

# Informele zorg in Vlaanderen opnieuw onderzocht

Lieve Vanderleyden en Dirk Moons

## Inleiding

Zorg binnen gezinnen, tussen familieleden onderling en in een ruimer maatschappelijk verband is van alle tijden. Het gaat daarbij niet enkel om de dagdagelijkse zorg maar ook om het ondersteunen van hen die extra ondersteuning nodig hebben omwille van beperkingen door langdurige ziekte, handicap of ouderdom. In laatstgenoemd geval spreken we over informele zorg: de zorg van ouders voor hun mindervalide kind; de onderlinge hulp tussen echtgenoten/partners op oudere leeftijd; de steun van kinderen voor hun hulpbehoevende ouder(s), schoonouder(s); de zorg voor een buurvrouw ...

Het Vlaamse beleid inzake welzijn voorziet in heel wat maatregelen waardoor zorgbehoevenden de kans krijgen om zolang als mogelijk in de vertrouwde omgeving te blijven. In dat opzicht is het sociaal weefsel rond de zorgbehoevende cruciaal. De beleidsoptie voor een vermaatschappelijking van de zorg of een zorg middenin de samenleving, impliceert dat een grote rol is weggelegd voor informele zorg en vrijwilligerswerk. In de beleidsnota 'Welzijn, Volksgezondheid en Gezin' voor de periode 2014-2019 wordt onder meer gestipuleerd: "*Nabije zorg en ondersteuning wordt in de eerste plaats verleend door de mantelzorgers(s). Hun bijdrage is van onschatbare waarde, zowel op maatschappelijk als economisch vlak*" (Vandeurzen, 2014, 17).

Onderzoek naar de inhoudelijke en vormelijke aspecten van informele zorgpatronen in Vlaanderen is niet nieuw. In de loop van de jaren 2000 liep er bij het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie het Vlaamse onderzoek naar mantelzorg (Jacobs & Lodewijckx, 2004). Ongeveer in dezelfde periode was er het leefsituatieonderzoek bij Vlaamse ouderen van 55-plus waarin ook de informele zorg een plaats kreeg (Jacobs e.a., 2004).

Nadien bood de survey 'Sociaal-Culturele verschillen in Vlaanderen' (SCV) van de Studiedienst van de Vlaamse Regering de opportuniteit om zicht te krijgen op de informele zorg in Vlaanderen door middel van een representatieve steekproef bij 18-jarigen en ouder. In de enquête van 2008 werd gepoogd meer vat te krijgen op het fenomeen via twee enkelvoudige vragen (zie Vanderleyden & Moons, 2010). Het onderzoek liet toe een schatting te maken van hoe dikwijls de respondent in de afgelopen 12 maanden heeft gezorgd voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon enerzijds en hoe dikwijls hij/zij opvang heeft geboden aan kleine kinderen uit de buurt, kennissenkring of familie anderzijds. In de survey van 2011 werd een zorgmodule opgenomen met een andere vraagstelling en met de mogelijkheid het profiel van de informele zorgverlener én van de zorgontvanger te schetsen en ook meer zicht te krijgen op de aard van de zorgrelatie via een hele batterij vragen. Laatstgenoemd onderzoek stelde onder andere vast dat 38% van de Vlamingen informele zorg opneemt, dat het vaker vrouwen dan mannen betreft, dat personen in de leeftijdsklasse 45-64 jaar het meest zorgen en dat informele zorgverleners meer kans hebben deeltijds te werken of met pensioen te zijn dan

voltijds aan de slag te zijn (Vanderleyden & Moons, 2012). Ook de zorgontvanger is vaak een vrouw, ongeveer een kwart is 85 jaar of ouder, en meer dan een derde van alle zorgontvangers woont alleen.

Daarnaast refereren we hier naar de mantelzorgenquête van het Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Dit onderzoek, opgestart in 2014 op vraag van de Vlaamse minister bevoegd voor de materie, wil de leefsituatie van geregistreerde mantelzorgers uitgebreid in beeld brengen evenals hun ervaringen, aspiraties en ondersteuningsbehoeften. Zonder een exhaustieve opsomming te willen geven van het beschikbare onderzoek naar informele zorg in Vlaanderen, maken we nog melding van de Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid waarin pas in 2013 werd gepeild naar de zorg door niet-professionele zorgverleners.

In 2014 hernam de SCV-survey de zorgmodule die was opgenomen in de survey van 2011 en werd ze opnieuw voorgelegd aan een representatieve steekproef van Vlamingen van 18 jaar en ouder. In het kader van de beleids optie om zorg in het thuismilieu alle kansen te geven, en waar naast de informele zorg ook allerhande thuiszorgondersteunende diensten een plaats hebben, is het van groot belang zicht te krijgen op het aantal informele zorgverleners en hun aandeel binnen de bevolking en te achterhalen welke ontwikkelingen zich hierin voordoen.

## **1. Onderzoeksvragen, databron en beschikbare gegevens**

Analoog met de survey van 2011, willen we volgende zaken aan de orde stellen:

- Welk aandeel binnen de Vlaamse bevolking zorgt voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon? Waarin onderscheidt de informele zorgverlener zich van degene die niet zorgt?
- Wat is het profiel van enerzijds de zorgverlener, anderzijds de zorgontvanger? De aandacht gaat naar kenmerken zoals geslacht, leeftijd, gezondheid, gezinssituatie ...
- Wat valt er te zeggen over de modaliteiten van de zorg zoals de duur van de geboden zorg, de frequentie en intensiteit, de zorgbelasting in objectieve en subjectieve termen, de aan- of afwezigheid van andere informele zorgverleners, de samenwerking met formele diensten ...

Omdat de zorgmodule van 2011 een referentiepunt biedt, maken we bovendien waar mogelijk een vergelijking tussen de resultaten van 2014 en die van 2011. We zoomen verder in op de combinatie informele zorg en betaald werk en op eventuele conflicten tussen de beide levenssferen (niet opgenomen in de module van 2011).

De data van de zorgmodule komen uit de survey 'Sociaal-Culturele Verschuivingen in Vlaanderen' (SCV), een jaarlijks onderzoek bij een representatieve steekproef van inwoners van het Vlaamse Gewest en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. De steekproef van 2014 omvat 1.515 respondenten van 18 jaar en ouder (zonder bovengrens in leeftijd). De data werden gewogen naar geslacht, leeftijd en opleiding. Waarden, opvattingen, overtuigingen en gedragingen van Vlamingen in verband met maatschappelijk- en beleidsrelevante thema's zoals arbeid en vrije tijd, mobiliteit, migranten ... komen aan bod. Naast een vast gedeelte met sociaal-demografische en sociaaleconomische variabelen bevat de survey een aantal in de tijd wisselende modules waarvan de zorgmodule er één is.

Net als in 2011 en identiek eraan, werd een filtervraag ingebouwd om het aantal informele zorgverleners te identificeren. Deze vraag luidde als volgt: *"Helpt u momenteel of heeft u tijdens de afgelopen 12 maanden zieke, gehandicapte of oudere familieleden, kennissen of burenhulpelingen geholpen of verzorgd? Het gaat om de informele inzet, niet de zorg die wordt geboden in het kader van een beroep of in het kader van het georganiseerde vrijwilligerswerk."*

Belangrijk hierbij is erop te wijzen dat vrijwilligerswerk verricht in het kader van een organisatie hier niet wordt in rekening gebracht.

Een 400-tal respondenten antwoordden positief op de filtervraag. Zij kregen vervolgens een aantal vragen voorgelegd over de zorgontvanger en over de zorgrelatie. In de analyses wordt uitgegaan van het perspectief van de informele zorgverlener; hij/zij is de dataverstrekker. Er kan zorg worden verleend aan meer dan één persoon, maar enkel de zorg ten aanzien van de persoon aan wie de meeste zorgen worden verleend, wordt in kaart gebracht.

Bij de profielschets van de informele zorgverlener wordt gebruik gemaakt van de 'klassieke' achtergrondvariabelen zijnde sociaal-demografische en sociaaleconomische kenmerken. Daarnaast zijn er netwerkkenmerken en waarden en normen. Wat de klassieke achtergrondkenmerken betreft, hebben we informatie over geslacht, leeftijd - zijnde een continue variabele die werd herleid tot drie categorieën: 18-44 jaar, 45-64 jaar, 65-plus - en opleiding met een onderscheid tussen lager secundair onderwijs of minder, hoger secundair onderwijs, hoger onderwijs. Het huishoudtype waartoe de zorgverlener behoort, omvat zes categorieën: inwonend bij de ouders, alleenwonend, met kinderen maar niet met echtgeno(o)t(e)/partner wonend, enkel met echtgeno(o)t(e)/partner, met echtgeno(o)t(e)/partner én kinderen, een ander type samenwoning. Aangaande gezondheid werd de ervaren gezondheid als indicator gehanteerd: is de gezondheid heel goed, goed, redelijk, slecht of heel slecht? Omdat de antwoordcategorieën zeer ongelijk zijn verdeeld, volgen we de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie en zetten het aandeel met een goede of zeer goede gezondheid af tegenover het aandeel met een redelijke, slechte of zeer slechte gezondheid (de Bruin e.a., 1996). Aangaande de arbeidssituatie werd de oorspronkelijke indeling tot vijf categorieën teruggebracht: gepensioneerd, huisman/huisvrouw, deeltijds werkend, voltijds werkend, andere situatie<sup>1</sup>. De inkomensevaluatie heeft volgende drie categorieën: kan met het inkomen comfortabel leven, het inkomen volstaat om rond te komen, kan met het inkomen (heel) moeilijk rondkomen.

Als variabele ter indicering van het netwerk werd geopteerd voor het al dan niet doen van vrijwilligerswerk, zonder verder in te gaan op het soort vereniging waarin dat vrijwilligerswerk wordt verricht. Het opnemen van andere sociale relaties leek ons niet opportuun gezien de verwevenheid met zorg verlenen. Regelmatige zorg impliceert immers dat er contact is.

Verder is er een variabele die de waarden en normen van Vlamingen indiceert met betrekking tot zorg verlenen: is hij/zij eerder familiegeoriënteerd of is hij/zij eerder van oordeel dat de overheid prioritair moet optreden? In de vragenlijst werden zeven stellingen opgenomen, ontleend aan vroeger onderzoek (zie Schoenmaeckers e.a., 2006; Vanderleyden & Moons, 2012). Voor een overzicht van de stellingen en de wijze waarop de variabele werd geconstrueerd, verwijzen we naar de bijlage.

Ook de kenmerken van de zorgontvangers werden bevestigd. Naast het geslacht, kennen we de leeftijd, die varieert van 1 tot 104 jaar. Inzake woonsituatie werd eerst gepeild of de informele zorgverlener en de zorgontvanger samen een huishouden delen. De niet-samenwonenden worden verder opgedeeld in alleenwonend, enkel met echtgeno(o)t(e)/partner, met kinderen zonder echtgeno(o)t(e)/partner, met echtgeno(o)t(e)/partner én kinderen, een andere woonsituatie (bijvoorbeeld met ouders, broer/zus/ander familielid, in een rusthuis of verzorgingstehuis, in een instelling). Om de capaciteit van de zorgontvanger in het verrichten van bepaalde activiteiten te achterhalen, werden in totaal acht activiteiten voorgelegd: vier

---

<sup>1</sup> In deze categorie gaat het om kleine aantallen: ziekteverlof, bevallingsverlof, volledig verlof zonder wedde, voltijds tijdskrediet of voltijdse loopbaanonderbreking, arbeidsongeschikt, uitkeringsgerechtigd werkloos, op zoek naar een eerste job, studerend in volledig dagonderwijs ...

huishoudelijke (IADL-beperkingen<sup>2</sup>) en vier persoonsverzorgende en bewegingsactiviteiten (ADL-beperkingen<sup>3</sup>). Zorgbehoevenden die zes of meer activiteiten helemaal niet meer zelf kunnen uitvoeren óf slechts met moeite en alleen met de hulp van anderen, worden als 'zwaar beperkt' beschouwd; degenen die onbekwaam zijn of moeite hebben met hooguit twee activiteiten zijn 'licht beperkt'. Tussen beide groepen in situeren zich degenen met een 'matige beperking'. Wat de oorzaak van de zorgbehoefte betreft, werden verschillende mogelijkheden voorzien: lichamelijke handicap; verstandelijke handicap; (beginnende) dementie/geestelijke achteruitgang; psychische problemen; algemene beperkingen door ouderdom; acute ziekte of ongeval; chronische ziekte of terminale ziekte.

Om de modaliteiten van de zorg in kaart te brengen, werd gepeild naar de aard van de relatie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger; de woonafstand tussen de beide partijen; het type van de geboden zorg; de duur; de frequentie en intensiteit van de zorg. Tussen de informele zorgverlener en de zorgontvanger kan er al dan niet een verwantschapsrelatie bestaan waarbij volgende vier categorieën kunnen voorkomen: 'echtgenoot/partner', 'ouder/schoonouder', 'andere verwante' (omvat kind, zus/broer, schoonzus/schoonbroer, grootouder of ander familielid), 'niet-verwante' (vriend, kennis, buur). De woonafstand tussen de twee partijen wordt geïndiceerd door de reistijd of het aantal minuten nodig om met het meest gebruikelijke vervoermiddel bij de zorgontvanger aan huis te komen. Betreffende ondersteuning kan hulp worden geboden bij verschillende taken; in de vragenlijst werden er zeven bevraagd: huishoudelijke hulp (schoonmaken, koken ...); persoonlijke verzorging (hulp bij baden, aankleden ...); (para-)medische hulp (toedienen van medicamenten ...); administratieve hulp (papieren invullen, afspraken maken ...); vervoer en begeleiding bij bezoek aan bijvoorbeeld de arts; emotionele steun (luisteren naar verhaal, praten); toezicht houden en oppassen. De duur van de zorg is geoperationaliseerd via het aantal jaren en maanden dat er al zorg wordt geboden. De frequentie van de zorg telt oorspronkelijk vier antwoordcategorieën: 1 of meer keren per jaar, 1 of meer keren per maand (nadien gegroepeerd tot een categorie); 1 of meer keren per week; dagelijks. Daarnaast is gepolst naar de intensiteit via het aantal uren geboden zorg op weekbasis. In de zorgrelatie kan er voorts ondersteuning zijn van een of meer andere informele zorgverleners, van vrijwilligers en/of van formele diensten. Ook die informatie is beschikbaar.

De draaglast/draagkracht van de informele zorgverleners wordt gemeten met objectieve criteria zoals het aantal jaren dat men al zorgt; het aantal personen waarvoor men zorgt; de aard van de beperking van de persoon waarvoor gezorgd wordt en de aard van de geboden zorgen (zie hoger). Deze objectieve gegevens bieden een betrouwbaar, maar eenzijdig beeld omdat er factoren kunnen meespelen die voor de ene zorgverlener zeer belastend zijn en voor een andere zorgverlener er niet of minder toe doen. Om die reden werd ook de persoonlijke beleving van de informele zorgverleners geschat aan de hand van de vereenvoudigde 'Self-rated burden scale' (Kragt, 2007) en ook gebruikt bij de bevraging in 2011 (voor meer informatie over deze schaal, zie: Vanderleyden & Moons, 2012).

Daarnaast werden in de survey van 2014 nog enkele uitspraken voorgelegd over de aard van de belasting (fysiek, mentaal) en over de impact van de zorg op de tijdsbesteding binnen het gezin en voor de betrokkene.

---

<sup>2</sup> IADL of 'Instrumental Activities of Daily Living' met volgende activiteiten: licht huishoudelijk werk (stof afnemen ...), zwaar huishoudelijk werk (vloer dweilen ...), administratieve taken verrichten (formulieren invullen ...), boodschappen doen.

<sup>3</sup> ADL staat voor 'Activities of Daily Living'. Het gaat om volgende activiteiten: buitenshuis gaan, in huis rondlopen, zich aankleden en schoenen aantrekken, zich wassen.

## 2. Omvang van de informele zorg

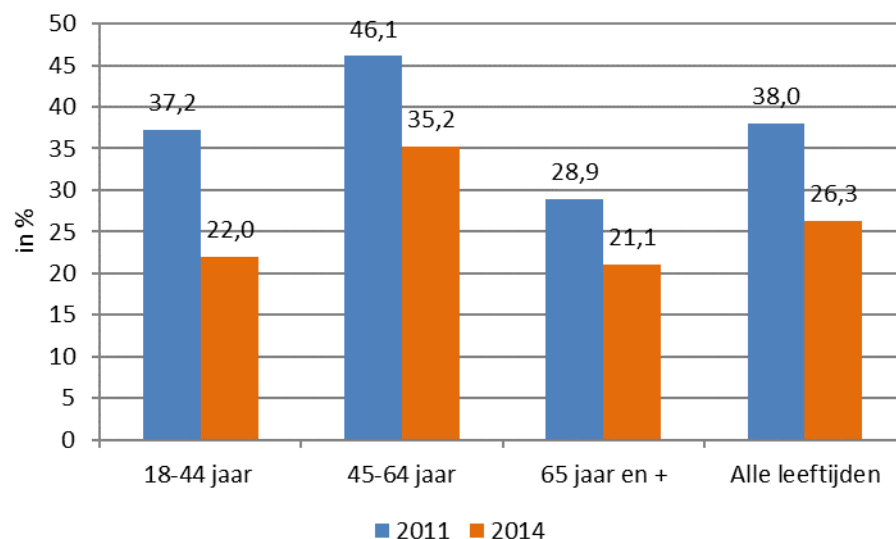
### 2.1. Een paar cijfers: 2014 versus 2011

In 2014 zegt iets meer dan een kwart (26,3%) van de Vlamingen van 18 jaar en ouder dat ze in het afgelopen jaar zorg hebben verleend aan een ziek, gehandicapt of ouder familielid, vriend, kennis of buur. Het gaat om meer vrouwen dan mannen maar het verschil is statistisch niet significant op het 0,05-niveau. Het aandeel informele zorgverleners stijgt met de leeftijd. Het gaat van 22,9% bij de 18-34-jarigen over 20,4% bij de 35-44-jarigen naar 33,8% bij de 45-54-jarigen. De hoogste score wordt gehaald in de leeftijdsklasse 55-64 jaar met 36,7%; nadien zet zich een daling in tot 15,9% bij de 75-plussers.

In vergelijking met 2011 valt op dat er zich een significante afname voordoet in het aandeel dat zorg opneemt. Anno 2011 ging het nog om 38%, waaronder significant meer vrouwen dan mannen. Het toetsen van deze cijfers aan de resultaten van eerder in de tijd gedane peilingen met het oog op het aangeven van een trend, is en blijft een delicate oefening (zie verder punt 2.2.). In een opiniestuk naar aanleiding van de eerste bevindingen over het afnemend aandeel informele zorgverleners (zie Vanderleyden & Moons, 2015), doet Declercq (2015) geen uitspraak over aantallen, maar zij belicht wel het feit dat de beschikbaarheid van mantelzorgers vermindert als gevolg van zowel demografische factoren (zoals gezinsverdunning) als economische factoren (zoals de beleidsoptie om 55-64-jarigen vaker en langer aan het werk te krijgen).

De daling die zich onmiskenbaar aftekent, doet zich voor binnen alle leeftijdsklassen (zie figuur 1) en zowel bij mannen als bij vrouwen.

Figuur 1. Aandeel Vlamingen (18 jaar en ouder) dat in de afgelopen 12 maanden zorgde voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon naar leeftijd, 2011 en 2014, in %



Bron: SCV-survey 2011 en 2014.

Omdat het aandeel dat positief antwoordde op de vraag naar zorg tweeledig is – zorg nog aanwezig op moment van bevraging versus zorg gestopt in de afgelopen 12 maanden – werd nagegaan of de daling gelijkmatig verloopt over de twee geleidingen (zie tabel 1).

Tabel 1. Aandeel Vlamingen (18 jaar en ouder) dat in de afgelopen 12 maanden al dan niet zorgde voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon, naar geslacht, 2011 en 2014, in % gewogen, N ongewogen

Jaar <sup>a</sup>	Zorgt nu nog (1)	Zorg gestopt in referentiejaar (2)	Totaal: zorg (1)+(2)	Geen zorg	N (100%)
2011					
Mannen	20,9	12,1	33,0	67,0	684
Vrouwen	25,7	17,0	42,7	57,3	762
Totaal	23,4	14,6	38,0	62,0	1.446
2014					
Mannen	17,5	7,1	24,6	75,4	739
Vrouwen	21,8	6,2	28,0	72,0	776
Totaal	19,7	6,6	26,3	73,7	1.515

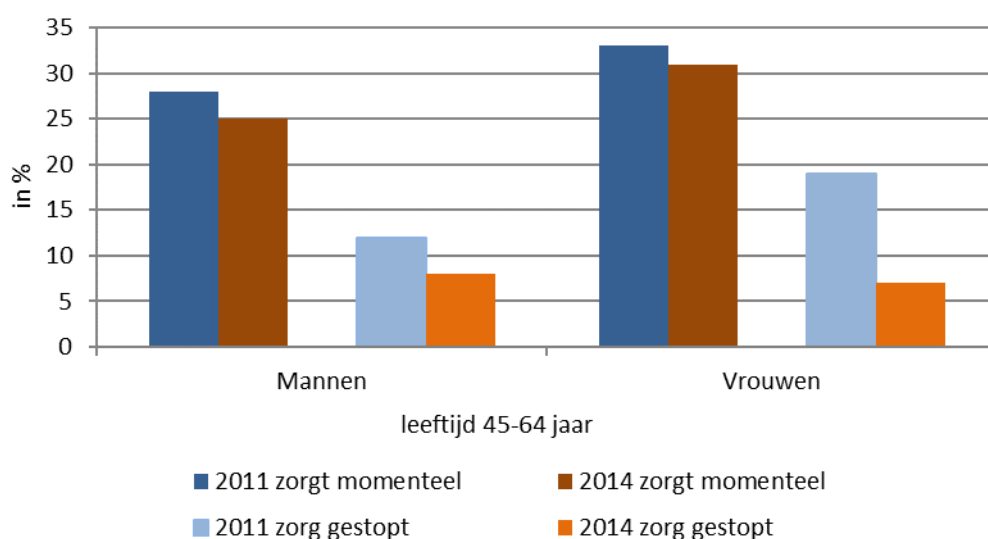
<sup>a</sup> Verschil 2011-2014 is significant bij mannen, vrouwen en totaal ( $p < 0,001$ ).

Bron: SCV-survey 2011 en 2014.

Het blijkt dat de afname zich vooral voordoet binnen de categorie 'zorg gestopt'. Binnen de groep die de zorg continueerde op het ogenblik van de bevraging, is de afname beperkt tot 3,7 procentpunten (van 23,4% naar 19,7%).

In de categorie 'zorg gestopt' zien we een terugval tot minder dan de helft van het aandeel in 2011 (van 14,6% naar 6,6%). Dit geldt inzonderheid bij de vrouwen waar het aandeel in 2014 tot zelfs een derde is teruggevallen (van 17,0% naar 6,2%). Het dalend aandeel ten overstaan van 2011 voor de subcategorie 'zorg gestopt' doet zich voor op nagenoeg alle leeftijden en bij mannen en vrouwen (ter illustratie: zie figuur 2 voor de 45-64-jarigen).

Figuur 2. Aandeel Vlamingen van 45-64 jaar dat momenteel zorg verleent versus zorg gestopt in het referentiejaar, naar geslacht, 2011 en 2014, in %



Bron: SCV-survey 2011 en 2014.

Over de redenen van een stopzetting van de hulp hebben we in onze survey geen informatie opgevraagd, wat in het licht van de eerder grote terugval in deze deelcategorie een tekortkoming is. Nederlands onderzoek van de Klerk (2015) wijst uit dat een verandering in de hulpbehoefte de belangrijkste reden is om te stoppen: de hulpbehoevende blijkt geen of minder

hulp nodig te hebben (meer dan 50% geeft die reden aan), beroepskrachten zijn meer gaan helpen (31%) of de hulpbehoevende is overleden (30%). Minder vaak voorkomende redenen zijn dat andere mantelzorgers meer zijn gaan doen (4%) of dat de zorgontvanger werd opgenomen in een instelling (3%).

## **2.2. Mogelijke redenen voor de dalende trend**

Algemeen wordt erkend dat er weinig bekend is over ontwikkelingen van de informele hulp in de loop der tijden. Niet alleen is er een gebrek aan eenduidige en vergelijkbare definities en aan gestandaardiseerde vraagstellingen, ook de in steekproef voorkomende onderzoekspopulatie is niet steeds vergelijkbaar. Het onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) over culturele veranderingen in Nederland geeft een zicht op het aantal personen van 18 jaar en ouder dat informele zorg biedt: hier is sprake van een stijging van 16% in 2004 naar 24% in 2012 (geciteerd in Kromhout e.a., 2014, 135; ontleend aan Posthumus e.a., 2013). Een recente Nederlandse studie uit 2014 bij 18-jarigen en ouder komt uit bij 32,7% mantelzorgers en vermeldt expliciet dat dit cijfer niet is te vergelijken met eerder SCP-onderzoek (de Klerk, 2015).

Swinkels e.a. (2016) die mantelzorg bij ouderen onderzochten aan de hand van de 'Longitudinal Aging Study Amsterdam' (LASA) concluderen dat in de tijdsspanne 1992-2012 het gebruik van formele zorg lichtjes toenam terwijl er een aanzienlijke daling was van de informele zorg. Zij poneren verder: *"Analyses also showed improved cognitive functioning, increased partner availability and social network size, as well as increased use of privately paid care over time. Nevertheless, these positive trends did not explain the large decrease in informal care use. The results regarding informal care use suggest a societal trend of weakened informal solidarity, reflecting increased individualisation and increased availability of formal home care."* Volgens Deeg (2015) is de dalende trend inzake informele zorg tegengesteld aan de grotere behoefte aan zorg.

De vraag rijst naar het waarom van de dalende trend in Vlaanderen. Welke factoren kunnen de daling in de beschikbaarheid ervan verklaren? We schetsen hier een aantal algemene ontwikkelingen zonder te pretenderen dat deze elementen de afname in de voorliggende periode kunnen verklaren. De meeste van deze ontwikkelingen betreffen immers de lange termijn en zijn al geruime tijd aan de gang.

Vooraf wijzen we op een mogelijk lagere inschatting van de omvang van de informele zorg in 2014 door de afwezigheid van een controlevraag in de vragenlijst van 2014. In 2011 was er een extra vraag die peilde naar de frequentie van zorg verlenen in de afgelopen 12 maanden (nooit, 1 keer per jaar, meer keren per jaar, maandelijks, meer keren per maand, wekelijks, dagelijks). Indien het antwoord op die vraag niet in overeenstemming was met het latere antwoord op de filtervraag (zie eerder) werd de respondent daarop gewezen en werd het antwoord desgevallend bijgesteld, wat een correctie opleverde van 4%. Onder de assumptie dat in 2014 dezelfde correctie moet worden toegepast, zou 30% van de ondervraagden informele zorg verleend hebben tegenover de 26,3% waar we in het vervolg van de bijdrage mee rekenen. Hoe dan ook, de stelling dat de informele zorg in dalende lijn gaat, blijft overeind.

Informele zorg is bovengemiddeld geconcentreerd in de leeftijdsgroep 55-64 jaar, een leeftijd waarin mannen/vrouwen ook andere rollen opnemen (zie onder meer Vanderleyden & Heylen, 2015). Demografische gegevens wijzen op het uitstel van de komst van een eerste/volgende kind (fase gezinsvorming). Daarom hebben 55-plussers vaker dan vroeger nog tieners of twintigers in huis die ook zorg vragen; daarenboven blijven jongvolwassenen langer thuis wonen (hotel mama). Gebaseerd op Rijksregistergegevens stelde Lodewijckx (2008) vast dat de trend van het langer thuis wonen van jongvolwassenen die al eerder was geconstateerd, zich doorzet in de periode 1990-2007. Dat heeft te maken met het langer studeren van jongeren maar de reden is ook van financiële aard met het daarbij horende comfort.

Vooruitberekeningen aangaande leefvormen in 2021 geven aan dat het aantal thuiswonende 25-34-jarigen nog zal stijgen. Op de leeftijd van 55-64 jaar zijn er vaak ook al kleinkinderen die opvang nodig hebben (Hank & Buber, 2009); er is daarnaast de zorg voor een kwetsbare ouder/schoonouder en er is de langere beroepsloopbaan. Maar liefst 9 op de 10 van de 50-64-jarigen nemen minstens een van deze rollen op (Vanderleyden & Heylen, 2015, 197). Hoewel recente cijfers wijzen op een toenemende werkzaamheidsgraad vooral bij vrouwen ten gevolge van een cohorte-effect (De Lathouwer, 2016), zit Vlaanderen met 44% werkenden onder de 55-64-jarigen in 2014 nog steeds beneden het EU27 gemiddelde (50%). Het laat landen zoals koploper Zweden (74%), maar ook Duitsland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk met werkzaamheidsgraden van 60% of meer ver voor ons. In het kader van de stijgende verzorgingskosten zetten overheden in op langere beroepsloopbanen.

Daarnaast is er een toenemende trend tot zelfontplooiing en verrijking (Broese van Groenou, 2012). In het verleden was zorgend aanwezig-zijn een gegevenheid, maar vrouwen bewandelen langzaam maar zeker ook andere wegen waaruit voldoening wordt geput. Uit Canadees onderzoek blijkt dat babyboomers niet zonder meer dezelfde sterke 'zorgidentiteit' hebben als eerdere generaties (Guberman e.a., 2012). Het is niet zo dat zij de zorg voor een naaste niet belangrijk vinden, maar zij hechten eraan om op vele sociale domeinen actief te blijven. Dus ook op het werk, de sportclub en in het vrijwilligerswerk. Zorgen ja, maar dan niet als enige activiteit, en zeker niet als de levenstaak die het voor sommigen in eerdere generaties is geworden.

Verder zien we dat door het groot aantal echtscheidingen er veel meer kans is op het ontstaan van nieuw samengestelde gezinnen (Mortelmans e.a., 2011) waardoor de zorg er niet eenvoudiger op wordt. Waar er eerst zorg was voor 2 ouderparen, worden dat er mogelijks 4 wanneer nieuwe partners in beeld komen. In hoeverre zal dit gegeven impact hebben op de zorgomvang?

In elk geval wijzen onze gegevens – zoals verder in de bijdrage zal worden toegelicht – in de richting van een stijgende zorgbelasting: in 2011 gaf 35,9% aan in het geheel niet belast te zijn; in 2014 is dat cijfer 28,0% (daling met 8 procentpunten). Het aandeel dat zich zwaar belast voelt (score van 6 of meer op een schaal van 10) is gestegen van 17,7% naar 23,2%. Het gaat om een subjectieve inschatting door de respondent en betekent niet noodzakelijk dat de zorg ook in de feiten zwaarder is geworden. Een antwoord hierop is mogelijk via onder andere een analyse van de bekwaamheid van zorgontvangers om een aantal ADL- en IADL-activiteiten te verrichten.

We weten ook – en verderop in de bijdrage komen we daar op terug - dat het aandeel dat dagelijks zorg opneemt, hoger ligt in 2014 dan in 2011 (bijna 30% in 2014 tegenover een kwart in 2011). Het lijkt erop dat vooral de occasionele zorgverlener heeft afgehaakt.

Ondanks de diverse infocampagnes, weten informele zorgverleners niet steeds de weg naar de bestaande ondersteuningskanalen. Haken informele zorgverleners dan af? Declercq (2015) pleit in een opiniestuk in Sociaal.Net naar aanleiding van de SCV-bevindingen over de dalende informele zorg voor een soort voorziening à la 'Kind en Gezin': een dienst waarin alle informatie wordt verenigd, die regelmatig contact neemt met de gezinnen die zorg opnemen, die gezinnen ondersteunt en eventueel toeleidt naar andere oplossingen ...

### ***2.3. Informele zorgverlener versus niet-zorgverlener: overeenkomsten en verschillen***

In wat voorafgaat, werd al gewezen op het feit dat proportioneel nog steeds wat meer vrouwen dan mannen zorg verlenen, maar dat de verschillen niet langer significant zijn. Ook in Brussel blijkt dat het aandeel dat zorgt niet differentieert naar geslacht: het betreft 20% van de vrouwen tegenover 17% van de mannen (Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2015). In Vlaanderen stijgt met de leeftijd het aandeel dat zorgen



verleent tot 36,7% bij de 55-64-jarigen en daarmee scoort deze leeftijdsklasse het hoogst. Nadien zet zich een daling in. In Brussel zijn de percentages voor de opeenvolgende leeftijdscategorieën vrij gelijklopend met de laagste percentages bij de 25-34-jarigen en de 75-plussers.

In de zoektocht naar determinanten voor het al dan niet zorg verlenen, hanteren we het in 2011 gebruikte model waarin naast sociaal-demografische en sociaaleconomische kenmerken, de netwerkbetrokkenheid en het al dan niet voorstaan van familiewaarden werden getoetst (Vanderleyden & Moons, 2012). Hoogopgeleiden in Vlaanderen bieden significant vaker zorg dan laagopgeleiden. Huisvrouwen/mannen scoren met 38,6% boven het gemiddelde van 26,3% en ook deeltijds werkenden bieden vaker zorg dan voltijds werkenden. Er blijkt geen samenhang te zijn tussen het bieden van informele zorg en de gezondheid van de zorgverlener. Verder zijn noch de huishoudsamenstelling van de betrokkene noch het inkomen differentiërende factoren. Het netwerk speelt dan weer wel een rol: meer dan 4 op de 10 respondenten die vrijwilligerswerk doen, bieden informele zorg aan een ziek, gehandicapt of ouder persoon tegenover iets meer dan 2 op de 10 van degenen die geen vrijwilligerswerk verrichten. Verder zijn ook normen en waarden van belang: respondenten met een hogere score op het vlak van familiewaarden bieden vaker hulp dan diegenen met een lagere score.

Zijn al deze effecten ook netto-effecten? De resultaten van een logistische regressieanalyse (cijfers niet in tabel) - waarin degenen die momenteel hulp bieden of dat deden in de loop van het referentiejaar worden afgezet tegenover diegenen die geen hulp bieden – leren dat na controle van de andere variabelen, de leeftijd, het doen van vrijwilligerswerk en het delen van familiale waarden bepalend zijn voor het al dan niet zorgen. Zo hebben de 45-64-jarigen, gerefereerd aan de 65-plussers, meer kans om als zorgverlener op te treden. Wie actief is in het vrijwilligerswerk heeft eveneens meer kans om zorgverlener te zijn en hetzelfde geldt voor degenen met een hoge familieoriëntatie. Ook de beroepssituatie genereert nog enig effect in die zin dat deeltijds werkenden gerefereerd aan voltijds werkenden vaker als informele zorgverlener voorkomen. Daarmee worden de resultaten uit het onderzoek van 2011 grotendeels herbevestigd.

### **3. Profiel van de zorgverlener en van de zorgontvanger**

In dit onderdeel tekenen we het profiel uit van de informele zorgverlener én van de zorgontvanger aan de hand van enkele karakteristieken en we vergelijken dit profiel met dat van 2011.

We merken op dat er weinig of geen significante verschillen zijn in de respectievelijke profielen (tabel 2). In 2014 is de informele zorgverlener in 52% van de gevallen van het vrouwelijk geslacht tegenover 57% in 2011 maar het verschil is niet significant. Er is wel een tendens dat de informele zorgverlener in 2014 vaker tot de middenleeftijd behoort dan in 2011. Wat betreft het samenwonen met echtgeno(o)t(e)/partner, het genot van een (zeer) goede gezondheid en het beroepsactief zijn, is er geen verschil tussen 2014 en 2011. Het aandeel dat comfortabel kan leven, bedraagt 35% in 2014 tegenover 37% in 2011.

Tabel 2. Overzicht van de karakteristieken van de informele zorgverlener en van de zorgontvanger, 2011 en 2014, in %

Karakteristieken	2011	2014	Sign.
<b>A. Van de informele zorgverlener</b>			
Vrouw	57,5	52,4	
Leeftijd 45-64 jaar	41,0	46,0	°°
<u>Gemiddelde leeftijd</u>	<u>49,6</u>	<u>50,6</u>	
Woont enkel met echtgeno(o)t(e)/partner	35,1	35,0	
Zeer goede of goede gezondheid	73,8	72,5	
Beroepsactief (voltijds of deeltijds)	54,9	54,5	
Kan comfortabel leven	37,3	34,9	
<b>B. Van de zorgontvanger</b>			
Vrouw	64,8	65,7	
Leeftijd 85 jaar en +	23,8	24,5	
<u>Gemiddelde leeftijd</u>	<u>70,4</u>	<u>70,3</u>	
Woont alleen <sup>a</sup>	37,2	34,9	
Beperkt in dagelijkse activiteiten (6 of meer activiteiten helemaal niet of met moeite mits hulp van anderen)	34,4	38,7	°°
Oorzaak hulpbehoefte: algemene beperkingen door ouderdom	60,8	59,0	

<sup>a</sup> In verhouding tot het totaal aantal.

°° 0,10 > p > 0,05

Bron: SCV-survey 2011 en 2014.

Inzake de karakteristieken van de zorgontvanger, blijft het aandeel vrouwen vrijwel gelijk (om en bij 2 op de 3 zorgontvangers is van het vrouwelijk geslacht) en de gemiddelde leeftijd van de zorgontvanger ligt net als in 2011 om en bij 70 jaar. Het aandeel dat alleen woont, is iets gedaald ten overstaan van 2011. De zorgbehoefte heeft in 6 op de 10 gevallen te maken met algemene beperkingen door ouderdom, wat overigens ook het geval was in 2011. In 40,2% van de gevallen is de oorzaak van de hulpbehoefte een lichamelijke handicap; voor 28,7% is dat een chronische/terminale ziekte; voor 22,8% een acute ziekte of ongeval en voor 22,0% gaat het om dementie of geestelijke achteruitgang (niet in tabel).

Het meest in het oog springende verschil tussen 2011 en 2014 betreft de capaciteit van de zorgontvanger om de activiteiten van het dagelijkse leven te verrichten: het aandeel met een zware beperking is met 4 procentpunten toegenomen tot bijna 40% (weliswaar niet significant op het 0,05-niveau). Dit betekent dat in 2014 bijna 4 op de 10 zorgontvangers zes van de in totaal acht persoonsverzorgende of huishoudelijke activiteiten helemaal niet kan verrichten of slechts met de hulp van iemand anders. Dit zou een indicatie kunnen zijn van een zwaardere zorglast voor de informele zorgverlener.

#### 4. Modaliteiten van de zorg

Verschillen de profielen van de informele zorgverlener en van de zorgontvanger eerder in geringe mate in 2014 vergeleken met 2011, dan geldt dat niet helemaal voor de kenmerken van de zorgrelatie.

Tabel 3. Kenmerken van de zorgrelatie, 2011 en 2014, in %

Kenmerken van de zorgrelatie	2011	2014	Sign.
Zorg voor:			
ouder/schoonouder	43,5	46,5	
echtgeno(o)t(e)/partner	9,1	9,0	
Reistijd:			
geen (zorgverlener en zorgvrager wonen samen)	17,4	20,0	
1 à 10 minuten	42,8	44,9	
<u>Gemiddelde duur van de zorg (in maanden)</u>	<u>60,3</u>	<u>67,9</u>	°° **
Zorg is:			
dagelijks	25,3	29,3	
1 of meermaals per week	40,4	47,4	
Meer dan 8 uur zorg/week	23,8	29,8	*
Hulp bij 5 of meer activiteiten	28,8	30,2	
Informele zorgverlener + andere informele zorgverlener	68,8	69,4	
Informele zorgverlener + vrijwilliger	12,4	12,8	
Informele zorgverlener + gezinshulp of thuisverpleging of beide diensten	49,3	49,0	

°° 0,10 > p > 0,05; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Bron: SCV-survey 2011 en 2014.

Bijna 7 op de 10 informele zorgverleners bieden hulp aan één enkel persoon; in 2011 waren dat er 6 op de 10. De persoon waarvoor wordt gezorgd, is in de meeste gevallen (46,5%) een ouder of schoonouder: het gaat dan om solidariteit tussen generaties. In 2011 lag dat cijfer wat lager (43,5%). In bijna 1 op de 10 gevallen is er sprake van intragenerationele ondersteuning: echtgenoten/partners die onderling voor elkaar zorgen.

De reisafstand tussen de zorgverlener en de zorgontvanger is vrij gering als gevolg van een samenwoonrelatie of een reisduur van maximaal 10 minuten, wat geldt in bijna 2 op de 3 gevallen.

#### **4.1. Zorgbelasting: objectieve criteria**

Opmerkelijk is dat de parameters die in de richting wijzen van een zwaardere zorg, in omvang zijn toegenomen. Het aandeel van de zorgverleners dat veel ondersteuning geeft - dit is, helpt bij minstens vijf van de bevraagde zeven activiteiten - is lichtjes gestegen. In 2011 was er dagelijkse zorg in een kwart van de gevallen; in 2014 ligt dat cijfer in de buurt van 30%. Daarnaast is er ook een toename in de proportie die 1 of meermaals per week zorg biedt: van 40,4% naar 47,4% (zie tabel 3). Nagenoeg 30% van de verzorgden ontvangt meer dan 8 uur hulp per week; in 2011 was dat minder dan een kwart. Verder zien we een toename in de totale duur van de hulpverlening: in 2014 bedraagt die gemiddeld 67,9 maanden of 5,6 jaar. In 2011 was de gemiddelde duur van de zorg 60,3 maanden of 5 jaar.

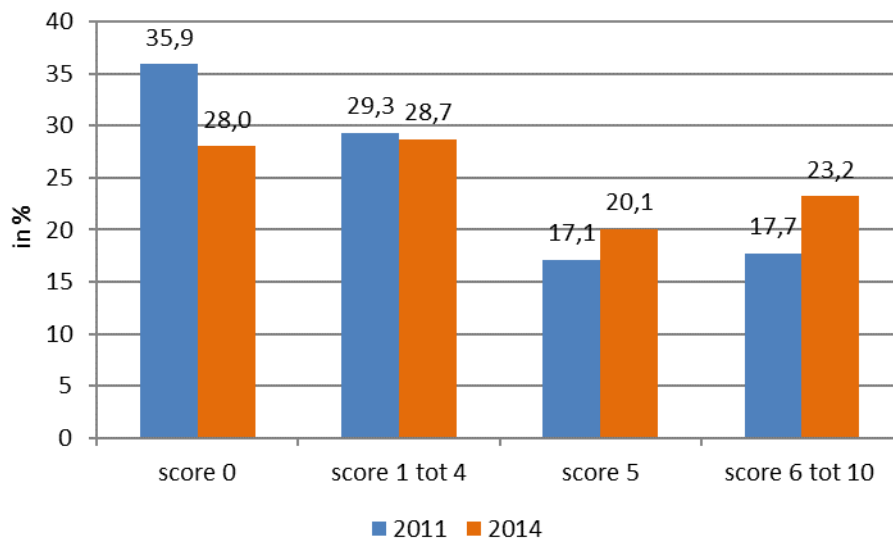
De informele zorgverlener staat er niet alleen voor vermits in bijna 7 op de 10 gevallen er nog een andere informele zorgverlener is; een cijfer dat in de lijn ligt van dit van 2011. Daarnaast treden ook vrijwilligers op (12% van de gevallen). De aanwezigheid van diensten en voorzieningen naast de informele zorgverlener wijst er eveneens op dat de informele zorgverlener niet alleen staat. De meest gebruikte diensten zijn gezinszorg en thuisverpleging: nagenoeg de helft van de zorgontvangers wordt naast de informele zorgverlener bijgestaan door de beide diensten of door een van beide. Enerzijds zijn er op dit vlak geen verschillen tussen de situatie in 2011 en 2014. Anderzijds is er geen toename in het aandeel dat de hulp van genoemde diensten ontvangt.

## 4.2. Zorgbelasting: subjectieve inschatting

Zoals eerder aangegeven, wordt de zorgbelasting ook op subjectieve gronden gemeten aan de hand van een schaal gaande van 0 (in totaal geen belasting) tot 10 (zwaar belast).

De antwoordverdeling inzake de zorgbelasting laat zien dat de proportie Vlamingen die de zorg in het geheel niet als belastend ervaart (score 0) is gedaald van 35,9% in 2011 naar 28,0% in 2014. Het aandeel met het label 'erg belast' (score 6-10) is in de betrokken periode gestegen van 17,7% naar 23,2% (figuur 3;  $p < 0,05$ ). De proporties binnen de overige scores variëren weinig of nagenoeg niet.

Figuur 3. Aandeel Vlamingen (18 jaar en ouder) naar zorgbelasting, 2011 en 2014, in %



Bron: SCV-survey 2011 en 2014.

De vraag kan worden gesteld of er een verband bestaat tussen het al dan niet stopzetten van de hulp en de zorgbelasting. Is het met andere woorden zo dat degenen die de hulp stopzetten in het referentiejaar blijken te geven van een hogere zorgbelasting? De cijfers wijzen uit dat dit niet het geval is: er is geen significant verschil in de zorgbelasting naargelang de zorg is gestopt dan wel nog doorloopt. Bij nader toezien hoeft dit niet te verbazen. Immers het stopzetten van de zorg heeft - zoals door Nederlands onderzoek werd aangetoond - vaak te maken met een veranderde hulpbehoefte maar het gaat niet om een zwaardere hulp. Integendeel volgens de Klerk (2015, 47) is de stopzetting meestal gerelateerd aan een geringere hulpbehoefte, en verder aan een grotere professionele tussenkomst of aan het overlijden van de zorgbehoevende.

De zorgbelasting varieert niet naar geslacht, leeftijd of opleiding van de informele zorgverlener. Wel blijkt dat de frequentie en de intensiteit waarmee er zorg wordt verleend, gerelateerd is aan de zorgbelasting. Wie frequent en intens zorgen biedt, voelt zich zwaarder belast dan degene die dat minder frequent of minder intens doet.

Tabel 4. Zorgbelasting naar frequentie en intensiteit van de zorg, 2014, in % gewogen, N ongewogen

Zorgbelasting	Frequentie van de zorg***			Intensiteit van de zorg***	
	1 maal per maand of minder	1 of meermaals per week	Dagelijks	8u of minder per week	Meer dan 8u per week
Score 0 (geen)	41,9	28,7	15,5	33,2	15,9
Score 1-4	29,0	29,8	26,7	30,1	24,8
Score 5	18,3	17,6	25,9	21,3	16,8
Score 6-10 (hoog)	10,8	23,9	31,9	15,4	42,5
N (100%)	106	205	112	300	112

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Bron: SCV-survey 2014.

We stellen vast dat bijna een derde van degenen die dagelijks zorg opnemen hoog scoren op de zorgbelasting, tegenover slechts 10% van zij die maandelijks of minder als zorgverlener optreden. Nagenoeg dezelfde conclusie geldt voor de intensiteit van de zorg: een zorg van meer dan 8u per week gaat veel meer samen met een hoge zorgbelasting dan in het geval van een minder intense zorg.

Is er voorts een verband tussen de zorgbelasting en de tussenkomst van formele diensten? Men kan verwachten dat de ondersteuning van gezinszorg en thuisverpleging – twee van de meest frequent opererende professionele zorgvoorzieningen in Vlaanderen – de zorgbelasting temperen. Onze gegevens bevestigen die hypothese niet. Verschillende buitenlandse studies – onder meer in Nederland (de Boer e.a., 2005) – toonden aan dat een positieve impact van professionele hulp niet vanzelf spreekt omdat die hulp vaak pas wordt ingeroepen als de zorg al zwaar is en men zich al erg belast voelt.

De mogelijke belasting door de zorg werd verder uitgediept aan de hand van een aantal uitspraken: is de informele zorg fysiek belastend en/of mentaal belastend? Is er door de zorg onvoldoende tijd voor het gezin en/of voor de persoon zelf? Wordt de zorg als zinvol ervaren en haalt men er voldoening uit? Elk van de uitspraken kon met een 5-puntenscore worden beantwoord: helemaal akkoord, akkoord, noch akkoord noch niet akkoord, niet akkoord, helemaal niet akkoord.

7 op de 10 informele zorgverleners gaan (helemaal) niet akkoord met de stelling dat de geboden zorg fysiek belastend is; 18% is wel (helemaal) akkoord. Er worden hogere percentages gescoord als het op mentale belasting aankomt: een derde is (helemaal) akkoord dat de verleende zorg mentaal zwaar is. Voor iets meer dan de helft is dat niet het geval. In beide gevallen spreekt 10% zich noch in de ene noch in de andere richting uit (zie tabel 5).

Wat de tijdsbesteding betreft: 7 à 8 op de 10 informele zorgverleners verwerpen de stelling dat er onvoldoende tijd overblijft voor het gezin en voor de persoon zelf. Geslacht, leeftijd en opleiding van de informele zorgverlener doen er weinig of niet toe. We zien wel dat onvoldoende tijd hebben voor zichzelf als meer problematisch wordt ervaren door de 45-64-jarigen dan door respectievelijk de jongere en oudere leeftijdscategorie. Hogeropgeleide zorgverleners gaan vaker dan lageropgeleide akkoord met de uitspraak dat de zorg voor een hulpbehoevende mentaal belastend is.

Tabel 5. Oordeel van de informele zorgverleners over een aantal uitspraken betreffende de zorgbelasting, de tijdsbesteding en het zinvol karakter van de zorg, 2014, in % gewogen, N ongewogen=423

Uitspraken	(Helemaal)		(Helemaal) niet akkoord
	akkoord	Noch noch	
De zorg die ik bied, is fysiek belastend	18,4	9,7	71,9
De zorg die ik bied, is mentaal belastend	33,4	12,6	54,0
Ik heb onvoldoende tijd voor mijn gezin omwille van de zorg die ik bied <sup>a</sup>	10,6	9,4	78,0
Ik heb onvoldoende tijd voor mezelf omwille van de zorg die ik bied	15,0	11,3	73,7
Ik haal voldoening uit de zorgtaken die ik opneem	84,6	10,7	4,7
Ik ervaar de zorg als zinvol	94,4	2,5	3,1

<sup>a</sup> 2% gaf geen antwoord.

Bron: SCV-survey 2014.

Dat zorg verlenen voldoening schenkt en zinvol is, mag blijken uit het hoge aandeel dat deze stellingen beaamt. Niet minder dan 94% van de informele zorgverleners ervaart de zorg als zinvol; het aandeel dat zich niet uitspreekt, ligt hier zeer laag (2,5%). Zorg verlenen is tegelijk ook voldoening gevend. Op de vraag of men opnieuw zorg zou opnemen, mocht men voor de keuze worden geplaatst, antwoordt 96% positief, wat niet verwonderlijk is in het licht van het voorgaande.

## 5. Informele zorg en betaald werk

Onderzoek in Nederland laat zien dat het percentage werkende mantelzorgers in de afgelopen jaren is gestegen. Toch is de combinatie van informele zorg en betaald werk geen evidentie. Josten & de Boer (2015) constateren dat mantelzorg en betaald werk elkaar deels in de weg zitten maar dan vooral bij diegenen die intensieve hulp geven.

De cijfers voor Vlaanderen wijzen eveneens uit dat informele zorg en betaald werk elkaar niet uitsluiten. Van alle informele zorgverleners in de steekproef heeft iets meer dan de helft een betaalde baan: 37% werkt voltijds en 17% deeltijds. Belangrijk is te weten of en in welke mate het opnemen van de twee rollen tot conflicten kan leiden. Auteurs zoals Boyar e.a. (2003) wijzen erop dat de combinatie van werk en privéleven een bi-directioneel concept is waarbij de twee levenssferen elkaar wederzijds beïnvloeden. Er kan dus enerzijds sprake zijn van problemen in het privéleven ten gevolge van het werk (werk-privéconflict) en anderzijds van problemen op het werk ten gevolge van het privéleven (privé-werkconflict). Een voorbeeld van het werk-privéconflict is wanneer de persoon, in dit geval de informele zorgverlener, extra begeleiding moet zoeken voor de hulpbehoevende ouder omdat hij/zij zich zelf niet kan vrijmaken voor bepaalde activiteiten zoals een doktersbezoek. Een voorbeeld van het privé-werkconflict is het ervaren van concentratieproblemen op het werk omdat men bang is dat de hulpbehoevende persoon zich kan kwetsen bij afwezigheid van de informele zorgverlener.

Om het mogelijke conflict dat voortvloeit uit het uitoefenen van rollen in twee verschillende levenssferen te achterhalen, werden in de SCV-vragenlijst volgende twee vragen gesteld:

- Hoe vaak hebt (had) u het gevoel dat de eisen van uw job uw zorgtaken hinderen (hinderden)?
- Hoe vaak hebt (had) u het gevoel dat uw zorgtaken de eisen van uw job hinderen (hinderden)?

Mogelijke antwoordcategorieën zijn nooit, soms, vaak, altijd.

Tabel 6. Verdeling van de respondenten met betaald werk naar werk-privéconflict (eisen job hinderen informele zorg) en privé-werkconflict (zorgtaken hinderen eisen job), 2014, in % gewogen, N ongewogen

Frequentie	Eisen job hinderen informele zorg	Zorgtaken hinderen eisen job
Nooit	50,9	65,1
Soms	32,4	26,4
Vaak	14,7	7,4
Altijd	2,0	1,1
N (100%)	248	248

Bron: SCV-survey 2014.

In de helft van de gevallen is er geen sprake van enig conflict tussen de jobvereisten en de informele zorg. 1 op de 3 respondenten ervaart dat de eisen van de job de informele zorg soms wel hinderen en voor ongeveer 16,7% is dat vaak of altijd het geval.

Het omgekeerde, namelijk de mate waarin zorgtaken hinderlijk zijn voor de eisen van de job, doet zich nooit voor bij 2 op de 3 respondenten. Een kwart ervaart dat soms en ongeveer 8,5% vaak of altijd. Gegeven deze resultaten mag men stellen dat er meer sprake is van werk-privéconflict dan van privé-werkconflict.

Er zijn geen verschillen naar het geslacht en ook de leeftijd en de opleiding spelen nauwelijks een rol. Deeltijds versus voltijds werken heeft evenmin impact op het privé-werkconflict maar wel is het zo dat dubbel zoveel voltijds werkenden (21%) als deeltijds werkenden (9%) oordelen dat de eisen van de job de informele zorg hinderen (verschil net niet significant op het 0,05-niveau). Zowel het werk-privéconflict als het privé-werkconflict hangen significant samen met de zorgbelasting. Zo heeft diegene die oordeelt dat de zorgtaken vaak of altijd de eisen van de job hinderen, meer kans op een hoge score op de zorgbelasting dan diegene die nooit hinder ondervindt.

Op de vraag of de informele zorgverlener de professionele activiteiten heeft teruggeschroefd als gevolg van de hulp die hij/zij biedt/bood (bijvoorbeeld van voltijds naar deeltijds, van 4/5 naar deeltijds ...), geeft 10% aan dat dit inderdaad het geval is. De helft deed dat niet en een derde heeft of had geen betaald werk. Het terugschroeven van de professionele activiteiten waardoor de zorgverlener meestal inkomen misloopt, gebeurt vaker door de 45-64-jarigen dan door de min 45-jarigen en verder geldt dit ook meer in geval van een lagere dan een hogere opleiding.

## Slotbeschouwingen

In vergelijking met 2011 zien we een afname van de informele zorg van 38% naar 26,3% in 2014. Die afname is het sterkst binnen de deelcategorie 'hulp gestopt in de loop van het referentiejaar'. Over de precieze redenen van deze afname en de daling in het algemeen kunnen we geen uitspraak doen. We poogden wel enige duiding te geven door te wijzen op een aantal maatschappelijke ontwikkelingen die overigens al langer aan de gang zijn.

We onthouden dat het profiel van de informele zorgverlener grotendeels overeenkomt met het profiel geschetst in 2011. Alleen is er een tendens dat de middenleeftijd in 2014 sterker vertegenwoordigd is. Het beeld van de zorgontvanger stemt eveneens in grote mate overeen met dat van 2011. De modaliteiten van de zorg daarentegen zijn enigszins gewijzigd. De trend is dat we gaan naar een zwaardere zorg: het aandeel van de informele zorgverleners dat dagelijks zorg verleent, is toegenomen en dat geldt ook voor de wekelijkse zorg. Ook de intensiteit waarmee zorg wordt geboden, loopt op. Daarnaast is er een toename in de totale hulpverleningsduur: was die in 2011 nog gemiddeld 60,3 maanden, dan blijkt de gemiddelde duur van de zorg in 2014 op 67,9 maanden te liggen.

De toename in zwaarte van de zorg gemeten aan de hand van objectieve zorgbelastingparameters weerspiegelt zich in de subjectieve beoordeling door de zorgverlener. Gevraagd naar de ervaren zorgbelasting op een schaal van 0 tot 10, blijkt dat het aandeel informele zorgverleners met een 0-score op de schaal van zorgbelasting daalde; het aandeel met een hoge score (6-10 punten) is gestegen. De zorg is fysiek belastend, getuige het aandeel van 18% dat de stelling onderschrijft; echter de mentale belasting blijkt nog belangrijker vermits het aandeel dat de zorg mentaal belastend vindt bijna dubbel zo groot is (33%).

Dat informele zorgverleners niet actief zijn op de arbeidsmarkt, is een misvatting. Ongeacht leeftijd, is de helft van hen hetzij deeltijds hetzij voltijds aan de slag. 10% van alle zorgverleners in het onderzoek heeft de professionele activiteiten teruggeschoefd als gevolg van het verlenen van zorg; de helft deed dat niet, mogelijks omwille van financiële motieven. Dat neemt niet weg dat de werk- en de privésituatie kunnen conflicteren. 1 op de 6 informele zorgverleners is van oordeel dat de eisen van de job vaak of altijd een hindernis vormen voor de zorg; 1 op de 12 vindt het omgekeerde: de zorgtaken hinderen de eisen van de job.

De vaststelling dat de tussenkomst van professionele voorzieningen zoals gezinszorg en thuisverpleging geen impact heeft op de zorgbelasting lijkt verrassend. Deze bevinding is niet nieuw want werd al eerder onder de aandacht gebracht. Omdat het vermoeden bestaat dat formele hulp pas wordt ingeroepen als er al overbelasting is, moet (meer) worden ingezet op preventie. Niet alleen is er nood aan gedegen praktische informatie over beschikbare hulpmiddelen en diensten, de informele zorgverlener én de zorgontvanger moeten ook overtuigd worden van het belang ervan in een concrete zorgsituatie. Er is ook nood aan (meer) innovatie in de zorg en de al aanwezige zorgvernieuwendende praktijken moeten meer ingang vinden. De lancering van de 'Zorg Proeftuin Vlaanderen' met de bedoeling een structuur te creëren om innovatie in de ouderenzorg te stimuleren en nieuwe ideeën vanuit het perspectief van de gebruiker, de zorgverlener en de professional te toetsen en bij te sturen, verdient alle aandacht ([www.zorgproeftuinen.be](http://www.zorgproeftuinen.be)).

In weerwil van een grotere zorglast, blijft zorg een wezenlijk deel uitmaken van het leven van mensen. De afname in de informele zorg die we vaststellen, kan een signaal zijn dat het beleid (nog) sterker moet inzetten op vermaatschappelijking van de zorg. Anderzijds kan de dalende trend ook aanzetten tot reflectie: zijn de verwachtingen ten aanzien van informele zorg ingegeven door de nodige realiteitszin? De aandacht voor de situatie van informele zorgverleners op de werkvloer is geen overbodige luxe. Het project 'mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid' uitgewerkt door de hogeschool West-Vlaanderen, reikt in dat kader enkele



tools aan waarmee bedrijven aan de slag kunnen ([www.kennispuntmantelzorg.be](http://www.kennispuntmantelzorg.be)). Een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid betekent een win-winsituatie voor werkgever én werknemer. De bespreekbaarheid, het begrip en de ruimte voor maatwerk dragen bij aan een goede combinatie van arbeid en gezin en de mantelzorger gaat met meer energie, zin en plezier naar het werk. Voor de werkgever is een tevreden en gemotiveerde werknemer van groot belang.

Voorts is het meer dan ooit nodig om de omvang van de zorg zowel van de formele als de informele zorg, continu op te volgen via structureel goed uitgewerkte en gestandaardiseerde vraagstellingen. We stellen immers vast dat er doorheen de jaren verschillende peilingen plaatsvonden bij verschillende onderzoeksinstellingen maar dat vergelijkingen in de tijd zeer moeilijk zijn bij gebrek aan enige standaard. Het samenbrengen van alle aanwezige expertise in deze materie kan alleen maar een meerwaarde creëren.

## Bibliografie

Boyar, S.L., Maertz, C.P., Pearson, A.W. & Keough, S. (2003). Work-Family Conflict: A Model of Linkages Between Work And Family Domain Variables And Turnover Intentions. In: *Journal of Managerial Issues*, 15 (2), 175-191.

Broese van Groenou, M.I. (2012). *Informele zorg 3.0. Schuivende panelen en een krakend fundament*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Informele zorg. Faculteit der Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam, 28 juni 2012.

de Boer, A., Timmermans, J. & Schellingerhout, R. (2005). Gebruik van ondersteuning door mantelzorgers. In: de Boer, A. (red.). *Kijk op informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

de Bruin, A., Picavet, H.S. & Nosikov, A. (1996). *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. WHO regional publications. European Series, 58, 1-161.

de Klerk, M. (2015). Omvang van de informele hulp. In: de Klerk, M., de Boer, A., Plaisier, I., Schyns, P. & Kooiker, S. (red.). *Informele hulp: wie doet er wat?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 44-64.

De Lathouwer, L. (2016). Met meer mensen aan de slag, in gemiddeld langere loopbanen en meer werkbare jobs. In: *Geron*, 1, 8-12.

Declercq, A. (2015). Mantelzorg staat onder druk. Meer vraag, kleinere beschikbaarheid. Geraadpleegd via <http://sociaal.net/opinie/mantelzorg-staat-onder-druk/>

Deeg, D.J.H. (2015). Oud worden is normaal. In: *Geron*, 3, 34-37.

Guberman, N., Lavoie, J-P., Blein, L. & Olazabal, I. (2012). Baby boom caregivers: Care in the age of individualization. In: *The Gerontologist*, 52, 210-218.

Hank, K. & Buber, I. (2009). Grandparents caring for their grandchildren: findings from the 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. In: *Journal of Family Issues*, 30 (1), 53-73.

Jacobs, Th. & Lodewijckx, E. (red.) (2004). *Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003*. CBGS-Werkdocument 2004/11, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.

Jacobs, Th., Vanderleyden, L. & Vanden Boer, L. (red.) (2004). *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. CBGS-Publicaties, Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Josten, E. & de Boer, A. (2015). *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kragt, I. (2007). *Overbelasting van mantelzorgers. Op zoek naar het beste meetinstrument*. Universiteit Twente: Bachelor afstudeerscriptie.

Kromhout, M., Feijten, P., Vonk, F., de Klerk, M., Marangos, A.M., den Draak, M., de Boer, A. m.m.v. Iedema, J. (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Lodewijckx, E. (2008). *Veranderende leefvormen in het Vlaamse Gewest, 1990-2007 (en 2021). Een analyse van gegevens uit het Rijksregister*. SVR-Rapport 2008/3, Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Mortelmans, D., Pasteels, I., Bracke, P., Matthijs, K., Van Bavel, J. & Van Peer, Ch. (red.) (2011). *Scheiding in Vlaanderen*. Acco: Leuven.

Posthumus, H., van Houwelingen, P. & Dekker, P. (2013). Maatschappelijke en politieke participatie en betrokkenheid. In: Bijl, R., Boelhouwer, J., Pommer, E. & Sonck, N. (red.). *De sociale staat van Nederland 2013*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 181-202.

Schoenmaeckers, R.C., Vanderleyden, L. & Vidovičová, L. (2006). *Intergenerational solidarity, the elderly and ageing*. Dialog Paper Series no 8, Wiesbaden.

Swinkels, J.C., Suanet, B., Deeg, D.J.H. & Broese Van Groenou, M.I. (2016). Trends in the informal and formal home-care use of older adults in the Netherlands between 1992 and 2012. In: *Ageing and Society*. doi: 10.1017/S0144686X1500077X

Vanderleyden, L. & Heylen, L. (2015). Het combineren van meerdere rollen op oudere leeftijd: een lust of een last? In: Vanderleyden, L. & Callens, M. (red.). *Arbeid en Gezin: een paar apart*. SVR-Studie 2015/1, Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, 175-201.

Vanderleyden, L. & Moons, D. (2010). *Informeel zorg in Vlaanderen*. SVR-Rapport 2010/3, Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Vanderleyden, L. & Moons, D. (2012). Zorg en ondersteuning tussen en binnen generaties: wie zorgt voor wie? In: Vanderleyden, L. & Callens, M. (red.). *Generaties en solidariteit in woord en daad*. SVR-Studie 2012/1, Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, 27-50.

Vanderleyden, L. & Moons, D. (2015). *Informeel zorg in Vlaanderen in dalende lijn?! SVR-St@ts 2015/9*, Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Vandeurzen, J. (2014). *Beleidsnota 2014-2019. Welzijn Volksgezondheid en Gezin*. VR 2014 2410 MED.0421/26.

Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (2015). *Integraal Verslag zitting 2015-2016*.

## Bijlage

Stellingen over waarden en normen met betrekking tot zorg verlenen:

1. *“het is niet de taak van de kinderen om voor hun ouders te zorgen”;*
2. *“zodra één van mijn ouders zorgbehoevend wordt, zou ik hen vragen bij mij te komen wonen”;*
3. *“als je zelf kleine kinderen hebt, is het niet mogelijk om ook nog voor je ouders te zorgen”;*
4. *“oudere mensen horen enkel thuis in een rust- of verzorgingstehuis als niemand van de familie voor hen kan zorgen”;*
5. *“het is beter voor oudere mensen om in een rust- of verzorgingstehuis te wonen dan voor zorg afhankelijk te zijn van hun kinderen”;*
6. *“als oudere mensen zorg nodig hebben, moeten ze eerst een beroep doen op professionele zorg zoals thuisverpleging of huishoudelijke hulp en dan pas op hun kinderen”;*
7. *“als ouders financiële hulp nodig hebben, moeten ze eerst bij hun kinderen aankloppen en dan pas bij de overheid”.*

Aan de respondenten werd gevraagd in welke mate ze zich konden vinden in de voorgelegde stellingen aan de hand van een 5-puntenscore: helemaal akkoord, akkoord, noch akkoord noch niet akkoord, niet akkoord, helemaal niet akkoord. Vooraf werd de meetschaal getest op interne betrouwbaarheid via de Cronbach's Alpha coëfficiënt die hier een waarde heeft van 0,69, wat net binnen de limieten valt voor verdere analyse. Twee items werden uit de schaal geweerd (item 2 en item 7).

Met het oog op de richting waarin de stelling werd geformuleerd, dienden bepaalde items te worden gehercodeerd. Vervolgens werd voor elke respondent een totaalscore berekend op basis van het aantal keer dat hij/zij met een familiegeoriënteerde uitspraak instemde: 0 of 1 keer (lage score), 2 keer (middengroep), 3 keer of meer (hoge score). De aldus geconstrueerde variabele duiden we aan met de term '*familieoriëntatie*'.