

Zorgen in verzorgings staten

Burgerschap, gender en zorg
in vergelijkend perspectief

**Trudie Knijn
en Monique Kremer**

Trudie Knijn is senior docent/onderzoeker bij de vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen. Zij coördineert het European Network for Theory and Research on Women, Welfare State and Citizenship. Haar proefschrift (met C. Verheijen) *'Tussen plicht en ont-plooiing'* verscheen in 1988 en had het veranderend moederschap in Nederland tot onderwerp.

Monique Kremer is als aio verbonden aan de onderzoeksschool Arbeid, Welzijn en Sociaal Economisch Bestuur (AWSB) in Utrecht. Haar onderzoeksproject betreft de gevolgen van het zorgbeleid en de zorgvoorzieningen voor de arbeidsparticipatie en de financiële zelfstandigheid van vrouwen.

Adres: G.Knijn, fsw Universiteit Utrecht,
Culturen en media,
Heidelberglaan 2, 3584 cs Utrecht, t (030) 253 47 20

1 Inleiding

Verzorgingsstaten zorgen voor burgers door middel van uitgebreide systemen van zorg en zekerheid. De wijze waarop en de mate waarin verzorgingsstaten zorg en zekerheid verschaffen varieert echter aanzienlijk. Sommige verzorgingsstaten onderscheiden zich doordat ze vooral financiële compensaties voor het niet kunnen participeren op de arbeidsmarkt verlenen, andere leggen meer nadruk op publieke zorgvoorzieningen die het burgers mogelijk moeten maken om zorg en arbeid te combineren. Anttonen (1990) maakt in dat verband een onderscheid tussen sociale zekerheidsstaten en sociale voorzieningsstaten. In de meeste Europese verzorgingsstaten is sprake van een zekere combinatie van zorg- en zekerheidssystemen maar het is precies de specifieke combinatie van beide systemen die de verschillen tussen verzorgingsstaten karakteriseren. Daarnaast verschillen verzorgingsstaten in hun bepaling van welke categorieën van de bevolking welke zorg- en zekerheidsaanspraken kunnen maken. Het interpreteren van welke categorieën van de bevolking voor welk type behoeften steun nodig hebben, en hoe dat vervolgens wordt omgezet in sociaal beleid, is volgens Fraser (1990) het belangrijkste kenmerk

van de naoorlogse verzorgingsstaten.

In dit artikel analyseren we vanuit de combinatie van deze karakteristieken van verzorgingsstaten de problematiek van de sociale zorg. 'Wie komt voor welk type zorg in aanmerking in verschillende typen verzorgingsstaten', dat is de centrale vraag. Onder sociale zorg verstaan we de zorg die tegemoet komt aan de sociale, fysieke en emotionele behoeften van anderen. Zulke sociale zorg vindt plaats in een relationele context, kan betaald of onbetaald geleverd worden, op vrijwillige of professionele basis, of op basis van normatieve claims. Sociale zorg is de zorg voor kinderen, voor nabije anderen, voor ouders en vrienden en het is ook de zorg die verleend wordt door beroepsgroepen als leidsters in een kinderdagverblijf, thuisverzorgsters en verpleegkundigen. Ten slotte omvat sociale zorg alle zorg die gegeven wordt door verzorgsters die opereren in het schaduwgebied tussen professionele en private zorg; mantelzorgsters, gastouders, kindermisjes, alfahulp en vrijwilligers. In het vervolg richten we ons met name op twee groepen van zorgafhankelijken; zorgbehoeftige ouderen en jonge kinderen. We gaan na welke veronderstellingen ten grondslag liggen aan de wijze waarop in de zorg voor hen voorzien wordt.

In de vergelijking van verzorgingsstaten is zorg een urgent en boeiend thema. Hoewel zorg in nagenoeg alle naoorlogse verzorgingsstaten erkend is als een factor van belang voor het welzijn van burgers en de sociale stabiliteit van de samenleving, staat deze zorg nu onder druk. In de jaren negentig is in de meeste Europese verzorgingsstaten sprake van een algehele herziening van de sociale zorg. Economische, sociale en demografische ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat nagenoeg overal de 'welfare mix', de verhouding tussen de staat, de markt en het gezin, opnieuw ter discussie staat, met name als het gaat om het voorzien in sociale zorg. Hieraan liggen een aantal processen te grondslag. Op de eerste plaats de demografische ontwikkelingen die een dubbele vergrijzing teweegbrengen. Het aandeel ouderen, en dan vooral kwetsbare ouderen, neemt de komende jaren in veel landen van Europa drastisch toe, terwijl het aandeel van de jongeren afneemt. Tegelijkertijd staan veel verzorgingsstaten onder – economische – druk om hun publieke uitgaven, en dus hun uitgaven aan zorgvoorzieningen, te reduceren. Ten slotte, en dat is mede het gevolg van beide bovengenoemde processen, is de mogelijkheid om op informele zorgverlening door vrouwelijke verwanten terug te vallen, aan het verminderen. In die landen, met name een aantal landen van het Europese continent, waar de arbeidsparticipatie van vrouwen lange tijd marginaal is gebleven, neemt deze snel toe. Per saldo neemt in veel Europese landen de zorgbehoefte toe, terwijl het zorgaanbod dreigt af te nemen. De consequenties voor de sociale zorgvoorziening zullen per land verschillen. Zowel het actuele beleid als de gegroeide consensus over de aard en de omvang van de zorgverlening binnen verzorgingsstaten zullen daarop van invloed zijn.

De wijze waarop in verschillende verzorgingsstaten in de sociale zorg wordt voorzien is geen neutrale bezigheid. Het is niet alleen een kwestie van 'aan welke groepen burgers spenderen we welke budgetten'. Aan het proces van voorzien in zorgbehoeften liggen verschillende assumpties ten grondslag die impliciet opvattingen over burgerschap, genderverhoudingen en rechten en plichten van zorgverleners en zorgontvangers construeren en bevestigen. De positionering van burgers in de verzorgingsstaat ten aanzien van de sociale zorg vormt de tweede rode draad in onze analyse van de zorg in verzorgingsstaten. Wat zijn de implicaties van de wijze waarop de

zorg georganiseerd wordt voor mannen en vrouwen, voor zorgverleners en zorgontvangers en wat heeft zorg met burgerschap te maken?

2 Zorg als aspect van burgerschap

Sociale zorg is het domein van de zwakkeren in de samenleving en dat maakt dit type zorg kwetsbaar in een situatie waarin verzorgingsstaten onder druk staan. Zowel zorgverleners als zorgontvangers hebben een marginale positie in een samenleving waarin sociaal burgerschap² vooral ontleend kan worden aan arbeidsparticipatie. Dat zorgverlening een bij uitstek met vrouwelijkheid geassocieerde activiteit is, versterkt dit effect. Zorg en vrouwelijkheid hangen nog steeds sterk samen. Behalve dat zorg verlenen een activiteit is die merendeels door vrouwen wordt verricht, construeert zorg tegelijkertijd de genderidentiteit van vrouwen. Haar positie in de familie, haar relatie met vrienden en haar kansen op de arbeidsmarkt worden bepaald aan de hand van haar potentiële zorgverlening en de realisatie van haar capaciteit om te zorgen. Zorgen en vrouwelijkheid zijn twee kanten van dezelfde medaille: ze zijn wederzijds afhankelijk (Pateman 1989, Sevenhuijsen 1993, Lister 1994). Zelfs een toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen heeft niet geleid tot een 'sekseneutralisering' van zorg.

Naast de kwetsbare positie van zorgverleners is ook de positie van zorgontvangers fragiel. Sommige van zorg afhankelijke burgers zijn goed in staat om de zorg te krijgen die ze nodig hebben. Mannelijke alleenverdieners en welvarende burgers kunnen zich goed verzekeren van zorg; huisvrouwen en particuliere verzekeraars voorzien daarin. Jonge kinderen, zwakke ouderen en gehandicapten hebben veel minder mogelijkheden om recht op zorg te claimen. Zulke zorgafhankelijken dreigen steeds vaker tussen wal en schip te geraken: ze kunnen steeds minder op de informele zorg van (vrouwelijke) verwanten, burens en vrienden rekenen en ook steeds minder op de publieke voorzieningen van de staat steunen.

De identificatie van zorg verlenen met vrouwelijkheid heeft ertoe bijgedragen dat aan zorg geven nauwelijks sociale burgerschapsrechten ontleend kunnen worden; inkomen, pensioenen en verzekeringen worden over het algemeen verbonden aan betaalde arbeid. De zwakke maatschappelijke positie van zorgafhankelijken heeft op haar beurt ertoe bij-

gedragen dat het recht op zorg nauwelijks als sociaal recht van burgers geformuleerd is. In de naoorlogse verhoudingen waarin Marshall (1948/1976) het burgerschapsconcept formuleerde en de grondleggers van de verzorgingsstaat zorg- en zekerheidssystemen ontwierpen, werd de sociale zorg vooral gezien in het licht van familiale relaties. Door deze privatisering, en daarmee 'depolitiseren', is het krijgen of geven van sociale zorg, in tegenstelling tot andere sociale rechten zoals het recht op huisvesting, onderwijs en gezondheidszorg, niet beschouwd als een recht van burgers (Fraser 1990).

Op dit moment breekt zich deze naoorlogse grondslag van de verzorgingsstaten. Nu er een 'zorgtekort' dreigt te ontstaan ten gevolge van de toenemende behoefte aan zorg en de afnemende zorgcapaciteit van buitenshuis werkende vrouwen, wordt het van belang zorg als een aspect van burgerschap te formuleren (Pateman 1989, Leira 1990).

Een concept van burgerschap – dat we inclusief burgerschap zouden willen noemen – waarin erkend wordt dat iedere burger wel eens zorg nodig heeft of verzorgd wordt tijdens haar leven zou de basis kunnen vormen voor een evenwichtiger verhouding tussen zorg en arbeid, tussen mannen en vrouwen en tussen verschillende vormen (formeel en informeel) van zorg. Zo'n burgerschapsconcept is gebaseerd op de veronderstelling dat ieder mens ooit afhankelijk is van zorg – als men jong is, of heel oud, ziek of gehandicapt – en dat men aan die hoedanigheid rechten kan ontlelen. Het recht op tijd om te zorgen en het recht om zorg te ontvangen, zijn de belangrijkste elementen van zo'n burgerschapsconcept.³ Het eerste recht omvat de keus om zelf te zorgen voor belangrijke anderen, zonder sociale burgerschapsrechten te verliezen. We onderscheiden drie rechten die tijd om te verzorgen kunnen garanderen: verlofregelingen, deeltijdwerk en vrijstelling van arbeidsplicht voor ouders en zorgers die gebruikmaken van sociale zekerheid. Het recht om zorg te ontvangen impliceert vooral een vrije keuze uit verschillende typen zorg. Het recht van zorgverleners op tijd om te zorgen versterkt die vrije keuze, tenminste als dat niet interfereert met de belangen van potentiële zorgverleners. Zorgverleners moeten morele aanspraken van zorgafhankelijken ook naast zich neer kunnen leggen en dus het recht hebben om *niet* te zorgen. Zorg kan niet afgedwongen worden op basis van normatieve claims, genderidenti-

teiten of verwantschap. Daarom horen bij het recht om zorg te ontvangen ook toegankelijke en kwalitatief goede openbare zorgvoorzieningen. Thuiszorg, verpleeghuizen en kinderopvang maken deel uit van deze dimensie, maar ook maatschappelijk werk en dagcentra voor ouderen. Het recht om professioneel zorg te ontvangen geldt alleen wanneer de diensten goed en betaalbaar zijn, zodat alle burgers hun rechten kunnen en willen gebruiken.

De twee dimensies van zorg, het recht om zorg te ontvangen en het recht op tijd (en geld) om te zorgen dragen bij tot een sekseneutraal en inclusief burgerschap. Alleen wanneer beide dimensies zijn verzekerd kunnen burgers – zowel zorgontvangers als zorggevers – een echte keuze maken op welke wijze ze zorg willen integreren in hun leven.

3 Zorg in de zijlijn van verzorgingsstaten

Sociale zorg is vooral door vrouwelijke wetenschappers in het hart van de vergelijkende analyse van verzorgingsstaten geplaatst (Borchorst en Siim 1987, Balbo 1987, Anttonen 1990). Helaas hebben maar weinig mannelijke onderzoekers van verzorgingsstaten oog voor zorg, en daarmee voor de aan verzorgingsstaten ten grondslag liggende genderstructuren. In zijn internationaal vermaarde studie 'In care of the state' heeft De Swaan (1988) het thema ook jammer genoeg braak laten liggen. Ondanks de veelbelovende titel van zijn boek besteedt De Swaan vooral aandacht aan de zogenaamde openbare systemen van zorg: riolering, gezondheidszorg en onderwijs. Ook in andere Nederlandse studies waarin verzorgingsstaten vergeleken worden zoals 'Zorgen in het Europese huis' van Engbersen et al. (1995) komt de sociale zorg niet aan de orde. De belangwekkende vergelijkende studie van verzorgingsstaten van Esping-Andersen (1990) geeft wel aanleiding om de sociale zorg te onderzoeken.

Esping-Andersen maakt onderscheid tussen drie typen verzorgingsstaten die elk hun eigen logica van sociaal beleid hanteren. In zijn analyse worden verzorgingsstaten begrepen en gegroepeerd aan de hand van de relatie tussen de (arbeids)markt en sociale rechten van burgers (gezinnen), de zogenaamde de-commodificatiescore.⁴ In het liberale model zijn burgers sterk afhankelijk van de (arbeids)markt terwijl in het sociaal-democratische model burgers juist worden beschermd tegen de grillen van de markt. Het corporatistische model zit daar zo'n beet-

je tussen in: de verzorgingsstaat beschermt weliswaar de zwaksten in de samenleving maar omdat sociale rechten sterk afhankelijk zijn van het arbeidsverleden en bovendien per gezin of huishouden, in plaats van per individu toegekend worden, zijn de rechten niet universeel.

Vanuit een genderspectatief zijn er twee lijnen van kritiek op een dergelijke benadering van verzorgingsstaten. De eerste is dat Esping-Andersen in zijn analyse individuen en gezinnen aan elkaar gelijk stelt, terwijl het voor vrouwen een groot verschil maakt of sociale rechten verbonden zijn aan het gezin of het individu. Als een uitkering verstrekt wordt aan het gezin, zal deze eerder terecht komen bij de kostwinner, vaak een man. Vrouwen hebben zo geen echte burgerschapsrechten. Of zoals Ruth Lister het uitdrukt: 'als rechten pas in tweede instantie bij vrouwen terechtkomen, na tussenkomst van een mannelijke partner, dan zijn het in praktijk helemaal geen rechten meer' (Lister 1990, p 460). Zo kan het dus dat Nederland wel hoog scoort op de de-commodificatiescore en daardoor als sociaal-democratisch verzorgingsstaattypetypet betiteld wordt, terwijl individuele vrouwen hier weinig sociale burgerschapsrechten hebben (Kremer 1994, Sainsbury 1996).

Het tweede punt van kritiek is dat betaalde arbeid centraal staat, zodat voorbijgegaan wordt aan het belang van onbetaalde zorgarbeid, oftewel het werk van vrouwen. Veel vrouwen die binnen gezinnen onbetaalde zorgarbeid voor kinderen en zorgbehovende ouderen verrichten kunnen hieraan geen rechten ontlenen, en sterker nog: waarschijnlijk doet het er voor hun niet toe in welke mate burgers afhankelijk zijn van de markt. Om in aanmerking te komen voor de commodificatie is immers eerst een zekere commodificatie noodzakelijk. Dat betekent dat Esping-Andersens typologieën weinig zeggen over burgers die überhaupt niets te verkopen hebben op de arbeidsmarkt, zoals ouderen en kinderen (Alber 1995). Daarbij hoeft commodificatie voor vrouwen geen negatieve betekenis te hebben, integendeel. Want wanneer vrouwen afhankelijk zijn van de markt, krijgen ze daar onafhankelijkheid van een partner voor in de plaats (Lewis 1997).

Met andere woorden: zorgverleners, voor het merendeel vrouwen, hebben niet zonder meer baat bij sociale burgerschapsrechten die verbonden zijn aan arbeidsparticipatie. Voor hun positie als burger is

vooral de relatie tussen zorg en burgerschap doorslaggevend. Dat betekent dat in vergelijkende analyses van verzorgingsstaten de relatie tussen staat, individu en familie aandacht behoeft vanuit het perspectief van de sociale zorg en met het oog op onderliggende genderverhoudingen (Lewis 1990, Taylor-Gooby 1991).

In het vervolg van dit artikel laten we zien dat moderne verzorgingsstaten door het vormen van behoeften en rechten van zorgverleners en zorgontvangers bijdragen aan de ongelijke burgerschapstatus van mannen en vrouwen. Tevens gaan we na in hoeverre elementen van het 'inclusief burgerschap' geïntroduceerd zijn in verzorgingsstaten. We onderbouwen dit met een vergelijkend onderzoek naar de Britse, Nederlandse en Deense verzorgingsstaten. Deze landen representeren de drie modellen die Esping-Andersen onderscheidde; respectievelijk de liberale, de corporatistische en de sociaal-democratische verzorgingsstaat.

4 Zorgen in de Britse, Deense en Nederlandse verzorgingsstaat

In de analyse van de drie verzorgingsstaten staan twee kwesties centraal: 1) welke maatregelen hebben deze verzorgingsstaten getroffen om in de sociale zorg te voorzien, en 2) hoe zijn in die maatregelen rechten en plichten van zorgverleners en zorgontvangers gegarandeerd? Vervolgens zullen we in de beschouwing betrekken welke implicaties deze arrangementen hebben voor genderverhoudingen, voor de burgerschapsstatus van zorgverleners en zorgontvangers en voor de verhouding tussen arbeid en zorg. Aan de hand van het schema kunnen de diverse aspecten van de analyse vergeleken worden.

HET RECHT OP TIJD OM TE ZORGEN

Vrijstelling van arbeidsplicht in de bijstand en andere betalingen van zorg

Volgens de huidige Deense bijstandswet is het verlenen van zorg geen rechtvaardiging voor het niet beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt, ook niet wanneer het gaat om alleenstaande ouders of mensen die voor zieke ouderen of gehandicapten zorgen. Zorgend burgerschap bestaat niet in Denemarken: de prioriteit ligt bij betaalde arbeid. In Nederland en Engeland is dat anders. In deze landen kunnen bur-

Zorgdimensies in de Deense, Nederlandse en Britse verzorgingsstaat

HET RECHT OM ZORG TE ONTVANGEN

kinderen

ouderen

Denemarken

VEEL

Staat/gemeente zijn verantwoordelijk voor het recht op kinderopvang
47 % van de kinderen onder de drie jaar gebruiken overheidszorg
Uitgebreide kinderopvang voor kinderen tussen 3 en 16
Geen markt rol

VEEL

Staat/gemeente zijn verantwoordelijk voor het recht op ouderenzorg
Thuisverzorgers zijn de belangrijkste zorgers, dus niet de familie
Hoog percentage van zorgontvangers, ongeveer 18 % van de ouderen
Geen marktwerking

Nederland

WEINIG

Moeder is de belangrijkste verzorger
8 % van de kinderen tussen 0-3 jaar krijgen door de overheid betaalde kinderopvang
Weinig kinderopvang voor oudere kinderen
Markt werking en particuliere kinderopas steeds belangrijker

MIDDELMATIG/VEEL

Alleen overheidszorg wanneer de familie niet kan zorgen
Familie en niet de gezinszorg is de belangrijkste verzorgers
Uitgebreide residentiële zorg

Groot-Brittannië

WEINIG

Overheid intervenueert alleen bij sociale problemen
2 % van de kinderen tussen 0-3 wordt verzorgd in gesubsidieerde kinderopvang
Markt is zeer belangrijk voor kinderopvang

WEINIG

Familie en niet de staat is verantwoordelijk voor zorg
Familielieden zijn de belangrijkste verzorger, niet de gezinshulp
Markt wordt steeds belangrijker

HET RECHT OP TIJD VOOR ZORG

1 verlof

- 2 vrijstelling van arbeidsplicht en andere betalingen van zorg
- 3 deeltijdarbeid

kinderen

ouderen

1 VEEL

Uitgebreid, voltijds en betaald ouderschapsverlof
Verlof voor zieke kinderen
2 WEINIG
Moeders en alleenstaande moeders zijn niet vrijgesteld van arbeidsplicht, maar kunnen wel verlof opnemen
Geen compensatie van zorg in sociale zekerheid
3 VEEL
Substantiële deeltijdse banen zijn mogelijk, maar deeltijdarbeid geeft minder recht op sociale zekerheid.
Niet mogelijk om deeltijds beschikbaar te zijn bij het ontvangen van een bijstandsuitkering

1 MIDDELMATIG

Betaald verlof bij zorg voor een stervende
mogelijkheid om familielid te betalen als gezinszorg
2 WEINIG
Verzorgenden zijn niet vrijgesteld van arbeidsplicht
Geen compensaties van zorg in de sociale zekerheid
3 WEINIG
zie andere kolom

1 WEINIG

Ouderschapsverlof bestaat wel, maar is onbetaald
Geen verlof voor zieke kinderen
2 MIDDELMATIG
Alleenstaande moeders moeten beschikbaar zijn voor betaalde arbeid wanneer het jongste kind 5 wordt (was 12/16)
Middelmatige compensaties voor zorg voor kinderen in de sociale zekerheid
3 VEEL
Deeltijdarbeid is relatief goed geïntegreerd in de sociale zekerheid.
Het is ook mogelijk om deeltijd beschikbaar te zijn voor arbeid

1 WEINIG

Geen zorgverlof
2 WEINIG
Geen formele vrijstelling van arbeidsplicht
Geen compensatie in de sociale zekerheid
3 VEEL
zie andere kolom

1 WEINIG

Uitgebreid moederschapsverlof maar slecht betaald. Geen ouderschapsverlof
2 VEEL
Alleenstaande moeders hebben geen arbeidsplicht tot het jongste kind 16 jaar wordt
'Home responsibility credits' geven goede compensaties in de sociale zekerheid
3 WEINIG
Uitkeringsgerechtigde werklozen moeten voltijds beschikbaar zijn
Deeltijd werk geeft minder sociale zekerheids rechten)

1 WEINIG

Geen zorgverlof
2 MIDDELMATIG
Betalingen aan verzorgers/ICA
Een strikt gedefinieerde kleine categorie verzorgers is vrijgesteld van arbeidsplicht
Compensaties voor zorg in de sociale zekerheid
3 WEINIG
zie andere kolom

gerschapsrechten ontleend worden aan zorgtaken. Met name alleenstaande moeders (met kinderen onder een bepaalde leeftijd) zijn vrijgesteld van arbeidsplicht en vanwege hun zorgverantwoordelijkheid ontvangen ze een bijstandsuitkering. Hoewel deze rechten minder genereus en meer stigmatiserend zijn dan rechten gebaseerd op betaalde arbeid, heeft het recht op tijd om te zorgen hiermee een plaats in deze verzorgingsstaten. In tegenstelling tot Engeland is in Nederland dit recht sterk aan erosie onderhevig. Terwijl Britse alleenstaande moeders nog steeds vrijgesteld zijn van arbeidsparticipatie totdat hun jongste kind de leeftijd van 16 jaar bereikt heeft, hebben in Nederland alleenstaande moeders met kinderen boven de 5 jaar sinds op 1 januari 1996 de nieuwe Algemene Bijstandswet is ingevoerd, een volledige arbeidsplicht. De NABW markeert een trendbreuk in het Nederlands beleid ten aanzien van zorg en burgerschap: arbeidsparticipatie van moeders krijgt nu prioriteit boven de zorg voor kinderen, behalve als de kinderen zeer jong zijn (Knijn 1994, Bussemaker et al. 1997).

Een andere manier om recht op tijd voor zorg te garanderen is het betalen voor zorg. In Engeland hebben zorgers voor een zwaar gehandicapte (beperkte) burgerschapsrechten. Als verzorgenden voldoen aan de strikte regels en definities van zorg kunnen zij een Invalid Care Allowance (ICA) ontvangen, zonder dat ze beschikbaar hoeven te zijn voor de arbeidsmarkt: de uitkering compenseert de gederfde inkomsten. De consequentie daarvan is dat een onderscheid gemaakt wordt tussen de werkende burger en de zorgende burger (citizen-worker versus citizen-carer). Dat geeft problemen. Ten eerste zijn de betalingen zo laag dat zorgers nauwelijks financieel onafhankelijk kunnen zijn (Glendinning 1990; McLaughlin 1991; Ungerson 1991, 1997). Ten tweede zijn de burgerschapsrechten die ontleend kunnen worden aan zorg zo strikt gedefinieerd dat vele zorgers buiten de boot vallen. Omdat in Engeland burgers als werkers worden gedefinieerd mogen zorgtaken tegelijkertijd geen rol spelen; elke werknemer moet voldoen aan de mannelijke standaard van 'reguliere' arbeidsverplichtingen in het stelsel van sociale zekerheid. Als iemand niet past binnen de nauwkeurig omschreven categorie vanzorger (zoals bij de ICA) noch kan tegemoetkomen aan de eisen van een voltijds werknemer dan wordt de uitkering ingetrokken, ook de bijstandsuitkering. Het

recht op tijd om te zorgen is dus alleen geïnstitutionaliseerd voor een beperkte categorie van burgers, en geldt als legitimatie om strenge eisen te stellen aan de werkbereidheid van werknemers die niet als verzorgers te boek staan maar die wel zorgverantwoordelijkheden kunnen hebben.

Ten slotte kunnen er binnen de sociale zekerheid, zoals in werkloosheidsuitkeringen, regelingen zijn ingebouwd die het mogelijk maken om een uitkering te ontvangen op basis van zorgtaken in het verleden. In Denemarken bestaan deze regelingen niet, want hier is betaalde arbeid de enige route naar sociale zekerheid. In Engeland en in Nederland kan zorgarbeid wel deel uitmaken van het arbeidsverleden. In Nederland worden zorgtaken van ouders met een kind onder de zes geheel gelijk gesteld aan betaalde arbeid, de tijd die ouders besteden aan een kind tussen de zes en twaalf telt voor de helft mee. De Britse 'home responsibility protection' is efficiënter. Daar wordt de zorg voor kinderen onder de zeventien erkend als een vorm van arbeid die meetelt in het bepalen van het recht op een werkloosheidsuitkering.

Zorgverlof

Zorgverlof is in Europa een steeds belangrijker beleidsoptie aan het worden. Zorgtekorten kunnen daarmee opgelost worden terwijl de arbeidsdeelname gewaarborgd blijft; het recht op tijd om te zorgen is immers tijdelijk. Van de drie landen in onze analyse is met name in Denemarken het recht op zorgverlof sterk ontwikkeld. Enerzijds wordt door verlof tegemoet gekomen aan de wens van ouders i.c. moeders om zelf voor jonge kinderen te zorgen, anderzijds wordt de werkloosheid bestreden, want verlof leidt tot herverdeling van arbeid. De regelgeving van het Deense verlofsysteem is als volgt: sinds januari 1994 kunnen Deense ouders maximaal een jaar verlof opnemen tegen 70 procent van een werkloosheidsuitkering. Een groot aantal ouders – 80.000 in 1994, waarvan 90 procent moeders – nam dit betaalde ouderschapsverlof op. Zo nam de druk op de kinderopvang af, hetgeen overigens niet betekent dat de Deense voorzieningenstaat wordt afgebouwd. Kinderen boven de drie jaar hebben nog steeds het recht op (deeltijd) kinderopvang. In Denemarken is een compromis gesloten tussen zorg voor kinderen door de ouders zelf, via het zorgverlof, en de openbare kinderopvang die men van groot belang acht voor

de opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Daarnaast hebben Denen een goed betaald verlof in verband met de zorg voor terminaal zieken en voor ouders die voor een ziek kind zorgen (maximaal een jaar), als werkgevers het toestaan (Evers et.al 1994; Kremer 1995).

Tot nog toe kent de Nederlandse verzorgingsstaat alleen een beperkt en voor de meerderheid van de werknemers onbetaald ouderschapsverlof. Op dit moment heeft een Nederlandse ouder recht op een verminderde werkweek, voor een periode van 26 weken. Betaald ouderschapsverlof is er alleen voor overheidspersoneel, en bedraagt 75 procent van het loon. In 1993 namen 21.000 ouders – 9000 vaders en 12.000 moeders – verlof op. Het is niet verbaazend dat vaders vooral betaald verlof opnemen en moeders zowel betaald als onbetaald verlof (CBS 1995). De regering heeft onlangs nieuwe verlofregelingen voorgesteld die impliceren dat degene die scholings- of zorgverlof krijgt een kleine financiële compensatie ontvangt op voorwaarde dat zij of hij tijdelijk vervangen wordt door een werkloze.

In Engeland ten slotte is zorgverlof nauwelijks ontwikkeld: de zorgverlening moet privé worden opgelost. Aan de andere kant bestaat er wel een zeer lange periode van moederschapsverlof – van 40 weken – waarvan de laatste 22 weken onbetaald zijn (Moss 1990). In de praktijk betekent dit dat alleen moeders het verlof op kunnen nemen, wat een genderspecifieke benadering van het recht op tijd om te zorgen impliceert.

Combineren van zorg en arbeid door deeltijdwerk

Het recht op en de mogelijkheden voor deeltijd werk is een manier om werk en zorg te kunnen combineren. Daarbij is van belang in hoeverre deeltijdwerk geïntegreerd is in de sociale zekerheid: is het bijvoorbeeld mogelijk om een werkloosheidsuitkering te ontvangen wanneer iemand in deeltijd heeft gewerkt, is het mogelijk om slechts gedeeltelijk beschikbaar te zijn voor de arbeidsmarkt? Met andere woorden, is er een recht op tijd om te zorgen zonder op arbeidsparticipatie gebaseerde burgerschapsrechten te verliezen?

In Denemarken kunnen burgers nauwelijks zorg en betaalde arbeid harmoniseren; een opeenvolging van tijd om te zorgen en betaalde arbeid is mogelijk door middel van betaald verlof, maar het recht om beide activiteiten tegelijkertijd te verrichten bestaat

niet. De sociale zekerheidswetten gaan uit van nageenough volledige werkweken; alleen wanneer iemand een deeltijdverzekering heeft is deeltijd arbeid mogelijk. Het probleem is echter dat de voorwaarden van deze verzekering minder gunstig zijn en de uitkeringen relatief laag. Het resultaat is dat slechts een beperkt aantal mensen, meestal vrouwen, deze tweederangs verzekering hebben. Burgers zonder deze verzekering kunnen niet claimen dat zij slechts beschikbaar zijn voor deeltijd arbeid. Een dergelijke systematiek geldt ook voor de Deense bijstandsuitkering. Met een bijstandsuitkering op basis van een voltijdverzekering mogen volledige banen niet afgeslagen worden, ook niet als men zorgverantwoordelijkheden heeft (Kremer 1994). Het Deense beleid werpt grote barrières op voor deeltijdwerkers maar niettemin heeft ongeveer 35 procent van alle werkende vrouwen een deeltijd baan van gemiddeld 32 uur per week (OECD 1994). Meer nog dan in Denemarken werken in Engeland veel moeders en informele zorgers in deeltijd, in totaal 40 procent van alle werkende vrouwen. Volgens de Britse sociale zekerheidswetgeving is deeltijd arbeid geen echte keuze: werklozen met een uitkering mogen zich niet alleen voor een deeltijdbaai beschikbaar stellen en deeltijdwerkers hebben ook veel minder rechten. Zelfs wanneer zorgverantwoordelijkheden deeltijdarbeid noodzakelijk maken, moeten werklozen volledig beschikbaar zijn (Kremer 1994).

In Nederland is deeltijdarbeid gewoner dan in de ander twee landen: meer dan 60 procent van alle werkende vrouwen heeft een deeltijdbaai. Er is zelfs een niet te verwaarlozen aantal mannen dat in deeltijd werkt (OECD 1994). Deeltijdarbeid is hier veel meer een reële keuze, vooral voor vrouwen. Dit kan niet alleen begrepen worden vanuit het idee dat de Nederlandse economie nog steeds gebaseerd is op één kostwinnerslooi, ook het beleid is gunstig voor burgers die in deeltijd willen werken. Niet alleen is het relatief gemakkelijk om een werkloosheidsuitkering te ontvangen op basis van deeltijdarbeid – dat geldt ook voor kleine deeltijdbanen – het is ook mogelijk om gedeeltelijk beschikbaar te zijn wanneer men een uitkering krijgt. In Nederland is het bevorderen van deeltijdarbeid een belangrijk beleidsdoel geworden ter bevordering van de arbeidsparticipatie van vrouwen en het tegelijkertijd informeel oplossen van zorgbehoeften. Onlangs heeft de Eerste Kamer weliswaar een wetsvoorstel verworpen waarin

het recht op deeltijdarbeid gegarandeerd wordt, maar de intentie om deeltijdarbeid goed te regelen is daarmee niet verdwenen. Deze wet is immers vooral verworpen omdat er tussen de politieke partijen onenigheid bestaat over wie de verantwoordelijkheid heeft voor dit recht om zorg en arbeid te combineren, de staat of de sociale partners; voorwaar een typisch dilemma voor de Nederlandse verzorgingsstaat. Het gevolg van de huidige verdeling van deeltijdarbeid is echter hoe dan ook dat vooral veel vrouwen financieel afhankelijk blijven van hun partner.

Het recht op tijd om te zorgen in vergelijkend perspectief

Er blijken grote verschillen tussen verzorgingsstaten te bestaan met betrekking tot het recht om te zorgen. Engeland kent de strikt gedefinieerde voltijdse burgerzorger die weliswaar zwakke burgerschapsrechten bezit maar wel tijd heeft om te zorgen. Tegelijkertijd bestaan werkgerelateerde rechten om te zorgen nauwelijks. Hoewel in Engeland zorg erkend wordt als een essentieel aspect van de verzorgingsstaat is de verlening van die zorg niet geïntegreerd in de deelname aan de betaalde arbeid. In Nederland bestaat het recht op tijd om te zorgen voornamelijk via deeltijd arbeid (en niet via werkgerelateerd verlof) hetgeen ten koste gaat van de financiële onafhankelijkheid van vrouwen. Omdat, tenslotte, in Denemarken de voltijdse werker de norm is, kent de Deense verzorgingsstaat slechts een beperkte mogelijkheid om werk en zorgverantwoordelijkheden gelijktijdig uit te voeren. Aan de andere kant bestaan er in Denemarken meer mogelijkheden dan in Engeland en Nederland voor werkgerelateerd verlof zodat werk en zorg elkaar kunnen opvolgen, en een duurzaam recht op tijd om te zorgen voor de werkende burger is gegarandeerd.

HET RECHT OM ZORG TE ONTVANGEN

Het recht van ouderen om zorg te ontvangen

De doelstelling met betrekking tot de zorg voor ouderen komt in de drie genoemde verzorgingsstaten redelijk overeen; het mogelijk maken dat ouderen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Deze doelstelling is enerzijds gebaseerd op de veronderstelling dat residentiële zorg duurder is dan thuiszorg (of mantelzorg), anderzijds wordt hiermee be-

oogd de kwaliteit van het leven van ouderen te verbeteren (Jamieson 1991). Ondanks gelijklopende doelstellingen voor de zorg voor ouderen, zijn er grote verschillen tussen verzorgingsstaten in de omvang van de zorgverlening voor ouderen en de aard van de voorzieningen. Met als gevolg dat in sommige landen ouderen zeer afhankelijk zijn van hun familieleden, terwijl in andere landen ouderen als burgers het recht op verzorging kunnen claimen.

Dat laatste is het geval in Denemarken waar in de in 1976 aanvaarde 'Sociale Wet' het recht van burgers op zorg is neergelegd. Gemeenten hebben de taak voldoende zorgvoorzieningen voor ouderen aan te bieden. Omdat ook hier de aanwezigheid van een (vrouwelijke) partner een contra-indicatie voor zorg is, ontvangen alleenwonenden en gehuwden vaker thuiszorg dan gehuwde mannen. Desalniettemin wordt een verzoek om thuiszorg nagenoeg nooit afgewezen (Platz en Freiberg Petersen 1992). In Denemarken maakt ongeveer 8% van de ouderen gebruik van residentiële zorg, terwijl tenminste 17% van hen thuiszorg ontvangt, ook nog eens voor een relatief groot aantal uren per week (Jamieson 1991; Sundstrom 1994). Hiermee heeft Denemarken de meest uitgebreide thuiszorg van Europa.⁵

In Engeland zijn wel de rechten van verzorgers geformaliseerd in de 'Carers Act' van 1995, maar het recht om zorg te ontvangen is niet geregeld. De zorgvoorzieningen die er bestaan moeten vooral de hoogste nood lenigen. Het aantal mensen dat gebruikmaakt van residentiële zorg en van thuiszorg is in vergelijking met de twee andere landen laag: 5 procent van de ouderen verblijft in verzorgings- of verpleeghuizen en 9 procent van de bevolking boven de 65 jaar ontvangt thuiszorg. Ook krijgen Britse ouderen relatief weinig uren thuiszorg (Lawson et al. 1991). Het gevolg is dat ze vooral verzorgd worden door hun partners of vrouwelijke verwanten. Slechts voor 13% van de zorgbehoeftigen is de thuisverzorgster de primaire verzorgster, terwijl 64% van de kwetsbare ouderen verzorgd wordt door een huisgeenoot. In tegenstelling tot Denemarken en Nederland wonen Britse ouderen dan ook veel vaker in bij hun kinderen van wier bereidheid tot zorgen ze afhankelijk zijn (Sundstrom 1994). In aansluiting daarop worden in Engeland steeds meer vormen van wat Ungerson 'payments for care' ontwikkeld, met als gevolg dat er nieuwe 'markten' van zorg ontstaan waarvoor zorgbehoeftenden hun eigen zorg kunnen

regelen. De overheid is dan niet meer per definitie de zorgverlener, zorgontvangers kunnen in theorie kiezen wie zorg verleent (Ungerson 1997). De bovenbeschreven Invalid Care Allowance is een voorbeeld hiervan, maar ook andere door de gemeenten verstrekte zorgvergoedingen voor informele zorg passen in dat beeld – net als overigens het Nederlandse persoonsgebonden budget (PGB). Enerzijds dragen deze vergoedingen gedeeltelijk bij aan de autonomie van de zorgafhankelijken, men kan immers iets betalen voor de zorg die men vroeger gratis kreeg en daarmee meer eisen stellen, anderzijds zijn de vergoedingen zo laag dat van een verworven recht op zorgverlening geen sprake is. In toenemende mate wenden ouderen die dat kunnen veroorloven zich dan ook tot de private markt voor zorg, hetgeen leidt tot verscherping van de klassentegenstellingen op het terrein van sociale zorg.

In Nederland hebben burgers recht op verpleging, zorg, begeleiding en informatie over zorg in verband met ziekte, invaliditeit en ouderdom. Om voor zorg in aanmerking te komen moet men echter bewijzen dat men niemand in zijn/haar omgeving heeft die zorg kan verlenen. Dat wil zeggen dat het recht op zorg wel op papier bestaat maar in de praktijk afhankelijk is van het oordeel van indicatiecommissies en van de beschikbaarheid van zorgaanbod. Het individueel recht op zorg wordt ondermijnd door wachtlijsten, budgetreducties en steeds strengere toelatingseisen. Vergelijkenderwijs biedt Nederland veel residentiële zorg aan ouderen; zo'n 12% verblijft in verpleeg- of verzorgingstehuizen en nog eens 8 tot 12% ontvangt thuiszorg. Wel daalt het aantal minuten zorg dat door de thuiszorg geleverd wordt de laatste jaren steeds verder (Emancipatieraad 1993; De Boer e.a. 1994). Ook in Nederland moeten ouderen die zorg behoeven daarom vooral een beroep doen op hun partners en vrouwelijke familieleden; dat geldt voor 44% van degenen die van zorg afhankelijk zijn (Sundstrom 1995). Nederland beweegt zich wat betreft de zorg voor ouderen tussen beide andere landen in. Ouderen hebben er minder recht om zorg te ontvangen dan in Denemarken en meer dan in Engeland, ondanks dat in Engeland de erkenning van de financiële behoeften van informele zorgers toeneemt (Ungerson 1997).

5 Het recht op zorg voor kinderen

Uit een recent rapport van het Netwerk voor Kinderopvang van de Europese Commissie blijkt dat er maar heel weinig publieke voorzieningen voor kinderen tot 4 jaar zijn in Nederland en Engeland. Wel vertoont de Nederlandse kinderopvang een groei van 2 procent van alle 0 tot 4-jarigen in 1988 tot ongeveer 8 procent van die leeftijdsgroep in 1994. In Engeland is van groei geen sprake, daar is slechts kinderopvang beschikbaar voor 2% van alle kinderen jonger dan 4 jaar. In Denemarken daarentegen biedt kinderopvang aan 48% van alle kinderen in die leeftijd (ECNC 1996). Hetzelfde patroon doet zich voor in de opvang van oudere kinderen. Ook voor schoolgaande kinderen bestaan er nauwelijks faciliteiten in Nederland en Engeland, terwijl er in Denemarken een zeer gevarieerd aanbod van hoge kwaliteit is van buitenschoolse opvang en clubs voor tieners en adolescenten (Ministry of Social Affairs 1992).

Al sinds 1964 wordt in Denemarken de kinderopvang als een publieke verantwoordelijkheid beschouwd. De overheid, en in het bijzonder de gemeenten hebben een wettelijke plicht 'to supervise the conditions under which children live and to support their parents in the upbringing and care for them' (Social Act 1976) en daarmee om voldoende kinderopvang te garanderen. Deze regeling is bedoeld om de arbeidsparticipatie voor moeders te stimuleren, maar een minstens zo belangrijke doelstelling is het bevorderen van het welzijn van kinderen. Vanaf het begin werden pedagogische doelen als het samen spelen en de sociale contacten sterk benadrukt (Borchorst 1990). Sinds 1981 is er sprake van een langzame groei van de kinderopvang terwijl door de sterke bevolkingsgroei in die periode de behoefte groter werd. Het resultaat was dat er lange wachtlijsten ontstonden (Jensen 1993). In 1993 herbevestigde de overheid het belang van goede kinderopvang en de noodzaak om voor elk kind tot 7 jaar (aanvangsleeftijd voor de leerplicht) kinderopvang te verzekeren. Het aantal plaatsen in de kinderopvang groeide sindsdien weer snel en samen met de uitbreiding van het recht op ouderschapsverlof zorgde dat ervoor dat op dit moment nauwelijks nog wachtlijsten bestaan (ECNC 1996). Deense kinderen lijken werkelijk een recht op goede zorg te hebben.

In Engeland is het beeld totaal anders. Kinderopvang wordt absoluut niet beschouwd als een publie-

ke verantwoordelijkheid, men er zelfs huiverig ten opzichte van kinderopvang, vanuit het idee dat kinderen in de eerste jaren een hechtingsrelatie met hun moeder dienen te ontwikkelen. Wel bestaan er gemeentelijke opvangvoorzieningen voor risicokinderen of kinderen uit risicogezinnen, maar verder wordt zorg voor kinderen vooral als een taak van de moeder beschouwd (Brannen en Moss 1991; Gregson en Lowe 1994; Cohen 1990). Omdat de overheid kinderopvang niet organiseert of financiert, zijn kinderopvangvoorzieningen schaars en is men aangewezen op bedrijfsopvang (in bedrijven met veel vrouwelijke werknemers zoals ziekenhuizen zijn die er soms wel) en particuliere kinderdagverblijven, maar vooral toch op vrouwelijke vrienden, familieleden en niet gekwalificeerde betaalde oppassen. Dat betekent dat in Engeland de informele opvang van kinderen van werkende moeders domineert. Dit type kinderopvang vormt met name bron van extra inkomen voor ongeschoolde vrouwen en is sinds het midden van de jaren 70 met 60% toegenomen. (Cohen 1990; Ginsburg 1992)

Deze laatste tendens is waarschijnlijk ook aan de hand in Nederland, alhoewel hier geen eenduidige cijfers over bestaan. Tegelijk met de snel groeiende arbeidsparticipatie van vrouwen is in Nederland ook het aantal kinderdagverblijven snel toegenomen. Het resultaat van deze toename en het overheidsbeleid ten aanzien van de kinderopvang is dat er sprake is van een chaotische situatie. In een zelfde kinderdagverblijf bestaan vele vormen van opvang naast elkaar: door de overheid gesubsidieerde, (gedeeltelijk) door de ouders betaalde en bedrijfsopvang, waarbij het kinderdagverblijf de verantwoordelijkheid is van ofwel de gemeente of een (landelijke) stichting. Gemeenten hebben zelf veel nieuwe kinderopvang georganiseerd maar algemeen is de conditie dat 70% van deze plaatsen 'ingekocht' moeten worden door bedrijven ten behoeve van de kinderen van hun werknemers (Hooghiemstra en Niphuis-Nell 1993). Het gevolg is dat een aanzienlijk aantal kinderdagverblijven tegelijkertijd zowel onbezette plaatsen als wachtlijsten hebben. Ondanks de uitbreiding van het aantal plaatsen bevinden zich op de wachtlijsten nog altijd 57.000 kinderen, dat is een derde van het aantal kinderen dat kinderopvang nodig heeft (vws 1997). Sinds de invoering van de nieuwe welzijnswet in 1996 en de daarmee gepaarde gaande decentralisering van de welzijnsbudget-

ten, zijn de gemeenten ook weer ontslagen van hun kort daarvoor verworven verantwoordelijkheid om kinderopvang te organiseren. Incidenteel krijgt de kinderopvang soms nog een impuls, bijvoorbeeld in 1996 toen de centrale overheid 85 miljoen gulden ter beschikking stelde voor die gemeenten die daarvan gebruik wilden maken om het alleenstaande moeders in de bijstand mogelijk te maken hun arbeidsplicht te vervullen. De Nederlandse verzorgingsstaat ontbeert een coherent beleid ten aanzien van de kinderopvang, in de praktijk wordt echter aanzienlijk meer door de overheid geïnvesteerd in kinderopvang dan in Engeland. Beide landen vormen echter een scherp contrast met Denemarken waar kinderopvang een wettelijk gegarandeerd recht is en een pedagogisch onderbouwde praktijk.

6 Zorg en burgerschap in de Nederlandse, Britse en Deense verzorgingsstaat

Verzorgingsstaten van vandaag bewegen zich tegen de achtergrond van belangrijke economische, sociale en demografische ontwikkelingen. De arbeidsdeelname van vrouwen neemt toe terwijl tegelijkertijd zorg door onder andere de vergrijzing steeds noodzakelijker wordt. Daardoor is sociale zorg een urgent thema geworden van verzorgingsstaten. In hoeverre nemen de drie verzorgingsstaten verantwoordelijkheid voor zorg? En wat zijn daarvan de seksespecifieke gevolgen? Wordt het recht op zorg ontvangen en het recht om te zorgen erkend en gestreefd naar inclusief burgerschap? Als we de drie typen verzorgingsstaten vergelijken, dan valt het volgende op.

In de Nederlandse verzorgingsstaat bestaat nog steeds een scherpe op genderverschillen gebaseerde verdeling van werk en zorg. Zorg wordt nauwelijks als werk beschouwd en vrouwen organiseren het zorgverlenen vooral in de privé-sfeer. Financieel wordt dit mogelijk gemaakt door aan de man verleende indirecte compensaties voor het verlies van een tweede inkomen via belastingaftrek, en het gratis meeverzekeren van gezinsleden voor ziektekosten, pensioen etc. Zorg voor ouderen wordt maar in beperkte mate georganiseerd via openbare voorzieningen en dat geldt nog minder voor de zorg voor kinderen. In ieder geval bestaat in Nederland geen recht op sociale zorg, wel bestaat er een morele plicht tot verzorgen voor vrouwen die slechts in beperkte mate aan de betaalde arbeid deelnemen, en

vanwege hun zorgverlening in financieel opzicht relatief afhankelijk zijn van hun partner. De laatste tijd heeft het bevorderen van de arbeidsdeelname van vrouwen prioriteit in het sociaal beleid in Nederland. Omdat de tijd om te zorgen nauwelijks via verlof geregeld is, en zorgafhankelijke ouderen en jonge kinderen slechts beperkt toegang hebben tot openbare zorgvoorzieningen, resteert voor vrouwen vooral de optie van het werken in deeltijd. Dit is een private oplossing voor het zorgdilemma, met als gevolg gecompliceerde organisatorische problemen voor gezinnen en arbeidsorganisaties (Drooglever-Fortuijn 1993). Deze 'deeltijd oplossing' impliceert dat aan de sociale zorg nog steeds nauwelijks rechten ontleend kunnen worden: zorgverleners en ook zorgbehoevenden blijven afhankelijk van de tijd, bereidheid en betrokkenheid van degenen van wie ze zorg zouden willen ontvangen (Knijn 1997). Daarentegen is deeltijdarbeid, en de wijze waarop het geïmplementeerd lijkt te gaan worden, in Nederland een meer beschermde optie dan in beide andere landen. Zoals we gezien hebben zijn een aantal sociale burgerschapsrechten (werkloosheidsuitkeringen op deeltijdbasis, verrekening in pensioenen etc.) hier ook te verwerven via deeltijdarbeid (Plantenga 1996). In Nederland is de sociale zorg dus vooral een privé-aangelegenheid aangevuld met een beperkte beschikbaarheid van openbare zorgvoorzieningen van zeer gevarieerde kwaliteit. Burgerschap betekent daardoor iets anders voor vrouwen dan voor mannen, voor mensen met en zonder zorgtaken. Degenen die zorg verlenen (in hoofdzaak vrouwen) hebben vaak een status, met indirecte sociale rechten, die afgeleid is van burgers (mannen) die een volledige baan hebben. Met andere woorden, doordat de zorg niet beschouwd wordt als een publieke taak, bestaat er grote genderongelijkheid en afhankelijkheid in Nederland.

In de Britse verzorgingsstaat heeft het ontkennen van het zorgvraagstuk geleid tot een polarisatie tussen burgers met en burgers zonder zorgtaak, tussen mannen en vrouwen en tussen vrouwen onderling. Ook hier is zorgverlof niet geregeld en zijn er nauwelijks, minder nog dan in Nederland, openbare zorgvoorzieningen beschikbaar voor zorgbehoevende ouderen en jonge kinderen. Deeltijdwerk is in Engeland lange tijd geen reële optie geweest; men was ofwel erkend verzorger ofwel volledig beschikbaar voor de arbeidsmarkt. Daar lijkt nu langzaam

aan verandering in te komen nu steeds meer blijkt dat met name alleenstaande ouders moeilijk voltijds kunnen werken. Wel is in Engeland de positie als zorgverlener erkend en, in bijzondere gevallen, betaald, bijvoorbeeld als verzorger van een erkende zorgbehoevende of als alleenstaande moeder. Dat is opvallend: de Britse verzorgingsstaat kent als enige sociale burgerschapsrechten toe aan een bijzondere categorie verzorgers. Deze status bestaat niet in beide andere landen. Maar al met al is het met de burgerschapsstatus van zowel zorgverleners als zorgafhankelijken droevig gesteld; sociale ongelijkheid tussen deze groepen burgers en dientengevolge tussen vrouwen en mannen is het gevolg.

In de Deense verzorgingsstaat bestaat, in tegenstelling tot de twee andere verzorgingsstaten, een uitgebreid recht van ouderen en kinderen op zorg. Zorg wordt hier niet gezien als een morele plicht van vrouwen maar als een verantwoordelijkheid van de overheid. Het belang van sociale zorg is onomstreden en onderwerp van een kwalitatief hoogstaand en omvangrijk sociale zorgbeleid. Uitgebreide wettelijke regelingen voor betaald zorgverlof en goede openbare zorgvoorzieningen hebben de sociale zorg 'gepolitiseerd'. Zowel de omvang als de kwaliteit van de publieke zorgvoorzieningen worden door de overheid geregeld, waarmee overigens ook veel werkgelegenheid voor vrouwen is gecreëerd. Zorg is werk in Denemarken, en wordt derhalve betaald verricht (Borchorst en Siim 1987; Esping-Andersen 1990). Anderzijds is zorg nog steeds een vrouwelijke aangelegenheid, zowel in de openbare zorgvoorzieningen als in de dagelijkse gezinspraktijk zijn het vooral de vrouwen die zorgen. Maar door dit beleid ten aanzien van de sociale zorg zijn veel vrouwen financieel onafhankelijk en zijn mannen niet langer afhankelijk van een vrouw die voor hen, hun kinderen en hun ouders zorgt. De assumptie van relationele onafhankelijkheid die hieraan ten grondslag ligt heeft ten slotte ook gezorgd voor een grotere gelijkheid tussen mannen en vrouwen in de sociale zekerheid (Kremer 1994). Dit beleid heeft ook een prijs. In plaats van de morele plicht om te zorgen hebben Deense vrouwen een plicht om buitenshuis te werken. Het recht op tijd om zorg te verlenen is beperkt, en bestaat vooral uit zorgverloven, die overigens wel steeds omvangrijker worden met name als het gaat om de zorg voor kinderen. Met betrekking tot Denemarken zou men kunnen spreken van een

sequentieel recht ten aanzien van arbeid en zorg; men werkt of zorgt maar beide tegelijk gaat moeilijk. Op dit moment lijken er belangrijke veranderingen gaande die tenderen naar het gelijkschakelen van twee opties: of men zorgt zelf via een verlof of men besteedt de zorg uit aan de openbare zorgvoorzieningen. Het uitbreiden van het ouderschapsverlof en het introduceren van het recht om voor een volwassen gezinslid te zorgen zijn daar tekenen van. Het lijkt erop alsof ook in Denemarken het recht op tijd om zorg te verlenen, en daarmee het inclusief burgerschap, langzaam een plaats krijgt. Burgerschap in Denemarken wordt daarmee een concept dat zowel recht op arbeid als recht op zorg en recht om te verzorgen impliceert.

7 Tot slot: met zorg naar de toekomst?

De drie verzorgingsstaten zien hun verantwoordelijkheid ten aanzien van sociale zorg dus niet op dezelfde manier. Om verschillen in zorgbeleid van verzorgingsstaten, met de genderspecifieke gevolgen van dien te kunnen analyseren zijn de bestaande benaderingen van verzorgingsstaten ontoereikend. Ook het de-commodificatiemodel van Esping-Andersen biedt te weinig houvast om de relatie tussen verzorgingsstaten, zorg en gender goed te kunnen begrijpen. Daarom past zijn typologie van verzorgingsstaten ook niet naadloos bij de zorgverhoudingen in de Deense, Britse en Nederlandse verzorgingsstaten. Misschien is het op dit moment ook

voorbarig om een alternatief model voor de vergelijking van verzorgingsstaten op basis van zorgverhoudingen te ontwikkelen. Immers, met het benadrukken van verschillen tussen verzorgingsstaten kan gemakkelijk uit het oog worden verloren dat er ook een tendens in de richting van convergentie te bespeuren valt. Als antwoord op de sociale, economische en demografische ontwikkelingen lijken verzorgingsstaten de sociale zorg steeds meer te erkennen als een belangrijke dimensie van burgerschap. In landen als Denemarken en Nederland, maar ook in Zweden en België, worden verlofregelingen opgezet, waardoor het recht op tijd om te zorgen een belangrijke dimensie wordt van burgerschap. Deeltijdarbeid – hoewel vaak een private oplossing – wordt in elke verzorgingsstaat steeds belangrijker, en ook vaker mogelijk gemaakt. Ook staat het recht op zorg te ontvangen op de agenda, waarbij in sommige landen de voorzieningen stukje bij beetje worden uitgebreid of het recht op zorg wordt bekrachtigd, zoals in Denemarken. Daarbij, en dat is werkelijk opzienbarend, wordt in steeds meer verzorgingsstaten het recht op zorg gegoten in directe betalingen voor zorg, zoals de 'payments for care' in Engeland of het persoonsgebonden budget (PGB) in Nederland. In alle verzorgingsstaten, in sommige meer dan in andere, woedt dus een belangrijke discussie om het recht om zorg te ontvangen en het recht om zorg te geven deel uit te laten maken van burgerschap.

Noten

1 Dit artikel is een bewerking van 'Gender and the caring dimension of welfare states: Towards inclusive citizenship' dat eerder is verschenen in *Social Politics*, vol. 4, no 3, 1997

2 We gebruiken de term 'sociaal burgerschap' hier ter onderscheiding van politiek en civiel burgerschap. Zie Marshall 1976 (oorspronkelijk 1948).

3 Het begrip 'recht' moet hier niet in strikt juridische termen worden opgevat. In onze benadering betekent 'recht' de *realistische mogelijkheid om zorg te ontvangen en zorg te verlenen*.

4 De score geeft de mate van onafhankelijkheid van de arbeidsmarkt aan, hoe beter de sociale verzekeringen in een land, hoe minder men op de arbeidsmarkt is aangewezen voor het verwerven van een inkomen, hoe hoger de de-commodificatiescore is.

5 Denemarken besteedt 0,7% van het BNP aan thuiszorg voor ouderen en gehandicapten in 1990. In Nederland bedraagt dit percentage 0,3 in 1987, en in Engeland en Wales 0,14 in 1985 (Jamieson 1991).

Literatuur

- Alber, Jens, 1995, 'A framework for the comparative study of social services'. *Journal of European Social Policy* 5, no. 2: 131-149.
- Anttonen, Anneli, 1990, 'Feminization of the Scandinavian welfare state and female dependencies'. In: *Finnish debates on Women's Studies*. Working Papers 2, ed. L. Simonen. Tampere: University of Tampere, Centre for Women's Studies and Gender Relations: 3-25.
- Balbo, Laura, 1987, 'Crazy quilts: Rethinking the welfare state debate from a woman's point of view'. In: *Women and the State: The shifting boundaries of public and private*, ed. A. Showstack Sassoon. London: Hutchinson: 45-70.
- Borchorst, Anette, 1990, 'Political motherhood and child care policies: A comparative approach to Britain and Scandinavia'. In: *Gender and caring: Work and welfare in Britain and Scandinavia*, ed. C. Ungerson. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf: 160-178.
- Borchorst, Anette en Birte Siim, 1987, 'Women and the advanced welfare state: A new kind of patriarchal power?' In: *Women and the state: The shifting boundaries of public and private*, ed. A. Showstack Sassoon. London: Hutchinson: 128-157.
- Brannen, Julia en Peter Moss, 1991, *The managing mother: Dual earner households after maternity leave*. London: Unwin Hyman.
- Bussemaker, Jet, 1993, *Betwiste zelfstandigheid: Individualisering, sekse en verzorgingsstaat*. Amsterdam: SUA.
- Bussemaker, Jet., Annemieke van Drenth, Trudie Knijn en Janneke Plantenga, 1997, 'Lone motherhood in the Netherlands'. In: *Lone mothers in European welfare regimes: Shifting policy logics*, ed. J. Lewis. London: Jessica Kingley Publishers: 96-120.
- Cohen, B, 1990, *Caring for children: The 1990 report*. Edingborough: Family Policy Studies Centre/Scottish Child and Family Alliance.
- De Boer, A. et al., 1994, *Informeel zorg: Een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen*. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau/Den Haag: Vuga.
- De Swaan, Abram, 1988, *In care of the state: Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*. Cambridge: Polity Press.
- Drooglever Fortuijn, Joos, 1993, *Een druk bestaan: Tijdsbesteding en ruimtegebruik van tweeverdieners met kinderen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Emancipatieraad, 1993, *Vrouwenmantel en mannentrouw in de thuiszorg*. Den Haag: Emancipatieraad.
- Engbersen, G. et al., 1994, *Zorgen in het Europese huis: Verkenningen over de grenzen van nationale verzorgingsstaten*. Amsterdam: Boom.
- European Commission Network on Childcare, 1996, *A review of services for young children in the European Union 1990-1995*.
- Esping-Andersen, Gösta, 1990, *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Evers, Albert et al., 1994, *Payments for care: A comparative overview*. Avebury: Aldershot.
- Fraser, Nancy, 1990, 'Struggle over needs: Outline of a socialist-feminist critical theory of late-capitalist political culture'. In: *Women, the state and welfare*, ed. L. Gordon. Madison: The University of Wisconsin Press: 199-225.
- Ginsburg, N., 1992, *Divisions of welfare*. London, Sage Publications Ltd.
- Glendenning, C, 1990, 'Dependency and interdependency: The incomes of informal carers and the impact of social security'. *Journal of Social Policy* 19, no.4: 469-497.
- Gregson N. en M. Lowe, 1994, *Servicing the middle classes: Class, gender and the waged domestic labour in contemporary Britain*. London: Routledge.
- Hooghiemstra, B. en Marry Niphuis-Nell, 1993, *Sociale atlas van de vrouw, deel 2: Arbeid, inkomen en faciliteiten om werken en de zorg voor kinderen te combineren*. Rijswijk: SCP/Vuga.
- Jamieson, A., 1991, *Home care for older people in Europe: A comparison of policies and practices*. Oxford: Oxford University Press.
- Jensen, Judith, 1993, 'Public childcare in an equality perspective'. In: *The equality dilemma. Reconciling working life and family life, viewed in an equality perspective: The Danish Example*. eds. S. Carlsen and E. Larsen. Copenhagen: The Danish Equal Status Council.
- Knijn, Trudie, 1994, 'Fish without bikes: Revision of the Dutch welfare state and its consequences for the (in)dependence of single mothers'. *Social Politics*, 1. no. 1: 83-105.
- Knijn, Trudie, 1997, 'The rationalization of personal care: Time is money isn't it?' In: *Crossing borders: Gender and citizenship in transition*, eds. B. Hobson and A.M. Berggren. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research: 233-253.
- Kremer, Monique, 1994, *Interpretations of citizenship: Gender, care and the obligation to work in the British, Danish and Dutch welfare state*. (Unpublished doctoral thesis) Utrecht: University of Utrecht.
- Kremer, Monique, 1995, *Het Deense werkgelegenheidsoffensief: Kansen voor zorg en arbeid*. Utrecht: NIZW.
- Leira, Arnlaugh, 1990, 'Coping with care: Mothers in a welfare state'. In: *Gender and caring: Work and welfare in Britain and Scandinavia*, ed. C. Ungerson. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf: 133-159.
- Lewis, Jane, 1992, 'Gender and the development of welfare regimes'. *Journal of European Social Policy*, vol 2, no 3: 159-173.
- Lewis, Jane, 1997, 'Gender and welfare regimes: Further thoughts'. *Social Politics*, summer: 160-207.
- Lister, Ruth, 1990, 'Women, economic dependence and citizenship'. *Journal of Social Policy*, vol.19, no 4: 445-467.
- Marshall, T.H., (1948) 1976, 'Citizenship and social class'. In: *Citizenship and social development*. Essays by T.H. Marshall. T.H. Marshall. Westport/Connecticut: Greenwood Press Publishers.
- McLaughlin, Eithne, 1991, *Social security and community care: The case of the invalid care allowance*. Department of Social Security. Research Report No. 4. London: HMSO.
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws), 1997, *Zes jaar Stimuleringsmaatregel Kinderopvang, 1990-1995: Resultaten over de gehele periode*. Rijswijk: vws.
- Ministry of Social Affairs, 1992, *Parental employment and ca-*

ring for children: *Developments and trends in EC and Nordic countries*, Copenhagen: September 1992.

Moss, Peter, 1990, *Childcare in the European communities 1985-1990*, Women of Europe Supplements, No.31, Brussels, Commission of European Communities.

OECD, 1994, *Employment Outlook 1994*. Paris: Organization for Economic Development.

Pateman, Carol, 1989, *The disorder of women: Democracy, feminism and political theory*. Cambridge: Polity Press.

Plantenga, Janneke, 1996, 'For women only? The rise of part-time work in the Netherlands'. *Social Politics*, vol. 3, no.1: 57-71.

Platz, M. en N. Freiberg Petersen, 1992, *Social and economic policies and older people in Denmark. Report for the EC Actions on Older People*. Copenhagen: SFI.

Sainsbury, D., 1996, *Gender, equality and welfare states*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sevenhuijsen, Selma, 1993, 'Paradoxes of gender: Ethical and

epistemological perspectives on care in feminist political theory'. *Acta Politica*, vol. 28, no 2: 131-149.

Sundström, G., 1994, 'Care by families: An overview of trends'. In: OECD Social Policy Studies No. 4. *Caring for frail elderly people: New directions in care*. Paris: OECD.

Taylor-Gooby, P., 1991, 'Welfare state regimes and welfare citizenship'. *Journal of European Social Policy* 1, no.2: 93-105.

Ungerson, Clare, 1990a, *Gender and caring: Work and welfare in Britain and Scandinavia*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Ungerson, Clare, 1990b, 'The language of care: Crossing the boundaries'. In: *Gender and caring: Work and welfare in Britain and Scandinavia*, ed. C. Ungerson. Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf: 8-34.

Ungerson, Clare, 1997, 'Social politics and the commodification of care'. *Social Politics*, vol. 4, no.3. (in press).