

Het prijzen van de zorg

Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek

Trudie Knijn

Rede uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van hoogleraar Algemene Sociale Wetenschappen,
in het bijzonder Zorg en Welzijn
aan de Universiteit Utrecht op dinsdag 18 mei 2004

Inhoudsopgave

Inleiding

Individualisering van levenslooprisico's

- *Effecten van geïndividualiseerd kostwinnerschap*

Zorg en welzijn

- *De relatie tussen zorg en welzijn*

Privatisering van de dienstverlening en de culturele factor

Vier logica's en een budget

- *De zorglogica van de staat*
- *De zorglogica van professionals*
- *De familiale zorglogica*
- *De zorglogica van de markt*

Het prijzen van de zorg

Woord van dank

Literatuur

Mijnheer de Rector Magnificus
Geachte aanwezigen,

Inleiding¹

Enkele jaren geleden ontdekten Frits van Wel en ik dat de Nieuwe Algemene Bijstandswet die alleenstaande moeders in de bijstand met kinderen van vijf jaar en ouder verplichtte om werk te zoeken, nauwelijks werd uitgevoerd (Knijn & Van Wel, 1999). Maar liefst 60% van de alleenstaande moeders in de bijstand bleek door hun gemeentelijke sociale dienst geheel of gedeeltelijk te zijn ontheven van die verplichting. Daar waren goede redenen voor. Er was onvoldoende kinderopvang beschikbaar, veel moeders konden om gezondheidsredenen niet werken, ze waren thuis nodig of zo laag geschoold dat ze alleen met een volledige baan voldoende konden verdienen om uit de bijstand te geraken. In dergelijke omstandigheden beschouwden noch de bijstandsconsulenten, noch de moeders uitstroom uit de bijstand als acceptabel.

Het verbaasde ons dan ook zeer dat de regering niet lang daarna voorstelde om de arbeidsplicht uit te breiden naar alleenstaande moeders met kinderen beneden de vijf jaar. De argumentatie die de toenmalige minister van Sociale Zaken Klaas de Vries daarvoor aanvoerde klonk ons ronduit cynisch in de oren. Hij constateerde namelijk doodleuk: “Deze uitbreiding is verantwoord want uit onderzoek is gebleken dat de sociale diensten heel zorgvuldig met de arbeidsplicht omgaan.”

Mocht iemand zich geroepen voelen om sociaal beleids- en interventieonderzoek te verrichten vanuit de gedachte dat zulk onderzoek leidt tot beter onderbouwde politieke beslissingen, tot meer verantwoorde interventies of tot het voorkomen van ‘onbedoelde negatieve beleidsgevolgen’, dan moet ik u bij voorbaat teleurstellen. Politici interpreteren de resultaten van beleidsonderzoek op geheel eigen en vaak onnavolgbare wijze, zoals veel collega’s kunnen bevestigen. Dat mag ons er echter niet van weerhouden sociaal beleid en interventies te bestuderen. Als wetenschappers zijn we immers vooral geïnteresseerd in de vraag of beleid en interventies er überhaupt toe doen. We willen bijvoorbeeld weten wat het betekent als de kinderopvang geprivatiseerd wordt, of de zorg zal verbeteren met behulp van een persoonsgebonden budget en wat de gevolgen zijn van de invoering van een levensloopregeling.

¹ Ik dank Frits van Wel en Geesje van Haren voor hun commentaar op een eerdere versie van deze tekst.

Deze voorbeelden zijn niet willekeurig gekozen. Ze verwijzen naar de herziening van de relatie tussen de individuele vrijheid en de collectieve waarborging daarvan. Zygmunt Bauman vat deze tendens als volgt samen: “We bewegen in de richting van de privatisering van de middelen die de individuele vrijheid moeten garanderen.” (Bauman, 1999: 7). Voor Bauman is dit geen neutrale constatering. Hij keurt deze tendens af omdat hij veronderstelt dat individuele vrijheid, persoonlijke ontwikkeling en sociaal burgerschap slechts door maatschappelijke solidariteit kunnen worden gegarandeerd. Daarmee treedt hij in het voetspoor van zowel de sociaal liberale, de republikeinse als de christen-democratische en de sociaal-democratische traditie die ieder op hun manier een bijdrage hebben geleverd aan de formulering van de grondvesten van de verzorgingsstaat (Marshall, 1948; Esping-Andersen, 1991; Sen, 1992; Van Kersbergen, 1995).

Aan het eind van de vorige eeuw zijn die grondvesten in veel Europese landen fundamenteel ter discussie komen te staan. De verzorgingsstaat zoals we die kenden moest om sociaal-economische en sociaal-culturele redenen grondig worden herzien. De sociaal-economische redenen hebben van doen met de overgang van de industriële naar de diensteneconomie die een meer flexibele arbeidsmarkt behoeft, met de vergrijzing van de bevolking waardoor de arbeidsparticipatie van iedereen die kan werken noodzakelijk is en met de toenemende internationale concurrentie. Maar ook sociaal-culturele processen en opvattingen over de taak van de overheid hebben de verzorgingsstaat onder druk gezet. Sinds de jaren tachtig wordt voortdurend benadrukt dat de voorzieningen die de overheid biedt niet tegemoet komen aan de verwachtingen en behoeften van de geëmancipeerde en steeds diverser wordende bevolking, dat de professionals in de publieke sector te paternalistisch zijn ten opzichte van hun cliënten, dat burgers te weinig keuze hebben, te afhankelijk zijn geworden van overheidszorg, te calculerend met voorzieningen omgaan, beter besef hebben van hun rechten dan van hun plichten en zich teveel laten pampieren. En daarmee vat ik dan heel oneerbiedig in een zin samen wat de laatste twintig jaar is geschreven is door Foucault, Illich, Achterhuis, Van Doorn, Adriaansens en Zijdeveld, Engbersen en vele anderen die ik ongenoemd laat omdat ze vandaag toch niet aanwezig zijn.

Zo divers als de commentaren op de verzorgingsstaat zijn, zo divers zijn ook de pleidooien voor herziening ervan. De Deense socioloog Esping-Andersen stelt in zijn advies ten behoeve van de Lissabon-conferentie van de Europese Unie: “De hervorming van de Europese verzorgingsinspanningen voor de komende eeuw impliceert een *ander regime*, ofwel een zodanige reorganisatie van de bijdragen aan het welzijn van de markt, het gezin en de staat dat de mix beter overeenstemt met onze algehele doelstelling van een eerlijker en

efficiënter sociaal stelsel.” (2000: 221). Over dat andere regime zegt hij: “Anders dan voorheen staan de ‘nieuwe’ gezinnen (.....) voor een nieuwe en moeilijke keuze tussen werk en gezinsverplichtingen; een keuze die beter kan worden opgelost via de beschikbaarheid van diensten dan door de instandhouding van het traditionele inkomensvangnet.” (2000: 220) Esping-Andersen mag dan hetzelfde pleidooi houden als collega Adriaansens al in 1989 vanaf deze plek hield (Adriaansens, 1989), dat betekent nog niet dat ze hun gelijk krijgen. Wel zijn nagenoeg alle deskundigen het erover eens dat verhoging van de arbeidsparticipatie een *conditio sine qua non* is voor het opvangen van de gevolgen van de vergrijzing en ontgroening en dat daarmee tevens voorkomen wordt dat velen uitgesloten worden van maatschappelijke participatie. Maar er gaapt een kloof tussen degenen die de overheid verantwoordelijk houden voor de beschikbaarheid van diensten die moeten bijdragen aan het individueel en sociaal welzijn en degenen die privatisering van deze verantwoordelijkheid bepleiten.

In dit uur zal ik deze kwestie niet oplossen. Wel wil ik de tendens tot privatisering van de middelen die de individuele vrijheid moeten garanderen nader belichten. Ik zal daarbij een onderscheid maken tussen individualisering en privatisering. Beide begrippen hebben betrekking op de ontwikkeling in de richting van individuele economische verantwoordelijkheid, maar terwijl individualisering betrekking heeft op relaties tussen partners, ouders en kinderen en tussen verwanten, betreft privatisering de relatie tussen burgers en staat. Individualisering zou moeten leiden tot onafhankelijkheid ten opzichte van gezins- en familierelaties, privatisering daarentegen moet leiden tot onafhankelijkheid ten opzichte van de staat. Aan de hand van deze processen zal ik de onderzoeksthema's de revue laten passeren waaraan wij nu en in de toekomst aandacht besteden. Ik zal uiteenzetten dat we de sociale zekerheid individualiseren en de dienstverlening op het terrein van zorg en welzijn privatiseren. Ik zal me afvragen wat daarvan mogelijk de consequenties zijn voor de arbeidsparticipatie en voor de relaties tussen zorgverleners en zorgontvangers en afsluiten met enige beschouwingen over het prijzen van de zorg.

Individualisering van levenslooprisico's

De afgelopen jaren zijn veel, op zichzelf niet zo opzienbarende, veranderingen in sociale zekerheidsregelingen doorgevoerd, die samen echter tot een systeemwijziging leiden. In een aantal continentaal Europese landen neemt de omvang van het gegarandeerde, inkomensgerelateerde deel van de sociale zekerheid af en neemt het deel dat aan een middelentoets (op huishoudensbasis) onderworpen wordt toe (Saraceno, 2004; Seeleib-Kaiser, 2004). In ons land zien we dat terug in de wijzigingen in de Werkloosheidswet en de voorstellen voor de herziening van de WAO. Ook in de Algemene NabestaandenWet (ANW) en de AOW is het principe van een aanvullende uitkering opgenomen. Dat betekent dat het traditionele kostwinnersmodel aan het verdwijnen is. Het mannelijk kostwinnerschap is steeds minder vaak een reden om het inkomen van werkloze of arbeidsongeschikte werknemers collectief te waarborgen. Het belang van het inkomen van de partner bij de bepaling van het recht op een uitkering neemt toe. Ook is het moederschap steeds minder een geldig argument om vrouwen een uitkering als moeder, weduwe of oudere vrouw, toe te kennen. Zij wordt geacht zelf in haar levensonderhoud te voorzien. Het sociale zekerheidssysteem is dus in toenemende mate gebaseerd op seksegelijkheid volgens het model dat Lewis (2004) het 'adult worker model' noemt. Een goede Nederlandse vertaling daarvan lijkt mij 'het geïndividualiseerd kostwinnerschap'.

Hoewel de financiële afhankelijkheid van vrouwen hierdoor wellicht afneemt, neemt, hoe paradoxaal dit ook moge klinken, de wederzijdse financiële afhankelijkheid van partners hierdoor juist toe (Saraceno, 2004). Mannen zijn bij werkloosheid of ziekte eerder dan voorheen aangewezen op het inkomen van hun partner en huisvrouwen kunnen minder vaak dan voorheen aanspraak maken op een uitkering als hun man overlijdt, weglooft of pensioneert. Zelf de benen nemen is ook een stuk moeilijker geworden. We kunnen ons dan ook afvragen of de daling van het aantal echtscheidingen aan het eind van de jaren '90 werkelijk te wijten is aan de economische opleving in die jaren, zoals Jan Latten van het CBS beweert. Misschien moet die daling wel geweten worden aan de Nieuwe Algemene Bijstandswet die ertoe leidt dat vrouwen liever gehuwd blijven nu hen na scheiding de arbeidsplicht wacht.

Daarmee zijn we terug bij de alleenstaande moeders in de bijstand, die niet alleen als eersten te maken kregen met het geïndividualiseerd kostwinnerschap, maar ook met het privatiseren van wat we 'levenslooprisico's' noemen. Ongehuwde en gescheiden moeders kunnen sinds de jaren '90 niet meer rekenen op maatschappelijke solidariteit; alleenstaand moederschap is een 'persoonlijk risico' geworden. Dit keer niet omdat we deze moeders als

‘gevallen vrouwen’ beschouwen, dat begrip kennen we tegenwoordig immers alleen nog in zijn letterlijke betekenis (Van Wel, 1992), maar omdat we nu uitgaan van gelijkheid tussen de seksen en dus van economische zelfstandigheid van iedere burger; man en vrouw. Ook het krijgen van kinderen wordt in toenemende mate als een ‘persoonlijk risico’ beschouwd. In het huidige kabinetsvoorstel voor de levensloopregeling (Bovenberg, 2003) wordt de combinatie van gelijkheid tussen de seksen en het persoonlijk risico als uitgangspunt genomen, met wel heel bizarre, (onbedoelde?) gevolgen. Deze regeling, die gepresenteerd wordt als een vereenvoudiging van de mogelijkheden om tijdelijk verlof op te nemen voor scholing, zorg of ‘om even bij te komen’, dreigt de collectieve solidariteit te reduceren. Met een collectieve regeling voor ouderschapsverlof zouden we uitdrukken dat we belang hechten aan het krijgen en verzorgen van kinderen, zegt Janneke Plantenga terecht. Daarentegen klinkt in de huidige kabinetsvoorstellen de stem van Midas Dekkers door: kinderen zijn lastige dingen die misschien hoogstens hun ouders plezieren. Door het zorgen voor kinderen in het geïndividualiseerde deel van de levensloopregeling op te nemen, zal degene die gespaarde tijd opneemt om voor de kinderen te zorgen, deze tijd niet kunnen gebruiken om eerder met pensioen te gaan. Ik zou niet graag over een tiental jaren de vrouwen de kost geven die er te laat achter komen dat hun man jaren eerder met pensioen kan gaan dan zijzelf. Om te voorkomen dat dan beweerd wordt dat dat haar eigen keuze is geweest, is dringend een postbus 51 campagne nodig die jonge vrouwen op deze consequentie wijst. Ik stel de volgende leuze voor:

*Ook de levensloopregeling zal niet verhinderen,
dat zorgen voor kinderen
je pensioen zal verminderen.*

Effecten van het geïndividualiseerd kostwinnerschap

Wat zijn de gevolgen van de individualisering van het kostwinnerschap en de privatisering van levenslooprisico's? Eigenlijk is het nog te vroeg om daar iets over te zeggen, zulke systeemwijzigingen hebben pas op lange termijn gevolgen. Beoogd wordt in ieder geval om de arbeidsparticipatie van huisvrouwen te vergroten. Laten we nog maar eens teruggaan naar de alleenstaande moeders in de bijstand waarvan ten tijde van ons onderzoek 60% was vrijgesteld van de volledige arbeidsplicht. Als we de recente cijfers bekijken dan blijkt dat vanaf 1995, het jaar waarin de wet werd ingevoerd, tot het jaar 2000 het aantal werkende alleenstaande moeders spectaculair is toegenomen, namelijk van 37% naar 54%. Dat lijkt een

groot succes dat de verantwoordelijke politici natuurlijk graag toeschrijven aan de wetswijziging. Wij betwijfelen of dat terecht is, want in diezelfde periode is ook de arbeidsparticipatie van gehuwde en samenwonende moeders, op wie de ABW helemaal niet van toepassing was, toegenomen, en wel in precies dezelfde omvang, namelijk van 38% naar 57% (Knijn & Van Berkel, 2003). Zeer waarschijnlijk hebben de moeders die toch al werk zochten gebruik gemaakt van de aantrekkende arbeidsmarkt in de bloeiende economie van de jaren negentig, waardoor er veel werk ontstond in de diensteneconomie. Daar was geen wetswijziging voor nodig geweest.

Internationaal vergelijkend onderzoek laat zien dat het Nederlandse ‘activeringsbeleid’ (Van Berkel & Hornemann Moller, 2002) ten opzichte van alleenstaande moeders enigzins afwijkt van het beleid in andere landen. In Noorwegen en Engeland zet men veel kleinere stapjes en wordt er veel meer dan bij ons in de voorbereiding van de arbeidsparticipatie geïnvesteerd (Skevik, 2002; Millar & Evans, 2003). Het Nederlands beleid lijkt nog het meest op dat van de Verenigde Staten, inclusief de vergoeding voor de kinderopvang en de belastingaftrek voor werkende alleenstaande ouders (Greenberg, 2003). Een belangrijk verschil is wel dat het aantal ‘working poor’ in de VS snel is toegenomen, terwijl in Nederland dankzij de toenemende arbeidsparticipatie de armoede onder alleenstaande oudergezinnen juist afnam. Millar en Evans (2003) komen in een evaluatie van de beleidswijzigingen in de Verenigde Staten, Engeland, Noorwegen, Nieuw Zeeland en Nederland tot de conclusie dat een combinatie van beleidsmaatregelen die allemaal dezelfde richting uitwerken het meest effectief is; de grootste uitstroom uit de bijstand wordt gerealiseerd door een combinatie van hulp bij het vinden van werk, toegang tot relevante opleidingen, belastingaftrek en goede kinderopvang, onder de conditie dat er geschikte en permanente banen zijn. Dat klinkt als een open deur en dat is het ook. Mijn conclusie hieruit is dat er goede redenen zijn om veel systematischer dan tot nu toe is gebeurd internationaal te vergelijken welke rol elke afzonderlijke factor speelt in het verhogen van de arbeidsparticipatie en het gezinsinkomen van alleenstaande moeders.

Wat het effect van het beleid ook moge zijn, de assumpties ervan zijn duidelijk: de tijden van het tot voor kort zo geprezen fulltime moederschap zijn voorbij, tenminste voor degene die geen kostwinner meer bij de hand heeft. Maar dat betekent geenszins dat er een einde komt aan de familiale zorg voor kinderen. Op de eerste plaats zorgt nog steeds ruim 40% van de moeders, ongeacht hun burgerlijke staat, zelf volledig voor hun jonge en schoolgaande kinderen. Van de overige 60% werkt het overgrote deel parttime. Het inkomensrisico dat deze moeders nemen wordt groter naarmate het ‘geïndividualiseerd

kostwinnerschap' van grotere betekenis wordt in het sociale zekerheidsstelsel. Op de tweede plaats signaleren we dat de zorg verschuift van het kerngezin naar de 'extended family'. Bijna 60% van de buitenshuis werkende alleenstaande moeders bijvoorbeeld blijkt gebruik te maken van onbetaalde kinderopvang door de ex-partner (30%), familieleden (25%) en andere ouders, vrienden of bekenden (25%). De resterende 40% maakt gebruik van betaalde kinderopvang, maar het grootste deel daarvan bestaat uit ongesubsidieerde betaalde oppas aan huis (Van Wel & Knijn, 2000). De conclusie die we hieruit kunnen trekken is dat de reductie van maatschappelijke solidariteit (in dit geval met alleenstaande ouders) voor een belangrijk deel afhankelijk is van het goed functioneren van familiale solidariteit. Individualisering van het kostwinnerschap en privatisering van levenslooprisico's leiden tot re-familialisering.

Tenslotte hebben we, behalve met individualisering en privatisering ook te maken met decentralisering. Ook dit is een internationale tendens (Baldock & Evers, 1991). Er is al beweerd dat we met de opvolger van de nieuwe Algemene Bijstandswet, de Wet Werk en Bijstand die op 1 januari 2004 is ingevoerd, bijna terug zijn bij de Armenwet die in de jaren zestig is afgeschaft. De decentralisering brengt de solidariteit immers terug naar het lokale niveau, de beslissingsbevoegdheid en de financiële verantwoordelijkheden van gemeentes zijn hierdoor flink toegenomen. Het nationaal politieke niveau heeft hiermee haar verantwoordelijkheid maar ook haar zeggenschap afgestaan aan lagere overheden. Met de decentralisering van sociale voorzieningen ben ik aangeland bij zorg en welzijn, de huidige omschrijving van mijn leerstoel.

Zorg en welzijn

Enkele maanden geleden veranderde de naam van de dienst ‘welzijn’ van het ministerie van VWS in ‘maatschappelijke zorg’ (zie ook De Haan & Duyvendak, 2002). Een aantal collega’s bleek toen ogenblikkelijk bereid het begrip ‘welzijn’ naar haar laatste rustplaats te begeleiden. Onder de titel ‘Laten we welzijn’ werd er in de Balie flink gedebatteerd over de waarde van het begrip welzijn en vooral over de vraag of het welzijnswerk nog bijdraagt aan maatschappelijke samenhang, buurtcohesie en het welbevinden van kwetsbare burgers (Tijdschrift voor de Sociale Sector 12, 2003).

Omdat het begrip welzijn in de titel van mijn leerstoel is opgenomen, zal ik mij natuurlijk met hand en tand verzetten tegen het afschaffen ervan. Maar er is een belangrijker reden om het begrip welzijn te blijven gebruiken, en dat is dat het een uitkomstmaat, of tewel een afhankelijke variabele is. ‘Welzijn’ heeft betrekking op een stand van zaken; er *is* wel of geen welzijn bij het individu (welbevinden, of zelfs geluk) of in de samenleving (sociale cohesie, of maatschappelijk welzijn). Zorg daarentegen is per definitie een activiteit; zorgen *doe* je (of niet). We veronderstellen dat er een relatie bestaat tussen zorg en welzijn en wel zodanig dat zorg bijdraagt aan welzijn, en dat een tekort aan zorg of aan bepaalde vormen van zorg het welzijn ondermijnt. Om vast te kunnen stellen of dat zo is moeten eerst beide begrippen omschreven worden.

Zorg kan worden omschreven als ‘activiteiten ten behoeve van de emotionele, sociale, fysieke en psychische behoeften van anderen die vervuld kunnen worden op basis van contracten, betaald of onbetaald, op basis van sociale normen en claims of op basis van reciprociteit’ (Knijn & Kremer, 1997). Deze omschrijving omvat allerlei varianten van zorg. We kunnen een onderscheid maken naar 1. de aard van de zorg (instrumenteel, fysiek, emotioneel of sociaal), 2. de aard van de zorgrelatie (professioneel, zakelijk, familiaal), 3. de voorwaarden voor zorgverlening (betaald, onbetaald, informeel of formeel) 4. de kwaliteit van de zorg, en 5. de status van de zorgontvanger in relatie tot die van de zorgverlener (zorgwerk of persoonlijke dienstverlening) (Ungerson, 2000; Waerness, 1984; Daly & Lewis, 1998). Een actuele kwestie, die ook door de al eerder aangehaalde Esping-Andersen wordt besproken naar aanleiding van de transformatie van de verzorgingsstaat, is of we de prijs van de zorg als een kostenpost of als een investering moeten zien. Ik kom daar op terug.

Welzijn definiëren we op verschillende niveau’s (Van Wel & Hortulanus, 2002). Op het individuele niveau gaat het vooral om persoonlijk welbevinden. Met Sen (1992) en Korpi (2000) leg ik daarbij de nadruk op de individuele bekwaamheden die nodig zijn om goed te kunnen functioneren. Goed functioneren is bepalend voor iemand’s welzijn. Elementaire

voorwaarden voor het goed kunnen functioneren en daarmee voor welzijn, zijn volgens Sen: “Being adequately nourished, being in good health, avoiding escapable morbidity and premature mortality etc, to more complex achievements as being happy, having self-respect, taking part in the life of the community, and so on.” (1992: 39). Naast de materiële levensvoorwaarden als inkomen, opleiding en huisvesting moeten we dus ook de immateriële aspecten van het bestaan in beschouwing nemen als het over welzijn gaat. Het tweede niveau van welzijn betreft het meso niveau; de directe leefomgeving van individuen en sociale groepen, bijvoorbeeld gemeten via buurttevredenheid en sociale samenhang in de buurt. Op macroniveau staat welzijn voor de samenhang en sociale cohesie op het niveau van de samenleving als geheel. Levitas (1998) onderscheidt verschillende welzijnsbenaderingen naar de doelstellingen die ze aanleggen. Ze spreekt van een herverdelingsbenadering, waarbij de nadruk ligt op burgerschap in brede zin; een sociale integratiebenadering waarin de nadruk ligt op activering via betaalde arbeid, en een sociale uitsluitingsbenadering die zich alleen richt op gemarginaliseerden. Ook hier gaat het om de prijs van welzijn: investeringen in sociaal burgerschap zijn veel omvangrijker dan investeringen die alleen gericht zijn op degenen die uit de boot zijn gevallen.

De grenzen tussen het georganiseerde zorg- en welzijnswerk zijn dun. Jeugdzorg, ouderenzorg en kinderopvang worden al benoemd als domeinen van welzijn en benamingen als ‘zorg voor de buurt’ en ‘verslaafdenzorg’ duiden erop dat welzijnswerk in toenemende samenvalt met zorgverlening.

De relatie tussen zorg en welzijn

De causale relatie tussen zorg en welzijn kunnen we als volgt formuleren: dragen welzijnswerk, jeugdzorg, ouderenzorg, maatschappelijk werk, kinderopvang of psychotherapie bij aan het welzijn van de beoogde doelgroep? Er zijn tenminste vier factoren die dat kunnen belemmeren. Ten eerste is bij zorg altijd macht in het spel. Sinds de jaren zeventig kunnen we niet meer ongevoelig zijn voor het disciplineringsvertoog. Van Lieshout (1995) herinnerde ons er aan dat zorg en macht zodanig verbonden zijn dat het ontvangen van zorg niet altijd bevorderlijk is voor het welzijn. Op ‘zorg voor je eigen bestwil’ zit niet iedereen te wachten. Het paternalistisch karakter van zorg- en welzijnsprofessionals is uitvoerig becommentarieerd, en ook maternalistische zorgoverdaad doet velen gruwen. In het onderzoek naar de vraag welke zorgverhouding nu wel of niet bijdraagt aan individueel en collectief welzijn moeten we altijd de machtsvraag stellen.

Op de tweede plaats, en daarmee samenhangend, kan zorg ongewenste afhankelijkheid veroorzaken. Dat wil niet zeggen dat afhankelijkheid per definitie niet in orde is. Als ik ziek ben maak ik me juist graag afhankelijk van degene die goed voor me zorgt. Maar er zijn vormen van afhankelijkheid die afbreuk doen aan het individueel en zelfs aan het collectief welzijn. Paradoxaal genoeg worden die soms onder het mom van het bevorderen van individuele autonomie en onafhankelijkheid ingevoerd.

Ten derde is een causale relatie tussen zorg en welzijn niet vanzelfsprekend vanwege het feit dat bij zorg tenminste twee partijen betrokken zijn; zorgontvangers en zorgverleners. Vormen van zorg kunnen goed zijn voor zorgontvangers maar nauwelijks bijdragen aan het welzijn van zorgverleners en vice versa. Bovendien zijn zorgverleners soms zelf zorgontvangers, zoals Nievers (2002) in haar proefschrift over de relatie tussen ouders en hun oppas constateerde. Soms worden zorgverleners zelf afhankelijk van zorg omdat de zorg hen teveel wordt, bijvoorbeeld als er langdurig mantelzorg verleend moet worden (Timmermans, 2003). Het potentieel tegenstrijdige belang tussen zorgontvangers en zorgverleners is een onderwerp op zich.

Ten vierde moeten we er oog voor hebben dat zorg niet altijd gericht is op het behoud van of het verbeteren van welzijn. Het gemak waarmee soms over het belang van kwaliteitsbeleid in de kinderopvang heen wordt gestapt, laat zien dat wanneer zorg louter beschouwd wordt als voorwaarde voor arbeidsparticipatie van moeders, de prijs van de zorg kan gaan prevaleren boven de kwaliteit van de zorg. Welzijn is dan de grote afwezige.

Laat me nu de tussenstand opmaken: ik heb tot nu toe beweerd dat er op het terrein van de sociale zekerheid sprake is van een trend naar geïndividualiseerd kostwinnerschap, van privatisering van levenslooprisico's en van decentralisatie van solidariteit. Ook heb ik vastgesteld dat zorg kan bijdragen aan individueel en maatschappelijk welzijn maar dat dit niet vanzelfsprekend is, en voor een belangrijk deel afhangt van de aard van de zorgrelatie, de voorwaarden waaronder zorg verleend wordt, en tevens vanuit twee kanten bekeken moet worden: vanuit de positie van de zorgontvanger en vanuit die van de zorgverlener. Als de prijs van de zorg in morele en/of monetaire zin te hoog is kan zorg 'substandard' worden (Bettio & Preschal, 1998) en afbreuk doen aan welzijn.

Privatisering van de dienstverlening en de culturele factor

Het privatiseren van voorzieningen is de tweede grote systeemverandering die op dit moment gaande is. Het gaat hier om het overhevelen naar marktpartijen, gezinnen of individuele burgers van voorzieningen die voorheen door de overheid of door onder haar toezicht staande organisaties werden aangeboden. Voor zulke voorzieningen worden weliswaar collectieve middelen aangewend, bijvoorbeeld via vouchers, belastingheffingen of persoonsgebonden subsidies, maar die worden nu gebruikt om de private sector te ondersteunen. Gilbert (2002) onderscheidt vier mechanismen waarmee de overheid privatisering ontwikkelt en stimuleert:

1. Het beschikbaar stellen van belastinggelden voor private activiteiten, zoals in de kinderopvang in Nederland, Zweden en Finland waarnemen (Szeleby, 1998).
2. Het reguleren en mandateren van particulier aangeboden diensten via toezichthouders.
3. Het uitbesteden van publieke diensten, bijvoorbeeld van reïntegratieprojecten voor uitkeringsgerechtigden, aan particuliere bedrijven.
4. Het alloceren van financiële middelen of vouchers ten behoeve van particulier aangeboden diensten, zoals het Persoonsgebonden Budget of de 'rugzakjes' voor kinderen die speciaal onderwijs nodig hebben.

Privatiseren beoogt burgers een grotere keuzevrijheid te geven bij het afnemen van diensten en voorzieningen door private partijen zorg en welzijn te laten aanbieden, onder toezicht van de overheid. Dat is niet alleen een kwestie van het verschuiven van institutionele verantwoordelijkheden, maar brengt ook een cultuuromslag mee.

Vaak wordt gedacht dat beleidsonderzoek alleen aandacht heeft voor de institutionele kaders van de verzorgingsstaat. Dat is een vergissing. Beleidsonderzoek kan niet zonder de culturele factor. Die culturele factor van het sociaal beleid kunnen we op drie manieren benaderen: de eerste daarvan presenteerde Van Oorschot (2003) in zijn oratie. Hij sprak van een tweezijdige relatie tussen cultuur en beleid. Enerzijds zijn waarden, normen en opvattingen die onder de bevolking leven bron van inspiratie voor het beleid. Ontevredenheid over de publieke dienstverlening, opvattingen over emancipatie en intergenerationele steun, over uitkeringsfraude, gezond gedrag of de multiculturele samenleving inspireren beleidsmakers en sociale partners tot herbezinning op regelingen en wetten. Anderzijds gaat van beleid culturele effecten uit. Het arbeidsethos, de huwelijkse moraal, de onderlinge hulpvaardigheid zijn mede richting gegeven door het sociaal beleid. Voor beide benaderingen vindt hij voldoende steun in internationaal vergelijkend onderzoek, hoewel het ingewikkeld is een causale relatie tussen cultuur en beleid vast te stellen (De Graaf, 2003).

Beleidsmakers maken nu eenmaal hun eigen selectie uit de opvattingen die onder de

bevolking leven, omdat ze er zelf bepaalde opvattingen op na houden en omdat met bepaalde opvattingen nu eenmaal meer electoraal succes te behalen is dan met andere.

In de benadering van Hemerijck (2003) wordt hiermee rekening gehouden. Hij presenteert vier kernvragen voor het onderzoek naar beleidseffecten, namelijk ‘werkt het’, ‘past het’, ‘mag het’ en ‘hoort het’. Om effect te hebben moet beleid voldoen aan alle vier kwaliteitsmaatstaven; het moet instrumenteel doelmatig, slagvaardig, constitutioneel rechtmatig en tenslotte maatschappelijk aanvaardbaar zijn. Die laatste factor is de culturele. Als we deze criteria toepassen op de invoering van de bijstandswet ten aanzien van de alleenstaande moeders, kunnen we concluderen dat weliswaar aan het criterium ‘mag het’ was voldaan, maar dat het beleid faalde omdat het nauwelijks doelmatig was, allesbehalve slagvaardig en omdat slechts een minderheid van de doelgroep en de betrokken professionals het maatschappelijk aanvaardbaar achtte.

Een derde, cultuursociologische, benadering is die van Zijderveld (1983, 1987). Deze stelt dat de cultuur, dat wil zeggen waarden-, normen- en betekenissystemen, zich laat kennen door middel van de sociale instituties waartoe ze behoren. In de aard van de instituties herkennen we wat de patronen van waarden, denken, voelen en doen, dat wil zeggen de collectieve, historisch gegroeide opvattingen, zijn volgens welke we ons leven en de samenleving inrichten. Carla Verheijen en ik hebben deze benadering gevolgd om te kunnen begrijpen hoe veranderende opvattingen over de identiteit van vrouwen de beleving van het moederschap en het welbevinden van moeders beïnvloeden (Knijn & Verheijen, 1988). In haar binnenkort af te ronden proefschrift zal Monique Kremer laten zien dat een crossnationale vergelijking van zorgidealen inzicht biedt in de internationale verschillen in sociaal beleid ten aanzien van werken en zorgen (zie ook Kremer, 2002). In wat volgt zal ik deze benadering ook hanteren om de sociaal-culturele implicaties van de institutionele verschuivingen in de sociale dienstverlening theoretisch te begrijpen. Daarbij streef ik er naar deze te integreren in de empirische vragen die door Van Oorschot en Hemerijck zijn gesteld.

Vier logica's en een budget

Enige jaren geleden introduceerde ik een theoretisch model waarin vier zorgaanbieders worden onderscheiden (Knijn, 2000). Mijn vierdeling wijkt enigzins af van de gebruikelijke indeling van zorgaanbieders. Van de indeling die in social policy studies gebruikelijk is wijk ik af omdat ik aan de drie instituties van de 'welfare mix', namelijk de staat, de markt en de familie, die van de uitvoerenden op het domein van zorg en welzijn, de professionals, toevoeg. En anders dan Freidson (2001) die de staat, de markt en de professionals als aanbieders onderscheidt, beschouw ik ook de familie als zorgaanbieder. Ik begrijp dat ik moet verklaren, zeker in Nederland, en al helemaal in aanwezigheid van een van mijn promotoren, collega Zijderveld, waarom ik het middenveld als aanbieder weglaat.

Daarvoor levert Anheier (2001) goede argumenten. Hij stelt dat het specifieke karakter van de voorheen corporatistische non-profit organisaties op het terrein van zorg en welzijn verdwenen is. Ze zijn sinds de jaren zeventig in de greep van de bureaucratische overheidscontrole gekomen en kunnen dus als onderdeel van de overheid worden beschouwd. Voorzover ze daartoe niet gerekend kunnen worden, zijn ze getransformeerd tot particuliere ondernemingen. Zelfs in de corporatistische Europese landen zijn er nog maar weinig organisaties in het middenveld die zich op uitgesproken politiek-ideologische of confessionele waarden beroepen en zo verdwijnt de noodzaak ze een eigen karakter toe te kennen.

We houden dus vier aanbieders van zorg en welzijn over: de staat, de markt, de professionals en de familie. Deze aanbieders kunnen we ideaaltypisch (Weber, 1964/ 1913) beschouwen als instituties die hun eigen principes kennen die betrekking hebben op:

1. de identiteit van de zorgaanbieder.
2. de identiteit van de zorgontvanger.
3. de verhouding tussen zorgontvanger en zorgaanbieder.
4. de principes van vraag en aanbod.

Ik gebruik voor de verzameling van deze principes, waarden, normen en opvattingen het begrip 'zorglogica'. Daarmee beweer ik dat de aan de instituties verbonden waarden en normen zich niet laten opsluiten binnen die institutie; ze vormen een zelfstandig cluster van sociaal-culturele opvattingen die buiten hun institutie kunnen treden en zich aan andere instituties kunnen hechten.

Een voorbeeld daarvan vinden we in *The Time Bind* van Arlie Hochschild (1997). In haar onderzoek naar het drukke leven van Amerikaanse werknemers stuitte zij op een vreemd verschijnsel. Allerlei waarden en normen die eigenlijk thuishoren bij het gezinsleven maken tegenwoordig onderdeel uit van de werkcultuur: de werkplek wordt door collega's ervaren als

een plaats voor persoonlijke contacten en vriendschappen, voor het opvangen van persoonlijke problemen en zelfs brengt men de vrije tijd graag met elkaar door en zorgt men voor elkaar's kinderen tijdens werktijd. Het gezinsleven daarentegen wordt door werknemers in toenemende mate gemeden; daar is het te druk, worden afspraken over roosters gemaakt en leeft men volgens agenda's en briefjes met aanwijzingen voor elkaar. Hochschild concludeert: “ [...] we find some evidence that a cultural reversal of workplace and home is present at least as a theme. Unsurprisingly, more people [...] agreed that home felt like work than that work felt like home. Still, only to half of them was home a main source of relaxation or security. For many, work seemed to function as a back up system to a destabilizing family.”(1997: 201)

Mijn aanname is nu dat problemen in het domein van zorg en welzijn voortkomen uit het feit dat de verhouding tussen de vier onderscheiden aanbieders van zorg en welzijn, de staat, de professionals, de familie en de markt, danig in beweging zijn, maar dat het in het transformatieproces van de verzorgingsstaat (nog) niet erg lukt om een harmonieuze verhouding te ontwikkelen waarin de sterke kanten van elk van de aanbieders tot hun recht komen. In zijn dit jaar af te ronden proefschrift over strijdende zorglogica's in de thuiszorg zal Stijn Verhagen deze stelling theoretisch onderbouwen en empirisch toetsen. Die harmonieuze relatie wordt belemmerd, zo zal ik beweren, doordat één logica, namelijk die van de markt, te dominant is geworden en daarmee de culturele grondslag van de andere drie ontregelt. Ik beperk me hier tot een beschrijving van de zorglogica's en zal de privatisering van de dienstverlening illustreren aan de hand van het Persoonsgebonden Budget. Laat me u meenemen naar de staat, de professionals, de familie en tenslotte gaan we naar de markt.

De zorglogica van de staat

U herinnert zich misschien nog dat enige tijd geleden het voormalig CDA parlementslid Hillen voorstelde om de rollator niet langer gratis via de AWBZ te verstrekken. Dat voorstel verdween even snel van tafel als het erop gekomen was. Op dezelfde wijze verging het een voorstel van staatssecretaris Ross om het verblijf van partners van zorgafhankelijke ouderen die opgenomen moesten worden in een verzorgingshuis, niet langer uit de AWBZ te vergoeden. Deze voorbeelden haal ik niet aan om de zin of onzin ervan te bespreken, maar om de zorglogica van de staat te demonstreren. Volgens de logica van de staat zijn zorgontvangers *burgers* die rechten, plichten en behoeften hebben. Ten opzichte van die burgers heeft de staat de opdracht beslissingen te nemen over de verdeling van de altijd schaarse middelen. Via de allocatie van diensten en voorzieningen ondersteunt de overheid

haar burgers om volwaardig aan de samenleving deel te nemen, om zelfredzaam te zijn en hun mogelijkheden tot ontwikkeling. De staat als zorgaanbieder ziet primair toe op de omvang, verdeling, toegankelijkheid en kwaliteit van voorzieningen.

Volgens Fraser (1990) is het debat over behoeften het belangrijkste politieke discours van een verzorgingsstaat omdat deze samenhangt met de wijze waarop voorzieningen en diensten worden verdeeld en gefinancierd. Het is onvermijdelijk dat daarbij normatieve criteria worden gehanteerd die bepalen wat gerechtvaardigde behoeften zijn en in welke behoeften burgers zelf moeten voorzien. Met het oog op toekomstige demografische problemen en vanwege de toenemende materiële belemmeringen voor gezinsvorming die onze jongeren ervaren, had Hillen bijvoorbeeld ook kunnen voorstellen om een kindervergoeding in te voeren en zowel de vergoeding voor de rollator als die voor de kindervergoeding inkomensafhankelijk te maken.

Als de criteria voor het aanbod van zorg en welzijn eenmaal zijn vastgesteld, stelt de logica van de staat dat deze volgens de principes van de bureaucratische administratie worden uitgevoerd, en dat geeft houvast. De collectieve sector die de aanbieder is van de publieke diensten is gebaseerd op de principes van *rechtvaardigheid, onpersoonlijkheid en gelijkwaardigheid* (Weber, 1964/1913; Osterle, 2001; Freidson, 2001). De zorglogica van de overheid gebiedt dat burgers er, ideaaltypisch, vanuit kunnen gaan dat zij rechtvaardig en eerlijk, volgens gestandaardiseerde procedures, zonder onderscheid des persoons en volgens te controleren regels behandeld worden. Dat kunnen we, ondanks alle commentaren op de bureaucratische overheid, als het voordeel van deze logica benoemen. Binnen de logica van de staat zijn cliëntelisme, persoonlijke voorkeur en subjectivisme uitgesloten. Als dat in de praktijk wel voorkomt (en we weten dat dat bij voortdurend zo is), dan zijn er wettelijke en juridische mogelijkheden om dat te bestrijden. Het nadeel van de staat als aanbieder van zorg en welzijn kennen we ondertussen ook; het uitvoeringsapparaat is te log om te kunnen anticiperen op veranderingen in maatschappelijke behoeften, of heeft, juist omdat deze aangestuurd wordt door de politiek, voortdurend de neiging tot beleidsveranderingen zonder dat daar een maatschappelijk aanwijsbare reden voor is. Logheid en veranderdrift kenmerken de logica van de overheid.

De overheid is echter meer dan zorgaanbieder, ze regelt ook de verantwoordelijkheden van de drie andere zorgaanbieders, de professionals, de familie en de markt. Daarmee neemt ze een unieke positie in tussen de drie andere institutionele zorgkaders. In tegenstelling tot meer centralistische landen als Frankrijk, Engeland en de Scandinavische landen, verzorgde de Nederlandse overheid niet altijd zelf de uitvoering van voorzieningen. De pogingen, in de

jaren zeventig, om via centralisering greep te krijgen op de publiek gefinancierde zorg en welzijnsvoorzieningen bleken niet erg succesvol en vormen de basis voor de hoge verwachtingen die de Nederlandse maar ook veel andere Europese overheden nu koesteren van privatisering en decentralisering.

De invoering van het Persoonsgebonden Budget is hier een voorbeeld van. Onder de verzamelnamen ‘Cash Benefits’ of ‘Payments for Care’ zijn in veel Europese landen varianten van het persoonsgebonden budgetsysteem ingevoerd. De Britten waren voorlopers met hun Invalid Care Allowance (Evers et al., 1994; Ungerson, 2000) maar al snel volgden Ierland, Luxemburg, Frankrijk, Duitsland en Oostenrijk (Lewis, 1998). Het aantal budgethouders neemt in Nederland snel toe; van 5.400 in 1996 naar bijna 37.000 in 2001, terwijl de groei in 2002 44% bedroeg en het ministerie opnieuw een stijgende vraag signaleert voor de eerste maanden van 2004 (Task Force Aanpak Wachtlijsten, 2002; Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004). Met het Persoonsgebonden Budget hopen overheden enerzijds tegemoet te komen aan de behoefte aan keuzevrijheid van cliënten, anderzijds wil men op deze wijze de zorg goedkoper maken door substitutie van dure door goedkopere zorg en door het invoeren van marktprincipes. De regering zegt het als volgt: “Anders dan bij de zorg in natura hoeft de zorg niet door een toegelaten instelling te worden verleend. De verzekerde aan wie een persoonsgebonden budget (PGB) wordt verstrekt kan derhalve de geïndiceerde zorg ook inkopen bij een natuurlijke persoon of bij een rechtspersoon die of ander organisatorisch verband dat niet tot het verlenen van AWBZ-zorg is toegelaten. De verzekerde is kortom geheel vrij in zijn zorginkoop.” (Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004).

Vorig jaar signaleerde het Sociaal en Cultureel Planbureau bovendien dat de substitutie voorspoedig verloopt; het gebruik van het ziekenhuis neemt af, er is een verschuiving van klinische opname naar opname in dagverpleging en poliklinische zorg. Het aantal ziekenhuizen, bedden, opnamen en verpleegdagen neemt af, evenals de verpleegduur en de bezettingsgraad. Weliswaar neemt het aantal cliënten van verzorgingshuizen toe maar dat is vooral het gevolg van extramurale zorg; het aantal bewoners nam ook daar af terwijl het aantal klanten voor dagverzorging en thuiszorg toenam (Van Campen & Helsing-Wagenaar, 2003). Nog slechts een deel van de ‘verdwenen’ bewoners en beddenbezitters van ziekenhuizen, verpleegtehuizen en verzorgingstehuizen wordt professioneel begeleid. Wat betekent dat?

De zorglogica van professionals

Hoe professionals hun eigen logica onderscheiden van die van de overheid kunnen we lezen in een rapport van de KNMG over de toegankelijkheid van de zorg (KNMG, 2003). In dit rapport maakt de beroepsvereniging van medici een onderscheid tussen de politieke en de medische verantwoordelijkheid voor toegankelijkheid van zorg. De politieke taak moet volgens haar beperkt blijven tot het reguleren van *inkomenssolidariteit* en tot het betaalbaar houden van de zorg. De professionele taak is gebaseerd op een zorgplicht die haar gebiedt toegankelijkheid te garanderen op basis van *risicosolidariteit*, dat is de solidariteit die ervan uitgaat dat in een collectieve gezondheidszorg alle medische risico's verzekerd zijn. Op basis van de professionele logica wijzen de medici de door de overheid voorgestelde indicatie op basis van levensstijl af. De medici hanteren in dit rapport twee argumenten die de professionele logica kenmerken. Allereerst voeren ze *een wetenschappelijk gefundeerd argument* aan om vast te stellen dat criteria voor een levensstijlindicatie niet wetenschappelijk te onderbouwen zijn: epidemiologisch onderzoek kan niet gebruikt worden om te bepalen welke patiënten op basis van hun levensstijl wel en niet hun eigen gezondheidsproblemen hebben veroorzaakt. Van even groot belang is volgens mij dat de medici als professionals *een moreel argument* hanteren: ze betogen dat de leefstijlindicatie moreel verwerpelijk en fundamenteel in strijd is met hun zorgplicht.

De beroepsethiek van professionals impliceert dus een zorgplicht op basis waarvan men de toegang van cliënten met een medische behoefte tot noodzakelijke voorzieningen niet kan beperken. Durkheim (1992 [1890-1912]) kende professionals een nog veel omvangrijker morele taak toe. Hij constateerde dat tussen staat en burgers bemiddelaars nodig zijn, die enerzijds de staat behoeden voor tirannie en anderzijds de burgers bijhouden door hen de collectieve moraal voor te houden. Deze schone taak schreef Durkheim toe aan de professionals in dienst van de staat, zoals rechters, legerofficieren en artsen. Ik vermoed dat hij er geen bezwaar tegen zou hebben gehad als wij daar welzijnswerkers, maatschappelijk werkers, psychologen, bijstandsconsulenten en verpleegkundigen aan zouden toevoegen. Hij noemde hen de 'secundaire groepen' die de taak hebben op basis van beroepsmatige expertise het overheidsbeleid uit te voeren. Lipsky (1980) noemde hen later 'street level bureaucrats', om aan te geven dat het dienaren van de staat zijn die in nauw contact staan met de bevolking, wij noemen hen nu eerstelijns werkers.

Het belangrijke verschil tussen de zorglogica van de overheid en die van de professionals is dat professionals als aanbieders van zorg en welzijn niet met burgers maar met *cliënten en patiënten* (en met studenten, leerlingen etc.) te maken hebben, die zij niet als

categorie benaderen maar als concrete personen. De professionele zorglogica is directer en persoonlijker dan die van de overheid maar tegelijkertijd is afstand tussen professional en zorgafhankelijke geboden (Freidson, 2001). Training en opleiding moeten zowel afstand tot de cliënt als deskundigheid van de professional garanderen. Op basis van vakkennis worden diagnoses gesteld, leerplannen en methodieken ontwikkeld en behandelingen uitgevoerd. Professionals verrichten hun werkzaamheden ten behoeve van de door de overheidslogica vastgestelde categorieën van de bevolking die dat nodig hebben, maar ze hebben hun eigen discretionaire bevoegdheden. Zij hebben er verstand van, en dat vormt de basis voor hun bevoegdheid om de cliënten te begeleiden, patiënten te behandelen en studenten te onderwijzen zonder daarbij op de vingers gekeken te worden door ambtenaren en administrateurs. U begrijpt dat ik nog steeds vanuit een ideaaltypische kader spreek, de praktijk is weleens anders. Naarmate beroepsbeoefenaren er meer verstand van hebben en hoe beter zij zich als professionals kunnen profileren, hoe minder zij zich iets aan de overheidslogica gelegen hoeven te laten liggen en hoe meer discretionaire bevoegdheden zij hebben.

Nadelen kent de professionele zorglogica ook. Inherent aan de professionele logica is dat de men deuren graag gesloten houdt voor pottenkijkers, men legt niet graag verantwoording af (Freidson, 2001). Van Doorn (1978) heeft er bovendien op gewezen dat professionals nogal gretig zijn; ze ontdekken steeds nieuwe problemen waarvoor een beroepsmatige oplossing geboden kan worden, en waarvoor vervolgens aanvullende investeringen worden geclaimd: onderzoek en behandeling moeten immers voortgang vinden. Tenslotte moeten we er oog voor hebben dat professionals het inderdaad 'graag beter weten', paternalisme vindt gemakkelijk zijn weg in de per definitie ongelijke verhouding tussen een professional en haar cliënt.

Voor de professionele zorg betekent de invoering van het PGB op de eerste plaats concurrentie, en daarvoor is het ook bedoeld. Men zal moeten bewijzen dat professionele zorg kwalitatief beter is en in dat opzicht meerwaarde heeft maar ook dat men op prijsniveau kan concurreren. De vraag is dan natuurlijk vooral 'met wie concurreren professionals eigenlijk?' Hoewel we daar nu nog geen stellige uitspraken over kunnen doen is het onwaarschijnlijk dat de professionals in dienst van de semi-overheidsinstellingen veel concurrentie zullen ondervinden van professionals die voor private marktpartijen werken. Immers ook de commerciële thuiszorginstellingen moeten aan de regels voldoen en ook daar gelden prijsafspraken. Verbeteren van de huidige kwaliteit van de thuiszorg tegen de hiervoor afgesproken prijzen is nagenoeg onmogelijk. Veel waarschijnlijker is het dat de

beroepsbeoefenaren in de thuiszorg vooral concurrentie gaan ondervinden van leken, zeg maar ‘familieleden’.

De familiale zorglogica

De familiale zorglogica laat zich het best illustreren aan de hand van de volgende vragen. Stel uw partner heeft uw zorg hard nodig, bent u bereid die te geven en daarvoor uw werkzaamheden of uw vrije tijd in te leveren? U zegt ja. Blijft u ja zeggen als het uw kind betreft, of uw gescheiden vader die u al 15 jaar niet heeft gesproken? En wie komt het eerst aan de beurt: uw moeder, broer, nicht, of de vriendin van uw opa? Als ik nu formulieren uitdeel, beantwoorden jongeren mijn vragen dan anders dan ouderen? Mensen met kinderen anders dan mensen zonder kinderen? En de hamvraag: geven de mannen onder mijn gehoor andere antwoorden dan vrouwen? Duidelijker kan ik de familiale zorglogica niet illustreren.

De familie overtreft als zorgaanbieder alle andere aanbieders in ruime mate, maar absolute cijfers over de familiale zorg zijn niet voorhanden. Wij hopen daarin met de Netherlands Kinship Panel Study (zeg maar NKPS) waarvan de data binnen een maand beschikbaar zijn, te voorzien. Schattingen wijzen uit dat in Nederland gemiddeld tweederde van de langdurige zorg geleverd wordt door leden van het persoonlijk netwerk van de zorgbehoevende, terwijl de publieke sector 13% en de commerciële sector 11% voor hun rekening nemen (Osterle, 2001; SCP 2003). En dat betreft niet alleen vormen van lichte zorg. In een SCP rapport over mantelzorg wordt gesteld dat: “De tekorten in het aanbod van formele zorg door beroepsbeoefenaren en instellingen lijken in Nederland opgevangen te worden door informele zorgverlening. Volgens een recent onderzoek verleent naar schatting een kwart van de volwassen bevolking vrijwillig en onbetaald hulp bij het dagelijks functioneren aan ‘personen uit het sociale netwerk die – door welke oorzaak dan ook – vrij ernstige lichamelijke, verstandelijke of psychische beperkingen hebben.” (Timmermans, 2003). Binnen dat persoonlijk netwerk komt niet iedereen in gelijke mate voor zorg in aanmerking, zo lieten Komter en Vollebergh (2002) zien. Uit hun onderzoek naar informele solidariteit komt naar voren dat ouders en andere familieleden samen tweemaal zoveel hulp ontvangen als vrienden.

Ideaaltypisch gesproken is de familiale logica, in afwijking van de overheidslogica, persoonlijk en direct, en bovendien, in tegenstelling tot de professionele logica, subjectief. Familieleden worden in de zorg voor elkaar niet gehinderd door democratisch vastgestelde categorieën van zorgbehoevenden, noch door wetenschappelijk gefundeerde vakkennis. Familieleden zorgen dan ook niet voor burgers of cliënten maar voor *verwanten* volgens de

principes van reciprociteit, altruïsme of normatieve claims. Net als de overheid en de professionals maken ook familieleden categorisering van wie er al dan niet voor zorg in aanmerking komt en wiens welzijn al dan niet ondersteund moet worden, maar zij doen dat selectief op basis van normatieve criteria. De Canadese gezinssocioloog Cheal (2002) wijst er bijvoorbeeld op dat familieleden zelf vaststellen wie zij tot hun familie rekenen. Dat is geen recent fenomeen maar vanwege echtscheiding en seriële relatievorming wordt die vaststelling er niet eenvoudiger op. Ik verwacht dat de NKPS studie ons ook in dit opzicht nog vele verrassingen zal opleveren.

De vaststelling wie tot de familie gerekend wordt is een vorm van insluiting, en daarmee ook van uitsluiting. Wie uitgesloten wordt kan zorg wel vergeten. Maar ook degenen die ingesloten worden, worden niet in gelijke mate als zorgaanbieder of als zorgontvanger aangemerkt. De familiale zorglogica is allesbehalve spontaan of neutraal (Finch, 1989; Knijn & Komter 2004). De normatief gefundeerde selectie van wie voor wie zorgt is binnen de familie gebaseerd op opvattingen over de verhoudingen tussen de seksen en de generaties alsmede op het primaat van het kerngezin boven de rest van de familie. Deze opvattingen maar ook de familierelaties zelf zijn de laatste jaren zodanig op drift geraakt dat een duidelijk patroon van wie voor wie voor zorgt, of wie voor wie geacht wordt te zorgen niet meer vast te stellen is. Mannen zijn meer gaan zorgen (Spruijt & Duindam, 2002), voor hun kinderen, zieke partners en kleinkinderen, grootouders zorgen voor hun kleinkinderen en kunnen dat doen door vervroegde pensionering van de opa's en omdat de oma's nog behoren tot de reserve die we aan oudere huisvrouwen hebben. Maar het leeuwendeel van de familiale zorg voor ouderen wordt geleverd worden door vrouwen van middelbare leeftijd, veelal dochters en schoondochters, die in toenemende mate problemen krijgen met het combineren van deze zorg met hun werk en inkomensverlies leiden omdat ze vanwege de zorg een deel van hun baan moeten opzeggen (Timmermans, 2003; Van den Berg e.a., 2003).

Privatisering kan niet alleen negatieve gevolgen hebben voor het welzijn van mantelzorgers, het kan ook de bereidheid om te zorgen negatief beïnvloeden. Want ook al zullen velen waarderen dat hun familieleden voor hen of hun kinderen zorgen, en al zullen veel familieleden elkaar graag de helpende hand reiken, duidelijk is dat dit lang niet altijd op vrijwillige basis gebeurt. Familieonderzoekers wijzen er op dat de sociale en emotionele kwaliteit van familierelaties de laatste decennia kon toenemen omdat men steeds minder materieel en instrumenteel van elkaar afhankelijk was. De bereidheid om voor elkaar te zorgen is nu nog vooral gebaseerd op een gevoel van vrijwilligheid en mede daarom nog groot. Privatisering van de zorgplicht kan dit gevoel van vrijwilligheid, de bereidheid om te

zorgen en daarmee de kwaliteit van de familiale zorgrelatie onder druk zetten. In landen waar de familiale zorgplicht voor ouderen veel groter is dan bij ons zien we dat ouderen veel minder goede relaties met hun volwassen kinderen hebben dan in landen waar de familiale zorgplicht veel geringer is dan bij ons (Walker & Maltby, 1997). Hier is dus voorzichtigheid geboden. Nog afgezien van de praktische mogelijkheden daartoe, die beperkt worden door geografische afstand en arbeidsparticipatie van vrouwen, moeten we ook aandacht schenken aan wat een toenemende zorgplicht betekent voor de kwaliteit van de zorg, voor de zorgrelatie en voor de materiële positie en het welzijn van degene die die zorg verleent.

Het persoonsgebonden budget heeft op verschillende manieren betekenis voor de familiale zorglogica. Als onderdeel van het substitutieproces dat ik hierboven kort schetste representeert het de grotere nadruk op de familiale zorgplicht. De VWS beleidsnota *Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg* (2004) stelt in nog geen 50 bladzijden maar liefst 12 keer dat beoogd wordt ‘de eigen verantwoordelijkheid in de samenleving te vergroten’. Als uw moeder uit het ziekenhuis komt maar zichzelf nog niet kan redden en de kortdurende zorg uit de AWBZ is verdwenen, dan is de vraag wie zal zorgen, de uwe geworden. De andere kant van de medaille is dat uw moeder u nu wel kan betalen. U hoeft het in ieder geval niet meer voor niets te doen. Dat is een nieuw element, met het PGB wordt de familiale zorg vercommercialiseerd. Om maar heel concreet te worden: voor 12,70 per uur kan uw moeder u als alphahulp inhuren en voor 19,85 per uur kan ze u zelfs vragen uw huishouden te doen (Ministerie van VWS, 2004) . Dat herinnert ons aan de markt.

De zorglogica van de markt

In de jaren negentig begon de zorg- en welzijnsvoorziening in Nederland steeds meer op een Oost-Europese supermarkt te lijken. De klanten hadden wel geld om iets te kopen, hadden via premiebetaling ook gespaard om iets te kopen maar de schappen waren leeg of bevatten alleen nog potten met rode bieten, allemaal van hetzelfde merk. Schaarste kenmerkte aan het eind van de vorige eeuw niet alleen de voormalig communistische landen. Het verschil was dat zij genoeg zorg hadden en wij konden kiezen tussen veertig verschillende merken wasmiddelen. Dat moest veranderen, en de logica die daarvoor een oplossing moet bieden is die van de markt. Maar welke markt? Wordt het een markt die ons de mogelijkheid biedt om allemaal naar de Albert Heijn te gaan, of moet straks echt iedereen naar de Aldi? Of is zelfs dat geen optie en zullen we binnenkort weer, net als vroeger, zelfgebakken brood tegen eieren en zelfverbouwde rode bieten moeten ruilen?

De zorglogica van de markt heeft met die van de overheid gemeen dat ze onpersoonlijk is en met de familiale zorglogica deelt ze het private karakter; net als de familie is de markt niet aan democratische controle op de verdeling van de zorg onderhevig. De markt is evenals de staat een verdelingsmechanisme maar die verdeling is noch rechtvaardig, noch gebaseerd op categorisering van de bevolking noch op die van behoeften. Hier geldt geen gelijkheid, zorgplicht of reciprociteit maar vraag en aanbod; wie betalen kan koopt een dienst en wie het niet betalen kan heeft pech. Een vraag hoort bij markt, een behoefte bij overheid. Wel garandeert de markt vrije keuze en kunnen consumenten zelf op basis van informatie en vanwege de vrije concurrentie tussen aanbieders bepalen bij wie ze welk zorgproduct afnemen. Ze kunnen ook zelf beoordelen of de organisatie die hen een dienst verleent wel voldoende kwaliteit levert en via vergelijkend warenonderzoek kunnen ze afwegen welke prijs-kwaliteit verhouding hen het meest aanspreekt. U begrijpt dat ik nog steeds in ideaaltypische zin spreek. De overheid kan de markt reglementeren en aan afspraken binden, maar in principe is de markt een vrijplaats. Zorgontvangers verschijnen op de markt niet als burgers met rechten en plichten, niet als cliënten die op basis van een zorgplicht behandeld worden en niet als een familielid in nood, ze zijn *consumenten* en zorgaanbieders verschijnen alleen op de markt als ze met het aanbieden van die dienst een economisch rendabel bedrijf in stand kunnen houden. Sinds het plan Dekker in 1986 verscheen is er veel nagedacht over de invoering van marktprincipes in de zorg. Nu weten we dat de markt van zorg een loze belofte was; de aard van de zorgbehoefte maakt uitstel van de bevrediging van die behoefte vaak onmogelijk, een zorgvuldig verkenning van wat er te koop is, is vaak niet mogelijk. Bovendien zijn het niet de individuele zorgconsumenten die onderhandelen over prijs en kwaliteit maar hun collectieve verzekeraars die op basis van winstoogmerk opereren en ook kan aanbodmonopolie nauwelijks voorkomen worden. Efficiency is bovendien alleen te bereiken door aanzienlijke technische investeringen, de grenzen van de arbeidsproductiviteit van de professionals zijn immers allang bereikt. Een volledige privatisering in de betekenis van commercialisering van de publieke dienstverlening is niet haalbaar gebleken. Dat wil niet zeggen dat de marktlogica in de zorg van de baan is. Integendeel, in plaats van zelfstandige vercommercialisering van zorg en welzijn, zijn marktprincipes doorgedrongen in de drie andere zorglogica's. De overheid reduceert haar verdelingstaak aanzienlijk onder aanroeping van de marktlogica, professionals gaan meer vraaggericht werken en worden meer beoordeeld op de prijs dan op de toch al moeilijk meetbare kwaliteit van hun werk en de familiale zorg ondergaat een ingrijpende verandering omdat zorgende familieleden contractanten worden die met elkaar de prijs van de zorg overeenkomen.

Het prijzen van de zorg

De marktprijs van zorg bepaalt in toenemende mate welke zorg we kunnen leveren en kunnen verwachten (Baldock & Evers, 1991). In plaats van als een investering in de ‘goede samenleving’, wordt de zorg van overheidsweg steeds meer bekeken als een kostenpost, en dan vooral, zo heb ik betoogd, als een te privatiseren kostenpost. Bauman krijgt gelijk: “We bewegen in de richting van de privatisering van de middelen die de individuele vrijheid moeten garanderen.”

Dat kan niet zonder consequenties blijven. Op beleidsniveau zal de spanning toenemen tussen de noodzaak om de arbeidsparticipatie te vergroten teneinde de gevolgen van de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande kosten voor zorg op te vangen enerzijds, en de neiging om collectieve zorg te reduceren waardoor de mogelijkheid tot arbeidsparticipatie voor vrouwen juist belemmerd wordt. De ware betekenis van het ‘nemen van eigen verantwoordelijkheid’ is dat de hier uit voortvloeiende problemen in toenemende mate bij de burgers zelf wordt gelegd. Als de overheid alleen nog investeert in degenen die teveel overlast veroorzaken of degenen die als ‘deserving poor’ worden aangemerkt, zal een deel van de bevolking haar toevlucht nemen tot de markt. Het merendeel van de bevolking zal echter weer op zorg door de familie aangewezen zijn. Nu via het Persoonsgebonden Budget marktprincipes doordringen in familieverhoudingen is de kans groot dat deze zullen verharderen. Altruïsme en reciprociteit gedijen niet goed in contractrelaties.

Ik hoop u te hebben duidelijk gemaakt dat dit niet alleen een herziening van institutionele zorgverantwoordelijkheden betekent maar ook een ingrijpende cultuuromslag met zich meebrengt. Commercialisering van familierelaties in combinatie met een toenemende zorgplicht kan individualisering die emancipatie heet vervangen door individualisering die egoïsme heet. Voor ons ligt de taak om te onderzoeken of dit juiste veronderstellingen zijn en wat de gevolgen zijn voor hoe we als familieleden met elkaar omgaan: hoe wordt bepaald wie voor de vastgestelde uurprijs de verzorging op zich neemt, wat er voor dat bedrag aan zorg geleverd moet worden, hoe de familieleden als contractanten met elkaar omgaan bij conflicten, of de rest van de familie toezicht houdt op de te leveren zorgtaken, hoe het contract beëindigd wordt en of dat leidt tot een toename van conflicten binnen families. En natuurlijk willen we dan ook weten of de betaalde mantelzorg dan nog steeds geprezen wordt of nog slechts is geprijsd. Het prijzen van de zorg brengt mij dus vooral tot vragen over de sociale kosten van het prijzen van de zorg. Dat lijkt me logisch. En dan mag ik nu overgaan tot het prijzen en danken van degenen die de afgelopen jaren goed voor mij hebben gezorgd.

Woord van dank

Mijnheer de rector magnificus, gewaardeerde aanwezigen, allereerst wil ik het College van Bestuur en het bestuur van de Faculteit Sociale Wetenschappen danken die mijn benoeming mogelijk maakten. Hooggeleerde Rispens, hooggeleerde Koops, u beiden wil ik als voormalig en huidig decaan van onze faculteit danken voor de wijze waarop u de opleiding Algemene Sociale Wetenschappen begeleid heeft en nog begeleid in het noodzakelijke vernieuwingsproces. Ik realiseer me dat dit u beiden in velerlei opzichten moeite heeft gekost, maar ik ben ervan overtuigd dat uw inspanningen niet voor niets zullen zijn.

Hooggeleerde Elbers, Coenen, Hagendoorn, Ingleby, Raub, Flap, Kruijt, Robben en van Doorne-Huiskes, de bezuinigingen kosten ons veel creatieve en mentale inspanningen, en we zijn er nog niet uit. Laten we er op vertrouwen dat we vanaf het komend academisch jaar weer kunnen gaan opbouwen. Drie sterke en goed samenwerkende eenheden moeten toch een prachtig maatschappijwetenschappelijk instituut kunnen vormen.

Hooggeleerde Hagendoorn, beste Louk. Het is alweer 26 jaar geleden dat jij mij tijdens een sollicitatiegesprek in Nijmegen vroeg of ik met computers kon omgaan. Omdat jij me na een ontkennend antwoord toch aanstelde, kon ik mijn wetenschappelijke carrière beginnen. Je werd mijn co-promotor en na Nijmegen werden we ook in Utrecht weer collega's. Ik dank je voor het vertrouwen dat je al die jaren in mijn wetenschappelijk werk hebt gesteld en voor het onderdak dat jij en je groep me een aantal jaren hebt geboden, dat is heel belangrijk voor me geweest. Dank je voor alles wat ik van je heb geleerd, de goede dingen en ook de slechte. Van beide heb ik nog dagelijks profijt.

Hooggeleerde Zijderveld, beste Anton, lang geleden kwamen zowel jij als ik naar Tilburg, ik als studente en jij als kersverse hoogleraar. Ik wil je niet aan die tijd herinneren, je hebt daar zelf genoeg over gezegd. Later begeleidde je als promotor het proefschrift dat ik met Carla Verheijen mocht schrijven. Weet in ieder geval dat jij me voor de sociologie hebt weten te winnen en me tot de dag van vandaag inspireert om na te denken over de verwevenheid van het culturele en het institutionele.

Medewerkers van de leerstoelgroep Zorg en Welzijn; Frits van Wel, Ludwien Meeuwesen, Peter Selten, Ruud Abma, Herman Tak en Vincent Duindam en tijdelijk ook Arieke Rijken, Nerice Gietel, Barbara Schouten, Marjolijn Distelbrink, Marije Adriaansens en Catelijne Akkermans, het is een plezier om met jullie te werken, dank voor de inspiratie, de intensieve discussies over onderwijs en onderzoek en voor de samenwerking in ons mooie werk.

De aio's die ik mag begeleiden bij het voltooien van hun proefschrift, op dit moment Stijn Verhagen, Monique Kremer, Ingrid Doorten en Anna Korteweg, dank ik voor het vertrouwen

dat ze in me stellen en het plezier dat we samen beleven aan het vinden van oplossingen voor ingewikkelde wetenschappelijke puzzels.

Studenten van ASW, ook jullie wil ik danken. Jullie zijn niet alleen ons kapitaal omdat jullie door je grote aantal het bestaanrecht van ASW keer op keer rechtvaardigen, jullie zijn ook onze bron van inspiratie. Dankzij jullie enthousiasme voor onze interdisciplinaire opleiding weten jullie ons te blijven motiveren om onze kennis en nieuwsgierigheid over te dragen. De collega's van ASW wil ik danken voor hun inzet, met name in het onderwijs. Ik poch niet als ik beweer dat onderwijs bij ons prioriteit heeft; studenten gaan voor. Laten we ervan uitgaan dat we de komende jaren een goed evenwicht tussen onderwijs en onderzoek kunnen vinden door onze krachten in een uitdagend onderzoeksprogramma te bundelen en daarmee aan de weg te timmeren.

Niet alleen namens mezelf, maar namens heel ASW wil ik een bijzonder woord van dank richten aan Willibrord de Graaf. Willibrord als we jou niet hadden, zou ASW ASW niet zijn. Je bent een rots in de branding en wat is het heerlijk om met jou samen te werken.

Agnes Barentsen, Nelly van Vliet en alle andere medewerkers van het ondersteuningsteam van ACS en ASW wil ik absoluut niet vergeten. Het is een hele toer om steeds maar weer te anticiperen op alle veranderingen die onze organisatie ondergaat en er kan nog veel verbeterd worden. Aan jullie zal dat niet liggen, dank voor jullie inzet en toewijding.

Het NKPS-team, Pearl Dykstra, Matthijs Kalmijn, Aafke Komter, Aat Liefbroer en Claartje Mulder, dank ik voor de inspirerende samenwerking in dit enorme NWO-project waarin we familierelaties en familiesolidariteit onderzoeken. Eerlijk gezegd had ik er geen idee van waar we aan begonnen, maar het is een groot genoegen en een grote uitdaging om dit met jullie te mogen ondernemen. Mede dankzij Sylvia Commandeur en Matthieu Starink kunnen we erop vertrouwen dat het project gestaag in de goede richting blijft bewegen.

Dearest Ilona Ostner and Barbara Hobson, it is a long time ago that we started to cooperate in several European projects. I very much appreciate that you could come to Utrecht to share this event as representatives of the European Network on Women, Welfare State and Citizenship. During all these years of cooperation in research projects we became friends much more than just colleagues. I am absolutely sure that this will last forever and I am always looking forward to each occasion that we can work together.

Broers, zussen, schoonzussen en zwagers; Karien, Jan, Jose, Ruud, Myriam en natuurlijk ook Wilfried, Marlies, Rob, Mariska en Hans, ook wij weten dat familierelaties zowel insluiten als uitsluiten. Dat jullie mij toch vooral als Truud Knoin blijven zien is zeker zo belangrijk voor

me als wat ik vandaag mag meemaken. Ik verheug me alweer op het volgende Knijnenweekend.

Mam, ik kan niet in een paar woorden samenvatten wat ik aan jou te danken heb. Je hebt altijd hoge verwachtingen van me gehad, me moreel gesteund omdat je altijd in me bleef geloven. Je hebt me ook voorgehouden dat ik geen verbeelding moest krijgen. Ik hoop dat dat gelukt is. Ik kan vandaag niet compenseren dat jij in de oorlogsjaren niet verder mocht leren, maar mocht je trots op me zijn, weet dan dat ik dat ook op jou ben. Dank voor alles.

Pim, Christa, Willem en Krisje. Jullie hebben bewezen dat we zonder bloedbanden ook familie kunnen worden, en dat uit functionele prive-relaties de intiemste vormen van betrokkenheid en wederzijdse zorg kunnen ontstaan. We blijven met zijn achten een uitgebreide familie, daar ben ik nog alle dagen dankbaar voor.

Lieve Pol en Geesje, jullie zijn dan wel het huis uit maar jullie blijven mijn grote schatten, die we nu mogen delen met Wiep en Joost. Dankzij jullie heb ik nooit begrepen dat werkende moeders overbelast kunnen zijn; jullie waren juist een heerlijk excuus om niet altijd maar te werken. Ik hoop dat jullie me nog vaak van mijn werk komen houden.

Paul, je ontkomt er niet aan. Ik heb altijd beweerd dat mannen die zowel hoog scoren op masculiniteit en femininiteit het best kunnen zorgen, die hebben genoeg zelfvertrouwen om zich op het vrouwelijk domein te begeven. Die bewering is natuurlijk gebaseerd op een N van 1 en dat ben jij. Dankzij jouw zorgzaamheid en de hoge eisen die jij aan mijn werkzaam leven stelt, sta ik nu hier. Ik wil je danken omdat je zowel voor jezelf als voor mij het onderste uit de kan wilt halen. Laten we daar op drinken.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Adriaansens, H. (1989). *Arbeid en burgerschap een nieuwe dimensie*. Utrecht: Universiteit Utrecht (Vakgroep Comparatieve Studies van Sociale Continuïteit en Verandering)
- Anheier, H.K. (2001). De derde sector in Europa: een essay over groei en structuurverandering, in: A. Burger & P. Dekker (red.), *Noch markt, noch staat*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, pp. 271-286.
- Baldock, J. & A. Evers (1991). Beitrage zu einer neuen Dienstleistungskultur. Beispiele aus dem Bereich der Altenpflege in den Niederlande, Schweden und England, *Soziale Welt* 42, 232-257.
- Bauman, Z. (1999). *In Search of Politics*. Cambridge: Polity Press.
- Berg, B. van den, J. Van Exel, T. Van den Bos, M. Koopmanschap & W. Brouwer (2003). *Mantelzorg en persoonsgebonden budget*. Bilthoven: RIVM rapport 282701004.
- Berkel, R. van & I. Hornemann Moller (eds) (2002). *Active Social Policies in the EU*. Bristol: The Policy Press.
- Bettio, F. & S. Prechal (1998). *Care in Europe. Joint Report of the "Gender and Employment" and the "Gender and Law" Groups of Experts*. European Commission.
- Bovenberg, A.L. (2001). Koester menselijk kapitaal: een agenda voor institutionele hervorming. *Christen Democratische Verkenningen* nr. 7/8/9. Themanummer Werk, Welvaart & Geluk, pp. 76-87.
- Campen, Ch. van & J. Hessing-Wagner (2003). Gezondheid en zorg, in: Sociaal en Cultureel Planbureau, *De sociale staat van Nederland 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, pp. 107-128.
- Cheal, D. (2002). *Sociology of Family Life*. Hampshire/New York: Palgrave.
- Daly, M. & J. Lewis (1998). Introduction: Conceptualising social care in the context of welfare state restructuring, in: J. Lewis (ed.) *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Aldershot: Ashgate, pp. 1 – 24.
- Doorn, J.A.A. van & C.J.M. Schuyt (red) (1978). *De Stagnerende Verzorgingsstaat*. Meppel: Boom.
- Durkheim, E. (1992/1890-1912]). *Professional Ethics and Civic Morals*. New York: The Free Press.
- Esping-Andersen, G. (2000). Uitdagingen voor de verzorgingsstaat in de eenentwintigste eeuw: vergrijzende samenlevingen, kenniseconomieën en de houdbaarheid van de Europese verzorgingsstaat, *Beleid en Maatschappij* 27 (4), 219-232.
- Evers, A., M. Pijl & C. Ungerson (eds.) (1994). *Payments for Care. A Comparative Overview*. Aldershot: Avebury.

- Finch, J. (1989). *Family Obligations and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fraser, N. (1990). Struggle Over Needs: Outline of a Socialist-Feminist Critical Theory of Late-Capitalist Political Culture. In: L. Gordon, *Women, the State, and Welfare*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Gilbert, N. (2002). *Transformation of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Graaf, N.D. de (2002) *De beperkte verklaringskracht van cultuur. Een empirisch-theoretische benadering*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Greenberg, (2003). The US: Rising employment, explanations, implications and future trajectories, in: Millar, J. & M. Evans (eds) (2003) *Lone parents and Employment: International Comparisons of what Works*. Research Report, Sheffield: DWP Research Management, pp. 35-64.
- Haan, I.de & J.W. Duyvendak (2002). *In het hart van de verzorgingsstaat*. Zutphen: Walburg Pers.
- Hemerijck, A. (2003) Vier kernvragen van beleid, *Beleid en Maatschappij* 30 (1), 3-9.
- Hochschild, A. Russell (1997). *The Time Bind. When Work becomes Home & Home becomes Work*. New York: Metropolitan Books, Henry Holt and Company.
- Kersbergen, K. van (1995). *Social Capitalism. A Study of Christian Democracy and the Welfare State*. London and New York: Routledge.
- Knijn, T. (2000). Marketization and the Struggling Logics of (Home) Care in the Netherlands, in: M. Harrington Meyer (ed.) *Care Work*, New York: Routledge Press. pp. 232-248.
- Knijn, T. & C. Verheijen (1988). *Tussen plicht en zelfontplooiing*. Nijmegen: ITS.
- Knijn, T. & M. Kremer (1997). Gender and the caring dimension of welfare states: toward inclusive citizenship. *Social Politics. International Studies in Gender, State and Society* 4 (3). Special Issue: 328-361.
- Knijn, T. & F. Van Wel (1999). *Zorgen voor de kost. Alleenstaande moeders en de nieuwe bijstandswet*. Utrecht: SWP Uitgeverij.
- Knijn, T. & R. Van Berkel (2003). Again revisited: Employment and activation policies for lone parents on social assistance in the Netherlands, in: Millar, J. & M. Evans (eds) (2003) *Lone parents and Employment: International Comparisons of what Works*. Research Report, Sheffield: DWP Research Management, pp. 87-108.
- Knijn, T. & A. Komter (eds) (2004). *Solidarity Between the Sexes and the Generations: Transformations in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Inc.

- KNMG (2003). *Toegang verzekerd. Uitgangspunten voor basispakket van artsenfederatie KNMG*. Utrecht: Federatie KNMG
- Komter A. & W. Vollebergh (2002). Solidarity in Dutch families: Family ties under strain? *Journal of Family Issues* 23 (2), 171-188.
- Komter, A. (2003). *Solidariteit en het offer*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Korpi, W. (2000). Faces of Inequality: Gender, class, and patterns of inequalities in different types of welfare states, *Social Politics. International Studies in Gender, State and Society* 7 (2), 127-191.
- Kremer, M. (2002). The illusion of free choice: Ideals of care and child care policy in the Flemish and Dutch welfare states, in: S. Michel & R. Mahon (eds) *Child Care Policy at the Crossroads*, New York: Routledge, pp. 113-142.
- Levitas, R. (1998). *The Inclusive Society?* Basingstoke: Macmillan.
- Lewis, J. (ed.) (1998). *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot: Ashgate.
- Lewis, J. (2004). Individualization and the need for for new forms of family solidarity, in: T. Knijn & A. Komter (eds) *Solidarity Between the Sexes and the Generations: Transformations in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Inc., pp. 51-67.
- Lieshout, P. van (1995). Een sociaal-democratische worsteling. De politieke urgentie van een zorgbeleid, *Socialisme en Democratie* 52 (6), 251-262.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Marshall, T. H. (1948/1976). Citizenship and social class, reprinted in: *Citizenship and Social Development. Essays by T.H. Marshall*. Westport: Greenwood Press, pp. 65-122.
- Millar, J. & M. Evans (eds) (2003). *Lone parents and Employment: International Comparisons of what Works*. Research Report, Sheffield: DWP Research Management.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004). *Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004). Modernisering bekostiging: Persoonsgebonden budgetten (http://www.ggzbeleid.nl/bek_pgb.html)
- Nievers, E. (2003) *We moeten haar koesteren*. Utercht: De Graaff uitgeverij.
- Oorschot, W. van (2002). *Over de culturele analyse van sociaal beleid*. Tilburg: Departement Sociologie
- Österle, A. (2001). *Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe*. Aldershot: Ashgate.

Saraceno, Ch. (2004). De-Familialization of Re-familialization? Trends in Income-Tested Family Benefits, in: T. Knijn & A. Komter (eds) *Solidarity Between the Sexes and the Generations: Transformations in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Inc., pp. 68-88.

SCP (2002). *Sociaal en Cultureel Rapport. De Kwaliteit van de Quartaire Sector*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Seeleib-Kaiser, M. (2004). *Germany: still a Conservative Welfare State?* Paper presented at the 14th International Conference of Europeanists. The Council for European Studies, Chicago March 11-13, 2004.

Sen, A. (1992). *Inequality Re-examined*. Oxford: Oxford University Press.

Spruijt, E. & V. Duindam (2002) Was there an increase in caring fatherhood in the 1990s? two Dutch longitudinal studies. *Social Behavior and Personality* 30 (7) 683-696.

Szebehely, M. (1998). Changing divisions of carework: caring for children and frail elderly people in Sweden. In: J. Lewis (ed.) *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot: Ashgate, pp. 257-283.

TAW (Taskforce Aanpak Wachtlijsten) (2003). *Eerste resultaten wachtlijstinventarisatie Sector Verpleging en Verzorging. Peildatum 1 november 2002*.

Timmermans, J.M. (red.) (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

TK (Tweede Kamer) *vergaderjaar 2001-2002, 25657, nr. 23*.

Ungerson, C. (2000). Cash in Care. In: M Harrington Meyer (Ed.), *Care Work. Gender, Labor and the Welfare State*. London: Routledge. pp 68-88.

Walker, A. & T. Maltby (eds) (1997). *Ageing Europe*, Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

Weber, M. (1964). *The Theory of Social and Economic Organization*. New York: The Free Press.

Wel, F. van (1992). De ongehuwde moeder in de media van de jaren zestig, *Jeugd en Samenleving* 7-8.

Wel, F. van & T. Knijn (2000). *Alleenstaande ouders over zorgen en werken*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie.

Wel, F. van & R. Hortulanus (2002). *De sociale staat van Utrecht*. Rapport, Universiteit Utrecht

Zijderveld, A., (1983) *De culturele factor*, Den Haag: VUGA-Uitgeverij.

Zijderveld, A., (1987) *De samenleving als schouwspel*, Den Haag: VUGA-Uitgeverij.