

Kiezen voor een persoonsgebonden budget

Leiden verschillen in gemeentelijk pgb-beleid tot ongelijkheid in toegang?

Anna Maria Marangos, Mirjam De Klerk, Jurjen Iedema & Peter P. Groenewegen

M&M 89 (3):277-304

DOI: 10.1557/MEM2014.3.MARAN

Summary

Choosing a personal budget: do differences in local policy concerning personal budgets lead to access inequalities?

Dutch municipal authorities have a statutory duty to offer people who apply for support (by way of the Social Support Act) a choice between receiving support in kind or in the form of a personal budget, but are free to set their own policy regarding who is offered a personal budget and how attractive the personal budget option is. This policy freedom may manifest itself in how actively local authorities inform applicants about the possibility of a personal budget, the level of personal budget rates and the support local authorities offer in administering the personal budget.

Earlier research has focused mainly on the characteristics of personal budget-holders (the micro-level). The present study not only considers the impact of those individual characteristics, but also investigates what impact differences in the policy on personal budgets between local authorities (the meso-level) has on how well informed people are about personal budgets and on the extent to which this form of support is chosen. In a structured verbal interview, we interviewed 1,026 applicants who had been ruled eligible for domestic help. Choosing a personal budget was an option for these applicants. The applicants lived in 70 municipalities for which we also had policy data, and we were therefore able to relate the data across the municipalities. Since we used a clustered sample (first selecting municipalities and then applicants within them), multilevel analyses were performed.

Older persons and people with a sudden onset disability were less often informed about the possibility of a personal budget than younger people and people with a gradually deteriorating disability. Higher educated people were more often informed than low-educated people. Other characteristics at

individual and policy level had no influence on the extent to which people were informed about the personal budget. The degree to which people opt for a personal budget is explained mainly by the degree to which applicants were informed about this possibility. The inequality in choosing a personal budget between municipalities could be reduced relatively simply, by ensuring that people are properly informed.

Keywords: personal budget, Social Support Act, information provision, people with disabilities

1 Inleiding

In veel Europese landen is het persoonsgebonden budget (pgb) in de gezondheidszorg ingevoerd of vinden experimenten plaats om te kijken of men het kan invoeren (Pijl 2007, Breda et al. 2008, Grootegoed et al. 2010, Sadiraj et al. 2011, Forder et al. 2012). Met een pgb kiezen en kopen mensen zelf hun ondersteuning. Achterliggend idee is dat het pgb een instrument is dat zelfregie, empowerment, keuzevrijheid, zorg op maat en mogelijk lagere kosten van het zorgstelsel kan bewerkstelligen (Grit et al. 2008, Oostrik 2008, Sadiraj et al. 2011, Haaster et al. 2012, Klaveren et al. 2012, Forder et al. 2012). Onder andere in Engeland en Nederland wordt het pgb-beleid (voor een deel) op lokaal niveau vormgegeven en uitgevoerd, waarbij er verschillen tussen gemeenten kunnen ontstaan in de toegankelijkheid tot pgb's.

Het pgb is verankerd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Iedereen die na een aanvraag ondersteuning krijgt toegekend, mag kiezen voor verstrekking in natura of een pgb mits gemeenten geen zwaarwegende redenen hebben (bijvoorbeeld als een collectief vervoerssysteem te weinig wordt gebruikt indien er veel pgb's voor individuele vervoersvoorzieningen worden verstrekt). Een pgb is onder andere mogelijk voor aangepast vervoer, rolstoelen en hulp bij het huishouden. Voor gemeenten die de Wmo uitvoeren, kan het pgb een goedkoper alternatief zijn dan ondersteuning in natura omdat zij lagere tarieven voor het pgb mogen vaststellen (Klaveren et al. 2012).

Het pgb bestaat in Nederland sinds 1996 voor de langdurige zorg, gefinancierd binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het pgb werd heel populair en het aantal pgb-gebruikers groeide van 5400 in 1996 naar 133.000 in 2012 (Van der Torre et al. 2013). Hulpbehoevenden kiezen voor een pgb, omdat zij zelf de zorg willen regelen en op hun persoonlijke hulpvraag willen afstemmen door zelf te kiezen wie, wanneer,

welke hulp biedt. Onvrede met het bestaande zorgaanbod en het ontlasten van mantelzorgers door hen te betalen voor hun diensten zijn andere redenen. Daarentegen zijn de complexiteit van het organiseren van de eigen zorg en de administratieve lasten van de regeling redenen om van een pgb af te zien (Van den Wijngaart en Ramakers 2003, Oostrik 2008, De Klerk et al. 2010, Ramakers et al. 2011, Van Ginneken et al. 2012). Vanaf de invoering van het pgb hebben wet- en beleidmakers ook oog voor de nadelen van dit instrument (Oostrik 2008, Van der Torre et al. 2013). De bezwaren gaan vooral over de aanzuigende werking op mensen die geen beroep op zorg zouden doen als er alleen zorg in natura voorhanden zou zijn en over de verdringing van de informele zorg (VNG 2010, Sadiraj et al. 2011). Ook wordt de fraudegevoeligheid als bezwaar gezien, evenals het niet goed kunnen controleren van de effectiviteit en kwaliteit van de ondersteuning die met een pgb wordt ingekocht (VNG 2010).

Binnen de Wmo hebben gemeenten de wettelijke plicht om keuze te bieden tussen ondersteuning in natura en in de vorm van een pgb, maar zij hebben veel beleidsvrijheid. Hun beleid ten aanzien van pgb's verschilt dan ook (De Klerk et al. 2010). Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in hoe actief gemeenten aanvragers informeren over de pgb-mogelijkheid, in de hoogte van de pgb-tarieven en in de ondersteuning die gemeenten bieden bij de administratie van dit budget. Deze beleidsverschillen kunnen – naast individuele verschillen tussen hulpbehoevenden – leiden tot sociale ongelijkheid in de toegang tot een pgb. Deze ongelijkheid kan weer leiden tot ongelijkheid in het krijgen van ondersteuning op maat (een van de doelen van het pgb) en daarmee mogelijk ook tot ongelijkheid in redzaamheid en in kwaliteit van leven (Haaster et al. 2012). De vraag wie er profiteren van de mogelijkheden die de overheden bieden en wie niet valt onder het bredere vraagstuk van sociale ongelijkheid, een van de klassieke vragen van de sociologie.

In dit onderzoek gaat het om ongelijkheid in het geïnformeerd zijn over het pgb en in de keuze voor het pgb van mensen met een beperking die in aanmerking komen voor hulp bij het huishouden. Eerder onderzoek richtte zich vooral op kenmerken van pgb-gebruikers (Van den Wijngaart en Ramakers 2003, Oostrik 2008, De Klerk et al. 2010, Ramakers et al. 2011). In voorliggend onderzoek wordt nagegaan welke impact de gemeentelijke verschillen in pgb-beleid, naast individuele kenmerken, hebben op de keuze voor het pgb. Om die keuze te kunnen maken is het ook belangrijk over de juiste informatie te beschikken. In dit geval gaat het om een keuzesituatie met onvolledige informatie (aanvragers zullen in het algemeen niet van alle informatie over de verschillende verstrekkingmogelijkheden van ondersteuning op de hoogte zijn). We stellen drie vragen:

1. In hoeverre zijn mensen met een toekenning voor hulp bij het huishouden *geïnformeerd* over de mogelijkheid een pgb aan te vragen?
2. In hoeverre wordt dit verklaard door verschillen in gemeentelijk beleid en door kenmerken van de aanvragers?
3. In hoeverre zijn verschillen in de *keuze* voor een pgb voor huishoudelijke hulp te verklaren door verschillen in gemeentelijk beleid en kenmerken van aanvragers?

2 Theoretisch kader

Om de vraag wie er (kunnen) kiezen voor een pgb te onderzoeken, kan gebruik worden gemaakt van een rationele-keuzemodel. Dit model gaat uit van de individuele actor (in dit geval de Wmo-aanvrager of zijn zaakwaarnemer) die wordt verondersteld volledig geïnformeerd te zijn en consistente preferenties te hebben (Coleman 1990). In de praktijk is er echter sprake van *begrensde rationaliteit*. Zo is er niet altijd sprake van (volledige) informatie en is het cognitieve vermogen van mensen beperkt (Simon 1991). Giddens (1984) maakt onderscheid tussen *feitelijke* en *gepercipieerde* keuzemogelijkheden. Zo zijn er verschillen tussen mensen in het kunnen onthouden en begrijpen van informatie, waardoor niet iedereen die informatie krijgt over een pgb deze zal onthouden. Mensen met meer cognitieve vermogens zullen in het algemeen meer en/of betere informatie hebben over de feitelijke mogelijkheden. Indien mensen zaakwaarnemers hebben, kunnen zij de aanvrager helpen bij de informatieverwerking.

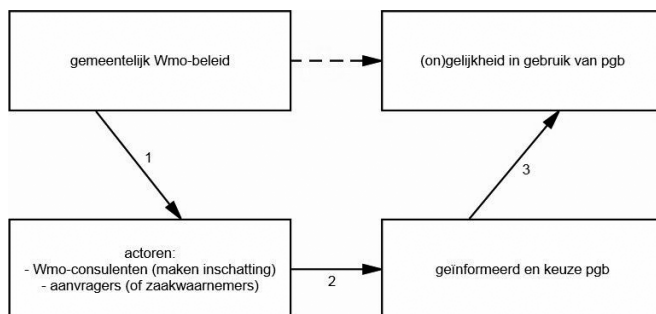
Het is ook niet altijd rationeel om tijd en kracht te besteden aan uitgebreide afwegingen (Pool 1990). Esser (1993) noemt het zelfs rationeel om in sommige situaties geen afweging te maken alvorens te beslissen. Zo is het denkbaar dat mensen van wie de gezondheidstoestand langzaam verslechtert zich meer verdiepen in de alternatieven dan mensen die plotse-ling met beperkingen te maken hebben.

In sociologische theorieën worden uitgesproken gedaan over sociale mechanismen die maatschappelijke ontwikkelingen kunnen verklaren. (Boudon 1981, Coleman 1990, Hedström & Swedberg 1998). Hedström & Swedberg onderscheiden drie categorieën sociale mechanismen: (1) situationele mechanismen die van toepassing zijn op de overgang van het macro- naar het microniveau, bijvoorbeeld hoe wet- en regelgeving van invloed zijn op het handelen van mensen (2) actievormende mechanismen, dat wil zeggen verschillen tussen voorkeuren en mogelijkheden van

individuele actoren en (3) transformatiemechanismen: hoe transformeren individuele gedragingen tot collectieve uitkomsten?

Hoe ziet de toepassing van de sociale mechanismen in de keuze voor een pgb door mensen met een beperking er uit? Ten eerste werken de situationele mechanismen als een filter. Gemeenten zijn in principe verplicht de keuze te geven voor een pgb, maar ze kunnen het pgb meer of minder aantrekkelijk maken door bepaalde beleidskeuzes te maken en door aanvragers meer of minder duidelijk te informeren over de pgb-optie (pijl 1 in figuur 1). Tijdens een gesprek kunnen Wmo-consulenten inschatten in hoeverre aanvragers in staat zijn om een pgb te (laten) beheren en het al dan niet informeren daar van af laten hangen. Aanvragers kunnen ook geïnformeerd worden via andere kanalen dan de gemeenten, bijvoorbeeld door huisartsen, zorginstellingen of hun informele netwerk of zelf op zoek gaan naar informatie. Als aanvragers niet geïnformeerd zijn over de pgb-mogelijkheid, is een pgb überhaupt geen optie. Pas als aanvragers informatie hebben, komen actievormende mechanismen aan bod, ofwel individuele kenmerken die bepalen of mensen voor- en nadelen van het pgb kunnen en willen afwegen. Dit kunnen hulpbronnen, voorkeuren en sociaal-demografische kenmerken zijn. In navolging van Van Dijk et al. (2000) onderscheiden we culturele, sociale en materiële hulpbronnen. Bij voorkeuren gaat het over het willen hebben van eigen regie over wie, wanneer en waarbij komt ondersteunen. Sociaal-demografische kenmerken zijn bijv. sekse en leeftijd. Naast het gemeentelijk pgb-beleid zullen deze individuele kenmerken de uitkomst van het keuzeproces bepalen (pijl 2 in figuur 1).

De laatste sociale mechanismen, de transformatiemechanismen, hebben betrekking op de doorwerking van individuele keuzes (wel of niet een pgb) naar het mesoniveau: mogelijke ongelijkheid in het gebruik van het pgb tussen gemeenten (pijl 3 in figuur 1).



Figuur 1 Sociale mechanismen in geïnformeerde en de keuze voor een pgb (meso- en microniveau)

2.1 Hypothesen over geïnformeerd zijn over de mogelijkheid een pgb aan te vragen

2.1.1 *Gemeentelijk beleid dat van invloed kan zijn op het geïnformeerd zijn*

Gemeenten die de voordelen van een pgb (maatwerk, eigen regie, lagere pgb-tarieven dan natura-tarieven) zwaarder laten wegen dan de nadelen (het risico op mogelijk oneigenlijk gebruik en de aanzuigende werking van het pgb) zullen een pgb actiever aanbieden dan andere gemeenten. Het actief aanbieden uit zich vooral in het verstrekken van uitgebreide en toegankelijke informatie over het pgb. Gemeenten verstrekken deze informatie soms centraal (beschikbaar voor alle burgers), bijvoorbeeld via een folder of op internet. Een aantal gemeenten presenteert deze informatie op een eenvoudig taalniveau of biedt deze in meerdere talen aan. Soms is het voor blinden of slechtzienden mogelijk om de tekst via de gemeentelijke website te beluisteren. Daarnaast verstrekken gemeenten informatie aan individuele burgers, bijvoorbeeld tijdens het gesprek dat Wmo-consulenten hebben met aanvragers over hun benodigde ondersteuning. Dit leidt tot de eerste verwachting:

in gemeenten die het pgb actief aanbieden zullen aanvragers vaker geïnformeerd zijn.

2.1.2 *Verwachte verschillen in kennis over pgb tussen aanvragers*

Een aantal mechanismen is van invloed op het ontstaan van verschillen in kennis over het pgb. In de eerste plaats zullen mensen die over meer hulpbronnen beschikken over het algemeen beter geïnformeerd zijn over de mogelijkheden om een pgb aan te vragen. Op basis van een onderscheid in verschillende typen *hulpbronnen* leiden we hypothesen af over verschillen in kennis over het pgb.

Mensen moeten in staat zijn om relatief complexe informatie te verwerken. Hiervoor zijn culturele hulpbronnen (ofwel 'menselijk kapitaal') van belang. Om informatie te verzamelen en te verwerken over het aanvragen van een pgb zijn dan vooral cognitieve vermogens van belang en deze hangen samen met de opleiding die mensen genoten hebben en met het type beperking van aanvragers. Hoger opgeleiden zullen doorgaans veel cognitieve vermogens hebben en mensen met een verstandelijke beperking relatief weinig. Eerder onderzoek toont aan dat mensen die hoger zijn opgeleid vaker het pgb kennen dan laagopgeleiden (De Klerk & Schellingerhout 2006). Meer algemeen onderzoek over het kunnen kiezen in de zorg toont echter dat mensen met een verstandelijke beperking en mensen

met verschillende psychische aandoeningen vaak niet alle stappen in een keuzeproces kunnen maken, bijvoorbeeld vanwege moeite met het onthouden van informatie (Houkes et al. 2010).

Daarnaast zijn sociale hulpbronnen (ofwel 'sociaal kapitaal') van belang voor het krijgen van informatie over een pgb. Mensen met meer relevante sociale contacten zoals een zaakwaarnemer of professionals (bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties, revalidatiecentra of woningcorporaties) zullen over het algemeen beter geïnformeerd zijn dan mensen met minder van deze contacten. Vooral van professionals verwachten we dat zij meer specifieke kennis van het bestaan van pgb-mogelijkheden kunnen leveren.

Mensen moeten ook de tijd hebben om informatie te verzamelen over hoe het pgb werkt en om hulpverleners te zoeken die zij van een pgb kunnen betalen. Tijd is een materiële hulpbron en mensen die meer tijd hebben zullen over het algemeen beter geïnformeerd zijn. Mensen die plotseling met een beperking te maken kregen, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval, hebben urgent ondersteuning nodig en zullen nauwelijks of geen tijd hebben om zich te verdiepen in de werking van het pgb.

In de tweede plaats zijn *voorkeuren* voor het gebruik van een pgb van belang. Deze voorkeur is gekoppeld aan bepaalde persoonlijkheidskenmerken.

Meer autonome mensen zal de eigen regie die inherent is aan het pgb meer aanspreken dan minder autonome mensen. Uit eerder onderzoek blijkt dat meer autonome mensen ook relatief vaak voor een pgb te kiezen (Oostrik 2008). We verwachten dat meer autonome mensen pro-actiever zijn in het vergaren van informatie en daardoor beter op de hoogte zijn van verschillende mogelijkheden.

In de derde plaats is de kennis van het pgb afhankelijk van *sociaal-demografische* kenmerken. Uit eerder onderzoek blijkt dat jongere mensen en mensen met een ernstige lichamelijke beperking relatief vaak een pgb kennen (De Klerk et al. 2006 en De Klerk 2007). Mogelijk hebben jongere mensen meer vermogen om informatie te verwerken (dan kunnen we spreken van een culturele hulpbron) of zijn zij bovengemiddeld geïnteresseerd in pgb's (dan hebben we het over voorkeuren). Dat mensen met een ernstige beperking vaker een pgb kennen kan komen doordat zij vaker te maken hebben met professionals of andere mensen met een ernstige beperking kennen en door hen worden geïnformeerd. Het is onbekend hoe de relaties lopen indien in een onderzoek zowel naar individuele kenmerken als beleidskenmerken wordt gekeken. Dit leidt tot de volgende (tweede set aan) verwachtingen:

Hoger opgeleiden, mensen met een zaakwaarnemer, mensen die via professionals zijn geweest op ondersteuningsmogelijkheden, mensen met een meer autonome persoonlijkheid, met een ernstige lichamelijke beperking en relatief jonge mensen, zullen relatief vaak geïnformeerd zijn over het pgb. Mensen met een plotselinge beperking, een verstandelijke beperking of psychische aandoening zullen relatief weinig geïnformeerd zijn.

2.2 Hypothesen over de keuze voor een pgb

2.2.1 Gemeentelijk beleid dat van invloed kan zijn op de pgb-keuze

Volgens de rationele keuzetheorie hangt de uiteindelijk gemaakte keuze af van de aantrekkelijkheid (baten en kosten) van alle aanwezige alternatieven. In pgb-beleidstermen gaat het dan om:

1. Het aantal aanbieders van hulp bij het huishouden in natura. Het is voorstelbaar dat mensen in gemeenten met weinig aanbieders eerder kiezen voor een pgb dan in gemeenten met veel aanbieders, omdat de kans kleiner is dat er een aanbieder is die aansluit bij de behoeften van de aanvrager. Te denken valt aan een aanbieder met een flexibel aanbod of met een bepaalde culturele of religieuze achtergrond.
2. Hulp bij de administratie van het pgb. Gemeenten kunnen een pgb aantrekkelijker maken door mensen te (laten) helpen met de administratieve taken die inherent zijn aan een pgb (zoals het opstellen van een arbeidscontract, uitbetalen van salaris en verantwoorden van de besteding). Voor aanvragers is in deze gemeente het pgb een aantrekkelijker optie dan voor aanvragers in gemeenten die geen ondersteuning aanbieden.
3. De relatieve kosten. Het betreft hier de hoogte van de pgb-tarieven. Verwacht wordt dat hogere pgb-tarieven het kiezen voor een pgb aantrekkelijker maakt dan relatief lage pgb-tarieven.
4. Naast de aantrekkelijkheid van bovengenoemde alternatieven is de mate van geïnformeerdeheid van aanvragers over het pgb van belang.

De volgende verwachtingen (set 3) kunnen hieruit worden afgeleid:

In gemeenten die weinig aanbieders van hulp bij het huishouden hebben, administratieve ondersteuning bieden of hoge pgb-tarieven hanteren, kiezen aanvragers gegeven hun hulpbronnen, voorkeuren en sociaal-demografische kenmerken vaker voor een pgb dan in andere gemeenten. In gemeenten met veel geïnformeerde aanvragers zal het pgb vaker worden gekozen.

2.2.2 *Verwachte verschillen tussen aanvragers in pgb-keuze*

We veronderstellen de volgende algemene mechanismen waar verschillen tussen aanvragers in de pgb-keuze uit voortkomen:

1. Bij een grote hulpvraag zijn de relatieve baten van een pgb groter. Mensen met een ernstige lichamelijke beperking en mensen die veel uren hulp nodig hebben zijn vaker afhankelijk van ondersteuning. Het is voorstelbaar dat zij meer invloed willen op de keuze van de hulpverlener, welke taken deze persoon verricht en op welke tijden deze komt.
2. De kosten zijn hoger voor mensen met minder cognitieve vermogens. Te denken valt aan lager opgeleiden, ouderen en mensen met een verstandelijke beperking of psychische aandoening. Zij zullen vaak meer moeite hebben om het pgb te beheren.
3. De kosten zijn lager voor mensen met een zaakwaarnemer. Van mensen met een psychische aandoening of verstandelijke beperking is bekend dat zij vaak een begeleider of bewindvoerder hebben die het beheer van het pgb van hen overnemen (Hollander 2011).
4. De kosten zijn lager voor mensen met een autonome persoonlijkheid. Deze mensen zijn mogelijk al geneigd om de regie in eigen hand te houden.

Uit eerder onderzoek bleek dat vooral jonge mensen, hoger opgeleiden, mensen met een meer autonome persoonlijkheid en mensen met een ernstige lichamelijke beperking een pgb kiezen (Oostrik 2008, De Klerk et al. 2010, Ramakers et al. 2011). Ook kwam uit eerder onderzoek dat mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychische aandoening relatief vaak een pgb hebben (CIZ 2008, De Klerk et al. 2010, Ramakers et al. 2011). Onbekend is hoe de relaties lopen als de individuele kenmerken worden gezien in combinatie met het gemeentelijk beleid. Dit leidt tot de vierde en laatste reeks verwachtingen:

Relatief jonge mensen, hoger opgeleiden, mensen met een meer autonome persoonlijkheid, mensen met een ernstig lichamelijke beperking, mensen die veel uren hulp nodig hebben, mensen met een zaaknemer kiezen relatief vaak voor een pgb. Voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische aandoening kunnen we geen hypotheserichting aangeven omdat we enerzijds verwachten dat ze moeite hebben met het beheren van het pgb en anderzijds vaak een zaakwaarnemer hebben die deze taak over kan nemen.

3 Methoden

3.1 Dataverzameling gemeentelijk beleid en operationalisering

Het gemeentelijk Wmo-beleid in de jaren 2007 tot 2013 is in kaart gebracht door een jaarlijkse enquête onder alle gemeenten in Nederland. Van iedere gemeente werd de (coördinerend) Wmo-beleidsambtenaar per brief gevraagd om een volledig gestructureerde enquête online dan wel schriftelijk in te vullen, al dan niet met hulp van collega's. In dit artikel gebruiken we de enquête die in 2013 werd gehouden over het beleid in 2012. De respons was 83%.

Voor dit pgb-onderzoek is gebruik gemaakt van een aantal vragen die betrekking hadden op het pgb. Zo is Wmo-coördinatoren gevraagd om op een zeven-punts-schaal aan te geven in hoeverre hun gemeente pgb's bij het huishouden tijdens de aanvraagprocedure actief aanbiedt (score 1) of dat hun gemeente tijdens de aanvraag terughoudend omgaat met het aanbieden van een pgb. Deze score is later ingedikt tot drie categorieën: actief (score 1-2-3), neutraal (score 4) of terughoudend (score 5-6-7). Meer dan een derde (37%) gaf aan dat het pgb voor hulp bij het huishouden in hun gemeente (relatief) actief werd aangeboden; 33% vond het pgb-aanbod (relatief) terughoudend en 30% positioneerde het gemeentelijk pgb-aanbod in het neutrale midden. Ook werd hen een open vraag voorgelegd over de hoogte van pgb-uurtarieven voor het inkopen van formele hulp bij het huishouden (hh1). Deze lopen uiteen van 13 tot en met 26 euro per uur; het gemiddelde tarief is 17 euro. De vraag of gemeente administratieve hulp aan budgethouders bieden kon met ja of nee worden beantwoord. Twee derde (67%) van de gemeenten biedt deze hulp aan budgethouders (of heeft een organisatie gecontracteerd die dit voor hen doet). Tot slot werd met een open vraag geïnventariseerd hoeveel aanbieders (zoals thuiszorgorganisaties of schoonmaakbedrijven) voor hulp bij het huishouden de gemeente had gecontracteerd. Vrijwel alle gemeenten (99%) hebben contracten met meerdere aanbieders van hulp bij het huishouden afgesloten. Gemeenten hebben meestal contracten met drie, vier of vijf thuiszorgaanbieders. Het gemiddelde ligt op acht aanbieders (doordat er ook gemeenten zijn met 20 aanbieders).

3.2 Dataverzameling aanvragers en operationalisering

In de periode april-juli 2012 zijn gestandaardiseerde interviews afgenomen met mensen die eind 2011 een aanvraag hadden ingediend bij hun gemeente voor een individuele Wmo-voorziening.¹ De respondenten waren afkomstig uit 73 grote en kleinere gemeenten, verspreid over alle provincies die

toestemming gaven om mee te werken (voor meer informatie zie bijlage C van Feijten et al. 2013). Het doel was om per gemeente ongeveer 50 aanvragers te interviewen. Daartoe stelde iedere gemeente een bruto steekproef van 100 adressen van aanvragers in de periode september-november 2011 beschikbaar. In etappes werden aanvragers vervolgens uitgenodigd om deel te nemen, totdat voldoende respons was gerealiseerd. In totaal zijn 5610 mensen uitgenodigd voor een interview, van wie er 4041 deelnamen (een respons van 72%). We vergeleken de achtergrondkenmerken van de deelnemers met de geschatte achtergrondgegevens van alle aanvragers (voor meer informatie zie bijlage C van Feijten et al. 2013). Ouderen (65-plussers) en mensen uit (sterk) stedelijke gemeenten deden iets minder vaak mee dan anderen. De interviews zijn bij mensen thuis afgenomen aan de hand van gestructureerde vragenlijsten. Sommige aanvragers waren niet in staat om het gesprek met de interviewer zelfstandig te voeren. Iemand anders die hen goed kende kon het interview dan namens hen doen (een proxy). Deze personen is met klem verzocht om steeds namens de aanvrager te antwoorden. Sommige sterk persoonlijke vragen werden niet aan hen gesteld.

In het interview werd onder meer gevraagd naar de procedure rondom de aanvraag. Voor dit artikel zijn gegevens geselecteerd van de 1026 aanvragers die een toekenning kregen voor hulp bij het huishouden. Voor hen was de keuze van een pgb een optie. Deze aanvragers wonen in 70 gemeenten waar we ook beleidsgegevens van hebben, zodat we de gegevens aan elkaar konden relateren.

3.3 Instrumenten

Aan de aanvragers is gevraagd of ze bij hun laatste toegekende aanvraag voor hulp bij het huishouden gekozen hebben voor een pgb. Aanvragers die geen pgb kozen, kregen de vraag of ze geïnformeerd waren over het pgb (en zo ja, hoe ze aan de informatie kwamen).

In dit onderzoek zijn de volgende achtergrondkenmerken meegenomen: sekse, huishoudenssamenstelling (alleenwonend versus samenwonend), leeftijd (variërend van 21 tot 95 jaar), opleidingsniveau (hoogst voltooide opleiding in drie categorieën: lager onderwijs/lbo; mavo/havo/mbo; universiteit en hbo) en gestandaardiseerd netto huishoudensinkomen (in vier kwartielen). Vervolgens is deze variabele gecorrigeerd voor huishoudensomvang en gesplitst in 'laag inkomen' en 'niet-laag inkomen'. De grens voor 'laag inkomen' is gelegd bij 1000 euro voor alleenstaanden en bij 1500 euro voor samenwonenden (dit kwam, gezien de beschikbare inkomensklassen, het dichtst in de buurt van de grenzen voor laag inkomen die het

CBS voor 2011 hanteert (960 euro per maand voor eenpersoonshuishoudens en 1320 euro per maand voor paren zonder kinderen) (Feijten et al. 2013).

Met betrekking tot de gezondheid is onderscheid gemaakt naar type beperking (lichamelijk, langdurige psychische klacht, verstandelijke beperking) en naar ernst van de lichamelijke beperking. Om deze vast te stellen is aanvragers 9 activiteiten op het terrein van het algemene dagelijks leven (zoals wassen of aankleden), het huishouden (eten klaarmaken, zwaar huishoudelijk werk) of de mobiliteit (trap lopen, 10 minuten staan) gevraagd in hoeverre zij deze zonder moeite, met enige moeite of helemaal niet konden uitvoeren. Door de scores op te tellen ontstond een beperkingenschaal die in drieën is gedeeld (geen/licht, matig, ernstig). Een ernstige beperking wil zeggen dat de respondent diverse activiteiten niet meer zelf kan uitvoeren (De Klerk et al. 2006).

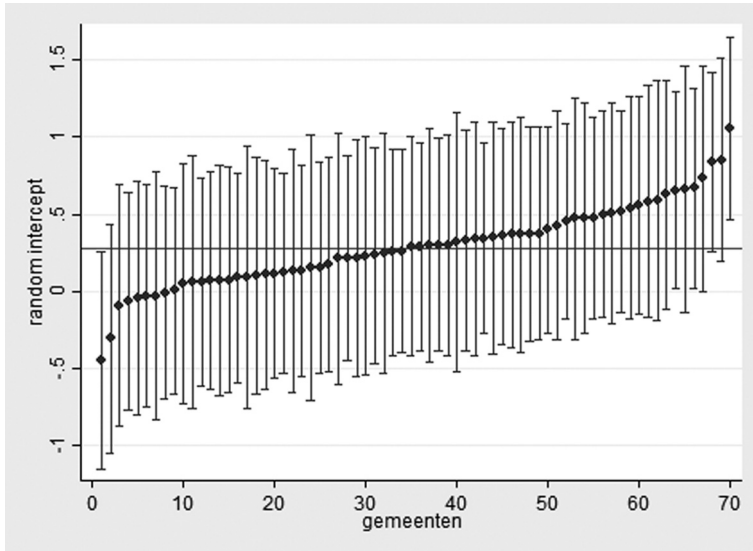
Om autonomie te meten is gebruik gemaakt van een gevalideerde mastery-schaal (Pearlin & Schooler 1978, die ook in Nederland veel wordt gebruikt (zie bijv. Jonker et al. 2009, Steunenberg et al. 2007). Mastery is gedefinieerd als de mate waarin een individu zichzelf ervaart als greep te hebben op gebeurtenissen en situaties, in tegenstelling tot de ervaring dat zijn/haar leven door het toeval of door andere personen wordt geregeerd (Pearlin & Schooler 1978). Enkele items uit de schaal zijn: "Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen" en "Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen". Vanwege het persoonlijke karakter van deze items, zijn ze niet afgenomen indien het interview is afgenomen bij een proxy. In die gevallen hebben we de missende waarden opgevat als een lage mate van autonomie van de respondenten. Hier is voor gekozen omdat is verondersteld dat er alleen proxy's aan het interview hebben meegewerkt als degene voor wie de ondersteuning is bestemd niet in staat was om zelf aan een enquête mee te werken omdat hij/zij bijvoorbeeld een psycho-geriatrische of verstandelijke beperking heeft. Verondersteld is dat diegenen minder dan gemiddeld greep heeft. We deden een sensitiviteitstoets door de analyses nog een keer uit te voeren met weglating van de respondenten met een proxy. De resultaten waren vergelijkbaar, in die zin dat dezelfde achtergrondkenmerken wel of niet samenhangen met de te verklaren variabelen.

De gesloten vraag of mensen de aanvraag voor ondersteuning zelf deden, samen met iemand of door iemand anders is de operationalisering van het hebben van een zaakwaarnemer. Degenen die samen of door een ander de aanvraag hadden ingediend, zagen we als mensen met een zaakwaarnemer in tegenstelling tot de mensen die de aanvraag zelf deden.

Het aantal uren gevraagde hulp bij het huishouden was een open vraag. De range van antwoorden liep van 1 tot 40 uren. We maakten twee categorieën: van 1 tot en met 3 uren en 4 en meer uren. De gekozen grens heeft te maken met het feit tot 3 uren hulp zeer regelmatig verstrekt wordt (soms zelfs zonder indicatie).

Het hebben van een plotselinge beperking of een geleidelijk verslechterende beperking waren antwoordcategorieën op de vraag wat de aanleiding van mensen was om een aanvraag in te dienen. Door wie aanvragers zijn geïnformeerd is vastgesteld met een meerkeuzevraag hoe mensen te weten zijn gekomen waar ze moesten zijn voor ondersteuning. Er werd een reeks antwoordopties gegeven die we indeelden in 'geïnformeerd via informeel netwerk' (bijvoorbeeld familie, vrienden en kennissen) en geïnformeerd door professionals (bijvoorbeeld gehandicaptenorganisatie, zorginstelling, woningbouwcorporatie, gemeente, folder). In de eerste analyse wordt deze variabele gebruikt om na te gaan in hoeverre mensen met een toekenning voor huishoudelijke hulp geïnformeerd waren over de mogelijkheid een pgb aan te vragen. De mensen die hebben gekozen voor een pgb kunnen per definitie niet ongeïnformeerd zijn. Daarom is de variabele of men geïnformeerd is of niet, niet te gebruiken om de keuze voor het pgb te voorspellen (de tweede analyse). Wel is het denkbaar dat in een gemeente waar mensen in het algemeen beter zijn geïnformeerd over de mogelijkheid om voor een pgb te kiezen, meer mensen daadwerkelijk voor een pgb kiezen. Daarom is de geaggregeerde variabele "geïnformeerde van aanvragers" geconstrueerd. In het eerste multiniveaumodel zijn hiertoe de residuen van de variabele "geïnformeerd zijn" door aanvragers geselecteerd (waarbij gecontroleerd werd voor de individuele kenmerken geslacht, huishoudvorm, leeftijd, opleiding, inkomen en ernst van de beperking). Er is hierdoor geen sprake van een simpele aggregatie, maar de individuele variatie is uit de oorspronkelijke variabele gehaald zodat verschillen tussen gemeenten overblijven (zie ook Raudenbush & Sampson 1999). Voor de beschrijvende analyse is deze ecometrisch geconstrueerde variabele "geïnformeerde van aanvragers in gemeenten" in vier ongeveer gelijke groepen verdeeld: ver onder gemiddeld, onder gemiddeld, bovengemiddeld en ver boven gemiddeld.

Figuur 2 toont de gerangordende random intercepts van de ecometrisch geconstrueerde variabele "geïnformeerde van aanvragers". De horizontale lijn in deze figuur is het gemiddelde van de oorspronkelijke afhankelijke variabele "geïnformeerd zijn" (op aanvragersniveau).



Figuur 2 Gerangordende random intercepts van de variabele 'geïnformeerdheid van aanvragers'

3.4 Analyses

De beschrijvende analyses in dit artikel zijn gebaseerd op frequentietabellen en kruistabellen. De hypothesen zijn getoetst door middel van een multiniveau logistische regressieanalyse omdat sprake is van een geclusterde steekproef (eerst gemeenten en daarbinnen aanvragers). Alle analyses zijn uitgevoerd met het statistisch programma Stata 13. De selectiviteit (zie de paragraaf dataverzameling) is op individueel niveau gecorrigeerd door voor iedere respondent een samengestelde weegfactor te maken. Omdat in Stata multiniveauanalyses in combinatie met een weegfactor niet mogelijk zijn, is bij deze analyses de selectiviteit gecorrigeerd door de variabelen geslacht, leeftijd en stedelijkheid als predictoren op te nemen.

De multiniveau logistische regressieanalyses kennen een stapsgewijze opbouw in vier modellen (model 0 t/m 3). In het nulmodel van beide analyses was de clustering significant, wat betekent dat aanvragers in gemeenten op elkaar lijken in de mate van geïnformeerd zijn over het pgb en in de keuze voor het pgb. In model 1 zijn de standaardvariabelen leeftijd, sekse, huishoudvorm, opleiding, inkomen en ernst van de lichamelijke beperking opgenomen, waarvan leeftijd, opleiding en ernst van de beperking zowel verklarende- als controlevariabelen zijn. In model 2 zijn specifieke verklarende variabelen op individueel niveau toegevoegd. Het gaat om de volgende variabelen: het hebben van een verstandelijke beperking,

het hebben van een langdurige psychische klacht, mate van autonomie, aantal uren hulp gevraagd, door wie mensen geïnformeerd zijn over ondersteuningsmogelijkheden en het hebben van een zaakwaarnemer. In model 3 zijn beleidsvariabelen van gemeenten toegevoegd. Omdat de uitkomsten van de modellen nauwelijks verschilden, zijn in tabel 2 alleen de meest uitgebreide modellen van beide analyses opgenomen (dus twee keer model 3).

4 Resultaten

4.1 Geïnformeerd zijn over het pgb

Of aanvragers geïnformeerd zijn over het pgb kan afhangen van het beleid dat gemeenten hebben ten aanzien van het pgb-aanbod. Van de aanvragers met een toekenning voor hulp bij het huishouden gaf 29% aan tijdens de aanvraagprocedure geïnformeerd te zijn over het pgb (tabel 1). Dit aandeel varieert tussen gemeenten van 0% tot 54%. De uitschieters lieten we hier weg door uit te gaan van een range van 5% t/m 95% van de scores.

We verwachtten dat aanvragers die wonen in een gemeente waar het pgb relatief actief werd aangeboden, relatief veel aanvragers geïnformeerd zijn (eerste verwachting). Tevens verwachtten we (tweede set) vooral geïnformeerde aanvragers onder hoger opgeleiden, mensen met een zaakwaarnemer, mensen die via professionals zijn gewezen op ondersteuningsmogelijkheden, mensen met een meer autonome persoonlijkheid, met ernstige beperkingen en relatief jonge mensen. Van mensen met een plotseling beperking, een verstandelijke beperking of psychische aandoening verwachtten we een geringere mate van geïnformeerdheid.

Tabel 1 laat zien dat als we uitgaan van bivariate analyses vooral samenwonenden, relatief jonge aanvragers, mensen met een ernstig lichamelijke beperking en mensen die door professionals op ondersteuningsmogelijkheden zijn gewezen (deels overlappende groepen), relatief vaak zijn geïnformeerd. Dit geldt ook voor mensen die in gemeenten wonen met een hoge mate van geïnformeerdheid van de aanvragers en voor mensen die in gemeenten wonen met veel gecontracteerde aanbieders van hulp bij het huishouden. Voor deze laatste twee relaties waren geen verwachtingen geformuleerd. Dat samenwonenden vaker over een pgb geïnformeerd zijn dan alleenwonenden hadden we niet in een verwachting opgenomen. We kunnen ons wel voorstellen dat het sociale netwerk van samenwonenden uitgebreider is en daarmee de informatievoorziening groter. Geen ondersteuning werd gevonden bij het wonen in een gemeente met een actief

pgb-aanbod, het hebben van een zaakwaarnemer, een meer autonome persoonlijkheid, een plotselinge beperking en een psychische aandoening. In tegenstelling tot onze verwachting blijken mensen met een verstandelijke beperking juist significant vaker te zijn geïnformeerd dan mensen zonder deze beperking. Hoe zien de relaties er uit als ze multivariaat worden geanalyseerd?

Tabel 2 toont de resultaten van de multiniveau logistische regressieanalyses. Bij geïnformeerd zijn over het pgb is te zien dat ouderen en aanvragers die te maken hadden met een plotseling verkregen beperking minder vaak zijn geïnformeerd dan relatief jonge mensen en aanvragers met een geleidelijk verslechterende beperking. Hoog opgeleiden zijn vaker geïnformeerd dan laag opgeleiden. Deze uitkomsten komen deels overeen met de verwachtingen geformuleerd in de tweede set. Alle overige variabelen hangen, gecorrigeerd voor elkaar, niet significant samen met het geïnformeerd zijn door aanvragers. Dit geldt ook voor de beleidsvariabele over het terughoudend dan wel actief aanbieden van pgb's in gemeenten (eerste verwachting).

4.2 De keuze voor het pgb

Van de aanvragers met een toekenning voor hulp bij het huishouden, koos 9% een pgb (tabel 1). De gemiddelden van aanvragers die een pgb kozen variëren tussen gemeenten van 0% tot 25%.

We verwachtten dat aanvragers die in gemeenten wonen die weinig aanbieders hebben van hulp bij het huishouden, die administratieve ondersteuning bieden of hoge pgb-tarieven hanteren, aanvragers vaker voor een pgb kiezen dan in andere gemeenten (derde set van verwachtingen). Op individueel niveau verwachten we dat relatief jonge mensen, hoger opgeleiden, mensen met een meer autonome persoonlijkheid, mensen met een ernstige lichamelijke beperking, mensen die veel uren hulp nodig hebben en mensen met een zaakwaarnemer relatief vaak voor een pgb kiezen (vierde set van verwachtingen). Op basis van bivariate analyses blijken vooral relatief jonge mensen, mensen met lage inkomens, mensen met ernstige lichamelijke beperkingen, mensen met een langdurige psychische klacht, degenen die 4 uur of meer hulp aanvroegen en mensen die in gemeenten wonen met meer dan gemiddeld geïnformeerde aanvragers, relatief vaak voor een pgb te kiezen. Hoe zien de relaties er uit in een multivariate analyse?

Uit de multiniveau logistische regressieanalyse (tabel 2) houden slechts twee relaties op het individuele niveau stand: jongeren kiezen significant vaker een pgb dan ouderen en aanvragers die meer dan 4 uur hulp aan-

Tabel 1 Geinformeerd zijn over het pgb en gekozen hebben voor het pgb, naar individuele kenmerken en gemeentekenmerken; aanvragers met een toekenning van hulp bij het huishouden, 2011/2012 (in gewogen percentages op basis van kruistabellen)^{a,b,c}

	N	Geinformeerd over pgb %	Gekozen voor pgb %
Totaal	1026	29	9
INDIVIDUELE KENMERKEN			
<i>Geslacht</i>			
Man	208	30	11
Vrouw	818	29	9
<i>Huishoudvorm</i>			
Samenwonend	424	33	11
Alleenwonend	602	26	8
<i>Leeftijd</i>			
0-54 jaar	161	45	16
55-74 jaar	398	33	10
≥ 75 jaar	467	20	5
<i>Opleiding</i>			
Laag	603	28	10
Middelbaar	317	26	7
Hoog	106	38	13
<i>Inkomen</i>			
Laag	291	36	14
Niet-laag	692	26	7
Onbekend	43	29	4
<i>Ernst van de lichamelijke beperking</i>			
Geen / lichte beperking	178	23	7
Matige beperking	384	22	5
Ernstige beperking	464	36	13
<i>Langdurige psychische aandoening</i>			
Nee	850	27	8
Ja	176	37	15
<i>Verstandelijke beperking</i>			
Nee	982	28	9
Ja	44	45	16
<i>Plotselinge beperking</i>			
Nee	656	31	10
Ja	370	25	7
<i>Door wie gehoord van ondersteuningsmogelijkheden</i>			
Door informele netwerk	528	25	7
Door professionals	498	33	10

	N	Geïnfomeerd over pgb %	Gekozen voor pgb %
<i>Mate van autonomie/regie</i>			
Laag	271	32	12
Midden	373	31	10
Hoog	322	23	6
<i>Aantal gevraagde uren hulp bij het huishouden</i> <i>Sign.</i>			
Minder dan 4 uur per week	687	25	6
4 uur of meer per week	207	36	20
Onbekend	132	40	8
<i>Aanwezigheid zaakwaarnemer (bij aanvraag)</i>			
Nee	476	31	9
Ja	550	27	9
GEMEENTEKENMERKEN			
<i>Geïnfomeerdheid van aanvragers</i>			
Ver onder gemiddeld	218	12	3
Ondergemiddeld	304	21	8
Bovengemiddeld	267	32	8
Ver boven gemiddeld	237	47	16
<i>Beleidspositie pgb-aanbod</i>			
Actief	436	33	10
Neutraal	254	23	7
Terughoudend	289	28	11
Onbekend	47	19	2
<i>Aantal aanbieders in natura</i> <i>Sign.</i>			
Tot 5	467	23	7
6-10	339	30	9
11-20	159	44	16
Onbekend	61	18	3
<i>Administratieve ondersteuning</i>			
Geen ondersteuning	340	X	9
Wel ondersteuning	655	X	9
Onbekend	31	X	3
<i>Pgb-uurtarieven</i>			
12 tot 15 euro	262	X	9
15 tot 18 euro	477	X	10
18 tot 23 euro	248	X	8
onbekend	39		12

a. Voor deze bivariate toetsing werden de variabelen gehercodeerd: de categorie 'onbekend' werd als missende waarde gedefinieerd.

b. De onafhankelijke individuele variabelen en de onafhankelijke beleidsvariabelen zijn met elkaar gecorreleerd. Alle correlaties bleven onder .25.

c. significantieniveau: $p < 0.05$

Tabel 2 Multiniveau logistische regressie analyse van geïnformeerd zijn over en de keuze voor het pgb; naar individuele kenmerken en gemeentekenmerken; aanvragers met een toekenning voor hulp bij het huishouden, 2011/2012 (n=1026, in odds ratio's)^a

	Geïnformeerd over pgb	Keuze voor pgb
<i>Intercept</i>	0,393	0,060**
INDIVIDUEEL NIVEAU		
Geslacht (man = ref. cat)		
Vrouw	1,152	1,093
Huishoudvorm (samenwonend = ref. cat)		
Alleen	0,940	1,152
Leeftijdsklasse (0-55 jaar = ref. cat)		
55-74 jaar	0,718	0,501*
75 jaar en ouder	0,453**	0,366**
Opleidingsniveau (laag = ref.cat)		
Middelbaar	1,220	1,254
Hoog	1,845*	1,895
Inkomen (laag = ref.cat)		
Niet-laag	0,919	0,893
Onbekend inkomen	1,196	1,344
Ernst van de lichamelijke beperking (niet/licht= ref.-cat)		
Matig	0,918	0,915
Ernstig	1,554	1,962
Langdurige psychische klacht (niet = ref.cat)		
Ja	1,224	1,222
Verstandelijke beperking (niet = ref.cat)		
Ja	1,295	1,794
Plotselinge beperking (niet = ref. cat)		
Ja	0,689*	-
Aantal uren hulp gevraagd (0-4 = ref.cat)		
4 of meer uren	1,263	2,519**
Onbekend aantal uren	1,417	1,254
Geïnformeerd over ondersteuning (door informeel netwerk = ref. cat)		
Door professionals	1,251	-
Zaakwaarnemer (nee = ref. cat)		
Ja	0,948	1,112
Autonomie (relatief laag = ref. cat)		
Gemiddeld	0,942	0,983
Relatief hoog	0,835	0,623

	Geïnformeerd over pgb	Keuze voor pgb
GEMEENTENIVEAU		
Beleidspositie gemeenten mbt pgbaanbod (terughoudend = ref.cat)		
Neutraal	0,898	-
Actief	1,055	-
Onbekende beleidspositie	0,627	-
<i>geïnformeerde van aanvragers (continue)</i>	-	7,167***
Aantal aanbieders "in natura" (0-5 = ref. cat)		
6-10	-	0,878
11-20	-	1,466
Onbekend	-	2,428
Administratieve ondersteuning (niet = ref. cat)		
Ja	-	0,803
Onbekend	-	0,541
Hoogte pgb-tarief (12-15 euro = ref. cat)		
15-18 euro	-	1,292
18-23 euro	-	1,483
Onbekend	-	3,096
<i>Log likelihood</i>	-571,714	-240,708

a significantieniveaus: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

vroegen kiezen vaker voor een pgb dan mensen die minder hulp vroegen. De grootste verklaring voor de pgb-keuze zit echter in de geïnformeerde van aanvragers in gemeenten (OR: 7,167): naarmate mensen in gemeenten wonen met een hogere mate van geïnformeerde van aanvragers, hebben ze een grotere kans een pgb te kiezen. De keuze voor het pgb is niet te verklaren door andere beleidskenmerken, zoals het aantal aanbieders van hulp bij het huishouden, administratieve ondersteuning bij het beheer van het pgb en de hoogte van het pgb-tarief.

Tabel 3 Variantiecomponenten

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3
Geïnformeerd over pgb				
Variante	0,18	0,20	0,20	0,19
ICC	0,05	0,06	0,06	0,05
Keuze voor pgb				
Variante	0,34	0,40	0,37	0
ICC	0,09	0,11	0,10	0

In tabel 3 staan de variantiecomponenten en intraclass correlaties (ICC) vermeld. Bij het geïnformeerd zijn over het pgb is over de modellen heen nauwelijks verandering te zien in termen van de variantie op het gemeenteniveau en de ICC. Het toevoegen van meer predictoren heeft hier dus nagenoeg geen effect op het verklaren van de variantie op het gemeenteniveau. Bij de keuze voor het pgb valt ook weinig verschil te constateren bij het vergelijken van de eerste drie modellen, maar wordt bij het laatste model ineens alle variantie op het gemeenteniveau verklaard (en is de ICC dan ook 0). Dit komt zeer waarschijnlijk door het toevoegen van de sterk verklarende collectieve variabele 'geïnformeerdheid van aanvragers'.

5 Conclusie

In Nederland is een groot deel van de ondersteuning voor mensen met een beperking gedecentraliseerd in de Wet maatschappelijke ondersteuning. Hierin is de keuze voor het pgb verankerd. In dit artikel onderzochten we of er verschillen zijn in het geïnformeerd zijn over en de keuze voor een pgb voor hulp bij het huishouden en hoe deze kunnen worden verklaard: gaat het om verschillen in lokaal beleid of om individuele kenmerken van aanvragers?

5.1 Geïnformeerd over het pgb

Het gaat hier duidelijk om een keuzesituatie waarbij sprake is van onvolledige informatie: maar liefst bijna driekwart van de aanvragers geeft aan niet over het pgb te zijn geïnformeerd (tijdens een gesprek met een Wmo-consulent of via andere kanalen). Voor hen is de keuze voor een pgb dus geen optie. De verankering van het pgb in de Wmo betekent in ieder geval niet dat gemeenten alle aanvragers zo informeren dat zij die informatie ook oppikken, begrijpen en onthouden.

Hoe kan het dat mensen die in een gemeente wonen waar volgens de beleidsmedewerker het pgb actief wordt aangeboden niet vaker geïnformeerd zijn dan mensen in andere gemeenten? Wordt het beleid wel uitgevoerd zoals het wordt beoogd of nemen consulenten die het gesprek voeren met aanvragers de vrijheid om te handelen op basis van hun eigen inschatting van de mogelijkheden van de aanvragers om het pgb goed te gebruiken? Het is daarbij de vraag in hoeverre de Wmo-consulenten zich opstellen als de agent voor de aanvrager of voor de gemeente. Professionals die binnen een bureaucratie werken hebben altijd die dubbele agentschapsrol (dat geldt bijvoorbeeld ook voor specialisten in een ziekenhuis;

die zijn agent voor de patiënt en voor ziekenhuis). De bevinding dat er wel variatie is tussen gemeenten in het gemiddelde aandeel geïnformeerde aanvragers, maar dat de pgb-beleidspositie (actief, neutraal of terughoudend pgb-aanbod) hierop niet van invloed is, maakt een nader onderzoek naar de rol van Wmo-consulenten relevant en interessant. Conform de verwachtingen zijn relatief jonge mensen, mensen met een ernstige beperking en hoger opgeleiden relatief vaak geïnformeerd, zoals ook uit eerder onderzoek bleek (De Klerk et al. 2006, De Klerk 2007 en Marangos et al. 2010). Het 'hebben van een geleidelijk verslechterende beperking' blijkt ook belangrijk. Mensen met een beperking die langzaam verergert, hebben meer tijd om zich te verdiepen in verschillende opties dan mensen die vrij plotseling te maken kregen met een beperking. De verwachting dat mensen met een langdurige psychische klacht of verstandelijke beperking minder vaak geïnformeerd zijn over het pgb, wordt niet ondersteund door onze bevindingen. Relatief vaak hebben deze mensen een zaakwaarnemer en loopt de informatievoorziening via hen. Het kan ook zijn dat mensen met deze beperkingen meer behoefte hebben aan een maatwerkoplossing (via het pgb te verkrijgen) dan aan ondersteuning uit het bestaande aanbod.

Ook de verwachting dat mensen met een meer autonoom karakter, een zaakwaarnemer of degenen die door professionals zijn verwezen, vaker zijn geïnformeerd, moet worden weerlegd. Wat zou een reden kunnen zijn dat mensen met een hoge mate van autonomie of eigen regie niet vaker geïnformeerd zijn over het pgb? Eigen regie was nu juist een van de belangrijkste redenen om het pgb in de wet te verankeren. In twee andere studies bleek autonomie wel van invloed op zorggebruik (Geerlings et al. 2004, Deeg 2010). In beide studies werd gevonden dat ouderen met een lage mate van autonomie meer kans hadden op de transitie van geen enkele zorg naar professionele zorg. Deeg gaf als mogelijke verklaring dat ouderen met een lage mate van autonomie moeilijker informele zorg georganiseerd krijgen of een te klein sociaal netwerk hebben en daarom op professionele zorg aangewezen raken. Als het inderdaad zo is dat relatief autonome mensen makkelijker informele zorg georganiseerd krijgen dan relatief weinig autonome mensen, dan zijn ze wellicht niet bovengemiddeld geïnteresseerd in een pgb en informeren ze zich dus ook niet bovengemiddeld.

We kunnen op basis van deze bevindingen concluderen dat mensen met culturele en materiële hulpbronnen (respectievelijk opleiding en tijd) en specifieke sociaal-demografische kenmerken (leeftijd en ernst van de beperking) vaker geïnformeerd zijn over het pgb dan andere mensen. Deze ongelijkheid in de beschikking over informatie werkt door in het profijt

van de mogelijkheden die de overheid biedt (hier: de pgb-optie), doordat mensen in gemeenten waar meer mensen zijn geïnformeerd over het pgb daar vaker voor kiezen.

5.2 Keuze voor het pgb

Slechts 9% van de aanvragers kiest voor een pgb en ook hier vonden we variatie in het gemiddelde aandeel pgb-kiezers tussen gemeenten. De (econometrisch geconstrueerde) variabele 'geïnformeerd van aanvragers' is zoals verwacht zeer bepalend voor de keuze van een pgb. Verder blijkt geen enkele beleidsvariabele significant van invloed te zijn. Dat weinig aanbieders van hulp bij het huishouden in een gemeente niet samenhangt met meer keuzes voor een pgb, is verrassend. We veronderstelden dat naarmate het aantal aanbieders groter is, er meer kans is dat er een bij zit die aansluit bij de behoefte van de aanvrager, bijv. religieuze signatuur. Wellicht is deze veronderstelling onjuist en wegen aanvragers de verschillende aanbieders niet op deze wijze af. Mogelijk kiezen ze meer omdat een kennis van hen goede ervaringen met dezelfde aanbieder heeft. Uit navraag bij gemeenten blijkt ook dat ze lang niet allemaal alle aanbieders aan de aanvragers presenteren. Er wordt bijvoorbeeld ook gewerkt met toewijzingssystemen, waardoor elke aanbieder even vaak de kans krijgt om hulp te leveren. Tot slot zijn ook aanbieders gecontracteerd die niet uit de regio komen. Ze voldeden aan de kwaliteits- en prijseisen van de gemeenten en werden om die reden soms automatisch gecontracteerd. Aanvragers zijn volgens beleidsmedewerkers die we spraken meestal niet geïnteresseerd in een aanbieder die van ver moet komen.

Dat er geen relatie is gevonden tussen de hoogte van pgb-tarieven en de keuze voor een pgb, kan te maken hebben met het feit dat een derde deel het pgb wordt gebruikt om informele helpers te betalen. Wellicht zijn mensen al blij als ze hiervoor een bedrag ontvangen en maakt de hoogte niet zoveel uit (wat uiteraard wel het geval is als ze een formele aanbieder in de arm nemen. Formele aanbieders rekenen uiteraard alle kosten door en zijn vaak gericht op winst maken).

Relatief jonge mensen en aanvragers die meer dan 4 uur hulp aanvragen, kozen relatief vaak voor een pgb. Dat jonge mensen vaak voor een pgb kiezen, is bekend uit eerder onderzoek (onder andere De Klerk et al. 2010, Ramakers et al. 2011). Het aantal uren gevraagde hulp is naar ons weten niet eerder in onderzoek meegenomen. Als mensen veel uren hulp nodig hebben, is het denkbaar dat zij het belangrijker vinden zelf iemand te kunnen kiezen. Mogelijk ontvangen ze ook andere vormen van hulp en

kunnen pgb-bedragen van verschillende regelingen bij elkaar gebruikt worden om een vertrouwd persoon in te huren.

Opvallend is dat het hebben van een zaakwaarnemer (gedefinieerd als “iemand anders deed – of hielp bij – de aanvraag”) is niet van invloed is op de pgb-keuze en mensen met een psychische klacht of verstandelijke beperking kiezen, tegen de verwachting in, even vaak voor een pgb als anderen. Hun pgb wordt waarschijnlijk vaak beheerd door begeleiders of verzorgers; dat hoeven niet altijd de mensen te zijn die de aanvraag voor hulp indienden of daarbij hielpen.

5.3 Wat leert het beleid hiervan?

Ouderen, mensen met een lichte lichamelijke beperking en lager opgeleiden zijn relatief weinig geïnformeerd over het pgb en behoeven extra aandacht. Van lager opgeleiden vragen we ons af of de consulenten van gemeente hen niet goed in staat achten om de taken die bij het pgb horen uit te voeren en daarom niet informeren. Ook kan het zijn dat de informatie te indirect gegeven wordt (bijvoorbeeld via een website), te ingewikkeld is (bijvoorbeeld de informatietekst op een hoog taalniveau) of via een folder die niet geschikt is voor slechtzienden of anderstaligen.

In de internationale literatuur worden lessen getrokken uit het Nederlandse pgb-systeem (Van Ginneken et al. 2012, Forder et al. 2012): het pgb-beleid kan succesvol zijn als de toegangscriteria en administratieve regels duidelijk zijn en als er adequate ondersteuning beschikbaar is. Op basis van dit onderzoek kunnen we er aan toevoegen dat ongelijkheid in de pgb-keuze op relatief eenvoudige wijze verminderd kan worden, namelijk door mensen goed te informeren. Zeker voor de mensen voor wie een pgb meer maatwerk in de ondersteuning kan betekenen, is in goed informatiebeleid veel winst te behalen.

5.4 Methodologische beschouwingen

Het is lastig om de variaties en de dagelijkse praktijk van gemeenten in een kwantitatief onderzoek te meten. Mogelijk is er een kloof tussen wat beleidsmedewerkers aangeven en wat consulenten in de praktijk brengen (Lipsky 1980). In een vervolgonderzoek zouden ook consulenten ondervraagd moeten worden. Ook kan er vertekening zijn door de selectie van één informant per gemeente.

Dat we niet precies weten wie de aanvraag doet, wie geïnformeerd is en wie de keuze voor het pgb maakt is een omissie van dit onderzoek. Er is gevraagd of mensen een zaakwaarnemer hadden voor het indienen van de aanvraag en ook weten we of mensen zelf op de enquête reageerden.

We weten echter niet of de mensen die hielpen met de aanvraag of de enquête ook de keuze voor het pgb maakten. Mogelijk beheert een deel van hen het pgb en het is ook mogelijk dat het pgb aan hen wordt uitbetaald. Ook mensen die afzagen van het indienen van een aanvraag voor hulp bij het huishouden, zijn niet in dit onderzoek meegenomen.

In huidig onderzoek is gebleken dat de volgorde van de vragen in de enquête beperkingen had. Niet iedereen met een toekenning voor hulp bij het huishouden kreeg de vraag over het geïnformeerd zijn over een pgb voorgelegd. Die vraag werd nu alleen gesteld aan de mensen die geen pgb kozen. We mogen ervan uit gaan dat mensen die voor een pgb kozen op een of andere manier geïnformeerd waren.

Naast hulp bij het huishouden zou ook naar andere vormen van ondersteuning gekeken kunnen worden. Voor de afweging tussen een pgb en ondersteuning in natura, kan het namelijk uitmaken welke ondersteuning nodig is. Wellicht is het voor de ondersteuningsvorm 'begeleiding' belangrijker om voor een pgb te kunnen kiezen (en dus zelf de begeleider te kunnen kiezen) dan voor hulp bij het huishouden. De Nederlandse overheid vindt het pgb vooral belangrijk als geen passende ondersteuning in natura kan worden geleverd. Het gaat dan om mensen met een flexibele zorgvraag of mensen die behoefte hebben aan structuur en een vaste zorgverlener (TK 2011/2012).

Tenslotte stellen we voor om in vervolgonderzoek te kijken naar de impact van ongelijkheid in pgb-gebruik. Een impact kan zijn dat mensen die een pgb kiezen profiteren van meer maatwerk in ondersteuning (een belangrijke doelstelling van het pgb). Met meer maatwerk bereiken mensen mogelijk ook een grotere mate van redzaamheid en kwaliteit van leven.

Noot

1. Er zit enkele maanden verschil tussen de periode waarover we aanvragers vroegen naar hun ervaringen en de periode waarover we beleidsambtenaren vroegen naar het gemeentelijk beleid. We veronderstellen dat er in deze maanden niet veel beleidswijzigingen op pgb-gebied plaatsvonden.

Literatuur

- Boudon, R. (1981). *De logica van het sociale: een inleiding tot het sociologisch denken*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Breda, J., Gevers, H. & Landeghem, C. van (2008). *Het persoonsgebonden budget in Nederland, Engeland en Duitsland*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- CIZ (2008). *Pgb in ontwikkeling*. Driebergen: Centrum Indicatiestelling Zorg.
- Coleman, J.S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, MA/London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Deeg, D.J.H. (2010). *Empowerment*. Amsterdam: LASA/VU medisch centrum.
- Dijk, L. van, Haan, J. de & Rijken, S. (2000). *Digitalisering van de leefwereld. Een onderzoek naar informatie- en communicatietechnologie en sociale ongelijkheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Esser, H. (1993). The rationality of every day behavior: A rational choice reconstruction of the theory of action by Alfred Schutz. *Rationality and Society*, 5, 7-31.
- Feijten, P., Marangos, A.M., Klerk, M. de, Boer, A. de & Vonk, F. (2013). *De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Forder, J., Jones, K., Glendinning, C., Caiels, J., Welch, E., Baxter, K., Davidson, J., Windle, K., Irvine, A., King, D. & Dolan, P. (2012). Evaluation of the Personal Health Budget Pilot Programme, discussion paper, 2840_2, PSSRU, Canterbury: University of Kent.
- Geerlings, S.W., Broese van Groenou, M.I. & Deeg, D.J.H. (2004). Determinanten van veranderingen in zorggebruik. In: Klerk, M.Y.Y. de (red.) (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.
- Ginneken, E. van, Groenewegen, P.P. & McKee, M. (2012). Can personal healthcare budgets be made to work? *British Medical Journal*, 344, 27-28.
- Grit, K., Bovenkamp, H. van de & Bal, R. (2008). *Positie van zorggebruiker in veranderend stelsel. Een quickscan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*. Rotterdam: iBMG Erasmus Medisch Centrum.
- Grootegoed, E., Knijn, T. & Da Roit, B. (2010). *Relatives as paid care-givers: How family carers experience payments for care*. Utrecht: Universiteit Utrecht/Interdisciplinary Social Science.
- Haaster, H. van, Janssen, M. & Wijnen, A. van (2012). *Persoonsgebonden budget, eigen regie en empowerment*. Amsterdam/Eexterveen: ZonMw.
- Hedström, P. & Swedberg, R. (red.) (1998). *Social mechanisms. An analytical approach to social theory*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hollander, M. (2011). *Zelf kiezen voor zorg*. Eindrapport. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- Houkes, A., Akker, I. en Berden, C. (2010). *Kunnen kiezen in de AWBZ. Eindrapport*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- Jonker, A.A.C.G., Comijs, H.C., Knipscheer, C.P.M. & Deeg, D.J.H. (2009). The role of coping resources on change in well-being during persistent health decline. *Journal of Aging and Health*, 21, 1063-1082.
- Klaveren, S. van, Hollander, M. & Noordhuizen, B. (2012). *Het pgb in de Wmo. Handvatten voor Pgb-beleid*. Den Haag: VNG.
- Klerk, M. de & Schellingerhout, R. (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.
- Klerk, M. de, Iedema, J. & Campen, C. van (2006). *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Klerk, M. de (red.) (2007). *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, Gilsing, R. en Timmermans, J. (red.) (2010). *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Marangos, A.M., Cardol, M., Dijkgraaf, M. & Klerk, M. de (2010). *Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na invoering van de Wmo*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Oostrik, F. (2008). *Als je het mij vraagt. Waarom mensen kiezen voor zelfbeschikking in de zorg*. Amsterdam: FOMZ.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pijl, M. (2007). *Zelf zorg inkopen: hoe gaat dat in het buitenland?* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Pool, J. (1990). *Sturing van strategische besluitvorming: mogelijkheden en grenzen*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Ramakers, C., Doorn, M. van & Schellingerhout, R. (2011). *Op weg naar een solide pgb. Onderzoek naar de diversiteit van budgethouders en een toekomstbestendig pgb in de AWBZ*. Nijmegen: ITS.
- Raudenbush S.W. & Sampson R.J. (1999). Ecometrics: Toward a science of assessing ecological settings, with application to the systematic social observation of neighborhoods. *Sociological Methodology*, 29, 1-41.
- Sadiraj, K., Oudijk, D., Kempen, H. van & Stevens, J. (2011). *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Simon, H. (1991). Bounded rationality and organizational learning. *Organization Science*, 2, 125-134.
- Steunenberg, B., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Bremmer, M.A. & Kerkhof, A.J. (2007). Mastery and neuroticism predict recovery of depression in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 234-242.
- TK (2011/2012). *Mantelzorg. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011/2012, 30169, nr. 26.
- Torre, A. van der, Ooms, I. & Klerk, M. de (2013). *Het persoonsgebonden budget in de AWBZ. Monitor 2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- VNG (2010). *Het pgb in de Wmo, nu en straks. Position paper*. Den Haag: VNG.
- Wijngaart, M. van den & Ramakers, C. (2003). Het persoonsgebonden budget in Nederland in 1990-2003. In: Zuidema, E.A. (red.). *Handboek zorg thuis*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Over de auteurs

Anna Maria Marangos is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau.

Mirjam de Klerk is als senior wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jurjen Iedema is als statistisch adviseur en wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau.

Peter Groenewegen is directeur van het NIVEL en bijzonder hoogleraar aan de Universiteit Utrecht, met als leeropdracht sociale en geografische aspecten van gezondheid en gezondheidszorg.