustpauzes of rustdagen naar eigen behoefte te plannen, hetgeen voor mensen met gezondheidsbeperkingen van belang kan zijn. Voor veel ondernemers die vanuit een uitkeringssituatie zijn gestart, blijken deze voordelen op

te wegen tegen de nadelen. Een belangrijk nadeel van het werken als zelfstandige is dat er geen of minder inkomsten zijn als mensen vanwege hun gezondheid een tijd lang niet of minder kunnen werken.

Het aandeel werkenden dat een eigen bedrijf heeft (of meewerkend familielid is), bedraagt voor de totale beroepsbevolking gemiddeld genomen 11% (CBS). De groep met matige of ernstige beperkingen werkt met 13% significant vaker als zelfstandige dan de groep zonder beperkingen (9%), zie tabel 4.7. In absolute aantallen gaat het om circa 37.000 zelfstandigen met matige tot ernstige beperkingen. De oververtegenwoordiging geldt overigens niet voor de vrouwen. Het zijn vooral de mannen met matige of ernstige beperkingen die kiezen (of misschien moeten kiezen) voor het ondernemerschap (18%).¹¹ De ondernemers met beperkingen zijn relatief vaak zogenoemde ZZP'ers (zelfstandigen zonder personeel). Twee van de drie (66%) hebben geen ondergeschikten, terwijl dat bij de ondernemers zonder beperkingen 43% is.

Wanneer we kijken naar de aard van de beperkingen, zien we dat de groep met motorische beperkingen verhoudingsgewijs vaak als zelfstandige werkt (verschil met de groep zonder motorische beperkingen is significant). Ook hier geldt weer dat dit wel voor de mannen, maar niet voor de vrouwen geldt. Van de werkende mannen werkt 14% als zelfstandige, bij de vrouwen is dat 9%.

Tabel 4.7

Aandeel zelfstandigen (incl. meewerkend familielid, freelancers e.d.) van het aantal werkzame personen,^a naar ernst en aard van de beperkingen en naar geslacht, 15-64-jarigen, 2003 (in procenten)

	totaal (CBS)	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen	motorische beperkingen	gehoor- beperkingen	gezichts- beperkingen
totaal	11	8,8	10,2	13,0	11,0	8,7	8,5
mannen	13	10,7	12,2	18,1	13,9	8,8	11,3
vrouwen	8	6,4	8,1	8,2	8,5	8,3	5,0
(n ongewogen)		(5729)	(926)	(244)	(949)	(214)	(394)

In **blauw**: percentage wijkt significant af van dat van de groep zonder beperkingen.
a Het betreft werkenden met een werkweek van 1 uur of meer; exclusief scholieren en studenten (zie noot 8).

Bron: SCP (AVO'03)

4.4.3 Bedrijfssector

In welke bedrijfssectoren zijn de werknemers met lichamelijke beperkingen vooral werkzaam? Enerzijds kan men verwachten dat zij relatief vaak werkzaam zijn in sectoren waar zij het minst last hebben van hun beperkingen. Anderzijds kan het zijn dat zij vaak werkzaam zijn in bedrijven waar het risico om beperkingen te krijgen, relatief groot is. Uit onderzoek blijkt immers dat werknemers die langdurig ziek of

arbeidsongeschikt worden, de grootste kans op werkhervatting hebben bij hun oude werkgever (Hento et al. 2003: 73). Als de werknemer de lichamelijke beperkingen heeft gekregen na indiensttreding, zal de werkgever meer verantwoordelijkheid hebben en voelen om de werknemer aan het werk te houden.

Tabel 4.8

Bedrijfssector van werkzame personen,^a naar ernst en aard van beperkingen, 15-64-jarigen, 2003 (verticaal geperceenteerd)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen	motorische beperkingen	gehoor- beperkingen	gezichts- beperkingen
industrie, landbouw en bouwnijverheid	19	23	27	22	37	22
handel, horeca, transport, financiële en zakelijke dienstverlening	42	38	32	36	30	39
overheid en onderwijs	14	14	13	14	11	13
gezondheidszorg, wel- zijn, sport en cultuur	19	19	20	21	12	18
overig	6	7	7	7	11	9
(n ongewogen)	(5644)	(955)	(257)	(991)	(216)	(390)

In **blauw**: percentage wijkt significant af van dat van de groep zonder beperkingen.
a Het betreft werkenden met een werkweek van 1 uur of meer; exclusief scholieren en studenten (zie noot 8).
Bron: SCP (AVO'03)

De tweede veronderstelling (dat men naar verhouding vaak werkt in sectoren waar het risico van beperkingen groot is) lijkt meer bevestigd te worden dan de eerste, zo blijkt uit tabel 4.8. De groep met lichamelijke beperkingen is oververtegenwoordigd in de sectoren industrie, landbouw en bouwnijverheid, sectoren waar de kans op het ontwikkelen van lichamelijke klachten relatief groot is. De oververtegenwoordiging geldt vooral als er sprake is van matige tot ernstige beperkingen en van gehoorbeperkingen. Deze bevindingen sporen met ander onderzoek, waaruit blijkt dat arbeidsgehandicapte werknemers vaker dan gezonde werknemers lichamelijke kracht moeten zetten in hun werk en in een lawaaige omgeving werken, kenmerken die naar verhouding veel voorkomen in de industrie, landbouw en bouwnijverheid (Sanders en Besseling 2006).

In de sectoren handel, horeca, transport en dienstverlening zijn werknemers met beperkingen ondervertegenwoordigd. Met name geldt dit voor mensen met een gehoorbeperking. Wellicht houdt dit verband met het feit dat dit sectoren zijn waarin men vaak met klanten werkt.

4.4.4 Beroepsniveau

De indeling in beroepsniveaus die door het CBS wordt gehanteerd, start met het elementaire niveau, dat aangeeft dat geen enkele opleiding is vereist om het beroep uit te oefenen. Daarna volgen lagere, midden- en hogere niveaus, die min of meer corresponderen met de indeling in opleidingsniveau. Zo is voor het lager beroepsniveau in theorie maximaal vmbo-niveau vereist (De Beer 2006). De bevindingen voor het beroepsniveau van werkenden met beperkingen (tabel 4.9) lopen dan ook parallel met die voor het opleidingsniveau (zie tabel 4.3). Vanwege hun relatief lage opleidingsniveau (zie ook tabel 2.7) zijn mensen met beperkingen oververtegenwoordigd in beroepen van elementair niveau en ondervertegenwoordigd in de hogere beroepsniveaus. Eerder zagen we al dat zij zijn oververtegenwoordigd in de industrie, de landbouw en de bouwnijverheid, sectoren waar werknemers gemiddeld een laag beroepsniveau hebben.

Tabel 4.9

Beroepsniveau van werkenden,^a naar ernst en aard van beperkingen, 15-64-jarigen, 2003 (verticaal geperceenteerd)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen	motorische beperkingen	gehoorbeperkingen	gezichtsbeperkingen
elementair	7	12	14	12	11	14
lager	27	35	33	33	42	34
middelbaar	38	37	31	37	36	36
hoger	28	16	23	18	11	17
(n ongewogen)	(4660)	(784)	(215)	(812)	(176)	(312)

In **blauw**: percentage wijkt significant af van dat van de groep zonder beperkingen.
a Het betreft werkenden met een werkweek van 1 uur of meer; exclusief scholieren en studenten (zie noot 8).
Bron: SCP (AVO'03)

4.4.5 Aansluiting van opleiding op werk

Als voor een persoon met beperkingen naar een maatwerkoplossing moet worden gezocht om het werken mogelijk te maken, is een van de opties dat die persoon op een lager functieniveau gaat werken dan bij hem of haar past, waardoor hij/zij het werk gemakkelijker aan kan. Functieverlaging blijkt bij ongeveer een kwart van de langdurig zieke werknemers (minimaal een jaar ziek) voor te komen; iets vaker bij psychische dan bij fysieke beperkingen (Hento et al. 2003; Jehoel-Gijsbers en Van der Giezen 2000). Deze bevindingen hebben betrekking op werknemers die na een lange ziekte duur het werk weer hervatten. Op basis hiervan zou verondersteld kunnen worden dat functieverlaging ook voorkomt bij mensen die te maken hebben met beperkingen. Hierbij dient men zich wel te realiseren dat veel mensen met beperkingen een laag opleidingsniveau hebben (tabel 2.7) en daardoor al een betrekkelijk laag functieniveau hebben.

Tabel 4.10

Aansluiting van de opleiding op het werk van werkzame personen,^a naar ernst en aard van beperkingen, 15-64-jarigen, 2003 (verticaal gepercenteerd)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige/ ernstige beperkingen	motorische beperkingen	gehoor- beperkingen	gezichts- beperkingen	totaal
werk sluit aan bij opleiding	75	72	70	72	73	69	74
opleiding is te hoog	11	11	14	11	11	14	11
opleiding is te laag	3	3	3	3	3	3	3
andere opleiding vereist	11	15	13	14	12	14	12
(n ongewogen)	(5729)	(926)	(244)	(949)	(214)	(394)	(6899)

In **blauw**: percentage wijkt significant af van dat van de groep zonder beperkingen.
 a Het betreft werkenden met een werkweek van 1 uur of meer; exclusief scholieren en studenten (zie noot 8).

Bron: SCP (AVO'03)

Uit tabel 4.10 blijkt dat bij driekwart van de werkenden opleiding en werk goed op elkaar aansluiten, 11% werkt onder hun niveau en 3% erboven. 12% heeft een opleiding die qua richting niet aansluit. Er blijkt echter nauwelijks verschil tussen werkenden zonder en met beperkingen. De laatste groep vindt wel in iets mindere mate dat er sprake is van een goede aansluiting, maar het verschil is beperkt (en alleen significant voor de groep met lichte beperkingen). Ook wanneer we naar de aard van de beperkingen kijken, zien we een geringe samenhang. In geval van motorische en gezichtsbeperkingen is er iets vaker sprake van een slechte aansluiting tussen opleiding en werk. Toch kan worden geconcludeerd dat de groep met lichamelijke beperkingen nauwelijks concessies hoeft te doen aan het niveau van het werk. Het is overigens de vraag of dit een kwestie is van niet hoeven doen of dat er sprake is van een selectie-effect, namelijk van die personen die alleen willen werken als zij op hun niveau aan de slag kunnen. Bovendien heeft een groot deel van de mensen met beperkingen een laag opleidingsniveau (zie hoofdstuk 2), waardoor zij zelden onder hun niveau kunnen werken.

4.5 Ervaren mogelijkheden en belemmeringen

Hiervoor is de werksituatie van mensen met beperkingen beschreven aan de hand van objectieve kenmerken, zoals het aantal uren, het beroepsniveau, de bedrijfssector. Hierna gaan we in op de subjectieve aspecten zoals mensen met beperkingen die in hun relatie tot arbeid ervaren. Omdat deze informatie is gebaseerd op de vervolgonquête van het AVO, die een jaar later is afgenomen, gaat het om een groep waarin degenen met zeer lichte of tijdelijke beperkingen ontbreken (zie ook § 1.5). Dit betekent dat de informatie in deze paragraaf betrekking heeft op de wat 'zwaardere gevallen'. Hier wordt, net als in paragraaf 4.4, de grens getrokken bij een werkweek van

minimaal een uur, omdat anders het aantal werkende respondenten erg klein wordt voor analyse. In paragraaf 4.3 lag de grens wel, zoals gewoonlijk, bij twaalf uur.

4.5.1 Arbeidspositie, -wensen en -mogelijkheden

Uit tabel 4.11 is af te lezen dat vrijwel alle personen met een lichamelijke beperking ooit – al dan niet voor ze de beperking opliepen – hebben gewerkt, zowel degenen met een lichte als die met een matige of ernstige beperking. Slechts 3%-5% heeft nooit betaalde arbeid verricht. Dat werken is voor een groot deel van de groep met matige of ernstige beperkingen (66%) verleden tijd. Immers, de arbeidsdeelname onder deze groep is gering, zo bleek in paragraaf 4.3.

Van degenen die niet werkzaam zijn, wil 41% aan de slag. Op deze wens lijkt de ernst van de beperkingen weinig invloed te hebben. Het verschil is niet groot (45% versus 38%) en niet significant. In totaal is dus 68% van de 16-64-jarigen met beperkingen gericht op de arbeidsmarkt, van wie een deel werkt en een deel wil werken. Als alle werkwilligen met beperkingen een baan zouden vinden, zou de arbeidsparticipatie van de groep met een lichamelijke beperking op het niveau van de totale beroepsbevolking liggen.¹²

Maar hier ligt juist een probleem. Slechts een klein deel van de niet-werkenden (12%) verwacht zonder enige aanpassing aan het werk te kunnen, een kwart (24%) denkt mét aanpassingen aan de slag te kunnen en bijna twee derde (64%) acht zichzelf ook mét aanpassingen niet in staat om te werken. Hier zien we een duidelijk verschil tussen de groep met lichte beperkingen (26% vindt zichzelf zonder meer in staat om te werken) en de groep met matige of ernstige beperkingen (slechts 4% zou zonder enige aanpassing kunnen werken). De groep die zichzelf niet in staat acht te werken, is onder degenen met lichte beperkingen relatief klein, 52% versus 72% bij de groep met matige of ernstige beperkingen. Afgezet tegen de ontwikkelingen in het beleid (onder andere Wet verbetering poortwachter) en de geest van de WIA, waarin de blik gericht is op wat een zieke werknemer wél kan in plaats van op wat hij of zij niet kan, lijkt deze 52% echter hoog. Immers, verondersteld zou kunnen worden dat personen met lichte beperkingen toch altijd nog enige werkzaamheden kunnen verrichten. Dat ruim de helft van deze groep zichzelf in het geheel niet in staat acht te werken, ook niet als het werk of de werkplek aangepast wordt, strookt niet met de huidige re-integratierichtlijnen. Het uitgangspunt is dat mensen die voor minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn verklaard, aan het werk kunnen blijven. In dit verband is het opmerkelijk dat van de niet-werkzamen met een lichte beperking ruim de helft (53%) met werken is gestopt vanwege gezondheidsredenen of beperkingen. Het is niet bekend of de beperkingen destijds ook lichte beperkingen waren.

Tabel 4.11

Arbeidspositie, arbeidswens en arbeidsmogelijkheden van mensen met lichamelijke beperkingen, naar ernst en aard van de beperkingen, 16-64-jarigen, 2004^a (in procenten)

	lichte beperingen	matige/ ernstige beperkingen	motorische beperingen	gehoor- beperingen	gezichts- beperingen	totaal
werkzaam (minimaal 1 uur per week)	59	31	45	31	35	45
niet werkzaam maar wel werkzaam geweest	37	66	51	59	62	51
niet werkzaam en nooit werkzaam geweest	3	5	4	10	3	4
totaal	100	100	100	100	100	100
(n ongewogen)	(243)	(347)	(598)	(78)	(110)	(590)
indien niet werkzaam (n ongewogen):						
acht zich zonder meer in staat om te werken	26	4	12	6	17	12
acht zich in staat om te werken, indien werk wordt aangepast	22	25	24	33	23	24
acht zich niet in staat om te werken	52	72	64	61	59	64
totaal	100	100	100	100	100	100
indien niet werkzaam:						
wil betaald werk (% ja)	45	38	41	38	44	41
gestopt met werken vanwege gezondheid/ beperkingen (% ja)	56	80	71	74	59	70
ooit afgewezen bij sollicitatie vanwege beperking (% ja)	24	19	22	35	5	21
noemt gezond/beperkingen als belangrijkste hindernis om weer aan het werk te komen (% ja)	53	81	70	73	67	70
noemt leeftijd als belangrijkste hindernis om weer aan het werk te komen (% ja)	14	12	13	12	13	13
verwacht (zeer) waarschijnlijk binnen een jaar te werken (% ja)	16	6	9	6	8	9
indien niet werkzaam en wil werken (n ongewogen):						
bij het zoeken naar werk belemmerd door gezondheid (% ja)	57	95	79	86	71	79

a De onderzoeksgroep in deze tabel heeft ernstiger beperkingen dan de AVO-onderzoeksgroep in de tabellen 4.2 - 4.10 (zie de inleidende tekst van § 4.5).

Bron: SCP (AVO gehandicapten'04)

Van de niet-werkzamen is 21% wel eens ooit afgewezen vanwege hun beperking en van degenen die willen werken, zegt 79% zich door de beperkingen belemmerd te voelen bij het zoeken naar werk. In de groep met matige of ernstige beperkingen die

willen werken, geldt het laatste voor vrijwel iedereen (95%). Deze negatieve ervaringen dragen er wellicht toe bij dat het aandeel niet-werkzamen dat verwacht (zeer) waarschijnlijk over een jaar aan het werk te zijn, slechts 9% bedraagt. Van degenen met lichte beperkingen is dat 16%.

Wanneer we kijken naar de aard van de beperking, ontstaat het beeld dat de mensen met een gehoorbeperking de slechtste arbeidspositie hebben en de minste mogelijkheden om aan de slag te gaan. Zo hebben zij vergeleken met de andere twee groepen vaker nooit gewerkt, hebben ze vaker aanpassingen nodig als ze zouden gaan werken, en denken ze vaker dat hun gezondheid hen belemmert in het vinden van werk.

4.5.2 Niet-werkenden: redenen om te stoppen met werken

Niet voor iedereen met lichamelijke beperkingen geldt dat de gezondheid de reden was om met werken te stoppen. Voor bijna de helft (45%) van de niet-werkenden met lichte beperkingen speelde dit niet. Personen met matige tot ernstige beperkingen verwijzen vaker naar gezondheidsproblemen: 79% van hen is om die reden gestopt.

Tabel 4.12

Gezondheidsproblemen of lichamelijke beperkingen als redenen voor het stoppen met werken, naar ernst van de beperkingen, 16-64-jarigen met lichamelijke beperkingen die gestopt zijn met werken, 2004 (in procenten 'ja')

	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen	totaal
vaak pijn	32	58	47
vaak moe	26	48	39
psychische problemen, spanningen	23	30	27
vaak afwezig wegens ziekte, artsbezoek, therapie	15	31	25
concentratieproblemen	16	27	23
visuele beperkingen	4	9	7
weinig mobiel / rolstoel	2	9	6
andere gezondheidsredenen	11	19	17
geen enkele reden genoemd	45	21	30
gemiddeld aantal gezondheidsredenen (incl. 0)	0,5	1,5	1,0
(n ongewogen)	(243)	(347)	(590)

In **blauw**: verschil tussen de groep met lichte beperkingen en die met matige/ernstige beperkingen is significant.

Bron: SCP (AVO gehandicapten'04)

Als men gezondheidsredenen noemt, gaat het relatief vaak om pijn en vermoeidheidsklachten. Psychische klachten staan op een derde plaats. Maar ook veelvuldige afwezigheid wegens ziekte was voor bijna een op de drie met matige of ernstige beperkingen een reden om te stoppen (tabel 4.12).

Tabel 4.13

Kenmerken van en rond het werk als redenen voor het stoppen met werken, naar ernst van de beperkingen, 16-64-jarigen met lichamelijke beperkingen die gestopt zijn met werken, 2004 (in procenten 'ja')

	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen	totaal
werktempo te hoog	9	16	13
werktijden te lang / verkeerd	11	11	11
werkplek onvoldoende toegankelijk	3	5	4
onvoldoende voorzieningen	2	5	3
werk was ongeschikt	20	26	24
vervoersproblemen	4	2	2
collega's hielden geen rekening ^a	5	5	5
leidinggevendenden hielden geen rekening ^a	6	13	11
geen enkele werkredenen genoemd	55	48	51
gemiddeld aantal werkredenen (incl. 0)	0,3	0,6	0,5
(n ongewogen)	(243)	(347)	(590)

Geen enkel verschil tussen de groep met lichte en met matige/ernstige beperkingen is significant.

a Zie ook tabel 4.16, voor voorbeelden van manieren waarop mensen rekening kunnen houden met mensen met beperkingen.

Bron: SCP (AVO gehandicapten'04)

Voor de helft (51%) had de reden voor het stoppen met werken niets met kenmerken van het werk te maken (tabel 4.13). In de groep mensen bij wie dat wel het geval was, is de meestgenoemde reden de aard van het werk: een kwart (24%) van de niet-werkenden is gestopt omdat het werk niet geschikt was. Praktische oorzaken, zoals onvoldoende toegankelijkheid van de werkplek, onvoldoende voorzieningen of vervoersproblemen spelen een vrij ondergeschikte rol. Zij worden door slechts door enkele procenten van de gestopten genoemd. Dit betekent ook dat in weinig gevallen er mogelijkheden waren geweest om via aanpassing van dit soort praktische zaken te voorkomen dat men het werk de rug zou toekeren. Anders ligt dat bij het werktempo, de werktijden of de wijze waarop leidinggevendenden rekening houden met medewerkers met beperkingen. Dit zijn zaken die wellicht aangepast zouden kunnen worden, waardoor (meer) mensen met beperkingen hun werk hadden kunnen behouden.

De houding van leidinggevendenden wordt met 11% ruim twee keer zo vaak genoemd als de houding van de collega's. Opmerkelijk is dat de genoemde redenen niet significant verschillen tussen de ex-werkenden met lichte en met matige of ernstige beperkingen.

4.5.3 Ervaringen van werkenden met beperkingen

Eerder (tabel 4.11) is geconstateerd dat een groot deel van de niet-werkenden (53% van degenen met lichte beperkingen en 81% van degenen met matige of ernstige beperkingen) van mening is dat hun gezondheidsproblemen een belemmering vormen voor het vinden van werk. Uit de ervaring van de werkenden blijkt dat dit nog geen absoluut afscheid van de arbeidsmarkt hoeft te betekenen. Zo is in tabel 4.14 af te lezen dat een substantieel deel (20%) van de mensen met beperkingen werk heeft gevonden, terwijl zij bij het zoeken ernaar wel door hun gezondheid of beperkingen moeilijkheden hebben ondervonden. Van de werkenden met lichte beperkingen heeft 16% moeite gehad met het vinden van een baan, van de groep met een matige of ernstige beperking is dat 29%. Het wel kunnen gaan werken lijkt voor een flink deel afhankelijk van concessies die men wil doen. Een derde deel van degenen met lichte beperkingen en de helft van degenen met matige of ernstige beperkingen heeft de keuze van het soort werk mede laten bepalen door de beperkingen.

Tabel 4.14

Ervaringen en keuzen bij het vinden van werk, naar ernst van de beperking, werkende 16-64-jarigen met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen	totaal
in verband met gezondheid/beperkingen moeite gehad met het vinden van een baan (% ja)	16	29	20
beperking is van invloed geweest op keuze van type werk (% ja)	35	50	40
beperking genoemd bij sollicitatie:			
ja	27	39	32
nee, niet nodig (ziekte/beperking is zichtbaar)	7	9	8
nee, niet genoemd	16	7	13
nee, had toen geen ziekte/beperkingen	49	45	48
(n ongewogen)	(127)	(94)	(221)

In **blauw**: verschillen tussen de groep met lichte beperkingen en die met matige/ernstige beperkingen zijn significant.

Bron: SCP (AVO gehandicapten'04)

Een klein deel van de werkenden heeft bij de sollicitatie – al dan niet bewust – geen melding gemaakt van de beperkingen. Bij degenen met lichte beperkingen komt dit

wat vaker voor dan bij degenen met matige of ernstige beperkingen (16% versus 7%). Van de mensen die al een beperking hadden toen zij solliciteerden, heeft 60% bij de sollicitatie hiervan melding gemaakt en bij nog eens 15% was de handicap zichtbaar. Circa een kwart heeft de aandoening of handicap dus verzwegen.

Een belangrijke reden om gezondheidsproblemen niet te melden, kan het vermoeden zijn dat werkgevers iemand met beperkingen liever niet aannemen, bijvoorbeeld vanwege een verhoogde kans op ziekteverzuim. Naar het oordeel van de werknemers met beperkingen is een deel van hun ziekteverzuim toe te schrijven aan hun aandoening (tabel 4.15). Bij ongeveer 14% van de werknemers met matige of ernstige beperkingen leidt hun aandoening of beperking regelmatig of vaak tot ziekteverzuim, bij 29% is dat soms het geval. Echter, ruim de helft (57%) zegt dat hun aandoening of beperking (vrijwel) nooit tot verzuim leidt. De werknemers met lichte beperkingen melden dit nog vaker.

Uit onderzoek onder werkende arbeidsgehandicapten komt naar voren dat zij gemiddeld genomen een hoger verzuim hebben dan gezonde werknemers: 9,5% versus 5,3% (Krul en Moester 2005). Dit gemiddeld hogere verzuim wordt door een beperkt deel van de arbeidsgehandicapten veroorzaakt: 30% verzuimt meer dan gemiddeld. De bevindingen uit het AVO-onderzoek zijn hiermee goed in overeenstemming: 29% van de groep met beperkingen heeft soms tot zeer vaak extra verzuim vanwege hun beperking.

Tabel 4.15

Verzuimrisico naar eigen inschatting, werkende 16-64-jarigen met een lichamelijke beperking, 2004 (verticaal gepercentageerd)

	lichte beperkingen	matige/ernstige beperkingen	totaal
aandoening of beperking leidt tot verzuim:			
(vrijwel) nooit	78	57	71
soms	21	29	24
regelmatig / (zeer) vaak	1	14	5
(n ongewogen)	(127)	(94)	(221)

In **blauw**: verschillen tussen de groep met lichte beperkingen en die met matige/ernstige beperkingen zijn significant.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Bijna de helft (48%) van de werkenden heeft de beperkingen gekregen terwijl ze werkzaam waren in hun baan. Zij hebben dus niet gesolliciteerd met beperkingen. Dit geldt zowel voor de groep met lichte (49%) als voor die met matige of ernstige beperkingen (45%). Het is mogelijk dat collega's en leidinggevenden anders reageren op een nieuwkomer van wie bij de sollicitatie al bekend is dat hij of zij beperkingen heeft,

dan wanneer de beperkingen pas ontstaan of bekend worden als men in dienst is. Uit tabel 4.16 blijkt dat dit inderdaad het geval is. Ten aanzien van de meeste aspecten reageert men positiever als de beperking bekend is op het moment dat iemand wordt aangenomen. Collega's en leidinggevende houden meer rekening met de handicap, werk wordt vaker overgenomen als dat nodig is, en ze reageren minder vaak vervelend als de werknemer met beperkingen moet verzuimen of het werk niet op tijd af heeft. Ook is het werk vaker aangepast aan de beperking. Blijkbaar wordt er bij het aangaan van een dienstverband met een werknemer die lichamelijke beperkingen heeft, beter ingespeeld op de aanpassingen die nodig zijn, dan wanneer die beperkingen pas later blijken of ontstaan, nadat men in dienst is getreden.

Tabel 4.16

De mate waarin collega's en leidinggevende rekening houden met de beperkingen, naar beperkingen wel of niet bij sollicitatie bekend,^a werkende 16-64-jarigen met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	beperking bekend bij sollicitatie	beperking niet bekend bij sollicitatie	totaal
collega's en leidinggevende			
meeste collega's weten dat ik een beperking heb (% ja)	81	60	69
indien collega's dit weten:			
collega's houden voldoende rekening met mijn handicap (% ja)	88	67	76
leidinggevende houdt voldoende rekening met mijn handicap (% ja)	83	69	75
indien rekening wordt gehouden:			
anderen nemen, indien nodig, werk over	60	38	48
ik kan mijn eigen werktempo bepalen	47	48	47
de aard van het werk is aangepast	33	37	35
niemand reageert vervelend als ik moet verzuimen of werk niet af heb	40	24	32
mensen vragen hoe het me gaat	26	33	30
aanpassingen aan werk			
huidige werk is aangepast aan mijn beperkingen (% ja)	41	25	33
ik zou willen dat werk wel c.q. verder wordt aangepast (% ja)	16	11	14
(n ongewogen)	(91)	(148)	(239)

In **blauw**: verschillen tussen de groep waarvan bij sollicitatie wel en waarvan niet bekend is dat men beperkingen heeft, zijn significant.

a 'Beperking bekend' als men bij de sollicitatie heeft gezegd dat men beperkingen heeft of als de beperkingen zichtbaar zijn; 'beperking niet bekend' als men de beperkingen heeft verzwegen óf als men op het moment van solliciteren nog geen beperkingen had.¹³

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

4.6 Inkomen

In hoeverre is de financiële situatie van mensen met lichamelijke beperkingen tussen 1995 en 2003 veranderd en is dit bij hen in dezelfde mate het geval geweest als bij de mensen zonder lichamelijke beperkingen? Dat is het onderwerp van deze paragraaf. Eerst komen de inkomens van de personen met beperkingen zelf aan de orde en vervolgens de inkomens van de huishoudens waartoe zij behoren. Als leeftijdsgrens is gekozen voor 18-64-jarigen.

4.6.1 Inkomens van personen met beperkingen

In tabel 4.17 staan de belangrijkste inkomensbronnen (die het meeste inkomen opleveren) van mensen met lichamelijke beperkingen weergegeven. Zij kunnen daarnaast nog inkomen uit andere bronnen hebben. Iemand met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering kan bijvoorbeeld ook inkomen uit werk hebben. Er wordt onderscheid gemaakt tussen inkomen uit arbeid (loon of uit eigen onderneming), een arbeidsongeschiktheidsuitkering, andere typen uitkeringen (vooral de werkloosheids- en de bijstandsuitkering) en andere inkomensbronnen (zoals alimentatie of studiefinanciering).

In 2003 had slechts 9% van de mensen zonder beperkingen helemaal geen inkomen. Ruim driekwart van de 18-64-jarigen zonder beperkingen had inkomen uit arbeid als belangrijkste bron, 6% had inkomen uit een 'overige uitkering' (vooral werkloosheidsuitkering of prepensioen) en ongeveer 2% had een arbeidsongeschiktheidsuitkering (dit betreft waarschijnlijk mensen met psychische beperkingen). Voor de mensen met beperkingen valt dit beeld heel anders uit. De belangrijkste inkomensbron voor degenen met matige of ernstige beperkingen is de arbeidsongeschiktheidsuitkering (42%) en voor ongeveer 25% is dat arbeid. Dat mensen met ernstige beperkingen relatief weinig aan de arbeidsmarkt deelnemen, was eerder ook te zien (§ 4.3).¹⁴ Ongeveer 13% heeft een 'overige uitkering' (bij deze groep veelal bijstand) en 4% heeft inkomen uit een andere bron, zoals alimentatie. Een op de zes 18-64-jarigen met matige of ernstige beperkingen heeft helemaal geen inkomen. De personen met lichte beperkingen nemen een tussenpositie in: een groot deel heeft vooral inkomen uit arbeid (60%), maar zij hebben beduidend vaker inkomen uit een uitkering (22%) dan degenen zonder beperkingen (8%).

In de periode tussen 1995 en 2003 is van de groep zonder beperkingen het aandeel dat geen inkomen heeft, gedaald (van 13% naar 9%). Deze afname is vrijwel geheel te verklaren uit het feit dat iets meer mensen inkomen uit arbeid hebben gekregen (waarbij, anders dan in tabel 4.3, ook de klein baantjes (< 12 uur) zijn meegerekend). Het aandeel met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is gelijk gebleven en dat met een 'overige uitkering' (zoals een werkloosheidsuitkering) is iets gedaald. Dit laatste hangt samen met de gestegen arbeidsdeelname. Het aandeel met een 'andere inkomensbron' (zoals studiefinanciering of alimentatie) bleef gelijk.

De ontwikkeling bij de mensen met lichte beperkingen verschilt hier niet veel van. Het aandeel zonder inkomensbron is in deze groep het sterkst gedaald. Het aandeel met een 'overige uitkering' (zoals een ww-uitkering) is minder afgenomen en dat met een 'andere inkomensbron' meer toegenomen dan in de groep zonder beperkingen. Het aantal mensen die het grootste deel van hun inkomen uit een andere bron halen, is overigens klein.

Bij de mensen met matige of ernstige beperkingen is het patroon het meest stabiel. Het aandeel dat helemaal geen inkomen heeft, bleef in deze groep gelijk, terwijl het bij degenen met hooguit lichte beperkingen aanzienlijk afnam. Het aandeel met arbeid als belangrijkste inkomensbron is toegenomen (van 23% naar 25%), maar minder sterk dan in de groep met hooguit lichte beperkingen. En het aandeel met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is, net als in de andere groepen, gelijk gebleven. Het belang van een 'andere inkomensbron' (alimentatie, studie-uitkering) is bij degenen met matige of ernstige beperkingen het meest gestegen, maar het gaat ook in 2003 nog steeds om een klein aantal mensen.

Tabel 4.17

Belangrijkste^a inkomensbron, naar de mate van lichamelijke beperking, 18-64-jarigen, 1995 en 2003 (verticaal gepercentageerd)

	1995			2003			indices (1995 = 100)		
	geen	licht	matig/ ernstig	geen	licht	matig/ ernstig	geen	licht	matig/ ernstig
geen inkomen	13	19	16	9	12	16	69	63	100
arbeid	69	53	23	77	60	25	112	113	109
uitkering									
arbeidsongeschiktheid	2	11	42	2	11	42	100	100	100
overige uitkering	9	15	18	6	11	13	67	73	72
andere inkomensbron	6	3	1	6	6	4	100	200	400

a De belangrijkste inkomensbron is de bron die het meeste inkomen oplevert.

Bron: SCP (AVO'95-'03)

In tabel 4.18 staan de gemiddelde bruto-inkomens van personen (18-64-jarigen) met en zonder lichamelijke beperkingen voor de jaren 1995 en 2003. Hieruit zijn de verschillen in de hoogte van de inkomens en de inkomensontwikkelingen af te lezen. Vermeld is het bruto-inkomen per jaar, in euro's van 2003 (de inkomens van 1995 zijn dus gecorrigeerd voor inflatie). De mensen die geen inkomen hebben, zijn hierbij niet meegenomen.

In 2003, het meest recente jaar waarover gedetailleerde inkomensgegevens van mensen met beperkingen beschikbaar zijn, was het inkomen van de totale bevolking gemiddeld 33.500 euro.¹⁵ Degenen zonder beperkingen hadden een gemiddeld inkomen van 35.500 euro en degenen met ernstige beperkingen van 21.800 euro, dus ruim 13.000 euro minder. Dit verschil wordt voor een zeer groot deel verklaard door

de deelname aan de arbeidsmarkt: van de mensen zonder beperkingen heeft immers een veel groter deel inkomen uit arbeid dan van die met ernstige beperkingen.

Voor de totale bevolking met een inkomen (onderste regel) kwam dat in 1995 gemiddeld uit op 29.800 euro en in 2003 op 33.500 euro. Vooral tussen 1999 en 2003, economisch gunstige jaren, stegen de inkomens veel. Deze stijging heeft zich vooral voorgedaan bij de mensen zonder beperkingen (+15%) en veel minder bij die met lichte beperkingen (+8%) of matige of ernstige beperkingen (+2%). Binnen de laatste groep zijn er echter grote verschillen in de inkomensontwikkeling te zien. Vooral de inkomens van de werkenden stegen, ongeveer in gelijke mate als die van de groep zonder beperkingen.

Bij de ontvangers van een uitkering daarentegen zijn de inkomens vrijwel gelijk gebleven. Onder hen zijn de inkomens van degenen zonder beperkingen iets meer toegenomen dan die van degenen met matige of ernstige beperkingen. Bij de eerstgenoemde groep gaat het relatief vaak om een andere uitkering, zoals de vut, en bij de laatstgenoemden vooral om een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

In het algemeen zijn de verschillen in inkomen tussen degenen die wel en degenen die niet aan de arbeidsmarkt deelnemen, groter geworden.

Tabel 4.18

Gemiddeld reëel bruto-inkomen, naar belangrijkste inkomensbron^a en de ernst van de lichamelijke beperkingen, 18-64-jarigen, 1995 en 2003 (in euro's van 2003 x 1000 en indices, 1995 = 100)

	1995				2003				index			
	geen	licht	matig/ ernstig	totaal	geen	licht	matig/ ernstig	totaal	geen	licht	matig/ ernstig	totaal
arbeid	35,1	31,8	31,3	34,7	39,3	34,3	34,3	38,6	112	108	110	111
uitkering	21,9	20,4	19,7	20,5	22,4	21,1	19,1	20,4	102	103	97	100
totaal^b	30,8	26,2	21,3	29,8	35,5	28,2	21,8	33,5	115	108	102	112

a De categorie 'andere inkomensbron' is weggelaten uit de tabel, omdat het om een kleine groep gaat, die bovendien tussen 1995 en 2003 van samenstelling is veranderd.

b Degenen zonder inkomen zijn buiten beschouwing gelaten.

Bron: SCP (AVO'95-'03)

4.6.2 Besteedbaar inkomen van huishoudens met en zonder beperkingen

Voor de welvaart van een huishouden is niet zozeer het (bruto-)inkomen van een persoon in dat huishouden van belang, maar het besteedbare inkomen van het hele huishouden.¹⁶ Tabel 4.19 toont het besteedbare inkomen voor huishoudens waarvan het hoofd nog geen 65 jaar is, voor 1995 en 2003, op basis van zelfrapportage.¹⁷ Om de cijfers goed te kunnen vergelijken, zijn de bedragen omgerekend naar euro's van 2003 (er is dus rekening gehouden met de inflatie).

Het besteedbaar huishoudinkomen van alle huishoudens (met een hoofd tussen de 18 en 65 jaar) steeg van gemiddeld 30.100 euro in 1995 naar 36.700 euro, ofwel

met 22%. Zowel huishoudens zonder leden met beperkingen als huishoudens met leden met beperkingen gingen er gemiddeld ruim 20% op vooruit (tabel 4.19). Echter, huishoudens met leden met matige of ernstige beperkingen gingen er gemiddeld slechts 12% op vooruit. Het verschil tussen huishoudens zonder en met leden met ernstige beperkingen is dus groter geworden tussen 1995 en 2003 (van circa 2500 euro in 1995 tot 6000 euro in 2003). Eerder was al te zien dat vooral het inkomen van de werkenden is gestegen.

Een belangrijke oorzaak van de inkomensgroei is de toename van het aantal verdieners per huishouden (doordat steeds meer vrouwen zijn gaan werken). Dit geldt zowel voor de huishoudens met als voor die zonder leden met beperkingen.

Tabel 4.19

Gemiddeld besteedbaar huishoudinkomen, naar de mate van lichamelijke beperkingen, huishoudens met een hoofd van 18-64 jaar, 1995 en 2003 (in euro's van 2003 x 1000 en in indices, 1995 = 100)

	1995	2003	index
alle huishoudens	30,1	36,7	122
zonder personen met beperkingen	30,4	37,5	123
met personen met beperkingen	29,2	35,1	120
uitsluitend lichte beperkingen	30,2	37,8	125
matige/ernstige beperkingen	27,6	30,8	112

Bron: SCP (AVO'95, '03)

Uit nadere analyses, hier niet getoond, blijkt dat de verschillen in besteedbaar inkomen tussen huishoudens met en zonder leden met beperkingen beduidend groter zijn voor eenpersoons- dan voor meerpersoonshuishoudens. Dit komt uiteraard doordat in de meerpersoonshuishoudens een gezonde partner vaak eveneens een inkomen heeft. Ook blijkt dat vooral de eenpersoonshuishoudens met beperkingen hun besteedbare inkomen weinig zagen stijgen in de periode 1995-2003.

4.7 Ziektegerelateerde kosten

De gegevens in deze paragraaf zijn gebaseerd op het Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten van het NIVEL.¹⁸ Onder de ziektegerelateerde uitgaven verstaat het NIVEL alle uitgaven die mensen zelf doen vanwege hun gezondheid, die niet worden vergoed door bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, de gemeente (in het kader van de Wvg/Wmo) of een uitkerende instantie. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van aanschaf of onderhoud van hulpmiddelen of aanpassingen of om de eigen uitgaven vanwege zorgconsumptie (zoals eigen risico, eigen bijdragen, onverzekerde zorg).¹⁹

Tabel 4.20

Ziektegerelateerde uitgaven van mensen met een lichamelijke beperking in 2005, 25-plussers (in procenten en gemiddelde bedrag in euro's van degenen die deze uitgaven hadden)

	%	gemiddeld bedrag indien kosten
hulpmiddelen en aanpassingen	57	642
tandarts	48	189
vervoerskosten voor geneeskundige hulp	45	155
geneesmiddelen zonder recept	43	90
attentiekosten	35	102
geneesmiddelen op recept (excl. alternatieve geneesmiddelen)	30	140
eigen bijdrage thuiszorg (bij zorg in natura)	18	622
verbandmiddelen	17	45
extra energiekosten	16	229
extra vervoerskosten (sociaal vervoer)	15	199
huisarts	14	142
thuiszorg overig (niet-AWBZ)	13	791
extra kosten voeding of dieet	13	325
andere kosten, niet gespecificeerd	12	437
specialist	11	216
fysio-/oefentherapeut	11	224
paramedisch overig	11	134
extra kosten kleding en beddengoed	11	309
alternatieve behandelaars	9	246
alternatieve geneesmiddelen op recept	9	123
kosten voor eigen rekening, indien pgb	8	1070
ziekenhuisopname	4	156
psychosociale zorg	2	292
maaltijdvoorziening	2	617

Bron: NIVEL (NPCG'06-voorjaarsmeting)

Tabel 4.20 geeft een overzicht van de ziektegerelateerde kosten die mensen met een lichamelijke beperking hebben gemaakt in 2005. Het is niet bekend hoe hoog de maandelijkse uitgaven vanwege de gezondheid zijn onder de algehele Nederlandse bevolking.

Een heel groot deel van de mensen met een lichamelijke beperking heeft eigen uitgaven vanwege de gezondheid. Hulpmiddelen en aanpassingen²⁰ vormen een forse kostenpost. In 2005 gaf 57% hier gemiddeld 642 euro aan uit. In 2004 heeft 58% kosten gemaakt voor hulpmiddelen en aanpassingen en gaven zij hier gemiddeld 475 euro aan uit (Van den Brink-Muinen et al. 2007). De aard of de ernst van de lichame-

lijke beperking was niet gerelateerd aan het maken van deze kosten, maar de hoogte van de gemaakte kosten varieerde in 2005 van 626 euro (alleen motorische beperkingen) tot 738 euro (motorische en auditieve beperkingen). De mensen met matige beperkingen betaalden hieraan gemiddeld 528 euro en die met ernstige beperkingen 812 euro (in 2004 gaven degenen met matige beperkingen 436 euro en met ernstige beperkingen 531 euro uit aan hulpmiddelen of woningaanpassingen).

Andere veelvoorkomende kostenposten bij mensen met beperkingen zijn de tandarts (48%, gemiddeld 189 euro), geneesmiddelen (zonder recept 43%, met recept 30% en alternatieve geneesmiddelen 9%) en vervoerskosten voor geneeskundige hulp, zoals de kosten van ambulance, taxi, eigen auto of openbaar vervoer (45%). Ruim een derde (35%) geeft wel eens een attentie, zoals een bloemetje of een etentje, als dank voor hulp. Grote kostenposten vormen de verzorging (zoals de eigen bijdragen voor de thuiszorg 622 euro en kosten aanvullend op het pgb 1070 euro) en de al genoemde hulpmiddelen en aanpassingen (642 euro). Ook aan de maaltijdvoorziening (zoals tafeltje-dek-je) wordt veel geld uitgegeven, maar slechts een kleine groep maakt dergelijke kosten. Hierbij is er echter slechts gedeeltelijk sprake van meerkosten, want deze groep besteedt immers minder geld aan boodschappen.

In totaal gaf de groep mensen met een lichamelijke beperking (dus incl. degenen die geen ziektegerelateerde kosten hadden) in 2005 gemiddeld 106 euro per maand (dus 1272 per jaar) uit aan de in tabel 4.20 genoemde kostenposten. In 2004 was dat 93 euro per maand. Mensen met een ernstige beperking hebben veel meer ziektegerelateerde uitgaven dan mensen met een matige beperking (respectievelijk 138 versus 85 euro in 2005 en 124 versus 72 euro in 2004). Er was geen verband tussen de aard van de beperking en het maken van de ziektegerelateerde kosten (Van den Brink-Muinen et al. 2007).

4.8 Rondkomen van het inkomen

In paragraaf 4.6 was duidelijk te zien dat personen met een lichamelijke beperking gemiddeld een lager inkomen hebben dan personen zonder beperkingen. Bovendien bleek uit paragraaf 4.7 dat veel mensen met beperkingen te maken hebben met ziektegerelateerde kosten. Hier gaan we na wat dit betekent voor de mensen met beperkingen: in hoeverre kunnen zij rondkomen van hun inkomen en hoe beoordelen zij hun eigen financiële situatie? De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit het AVO-gehandicaptenonderzoek. Dit betekent dat wel de mensen met relatief lichte en die met ernstige beperkingen met elkaar kunnen worden vergeleken, maar dat er in het algemeen geen referentiegegevens beschikbaar zijn van degenen zonder beperkingen.

Tabel 4.21

Kunnen rondkomen van het huishoudinkomen, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers met beperkingen, 2004 (in procenten)

	totale bevolking	lichte beper- kingen	matige beper- kingen	ernstige beper- kingen	totaal	matige/ernstige beperkingen 16-64 jaar ≥ 65 jaar totaal			
beoordeling van het inkomen						n.s.		sign.	
moet schulden maken	2	6	8	6	7		12	3	7
spreekt spaarmiddelen aan	5	13	17	20	16		21	15	18
kan precies rondkomen	46	37	41	42	39		37	45	41
houdt beetje geld over	34	38	31	28	33		28	32	30
houdt veel geld over	13	6	4	4	5		3	5	4
zich zorgen gemaakt afgelopen 3 maanden						sign.			sign.
bijna voortdurend		5	9	9	7		15	4	9
heel vaak		12	13	14	13		19	8	13
een enkele keer		33	29	21	29		33	21	27
nooit		50	50	57	51		33	68	52
(n)		(375)	(441)	(162)	(978)		(278)	(326)	(604)

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0.05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04); CBS (StatLine, op basis CCO)

Ongeveer 40% van de mensen met beperkingen zegt precies te kunnen rondkomen van hun inkomen, 23% zegt spaarmiddelen aan te spreken of schulden te moeten maken en 38% geeft aan geld over te houden (tabel 4.21). Hierbij zijn er geen significante verschillen tussen degenen met lichte en die met ernstige beperkingen. Wat wel van invloed is, is de deelname aan de arbeidsmarkt: van degenen die werken, meldt bijvoorbeeld 16% te moeten interen op vermogen of schulden te moeten maken, bij degenen zonder werk is dat 36% (niet in tabel). De verschillen met de algehele bevolking zijn groot: daar zegt 7% schulden te maken of spaarmiddelen aan te spreken (bij degenen met beperkingen 23%) en houdt 47% geld over (38% van degenen met beperkingen).

In de groep met matige of ernstige beperkingen zijn er aanzienlijke verschillen tussen personen jonger dan 65 jaar en personen ouder dan 65 jaar: de 65-plussers moeten minder vaak interen op hun vermogen en maken zich beduidend minder vaak zorgen om hun inkomen dan 65-minners. Doordat veel ouderen hun beperkingen pas op latere leeftijd kregen, hebben deze geen invloed op hun inkomen.

Zij hebben niet alleen een basisinkomen van de AOW, maar hebben vaak voor hun vijftenzestigste jaar gewerkt waardoor ze ook pensioen hebben kunnen opbouwen (zie ook De Klerk en Schellingerhout 2006).

Ongeveer de helft van de mensen met beperkingen heeft zich in de drie maanden voorafgaand aan de enquête (wel eens) zorgen gemaakt over geldzaken, van wie ongeveer 20% (zeer) vaak en ongeveer 30% soms. Mensen met matige of ernstige beperkingen maken zich vaker zorgen dan mensen met lichte beperkingen. 65-minners maken zich vaker zorgen (67%) dan 65-plussers (32%).

Een andere manier om na te gaan in hoeverre mensen kunnen rondkomen van hun inkomen, is hun te vragen of zij voldoende geld hebben om bepaalde zaken aan te schaffen. Ongeveer een derde van de mensen met beperkingen heeft geen geld om eens per veertien dagen een avond uit te gaan, vrijetijdsspullen te kopen of meubels te vervangen en ongeveer een kwart zegt geen geld te hebben om jaarlijks een week op vakantie te gaan of het lidmaatschap van een vereniging te kunnen betalen.

In het algemeen hebben degenen met ernstige beperkingen vaker onvoldoende geld om bepaalde zaken te doen of aan te schaffen dan degenen met lichte beperkingen. Dit komt overeen met het eerdergeschetste beeld dat vooral de mensen met ernstige beperkingen een gering inkomen hebben.

De 65-minners met matige of ernstige beperkingen geven in het algemeen vaker te kennen dat ze bepaalde zaken niet kunnen betalen (uitgaan, meubels vervangen, kleding kopen), maar dat geldt niet voor alle zaken (vrijetijdsspullen kopen, op vakantie gaan). Mogelijk speelt hier ook een verschillend behoeft patroon van jongere en oudere mensen met beperkingen en willen jongeren meer, waardoor zij vaker tegen financiële belemmeringen oplopen.

In navolging van Van Agt et al. (1996) is ook nagegaan in hoeverre er sprake is van zogenoemde sociale deprivatie. Dit wil zeggen dat mensen geen geld hebben om een aantal goederen aan te schaffen of activiteiten te doen, waarvan verwacht kan worden dat mensen deze nodig hebben om in de maatschappij sociaal te kunnen functioneren. Dit soort goederen of activiteiten komen waarschijnlijk als eerste in aanmerking voor bezuiniging als men een klein budget heeft. Niet iedereen zal aan alle in tabel 4.22 genoemde zaken behoefte hebben. Daarom wordt pas van sociale deprivatie gesproken als een persoon minimaal drie van deze activiteiten of goederen niet kan verrichten of kan aanschaffen.²¹

Bij ongeveer een derde van de personen met beperkingen is er sprake van sociale deprivatie. Dit speelt veel vaker bij degenen met ernstige beperkingen (49%) dan bij degenen met lichte beperkingen (24%). Opvallend is dat er geen verschillen zijn tussen de 65-minners en de 65-plussers, terwijl dat verschil er eerder bij een aantal afzonderlijke activiteiten wel was. Dit komt waarschijnlijk doordat 65-plussers minder vaak behoefte hebben aan bepaalde activiteiten.

Tabel 4.22

Geen geld om bepaalde activiteiten te kunnen verrichten, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

geen geld om...	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	matige/ernstige beperkingen				
					16-64 jaar	≥ 65 jaar	totaal	sign.	
1 x per 14 dagen avond uit te gaan	25	37	50	34	sign.	46	36	40	sign.
vrijtijdsspullen (bv. voor sport) te kopen	24	34	44	32	sign.	36	37	37	n.s.
meubels te vervangen	25	33	44	32	sign.	42	31	36	sign.
jaarlijks een week met vakantie te gaan	16	29	42	26	sign.	34	30	32	n.s.
lidmaatschap vereniging te betalen	20	27	39	26	sign.	34	27	30	n.s.
regelmatig nieuwe kleren te kopen	16	25	36	23	sign.	37	20	28	sign.
1 x per maand mensen te eten te vragen	15	22	30	21	sign.	28	21	24	n.s.
cadeautje voor vrienden te kopen	8	13	19	12	sign.	17	12	15	n.s.
te kunnen telefoneren	2	5	4	4	n.s.	7	2	4	sign.
sociale deprivatie	24	35	49	33	sign.	42	37	39	n.s.
(n)	(436)	(453)	(163)	(1052)		(278)	(326)	(604)	

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (AVO-gehandicapt'04)

4.9 Samenvatting

Arbeidsparticipatie

De afgelopen jaren is er veel beleid ontwikkeld om de arbeidsparticipatie van personen met beperkingen te bevorderen. Zo is veel aandacht geschonken aan een verbetering van het verzuim- en re-integratiebeleid en zijn de beoordelingscriteria voor een uitkering aangescherpt. Sinds 2002 is het aantal personen dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt duidelijk afgenomen, van 990.000 in 2002 naar 860.000 in 2006, maar het aantal met een Wajong-uitkering gestegen (van 134.000 in 2002 tot 156.000 in 2006). Het aantal burgers dat volgens eigen opgave gezondheidsbeperkingen met betrekking tot werken ervaart, blijft sinds 2000 vrij stabiel op bijna 1,8 miljoen. Tegen de doelstelling van het beleid in, is de arbeidsparticipatie van deze groep in de periode 2002-2005 afgenomen, van 44% naar 39%.

De arbeidsparticipatie van de totale groep personen van 15-64 jaar met lichamelijke beperkingen, dus zonder een nadere inperking tot degenen die belemmeringen in het werken zeggen te ondervinden, ligt op 50% (gebaseerd op het AVO'03). Dit percentage ligt –zoals te verwachten – hoger in de groep met lichte beperkingen (60% werkzaam) dan in de groep met matige of ernstige beperkingen (31% werkzaam). Het aandeel werkenden onder mensen met lichamelijke beperkingen is niet alleen minder groot dan onder mensen zonder beperkingen, de werkenden hebben ook relatief vaak een korte werkweek, en zij (vooral mannen) zijn relatief vaak werkzaam als zelfstandige. In totaal zijn circa 37.000 personen met matige of ernstige beperkingen zelfstandig ondernemer.

Niet alleen de ernst van beperkingen vormt een belangrijke factor voor arbeidsdeelname. Ook geslacht, leeftijd en bovenal opleidingsniveau hebben veel invloed. Net als bij mensen zonder beperkingen hebben vrouwen, ouderen en laagopgeleiden een beduidend kleinere kans om aan de arbeidsmarkt deel te nemen dan mannen, jongeren en hoogopgeleiden.

Werknemers met lichamelijke beperkingen blijken naar verhouding vaak te werken in bedrijfssectoren waar het risico van dat type beperkingen groot is: de landbouw, industrie en bouwnijverheid, hetgeen ook samenhangt met hun relatief lage opleidingsniveau.

Een substantieel deel (41%) van de niet-werkenden met lichamelijke beperkingen zegt graag aan het werk te willen, maar tegelijkertijd zien zij hun gezondheidsbeperking als de grootste hindernis. Bijna driekwart van de niet-werkenden met matige of ernstige beperkingen acht zich niet in staat tot werken, ook niet met aanpassingen van werk of werkplek. Voor de groep met lichte beperkingen is dat ruim de helft. In het licht van de huidige beoordelingscriteria, volgens welke mensen met lichte beperkingen geacht worden aan het werk te blijven of te komen, is dit niet onaanzienlijk. Zelf schatten de niet-werkenden, ook die met lichte beperkingen, hun kansen op de arbeidsmarkt laag in. Enige terughoudendheid van de werkgever bij het aannemen van werknemers met beperkingen, lijkt ook niet helemaal ongegrond. Circa 30% van de werkenden met beperkingen meldt dat hun aandoening of handicap tot extra verzuim leidt.

Ongeveer de helft van de werkenden met beperkingen heeft de aandoening of handicap gekregen toen men al bij de huidige werkgever in dienst was. De andere helft heeft mét beperkingen gesolliciteerd. Als het bij de sollicitatie duidelijk is dat men een beperking heeft, blijkt het werk vaker aangepast en is de houding van collega's en leidinggevende positiever dan in het geval men de aandoening bij de sollicitatie heeft verzwegen óf de aandoening later heeft gekregen (nadat men al werkzaam was). De arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen lijkt gebaat bij openheid, waardoor de werkgever rekening kan houden met de beperking van de werknemer en voorzieningen kan treffen.

Financiële positie

De voornaamste inkomensbron voor personen met matige of ernstige beperkingen is de arbeidsongeschiktheidsuitkering (voor 42% van hen levert deze bron het meeste inkomen op), gevolgd door arbeid (25%) en een 'overige uitkering', veelal bijstand (13%). In de periode tussen 1995 en 2003 is onder mensen zonder beperkingen het aandeel zonder inkomen gedaald (van 13% naar 9%) doordat meer mensen inkomen uit arbeid kregen. Bij degenen met matige of ernstige beperkingen bleef dit aandeel echter gelijk (16%). Ook in de laatste groep steeg het aandeel met inkomen uit arbeid (van 23% naar 25%) maar minder sterk dan bij degenen zonder beperkingen (van 69% naar 77%).

In 2003, het meest recente jaar waarover gedetailleerde inkomensgegevens van mensen met beperkingen beschikbaar zijn, was het inkomen van personen zonder beperkingen gemiddeld 35.500 euro en van personen met ernstige beperkingen 21.800 euro, dus ruim 13.000 euro lager. Dit verschil wordt voor een zeer groot deel verklaard door de deelname aan de arbeidsmarkt. Tussen 1995 en 2003 zagen degenen zonder beperkingen hun inkomen meer stijgen (+15%) dan degenen met matige of ernstige beperkingen (+2%). Binnen deze laatste groep zijn er echter grote verschillen in de inkomensontwikkeling te zien. Zo stegen de inkomens van de werkenden, terwijl die van de uitkeringsontvangers vrijwel gelijk bleven. Binnen de groep met matige of ernstige beperkingen zijn de verschillen tussen de werkenden en niet-werkenden groter geworden.

Zowel huishoudens zonder als met leden met beperkingen gingen er tussen 1995 en 2003 gemiddeld ruim 20% op vooruit (in besteedbaar inkomen), maar huishoudens met leden met matige of ernstige beperkingen slechts 12%. Het verschil tussen de huishoudens zonder en huishoudens met leden met ernstige beperkingen is in die periode dus groter geworden (van ongeveer 2500 euro in 1995 tot circa 6000 euro in 2003). Het zijn vooral de eenpersoonshuishoudens met beperkingen die hun inkomen nauwelijks zagen toenemen.

Een heel groot deel van de mensen met een lichamelijke beperking had in 2005 eigen uitgaven vanwege de gezondheid (ook ouderen zijn in de analyses meegenomen). Hulpmiddelen en aanpassingen vormen een forse kostenpost: 57% gaf hier in 2005 gemiddeld 642 euro aan uit. In totaal gaf de groep mensen met een lichamelijke beperking (incl. de 43% zonder ziektegerelateerde kosten) in 2005 gemiddeld 106 euro per maand (1272 euro per jaar) uit aan ziektegerelateerde kosten. Personen met een ernstige beperking hebben veel meer ziektegerelateerde uitgaven (138 euro per maand in 2005) dan degenen met een matige beperking (85 euro). De aard van de beperking bleek niet in verband te staan met het maken van ziektegerelateerde kosten (Van den Brink-Muinen et al. 2007).

Ongeveer 23% van de mensen met beperkingen zegt spaarmiddelen aan te spreken of schulden te moeten maken. Dit komt vooral voor bij de niet-werkenden (36%) en bij

de 65-minners (33%). In de drie maanden voorafgaand aan de enquête heeft ongeveer 20% zich vaak zorgen gemaakt over geldzaken.

Circa een derde deel van de groep mensen met beperkingen heeft geen geld om eens per veertien dagen een avond uit te gaan, vrijetijdspullen te kopen of meubels te vervangen en ongeveer een kwart zegt geen geld te hebben om jaarlijks een week op vakantie te gaan of het lidmaatschap van een vereniging te kunnen betalen. Als mensen minimaal drie van dit soort activiteiten niet kunnen doen vanwege financiële redenen is er sprake van zogenoemde sociale deprivatie. Bij ongeveer een derde van de personen met beperkingen is dat het geval. Sociale deprivatie speelt veel vaker bij mensen met ernstige beperkingen (49%) dan bij mensen met lichte beperkingen (24%). Er zijn hierbij geen verschillen tussen de 65-minners en de 65-plussers.

Noten

- 1 Afhankelijk van de grootte van het bedrijf.
- 2 In 2005 vindt er nauwelijks WAO-instroom plaats vanwege het feit dat de Wet verlenging van de loondoorbetaling bij ziekte tot twee jaar verzuim (VLZ) is ingegaan op 1 januari 2004. De werknemers die in 2004 ziek zijn geworden, hebben in 2005 het einde van hun wachttijd voor de WAO nog niet bereikt.
- 3 Bron: Persbericht CWP 29 maart 2007.
- 4 Zie www.uvw.nl/werkgever/.
- 5 De Sociaal Economische Raad (SER) brengt naar aanleiding van het toenemend aantal mensen met een Wajonguitkering na de zomer van 2007 een advies uit over de arbeidsparticipatie van jonggehandicapten.
- 6 De diagnose die bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor WAO en WAZ wordt gesteld, kan in tien hoofdklassen worden ingedeeld. Eén ervan is de diagnosegroep 'psychische aandoeningen en gedragsstoornissen' (in figuur 4.1 als 'psychisch' omschreven). De andere negen diagnosegroepen hebben alle betrekking op lichamelijke klachten (in figuur 4.1 samengevat met 'lichamelijk'). Voor de Wajong geldt een iets andere indeling. De Wajong-diagnose 'aangeboren' is in figuur 4.1 niet meegenomen, omdat hiervan niet duidelijk is of het om een psychische dan wel lichamelijke diagnose gaat.
- 7 Vanwege wijzigingen in de vraagstelling in het AVO-onderzoek is het totale aantal mensen met beperkingen (incl. gezichts- en gehoorbeperkingen) niet vergelijkbaar door de jaren heen, zie ook hoofdstuk 2.
- 8 De tijdreeks die op basis van de AVO's van 1995, 1999 en 2003 kon worden gemaakt, bleek niet betrouwbaar betreffende de arbeidsparticipatie. De cijfers voor 1995 en 1999 bleken in vergelijking met de CBS-cijfers lager uit te vallen, voor 2003 hoger. De oorzaak dient (grotendeels) te worden gezocht in veranderingen in de vraagstelling.
- 9 In paragraaf 4.4 is de grens wel/niet werken bij één uur in plaats van bij twaalf uur gelegd, omdat anders het aantal werkenden met ernstige beperkingen te klein was om uitspraken te doen.
- 10 Zie www.uvw.nl/werknemer/weer_aan_het_werk/een_eigen_bedrijf_starten_AO.
- 11 Enige voorzichtigheid is geboden omdat het om relatief kleine aantallen gaat (er zitten 127 werkende mannen met matige of ernstige beperkingen in de responsgroep). Overigens is voor de werkende mannen het verschil met de groep zonder beperkingen wel significant.
- 12 Deze opmerking is slechts illustratief bedoeld. Uiteraard geldt dat, indien alle werkwilligen zonder beperkingen zouden werken, de arbeidsdeelname van de groep zonder beperkingen hoger zou zijn dan die van de groep met beperkingen.
- 13 De groep die de aandoening niet heeft gemeld bij de sollicitatie, en de groep die op het moment van de sollicitatie nog geen aandoening had, zijn samengevoegd, omdat het aantal respondenten bij uitsplitsing te klein is voor analyse.
- 14 Het hier gepresenteerde aandeel wijkt af van dat uit tabel 4.2, doordat het hier om de belangrijkste inkomensbron gaat. Het aandeel dat inkomen uit arbeid heeft (en bv. daarnaast een hoger inkomen uit een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt) is hier niet meegenomen.
- 15 Op basis van het Nationaal Panel Gehandicapten en Chronisch Zieken zijn recentere gegevens beschikbaar, maar daar gaat het om een globale indicatie van het inkomen, in klassen.
- 16 Het besteedbare inkomen is ongeveer vergelijkbaar met het netto-inkomen. In het besteedbare inkomen zijn ook inkomsten uit rente, dividend alsmede de inkomsten

- uit de eigen woning meegenomen. De betaalde hypotheekrente is van het inkomen afgetrokken. Ook de ziektekostenpremies worden in mindering gebracht op het besteedbare inkomen, terwijl de kinderbijslag er weer bij wordt opgeteld.
- 17 Uit eerder onderzoek is bekend dat respondenten in het AVO hun eigen inkomen gemiddeld iets hoger inschatten dan uit de belastinggegevens blijkt.
 - 18 Het NIVEL heeft over deze gegevens gepubliceerd in het rapport *Kerngegevens maatschappelijke situatie 2006* (Van den Brink-Muinen et al. 2007), maar daar betrof het de ziektegerelateerde kosten van mensen met een chronische ziekte of een lichamelijke beperking. Het NIVEL heeft voor het SCP de gegevens ook uitgedraaid voor degenen die alleen een lichamelijke beperking hebben.
 - 19 Het NIVEL rekent ook de premie voor de ziektekostenverzekering tot de ziektegerelateerde kosten. Deze worden hier buiten beschouwing gelaten.
 - 20 Onder de uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen vallen hier alle eigen uitgaven (voor aanschaf, onderhoud, reparatie of verzekering) van: hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging; huishoudelijke hulpmiddelen; incontinentiemateriaal; prothesen en/of orthesen; loophulpmiddelen; steunzolen; orthopedische of aangepaste schoenen; elastische kousen (steunkousen); rolstoel; scootmobiel of aangepaste fiets; aanpassingen in de auto; aangepast meubilair; woningaanpassingen; gehoorapparaat; visueel hulpmiddel; hulpmiddelen voor het doseren of toedienen van medicijnen; alarmsysteem; aanpassingen aan de werkplek thuis.
 - 21 Het in tabel 4.22 genoemde lijstje wijkt enigszins af van dat van Van Agt et al. (1996), die ook vroegen naar een auto en niet vroegen naar de cadeautjes voor vrienden, het kunnen vervangen van meubels of het kunnen telefoneren.

5 Sociale en maatschappelijke participatie

Mirjam de Klerk

Een voorname doelstelling van het overheidsbeleid voor mensen met beperkingen is gelijke (evenredige) participatie. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) die eind 2003 in werking is getreden. Ook in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) staat participatie centraal (TK 2005/2006a). Wat participatie inhoudt, wordt in de Wmo echter nauwelijks toegelicht. Al eerder is geconstateerd dat (maatschappelijke) participatie een lastig te operationaliseren concept is, omdat het een containerbegrip is dat uiteenlopende activiteiten omvat (zie ook Hoeymans et al. 2005; Broese van Groenou en Deeg 2006; De Klerk en Schellingerhout 2006). In dit hoofdstuk gaat het alleen om participatie in de vrije tijd (de arbeidsdeelname is besproken in hoofdstuk 4).

De aandacht gaat eerst uit naar enkele vormen van sociale participatie (hier geoperationaliseerd als relaties binnen het huishouden en deelname aan verenigingen) en vervolgens naar een aantal vormen van participatie in de vrije tijd. Er is vooral gekeken naar de vrijetijdsbesteding buitenshuis (cultuur, sport, vrijwilligerswerk, informele hulp), omdat de overheid alleen op die vormen van participatie invloed kan uitoefenen. Zo kan zij bepaalde vrijetijdsactiviteiten stimuleren door voorzieningen, bijvoorbeeld op het terrein van cultuur en sport, te ondersteunen en door het gebruik daarvan te stimuleren (zie ook Van den Broek et al. 2005b).

De eerste vraag die in dit hoofdstuk aan de orde komt, is ‘In hoeverre zijn (zelfstandig wonende) mensen met lichamelijke beperkingen sociaal en maatschappelijk actief en in hoeverre verschilt dit van mensen zonder beperkingen?’ Al eerder is geconstateerd dat mensen met (ernstige) beperkingen minder vaak een culturele of recreatieve voorziening bezoeken en minder aan sport doen dan degenen zonder beperkingen (De Klerk 2002). Ook doen zij minder vaak vrijwilligerswerk dan de gemiddelde Nederlander (Schoemakers-Salkinoja 2002). De vraag is dan ook niet zozeer of er verschillen zijn, maar of de verschillen in de loop van de tijd (tussen 1995 en 2003) verkleind zijn.

5.1 Verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen

5.1.1 Sociale participatie

Samenstelling van het huishouden

Mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen zijn minder vaak gehuwd of samenwonend dan anderen (zie figuur 5.1). Zij zijn vooral vaker gescheiden. Dit geldt voor alle leeftijdsklassen, al is bij de oudere leeftijdsgroepen niet zeker of de

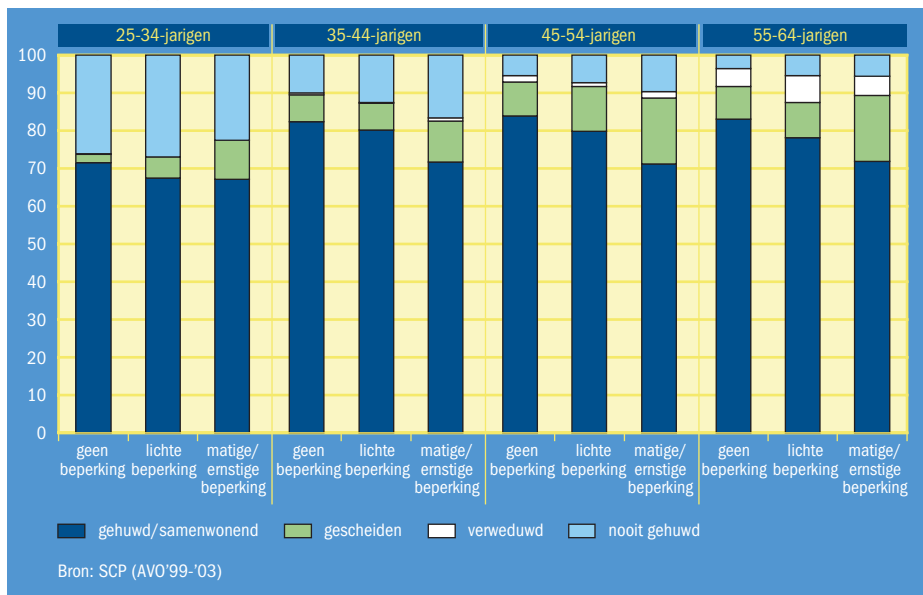
beperkingen wellicht zijn opgetreden na een huwelijk of een echtscheiding. Ook uit onderzoek uit begin jaren negentig bleek dat mensen met (ernstige) lichamelijke beperkingen vaker gescheiden zijn dan mensen zonder beperkingen (De Klerk en Timmermans 1998).

Het vinden van een levenspartner is moeilijk als je een (ernstige) beperking hebt (Kooiker 2006). Dit blijkt ook uit figuur 5.1, behalve voor de jongste leeftijdsklasse: onder de 25-34-jarigen geven juist de mensen met ernstige motorische beperkingen relatief weinig aan dat ze ‘nooit gehuwd’ zijn.

Uit een kleinschalig (77 respondenten) onderzoek van de Wetenschapswinkel in Nijmegen blijkt dat het aangaan van een relatie niet alleen moeilijk is doordat mensen in het algemeen weinig openstaan voor een relatie met iemand met beperkingen, maar ook doordat het niet gemakkelijk is voor mensen met beperkingen anderen te ontmoeten als zij problemen met hun mobiliteit hebben. Ook maakt het veel uit hoe mensen zelf met hun handicap omgaan. Het behouden van een relatie hangt mede af van de ernst van de beperking en van de vraag of er bijvoorbeeld seksueel contact mogelijk is (Van Vugt 2002).

Figuur 5.1

Burgerlijke staat naar ernst van de motorische beperkingen, 25-64-jarigen, gemiddeld over 1999-2003 (in procenten)



Mensen met (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen hebben minder vaak kinderen dan mensen zonder beperkingen, maar het gemiddelde aantal kinderen van ouders met en zonder deze beperkingen is gelijk (Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1996; De Klerk en Timmermans 1998).

Lidmaatschap van verenigingen

Een weg waarlangs men andere mensen kan ontmoeten is het lidmaatschap van verenigingen.¹ Ruim 10% van de 16-plussers is lid van een muziek- of hobbyvereniging. Mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen zijn iets vaker lid dan degenen zonder beperkingen (tabel 5.1). Bij nadere beschouwing blijkt dit echter een leeftijdseffect te zijn: vooral ouderen zijn lid van een muziek- of hobbyvereniging. Als hiermee rekening wordt gehouden, zijn er geen significante verschillen naar de ernst van beperkingen in de deelname aan een muziek- of gezelligheidsvereniging.² Personen met alleen motorische beperkingen zijn het vaakst lid en personen met zowel motorische als zintuiglijke beperkingen het minst vaak, maar ook dit verschil valt weg als rekening wordt gehouden met andere achtergrondkenmerken, zoals de leeftijd.

Tabel 5.1

Lidmaatschap van een zang-, muziek- of toneelvereniging, hobbyvereniging, naar ernst van de beperking, type beperking en leeftijdsklasse, 16-plussers, 2003 (in procenten)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	sign.	alleen zintuiglijk ^a	alleen motorisch ^a	zintuiglijk + motorisch ^a
totaal	10,5	11,7	12,9	12,5	11,0	sign.	9,9	14,5	9,5
16-64 jaar	10,0	10,5	11,0	16,1	10,2	n.s.	8,4	13,1	8,8
≥ 65 jaar	16,7	14,7	15,2	10,3	14,9	n.s.	13,2	16,2	9,9
(n)	(8.116)	(2.058)	(1.149)	(407)	(11.730)		(748)	(926)	(430)

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a De beperking is matig of ernstig.

Bron: SCP (AVO'03)

Als mensen lid zijn van een vereniging is er ook geen verschil in de intensiteit waarmee ze deelnemen tussen mensen met lichte en ernstige beperkingen: ruim 60% van de leden participeert wekelijks.³ Dit lijkt erop te duiden dat als men een passende vereniging heeft gevonden, er weinig belemmeringen zijn om aan activiteiten mee te doen. Het is niet bekend of mensen deelnemen aan specifieke verenigingen voor mensen met beperkingen of in gehandicaptenteams (g-teams) binnen verenigingen.

5.1.2 Creatieve, culturele, recreatieve en sportieve participatie

Een week heeft 168 uur. Uit de *Rapportage gehandicaptten 2002* bleek dat mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen, vergeleken met mensen zonder beperkingen, gemiddeld ongeveer 17 uur per week minder tijd kwijt zijn aan verplichtingen (32 in plaats van 49 uur) zoals huishouden, werk, onderwijs, en 8 uur meer kwijt zijn aan persoonlijke tijd (85 in plaats van 77 uur), zoals slapen, eten en persoonlijke verzorging. Hierdoor hebben zij gemiddeld 9 uur vrije tijd meer dan andere

18-64-jarigen (ruim 50 in plaats van 42 uur per week). Zij kunnen hierdoor meer tijd besteden aan bijvoorbeeld televisiekijken, sociale contacten of hobby's. Ze blijken een minder groot aandeel van hun vrije tijd aan uitgaan en sociale contacten, maar een groter deel aan hobby's te besteden dan anderen. Degenen met ernstige beperkingen kijken absoluut gezien meer televisie dan anderen (resp. 14 en 11 uur), maar uitgedrukt in aandeel vrije tijd is er geen verschil (De Klerk 2002).

Tabel 5.2

Creatieve participatie (minimaal een keer per jaar), naar ernst van de beperking en type beperking^a, 16-plussers, 2003 (in procenten)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	sign.	alleen zintuiglijk ^a	alleen motorisch ^a	zintuiglijk + motorisch ^a
tekenen, schilderen of grafisch ontwerpen	11,0	10,9	10,0	5,3	10,7	sign.	8,6	10,3	5,7
beeldhouwen, boetseren, sieraden maken	3,8	3,8	5,0	2,0	3,8	sign.	3,4	5,2	2,1
werken met textiel, kleding maken	11,2	13,9	16,4	8,9	12,1	sign.	11,8	16,9	9,1
zingen	10,9	10,7	10,9	8,3	10,8	n.s.	9,0	11,5	7,6
muziekinstrument bespelen	12,8	8,7	7,4	6,3	11,3	sign.	6,8	8,2	4,8
toneel, mime, volksdansen, ballet	3,4	3,2	2,7	0,8	3,2	sign.	2,2	2,5	1,9
fotografie, film, video	11,9	10,1	8,6	3,5	11,0	sign.	8,7	8,3	5,3
totaal	41,1	40,1	40,0	24,4	40,3	sign.	35,0	40,3	25,6
(n)	(8.116)	(2.059)	(1.149)	(406)	(1.1730)		(748)	(927)	(430)

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s. niet significant.
 a De beperking is matig of ernstig.

Bron: SCP (AVO'03)

Creatieve participatie

Mensen met ernstige beperkingen doen minder vaak aan tekenen of schilderen, kleding maken, een muziekinstrument bespelen, toneel of ballet, of fotografie dan mensen zonder beperkingen (tabel 5.2). Als al deze vormen van participatie worden samengenomen, dan blijkt dat personen met ernstige beperkingen beduidend minder vaak participeren (24,4%) dan personen zonder beperkingen (41,1%). In multivariate analyses, waarbij wordt gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, blijken degenen met ernstige beperkingen (en degenen met zowel motorische als zintuiglijke beperkingen) veel minder te participeren dan degenen zonder beperkingen, maar degenen met matige beperkingen juist iets meer. Mogelijk hangt dit

samen met het feit dat zij meer vrije tijd hebben dan mensen zonder beperkingen.

Een deel van deze hobby's kan men ook thuis doen. Later in dit hoofdstuk (§ 5.3) blijkt dat het vervoer regelmatig een probleem vormt bij de vrijetijdsbesteding van mensen met beperkingen. Voor activiteiten die men thuis kan doen, is het vervoer uiteraard geen probleem.

Tabel 5.3

Bezoek museum, klassieke podiumkunsten, populaire cultuurvormen en recreatie (minimaal een keer per jaar), naar ernst en aard van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers, 2003 (in procenten)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	sign.	alleen zintuiglijk ^a	alleen motorisch ^a	zintuiglijk + motorisch ^a
museum	38,0	34,4	29,1	13,4	35,7	sign.	31,5	26,4	16,5
16-64 jaar	37,3	33,5	32,3	19,1	36,1	sign.	30,6	30,6	21,6
≥ 65 jaar	46,9	36,9	24,9	9,8	33,3	sign.	33,8	21,2	13,8
podiumkunsten ^b	26,6	23,9	18,8	10,8	24,8	sign.	19,6	17,9	12,1
16-64 jaar	26,2	22,2	20,1	13,9	25,0	sign.	18,0	19,6	15,4
≥ 65 jaar	30,9	28,7	17,3	9,1	23,7	sign.	23,1	15,8	10,3
populaire cultuur ^c	71,0	53,7	35,4	15,0	62,5	sign.	44,7	33,0	17,9
16-64 jaar	74,2	63,0	47,0	34,7	70,1	sign.	55,2	45,4	33,6
≥ 65 jaar	30,8	27,4	20,5	4,2	23,5	sign.	21,8	17,0	9,6
recreatie ^d	84,7	77,4	63,9	38,6	79,8	sign.	72,0	62,1	39,3
16-64 jaar	85,6	81,8	75,0	64,1	84,0	sign.	77,1	73,4	64,2
≥ 65 jaar	74,5	64,9	49,7	24,3	58,5	sign.	60,9	47,4	26,0
(n)	(8.116)	(2.058)	(1.149)	(406)	(11.729)		(748)	(926)	(430)

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

a De beperking is matig of ernstig.

b Podiumkunsten: professioneel toneel, ballet, klassieke muziek, opera.

c Populaire cultuur: cabaret, popconcert, bioscoop, filmhuis.

d Recreatie: dierentuin, attractiepark, dolfinarium, stadspark, recreatiegebied, bezienswaardige gebouwen zoals kastelen, dorpen, stadsdelen.

Bron: SCP (AVO'03)

Culturele en recreatieve participatie

Culturele participatie is hier opgevat als museumbezoek, of het bezoek van bijvoorbeeld een theater of bioscoop (zie bv. Van den Broek et al. 2005b) en recreatie als het bezoek van een dierentuin, attractiepark, stadspark of bezienswaardige gebouwen.

Mensen met beperkingen nemen minder deel aan verschillende vormen van cultuur en recreatie dan die zonder beperkingen (tabel 5.3). Op alle hier onderzochte terreinen geldt dat personen met ernstige beperkingen minder participeren dan personen met matige beperkingen, die op hun beurt minder deelnemen dan perso-

nen met lichte beperkingen. Het verschil tussen de laatste groep en mensen zonder beperkingen is in het algemeen klein. De verschillen tussen mensen met ernstige en zonder beperkingen zijn het grootst bij het bezoek van populaire cultuur (een verzamelaar van cabaret, popconcert en cinemabezoek; zie tabel C5.1 in bijlage C) en het geringst bij de recreatieve participatie (zie tabel C5.2 in bijlage C). Dit betekent echter niet dat de drempels om te participeren bij de populaire cultuur het grootste zijn. Uit eerder onderzoek is bekend dat cultuurparticipatie sterk samenhangt met bijvoorbeeld opleidingsniveau en leeftijd. Zo gaan hoogopgeleiden beduidend vaker naar een museum of podium dan laagopgeleiden en is het bereik van diverse cultuurvormen als museumbezoek het hoogste onder 50-64-jarigen, om daarna weer af te nemen (Van den Broek et al. 2005b).

Ook als rekening wordt gehouden met leeftijd en opleidingsniveau, zijn de verschillen in culturele en recreatieve participatie naar ernst van de beperkingen significant.

Tabel 5.4

Culturele en recreatieve participatie^a (minimaal een keer per jaar), naar ernst van de motorische beperkingen, 16-plussers, 1995-2003 (in procenten)^b

	1995	1999	2003	
bezoekers museum				
geen beperkingen	35,2	37,3	37,6	sign.
lichte beperkingen	34,0	38,2	35,6	n.s.
matige / ernstige beperkingen	18,5	22,3	23,3	sign.
totaal	33,4	35,5	35,6	sign.
bezoekers podiumkunsten				
geen beperkingen	28,4	26,3	26,2	sign.
lichte beperkingen	25,4	26,9	24,7	n.s.
matige / ernstige beperkingen	16,9	18,7	16,1	n.s.
totaal	26,8	25,3	24,7	sign.
bezoekers populaire cultuur				
geen beperkingen	60,5	65,4	69,8	sign.
lichte beperkingen	44,9	48,3	53,2	sign.
matige / ernstige beperkingen	20,0	27,6	28,4	sign.
totaal	54,8	58,9	62,3	sign.
bezoekers recreatie				
geen beperkingen	81,4	82,5	84,1	sign.
lichte beperkingen	75,9	74,5	77,9	sign.
matige / ernstige beperkingen	49,8	52,2	55,0	sign.
totaal	77,6	77,9	79,6	sign.

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

a Zie tabel 5.3 voor toelichting.

b In tabel 5.3 gaat het om alle beperkingen (incl. zintuiglijke), hier alleen om motorische beperkingen, daarom verschillen de percentages voor 2003.

Bron: SCP (AVO'95)

Tussen 1995 en 2003 is in de algehele bevolking vooral het bezoek van populaire cultuurvormen, maar ook van musea en recreatieve gelegenheden toegenomen en het bezoek van podiumkunsten iets gedaald (tabel 5.4). Dat beeld is ook te zien bij de mensen met beperkingen, al zijn de verschillen niet altijd significant. De verschillen tussen degenen met en zonder beperkingen zijn tussen 1995 en 2003 niet groter of kleiner geworden (zie ook noot 5).

Mensen nemen naar de mate van hun beperkingen niet alleen minder deel aan diverse vormen van vrijetijdsbesteding, maar doen dat ook minder intensief. Zo gaan degenen met ernstige beperkingen die wel eens een restaurant, bioscoop of theater bezoeken, minder vaak dan degenen met lichte beperkingen (tabel 5.5).

Tabel 5.5

Uitgaan naar restaurant, bioscoop of theater, naar ernst van de beperkingen, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (verticaal gepercenteerd)

	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
gaat zelden of nooit	28	44	60	40
gaat wel	72	56	40	60
wekelijks	6	5	6	6
maandelijks	26	18	14	21
minder vaak	68	77	80	73
(n)	(435)	(453)	(164)	(1052)

Bron: SCP (AVO-gehandicapten '04)

Sport

In de nota *Tijd voor Sport, bewegen, meedoen, presteren* wordt geconstateerd dat sporters met een beperking 'maar bij weinig reguliere sportverenigingen in de buurt terecht kunnen en slechts voor een beperkt aantal sporten. Mede hierdoor is het aantal georganiseerde sporters met een beperking verhoudingsgewijs nog aan de lage kant'. Bevorderd zal worden dat de mensen die (vrijwel) niet sporten, toch kunnen worden bereikt, en dat het sportaanbod toegankelijk is voor sporters met en zonder een beperking (vws 2006b).

Ongeveer twee derde van de bevolking van 16 jaar en ouder doet aan sport (tabel 5.6). Dat wil zeggen dat zij minimaal een keer in het jaar voorafgaand aan de enquête hebben deelgenomen aan een van de 25 sporten die hun werd voorgelegd. Mensen met (matige of ernstige) beperkingen doen dat beduidend minder vaak dan die zonder beperkingen; mensen die zowel motorische als zintuiglijke beperkingen hebben, doen er het minst aan.

Ouderen sporten in het algemeen aanzienlijk minder dan jongere mensen (zie ook Breedveld en Tiessen-Raaphorst 2006: 85). De verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen zijn het grootst voor de 65-plussers. Op oudere leeftijd zijn beperkingen blijkbaar een nog grotere belemmering dan voor jongere mensen met beperkingen. Als statistisch wordt gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken zoals leeftijd en opleidingsniveau, dan blijft het negatieve verband tussen beperkingen en sportdeelname bestaan.

Tabel 5.6

Sportdeelname (minimaal een keer per jaar)^a, naar ernst van de beperking, type beperking en leeftijdsklasse, 16-plussers, 2003 (in procenten en indices, geen beperking = 100)

	geen beper- kingen	lichte beper- kingen	matige beper- kingen	ernstige beper- kingen	totaal	sign.	alleen zintuig- lijk ^a	alleen moto- risch ^a	zintuiglijk + moto- risch ^a
totaal	69,8	53,7	34,8	15,0	61,7	sign.	49,2	31,1	18,6
16-64 jaar	72,3	62,1	46,3	32,6	68,4	sign.	56,5	43,5	33,1
≥ 65 jaar	39,8	29,9	20,2	5,7	27,2	sign.	33,1	15,0	11,0
index									
totaal	100	77	50	22			71	45	27
16-64 jaar	100	86	64	45			78	60	46
≥ 65 jaar	100	75	51	14			83	38	28
(n)	(8.116)	(2.058)	(1.149)	(406)	(11.729)		(748)	(926)	(430)

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

a Sportdeelname wil zeggen dat mensen minimaal een keer per jaar hebben deelgenomen aan een van de 25 in het AVO genoemde sporten; wandelen en fietsen zijn niet meegenomen.

b De beperking is matig of ernstig.

Bron: SCP (AVO'03)

Mensen met ernstige beperkingen wandelen of fietsen ook minder dan degenen zonder beperkingen. En ook dit effect blijft bestaan als rekening wordt gehouden met het feit dat mensen met beperkingen gemiddeld ouder zijn en alleen al daarom minder vaak bewegen (laatste kolom tabel 5.7).

In het rapport *Kerngegevens maatschappelijke situatie 2006* blijkt dat 37% van de mensen met beperkingen (49% van degenen met matige en 22% van degenen met ernstige beperkingen) actief genoeg is om aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen⁴ te voldoen, dat wil zeggen dat ze op ten minste vijf dagen van de week gedurende minstens 30 minuten matig intensief bewegen. Bijna een op de drie (29%) behoort tot de zogenoemde inactieven, die geen enkele dag per week voldoende actief zijn om aan de norm te voldoen. Bij 'bewegen' gaat het niet alleen om sporten,

maar ook om lichamelijke activiteit op het werk, huishoudelijk werk, wandelen of fietsen (Van den Brink-Muinen et al. 2007).

Behalve in hun sportdeelname verschillen mensen zonder en met beperkingen ook in de manier waarop zij aan sport doen: naarmate de beperkingen ernstiger zijn, is een kleiner aandeel sporters lid van een sportvereniging en doen mensen minder vaak aan een team- of duosport (tabel 5.7). Dit betekent dus dat zij minder contacten via de sport hebben dan mensen zonder beperkingen.

Tabel 5.7

Deelname aan sport^a (minimaal een keer per jaar), naar ernst van de beperkingen, 16-plussers, 2003 (in procenten)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	sign. ^b	sign. ^b
sport (excl. wandelen/fietsen)	69,8	53,7	34,8	15,0	61,7	sign.	sign.
teamsport	25,0	17,0	8,8	13,1	22,8	sign.	sign.
duosport	32,1	25,3	14,3	11,3	29,9	sign.	sign.
solosport	87,0	86,1	86,7	85,2	86,8	n.s.	n.s.
lid sportvereniging	50,5	41,4	34,5	24,2	48,0	sign.	sign.
competitieverband	38,7	27,7	20,3	16,4	35,8	sign.	sign.
wandelen of fietsen	30,5	25,1	16,5	5,7	27,3	sign.	sign.
(n-totaal)	(8.116)	(2.058)	(1.149)	(406)	(11.729)		

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s. niet significant.

a Dat wil zeggen dat mensen minimaal een keer per jaar hebben deelgenomen aan een van de 25 in het AVO genoemde sporten. Wandelen en fietsen zijn niet meegenomen.

b In de eerste kolom 'sign.' staat of het verband tussen de ernst van de beperkingen en deelname aan sport significant is op basis van kruistabellen. In de tweede kolom 'sign.' is de significantie multivariaat getoetst, rekening houdend met leeftijd, opleidingsniveau en sekse.

Bron: SCP (AVO'03)

Het hebben van lichamelijke beperkingen is niet alleen van invloed op het lidmaatschap van een sportvereniging en de manier van sporten, maar ook op de intensiteit ervan. Van de mensen met ernstige beperkingen die lid zijn van een sportvereniging, zegt 82% wekelijks te sporten, van de sporters met lichte beperkingen is dat 92% (niet in tabel).

Tussen 1995 en 2003 is de sportdeelname van de Nederlandse bevolking toegenomen (zie ook Breedveld en Tiessen-Raaphorst 2006). Deze toename geldt zowel voor personen zonder als voor personen met lichamelijke beperkingen (tabel 5.8). De verschillen tussen de mensen met en zonder beperkingen zijn tussen 1995 en 2003 niet veranderd.⁵

Tabel 5.8

Ontwikkeling in de deelname aan sport^a (minimaal een keer per jaar), naar ernst van de motorische beperkingen, 16-plussers, 1995-2003 (in procenten)

	1995	1999	2003	
geen beperkingen	63,6	64,9	68,9	sign.
lichte beperkingen	48,3	50,9	53,0	sign.
matige / ernstige beperkingen	22,6	27,2	27,1	sign.
totaal	57,8	58,9	61,5	sign.
(n)	(12.405)	(11.540)	(11.929)	

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

a Exclusief wandelen en fietsen.

Bron: SCP (AVO'95-'03)

5.1.3 Deelname aan vrijwilligerswerk of informele zorg

Vanaf het midden van de jaren tachtig van de vorige eeuw stellen beleidsmakers regelmatig de vraag of het aantal informele helpers in de toekomst toereikend zal blijven gegeven de toenemende vraag naar zorg (De Boer 2005). De overheid richt haar beleid dan ook vooral op het op peil houden van het aanbod. Zij tracht daartoe niet alleen overbelasting te voorkomen (bv. door dagopvang te bieden) maar ook helpers te ondersteunen bij de arbeidsparticipatie. Zo zijn er regelingen om het combineren van arbeid en zorg te vergemakkelijken. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers is ook onderdeel van de Wmo (zie hoofdstuk 1). In de recente beleidsnotitie *De mantelzorger in beeld* wordt aandacht gevraagd voor specifieke groepen helpers, zoals schoolgaande mantelzorgers die voor een van hun ouders zorgen, en allochtone helpers die onvoldoende op de hoogte zijn van ondersteunende diensten (DVVO 2005). Er is echter geen specifiek beleid voor mantelzorgers met gezondheidsproblemen. Wel wijzen De Klerk en De Boer (2005) erop dat er tussen 1991 en 2003 steeds meer oudere mensen informele hulp zijn gaan geven, en dat daarmee ook de gezondheid van hen die informele zorg geven, steeds meer op het spel komt te staan; de kans op gezondheidsproblemen neemt immers toe met de leeftijd.

Met het verrichten van vrijwilligerswerk kunnen mensen niet alleen een zinvolle bijdrage leveren aan de maatschappij, maar bijvoorbeeld ook sociale contacten opdoen. Ongeveer een derde van de Nederlanders is actief in het vrijwilligerswerk (bij verenigingen waarvan men lid is, zie hierna) of bij het verlenen van informele hulp. Hierbij dient overigens wel opgemerkt te worden dat de gevonden grootte van dit aandeel erg afhankelijk is van de manier waarop hiernaar gevraagd wordt in enquêtes (zie bv. Breedveld et al. 2004: 70). Om het vrijwilligerswerk in kaart te brengen zijn in het AVO van 2003 twaalf verenigingen⁶ genoemd met de vraag of men hier lid van is en vervolgens de vraag of men in dat kader ook vrijwilligerswerk doet. Voorts is aan

respondenten gevraagd of zij geregeld hulp bieden aan mensen die ziek of gehandicapt zijn.

Vooraf mensen met ernstige lichamelijke beperkingen nemen minder vaak deel aan vrijwilligerswerk en verlenen minder vaak informele hulp dan andere mensen. Opvallend is dat degenen met lichte beperkingen relatief vaak (vaker dan degenen zonder beperkingen) informele zorg verlenen (tabel 5.9). Dit beeld wordt bevestigd in multivariate analyses. Uit de gegevens is niet af te leiden waardoor dit komt, maar het is mogelijk dat mensen met beperkingen een andere netwerksamenstelling hebben, en vaker mensen kennen die ook beperkingen hebben. Uit eerder onderzoek blijkt immers dat het kennen van een hulpbehoevende de allerbelangrijkste factor is die bepaalt waarom mensen wel of geen hulp geven (De Klerk 2004).

Tabel 5.9

Deelname aan vrijwilligerswerk^a en informele hulpverlening, naar ernst en aard van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers, 2003 (in procenten)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	sign.	alleen zintuiglijk ^b	alleen motorisch ^b	zintuiglijk + motorisch ^b
verricht vrijwilligerswerk	28,9	25,5	20,6	9,6	26,8	sign.	22,4	19,1	9,8
16-64 jaar	29,3	28,3	24,9	19,7	28,7	sign.	22,5	24,7	14,9
≥ 65 jaar	24,5	17,6	15,0	3,9	17,2	sign.	22,2	12,0	7,1
geeft informele zorg	11,8	16,8	13,5	4,4	12,6	sign.	17,4	10,3	8,8
16-64 jaar	11,5	16,6	15,8	7,4	12,5	sign.	18,8	12,6	11,8
≥ 65 jaar	15,9	17,3	10,6	2,7	13,1	sign.	14,4	7,2	6,9
noch vrijwilligerswerk noch informele zorg	63,7	63,0	70,2	87,4	65,0		63,6	74,7	83,4
alleen vrijwilligerswerk	7,3	11,5	9,3	2,8	8,0		14,0	6,3	6,7
alleen informele zorg	24,5	20,2	16,3	8,2	22,4		18,9	15,0	7,9
zowel vrijwilligerswerk als informele zorg	4,6	5,3	4,2	1,5	4,6	sign.	3,5	3,9	1,9
(n)	(8.005)	(1.987)	(1.138)	(389)	(11.519)		(737)	(918)	(416)

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

a Vrijwilligerswerk voor een van de in noot 6 genoemde verenigingen.

b De beperking is matig of ernstig.

Bron: SCP (AVO'03)

Op basis van het AVO kunnen geen vergelijkingen in de tijd gemaakt worden voor de deelname aan vrijwilligerswerk. Uit NIVEL-gegevens blijkt dat het vrijwilligerswerk onder mensen met een chronische ziekte tussen 1998 en 2000 is toegenomen, om

daarna weer af te nemen (tot 18% in 2005). Uit dat onderzoek blijkt bovendien dat mensen met een handicap die vrijwilligerswerk verrichten, dat gemiddeld ongeveer even intensief doen als de algehele bevolking, ongeveer vijf uur per week. Mensen met beperkingen die mantelzorg geven (buiten hun eigen huishouden), doen dat gemiddeld 3,6 uur per week (Van den Brink et al. 2007).

Uit de *Rapportage gehandicapten 2002* bleek dat er binnen de groep mensen met lichamelijke beperkingen aanzienlijke verschillen zijn in de mate waarin zij aan vrijwilligerswerk deelnemen. Zo doen 65-plussers, laagopgeleiden, degenen die hun eigen gezondheid als slecht beschouwen, degenen die geen lid van een kerk zijn, en werkenden minder vaak vrijwilligerswerk dan anderen (Schoemakers-Salkinoja 2002; zie ook De Klerk en Schellingerhout 2006).

5.2 Gevolgen van beperkingen voor participatie

In deze paragraaf wordt, op basis van het AVO-gehandicaptenonderzoek, ingegaan op de gevolgen die de lichamelijke beperkingen hebben voor de sociale en maatschappelijke participatie.

5.2.1 Sociale participatie

Vaak hebben mensen met lichamelijke beperkingen mobiliteitsproblemen en komen ze als gevolg daarvan minder makkelijk de deur uit. Dit heeft uiteraard gevolgen voor hun sociale contacten. Iemand met een erfelijke spierziekte verwoordt dat als volgt: 'Ik merk dat mijn sociale contacten opdrogen. Ik kom nergens meer, maak niets meer mee. Er blijft een klein groepje mensen over met wie je contact houdt.' (Citaat ontleend aan Peters 2005). Ook uit onderzoek onder ouderen (55-plussers) blijkt dat mensen met een slechte gezondheid minder tijd besteden aan sociale contacten dan andere ouderen (resp. 14,5 en 17,5 uur per week) (Breedveld 2006). Een Vlaams onderzoek laat zien dat mensen met voortdurende aandoeningen of handicaps minder goede vrienden hebben en minder regelmatig vrienden ontmoeten dan degenen zonder beperkingen (Devisch en Samoy 2003).

Wat zegt Nederlands onderzoek over de frequentie en aard van de contacten van mensen met lichamelijke beperkingen? Ruim de helft voelt zich als gevolg van hun beperkingen belemmerd in hun sociale contacten. Dit gevoel hangt sterk samen met de ernst van de beperkingen: van degenen met ernstige beperkingen voelt ongeveer driekwart zich belemmerd, van wie 40% vaak. Bij alle mensen met beperkingen (incl. degenen wier beperkingen licht zijn) is dit ongeveer een zesde. Binnen de groep met matige of ernstige beperkingen komen belemmeringen in de sociale contacten bij iedere leeftijdsgroep in ongeveer dezelfde mate voor (tabel 5.10).

Tabel 5.10

Ervaren van belemmeringen in de sociale contacten, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	lichte	matige	ernstige	totaal	matige/ernstige beperking			n.s.
	beperking	beperking	beperking		16-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	
voortdurend of meestal belemmerd	8	16	40	16	22	20	25	
soms of zelden belemmerd	35	46	34	39	47	45	36	
nooit belemmerd	57	38	26	44	32	35	39	
totaal	100	100	100	100	sign.	100	100	100
(n)	(436)	(453)	(163)	(1052)	(184)	(232)	(199)	

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Voorals mensen met ernstige lichamelijke beperkingen geven aan dat zij minder contacten hebben sinds ze beperkingen hebben: 57% heeft minder contacten (tabel 5.11). Deze afname geldt vaker voor ouderen dan voor jongeren. Aan de andere kant is er ook een groep, vooral in de jongste leeftijdsgroep, die sinds ze beperkingen heeft, juist meer sociale contacten heeft gekregen.

Uit de Participatiemonitor van het NIVEL blijkt dat de overgrote meerderheid van de mensen met beperkingen hun sociale contacten als voldoende beschouwt. Toch zegt 41% van degenen met zowel matige of ernstige motorische als zintuiglijke beperkingen dat zij niet voldoende mogelijkheden hebben voor contacten met anderen en is 44% niet tevreden over de frequentie waarmee ze contacten hebben. Vooral vrouwen en 65-minners zijn ontevreden (Cardol et al. 2006: 45). Het is niet bekend hoe tevreden mensen zonder beperkingen over hun sociale contacten zijn.

Gevraagd naar hun grootste wens zeggen mensen met lichte beperkingen vooral dat de situatie mag blijven zoals die is, terwijl die met ernstige beperkingen veelal behoefte hebben aan meer autonomie: weg kunnen gaan zonder dat te moeten plannen. Daarnaast hebben de wensen veel te maken met identiteit en respect: meer geaccepteerd worden, meer begrip voor de beperkingen als het een keer wat minder gaat, en vooral meer 'echt' contact. Zo hebben zij behoefte aan eerlijkheid, vertrouwen en een luisterend oor (Cardol et al. 2006).

Tabel 5.11

Veranderingen in het aantal sociale contacten sinds de beperkingen zijn opgetreden, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (verticaal gepercenteerd)

	lichte beperking	matige beperking	ernstige beperking	totaal		matige/ernstige beperking			
						16-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	
meer contacten	7	10	7	9		13	10	6	
evenveel contacten	70	51	33	56		45	44	50	
minder contacten	18	36	57	32		36	44	44	
n.v.t. (beperkingen aan- geboren)	4	3	3	4		6	2	1	
totaal	100	100	100	100	sign.	100	100	100	sign.
(n)	(434)	(454)	(163)	(1051)		(185)	(232)	(200)	

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen (p < 0,05; chi-kwadraat toets).

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Het hebben van lichamelijke beperkingen heeft dus niet alleen gevolgen voor het aantal contacten dat men heeft, maar ook voor de aard van de contacten (tabel 5.12). Zo zeggen mensen met ernstige beperkingen vaker dat zij zich geïsoleerd voelen (25%) of geen deel uitmaken van een groep vrienden (59%), dan degenen met lichte beperkingen (resp. 18% en 32%). Ook vinden zij vaker dat hun contacten oppervlakkig zijn en zeggen ze minder vaak dat ze goed met anderen kunnen praten. Toch hebben ze even vaak iemand bij wie ze terecht kunnen of die hen begrijpt.

Uiteraard kunnen ook mensen zonder beperkingen ontevreden zijn over hun sociale contacten. In bijlage C zijn dezelfde uitspraken opgenomen voor de gehele bevolking. Uit een vergelijking blijkt dat de verschillen het grootst zijn bij de 16-54-jarigen⁷: zij voelen zich vooral veel vaker geïsoleerd (38% van degenen met matige of ernstige beperkingen en 11% van de gehele bevolking) en vinden minder vaak dat zij deel uitmaken van een groep vrienden (resp. 66% en 77%).

Tabel 5.12

Aard van de sociale contacten, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	lichte beperking	matige beperking	ernstige beperking	totaal	matige/ernstige beperking				
					16-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		
ik heb mensen met wie ik goed kan praten	92	89	83	89	sign.	89	91	84	n.s.
ik voel me van andere mensen geïsoleerd	18	25	25	22	sign.	38	22	19	sign.
er zijn mensen bij wie ik terecht kan	92	89	87	90	n.s.	88	88	89	n.s.
er zijn mensen die me echt begrijpen	85	82	84	83	n.s.	82	81	85	n.s.
ik maak deel uit van een groep vrienden	68	62	41	61	sign.	66	60	44	sign.
mijn sociale contacten zijn oppervlakkig	37	44	53	42	sign.	39	45	54	sign.
(n)	(436)	(453)	(163)	(1052)		(184)	(232)	(201)	

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

De gevolgen van iemands lichamelijke beperkingen zijn uiteraard zeer divers. Een positief effect kan zijn dat de band met de partner of met andere familieleden beter is geworden. Ongeveer een kwart van de mensen met beperkingen geeft dit aan, degenen met ernstige beperkingen het vaakst. Een betere relatie met de partner komt vooral voor bij relatief jonge mensen, omdat die vaker een partner hebben.

Een negatief aspect dat mensen dikwijls noemen, is dat zij minder sociale contacten hebben gekregen sinds de beperkingen optraden (hetgeen ook naar voren kwam in tabel 5.11) en dat zij minder contacten hebben dan ze zouden willen hebben. Ook stuiten zij op veel onbegrip (24%, bij degenen met ernstige beperkingen 32%) en hebben ze het gevoel dat voor hen belangrijke mensen uit de eigen omgeving zich van hen hebben afgewend (12%, bij degenen met ernstige beperkingen 20%). De negatieve gevolgen die het meest worden genoemd, hebben dus vooral betrekking op de contacten buiten de eigen kring. Voor vrijwel alle uitspraken geldt dat deze vaker van toepassing zijn op de relatief jonge mensen dan op oudere mensen.⁸

De negatieve gevolgen wegen niet allemaal even zwaar. Zo vinden mensen het vooral naar als deze hun directe gezinsleven beïnvloeden. Wanneer zij als gevolg van hun beperkingen hun kinderwens niet in vervulling zien gaan of het gevoel hebben dat ze weinig tijd voor hun gezin hebben, dan is dat erger dan als buren hen nu anders behandelen (rechterdeel tabel 5.13).

Tabel 5.13

Gevolgen van beperkingen voor de sociale contacten, naar ernst van de beperkingen, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

als gevolg van mijn lichamelijke beperking...	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	degenen die gevolgen ervaren ^a			
					erg fijn	fijn	niet fijn	
positieve aspecten					erg erg	erg	niet erg	
ben ik nader tot mijn partner gekomen	19	27	26	24	sign.	51	48	1
is de band met de familie hechter geworden	21	28	35	26	sign.	49	49	2
negatieve aspecten					heel erg	erg	niet erg	
zijn mijn sociale contacten minder geworden	20	36	59	33	sign.	27	51	22
stuit ik op veel onbegrip	20	25	32	24	sign.	36	50	14
heb ik minder sociale contacten dan ik zou willen	13	25	42	23	sign.	29	64	7
hebben belangrijke mensen uit mijn omgeving zich van mij afgewend	7	14	20	12	sign.	46	47	8
voel ik me weinig gewaardeerd	5	13	17	10	sign.	44	49	7
word ik anders behandeld door burens/vrienden	5	11	16	9	sign.	24	36	40
is mijn kinderwens veranderd	6	5	4	5	sign.	56	34	10
heb ik niet veel tijd meer voor mijn gezin	3	5	7	4	n.s.	47	44	10
is het voor mij moeilijk een partner te vinden	2	7	3	4	sign.	32	37	31
is er een eind aan mijn relatie gekomen	3	4	1	3	sign.	40	44	16
(n)	(436)	(451)	(164)			b	b	b

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

a Hier zijn degenen geselecteerd die hebben aangegeven dat een bepaald aspect op hen van toepassing is, bijvoorbeeld degenen die zeggen dat zij nader tot hun partner zijn gekomen.

b De (n) is wisselend, afhankelijk van aandeel dat een gevolg ervaart, van 350 respondenten bij 'zijn mijn sociale contacten minder geworden' tot 33 respondenten bij 'is er een eind aan mijn relatie gekomen'.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

5.2.2 Culturele, recreatieve en sportieve participatie

Het is duidelijk dat de lichamelijke beperkingen veel gevolgen hebben voor de invulling van de vrijetijdsbesteding. Twee derde zegt dat hun vrijetijdsbesteding is veranderd sinds de beperkingen zijn opgetreden, van degenen met ernstige beperkingen is dit zelfs bij 85% het geval (tabel 5.14). Mensen doen vooral minder dan vroeger. Bovendien kost het hun meer moeite (vooral degenen met matige of ernstige beper-

kingen) en moeten ze het beter plannen dan voorheen (vooral de jongere mensen). Deze gegevens komen in grote lijnen overeen met die van de *Rapportage gehandicapten 2002* (De Klerk 2002).

Tabel 5.14

Veranderingen in de vrijetijdsbesteding sinds de beperkingen zijn opgetreden, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	matige/ernstige beperking			sign.	
					16-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		
vrijetijdsbesteding is veranderd sinds beperkingen	49	70	85	64	sign.	76	75	70	sign.
doe minder dan vroeger	75	83	82	80	n.s.	88	83	78	n.s.
doe meer dan vroeger	4	3	2	3	n.s.	4	1	3	n.s.
beter plannen dan vroeger	32	30	26	30	n.s.	37	30	19	sign.
kost meer moeite	48	61	58	56	sign.	58	65	54	n.s.
(n)	(435)	(452)	(164)	(1051)		(138)	(173)	(140)	

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

Bron: SCP (AVO-gehandicapten '04)

Er is ook gevraagd naar de manier waarop de vrijetijdsbesteding dan veranderd is. Zo blijken mensen minder activiteiten te ondernemen sinds zij beperkingen hebben. Bijna de helft (en ongeveer 70% van degenen met ernstige beperkingen) zegt dat zij minder uitgaan, hobby's hebben moeten opgeven, niet meer kunnen sporten en minder op vakantie gaan (tabel 5.15). Vooral het hebben moeten opgeven van hobby's valt mensen zwaar.

Dat mensen minder doen heeft verschillende achtergronden. Een groot deel (80% van degenen met ernstige beperkingen) vindt het een opgave om ergens naartoe te gaan. Hierbij speelt een rol dat zij geen dingen meer spontaan kunnen doen (73%), maar ook dat zij niet ver kunnen reizen (68%). Het feit dat de spontaniteit weg is, valt in het algemeen zwaarder dan het niet meer kunnen reizen. Anderzijds is het vanwege de gezondheidstoestand moeilijk dingen van tevoren te plannen (60%) en moeten plannen steeds worden bijgesteld (53%). Dit soort problemen maakt het natuurlijk ook lastig om iets samen met andere mensen te ondernemen. Tot slot speelt tijdgebrek een rol, bijvoorbeeld doordat men veel tijd kwijt is met de gezondheid zelf, bijvoorbeeld met allerlei regelwerk.

Een combinatie van wat het meeste voorkomt en wat mensen zelf het ergste vinden, wijst uit dat het hebben moeten opgeven van hobby's verreweg het grootste knelpunt vormt. Dat mensen weinig tijd hebben voor zichzelf, vinden zij ook erg, maar dat komt relatief weinig voor, waardoor het voor de groep als geheel het minst een knelpunt vormt.

Tabel 5.15

Gevolgen van beperkingen voor de vrijetijdsbesteding, naar ernst van de beperkingen, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

sinds mijn lichamelijke beperking is opgetreden...	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal		degenen die gevolgen ervaren ^a		
						heel erg	erg	niet erg
ga ik minder uit	29	55	76	47	sign.	26	46	27
heb ik hobby's moeten opgeven	33	51	68	46	sign.	52	39	10
kan ik niet meer sporten	35	51	60	46	sign.	35	35	30
kan ik niet meer spontaan dingen doen	27	53	73	45	sign.	35	55	10
wordt ergens naartoe gaan een opgave	24	50	80	44	sign.	33	54	13
kan ik niet (meer) ver op reis gaan	19	47	68	39	sign.	30	43	27
kan ik moeilijk dingen vooruit plannen	25	40	60	37	sign.	32	55	13
heb ik minder ontspanning	22	41	59	36	sign.	38	55	8
ben ik veel tijd kwijt met mijn gezondheid, door doktersbezoek, rusten, regelwerk	24	39	52	35	sign.	33	50	17
moet ik mijn plannen vaak op het laatste moment bijstellen	22	37	53	34	sign.	34	49	17
kan ik minder op vakantie gaan	14	39	66	33	sign.	35	44	21
heb ik weinig tijd voor mezelf	6	13	14	10	sign.	42	41	17
(n)	(435)	(453)	(163)	(1051)		b	b	b

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

a Hier zijn degenen geselecteerd die hebben aangegeven dat een bepaald aspect op hen van toepassing is, bijvoorbeeld degenen die zeggen dat zij minder uitgaan.

b De (n) is wisselend, afhankelijk van aandeel dat een gevolg ervaart, van 516 respondenten bij 'ga ik minder uit' tot 113 respondenten bij 'heb ik weinig tijd voor mezelf'.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

5.3.3 Deelname aan vrijwilligerswerk of informele zorg

Ongeveer een derde van de respondenten met beperkingen met beperkingen hen belemmert vrijwilligerswerk te doen. Dit geldt zowel voor degenen die helemaal geen vrijwilligerswerk doen als voor degenen die dit wel doen. De grootte van dit aandeel hangt, uiteraard, sterk samen met de ernst van de beperking: van de mensen met lichte beperkingen geeft 23% aan dat hun gezondheid een belemmering vormt en bij de mensen met ernstige beperkingen is dat 51%.

Als belangrijkste probleem geven mensen te kennen dat het te zwaar voor hen is, bijvoorbeeld omdat ze veel moeten tillen (tabel 5.16). Daarnaast speelt de ontoegankelijkheid van gebouwen (11%) en het vervoer (11%) een rol. Deze gegevens komen in grote lijnen overeen met die van de *Rapportage gehandicapten 2002*: daar bleek dat mensen vaak vooral hun eigen gezondheid, het feit dat ze vaak moe zijn of pijn hebben, als belemmering noemen, meer dan bijvoorbeeld de toegankelijkheid van gebouwen.

Tabel 5.16

Belemmeringen in de deelname aan vrijwilligerswerk, naar ernst van de beperkingen, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	lichte beperkingen	matig beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	sign.
te zwaar / te veel tillen	36	41	40	39	n.s.
ontoegankelijkheid gebouw	3	7	31	11	sign.
vervoer is een probleem	4	12	17	11	sign.
onvoldoende voorzieningen	7	6	12	8	n.s.
voelt zich niet geaccepteerd	5	4	1	4	n.s.
andere belemmering	17	11	15	14	n.s.
(n)	(101)	(182)	(81)	(364)	

Sign.: significant verschil naar ernst van de beperkingen ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP(AVO-gehandicapten'04)

5.3 Vervoer

In de *Rapportage gehandicapten 2002* is uitgebreid aandacht besteed aan de vervoersmogelijkheden van mensen met beperkingen. Ongeveer een derde van hen heeft niet de beschikking over een auto en is dus, in principe, aangewezen op het openbaar vervoer. Echter, lang niet iedereen met beperkingen kan hiervan gebruikmaken (ongeveer een derde kan dit niet), bijvoorbeeld omdat dat te vermoeiend is, men moeite heeft met in- en uitstappen of de afstand naar de halte te groot is (De Klerk 2002).

Degenen die geen auto hebben en geen gebruik kunnen maken van het openbaar vervoer, zijn aangewezen op het vraagafhankelijk openbaar vervoer, een vorm van collectief vervoer (de regiotaxi of het Valysvervoer voor lange afstanden) of op een

individuele vervoersvoorziening⁹ (zie ook De Klerk en Schellingerhout (2006) voor een beschrijving van het vervoersbeleid voor mensen met beperkingen). In het vervolg van deze paragraaf wordt met collectief vervoer het vraagafhankelijk collectief vervoer (de regiotaxi) bedoeld.

Tabel 5.17

Aangepast vervoermiddel, mobiliteitshulpmiddel en vervoersvergoeding ontvangen in het jaar voorafgaand aan de enquête door huishoudens, 18-plussers, naar ernst van de motorische beperkingen van de meest beperkte in het huishouden, 1995-2003 (in procenten)

	1995	1999	2003	sign.
vervoermiddel / mobiliteitshulpmiddel^a				
geen beperkingen	0,5	0,5	0,6	n.s.
lichte beperkingen	0,9	1,9	1,0	sign.
matige beperkingen	6,0	11,3	11,5	sign.
ernstige beperkingen	28,2	38,0	41,8	sign.
totaal	2,4	4,2	4,6	sign.
vervoersvergoeding^b				
geen beperkingen	1,0	0,8	0,6	n.s.
lichte beperkingen	1,5	2,8	3,1	sign.
matige beperkingen	10,2	16,2	13,8	sign.
ernstige beperkingen	28,1	43,7	37,7	sign.
totaal	3,3	5,4	5,1	sign.
(n)	(6573)	(6170)	(6514)	

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

a Aangepaste auto, scootmobiel, aangepaste fiets, rolstoel, rollator, looprekje of ander vervoermiddel voor gehandicapten.

b Kilometervergoeding eigen auto, taxikostenvergoeding, vergoeding vraagafhankelijk collectief vervoer.

Bron: SCP (AVO'95-'03)

Het gebruik van een aangepast vervoermiddel, zoals een aangepaste auto of een scootmobiel, of van een mobiliteitshulpmiddel, zoals een rollator of een rolstoel, is tussen 1995 (een jaar na invoering van de Wvg) en 2003 aanzienlijk toegenomen (tabel 5.17). Zo kreeg in 1995 28% van de mensen met ernstige beperkingen een vervoer- of mobiliteitshulpmiddel en in 2003 42%. Deze toename vond vooral plaats bij de 65-plussers, die geen aanspraak konden maken op de AAW, de voorloper van de Wvg. Verreweg de meeste hulpmiddelen werden verstrekt via de Wvg, maar mensen kregen ze ook van de thuiszorg (vooral rolstoelen), via de Wet Rea (bv. een scootmobiel) of hun verzekerder (vooral rollators).

Ook het gebruik van vervoersvergoedingen nam aanzienlijk toe in de periode 1995-2003. Zo kreeg 28% van de mensen met ernstige beperkingen een vervoers-

vergoeding in 1995 en 38% in 2003. Opvallend is dat het gebruik van deze vergoedingen tussen 1999 en 2003 is afgenomen. Dit blijkt vooral toe te schrijven te zijn aan de afname van de vergoeding voor de eigen auto (niet in tabel). Het aandeel mensen met een vervoersvergoeding wordt in het AVO mogelijk onderschat, doordat mensen die een pasje hebben om tegen openbaarvervoertarief met het aanvullend vervoer te reizen, dit niet als een vervoersvergoeding opvatten. Uit Wvg-registraties blijkt dat het aantal verstrekkingen voor collectief vervoer wel enorm is toegenomen.

Dat het aantal verstrekte vervoersvoorzieningen is toegenomen, blijkt ook uit Wvg-registraties. Via de Wvg (inmiddels onderdeel van de Wmo) werden jaarlijks circa 50.000 rolstoelen en ruim 40.000 scootmobiel verstrekt (tabel 5.18). Ongeveer 90.000 nieuwe cliënten konden in 2005 gebruikmaken van het collectief vervoer, van wie een deel daarnaast een geldsom krijgt. Dit laatste deel is sinds 2003 afgenomen. In totaal werden er in 2005 ruim 230.000 rolstoelen en vervoersvoorzieningen verstrekt. Ongeveer 68% van de 300.000 aanvragers van nieuwe Wvg-voorzieningen (incl. woonvoorzieningen) is 65-plusser (Wapstra-van Damme et al. 2006). Dit aandeel is al jarenlang stabiel.

Bij een vergelijking over de jaren 1997-2005 blijkt dat het aantal verstrekte rolstoelen en andere voorzieningen tot 2003 is toegenomen en sindsdien ongeveer constant is. Het aantal geldsomverstrekkingen is gedaald, maar het collectief vervoer is toegenomen: steeds meer gemeenten hebben in de loop van de tijd een collectiefvervoerssysteem opgezet. Dit betekent dus dat steeds meer mensen zijn aangewezen op het collectieve vervoer.

In totaal staan er bijna 1 miljoen rolstoelen en vervoersvoorzieningen uit. Het komt voor dat mensen verschillende vervoermiddelen gebruiken. Zo zijn er mensen die zowel een rolstoel als een scootmobiel hebben en daarnaast een vervoersvergoeding krijgen. In 2005 hadden in totaal 648.000 cliënten een Wvg-voorziening.¹⁰ Van hen is ruim 72% 65-plusser (Wapstra-van Damme et al. 2006).

Onduidelijk is in hoeverre bijvoorbeeld scootmobiel of rolstoelen opnieuw gebruikt worden. Volgens Revaned, de branchevereniging voor de revalidatiedetailhandel, wordt 50%-60% van de hulpmiddelen zoals rolstoelen of scootmobiel hergebruikt (Revaned 2005). Hierin lijken er wel verschillen te bestaan tussen gemeenten. Overigens is een hulpmiddel vaak helemaal afgestemd op de specifieke behoeften van een gebruiker, hetgeen betekent dat er bij complexe beperkingen niet altijd sprake kan zijn van hergebruik.

Ook het aantal Valyspashouders stijgt snel. Op 1 december 2004 waren er 40.081 pashouders, op 1 november 2005 waren dat er 68.357 (TK 2005/2006c) en eind 2006 waren er in Nederland 125.000 Valyspashouders (vws-website).¹¹ Uit gegevens van het NIVEL blijkt dat 12% van de mensen met een matige of ernstige beperking een Valyspas heeft, maar dat slechts 2% hier ook daadwerkelijk gebruik van maakt (Van den Brink-Muinen et al. 2007).

Tabel 5.18

Wvg-verstrekingen op het terrein van vervoer, 1997-2005 (in absolute aantallen x 1000 en indices, 1997 = 100)

	1997	1999	2001	2003	2005	index
nieuwtoegekende voorzieningen	225,6	206,1	206,8	228,4	233,3	103
rolstoelen ^a	39,1	46,3	47,0	51,4	49,6	127
scootmobielen + overige voorzieningen in natura	23,0	26,3	32,9	43,9	41,5	181
geldsomverstrekingen	58,3	52,2	29,0	26,3	25,7	44
collectief vervoer	69,8	57,5	74,9	81,0	75,3	128
aanvullende vergoeding collectief vervoer	35,4	23,8	23,0	25,7	10,6	30
uitstaande voorzieningen ^b	533,5	718,7	798,5	970,4	990,0	186
rolstoelen ^a	82,8	118,9	151,6	170,7	163,4	197
scootmobiels + overige voorzieningen in natura	30,6	51,5	72,5	88,6	109,0	356
overige voorzieningen in natura	14,3	26,3	29,6	39,2	39,1	273
geldsomverstrekingen	192,5	228,6	160,0	144,6	162,5	84
collectief vervoer	213,3	293,4	384,8	527,3	516,0	242
aanvullende vergoeding collectief vervoer	100,2	106,0	114,4	204,8	92,2	90

a Elektrisch en handmatig.

b Bij het totaal zijn degenen die een aanvullende geldsom naast het collectief vervoer kregen, niet nogmaals meegerekend.

Bron: Van Andel et al. (2002); Wapstra-van Damme et al. (2006)

Het feit dat veel mensen een vervoersvoorziening hebben, wil niet zeggen dat er geen behoefte is aan extra voorzieningen. Uit het rapport *Ondersteuning gewenst* (De Klerk en Schellingerhout 2006) blijkt dat bij ongeveer 21% van de mensen met een langdurige matige of ernstige beperking zo'n behoefte leeft, vooral aan een gehandicaptenparkeerkaart, een kilometervergoeding of een taxikostenvergoeding. Dus aan voorzieningen waarmee men veel flexibiliteit heeft en weinig afhankelijk is van het collectief vervoer (tabel 5.19). De redenen waarom men hier niet over beschikt, zijn dat men niet weet hoe men dat moet regelen, dat een aanvraag is afgewezen, en financiële redenen.

Ongeveer 22% van de mensen die gebruikmaken van het vraagafhankelijk collectief vervoer, is hierover niet tevreden, zo blijkt uit het AVO-gehandicaptenonderzoek. Zowel in *Rapportage gehandicapten 2002* (De Klerk 2002) als in *Jeugd met beperkingen* (Kooiker 2006) als in *Ondersteuning gewenst* (De Klerk en Schellingerhout 2006) is uitgebreid aandacht geschonken aan de problemen die mensen met beperkingen

hebben met het vervoer. Zo bleek uit onderzoek onder mensen met een langdurige beperking dat de grote meerderheid (92%) weliswaar vindt dat zij met het vraagafhankelijk collectief vervoer binnen de regio op de gewenste bestemming kan komen, maar dat een derde van mening is dat het veel moeite kost om op die bestemming te komen. Een probleem dat mensen daarbij signaleren is dat het vervoer vaak niet op tijd komt (De Klerk en Schellingerhout 2006). En eerder onderzoek wees uit dat mensen die aangewezen zijn op het collectief vervoer, er moeite mee hebben dat zij zich minimaal een uur van tevoren moeten aanmelden, omdat het vervoer daardoor weinig flexibel is (De Klerk 2002; Ipsos Facto en SGBO 2001).

Jongeren met beperkingen in Valkenswaard noemden tijdens een gespreksgroep vervoer een van de belangrijkste thema's. Zij ervaren als knelpunt de grote speling in de tijd (de wachttijd en de tijd om van A naar B te komen), maar ook het feit dat de gemeente te weinig strippen toekent, zodat mensen moeilijk contact kunnen onderhouden met vrienden buiten de eigen gemeente (Groen en Cox 2006).

Tabel 5.19

Onvervulde behoefte aan vervoersvoorzieningen, 20-plussers met langdurige matige of ernstige lichamelijke beperkingen, 2005 (in procenten)

kilometervergoeding eigen auto	10,3
vergoeding aanpassingen eigen auto	4,4
gehandicaptenparkeerkaart	15,5
collectief vervoer / regiotaxi	5,6
taxikostenvergoeding	8,9
Valys	7,8
totaal Wvg-voorziening^a	21,4

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

Bron: De Klerk en Schellingerhout (2006)

5.4 Knelpunten bij de participatie

Aan mensen met beperkingen is gevraagd in hoeverre zij als gevolg van hun lichamelijke beperkingen belemmeringen ondervinden bij verschillende vormen van vrijetijdsbesteding en waardoor zij dan belemmerd worden. Zij voelen zich het meest belemmerd bij het sporten in verenigingsverband (47%), het wandelen of fietsen (43%) en de vakanties (32%). Van de mensen met ernstige beperkingen voelt meer dan de helft zich hierbij belemmerd (tabel 5.20).

Uit de *Rapportage gehandicapten 2002* bleek dat mensen als belangrijkste oorzaak van hun belemmeringen hun eigen gezondheid noemen: zij zijn vooral te moe, kunnen

niet lang staan of zitten, of hebben te veel pijn (De Klerk 2002). Als gevraagd wordt naar omgevingsfactoren die hen belemmeren, dan noemen zij vooral vervoersproblemen en ontoegankelijke gebouwen (zie tabel 5.21).¹² Of het vervoer een probleem is, hangt sterk samen met het gebruik van het collectief vervoer: van degenen die zeggen dit vervoer te gebruiken, ondervindt een derde belemmeringen in de vrijetijdsbesteding en van degenen die geen collectief vervoer gebruiken, 13% (niet in tabel). Slechts heel weinig mensen geven te kennen dat zij niet aan bepaalde vrijetijdsactiviteiten deelnemen omdat zij zich niet geaccepteerd voelen.

Een goede toegankelijkheid van openbare gebouwen is alleen wettelijk vereist bij nieuw te bouwen gebouwen.¹³ Gemeenten kunnen daarnaast in bouwverordeningen bepalingen over de bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid van openbare gebouwen opnemen, maar ook deze gelden alleen voor gebouwen waarvoor een bouwvergunning moet worden afgegeven.

Tabel 5.20

Ervaren van belemmeringen bij verschillende vormen van participatie, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal	matige/ernstige beperkingen				
					16-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		
kerkdienst bezoeken	7	19	39	17	sign.	22	21	29	n.s.
sporten in verenigingsverband	36	53	62	47	sign.	63	52	50	sign.
deelname aan andere verenigingen	13	26	42	23	sign.	30	28	34	n.s.
uitgaan (theater, restaurant, bioscoop)	14	24	42	23	sign.	34	24	30	n.s.
wandelen of fietstocht maken	27	52	62	43	sign.	55	58	51	n.s.
andere vrijetijdsactiviteiten buitenshuis (attractie, museum bezoeken)	15	35	50	29	sign.	46	37	36	n.s.
deelname aan organisaties (vakbond, ouderenbond, politieke partij)	4	17	32	14	sign.	21	16	27	sign.
vakantie	21	36	53	32	sign.	43	37	43	n.s.
(n)	(414)	(428)	(157)	(999)		(170)	(221)	(195)	

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

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Tabel 5.21

Omstandigheden die mensen belemmeren in hun vrijetijdsbesteding, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	gebouw is ontoegankelijk	vervoer is probleem	voelt zich niet geaccepteerd	(n)
kerkdienst bezoeken	8	16	4	(173)
sporten in verenigingsverband	3	5	5	(500)
deelname aan andere verenigingen	5	10	4	(246)
uitgaan (theater, restaurant, bioscoop)	14	14	2	(239)
andere vrijetijdsactiviteiten buitenshuis (attractie, museum bezoeken)	11	12	1	(301)
deelname aan organisaties (vakbond, ouderenvond, politieke partij)	10	11	2	(138)
vakantie	6	17	2	(349)

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Uit ander onderzoek naar de drempels die mensen met beperkingen ervaren bij het sporten, komt eveneens een aantal van deze knelpunten naar voren. Daar bleek dat naast vervoersproblemen (de rit duurt te lang, er wordt niet op tijd gereden, de tarieven zijn te hoog) ook de afhankelijkheid van anderen, de onbekendheid met het aanbod, de toegankelijkheid van accommodaties, financiële drempels (vooral voor mensen met een laag inkomen), en persoonlijke drempels (zoals het niet accepteren van de eigen handicap) een rol spelen (Du Long 2003; Lubbe 2006).

Uit onderzoek van de gemeente Zwolle blijkt dat ongeveer 60% van de mensen met een lichamelijke beperking (18-55-jarigen) ontevreden is over de eigen daginvulling. Zo zouden zij bijvoorbeeld meer willen deelnemen aan activiteiten buitenshuis. Dat zij dit niet doen, komt deels door hun eigen gezondheid, waardoor zij dat niet kunnen, maar ook doordat hun financiën het niet toelaten (Dekker en Willighagen 2005). En SCP-onderzoek onder mensen met langdurige matige en ernstige beperkingen wijst uit dat 70% meer wil participeren dan nu het geval is (dit betreft zowel mensen die al actief zijn op een bepaald terrein als degenen die niet actief zijn). Vooral jonge(re) mensen en mensen met een laag inkomen hebben de wens meer te participeren (De Klerk en Schellingerhout 2006).

Een mogelijke oplossing voor de financiële problemen die mensen met beperkingen ervaren bij hun maatschappelijke participatie, is wellicht een persoonsgebonden budget voor welzijn, zoals de gemeente Almelo kent. Mensen die als gevolg van hun beperkingen in een sociaal isolement verkeren of daarin terecht dreigen te komen, kunnen eenmalig 450 euro van de gemeente krijgen, die zij naar eigen inzicht kunnen besteden aan hun vrijetijdsactiviteiten (Gemeente Almelo 2006). In Oostenrijk krijgen mensen met beperkingen een geldbedrag (Pflegegeld), dat bedoeld is

om de meerkosten die zij maken, te compenseren, maar dat zij geheel vrij kunnen besteden, dus bijvoorbeeld ook aan (ondersteuning bij of vervoer naar) de vrijetijdsbesteding (Österle en Hammer 2004).

Aan mensen met beperkingen is gevraagd naar het domein waarop ze de grootste knelpunten ervaren. Ongeveer een op de drie mensen zegt geen knelpunten te hebben (tabel 5.22). Dit komt vaker voor bij mensen met lichte beperkingen (45%), dan bij die met ernstige beperkingen (26%). De grootste knelpunten doen zich voor op het sociaaleconomische terrein: de financiële positie en de deelname aan de arbeidsmarkt. De vrijetijdsbesteding en het vervoer komen op de derde plaats. Er zijn overigens verschillen naar ernst van de beperking: de mensen met ernstige beperkingen en de 75-plussers (voor een flink deel overlappende groepen) geven relatief vaak aan dat het vervoer voor hen een probleem vormt.

Tabel 5.22

Het terrein waarop mensen het grootste knelpunt ervaren, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (verticaal gepercenteerd)

	licht	matig	ernstig	totaal	16-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar
financiële positie	16	19	26	19	22	19	10
arbeid	14	16	3	13	25	8	0
vrijetijdsbesteding	8	8	4	7	8	7	5
vervoer	3	7	21	7	3	7	15
sociale contacten	3	3	7	4	2	3	6
woonsituatie	2	4	4	3	2	4	3
onderwijs	3	2	1	3	4	2	1
zorggebruik	1	3	3	2	2	2	4
vrijwilligerswerk	0	1	2	1	0	1	2
iets anders	5	7	4	6	6	6	7
geen knelpunt	45	30	26	37	26	41	47
(n)	(425)	(444)	(164)	(1033)	(427)	(414)	(258)

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

5.5 Samenvatting

Mensen met beperkingen zijn vaker alleenstaand dan mensen zonder beperkingen, deels omdat zij minder vaak gehuwd zijn, deels omdat ze gescheiden zijn. Het aandeel dat zegt dat zij als gevolg van hun beperkingen geen partner (meer) hebben of hun kindwens hebben moeten bijstellen, is gering (ongeveer 5%), maar deze groep ervaart dit gemis aan een partner of kinderen wel als heel erg.

Mensen met en zonder beperkingen nemen even vaak deel aan muziek- of toneelverenigingen. Bij het beoefenen van creatieve bezigheden, zoals kleding maken, fotograferen of zingen, zijn mensen met ernstige beperkingen veel minder actief dan die zonder beperkingen, maar die met matige beperkingen juist iets meer actief. Dit kan ermee samenhangen dat deze mensen iets meer vrije tijd hebben dan degenen zonder beperkingen en minder vaak de deur uit gaan. Op de terreinen cultuur, recreatie en sport, vrijwilligerswerk en informele hulpverlening is de deelname geringer naarmate de beperkingen ernstiger zijn. Deze constatering is niet nieuw. Belangrijker is dan ook dat in de periode 1995-2003 de verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen niet groter of kleiner zijn geworden.

Ruim de helft van de mensen met beperkingen zegt belemmerd te zijn in hun sociale contacten. Dat geldt niet alleen voor het aantal, maar ook voor de aard van de contacten. Vooral de jonge(re) mensen voelen zich relatief vaak geïsoleerd en vinden weinig dat zij deel uitmaken van een vriendengroep. Naast het feit dat zij minder contacten hebben sinds zij een beperking hebben, noemen mensen ook het onbegrip en het gevoel dat belangrijke mensen uit de eigen omgeving zich van hen hebben afgewend. Dit alles geldt vaker voor relatief jonge mensen dan voor ouderen. Vooral zaken die hun directe gezinsleven aantasten, worden door mensen heel erg gevonden.

Ook de vrijetijdsbesteding verandert naarmate men meer beperkingen heeft. Niet alleen doet men in het algemeen minder dan voor de beperkingen er waren, maar met moet ook beter plannen. Vrijetijdsactiviteiten uitvoeren is een onderneming: vooral ergens naartoe gaan kost veel moeite, spontaan dingen ondernemen is lastig en plannen moeten steeds worden bijgesteld. Mensen vinden het vooral erg dat zij hobby's moeten opgeven, dat zij minder ontspanning hebben dan voorheen, en dat zij geen zaken meer spontaan kunnen doen.

Veel mensen met beperkingen zijn aangewezen op het vraagafhankelijk collectief vervoer, zoals de regio-taxi. Het gebruik van vervoersvoorzieningen (scootmobiel, rolstoelen, rollators) is enorm toegenomen tussen 1995 en 2003. Het aantal geldsomverstrekkingen is sinds 1999 gedaald, maar het aantal toewijzingen voor het collectieve vervoer is tussen 1997 en 2005 gestaag gestegen. Steeds meer mensen met beperkingen zijn dan ook afhankelijk geworden van het (vraagafhankelijk) collectieve vervoer. De al eerder geconstateerde knelpunten hierin, zoals de geringe flexibiliteit, treden nog steeds op. Het vervoer staat bij personen met ernstige beperkingen op de tweede plaats (na de financiële positie) en bij personen met matige beperkingen op de vierde plaats (na arbeid, financiële positie en vrijetijdsbesteding), als het gaat om de grootste knelpunten die mensen met lichamelijke beperkingen ervaren.

Noten

- 1 Aan de sportvereniging, waar relatief veel mensen lid van zijn, wordt aandacht besteed bij het onderwerp sport.
- 2 Dit blijkt uit multivariate analyses waarbij statistisch is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.
- 3 Dit blijkt uit het AVO-gehandicaptenonderzoek 2004.
- 4 Deze norm is in 1998 vastgesteld door een aantal universiteiten en onderzoeksinstituten op basis van internationale richtlijnen. De in de hoofdtekst genoemde norm geldt voor 18-55-jarigen. Voor jongeren en ouderen gelden andere normen (Stiggebout et al. 2004).
- 5 Hierbij is rekening gehouden met ontwikkelingen in bijvoorbeeld leeftijd of opleidingsniveau.
- 6 Dit betreft de volgende verenigingen: politieke partij/vereniging, werkgeversorganisatie of vakbond, organisatie met een specifiek maatschappelijk doel, organisatie op het gebied van natuur of milieu, onderwijs of schoolvereniging, vrouwenvereniging, sportvereniging, zang-, muziek- of toneelvereniging, hobbyvereniging, jeugdvereniging of padvinderij, vereniging voor beeldende vorming, ander soort vereniging of organisatie.
- 7 Bij de 75-plussers zijn er vrijwel geen verschillen. Dit komt uiteraard doordat er in de algehele bevolking van 75-plussers veel mensen met beperkingen zijn.
- 8 Dit leeftijdseffect geldt alleen niet voor de uitspraken 'is de band met de familie hechter geworden' en 'heb ik minder sociale contacten dan ik zou willen'.
- 9 Het betreft dan voorzieningen voor mensen die bijvoorbeeld om medische redenen geen gebruik kunnen maken van het collectieve vervoer. Meestal verstrekt een gemeente in dat geval een financiële tegemoetkoming in de kosten van het vervoer per taxi of eigen auto. Ook kan een gemeente er in bepaalde gevallen voor kiezen een aangepaste auto in bruikleen te geven of de kosten voor het aanpassen van de eigen auto te vergoeden.
- 10 Dit zijn vooral rolstoel- of vervoersvoorziening, zoals genoemd in tabel 5.18, maar ook roerende woonvoorzieningen (53.000).
- 11 Bron: <http://www.minvws.nl/dossiers/gehandicapten/valys/>, geraadpleegd op 2 april 2007.
- 12 In De Klerk en Schellingerhout (2006) worden dezelfde knelpunten genoemd. Wel verschillen de percentages, doordat in dat onderzoek andere selecties zijn toegepast (het gaat daar om mensen met langdurige beperkingen en er is alleen gevraagd of mensen belemmeringen ervaren als zij participeren of willen participeren).
- 13 De regels die daarvoor gelden, zijn opgenomen in het Bouwbesluit dat sinds 2003 van kracht is (zie www.minvrom.nl).

6 Wonen

Mirjam de Klerk

Mensen met beperkingen willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Ook het overheidsbeleid is hierop gericht. Om zelfstandig te kunnen blijven wonen, is een geschikte huisvesting van belang. Het gaat bijvoorbeeld om de toegankelijkheid van de woning (kan iemand de woning bereiken en zich in de woning verplaatsen) en om de vraag of de woning is aangepast aan de beperkingen van de bewoners. Vaak wordt bij het beoordelen of de woning geschikt is voor mensen met beperkingen, ook gekeken naar de zorg- en dienstverlening die beschikbaar is binnen het wooncomplex of die vanuit een nabijgelegen steunpunt wordt geboden (Sogelée en Brouwer 2003). Omdat er over dit laatste alleen gegevens beschikbaar zijn voor de woningen die bestemd zijn voor ouderen, en omdat hier al uitgebreid over is gerapporteerd in de *Rapportage ouderen 2004* (De Klerk 2004) en de rapportage *Met zorg gekozen?* (Kullberg en Ras 2004), blijft dit aspect in dit hoofdstuk buiten beschouwing. Wel wordt aandacht besteed aan de kwaliteit van de woning, de woonlasten en de woonomgeving, aspecten die ook van belang zijn voor prettig wonen.

De belangrijkste vraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord, luidt: in hoeverre wonen mensen met beperkingen in voor hen geschikte woningen (zoals nultredenwoningen, woningen met aanpassingen) en zijn hierin ontwikkelingen in de tijd te zien? Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre zij gebruikmaken van voorzieningen die erop gericht zijn hun redzaamheid te vergroten, zoals woningaanpassingen.

6.1 Overheidsbeleid

Het overheidsbeleid is erop gericht mensen met beperkingen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen (TK 2000/2001b; vws 2005). Dit gebeurt onder meer door middel van het faciliteren van 'op maat gesneden woonzorg- en dienstverleningsarrangementen voor zorgbehoevenden in de samenleving', zo blijkt uit de nota *Mensen Wensen Wonen* (VROM 2000: 34). 'Wonen en zorg' is benoemd als een van de vijf inhoudelijke opgaven voor het woonbeleid in de jaren 2000. Hierbij gaat het om het huisvesten van ouderen, verstandelijk en lichamelijk gehandicapten, (ex-)psychiatrisch patiënten, dak- en thuislozen en verslaafden.¹

De minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) hebben vervolgens in een beleidsbrief aan de Tweede Kamer *Investeren voor de toekomst* (TK 2002/2003; TK 2003/2004b) aanbevelingen gedaan om te voldoen aan de groeiende vraag naar toegankelijke woningen.²

Door de demografische ontwikkeling en de extramuralisering van de zorg stijgt immers de behoefte aan nultredenwoningen (een woning die zonder trap-

pen bereikbaar is, met de woon-, bad- en slaapkamer, toilet en keuken op dezelfde woonlaag) aanzienlijk. Voor 2015 zijn er bijvoorbeeld minimaal 395.000 extra nultredenwoningen nodig.³ Minimaal, want lang niet alle nultredenwoningen zullen toegewezen worden aan huishoudens met een behoefte aan zo'n woning. Deze extra nultredenwoningen zijn te realiseren door nieuwbouw, door het toegankelijk maken van bestaande woningen (bv. door het aanbrengen van een traplift) en door gerichte woningtoewijzing. De rijksoverheid heeft vastgesteld hoeveel nultredenwoning er extra moeten komen, maar het is aan projectontwikkelaars, corporaties en gemeenten om deze te realiseren.

Overigens kunnen ook andere maatregelen, bijvoorbeeld het aanbrengen van woningaanpassingen zoals handgrepen in de badkamer of het toilet, de geschiktheid van woningen vergroten. Dit soort aanpassingen kunnen onder meer vergoed worden via de Wet maatschappelijke ondersteuning, tot 1 januari 2007 via de Wet voorzieningen gehandicapten (zie § 6.4).

Tot slot was er tussen 2000 en 2003 een Tijdelijke Woonzorgstimuleringsregeling van de ministeries van VROM en VWS voor de subsidie van projecten die de samenhang tussen wonen, zorg en dienstverlening beoogden te stimuleren. In totaal kregen 637 projecten subsidie, waarvan 44% voor ouderen, 55% voor gehandicapten en 13% voor overige doelgroepen (Schippers 2004).

Om de positie van mensen met beperkingen te versterken is op 1 december 2003 de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) ingevoerd (zie ook hoofdstuk 1). Op 1 november 2006 hebben de bewindslieden van VROM en VWS een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer gestuurd om de Wet gelijke behandeling uit te breiden met wonen. Ingeval die wet wordt aangenomen, kan een verhuurder een gehandicapte geen woning of kamer weigeren vanwege de handicap. De uitbreiding van de WGBH/CZ verplicht de verhuurder niet de woning aan te passen aan de handicap van de huurder. Voor dergelijke materiële aanpassingen blijft de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)⁴ gelden. De WGBH/CZ verplicht de verhuurder tot immateriële aanpassingen, zoals toestemming voor het stallen van een scootmobiel, of het elektronisch beschikbaar stellen van documenten, (zodat deze toegankelijk gemaakt kunnen worden voor mensen met een visuele handicap).

6.2 Aantal bewoners van intra- of semimurale woonvormen

Het aantal mensen dat in een semi- of intramurale woonvorm voor gehandicapten woont, is niet precies bekend (omdat vaak alleen het aantal erkende plaatsen wordt geregistreerd)⁵, maar wel is duidelijk dat het om een zeer klein aantal gaat (zie tabel 6.1).

Tabel 6.1

Ontwikkeling van de capaciteit (erkende plaatsen) van woonvoorzieningen voor mensen met lichamelijke beperkingen,^a 1997-2005 (in absolute aantallen en indices, 1997 = 100)

	1997	1999	2001	2003	2005	index
ondersteuning woon- en verblijfsfunctie (intramuraal)^b						
instellingen voor auditief gehandicapten	874	894	918	1.022	1.022	117
instellingen voor visueel gehandicapten	560	560	568	568	568	101
grote woonvormen	764	752	773	819	792	104
ondersteuning woonfunctie (semimuraal)						
GVT's voor lichamelijk gehandicapten	1.974	2.189	2.355	2.592	3.022	153
GVT's voor zintuiglijk gehandicapten	213	217	233	247	179	84
GVT's voor meervoudig gehandicapten	49	70	70	69	78	159
Fokuswoningen / ADL-clusterwoningen ^c	847	859	902	926	1.051	124
totaal woonvoorzieningen	5.281	5.541	5.819	6.243	6.712	127
verzorgingshuizen	111.719	107.065	102.920	100.799	.	.
verpleeghuizen ^d	55.600	55.600	56.900	57.800	.	.

a In registraties wordt onderscheid gemaakt tussen lichamelijke en zintuiglijke beperkingen. In dit rapport worden de termen motorische en zintuiglijke beperkingen gebruikt, en wordt de term lichamelijke beperkingen gebruikt om de totale groep aan te duiden.

b Bij intramuraal kan het ook gaan om sociowoningen of begeleid zelfstandig wonen in de wijk.

c Aantal woningen. Deze woningen worden in het algemeen niet tot de woonvoorzieningen voor gehandicapten gerekend, omdat ze niet onder de AWBZ vallen. De opheffing van de subsidieregeling ADL-assistentie (overgang naar de AWBZ) is uitgesteld tot 1 januari 2008.

d Dit is inclusief psychogeriatrische verpleeghuispatiënten; zij hebben vrijwel allemaal ook lichamelijke beperkingen (De Klerk 2005).

.

Nog geen gegevens beschikbaar.

Bron: CTG (2001, 2003, 2006)

In totaal zijn er ongeveer 2400 erkende plaatsen in instellingen voor auditief of visueel gehandicapten of de vier grote woonvormen (waarvan Ons Dorp de bekendste is) en zijn er ruim 4300 plaatsen in gezinsvervangende tehuizen (GVT's) of Fokuswoningen.⁶ Zowel de capaciteit van de intra- als van de semimurale sector is in de afgelopen tien jaar iets toegenomen. Deze toename dient genuanceerd te worden: een deel van de instellingsbewoners staat wel geregistreerd als bewoners van 'instellingen voor gehandicapten', omdat deze instellingen geld ontvangen voor de ondersteuning van deze mensen, maar zij wonen niet op een instellingsterrein.

Behalve in specifieke voorzieningen voor motorisch of zintuiglijk gehandicapten, wonen er ook veel mensen, vooral ouderen, met lichamelijke beperkingen in verzorgings- en verpleeghuizen. In 2004 (niet in tabel) woonden er bijna 100.000 mensen

in een verzorgingshuis en ongeveer 60.000 in een verpleeghuis. Van de verpleeghuisbewoners is een deel daar tijdelijk opgenomen vanwege een revalidatie en verblijft er niet permanent. Hoe groot dat aandeel is, is niet bekend. De capaciteit van verpleeghuizen is toegenomen de afgelopen jaren (van ongeveer 55.500 in 1997 tot bijna 58.000 in 2004), die van verzorgingshuizen is afgenomen (van bijna 112.000 in 1997 tot bijna 101.000 in 2004). Het aantal plaatsen in zogenoemde woonzorgcomplexen en andere zelfstandige woonvormen met vormen van intensieve verzorging nam toe in die periode. Exacte aantallen over die capaciteit zijn echter niet voorhanden.

Vergelijken we het aantal zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige beperkingen (ongeveer 1,7 miljoen) met het aantal mensen in semi- en intramurale woonvormen (ongeveer 6.700 in woonvormen voor lichamelijk gehandicapten en 160.000 in verzorgings- en verpleeghuizen), dan luidt de conclusie dat verreweg het grootste deel van de mensen met lichamelijke beperkingen zelfstandig woont.

6.3 Toegankelijkheid van de woning

6.3.1 Moeite met verplaatsen in de woning

Net als iedereen moeten mensen met beperkingen zich vrij kunnen verplaatsen in hun eigen woning en deze goed kunnen betreden en verlaten. Veel mensen hebben problemen met traplopen (De Klerk et al. 2006).⁷ Van de zelfstandig wonende bevolking heeft ruim 9% er moeite mee en kan 1,6% kan dit alleen met hulp of helemaal niet (tabel 6.2). Een beduidend kleiner aandeel (circa 3%) heeft moeite om zelf de woning binnen te gaan of deze te verlaten. Het binnenshuis verplaatsen op dezelfde verdieping kunnen vrijwel alle bewoners zelf, al kost het ongeveer een achtste van de 75-plussers moeite. Hierbij gaat het om personen. Omgerekend woont in ruim 14% van de woningen iemand die moeite heeft met traplopen of dit helemaal niet (meer) kan (Kullberg en Ras 2004).⁸

Deze gegevens laten zien dat het vooral de trap is die problemen oplevert. Op een verdieping kunnen vrijwel alle mensen zichzelf verplaatsen. Dat is ook de belangrijkste reden dat de overheid zich in haar beleid vooral richt op de woningen waarnaar en waarin bewoners geen trappen hoeven te lopen, de zogenoemde nultredenwoningen.

Tabel 6.2

Moeite met mobiliteit, naar leeftijdscategorie, 18-plussers, 2003 (verticaal gepercentageerd)

	18-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
traplopen				sign.
zonder moeite	95,3	82,3	51,1	89,0
met moeite	4,3	15,8	36,9	9,4
alleen met hulp, kan het niet	0,4	1,9	12,1	1,6
zelf woning binnengaan				sign.
zonder moeite	98,9	95,8	80,6	96,9
met moeite	1,0	3,6	15,2	2,6
alleen met hulp, kan het niet	0,1	0,5	4,2	0,5
binnenshuis verplaatsen, zelfde verdieping				sign.
zonder moeite	99,2	96,7	85,4	97,7
met moeite	0,8	3,0	12,9	2,1
alleen met hulp, kan het niet	0,1	0,3	1,7	0,2
(n)	(7.840)	(2.770)	(790)	(11.400)

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

Bron: SCP (AVO'03)

6.3.2 Nultredenwoningen

Is de voordeur van de woning bereikbaar zonder traplopen en liggen de belangrijkste vertrekken (woonkamer, slaapkamer, keuken, sanitair) op dezelfde verdieping, dan spreken we over een nultredenwoning of volledig toegankelijke woning (TK 2002/2003). Dit etiket past op bijna een kwart van de woningvoorraad, ruim 1,6 miljoen woningen (Kullberg en Ras 2004). Nultredenwoningen zijn veelal etagewoningen (appartementen) met lift of parterrewoningen (57% van de nultredenwoningen), maar kunnen ook goed toegankelijke eengezinswoningen, villa's, bungalows, landhuizen of boerderijen zijn. Vanaf 1990 worden in toenemende mate geheel toegankelijke woningen gebouwd (Kullberg en Ras 2004).

In recent onderzoek van het ministerie van VROM is de definitie van nultredenwoningen aangescherpt en wordt gesteld dat de woonkamer (en niet de voordeur) zonder trap bereikbaar moet zijn (omdat voor veel bovenwoningen zich direct achter de voordeur een trap bevindt). Het aantal nultredenwoningen dat aan die nieuwe definitie voldoet, is kleiner: 1,48 miljoen woningen, 22% van de woningvoorraad (Buys et al. 2007).

Van de personen die niet kunnen traplopen, woont ongeveer 60% in een nultredenwoning (volgens de nieuwe definitie met de woonkamer bereikbaar zonder trap en de belangrijkste vertrekken op dezelfde verdieping)⁹ en van degenen die er moeite mee hebben, ongeveer 35% (tabel 6.3). Dit betekent dus dat ongeveer 40% van de

mensen die niet in staat zijn trap te lopen, toch een trap op moet. Het gaat om ongeveer 80.000 personen. Splitsen we deze uit naar leeftijd (niet in tabel), dan blijkt dat ouderen met beperkingen veel vaker in een nultredenwoning wonen dan 65-minners met beperkingen. Alleenstaanden wonen vaker in een nultredenwoning dan samenwonenden, omdat zij vaker in een appartement wonen (De Klerk en Schellingerhout 2006; Van Dugteren 2001; Vanheste et al. 2002).

Het aantal bewoners van nultredenwoningen is tussen 1995 en 2003 toegenomen, maar dat geldt niet voor de bewoners die moeite hebben met traplopen (tabel 6.3). Met andere woorden: het aantal nultredenwoningen is toegenomen, maar deze woningen worden lang niet altijd bewoond door mensen die moeite hebben met traplopen (zie ook Kullberg en Ras 2004; De Klerk 2004). Van hen woont in 2003 nog een even groot deel in een woning met een trap als in 1995. Het is dan ook belangrijk om niet alleen nultredenwoningen te bouwen, maar ze toe te wijzen aan degenen die deze nodig hebben.

Tabel 6.3

Nultredenwoningen naar de moeite van de bewoners met traplopen, 18-plussers, 1995-2003 (in procenten)

	1995	1999	2003	sign.
geen moeite met traplopen	16,5	15,9	18,4	sign.
met moeite traplopen	35,4	35,3	34,7	n.s.
kan niet traplopen	62,2	59,0	59,7	n.s.
totaal	18,4	18,1	20,6	sign.
(n)	(11.632)	(10.984)	(11.533)	

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

Bron: SCP (AVO'95-'03)

Geringe verhuiscens

Het toewijzen van nultredenwoningen aan mensen die moeite hebben met traplopen, veronderstelt wel dat zij willen verhuizen als ze in een woning met een trap wonen, maar dat hoeft lang niet altijd het geval te zijn. In een onderzoek onder mensen met langdurige lichamelijke beperkingen gaf 44% van degenen die van mening waren dat een nultredenwoning geschikter voor hen zou zijn, te kennen dat zij zouden willen verhuizen, van wie ongeveer de helft misschien en de helft zeker (De Klerk en Schellingerhout 2006). Minder bewoners van een koopwoning wensen te verhuizen dan huurders. Dat mensen honkvast zijn en niet graag willen verhuizen, en dat dit nog sterker geldt voor eigenaar-bewoners dan voor huurders, bleek ook uit ander onderzoek (Kullberg en Ras 2004; VROM-raad 2005).

Deze gegevens suggereren dat een deel van de mensen met een trap zich toch weet te redden, ondanks het feit dat zij de trap niet alleen op kunnen. Uit onderzoek onder

mensen met langdurige lichamelijke beperkingen bleek dat een groot deel (84%) van degenen die moeite hebben met traplopen en wel een trap hebben, deze tóch opgaat, dat 4% de trap vermijdt (en bv. een bed in de woonkamer zet), 5% een traplift heeft en dat circa 6% zich 'anders' redt en bijvoorbeeld door anderen naar boven geholpen wordt (De Klerk en Schellingerhout 2006).

6.4 Woningaanpassingen

6.4.1 Aanwezigheid van woningaanpassingen

Een manier om de woning geschikt te maken voor bewoners met beperkingen, is deze aan te passen. Woningaanpassingen zijn nagelvaste voorzieningen die zijn aangebracht voor mensen met fysieke beperkingen.¹⁰ Als iemand woningaanpassingen nodig heeft, dan kon men deze tot 1 januari 2007 verkrijgen via de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en sinds die tijd krachtens de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Welke voorzieningen precies worden verstrekt en hoe hoog de eigen bijdrage is, kan per gemeente verschillen.

Het exacte aandeel mensen van wie de woning aangepast is, is moeilijk vast te stellen. Dit varieert per onderzoek en hangt sterk samen met de manier waarop naar aanpassingen is gevraagd. Vaak wordt respondenten een lijst met aanpassingen voorgelegd met de vraag of zij deze hebben. Naarmate er meer aanpassingen op de lijst staan, is het aandeel groter dat zelf aangeeft erover te beschikken.

In het AVO is gevraagd naar aanpassingen in de douche of badkamer (verhoogd toilet, handgrepen) en naar aanpassingen om de woning toegankelijker te maken (zoals verbrede deuren, verwijderde drempels, een hellingbaan, traplift of lift). Dit zijn de meestvoorkomende aanpassingen (De Klerk en Schellingerhout 2006). In 2003 had ongeveer 14% van de bevolking dit soort aanpassingen. Bij degenen met ernstige beperkingen was dit zelfs 63%. In de *Rapportage gehandicapten 2002* werd geconstateerd dat het aandeel personen in een woning met woningaanpassingen tussen 1995 en 1999 is toegenomen (De Klerk 2002). Deze trend heeft zich daarna doorgezet (tabel 6.4).

Uit onderzoek onder mensen met langdurige matige of ernstige motorische beperkingen (waarin respondenten een grotere lijst met aanpassingen werd voorgelegd dan in het AVO) kwam naar voren dat 75% woningaanpassingen heeft (De Klerk en Schellingerhout 2006). Daar bleek onder meer dat de woning van degenen met ernstige beperkingen, van degenen die al lange tijd beperkingen hebben, en van de 75-plussers relatief vaak aangepast is. Dit laatste kan te maken hebben met de aard van de beperkingen, maar ook met het feit dat ouderen verhoudingsgewijs vaak in ouderenhoningen wonen, waarin dikwijls standaard een aantal aanpassingen aanwezig is (De Klerk 2002). Bewoners van een koopwoning beschikken iets vaker over aanpassingen dan huurders (zie ook Kullberg en Ras 2004). Degenen met een naar verhouding hoog inkomen (vanaf 1700 euro) hebben vaker (kleine) aanpassingen dan degenen met een laag inkomen. Dit kan erop wijzen dat mensen met een relatief

hoog inkomen gemakkelijker in staat zijn zelf kleine aanpassingen zoals handgrepen aan te schaffen en eventueel te laten plaatsen, en daarvoor wellicht geen beroep doen op de Wvg. Een andere verklaring kan zijn dat degenen met een hoger inkomen vaak ook beter opgeleid zijn en daardoor beter de weg naar het Wvg-loket kunnen vinden.

Tabel 6.4

Aandeel van de mensen met motorische beperkingen dat over woningaanpassingen beschikt, naar ernst van de beperkingen, 18-plussers, 1995-2003 (in procenten)

	1995	1999	2003	sign.
geen beperkingen	4,4	6,1	8,7	sign.
lichte beperkingen	6,3	11,2	16,8	sign.
matige beperkingen	17,6	23,7	32,7	sign.
ernstige beperkingen	40,3	51,3	62,7	sign.
totaal	6,5	9,6	13,9	sign.
(n)	(11.632)	(10.984)	(11.533)	

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

Bron: SCP (AVO'95-'03)

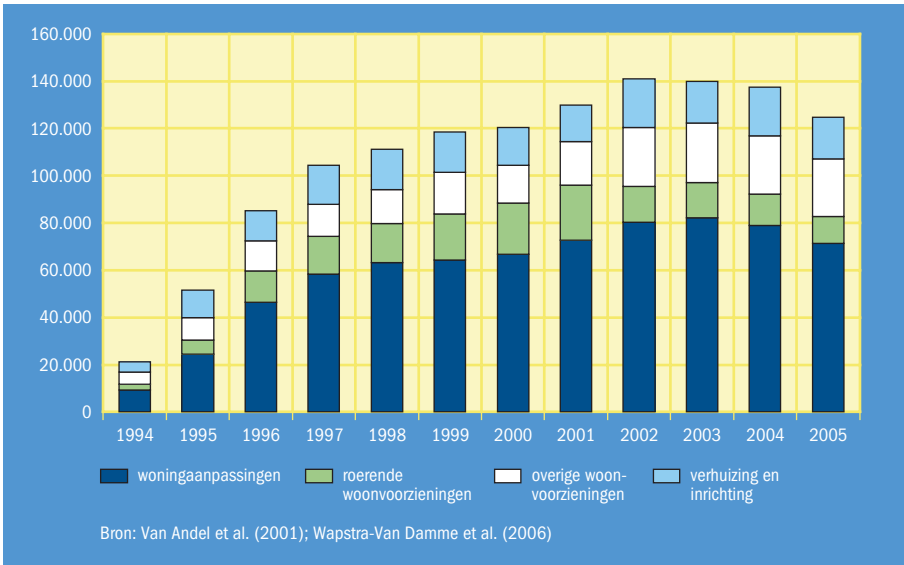
Dat het aandeel mensen met aanpassingen is toegenomen, wordt bevestigd door gegevens uit de registraties van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). Uit de Wvg-registraties blijkt dat er sinds 1994 – het jaar waarin de Wvg van kracht werd – veel woonvoorzieningen,¹¹ waaronder aanpassingen, zijn verstrekt. Dit aantal neemt sinds 2002 iets af (figuur 6.1). In 2005 werden ruim 71.000 woningaanpassingen verstrekt.¹² Het aantal personen dat een Wvg-voorziening kreeg, is niet bekend, maar dit is kleiner dan het aantal verstrekte voorzieningen, omdat woningen vaak op diverse punten worden aangepast. Ruim twee derde van de Wvg-cliënten is 65 jaar of ouder (Wapstra-Van Damme et al. 2006).

De aanwezigheid van aanpassingen hangt ook samen met de aard van de beperkingen, zo blijkt bijvoorbeeld uit gegevens van het NIVEL (Cardol et al. 2006). De woning van personen met motorische beperkingen is vaker aangepast dan die van personen met alleen zintuiglijke beperkingen. Wie zowel motorische als zintuiglijke beperkingen heeft, woont het vaakst in een aangepaste woning. Behalve woningaanpassingen hebben mensen vaak ook losse voorzieningen, zoals een aangepast bed of een aangepaste stoel.

Ongeveer 12%-15% van degenen met matige of ernstige motorische beperkingen heeft een personenalarmering (tabel 6.5). Vooral 75-plussers, personen met ernstige lichamelijke beperkingen en alleenstaanden hebben zo'n apparaat (De Klerk en Schellingerhout 2006).

Figuur 6.1

Aantal in het kader van de Wvg verstrekte woonvoorzieningen in een jaar, 1994-2005 (in absolute aantallen)



Tabel 6.5

Aanwezigheid van woningaanpassingen, naar type beperking, 15-plussers, 2005 (in procenten)

	alleen zintuiglijke beperkingen	alleen lichte motorische beperkingen	lichte motorische + zintuiglijke beperkingen	alleen matige/ernstige motorische beperkingen	matige/ernstige motorische + zintuiglijke beperkingen
aanpassingen in woning	48	55	57	77	81
losse voorzieningen	8	11	9	29	30
alarmeringssysteem	2	3	8	12	15
(n)	(96)	(534)	(159)	(1062)	(627)

Bron: Cardol et al. (2006)

De aanwezigheid van woningaanpassingen zegt niets over wie ze heeft aangebracht. Soms waren ze er al, toen mensen hun woning betrokken (29% van degenen met minimaal lichte beperkingen). Ongeveer 40% van de mensen met beperkingen heeft aanpassingen zelf laten aanbrengen of zelf aangebracht (tabel 6.6). Deze groepen kunnen overlappen (sommige aanpassingen waren wellicht al aanwezig terwijl andere zijn aangebracht). Bijvoorbeeld hellingbanen en trapliften zijn vaak al aanwezig. De gemeente kan aanpassing van de bestaande woning weigeren en in plaats

daarvan een andere woning bieden. Mogelijk was het in een aantal gevallen goedkoper om naar een andere woning te verhuizen, waar al dure aanpassingen aanwezig waren, dan de woning aan te laten passen.

Tabel 6.6

Aanwezigheid van aanpassingen in de woning van mensen met minimaal lichte beperkingen, naar de mate waarin men hier zelf voor heeft gezorgd, 16-plussers, 2004 (in procenten)

	geen aanpassing	aanpassing was aanwezig	aanpassing zelf aangebracht
aangepast/verhoogd toilet	67,9	11,3	20,8
handgrepen/steunen badkamer	68,9	11,4	19,8
verlaagde drempels	69,7	19,7	10,6
handgrepen/steunen toilet	74,1	9,8	16,1
douchezitje of badlift	80,5	5,3	14,2
antislipvloer badkamer	80,7	8,6	10,6
hellingbaan stoep/voordeur	89,1	6,3	4,6
aangepast aanrecht/keukenkast	90,0	3,2	6,8
aangepaste kranen	90,9	1,8	7,2
traplift	94,2	2,1	3,8
andere aanpassing	95,6	0,8	3,6
totaal	43,7	28,7	40,5

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Hoe cruciaal aanpassingen zijn voor iemands zelfredzaamheid, blijkt als mensen met beperkingen wordt gevraagd of zij zonder die aanpassingen in de huidige woning zouden kunnen blijven wonen. Ongeveer een derde van degenen met beperkingen geeft aan dat dit dan niet zou kunnen (De Klerk 2002; De Klerk en Schellingerhout 2006). Bewoners met ernstige beperkingen zeggen vaker dat ze niet zonder aanpassingen zouden kunnen dan bewoners met matige beperkingen, en 75-plussers kunnen minder vaak zonder dan 25-54-jarigen. Eveneens een derde meldt dat ze zonder aanpassingen meer hulp nodig zouden hebben van anderen (De Klerk 2002).

6.4.2 Onvervulde behoefte aan woningaanpassingen

Ondanks de ruime beschikbaarheid van woningaanpassingen, hebben veel mensen met beperkingen behoefte aan (andere) aanpassingen. Zo geeft ongeveer 40% van degenen met matige of ernstige beperkingen aan dat zij andere aanpassingen zouden wensen (De Klerk 2002; De Klerk en Schellingerhout 2006).¹³ Vooral de ernst en de duur van de beperkingen hangen hiermee samen: degenen met ernstige beperkingen en degenen die al langer dan drie jaar beperkingen hebben, hebben hier vaker behoefte aan dan anderen (De Klerk en Schellingerhout 2006). Overigens is 'behoefte' een rekbaar begrip: mensen zeggen veelal dat zij ergens behoefte aan

hebben, maar dit wil niet altijd zeggen dat ze dit dan ook daadwerkelijk hebben aangevraagd of dat ze deze behoefte nog steeds hebben als ze beseffen dat ze voor bepaalde aanpassingen een eigen bijdrage moeten betalen (De Klerk 2002).

Bij de woningaanpassingen die mensen niet hebben maar waar zij wel behoefte aan hebben, gaat het vooral om aanpassingen in de badkamer of het toilet, zoals handgrepen/steunen, een douchezitje, een verhoogd toilet (De Klerk 2002; Depla en Smits 2003).

Aanpassingen aanvragen

Uit figuur 6.1 kwam al naar voren dat veel mensen een woningaanpassing aanvragen bij de gemeente. Van de mensen met langdurige matige of ernstige lichamelijke beperkingen had ongeveer 12% in de twee jaar voorafgaand aan de enquête dat gedaan. Mensen met ernstige beperkingen en huurders dienen vaker een aanvraag in dan degenen met matige beperkingen of eigenaar-bewoners. Mogelijk schaffen eigenaar-bewoners vaker aanpassingen zelf aan (De Klerk en Schellingerhout 2006).

Van degenen die een aanpassing aanvroegen, heeft 70% de voorziening gekregen, werd 19% afgewezen en wachtte 11% nog op een besluit of op plaatsing. Niet duidelijk is waarom de voorziening niet is toegekend. De aanvraag van mensen met matige beperkingen is vaker afgewezen dan die van mensen met ernstige beperkingen. Opvallend is dat de aanvraag veel vaker wordt afgewezen bij relatief jonge mensen met een beperking (36% bij 22-54-jarigen) dan bij ouderen (15% bij de 75-plussers). De reden hiervan is niet duidelijk. Het is mogelijk dat jongeren mondiger zijn en sneller voorzieningen aanvragen dan ouderen, maar het is ook mogelijk dat ouderen gemiddeld ernstigere beperkingen hebben of dat leeftijd een rol speelt bij de indicatiestelling (De Klerk en Schellingerhout 2006).

De meeste mensen die recente ervaringen hebben met de Wvg, oordelen hierover positief. Zo vindt circa 80% dat de ambtenaar voldoende op de hoogte was van hun situatie en voldoende informatie verschaft. Wel meent 20% dat de ambtenaar ten onrechte een voorziening niet toekende. Men oordeelt positiever over de betrokken Wvg-ambtenaar dan over de Wvg in het algemeen. Zo klaagt 37% over lange wachttijden en is een kwart ontevreden over de telefonische bereikbaarheid. Jongeren zijn minder vaak tevreden dan ouderen, maar dit hangt ook samen met het feit dat aan hen vaker een voorziening niet werd toegekend (De Klerk en Schellingerhout 2006).

6.5 *Kwaliteit van de woning en woonlasten*¹⁴

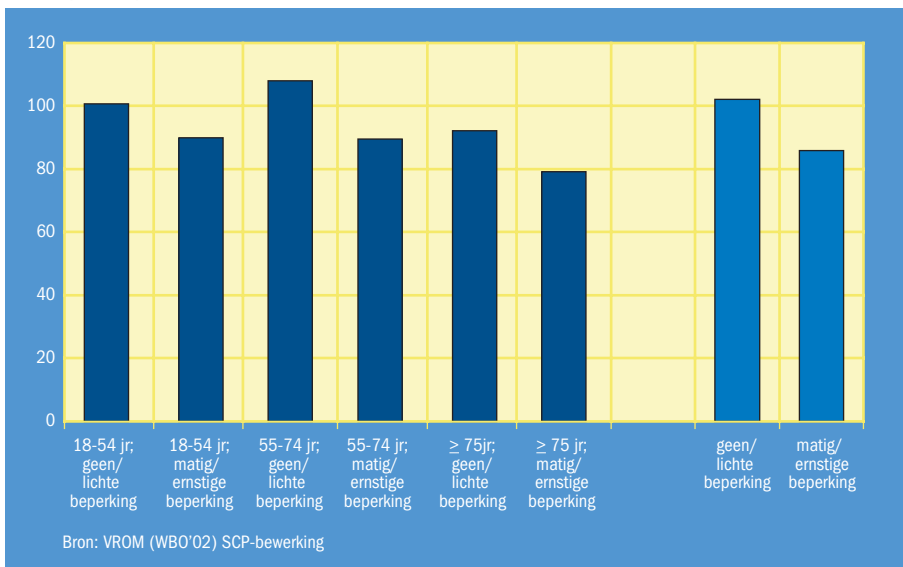
Niet alleen de toegankelijkheid van de woning is essentieel voor mensen met beperkingen, maar ook de kwaliteit en de betaalbaarheid van de woning.

6.5.1 Kwaliteit van de woning

Van iedere woning kan de kwaliteit bepaald worden met behulp van het Woningwaarderingssstelsel¹⁵ van het ministerie van vrom. Dit stelsel wordt in het beleid gebruikt ter bepaling van de maximaal redelijke huurprijs. In het stelsel worden punten toegekend aan allerlei kenmerken van de woning, zoals de oppervlakte, het type woning (een eengezinswoning krijgt meer punten dan een meergezinswoning), het verwarmingssysteem of de oppervlakte van de buitenruimte. Hoe meer punten, hoe groter de kwaliteit. Gemiddeld genomen zijn koopwoningen van hogere kwaliteit dan huurwoningen: vaak behoren ze tot de luxere woningtypen, zijn ze groter en beter uitgerust (Kullberg en Ras 2004).

Figuur 6.2

De kwaliteit van woningen volgens het Woningwaarderingssstelsel, naar ernst van de lichamelijke beperkingen en de leeftijd van de bewoners, 18-plussers, 2002 (gemiddelde van alle woningen = 100 punten)



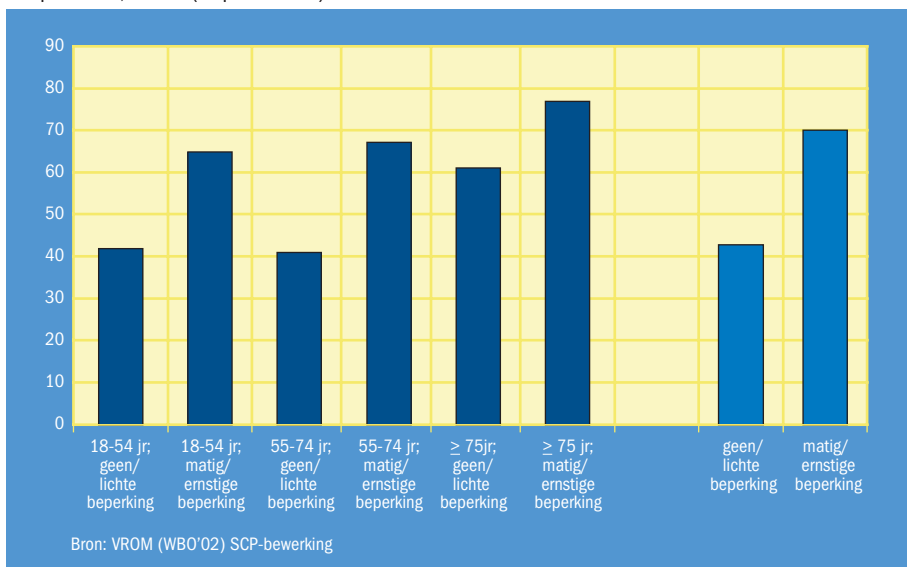
Mensen met matige of ernstige beperkingen wonen gemiddeld in woningen met een lagere kwaliteit (86 punten) dan mensen met hooguit lichte beperkingen (102 punten), zo blijkt uit figuur 6.2. Dit verschil treedt op in alle hier onderscheiden leeftijdsklassen. Uit eerder onderzoek blijkt dat dit onder meer samenhangt met het feit dat mensen met beperkingen naar verhouding vaak in een meergezinswoning wonen, die gemiddeld kleiner is dan een eengezinswoning, en gemiddeld in oudere woningen wonen (De Klerk en Timmermans 1998).¹⁶ Dat mensen met beperkingen gemiddeld kleiner en vaker in een meergezinswoning wonen dan mensen zonder beperkingen, hangt uiteraard ook samen met het feit dat zij gemiddeld een lager inkomen hebben (zie hoofdstuk 4). De woning van 75-plussers met matige of

ernstige beperkingen heeft gemiddeld de laagste woonkwaliteit (zie ook Kullberg en Ras 2004). Dat ouderen veelal in een woning met een lage kwaliteit wonen, hangt samen met het feit dat zij relatief vaak alleenstaand zijn en daarom in een kleine (meergezins)woning wonen. Ook zou er een cohorteffect mee kunnen spelen: wellicht hebben oudere generaties altijd wat bescheidener gewoond en doen ze dit nog steeds (Kullberg en Ras 2004: 70).

De verklaring voor de verschillen in woonkwaliteit tussen huishoudens met en zonder een lid met beperkingen kan deels gevonden worden in het feit dat die met beperkingen vaker in huurwoningen wonen (gemiddeld 70%) dan die met hoog-uit lichte beperkingen (43%), zo blijkt uit figuur 6.3. Vooral bij mensen jonger dan 75 jaar is dat het geval. Dat mensen met beperkingen vaker huren, hangt waarschijnlijk samen met het feit dat huurwoningen in het algemeen goedkoper zijn dan koopwoningen (zie hierna): mensen met beperkingen hebben gemiddeld een lager inkomen (zie ook hoofdstuk 4) en kunnen daardoor minder gemakkelijk een woning kopen dan mensen zonder beperkingen. Ook is het mogelijk dat personen met beperkingen minder gemakkelijk een hypotheek kunnen krijgen, omdat zij minder vaak betaald werk hebben (zie hoofdstuk 4). Dit geldt vooral voor jongere mensen (65-minners) met beperkingen. Daarnaast kunnen mensen met beperkingen te maken hebben met relatief dure premies bij een hypotheekvorm waarbij een levensverzekering hoort, waardoor het voor hen moeilijker is een hypotheek af te sluiten.¹⁷

Figuur 6.3

Aandeel huishoudens in huurwoningen, naar ernst van de lichamelijke beperkingen en leeftijd, 18-plussers, 2002 (in procenten)



Tabel 6.7

Totale woonuitgaven^a naar eigendomsvorm, gebruik van huursubsidie, leeftijd en ernst van de beperkingen, 18-plussers, 2002 (in euro's per maand en procenten)

	allen	koop	huur	geen huur- subsidie	wel huur- subsidie	% met huur- subsidie ^b
18-54 jaar; geen/lichte beperkingen	584	671	457	493	348	24,6
18-54 jaar; matige/ernstige beperkingen	501	622	433	496	355	43,9
55-74 jaar; geen/lichte beperkingen	485	495	471	516	359	28,4
55-74 jaar; matige/ernstige beperkingen	435	434	435	495	361	44,6
≥ 75 jaar; geen/lichte beperkingen	400	307	459	513	370	37,8
≥ 75 jaar; matige/ernstige beperkingen	403	302	435	513	348	47,2
geen/lichte beperkingen	547	609	461	500	354	26,8
matige/ernstige beperkingen	441	455	434	502	354	45,5
totaal	533	598	455	501	354	30,6

a Dit zijn de woonuitgaven, inclusief de uitgaven aan verwarming, elektriciteit en water, en lokale lasten (OZB), en na aftrek van huursubsidie of hypotheekrente.

b Dit betreft het aandeel van de huurders.

Bron: VROM (WBO'02) SCP

6.5.2 Woonlasten

Mensen met beperkingen wonen dus veelal in woningen met een relatief lage woonkwaliteit. Betekent dit ook dat zij relatief lage woonlasten hebben? Als naar de groep als geheel wordt gekeken, dan hebben degenen met matige of ernstige beperkingen inderdaad lagere maandlasten¹⁸ (441 euro per maand) dan degenen met hooguit lichte beperkingen (547 euro); zie tabel 6.7. Echter, dit verschil hangt voor een groot deel samen met het feit dat mensen met beperkingen dikwijls huren: huurders hebben gemiddeld lagere woonlasten dan eigenaar-bewoners.¹⁹ Als huurders en eigenaren onderscheiden worden, blijkt dat bij de huurders de verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen zeer klein zijn. Dat eigenaren zonder beperkingen gemiddeld meer woonlasten hebben dan eigenaren met matige of ernstige beperkingen, hangt samen met het feit dat jonge(re) mensen gemiddeld hogere woonlasten hebben dan ouderen: als rekening wordt gehouden met leeftijd, dan vallen de verschillen tussen degenen met en zonder beperkingen weg.

Huurders met beperkingen hebben veel vaker huursubsidie (46%) dan huurders zonder beperkingen (27%), hetgeen samenhangt met het feit dat zij vaker een relatief laag inkomen hebben. De mensen met huursubsidie betalen, als rekening wordt gehouden met die huursubsidie, gemiddeld minder huur dan de mensen zonder huursubsidie. In totaal (incl. woningeigenaren) ontvangt 11% van de mensen zonder beperkingen en 31% van de mensen met beperkingen huursubsidie (niet in tabel).

Samenvattend: als onderscheid wordt gemaakt naar leeftijdsklasse en het al dan niet eigenaar zijn van de woning, dan zijn de verschillen in nett woonlasten tussen mensen met en zonder beperkingen bijzonder gering.

Mensen met beperkingen wonen dus gemiddeld iets goedkoper, maar zij hebben gemiddeld ook een geringer inkomen dan mensen zonder beperkingen (zie hoofdstuk 4). Tabel 6.8 laat zien welk aandeel van de bewoners een woonquote heeft van meer dan 30%; dat wil zeggen dat zij meer dan 30% van hun besteedbaar inkomen uitgeven aan woonlasten.²⁰ Bij de mensen met matige of ernstige beperkingen is dit aandeel veel hoger (45%) dan bij die met hooguit lichte beperkingen (30%). Hoge woonquotes komen veel vaker voor bij huurders dan bij kopers. Vooral bij huurders die jonger zijn dan 55 jaar, zijn de verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen groot.

Kullberg en Ras (2004) lieten zien dat hoge woonquotes vooral verband houden met een laag inkomen, meer nog dan met hoge woonlasten. Ook het feit dat juist degenen met huursubsidie vaak hoge woonquotes hebben, hangt hiermee samen: mensen met een laag inkomen krijgen huursubsidie.

Deze gegevens tonen aan dat mensen met beperkingen relatief vaak hoge woonquotes hebben, terwijl zij veelal in woningen met een naar verhouding slechte kwaliteit wonen. De betaalbaarheid van huurwoningen voor mensen met beperkingen is dan ook een aandachtspunt: zij hebben vaak een laag inkomen, waardoor zij bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de huursubsidie om een woning te kunnen betalen.

Tabel 6.8

Aandeel huishoudens met een totale nett woonquote van meer dan 30% naar eigendomsvorm, ernst van de beperkingen, leeftijd en gebruik van huursubsidie, 18-plussers, 2002 (in procenten)

	allen	huur	koop	geen huursubsidie	wel huursubsidie
18-54 jaar; geen/lichte beperkingen	28,6	38,5	21,8	34,5	48,1
18-54 jaar; matige/ernstige beperkingen	42,7	51,0	27,8	41,9	60,0
55-74 jaar; geen/lichte beperkingen	31,3	51,1	17,4	44,8	65,5
55-74 jaar; matige/ernstige beperkingen	43,2	54,9	19,5	49,8	59,9
≥ 75 jaar; geen/lichte beperkingen	39,5	56,8	12,7	53,3	61,7
≥ 75 jaar; matige/ernstige beperkingen	49,1	59,7	14,8	59,5	59,0
geen/lichte beperkingen	30,0	43,3	20,3	38,5	54,5
matige/ernstige beperkingen	45,2	55,9	20,7	51,6	59,6
totaal	32,0	45,9	20,3	40,6	56,1

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

6.6 Woonomgeving

‘Je vrij in de buurt kunnen bewegen, niet gehinderd door obstakels en hoge stoep-randen; je veilig kunnen voelen in de openbare ruimte; je vrij kunnen verplaatsen ook als je niet meer goed ter been bent. Dat zijn waarden voor ouderen die in belangrijke mate de kwaliteit van het leven bepalen.’ Deze tekst, afkomstig uit de *Nota ouderenbeleid* (vws 2005), geldt uiteraard ook voor andere mensen met beperkingen.

In de praktijk komen mensen met beperkingen echter wel degelijk hindernissen op hun weg tegen. Losse stoeptegels en drempels of stoepen vormen het grootste probleem (Cardol et al. 2006). Zij zijn vooral een belemmering voor degenen met matige of ernstige motorische beperkingen, al dan niet in combinatie met zintuiglijke beperkingen (tabel 6.9). Voor bijna 30% van de mensen met beperkingen vormen steile hellingen een obstakel en is dit (soms of vaak) een reden om niet naar buiten of naar openbare gebouwen en ruimten te gaan. Voor 19% vormt de opstap voor bus of trein een dusdanige belemmering dat zij de deur niet uitgaan, en voor 16% zijn te smalle deuren een probleem (Van den Brink-Muinen et al. 2007). Personen met zowel matige of ernstige motorische als zintuiglijke beperkingen ondervinden steeds de meeste belemmeringen (Cardol et al. 2006).

Tabel 6.9

Ervaren fysieke belemmeringen in de publieke ruimte, 15-plussers met verschillende typen beperkingen, 2005 (in procenten)

	alleen zintuiglijk	alleen licht motorisch	licht motorisch + zintuiglijk	alleen matig/ernstig motorisch	matig/ernstig motorisch + zintuiglijk	totaal
losse stoeptegels	33	29	34	50	62	47
drempels / stoepen	11	9	19	38	48	32
steile hellingen	3	11	15	36	41	29
opstap bij bus of trein	4	7	10	28	36	19
smalle deuren	2	3	6	18	24	16
(n)	(96)	(534)	(159)	(1062)	(627)	(2478)

Bron: Cardol et al. (2006); Van den Brink-Muinen et al. (2007)

Ongeveer 25% van de personen met een langdurige lichamelijke beperking vindt dat de stoepen in de eigen woonomgeving²¹ een obstakel vormen (tabel 6.10). Dit geldt vooral voor degenen met ernstige beperkingen (44% ziet obstakels) en de 75-plussers.

Tabel 6.10

Tevredenheid met de woonomgeving onder mensen met langdurige lichamelijke beperkingen, naar ernst van de beperking en leeftijd, 22-plussers, 2005 (in procenten; n = 2665)

	matige beperkingen	ernstige beperkingen	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
de stoepen in de buurt vormen geen obstakel voor mij	81,1	56,4	sign. 77,9	77,3	66,9	sign. 74,4
dichtstbijzijnde bushalte is minder dan 800 m van huis mijn huis	71,3	63,4	sign. 67,9	68,5	71,4	n.s. 69,2
dichtstbijzijnde supermarkt is voor mij goed bereikbaar	85,0	67,1	sign. 83,7	84,5	70,7	n.s. 80,1
dichtstbijzijnde postkantoor of bank is goed bereikbaar	69,1	51,3	sign. 68,2	68,5	54,6	sign. 64,2

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

Bron: SCP (WZV'05)

Behalve de feitelijk toegankelijkheid van de fysieke woonomgeving is het ook belangrijk dat er in de nabije omgeving algemene voorzieningen zijn die mensen vaak nodig hebben, zoals een supermarkt, een postkantoor of een bushalte.

De meerderheid van de mensen met langdurige beperkingen heeft een bushalte op minder dan 800 meter en een goed bereikbare supermarkt. Dit neemt niet weg dat ongeveer 30% verder weg moet voor de bus. Van de mensen met ernstige beperkingen is dat ruim 35%.

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

6.7 Samenvatting

Het overheidsbeleid is erop gericht zoveel mogelijk mensen zelfstandig te laten wonen. Voor verreweg de meeste mensen met beperkingen lukt dat ook: het aantal mensen dat in semi- of intramurale woonvormen voor gehandicapten woont, is klein – er zijn 6700 plaatsen in dergelijke huizen – en er verblijven ongeveer 160.000 mensen, veelal ouderen, in verzorgings- of verpleeghuizen. Dat betekent dat de overgrote meerderheid (ongeveer 1,7 miljoen mensen) zelfstandig woont.

Het traplopen levert voor ruim 10% van de bevolking problemen op. Zeker voor degenen die echt niet meer zelf kunnen traplopen, is een nultredenwoning (of een traplift) van belang. Het aantal nultredenwoningen is toegenomen in de afgelopen tien jaar, maar dat betekent nog niet dat degenen die moeite hebben met traplopen, ook vaker in nultredenwoningen wonen: lang niet altijd worden nultredenwoningen toegewezen aan mensen met beperkingen. Anderzijds wil ook maar een minderheid van degenen die moeite hebben met traplopen, verhuizen naar een nultredenwoning.

Het aantal woningaanpassingen dat gemeenten verstrekken, is tussen 1995 en 2002 enorm toegenomen, om daarna licht af te nemen. In 2005 werden bijvoorbeeld 71.000 aanpassingen verstrekt. Het aantal woningen met aanpassingen is dan ook toegenomen in de afgelopen tien jaar. Vooral mensen met ernstige beperkingen en ouderen beschikken er vaak over. Dit wil overigens niet zeggen dat voor alle mensen die aanpassingen nodig hebben, deze ook aangebracht zijn: ongeveer 40% van degenen met langdurige matige of ernstige beperkingen geeft zelf aan aanpassingen nodig te hebben, die zij niet hebben.

Mensen met matige of ernstige beperkingen wonen gemiddeld in woningen met een lagere woonkwaliteit (86 punten, het gemiddelde van alle woningen is 100 punten) dan mensen met hooguit lichte beperkingen (102 punten). Dat komt onder meer doordat zij vaker in een flat wonen, die dikwijls kleiner is dan een eengezinswoning, en vaker huren. Dit laatste komt doordat zij veelal minder geld te besteden hebben en minder (makkelijk) kunnen lenen dan mensen zonder beperkingen.

Gemiddeld hebben mensen met matige of ernstige beperkingen lagere woonlasten (441 euro per maand) dan die met hooguit lichte beperkingen (547 euro), maar zij hebben ook een lager inkomen. Het aandeel dat meer dan 30% van het besteedbaar inkomen kwijt is aan de woonlasten, is relatief hoog onder degenen met beperkingen. Voor deze mensen zijn de beschikbaarheid van relatief goedkope woningen en de huurtoeslag (voorheen huursubsidie) dan ook zeer belangrijk.

Een aanzienlijk deel van de mensen met beperkingen meldt dat zij belemmeringen ondervinden bij het naar buiten of naar openbare gebouwen of ruimten gaan. Zo vormen voor bijna 30% van de mensen met beperkingen steile hellingen een obstakel, vormt voor 19% de opstap voor bus of trein en zijn voor 16% te smalle deuren een belemmering (Van den Brink-Muinen et al. 2007).

Een groot deel van de mensen met beperkingen rapporteren obstakels in de woonomgeving tegen te komen, zoals losse stoeptegels. Mensen met beperkingen geven in het algemeen aan tevreden te zijn met hun woonomgeving. Wel zegt 30% van degenen met langdurige beperkingen dat de dichtstbijzijnde bushalte meer dan 800 meter weg is en geeft 20% aan dat de dichtstbijzijnde supermarkt niet goed bereikbaar is. Deze aandelen zijn hoger voor personen met ernstige beperkingen en de 75-plussers met beperkingen (zie ook De Klerk en Schellingerhout 2006).

Noten

- 1 In het Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH) staat dat toegelaten instellingen bijdragen aan 'het volgens redelijke wensen tot stand brengen van huisvesting voor ouderen, gehandicapten en personen die zorg of begeleiding behoeven'. Dit kan bijvoorbeeld door het bouwen en exploiteren van woonzorgcomplexen.
- 2 In deze nota wordt ook ingegaan op de behoefte aan 'verzorgd wonen'. Hieraan is uitgebreid aandacht besteed in de *Rapportage ouderen 2004* (De Klerk 2004) en het rapport *Met zorg gekozen?* (Kullberg en Ras 2004). Omdat 'verzorgd wonen' vooral betrekking heeft op ouderen, blijft dit onderwerp hier buiten beschouwing.
- 3 Dit is het saldo van het aantal mensen dat zou willen verhuizen naar een nulredenwoning, en degenen die willen verhuizen uit een dergelijke woning.
- 4 Tot 1-1-2007 de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg).
- 5 Zo blijkt bijvoorbeeld uit het CRG-jaarverslag 2005 dat de bezetting van instellingen voor auditief gehandicapten in 2005 61% was en de bezetting van die voor visueel gehandicapten 47%.
- 6 Dit zijn volledig aangepaste reguliere woningen met een centraal gelegen hulppost voor ADL-ondersteuning (hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen). Een Fokus-project bestaat uit ongeveer twaalf tot vijftien woningen. Om in een Fokuswoning te kunnen wonen, moeten mensen voldoende zelfredzaam zijn (dit betekent dat ze hun eigen verzorging moeten kunnen organiseren) en meer dan een en minder dan dertig uur ADL-assistentie per week nodig hebben.
- 7 Het moeite hebben met traplopen is een van de criteria waarop mensen met beperkingen zijn geselecteerd voor het wzw-onderzoek (zie ook hoofdstuk 1). Uit De Klerk et al. (2006) blijkt dat mensen gemiddeld het eerste moeite krijgen met het zware huishoudelijke werk, gevolgd door kleine reparaties, tien minuten lang staan, klusjes met een huishoudtrap en het verschonen van het bed. Op de zesde plaats staat het traplopen.
- 8 In 12% van alle huishoudens heeft iemand moeite met het traplopen en in 2,3% kan iemand dat helemaal niet (Kullberg en Ras 2004).
- 9 Hierbij is geen rekening gehouden met de aanwezigheid van een traplift.
- 10 Het onderscheid tussen dergelijke woningaanpassingen en aanpassingen die op het comfort gericht zijn, is soms moeilijk te maken. Zo hebben veel mensen een thermostaatkraan of een eenhandelkraan omdat ze deze gemakkelijk vinden, maar is dit een onmisbare voorziening voor iemand die maar één hand kan gebruiken.
- 11 Voorbeelden van 'roerende woonvoorzieningen' zijn hulpmiddelen voor baden en douchen die niet nagelvast aan de woning zijn bevestigd; voorbeelden van 'overige woonvoorzieningen' zijn onderhoud, keuring en reparatie, of tijdelijke huisvesting.
- 12 Dit betreft alle woningaanpassingen die in het kader van de Wvg zijn aangebracht. Daartoe behoren ook aanpassingen die niet expliciet in het wzw-onderzoek zijn genoemd, zoals het plaatsen van een extra doucheruimte op de begane grond. Anderzijds gaat het bij de aanpassingen die in het wzw-onderzoek worden genoemd, niet noodzakelijk om Wvg-aanpassingen. Het kan hier ook om aanpassingen gaan die al bij de bouw zijn aangebracht, of om voorzieningen die mensen zelf hebben geïnstalleerd. De gegevens uit het wzw-onderzoek zijn dus niet zonder meer vergelijkbaar met de Wvg-cijfers.
- 13 In de *Rapportage gehandicapten 2002* meldde 29% van degenen met matige beperkingen en 37% van degenen met ernstige beperkingen dat zij behoefte hebben aan andere aanpassingen (De Klerk 2002: 209). In een onderzoek onder mensen met langdurige matige of ernstige motorische beperkingen gaf 42% aan andere aanpassingen nodig

te hebben (De Klerk en Schellingerhout 2006). In het eerste geval werd een aantal concrete aanpassingen genoemd, in het tweede onderzoek werden wel een aantal voorbeelden genoemd, maar werd gevraagd naar aanpassingen in het algemeen. Dit verklaart mogelijk waarom hier meer mensen met beperkingen hebben aangegeven aanpassingen nodig te hebben.

- 14 Met dank aan Michiel Ras voor het leveren van de gegevens voor deze paragraaf.
- 15 Met het Woningwaarderingssysteem kan de kwaliteit van de woning in punten worden uitgedrukt. Aan diverse kenmerken van de woning worden punten toegekend, zoals aan de oppervlakte van de kamers, de voorzieningen in de woning (type verwarming), maar ook aan de isolatie en de ligging. Aan dit puntental is een maximaal redelijke huur gekoppeld, zodat kan worden vastgesteld of de huurprijs redelijk in verhouding staat tot de kwaliteit van de woning (Kullberg en Ras 2004: 106).
- 16 Veroudering wordt sinds 2004 niet meer meegenomen in het Woningwaarderingssysteem. In 2002, het jaar waarop de hier gepresenteerde gegevens betrekking hebben, echter wel.
- 17 Zie bijvoorbeeld de site van het Breed Platform Verzekeren en Werk (www.bpv.nl)
- 18 Dit betreft de totale woonuitgaven, inclusief de uitgaven aan verwarming, elektriciteit en water, en lokale lasten (OZB) en na aftrek van huursubsidie of hypotheekrente.
- 19 Bij uitsplitsing naar leeftijd is te zien dat voor relatief jonge mensen kopen duurder is dan huren (omdat hun hypotheeklasten relatief hoog zijn), terwijl oudere eigenaren minder woonlasten hebben dan huurders (omdat hun hypotheek voor een groot deel afgelost is).
- 20 Hierbij zijn inkomsten (zoals huursubsidie/huurtoeslag), uitgaven en belastingeffecten (hypotheekrenteaftrek) in verband met wonen buiten beschouwing gelaten.
- 21 In tabel 6.9 gaat het om drempels en stoepen in het algemeen, in tabel 6.10 gaat het alleen om de eigen woonomgeving.

7 Gebruik van zorg en hulpmiddelen

Maaike den Draak

Mensen met beperkingen kunnen sommige dagelijkse handelingen niet uitvoeren of hebben daar moeite mee. Als gevolg heeft een deel van hen ondersteuning bij deze handelingen nodig, bijvoorbeeld in de vorm van hulpmiddelen, hulp van naasten uit de omgeving of professionele thuiszorg. Het streven is, zowel van de overheid als van de betrokkenen zelf, een zo groot mogelijke autonomie en zelfredzaamheid te behouden. Oplossingen die het minst ingrijpen in het dagelijks leven, verdienen de voorkeur. Timmermans en Schoemakers-Salkinoja (1996) beschreven eerder een hiërarchie van arrangementen: hulpmiddelen en aanpassingen van de omgeving achten zij het minst ingrijpend, gevolgd door hulp van het eigen netwerk, hulp van professionele thuiszorg en tot slot huisvesting en verzorging in tehuizen. Dit hoofdstuk gaat in op de vraag in hoeverre zelfstandig wonende mensen met beperkingen (zelf)redzaam zijn in de persoonlijke levenssfeer. Het laatste element uit de hiërarchie van Timmermans en Schoemakers-Salkinoja blijft dus buiten beschouwing.

In de afgelopen jaren hebben veel ontwikkelingen plaatsgevonden in het beleid op het terrein van de zorg. Zo is er gewerkt aan modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), zodat niet langer de aanbodkant centraal staat maar de cliënt. Bijgevolg gaan indicaties niet meer uit van de zorgvoorzieningen, maar worden ze sinds 2003 afgegeven op basis van de zorgfuncties die een cliënt nodig heeft, zoals huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleegkundige hulp (Mathijssen 2005a). Ook zijn de indicatierichtlijnen aangescherpt met de introductie van het begrip 'gebruikelijke zorg' en is in 2004 de eigen bijdrage voor thuiszorg verhoogd (Wolffensperger et al. 2004; LVT 2005; Van Linschoten et al. 2006; zie ook www.ciz.nl).

Recentelijk zorgde de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) voor ingrijpende veranderingen. Per 1 januari 2007 is de gemeente verantwoordelijk voor verscheidene vormen van maatschappelijke ondersteuning, waaronder ook de huishoudelijke verzorging. Veel mensen met beperkingen ontvangen zorg of een andere vorm van ondersteuning en hebben daarom te maken gehad met deze wijzigingen. De gegevens die in dit hoofdstuk gepresenteerd worden, hebben echter betrekking op de periode voor 2007, dus voor de invoering van de Wmo.

Het gebruik van ondersteuning komt soms ten goede aan een heel huishouden (zoals bij de huishoudelijke verzorging) en soms aan een persoon binnen dat huishouden. De gegevens die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd, hebben betrekking op huishoudens en soms op personen. Dit hangt samen met de manier waarop in onderzoek is gevraagd naar ondersteuning. In het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek

(AVO) zijn vragen over zorg gesteld aan vertegenwoordigers van huishoudens, en in het AVO-gehandicapten-onderzoek en het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPGC) aan personen met beperkingen (zie ook § 1.6).¹ De huishoudens worden ingedeeld naar de meest hulpbehoevende persoon binnen het huishouden, ofwel de persoon met de meest ernstige beperkingen. Soms worden alleen gegevens van degenen met matige of ernstige beperkingen gepresenteerd, omdat juist zij degenen zijn die gebruikmaken van voorzieningen.

Vanwege veranderingen in vraagstellingen is het helaas niet mogelijk om te kijken in hoeverre zorggebruik en onvervulde hulpbehoefte door de tijd heen zijn veranderd.

7.1 Hulpmiddelen

7.1.1 Gebruik

Iets minder dan de helft (46%) van de mensen met een matige of ernstige motorische beperking gebruikt een mobiliteitshulpmiddel (tabel 7.1). Vaak is dit een wandelstok (34%), rollator (21%), scootmobiel (11%) of rolstoel (11%). Iets meer dan de helft van de gebruikers (51%) heeft meer dan één type (niet in de tabel). Meestvoorkomend zijn de combinaties van een wandelstok met een rollator, scootmobiel en/of een rolstoel.

Vanzelfsprekend gebruiken mensen met ernstige beperkingen vaker hulpmiddelen dan mensen met matige beperkingen. Bijna een derde van de mensen met een matige en meer dan driekwart van die met een ernstige motorische beperking gebruikt een mobiliteitshulpmiddel (tabel 7.1). Dit betekent ook dat een tamelijk grote groep met matige of ernstige motorische beperkingen geen hulpmiddelen gebruikt om hun mobiliteit te vergroten. Het is niet bekend hoe deze mensen zich redden.

Het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen ligt in het algemeen hoger bij de oudste leeftijdscategorie dan bij jongere volwassenen. Zij hebben ook vaker ernstige motorische beperkingen. Wanneer rekening wordt gehouden met de ernst van de beperkingen, de samenstelling van het huishouden en het geslacht, dan maken ouderen vaker gebruik van wandelstokken en rollators, maar minder vaak van rolstoelen. Andere mobiliteitshulpmiddelen gebruiken jongere volwassenen met motorische beperkingen verhoudingsgewijs even vaak als oudere.

Alleenstaanden gebruiken vaker een rollator en minder vaak een rolstoel dan samenwonenden.² Dit verschil kwam ook in ander onderzoek naar voren (De Klerk en Schellingerhout 2006). Mogelijk is een grote groep mensen met beperkingen, zoals ouderen, niet in staat een rolstoel zelf voort te bewegen en is daarbij hulp nodig van bijvoorbeeld een huisgenoot.

Tabel 7.1

Gebruik^a van mobiliteitshulpmiddelen, naar ernst van de motorische beperking en leeftijd, 16-plussers met motorische beperkingen, 2004 (in procenten)

	wandelstok ^b	looprek	rollator	rolstoel	scootmobiel ^c	ander hulpmiddel ^d	totaal ^e	(n)
motorische beperking	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.	
matig	25,4	0,7	11,1	4,3	3,9	1,7	32,6	(414)
ernstig	55,9	9,5	44,7	27,2	29,0	6,5	77,5	(169)
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.	n.s.	sign.	n.s.	sign.	
16-54 jaar	14,9	1,7	3,3	13,8	7,2	3,9	22,8	(180)
55-74 jaar	30,2	1,4	14,0	9,3	10,2	2,8	40,3	(215)
≥ 75 jaar	57,1	6,3	45,3	10,0	16,0	2,6	73,5	(188)
Totaal	34,2	3,2	20,8	10,9	11,2	3,1	45,6	(583)

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

a Gebruik altijd of soms.
b Wandelstok of kruk.
c Scootmobiel / open of gesloten buitenwagen.
d Zoals loopwagens, serveerwagens, blindentaststok.
e Totaal: gebruik van een of meer van de genoemde mobiliteitshulpmiddelen.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Een op de drie personen (33%) met een matige of ernstige gehoorbeperking gebruikt een gehoorapparaat, zo blijkt uit het Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het gebruik is hoger naarmate de beperking ernstiger is: 30% van degenen met een matige en 43% van de mensen met een ernstige gehoorbeperking gebruiken een apparaat om beter te kunnen horen. Vooral ouderen zijn gebruikers. Meer dan 60% van de 75-plussers met een matige of ernstige gehoorbeperking gebruikt zo'n hulpmiddel tegenover 30% van de 55-74-jarigen en slechts 11% van de jonge volwassenen. Een mogelijke verklaring is dat ouderen andere, of ernstigere gehoorproblemen hebben (die niet voldoende tot uiting komen in de hier gebruikte zelfbeoordelingsschaal). Een andere mogelijkheid is dat ouderen vaker met hun klachten naar de huisarts gaan of dat zij meer geneigd zijn een hoortoestel te gebruiken (bv. omdat zij zich minder snel schamen omdat gehoorproblemen vaker voorkomen bij ouderen).

Ook het gebruik van andere hulpmiddelen (zoals incontinentiemateriaal, steunkousen, een alarmsysteem en orthopedisch schoeisel) is groter naarmate de beperking ernstiger is (tabel 7.2). Jonge volwassenen met matige of ernstige beperkingen maken minder vaak gebruik van deze hulpmiddelen dan oudere. Ook wanneer rekening wordt gehouden met de ernst van de beperking en de samenstelling van het huishouden, blijken zij minder vaak een alarmsysteem, incontinentiemateriaal,

steunkousen of diabeteshulpmiddelen te gebruiken. De 75-plussers maken daarentegen significant minder vaak gebruik van middelen uit de categorie ‘andere medische hulpmiddelen’.

Of iemand alleenstaand of samenwonend is, speelt alleen een rol bij het gebruik van een alarmsysteem en incontinentiemateriaal (waarbij rekening is gehouden met leeftijd en ernst van de beperking). Een alarmsysteem biedt een alleenstaande de zekerheid hulp te kunnen inroepen in een noodsituatie. Ook incontinentiemateriaal wordt vaker gebruikt door alleenstaanden dan door samenwonenden, waarschijnlijk omdat er veelal niemand aanwezig is die kan assisteren bij gebruik van het toilet.

Tabel 7.2

Gebruik^a van diverse hulpmiddelen (anders dan mobiliteitshulpmiddelen) en gehoorapparaten, naar ernst van de lichamelijke beperking en leeftijd, 16-plussers met lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

	matige beperking	ernstige beperking		16-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
alarmsysteem ^b	8,2	25,5	sign.	1,6	5,2	31,7	sign.	12,8
orthopedisch schoeisel	9,1	19,5	sign.	7,7	13,4	13,4	n.s.	11,8
korset, orthese, prothese ^c	7,3	19,5	sign.	8,1	10,7	12,4	n.s.	10,5
incontinentiemateriaal	11,3	29,3	sign.	6,0	13,8	27,9	sign.	16,1
stoma of katheter	0,7	3,0	sign.	1,6	1,7	1,0	n.s.	1,4
steunkousen	12,2	20,1	sign.	8,7	9,9	24,8	sign.	14,3
diabeteshulpmiddelen	5,1	12,2	sign.	1,6	9,5	9,0	sign.	7,0
andere medische hulpmiddelen	10,1	16,8	sign.	15,5	11,8	8,6	n.s.	12,0
totaal ^d	42,0	70,2	sign.	32,2	46,5	68,2	sign.	49,4
(n)	(445)	(161)		(180)	(228)	(198)		(606)

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

a Gebruik altijd of soms.

b Alarmeringsapparaat / alarmsysteem (in verband met vallen).

c Geen gebitsprothese.

d Totaal: gebruik van een of meer van de genoemde hulpmiddelen.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Gegevens uit het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) over het aantal ziekenfondsverzekerden aan wie een hulpmiddel werd verstrekt, tonen een groei tussen 2001 en 2005 (voorlopige cijfers) in het aantal gebruikers van diabeteshulpmiddelen, hoortoestellen, elastische kousen (steunkousen) en hulpmiddelen voor signalering en alarmering (De Wit 2006). De stijging in het gebruik van diabeteshulpmiddelen hangt samen met de toename van diabetes in de bevolking en de voortschrijdende behandelinzichten. Meer recente ontwikkelingen, tussen 2004 en 2005, laten zien dat het aantal gebruikers van steunkousen en hulpmiddelen

voor signalering en alarmering weer afneemt. Ook het aantal ziekenfondsverzekerden aan wie mobiliteitshulpmiddelen of orthesen zijn verstrekt, neemt af. Steeds vaker schaffen mensen zelf en voor eigen rekening een mobiliteitshulpmiddel aan (De Wit 2006).

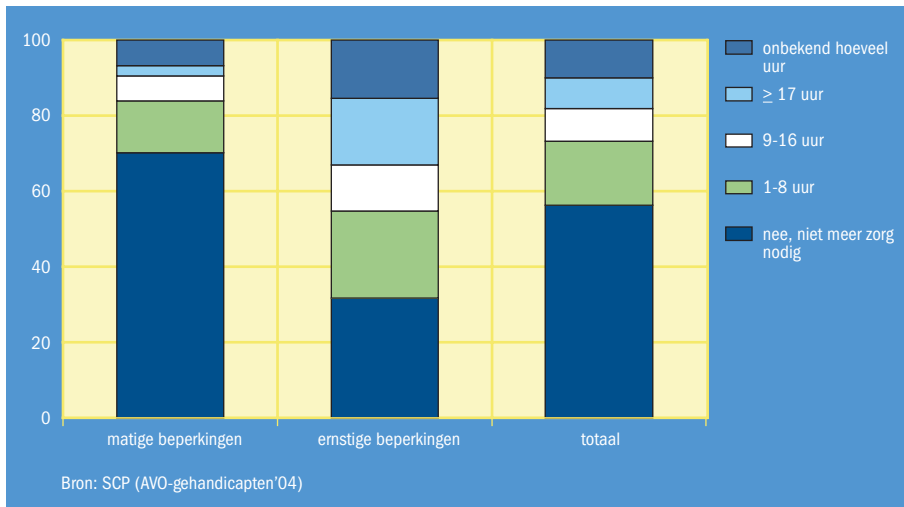
7.1.2 Vervangen aantal uren zorg

Het gebruik van hulpmiddelen kan bijdragen aan de zelfredzaamheid van mensen met beperkingen. Van de mensen met matige of ernstige beperkingen die hulpmiddelen gebruiken, zegt meer dan twee vijfde meer uren zorg nodig te hebben wanneer ze deze hulpmiddelen niet zouden hebben (figuur 7.1). Ze vergroten vooral de zelfredzaamheid van mensen met ernstige beperkingen. Van hen zou twee derde zonder hulpmiddelen meer uren zorg nodig hebben. Circa 17% schat in dat dit zelfs meer dan zestien uur per week scheelt. Ook van de gebruikers met matige beperkingen geeft 30% aan dat de hulpmiddelen het aantal benodigde uren zorg doen dalen.

In een enkel geval kan het gebruik ervan echter ook leiden tot een beroep op zorg. Veel ouderen hebben bijvoorbeeld hulp nodig om steunkousen aan en uit te trekken.

Figuur 7.1

Uren zorg per week die gebruikers van hulpmiddelen naar eigen zeggen meer nodig zouden hebben zonder deze hulpmiddelen, naar ernst van de beperking, 2004 (in procenten)



Het gebruik van hulpmiddelen vergroot dus de zelfredzaamheid van mensen met beperkingen en kan ertoe bijdragen dat zij zelfstandig kunnen blijven wonen. Op basis van interviews en een expertmeeting is in eerder onderzoek naar voren gekomen dat het ter beschikking hebben van alarmerings- en signaleringshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen en inrichtingselementen van woningen gerelateerd is aan het zelfstandig kunnen (blijven) wonen (Kok et al. 2004; De Wit 2004).

7.1.3 Onvervulde behoefte

Niet alle mensen met een beperking beschikken over de hulpmiddelen die ze zouden willen gebruiken. Bijna 16% van de mensen met matige of ernstige beperkingen geeft aan dat er een hulpmiddel is dat ze graag zouden willen hebben. In hoeverre deze mensen bij een aanvraag ook daadwerkelijk aanspraak zouden maken op het door hen gewenste middel, is niet bekend.

De onvervulde behoefte aan hulpmiddelen is groter naarmate de beperkingen ernstiger zijn. Circa 14% van de mensen met een matige en 21% van de mensen met een ernstige beperking hebben behoefte aan een hulpmiddel.

Tabel 7.3 laat zien dat 21% van de mensen met een hulpmiddelenwens een (onvervulde) behoefte heeft aan een scootmobiel en 13% aan een rollator. Daarna volgen gehoorapparaten, wandelstokken en orthopedisch schoeisel. Een grote groep van 31% geeft te kennen dat er andere, niet nader gespecificeerde, medische hulpmiddelen zijn die ze zouden willen hebben. Dit kan bijvoorbeeld gaan om niet erg gangbare middelen voor specifieke problemen die relatief moeilijk verkrijgbaar zijn.

Tabel 7.3

Hulpmiddelen die personen met matige/ernstige beperkingen naar eigen zeggen graag zouden willen hebben, 16-plussers met een onvervulde behoefte, 2004 (in procenten)

scootmobiel / open of gesloten buitenwagen	21,3
rollator	12,6
wandelstok of kruk	8,9
rolstoel	4,1
ander hulpmiddel om zich te verplaatsen ^a	0,8
gehoorapparaat	9,1
orthopedisch schoeisel	6,6
alarmeringsapparaat / alarmsysteem	4,4
korset, orthese, prothese ^b	2,5
steunkousen	1,1
incontinentiemateriaal	0,9
diabeteshulpmiddel	0,8
andere medische hulpmiddelen ^c	31,4
(n)	(95)

a Zoals loopwagen, serveerwagen, blindentaststok, maar niet looprek.
b Geen gebitsprothese.
c Geen stoma of katheter.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten '04)

Iets meer dan 13% van de mensen met een matige of ernstige beperking en een onvervulde behoefte rapporteert het gewenste hulpmiddel (vaak een scootmobiel) niet te kunnen betalen, 10% weet niet hoe de aanschaf van het hulpmiddel te regelen en 8% zegt dat de aanvraag voor het hulpmiddel is afgewezen. Slechts 1% meldt dat de huisarts geen verwijzing wil geven. De meerderheid (67%) zegt dat er andere redenen zijn waarom de behoefte aan het hulpmiddel nog onvervuld is. Het is echter onbekend wat deze redenen precies zijn.

Onlangs verscheen een advies van het College voor zorgverzekeringen (cvz) om eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen³ (zoals rollators) uit het verzekerde pakket te halen omdat deze algemeen gebruikelijk ('gewoon') zijn en omdat mensen deze door de lage kosten ook zelf kunnen aanschaffen (Polman en Den Haan 2007). Voor mensen met een krap budget zou de tweedehandsmarkt in hulpmiddelen dan uitkomst kunnen bieden.

7.1.4 Knelpunten en belemmeringen

Iets meer dan de helft (52%) van de mensen met matige tot ernstige beperkingen heeft in verband met hulpmiddelen in de twee jaar voor de enquête contact gehad met een persoon of instantie, zoals een arts, een Wvg-ambtenaar of een zorgverzekeraar. Dit betreft niet alleen gebruikers, maar ook mensen van wie de aanvraag is afgewezen.

Vaak hadden zij contact met de huisarts of een specialist. Dit contact wordt als positief ervaren: bijna iedereen die contact heeft gehad over hulpmiddelen (n = 259), heeft het idee dat zijn of haar vraag serieus werd behandeld en 90% meent dat de huisarts of specialist heeft geholpen.

Degenen die contact hadden met een zorgverzekeraar (n = 88) of een Wvg-ambtenaar (n = 66), zijn minder positief. Circa een op de vijf voelt zich niet serieus behandeld en heeft niet het idee geholpen te zijn. Maar liefst 30% van degenen die zich tot een Wvg-ambtenaar wendden, vindt niet dat deze ambtenaar geholpen heeft bij het verkrijgen, repareren of vervangen van het hulpmiddel. Deze groep zal voor een deel bestaan uit personen van wie een aanvraag voor een hulpmiddel werd afgekeurd. SCP-onderzoek onder mensen met langdurige matige of ernstige beperkingen laat zien dat de tevredenheid samenhangt met het uiteindelijke indicatiebesluit. Mensen die een Wvg-voorziening hebben gekregen, oordelen positiever dan mensen die nog op een wachtlijst staan, en zij zijn op hun beurt weer positiever dan mensen die een afwijzing hebben gekregen (De Klerk en Schellingerhout 2006).

Tabel 7.4 toont de ervaringen van mensen met matige of ernstige beperkingen met de persoon of instantie waarmee ze het meeste contact hebben gehad (meestal de huisarts of een specialist⁴) in verband met hulpmiddelen. In het algemeen is men positief over de reactie van deze instantie. Toch lijken inleving in de situatie van de cliënt en vooral de informatievoorziening beter te kunnen. Meer dan 10% is ontevreden over de informatie of voelt zich van het kastje naar de muur gestuurd.

Jongere volwassenen (16-54-jarigen) met een beperking zijn het minst tevreden. Zij vinden vaker dan oudere mensen dat de instantie niet goed rekening hield met hun mening (14%) en dat ze niet voldoende geïnformeerd werden over de gang van zaken (17%). Een relatief grote ontevredenheid van jonge(re) mensen over het contact met medewerkers van instanties⁵ in verband met voorzieningen kwam ook naar voren in het wzw-onderzoek (De Klerk en Schellingerhout 2006).

Tabel 7.4

Ervaringen van personen met matige/ernstige beperkingen met de instantie waarmee ze (het meeste) contact^a hadden in verband met hulpmiddelen, 16-plussers, 2004 (horizontaal gepercentreerd, n = 408)

	mee eens	mee oneens
behandelde mij fatsoenlijk	95,6	4,4
hield goed rekening met mijn mening	91,5	8,5
informeerde mij voldoende over de gang van zaken	89,6	10,4
was goed op de hoogte van mijn situatie	90,7	9,3
gaf mij duidelijke informatie	87,9	12,1
stuurde mij van het kastje naar de muur	11,8	88,2

a In de twee jaar voorafgaand aan de enquête.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Onderzoek onder 2248 gebruikers van hulpmiddelen⁶ laat zien dat het merendeel positief is over het hulpmiddel en de dienstverlening daaromheen. Toch is ongeveer een vijfde niet (helemaal) tevreden over met name het comfort, de effectiviteit, het gebruiksgemak en de verstelmogelijkheden. 16% is niet (geheel) tevreden over aspecten van de dienstverlening, zoals service en dienstverlening na aflevering, en reparaties en onderhoud. Bovendien geeft iets meer dan een derde van de gebruikers aan dat het verstrekte hulpmiddel het onderliggende probleem niet of slechts in beperkte mate oplost. In sommige gevallen speelt een te hoog verwachtingspatroon van de cliënt een rol (De Wit 2006).

Ook mantelzorgers rapporteren dat het moeilijk is om aan informatie over hulpmiddelen te komen. Ze hebben behoefte aan één aanspreekpunt voor vragen over hulpmiddelen en aan goede voorlichting en instructie, ook na de levering. Bovendien duurt het aanvragen van hulpmiddelen doorgaans lang en kunnen mantelzorgers vaak niet goed van tevoren inschatten welke hulpmiddelen ze op relatief korte termijn nodig hebben (Bos en Leemrijse 2005).

7.2 Zorgfuncties

In de zorg is de afgelopen jaren gewerkt aan de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en een omslag van aanbod- naar vraagsturing. Indicaties voor de AWBZ-gefinancierde zorg worden sinds 1 april 2003 niet langer afgegeven voor specifieke zorgsectoren en zorgvoorzieningen als een verpleeg- of verzorgingshuis of de thuiszorg, maar zijn vervangen door functiegerichte indicatiestellingen (Mathijssen 2005a; Van Gameren et al. 2006). Er worden zeven AWBZ-functies onderscheiden (www.ciz.nl):

- huishoudelijke verzorging
- persoonlijke verzorging
- verpleging
- ondersteunende begeleiding
- activerende begeleiding
- behandeling en
- verblijf

Voor de huishoudelijke verzorging zijn sinds 1 januari 2007, met de komst van de Wmo, de gemeenten verantwoordelijk.

In 2004 ontvingen gemiddeld 413.308 mensen per periode van vier weken thuiszorg. In de voorgaande jaren steeg het aantal cliënten, maar in 2004 nam het voor het eerst af (Mathijssen 2005b). Het aantal geleverde uren zorg zonder verblijf nam tussen 2000 en 2005 toe. Dit was vooral het gevolg van een sterke stijging van de huishoudelijke verzorging. In 2005 nam het aantal geleverde uren persoonlijke verzorging en verpleging zonder verblijf af en steeg het aantal uren huishoudelijke verzorging verder (CAK-BZ 2005 en 2006).

7.2.1 Ontvangen hulp

Een beperkt percentage van alle zelfstandig wonende huishoudens ontving in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête hulp op het terrein van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging. Onder huishoudens met een lid met matige of ernstige beperkingen ligt dit fors hoger (tabel 7.5). Vooral hulp bij de huishoudelijke verzorging komt vaak voor: meer dan een derde van de huishoudens met matige of ernstige beperkingen ontvangt deze hulp. Daarnaast krijgt 11% persoonlijke verzorging en iets minder dan 6% verpleegkundige hulp.⁷ In totaal ontvangt 38,8% van de huishoudens met matige of ernstige beperkingen hulp op ten minste een van deze drie terreinen. Dit betekent ook dat meer dan de helft van de huishoudens met leden met minimaal matige beperkingen dus geen hulp ontvangt. In hoeverre deze huishoudens hier wel behoefte aan hebben, bespreken we in paragraaf 7.2.2.

Opvallend is de groep huishoudens zonder een lid met lichamelijke beperkingen die hulp krijgt vanwege gezondheidsproblemen. Deze groep zal voor een groot deel bestaan uit mensen die in het jaar voorafgaand aan de enquête beperkingen onder-

vonden maar daarvan inmiddels zijn hersteld. Zij kunnen kortdurende zorg nodig hebben gehad.

Tabel 7.5

Ontvangen hulp vanwege gezondheidsproblemen in de afgelopen 12 maanden,^a naar type hulp en ernst^b van de beperking, huishoudens waarvan het hoofd 18 jaar of ouder is, 2003 (in procenten)

	huishoudelijke verzorging	persoonlijke verzorging	verpleegkundige hulp	ten minste een van deze typen hulp	(n)
beperkingen ^b	sign.	sign.	sign.	sign.	
geen	2,6	1,1	0,5	3,7	(3457)
licht	8,1	1,9	1,3	9,4	(1571)
matig	28,1	5,4	3,4	29,9	(1029)
ernstig	56,8	26,4	11,6	63,1	(379)
totaal (alle huishoudens)	11,4	3,5	1,9	12,9	(6507)
huishoudens met een lid met matige/ernstige beperkingen	35,8	11,1	5,6	38,8	(1408)

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

a Voorafgaand aan de enquête.

b Van het meest beperkte lid van het huishouden.

Bron: SCP (AVO '03)

Van de huishoudens die te maken hebben met matige of ernstige beperkingen, krijgen ouderen en alleenstaanden vaker hulp (tabel 7.6) dan jongere en meerpersoonshuishoudens. Mogelijk beschouwen veel mensen de huishoudelijke hulp die een partner geeft, als vanzelfsprekend en vermelden ze deze niet altijd. Van de alleenstaanden ontvangen met name vrouwen fors meer hulp bij de huishoudelijke verzorging dan mannen. Dit verschil blijft bestaan na multivariate analyse⁸ en ook ander onderzoek bevestigt het hogere zorggebruik bij vrouwen (Rijken en Spreeuwenberg 2004; De Klerk en Schellingerhout 2006). Verschillen in het ontvangen van hulp op basis van het huishoudinkomen zijn alleen significant voor huishoudelijke verzorging maar verdwijnen na statistische correctie voor de andere variabelen (ernst van de beperkingen, leeftijd van de oudste in het huishouden en samenstelling van het huishouden).

Tabel 7.6

Hulp ontvangen in de afgelopen 12 maanden^a door huishoudens met leden met matige/ernstige beperkingen, waarvan het hoofd 18 jaar of ouder is, naar type hulp en kenmerken van het huishouden, 2003 (in procenten)

	huishoudelijke verzorging	persoonlijke verzorging	verpleegkundige hulp	ten minste een van deze typen hulp	(n)
samenstelling huishouden	sign.	sign.	sign.	sign.	
eenpersoonshuishouden	59,2	15,9	9,4	62,1	(522)
alleenstaande man	41,2	13,2	8,2	44,4	(134)
alleenstaande vrouw	65,4	17,1	9,8	68,2	(387)
meerpersoonshuishouden	22,1	8,2	3,5	25,0	(887)
leeftijdsklasse (oudste in hh)	sign.	sign.	sign.	sign.	
18-54 jaar	24,6	6,4	3,8	26,6	(451)
55-74 jaar	28,1	6,9	4,6	30,4	(538)
≥ 75 jaar	57,9	21,5	9,0	62,6	(419)
nettohuishoudinkomen ^b	sign.	n.s.	n.s.	sign.	
laagste 25%	41,8	11,5	6,1	44,6	(540)
25-50%	34,9	13,2	8,0	38,8	(401)
50-75%	31,2	8,5	4,3	34,3	(233)
hoogste 25%	26,5	8,0	3,2	28,7	(188)
totaal	35,8	11,1	5,6	38,8	(1.408)

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

a Voorafgaand aan de enquête.

b Gestandaardiseerd netto besteedbaar inkomen.

Bron: SCP (AVO'03)

Negen van de tien huishoudens (91%) met leden met minimaal matige beperkingen die huishoudelijke hulp ontvangen, krijgen hulp bij het zware huishoudelijke werk, zoals dweilen en ramen zemen. Iets meer dan de helft (54%) wordt geassisteerd bij licht huishoudelijk werk, zoals afwassen en stof afnemen. Daarnaast ontvangt 29% hulp bij het doen van de was, 30% bij de boodschappen en 13% bij de verzorging van de warme maaltijd.

Uiteraard kunnen mensen gelijktijdig gebruikmaken van meerdere vormen van hulp. Voor 28% van alle huishoudens die te maken hebben met matige of ernstige beperkingen, blijft de ontvangen hulp beperkt tot één enkele zorgfunctie, maar 11% is afhankelijk van ten minste twee typen hulp. De combinatie huishoudelijke en persoonlijke verzorging komt het meest voor. Toch wordt hulp bij de huishoudelijke verzorging meestal niet in combinatie met een ander type hulp ontvangen. Hulp bij persoonlijke verzorging of verpleegkundige hulp krijgen mensen meestal wel in

combinatie met een andere zorgfunctie. Bijna 3% van de huishoudens met leden met minimaal matige beperkingen ontvangt alle drie de hulptypen (AVO'03).

7.2.2 Onvervulde hulpbehoefte

De meeste huishoudens die te maken hebben met matige tot ernstige beperkingen, ontvangen dus geen hulp (tabel 7.5). Dit hoeft geen probleem te zijn. Meer dan de helft van deze huishoudens geeft aan geen hulp nodig te hebben en weet zich zonder te redden (tabel 7.7).

Problematisch wordt het meestal pas wanneer een persoon of huishouden wel behoefte aan hulp heeft, maar deze niet of in onvoldoende mate krijgt. Een op de zeven huishoudens met leden met minimaal matige beperkingen meldt behoefte te hebben aan huishoudelijke hulp: 9% ontvangt onvoldoende en 5% helemaal geen hulp. De onvervulde behoefte aan hulp bij persoonlijke verzorging en aan verpleegkundige hulp is minder omvangrijk. De groep huishoudens met een behoefte aan persoonlijke verzorging bestaat uit zowel gebruikers als niet-gebruikers, terwijl het bij de verpleegbehoefte voornamelijk gaat om huishoudens die nog geen verpleegkundige hulp krijgen. Voor een deel zal dit personen betreffen van wie de gezondheid in de afgelopen tijd is verslechterd.

Tabel 7.7

Ontvangen^a hulp en hulpbehoefte in huishoudens met leden met matige/ernstige beperkingen, waarvan het hoofd 18 jaar of ouder is, naar type hulp, 2003 (verticaal gepercentageerd, n = 1410)

	huishoudelijke verzorging	persoonlijke verzorging	verpleegkundige hulp	totaal
totaal onvoldoende hulp	13,8	4,3	1,8	16,4
ontvangt geen hulp, wel hulp nodig	5,0	1,9	1,5	5,0
ontvangt hulp maar in onvoldoende mate	8,9	2,4	0,3	11,4
ontvangt hulp in voldoende mate	27,0	8,7	5,3	27,4
ontvangt geen hulp, geen hulp nodig	59,2	87,0	92,9	56,2

a In de 12 maanden voorafgaande aan de enquête.

Bron: SCP (AVO '03)

In totaal geeft maar liefst 16% van de huishoudens aan behoefte te hebben aan (meer) hulp (tabel 7.7).⁹ Huishoudens die te maken hebben met ernstige beperkingen hebben vaker een onvervulde hulpbehoefte dan huishoudens met matige beperkingen (tabel 7.8). Bij de eerstgenoemde zal het vaker gaan om een aanvulling op de hulp die ze al ontvangen. De eenpersoonshuishoudens, vooral alleenstaande vrouwen, geven vaker te kennen behoefte te hebben aan (meer) hulp bij huishoudelijke verzorging dan de huishoudens bestaande uit meerdere personen. Dat ligt voor de hand want ze hebben niemand die hun taken binnen het huishouden kan overnemen.

Aanvullende analyse laat daarnaast zien dat jongere huishoudens (18-54-jarigen) vaker behoefte hebben een (meer) huishoudelijke hulp dan de oudere huishoudens, als rekening wordt gehouden met de ernst van de beperkingen, de samenstelling van het huishouden en het nettohuishoudinkomen. Huishoudens met een laag inkomen hebben niet vaker een onvervulde hulpbehoefte dan hogere inkomensgroepen.

Tabel 7.8

Onvervulde hulpbehoefte in afgelopen 12 maanden^a van huishoudens met leden met matige/ ernstige beperkingen, waarvan het hoofd 18 jaar of ouder is, naar type hulp en kenmerken van het huishouden, 2003 (in procenten)

	onvoldoende huishoudelijke verzorging	onvoldoende persoonlijke verzorging	onvoldoende verpleegkundige hulp	ten minste een van deze typen hulp onvoldoende	(n)
beperkingen ^b	sign.	sign.	sign.	sign.	
matig	10,6	2,0	1,2	11,8	(1030)
ernstig	22,7	10,6	3,7	28,5	(379)
samenstelling huishouden	sign.	n.s.	n.s.	sign.	
eenpersoonshuishouden	17,4	4,4	2,5	20,3	(532)
alleenstaande man	14,7	5,9	3,7	18,4	(135)
alleenstaande vrouw	18,3	3,9	2,1	20,9	(387)
meerpersoonshuishouden	11,7	4,3	1,5	14,1	(887)
totaal	13,8	4,3	1,8	16,4	(1410)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
 a Voorafgaand aan de enquête.
 b Van het meest beperkte lid van het huishouden.

Bron: SCP (AVO '03)

Het is niet bekend waarom de huishoudens die melden een onvervulde behoefte te hebben, deze hulp niet krijgen. Belemmeringen en knelpunten bij het aanvragen van de zorg kunnen een rol spelen. In paragraaf 7.5 komen deze aan de orde.

7.3 Hulpverleners

Verschillende typen hulpverleners kunnen huishoudelijke hulp, hulp bij de persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp geven. Veelvoorkomende zijn: de thuiszorg en informele hulpverleners zoals gezinsleden, familie, vrienden en burens (De Boer 2006; De Klerk en Schellingerhout 2006).

7.3.1 Voorkeuren

Wanneer aan personen uit meerpersoonshuishoudens wordt gevraagd op wie zij een beroep zouden doen voor langdurige hulp in geval van bijvoorbeeld ziekte of een

ongeval, kiest de meerderheid voor inwonende gezinsleden of huisgenoten. Dit is vooral het geval bij de persoonlijke verzorging, maar in mindere mate ook bij huishoudelijke hulp (tabel 7.9).

Tabel 7.9

Persoon of instantie op wie men een beroep zou doen indien men zelf langdurige hulp nodig heeft, naar zorgfunctie en ernst van de beperkingen, 16-plussers in meerpersoonshuishoudens, 2003 (verticaal gepercentageerd)

	geen	licht	matig	ernstig	totaal	sign
persoonlijke verzorging						sign.
gezinsleden, huisgenoten	66,8	54,0	48,3	40,9	62,1	
familie (niet inwonend)	7,2	7,6	6,3	7,0	7,2	
kennissen, vrienden (niet inwonend)	1,2	1,1	2,1	0,0	1,2	
buren (geen familie)	0,2	0,1	0,8	0,4	0,3	
instelling voor thuiszorg	20,7	31,6	37,9	44,3	24,9	
particuliere hulp	2,1	2,9	2,4	5,7	2,3	
anders	0,4	0,8	0,5	0,0	0,5	
niemand	1,5	1,9	1,7	1,7	1,6	
huishoudelijke hulp						sign.
gezinsleden, huisgenoten	54,9	45,3	39,4	30,9	51,2	
familie (niet inwonend)	8,9	8,4	7,4	9,9	8,7	
kennissen, vrienden (niet inwonend)	1,7	1,4	1,6	0,0	1,6	
buren (geen familie)	0,3	0,4	0,8	0,4	0,4	
instelling voor thuiszorg	26,5	35,6	42,9	51,1	30,2	
particuliere hulp	5,4	5,0	4,4	6,4	5,2	
anders	0,9	1,5	1,8	0,0	1,1	
niemand	1,3	2,5	1,6	1,3	1,6	
(n)	(6574)	(1628)	(780)	(230)	(9395)	

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

Bron: SCP (AVO'03)

Daarnaast is er een relatief grote groep mensen in meerpersoonshuishouden die juist geen beroep wil doen op het eigen netwerk en de voorkeur geeft aan de thuiszorg. Vooral mensen met ernstige beperkingen kiezen vaak voor de thuiszorg: 44% voor hulp bij de persoonlijke verzorging en maar liefst 51% voor huishoudelijke hulp (tabel 7.9). Het Protocol gebruikelijke zorg houdt geen rekening met deze voorkeur en schrijft voor dat huisgenoten langdurige huishoudelijke hulp geven tenzij zij zelf beperkingen hebben (CIZ 2005a en 2005b). Het Protocol biedt daarmee ook weinig keuze in de soort hulp die huisgenoten elkaar kunnen bieden.

De wens van de overheid dat mensen uit de naaste omgeving de zorg op zich nemen, wordt dus niet door iedere potentiële cliënt gedeeld. Het is niet bekend waarom sommige mensen bij langdurige hulpbehoefte geen hulp van gezinsleden of andere naasten wensen. Het kan zijn dat zij nu al veel hulp ontvangen van hun omgeving, dat zij zich er ongemakkelijk bij voelen, of dat zij zich zorgen maken over de onderlinge relatie en de eventuele gevolgen voor de helper. In paragraaf 7.4 gaan we in op de gevoelens rond het beroep op informele hulp en de gevolgen van het zorgen voor de hulpverleners.

7.3.2 Ontvangen hulp

Voorkeuren voor een bepaalde hulpbron hoeven niet overeen te komen met de bron van de daadwerkelijk ontvangen zorg. Bijna een kwart van de huishoudens die te maken hebben met matige of ernstige beperkingen (incl. eenpersoonshuishoudens), ontvangt hulp van de thuiszorg en 15% wordt bijgestaan door mensen binnen het eigen huishouden of uit de naaste omgeving. Particuliere hulp en hulp door anderen, zoals hulp vanuit een woonvoorziening, komen minder vaak voor (tabel 7.10).

Uit het onderzoek Wonen, Zorg en Welzijn (wzw) kwam een veel groter gebruik van informele hulp naar voren: 33% van de personen met langdurige matige of ernstige beperkingen ontving informele hulp (De Klerk en Schellingerhout 2006). De wijze van vragen naar informele zorg in enquêtes speelt een grote rol. De kleinere percentages in tabel 7.10 hebben betrekking op huishoudens (niet op personen) en de vragen zijn slechts aan één persoon binnen het desbetreffende huishouden voorgelegd. Dit vergroot de kans dat zorg die huisgenoten als vanzelfsprekend ervaren, onvermeld blijft. Daarnaast omvat het wzw-onderzoek alleen personen met langdurige beperkingen.

Het aandeel huishoudens dat hulp ontvangt van de verschillende hulpverleners is, zoals verwacht kan worden, groter naarmate de beperkingen ernstiger zijn (tabel 7.10). De huishoudens die te maken hebben met ernstige beperkingen, ontvangen meer thuiszorg en minder informele hulp dan de huishoudens met leden zonder of met minder ernstige beperkingen. Dit hangt deels samen met het feit dat mensen met ernstigere beperkingen vaak (ook) verpleegkundige of persoonlijke verzorging nodig hebben, die niet altijd door het eigen netwerk geleverd kan worden.

Tabel 7.10

Ontvangen hulp^a in de afgelopen 12 maanden^b, naar type zorgverlener en ernst^c van de beperkingen, huishoudens waarvan het hoofd 18 jaar of ouder is, 2003 (in procenten)

	informele hulp ^d	particuliere hulp ^e	thuiszorg	andere hulp ^f	totaal	(n)
beperkingen ^c	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.	
geen	2,2	0,3	1,3	0,2	3,6	(3461)
licht	4,2	2,1	3,9	0,8	9,4	(1571)
matig	11,8	5,6	16,6	3,1	29,9	(1030)
ernstig	21,9	11,1	44,7	8,2	63,1	(379)
totaal (alle huishoudens)	5,4	2,2	7,0	1,3	12,9	(6514)
huishoudens met een lid met matige/ernstige beperkingen	14,5	7,1	24,2	4,5	38,8	(1410)

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

a Huishoudelijke hulp, hulp bij persoonlijke verzorging en/of verpleegkundige hulp.

b Voorafgaand aan de enquête.

c Van het meest beperkte lid van het huishouden.

d Hulp van gezinsleden, huisgenoten, familie, vrienden, kennissen en/of bureu.

e Hulp van werkster, glazenwasser, wasserij, particuliere verzorgende hulp en/of particuliere verpleegkundige hulp.

f Hulp vanuit woonvoorziening en/of maaltijdvoorziening, hulp van vrijwilligers of hulp van anderen.

Bron: SCP (AVO'03)

Van de huishoudens met leden met minimaal matige beperkingen krijgen de eenpersoonshuishoudens, en dan vooral de alleenstaande vrouwen, vaker hulp dan de meerpersoonshuishoudens (tabel 7.11). Dit laat zich voor een deel verklaren door het feit dat in meerpersoonshuishoudens onderling hulp wordt gegeven die als vanzelfsprekend wordt beschouwd en niet als hulp wordt opgevat. De hoeveelheid hulp die meerpersoonshuishoudens krijgen, wordt daardoor onderschat. Maar ook het indicatiebeleid (waarin het uitgangspunt is dat huisgenoten elkaar 'gebruikelijke zorg' verlenen) kan een rol spelen. Tabel 7.11 laat tevens zien dat oudere huishoudens (75-plussers) van alle typen zorgverleners vaker hulp ontvangen dan jongere (18-54-jarigen). Als rekening wordt gehouden met de invloed van de ernst van de beperking, de samenstelling van het huishouden en het inkomen, blijft alleen het verschil in thuiszorg tussen de twee leeftijdsgroepen bestaan.

Verder valt op dat de huishoudens uit de hoogste inkomensgroep meer particuliere zorg ontvangen en minder informele hulp en thuiszorg, dan de andere inkomensgroepen. Na multivariate analyse¹⁰ blijft het verschil in particuliere zorg bestaan en ontvangen de huishoudens met de hoogste inkomens in vergelijking tot die met middeninkomens minder informele hulp, maar de overige verschillen zijn niet langer significant. Dat mensen met een hoog inkomen relatief vaak particuliere hulp hebben, vindt bevestiging in ander onderzoek (De Klerk 2002; Timmermans en

Woittiez 2004; De Klerk en Schellingerhout 2006). De inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor de thuiszorg zullen de hoge(re) inkomensgroepen voor een particuliere hulp doen kiezen. Het zelf inhuren van een particuliere hulp biedt een grotere vrijheid in het bepalen van de werkzaamheden van de hulpverlener.

Tabel 7.11

Hulp^a ontvangen in de afgelopen 12 maanden^b door huishoudens met leden met matige/ernstige beperkingen, waarvan het hoofd 18 jaar of ouder is, naar type zorgverlener en kenmerken van het huishouden, 2003 (in procenten)

	informele hulp ^c	particuliere hulp ^d	thuiszorg	andere hulp ^e	(n)
samenstelling huishouden	sign.	sign.	sign.	sign.	
eenpersoonshuishouden	19,2	12,1	41,1	9,8	(522)
alleenstaande man	14,1	8,1	27,4	5,9	(135)
alleenstaande vrouw	20,9	13,4	45,7	11,1	(387)
meerpersoonshuishouden	11,8	4,1	14,2	1,5	(887)
leeftijd (oudste in hh)	sign.	sign.	sign.	sign.	
18-54 jaar	14,8	5,1	12,2	2,2	(451)
55-74 jaar	10,8	5,0	19,3	3,0	(539)
≥ 75 jaar	19,0	11,9	43,3	9,0	(420)
nettohuishoudinkomen ^f	sign.	sign.	sign.	sign.	
laagste 25%	15,0	6,1	30,4	6,1	(540)
25-50%	17,7	5,0	25,2	4,2	(401)
50-75%	17,5	5,6	18,0	1,7	(234)
hoogste 25%	8,0	13,3	12,8	2,1	(188)
totaal	14,5	7,1	24,2	4,5	(1410)

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

a Huishoudelijke hulp, hulp bij persoonlijke verzorging en/of verpleegkundige hulp.

b Voorafgaand aan de enquête.

c Hulp van gezinsleden, huisgenoten, familie, vrienden, kennissen en/of bureu.

d Hulp van werkster, glazenwasser,wasserij, particuliere verzorgende hulp en/of particuliere verpleegkundige hulp.

e Hulp vanuit woonvoorziening en/of maaltijdvoorziening, hulp van vrijwilligers of hulp van anderen.

f Gestandaardiseerd netto besteedbaar inkomen.

Bron: SCP (AVO'03)

Particuliere hulp bestaat voornamelijk uit huishoudelijke verzorging. Hulp door informele hulpverleners en de thuiszorg omvat naast huishoudelijke verzorging ook regelmatig persoonlijke verzorging (resp. 23% en 29%) en 13% van de huishoudens met thuiszorg krijgt verpleegkundige hulp van de thuiszorg.

Informele hulpverleners zijn vaak gezinsleden, huisgenoten en niet-inwonende familieleden. Iets meer dan de helft (52%) van de huishoudens met matige of

ernstige beperkingen die informele hulp ontvingen in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête, kregen zorg van een niet-inwonend familielid. Twee op de vijf (40%) van deze huishoudens kreeg hulp van gezinsleden of huisgenoten. Toch zijn ook mensen buiten het gezin of de familie niet onbelangrijk. Meer dan 20% van de huishoudens die informele zorg ontvangen, krijgen hulp van kennissen of vrienden en 13% van burens.

Particuliere hulp is voornamelijk afkomstig van werksters. Bijna 90% van de huishoudens met matig tot ernstige beperkingen die particuliere hulp ontvingen, kreeg huishoudelijke hulp van een werkster. 14% van deze huishoudens kreeg hulp van een glazenwasser of wasserij. In slechts een beperkt aantal gevallen was er sprake van particuliere verpleegkundige hulp (5%) of verzorgende hulp (5%) (AVO'03).

Bijna 30% van alle huishoudens met leden met matige of ernstige beperkingen heeft te maken met één enkel type hulpverlener. Het betreft dan meestal de thuiszorg (17%). 8% van de huishoudens kreeg in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête hulp van ten minste twee typen zorgverleners. De combinatie informele hulp en thuiszorg komt het meeste voor, bij 5% van alle huishoudens. Minder dan 1% kreeg zowel informele hulp, particuliere hulp als thuiszorg.

Van de huishoudens die hulp ontvangen, krijgen de oudere huishoudens (75 jaar en ouder) verhoudingsgewijs vaak thuiszorg, particuliere hulp of een combinatie van thuiszorg met particuliere hulp of informele zorg. Jongere huishoudens zijn daarentegen vaker afhankelijk van enkel informele zorg (AVO'03). Voor een groot deel zal dit zich laten verklaren door de gehanteerde criteria bij de indicatiestelling.

De zorg ontvangen van informele hulpverleners is intensiever dan de zorg verleend door particuliere hulpen en de thuiszorg. De informele zorg beslaat in iets meer dan de helft (53%) van de gevallen meer dan één dagdeel van vier uur en bij 15% van de huishoudens met matige of ernstige beperkingen zelfs meer dan twee volledige werkdagen (16 uur).¹¹ De informele zorg aan de jongste huishoudens is relatief vaak zeer intensief. Huishoudens waarvan de oudste persoon tussen de 18 en 55 jaar is (n = 65), ontvangen vaker 40 uur of meer informele zorg per week (15%) dan huishoudens van 55-74 jaar (2%) of van 75 jaar en ouder (1%) (AVO'03). In veel gevallen zal het de hulp van inwonende gezinsleden betreffen.

7.3.3 Persoonsgebonden budget

Behalve naar de verschillende zorgfuncties en hulpverleners, kan er ook een onderscheid gemaakt worden tussen zorg in natura en het persoonsgebonden budget (pgb). Met het pgb kunnen mensen zelf verschillende vormen van hulp en begeleiding inkopen.

De groep mensen met een pgb is relatief klein, maar neemt toe. Tussen 1 april 2003 en 1 juli 2005 groeide het totale aantal pgb-houders in Nederland van 51.236 naar 77.024 (Knollemma 2005). In 2006 zette de stijging door en groeide het aantal pgb's sneller dan was voorzien. Voor een deel zou dit komen doordat het pgb

gebruikt wordt om wachtlijsten te omzeilen. Zorgaanbieders wijzen zorgvragers op het pgb wanneer zij geen geld meer krijgen om nieuwe cliënten aan te nemen (Kiers 2006; Kroon 2006).

In 2004 had iets meer dan 3% van de zelfstandig wonende personen met een matige of ernstige beperking de beschikking over een pgb (tabel 7.12). Van de mensen met een matige beperking was 3% een pgb-houder en van degenen met een ernstige beperking 5%. In 2005 had 9% van de mensen met langdurige ernstige beperkingen een pgb (De Klerk en Schellingerhout 2006).

Hoewel het pgb al bestaat sinds de jaren negentig van de vorige eeuw, geniet het geen grote bekendheid. Meer dan 40% van de mensen met een matige of ernstige beperking heeft er zelfs nog nooit van gehoord. 14% heeft er wel van gehoord maar weet niet precies wat het is. Van de 75-plussers met matige of ernstige beperkingen heeft de helft nog nooit van het pgb gehoord. Mensen tussen de 16 en 54 jaar en samenwonenden, vooral samenwonende vrouwen, weten vaker wat het pgb inhoudt, ook al hebben ze het niet.

Tabel 7.12

Gebruik en kennis van het persoonsgebonden budget (pgb), naar achtergrondkenmerken, zelfstandig wonende 16-plussers met matige/ernstige beperkingen, 2004 (horizontaal gepercenteerd)

	heeft pgb	weet wat pgb is	heeft van pgb gehoord	heeft nooit van pgb gehoord	(n)
ernst van de beperking	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	
matig	2,7	42,5	14,8	39,8	(447)
ernstig	5,5	35,4	11,7	47,9	(163)
leefvorm en geslacht	n.s.	sign.	n.s.	sign.	
alleenstaande man	5,9	32,4	8,7	52,9	(68)
alleenstaande vrouw	4,7	34,3	15,7	45,6	(171)
samenwonende man	2,6	40,0	14,6	42,7	(150)
samenwonende vrouw	2,3	48,6	14,1	35,5	(220)
leeftijdsklasse	n.s.	sign.	n.s.	sign.	
16-54 jaar	4,4	46,2	11,5	37,9	(182)
55-74 jaar	4,4	44,1	14,0	37,8	(229)
≥ 75 jaar	1,5	31,7	16,6	50,3	(199)
totaal	3,4	40,6	14,0	42,0	(610)

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

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Mensen met langdurige matige of ernstige lichamelijke beperkingen zetten hun pgb vooral in voor huishoudelijke hulp (97%), persoonlijke verzorging (21%) en verpleging (14%). Meer dan de helft (56%) koopt de zorg in bij een particuliere hulp, een derde betaalt informele helpers met het pgb en bijna een kwart de thuiszorg (De Klerk en Schellingerhout 2006). In een ander onderzoek dat plaatsvond onder een brede groep van pgb-houders (niet uitsluitend mensen met langdurige lichamelijke beperkingen, maar bv. ook mensen met een verstandelijke beperking), nam informele hulp een grotere plaats in. Twee derde van de pgb-houders kocht hulp in bij mantelzorgers: een derde had uitsluitend informele zorg en nog eens een derde combineerde mantelzorg met de zorg van beroepskrachten (Ramakers en Van den Wijngaart 2005).

Vrijwel alle pgb-houders met langdurige matige of ernstige lichamelijke beperkingen zijn tevreden met de hulp die zij via het pgb inkopen. Meer dan driekwart vindt echter dat er veel administratieve rompslomp bij komt kijken en 61% geeft te kennen dat het moeilijk is om aan goede hulp te komen (De Klerk en Schellingerhout 2006). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft inmiddels maatregelen aangekondigd om de administratieve lasten te verminderen (vws 2006c; vws 2007a).

7.4 Informele zorg: gevoelens en gevolgen

7.4.1 Gevoelens bij informele hulp

Het vragen om hulp aan mensen uit de naaste omgeving en het ontvangen van informele hulp worden niet door iedereen als vanzelfsprekend ervaren. Tabel 7.13 laat zien dat slechts een derde van de mensen met beperkingen het niet erg vindt anderen om hulp te vragen en dat meer dan de helft zich verplicht voelt iets terug te doen. Ook vindt driekwart van de mensen met beperkingen dat ze niet zomaar een beroep op anderen kunnen doen omdat die hun eigen bezigheden hebben, en dit idee neemt in kracht toe naarmate de beperkingen ernstiger zijn. Wel dient opgemerkt te worden dat de stellingen in tabel 7.13, behalve stelling a, niet expliciet over informele hulp gaan maar dat ze daar zeker ook betrekking op hebben.

Van degenen met matige tot ernstige beperkingen, zijn vooral de 55-74-jarigen van mening dat de overheid ervoor moet zorgen dat het niet nodig is een beroep op familie te doen. Deze generatie is dan ook opgegroeid met de verzorgingsstaat en heeft deze mede vormgegeven. Bovendien zal deze leeftijdsgroep zich relatief vaak geconfronteerd zien met hulpbehoevende ouders of andere familieleden. Ook mensen die geen informele zorg ontvangen, zijn het er naar verhouding vaak mee eens dat een beroep op familie niet nodig zou moeten zijn. Deze groep zal ook de mensen omvatten voor wie het niet gemakkelijk is familieleden en mensen in de naaste omgeving te vinden die zorg kunnen verlenen. Tussen mannen en vrouwen, en alleenstaanden en samenwonenden zijn er geen verschillen gevonden.

Tabel 7.13

De mening van zelfstandig wonende personen met beperkingen over het vragen en ontvangen van hulp van anderen, naar achtergrondkenmerken, 16-plussers, 2004 (in procenten '(sterk) mee eens')

	beroep op familie zou niet nodig moeten zijn ^a	ik kan niet zomaar beroep op anderen doen ^b	niet erg om anderen om hulp te vragen ^c	ik voel me verplicht iets terug te doen ^d	(n)
ernst van de beperkingen	n.s.	sign.	n.s.	n.s.	
licht	39,5	65,3	40,8	56,7	(435)
matig	46,1	74,1	34,1	57,1	(451)
ernstig	48,8	77,6	32,1	55,5	(164)
totaal (allen)	43,5	70,7	37,0	56,5	(1123)
alleen degenen met matige/ernstige beperkingen					
leeftijdsgroep	sign.	n.s.	n.s.	n.s.	
16-54 jaar	41,3	71,4	31,4	56,2	(184)
55-74 jaar	56,5	79,1	36,1	59,1	(230)
≥ 75 jaar	40,6	73,8	32,7	54,2	(201)
informele zorg ^e	sign.	n.s.	n.s.	n.s.	
geen	56,9	72,9	35,5	61,2	(255)
wel	39,6	77,2	31,1	52,7	(333)
totaal (matige/ernstige beperkingen)	46,7	75,0	33,6	56,7	(616)

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

a Stelling: 'Het zou niet nodig moeten zijn om een beroep op je familie te doen, daar zou de overheid voor moeten zorgen.'

b Stelling: 'Ik kan niet zomaar een beroep op anderen doen, zij hebben ook hun bezigheden.'

c Stelling: 'Ik vind het niet erg om andere mensen om hulp te vragen.'

d Stelling: 'Als iemand me ergens mee helpt, voel ik me verplicht om iets terug te doen.'

e Informele hulp gekregen in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête van gezinsleden, familieleden of mensen uit de naaste omgeving.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten'04)

Het je verplicht te voelen ten opzichte van een ander omdat deze persoon jou informele zorg geeft, komt ook naar voren uit een onderzoek naar de ervaringen van mensen met beperkingen in Angelsaksische landen (Nieuw-Zeeland, Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Australië). De mensen met betaalde hulp voelen zich gemakkelijker en hebben het gevoel dat ze meer zeggenschap hebben over hun eigen leven, dan degenen met enkel informele hulp. Mensen die volledig afhankelijk zijn van informele zorg, voelen zich vaak gedwongen zich voortdurend te verontschuldigen en dankbaarheid te tonen. Toch wordt de overgrote meerderheid van de zorg in de onderzochte landen gegeven door informele of onbetaalde zorgers (Galvin 2004).

In Nederland hebben de ontvangers van mantelzorg een dubbele houding ten aanzien van informele zorg. Meer dan 80% van de mensen met chronische aandoeningen die mantelzorg ontvangen, zegt deze vorm van zorg prettig te vinden. Tegelijkertijd ervaart 39% mantelzorg als bezwaarlijk en vindt 40% het moeilijk mantelzorg te accepteren, vooral huishoudelijke hulp. Vrouwen, jonge(re) mensen, mensen met relatief ernstige lichamelijke beperkingen of een mantelzorger anders dan de partner, hebben meer moeite met het accepteren van informele hulp dan anderen (Calsbeek 2004).

7.4.2 Gevolgen van informele hulp

Informele hulp heeft volgens de ontvangers van die hulp negatieve gevolgen voor de zorgverlener en voor de onderlinge relatie tussen ontvanger en verlener. Iets minder dan 30% van de mensen met beperkingen die in 2005 informele hulp hebben ontvangen, geeft aan dat de zorgverlener minder tijd is gaan besteden aan hobby's en studie, en dat er minder tijd over is om samen iets leuks te doen (tabel 7.14). Positief is wel dat meer dan de helft van de zorgontvangers zegt een hechtere relatie met de zorgverlener te hebben gekregen.

Het verlenen van informele zorg kan flink ingrijpen in het leven van de verlener. Ontvangers van informele zorg rapporteren dat circa 12% van de zorgverleners minder is gaan werken in verband met de hulp. Bovendien dreigt het gevaar dat de mantelzorger op termijn overbelast raakt (zie ook Timmermans 2003; Timmermans et al. 2005). Volgens de zorgontvangers heeft 20% van de zorgverleners moeite met het combineren van taken en kan 17% ondersteuning gebruiken bij het geven van de hulp. Voor de overheid en de professionele hulpverlening is er dus een belangrijke taak weggelegd om deze mensen te ondersteunen en om overbelasting te voorkomen.

Naarmate de beperkingen van de zorgbehoevende ernstiger zijn, is er vaker sprake van negatieve gevolgen. Mensen die zorg verlenen aan mensen met ernstige beperkingen, zijn vaker minder tijd gaan besteden aan hobby's en hebben vaker ondersteuning nodig dan de hulpverleners van mensen met matige beperkingen, en ze hebben ook vaker zelf gezondheidsproblemen (tabel 7.14). Volgens de ontvangers van de hulp, heeft maar liefst een kwart van deze zorgverleners moeite om taken te combineren en ondersteuning nodig. Bovendien blijft er bij meer dan een derde van deze gevallen minder tijd over voor gever en ontvanger om samen iets leuks te doen.

De aaneengesloten duur van de zorgperiode lijkt niet een bijzonder grote rol te spelen. Volgens de ontvangers van de zorg zijn mensen die meer dan dertien weken achtereen zorg verlenen, wel vaker minder gaan werken en ook hebben ze iets vaker moeite met het combineren van taken.

Tabel 7.14

De mening van personen met matige/ernstige beperkingen die informele zorg ontvangen, over de gevolgen van die informele zorg, naar ernst van de beperkingen en duur van de zorg, 22-plussers, 2005 (in procenten)

	ernst beperkingen			aaneengesloten periode hulp		sign.	totaal
	matig	ernstig	sign.	≤ 13 weken	> 13 weken		
degene die helpt...							
is minder gaan werken	10,0	14,3	n.s.	6,4	14,2	sign.	11,9
besteedt minder tijd aan hobby's, sport, uitgaan, studie, enz.	23,5	37,2	sign.	23,7	32,7	n.s.	29,5
heeft moeite om werk / zorg / huishouden te combineren	19,8	25,8	n.s.	21,1	23,2	sign.	22,4
heeft ondersteuning nodig i.v.m. de hulp	9,9	24,9	sign.	9,8	19,0	n.s.	16,5
heeft zelf ook gezondheidsproblemen	32,9	47,4	sign.	36,0	40,3	n.s.	39,3
ontvanger en helper...							
houden minder tijd over om samen iets leuks te doen	19,7	38,9	sign.	24,6	30,4	n.s.	28,2
hebben een hechtere relatie gekregen	52,2	54,7	n.s.	49,1	53,8	n.s.	53,3
(n)	(239)	(182)		(109)	(280)		(421)

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

Bron: NIVEL (NPCG voorjaar '06) SCP-bewerking

7.5 Het aanvragen van zorg

7.5.1 Knelpunten bij het aanvragen van zorg

Uit de voorgaande paragrafen is gebleken dat meer dan de helft van de mensen met matige tot ernstige beperkingen geen huishoudelijke, persoonlijke of verpleegkundige hulp ontvangt, en dat een grote groep niet gebruikmaakt van mobiliteitshulpmiddelen. Het is niet duidelijk hoe deze mensen zich weten te redden en waarom ze niet gebruikmaken van ondersteuning. Het kan zijn dat zij veel belang hechten aan hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid, en dat ze over de benodigde persoonlijke competenties beschikken om, ondanks hun beperkingen, toch voor zichzelf te zorgen (zie ook De Klerk en Schellingerhout 2006; Kooiker 2006).

Het is echter ook gebleken dat er mensen met matige of ernstige beperkingen zijn die behoefte hebben aan een voorziening die ze nu niet of in onvoldoende mate ontvangen. Zo liet tabel 7.7 zien dat 14% van de huishoudens die te maken hebben met matige of ernstige beperkingen, een (onvervulde) behoefte heeft aan huishoudelijke verzorging. Bovendien vraagt slechts 36% van de mensen met matige of ernstige beperkingen en behoefte aan (meer) thuiszorg, deze zorg ook daadwerkelijk aan (Hoefman 2007).

Eerder onderzoek van het SCP (De Klerk en Schellingerhout 2006; Hoefman 2007) achterhaalde een aantal redenen voor het niet-gebruik van ondersteuningsvoorzieningen (zie ook § 7.1.3 over de onvervulde behoefte aan hulpmiddelen).

Gebrek aan kennis en specifieke vaardigheden speelt bij veel niet-gebruikers een rol. Mensen zijn niet altijd op de hoogte van de faciliteiten en regelingen (zoals het pgb, zie § 7.3.3) of weten niet hoe ze voorzieningen moeten regelen. Een derde van de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen weet niet waar hij of zij terecht kan als er voorzieningen nodig zijn. Soms is de informatie onvoldoende of niet optimaal beschikbaar voor de doelgroep (bv. informatie op het internet over voorzieningen waarvan veel ouderen gebruikmaken). Maar ook zijn er mensen die moeite hebben met het zoeken naar informatie of met het uitvoeren van administratieve handelingen (De Klerk en Schellingerhout 2006; Hoefman 2007).

Zo zegt 17% van de mensen met matige of ernstige beperkingen moeite te hebben met het uitvoeren van eenvoudige administratieve handelingen als rekeningen betalen en formulieren invullen. Nog eens 6% geeft aan deze taken helemaal niet te kunnen uitvoeren vanwege gezondheidsredenen en 8% vanwege andere redenen. Uit tabel 7.15 blijkt dat 18% niet altijd zoekt naar informatie over de voorziening of het product dat ze nodig hebben. Vooral laagopgeleiden zoeken betrekkelijk weinig. Meer dan 60% van de mensen met matige of ernstige beperkingen ziet bovendien op tegen het ‘gezeur’ wanneer ze een nieuwe voorziening nodig hebben. Dit kan de aanvraag van zorg belemmeren, want degenen die hiertegen opzien, ontvangen minder thuiszorg dan degenen bij wie dat niet het geval is (Hoefman 2007).

Tabel 7.15

Meningen van mensen met matige of ernstige beperkingen over het regelen van hulp of voorzieningen, 18-plussers, 2004 (in procenten)

	mee eens	noch eens noch oneens	mee oneens	(n)
ik zoek altijd informatie over het product dat of de voorziening die ik nodig heb	68,6	13,2	18,2	(567)
ik zie op tegen het gezeur als ik een nieuwe voorziening of hulp nodig heb	61,4	15,1	23,5	(608)
bij het zoeken naar de juiste voorziening is er niemand die mij goed kan adviseren	23,2	19,2	57,6	(610)

Bron: Hoefman (2007) op basis van SCP (AVO-gehandicapten'04)

Daarnaast worden financiële redenen vaak genoemd in samenhang met het niet-gebruik van voorzieningen. De eigen bijdrage kan voor problemen zorgen of mensen schatten de eigen bijdrage als (te) hoog in (De Klerk en Schellingerhout 2006). Zo was de verhoging van de eigen bijdrage voor extramurale zorg per 1 januari 2004 voor circa 15.000 mensen de reden om de thuiszorg volledig op te zeggen (Vernhout en

Dragt 2004). De meerderheid van deze mensen loste dit op door hulp uit de omgeving (54%) of van een particuliere hulpverlener (27%) in te schakelen, en 14% van de opzeggers probeert het met minder uren te redden (Van Linschoten et al. 2006).

7.5.2 De rol van het sociale netwerk

Hoefman (2007) laat zien dat mensen uit het sociale netwerk hulp kunnen bieden bij het aanvragen van ondersteuning. Van de mensen met matige of ernstige beperkingen krijgt 15% meestal en 17% soms hulp als ze iets moeten regelen in verband met hun beperkingen (tabel 7.16). De rest (68%) doet het altijd zelfstandig. Vooral 75-plussers, jongvolwassenen (18-34-jarigen), mensen met ernstige beperkingen en laagopgeleiden krijgen hulp. De belangrijkste reden waarom mensen met beperkingen hulp ontvangen bij zaken als het aanvragen zorg, is het ontbreken van kennis (49%). Dit geldt vooral voor 75-plussers en alleenstaanden, maar ook van de jongere volwassenen weet meer dan een derde niet hoe ondersteuning te regelen. Andere redenen zijn gebrek aan energie (25%), moeite met schrijven of telefoneren (15%), geen toegang tot internet of e-mail (9%) en andere (onbekende) redenen (32%).

Tabel 7.16

Hulp bij het regelen van ondersteuning aan mensen met matige of ernstige beperkingen, naar leeftijdscategorie, 18-plussers, 2004 (verticaal geperceenteerd)

	18-34 jaar	35-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	sign.	totaal	(n)
hulp bij het regelen van ondersteuning in verband met beperkingen							
					sign.		
doet dit altijd zelf	67,4	75,8	73,4	55,9		68,0	(418)
krijgt daarbij soms hulp	23,3	17,0	10,5	22,3		16,8	(103)
krijgt daarbij meestal hulp	9,3	7,2	16,2	21,8		15,3	(94)
redenen voor ontvangen van hulp							
ontbreken van kennis	42,9	34,2	43,5	61,4	sign.	49,3	(97)
geen energie voor	a	a	a	a		24,5	(48)
moeite met schrijven of telefoneren	a	a	a	a		15,3	(30)
geen e-mail of toegang tot internet	a	a	a	a		8,6	(17)
anders	a	a	a	a		31,7	(62)

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

a Aantal respondenten te klein voor uitsplitsing naar leeftijd.

Bron: Hoefman (2007) op basis van SCP (AVO-gehandicapten'04)

Vaak helpen kinderen of ouders bij het regelen van zaken. De aanwezigheid van deze familieleden hangt dan ook samen met het gebruik van thuiszorg. Mensen met matige of ernstige beperkingen die veel contact hebben met hun kinderen of ouders, maken meer gebruik van thuiszorg dan degenen zonder deze familieleden. Mogelijk leidt het frequente contact tot een tijdige signalering van problemen en een aanvraag van zorg. Wanneer kinderen en ouders echter op een reisafstand van minder dan 30 minuten wonen, ligt het gebruik van thuiszorg lager dan wanneer ze verder weg wonen. Dit komt waarschijnlijk doordat deze personen meer informele zorg krijgen van familieleden.

Niet iedereen beschikt echter over een sociaal netwerk dat hulp kan bieden bij het aanvragen van zorg. Tabel 7.15 laat zien dat bijna een kwart (23%) van de mensen met matige of ernstige beperkingen meldt dat er niemand is die hen goed kan adviseren bij het zoeken naar de juiste voorziening. Voor 75-plussers geldt dit in mindere mate, terwijl opvalt dat 28% van de 18-34-jarigen aangeeft niemand te hebben (Hoefman 2007). Het ontbreken van hulp kan problematisch zijn wanneer iemand zelf niet in staat is zorg en voorzieningen te regelen.

7.5.3 Ervaringen en knelpunten bij de indicatiestelling

Na het ontvangen van een aanvraag beoordeelt het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)¹² of de indiener voor AWBZ-zorg in aanmerking komt. Ook verricht het CIZ geregeld herindicaties om vast te stellen of de hulpbehoefte is veranderd.

In totaal had in 2005 22% van de mensen met matige of ernstige beperkingen contact met het CIZ, zo blijkt uit NPCG-gegevens.¹³ In circa de helft (51%) van de gevallen bracht de adviseur van het CIZ een huisbezoek, in de andere helft werd de aanvraag enkel telefonisch afgehandeld.¹⁴ Cliëntenorganisaties achten telefonisch indiceren voor bepaalde groepen cliënten een efficiënte methode, maar niet geschikt voor ouderen en hun mantelzorgers en voor mensen met complexe zorgproblematiek (Bellemakers et al. 2007).

Meer dan een op de tien mensen die met het CIZ contact hadden, voelde zich weinig of helemaal niet serieus genomen. Degenen wier aanvraag werd toegewezen, voelden zich vaker serieus genomen (82%) dan degenen van wie de aanvraag niet werd toegewezen (29%). Samenwonenden voelden zich vaker weinig of niet serieus genomen (20%) dan alleenstaanden (5%). Waarschijnlijk hangt dit verschil samen met de hantering van het Protocol gebruikelijke zorg. Er werden geen significante verschillen naar ernst van de beperkingen of leeftijd gevonden.

Bij de indicatiestelling hanteert het CIZ het Protocol Gebruikelijke Zorg (CIZ 2005a en 2005b).¹⁵ Dit protocol gelast dat huisgenoten elkaar langdurige huishoudelijke hulp geven, en dat partners elkaar persoonlijke verzorging geven in kortdurende situaties (< 3 maanden) met uitzicht op herstel. Een uitzondering wordt gemaakt voor mensen wier partner of huisgenoten zelf beperkingen of gezondheidsproblemen hebben.

De invoering van het *Werkdocument Gebruikelijke Zorg* (de voorloper van het Protocol) in 2003/2004 leidde tot een sterke afname in de hoeveelheid toekenningen van huishoudelijke verzorging, vooral aan samenwonenden, en een daling van de hoeveelheid aanvragen voor huishoudelijke verzorging (Wolffensperger et al. 2004). Er zijn signalen dat indicatiestellers de richtlijnen van het huidige Protocol rigide toepassen, waardoor de toekenning van hulp minimaal is en er problemen kunnen ontstaan. Zorgvragers, informele zorgers en cliëntenorganisaties rapporteren bijvoorbeeld dat indicatiestellers weinig inlevingsvermogen hebben, onvoldoende kennis van ziektes en aandoeningen hebben, en de check op overbelasting van de mantelzorger vaak niet uitvoeren. Wel zijn er verschillen in werkwijze tussen CIZ-kantoren en tussen indicatiestellers (Francissen 2006; RPCP Zuidoost-Brabant 2006; Bellemakers et al. 2007).

Uit gegevens van het NIVEL blijkt dat 36% van de mensen met huisgenoten die een zorgaanvraag deden, vindt dat het CIZ niet goed is nagegaan of de partner, kinderen of andere gezinsleden/huisgenoten in staat zijn om te helpen. Van mensen die vinden dat dat wel goed is nagegaan, werd de aanvraag vaker toegewezen (88%) dan van mensen die die mening niet zijn toegedaan (34%).¹⁶

Inmiddels wordt er wel gewerkt aan verbetering van het indicatieproces in relatie tot mantelzorg. Het Protocol beschouwt alle hulp van naasten uit de omgeving boven de gebruikelijke zorg als mantelzorg en vrijwillig. Als vrijwillige mantelzorg beschikbaar is, blijft dat deel van de zorgaanspraak buiten het indicatiebesluit omdat professionele zorg dan niet nodig is (CIZ 2005a). In 2007 zal, in reactie op algemeen overleg in de Tweede Kamer (TK 2005/2006b), de inzet van mantelzorg in het indicatiebesluit zichtbaar gemaakt worden zodat herindicatie bij uitval van de mantelzorger niet nodig is (vws 2007b).

In totaal werd in 2005 82% van de zorgaanvragen van mensen met matige of ernstige beperkingen in het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) toegewezen (tabel 7.17). Opvallend is dat 10% van de aanvragers minder uren kreeg geïndiceerd dan voorheen. Deels zal dit samenhangen met de invoering van het Protocol *Gebruikelijke Zorg*, want het zijn vooral de samenwonenden die minder uren krijgen dan voorheen.

Tabel 7.17 toont dat de aanvragen van 22-54-jarigen en samenwonenden vaker nadelig uitvielen dan die van oudere volwassenen en alleenstaanden. Zo werd 11% van de aanvragen van jongere volwassenen en 13% van de aanvragen van samenwonenden afgewezen. Na statistische correctie voor ernst van de beperkingen, geslacht en opleiding blijft alleen het verschil in toewijzing tussen samenwonenden en alleenstaanden bestaan. De aanvraag van samenwonenden wordt dus minder vaak toegewezen dan die van alleenstaanden. Dit zal een direct gevolg zijn van het Protocol *Gebruikelijke Zorg*.

Tabel 7.17

Resultaat van de aanvragen bij het CIZ van mensen met matige/ernstige beperkingen, naar leeftijd en leefvorm, 2005 (in procenten)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		samen- wonend	alleen- wonend	
aanvraag thuiszorg is toegewezen	67,9	85,9	87,9	sign.	66,7	94,0	sign. 81,9
aanvraag thuiszorg is afgewezen	11,3	6,1	0,0	sign.	13,3	0,0	sign. 5,7
verlenging hulp is geweigerd	7,5	1,0	0,0	sign.	5,6	0,0	sign. 2,4
minder uren hulp dan voorheen geïndiceerd	15,1	6,1	10,3	n.s.	14,4	5,2	sign. 9,5
minder uren hulp dan aangevraagd	1,9	1,0	5,2	n.s.	3,3	0,9	n.s. 2,4
(n)	(53)	(99)	(58)		(90)	(116)	

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

Bron: NIVEL (NPCG voorjaar '06) SCP-bewerking

Uit ander recent onderzoek blijkt dat de informatievoorziening door en de bereikbaarheid van het CIZ verbetering behoeven. Voor een grote groep cliënten (20%) is niet duidelijk hoe het CIZ tot het indicatiebesluit is gekomen. Ook begrijpt 20% de inhoud van de brief met het indicatiebesluit niet. Toch is 90% van de cliënten het eens met het besluit (Jedelloo en Schrijvers 2007). Het CIZ heeft inmiddels verbeterde besluitbrieven ingevoerd (CIZ 2007).

De belangrijkste reden waarom NPCG-leden geen of minder hulp toegewezen kregen ($n = 34$), is dat het CIZ vindt dat de partner (meer) hulp moet verlenen (44%). 12% kreeg te horen dat zij zichzelf wel (weer) kunnen redden, 6% dat de kinderen of andere gezinsleden/huisgenoten (meer) hulp moeten verlenen, en 6% dat niet-inwonende kinderen of andere familie (meer) hulp moeten verlenen. In bijna een kwart van de gevallen (24%) was er sprake van een andere reden. Het aantal personen met matige of ernstige beperkingen in het NPCG-onderzoek¹⁷ die geen of minder hulp toegewezen kregen, is weliswaar klein, maar de meerderheid van hen geeft aan dat er problemen zijn ontstaan nu ze geen of minder thuiszorg krijgen dan ze hadden aangevraagd. Van 32 personen ziet meer dan 80% dat het huishouden minder goed wordt gedaan dan voorheen, en nog eens 84% vindt het vervelend dat het zware huishoudelijke werk blijft liggen. Maar liefst 88% is zelfs van mening dat de afwijzing van (meer) thuiszorg ten koste gaat van de eigen gezondheid. Ook vindt bijna 84% van de mensen van wie de aanvraag (gedeeltelijk) is afgewezen, het moeilijk meer hulp van mensen uit de eigen omgeving te accepteren en driekwart durft anderen eigenlijk niet te vragen om meer te helpen.

7.6 Tevredenheid en regie over het eigen leven

7.6.1 Tevredenheid met de thuiszorg

In het AVO-gehandicapten'04 is gevraagd naar de ervaringen van mensen met beperkingen die in het voorafgaande jaar thuiszorg kregen. Tabel 7.18 laat zien dat men vooral over de thuiszorgmedewerker positief is. Bijna iedereen voelt zich serieus genomen door de hulpverlener en vindt dat deze het werk goed doet. Ook geeft meer dan 90% aan hulp te krijgen bij de gewenste activiteiten en op een geschikte tijd.

Over de overige aspecten, vooral de afstemming en continuïteit van de zorg en de communicatie over administratieve zaken, zijn thuiszorgcliënten met matige of ernstige beperkingen minder positief. Meer dan de helft (56%) is van mening dat de thuiszorg de hulp niet (echt) afstemt op de hulp die men van anderen krijgt, en bijna 30% vindt dat men steeds een andere hulpverlener krijgt. Ook vinden relatief veel mensen de rekeningen van de thuiszorg moeilijk te doorgronden. Daarnaast is circa 20% niet tevreden over de communicatie omtrent inkomensgegevens en de afwezigheid van de hulpverlener.

Andere onderzoeken naar de tevredenheid van thuiszorgcliënten, waaronder een benchmarkonderzoek¹⁸ in 2004, tonen soortgelijke resultaten. De aspecten bejegening, betrouwbaarheid van medewerkers, deskundigheid en flexibiliteit scoren hoog, maar cliënten zijn minder positief over de organisatie van de zorg, de informatievoorziening, de communicatie en de continuïteit van de zorg. Belangrijke verbeterpunten zijn: de communicatie en het overleg (bv. door het houden van een periodiek evaluatiegesprek over de zorg), de telefonische bereikbaarheid, het voorkomen van wisselingen in het personeel, een regeling van vervanging bij afwezigheid van medewerkers, en afstemming op de wensen van de cliënt (Mistiaen en Delnoij 2003; Burck en Zijp 2005; PricewaterhouseCoopers et al. 2005).

Oudere, relatief laagopgeleide, mondige en gezonde thuiszorggebruikers woonachtig op het platteland hebben een iets positiever oordeel dan jongere, relatief hoogopgeleide, verhoudingsgewijs weinig mondige en weinig gezonde cliënten die wonen in meer verstedelijkte gebieden. Ook zijn de cliënten van kleine tot middelgrote thuiszorginstellingen iets positiever dan degenen die zorg van een grote instelling ontvangen, vooral betreffende de bereikbaarheid en de informatievoorziening (PricewaterhouseCoopers et al. 2005).

De wachtlijsten in de thuiszorg, en in de zorg in het algemeen, blijven een veelbesproken onderwerp in de media. Het aantal wachtenden op verpleging en verzorging zonder verblijf daalde sterk in 2003. Tussen oktober 2003 en januari 2005 vertoonden de wachtlijsten een lichte daling (Ramakers 2005).

De laatstbekende wachtlijstcijfers op het moment van schrijven laten zien dat op 1 januari 2005 16.137 mensen wachtten op verpleging en verzorging zonder verblijf, waarvan 88% (14.225) op somatische gronden en de rest vanwege psychogeriatrische aandoeningen. Daarnaast wachtten nog eens 1.067 mensen met een lichamelijke

handicap of functiestoornis op zorg zonder verblijf binnen de sector Gehandicaptenzorg. Zorgkantoren melden dat de wachtlijsten voor zorg zonder verblijf gedurende 2005 stabiel zijn gebleven (Ramakers 2006). In de zomer van 2006 liepen ze op, toen veel thuiszorginstellingen een cliëntenstop afkondigden vanwege een tekort aan geld. Andere zorgaanbieders in dezelfde buurt bleken echter nog wel plaats te hebben. Als gevolg hiervan wordt er gewerkt aan verbetering van de voorlichting aan cliënten en aan een informatiepunt waar mensen kunnen achterhalen welke zorgaanbieder in hun regio plaats heeft (Gemeente.nu 2006; Zorg + Welzijn 2006).

Tabel 7.18

Ervaringen met de thuiszorg van 16-plussers met matige/ernstige beperkingen, 2004 (in procenten; n = 180)

	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja
thuiszorgmedewerker				
hulpverlener doet haar/zijn werk goed	1,6	2,3	13,6	82,5
hulpverlener neemt mij serieus	1,8	1,0	10,5	86,7
hulpverlener komt op een voor mij geschikte tijd	5,2	3,9	12,3	78,6
ik krijg hulp bij de door mij gewenste activiteiten	7,1	2,2	17,9	72,8
ik krijg vaak een andere hulpverlener	56,9	13,4	8,6	21,1
hulpverlener komt minder vaak dan ik zou willen	74,2	8,1	8,2	9,4
thuiszorginstelling				
de hulp die ik krijg, is voldoende	5,0	10,7	11,2	73,1
als mijn situatie verandert, past de thuiszorg de hulp snel aan	8,6	6,7	26,8	57,9
thuiszorg belt mij altijd op tijd, als hulpverlener een keer niet komt	11,2	7,5	12,4	68,9
thuiszorg stemt de hulp af op de hulp die ik van anderen krijg	41,6	14,1	14,7	29,7
rekeningen van de thuiszorg zijn zeer moeilijk te doorgronden	58,9	10,9	8,5	21,7
zorginstanties vragen mij heel vaak om inkomensgegevens	62,0	17,8	3,5	16,6
thuiszorg is zeer moeilijk bereikbaar	72,3	10,8	6,1	10,8

Bron: SCP (AVO-gehandicapten '04)

7.6.2 Regie over het eigen leven

Mensen met beperkingen kunnen, vooral wanneer ze veel zorg van anderen ontvangen, het gevoel krijgen dat ze de regie over het eigen leven verliezen. Tabel 7.19 laat zien dat 18% van de mensen met matige of ernstige beperkingen vindt dat zijn of haar dagindeling grotendeels afhankelijk is van de mensen die hen komen helpen. Bovendien zegt 16% dat er soms dingen voor hen worden geregeld, die ze eigenlijk

niet willen. Vooral mensen met ernstige beperkingen lopen een grote kans de regie over het eigen leven kwijt te raken: voor de dagindeling is meer dan een derde afhankelijk van anderen en meer dan een op de vijf meldt dat er dingen worden geregeld die hij of zij niet wil. Mannen en samenwonenden met matige of ernstige beperkingen voelen zich vaker afhankelijk dan vrouwen en alleenstaanden met deze beperkingen (niet in de tabel).¹⁹

Tabel 7.19

Ervaren regie over het eigen leven, naar ernst van de beperking en type zorgverlener, 16-plussers met matige of ernstige beperkingen, 2004 (in procenten)

	voor dagindeling afhankelijk ^a				dingen geregeld die men niet wil ^b				(n)
	eens	oneens	oneens	sign.	eens	oneens	oneens	sign.	
ernst beperking				sign.				sign.	
matig	10,6	5,8	83,6		13,2	5,5	81,2		(451)
ernstig	37,2	7,3	55,5		21,8	6,7	71,5		(164)
informele zorg ^c				sign.				sign.	
geen	10,9	4,3	84,8		12,1	3,5	84,4		(256)
wel	23,1	7,2	69,7		19,2	7,2	73,6		(333)
thuiszorg ^c				sign.				n.s.	
geen	13,9	5,6	80,5		15,8	5,6	78,6		(411)
wel	25,1	7,4	67,5		14,7	6,4	78,9		(203)
totaal	17,8	6,2	76,0		15,5	5,7	78,7		(616)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Stelling: 'Mijn dagindeling is grotendeels afhankelijk van de mensen die mij helpen.'
b Stelling: 'Soms worden dingen voor mij geregeld die ik eigenlijk niet wil.'
c In de 12 maanden voorafgaand aan de enquête.

Bron: SCP (AVO-gehandicapten '04)

Het gevoel van afhankelijkheid hangt daarnaast samen met het ontvangen van informele zorg of thuiszorg. Mensen die in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête thuiszorg ontvingen, en mensen die hulp of zorg ontvingen van gezinsleden, familieleden of mensen uit de naaste omgeving voelen zich, uiteraard, vaker afhankelijk dan degenen die deze zorg niet kregen (tabel 7.19). Dit verschil blijft bestaan wanneer rekening wordt gehouden met de ernst van de beperkingen, het geslacht, de samenstelling van het huishouden, de leeftijdsklasse en het opleidingsniveau.

Ook toont tabel 7.19 dat mensen die informele zorg ontvangen, relatief vaak vinden dat er dingen voor hen geregeld worden die ze niet willen. Na multivariate analyse²⁰ verdwijnt dit verschil en zijn de ontvangers van informele zorg het minder vaak oneens, maar niet vaker eens met de betrokken stelling dan mensen zonder

deze zorg. Waarschijnlijk worden er wel vaker dingen buiten hen om geregeld, maar betreft dit zaken waar zij geen moeite mee hebben. Mensen met thuiszorg ervaren niet minder zeggenschap dan degenen zonder deze zorg.

Voor een grote groep mensen met matige of ernstige beperkingen betekent het krijgen van zorg dus een inbreuk in het persoonlijk leven, ongeacht of de thuiszorg of naasten deze zorg verlenen.

7.7 Samenvatting

Een derde van de mensen met een matige en meer dan driekwart van de mensen met een ernstige motorische beperking gebruikt een mobiliteitshulpmiddel, zoals een wandelstok of een rollator. Ook van andere hulpmiddelen wordt veel gebruikgemaakt. Het gebruik van hulpmiddelen vergroot de zelfredzaamheid, vooral voor mensen met een ernstige beperking. Bijna een derde van de gebruikers met matige en twee derde van degenen met ernstige beperkingen geven te kennen dat ze zonder de hulpmiddelen meer uren zorg nodig zouden hebben.

Ruim een derde van de huishoudens die te maken hebben met matige of ernstige beperkingen, krijgt huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleegkundige hulp. Meestal blijft de hulp beperkt tot één zorgfunctie en gaat het om huishoudelijke verzorging. Slechts 3% van de huishoudens ontvangt alle drie de hulptypen. Vooral ouderen en alleenstaanden krijgen hulp.

De belangrijkste verleners van de zorg zijn de thuiszorg en naasten uit de eigen omgeving. Een kwart van de huishoudens met leden met matige of ernstige beperkingen ontvangt hulp van de thuiszorg, 15% krijgt informele zorg en 7% heeft particuliere hulp. Jonge(re) huishoudens die hulp ontvangen, zijn daarvoor vaak afhankelijk van enkel informele hulpverleners. Oudere huishoudens (75 jaar en ouder) krijgen vaker thuiszorg, particuliere hulp of een combinatie met thuiszorg.

Slechts een kleine groep mensen met matige of ernstige beperkingen heeft de beschikking over een persoonsgebonden budget; de meerderheid weet niet wat een pgb is of heeft er zelfs nog nooit van gehoord. Vooral 75-plussers kennen het niet. Het aantal mensen met een pgb stijgt echter.

Het Protocol Gebruikelijke Zorg schrijft voor dat huisgenoten elkaar langdurige huishoudelijke zorg geven, tenzij ze zelf gezondheidsproblemen hebben. Een grote groep mensen met beperkingen blijkt voor deze zorg echter de voorkeur te geven aan een instelling voor thuiszorg. Vooral mensen met ernstige beperkingen verkiezen vaak de thuiszorg boven gezinsleden of huisgenoten.

De voorkeuren zullen deels samenhangen met gevoelens van ongemak en zorgen over de eventuele gevolgen voor de helper. Veel mensen met matige of ernstige beperkingen ervaren het vragen om hulp en het ontvangen van informele zorg niet als vanzelfsprekend. Zij voelen zich bezwaard en verplicht iets terug te doen. Ook zien veel ontvangers van informele hulp de negatieve gevolgen hiervan voor hun helper,

zoals minder tijd voor hobby's en studie. Het gevaar van overbelasting ligt daarbij op de loer: volgens de zorgontvangers heeft 22% van de informele zorgverleners moeite met het combineren van taken en heeft 17% ondersteuning nodig. Naarmate de beperkingen van de zorgbehoevende ernstiger zijn, worden vaker negatieve gevolgen gemeld.

De invoering van het begrip 'gebruikelijke zorg' heeft merkbare gevolgen voor de toekenning van zorg. Het leidde tot een sterke afname in de hoeveelheid toekenningen van huishoudelijke verzorging, vooral aan samenwonenden (Wolffensperger et al. 2004). In 2005 kreeg 10% van de mensen met matige of ernstige beperkingen die een zorgaanvraag deden, minder uren geïndiceerd dan voorheen. Ook dit zijn vooral samenwonenden. Daarnaast is 36% van de mensen met huisgenoten die een zorgaanvraag deden, van mening dat het CIZ niet goed is nagegaan of de huisgenoten in staat zijn om te helpen.

De meerderheid van de huishoudens die te maken hebben met matige of ernstige beperkingen (56%), ontvangt geen hulp (huishoudelijk, persoonlijk of verpleegkundig) en zegt deze hulp niet nodig te hebben. Tegenover deze huishoudens staat een groep met een onvervulde hulpbehoefte (16%, van wie een deel al wel zorg ontvangt): een op de zeven huishoudens met matige of ernstige beperkingen heeft behoefte aan (meer) huishoudelijke verzorging, 4% aan (meer) persoonlijke verzorging en bijna 2% aan verpleging. De onvervulde behoefte is groter naarmate de beperkingen ernstiger zijn. Vooral eenpersoonshuishoudens (met name alleenstaande vrouwen) en jonge(re) huishoudens (18-54-jarigen) hebben behoefte aan (meer) hulp bij de huishoudelijke verzorging. Voorts beschikt bijna 16% van de mensen met matige of ernstige beperkingen niet over het hulpmiddel van hun wens, vaak een scootmobiel of rollator. Bijna een kwart van deze mensen zegt het door hen gewenste hulpmiddel niet te kunnen betalen of weet niet hoe de aanschaf ervan te regelen.

Bij het niet-gebruik van voorzieningen spelen financiële redenen een rol, maar ook belemmeringen bij het regelen en aanvragen ervan. Veel mensen met matige of ernstige beperkingen weten niet hoe ze voorzieningen moeten regelen of hebben moeite met specifieke vaardigheden, zoals het zoeken naar informatie of het uitvoeren van administratieve handelingen. Ongeveer een derde krijgt dan ook hulp bij regelwerk. Ze ontberen de kennis (49%) of de energie (25%) of hebben moeite met schrijven of telefoneren (15%). Vooral mensen met ernstige beperkingen, 75-plussers, jongvolwassenen (18-34-jarigen) en laagopgeleiden krijgen hulp. Een grote groep mensen met matige of ernstige beperkingen (23%) meldt echter dat er niemand is die hen goed kan adviseren bij het zoeken naar de juiste voorziening. Dit kan voor problemen zorgen wanneer iemand zelf niet in staat is voorzieningen te regelen.

Thuiszorgcliënten zijn heel positief over de medewerker die hun hulp verleent, maar over de afstemming en continuïteit van de zorg en de communicatie over administratieve zaken zijn zij minder tevreden. Contacten met instanties of personen

(meestal de huisarts of een specialist) in verband met hulpmiddelen worden over het algemeen als positief ervaren. Mensen in de leeftijdscategorie tot 55 jaar zijn het minst tevreden.

De meeste mensen met matige of ernstige beperkingen weten zichzelf te redden, al dan niet met hulpmiddelen. Een relatief grote groep heeft echter ondersteuning nodig. Het gevaar bestaat dat deze mensen het gevoel krijgen dat ze de regie over het eigen leven verliezen. Mensen die zorg ontvangen, voelen zich vaker afhankelijk dan degenen zonder deze zorg. Ontvangers van informele zorg voelen zich daarbij tot op zekere hoogte in hun zeggenschap aangetast. Het krijgen van ondersteuning biedt dus niet louter voordelen; zowel informele zorg als thuiszorg doet een inbreuk op het persoonlijk leven.

Noten

- 1 In het NPCG zijn ook vragen gesteld aan mensen met een chronische ziekte, maar die worden in dit rapport buiten beschouwing gelaten.
- 2 In multivariate analyse, rekening houdend met de ernst van de beperkingen, de leeftijdsklasse en het geslacht.
- 3 Met uitzondering van loopwagens en blindentaststokken.
- 4 Van de mensen die in verband met hulpmiddelen in twee jaar, voorafgaand aan de enquête, contact hebben gehad met een instantie, heeft 81% het meeste contact gehad met de huisarts of een specialist, 8% met een Wvg-ambtenaar, 5% met een bedrijfs-, arbo- of verzekeringsarts, 3% met de zorgverzekeraar, en 3% met een UWV-arbeidsdeskundige.
- 5 Wvg-ambtenaren en RIO/CIZ-medewerkers.
- 6 Een gebruiker is een verzekerde die in het betrokken kalenderjaar ten minste één keer een verstrekking (of reparatie/aanpassing) ontving in de desbetreffende hulpmiddelen-categorie, die ook door het ziekenfonds werd vergoed (De Wit 2006).
- 7 In ander onderzoek van het SCP naar wonen, zorg en welzijn (wzw) onder mensen met lichamelijke beperkingen liggen de percentages personen die hulp ontvangen binnen deze drie functiegebieden, hoger (De Klerk en Schellingerhout 2006). Het verschil laat zich mogelijk verklaren door het feit dat het wzw-onderzoek betrekking had op personen (niet huishoudens) die reeds een langdurige periode van drie jaar beperkingen ondervonden.
- 8 Rekening houdend met de ernst van de beperkingen, de leeftijd van de oudste in het huishouden en het nettohuishoudinkomen.
- 9 In ander onderzoek van het SCP naar wonen, zorg en welzijn (wzw) onder mensen met lichamelijke beperkingen geeft ruim een kwart van de personen te kennen behoefte te hebben aan (meer) hulp (De Klerk en Schellingerhout 2006). Het verschil laat zich mogelijk verklaren door het feit dat het wzw-onderzoek betrekking had op personen (niet huishoudens) die reeds een langdurige periode van drie jaar beperkingen ondervonden. Bovendien omvatte het wzw-onderzoek naast huishoudelijke, persoonlijke en verpleegkundige hulp ook 'overige' hulp.
- 10 Rekening houdend met de ernst van de beperkingen, de samenstelling van het huishouden en de leeftijd van de oudste in het huishouden.
- 11 De uren apart ontvangen aan huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp zijn bij elkaar opgeteld. Vermoedelijk levert dit een lichte overschatting op van het werkelijke aantal uren.
- 12 Voorheen het Regionaal indicatie orgaan (RIO).
- 13 NPCG voorjaar'06, SCP-bewerking.
- 14 Het Protocol Gebruikelijke Zorg schrijft voor dat een aanvraag nooit telefonisch mag worden afgehandeld wanneer de zorgvrager het niet eens is met de uitkomst (CIZ 2005a). Ook in de volgende gevallen moet een huisbezoek worden afgelegd: wanneer informatie over de woning noodzakelijk is; wanneer het een nieuwe cliënt betreft voor langdurig verblijf, behandeling, activerende begeleiding of ondersteunende begeleiding (tenzij er voldoende relevante en actuele gegevens beschikbaar zijn); wanneer er sprake is van een taalbarrière, spraakgebrek, gehoorgebrek, ontwijkende antwoorden, verwardheid of heftige emotionaliteit (Helpdesk CIZ Expertisecentrum).
- 15 Het Protocol Gebruikelijke Zorg volgde in 2005 het Werkdocument Gebruikelijke Zorg op, dat eind 2003/begin 2004 werd ingevoerd.

- 16 Mensen die vinden dat het CIZ goed is nagegaan of huisgenoten in staat zijn om te helpen: n = 60. Mensen die niet vinden dat het CIZ goed is nagegaan of huisgenoten in staat zijn om te helpen: n = 35.
- 17 NPCG voorjaar'06, SCP-bewerking.
- 18 In benchmarkonderzoek worden prestaties van organisaties met gemeenschappelijke kenmerken onderling vergeleken. Het onderzoek in 2004 was het derde benchmarkonderzoek in de thuiszorg. De twee eerdere onderzoeken werden gehouden in 1997 en 2000 (LVT 2007).
- 19 Na multivariate analyse, rekening houdend met de ernst van de beperkingen, de leeftijdsklasse, het opleidingsniveau, het gebruik van informele zorg en het gebruik van thuiszorg.
- 20 Rekening houdend met de ernst van de beperkingen, het geslacht, de samenstelling van het huishouden, de leeftijdsklasse, het opleidingsniveau en het gebruik van thuiszorg.

8 Slotbeschouwing

Mirjam de Klerk

8.1 'On equal basis with others'

'Meedoen', dat is de kortst mogelijke samenvatting van het overheidsbeleid ten aanzien van mensen met beperkingen. In dit rapport is op tal van terreinen, zowel sociaaleconomische als sociale en maatschappelijke nagegaan in hoeverre mensen met lichamelijke beperkingen participeren. Er is tevens steeds bekeken in hoeverre die participatie verschilt van die van mensen zonder beperkingen, en of die verschillen tussen 1995 en 2003 (twee jaren waarover relevante gegevens beschikbaar zijn) zijn veranderd.

Het Verdrag voor gelijke rechten van mensen met een handicap, dat de Verenigde Naties op 13 december 2006 hebben aangenomen en dat eind maart 2007 door Nederland is ondertekend, spreekt over participatie 'on equal basis with others'.¹ Het uitgangspunt van dat verdrag is dat mensen met beperkingen evenveel kunnen participeren als mensen zonder beperkingen. Het is aan de overheid om daartoe de omgeving aan te passen. De vraag of mensen onder andere omstandigheden meer zouden kunnen deelnemen is voor henzelf vaak heel moeilijk te beantwoorden, omdat zij toch uitgaan van de situatie zoals die nu is, en die als gegeven beschouwen. De vraag of mensen meer zouden kunnen doen als de omstandigheden anders waren geweest, wordt in dit rapport dan ook niet beantwoord. In plaats daarvan is de blik gericht op de uitkomst van het beleid van de afgelopen jaren en wordt nagegaan of deze ertoe heeft geleid dat de feitelijke deelname aan de samenleving van mensen met beperkingen is veranderd.

Men kan zich afvragen of degenen met beperkingen altijd aan de samenleving kunnen deelnemen. Zo zal deelname voor bedlegerige personen, zwaar spastische mensen, mensen die continu pijn hebben of zeer vermoeid zijn als gevolg van hun beperkingen, zeer moeilijk zijn. Kan van hen verwacht worden dat zij in dezelfde mate participeren als mensen zonder beperkingen? En als het antwoord ontkennend is, wanneer participeren ze dan wel genoeg? Hiervoor zijn geen normen beschikbaar. Er is bijvoorbeeld geen beleidsdoelstelling die stelt dat een bepaald percentage van de mensen met beperkingen aan de arbeidsmarkt zou moeten deelnemen.² Bij gebrek aan zo'n norm wordt in dit rapport de participatie van personen met beperkingen steeds vergeleken met die van personen zonder beperkingen. Impliciet is het uitgangspunt dan dat mensen met en zonder beperkingen evenveel zouden moeten participeren.

8.2 Reikwijdte van dit rapport

Er zijn in Nederland ongeveer 1,7 miljoen zelfstandig wonende (niet in een instelling verblijvende) mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking.³ Dit betreft ongeveer 1,5 miljoen personen met motorische beperkingen (die moeite hebben met het gebruik van hun ledematen waardoor zij moeite hebben met algemene dagelijkse levensverrichtingen, de mobiliteit of huishoudelijke activiteiten), ongeveer 430.000 personen met visuele beperkingen en 360.000 personen met auditieve beperkingen. Dat de aantallen met motorische, visuele of auditieve beperkingen optellen tot meer dan 1,7 miljoen komt doordat er ook mensen zijn die zowel motorische als zintuiglijke of zowel visuele als auditieve beperkingen hebben.

Alleen lichamelijke beperkingen

Dit rapport beschrijft de participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Daarnaast zijn er ook mensen met een verstandelijke of een psychische beperking die moeite kunnen hebben met hun maatschappelijke participatie en daarbij ondersteuning nodig hebben. Dat deze groepen buiten beschouwing zijn gebleven, hangt samen met een gebrek aan gegevens over deze groepen: op het moment dat dit rapport werd geschreven, waren er geen recente landelijke data beschikbaar over de leefsituatie, maatschappelijke participatie en redzaamheid van mensen met (langdurige) verstandelijke of psychische beperkingen.

Specifieke groepen ontbreken

Deze rapportage geeft een algemeen beeld van de positie van mensen met lichamelijke beperkingen. Dit betekent dat specifieke groepen buiten beeld blijven, bijvoorbeeld de groep jonge mensen. In de rapportage *Jeugd met beperkingen* is uitgebreid aan de orde gesteld dat goede gegevens over deze groep ontbreken (Kooiker 2006). Ook het NIVEL wijst er in zijn participatiemonitor op dat er nauwelijks gegevens beschikbaar zijn over kinderen, jongeren en jongvolwassenen met beperkingen (Cardol et al. 2006: 53).

Een andere groep die buiten beeld blijft, is de tehuisbevolking. Dat is een relatief kleine groep (ongeveer 160.000 (oude tot zeer oude) mensen in verzorgings- en verpleeghuizen en 6700 mensen in specifieke woonvormen voor gehandicapten) in vergelijking tot de groep zelfstandig wonende mensen met beperkingen. Het is echter wel een heel kwetsbare groep, die grotendeels afhankelijk is van de ondersteuning van anderen.⁴

Een laatste specifieke groep die buiten beschouwing is gebleven, vormen de allochtonen. Met uitzondering van de gegevens uit een onderzoek onder 55-plussers uit de vier grootste groepen niet-westerse allochtonen (Schellingerhout 2004) is weinig bekend over de prevalentie van beperkingen bij allochtonen en de gevolgen die deze beperkingen hebben voor hun participatie. Als de prevalentie bij allochtonen even hoog is als bij de autochtonen, dan zou het om ongeveer 170.000 mensen gaan (10% van de allochtone bevolking), maar uit het onderzoek onder allochtone

ouderen bleek de prevalentie van beperkingen bij Turken en Marokkanen drie tot vier keer zo groot te zijn als bij autochtone ouderen. Het aantal ouderen onder de allochtonen is overigens nog erg klein.

Geen zicht op ontstaan van de beperkingen

In dit rapport is geen rekening gehouden met de leeftijd waarop de beperkingen zijn ontstaan. Wel is uit de gegevens af te leiden of ze al bij de geboorte aanwezig waren. Bij ongeveer 4% van de mensen met beperkingen is de beperking aangeboren.⁵ Van de anderen is helaas niet bekend op welke leeftijd zij hun beperkingen hebben gekregen.⁶ Het is goed denkbaar dat het voor de beleving van de beperkingen uitmaakt of mensen deze al op zeer jonge leeftijd hadden – en dus ‘niet beter weten’ – of dat zij deze pas op latere leeftijd hebben gekregen – en dus echt een achteruitgang in hun fysieke mogelijkheden hebben ervaren. Het verdient aanbeveling in een volgende rapportage hier aandacht aan te besteden en bij het verzamelen van nieuwe gegevens ook te (trachten te) inventariseren op welke leeftijd de beperkingen zijn ontstaan.

Alleen landelijk beeld

Door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per 1 januari 2007, speelt de gemeente nu een grotere rol bij de ondersteuning van mensen met beperkingen dan voorheen. Zo hebben zij niet alleen voor hun vervoer of woningaanpassingen (zaken die al onder de verantwoordelijkheid van de gemeente vielen), maar ook voor hun huishoudelijke verzorging (vroeger onderdeel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en hun maatschappelijke participatie te maken met het lokale overheidsbeleid. De beschikbare onderzoeksgegevens van mensen met lichamelijke beperkingen geven een landelijk beeld van hun participatie, maar geven geen inzicht in de positie van mensen met beperkingen in afzonderlijke gemeenten. Om hierover uitspraken te kunnen doen, is veel groter onderzoek, met meer respondenten, noodzakelijk.⁷

Geen kwalitatief onderzoek

Dit rapport geeft een goed beeld van de participatie van mensen met beperkingen, maar het is niet altijd duidelijk welke factoren de participatie belemmeren of bevorderen. Als hun wordt gevraagd in welke opzichten zij zich belemmerd voelen, dan wijzen zij vaak eerst op hun eigen gezondheid: deze laat het niet toe bepaalde activiteiten te ondernemen (zij zijn te moe, hebben te veel pijn, geen energie; zie ook De Klerk 2002). Hierdoor komt onvoldoende duidelijk naar voren tegen welke obstakels zij aanlopen als zij iets willen ondernemen, en welke oplossingen hiervoor denkbaar zijn. Een kleinschaliger, meer kwalitatief, onderzoek waarin doorgevraagd kan worden naar die ervaren belemmeringen, zou een goede aanvulling op het hier verzamelde materiaal bieden. Ook de rol van de competenties (een factor die in dit rapport buiten beschouwing is gebleven, maar waarvan bekend is dat hij van groot belang is voor succesvolle deelname aan de maatschappij; zie bv. Van de Ven et al. 2003; Kooiker 2006) en van het sociale netwerk zou dan verder belicht kunnen worden.

Conclusie informatiebehoefte

Het is opvallend hoe fragmentarisch de informatie over mensen met beperkingen is. Dit wekt des te meer bevreemding omdat de overheid hoge ambities heeft ten aanzien van hen en zich in internationale overeenkomsten verplicht heeft hun levensomstandigheden waar mogelijk te verbeteren. Over die levensomstandigheden is vaak onvoldoende bekend, laat staan dat de vraag beantwoord kan worden of beleid aan verbetering van die omstandigheden heeft bijgedragen.

Op een aantal punten is een betere informatievoorziening te verwachten. Onlangs heeft het NIVEL gegevens verzameld bij circa 700 mensen met lichte of matige verstandelijke beperkingen (criterium voor deelname was onder meer dat men zelf aan een interview moest kunnen deelnemen) en/of hun verzorgers (Cardol et al. 2007). Dit betekent dat er voor een volgende rapportage gehandicapten ook gegevens over deze groep beschikbaar zullen zijn.⁸ Het Trimbos-instituut start zeer binnenkort met een onderzoek naar de prevalentie van psychische problematiek, als vervolg op de eerdergehouden Nemesis-studie (Vollebergh et al. 2003). Hiermee komen gegevens beschikbaar over de participatie van mensen met psychische problemen.⁹ Het aantal mensen met chronische en ernstige psychische klachten zal echter naar alle waarschijnlijkheid te gering zijn om specifieke uitspraken over deze groepen te kunnen doen. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft, in samenwerking met Avans Hogeschool Breda, in 2006 een onderzoek uitgevoerd onder bijna 400 mensen met chronische psychische problemen of een lichte of matige verstandelijke handicap in West-Noord-Brabant en Zeeland. Dit rapport zal najaar 2007 verschijnen.

Er blijft ondanks de verbeteringen nog veel te wensen over. Onderzoek onder groepen mensen met beperkingen is weliswaar kostbaar, maar die kosten zijn gering in vergelijking tot die van sommige ondersteunende voorzieningen.

8.3 Participatie op verschillende terreinen

8.3.1 Onderwijs

In 2003 werd in het basis- en voortgezet onderwijs de regeling leerlinggebonden financiering ('het rugzakje') ingevoerd. Het idee hierachter was dat ouders van kinderen met een beperking de mogelijkheid moeten hebben om te kiezen voor een gewone school met extra begeleiding of voor een speciale school. Bovendien zouden ze zeggenschap moeten krijgen over de inzet van extra faciliteiten voor hun kind. In de praktijk wordt het rugzakje vooral ingezet voor aangepast lesmateriaal, ambulante begeleiding en extra formatie.

Het aantal leerlingen met beperkingen dat met ambulante begeleiding naar een reguliere school gaat, is tussen 2000 en 2005 fors toegenomen. Het aantal dat naar het speciaal onderwijs gaat, is tegelijkertijd echter ook flink gegroeid. In de *Rapportage gehandicapten 2002* is al geconcludeerd dat er vele verklaringen voor deze toename kunnen zijn (zoals een afnemend niet-gebruik van regelingen, een groter gebruik door kinderen met relatief lichte beperkingen, een toenemend aantal kinderen met beperkingen), maar dat deze hoogstens een partiële verklaring bieden.

Ook werd geconstateerd dat er feitelijk weinig bekend is over de onderwijsprestaties van kinderen met beperkingen, en dat onbekend is in hoeverre zij uiteindelijk een diploma behalen (Vogels 2002). Beide constatering en gelden nog steeds, zowel voor de leerlingen in het speciaal onderwijs als voor de leerlingen die met ambulante begeleiding regulier onderwijs volgen. De Inspectie van het Onderwijs toont zich al jaren bezorgd over de leeropbrengsten van het speciaal onderwijs.

Het feit dat ouders van 'rugszakkinden' een keuzemogelijkheid hebben, wil niet zeggen dat zij op elke gewone school voor basis- of voortgezet onderwijs terecht kunnen. Ouders hebben toch vaak het idee dat ze moeten 'shoppen' met hun kind. Scholen mogen rugszakleerlingen weigeren, zij het dat ze dat dan wel moeten beargumenteren. Hoewel ruim driekwart van de scholen voor basis- en voortgezet onderwijs de doelstellingen en uitgangspunten van de rugszakregeling onderschrijft, blijkt bijna een op de tien basisscholen en een op de drie scholen voor voortgezet onderwijs wel eens een rugszakleerling te hebben geweigerd. De belangrijkste redenen om leerlingen niet te plaatsen zijn de onmogelijkheid om de benodigde zorg te leveren, een te grote belasting voor de leerkracht en het ontbreken van de juiste ervaring of expertise. In het voortgezet onderwijs vindt men vaak dat het schoolklimaat ongeschikt is voor leerlingen met een beperking en dat het speciaal onderwijs beter geschikt is. Scholen en leerkrachten staan dikwijls huiverig tegenover het aannemen van leerlingen met beperkingen, omdat zij hun aandacht dan moeten verdelen tussen deze kinderen en de andere kinderen in de klas. In de vorige rapportage gehandicapten, *Jeugd met beperkingen*, werd in dit verband gewezen op het belang van de opleiding van leerkrachten: alleen als deze goed worden voorbereid op of bijgeschoold in het werken met leerlingen met beperkingen, kan de integratie van deze leerlingen in het reguliere onderwijs slagen (Kooiker 2006).

In de toekomst worden schoolbesturen verplicht kinderen met beperkingen die zich bij een school aanmelden, 'passend onderwijs' aan te bieden. Dit kan op de school zijn waar het kind wordt aangemeld, maar ook op een school voor speciaal onderwijs, waarmee het schoolbestuur samenwerkt. Dat betekent dat ouders ook in de toekomst geen garantie hebben dat hun kind op de door hen gewenste school wordt geplaatst: het blijven de scholen die bepalen of een kind met beperkingen er een plaats vindt.

In het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs zijn er uitsluitend reguliere onderwijsinstellingen. Ongeveer 30% van de leerlingen met beperkingen in het mbo en ruim de helft van de studenten met beperkingen in het hoger onderwijs ervaren belemmeringen. Deze hangen voor een groot deel samen met hun gezondheid: concentratieproblemen, chronische vermoeidheid, pijn of psychische klachten worden veel genoemd. Voor veel van dit soort belemmeringen zijn, behalve extra examentijd, geen oplossingen voorhanden.

Instellingen voor hoger onderwijs hebben tussen 2002 en 2006 hun inspanningen voor studenten met beperkingen op een aantal terreinen vergroot. Zo wordt er

bijvoorbeeld meer voorlichting gegeven, vinden er intakegesprekken plaats en is er meer aandacht voor de studievoortgang. Het is echter nog niet duidelijk of dit ook tot afname van de belemmeringen leidt. Ook is het nog te vroeg om de effecten van de eind 2003 van kracht geworden Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) vast te stellen.

8.3.2 Arbeid en inkomen

Er is de afgelopen jaren zeer veel aandacht besteed aan de arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen. Deze was erop gericht de re-integratie van mensen die niet (meer) aan het arbeidsproces deelnamen, te bevorderen en te voorkomen dat mensen een beroep zouden moeten doen op arbeidsongeschiktheidsregelingen. Uit data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten – mensen die als gevolg van een langdurige ziekte, aandoening of handicap belemmerd zijn in het verrichten van werk – in de afgelopen jaren (2002-2005) niet is toegenomen (Cuijpers en Lautenbach 2006). Het aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is in diezelfde periode wel gedaald. Het is nog te vroeg om de effecten van de WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) vast te stellen.

In 2003 behoorde 31% van de 15-64-jarigen met matige of ernstige beperkingen en 60% van degenen met lichte beperkingen tot de werkzame beroepsbevolking (dit wil zeggen, werkt twaalf uur per week of meer), terwijl dat voor de groep zonder beperkingen 73% is. Binnen de groep met beperkingen zijn er aanzienlijke verschillen in arbeidsdeelname te zien. Een van de factoren is het opleidingsniveau: net als bij mensen zonder beperkingen, hebben degenen met een laag opleidingsniveau een beduidend kleinere kans om aan de arbeidsmarkt deel te nemen dan degenen met een hoog opleidingsniveau. Laagopgeleiden met beperkingen hebben dus als het ware een dubbele belemmering om in het arbeidsproces te participeren. Het is dan ook belangrijk dat jongeren met beperkingen de gelegenheid krijgen aan het onderwijs deel te nemen en een startkwalificatie voor de arbeidsmarkt te halen.

De arbeidsdeelname van de 35-54-jarigen met beperkingen is geringer dan die van de 15-34-jarigen met beperkingen, terwijl de participatie van de 35-54-jarigen zonder beperkingen iets hoger is dan die van 15-34-jarigen zonder beperkingen. Dit lijkt te suggereren dat het voor personen met beperkingen niet alleen moeilijk is om een baan te vinden, maar ook om deze te behouden (nadat men beperkingen heeft gekregen). Het feit dat een grote meerderheid van de niet-werkende mensen met beperkingen te kennen geeft ooit wel gewerkt te hebben, wijst eveneens in deze richting.¹⁰ Mensen met beperkingen noemen vooral de eigen gezondheid (veel pijn, vaak moe, psychische problemen en concentratieproblemen) als reden om te stoppen met werken, maar bijna de helft noemt ook werkgerelateerde redenen. Van hen zegt weer de helft dat het werk niet geschikt was, maar de andere helft geeft andere redenen op, zoals een te hoog werktempo, ongeschikte werktijden of een leidinggevende die te weinig rekening met hen hield. Dit suggereert dat een deel van deze mensen

wellicht hun werk had kunnen behouden als er meer rekening met de individuele mogelijkheden was gehouden. De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ), die sinds 2003 van kracht is, heeft onder meer ten doel te voorkomen dat mensen vanwege hun handicap ontslagen worden. Over de effecten van deze wet is nog weinig te zeggen.

Een relatief groot deel van de mensen met matige of ernstige beperkingen die aan de arbeidsmarkt deelnemen, doet dit als zelfstandige (13% versus 9% van de werkenden zonder beperkingen), veelal als zelfstandige zonder personeel (ZZP). Het werken als zelfstandige heeft als voordeel dat mensen hun eigen tijd kunnen indelen en, als zij vanuit huis werken, relatief weinig hoeven te reizen. Een belangrijk nadeel is uiteraard dat er geen geld binnenkomt als de gezondheid het niet toestaat om te werken. Het is niet bekend in hoeverre het zelfstandig ondernemerschap winstgevend is en of er verschillen zijn tussen de zelfstandigen met en zonder beperkingen.¹¹

Uiteraard heeft de arbeidsdeelname grote gevolgen voor de inkomens van mensen met beperkingen: degenen die deelnemen aan de arbeidsmarkt, hebben gemiddeld een beduidend hoger bruto-inkomen dan degenen die een uitkering hebben (bij de mensen met matige of ernstige beperkingen is het gemiddelde inkomen van de deelnemers aan de arbeidsmarkt 34.300 euro en van degenen met een uitkering 19.100 euro, een verschil van ruim 15.000 euro per jaar). Inkomensbeleid voor mensen met beperkingen is dan ook vooral arbeidsmarktbeleid: de meest doeltreffende manier om hun inkomens te vergroten, is hun arbeidsmarktparticipatie te vergroten.

Voor huishoudens met een laag inkomen bestaat de mogelijkheid een beroep te doen op een aantal aanvullende inkomensvoorzieningen, zoals de huursubsidie (sinds 1 januari 2006 de huurtoeslag), de kwijschelding van lokale heffingen, de bijzondere bijstand of de langdurigheidstoeslag voor langdurige minima. Het is niet bekend in hoeverre mensen met beperkingen recht hebben op dit soort voorzieningen en of zij dit soort voorzieningen gebruiken, maar uit SCP-onderzoek onder de algehele bevolking blijkt dat het niet-gebruik van dergelijke regelingen hoog is. Zo maakt 54% van de rechthebbenden geen gebruik van de langdurigheidstoeslag en maakt 45% geen gebruik van de kwijschelding van lokale heffingen. In beide gevallen speelt een geringe bekendheid met de voorzieningen een rol, alhoewel gebleken is dat er ook bij wel-gebruikers nogal eens sprake is van een gebrekkige kennis over de regelingen (Wildeboer Schut en Hoff 2007). Er is geen reden te veronderstellen dat de gevonden niet-gebruikpercentages voor mensen met beperkingen, voor zover zij althans in aanmerking komen voor deze voorzieningen, anders zullen zijn. Ook van deze groep zal een substantieel deel zijn rechten niet volledig benutten.

Een belangrijke maatregel voor mensen met beperkingen is de fiscale compensatie van ziektegerelateerde kosten, de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven: als de gemaakte ziektekosten in verhouding tot het inkomen onevenredig hoog zijn, kunnen zij via de inkomstenbelasting worden gecompenseerd. Heel veel mensen met beperkingen hebben te maken met dergelijke lasten, die soms aanzienlijk kunnen

zijn. Zo betaalde 57% van hen in 2005 gemiddeld 642 euro voor woningaanpassingen en hulpmiddelen. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat 49% van de mensen met beperkingen die recht hebben op aftrek van de buitengewone lasten, hiervan ook gebruikmaakt. De voornaamste reden om dat niet te doen is dat men geen belastingaangifte doet of dat men zelf denkt niet in aanmerking te komen (Pannekeet-Helsen et al. 2006). In het Coalitieakkoord Balkenende IV (2007) wordt voorgesteld de tegemoetkoming voor buitengewone lasten over te hevelen naar de Wet op de maatschappelijke ondersteuning. Het is nog niet duidelijk wat dit gaat betekenen voor het gebruik van deze regeling.

8.3.3 Sociale en maatschappelijke participatie

In dit rapport is steeds nagegaan of mensen met beperkingen even vaak participeren als mensen zonder beperkingen. De impliciete veronderstelling is dat het goed zou zijn (even)veel te participeren. 'Meedoen' is immers het streven van de overheid (zie bv. het Coalitieakkoord 2007). Of mensen dit ook zelf willen, is niet nagegaan. Toch is het niet ondenkbaar dat er grote groepen zijn die niet willen participeren. Denk bijvoorbeeld aan de groep hoogbejaarden (75-plussers) die een veel bezadigder tijdsbesteding hebben dan jongere mensen en vaak niet meer de behoefte hebben om dingen te ondernemen (zie ook De Boer 2006), of aan de mensen die weinig energie hebben. Het is de vraag of van deze mensen verwacht moet worden dat zij participeren, of dat het beleid er vooral op gericht moet zijn te voorkomen dat deze mensen vereenzamen of zichzelf verwaarlozen. Belangrijk is in ieder geval dat mensen kunnen participeren en daarbij geen barrières ondervinden.

Een groot deel van de mensen met beperkingen (80%) rapporteert dat zij als gevolg van hun beperkingen minder zijn gaan doen in hun vrije tijd, en dat zij door hun beperkingen hun vrije tijd anders zijn gaan besteden (64%). Bijna de helft (45%) geeft aan dat zij niet meer spontaan dingen kunnen doen. Dit hangt voor een deel samen met de inflexibiliteit van het vraagafhankelijk vervoer, dat van tevoren gereserveerd moet worden. Bij personen met ernstige beperkingen staat het vervoer op de tweede plaats als gevraagd wordt naar de grootste knelpunten. Dit geldt vooral voor 75-plussers. Mensen met beperkingen hebben minder vaak een eigen auto en kunnen bovendien minder vaak gebruikmaken van het openbaar vervoer dan die zonder beperkingen. Dit laatste hangt onder meer samen met het gebrek aan toegankelijkheid van het openbaar vervoer (problemen met het in- en uitstappen), maar ook met het feit dat de afstand tot de halte te groot is of dat er te weinig zitplaatsen zijn (zie ook De Klerk 2002).¹² De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte is nog niet van toepassing op het openbaar vervoer. Een volledige toegankelijkheid – dat wil bijvoorbeeld zeggen dat er bussen met lage vloeren zijn, dat er liften naar perrons zijn, dat reisinformatie in braille beschikbaar is, en dat kaartautomaten te gebruiken zijn door rolstoelgebruikers – is pas voorzien in 2030. Wel moet in 2010 al het tram-, bus- en metrovervoer zijn aangepast aan gehandicap-

ten (Van Soest 2003). De precieze toegankelijkheidseisen voor het openbaar vervoer komen in een Algemene Maatregel van Bestuur te staan.

Ook als het openbaar vervoer volledig toegankelijk is, zal een deel van de mensen met beperkingen gebruikmaken van het vraagafhankelijk vervoer, bijvoorbeeld omdat zij niet bij de bushalte kunnen komen of omdat de wachttijden een probleem vormen. Soms hebben mensen individuele vervoersvoorzieningen zoals aanpassingen aan de eigen auto of een taxikostenvergoeding.

Het gebruik van vervoersvergoedingen en vervoersvoorzieningen of mobiliteits-hulpmiddelen zoals een rolstoel, is tussen 1995 en 2003 aanzienlijk toegenomen. Mensen hebben steeds minder vaak een individuele voorziening (zoals een aangepaste auto of een taxikostenvergoeding) gekregen en steeds vaker een collectieve vervoersvoorziening. Over dit collectieve vraagafhankelijke vervoer wordt vaak geklaagd: het is weinig flexibel omdat mensen zich van te voren moeten aanmelden en nooit precies weten wanneer zij opgehaald kunnen worden. Bovendien komt het vaak niet op tijd. In de *Rapportage gehandicapten 2002* is dit probleem ook gesignaleerd. Daar is voorgesteld om bijvoorbeeld de mensen met een minimuminkomen vaker dan nu het geval is, een reiskostenvergoeding te geven, zodat zij af en toe een taxi kunnen nemen of familieleden kunnen betalen voor hun hulp (De Klerk 2002).

Van de Ven et al. (2003) gaan nog verder en stellen voor mensen met beperkingen een integratiebudget te geven, waarmee zij 'alle voorwaarden kunnen financieren die zij nodig hebben om te kunnen functioneren in de maatschappij'. In dat geval kunnen mensen bijvoorbeeld ook hulpmiddelen aanschaffen of het lidmaatschaps-geld van een vereniging betalen. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) spreekt in dit kader van een participatietoeslag, vergelijkbaar met bijvoorbeeld de kinderbijslag. Het probleem bij het toekennen van zo'n budget is dat het vaak lastig te bepalen is wie daar recht op heeft, hoe hoog dit budget moet zijn en waaraan mensen het geld mogen besteden.

Ongeveer een op de zes mensen met beperkingen die als gevolg daarvan belemmeringen ervaart bij de het uitgaan, geeft aan dat de toegankelijkheid van bijvoorbeeld een theater of restaurant een probleem vormt. Zij noemen bijvoorbeeld steile hellingen (29%) of smalle deuren (16%) (Van den Brink-Muinen et al. 2007). De Task-force Handicap en Samenleving gaat in de loop van 2007 in een aantal gemeenten na welke problemen mensen met beperkingen tegenkomen bij het bezoeken van culturele instellingen en wat voor soort oplossingen daarvoor gevonden kunnen worden.¹³ Voor openbare gebouwen geldt dat alleen nieuwbouw toegankelijk moet zijn, bijvoorbeeld voor mensen met een rolstoel. Voor oudere gebouwen geldt dit niet. Wel kan de gemeente bijvoorbeeld bij aanvragen voor verbouwingen bepalingen over de bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid van openbare gebouwen opnemen. Het lijkt waarschijnlijk dat zij hier extra alert op zal zijn, nu zij in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning verantwoordelijk is voor het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer van mensen met beperkingen.

Het vergroten van de toegankelijkheid van openbare ruimten wordt in de memorie van toelichting bij deze wet als een van de voorbeelden gegeven van de mogelijkheden om dit te realiseren (TK 2004/2005).

De toegankelijkheid van openbare gebouwen maakt geen deel uit van de Wet gelijke behandeling. Hier is niet voor gekozen omdat het toegankelijk maken van openbare gebouwen niet in de systematiek van de wet zou passen (TK 2000/2001A). Dit betekent dat deze wet mensen met beperkingen geen mogelijkheden biedt om de toegankelijkheid van openbare gebouwen af te dwingen (zie ook De Klerk 2002). Het onlangs ook door Nederland ondertekende Verdrag van de Verenigde Naties verplicht echter tot het nemen van maatregelen om toegankelijkheid in de meest brede zin te verwezenlijken, waaronder ook de toegankelijkheid van gebouwen (zie ook Böcker en Kroes 2007).¹⁴

8.3.4 Wonen

Verreweg het grootste deel (91%) van de mensen met (matige of ernstige) beperkingen woont zelfstandig. Om dit te kunnen blijven doen, is het van belang dat zij over een goed toegankelijke woning en over aanpassingen in de woning beschikken. Dit blijkt lang niet altijd het geval. Zo woont 40% van de mensen die geen trap kunnen lopen, in een woning met een trap. Dit aandeel is in de periode 1995-2003 niet veranderd. Uitbreiding van het aantal nultredenwoningen is een van de doelstellingen van het overheidsbeleid op het terrein van wonen. Deze kunnen worden gerealiseerd door nieuwbouw, maar ook door het toegankelijk maken van bestaande woningen door het plaatsen van trapliften. Gerichte woningtoewijzing is eveneens een middel om het aandeel van mensen met beperkingen in voor hen geschikte woningen te vergroten.

Woningaanpassingen, zoals handgrepen in de badkamer of het toilet of een traplift, stellen mensen eveneens in staat zelfstandig te wonen. Ongeveer een derde van degenen met lichamelijke beperkingen die over aanpassingen beschikt, zegt zonder die aanpassingen te moeten verhuizen of meer hulp nodig te hebben. Steeds meer mensen met beperkingen beschikken over woningaanpassingen. Dat blijkt zowel uit bevolkingsenquêtes als uit registraties van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). Dat betekent echter niet dat iedereen die aanpassingen nodig heeft, deze ook heeft. Ongeveer 40% van de mensen met langdurige beperkingen geeft te kennen behoefte te hebben aan (andere) woningaanpassingen (vooral in de badkamer of het toilet). Het is dan ook te verwachten dat in de toekomst een groot aantal mensen een beroep op de Wmo zal doen.

Mensen met beperkingen zijn veelal een groter deel van hun inkomen kwijt aan woonlasten dan mensen zonder beperkingen (zij hebben dus relatief vaak een hoge woonlastenquote; in dit rapport is de grens van 30% aangehouden). Voor deze mensen is de beschikbaarheid van betrekkelijk goedkope woningen van groot belang. Het gaat vooral om huurwoningen, omdat mensen met beperkingen niet vaak kopen. Dit laatste komt waarschijnlijk doordat zij moeilijk een hypotheek

kunnen krijgen (vanwege hun geringe deelname aan de arbeidsmarkt en omdat zij mogelijk verhoudingsgewijs hoge premies moeten betalen voor levensverzekeringen). Mensen met beperkingen doen, mede vanwege hun gemiddeld lage inkomen, relatief vaak een beroep op de huursubsidie, inmiddels huurtoeslag. De beschikbaarheid van deze huurtoeslag is voor hen dan ook van groot belang.

Bijna de helft van de mensen met beperkingen zegt dat de toegankelijkheid van de fysieke omgeving een probleem vormt, bijvoorbeeld door loszittende stoeptegels (47%) of hoge stoepen (32%) (Van den Brink-Muinen et al. 2007). De toegankelijkheid van de openbare weg en de leefbaarheid van de woonomgeving is de verantwoordelijkheid van de lokale overheid.

8.3.5 Gebruik van zorg en hulpmiddelen

(Ernstige) lichamelijke beperkingen hebben een groot effect op het dagelijks leven van mensen. Ruim een derde van degenen met ernstige beperkingen zegt dat hun dagindeling grotendeels afhankelijk is van mensen die hen helpen, en ruim 20% geeft aan dat er soms dingen voor hen worden geregeld die ze eigenlijk niet willen.

Een groot deel van de mensen met matige of ernstige beperkingen gebruikt hulpmiddelen, bijvoorbeeld een mobiliteitshulpmiddel zoals een rollator of een rolstoel (46% van degenen met motorische beperkingen) of een personenalarmering (13%). Een derde van hen zegt dat ze zonder dat hulpmiddel meer zorg nodig zou hebben. Hulpmiddelen dragen dus bij aan de zelfredzaamheid van mensen met (ernstige) beperkingen. Toch geeft bijna een zesde van degenen met matige of ernstige beperkingen te kennen dat zij behoefte hebben aan hulpmiddelen die zij niet hebben, zoals een scootmobiel of een rollator. Bijna een kwart van hen zegt dat hulpmiddel niet te kunnen betalen of weet niet hoe de aanschaf ervan te regelen.

Ongeveer 40% van de huishoudens met leden met matige of ernstige lichamelijke beperkingen krijgt hulp. Deze wordt vooral gegeven door de thuiszorg (24%), maar ook door informele hulpverleners of een particuliere hulp. Dit betekent dat de meerderheid (60%) geen ondersteuning krijgt. Een zesde van de huishoudens met een lid met matige of ernstige beperkingen zegt (meer) hulp (vooral huishoudelijke verzorging) nodig te hebben. Een groot deel heeft al wel hulp, maar vindt dat deze onvoldoende is. Een tekort aan hulp wordt vooral door relatief jonge mensen ervaren.

Ruim een derde van de mensen met matige of ernstige beperkingen die behoefte hebben aan (meer) thuiszorg, vraagt deze ook daadwerkelijk aan. De redenen om niet aan te vragen zijn deels financieel van aard, maar er zijn ook belemmeringen bij het regelen en aanvragen van zorg. Circa een derde van de mensen met matige of ernstige beperkingen weet niet hoe ze voorzieningen moeten regelen en heeft moeite met het zoeken naar informatie of het uitvoeren van eenvoudige administratieve handelingen.

Ongeveer een derde van degenen met beperkingen krijgt hulp van het eigen netwerk bij het aanvragen van voorzieningen. Er is er echter ook een aanzienlijke groep (23%) die meldt dat niemand binnen het eigen netwerk hen goed kan adviseren bij

het zoeken naar de juiste voorziening. Dit kan een probleem zijn wanneer iemand zelf niet in staat is zorg en voorzieningen voor elkaar te krijgen. In de Wmo wordt de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van mensen gelegd. Toch is er een groep die deze verantwoordelijkheid niet kan nemen. Deze mensen weten waarschijnlijk ook niet dat zij ondersteuning kunnen krijgen van bijvoorbeeld ouderenadviseurs of de MEE-organisatie bij het aanvragen van voorzieningen.

In 2003/2004 werd het begrip 'gebruikelijke zorg' ingevoerd. Vanaf dat moment beschouwt de overheid het als vanzelfsprekend (gebruikelijk) dat huisgenoten elkaar langdurige huishoudelijke verzorging geven, tenzij zij zelf gezondheidsproblemen hebben, en kunnen mensen daarvoor dus geen indicatie meer krijgen. Na de invoering van het Werkdocument Gebruikelijke Zorg daalde het aantal besluiten waarin de functie huishoudelijke verzorging wordt geïndiceerd, sterk (Wolffensperger et al. 2004). Van de mensen die in 2005 contact hadden met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zegt ongeveer 10% dat zij minder zorg krijgen dan voorheen. Dit betreft vooral mensen die een huishouden delen.

Er wordt sinds de invoering van de Wmo sterk de nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van mensen: mensen met beperkingen moeten eerst in eigen kring nagaan welke zorg beschikbaar is, en pas een beroep op ondersteuning doen als hun netwerk onvoldoende kan helpen. Er wordt zo voorbijgegaan aan wat mensen zelf willen: een aanzienlijke groep met (ernstige) beperkingen geeft voor de huishoudelijke verzorging de voorkeur aan professionele hulp van bijvoorbeeld de thuiszorg. In iets mindere mate geldt dit ook voor de persoonlijke verzorging. Mogelijk hangen de voorkeuren voor professionele hulp samen met het feit dat veel mensen met matige of ernstige beperkingen zich te bezwaard voelen om hun netwerk blijvend om hulp te vragen (75% vindt dat zij niet zomaar een beroep op anderen kunnen doen), bijvoorbeeld omdat zij de negatieve gevolgen voor hun helpers inzien.

Het is ook goed denkbaar dat de huishoudelijke verzorging nu juist iets is dat mensen graag uitbesteden (meer mensen in meerpersoonshuishoudens hebben een voorkeur voor professionele hulp bij de huishoudelijke verzorging dan voor de hulp van beroepskrachten bij de persoonlijke verzorging), zodat bijvoorbeeld hun partner kan helpen bij de persoonlijke verzorging. Of de informele hulpverlener ook persoonlijke verzorging wil bieden, zal afhangen van de onderlinge relatie en de taken waarbij hulp nodig is.

8.4 Verschillen binnen de groep van mensen met beperkingen

In deze rapportage is de groep van mensen met beperkingen in haar geheel in ogenschouw genomen en is, waar mogelijk, een vergelijking gemaakt naar ernst van de beperkingen en naar leeftijdsklassen. Hieruit is een aantal verschillen naar voren gekomen.

Uiteraard zijn er grote verschillen naar de ernst van de beperkingen. In het algemeen is de participatie geringer bij de mensen met ernstige beperkingen dan bij de

mensen met matige beperkingen, die op hun beurt weer minder participeren dan de mensen met lichte beperkingen.

De indeling in lichte, matige en ernstige beperkingen is gehanteerd, omdat aan de hand daarvan overzichtelijke vergelijkingen konden worden gepresenteerd, ook met mensen zonder beperkingen. Echter, binnen deze onderscheiden categorieën treden eveneens grote verschillen tussen mensen op. Zo bevinden zich in de categorie met ernstige beperkingen mensen die hun persoonlijke verzorging nog zelf kunnen doen (zij het met moeite), en mensen die vrijwel niets meer zelf kunnen. Met deze gradaties, die uiteraard van invloed zijn op de participatie van mensen, werd geen rekening gehouden.

Daarnaast is een aantal verschillen gevonden tussen jongere en oudere mensen met beperkingen, bijvoorbeeld in hun financiële positie. Veel ouderen kregen hun beperkingen pas op latere leeftijd, toen zij al deelgenomen hadden aan de arbeidsmarkt en hun beperkingen naar verhouding weinig invloed hadden op de verwerving van een inkomen. Voor jonge(re) mensen met beperkingen geldt dit niet: als zij niet in staat zijn aan de arbeidsmarkt deel te nemen, zijn zij langdurig op een uitkering en dus op een laag inkomen aangewezen. Juist deze groep zal dan ook dubbele beperkingen ervaren: niet alleen hun lichamelijke beperkingen leiden ertoe dat zij moeite hebben met hun deelname aan de maatschappij, maar ook hun beperkte financiën vormen een belemmering.

Een ander verschil tussen jongere en oudere mensen is te zien bij de ondersteuning: ouderen met beperkingen krijgen beduidend vaker hulp van de thuiszorg dan jonge(re) mensen. Deze laatsten zeggen dan ook vaker dat zij behoefte hebben aan (meer) thuiszorg, dan ouderen. In het rapport *Ondersteuning gewenst* is dit ook geconstateerd (De Klerk en Schellingerhout 2006). Het is niet duidelijk of dit komt doordat jongeren andere wensen hebben dan ouderen, of dat zij minder vaak aan de criteria voor thuiszorg voldoen, bijvoorbeeld omdat zij vaker huisgenoten hebben die voor hen kunnen zorgen, en daarom vaker een negatieve indicatie voor de thuiszorg krijgen.

8.5 Inclusief beleid

Het overheidsbeleid ten aanzien van mensen met beperkingen was er jarenlang op gericht hen zo goed mogelijk te ondersteunen door hun allerlei voorzieningen te bieden. Men ging uit van een gehandicaptenmodel dat de beperkingen benadrukte: mensen moeten ondersteund worden bij datgene wat zij niet kunnen.

De laatste jaren ligt het accent niet meer op datgene wat mensen niet kunnen, maar op datgene waartoe zij wel in staat zijn. Mensen hebben mogelijkheden en het is de taak van de overheid de samenleving zo vorm te geven dat mensen met beperkingen naar vermogen kunnen participeren en daarbij geen hindernissen tegenkomen. Dit wordt ook wel inclusief beleid genoemd: bij alle fasen van beleid wordt nagedacht over de consequenties van dat beleid voor mensen met beperkingen. Zij

zouden zoveel mogelijk gebruik moeten maken van uitkomsten van regulier beleid. Alleen als dat niet kan, zijn specifieke voorzieningen nodig.

Het globale beeld dat uit deze rapportage naar voren komt, is dat de uiteenlopende beleidsmaatregelen die in de afgelopen jaren zijn getroffen, tot nu toe niet het gewenste effect hebben gehad: zowel op het terrein van de arbeidsparticipatie als bijvoorbeeld bij de maatschappelijke (zoals de culturele en recreatieve) participatie zijn de verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen niet kleiner geworden. Er zijn twee relatief nieuwe wetten die daarin verandering zouden kunnen brengen, de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ), ingevoerd in 2003, en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), ingevoerd in 2007.

Vooralsnog geldt de WGBH/CZ alleen voor de arbeid en het beroepsonderwijs. De werkgever of instelling voor beroepsonderwijs is verplicht om, indien nodig, aanpassingen te verrichten, tenzij deze een onevenredige belasting vormen. Dit betekent dat bijvoorbeeld een school voor beroepsonderwijs in een oud gebouw (voor nieuwbouw gelden toegankelijkheidseisen) niet toegankelijk hoeft te zijn. Pas als een leerling met een handicap daar om vraagt moet een school maatregelen nemen om bijvoorbeeld het gebouw aan te passen, tenzij er sprake is van een 'onevenredige belasting'. Als iemand zich benadeeld voelt, kan hij of zij een klacht indienen bij de Commissie Gelijke Behandeling.

In 2004 beoordeelde deze commissie negentien keer of er sprake was van discriminatie op basis van handicap of chronische ziekte, in 2005 was dat 36 keer en in 2006 31 keer. Gezien het grote aantal mensen met beperkingen, nemen slechts heel weinig mensen de moeite een klacht in te dienen. Dit zal ook komen doordat discriminatie vanwege een handicap vaak heel moeilijk is aan te tonen. Zo is het heel moeilijk te bewijzen dat een ander, zonder handicap of chronische ziekte, minder geschikt is voor een functie of dat een contract ontbonden wordt vanwege iemands lichamelijke beperkingen.

De meeste gegevens in dit rapport gaan niet verder dan de situatie in 2003, waardoor de effecten van de Wet gelijke behandeling nog niet goed zichtbaar zijn. Hoewel de wet onmiskenbaar van belang is voor de erkenning van de rechten van mensen met beperkingen, kunnen er vraagtekens worden geplaatst bij de effectiviteit ervan als het gaat om het vergroten van de participatiemogelijkheden. De wet legt de bewijslast bij de mensen met beperkingen: zij moeten aantonen dat er sprake is van discriminatie. Dat is lastig en daarom dienen maar weinig mensen een klacht wegens discriminatie in. Het zou eenvoudiger worden als de bewijslast deels werd omgekeerd. Zo zou er nagedacht kunnen worden over een wet die bepaalt dat het bijvoorbeeld aan scholen of werkgevers is om aan te tonen dat het aanbrengen van aanpassingen een 'onevenredige belasting' is.

In het Coalitieakkoord van het kabinet-Balkenende IV is aangekondigd dat 'de uitbreiding van de werkingsfeer van de Wet gelijke behandeling op grond van

handicap of chronische ziekte met kracht wordt voortgezet' (Coalitieakkoord 2007). Zo worden bijvoorbeeld voorbereidingen getroffen om de wet uit te breiden met het basis- en voortgezet onderwijs en het wonen, en vindt er onderzoek plaats om te kijken naar de mogelijkheden voor uitbreiding met goederen en diensten, zoals de horeca, detailhandel, internetdiensten en sportvoorzieningen.

Behalve de WGBH/CZ is ook het onlangs door Nederland ondertekende Verdrag voor gelijke rechten van mensen met een handicap van de Verenigde Naties (zie hoofdstuk 1) relevant. Ook dit verdrag, dat inmiddels door 80 lidstaten is ondertekend en mede op basis van de inbreng van vele mensen met een beperking tot stand is gekomen, gaat expliciet uit van de mogelijkheden van mensen met beperkingen. Het verdrag maakt nadrukkelijk onderscheid tussen iemands beperkingen en de sociale en maatschappelijke gevolgen van die beperkingen. Deze gevolgen worden sterk beïnvloed door de inrichting van de omgeving. In het verdrag wordt een aantal terreinen genoemd waarop de positie van mensen met beperkingen verbeterd zou moeten worden. Dit zijn onder meer de toegankelijkheid, de culturele participatie en de beeldvorming. Het is nu aan de Nederlandse overheid om de afspraken die gemaakt zijn in het verdrag, te vertalen in concreet beleid. Het ligt in de lijn der verwachting dat hierbij zowel gekozen wordt voor voortzetting van het inclusieve beleid als voor het beleid gericht op de individuele rechtsbescherming (de WGBH/CZ).

Het verdrag dwingt tot verdere uitwerking van het inclusieve beleid, zeker voor die terreinen waarvoor de Wet gelijke behandeling nog niet geldt, zoals de maatschappelijke participatie. Om de toegankelijkheid van gebouwen te verbeteren, dient bijvoorbeeld het Bouwbesluit verder aangescherpt te worden en zal nagedacht moeten worden over de verplichting ook bestaande gebouwen toegankelijk te maken voor mensen met beperkingen. Het beleid waarvoor de Wet gelijke behandeling wel geldt, zoals het openbaar vervoer, dient wellicht versneld te worden uitgevoerd. Pas als het openbaar vervoer toegankelijk is voor mensen met beperkingen, zal immers het beroep op vraagafhankelijk vervoer afnemen.

Niet alleen de fysieke toegankelijkheid is van belang, ook de manier waarop anderen naar mensen met beperkingen kijken. In dit rapport is dit thema niet behandeld. Volstaan wordt met de opmerking dat de overheid in 2004 de Taskforce Handicap en Samenleving in het leven heeft geroepen (Staatscourant 2004), met als doel een mentaliteitsverandering in de maatschappij te realiseren. De Taskforce organiseert hiervoor allerlei activiteiten, zoals debatten met colleges van burgemeesters en wethouders, en cursussen om bij buschauffeurs (meer) begrip te kweken voor mensen met beperkingen, maar vraagt ook op de televisie aandacht voor mensen met beperkingen (bv. door het ondersteunen van de Mis(s)verkiezing van de mooiste vrouw met een zichtbare handicap). Beeldvorming is echter zeer moeilijk te beïnvloeden, zo concludeert de Commissie het Werkend Perspectief (CWP 2007).

Ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) laat de verschuiving zien in het denken over mensen met beperkingen. De algemene doelstelling van deze wet

is het bevorderen van de participatie, sociale cohesie en leefbaarheid. Als de sociale samenhang en de (actieve) betrokkenheid van de burgers bij de samenleving wordt vergroot, nemen ook de contacten tussen mensen toe, zo is de veronderstelling. Mensen met beperkingen zouden dan voor hulp gemakkelijker een beroep op personen uit hun sociale omgeving kunnen doen. Want ook dat is een uitgangspunt in deze wet: mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun ondersteuning en moeten deze eerst in hun eigen omgeving zoeken. Pas als hun netwerk geen ondersteuning kan bieden, bijvoorbeeld omdat huisgenoten zelf beperkingen hebben of omdat zij geen netwerk hebben, kunnen zij een beroep doen op de Wmo.

Eerder in dit hoofdstuk (zie § 8.3.5) is de vraag al gesteld of mensen met beperkingen wel in staat zijn zelf de ondersteuning te regelen die zij nodig hebben. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer een derde van de mensen met matige of ernstige beperkingen niet weet waar zij welke voorzieningen kunnen aanvragen; en een deel van hen heeft geen sociaal netwerk dat hen daarbij kan helpen. Dat is temeer een probleem omdat zij worden geconfronteerd met een veelheid aan regelingen. Hierbij valt onder meer te denken aan het rugzakje voor het onderwijs, mogelijkheden om het werk aan te passen of te re-integreren op de arbeidsmarkt, uitkeringen zoals een arbeidsongeschiktheidsuitkering of de bijstand, allerlei soorten vervoersvoorzieningen, en verschillende vormen van ondersteuning, zoals de huishoudelijke verzorging via de gemeente of de persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Om dit soort voorzieningen aan te vragen moeten mensen vaak naar verschillende loketten toe en verschillende aanvraagprocedures doorlopen.

Om dit probleem op te lossen wordt al enige tijd gewerkt aan de instelling van één loket per gemeente waar een deel van de aanvraagprocedures op elkaar afgestemd kunnen worden en waar mensen voor bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging, vervoer en woningaanpassingen terecht kunnen. Die oplossing wordt gehinderd door het feit dat mensen die zowel huishoudelijke als persoonlijke verzorging nodig hebben, sinds de invoering van de Wmo te maken hebben met een extra aanvraagprocedure. Vroeger konden zij voor beide vormen van verzorging terecht bij het CIZ, nu dienen zij twee aanvragen in te dienen, al zullen er zeker gemeenten zijn die deze loketten op elkaar afstemmen en wellicht integreren.

Een zorgloket betekent nog niet dat cliënten dan minder afstemmingsproblemen ervaren (zie De Klerk en Schellingerhout 2006). Hiervoor is het ook van belang hoe zo'n loket georganiseerd is en hoe bijvoorbeeld de indicatieprocessen op elkaar afgestemd worden. De rijksoverheid voert in het kader van de 'administratieve lastenverlichting voor burgers' thans pilots uit om de verschillende indicaties te stroomlijnen. Ook wordt er gewerkt aan een digitaal formulier voor het aanvragen van voorzieningen.

De weg naar voorzieningen waarmee mensen met beperkingen hindernissen in de samenleving kunnen nemen, blijken hindernissen te bevatten die door de overheid zelf zijn opgeworpen. Vereenvoudiging van de toegang tot voorzieningen en ondersteuning bij de verwerving ervan is nog voor verbetering vatbaar.

Maar niet alleen het aanvragen van zorg, ook de kwaliteit van de zorg is een punt van aandacht. De effecten van de Wmo moeten nog worden geëvalueerd, maar duidelijk is al wel dat veel gemeenten de huishoudelijke verzorging hebben aanbesteed aan andere bedrijven dan de thuiszorg, en de eerste signalen wijzen erop dat er meer alfahulp en minder gespecialiseerde verzorging wordt geïndiceerd dan voorheen. In de evaluatie zal men nadrukkelijk moeten bekijken welke verzorging mensen met beperkingen krijgen en of deze voldoende is om hun beperkingen te compenseren. Ook de afstemming tussen de diverse hulpverleners, die bijvoorbeeld huishoudelijke en persoonlijke verzorging bieden, en die vroeger beiden bij de thuiszorg werkzaam waren, zal hierbij betrokken dienen te worden.

Een positief punt van de Wet maatschappelijke ondersteuning is de aandacht voor de ondersteuning van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk. Uit eerder onderzoek is bekend dat mensen die intensief mantelzorg verlenen, de kans lopen overbelast te raken. Het bieden van respijtzorg en andere vormen van ondersteuning zou deze kans kunnen verkleinen.

De Wmo is een zeer brede wet, met vele facetten. Belangenorganisaties als de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) en de Federatie van Ouderenverenigingen (FvO) wijzen er bijvoorbeeld op dat het lokale niveau van de Wmo de belangenbehartiging veel complexer heeft gemaakt. Er wordt veel gevraagd van lokale belangenbehartigers, onder meer met betrekking tot het opstellen van een gemeentelijk vierjarenplan, de gemeentelijke verordening en de verantwoording van het gevoerde beleid. Zeker in kleine gemeenten en voor kleine doelgroepen (zoals de mensen met een verstandelijke handicap) is het de vraag of zij de belangen voldoende kunnen behartigen.

Een laatste punt zijn natuurlijk de lokale verschillen die onmiskenbaar zullen optreden. Gemeenten hebben immers veel vrijheid om de Wmo zelf in te vullen. Het is waarschijnlijk dat bijvoorbeeld het compensatiebeginsel – de gemeente is verplicht mensen met beperkingen die belemmeringen ondervinden bij de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, te compenseren en deelname aan het normale maatschappelijk verkeer mogelijk te maken – op verschillende manieren ingevuld zal worden. In hoeverre dit ertoe zal leiden dat de participatie van mensen met beperkingen in sommige gemeenten groter is dan in andere gemeenten, en hoe groot die verschillen dan zijn, is nu nog niet te zeggen.

De Wmo is nog maar net ingevoerd, dus het is te vroeg om al iets over de effecten ervan te kunnen zeggen. Pas over een paar jaar zal duidelijk zijn wat de wet betekent voor de maatschappelijke participatie door en de ondersteuning van mensen met beperkingen.

Concluderend, lijkt de overheid tegenwoordig veel hogere ambities te hebben aangaande de participatie van mensen met beperkingen dan vroeger: het expliciete uitgangspunt van beleid is thans dat mensen met beperkingen evenveel (kunnen)

deelnemen aan alle aspecten van de samenleving als mensen zonder beperkingen. Inclusief beleid baant daarvoor de weg.

Bij een hoog ambitieniveau hoort ook een grote beleidsinspanning om de gestelde doelen te bereiken. Het is de vraag of het bestaande en voorziene inclusieve beleid daarvoor niet moet worden geïntensiveerd. Bijvoorbeeld door de Wet gelijke behandeling versneld uit te breiden naar andere terreinen en door de invoeringstrajecten van terreinen die al onder de wet vallen, in te korten.

Noten

- 1 Convention on the Rights of Persons with Disabilities, zie www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm voor de letterlijke tekst van dit verdrag.
- 2 Het beleid is erop gericht voorwaarden te scheppen zodat mensen met beperkingen kunnen participeren.
- 3 In de *Rapportage gehandicapten 2002* werd het aantal mensen met beperkingen op ongeveer 1,5 miljoen geschat (De Klerk 2002). Dat de schatting nu hoger is, komt voor een deel door de vergrijzing van de bevolking (40.000 mensen) en voor een deel doordat nu een andere schattingsmethode is gebruikt.
- 4 Over de ouderen in tehuizen (verzorgings- en verpleeghuizen) zijn overigens wel gegevens beschikbaar, zie De Klerk (2005).
- 5 Zie tabel 5.11
- 6 Dit is in het verleden, in het AVO-gehandicaptenonderzoek in 2000, wel gevraagd maar toen bleek dat mensen het zeer lastig vonden hier antwoord op te geven: vaak treden beperkingen heel geleidelijk op en is het moeilijk te zeggen wanneer ze precies ontstonden.
- 7 Men kan hierbij denken aan een opzet zoals van WOON (Woononderzoek Nederland) van het ministerie van VROM, een onderzoek naar de woonsituatie en woonwensen van de Nederlandse bevolking. In dit onderzoek kunnen gemeenten ervoor kiezen extra waarnemingen te laten verrichten, zodat ook hun lokale gegevens beschikbaar komen (zie www.vrom.nl).
- 8 Het Panel Samen Leven bevat alleen gegevens over 15-plussers. Kinderen blijven dus buiten beschouwing. Dat geldt ook voor mensen met een (zeer) ernstige of een zeer geringe verstandelijke beperking (de zwakbegaafden). Aan het Panel doen 566 mensen met een verstandelijke beperking mee, van wie 351 samen met hun vertegenwoordiger; daarnaast doen 128 vertegenwoordigers mee zonder dat de persoon met een verstandelijke beperking zelf meedoet.
- 9 Er zullen gegevens beschikbaar komen over 18-64-jarigen. De 65-plussers maken geen deel uit van de Nemesis-studie.
- 10 Uit tabel 4.11 is af te lezen dat 95% van de niet-werkende 18-64-jarigen met beperkingen ooit gewerkt heeft. Uit tabel 4.12 blijkt dat de meerderheid zegt dat de gezondheid een reden was om te stoppen met werken.
- 11 De kleine aantallen respondenten in het AVO staan het niet toe dat te berekenen.
- 12 Een toegankelijk openbaar vervoer betekent toegankelijk voor mensen die zelfstandig kunnen reizen, dus bijvoorbeeld niet voor mensen die liggend vervoerd moeten worden.
- 13 Zie www.handicapensamenleving.nl/nieuws/cultureleinstellingen, geraadpleegd april 2007.
- 14 In het VN-verdrag wordt in artikel 9 (accessibility) gesproken over ' [...] States Parties shall take appropriate measures to ensure to persons with disabilities access, on an equal basis with others, to the physical environment [...] These measures, which shall include the identification and elimination of obstacles and barriers to accessibility, shall apply to buildings, roads, transportation and other indoor and outdoor facilities, including schools, housing, medical facilities and workplaces [...]; States Parties shall also take appropriate measures to develop, promulgate and monitor the implementation of minimum standards and guidelines for the accessibility of facilities and services open or provided to the public'.

Summary

Joining in with limitations. Report on the Disabled 2007

Report on the Disabled 1994-2007

Approximately once every four years the Netherlands Institute for Social Research (SCP) carries out a study at the request of the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) to assess the participation and life situation of people with disabilities. The first *Report on the Disabled* was published in 1994. Since then, the thinking about people with disabilities has changed, as has government policy. Whereas in the 1990s the emphasis was on the provisions needed to compensate for a person's disabilities, today the principle is one of inclusive policy: if the general policy makes allowance from the start for people with disabilities, then far fewer special provisions will be needed.

This report addresses the questions of whether people with disabilities (and who live independently) participate in society to the same degree as people without disabilities and whether any trends can be identified in this participation over time (i.e. since the 1990s). Attention is devoted specifically to the problems and obstacles encountered by people with disabilities.

Only physical disabilities

This report describes only the participation of people with physical disabilities. This means that people with intellectual and/or psychological disabilities are left out of consideration. The reason for this is a pragmatic one, since no (recent) data are available for these latter groups. Attention was most recently focused on people with learning disabilities in the *Report on the Disabled 2002* (De Klerk 2002), while the position of people with psychological difficulties last received attention in the *Report on the Disabled 2000* (De Klerk 2000).

Indicators for physical disabilities

As in the previous editions, this report uses summarising measures to indicate whether people suffer from no disabilities, slight, moderate or severe disabilities; these are sometimes divided into motor and sensory (visual or auditive) disabilities. The division into slight, moderate and severe is a somewhat arbitrary one, because there are no clear criteria on the basis of which it can be said that someone has moderate or severe disabilities. It was decided to adopt four categories because this enables the differences between groups to be presented in a clear way. Unfortunately, this does not adequately reflect the great variation within the different groups.

The measure of disability used in this report is different from that used in previous reports. The new yardstick has been chosen because it is easier to interpret (people with severe disabilities can generally no longer perform certain activities,

while those with moderate disabilities have difficulty with a number of activities but are still able to perform them themselves). There is however a large degree of overlap between the old and new measures, since these are based on the same questionnaire. For motor disabilities, it is also possible to map trends over time. This is not possible with the indicators for sensory impairments, because the questions in the main data source, the Amenities and Services Utilisation Survey (AVO), are not comparable across the different years.

Data sources

A large number of databases were used in compiling this report. In the first place, national research was used which is representative for the Dutch population living independently. The SCP's Amenities and Services Utilisation Survey (AVO) was the main source used to compare the position of people with and without disabilities. Secondly, data was drawn from studies focusing specifically on people with disabilities. The main sources were the SCP's Amenities and Services Utilisation Survey for the disabled (*AVO-gehandicapten*) and the National Panel of the Chronically Ill and Disabled (NPCG) compiled by the Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL).

Number of people with disabilities (chapter 2)

Many people think of disabled people as being people who are visibly unable to perform certain activities themselves, for example people in a wheelchair. However, people with a visible disability make up only half the total group of people with physical disabilities. Their number cannot be determined with complete precision, but it can be estimated that there are approximately 1.5 million people living independently in the Netherlands with moderate or severe motor disabilities, i.e. people who have difficulty in using their limbs and therefore experience participation problems in areas such as general day-to-day activities or mobility. It is estimated that there are between 225,000 and 250,000 people with a wheelchair (including people living in institutions) and approximately 315,000 people living independently who use a rollator. Roughly 430,000 people living independently have moderate or severe visual disabilities and there are 360,000 people with moderate or severe auditory disabilities. A proportion have impairments in several different areas. If this is taken into account, it can be estimated that there are a total of 1.7 million people living independently with moderate or severe disabilities. Disabilities can have major consequences for a person's daily life. For example, around 75% of people with physical disabilities often or even always suffer from fatigue or pain.

Education (chapter 3)

Parents of children with disabilities can choose either to send their child to a special school or to place their child in a mainstream school with support funded from a 'personal budget' ('rucksack' funding). The number of pupils with physical or intellectual disabilities attending mainstream schools with peripatetic support increased

sharply between 2000 and 2005, by 97% in primary education and 146% in secondary education. However, the number of pupils in special schools also increased over the same period, by 10% in primary education and 39% in secondary education (compared with a demographic increase of 1% for primary education and 7% for secondary education). In 2005, it was still the case that four times as many pupils were attending special schools than those attending mainstream schools with peripatetic support. There is no clear picture of the educational achievements either of pupils attending mainstream secondary schools with peripatetic support or of pupils in special secondary schools. The Education Inspectorate does however note that the educational performance of special secondary schools fall far short.

The personal budget ('rucksack') still leads to problems in practice. Four out of ten parents report that they had to approach between two and four schools before their child was given a place. Only a quarter of parents feel that access to mainstream education has improved; a third feel it has deteriorated. Children with socio-emotional problems, in particular, are missing out. In addition to placement, the lack of sufficient knowledge and information, on the part of both parents and schools, presents a problem. Most mainstream primary and secondary schools endorse the also principles of the 'rucksack' personal budget scheme, but one in three secondary schools and one in ten primary schools have sometimes rejected a 'rucksack pupil'.

In the coming years, school boards in primary and secondary schools will become responsible for providing 'appropriate education' and will be required by law to offer 'educational care packages'. These may also be provided by a school with which they collaborate, such as a special school.

The secondary vocational and higher education sectors contain only mainstream establishments. Surveys of pupils and students show that roughly 6% of secondary vocational pupils and 7% of students in higher education have a disability or illness which makes their study more difficult. The Equal Treatment of Disabled and Chronically Ill People Act came into force in the Netherlands in 2003. Although their position has greatly improved, a survey in 2005 showed that 30% of participants with a disability still felt that their school made too little allowance for their situation. In higher education, more than half (55%) of students with disabilities encountered difficulties in following their course of education. Those difficulties related mainly to concentration problems, chronic fatigue, persistent pain, mobility impairments and lack of stamina.

The awareness and take-up of arrangements for students with disabilities has increased on all fronts in recent years.

Employment (chapter 4)

A great deal of policy has been developed in recent years to promote employment for people with disabilities and to prevent people becoming incapacitated for work. Since 2002 there has been a marked reduction in the number of people in receipt of disability benefit. Despite this, research by Statistics Netherlands (CBS) shows that the employment rate of people reporting that they suffer health-related difficulties

in relation to paid work also fell between 2002 and 2005, from 44% to 39%. The employment rate of 15-64 year-olds with slight physical disabilities (including those who do not experience difficulties at work) is 60%, compared with 31% for people with moderate or severe disabilities. The proportion of working people in the population with disabilities is not only smaller than the proportion among people without disabilities, but those in work also relatively often have a short working week and are relatively frequently self-employed. Employees with physical disabilities relatively often work in sectors where there is a high risk of these types of disabilities: agriculture, industry and the construction sector; this is partly connected to their relatively low education level.

Of disabled people who are not in work, 41% say that they would like to work but regard their health as the biggest obstacle. Around half of non-workers with slight disabilities and almost three-quarters of non-workers with moderate or severe disabilities do not regard themselves as capable of working.

Around half of those in work acquired their condition or disability when they were already working for their present employer. The other half applied for jobs whilst already disabled. It is clear that an applicant has a disability, the work is more often adapted to their ability and the attitude of colleagues and managers is more positive than where the applicant hid the disability during the application procedure or acquired it later (whilst already working).

Income (chapter 4)

Disability benefit is the main source of income for 42% of people with moderate or severe disabilities, while income from employment is the main source for 25%. Between 1995 and 2003 the proportion of people without disabilities and without income fell (from 13% to 9%) as more people obtained an income from employment. By contrast, the proportion of people with moderate or severe disabilities without an income remained unchanged (16%). The proportion of disabled people deriving income from employment also increased (from 23% to 25%), but less sharply than among people without disabilities (from 69% to 77%).

In 2003 the average gross annual income of 18-64 year-olds without disabilities was EUR 35,500, while for people with moderate or severe disabilities it was EUR 21,800 (people without an income are left out of consideration here). In very large part this difference is due to the fact that people with disabilities more often have to live on benefit. Between 1995 and 2003, people without disabilities saw their incomes rise by more (+15%) than people with moderate or severe disabilities (+2%). However, there are wide differences in the income trend in this latter group; in this group, too, the incomes of those in work increased.

Households (with a head aged between 18 and 65 years) with and without disabled members saw their income improve by more than 20% on average between 1995 and 2003; however, the income of households having a member with moderate or severe disabilities improved by an average of only 12%. The difference between households

with no disabled members and households with members having severe disabilities thus increased during this period.

Many people with physical disabilities (including the elderly) incur expenditure in relation to their illness. In 2005, for example, 57% of this group spent an average of EUR 642 on medical aids and home adaptations. Data from NIVEL show that these expenses were much higher for people with severe disabilities than for those with moderate disabilities.

Around 23% of people with disabilities reported that they had to address savings or go into debt in order to meet their expenses. This is primarily the case among those without work (36%) and those aged under 65 (33%). Roughly a third do not have enough money to go out once a fortnight or to buy leisure articles, and around a quarter say they have no money to pay the membership fees for a club or association. If people are unable to participate in at least three of these kinds of activities for financial reasons, this counts as social deprivation. This is the case for roughly a third of people with disabilities and is more common among those with severe disabilities (49%) than those with slight disabilities (24%).

Social participation (chapter 5)

People with physical disabilities participate in clubs and associations just as often as people without disabilities, but participate less in culture, recreation, sport, voluntary work and informal care provision, even where allowance is made for factors such as age differences between those with and without disabilities. The rate of participation decreases with increasing severity of the disabilities. For example, 13% of people with severe disabilities visit a museum at least once a year, compared with 38% of people without disabilities. The differences between people with and without disabilities remained unchanged between 1995 and 2003.

More than half of those with disabilities report that their disability impedes their social contacts. This applies not only for the number of contacts, but also for the nature of those contacts. Young people in particular relatively often feel isolated and that they have little in the way of a circle of friends. People with disabilities also report encountering a lack of understanding and having the feeling that key members in their own network have turned away from them. They find it particularly distressing if their family life is adversely affected.

People with disabilities not only do less as a result of those disabilities than they did before they developed health problems, but also have to plan the activities they do undertake better. Leisure activity is a major undertaking, and travelling in particular involves a great deal of effort and has to be carefully planned; doing things spontaneously is difficult. People find it particularly upsetting if they have to give up hobbies, enjoy less recreation than previously and are no longer able to do things spontaneously. Many have to rely on public transport on demand schemes, such as the 'Regiotaxi' regional transport scheme. The use of both transport facilities (such as mobility scooters) and transport reimbursement schemes (for collective public transport) increased enormously between 1995 and 2003. Disabled

people have become more and more dependent on collective transport; in 2005 more than 500,000 people received reimbursement for the use of collective transport, of whom around 100,000 received additional compensation. The problems in relation to collective transport highlighted in earlier reports, such as lack of flexibility, still exist. Transport is ranked number two on the list of problems experienced by people with severe disabilities.

Housing (chapter 6)

The number of people living in semi-residential or residential facilities for the disabled is small (these facilities offer a total of 6,700 places), while approximately 160,000 people, mainly the (very) elderly, live in care or nursing homes. This means that the vast majority of people with disabilities (roughly 1.7 million people) live independently.

Negotiating stairs presents problems for more than 10% of the population. The number of homes with no stairs (where the front door can be reached without climbing steps and where there are also no internal steps) has increased in the last ten years, but this does not imply that people who have difficulty climbing stairs also more often live in homes without stairs; many of them live in a home with a staircase. However, only a minority would like to move to a home with no stairs.

The number of home adaptations provided by local authorities increased enormously between 1995 and 2002, after which it fell slightly. In 2005 71,000 adaptations were carried out. People with severe disabilities and the elderly are especially likely to have adaptations carried out. Yet despite this, around 40% of people with long-term moderate or severe disabilities report that they need adaptations which they do not have.

On average, people with disabilities live in homes of lower quality than people without disabilities. This is partly because they more often live in an apartment, which is often smaller than a single family dwelling, and more often rent their home because they generally have less money to spend and are able to borrow less.

On average, the housing costs of people with disabilities are lower than those of people without disabilities, but they also have lower incomes. The proportion spending more than 30% of their income on housing costs is relatively high. For these people, the availability of reasonably cheap housing and rent benefit (formerly housing benefit) is accordingly very important.

A sizeable proportion state that they experience difficulties in going out or entering public buildings. For almost 30%, for example, steep slopes present an obstacle, while getting onto a bus or train presents an obstacle for 19%; doors which are too narrow are a problem for 16% (Van den Brink-Muinen et al. 2007).

People with disabilities are generally satisfied with their residential setting, though a third of people with long-term severe disabilities report that their nearest supermarket is not easily accessible.

Take-up of care and use of appliances (chapter 7)

Roughly 45% of people with moderate or severe motor disabilities who live independently use a mobility aid, such as a walking stick or rollator. More than 40% of those using aids (not just mobility aids) report that they would need more hours of care if they did not have their aids.

More than a third of independent households with a member who has moderate or severe disabilities receive household assistance, help with personal care or nursing care, with household assistance being particularly common. The majority (61%) thus receive no help. It is mainly the elderly and people living alone who receive help.

A quarter of households with a member having moderate or severe disabilities receive home care; 15% receive informal care and 7% receive private help. Older households (the over-75s) often receive home care or private help. Younger households mainly receive help from informal carers. Home care clients are very positive in their views on the home carers, but feel that the coordination and continuity of care and the communication on administrative matters require some improvement.

The 'Usual Care Protocol' (*Protocol Gebruikelijke Zorg*) prescribes that housemates must provide each other with long-term household care unless they themselves have health problems. However, a large group of people with disabilities, and especially those with severe disabilities, prefer to receive help from the home care services.

Many people with moderate or severe disabilities find it difficult to ask for informal help, and feel obliged to do something in return. Many recipients of informal care also see the negative consequences for their carer of providing that help, reporting that 22% of informal carers have difficulty combining their care and other tasks, and that 17% need support.

Around one in seven households with a moderately or severely disabled member need (more) household assistance; 4% need (more) personal care and almost 2% need (more) nursing care. The unmet need increases with the severity of the disabilities. In particular, single-person households (especially women living alone) and relatively young households (18-54 year-olds) need (more) help with household tasks. Financial factors play a role in non-take-up of provisions, but so do difficulties in applying for care. Many people with moderate or severe disabilities do not know how to arrange for provisions or have difficulty with specific skills such as looking for information or carrying out administrative actions. Roughly a third receive help with this. They lack the knowledge (40%) or the energy (25%) to do it themselves, or have difficulty with writing or using the telephone (15%). However, approximately a quarter of people with moderate or severe disabilities report that there is no one available to give them good advice in looking for the right provision for them.

General conclusion

The picture that emerges from this report is that the policy efforts of recent years are not directly reflected in increased participation: the differences between people with

and without disabilities have not reduced either as regards participation in employment or social participation.

This report chiefly describes the situation up to 2003. Since then, two new laws have come into force in the Netherlands which may bring about an improvement in the position of people with disabilities in the future: the Equal Treatment of Disabled and Chronically Ill People Act (WGBH/CZ), introduced in 2003 and for the moment applicable only to employment and vocational education, and the Social Support Act (Wmo), introduced in 2007.

Literatuur

- Abma, T., C. Nierse, F. Caron-Linterman, J. Broerse, C. Heuvelman, J. van Dijk, J. Smit en M. Zeeuw (2006). *Onderzoek met en voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- ACTB (2006). *Rapportage Advies Commissie Toelating en Begeleiding Onderwijsconsulenten+, 1 augustus 2005-1 augustus 2006*. Den Haag: Adviescommissie Toelating en Begeleiding.
- Agt, H.M.E. van, K. Stronks en J.P. Mackenbach (1996). *De financiële situatie van chronisch zieken. Eindrapport van de longitudinale studie naar de financiële situatie van chronisch zieken*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam/Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg.
- Andel, H.G. van, C. van 't Hof, H.A. van de Pol, K. Smeets, B.A. Wapstra-van Damme, (2002). *Kerncijfers Wvg 2001. Aantallen en kosten van verstrekte Wvg-voorzieningen (landelijke cijfers)*. Den Haag: SGBO.
- Beckers, I., J. Besseling en A. Smits (2004a). *Arbeidsgehandicapten 2002. Arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening*. Maarssen: Reed Business Information.
- Beckers, I., B. van Gils en H. Lautenbach (2004b). *Arbeidsgehandicapten 2003. Arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening*. Den Haag: Elsevier.
- Beckers, I., M. Cuijpers en H. Lautenbach (2005). *Arbeidsgehandicapten 2004. Arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening*. Den Haag: Elsevier.
- Beer, P. de (2006). *Perspectieven voor laagopgeleiden*. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 22, nr. 3.
- Bellemakers, C., G. Schrijvers, O. Visser en M. Morskieft (2007). *Landelijk Klanttevredenheidsonderzoek CIZ: Verslag van een kwalitatief onderzoek onder vertegenwoordigers van landelijke en decentrale cliëntenorganisaties uitgevoerd in het najaar van 2006*. Utrecht: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde (www.ciz.nl).
- Böcker, R. en M. Kroes (2007). *Verdrag en facultatief protocol inzake de rechten van mensen met (functie)beperkingen: mijlpaal in ontwikkeling mensenrechten*. In: *Nederlands Tijdschrift voor Mensenrechten*, jg. 32, nr. 2, p. 116-124.
- Boer, A. de (red.) (2005). *Kijk op informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2005/15).
- Boer, A.H. de (red.) (2006). *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Bos, J. en C. Leemrijse (2005). *Help de informele hulp. Een inventarisatie van belemmerende factoren voor het gebruiken van hulpmiddelen door mantelzorgers en oplossingen daarvoor*. Utrecht: NIVEL.
- Botterweck, A., F. Frenken, S. Janssen, L. Rozendaal, M. de Vree en F. Otten (2003). *Plausibiliteit nieuwe metingen algemene gezondheid en leefstijlen 2001*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Breedveld, K. (2006). *Tijdsbesteding*. In: A.H. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Breedveld, K. en A. Tiessen-Raaphorst (2006). *Rapportage Sport 2006*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/10).
- Breedveld, Koen, Mirjam de Klerk en Joep de Hart (2004). *Ouderen en maatschappelijke inzet. De betekenis van toenemende arbeidsparticipatie onder ouderen voor de betrokkenheid van ouderen bij politiek activisme, vrijwilligerswerk, informele hulp en zorg voor kleinkinderen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

- Brink-Muinen, A. van den, P. Spreeuwenberg en P.M. Rijken (2007). *Kerngegevens maatschappelijke situatie 2006*. Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL.
- Broek, A. van den, en J. Kerstens (2004). *Bve-deelnemersmonitor 2003-2004. Verslag eerste meting Beroepsopleidende leerweg (bol) voltijd*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- Broek, A. van den, M. Hulsen en J. Kerstens (2005a). *Bve-deelnemersmonitor 2004-2005. Beroepsbegeleidende leerweg (bbl) en beroepsopleidende leerweg deeltijd (bol-dt)*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- Broek, A. van den, F. Huijsmans, J. de Haan en K. Breedveld (2005b). *Cultuur, communicatie en sport*. In: *De sociale staat van Nederland 2005*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2005/14).
- Broek, A. van den, E. van de Wiel, T. Pronk en R. Sijbers (2006). *Studentenmonitor 2005. Studeren in Nederland: Kernindicatoren, studievoortgang, studieuitval en internationale mobiliteit*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- Broese van Groenou, M. en D.J.H. Deeg (2006). *Veranderingen in sociale participatie*. In: A.H. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Bronneman-Helmers, H.M., L.J. Herweijer en H.M.G. Vogels (2002). *Voortgezet onderwijs in de jaren negentig*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2002/3).
- Burck, D. en M. Zijp (2005). *Snel scoren*. In: *Zorg en Ondernemen*, jg. 16, nr. 2, p. 25.
- Burgmeijer, R.J.F., M.A.E. van Zaal, R.A. Hirasings en S.P. Verloove-Vanhorick (1997). *De gezondheidstoestand van de jeugd*. In: J.P. Mackenbach en H. Verkleij (red.). *Volksgezondheid toekomst verkenning 1997, II. Gezondheidsverschillen*. Maarsse/Bilthoven: Elsevier/De Tijdstroom/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Buys, A., A. Bogaerts en I. Giesbers (2007). *Wonen op een rijtje. De resultaten van het Woononderzoek Nederland 2006*. Amsterdam: RIGO.
- CAK-BZ (2005). *Jaaroverzicht 2004*. Den Haag: Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten.
- CAK-BZ (2006). *Jaaroverzicht 2005*. Den Haag: Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten.
- Calsbeek, H. (2004). *Chronisch zieken over mantelzorg: prettig, maar ook bezwaarlijk*. Utrecht: NIVEL (Factsheet PPCZ, oktober 2004).
- Calsbeek, H., P. Spreeuwenberg, M.J.W. van Kerkhof en P.M. Rijken (2006). *Kerngegevens Zorg 2005*. Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL.
- Campen, C. van (red.) (2006). *Gezond en wel met een beperking. Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 122).
- Cardol, M., M. Vervloet en M. Rijken (2006). *Participatie van mensen met beperkingen 2005. Basismeting participatiemonitor*. Utrecht: NIVEL.
- Cardol M., M. Speet en P.M. Rijken (2007). *Anders of toch niet? Deelname aan de samenleving van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking*. Utrecht: NIVEL.
- CENTERdata (2006). *Notitie kwantitatieve ontwikkelingen deelname Speciaal Onderwijs*. Tilburg: CENTERdata.
- CG-Raad/Balans/Federatie van Ouderverenigingen (2006). *Brief aan de Tweede Kamer (d.d. 5 oktober 2006) m.b.t. de Uitwerkingsnotitie Vernieuwing zorgstructuren funderend onderwijs*. Utrecht: CG-Raad.
- Choice (2005). *Gebruikerstoets studeren met een handicap 2005*. Leiden: Centrum Hoger Onderwijs Informatie.
- CIZ (2005a). *Protocol Gebruikelijke zorg*. Driebergen: Centrum Indicatiestelling Zorg.

- CIZ (2005b). *Zorgen voor elkaar? Natuurlijk! Wat is gebruikelijke zorg en wanneer kunt u een beroep doen op de AWBZ?* Driebergen: Centrum Indicatiestelling Zorg (folder) (www.ciz.nl).
- CIZ (2007). *Clënten tevreden over door ciz geïndiceerde zorg. Resultaten klanttevredenheidsonderzoek door Julius Centrum. Persbericht 8 maart 2007. Geraadpleegd 22 maart 2007 via www.ciz.nl.*
- Coalitieakkoord (2007). *Samen werken, samen leven. Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie. Geraadpleegd op www.regering.nl*
- CTG (2001). *Jaarverslag College Tarieven Gezondheidszorg 2000. Deel B. Verslag van werkzaamheden.* Utrecht: College Tarieven Gezondheidszorg.
- CTG (2003). *Jaarverslag College Tarieven Gezondheidszorg 2002. Deel B. Verslag van werkzaamheden.* Utrecht: College Tarieven Gezondheidszorg.
- CTG (2006). *Jaarverslag College Tarieven Gezondheidszorg 2005. Deel B. Verslag van werkzaamheden.* Utrecht: College Tarieven Gezondheidszorg.
- Cuijpers, M. en H. Lautenbach (2006). *Arbeidsgehandicapten 2005. Arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening.* Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Werkdocument 370).
- CWP (Commissie het Werkend Perspectief) (2007). *Het maatschappelijk advies.* Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Dekker, R.J. en G.J. Willighagen (2005). *Wonen, welzijn en zorg. Onderzoek naar behoeften van oudere lichamelijk en psychisch gehandicapten op het vlak van wwz.* Zwolle: gemeente Zwolle, Onderzoek en Statistiek.
- Depla, M.F.I.A. en C.H.M. Smits (2003). *Wonen zorg welzijn: wat willen ouderen zelf.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Deursen, C. van (2007). *Herbeoordeeld...en dan? Stand van zaken 2005-cohort 18 maanden na de uitslag.* Leiden: Bureau As/tri.
- Devisch, F. en E. Samoy (2003). *Mensen met functioneringsproblemen in de APS-survey 2002.* Brussel: ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Planning en Statistiek.
- Devisch, F., E. Samoy en F. Lammertyn (2000). *Barrières voor de sociale integratie van personen met een handicap.* Leuven: departement Sociologie.
- Dugteren, F. van (2001). *Wonen.* In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2001/11).
- DVVO (2005). *De mantelzorger in beeld.* Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (dvvo/za-u-2585645).
- Expertisecentrum handicap + studie (2006a). *De handicap + studie Monitor 2006.* Geraadpleegd in maart 2007 op www.onderwijsnhandicap.nl.
- Expertisecentrum handicap + studie (2006b). *Almanak aangepast hoger onderwijs 2006.* Geraadpleegd in maart 2007 op www.onderwijsnhandicap.nl.
- Foppe, J.P. (2006). *Wat is jouw excuus? Neem het heft in eigen handen.* Den Haag: Sdu.
- Fougeryrollas, P. (1995). *Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to UCIDH and social participation of people with functional differences.* In: *Disability and rehabilitation*, jg. 17, nr. 3/4, p.145-153.
- Francissen, A. (2006). *Indicatiestellingen en mantelzorgers. Praten mét mensen.* Hengelo: Arcon.
- Galvin, R. (2004). *Challenging the need for gratitude. Comparisons between paid and unpaid care for disabled people.* In: *Journal of Sociology*, jg. 40, nr. 2, p. 137-155.
- Gameren, E. van, J.-J. Jonker en T. Marx (2006). *Liever thuis dan uit. De indicatiestelling in de AWBZ voor zorg op afroep en verblijf.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 125).
- Gemeente Almelo (2006). *Kleur brengen in het leven van... Persoonsgebonden budget voor welzijn gemeente Almelo.* Almelo: Gemeente Almelo.

- Gemeente.nu (2006). Ross: maatregelen tegen oppotten cliënten in thuiszorg. In: *Nieuws*, 5 oktober 2006. Geraadpleegd 11 oktober 2006 via www.gemeente.nu.
- Groen, A. en S.J. Cox (2006). *Valkenswaard onbeperkt. De ontmoeting*. Tilburg: PON.
- Heide, F. (1996). *Samenhang in beperkingen. Vervolgonderzoek voor de Rapportage gehandicapten 1995*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (interne notitie).
- Hento, I., M. van Doorn en C. van Deursen (2003). *2½ jaar na het eerste ziektejaar: werken met WAO-uitkering?* Leiden: As/tri.
- Herweijer, L. en R. Vogels (2004). *Ouders over opvoeding en onderwijs*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/20).
- Hessing-Wagner, J. (2006). Naar school. In: S.E. Kooiker (red.), *Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006* (p. 45-76). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/4).
- Hoefman, R.J. (2007). *A social network cares. A study on the influence of the social network on the application for health care services* (afstudeerscriptie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hoeymans, N., J.M. Timmermans, M.M.Y. de Klerk, A.H. de Boer, D.J.H. Deeg, J.L. Poppelaars, F. Thissen, J.C. Droogleever Fortuijn en A.E.M. de Hollander (2005). *Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM-rapport 270054001/2005).
- Horsssen, C. van, en E. van Doorn (2007). *Onderzoek naar de re-integratie van werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn*. Amsterdam: Regioplan.
- Inspectie (2005). *Toezichtkader speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs*. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- Inspectie (2006a). *De Staat van het Onderwijs. Onderwijsverslag 2004/2005*. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- Inspectie (2006b). *Wachtlijsten in het (voortgezet) speciaal onderwijs*. Peildatum 16 januari 2006. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- Ipso Facto en SGBO (2001). *Een verstrekkende wet 3. Eindrapport. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten derde meting*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Jedelloo, S. en G. Schrijvers (2007). *Landelijk klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-zorgaanvragers*. Utrecht: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde (www.ciz.nl).
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/17).
- Jehoel-Gijsbers, G. en A.M. van der Giezen (2000). *Na Rea: verbetering in re-integratie?* Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen.
- Job (2005). *Job-monitor 2005. Onderzoeksresultaten ODIN 3*. Amsterdam: Jongeren Organisatie Beroepsonderwijs.
- Kiers, B. (2006). 70 miljoen extra voor pgb. In: *Nieuws*, 5 september 2006. Geraadpleegd 14 september 2006 via www.zorgvisie.nl.
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2000). *Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële positie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (Cahier 168).
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2002). *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2002/10).
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/4).

- Klerk, M. de (2005). *Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, en A. de Boer (2005). *Veranderingen in de informele zorg, 1991-2003*. In: Boer, A. de (red.). *Kijk op informele zorg* (p. 24-33). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2005/15).
- Klerk, M.M.Y. de, en R. Schellingerhout (2006). *Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/11).
- Klerk, M.M.Y. de, en J.M. Timmermans (red.) (1998). *Rapportage gehandicapten 1997. Leefomstandigheden van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998 (Cahier 147).
- Klerk, M. de, C. van Campen en J. Iedema (2006). *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 121).
- Knollem, J. (2005). *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl: juli 2004 – juli 2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen (CVZ Publicatienummer 230) (www.cvz.nl).
- Kok, L., J. Stevens, N. Brouwer, E. van Gameren, K. Sadiraj en I. Woittiez (2004). *Kosten en baten van extramuralisering. De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen*. Den Haag/Amsterdam: Sociaal en Cultureel Planbureau/Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam (SCP-werkdocument 109; SEO-rapport 738).
- Kooiker, S.E. (red.) (2006). *Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/4).
- Kroon, K. (2006). *Pgb dient als sluiproute om AWBZ-plafond*. In: *Nieuws*, 6 juni 2006. Geraadpleegd 23 augustus 2006 via www.zorgvisie.nl.
- Krul, G. en J. Moester (2005). *Het ziekteverzuim van arbeidsgehandicapten*. In: *Sociaal-economische trends*, 4^e kwartaal 2005.
- Kullberg, J. en M. Ras (2004). *Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- Kwekkeboom, M.H. (red.), A.H. de Boer, C. van Campen en A.E.G. Dorrestein (2006). *Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/2).
- Linschoten, C.P. van, R. van Koningsveld en P. Moorer (2006). *Lange termijn gevolgen van de verhoging van de eigen bijdrage voor thuiszorg. Onderzoek naar knelpunten en oplossingen bij mensen die thuiszorg nodig hebben*. Groningen: ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV (geraadpleegd 14 februari 2007 via www.argo-rug.nl).
- Long, K. du (2003). *Drempels op de sportvloer? Onderzoek naar de drempels die mensen met een functiebeperking ervaren bij het sporten*. Tilburg: PON.
- Lubbe, Th. (2006). *Sport- en vrijetijdsactiviteiten van gehandicapten in Capelle a/d IJssel. Onderzoek naar de wensen en mogelijkheden van mensen met een beperking*. Capelle aan de IJssel: Stichting belangengroep gehandicapten Capelle aan de IJssel.
- LVT (2005). *Focus op de toekomst. Jaarverslag 2004*. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.
- LVT (2007). *Benchmarking in de thuiszorg*. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (geraadpleegd 16 februari 2007 via www.thuiszorg.nl).
- Mathijssen, S.W. (2005a). *Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen binnen verpleging en verzorging?* In: *Brancherapporten vws* (versie 2.1, 18 mei 2005). Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (geraadpleegd 28 september 2006 via www.brancherapporten.minvws.nl).

- Mathijssen, S.W. (2005b). Thuiszorg: zorggebruik en productie. Daadwerkelijk gerealiseerde consumptie. In: *Brancherapporten vws* (versie 2.1, 18 mei 2005). Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (geraadpleegd 19 januari 2007 via www.brancherapporten.minvws.nl).
- Mistiaen, P. en D. Delnoij (2003). 'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. Utrecht: NIVEL.
- OCW (2005a). Plan van aanpak 'Terugdringing belemmeringen in het hoger onderwijs voor studenten met een functiebeperking'. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- OCW (2005b). Notitie Vernieuwing van de zorgstructuren in het funderend onderwijs. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- OCW (2006a). Brief aan de Tweede Kamer (d.d. 28 augustus 2006) m.b.t. de groei van het (voortgezet) speciaal onderwijs. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- OCW (2006b). Uitwerkingsnotitie Vernieuwing Zorgstructuren funderend onderwijs. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- OCW (2006c). Brief aan de Tweede Kamer (d.d. 16 oktober 2006) m.b.t. het gebrek aan ambulante begeleiding voor kinderen met een rugzakindicatie. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- OECD (2005). *Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages. Statistics and indicators*. Parijs: OECD/CERI.
- Operatie Jong (2007). *Koersen op het kind. Groeistuipe in het speciaal onderwijs*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.
- Österle, A. en E. Hammer (2004). *Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen – Politikansätze – Entwicklungsperspektiven*. Wenen: Kardinal König Akademie.
- Pannekeet-Helsen, M., P.M. Rijken, L. Kok en P. Hop (2006). *Aftrek buitengewone uitgaven 2005 door chronisch zieken en gehandicapten. Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten*. Utrecht: NIVEL.
- Peeters, J. (2005). 'Klagen helpt niet, daar word je niet beter van'. *Wat te doen met relatie en seksualiteit bij een lichamelijke handicap en/of chronische ziekte?* Rotterdam: MEE Rotterdam.
- Plempers, E. (2005). *Studeren met een handicap. Belemmeringen van studenten met een lichamelijke beperking, psychische klachten of dyslexie in het hoger onderwijs*. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.
- Polman, P.I. en M.A. den Haan (2007). *Pakketadvies 2007*. Diemen: College voor zorgverzekeringen (publicatienummer 248).
- Pommer, E., E. van Gameren, J. Stevens en I. Woittiez (2007). *Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen. Gebaseerd op de eerste versie van het SHARE-bestand 2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2007/5).
- Poullisse, N. en G. Vrieze (2002). *Met beperkingen door het beroepsonderwijs. Een onderzoek naar de positie van deelnemers met een beperking of handicap in het vmbo en mbo*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- PricewaterhouseCoopers/DESAN/Instituut Werk en Stress/NIVEL/TNO Management Consultants (2005). *Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004*. Utrecht: PricewaterhouseCoopers.
- Ramakers, H.J. (2005). *Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Ramakers, H.J. (2006). *Wachtlijsten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg: ontwikkelingen in 2005 en achtergronden*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

- Ramakers, C. en M. van den Wijngaart (2005). *Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (www.its-nijmegen.nl).
- Research voor Beleid (2007). *Wsw-Statistiek 1^e halfjaar 2006, eindrapport 2007*. Leiden: Research voor Beleid.
- Revaned (2005). *Hergebruik hulpmiddelen*. In: *Revaned nieuwsbrief 1/2005*. Geraadpleegd mei 2007 via www.revaned.nl.
- RGO (2005). *Advies beperkingen en mogelijkheden. Onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek (publicatie 49).
- Rijken, P.M. en P. Spreeuwenberg (2004). *Patiëntenpanel Chronisch Ziekten. Kerngegevens zorg 2003*. Utrecht: NIVEL.
- RMO (2002). *De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO-advies 25).
- RPCP Zuidoost-Brabant (2006). *Levenslang. Kritische beschouwing over het protocol 'gebruikelijke zorg' vanuit het perspectief van mensen met een lichamelijke beperking of een chronische ziekte*. Eindhoven: RPCP Zuidoost-Brabant.
- Ruts, K. (2006). *Inclusiespiegel Vlaanderen, de deelname van personen met een beperking aan de samenleving*. Brussel: Gelijke Rechten voor Iedere Persoon met een handicap (GRID).
- Sanders, J. en J. Besseling (2006). *Arbeidsbelasting van arbeidsgehandicapte en gezonde werknemers: vergelijking en trend 2000-2004*. In: *Tijdschrift van Arbeidsvraagstukken*, nr. 1.
- Schellingenhout, R. (red.) (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/16).
- Schippers, R. (2004). *Het subsidie-instrument kritisch bekeken. Evaluatie van de tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling (afstudeerscriptie)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, bestuurskunde.
- Schoemakers-Salkinoja, I. (2002). *Arbeid*. In: M.M.Y. de Klerk (red). *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2002/10).
- Schuurman, M., M. Speet en M. Kersten (2004). *Onderzoek met mensen met een verstandelijke beperking. Handreikingen voor de praktijk*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/Landelijk KennisNetwerk Gehandicapten.
- Soest, K. van (2003). *Mobiliteit voor vrije tijd. Een literatuuronderzoek naar de vervoers- en toegankelijkheidsaspecten bij recreatie en vrijetijdsbesteding door mensen met een functiebeperking*. Hoensbroek: Instituut voor Revalidatievraagstukken.
- Sogelée, G. en J. Brouwer (2003). *Regionale verkenning: opgave geschikte huisvesting voor wonen met zorg en welzijn*. Delft: ABF Research.
- Sontag, L., H. Wiersma en M. van den Bogaard (2005). *Uitstroom Voortgezet Speciaal Onderwijs in beeld. De ontwikkeling van een instrument en een meting van de uitstroom van vso leerlingen in het schooljaar 2002-2003*. Tilburg: IVA beleidsonderzoek en advies.
- Sontag, L., R. van Steensel en B. van Wolput (2006). *Aanname- en plaatsingsbeleid van rugzakleerlingen in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs*. Tilburg: IVA beleidsonderzoek en advies.
- Staatsblad (2003). *Besluit van 3 april 2003, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte*. In: *Staatsblad 2003*, p. 206.
- Staatsblad (2005). *Besluit van 19 april 2005 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de wet van 10 maart 2005 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht in verband met de strafbaarstelling van beledigende uitlatingen en het*

- aanzetten tot haat, discriminatie of gewelddadig optreden wegens een lichamelijke, psychische of verstandelijke handicap (strafbaarstelling discriminatie wegens een handicap). In: *Staatsblad* 2005, p. 111.
- Staatsblad (2006). Wet van 29 juni 2006, houdende nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning). In: *Staatsblad* 2006, p. 351.
- Staatscourant (2004). Instellingsbesluit Taskforce Handicap en Samenleving. In: *Staatscourant* 24 juni 2004, nr. 118, p. 22.
- Stichting van de Arbeid (2004). *Najaarsoverleg 5 november 2004*. Den Haag: Stichting van de Arbeid (publicatienr. 15/04).
- Stiggelbout, M., H. Leutscher, T. van de Wert en R.I. Overberg (2004). *Nederlandse Norm Gezond Bewegen*. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (geraadpleegd april 2007 op www.nationaalkompas.nl> Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit).
- Suasso-Best, I. (2006). Handicap, beperking of mogelijkheden? In: *Onze Taal*, nr. 5, p. 148.
- Taskforce Handicap en Samenleving (2006). *Wij doen mee, jij ook? Goed voorbeeld doet goed volgen: de lokale praktijk*. Utrecht: Taskforce Handicap en Samenleving.
- Timmermans, J. (red.) (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2003/1).
- Timmermans, J. en I. Schoemakers-Salkinoja (1996). *Rapportage gehandicapten 1995*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA (Cahier 128).
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/11).
- Timmermans, J., A. de Boer en J. Iedema (2005). *De mantelval. Over de dreigende overbelasting van de mantelzorger*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 120).
- TK (1994/1995). *De perken te buiten. Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995-1998*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24170, nrs. 1-2.
- TK (1996/1997). *Gehandicaptenbeleid*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 24170, nr. 22.
- TK (2000/2001a). *Gehandicaptenbeleid*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 24170, nr. 66.
- TK (2000/2001b). *Modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 26631, nr. 12.
- TK (2002/2003). *Investeren voor de toekomst*. Brief van de minister van VROM en de staatssecretaris van VWS van 15 september 2003 Tweede Kamer, vergaderjaar 2002/2003, 26631, nr. 57.
- TK (2003/2004a). *Actieplan gelijke behandeling in de praktijk. Gelijke behandeling voor mensen met een handicap of chronische ziekte*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 29355, nr. 1.
- TK (2003/2004b). *Actieplan investeren voor de toekomst*. Vergaderjaar 2003/2004, 26631, nr. 99.
- TK (2004/2005). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 30131, nr. 3.
- TK (2005/2006a). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005/2006, 30131, nr. A.
- TK (2005/2006b). *Mantelzorg. Verslag van een algemeen overleg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005/2006, 30169, nr. 4.
- TK (2005/2006c). *Evaluatie Wet voorzieningen gehandicapten*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005/2006, 25847, nr. 34 herdruk.
- UWV (2002). *Jaaroverzicht arbeidsgehandicapten 2000*. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

- UWV (2003). *Jaaroverzicht arbeidsgehandicapten 2001*. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.
- UWV (z.j.). *Statistisch zakboekje 2005*. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.
- UWV (2006). *Kroniek van de sociale verzekeringen 2006*. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.
- UWV (2007a). *UWV Kwartaal Verkenning 2006-IV*. Amsterdam: Kenniscentrum Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.
- UWV (2007b). *Cijfers en trends uwv; april 2007*. Geraadpleegd in juni 2007 via www.uwv.nl.
- Vanheste, T., I. van Zelm en W. Hessing (2002). *Ouderen in Utrecht. Feiten en cijfers*. Utrecht: gemeente Utrecht.
- Ven, L. van de, S. Arkesteijn, M. Post, D. Markus, L. de Witte en W. van den Heuvel (2003). *Samenspel: een onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren voor integratie van mensen met een functiebeperking*. Hoensbroek: Instituut voor Revalidatievraagstukken/ Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap.
- Vergeer, M., H. Blok, T. Peetsma en E. Roede (2004). *De positie van ouders binnen de Regeling Leerlinggebonden Financiering. Ervaringen in de eerste maanden van het schooljaar 2003-2004*. Amsterdam: SCO Kohnstamm Instituut.
- Vermaas, J. en J. van der Pluijm (2004). *Brede evaluatie WSNS, LGF en OAB*. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- Vernhout, G. en W. Dragt (2004). *Resultaten peiling aantal opzeggingen naar aanleiding van verzending beschikking en factuur voor de eigen bijdrage thuiszorg*. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting (geraadpleegd 14 februari 2007 via www.minvws.nl).
- Vogels, R. (2002). *Onderwijs*. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps* (p. 21-54). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2002/10).
- Vollebergh, W.A.M., R. de Graaf, M. ten Have, C.G. Schoemaker, S. van Dorsseleer, J. Spijker en A.T.F. Beekman (2003). *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- VR0M (2000). *Nota Mensen, Wensen, Wonen*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- VR0M-raad (2005). *Oude bomen? Oude bomen moet je niet verplanten. Advies over ouderenbeleid en wonen, gericht aan de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer*. Den Haag: VR0M-raad.
- Vugt, C. van (2002). *Handicap en relatie. De invloed van lichamelijke handicaps op partnerrelaties*. Nijmegen: Wetenschapswinkel.
- vws (2005). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- vws (2006a). *Aan iedereen gedacht? Praktische tips voor beleidsmakers bij gelijke behandeling van gehandicapten*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- vws (2006b). *Tijd voor Sport, bewegen, meedoen, presteren*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- vws (2006c). *Minder administratie nodig voor persoonsgebonden budget*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (nieuwsbericht 12 december 2006, geraadpleegd 24 januari 2007 via www.minvws.nl).
- vws (2007a). *Persoonsgebonden budget (PGB)*. Geraadpleegd 13 februari 2007 via www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb.
- vws (2007b). *Mantelzorg. Indicatiebesluit*. Geraadpleegd 15 februari 2007 via www.minvws.nl/dossiers/mantelzorg.
- Walraven, M. en I. Andriessen (2004). *Ouders over de rugzak*. Utrecht: Oberon.

- Wapstra-van Damme, B.A., H.J. Quist en C.J.C. Vreugde (2006). *Kerncijfers Wet voorzieningen gehandicapten 2005. Aantallen en kosten van verstrekte Wvg-voorzieningen (landelijke cijfers)*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Werner, L. (2005). *Het leven loopt op rolletjes*. Utrecht: Bruna.
- WHO (2001). *The international classification of functioning, disability and health – ICF*. Genève: World Health Organisation (geraadpleegd december 2006 via www.who.int/classifications/icf/en/).
- WHO-FIC Collaborating Centre (2002). *Internationale classificatie van het menselijk functioneren, ICF; Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: International classification of functioning, disability and health, ICF (Genève 2001)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wildeboer Schut, J.M. en S. Hoff (2007). *Geld op de plank. Niet-gebruik van inkomensvoorzieningen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2007/11).
- Winnubst, Th.W., A. Taekema, A.A. Ros en G.A.J. Janssen (2000). *Rapportage taak- en functieonderzoek REC cluster 3*. 's Hertogenbosch: KPC Groep.
- Wit, J.S.J. de (1997). *De SCP-maat voor beperkingen. Een technische toelichting*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 40).
- Wit, J. de (2004). *Monitor hulpmiddelen 2004*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Wit, J. de (2006). *Monitor hulpmiddelen 2006*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Woittiez, I. en F. Crone (red.) (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2005/9).
- Wolffensperger, E., A. van Huis, I. Henselmans en R. Smith (2004). *Werkdocument Gebruikelijke Zorg in de praktijk. Onderzoek naar de effecten van de invoering van het Werkdocument Gebruikelijke Zorg in de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling AWBZ*. Groningen: GINO.
- Zomerplaag, J. (2003). *Eindrapportage Zeg het ons! Mensen met een verstandelijke beperking over de kwaliteit van hun bestaan*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Zorg + Welzijn (2006). *Thuiszorgpatiënten krijgen betere voorlichting*. In: *Nieuws*, 1 september 2006. Geraadpleegd 14 september 2006 via www.zorgwelzijn.nl.

Bijlage A Lijst met afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ACTB	Adviescommissie Toelating en Begeleiding
ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
AVO	Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBL	beroepsbegeleidende leerweg (voorheen leerlingwezen)
BBSH	Besluit Beheer Sociale Huursector
BOL	beroepsopleidende leerweg (voorheen MBO)
BTB	Bereikbare voorzieningen, een Toegankelijke fysieke omgeving en Bruikbare oplossingen
CAK-BZ	Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Ziektekosten
CAPI	Computer assisted personal interviewing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGB	Commissie Gelijke Behandeling
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CG-raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
CWP	Commissie het Werkend Perspectief
EBB	Enquête beroepsbevolking
FvO	Federatie van Ouderverenigingen
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GVT	gezinsvervangend tehuis
havo	hoger algemeen voortgezet onderwijs
hbo	hoger beroepsonderwijs
ICF	International classification of functioning, disability and health
ICIDH	International classification of impairments, disabilities and handicaps
IRO	Individuele Re-integratie Overeenkomst
ISG	Interdepartementale Stuurgroep voor Gehandicapten
IVA	inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten
LGF	leerlinggebonden financiering
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MLK	(onderwijs voor) moeilijk lerende kinderen
mbo	middelbaar beroepsonderwijs
Nemesis	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NPCG	Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten
OCW	(ministerie van) Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling

PEMBA	Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
pgb	persoonsgebonden budget
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PVH	(onderzoek naar) Personen met een verstandelijke handicap
Rea	Wet op de (re)integratie van arbeidsgehandicapten
REC	Regionaal Expertise Centrum
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIO	regionaal indicatieorgaan
ROC	Regionale Opleidingscentra
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEP	Sociaal-economisch panelonderzoek
SER	Sociaal Economische Raad
so	speciaal onderwijs
SZW	(ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBO	Tijdsbestedingsonderzoek
TK	Tweede Kamer
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VenW	(ministerie van) Verkeer en Waterstaat
vmbo	voorbereidend middelbaar beroepsopleiding
VROM	(ministerie van) Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
vso	voortgezet speciaal onderwijs
vwo	voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAZ	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WEC	Wet op de expertisecentra
WGA	werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten
WGBH/CZ	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte
WHO	World Health Organisation
WHO-FIC	World Health Organisation – Family of Classifications
WHW	Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
WSW	Wet sociale werkvoorziening
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
Woon	Woononderzoek Nederland
WZW	(onderzoek) Wonen, Zorg, Welzijn
ZMLK	(onderwijs voor) zeer moeilijk lerende kinderen
ZMOK	(onderwijs voor) zeer moeilijk opvoedbare kinderen
ZZP	zelfstandige zonder personeel

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast.

De tekst van het lopende programma (2006-2007) is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

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

SCP-publicaties

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

Sociale en Culturele Rapporten

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

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

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

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

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

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

Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

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

SCP-publicaties 2006

2006/1 Thuis op het platteland (2006). Anja Steenbekkers, Carola Simon en Vic Veldheer (red.). ISBN 90-377-0229-5

2006/2 Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving (2006). M.H. Kwekkeboom (red.) ISBN 90-377-0246-5

2006/3 Uitgerekend wonen (2006). Michiel Ras et al. ISBN 90-377-0250-3

2006/4 Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006 (2006). Sjoerd Kooiker (red.). ISBN 90-377-0200-7

2006/5 Hoe het werkt met kinderen (2006). Wil Portegijs et al. ISBN 90-377-0238-4

2006/6a Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden (2006). Saskia Keuzenkamp en Ans Merens (red.). ISBN 90-377-0269-4

2006/6b De balans opgemaakt. De slotbeschouwing van de sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden (2006). Saskia Keuzenkamp. ISBN 90-377-0251-1

2006/7 Slachtoffers van criminaliteit: feiten en achtergronden (2006). Karin Wittebrood. ISBN 90-377-0232-5

2006/8 Voorzieningen voor slachtoffers van misdrijven: gebruik, bereik en draagvlak (2006). C.J. Maas-de Waal. ISBN 90-377-0270-8

2006/9 Op weg in de vrije tijd (2006). Lucas Harms. ISBN 90-377-0273-2

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

SCP-publicaties 2007

- 2007/1 *Publieke prestaties in perspectief. Memorandum quartaire sector 2006-2011* (2007). ISBN 978-90-377-0298-9
- 2007/2 *Nieuwe links in het gezin* (2007). Marion Duimel en Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0287-3
- 2007/3 *Robuuste meningen? Het effect van responsverhogende strategieën bij het onderzoek Culturele Veranderingen in Nederland* (2007). Josine Verhagen. ISBN 978-90-377-0300-9
- 2007/4 *Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering* (2007). ISBN 978-90-377-0280-4.
- 2007/5 *Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen* (2007). Evert Pommer, Edwin van Gameren, John Stevens, Isolde Woittiez. ISBN 978-90-377-0258-3
- 2007/6 *Prestaties van de rechtspraak: productiviteit in perspectief* (2007). Ab van der Torre, Jedid-Jah Jonker, Frank van Tulder, Theresa Steeman, Gerard Paulides. ISBN 978-90-377-0294-1
- 2007/7 *Türken in Deutschland und den Niederlanden. Die Arbeitsmarktposition im Vergleich* (2007). Jaco Dagevos, Rob Euwals, Mérove Gijsberts en Hans Roodenburg. ISBN 978-90-377-0308-5
- 2007/8 *Een gele kaart voor de sport. Een quick-scan naar wenselijke en onwenselijke praktijken in en rondom de breedtesport* (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0307-8
- 2007/9 *Kosten in kaart. Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten* (2007). Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker en Michel Ras. ISBN 978 90 377 0143 2

- 2007/10 *Sport in the Netherlands* (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0302-3
- 2007/11 *Geld op de plank. Niet-gebruik van inkomensvoorzieningen* (2007). Jean Marie Wildeboer Schut en Stella Hoff. ISBN 978-90-377-0207-1
- 2007/12 *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015* (2007). Paul Dekker, Joep de Hart en Laila Faulk. ISBN 978-90-377-0311-5
- 2007/13 *Aandacht voor de wijk. Effecten van herstructurering op de leefbaarheid en veiligheid* (2007). Karin Wittebrood en Tom van Dijk. ISBN 978-90-377-0309-2
- 2007/14 *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007* (2007). Mirjam de Klerk (red.). ISBN 978-90-377-0310-8
- 2007/15 *Interventies voor integratie. Het tegengaan van etnische concentratie en bevorderen van interetnisch contact* (2007). Mérove Gijsberts en Jaco Dagevos. ISBN 978-90-377-0312-2
- 2007/16 *Blijvend in balans. Een toekomstverkenning van informele zorg* (2007). Alice de Boer en Joost Timmermans. ISBN 978-90-377-0313-9

SCP-essays

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

Werkdocumenten

- 121 *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003* (2006). Mirjam de Klerk, Jurjen Iedema en Crétien van Campen. ISBN 90-377-0268-6
- 122 *Gezond en wel met een beperking* (2006). Crétien van Campen (red.). ISBN 90-377-0254-6
- 123 *De onbereikte minima* (2006). ISBN 90-377-0275-9
- 124 *Snuffelen en graven. Over doelgroepen van digitaal toegankelijke archieven* (2006). Henriëke 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). Henriëke Wubs en Frank Huysmans. ISBN 90-377-0279-1
- 128 *Godsdienstige veranderingen in Nederland. Verschuivingen in de binding met de kerken en de christelijke traditie* (2006). Jos Becker en Joep de Hart. ISBN 90-377-0259-7
- 129 *Juist beschermd. De determinanten van de woonsituatie van volwassen verstandelijk gehandicapten* (2006). Isolde Woittiez en Michiel Ras. ISBN 90-377-0288-0
- 130 *De lange weg naar Brussel. De Europese betrokkenheid van Nederlandse maatschappelijke organisaties en hun leden* (2006). Esther van den Berg. ISBN 90-377-0264-3
- 131 *Bezoek onze site* (2006). Jos de Haan, Renée Mast, Marleen Varekamp, Susanne Janssen. ISBN 90-377-0290-2
- 133 *Liefst zoals thuis. Ouders en kinderen over buitenschoolse opvang* (2007). Rob Gilsing. ISBN 978-90-377-0297-2
- 134 *De houding ten opzichte van homoseksualiteit. Een beschrijvende literatuurstudie* (2006). Lisette Kuyper en Floor Bakker. ISBN 978-90-377-0299-6

Overige publicaties

- ? *Altijd een antwoord. Nieuwjaarsuitgave 2006* (2006). Paul Schnabel (red.).
ISBN 90-377-0263-5
- Hoge (jeugd)werkloosheid onder etnische minderheden* (2006). Jaco Dagevos.
ISBN 90-377-0266-x
- Niet-westerse allochtonen met een stabiele arbeidsmarktpositie: aantallen en ontwikkelingen* (2006). Jaco Dagevos, Maurice Gesthuizen. ISBN 90-377-0249-x
- Werken op de grens van wetenschap en beleid* (2006). Kees Schuyt, Jan-Willem Duyvendak en Theo Roes. ISBN 90-377-0272-4
- At Home in the Countryside. A comparison of rural and urban life. Summary* (2006).
A. Steenbekkers, C. Simon, V. Veldheer. ISBN 90-377-0292-9
- De tijd als spiegel. Hoe Nederlanders hun tijd besteden* (2006). K. Breedveld, A. van den Broek, J. de Haan, L. Harms, F. Huysmans en E. van Ingen. ISBN 90-377-0283-x
- Anders onderweg. De mobiliteit van allochtonen en autochtonen vergeleken* (2006). Lucas Harms. ISBN 90-377-0281-3
- Summary of Report on the Elderly 2006* (2006). Alice de Boer (ed.). ISBN 90-377-0293-7
- Visit our site* (2006). Jos de Haan, Renée Mast, Marleen Varekamp, Susanne Janssen.
ISBN 90-377-0296-1
- Veel geluk in 2007. Nieuwjaarsuitgave* (2007). Paul Schnabel (red.).
ISBN 978-90-377-0295-8
- Marktplaats Europa. Vijftig jaar publieke opinie en marktintegratie in de Europese Unie* (2007).
Paul Dekker, Albert van der Horst, Henk Kox, Arjan Lejour, Bas Straathof, Peter Tammes, Charlotte Wennekers. ISBN 978-90-377-0305-4
- Samenloop van regelingen* (2007). Mirjam de Klerk, Gerda Jehoel-Gijsbers.
ISBN 978-90-377-0315-3



Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland

Toegankelijkheid is een kwaliteitsaspect van gebouwde voorzieningen dat maakt dat iedereen de voor gebruik bestemde onderdelen kan bereiken en gebruiken. Het is belangrijk voor mensen met een functiebeperking dat duidelijk aangegeven is welke gebouwen en objecten wel en in welke mate toegankelijk zijn. Voor dit doel bestaat een algemeen en onafhankelijk keurmerk, het Internationaal Toegankelijkheidssymbool (kortweg ITS).

Het ITS wordt nationaal gebruikt om aan te geven dat een gebouw bereikbaar, toegankelijk en bruikbaar is voor iedereen die het gebouw zelfstandig kan bereiken. Het ITS werd in 1969 door Rehabilitation International aanvaard. In 1971 is het symbool in Nederland ingevoerd. Het ITS is een wettig beschermd beeldmerk, in Nederland is het geregistreerd op naam van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad).

De CG-Raad is de koepel van organisaties van mensen met een chronische ziekte of een handicap. Centraal in alle activiteiten staat het streven naar een samenleving, waaraan mensen met een chronische aandoening of handicap als volwaardig burger deelnemen, op basis van gelijke rechten, gelijke kansen en gelijke plichten.



De afgelopen jaren is, ondanks het feit dat het ITS symbool een beschermd en gedeponeerd logo is, een wildgroei ontstaan bij de toepassing van het symbool. Dit heeft tot gevolg dat mensen met een functiebeperking niet meer kunnen vertrouwen op de betrouwbaarheid van “het blauwe bordje met de witte rolstoel”. De CG-Raad is daarom in 2006 gestart met het opnieuw propageren van de juiste toepassing het symbool zodat dit weer staat voor onafhankelijke en objectieve informatie over toegankelijkheid.

De CG-Raad ondersteunt graag initiatieven om toegankelijkheid te promoten. Het ITS symbool is een keurmerk dat uitsluitend wordt verstrekt aan goedgekeurde gebouwen en objecten. Alle andere vormen van gebruik van het symbool zijn daarom niet toegestaan. Voor gebruik van het symbool, door het Sociaal en Cultureel Planbureau, in dit rapport heeft de CG-Raad een uitzondering gemaakt op voorwaarde dat dit rapport een tekst bevat over de achtergronden van het ITS.

Voor meer informatie zie : www.cg-raad.nl of www.toegankelijkheidssymbool.nl