



Concurrentie
tussen
mantelzorg
en
betaald werk

Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk

Edith Josten
Alice de Boer

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

Het Bureau heeft tot taak:

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

Het scp verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het scp te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2015

SCP-publicatie 2015-7

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland

Omslagontwerp: bureau Stijlzoorg, Utrecht

ISBN 978 90 377 0550 8

NUR 740

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

Sociaal en Cultureel Planbureau

Rijnstraat 50

2515 XP Den Haag

(070) 340 70 00

www.scp.nl

info@scp.nl

De auteurs van scp-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting en conclusies	5
1 Achtergrond	13
1.1 Korte schets van het overheidsbeleid	13
1.2 Theoretisch kader	16
1.3 Eerder onderzoek	17
1.4 Onderzoeksvragen	18
1.5 Gebruikte gegevensbron	19
Noten	21
2 Aantal mantelzorgers onder werkenden	23
Noot	26
3 Mantelzorg en arbeidsduur	27
3.1 Beginnen met mantelzorg	27
3.2 Inkorten van de arbeidsduur en stoppen met werk	28
3.3 Omvang van de gegeven zorg	31
3.4 Conclusie	32
Noot	32
4 Ervaren gezondheid en verzuim	33
4.1 Effecten op de gezondheid	33
4.2 Effecten op ziekteverzuim	35
4.3 Conclusie	37
Noot	37
Summary and conclusions	39
Bijlage (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport)	
Bijlage A Afbakening mantelzorg in andere onderzoeken en aanvullende tabellen	
Literatuur	47
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	51

Voorwoord

Wat doe je als iemand in je naaste omgeving ziek of hulpbehoevend wordt? Ga je helpen? Hoeveel? En hoe pas je dat in naast je werk? Veel mensen in Nederland krijgen ooit met deze vragen te maken. De overheid wil graag dat burgers meer hulp gaan geven in zulke situaties. Tegelijkertijd vindt ze het ook belangrijk dat de arbeidsdeelname stijgt. De gedachte hierachter is dat groei van het aantal mantelzorgers en werkenden goed is voor de overheidsfinanciën en de betrokkenheid van mensen bij de maatschappij. Werkende mantelzorgers weten als geen ander wat deze verandering in de richting van een ‘participatiemaatschappij’ voor burgers betekent.

Maar hoe goed zijn hulp aan naasten en betaald werk met elkaar te combineren? Of zitten de taken elkaar eerder in de weg? En zo ja, in welke situaties? Dit rapport werpt daar meer licht op. Het laat zien dat het percentage werkende mantelzorgers de afgelopen jaren steeg, zoals de overheid wenst. Ook toont dit onderzoek of mensen die met mantelzorg beginnen hun arbeidsduur inkorten, en of hun gezondheidsklachten en verzuim groeien. Veel mensen lijken een beperkt aantal uren hulp wel te kunnen inpassen naast hun werk en privéleven, maar er zijn ook grenzen. Dat is vooral zo als het om intensieve hulpverlening gaat.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting en conclusies

S.1 Achtergrond, opzet en begrippen

Enkele miljoenen Nederlanders geven hulp aan bejaarde ouders of naasten met beperkingen. Denk aan boodschappen doen, helpen in het huishouden of persoonlijke verzorging. Deze vorm van hulp noemen we mantelzorg: zorg voor hulpbehoevende naasten. De overheid wil dat burgers meer van zulke hulp gaan geven, om de groei van de zorgkosten af te remmen. Tegelijkertijd wil ze ook de arbeidsdeelname vergroten, wat de overheidsfinanciën eveneens moet verbeteren. Zo is de AOW-leeftijd verhoogd en worden deeltijders opgeroepen hun werkweek te verlengen. Mantelzorg en betaald werk zullen daardoor in de toekomst vermoedelijk vaker samen voorkomen.

Hoewel de overheid maatregelen treft om deze combinatie te vergemakkelijken, blijft de vraag in hoeverre de doelen ‘meer mantelzorg’ en ‘meer werken’ met elkaar verenigbaar zijn. Degenen die langer moeten werken – ouderen en vrouwen met een deeltijdbaan – zijn juist ook de mensen die vaak hulp geven. In eerdere publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) is aandacht gevraagd voor de vaak problematische combinatie van werken en helpen (De Boer en Keuzenkamp 2009; Sadiraj et al. 2009). Die studies lieten zien hoeveel werkenden hulp gaven en welk deel van hen zich zwaar belast voelde.

Onderzoeksvragen

Het onderhavige rapport geeft extra inzicht in de mate waarin werk en mantelzorg elkaar in de weg zitten. Het laat zien of het percentage werkenden met mantelzorgtaken groeit. Ook toont het onderzoek of het besluit om te beginnen met hulp afhankelijk is van het aantal uur dat iemand werkt. Tot slot gaat het rapport in op de vraag of werkenden die mantelzorg oppakken hun arbeidsduur verminderen of een slechtere gezondheid ervaren.

Gebruikte gegevensbron

De gegevens in dit rapport komen uit een tweejaarlijks onderzoek onder zo’n 4800 werkenden en niet-werkenden van 16-65 jaar (het Arbeidsaanbodpanel (AAP) van het Sociaal en Cultureel Planbureau). De deelnemers hieraan worden over de tijd gevolgd; ze vullen iedere meting een vragenlijst in over onder meer werk en zorg. Daarnaast worden bij elke peiling nieuwe respondenten geworven, om uitval aan te vullen en ervoor te zorgen dat ook jongeren vertegenwoordigd zijn. Zo blijft de groep op grootte en voldoende representatief voor de bevolking in de werkzame leeftijd.

Het aantal mantelzorgers onder werkenden is met dit databestand in kaart te brengen voor de jaren 1996-2012. De samenhang van mantelzorg met arbeidsduur en gezondheid is alleen onderzocht voor het recentste tijdvak: 2004-2012. Bij die analyses zijn de verschillende jaren samengevoegd (gepooled), om voldoende waarnemingen te hebben van mensen die tussen twee metingen van het onderzoek met mantelzorg startten. Nagegaan is

wat hun arbeidsduur en gezondheid bij de eerste peiling, dus vooraf, was en of die bij de tweede meting minder was geworden.

Het databestand heeft – voor het doel dat wij ons stelden – een aantal beperkingen. Om te beginnen is wel bekend dat iemand hulp geeft en hoeveel uur per week, maar niet aan wie. Het ligt voor de hand dat de meeste werkende mantelzorgers hun partner, kind of ouders verzorgen, maar voor de effecten op arbeidsduur en gezondheid zou het wel eens kunnen uitmaken wie men verzorgt. Dat was met onze gegevens niet te toetsen.

Ook weten we weinig over wat de hulpbehoevende mankeerde. We weten dat de hulpontvanger te maken had met ziekte, handicap of ouderdomsproblemen, maar niet wat er precies aan de hand was. Eerder Nederlands en buitenlands onderzoek (De Boer et al. 2010; Sherwood et al. 2008) wees erop dat mantelzorg bij de ene aandoening zwaarder is dan bij de andere. Zo is mantelzorg belastender als het gaat om personen met gedragsproblemen of kankerpatiënten met zware fysieke beperkingen. Ook dit onderscheid was met onze data niet te maken.

Tot slot zijn werkenden in heel zware zorgsituaties, bijvoorbeeld met zorg voor een terminale zieke, mogelijk ondervertegenwoordigd in het databestand. Het lijkt aannemelijk dat deze mensen vaak geen tijd en energie zullen hebben voor het invullen van een vragenlijst.

Begrippen

Mantelzorgers zijn in deze rapportage opgevat als mensen die voor hulpbehoevende familieleden, vrienden, kennissen of burens zorgen. Dit kunnen zowel in- als uitwonenden zijn. In de vragenlijst is expliciet aangegeven dat de zorg voor gezonde kinderen buiten beschouwing blijft. Er is alleen gevraagd naar – onbetaalde – hulp bij het huishouden en de persoonlijke verzorging. Dit zijn taken waarvoor ook professionele zorg verkregen kan worden. Mantelzorg betaald vanuit een persoonsgebonden budget telde niet mee, net zomin als hulp bij klusjes, begeleidende taken of administratie. De omvang van de totale hulp aan naasten – in zowel uren als aantal personen – zal daardoor wat zijn onderschat vergeleken met de situatie waarin een bredere omschrijving van hulp wordt gebruikt. In beleidsdocumenten wordt nogal eens een minimumeis aan de intensiteit van de hulp gesteld, waarbij degenen die maximaal acht uur per week zorgen *niet* als mantelzorger worden meegerekend. De gedachte hierachter is dat vooral degenen die veel zorgen kwetsbaar zijn en mogelijk ondersteuning nodig hebben. De keerzijde is dat de zogenoemde ‘lichte helpers’ nauwelijks aan bod komen.

In dit rapport is geen ondergrens gesteld aan de omvang van de hulp: zowel zware als lichte zorg telt mee. Wel is in de analyses een onderscheid gemaakt naar de effecten van meer en minder intensieve hulp. Intensief is daarbij gedefinieerd als meer dan vier uur zorg per week. Er is dus een lagere grens gekozen dan die van de overheid. De reden daarvoor was dat het aantal werkenden dat meer dan acht uur per week helpt in ons databestand te gering was: maar 1,5% van alle werkenden in 2012. Werkenden geven zulke omvangrijke hulp slechts weinig, omdat die vaak lastig in te passen zal zijn naast een baan.

Iedereen met betaald werk, ongeacht de omvang ervan, telde mee als werkend. Er zijn uitsplitsingen gemaakt naar mensen met een kleine en grote arbeidsduur (0-27 uur vs. 28-40

uur). De analyses naar het aantal mantelzorgers beperkten zich tot personen van 23-65 jaar die niet hoofdzakelijk scholier/student waren. De analyses naar de effecten van hulp betroffen mensen van 23-58 jaar, om arbeidsduurvermindering door seniorenregelingen en prepensionering uit te sluiten.

S.2 Visies op mantelzorg en werk

Mantelzorg en betaald werk: concurrenten of niet?

Er bestaan twee tegenstrijdige beelden over de combinatie van betaalde arbeid en mantelzorg. In de ene visie zijn ze concurrenten van elkaar. Ze zitten elkaar in de weg omdat ze beide een beroep doen op de beschikbare tijd van mensen; tijd die nu eenmaal beperkt is. Het oppakken en volhouden van hulp vergroot in deze visie de belasting van werkenden. Het kan tot meer gezondheidsklachten onder hen leiden. Ook brengen mantelzorgers hun arbeidsomvang misschien terug, om de ervaren belasting te verminderen. Dit zou vooral bij vrouwen kunnen voorkomen, omdat zij veel vaker dan mannen hulp bieden aan anderen.

Volgens de andere visie is er een onbenut potentieel aan menskracht in de samenleving dat ingezet kan worden. In deze optiek gaat een betrokken sociaal leven, waarin mensen elkaar helpen, hand in hand met een grotere arbeidsdeelname. Het combineren van beide taken is goed voor de sociale samenhang tussen burgers. Het is ook wenselijk, omdat mantelzorg en betaalde arbeid (zoals gezegd) het financiële draagvlak voor de overheidsvoorzieningen kunnen verbeteren.

Gezien de hoofdlijnen van het huidige overheidsbeleid – meer participatie door iedereen en meer eigen in plaats van overheidsverantwoordelijkheid voor zieke naasten (Van Noije et al. 2012) – is het beleid vooral geënt op deze tweede visie, hoewel er ook aandacht is voor de eventuele negatieve effecten van het combineren van beide taken. Zo wil het kabinet de verlofregelingen voor werknemers met zorgtaken uitbreiden. Dit moet de belasting van werkenden die hulp geven verminderen.

S.3 Ontwikkeling van het aantal mantelzorgers onder werkenden

Meer participatie

Een deel van de cijfers uit ons onderzoek pleit voor de participatievisie, want steeds meer werkenden geven hulp. Terwijl het percentage werkenden met mantelzorgtaken in de jaren 1996-2002 gelijk bleef, groeide het tussen 2004 en 2012 van 13% tot bijna 18%.

De helft van hen hielp in 2012 maximaal twee uur per week. Ongeveer een kwart zorgde twee tot en met vier uur en nog eens een kwart meer dan vier uur per week.

Vooraf het aantal werkenden dat hooguit twee uren per week helpt, steeg. Niet-intensieve helpers hebben onder werkenden dus aan belang gewonnen. Zij kunnen misschien niet in alle gevallen de centrale helper voor een hulpbehoevende zijn, maar wel ruimte bieden aan eventuele anderen, zodat die niet overbelast raken.

De groei van het aantal werkenden met mantelzorgtaken was het grootst onder vrouwen van 45 jaar en ouder en mensen met een kleine baan van minder dan 28 uur per week. In 2012 verleende respectievelijk ongeveer een derde en een kwart van deze groepen hulp. Beide gaven ook in 2004 al het vaakst mantelzorg.

De toename van het aantal mantelzorgers onder werkenden komt deels door de veranderde samenstelling van de populatie werkenden. Er zijn meer ouderen en vrouwen onder hen dan vroeger, en dit zijn ook de groepen die van oudsher vaak mantelzorg geven. Vermoedelijk heeft de verdergaande extramuralisering ook een rol gespeeld; steeds meer mensen met een grote en complexe zorgbehoefte blijven thuis wonen. Een andere mogelijke oorzaak is de afgenomen omvang van gezinnen, waardoor er minder andere familieleden zijn die in principe ook zorg aan een hulpbehoevende naaste kunnen geven. De stijging hangt tot slot waarschijnlijk ook samen met de toenemende nadruk van de overheid op meer participatie en op meer verantwoordelijkheid van burgers voor hun directe sociale omgeving (bv. invoering richtlijn over gebruikelijke zorg aan huisgenoten, invoering Wet maatschappelijke ondersteuning). Het onderzoek levert dus aanwijzingen op dat dit beleid ertoe heeft geleid dat werkenden vaker naasten zijn gaan helpen.

5.4 Mantelzorg en arbeidsduur

Mensen met een grote baan gaan minder vaak over tot hulp geven dan mensen met een kleine baan en niet-werkenden

In het onderzoek zijn ook situaties geconstateerd waarin betaald werk en mantelzorg elkaar in de weg zitten. Uit eerder onderzoek is bekend dat mensen met een grote arbeidsduur minder vaak hulp verlenen dan anderen. Meestal wordt ervan uitgegaan dat dit komt doordat zij niet zo vaak beginnen met mantelzorg. Urenvermindering door mantelzorgers zou niet zo'n belangrijke rol spelen. Deze aanname blijkt te kloppen. Na correctie voor verschillen in achtergrondkenmerken tussen mensen met een grote en kleine baan (zoals geslacht en leeftijd) was 9% van de niet-mantelzorgers met een grote arbeidsduur twee jaar later begonnen met mantelzorg. Van de mensen met een kleine baan en niet-werkenden in dezelfde leeftijd was een groter deel (11% à 12%) daarmee gestart. Kennelijk weerhoudt een lange werkweek mensen soms van het oppakken van zorgtaken. In die zin concurreren mantelzorg en betaald werk met elkaar. Deze uitkomst suggereert ook dat de keus om niet te helpen gevolgen heeft voor anderen. Op basis van de data is niet te achterhalen of iemand anders dan inspringt, bijvoorbeeld een andere naaste of beroepskrachten, dan wel dat de hulpbehoevende minder zorg krijgt dan eigenlijk gewenst. Uit Amerikaans onderzoek van Scharlach et al. (2007) onder fulltime werkende mantelzorgers van ouderen blijkt dat al deze effecten in de praktijk voorkomen.

Geen vermindering van de arbeidsuren bij beginnen met hulp geven...

Over het algemeen leidde beginnen met mantelzorg *niet* tot een structurele aanpassing van de arbeidsduur. Longitudinale analyses toonden dat werkenden die met hulp waren gestart hun arbeidsduur niet vaker hadden ingekort of nog wilden inkorten dan niet-

mantelzorgers. Negen procent van hen had de wekelijkse contracturen met minstens vier uur teruggebracht en 4% werkte niet meer. Onder niet-mantelzorgers waren deze percentages vrijwel hetzelfde: respectievelijk 9% en 3%. Verder wilde 10% van de werkenden die hulp waren gaan geven minstens vier uur per week minder werken, maar ze hadden dat (nog) niet gedaan. Onder de niet-mantelzorgers had vrijwel net zo'n groot percentage (9%) deze wens. Ook werkenden die twee jaar later nog steeds hielpen, kortten hun arbeidsdeelname niet in verhoogde mate in. Mannen en vrouwen verschilden niet van elkaar op dit punt.

...tenzij de hulp intensief was en de werkweek groot

Alleen werkenden die met intensieve zorg waren gestart (van meer dan vier uur per week) én al een grote arbeidsduur hadden, reduceerden hun arbeidsdeelname wel in verhoogde mate. Zeventien procent van hen was minstens vier uur per week minder gaan werken; 7% werkte niet meer. Onder niet-mantelzorgers met een grote werkweek was dat respectievelijk 9% en 3%. Maar ook bij omvangrijke mantelzorg in combinatie met een grote arbeidsduur bleven de meesten dus net zoveel als vroeger werken.

Hulp gaat vooral ten koste van vrije tijd

Kennelijk weten de meeste werkende mantelzorgers hun zorgtaken op zo'n manier te doen dat ze qua arbeidstijdreductie niet afwijken van de gemiddelde werknemer (De Boer et al. 2010). Ze offeren kennelijk eerder hun eigen vrije tijd op dan dat ze hun werkuren aanpassen. Het feit dat de meeste mantelzorgers in ons databestand (76%) maximaal vier uur per week hielpen, zal dat gemakkelijker hebben gemaakt. Ook zal een deel van hen geen maatregelen hebben genomen, omdat zij vooraf verwachtten dat de zorgsituatie niet (zo) lang zou duren. Maar zelfs als de hulp zwaar valt, stellen ze een ingrijpende beslissing als inkorting van de werkweek misschien zo lang mogelijk uit, vanwege de effecten op inkomen en loopbaan. Daarnaast werd in eerder onderzoek gesuggereerd (Cuelenaere et al. 2009) dat mantelzorgers hun werkgever misschien niet zo snel om aanpassing van de werktijden durven te vragen. Ze vinden het lang niet altijd gemakkelijk om hun zorgtaak op het werk te bespreken (De Klerk et al. 2014).

5.5 Mantelzorg en gezondheid

Bij langdurende hulp flinke toename verzuim

De ervaren gezondheid en het verzuim van werkenden had meer te lijden onder het beginnen met mantelzorg dan de arbeidsduur. Het aantal gezondheidsklachten steeg in het algemeen weliswaar niet bij het oppakken van hulptaken, maar wel als die intensief waren. De omvang van de werkweek maakte daarbij niet uit. Vijftien procent van degenen die met intensieve mantelzorg waren gestart, oordeelde daarna negatiever over de eigen gezondheid dan ervoor. Van de niet-mantelzorgers had maar 8% in dezelfde periode een slechtere ervaren gezondheid gekregen.

Langdurend verzuim, van twee weken of meer achtereen in een kalenderjaar, groeide bovendien sterk. Tien procent van de mensen die hulp waren gaan geven, verzuimde vooraf zo lang. Daarna was dat 18%. Het verzuim steeg ook bij mensen die niet-intensieve zorg verleenden. De grootste toename deed zich voor bij werkenden die met langdurende hulp waren gestart, dat wil zeggen dat zij twee jaar later ook nog hielpen. Bijna een kwart van hen was na het starten met mantelzorg minstens twee weken aaneen in een jaar ziek geweest.

Dat intensieve en langdurende zorg ongunstig uitpakten voor de ervaren gezondheid en het verzuim kan komen door zowel de zorgsituatie – die in zichzelf al belastend kan zijn – als door de combinatie van mantelzorg met werk. Vermoedelijk speelden beide een rol.

5.6 Mantelzorg en man-vrouwverschillen

Werkende mannen geven minder vaak mantelzorg dan werkende vrouwen. In 2012 hielp 13% van hen naasten bij persoonlijke verzorging of het huishouden. Onder vrouwen was dat 23%. Waarschijnlijk was het man-vrouwverschil wat kleiner geweest als begeleiding, administratie of klusjes eveneens waren meegeteld, maar uit andere onderzoeken (bv. De Boer et al. 2015) weten we dat er ook dan een onderscheid blijft bestaan.

Als mannen en vrouwen eenmaal met mantelzorg begonnen, waren de effecten in het algemeen hetzelfde; zo brachten zij hun arbeidsduur in gelijke mate terug. Er was echter één verschil: mannen kregen bij het starten met mantelzorg meer gezondheidsklachten, vrouwen niet, tenzij het om intensieve hulp ging. Mogelijk kwam dit doordat de zorgsituatie zelf anders was; mannelijke werkenden zorgen vaker voor hun partner, vrouwen voor hun (schoon)ouders (De Boer et al. 2015). Dat eerste is mogelijk belastender. Het feit dat mannen mantelzorg moeten combineren met een grotere werkweek dan vrouwen, leek niet de oorzaak van hun grotere gezondheidsklachten te zijn.

5.7 Tot slot

Mantelzorg en betaald werk zitten elkaar deels in de weg

Uit deze rapportage blijkt dat werknemers met zorgtaken een heterogene groep vormen. Tussen de twee tegengestelde visies met betrekking tot arbeid en mantelzorg ligt een scala aan omstandigheden en gevolgen, die beide in dit onderzoek voorkwamen. Een groot deel van de werkenden kan werk en zorgtaken goed combineren en blijft gevrijwaard van negatieve effecten, zoals structurele vermindering van de arbeidsduur of een gezondheidsverslechtering. Een beperktere groep, vooral te vinden onder degenen die intensieve of langdurende hulp geven, werd geconfronteerd met een gezondheidsachteruitgang of langdurend verzuim. Bij hen zitten hulp aan naasten en betaald werk elkaar dus wel in de weg. Daarnaast begonnen werkenden met een grote arbeidsduur minder vaak met mantelzorg dan mensen die weinig of niet werkten, wat ook op enige concurrentie tussen beide taken wijst.

Aangrijpingspunten voor beleid

De afgelopen jaren is het aantal werkenden dat minder intensieve mantelzorg geeft gegroeid. Dit type hulp lijkt op grond van de gegevens uit ons databestand vaak redelijk in te passen naast betaald werk. De overheid wenst zowel een verdere vergroting van de inzet van mantelzorgers als een groei van de arbeidsdeelname. Dit brengt een tweetal risico's met zich mee. Ten eerste zijn mensen die veel uren werken iets minder geneigd om met mantelzorg te beginnen. Het weerhoudt hen dus soms van hulpverlening, wat de belasting van anderen juist kan vergroten. Ten tweede zullen er meer problemen ontstaan als niet alleen de lichte, maar ook de intensieve of langdurende zorg moeten groeien. Zulke hulp kan nadelig uitpakken voor de werkenden zelf (slechtere gezondheid), maar ook voor hun werkgevers (groter verzuim), zo bleek in dit onderzoek. Er moet dus voor gewaakt worden dat er niet te veel van mensen wordt gevraagd.

Voor zover arbeids- en mantelzorgbeleid wenselijk is, kan dit zich het best richten op werkenden met een langdurige of intensieve zorgtaak, die al dan niet een grote baan hebben. Hoewel de mantelzorg de gezondheid over het algemeen niet verslechterde, deed intensieve hulp dat wel en vergrootte langdurende zorg het verzuim sterk. Deze effecten bleven ook bestaan als gecorrigeerd werd voor de hogere leeftijd van mantelzorgers.

Deels liggen de effecten van mantelzorg op verzuim vermoedelijk aan de zorgsituatie zelf en deels aan de combinatie ervan met werk. Eventuele besparingen op professionele zorg die door het inschakelen van netwerkleden ontstaan, kunnen dan ook hun prijs hebben in de vorm van ziekmeldingen door de werkende mantelzorger. Deze prijs komt bij de werknemer zelf en zijn of haar werkgever terecht. Een recente studie liet zien dat maatregelen zoals het creëren van een mantelzorgvriendelijke organisatie en het accepteren van de combinatie van werk en hulp door collega's en leidinggevenden kunnen bijdragen aan een betere balans tussen werk en zorg (Plaisier et al. 2014). Dit vraagt echter extra inspanningen van werkgevers. Deels is dat niet te vermijden – door de stijgende leeftijd van werkenden krijgen werkgevers sowieso vaker met de combinatie van werk en hulp te maken – maar voorkomen moet worden dat het beroep op mantelzorg zodanig groot wordt dat te veel van hen wordt gevraagd.

Mantelzorg en meedoen in de maatschappij

De participatiesamenleving heeft veel gezichten. Aan de ene kant zien we burgers die langer moeten doorwerken, aan de andere kant burgers die zorgzamer voor naasten moeten zijn. Er zijn nu al veel mensen actief op beide terreinen en hun aantal groeit gestaag. Vaak gaat dat goed, vooral bij niet-intensieve en korte zorg. De meeste werkenden lijken die hulpverlening naast hun werk en privéleven te kunnen doen. Toch gaat meer participeren niet vanzelf: soms gaan mensen zo veel doen dat het hun draagkracht te boven gaat. In de toekomst zal nog meer hulp uit het sociale netwerk nodig zijn en zal er steeds meer worden gevraagd van de participerende burger. Deze studie roept de vraag op waar de grens ligt en wie de prijs betaalt van het opschuiven van de eisen. Met ingang van 2015 wordt de inschatting van gemeenten van de mogelijkheden van burgers nog bepalender voor de hulp die wordt gevraagd. Het volgen van de ontwikkelingen op dit terrein blijft daarom van

groot belang. Zoals deze studie laat zien, is er nu al een groep werkende mantelzorgers die door de druk van de combinatie van taken uitvalt of minder gaat werken.

1 Achtergrond

In het huishouden helpen bij een licht dementerende ouder. Boodschappen doen voor een oude buurvrouw. Een ernstig zieke partner verzorgen. Dit zijn allemaal voorbeelden van mantelzorg, hulp aan zieke of hulpbehoevende naasten. Een kleine meerderheid van de mantelzorgers is jonger dan 65 jaar én heeft daarnaast betaald werk (Oudijk et al. 2010). Deze combinatie zal in de toekomst vermoedelijk vaker voorkomen, want de overheid stimuleert zowel mantelzorg als betaalde arbeid sterk. Er is echter nog weinig bekend over hoe deze taken met elkaar samengaan.

De overheid bevordert mantelzorg om de stijging van de zorgkosten af te remmen. Als mensen elkaar meer helpen, verwacht de overheid dat er minder professionele zorg nodig is. Een hogere arbeidsdeelname vindt ze wenselijk omdat dit de belasting- en premie-opbrengsten vergroot en de uitgaven aan uitkeringen verkleint. Ouderen moeten daarom langer doorwerken, deeltijders worden opgeroepen hun arbeidsduur te verlengen en uitkeringsontvangers moeten zo veel mogelijk in gewone banen aan de slag.

Dit rapport laat aan de hand van cijfers over 1996-2012 zien of het aantal werkenden met mantelzorgtaken groeit. Het toont ook in hoeverre mantelzorg en betaalde arbeid elkaar in de weg zitten. Uit eerder onderzoek is bekend dat mensen met een grote arbeidsduur minder vaak naasten helpen dan mensen met een kleine arbeidsduur en niet-werkenden (bv. Dautzenberg et al. 2000; Sadiraj et al. 2009). Aangenomen wordt dat dit vooral komt doordat de eerstgenoemden minder vaak *beginnen* met zulke hulp (Sadiraj et al. 2009; De Vries en Van der Mooren 2010). Het kan echter ook zijn dat sommige mantelzorgers *hun arbeidsduur hebben ingekort* of zelfs *helemaal zijn gestopt met werken* omdat ze de combinatie van informele zorg en betaald werk te zwaar vonden. We laten zien in welke mate beide reacties voorkomen en of informele zorg verlenen tot meer gezondheidsproblemen onder werkenden leidt. Daarmee dragen we bij aan de discussie over in hoeverre de doelen ‘meer mantelzorg’ en ‘hogere arbeidsparticipatie’ met elkaar verenigbaar zijn.

In dit rapport verstaan we onder ‘mantelzorg’ informele hulp aan hulpbehoevende naasten, zoals familieleden, burens of vrienden. Zowel meer als minder intensieve hulp telt mee. Dit is een ruimere afbakening dan die van de overheid: zij richt zich in haar beleid vooral op langdurende en/of intensieve zorg voor naasten. Daar heeft ze verschillende criteria voor. Veel gebruikte zijn: langer dan drie maanden (TK 2009/2010), meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden (Rijksoverheid 2013), of meer dan de gebruikelijke zorg van mensen voor elkaar (TK 2012/2013b).¹

1.1 Korte schets van het overheidsbeleid

Tot de tweede helft van de twintigste eeuw waren kinderen financieel verantwoordelijk voor hun oude ouders. Dit paste bij de ouder-kindverhoudingen uit die tijd (Dykstra 2003).

In grote gezinnen nam soms een van de dochters, als opofferingskind, de benodigde zorg op zich (Schnabel 2003: 2). Ruimte voor een eigen leven of gezin was er voor haar niet. De overheid zag dit met lede ogen aan: ze vond dat mantelzorg ongehuwde dochters te vaak weghield van de arbeidsmarkt (Timmermans 1984).

In 1961 ontsloeg de Wet beperking verhaalsrecht kinderen van die wettelijke zorgplicht. In 1968 werd de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) geïntroduceerd, met als doel ziektekosten te dekken die niet individueel verzekerd konden worden (Van den Ende 2011). De wet voorzag in eerste instantie in de financiering van intramurale zorg, maar al snel bracht men ook lichtere vormen van zorg eronder (Huijsman 1990). Mensen met beperkingen kregen zo steeds gemakkelijker toegang tot professionele hulp.

Jaren tachtig en negentig: omslag in het denken over mantelzorg

In de jaren tachtig en negentig veranderde het beleid. De overheid begon hulp uit het eigen netwerk juist te bevorderen. Tegelijkertijd werd de professionele zorg deels geëxtramuraliseerd: ouderen en mensen met beperkingen bleven steeds vaker zelfstandig wonen, en kregen dan hulp aan huis. Beide beleidswijzigingen werden ingegeven door zowel ideële als kostenoverwegingen; ze moesten de deelname van mensen met beperkingen aan de samenleving vergroten en de groei van de zorguitgaven afremmen (Koops en Kwekkeboom 2005).

Een van de maatregelen was invoering in 1996 van het persoonsgebonden budget (pgb) (TK 1994/1995). Dit is een geldbedrag waarmee mensen met recht op zorg zelf de benodigde hulp kunnen inkopen. Sinds 1997 kunnen ze ook hun echtgenoot of echtgenote contracteren,² hoewel dat in eerste instantie niet de bedoeling was (Kremer 2006; WRR 2006). Het pgb blijkt enorm populair. Terwijl in 1996 ongeveer 5400 cliënten zo'n budget ontvingen, stond de teller eind 2011 op 139.000 (De Boer en Kooiker 2012; Van der Torre et al. 2013). Inmiddels betaalt bijna de helft van de pgb-houders onder meer hun mantelzorgers uit het budget (Ramakers et al. 2010). In het begin was er veel steun voor het pgb, vooral omdat het de keuzevrijheid van cliënten vergroot. Door de sterke groei ervan worden echter steeds vaker vraagtekens gezet bij betaalde mantelzorg. Gaat er een aanzuigende werking uit van het pgb op mensen die anders gratis helpen?

Jaren nul en tien: druk om mantelzorg te verlenen wordt groter

Vanaf de eeuwwisseling deed de overheid een sterker beroep op onbetaalde hulp van naasten (Sadiraj et al. 2009). Zo werd in 2003 het begrip 'gebruikelijke zorg' ingevoerd. Sinds die tijd krijgen hulpbehoevenden met gezonde huisgenoten geen of minder vergoeding voor lichtere vormen van AWBZ-zorg. De huisgenoten worden geacht die taken uit te voeren. Ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uit 2007 veronderstelt dat mensen eerst in hun eigen netwerk ondersteuning zoeken. Als die er niet is, kunnen ze hulp krijgen van de gemeente. Vanaf 2009/2010 introduceerden steeds meer gemeenten het begrip 'de kanteling' in hun Wmo-beleid: ze vragen nu uitdrukkelijker aan burgers wat ze zelf kunnen regelen, in plaats van een standaard voorzieningenlijst te gebruiken (Anders-

son Elffers Felix 2012; Den Draak et al. 2013). Zo willen ze het vermogen van mensen om zelf hun problemen op te lossen vergroten.

De komende jaren zal nog meer informele inzet van burgers worden gevraagd, getuige de zinsnede in de eerste troonrede van koning Willem-Alexander: 'de klassieke verzorgingsstaat verandert langzaam maar zeker in een participatiesamenleving'. De nieuwste plannen voor de Wmo gaan hierop door. Daarnaast wordt de extramuralisering van de professionele zorg voortgezet (TK 2011/2012b). Hulpbehoevenden met lichtere beperkingen kunnen minder snel naar een instelling en zullen met hulp van naasten en professionele zorgverleners zelfstandig blijven wonen.

Tegelijkertijd grotere arbeidsdeelname in groepen die van oudsher mantelzorg geven

In de afgelopen 25 jaar nam de arbeidsdeelname onder vrouwen en oudere mannen fors toe. Dit zijn juist ook de groepen die van oudsher vaak mantelzorg geven (zie bv. Schellingerhout 2003). De groei van de arbeidsdeelname onder vrouwen begon in de jaren negentig, die onder ouderen in de jaren nul (CBS 2013b). De oorzaak ervan ligt in onder meer het gestegen opleidingsniveau van beide groepen, gewijzigde sociale normen en overheidsmaatregelen (Cloin en Souren 2011; Cörvers en Vendrik 2005; Euwals et al. 2007; Van Vuuren en Van Deelen 2009).

De overheid wil de arbeidsdeelname van deze groepen de komende jaren verder vergroten. Zo roept ze deeltijders op om meer uren te gaan werken en verhoogt ze de AOW-leeftijd (zie bv. TK 2011/2012a). Dit moet het financiële draagvlak voor de stijgende zorg- en AOW-uitgaven verbeteren. Het betekent echter ook dat mensen vaker voor de vraag komen te staan of en hoe ze mantelzorg met werk en andere verplichtingen gaan combineren.

Overheid is meer ondersteuning gaan bieden aan werkende mantelzorgers

Om de combinatie van werk met zorgtaken te vergemakkelijken, heeft de overheid werknemers na de eeuwwisseling meer mogelijkheden voor inkorting van de arbeidsduur gegeven. Dit moet overbelasting en uitval uit werk voorkomen (TK 2001/2002). Zo werd in 2000 de Wet aanpassing arbeidsduur (Waa) van kracht. Werkgevers mogen verzoeken om verkorting of verlenging van de arbeidsduur sindsdien alleen nog afwijzen bij zwaarwegend bedrijfsbelang. Daarnaast zijn twee soorten zorgverlof ingevoerd. Sinds 2001 hebben werknemers recht op kortdurend zorgverlof van maximaal tien dagen bij verzorging van een zieke partner, ouder of ziek kind. Het loon wordt voor 70% doorbetaald. Sinds 2005 hebben werknemers ook aanspraak op langdurend zorgverlof, maar alleen als de ouder of het gezinslid levensbedreigend ziek is. Dit verlof is onbetaald.

Het kabinet-Rutte II wil het recht op beide verlofvormen uitbreiden tot werknemers met zorg voor een zieke buiten de directe familiekring (TK 2013/2014). Verder is er op initiatief van Tweede Kamerleden van CDA en GroenLinks een wettelijke regeling in voorbereiding die werknemers meer zeggenschap geeft over hun werktijden en de plek waarop ze werken (EK 2014/2015). Dat moet de combinatie van arbeid en zorgtaken eveneens vergemakkelijken.

1.2 Theoretisch kader

Gezien het toenemende publieke belang van zowel mantelzorg als betaalde arbeid wordt de vraag of deze taken goed te combineren zijn steeds belangrijker. Verschillende partijen (zie bv. RWI 2010; TK 2007/2008) maken zich er zorgen over of de beleidsdoelen 'grotere inzet op de arbeidsmarkt' en 'meer eigen verantwoordelijkheid voor hulpbehoevende naasten' wel met elkaar verenigbaar zijn, en niet tot een te zware last voor werkenden leiden, met eventueel het verminderen van betaalde arbeid tot gevolg. In beleidsbrieven van de overheid wordt dit risico onderkend: 'De vraag hoe de juiste balans kan worden gevonden, neemt aan gewicht toe door maatschappelijke, demografische en beleidsmatige ontwikkelingen die voor bepaalde groepen werknemers de combinatiedruk kunnen vergroten.' (TK 2012/2013a: 1). En in hetzelfde document: '[...] voorkomen moet worden dat de toenemende druk leidt tot een automatische keuze door vrouwen om minder te gaan werken.' (TK 2012/2013a: 4).

Een ander punt van zorg is dat mantelzorg de gezondheid van helpers op den duur misschien kan schaden. 'Deze combinatie [van arbeid en zorg] kan tot spanningen leiden die voor mantelzorgers moeilijk oplosbaar zijn. Ook deze spanningen kunnen leiden tot ziekte en uitval van de mantelzorger' (TK 2004/2005: 8).

In de praktijk zullen de effecten vooral van de zwaarte van de hulp afhangen. Wanneer die hulp kort duurt en niet veel tijd kost, is ze meestal wel in te passen naast werk en andere bezigheden. Maar de combinatie zal lastig zijn als de hulp langer, intensief of tijdsgebonden is (Colombo et al. 2011; Van Doorne-Huiskes et al. 2004; Plaisier et al. 2014). En ze zal nog moeilijker zijn als ook de baan veel tijd vergt. In die situaties concurreren mantelzorg en werk met elkaar (zie ook *role conflict theory* in bv. Scharlach et al. 2007; Zuba en Schneider 2013).

Mensen kunnen daar op verschillende manieren op reageren. Ze kunnen minder tijd besteden aan mantelzorg dan ze eigenlijk nodig vinden of deze zelfs helemaal afhouden. Hun arbeidsduur beïnvloedt dan de mate waarin ze hulp geven, in plaats van omgekeerd. Of ze beginnen er wel mee, maar korten hun werkweek in omdat de combinatie anders te zwaar is. Helemaal stoppen met werk is de extreemste variant daarvan. Een derde mogelijkheid is dat ze zich volop inzetten voor zowel zorg als werk, en veel vrije tijd inleveren (Eldh en Carlsson 2011). Het risico daarvan is dat er onvoldoende momenten voor rust overblijven, waardoor de vermoeidheid groeit. Op den duur kunnen zo gezondheidsklachten ontstaan (zie het 'belasting-herstel'-model van Meijman en Mulder (1998)).

Mantelzorgers zelf zeggen meestal dat ze geen bewuste keuze maken tussen wel of niet geven van hulp (Isarin 2005; Palmboom en Pols 2008). Ze signaleren een hulpbehoefte bij een naaste en springen bij vanuit vanzelfsprekendheid of liefde. Ze rollen er dus min of meer in. Als mensen inderdaad nauwelijks een keuze hebben, zou de eerste reactie, geen of beperkt mantelzorg geven, weinig moeten voorkomen. Het is echter de vraag of dat zo is.

In sommige situaties is er wel degelijk sprake van enige keuzevrijheid, vooral als de hulpbehoevende geen lid is van het eigen gezin. Een zieke schoonouder helpen is bijvoorbeeld minder vanzelfsprekend dan een zieke partner verzorgen. Dat eerste kan gemakkelijker ook door een ander worden gedaan (Van Doorne-Huiskes et al. 2004). En juist werkenden hebben door hun leeftijd vaker te maken met een hulpbehoevende buiten het eigen huishouden dan erbinnen (CBS 2012; Oudijk et al. 2010; De Vries en Van der Mooren 2010; Woning 2010). Verder ervaren mannen mogelijk meer ruimte voor keuze dan vrouwen, omdat hun omgeving minder snel zorgtaken van hen verwacht (Van Doorne-Huiskes et al. 2004).

1.3 Eerder onderzoek

Eerdere studies naar mantelzorg en arbeidsduur in Nederland waren cross-sectioneel van aard. Ze onderzochten of er meer helpers waren onder niet-werkenden en mensen met een kleine dan een grote baan. In de meeste studies was dat inderdaad zo, in een beperkt aantal niet of nauwelijks. (Wel verschil naar arbeidsduur: Colombo et al. 2011; Crespo 2006; Dautzenberg et al. 2000; Dekker et al. 2008; Van Doorne-Huiskes et al. 2004; Oudijk et al. 2010; Sadiraj et al. 2009; Woning 2010. Geen of nauwelijks onderscheid: Van Putten et al. 2010; De Vries en Van der Mooren 2010; Viitanen 2005.)³ Alleen vrouwen gaven vaker hulp als ze een kleine baan hadden of niet werkten. Bij mannen – die beduidend minder vaak informele zorg verleenden – was zo'n relatie er niet (Van Doorne-Huiskes et al. 2004; Dykstra en Van Putten 2010).

Als werkenden eenmaal zorgden, dan hing hun gemiddelde tijdsbesteding daaraan nauwelijks af van hun arbeidsduur (Dijkgraaf et al. 2009; De Vries en Van der Mooren 2010). De hulpvraag leek dus bepalender voor de hoeveelheid zorg dan werkverplichtingen. Alleen niet-werkenden gaven volgens verschillende studies gemiddeld wat meer uren hulp (De Boer et al. 2003; Dekker et al. 2008; Dijkgraaf et al. 2009; De Vries en Van der Mooren 2010), maar niet in alle (Dautzenberg et al. 2000; Hassink en Van den Berg 2011; Woning 2010).

Uit de hiervoor genoemde onderzoeken blijkt dat betaald werk en verlenen van informele hulp elkaar inderdaad in de weg kunnen zitten – bij vrouwen tenminste. De studies maken echter niet duidelijk waarin zich dat uit: in niet zo vaak starten met mantelzorg bij een grote arbeidsduur of in de werkweek bekorten; beide reacties verkleinen het percentage mantelzorgers onder mensen met veel uren werk. Vermoed wordt dat de eerstgenoemde reactie meer voorkomt (Sadiraj et al. 2009; De Vries en Van der Mooren 2010), bijvoorbeeld omdat in eerder onderzoek maar een klein deel van de mantelzorgers rapporteerde de arbeidsduur te hebben ingekort of (tijdelijk) te zijn gestopt (Keuzenkamp en Dijkgraaf 2009), maar uitsluitsel hierover is er niet.

Ook onderzoeken naar de gezondheid van Nederlandse mantelzorgers hadden meestal een cross-sectionele opzet. Uit deze studies bleek dat werkenden met mantelzorgtaken een iets slechtere gezondheid meldden dan werkenden zonder zulke taken. Het verschil

was gemiddeld erg klein (Collewet en De Koning 2013; Dykstra en Van Putten 2010); alleen als de zorg intensief was, was het onderscheid matig (De Boer en De Klerk 2013; Schakel 2013). Tegelijkertijd zei maar liefst zo'n 40%-50% van de mantelzorgers (werkend én niet-werkend) dat de zorg voor hun naaste zwaar was en de situatie hen nooit losliet (De Boer 2003; De Boer et al. 2010; Broese van Groenou en De Boer 2009). Ook in buitenlands onderzoek was het effect op de gezondheid beperkt in verhouding tot het aantal mensen dat de hulp belastend vond (Pinquart en Sörensen 2003). Het is de vraag waardoor dat komt. Beginnen werkenden eerder aan informele hulp als ze zelf in goede gezondheid zijn ('*healthy worker effect*')? Of geeft werk misschien afleiding van de zorgsituatie (Isarin 2005; Scharlach 1994), voorkomt het dat mensen geïsoleerd raken (vgl. de voordelen van meerdere rollen in Thoits (1983)) en nog meer tijd besteden aan de zorg dan ze nu al doen (Eldh en Carlsson 2011)?

1.4 Onderzoeksvragen

Longitudinaal onderzoek geeft meer inzicht in de effecten van mantelzorg, doordat de verschillende mechanismen (niet zo vaak beginnen met mantelzorg bij een grote arbeidsduur; inkorten van de werkweek bij zulke hulptaken) beter uit elkaar te halen zijn. Volledige zekerheid over oorzaak en gevolg is echter ook dan lastig, omdat besluiten over arbeidsduur en zorgtaken soms min of meer gelijktijdig, in samenhang met elkaar, worden genomen.

Dit rapport beschrijft de resultaten van longitudinale analyses naar mantelzorg. Het gaat in op de volgende vragen:

- Is het aantal werkenden dat mantelzorg verleent de afgelopen jaren gestegen, en zo ja, in welke groepen het meest? (zie hoofdstuk 2)
- Is het wel of niet beginnen met mantelzorg afhankelijk van iemands arbeidsduur? (zie hoofdstuk 3)
- Verminderen mensen die met mantelzorg starten hun arbeidsduur vaker dan mensen zonder mantelzorgtaken? (zie hoofdstuk 3)
- Krijgen mensen die mantelzorg oppakken een slechtere ervaren gezondheid of een groter risico op verzuim? (zie hoofdstuk 4)

We onderzoeken verder of de effecten afhangen van de intensiteit van de hulp en het geslacht van degene die zorgt. Helaas is niet na te gaan of ook de relatie tot de hulpbehoevende uitmaakt: het gebruikte gegevensbestand bevat daarover geen informatie. We verwachten een beperkte inkorting van de arbeidsduur onder mantelzorgers, een iets slechtere ervaren gezondheid en een wat hoger verzuim. We veronderstellen dat de effecten groter zijn als de hulp intensief is.

1.5 Gebruikte gegevensbron

Panelonderzoek onder werkenden en niet-werkenden

De gegevens in dit rapport komen uit het arbeidsaanbodpanel (AAP) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Dit is een langlopend panelonderzoek onder werkenden en niet-werkenden in de leeftijd van 16 tot en met 64 jaar.⁴ Het levert gegevens op over onder meer arbeidssituatie en zorgtaken.

Het AAP wordt om de twee jaar gehouden, in de even jaren. Deelnemers aan de vorige meting worden altijd opnieuw benaderd, zodat hun arbeidsmarktgedrag over de tijd kan worden gevolgd; 70%-80% doet dan weer mee. Daarnaast worden bij iedere meting nieuwe respondenten aangezocht. Dit vangt uitval van oude deelnemers op en zorgt ervoor dat mensen die net zijn ingetreden op de arbeidsmarkt ook vertegenwoordigd zijn. Het totale aantal respondenten is zo'n 4500 per meting.

De deelnemers aan het AAP zijn, na herweging, qua leeftijd representatief voor de bevolking in de leeftijd van 16 tot en met 64 jaar.⁵ Werkenden met mantelzorgtaken lijken voldoende vertegenwoordigd: zij vielen bij vervolgmetingen niet vaker uit dan anderen, ook niet als ze meer dan vier of acht uur per week hielpen. Mensen die zeer intensieve hulp verleenden, bijvoorbeeld aan een terminaal zieke, kunnen wel ondervertegenwoordigd zijn, doordat hun hoofd vaak niet naar het meedoen aan onderzoek zal staan.

De dataverzameling vond tot en met de peiling van 2002 plaats door middel van persoonlijke interviews bij de respondenten thuis. Sinds 2004 worden schriftelijke en internet-vragenlijsten gebruikt. De respondenten mogen zelf kiezen welke van deze twee type vragenlijsten ze invullen. Meer informatie over het arbeidsaanbodpanel is te vinden in Vlasblom et al. (2015).

Vraagstelling over mantelzorg in het arbeidsaanbodpanel

In dit rapport worden de gegevens uit metingen 1996 tot en met 2012 gebruikt. In de peilingen vóór 1996 is niet gevraagd naar het geven van mantelzorg.

De vraag in het AAP over mantelzorg luidt:

Besteedt u een deel van uw tijd aan onbetaalde zorg voor hulpbehoevende personen in uw naaste omgeving? (Het gaat om hulp bij de persoonlijke verzorging en huishoudelijke taken in verband met ziekte, handicap of ouderdom van familieleden, vrienden, buren en kennissen. De zorg voor gezonde kinderen blijft buiten beschouwing.)

Respondenten kunnen op deze vraag met 'ja' of 'nee' antwoorden. Als een respondent 'ja' antwoordt, wordt vervolgens gevraagd hoeveel uren hij of zij gemiddeld per week aan onbetaalde zorg besteedt.

In de enquêtevraag worden alleen hulp bij persoonlijke verzorging en huishoudelijke taken genoemd. Begeleiding, administratie en regeltaken zijn dus niet inbegrepen. Deze worden tegenwoordig steeds vaker ook als een vorm van mantelzorg gezien, maar toen de vragenlijst werd opgesteld, halverwege de jaren negentig, nog niet. Het aantal mantelzorgers en de omvang van hun hulp zal daardoor wat worden onderschat vergeleken met de situatie waarin een bredere definitie van hulp wordt gebruikt.

Tussen 2002 en 2004 is niet alleen overgeschakeld op schriftelijke vragenlijsten, maar is ook de enquêtevraag op twee punten gewijzigd. Ten eerste stond vóór 2004 het woord ‘thans’ erin: ‘Besteedt u thans een deel van uw tijd aan [...]’. Ten tweede was de tekst tussen haakjes – ‘(Het gaat om hulp bij [...])’ – toen geen onderdeel van de vraag zelf, maar van de interviewersinstructie. Deze wijzigingen hebben mogelijk tot een breuk in de gegevensreeks geleid. De stevige groei tussen 2002 en 2004 (zie hoofdstuk 3) moet daarom met de nodige voorzichtigheid worden beschouwd. De effecten op arbeidsduur en gezondheid onderzoeken we uitsluitend aan de hand van de gegevens over 2004-2012.

Afbakening van intensieve en langdurende mantelzorg

De overheid richt haar beleid vooral op intensieve en/of langdurende mantelzorg. Een veelgebruikt criterium daarvoor is: meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden. In dit rapport gebruiken we een lagere ondergrens voor intensieve hulp: meer dan vier uur per week. Er zijn te weinig respondenten in ons databestand die langer dan acht uur per week voor een naaste zorgden. Het AAP bevat geen vraag naar wanneer de hulp startte. ‘Langdurend’ is daarom gedefinieerd als het geven van zorg bij twee achtereenvolgende metingen, dus in zowel jaar T als T+2. Een kwart van de werkende mantelzorgers uit 2012 verleende volgens het AAP toen meer dan vier uur zorg per week. De helft zorgde twee jaar ervoor (dus in 2010) ook al. De mantelzorgers in ons bestand geven dus vaker langdurende (of herhaalde) zorg dan heel veel uren hulp per week.

In sommige andere studies werd een groter aandeel intensieve zorgers gevonden (bv. Oudijk et al. 2010). Dat komt door een verschil in enquêtevragen (voor een overzicht: zie bijlage A, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). De vraag in het AAP kent geen ondergrens aan de omvang van de hulp; mensen die een gering aantal uren helpen, zullen zichzelf er ook snel in herkennen. Betaalde mantelzorg telt daarentegen niet mee. Enkele andere studies legden wat meer nadruk op zwaardere vormen van zorg, maar ook in die onderzoeken kwam langdurende hulp meer voor dan intensieve (bv. Oudijk et al. 2010).

Analyses

De analyses in dit rapport beperken zich tot mensen van 23 jaar of ouder die geen scholier/student zijn. Jongeren en onderwijsvolgenden zijn verwijderd, omdat werk bij hen vaak een bijbaan is.

Voor de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag (‘Is het aantal werkenden dat mantelzorg verleent gestegen?’) zijn de gegevens gebruikt van *alle* werkenden van 23 tot en met 64 jaar. Dit waren er 3000 tot 3600 per meting.

Bij de overige onderzoeksvragen zijn *panelanalyses* gedaan; we gebruikten de gegevens van respondenten die minimaal twee keer achter elkaar meededen. Zo kan worden nagegaan of niet-mantelzorgers met een kleine arbeidsduur bij de daaropvolgende meting vaker tot hulp zijn overgegaan. Het laat ook zien of mensen die tussen jaar T en T+2 met informele hulp startten in dezelfde periode hun arbeidsduur inkortten, ophielden met werk of een slechtere gezondheid kregen. We vergeleken hun reacties met die van werkenden die op

beide momenten geen zorg gaven. Zo wordt duidelijk of eventuele veranderingen specifiek zijn voor mantelzorgers of dat er sprake was van een algemene tendens. De panelanalyses beperken zich tot respondenten die in jaar T+2 jonger waren dan 60 jaar, om arbeidsduurinkorting door seniorenregelingen en stoppen door prepensionering zo veel mogelijk uit te sluiten.

Het aantal mensen dat minstens twee keer meedeed aan het AAP-onderzoek is beperkt. Daarom voegden we alle metingen vanaf 2004 samen. De analyse-eenheid was een tijdvak van twee jaar in plaats van respondenten. Iemand die twee keer meedeed (bv. in 2008 en 2010), leverde één tijdvak aan (2008-2010). Iemand die drie keer deelnam (bv. in 2008, 2010 en 2012) zorgde voor twee episodes (2008-2010 en 2010-2012).⁶ Het aantal waarnemingen was 938 episodes van werkenden die geen mantelzorg gaven in jaar T, maar wel in T+2. Er waren 8032 tijdvakken van werkenden zonder mantelzorg op beide peildata.⁷ Eerder onderzoek leerde dat mantelzorgers en niet-mantelzorgers van elkaar verschillen op kenmerken die de arbeidsduur en gezondheid beïnvloeden. Mantelzorgers zijn gemiddeld ouder, vaker vrouw, hebben minder vaak kleine kinderen en vaker een middelbare opleiding. Bovendien werken ze vaker dan gemiddeld in de zorgsector en hun voorafgaande arbeidsduur is misschien kleiner (bv. Boumans en Dorant 2014; Hoefman 2009; Sadiraj et al. 2009; Vlasblom et al. 2015). In de analyses is daarom nagegaan of de uitkomsten veranderden na correctie voor verschillen in leeftijdsklasse, geslacht, opleidingsniveau, wel/niet thuiswonende kinderen van maximaal 12 jaar, wel/niet vrouw die in het betreffende tijdvak haar eerste kind kreeg, wel/niet werkzaam in de sector zorg en welzijn en voorafgaande arbeidsduur. In de analyses naar inkorting van de arbeidsduur is bovendien gecorrigeerd voor de ervaren gezondheid bij het begin van een episode, om zicht te krijgen op de aanwezigheid van het *'healthy worker effect'* (zie § 1.3). Er zijn (logistische) regressieanalyses uitgevoerd. De uitkomsten daarvan staan in internetbijlage A. In de hoofdstukken zelf wordt alleen de samenhang tussen mantelzorg en uitkomstmaten weergegeven.

Noten

- 1 Zie bijvoorbeeld <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/vraag-en-antwoord/wat-is-mantelzorg.html>.
- 2 Volgens Kremer (2006) niet alleen de partner, maar ook de kinderen.
- 3 In de studie van Souren et al. (2013) werden hetzelfde databestand en vrijwel dezelfde analyses gebruikt als in die van De Vries en Van der Mooren (2010). Daarom wordt deze hier niet apart vermeld.
- 4 Sinds 2004 worden 65- en 66-jarigen ook bevraagd.
- 5 De deelnemers aan het AAP zijn gemiddeld iets ouder dan de Nederlandse bevolking in de leeftijd van 16 tot en met 66 jaar. Daarom worden de gegevens vanaf 2000 herwogen naar leeftijdsklasse. Mannen waren in de peilingen 2006-2010 ondervertegenwoordigd. Sinds 2012 wordt hun ondervertegenwoordiging gecorrigeerd door herweging.
- 6 Als respondenten meerdere keren in een dataset voorkomen, worden de standaardfouten onderschat en de significantieniveaus daardoor overschat. Daarom zijn robuuste standaardfouten berekend, met correctie voor het feit dat een deel van de waarnemingen niet onafhankelijk is van elkaar, maar geclusterd op het niveau van de individuele respondent.

- 7 Kortdurende perioden van mantelzorg tussen twee enquêtes in zijn niet in het databestand geregistreerd. Een klein deel van de tijdvakken 'zonder mantelzorg' zal daarom toch een korte periode van mantelzorg bevatten.

2 Aantal mantelzorgers onder werkenden

Aantal werkende mantelzorgers groeit

Figuur 2.1 toont het percentage werkenden van 23-65 jaar dat informele hulp geeft. In de jaren 1996-2002 was het vrij constant: het lag volgens cijfers uit het AAP op 8% à 9%. Vanaf 2004 nam het gematigd toe: van 13% in 2004 naar 17,5% in 2012.

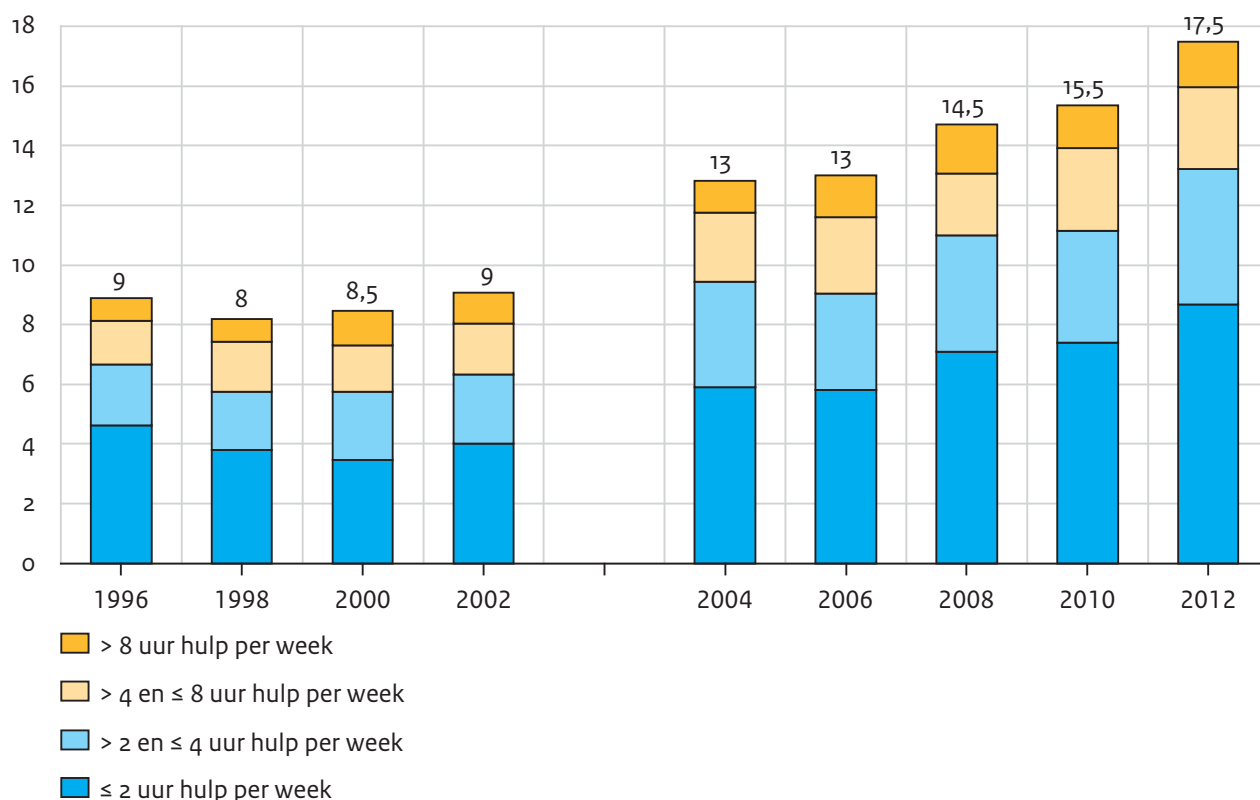
De stijging van 4 procentpunten tussen 2002 en 2004 is vermoedelijk te groot in vergelijking met de groei in latere jaren. Mogelijk was er destijds enige echte toename, bijvoorbeeld door invoering van het protocol gebruikelijke zorg in 2003 (zie § 1.1), maar is deze door de aanpassing van de enquêtevraag en andere wijze van bevraging te fors uitgevallen. De groei van het aantal mantelzorgers onder werkenden ligt deels aan de gewijzigde samenstelling van de groep die werkt. Ouderen en vrouwen hebben een groter aandeel daarin dan zo'n tien jaar terug, doordat hun arbeidsdeelname is gestegen. In 2004 was 11% van de werkenden 55-64 jaar en 44% vrouw. In 2012 waren die aandelen gegroeid naar respectievelijk 15% en 47% (CBS 2013a). Omdat ouderen en vrouwen vaker naasten helpen dan gemiddeld (zie bv. tabel 2.1) zijn er alleen al daardoor meer mensen die werk en informele hulp combineren. Van de toename van 4,5 procentpunten in het percentage mantelzorgers tussen 2004 en 2012 kan bijna 1 procentpunt worden verklaard door het gestegen aantal ouderen en vrouwen onder werkenden.¹ De resterende 3,5 procentpunten kan onder meer veroorzaakt zijn door de afgenomen omvang van gezinnen. Een zieke ouder zal daardoor minder vaak al door een ander kind uit het gezin worden verzorgd (Van Doorne-Huiskes et al. 2002). Ook zal hebben meegespeeld dat ouderen langer dan vroeger thuis blijven wonen. Verder heeft de grotere media-aandacht voor onderlinge hulpverlening er misschien voor gezorgd dat mensen zichzelf eerder in de vraag herkennen. Tot slot hangt de stijging waarschijnlijk ook samen met de in paragraaf 2.1 genoemde overheidsmaatregelen (bv. protocol gebruikelijke zorg, Wmo, extramuralisering). Die hebben de druk op mensen om naasten te helpen mogelijk vergroot.

Vooraf groei van beperkt aantal uren hulp

Volgens de gegevens uit het AAP groeide vooral het percentage werkenden dat maximaal twee uur per week hielp (zie figuur 2.1). Dat was 6% in 2004 en steeg naar 8,5% in 2012. Het percentage dat intensieve zorg gaf (meer dan vier uur per week), groeide nauwelijks. Herhaalde en/of langdurende mantelzorg kwam wel significant vaker voor dan vroeger (niet in de figuur). In 2006 gaf 6% van de werkenden zowel toen als in 2004 zorg. In 2012 hielp inmiddels 8% zowel dat jaar als twee jaar eerder. De stijging van langdurende mantelzorg werd ook geconstateerd door Oudijk en haar collega's (2010) op basis van een ander databestand.

Figuur 2.1

Werkenden die mantelzorg verlenen, naar uren hulp per week, 1996-2012 (in procenten)^{a, b}



a Alleen personen van 23-65 jaar die niet hoofdzakelijk scholier/student zijn.

b Tussen 2002 en 2004 is er een breuk in de gegevensreeks, omdat de enquêtevraag licht is gewijzigd.

Bron: SCP (AAP'96-'12)

Groei mantelzorg het grootst onder oudere vrouwen en werkenden met kleine arbeidsduur

Het percentage werkenden met mantelzorgtaken groeide tussen 2004 en 2012 het sterkst onder vrouwen van 45-65 jaar en mensen met een arbeidsduur van minder dan 28 uur per week (zie tabel 2.1). Het aandeel steeg in beide groepen met 8 tot 10 procentpunten, tegen 3,5 procentpunten gemiddeld. In 2012 bedroeg het aantal mantelzorgers onder werkende vrouwen van 45-65 jaar inmiddels 34%. Onder mensen met een arbeidsduur van minder dan 28 uur per week was dat iets meer dan een kwart.

Zowel vrouwelijke 45-plussers als mensen met een werkweek van minder dan 28 uur hielpen in 2004 ook al beduidend vaker dan andere werkenden. Door de sterkere toename is het verschil met de rest alleen maar groter geworden.

Tabel 2.1

Mantelzorg geven, naar achtergrondkenmerken, 2004-2012 (in procenten en procentpunten)^{a, b}

	2004	2008	2012	verandering 2004-2012 (in procentpunten)
totaal niet-werkenden	20	25	25	+5**
totaal werkenden	13	15	18	+5***
van wie:				
man	9	10	13	+4**
23-44 jaar	6	5	7	+1
45-65 jaar	14	15	19	+5**
vrouw	17	20	23	+6**
23-44 jaar	12	11	14	+2
45-65 jaar	25	33	34	+9***
type huishouden				
wel partner	13	16	18	+5***
geen partner	11	11	16	+5*
wel kinderen t/m 12 jaar in het huishouden	11	11	10	-1
geen kinderen t/m 12 jaar in het huishouden	14	17	21	+7***
wekelijkse arbeidsduur (contractuele uren voor werknemers, feitelijke voor zelfstandigen)				
0-19 uur	18	25	28	+10*
20-27 uur	18	21	26	+8*
28-34 uur	13	17	19	+6
≥ 35 uur	10	9	13	+3*

a Alleen personen van 23-65 jaar die niet hoofdzakelijk scholier/student zijn.

b Significante verschillen tussen 2004 en 2012 worden aangeduid met: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$. Het aantal waarnemingen per categorie lag tussen 532 (geen partner in 2004) en 3419 (werkenden in 2008).

Bron: SCP (AAP'04, '08 en '12)

Dat de toename in de overige categorieën kleiner was, heeft waarschijnlijk een aantal oorzaken. 45-minners hebben door hun jongere leeftijd minder vaak een partner of ouder die ernstig ziek is. Ze hebben simpelweg dus minder vaak met een hulpvraag te maken. Mannelijke 45-plussers zijn waarschijnlijk minder gericht op het geven van informele hulp; zij vinden zichzelf gemiddeld minder geschikt voor zorgtaken dan vrouwen (Mars et al. 2012; Portegijs en Cloin 2012) en mogelijk verwacht hun omgeving het minder vaak van hen (Van Doorne-Huiskes et al. 2004). Bovendien helpen mannen wat eerder bij administratie

en klusjes dan bij huishouden en persoonlijke verzorging, en juist naar die eerstgenoemde taken is niet gevraagd.

Werknemers met een grote arbeidsduur hebben minder ruimte voor zorgtaken naast hun werk. Bovendien zijn er relatief veel jongeren en mannen onder hen. Het volgende hoofdstuk gaat uitgebreid in op de relatie tussen arbeidsduur en mantelzorg.

Noot

- 1 Uitgaande van de cijfers over het percentage mantelzorgers naar leeftijd en geslacht in 2004. Er is een Blinder-Oaxacadecompositie uitgevoerd voor binaire afhankelijke variabelen. 2004 is het uitgangsjaar in de analyse.

3 Mantelzorg en arbeidsduur

Matige samenhang tussen huidige arbeidsduur en het geven van informele hulp

Het percentage dat informele hulp gaf, was ook in het AAP groter wanneer mensen een kleinere arbeidsduur hadden of niet werkten. In 2012 gaf 12% respectievelijk 19% van de voltijders en mensen met een grote deeltijd baan informele hulp. Onder mensen met een kleinere baan en niet-werkenden was dat ongeveer een kwart, dus 1,5 tot 2,2 keer zoveel. Het verschil kromp als rekening werd gehouden met de andere samenstelling van de groep die veel uren werkte (zie tabel 3.1). Maar ook dan gaven mensen met een kleine baan en niet-werkenden nog anderhalf keer zo vaak zorg.

Tabel 3.1

Mantelzorg geven, naar arbeidsduur, 2012 (in procenten)^a

	feitelijk percentage	percentage gecorrigeerd voor verschillen in achtergrondkenmerken ^b
contractuele arbeidsduur		
niet-werkend	25	22
0-19 uur	28	23
20-27 uur	26	23
28-34 uur	19	18
≥ 35 uur	12	15

a Alleen personen van 23-65 jaar die niet hoofdzakelijk scholier/student zijn.

b Er is gecorrigeerd voor verschillen in: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, wel/niet thuiswonende kinderen tot en met 12 jaar, wel/niet vrouw die afgelopen twee jaar eerste kind kreeg, wel/niet werkzaam in zorg en welzijn, ervaren gezondheid.

Het aantal waarnemingen per categorie lag tussen 460 (arbeidsduur 0 t/m 19 uur) en 1609 (arbeidsduur 35 uur of meer).

Bron: SCP (AAP'12)

3.1 Beginnen met mantelzorg

Mensen met een grote arbeidsduur starten minder vaak met hulp

Meestal wordt aangenomen dat mensen met een grote baan minder vaak informele zorg oppakken (zie hoofdstuk 1). Dat blijkt inderdaad zo te zijn: 7% van de voltijders en 10% van de mensen met een grote deeltijd baan was twee jaar later overgegaan tot verlenen van zulke hulp. Van de mensen met een kleine deeltijd baan en niet-werkenden had zo'n 13%-14% dat gedaan. Ook na correctie voor verschillen in een aantal achtergrondkenmerken bleef er een onderscheid bestaan, maar het werd wel wat kleiner (zie tabel 3.2). Vooral bij vrouwen vergrootte geen baan of een werkweek van minder dan 28 uur de kans op mantelzorger worden. Bij mannen had alleen een heel kleine werkweek (minder dan twintig uur), datzelfde effect (zie internetbijlage A).

Tabel 3.2

Twee jaar later begonnen met mantelzorg, naar arbeidsduur, 2004-2010 (in procenten)^{a, b, c}

	feitelijk percentage	percentage gecorrigeerd voor verschillen in achtergrondkenmerken
contractuele wekelijkse arbeidsduur in jaar T		
niet-werkend	14**	12**
0-19 uur	14**	12*
20-27 uur	13**	11*
28-34 uur	10*	9
≥ 35 uur (ref.)	7	9

a Alleen personen die in jaar T 23-58 jaar waren en niet hoofdzakelijk scholier/student.

b Gegevens uit peilingen 2004-2012 zijn samengevoegd.

c Er zijn logistische regressieanalyses gedaan. Significante verschillen tussen voltijders en de overige groepen worden aangeduid met: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Bron: SCP (AAP'04-'12)

3.2 Inkorten van de arbeidsduur en stoppen met werk

Geen verhoogde inkorting van de arbeidsduur bij starten met mantelzorg

Er was sprake van inkorting van de arbeidsduur als iemand bij de eerstvolgende meting minstens vier uur minder werkte dan daarvoor.¹ Stoppen met werk was het geval als iemand niet meer werkte, ongeacht de reden daarvoor (bv. zelf opgehouden, baan kwijtgeraakt, enz.). Beide kwamen onder werkenden die met informele hulp waren begonnen niet in verhoogde mate voor (zie tabel 3.3). Van hen had 9% de werkweek tussen twee peilingen gereduceerd; 6% had geen werk meer. Onder niet-mantelzorgers waren die percentages vrijwel even hoog.

Correctie voor verschillen in achtergrondkenmerken veranderde de uitkomsten nauwelijks; de gecorrigeerde percentages staan daarom niet in de tabel. Zowel vrouwen als mannen verkleinden hun arbeidsinzet niet in sterkere mate wanneer ze met mantelzorg startten (zie internetbijlage A).

Tabel 3.3

Heeft de arbeidsduur twee jaar later ingekort, naar wel/niet begonnen met mantelzorg, 2004-2010 (in procenten)^{a, b, c}

	contractuele arbeidsduur ≥ 4 uur korter in jaar T+2	werkte niet meer in jaar T+2
begonnen met mantelzorg tussen jaar T en T+2	9	4
niet-mantelzorger	9	3

a Alleen personen die in jaar T 23-58 jaar waren en niet hoofdzakelijk scholier/student.

b Gegevens uit peilingen 2004-2012 zijn samengevoegd.

c Er zijn logistische regressieanalyses gedaan. Er waren geen significante verschillen.

Bron: SCP (AAP'04-'12)

Geen verhoogde wens tot inkorten arbeidsduur

Mantelzorgers hadden ook niet vaker dan anderen een on vervulde wens tot arbeidsduur-inkorting: 10% van degenen die naasten waren gaan helpen, wilde een minstens vier uur kortere werkweek, maar had dat (nog) niet gerealiseerd. Van degenen zonder mantelzorg-taken had vrijwel net zoveel (9%) die wens. Zowel vrouwelijke als mannelijke mantel-zorgers hadden geen grotere behoefte aan reductie van hun arbeidstijd.

Overwerk niet verminderd

Een andere manier om de arbeidsbelasting te verminderen, is door de hoeveelheid over-uren in te korten. Ook die reactie kwam bij werkenden die naasten waren gaan helpen niet vaker voor: 12% werkte minstens vier uur per week minder over dan vroeger, tegen 11% van de niet-mantelzorgers. Zowel vrouwen als mannen brachten hun overwerk niet in verhoogde mate terug bij starten met informele hulp.

Geen inkorting bij langer durende hulp

Als de zorg langer aanhield, verminderden werkenden hun arbeidsduur evenmin vaker: 11% van degenen die eerst geen informele hulp gaven, maar bij de twee daaropvolgende peilingen wel, was tussen de eerste en derde peiling minstens vier uur korter gaan werken en 4% werkte helemaal niet meer. Onder niet-mantelzorgers had een bijna net zo groot deel dat gedaan: respectievelijk 12% en 4%. Zowel vrouwen als mannen verkleinden hun arbeidsin-zet niet in hogere mate bij langer durende hulp.

Wel meer reductie arbeidstijd en volledig stoppen bij intensieve mantelzorg

Alleen mensen die meer dan vier uur per week waren gaan zorgen, hadden hun arbeidsinzet meer dan anderen teruggebracht (zie tabel 3.4). Zij werkten vaker dan anderen korter of helemaal niet meer. Dit was bij respectievelijk 13% en 7% van hen het geval, tegen 9% en 3% onder mensen zonder zulke taken. Correctie voor verschillen in achtergrond-kenmerken veranderde dit resultaat nauwelijks; de gecorrigeerde percentages staan daarom niet in de tabel.

Tabel 3.4

Heeft de arbeidsduur twee jaar later ingekort, naar wel/niet begonnen met intensieve mantelzorg, 2004-2010 (in procenten)^{a, b, c}

	contractuele arbeidsduur ≥ 4 uur korter in jaar T+2	werkte niet meer in jaar T+2
begonnen met mantelzorg tussen jaar T en T+2		
> 4 uren per week mantelzorg in jaar T+2	13*	7*
≤ 4 uren per week mantelzorg in jaar T+2	8	3
niet-mantelzorger	9	3

a Alleen personen die in jaar T 23-58 jaar waren en niet hoofdzakelijk scholier/student.

b Gegevens uit peilingen 2004-2012 zijn samengevoegd.

c Er zijn multinomiale logistische regressieanalyses gedaan. Significante verschillen met niet-mantelzorgers worden aangeduid met: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Bron: SCP (AAP'04-'12)

Uitsplitsingen naar arbeidsduur toonden dat dit effect alleen bij mensen met een grote werkweek (≥ 28 uur) optrad. Maar ook in die groep werkte het grootste deel (76%) nog net zoveel als voorheen (zie tabel 3.5).

Tabel 3.5

Heeft de arbeidsduur twee jaar later ingekort, naar wel/niet grote voorafgaande arbeidsduur, 2004-2010 (in procenten)^{a, b, c}

	contractuele arbeidsduur ≥ 4 uur korter in jaar T+2	werkte niet meer in jaar T+2
> 4 uren per week mantelzorg in jaar T+2		
≥ 28 uur werkzaam in jaar T	17*	7
≤ 27 uur werkzaam in jaar T	9	7
niet-mantelzorger	9	3

a Alleen personen die in jaar T 23-58 jaar waren en niet hoofdzakelijk scholier/student.

b Gegevens uit peilingen 2004-2012 zijn samengevoegd.

c Er zijn multinomiale logistische regressieanalyses gedaan. Significante verschillen met niet-mantelzorgers worden aangeduid met: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Bron: SCP (AAP'04-'12)

Het is niet bekend wanneer de respondenten precies met mantelzorg waren begonnen en hun arbeidsduur hadden ingekort of met werken waren gestopt. We weten alleen dat beide gebeurtenissen tussen twee enquêtes hadden plaatsgevonden. Niet uit te sluiten is dat een deel van degenen die niet meer werkten eerst hun baan had verloren en de vrije tijd vervolgens had opgevuld met geven van informele hulp. Oorzaak en gevolg liggen dan andersom. Bij inkorting van de arbeidsduur is zo'n omgekeerde relatie minder waarschijn-

lijk, want minder werken is vaker de eigen keuze van mensen dan helemaal geen werk meer hebben (Vlasblom et al. 2015).

3.3 Omvang van de gegeven zorg

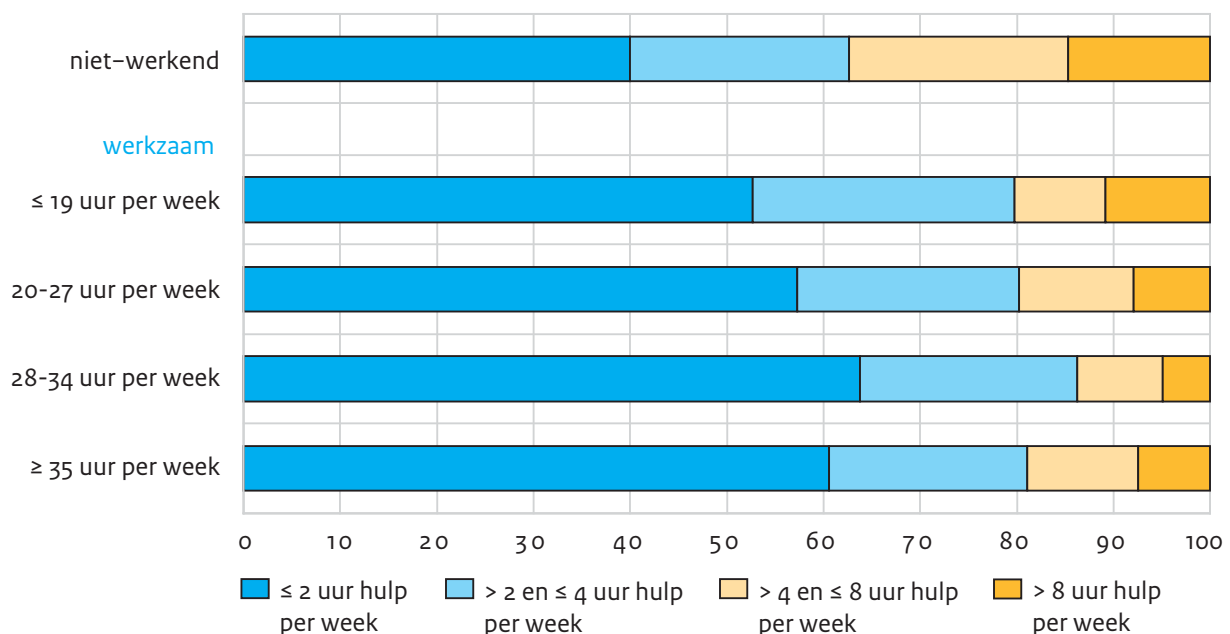
Omvang van de gegeven hulp verschilt niet naar arbeidsduur; niet-werkenden zorgen wel meer

Als werkenden eenmaal met mantelzorg begonnen, was hun tijdsbesteding daaraan niet afhankelijk van hun arbeidsduur: 14% à 20% van de mensen die met informele hulp waren gestart, hielp meer dan vier uur per week, ongeacht of ze een grote of kleine werkweek hadden (zie figuur 3.1). Het is dus niet zo dat degenen met een grote arbeidsduur hun belasting probeerden te beperken door minder tijd aan hulp te besteden.

Niet-werkenden die naasten hielpen, verleenden gemiddeld wel meer uren hulp: 37% van hen zorgde meer dan vier uur per week (zie figuur 3.1). Dat is een beduidend hoger percentage dan onder werkenden. Mogelijk zitten niet-werkenden wat ruimer in hun tijd of wordt het min of meer vanzelfsprekend gevonden dat ze het meeste doen.

Figuur 3.1

Uren hulp per week door mensen die met mantelzorg zijn gestart, naar huidige arbeidsduur, 2004-2012 (in procenten)^a



a Alleen personen van 23-65 jaar die niet hoofdzakelijk scholier/student zijn.

Bron: SCP (AAP'12)

3.4 Conclusie

Hulpverlening door werkende mantelzorgers zal vooral ten koste gaan van vrije tijd

Al met al had beginnen met mantelzorg volgens het AAP meestal geen negatieve gevolgen voor de arbeidsduur. Alleen als mensen meer dan vier uur per week hielpen én een grotere werkweek hadden, was er een effect te zien. Dan reduceerden ze hun arbeidsduur vaker dan anderen. De meesten bleven echter net zoveel werken.

Een van de redenen voor de beperkte effecten zal zijn dat een groot deel van de mantelzorgers in het AAP (76% in 2012) maximaal vier uren per week zorg gaf. Dit zal gemakkelijker zijn in te passen naast betaald werk. Daarnaast durven mensen die informele hulp geven hun werkgever misschien niet zo snel om aanpassing van hun werktijden te vragen. In een rapport voor de Raad voor Werk en Inkomen (rwi) (Cuelenaere et al. 2009) werd gesuggereerd dat deze mensen vaak al zwaar belast zullen zijn tegen de tijd dat ze wel zo'n verzoek doen. Hun productiviteit zal daar vermoedelijk soms onder geleden hebben.

Meestal zal de tijdsbesteding aan zorg dus ten koste zijn gegaan van de vrije tijd; ze moet tenslotte ergens vandaan komen. In verschillende studies is aangetoond dat zo'n 30% tot 50% van de mantelzorgers (werkend en niet-werkend) regelmatig een tekort aan tijd ervaart, meer moeite heeft met het regelen van het huishouden en niet toekomt aan vrijetijdsactiviteiten of hobby's (De Boer 2003; Broese van Groenou en De Boer 2009; Timmermans et al. 2001). 35% gebruikte adv- of vakantiedagen om hulp te geven (Keuzenkamp en Dijkgraaf 2009). Ook de partner levert soms vrije tijd in. Uit onderzoek van Keuzenkamp en Dijkgraaf (2009) bleek bijvoorbeeld dat bij 24% van de werkende mantelzorgers de partner hem of haar ontlastte door een deel van de huishoudelijke taken over te nemen. Bij een klein deel (11%) hielpen ook familie, vrienden en burens in het huishouden mee.

Noot

- 1 De ervaring leert dat respondenten soms hun arbeidsduur met correctie voor adv opgeven en soms zonder. Om dit soort schijnbare veranderingen zo veel mogelijk uit te sluiten, beperkten we ons tot werkweekreducties van minstens vier uur.

4 Ervaren gezondheid en verzuim

Er is beperkte informatie in het AAP over de belasting die werkenden (mantelzorg of niet) ervaren. Er zijn geen gegevens over vermoeidheid, die vaak als eerste zal toenemen als een situatie zwaar is. Wel wordt aan de deelnemers gevraagd hoe ze hun eigen gezondheid beoordelen. Die zal meestal pas achteruitgaan als de belasting langer duurt. Daarnaast is bekend welk percentage ten minste twee weken achtereen wegens ziekte heeft verzuimd.

4.1 Effecten op de gezondheid

Lichte groei gezondheidsklachten onder werkenden die met intensieve mantelzorg begonnen

Volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) kenschetsen de meeste mensen (zo'n 80%) hun eigen gezondheid als 'goed' of 'zeer goed' (CBS 2013c). In ons AAP-databestand was dat ook zo (zie tabel 4.1). Ook werkenden die later met mantelzorg zouden beginnen, waren even vaak deze mening toegedaan. Vooraf zei 79% van hen dat hun gezondheid 'goed' of 'zeer goed' was, 18% duidde deze aan als 'gaat wel/redelijk' en 3% als 'slecht/zeer slecht'. Het is dus niet zo dat gezondere personen eerder zorgtaken oppakten. Starten met informele hulp veranderde de ervaren gezondheid – op korte termijn tenminste – niet; 10% meldde na de start van mantelzorg een slechtere gezondheid dan ervoor. Dat is vergelijkbaar met de 8% niet-mantelzorgers die in dezelfde periode een achteruitgang rapporteerden (zie tabel 4.1).¹

Alleen bij mannen groeiden de gezondheidsklachten wel (zie internetbijlage A). De toename was echter beperkt: 13% van hen ondervond na starten met mantelzorg meer gezondheidsproblemen, tegen 8% van de niet-mantelzorgers. Het is niet duidelijk waar dit aan ligt. Hun grotere arbeidsduur lijkt niet de oorzaak te zijn, want de omvang van de werkweek maakte nauwelijks uit voor de effecten van informele hulp op gezondheid (zie internetbijlage A). Mogelijk ligt de oorzaak in de zorgsituatie zelf. Mannelijke werkenden zorgen vaker voor hun partner, vrouwen voor hun schoon(ouders) (De Boer et al. 2015). Het eerstgenoemde is mogelijk emotioneel belastender.

Tabel 4.1

Gezondheid van werkenden, naar starten met mantelzorg, 2004-2012 (in procenten)^{a, b, c}

	goede of zeer goede gezondheid in T	negatiever oordeel over gezondheid in T+2 dan in T
met mantelzorg gestart tussen jaar T en T+2	79	10
> 4 uren per week mantelzorg in jaar T+2	78	15*
≤ 4 uren per week mantelzorg in jaar T+2	79	8
geen mantelzorg in jaar T en T+2	82	8

a Alleen personen die in jaar T 23-58 jaar waren en niet hoofdzakelijk scholier/student.

b Gegevens uit peilingen 2004-2012 zijn samengevoegd.

c Er zijn logistische regressieanalyses gedaan. Significante verschillen met niet-mantelzorgers worden aangeduid met: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Bron: SCP (AAP'04-'12)

Intensieve mantelzorg verminderde de ervaren gezondheid van de totale groep werkenden wel op korte termijn. Ook dit effect was echter beperkt: 15% ervoer daarna een mindere gezondheid dan ervoor. Dat is significant hoger dan de 8% niet-mantelzorgers met een afname van de gezondheid in hetzelfde tijdvak (zie tabel 4.1). Hulp van maximaal vier uur per week verslechterde de gezondheid niet.

Het is de vraag waardoor de toename in gezondheidsklachten bij intensieve zorg veroorzaakt wordt. Ligt het aan de combinatie van werk met veel zorgtaken? Of was de zorgsituatie zelf misschien zwaarder dan bij niet-omvangrijke hulp? Aangezien zowel mensen met een kleine als grote arbeidsduur meer problemen rapporteerden bij intensieve zorg (resp. 13% en 15%; vgl. ook De Boer et al. 2009) is de zorgsituatie waarschijnlijk van meer invloed dan de totale tijdsbesteding aan werk en zorg.

Geen aantoonbare groei gezondheidsklachten onder werkenden die langdurend hulp gaven

Langdurende hulp had geen aantoonbaar nadelige gevolgen voor de gezondheid (zie tabel 4.2): 16% van de werkenden die eerst geen mantelzorg gaven, maar bij de twee peilingen daarna wel, was tussen de eerste en derde meting negatiever over de eigen gezondheid gaan denken. Dat was niet significant hoger dan de 10% niet-mantelzorgers die in dezelfde periode een ongunstiger oordeel hadden gekregen.

Opvallend genoeg rapporteerden werkenden die kortdurende hulp gaven na afloop daarvan wel een significant slechtere gezondheid dan niet-mantelzorgers. Bij de derde peiling, toen ze inmiddels geen zorg meer boden, ondervond 18% van hen meer problemen dan ervoor (zie tabel 4.2). Tijdens de hulp zelf daarentegen hadden ze niet vaker klachten. Het is onduidelijk waar deze late achteruitgang door kwam. Misschien voelden ze hun vermoeidheid pas toen de zorg voorbij was, of waren ze opgehouden met helpen omdat het te zwaar was. Hun slechtere gezondheid was niet veroorzaakt door een eventueel overlijden van een zieke partner, want ze waren niet vaker dan anderen weduwe of weduwnaar

geworden. In ieder geval was het een probleem van voorbijgaande aard, want bij de vierde peiling verschilden ze niet meer van niet-helpenden.

Tabel 4.2

Gezondheid van werkenden, naar wel/niet gestart met langdurende mantelzorg, 2004-2012 (in procenten)^{a, b, c}

	goede of zeer goede gezondheid in T	gezondheid verslechterd tussen T en T+2	gezondheid verslechterd tussen T en T+4
met mantelzorg gestart tussen jaar T en T+2			
ook mantelzorg in jaar T+4	73	11	16
geen mantelzorg in jaar T+4	83	7	18**
geen mantelzorg in jaar T, T+2 en T+4	83	8	10

a Alleen personen die in jaar T 23-58 jaar waren en niet hoofdzakelijk scholier/student.

b Gegevens uit peilingen 2004-2012 zijn samengevoegd.

c Er zijn logistische regressieanalyses gedaan. Significante verschillen met niet-mantelzorgers worden aangeduid met: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Bron: SCP (AAP'04-'12)

4.2 Effecten op ziekteverzuim

Groei langdurend ziekteverzuim na starten met mantelzorg

In het AAP is ook geregistreerd welk percentage van de respondenten minstens twee weken aaneen in een kalenderjaar door ziekte van het werk heeft verzuimd (excl. zwangerschapsverlof). Dit is dus een andere maat dan het landelijk verzuimpercentage, dat aangeeft hoeveel werkdagen door ziekte verloren gaan.

Helaas gaan de verzuimgegevens in het AAP over het kalenderjaar vóór de enquête. Een deel van de werkenden die bij de eerste peiling geen hulp gaf, maar bij de tweede wel, zal in het tussenliggende jaar (T+1) nog geen zorg hebben verleend. Uit de derde peiling is het verzuim bekend in jaar T+3 (dus het kalenderjaar na de tweede meting), maar waarschijnlijk hielp een deel toen al geen naasten meer. Om toch een indruk van de effecten van mantelzorg op verzuim te krijgen, zijn beide verzuimcijfers geanalyseerd.

Langdurend verzuim van twee weken of langer kwam volgens de gegevens uit het AAP bij ongeveer 11% van de werkenden voor. Werkenden die later met mantelzorg zouden beginnen, verzuimden vooraf bijna net zo weinig: 10% van hen was in jaar T-1 ten minste twee weken afwezig geweest wegens ziekte (zie tabel 4.3).

Starten met informele hulp vergrootte het risico op langdurend verzuim. In jaar T+3 was 18% van de werkenden die met mantelzorg waren begonnen minimaal twee weken ziek, tegen 12% van de niet-helpenden. En dat terwijl een deel van hen toen waarschijnlijk alweer met de zorgtaken zal zijn gestopt.

Tabel 4.3

Twee weken aaneen of langer van het werk verzuimd wegens ziekte, naar wel/niet gestart met mantelzorg, 2004-2012 (in procenten)^{a, b, c}

	T-1	T+1	T+3
met mantelzorg gestart tussen jaar T en T+2	10	15	18*
> 4 uren per week mantelzorg in jaar T+2	10	15	21
≤ 4 uren per week mantelzorg in jaar T+2	11	15	18*
ook mantelzorg in jaar T+4	11	17	24**
geen mantelzorg in jaar T+4	10	13	13
geen mantelzorg in jaar T, T+2 en T+4	11	12	12

a Alleen personen die in jaar T 23-56 jaar waren en niet hoofdzakelijk scholier/student.

b Gegevens uit peilingen 2004-2012 zijn samengevoegd.

c Er zijn logistische regressieanalyses gedaan. Significante verschillen met niet-mantelzorgers worden aangeduid met: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Bron: SCP (AAP'04-'12)

Flinke toename ziekteverzuim bij langdurende mantelzorg

Vooraf werkenden die langdurende mantelzorg waren gaan geven, verzuimden meer (zie tabel 4.3). Vooraf (in jaar T-1) had 11% van hen twee weken achter elkaar of langer verzuimd. In jaar T+3 was dat fors gestegen: naar 24%. Bij werkenden die maar gedurende één peiling iemand verzorgden, steeg het verzuim niet, ook niet in jaar T+3, ondanks hun grotere gezondheidsklachten na afloop van de hulp. De resultaten voor mannen en vrouwen waren hetzelfde (zie internetbijlage A).

Niet-intensieve hulp van maximaal vier uur per week vergrootte het risico op langdurende ziekte eveneens, maar werkenden die meer uren dan dat zorgden, waren juist niet significant vaker afwezig. Het aantal waarnemingen in de laatste groep was echter klein ($n = 72$), doordat bij de verzuimanalyses respondenten nodig waren die minstens drie keer hadden meegedaan. Bij een significantieniveau van 10% verzuimden ze wel meer ($p = 0,09$).

Vooraf forse toename ziekteverzuim bij grote werkweek

Alleen mensen met een grote arbeidsduur waren na het starten met langdurende mantelzorg vaker dan anderen minstens twee weken ziek (zie tabel 4.4). Dit wijst erop dat de groei van het ziekteverzuim vooral komt door de combinatie van zorg en veel werkverplichtingen. Het effect op het verzuim was aanzienlijk. Vooraf (in jaar T-1) was maar 7% van deze groep langdurend afwezig geweest. In T+3 was dat maar liefst 26%.

Tabel 4.4

Twee weken aaneen of langer van het werk verzuimd wegens ziekte, naar wel/niet gestart met langdurende mantelzorg, 2004-2012 (in procenten)^{a, b, c}

	T-1	T+1	T+3
geen mantelzorg in jaar T, wel in T+2 en T+4	11	17	24**
≥ 28 uur werkzaam in jaar T+2	7	19	26**
≤ 27 uur werkzaam in jaar T+2	15	16	22
geen mantelzorg in jaar T, T+2 en T+4	11	12	12
≥ 28 uur werkzaam in jaar T+2	10	11	10
≤ 27 uur werkzaam in jaar T+2	13	13	13

a Alleen personen die in jaar T 23-56 jaar waren en niet hoofdzakelijk scholier/student.

b Gegevens uit peilingen 2004-2012 zijn samengevoegd.

c Er zijn logistische regressieanalyses gedaan. Significante verschillen met niet-mantelzorgers worden aangeduid met: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Bron: SCP (AAP'04-'12)

4.3 Conclusie

Beginnen met mantelzorg nadeliger voor gezondheid en ziekteverzuim dan voor arbeidsduur

Al met al had starten met mantelzorg volgens de gegevens uit het AAP negatievere effecten op de gezondheid en het ziekteverzuim van werkenden dan op hun arbeidsduur. Terwijl mensen hun arbeidsduur alleen verminderden bij het beginnen van intensieve zorg gecombineerd met een grote werkweek, hadden de gezondheid en het ziekteverzuim vaker onder informele hulp te lijden. Gezondheidsklachten stegen bij intensieve zorg ongeacht de omvang van de werkweek en het verzuim groeide bij zowel langdurende als niet-intensieve hulp. Bovendien waren deze effecten sterker dan die op de arbeidsduur.

De veronderstelling dat mantelzorgers niet zo snel om aanpassing van hun arbeidsduur zullen vragen, lijkt dus terecht (Cuelenaere et al. 2009). Mogelijk zien ze inkorting van de arbeidsduur niet als een goed middel om de ervaren belasting te verminderen, hebben ze niet de mogelijkheden daartoe, of willen ze dit niet vanuit de verwachting dat de situatie tijdelijk is en/of het werk ook voor afleiding zorgt. Wellicht wordt dit pas een optie als de hulp heel erg zwaar is.

Noot

- 1 In de enquête wordt gevraagd: 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?' Respondenten die op T+2 een ongunstiger categorie aankruisten dan op T zijn geclassificeerd als 'gezondheid verslechterd'. Antwoordmogelijkheden waren: 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel/redelijk', 'slecht' en 'zeer slecht'. De categorieën 'zeer goed' en 'goed' zijn in de analyses samengevoegd, net als 'slecht' en 'zeer slecht'. 'Zeer goed' en 'goed' worden in de standaardstatistieken van het CBS over dit onderwerp vrijwel altijd samengevoegd, 'zeer slecht' en 'slecht' werden beide door maar heel weinig werkenden aangekruist.

Een verschuiving van 'zeer goed' naar 'goed' of van 'slecht' naar 'zeer slecht' is dus niet als verslechtering geassocieerd.

Summary and conclusions

Competition between informal care and paid work

5.1 Background, design and definitions

Several million people in the Netherlands provide help to their elderly parents or to loved ones with impairments. This help can include doing shopping, helping in the household or providing personal care. We refer to this form of help as ‘informal care’. The Dutch government wants citizens to provide more of this kind of help in order to curtail the growth in the costs of care. At the same time, the government wants to increase the labour participation rate, again in order to improve the public finances. As part of this aim, the state retirement age has been raised and part-time workers are being urged to increase their working hours. As a result of these measures, informal care and paid work are likely to be combined more often in the future.

Although the government has taken steps to facilitate this combination, there is still a question about how far the goals of ‘more informal care’ and ‘more employment’ can be reconciled. Those who are asked to work longer – older people and women with part-time jobs – are precisely the people who often provide informal care. Earlier publications by the Netherlands Institute for Social Research|SCP have drawn attention to the often problematic combination of work and care (De Boer & Keuzenkamp 2009; Sadiraj et al. 2009). Those studies described how much help working people provide and how many of them felt they were under heavy burden.

Research questions

This report provides additional insights into the degree to which work and informal care stand in each other’s way. It reveals whether the percentage of workers providing informal care is growing, and also whether the decision to begin providing informal care depends on the number of hours that people work. Finally, the report explores the question of whether working people who take on informal care tasks reduce their working hours or experience poorer health.

Data sources

The data used in this report were drawn from a biannual panel study of around 4,800 workers and non-workers in the Netherlands aged 16-65 years (the Labour Supply Panel compiled by SCP). The participants are monitored over time; in each wave of the study they complete a questionnaire which includes questions on work and care. New respondents are also recruited for each wave (refreshment sample) in order to compensate for panel attrition and to ensure that young people are also represented. This ensures that the group size is maintained and the respondents remain sufficiently representative for the population of working age.

The share of informal carers among the employed in the Netherlands can be described using this data set for the years 1996-2012. The relationship between informal care on the one hand and working hours and health status on the other was studied only for the most recent period, namely 2004-2012. In the latter analyses, the different years were combined (pooled) to ensure that there were sufficient observations of people who began providing informal care between two measurement points. The respondents were asked about their working hours and health status at the time of the first survey, in other words in advance, and whether either had reduced at the time of the second survey.

The data set had a number of limitations for our purposes. To start with, while it is known whether someone provides help and for how many hours per week, it is not known to whom they give it. Probably, most working informal carers provide care to their partner, child or parents, but for the effects on working hours and health it could make a difference who the care recipient is. That could not be tested using our data.

We also know little about why the recipient needed help. We know that recipients were suffering from illness, disability or age-related problems, but not what the exact problem was. Earlier Dutch and international research (De Boer et al. 2010; Sherwood et al. 2008) noted that informal care was more intensive for some disorders than others. For example, providing informal care is more burdensome when the recipient has behavioural problems or is a cancer patient with severe physical impairments. This distinction could also not be made with our data.

Finally, workers involved in very intensive care situations, for example caring for a terminally ill person, may be underrepresented in the dataset. It seems plausible that these people will often have neither the time nor the energy to fill in a questionnaire.

Definitions

Informal carers are defined in this report as people who provide help to relatives, friends, acquaintances or neighbours who need that help. The recipients may live with the carer or elsewhere. The questionnaire stated explicitly that care provided to healthy children did not count. Respondents were asked only about – unpaid – help with household tasks and personal care. These are tasks for which professional carers can also be brought in. Informal care paid for from a personal budget (pgb) did not count, nor did help doing odd jobs, supervising tasks or helping with administration. The extent of the total help provided – in terms of both hours and persons – will consequently have been underestimated somewhat compared with a situation where a broader definition of informal care is used.

Policy documents not infrequently set a minimum threshold for the intensity of help, with those providing care for no more than eight hours per week not being classed as informal carers. The idea behind this is that it is mainly those providing a lot of care who are vulnerable and who may need support. The flipside is that those providing less intensive care are left almost completely out of the picture.

No lower limit was set in this report for the extent of help provided: both intensive and lighter forms of care are included. We analysed, however, whether the effects of more and less intensive care differed. Intensive care was defined as care for more than four hours per

week, which means that we chose a lower threshold than the government usually does. The reason for this was that the number of workers providing more than eight hours care per week was too small in our dataset, at just 1.5% of all workers in 2012. Workers only rarely provide such extensive help, because it is often difficult to fit in alongside their job. Everyone in paid work, regardless of the number of hours worked, was counted as working in this report. The total was subdivided into people with short and long working hours (0-27 hours versus 28-40 hours per week). The analyses of the number of informal carers were limited to persons aged 23-65 years who were not primarily pupils/students. The analyses of the impact of providing help covered people aged 23-58 years, in order to exclude reductions in working hours due to older workers' schemes and pre-pension arrangements.

S.2 Views on informal care and work

Do informal care and paid work compete with each other?

There are two conflicting viewpoints about combining paid work and informal care. According to one view, they compete with each other, because both impose a claim on people's available – and limited – time. Starting and continuing to provide informal care increases the burden on workers according to this view, and can lead to them experiencing more health complaints. Informal carers may also cut their working hours in order to reduce the burden they experience. This could particularly affect women, because they provide help to others much more often than men.

According to the other view, there is an untapped potential of capacity in society which could be exploited. In this view, a committed social life, in which people help each other, goes hand in hand with greater labour participation. Combining work and care is good for social cohesion between citizens. It is also desirable because informal care and paid work can (as stated) improve the affordability of government provisions.

Given the main thrust of current government policy – more participation universally and more own responsibility instead of government responsibility for sick loved ones (Van Noije et al. 2012) - it is plain that the policy is based mainly on the second of these two views, though there is also attention for the potential negative effects of combining work and informal care; for example, the government wishes to extend the leave arrangements for working carers, thereby hopefully reducing their burden.

S.3 Trend in the number of working informal carers

More participation

Some of the figures from our study support the participation viewpoint, because more and more workers are providing help. While the percentage of working informal carers remained unchanged in the period 1996-2002, it grew between 2004 and 2012 from 13% to almost 18%. Half these workers were providing help for up to two hours per week in 2012;

around a quarter were providing help for between two and four hours, and another quarter were helping for more than four hours per week.

The number of workers providing a maximum of two hours help per week has risen in particular. The share of workers providing non-intensive care has thus increased. It may be that they cannot always be the main carer but are able to relieve other carers so that they do not become overburdened.

The growth in the number of working informal carers was greatest among women aged 45 years and over and people working for less than 28 hours per week. In 2012, roughly a third and a quarter, respectively, of these groups were providing care. These two groups were also the main providers of informal care in 2004.

The increase in the share of informal carers among the employed is due partly to the changed profile of the working population, which now includes more older persons and women than in the past – precisely the groups which have traditionally often provided informal care. The strong growth in community-based as opposed to institutional care is likely to have played a role as well, as more and more people with a large, complex care need continue living at home. Another possible cause is shrinking family size, which means that there are fewer other family members who could in principle help provide care to a loved one. Finally, the increase is probably also related to the growing emphasis placed by the government on more civic participation and on citizens taking more responsibility for their immediate social setting (e.g. introducing guidelines on providing ‘usual care’ to fellow household members, and the introduction of the Social Support Act (Wmo)). Our study thus produces indications that this policy has resulted in workers more often providing informal care to loved ones.

5.4 Informal care and working hours

People with longer working hours less often start providing informal care than people with shorter hours and non-workers

Situations were also observed in our study in which paid work and informal care got in each other’s way. It is known from earlier research that people working longer hours less often provide help than others. It is generally assumed that this is because they less often begin providing informal care, and that a reduction in working hours by informal carers does not play a very important role. This assumption is found to hold good. After correcting for differences in background characteristics between people with longer and shorter working hours (such as sex and age), 9% of non-carers with longer working hours had begun providing informal care when the following wave of the study was carried out two years later. The figure was higher among people with smaller jobs and non-workers of the same age (11-12%). Evidently, a long working week sometimes deters people from taking on care tasks. In this sense, informal care and paid work do compete with each other. This finding also suggests that the decision not to provide informal care has consequences for others. Our data did not allow us to determine whether someone else steps in in such cases, for example another loved one or professional carers, or whether the person need-

ing help receives less care than they would like. American research by Scharlach et al. (2007) among full-time working informal carers of older persons found that all these effects occur in practice.

No reduction in working hours when starting to provide help...

Generally, taking on informal care tasks does not lead to an adjustment of the carer's working hours. Longitudinal analyses showed that workers who had begun providing help had not reduced their working hours or expressed a wish to do so any more often than those not providing informal care. 9% of them had reduced their weekly contract hours by at least four hours, and 4% had given up work. These percentages were virtually the same among non-carers (9% and 3%, respectively). In addition, 10% of workers who had begun providing help wanted to reduce their working hours by at least four hours per week but had not (yet) done so. Virtually the same proportion (9%) of non-carers expressed this wish. Workers who were still providing help when the next (third) wave took place two years later also did not have a greater propensity to cut their working hours. There were no differences between men and women on this point.

... unless the help was intensive and the previous working hours long

Only workers who had begun providing intensive informal care (for more than four hours per week) and who previously worked long hours were more likely to have cut their working hours: 17% of them had reduced their working week by at least four hours, and 7% had given up work. The corresponding figures among non-carers with long working hours were 9% and 3%. Overall, thus, even those providing intensive informal care in combination with a longer working week mostly continued to work as many hours as before.

Providing help mainly means a reduction in free time

Evidently, most working informal carers are able to perform their care tasks in such a way that they do not deviate from the average worker as regards reductions in hours of work (De Boer et al. 2010). They are evidently more likely to give up their own free time than to adjust their working hours. The fact that most informal carers in our dataset (76%) provided help for a maximum of four hours per week will have made this easier. Some of them will also not have taken any measures because they expected in advance that the care provision would be (relatively) temporary. But even when providing intensive care, carers may be inclined to defer a radical decision such as reducing their working hours for as long as possible because of the impact on their income and career. It has also been suggested in earlier research (Cuelenaere et al. 2009) that informal carers are reticent in asking their employer for an adjustment in their working hours. They often do not find it easy to talk about their care tasks at work (De Klerk et al. 2014).

5.5 Informal care and health

Sharp increase in sickness absenteeism when providing long-term help

Subjective health status and sick leave from work were adversely affected more than working hours by taking on informal care tasks. Although the number of health complaints did not rise generally when taking on care tasks, it did where the care was intensive. The length of working week made no difference. Of those who began providing intensive informal care, 15% took a more negative view of their own health afterwards than before. Over the same period, only 8% of non-carers reported a deterioration in subjective health status. Long-lasting sick leave, for two or more consecutive weeks in a calendar year, also rose sharply. 10% of carers were off sick for such a long period before they began providing care; afterwards, this rose to 18%. Sickness absenteeism also increased among people providing non-intensive care. The biggest increase occurred among workers who had taken on long-term care tasks (i.e. were still caring for someone two years later). Almost a quarter of them had been off work sick for at least two weeks after starting to provide informal care. The negative impact of intensive and long-term informal care on subjective health and sickness absenteeism may be caused both by the care situation – which can be burdensome in itself – and by the combination of informal care and work. In reality, both factors probably play a role.

5.6 Informal care and gender differences

Working men provide less informal care than working women. In 2012, 13% of them helped loved ones with personal care or household tasks, compared with 23% of women. This gender gap would probably have been smaller if supervision, help with administration or odd jobs had been included under our definition of informal care, but we know from other studies (e.g. De Boer et al. 2015) that a difference remains even then.

Once men and women began providing informal care, the effects were generally the same. For example, they reduced their working hours to the same extent. There was, however, one difference: men developed more health complaints after taking on informal care whilst women did not, except when providing intensive care. This may have been because the care situation itself was different: working men more often care for their partner, while women more often care for parents or parents-in-law (De Boer et al. 2015); the former may be more burdensome. The fact that men have to combine informal care with a longer working week than women did not appear to be the cause of their greater health complaints.

5.7 Conclusion

Informal care and paid work partly stand in each other's way

This report shows that workers performing care tasks are a mixed group. Between the two opposing views on combining work and informal care lies a whole gamut of circumstances

and consequences, all of which occurred in this study. A high proportion of workers are well able to combine their work with care tasks and are spared adverse effects such as having to reduce their working hours or seeing their health deteriorate. A smaller group, mainly among those providing intensive or long-term help, are however confronted with a deterioration in health or lengthy sick leave from work. For this group, therefore, providing informal care to loved ones and doing paid work do stand in each other's way. In addition, people with long working hours less often took on informal care tasks than people working shorter hours or not in work, again suggesting some competition between the two tasks.

Policy implications

The share of workers providing lighter forms of informal care has grown in recent years. Based on our dataset, providing this type of care can often be fitted in reasonably well alongside paid work. The government wants to see a further increase both in the amount of informal care and in the labour participation rate. This policy carries two risks. First, people working longer hours are less inclined to begin providing informal care. This can potentially increase the burden on others. Second, more problems will arise if the intention is to drive up not just lighter forms of informal care, but also the amount of intensive or long-term care. Our study shows that providing this care can have a negative impact on informal carers themselves (poorer health) but also on their employers (higher sickness absenteeism). It is therefore important to guard against asking too much of people.

To the extent that policy on combining work and informal care is desirable, it can best focus on workers providing long-term or intensive care, whatever their working hours. Although providing informal care in most cases did not lead to a deterioration in health, providing intensive care did, while providing long-term care greatly increased sickness absenteeism. These effects remained after correcting for the greater age of the informal carers.

The impact of informal care on sickness absenteeism probably lies partly in the care situation itself and partly in combining that care with work. Any savings made on professional care by calling on members of the social network may therefore have a price in the form of working informal carers reporting sick. That price is paid by the employee themselves and their employer. A recent study showed that measures such as creating an informal care-friendly organisation and acceptance of combining work and care by colleagues and superiors can contribute to a better work-care balance (Plaisier et al. 2014). However, this demands extra efforts on the part of employers. To some extent this is unavoidable – the increasing number of older workers means that employers are in any event more often being confronted with people combining work with informal care – but it is important to avoid the demand for informal care becoming so great that too much is asked of the informal carers.

Informal care and participation in society

The participation society has many facets. On the one hand, we see that citizens are having to continue working for longer, and on the other that people are expected to devote more

time to caring for loved ones. There are already many people active in both these areas, and their number is growing steadily. Often this is problem-free, especially in the case of non-intensive and short-term care. Most workers appear to be able to fit providing this help into their work and private life. Yet more social participation does not happen by itself: sometimes people start doing so much that they exceed their own capacities. In the future, more help will be needed from people's social networks and more and more will be asked of the participating citizen. This study begs the question of where the boundary lies and who pays the price for the changing demands. With effect from 2015, the assessment by local authorities of the capacities of citizens will play a greater role in determining the help that is asked of them. It is therefore very important to continue monitoring developments in this area. As this study shows, there is already a group of working informal carers who are reducing their working hours, giving up work altogether or long term absent because of the pressure of combining these tasks.

Literatuur

- Andersson Elffers Felix (2012). *De Kanteling. Lessen en praktijken*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Boer, A. de (2003). Het sociale netwerk van mantelzorgers. In: J.M. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers* (p. 59-108). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de, en S. Keuzenkamp (2009). *Vrouwen, mannen en mantelzorg. Beelden en feiten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de, en M. de Klerk (2013). Effect van informele zorg op gezondheid. In: M.M. Harbers en N. Hoeymans (red.), *Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014* (p. 111-117). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Boer, A. de, en S. Kooiker (2012). Zorg. In: V. Veldheer, J.J. Jonker, L. van Noije en C. Vrooman (red.), *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012* (p. 140-160). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de, R. Schellingerhout en J. Timmermans (2003). *Mantelzorg in getallen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de, M. Broese van Groenou en C. van Campen (2009). Uitkomsten: ervaren verandering in gezondheid. In: A. de Boer, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de, M. Broese van Groenou en S. Keuzenkamp (2010). Belasting van werkende mantelzorgers. In: *tsg: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 88, nr. 6, p. 313-319.
- Boer, A. de, M. de Klerk en A. Merens (2015). *Mannen en vrouwen: de hulp aan (schoon)ouders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boumans, N.P.G. en E. Dorant (2014). Double-duty caregivers juggling employment and informal caregiving. A survey on personal health and work experiences. In: *Journal of advanced nursing*, jg. 70, nr. 7, p. 1604-1615.
- Broese van Groenou, M. en A. de Boer (2009). Uitkomst: ervaren belasting. In: A. de Boer, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007* (p. 144-166). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- cbs (2012). *Personen met een langdurende zorgsituatie naar arbeidspositie*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 21 november 2013 via <http://statline.cbs.nl/statweb/>.
- cbs (2013a). *Beroepsbevolking; geslacht en leeftijd*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 13 november 2013 via <http://statline.cbs.nl/StatWeb>.
- cbs (2013b). *Beroepsbevolking; vanaf 1800*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 17 oktober 2013 via <http://statline.cbs.nl/StatWeb>.
- cbs (2013c). *Gezondheid aandoeningen beperkingen; persoonskenmerken*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 13 februari 2014 via <http://statline.cbs.nl/StatWeb>.
- Cloïn, M. en M. Souren (2011). Onbetaalde arbeid en de combinatie van arbeid en zorg. In: A. Merens, M. van den Brakel, M. Hartgers en B. Hermans (red.), *Emancipatiemonitor 2010* (p. 108-147). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Collewet, M. en J. de Koning (2013). Hoe gezond is werken? In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 29, nr. 1, p. 27-41.
- Colombo, F., A. Llana-Nozal, J. Mercier en F. Tjadens (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Parijs: oecd Publishing.
- Cörvers, F. en M. Vendrik (2005). Conjunctuur en sociale normen: determinanten van arbeidsparticipatie. In: *Kwartaalschrift economie*, jg. 2, nr. 2, p. 142-163.
- Crespo, L. (2006). *Caring for parents and employment status of European mid-life women*. Madrid: Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI).

- Cuelenaere, B., D. Brands en M. Chotkowski (2009). *Arbeid en zorg op de werkvloer. Onderzoek naar arrangementen voor ouders en mantelzorgers: knelpunten en mogelijkheden*. Rotterdam: Ecorys.
- Dautzenberg, M.G.H., J.P.M. Diederiks, H. Philipsen, F.C.J. Stevens, F.E.S. Tan en M.J.F.J. Vernooij-Dassen (2000). The competing demands of paid work and parent care. Middle-aged daughters providing assistance to elderly parents. In: *Research on Aging*, jg. 22, nr. 2, p. 165-187.
- Dekker, R., D. Fouarge en T. Schils (2008). Concurrentie tussen arbeidsmarkt- en maatschappelijke participatie. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 93, nr. 4538, p. 404-407.
- Dijkgraaf, M., A. de Boer en S. Keuzenkamp (2009). Mantelzorg en participatie in betaald werk en vrijwilligerswerk. In: A. de Boer, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007* (p. 63-73). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Doorne-Huiskes, A. van, P.A. Dykstra, E. Nievers, J. Oppelaar en J.J. Schippers (2002). *Mantelzorg: tussen vraag en aanbod*. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut.
- Doorne-Huiskes, A. van, P. Dykstra en J.J. Schippers (2004). Mantelzorg in de (tijds)klem. In: *Sociale Wetenschappen*, jg. 47, nr. 4, p. 27-48.
- Draak, M. den, W. Mensink, M. van den Wijngaart en M. Kromhout (2013). *De weg naar maatschappelijke ondersteuning. Een onderzoek naar de kanteling in tien gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dykstra, P.A. (2003). *Het zit in de familie* (oratie, 29 oktober 2003). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Dykstra, P.A. en A. van Putten (2010). Mantelzorgende mannen: een kwestie van moeten, kunnen of willen. In: *tsg: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 88, nr. 6, p. 320-328.
- EK (2014/2015). *Voorstel van wet van de leden Voortman en Van Hijum tot wijziging van de Wet aanpassing arbeidsduur ten einde flexibel werken te bevorderen*. Eerste Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 32889, nr. A.
- Eldh, A.C. en E. Carlsson (2011). Seeking a balance between employment and the care of an ageing parent. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, jg. 25, nr. 2, p. 285-293.
- Ende, T.A.M. van den (2011). De care: voortvarend na bedachtzaam wegen. In: J.G. Sijmons, T.A.M. van den Ende en G.R.J. de Groot (red.), *Stelsel onder stress; pre-advies 2011 van de Vereniging voor Gezondheidsrecht*. Den Haag: Sdu.
- Euwals, R., M. Knoef en D. van Vuuren (2007). *The trend in female labour force participation. What can be expected for the future?* Den Haag: Centraal Planbureau (<http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/trend-female-labour-force-participation-what-can-be-expected-future.pdf>).
- Hassink, W.H. en B. van den Berg (2011). *Time-bound opportunity costs of informal care: Consequences for access to professional care, caregiver support, and labour supply estimates*. Bonn: IZA.
- Hoefman, R. (2009). Aanbieders van mantelzorg. In: A. de Boer, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007* (p. 29-44). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huijsman, R. (1990). *Model van voorzieningen voor ouderen* (proefschrift). Zeist: Kerckebosch.
- Isarin, J. (2005). *Mantelzorg in een ontmantelde privésfeer: over het combineren van betaalde arbeid en de langdurige en intensieve zorg voor een naaste*. Budel: Damon.
- Keuzenkamp, S. en M. Dijkgraaf (2009). Participatie: strategieën van werkende mantelzorgers. In: A. de Boer, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007* (p. 74-96). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, A. de Boer, S. Kooiker, I. Plaisier en P. Schyns (2014). *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koops, H. en M.H. Kwekkeboom (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg: ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kremer, M. (2006). Consumers in charge of care: the Dutch personal budget and its impact on the market, professionals and the family. In: *European societies*, jg. 8, nr. 3, p. 385-401.

- Mars, G., M. van den Brakel, W. Portegijs, K. Chkalova en M. Geerdinck (2012). Vrouwen en de arbeidsmarkt. In: A. Merens, M. Hartgers en M. van den Brakel (red.), *Emancipatiemonitor 2012* (p. 51-75). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Meijman, T.F. en G. Mulder (1998). Psychological aspects of workload. In: P.J.D. Drenth, H. Thierry en C.J. de Wolff (red.), *Handbook of work and organizational psychology, vol. 2: work psychology* (p. 5-33). Hove, vk: Psychology Press.
- Noije, L. van, J.J. Jonker, V. Veldheer en C. Vrooman (2012). Verschuivende verantwoordelijkheden. In: V. Veldheer, J.J. Jonker, L. Van Noije en C. Vrooman (red.), *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012* (p. 303-322). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Oudijk, D., A. de Boer, I. Woittiez, J. Timmermans en M. de Klerk (2010). *Mantelzorg uit de doeken, een actueel beeld van het aantal mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Palmboom, G. en A.J. Pols (2008). *Wat bezielt de mantelzorg?* Den Haag: Nicis Institute.
- Pinquart, M. en S. Sörensen (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. In: *Psychology and Aging*, jg. 18, nr. 2, p. 250-267.
- Plaisier, I., M. Broese van Groenou en S. Keuzenkamp (2014). Combining work and informal care: the importance of caring organisations. In: *Human Resource Management Journal*. (DOI: 10.1111/1748-8583.12048).
- Portegijs, W. en M. Cloin (2012). Verdeling van onbetaalde arbeid tussen partners. In: A. Merens, M. Hartgers en M. van den Brakel (red.), *Emancipatiemonitor 2012* (p. 115-125). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Putten, A. van, J. Vlasblom, P. Dykstra en J. Schippers (2010). The absence of conflict between paid-work hours and the provision of instrumental support to elderly parents among middle-aged women and men. In: *Ageing & Society*, jg. 30, nr. 6, p. 923-948.
- Ramakers, C., M. van Doorn en R. Schellingerhout (2010). *Op weg naar een solide pgb. Onderzoek naar de diversiteit van budgethouders en een toekomstbestendig pgb in de AWBZ*. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Rijksoverheid (2013). *Wat is mantelzorg?* Geraadpleegd op 18 december 2013 via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/vraag-en-antwoord/wat-is-mantelzorg.html>.
- RWI (2010). *Werken met zorg. Advies over het combineren van arbeid en zorg*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen (http://www.werkenmantelzorg.nl/UserFiles/files/aandeslag/RWI_Advies_Werken_met_zorg_m.pdf).
- Sadiraj, K., J. Timmermans, M. Ras en A. de Boer (2009). *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schakel, S. (2013). *Van de werkende mantelzorg naar de mantelzorgende werknemer. De invloed van mantelzorg op stressgerelateerde gezondheidsklachten van werknemers* (afstudeerscriptie). Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam.
- Scharlach, A.E. (1994). Caregiving and employment: competing or complementary roles? In: *The gerontologist*, jg. 34, nr. 3, p. 378-385.
- Scharlach, A., K. Gustavson en T.S. Dal Santo (2007). Assistance received by employed caregivers and their care recipients. Who helps care recipients when caregivers works full time? In: *The Gerontologist*, jg. 47, nr. 6, p. 752-762.
- Schellingerhout, R. (2003). De mantelzorg. In: J.M. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. (p. 33-57). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schnabel, P. (2003). *Haalt de mantelzorg 2020? Eerste nationale mantelzorglezing* (lezing 6 november 2003). Bunnik: LOT.
- Sherwood, P.R., H.S. Donovan, C.W. Given, X. Lu, B.A. Given, A. Hricik en S. Bradley (2008). Predictors of employment and lost hours from work in cancer caregivers. In: *Psychology-Oncology*, jg. 17, nr. 6, p. 598-605.

- Souren, M., J. de Vries en I. Houtman (2013). Zorgtaken en arbeidsparticipatie. In: J. Sanders, H. Lautenbach, P. Smulders en H.J. Dirven (red.), *Alle hens aan dek. Niet-werkenden in beeld gebracht* (p. 145-164). Hoofddorp/Heerlen: TNO/Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Thoits, P. (1983). Multiple identities and psychological well-being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis. In: *American Sociological Review*, jg. 48, nr. 2, p. 174-187.
- Timmermans, J. (1984). Ouderen en informele hulp. In: *Trefpunt*, mei, p. 11-13.
- Timmermans, J., A.H. de Boer, C. van Campen, M.M.Y. de Klerk, J.S.J. de Wit en I.B. Woittiez (2001). *Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (1994/1995). *Beleidsbrief 'Persoonsgebonden budget: zorg in portefeuille'*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 23904, nr. 14.
- TK (2001/2002). *Memorie van Toelichting bij wijziging van de Wet arbeid en zorg en enige andere wetten in verband met het tot stand brengen van een recht op langdurend zorgverlof en het aanbrengen van enkele verbeteringen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001/2002, 28467, nr. 3.
- TK (2004/2005). *Notitie 'De mantelzorg in beeld'*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 30169, nr. 1.
- TK (2007/2008). *Mantelzorg. Verslag van een algemeen overleg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007/2008, 30169, nr. 15.
- TK (2009/2010). *Naast en met elkaar. Brief over de relatie tussen informele en formele zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009/2010, 30169, nr. 20.
- TK (2011/2012a). *Arbeidsmarktbeleid. Kabinetsreactie op het SER-advies 'Tijden van de Samenleving'*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011/2012, 29544, nr. 355.
- TK (2011/2012b). *Voorjaarsnota 2012*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011/2012, 33280, nr. 1.
- TK (2012/2013a). *Kamerbrief Arbeid en zorg. Modernisering regelingen voor verlof en arbeidstijden*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 32855, nr. 2.
- TK (2012/2013b). *Versterken, verlichten, verbinden. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, welzijn en sport over mantelzorg en langdurige zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30169, nr. 28.
- TK (2013/2014). *Modernisering regelingen voor verlof en arbeidstijden. Tweede nota van wijziging*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 32855, nr. 17.
- Torre, A. van der, I. Ooms en M. de Klerk (2013). *Het persoonsgebonden budget in de AWBZ. Monitor 2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Viitanen, T. (2005). *Informal Elderly Care and Women's Labour Force Participation Across Europe*. Brussel: European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Vlasblom, J.D., P. van Echtelt en M. de Voogd-Hamelink (2015). *Aanbod van arbeid 2014. Arbeidsdeelname, flexibilisering en duurzame inzetbaarheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vries, J. de, en F. van der Mooren (2010). Mantelzorgers op de arbeidsmarkt. In: *Socialeconomische trends*, 3e kwartaal 2010, p. 49-58.
- Vuuren, D. van, en A. van Deelen (2009). De participatiegroei van ouderen ontrafeld. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 94, nr. 4551, p. 10-12.
- Woning, W. (2010). *Mantelzorg. Onderzoeksresultaten*. Den Dolder: Adv Market Research.
- WRR (2006). *De verzorgingsstaat herwogen: over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. Den Haag/Amsterdam: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid/Amsterdam University Press.
- Zuba, M. en U. Schneider (2013). What Helps Working Informal Caregivers? The Role of Workplace Characteristics in Balancing Work and Adult-Care Responsibilities. In: *Journal of Family and Economic Issues*, jg. 34, nr. 4, p. 460-469.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het scp: www.scp.nl.

SCP-publicaties

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

Sociaal en Cultureel Rapporten

Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008. ISBN 978 90 377 0368-9

Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010. Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8

Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 0623 9

Vershil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014. Cok Vrooman, Mérove Gijsberts, Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0724 3

SCP-publicaties 2014

- 2014-1 *Kansen voor vakmanschap in het mbo. Een verkenning (2014).* Monique Turkenburg m.m.v. Lenie van den Bulk (CED-groep) en Ria Vogels (SCP). ISBN 978 90 377 0637 6
- 2014-2 *Jaarrapport integratie 2013. Participatie van migranten op de arbeidsmarkt (2014).* Willem Huijnk, Mérove Gijsberts, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0697 0
- 2014-3 *Ervaren discriminatie in Nederland (2013).* Iris Andriessen, Henk Fernee en Karin Wittebrood. ISBN 978 90 377 0672 7 (elektronische publicatie)
- 2014-4 *Samenvatting en conclusies van Sterke steden, gemengde wijken (2014).* Jeanet Kullberg, Matthieu Permentier, m.m.v. Emily Miltenburg. ISBN 978 90 377 0696 3 (elektronische publicatie)
- 2014-5 *Perceived discrimination in the Netherlands (2014).* Iris Andriessen, Henk Fernee en Karin Wittebrood. ISBN 978 90 377 0699 4 (elektronische publicatie)
- 2014-6 *De Wmo-uitgaven van gemeenten in 2010 (2014).* Barbara Wapstra, Lieke Salomé en Nelleke Koppelman. ISBN 978 90 377 0698 7 (elektronische publicatie)
- 2014-7 *Burgermacht op eigen kracht? Een brede verkenning van ontwikkelingen in burgerparticipatie (2014).* Pepijn van Houwelingen, Anita Boele, Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0635 2
- 2014-8 *Uitstappers en doorzetters. De persoonlijke en sociale context van sportdeelname en tijdsbesteding aan sport (2014).* Annet Tiessen-Raaphorst (red.), Remko van den Dool en Ria Vogels. ISBN 978 90 377 0700 7

- 2014-9 *Who cares in Europe. A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (2014). Debbie Verbeek-Oudijk, Isolde Woittiez, Evelien Eggink en Lisa Putman. ISBN 978 90 3770 681 9 (elektronische publicatie)
- 2014-10 *Geloven binnen en buiten verband. Godsdienstige ontwikkelingen in Nederland* (2014). Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0636 9
- 2014-11 *Replicatie van het meetinstrument voor sociale uitsluiting* (2014). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0674 1 (elektronische publicatie)
- 2014-12 *Vraag naar arbeid 2013* (2014). Patricia van Echtelt, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0707 6
- 2014-13 *De Wmo in beweging; Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012* (2014). Mariska Kromhout, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak, Alice de Boer, m.m.v. Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0706 9
- 2014-14 *Anders in de klas. Evaluatie van de pilot Sociale veiligheid LHBT-jongeren op school* (2014). Freek Bucx en Femke van der Sman. ISBN 978 90 377 0703 8
- 2014-15 *Leven met intersekse/DSD. Een verkennend onderzoek naar de leefsituatie van personen met intersekse/DSD* (2014). Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0705 2 (elektronische publicatie)
- 2014-16 *Leergeld. Veranderingen in de financiële positie van het voortgezet onderwijs en verschillen tussen besturen* (2014). Lex Herweijer, Evelien Eggink, Evert Pommer, Jedid-Jah Jonker, m.m.v. Ingrid Ooms en Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0708 3
- 2014-17 *Verdelen op niveaus. Een multiniveaumodel voor de verdeling van het inkomensdeel van de Participatiewet over gemeenten* (2014). Arjan Soede en Maroesjka Versantvoort. ISBN 978 90 377 0711 3 (elektronische publicatie)
- 2014-18 *De Wmo in beweging. Beknopte samenvatting. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012* (2014). Mariska Kromhout, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak, Alice de Boer, m.m.v. Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0712 0
- 2014-19 *Anders in de klas. Journalistieke samenvatting. Evaluatie van de pilot Sociale veiligheid LHBT-jongeren op school* (2014). Karolien Bais, Freek Bucx, Femke van der Sman, m.m.v. Charlotte Jalvingh. ISBN 978 90 377 0713 7 (elektronische publicatie)
- 2014-20 *Rijk geschakeerd. Op weg naar de participatiesamenleving* (2014). Kim Putters. ISBN 978 90 377 0715 1
- 2014-21 *Ouderenmishandeling. Advies over onderzoek naar aard en omvang van misbruik en geweld tegen ouderen in afhankelijkheidsrelaties* (2014). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0716 8 (elektronische publicatie)
- 2014-22 *Huwelijksmigratie in Nederland. Achtergronden en leefsituatie van huwelijksmigranten* (2014). Leen Sterckx, Jaco Dagevos, Willem Huijnk, Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0702 1
- 2014-23 *Living with intersexe/DSD. An exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD* (2014). Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0717 5.

- 2014-24 *Poolse, Bulgaarse en Roemeense kinderen in Nederland. Een verkenning van hun leefsituatie* (2014). Ria Vogels, Mérove Gijsberts en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0719 9 (elektronische publicatie)
- 2014-25 *Krimp in de kinderopvang. Ouders over kinderopvang en werk* (2014). Wil Portegijs, Mariëlle Cloïn en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0718 2.
- 2014-26 *Op zoek naar bewijs II. Evaluatieontwerpen onderwijs- en cultuurmaatregelen* (2014). Monique Turkenburg, Lex Herweijer, Andries van den Broek, Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0720 5 (elektronische publicatie)
- 2014-27 *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp* (2014). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier, Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0721 2
- 2014-28 *Dichtbij huis. Lokale binding en inzet van dorpsbewoners* (2014). Lotte Vermeij, m.m.v. Anja Steenbekkers. ISBN 978 90 377 0722 9
- 2014-29 *Burn-out : verbanden tussen emotionele uitputting, arbeidsmarktpositie en Het Nieuwe Werken* (2014). Patricia van Echteld (red.). ISBN 978 90 377 0723 6 (elektronische publicatie)
- 2014-30 *Bevrijd of beklemd? Werk, inhuur, inkomen en welbevinden van zzp'ers.* (2014). Edith Josten, Jan Dirk Vlasblom, Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0710 6 (elektronische publicatie)
- 2014-31 *Natuur en Cultuur. Een vergelijkende verkenning van betrokkenheid en beleid* (2014). Anja Steenbekkers en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0726 7 (elektronische publicatie)
- 2014-32 *De acceptatie van homoseksualiteit door etnische en religieuze groepen in Nederland* (2014). Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0704 5
- 2014-33 *Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014* (2014). Cok Vrooman, Mérove Gijsberts, Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0724 3
- 2014-34 *Verenigd in verandering. Grote maatschappelijke organisaties en ontwikkelingen in de Nederlandse civil society* (2014). Hanneke Posthumus, Josje den Ridder en Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0725 0
- 2014-35 *Jongeren en seksuele oriëntatie. Ervaringen van en opvattingen over lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren* (2014). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0727 4
- 2014-36 *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* (2014). Isolde Woittiez, Lisa Putman, Evelien Eggink en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0729 8
- 2014-37 *Emancipatiemonitor 2014* (2014). Ans Merens (scp), Marion van den Brakel (CBS) (red.). ISBN 978 90 377 0728 1
- 2014-38 *Aan het werk vanuit een bijstands- of werkloosheidsuitkering* (2014). Karin Wittebrood en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0733 5 (elektronische publicatie)
- 2014-39 *Armoedesignalement 2014* (2014). ISBN 978 90 377 0730 4
- 2014-40 *Kostenverschillen in de jeugdzorg. Een verklaring van verschillen in kosten tussen gemeenten* (2014). Michiel Ras, Evert Pommer, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0554 6 (elektronische publicatie)

- 2014-41 *De hoofdzaken van het Sociaal en Cultureel Rapport 2014* (2014). Cok Vrooman, Mérove Gijsberts en Jeroen Boelhouwer. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais. ISBN 978 90 377 0692 5
- 2014-43 *Culturele activiteiten in 2012: bezoek, beoefening en steun* (Het culturele draagvlak, deel 13) (2014). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0736 6 (elektronische publicatie)

SCP-publicaties 2015

- 2015-1 *Rapportage sport 2014* (2015). Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0731 1
- 2015-2 *Media:Tijd in beeld. Dagelijkse tijdsbesteding aan media en communicatie* (Het culturele draagvlak, deel 13) (2015). Nathalie Sonck, Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0732 8
- 2015-3 *Aanbod van arbeid 2014. Arbeidsdeelname, flexibilisering en duurzame inzetbaarheid.* (2015). Jan Dirk Vlasblom, Patricia van Echtelt, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0595 9
- 2015-4 *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011* (2015). Inger Plaisier, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0641 3
- 2015-6 *Maten voor gemeenten. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2007-2012* (2015). Evert Pommer, Ingrid Ooms, Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0738 0
- 2015-7 *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk* (2015). Edith Josten, Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0550 8

Overige publicaties

- Burgerperspectieven 2014 | 1* (2014). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0701 4
- Burgerperspectieven 2014 | 2* (2014). Lonneke van Noije, Josje den Ridder, Hanneke Posthumus. ISBN 978 90 377 0714 4
- Burgerperspectieven 2014 | 3* (2014). Paul Dekker en Josje den Ridder, m.m.v. René Gude. ISBN 978 90 377 0653 6
- Burgerperspectieven 2014 | 4* (2014). Josje den Ridder, Maaike den Draak, Pepijn van Houwelingen en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0735 9
- Gescheiden werelden?* (2014). Mark Bovens, Paul Dekker en Will Tiemeijer (red.). ISBN 978 90 377 0734 2.
- Gezamenlijke uitgave van het SCP en de WRR.