

SVR - Rapport

2010 / 3

Informele zorg in Vlaanderen

Lieve Vanderleyden & Dirk Moons

Studiedienst van de Vlaamse Regering

Vlaamse overheid



Informele zorg in Vlaanderen

Lieve Vanderleyden en Dirk Moons

Vlaamse overheid



Samenstelling
Diensten voor het Algemeen
Regeringsbeleid
Studiedienst van de Vlaamse Regering

Lieve Vanderleyden & Dirk Moons

Leescomité
Luk Bral, Josée Lemaître, Christine Van Peer
Benedicte De Koker, Hogeschool Gent

Verantwoordelijke uitgever
Josée Lemaître
Administrateur-generaal
Boudewijnlaan 30 – bus 23
1000 Brussel

Lay-out cover
Diensten voor het Algemeen
Regeringsbeleid
Communicatie
Patricia Vandichel

Druk
Claes Printing

Depotnummer
D/2010/3241/127

Bestellingen
<http://publicaties.vlaanderen.be>
telefonisch via het gratis nummer 1700
(elke werkdag van 9 tot 19 uur)

Inhoudstafel

1. Inleiding.....	1
2. Begrippenkader en ontwikkelingen in het veld.....	2
3. Data en methodologie	4
4. De zorg voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon	7
4.1. Aantal informele zorgverleners.....	7
4.2. Kenmerken van de informele zorgverleners	9
4.2.1. Sociaaldemografische kenmerken.....	9
4.2.2. Sociaaleconomische kenmerken	12
4.2.3. Sociale netwerken	12
4.2.4. Houdingen, waarden en normen	12
4.2.5. Multivariate analyse.....	13
5. Opvang van kleine kinderen	15
5.1. Aantal oppassers van kleine kinderen.....	15
5.2. Kenmerken van de oppassers	16
5.2.1. Sociaaldemografische kenmerken.....	16
5.2.2. Sociaaleconomische kenmerken	18
5.2.3. Sociale netwerken	18
5.2.4. Houdingen, waarden en normen	18
5.2.5. Multivariate analyse.....	18
6. Zorg in combinatie met opvang van kleine kinderen.....	21
7. Besluit.....	23
Bibliografie.....	25

1. Inleiding

In een poging om het zorg- en welzijnslandschap te duiden, heeft Lammertyn (1996) het over *'welfare pluralism'*. Daarmee geeft de auteur aan dat er in het domein van de hulpverlening en zorg vele partijen actief zijn. Het zorgspectrum kan opgedeeld worden in een luik 'formele zorg' en een luik 'informele zorg', naast de 'zelfzorg' of de zorg van het individu voor zichzelf.

Zowel wetenschappers als beleidsmakers zijn het erover eens dat belangeloos zorgen voor naasten met een hulpvraag een belangrijke maatschappelijke realiteit is. In het regeerakkoord voor de periode 2009-2014 pleit de Vlaamse Regering voor een warme, solidaire samenleving, waarin zorgbehoevenden niet aan hun lot worden overgelaten. In zo'n sociaal en warm Vlaanderen zorgen mensen voor elkaar. De regering neemt de nodige initiatieven om personen met een zorg- of hulpvraag zo lang mogelijk en zo zelfstandig mogelijk in de eigen thuisomgeving te laten blijven. Het versterken van de thuissituatie is een prioritaire doelstelling in het beleid voor ouderen, personen met een handicap, jongeren met problemen en psychiatrische patiënten. Als de zorg niet meer gedragen kan worden via de eigen omgeving of het eigen netwerk, zijn specifieke voorzieningen en initiatieven nodig (Vlaamse Regering, 2009).

Om het zorg- en gezondheidsaanbod af te stemmen op de mate van zorgbehoevendheid van de bevolking, wil de regering in eerste instantie het zelfzorgvermogen van de gebruikers stimuleren, ondersteunen en herstellen. De mantelzorger moet voldoende waardering en ondersteuning krijgen in de processen van zorgverlening, niet alleen als onontbeerlijke informatieverstrekker over de toestand van de zorgbehoevende maar ook als iemand met eigen noden. De mantelzorger moet niet alleen in kennis worden gesteld van de voor de mantelzorg noodzakelijke informatie maar ook actief betrokken worden bij de uitbouw van het zorgproces (Vandeuren, 2009).

Dit rapport spitst zich toe op die informele zorg: de zorg die mensen opnemen voor een ziek, gehandicapt of bejaard persoon of hij/zij die niet in staat is de gewone dagelijkse activiteiten uit te voeren. Zorg wordt verleend en ontvangen in vele primaire relaties, maar het zorgaspect maakt in normale omstandigheden niet de hoofdmoot van de relatie tussen mensen uit. Pas wanneer er sprake is van een relatief grote behoefte aan zorg, d.w.z. de zorgbehoevende kan de handelingen die tot de dagelijkse routine behoren niet meer zelf uitvoeren of ondervindt hierbij ernstige beperkingen, gaat het zorgen de overhand krijgen over de andere rolaspecten. We behandelen niet de dagelijkse zorg binnen het huishouden of de diensten voor gezonde familieleden of vrienden.

Meestal wordt het zorgen voor elkaar beperkt tot hulpbehoevende personen en wordt de zorg voor (gezonde) kinderen niet besproken. Bij kinderen is immers geen sprake van beperkingen; het tijdelijk afhankelijk zijn van zorg maakt deel uit van de normale evolutie. Bij de zorg voor een kind is het vooruitzicht dat de vereiste zorg gradueel zal afnemen, terwijl het perspectief bij andere zorgbehoevenden veel minder rooskleurig is (Jacobs & Lodewijckx, 2004). De reden waarom in dit rapport toch beide categorieën 'zorgbehoevenden' behandeld worden, is dat de zorgtaken voor beiden in wezen niet veel van elkaar verschillen en dat de tijdsinvestering en de praktische problemen die ze tot gevolg hebben, vergelijkbaar zijn.

In dit rapport willen we onder meer een antwoord geven op de vraag hoeveel personen zorg bieden aan een ziek, gehandicapt of bejaard persoon enerzijds en hoeveel personen opvang bieden aan kleine kinderen anderzijds.

In een tweede deel staan we stil bij de gehanteerde terminologie. Waarin verschilt informele zorg van formele zorg? Welke ontwikkelingen tekenen zich af? Staat mantelzorg gelijk aan informele zorg? Wat met de term vrijwilligerswerk?

Het derde deel van het rapport verschaft inzicht in de gebruikte databron en de methodologie. Het vierde en vijfde deel gaat naast de aantallen in op de determinanten voor het verlenen van zorg en het bieden van opvang. Met andere woorden: geven meer vrouwen dan mannen zorg, respectievelijk bieden meer vrouwen dan mannen opvang van kleine

kinderen; wat is de leeftijd van de informele verzorger; is hij/zij laag- of eerder hoogopgeleid; speelt gezondheid een rol,?

In een zesde deel wordt nagegaan in welke mate zorg voor zieke, gehandicapte en bejaarde personen en opvang van kleine kinderen samengaan. Tot slot brengen we in een zevende deel de voornaamste resultaten in herinnering en doen we een aantal beleidsaanbevelingen. Tevens geven we suggesties voor verder onderzoek.

2. Begrippenkader en ontwikkelingen in het veld

Toen Hattinga Verschure (1971) in het begin van de jaren 70 de term mantelzorg introduceerde, wilde hij een tegenwicht bieden aan professionele zorg, die volgens hem kil en bureaucratisch was en de zelfzorg en familie zorg helemaal dreigde te overwoekeren. Volgens de auteur is de basis of het fundament ervan gelegen in de principiële bereidheid tot wederkerigheid. Die reciprociteit hoeft zich niet voor te doen op één moment in het leven maar kan zich afspelen doorheen de hele levensloop. Anderen verwerpen de term mantelzorg en spreken over informele zorg. De uitdrukking 'de mantel der liefde' verhult immers dat de zorg ook als een molensteen om je nek kan hangen en dat het altijd dezelfde zijn die zorgen (Kremer, 2000).

Een polemiek in "De Morgen" toont dat deze discussie vandaag in Vlaanderen nog levendig is. Hilde Kieboom, voorzitter van de Sint-Egidiusgemeenschap, reageerde in een column op een onderzoek van de christelijke mutualiteit over ouderen. In plaats van ouderen zomaar naar rusthuizen te sturen, pleit ze voor mantelzorg. *'Deze strijd is meer nog een kwestie van cultuur dan van beleid, nog meer één van hart dan van middelen. Het zal soft klinken, maar kunnen we alvast in onze eigen kring beginnen: eens kijken of we met wat extra inspanningen (groot)vader of (groot)moeder toch niet thuis kunnen houden. ... De media kunnen meer positieve verhalen brengen over de grote en kleine vreugdes die met zorg voor een zwakkere medemens gepaard gaan.'* (De Morgen, 23/04/09). Een dag later reageerde een lezer in dezelfde krant: *'Deze zorg is een dagelijks engagement dat een enorme belasting en organisatie met zich brengt en dat in vele gevallen eindeloos lijkt en soms ook is. ... Deze zorg romantiseren is een brug te ver. Meestal zijn dit geen mooie verhalen, maar verhalen van kommer en kwel.'* (De Morgen, 24/04/09).

In haar beleidsnota's erkent de Vlaamse Regering dat de draagkracht van de mantelzorgers soms overschreden wordt en wil ze de mantelzorgers voldoende waardering en ondersteuning bieden (Vandeuren, 2009). Erkenning en ondersteuning van de mantelzorgers was ook de drijfveer achter de campagne van de vorige Vlaamse Regering onder de naam *'heel de wereld mag het weten'*.¹

In 'Welzijnsbeleid in Vlaanderen' definieert Vogels (2004) de formele zorg als *'het geheel van voorzieningen, organisaties en systemen die willen tegemoetkomen aan de noden van een zorgbehoevende (een kind, een zorgbehoevende oudere, een persoon met een ziekte, handicap of psychisch probleem) met als doel het welzijn en/of de gezondheid van die persoon te bevorderen. Het verlenen of krijgen van formele zorg heeft in de meeste gevallen een economische transactie tot gevolg (er wordt op één of andere manier "betaald")'*. Informele zorg is dan het *'tegemoetkomen aan de noden van een zorgbehoevende binnen een intermenselijke, niet-professionele relatie (geen werkgever/werknemer of werknemer/cliënt relatie), al dan niet met behulp van systemen (zoals tijdskrediet of ouderschapsverlof) die erop gericht zijn de zorg te bevorderen en te ondersteunen.'* Bij informele zorg, ook soms wel mantelzorg genoemd, gaat het meestal om een langdurige relatie tussen een zorgvrager en een zorgverstrekker. Formele en informele zorg zijn in geen geval concurrerende systemen; in tegendeel, ze zijn complementair of het ene systeem kan het andere substitueren. Voor welke mogelijkheid de zorgvrager zal opteren, hangt af van verschillende factoren waar onder de zwaarte van de zorgvraag en de bestaansmiddelen waarover de zorgvrager beschikt (Armstrong, 1994; Deboosere e.a., 2006).

¹ Een campagne waarbij via de website www.heeldewereldmaghetweten.be en een affichecampagne aandacht en erkenning voor de vele mantelzorgers werd gevraagd.

We hanteren in het vervolg van het rapport de term 'informele zorg' en niet 'mantelzorg', ook niet als het gaat om de zorg voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon. Volgens sommige auteurs (zie onder meer Timmermans, 2003) zijn mantelzorg en informele zorg synoniemen; anderen (onder meer Buijssen & Adriaansen, 2005) zien de mantelzorg als een deelverzameling van informele zorg, naast zorg voor anderen in het kader van vrijwilligerswerk en de 'gebruikelijke zorg' zijnde de gangbare activiteiten op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van verwanten. Wij opteren voor de term informele zorg als de zorg die mensen opnemen voor anderen (informele inzet) en onderscheiden daarnaast vrijwilligerswerk als zijnde het engagement naar of de zorg voor anderen in een georganiseerd verband (bijv. in de context van een vereniging).

Informele zorg wordt in het algemeen door drie factoren bepaald: 1) de vraag naar hulp; 2) het aanbod of de mogelijkheid en de wil om de rol van hulpverlener op te nemen en 3) de beschikbaarheid van alternatieven in de gezondheids- of welzijnszorg (Deboosere e.a., 2006). Als het aanbod aan kinderopvang in een gemeente ondermaats is, dan zal er meer een beroep gedaan moeten worden op informele opvang. Sinds de jaren 80 hebben demografische en sociaaleconomische veranderingen, alsook budgettaire verplichtingen van de sociale zekerheid een rechtstreekse invloed op de hulpvraag. De toenemende vraag naar zorg houdt verband met bepaalde demografische factoren, zoals de vergrijzing van de bevolking. Oudere personen hebben immers meer gezondheidsproblemen, in het bijzonder chronische ziektes, wat tot een grotere vraag naar hulp en zorg leidt.

De verandering in het aanbod van informele hulpverlening heeft ook met demografische en sociaaleconomische factoren te maken. Volgens Daatland (1996) zouden de toename van vrouwen op de arbeidsmarkt, de stijging van het aantal echtscheidingen, de toename van het aantal alleenstaanden en de daling van het geboortecijfer de beschikbaarheid van informele hulpverlening binnen huishoudens wel eens kunnen beperken. Bovendien hebben de regeringen door budgettaire beperkingen de groei van investeringen in sociale diensten moeten afremmen. In Vlaanderen is de welzijnssector, en dan in het bijzonder de gehandicaptensector en de kinderopvang, daar grotendeels van gespaard gebleven en is er zelfs nog groei geweest (Tegenbos, 2010).

Informele zorg wordt niet enkel opgenomen door personen op actieve leeftijd, ook ouderen dragen er in belangrijke mate toe bij. Het LOVO_1² deelonderzoek heeft aangetoond dat informele zorgverleners prominent aanwezig zijn op latere leeftijd (Vanderleyden & Vanden Boer, 2004). Gerelateerd aan een breder concept van informele zorg (bijvoorbeeld inclusief de zorg van ouders voor hun niet-inwonende kinderen via onder meer kinderopvang), verleent bijna 1 op 5 in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar en 1 op 12 van de 75- tot 90-jarigen hulp aan iemand buiten het huishouden. 7% van de 65- tot 90-jarigen zorgt voor een langdurig ziek of gehandicapt gezinslid (in nagenoeg 90% van de gevallen is dat de partner) (Vanderleyden, 2006).

Of en in welke mate kinderen en jongeren bijdragen tot de informele zorg is in Vlaanderen een vrijwel braakliggend terrein, al kan men ervan uitgaan dat ook zij er op een of andere wijze mee te maken krijgen.

Om de duurzaamheid van zorgnetwerken te ondersteunen, namen heel wat Europese regeringen beslissingen om de verzorging van personen door hun naasten te compenseren en aan te moedigen. Deze compensaties kunnen de vorm aannemen van fiscale kortingen of financiële tegemoetkomingen (European Commission, 2001). Dit zijn stuk voor stuk nieuwe vormen van vergoeding voor informele activiteiten die totnogtoe als gratis werden beschouwd.

Op 30 maart 1999 keurde het Vlaams Parlement het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering goed. Volgens dat decreet wordt de informele hulpverlener gedefinieerd als *'de meerderjarige natuurlijke persoon die niet-beroepsmatig niet-medische hulp- en*

² LOVO (LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen) omvat in een eerste luik (LOVO_1) de bevraging van 2.462 zelfstandig wonende personen van 55 tot 90 jaar representatief voor Vlaanderen, waarvan de gegevens werden ingezameld in de periode 2001-2002. In het onderzoek dat focust op de leefomstandigheden van ouderen in Vlaanderen staat het concept 'kwaliteit van leven' centraal. Via een gestructureerde vragenlijst werd gepeild naar verschillende facetten van de leefsituatie van ouderen: gezin en familie, sociale contacten, gezondheid, zorg en ondersteuning, zorgpreferenties, huisvesting, arbeid en vrije tijd, levenstevredenheid,... LOVO_2 focuste op de rusthuisbewoners.

*dienstverlening verstrekt*¹. Er wordt geen vergoeding voorzien voor de mantelzorger maar er is wel een premie die wordt uitgekeerd aan de persoon die zorg ontvangt. In 2008 waren er 118.918 personen die een dossier hadden lopen in de zorgverzekering voor mantel- en thuiszorg waarvan 88.046 of 3 op 4 in de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009). Het aantal zorgverzekeringen voor mantel- en thuiszorg is een mogelijke administratieve indicator voor het aantal mantelzorgers. Daarbij dient wel rekening gehouden te worden met enkele beperkingen. Zo wordt de uitkering toegekend aan een hulpvrager en zijn de toelatingsvoorwaarden vrij streng. Het aantal rechthebbenden kan dus enkel als erg ruwe indicator voor het aantal informele hulpverleners gehanteerd worden. Bovendien biedt hij geen informatie over de kenmerken van de zorgverleners.

Verder zijn er verschillende federale stelsels van loopbaanonderbreking om de combinatie beroeps- en privéleven te vergemakkelijken. De loopbaanonderbreking geeft de werknemer of werkneemster die het wenst de gelegenheid zijn of haar beroepsactiviteit tijdelijk neer te leggen of te verminderen. Binnen het stelsel van loopbaanonderbreking voor werknemers worden drie bijzondere stelsels onderscheiden. In de privésector³ heeft elke werknemer het recht om de uitvoering van zijn arbeidsovereenkomst volledig te schorsen of om zijn arbeidsprestaties te verminderen met de bedoeling om een zwaar ziek gezins- of familielid bij te staan of te verzorgen of om zich te wijden aan de palliatieve verzorging van een persoon die aan een ongeneeslijke ziekte lijdt. Verder heeft elke werknemer ook recht op ouderschapsverlof (www.meta.fgov.be). In Vlaanderen maken 32.567 werknemers gebruik van ouderschapsverlof, 6.822 van medische bijstand en 205 van palliatieve zorgen (2009). De Vlaamse minister van Gelijke Kansen merkt een gendereffect in het benutten van overheidsmaatregelen om de combinatie tussen arbeid en gezin te faciliteren. Loopbaanonderbreking is vooral populair bij vrouwen (66% van de gebruikers), maar het aandeel mannen stijgt gestaag (van 15% in 1999 tot 34% in 2006). Wel blijkt dat mannen en vrouwen op andere momenten in hun leven gebruik maken van deze mogelijkheid om het kalmer aan te doen op de arbeidsmarkt. Terwijl mannen er overwegend meer ademruimte mee creëren op het einde van hun loopbaan, nemen vrouwen vaker loopbaanonderbreking aan het begin van hun loopbaan, om voor hun jonge kinderen te zorgen. Deze keuze heeft uiteraard gevolgen op de verdere uitbouw van de beroeps carrière. Ook de thematische verlopen zijn vooral een vrouwenzaak. Slechts 2 op de 10 personen met ouderschapsverlof zijn mannen. Ook palliatief verlof en verlof voor medische bijstand wordt vooral door vrouwen opgenomen (Smet, 2009).

Het aantal werknemers dat een zorgkrediet opneemt, is ook een mogelijke administratieve indicator voor het aantal mantelzorgers. Maar ook in dit geval dient rekening gehouden te worden met de beperkingen. Het betreft hier enkel cijfers over werkenden, de gepensioneerden blijven geheel buiten beschouwing, bovendien wordt er geen rekening gehouden met andere stelsels (ambtenaren en zelfstandigen).

3. Data en methodologie

De data in dit rapport zijn afkomstig van de survey 'Sociaal-Culturele Verschuivingen in Vlaanderen' (SCV), een jaarlijks onderzoek bij een representatieve steekproef van Nederlandstalige Belgen in het Vlaamse Gewest en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. De steekproef omvat 1.500 respondenten tussen 18 en 85 jaar. De survey peilt naar waarden, opvattingen en overtuigingen van Vlamingen met betrekking tot maatschappelijk- en beleidsrelevante thema's zoals arbeid en vrije tijd, mobiliteit, migranten, Naast een vast gedeelte van sociaaldemografische en sociaaleconomische variabelen bevat de survey een aantal modules waarvan er sommige regelmatig terugkeren.

In verband met informele zorg werden er 2 vragen gesteld. De ene peilt naar de zorg voor zieke, gehandicapte of bejaarde familieleden, vrienden of kennissen; de andere naar de opvang van kleine kinderen. In beide gevallen werden volgende antwoordcategorieën voorzien: nooit, één keer per jaar, meerdere keren per jaar, maandelijks, meerdere keren per maand, wekelijks, dagelijks.

³ Ook voor openbare diensten zijn er verschillende vormen van loopbaanonderbreking mogelijk; verschillend naargelang de categorie van het bestuur of de dienst.

- Hoe dikwijls heeft u tijdens de afgelopen 12 maanden zieke, gehandicapte of bejaarde familieleden, kennissen of buren geholpen of verzorgd?
- Hoe dikwijls heeft u tijdens de afgelopen 12 maanden voor de opvang van kleine kinderen uit de buurt, kenniskring of familie gezorgd?

Betreffende de zorg voor een zieke, een gehandicapte, ... werd geen onderscheid ingebouwd naargelang de locatie van de zorg. We weten niet of het gaat om de zorg voor iemand binnen het huishouden dan wel of het de zorg betreft voor iemand buiten het huishouden. Dit kan als een tekortkoming worden beschouwd. Zowel empirische als theoretische argumenten ondersteunen de notie van een verschillende dynamiek van zorg verleend aan een inwonende persoon dan wel een niet-inwonend iemand (zie onder meer De Koker, 2009). Verschillende studies hebben immers aangetoond dat de zorg verstrekt aan iemand binnen het huishouden meer intens is dan de zorg die wordt gegeven aan iemand buiten het huishouden (zie onder meer Heylen & Mortelmans, 2006; Campbell & Martin-Matthews, 2000).

We hanteren een ruime definitie van informele zorg. We maken immers geen onderscheid naar langdurigheid van de zorgnood. In sommige onderzoeken moet de zorgbehoevende persoon binnen de 12 maanden voorafgaand aan het interview minstens één maand nood aan hulp gehad hebben (CBGS-onderzoek naar mantelzorg in Vlaanderen). Evenmin maken we een onderscheid naar de aard van de zorgtaken. Of de informele hulpverlener sociaal-emotionele, huishoudelijke dan wel persoonsverzorgende taken uitvoert, werd niet opgevraagd.

Door de ruime en subjectieve benadering van informele zorg krijgen we een zeer heterogene groep informele zorgverleners, met aan het ene uiterste de 24 op 24 uur beschikbare verzorger en aan het andere uiterste de informele zorgverlener die om de twee maanden boodschappen doet voor de minder mobiele buurvrouw. Om toch tot enige homogeniteit te komen bij de informele zorgverlening wordt deze verder ingedeeld op basis van de intensiteit van de zorg. Om uit te maken of iemand al dan niet regelmatige mantelzorg is, hanteren we dezelfde standaard als het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in Nederland. Bij het SCP geven intensieve hulpverleners gemiddeld 16 tot 20 uur zorg per maand (Timmermans, 2003, geciteerd in Jacobs & Lodewijckx, 2004). Dat is minder dan 1 uur per dag. Dat maakt dat alle personen die dagelijks of wekelijks zorgen voor een hulpbehoevend persoon of kind, intensieve zorgverleners worden. Toch geven we de voorkeur aan de term regelmatige zorgverlener omdat we geen informatie hebben over de aard van de geleverde hulp. Naast de regelmatige verzorger onderscheiden we nog de occasionele zorgverlener en de niet-zorgverlener. Het onderscheid naar intensiteit is zeker van belang als we weten dat naast de aard van de geboden zorgtaken het vooral de intensiteit is die bepalend is voor de ('ervaren') belasting van de informele zorgverlener.

Zoals in de inleiding gesteld, trachten we een beeld te krijgen van de zorgende Vlamingen en van de verschillen tussen verzorgers en niet-verzorgers. Dit profiel zal geschetst worden aan de hand van verschillende kenmerken, waarvan de selectie mede is ingegeven door literatuuronderzoek (onder meer Jacobs & Lodewijckx, 2006; Deboosere e.a., 2006; De Koker, 2009). We maken een onderscheid tussen sociaaldemografische kenmerken, sociaaleconomische kenmerken, netwerkkenmerken en waarden en normen.

Tot de **sociaaldemografische kenmerken** behoren **geslacht**, leeftijd, opleidingsniveau, huishoudtype en ervaren gezondheid. De **leeftijd** als continue variabele brengen we terug tot 6 categorieën: 18-34 jaar, 35-44 jaar, 45-54 jaar, 55-64 jaar, 65-74 jaar en 75-85 jaar. Naar **opleidingsniveau** worden 3 groepen onderscheiden: degenen met een opleiding lager secundair onderwijs of minder, de groep met hoger secundair onderwijs en tot slot degenen met hoger onderwijs (van het korte of lange type). Het **huishoudtype** omvat 6 categorieën zijnde inwonend bij de ouders, alleenwonend, met kinderen maar niet met partner samenwonend, enkel met partner wonend, met partner en kinderen wonend en tot slot een andere samenwoning. Gelet op het geringe aantal personen binnen deze subcategorie en gegeven de heterogeniteit van de groep (waaronder ook bijv. personen in een bejaardentehuis), wordt die verder buiten beschouwing gelaten. Voor wat gezondheid betreft, werd de **ervaren gezondheid** als indicator gehanteerd. Het is een globale maatstaf die zowel de fysieke, sociale als emotionele aspecten van de gezondheid omvat. In de SCV-

survey werd de vraag als volgt gesteld: *'Hoe evalueert u uw gezondheid op dit moment: heel goed, goed, redelijk, slecht of heel slecht?'* Omwille van de kleine aantallen in bepaalde subcategorieën, werden de antwoorden gegroepeerd. De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt aan om het percentage met een goede of zeer goede gezondheid af te zetten tegenover het percentage met een redelijke, slechte of zeer slechte gezondheid (de Bruin e.a., 1996).

Het zorgen voor elkaar wordt vaak in verband gebracht met de **sociaaleconomische kenmerken** van de hulpverlener. Deze operationaliseren we door middel van de beroepstoestand en de evaluatie van het inkomen. Bij de **werksituatie** wordt het onderscheid gemaakt tussen betaald werk en geen betaald werk. De eerste categorie, 'betaald werk' behelst mensen die tewerkgesteld zijn als werknemer, zelfstandige, ook GESCO's, RVA-stages, personen die werken in een PWA-statuut, interimwerkers, DAC, in een systeem van dienstencheques en meewerkenden in gezins- of familiebedrijf. De tweede groep, 'geen betaald werk', omvat: gepensioneerden (ook brugpensioen, prepensioen) huisvrouwen of huismannen, personen in ziekteverlof, personen in bevallingsverlof, mensen met volledig verlof zonder wedde, personen met voltijds tijdskrediet of voltijdse loopbaanonderbreking (ook ouderschapsverlof, palliatief verlof en verlof voor medische bijstand aan een ziek familielid)⁴, arbeidsongeschikten, uitkeringsgerechtigde werklozen, personen op zoek naar een eerste job, studerende in volledig dagonderwijs en andere. Om enige ordening aan te brengen in de groep 'niet-betaald werk' en met de bekommernis voldoende aantallen te hebben in de multivariate analyse werd een driedeling gemaakt: niet-betaald werk – gepensioneerden; niet betaald werk – huisvrouwen of huismannen; niet-betaald werk restgroep. De arbeidstijd maakt bij degenen met betaald werk het onderscheid tussen voltijds en deeltijds. De variabele **inkomensevaluatie** geeft in drie categorieën weer hoe respondenten hun eigen inkomenssituatie percipiëren. Er is een groep die met het eigen inkomen comfortabel kan leven, een groep van wie het inkomen volstaat om rond te komen en ten slotte is er een groep die met het inkomen (heel) moeilijk rondkomt.

Als derde categorie verklarende variabelen nemen we de **sociale netwerken** op. De aard en de omvang van iemands sociale integratie en netwerken, is bepalend voor de wijze waarop individuen in het leven staan. Om het sociale netwerk van respondenten in kaart te brengen hanteren we drie variabelen. In de SCV-survey wordt gevraagd of de respondent aan **vrijwilligerswerk** doet. De invulling van wat er als vrijwilligerswerk beschouwd wordt, berust bij de respondent, zodat het een ruime en heterogene variabele is, die enkel ja-nee antwoorden toelaat. De twee andere sociale netwerkvariabelen zijn de frequentie van contacten met niet-inwonende vrienden of kennissen (**frequentie contact vrienden**) en de frequentie van contacten met niet-inwonende familieleden (**frequentie contact familie**). De oorspronkelijke antwoordcategorieën zijnde nooit, minder dan één keer per maand, één of twee keer per maand, één of twee keer per week, dagelijks of bijna dagelijks, werden omwille van de aantallen herleid tot 3 categorieën: minder dan wekelijks; wekelijks; dagelijks (of bijna dagelijks).

Tot slot worden enkele **houdingsvariabelen** geïntroduceerd die toelaten om na te gaan of er een verband is tussen waarden en normen die personen hanteren en het zorgen voor elkaar. Volgens sommige auteurs wordt onze samenleving gekenmerkt door een hoge mate van wat men **utilitair individualisme** noemt. Mensen zouden veel minder begaan zijn met het lot van anderen. Eigenbelang en investeren in de persoonlijke carrière zouden veel meer dan vroeger centraal staan in het waardenpatroon van onze hedendaagse samenleving (Waegel, 2001). Volgens Elchardus en Heyvaert (1990) verbindt het utilitair individualisme zich gemakkelijk met waarden als bezit, prestatie, sparen, inspanning, werken, verdienen, waarbij wordt geloofd in de stelling dat de besten en sterksten het halen. Utilitair individualisten zijn niet direct voorstanders van uitgebreide stelsels van sociale zekerheid of solidariteit. Om de mate van utilitair individualisme te meten, wordt gebruik gemaakt van een samengestelde variabele, die 3 items groepeerd: *1. Men voelt zich pas echt goed als men regelmatig iets voor anderen kan doen zonder van hen iets terug te verwachten; 2. U voelt zich pas echt goed als u zich kan inzetten voor een gemeenschappelijk doel; 3. Een mens kan zich maar echt gelukkig voelen als zijn medemens ook gelukkig is.* Als antwoordcategorieën werden

⁴ Het betreft hier telkens zeer kleine aantallen: aantal personen in ziekteverlof = 17, in bevallingsverlof = 1, voltijds tijdskrediet of voltijdse loopbaanonderbreking = 5.

voorzien: helemaal oneens, oneens, noch eens/noch oneens, eens, helemaal eens. De antwoorden worden gesommeerd en herleid tot 3 groepen zijnde laag, midden en hoog utilitair individualistisch ingesteld.

Het **vertrouwen in de medemens** werd achterhaald aan de hand van de uitspraak: *'Denkt u, in het algemeen, dat je niet voorzichtig genoeg kan zijn in de omgang met mensen, of dat de meeste mensen te vertrouwen zijn?'* Aan de hand van de antwoorden op een 10-puntschaal werd een opsplitsing gemaakt tussen laag, middelmatig en hoog vertrouwen in de medemens.

In eerste instantie wordt via bivariate analyses getracht een antwoord te formuleren op de vraag 'Wie verleent informele zorg?' Zijn het meer vrouwen dan mannen, meer oudere dan jongere personen, meer laagopgeleiden dan hoogopgeleiden, ...?

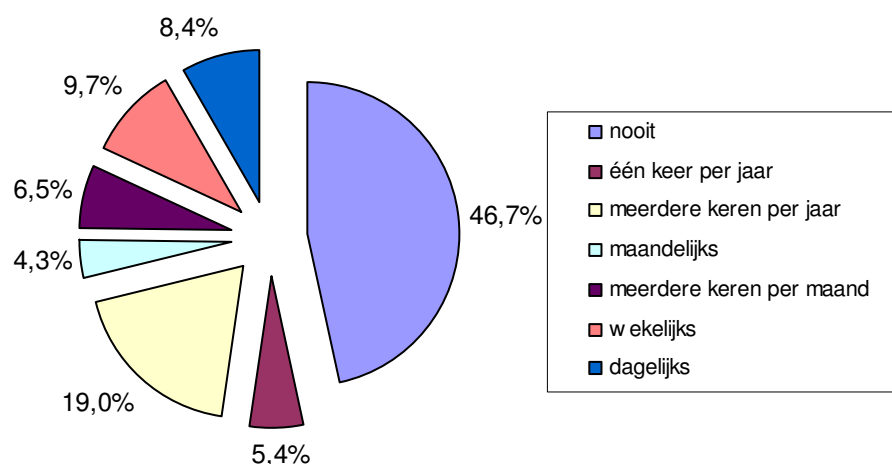
Vervolgens worden een aantal multivariate analyses uitgevoerd om het beschrijvende karakter van de bivariate analyses verder uit te diepen. Omdat sommige factoren onderling samenhangen zijn de effecten niet steeds als netto-effecten te beschouwen en kan het effect van de ene variabele teniet worden gedaan omwille van de (sterke) correlatie met een andere variabele. Aan de hand van een regressieanalyse wordt dit uitgezuiverd en wordt achterhaald welke factoren een verklaring geven voor het al dan niet zorg verlenen, respectievelijk het al dan niet opvang doen van kleine kinderen, onder controle van de andere variabelen.

4. De zorg voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon

4.1. Aantal informele zorgverleners

Meer dan de helft van de Vlamingen tussen 18 en 85 jaar heeft in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête zieke, gehandicapte of bejaarde familieleden, kennissen of buren geholpen of verzorgd. Een groot aandeel van deze hulp en zorg wordt eerder op occasionele basis gegeven (dat gaat van 1 keer per jaar, meerdere keren per jaar, maandelijks tot meerdere keren per maand). Ongeveer 1 op 5 Vlamingen (18%) behoort tot de categorie regelmatige verzorger (wekelijks of dagelijks). Figuur 1 geeft de gedetailleerde verdeling van de antwoorden.

Figuur 1 Frequentie van de zorg aan zieke, gehandicapte of bejaarde familieleden, kennissen of buren in de afgelopen 12 maanden (in %)



Bron: SCV-survey, 2008

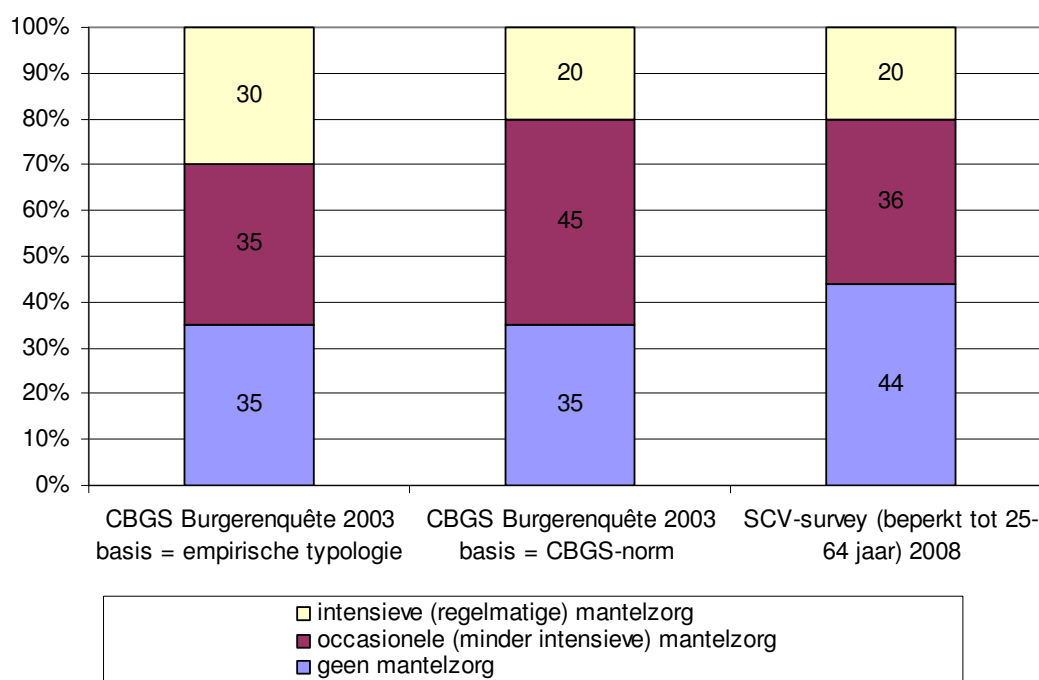
Vergelijken we onze bevinding met andere enquêtes dan merken we een grote verscheidenheid. De grootste verschillen in aandeel informele zorgverleners stellen we vast met de Enquête naar Arbeidskrachten (EAK) van 2005 en met de Sociaal-Economische Enquête (SEE) van 2001. Beide enquêtes komen tot een veel lager aandeel informele zorgverleners. Het spreekt vanzelf dat de schatting van het aantal personen dat zorg verleent, sterk afhangt van de reikwijdte van de definitie en de gehanteerde vraagstelling (Timmermans, 2003). Beide onderzoeken hanteren niet de door ons gehanteerde

tijdsafbakening. Bij de EAK met 4% informele zorgverleners en bij de SEE⁵ die uitkomt bij 9% vraagt men aan de respondent of hij/zij op het ogenblik van de enquête aan het zorgen is, terwijl in ons onderzoek gepeild wordt naar de zorg in de voorbije 12 maanden.

Het onderzoek van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBGS) van 2003 “Zorg in Vlaanderen” peilde wel naar de situatie van de voorbije 12 maanden, al was ook hier de vraagstelling niet dezelfde. Voor een lijst van activiteiten (van sociaalemotionele, huishoudelijke en persoonsverzorgende aard) werd de vraag gesteld ‘Heeft u de afgelopen 12 maanden zelf deze activiteiten opgenomen voor zieke, gehandicapte of andere zorgbehoevende personen die minstens één maand nood hadden aan hulp?’. Indien ja, dan werd gevraagd hoe vaak en voor wie. Om intensieve en minder intensieve mantelzorgers van elkaar te onderscheiden werd een CBGS-norm geconstrueerd via een benadering die het aantal en het soort taken in beschouwing neemt (voor nadere informatie over de constructie van de theoretische CBGS-norm kan worden verwezen naar het CBGS-werkdocument nr. 11 van Jacobs & Lodewijckx, 2004). Daarnaast werd het onderscheid naar mantelzorgstatus gemaakt op basis van een empirische typologie waarbij naast het aantal en de variëteit in zorgtaken, ook rekening wordt gehouden met de frequentie waarmee de zorgtaken worden uitgevoerd. Deze werkwijze levert als resultaat 20% intensieve mantelzorgers volgens de CBGS-norm; 30% als men de empirische typologie als basis neemt. Deze resultaten benaderen het sterkst onze cijfers: de SCV-enquête schat het aandeel dat op een dagelijkse of wekelijkse basis zorg verstrekt op 18%.

Voor de genoteerde verschillen kunnen meerdere elementen worden aangehaald. Vooreerst is er een verschil in de bevraagde leeftijdscategorie. In het CBGS-onderzoek (burgerenquête) is de onderzoekspopulatie beperkt tot de 25- tot 64-jarigen; de SCV-survey is ruimer en betreft respondenten van 18 tot 85 jaar. Nemen wij dezelfde leeftijdscategorieën in beschouwing (25 tot 64 jaar) dan merken we dat het aandeel informele verzorgers 20% bedraagt, vergelijkbaar met de burgerenquête volgens de CBGS-norm maar wel 10 procentpunt lager is als men vergelijkt met de burgerenquête waarbij de empirische typologie als referentiepunt wordt gehanteerd (zie figuur 2).

Figuur 2 Aandeel informele verzorgers in de leeftijdsgroep 25-64 jaar in 2003 en 2008 (in %)



Bron: CBGS, Zorg in Vlaanderen (2003); SVR, SCV-survey (2008)

⁵ In de SEE was de vraagstelling als volgt: Staat u tenminste een keer per week niet-beroepsmatig in voor hulp of verzorging van één of meerdere personen met langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps (bv. beperkte mobiliteit)? Indien ja, werd gevraagd naar de identiteit van de perso(o)n(en) en het aantal uren dat aan de zorg werd besteed.

Een ander verklaringselement is het verschil in definiëring van informele zorg. Het CBGS hield bij de definitie rekening met de uitgevoerde zorgtaken, terwijl in dit rapport enkel rekening wordt gehouden met de eigen interpretatie van de respondenten. Zeker bij informele zorgverlening (waar geen registratiesysteem bestaat) kan deze persoonlijke interpretatie een vertekening geven. De informele zorgverlening vloeit immers voort uit een sociale relatie met de zorgvrager, een relatie die al bestond voor de zorg opstartte en waardoor de verzorgers zichzelf niet als zorgverlener beschouwen, maar wel als partner, dochter, vriend (Pijl, 2003).

Bovendien hebben mensen bij het rapporteren van gebeurtenissen uit het verleden de neiging om te weinig te rapporteren wegens het falende geheugen. Overzichtelijke tabellen en lijsten waarop alle mogelijke gebeurtenissen worden opgesomd, kunnen nuttig zijn ter ondersteuning van het geheugen. Maar het voorleggen van lijsten kan de respondent dan weer in een sociaal wenselijke richting duwen (Billiet & Waege, 2001). Het zijn elementen die voor een deel het hoger aandeel mantelzorgers binnen de CBGS-enquête kunnen verklaren. Nog een andere verklaring voor het verschil is dat de CBGS-enquête het thema zorg als onderwerp had, terwijl de vragen over zorg in onze survey slechts een beperkt onderdeel vormden van een erg brede survey met een veelheid aan onderwerpen. Ook dit verschil kan al een effect sorteren op de resultaten. Ten slotte kunnen de waargenomen verschillen ook een afname van de mantelzorg indiceren maar we beschikken momenteel niet over de data om dit hard te maken.

4.2. Kenmerken van de informele zorgverleners

Uit onderzoek blijkt dat bepaalde groepen in de samenleving vaker zorg verlenen dan andere. In dit deel gaan we na in welke mate regelmatige zorgverleners, occasionele zorgverleners en niet-zorgverleners van elkaar verschillen. Dit doen we bivariaat, wat wil zeggen dat we geen rekening houden met effecten van andere achtergrondkenmerken. Netto-effecten komen later aan bod.

4.2.1. Sociaaldemografische kenmerken

Evenveel mannen als vrouwen zorgen voor een hulpbehoevende. Toch bestaat er een samenhang tussen **geslacht** en het verlenen van informele zorg als we kijken naar de intensiteit: vrouwen zorgen veel vaker regelmatig, terwijl mannen eerder occasionele zorgen bieden. Ook het CBGS-onderzoek stelt bivariaat een beperkte samenhang vast tussen gender en het al dan niet verlenen van mantelzorg waarbij vrouwen net iets vaker mantelzorger zijn dan mannen. Ook hier zijn mannen iets vaker occasioneel verzorger (Heylen en Mortelmans, 2006).

Het geven van informele zorg hangt samen met de **leeftijd**. De jongste generaties geven veel zorg, ongeveer 6 op 10 personen onder de 55 verleent zorg. De intensiteit is wel verschillend, de jongste generaties verlenen eerder occasionele zorg, de middengeneraties verlenen eerder regelmatige zorg. Van de Vlamingen tussen de leeftijd van 45 en 65 geeft meer dan een kwart regelmatig zorg; daarmee zijn ze de absolute koplopers. Bij de ouderen neemt het aandeel niet-verzorgers toe (6 op 10 geeft geen zorgen meer). Het grote aandeel Vlamingen tussen de 45 en 64 jaar dat regelmatig zorg verleent, heeft te maken met het feit dat hun ouders op een leeftijd komen waarop ze zorg nodig hebben en kan in verband gebracht worden met het fenomeen van de 'sandwichgeneratie' (Spillman e.a., 2000). Voor deze leeftijdscategorie komt de informele zorg meestal bovenop hun participatie aan de arbeidsmarkt en hun verantwoordelijkheden in de context van de familie (zorg voor kleinkinderen). Het toenemend aantal vrouwen op de arbeidsmarkt, de verhoging van de pensioenleeftijd van vrouwen en het uitstellen van het krijgen van kinderen lijken dit fenomeen nog te versterken.

Het **opleidingsniveau** is significant geassocieerd met informele zorg. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe meer mensen een of andere vorm van zorg geven. 43% van de laagopgeleiden verleent zorg; bij de hoogopgeleiden is het 63%. De occasionele zorg komt relatief minder voor bij de laagopgeleiden en meer bij de hoogopgeleiden. Bij de regelmatig verstrekte zorg geldt eerder het omgekeerde: hoe lager het opleidingsniveau hoe meer intensieve zorg er gegeven wordt, al blijft het verschil beperkt tot 2,5 procentpunten.

Tabel 1 De zorg voor langdurig zieke, gehandicapte of bejaarde personen in de afgelopen 12 maanden, naar een aantal kenmerken van de ondervraagden (in %)

Kenmerken	Regelmatige verzorger (=dagelijks of wekelijks)	Occasionele verzorger (=maandelijks of minder)	Niet-verzorger (=nooit)	N (100%) =
Sociaaldemografische en sociaaleconomische kenmerken				
<i>Geslacht **</i>				
Mannen	14,7	38,2	47,1	715
Vrouwen	21,2	32,4	46,4	749
Totaal	18,0	35,2	46,8	1464
<i>Leeftijd ***</i>				
18-34 jaar	10,5	47,6	41,9	370
35-44 jaar	14,8	39,4	45,8	277
45-54 jaar	24,5	36,1	39,4	277
55-64 jaar	28,2	24,7	47,1	227
65-74 jaar	20,8	25,3	53,9	178
75-85 jaar	11,3	21,8	66,9	133
<i>Hoogst behaald diploma ***</i>				
Lager secundair onderwijs of minder	19,8	23,2	57,1	531
Hoger secundair onderwijs	18,3	37,5	44,1	469
Hoger onderwijs (korte of lange type)	17,4	45,8	36,8	380
<i>Huishoudsamenstelling **</i>				
Woont bij ouders	12,6	46,0	41,4	198
Woont alleen	17,1	26,7	56,2	187
Woont met kinderen zonder partner	28,0	32,0	40,0	50
Woont enkel met partner	18,6	33,3	48,1	538
Woont met partner én kind(eren)	19,2	36,8	44,0	464
<i>Gepercipieerde gezondheid **</i>				
Heel slecht, slecht of redelijk	19,6	27,7	52,7	372
Goed en heel goed	17,6	37,7	44,7	1092
<i>Werksituatie ***</i>				
Geen betaald werk –gepensioneerd	20,4	23,8	55,8	362
Geen betaald werk – huisvrouw/man	28,1	25,4	46,5	114
Geen betaald werk – ziek, werkloos, in verlofstelsel, student	16,8	35,1	48,1	191
Werkt deeltijds	28,1	40,5	31,4	153
Werkt voltijds	12,8	42,4	44,8	642
<i>Evaluatie inkomenssituatie *</i>				
Kan heel moeilijk of moeilijk rondkomen	19,0	27,0	54,0	263
Het lukt om rond te komen	17,8	36,2	46,1	760
Kan comfortabel leven	17,9	38,1	44,0	436
Netwerken				
<i>Doet aan vrijwilligerswerk ***</i>				
Ja	24,7	44,4	30,9	324
Neen	16,2	32,6	51,2	1141
<i>Frequentie contacten met niet-inwonende vrienden of kennissen ns</i>				
1 of 2 keer per maand of minder	16,8	33,3	49,9	525
1 of 2 keer per week	19,0	35,7	45,3	633
Dagelijks of bijna dagelijks	18,4	37,4	44,2	305
<i>Frequentie contacten met niet-inwonende familieleden *</i>				
1 of 2 keer per maand of minder	15,0	38,0	47,0	468
1 of 2 keer per week	18,0	34,6	47,4	702
Dagelijks of bijna dagelijks	23,6	31,8	44,6	292

Waarden en normen				
<i>Utilitair individualisme ***</i>				
Laag	21,3	42,2	36,5	375
Midden	17,5	37,0	45,5	570
Hoog	16,5	28,3	55,2	516
<i>Vertrouwen in mensen *</i>				
Laag	15,5	33,5	51,0	504
Midden	17,2	38,8	44,0	495
Hoog	21,8	33,3	44,9	463

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns=niet significant (Pearson Chi-Square)

Bron: SCV-survey, 2008

Deze bevindingen liggen in de lijn van de analyses van Heylen & Mortelmans (2006). Hoogopgeleiden geven eerder occasioneel zorg; lageropgeleiden zijn vaker intensieve zorgverleners. De vrees dat hogeropgeleiden veel minder informele zorg zouden geven, waardoor de toenemende scholingsgraad een bedreiging vormt voor het aanbod informele zorg, wordt door onze data weerlegd. Als de jongere generaties hetzelfde stramien volgen als hun hoogopgeleide voorgangers, zal de toenemende scholingsgraad geen invloed hebben op het zorgaanbod. We kunnen wel een effect verwachten naar intensiteit van dat aanbod.

Wat het iets hogere aandeel regelmatige zorgverstrekkers bij de lageropgeleiden betreft, delen we de mening van het CBGS-onderzoek. We veronderstellen dat het opnemen van informele zorg door de laagopgeleiden niet steeds het gevolg is van een bewuste keuze tussen verschillende mogelijkheden maar veeleer het gevolg is van een gebrek aan alternatieven of van een gebrek aan kennis van alternatieven. Onderzoek onder meer van Craeynest & De Koker (2006) heeft uitgewezen dat er een grote nood is aan informatie bij mantelzorgers en dat deze nood zich vooral aftekent bij degenen met een lagere opleiding. Het is verder niet ondenkbaar dat hogeropgeleiden het minder regelmatig zorg opnemen substitueren door het inschakelen van professionele diensten omdat de kostprijs voor hen minder een probleem is.

Naar **huishoudsamenstelling** blijkt dat de proportie 'regelmatige verzorgers' het grootst is bij de alleenstaande ouders en het laagst bij degenen die inwonen bij hun ouders. Focussen we op de groep van de niet-verzorgers dan scoren de alleenwonenden het hoogst. Meer dan de helft onder hen is een niet-verzorger.

Personen die hun eigen **gezondheid** als goed tot zeer goed ervaren, bieden meer informele zorg dan mensen die hun gezondheid als niet goed schatten. Het grootste verschil merken we bij de occasioneel geboden zorg, bij de regelmatige zorg is het verschil eerder klein.

Dit cross-sectioneel onderzoek laat niet toe om oorzakelijke verbanden te leggen; in andere onderzoeken wordt wel getracht om de impact van de zorgverlening op de gezondheid te duiden. Volgens Deboosere (e.a., 2006) hangt het verlenen van informele zorgen samen met een stijging van 63% van de slechte gezondheidstoestand bij de mannen en van 27% bij de vrouwen. Toch dient dit verband met de nodige omzichtigheid te worden geïnterpreteerd omdat het niet mogelijk is te spreken van een oorzakelijk verband. Er kunnen immers binnen een huishoudcontext verstoringen factoren gelden (bijv. gebruik van tabak, alcohol, ...) die mede bepalend zijn voor het verband tussen informele zorg en de slechte gezondheid.

De Koker (2009) beschouwt, net als wij, de gepercipieerde gezondheid als sociaaldemografische variabele die invloed heeft op informele zorg. Volgens haar zijn mensen met een minder goede gezondheid meer frequent zorgverlener. Dit komt niet met onze bevindingen overeen - de SCV-survey wijst uit dat personen met een minder goede gezondheid in geringere mate zorg verlenen dan zij die de gezondheid als (zeer) goed percipiëren - maar er dient hierbij (nogmaals) te worden gewezen op het verschil in steekproefpopulatie. De Koker koppelt haar bevindingen aan het CBGS-onderzoek waarin de onderzoekspopulatie bestaat uit 25- tot 64-jarigen, terwijl de onderzoekspopulatie in dit rapport een bredere leeftijdsrange heeft (18 tot 85 jaar). Toetsen we haar vaststelling aan de SCV-gegevens beperkt tot de 25- tot 64-jarigen, dan kunnen we enkel nog spreken van een tendens: de waargenomen verschillen zijn niet langer significant.

4.2.2. Sociaaleconomische kenmerken

Er is een grote samenhang tussen de **werksituatie** en informele zorg. Mensen die voltijds betaalde arbeid verrichten, verstrekken duidelijk minder zorg op regelmatige basis; de zorg is eerder occasioneel. De grootste groep regelmatige verzorgers vindt men in de categorie deeltijds werkenden, meer dan een kwart (28%). Slechts een derde van de deeltijds werkenden verleent in het geheel geen zorgen. Binnen de categorie 'geen betaalde arbeid' zijn er verschillen: de huisvrouwen/mannen treden het vaakst op als regelmatig verzorger (28%) maar tegelijk is het aandeel dat geen zorgen biedt vrij hoog (47%) en benadert hiermee het percentage dat wordt opgetekend bij de voltijds werkenden. De deeltijds werkenden springen duidelijk uit de band: 70% geeft op een of andere wijze zorg.

Deze bevindingen sluiten deels aan bij de resultaten uit de studie van Van Woensel (2006) die vaststelde dat niet-werkenden (15- tot 64-jarigen) duidelijk vaker mantelzorg verlenen dan werkenden. Zorgverantwoordelijkheden kunnen een bepalende factor zijn in de beslissing om al dan niet betaald werk te verrichten, evenals voor het aantal uren dat men in de job wil investeren.

Er is een beperkt significante samenhang tussen de **perceptie van het eigen inkomen** en het geven van zorg. Personen die het (erg) moeilijk hebben om rond te komen met het huidige inkomen geven relatief minder zorg dan zij die zeggen rond te komen of comfortabel kunnen leven. Toch geeft een groot aandeel van hen die moeilijk rondkomen, regelmatige zorgen. Degenen die (goed) rondkomen, geven meer zorgen op een occasionele basis. Een mogelijke verklaring kan zijn dat mensen die persoonlijk ervaren (goed) rond te komen met hun inkomen eerder zullen geneigd zijn om occasionele hulp te verstrekken, maar wanneer deze zorg intensief wordt of een meer regelmatig karakter krijgt, zullen ze sneller professionele hulp inschakelen. Het lijkt er inderdaad op, zoals Van Woensel (2006) al schreef, dat ook de kostprijs belangrijk is bij de mantelzorgkeuze.

4.2.3. Sociale netwerken

Mensen die **vrijwilligerswerk** doen, geven meer informele zorgen dan personen die geen vrijwilligerswerk verrichten. Bij degenen die geen vrijwilligerswerk doen, verleent de helft geen zorgen, bij de vrijwilligers is dat slechts 30%. Personen die vrijwilligerswerk doen, zijn niet alleen vaker regelmatige verzorgers, ze zijn dat ook vaker op een occasionele basis.

Er is geen verband tussen de frequentie van **contact met vrienden** en informele zorg. Dat verband is er wel inzake de **contactfrequentie met familie**. Dit hoeft niet te verbazen, de meeste informele zorg wordt immers geboden aan familie. Telkens men een familielid verzorgt, heeft men er ook contact mee.

4.2.4. Houdingen, waarden en normen

Zoals verwacht, is er een grote significante samenhang tussen het hebben van **utilitair individualistische** waarden en het bieden van informele zorg. Hoe minder utilitair individualistisch, hoe groter de kans om te zorgen, occasioneel én regelmatig. Dit is een logisch verband. Utilitair individualisme geeft immers de mate aan waarin men individualistische doelstellingen ongebreideld nastreeft zonder al te veel rekening te houden met anderen (Elchardus & Heyvaert, 1990).

Ook de samenhang tussen informele zorg en **het vertrouwen in mensen** gaat in de vooropgestelde richting maar het verband is niet zo ondubbelzinnig als bij het utilitair individualisme. Mensen die anderen het minst vertrouwen, bieden het minste zorg; zij die anderen het meest vertrouwen, bieden het vaakst regelmatige zorg.

4.2.5. *Multivariate analyse*

Uit wat voorafgaat, blijkt dat verschillende factoren bepalend zijn voor het al dan niet zorg verlenen. Worden de bivariate resultaten bevestigd als we de verschillende variabelen inbrengen in een multivariaat model?

We maken gebruik van logistische regressieanalyse, een bijzondere vorm van lineaire regressie waarbij de afhankelijke variabele een nominale variabele is. Binaire logistische regressie is van toepassing in het geval de afhankelijke variabele maar 2 categorieën telt. Omdat we uiteindelijk willen weten in welke mate regelmatige verzorgers zich onderscheiden van de rest van de bevolking hebben we de afhankelijke variabele gedichotomiseerd: degenen die regelmatig zorg dragen versus degenen die geen of slechts occasioneel zorg bieden.

Om het belang van de verschillende categorieën van factoren te onderkennen, werden 3 modellen getoetst. Het **eerste model** bevat de achtergrondkenmerken, zowel de sociaaldemografische als de sociaaleconomische. In een **tweede model** werden de netwerkvariabelen toegevoegd; het **derde model** tot slot voegt de waarden en normen toe.

Uit de resultaten blijkt dat van de achtergrondkenmerken alleen de leeftijd en de werksituatie als significante factoren overeind blijven. Gerefereerd aan de oudste categorie van ondervraagden - de 75-plussers - zijn het vooral de 45- tot 54-jarigen, de 55- tot 64-jarigen en de 65- tot 74-jarigen (in mindere mate) die zorg opnemen. De oddsratio in tabel 2 geeft weer dat de kansverhouding 'zorgt dagelijks of wekelijks versus zorgt niet dagelijks of wekelijks' voor de 45- tot 54-jarigen 4 maal groter is dan dezelfde kansverhouding bij 75-plussers. Voor de 55- tot 64-jarigen is die kansverhouding eveneens 4 maal groter. Op grond van de werksituatie hebben degenen die geen betaalde baan hebben ongeacht of ze gepensioneerd zijn, huisvrouw/huisman of tot een andere categorie niet betaald werk behoren, meer kans om op een dagelijkse of wekelijkse basis zorg te verstrekken. Anders gezegd wie een voltijdse betaalde baan heeft, heeft meer kans om niet dagelijks of wekelijks te zorgen. Voor deeltijds werkenden bedraagt de oddsratio 2,2 wat betekent dat ze vaker dan voltijds werkenden dagelijks of wekelijks zorg opnemen. Andere kenmerken zoals het geslacht, de gezondheidsevaluatie, de huishoudsamenstelling of de perceptie van het inkomen doen er niet toe na controle van de andere variabelen. Alle sociaaldemografische en sociaaleconomische factoren samen verklaren 9% van de variantie.

Het toevoegen van de netwerkvariabelen levert als resultaat dat wie regelmatig vrijwilligerswerk doet, meer kans heeft om op regelmatige basis zorg te verstrekken. Anders gezegd wie actief is in de 'zachte' sector neemt meerdere taken op. Deze bevindingen maken in ieder geval duidelijk dat vrijwilligerswerk en informele zorgverstrekking geen concurrerende rollen zijn. Het verband tussen zorg verlenen en de contactfrequentie met niet-inwonende familie blijft overeind omdat het regelmatig zorg dragen impliceert dat er contact is. Het percentage verklaarde variantie neemt in dit model toe met 2%. Het effect van leeftijd en werksituatie blijft behouden.

In het derde model waarin variabelen worden toegevoegd die te maken hebben met waarden en normen, vervalt het effect van het utilitair individualisme maar het vertrouwen in mensen sorteert nog enig effect, na controle van de andere factoren. Wie een groot vertrouwen stelt in mensen, heeft meer kans tot de categorie van de regelmatige verzorgers te behoren dan degenen die laag scoren op de uitspraak met betrekking tot het vertrouwen in mensen. De categorie met een middelmatig vertrouwen verschilt niet.

In dit derde model krijgen we een percentage verklaarde variantie gelijk aan 12%, wat indiceert dat nog heel wat andere factoren een rol spelen die niet in het model werden opgenomen. Niet verwonderlijk omdat in deze bijdrage enkel de aanbodzijde van de zorg wordt bekeken. We beschikken inderdaad niet over informatie over de vraagzijde zijnde de karakteristieken van de zorgvrager; factoren die ongetwijfeld ook een rol spelen.

Merken we tot slot op dat niet alle blokken van variabelen even sterk bijdragen aan het totale percentage verklaarde variantie: de sociaaldemografische en sociaaleconomische variabelen bepalen drievierde van de totale verklaarde variantie.

Tabel 2 Resultaten logistische regressie analyse

		Oddsratio Zorgt dagelijks of wekelijks (ref. minder dan dagelijks of wekelijks)		
		Model 1	Model 2	Model 3
Sociaaldemografische en sociaaleconomische kenmerken				
Geslacht (ref. man)	Vrouw	1,320	1,353	1,368
Leeftijd (ref. 75-85 jaar)	18-34 jaar	1,286	1,206	1,240
	35-44 jaar	2,142	1,908	1,899
	45-54 jaar	4,044***	3,852***	3,844***
	55-64 jaar	3,978***	3,657***	3,699***
	65-74 jaar	2,138*	2,052*	2,129*
Hoogst behaald diploma (ref. hoger onderwijs van korte of lange type)	Lager secundair onderwijs of minder	0,892	0,927	1,013
	Hoger secundair onderwijs	0,975	1,000	1,062
Huishoudsamenstelling (ref. woont samen met partner én kinderen)	Woont bij ouders	1,537	1,530	1,530
	Woont alleen	0,957	0,900	0,900
	Woont met kinderen zonder partner	1,634	1,656	1,600
	Woont enkel met partner	0,910	0,887	0,889
Perceptie van de gezondheid (ref. heel erg slecht, slecht of redelijk)	Goed of heel erg goed	1,112	1,082	1,060
Werksituatie (ref. werkt voltijds)	Geen betaald werk – gepensioneerd	2,383**	2,232**	2,188**
	Geen betaald werk – huisvrouw/man	2,211*	2,020*	2,004*
	Geen betaald werk – andere	1,967*	1,896*	1,871*
	Werkt deeltijds	2,262***	2,256***	2,239***
Evaluatie van het inkomen (ref. kan comfortabel leven)	Heel erg moeilijk of moeilijk rondkomen	0,850	0,849	0,888
	Het lukt om rond te komen	0,938	0,956	0,981
Sociale netwerken				
Doet vrijwilligerswerk (ref. ja)	Neen		0,598**	0,605**
Frequentie van contacten met niet-inwonende vrienden (ref. dagelijks of bijna dagelijks)	1 of 2 keer per maand of minder		0,886	0,936
	1 of 2 keer per week of minder		0,969	0,981
Frequentie van contacten met niet-inwonende familie (ref. dagelijks of bijna dagelijks)	1 of 2 keer per maand of minder		0,588*	0,575*
	1 of 2 keer per week of minder		0,737	0,726
Waarden en normen				
Utilitair individualistisch (ref. hoog)	Laag			1,111
	Midden			1,098
Vertrouwen in mensen (ref. hoog)	Laag			0,671*
	Midden			0,741
Model Chi ²		77,005 (p<0,001)	93,752 (p<0,001)	100,119 (p<0,001)
Nagelkerke R ²		0,09	0,11	0,12

*** p<0,001 **p<0,01 * p<0,05
Bron: SCV-survey 2008

We hebben daarnaast modellen getest met varianten op de afhankelijke variabele. Zo werd de groep ‘dagelijks/wekelijks zorg verlenen’ afgezet tegenover de groep ‘geen informele zorg’. Een andere variant was ‘dagelijks/wekelijks zorg verlenen’ versus ‘occasioneel zorg verlenen’. De modellen leveren telkens nagenoeg dezelfde netto-effecten. Enkel wanneer regelmatige verzorgers worden afgezet tegenover occasionele verzorgers blijkt ook het geslacht een rol te spelen bovenop het effect van de andere variabelen: vrouwen zijn vaker regelmatige verzorgers dan mannen. Dat was overigens ook al duidelijk op basis van de bivariate analyse.

5. Opvang van kleine kinderen

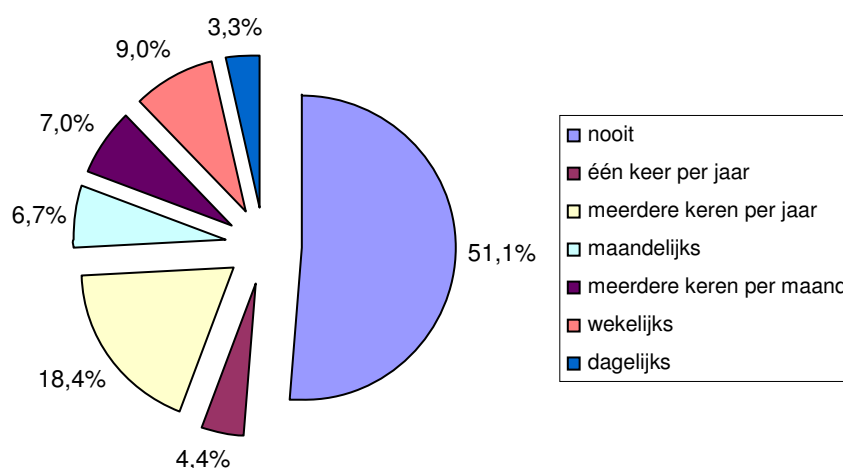
Literatuur over kinderopvang maakt melding van de grote rol voor de informele zorg, met name de grootouders maar vermeldt tegelijk de afname van het aanbod. In vergelijking met 2004 nam het aandeel van de grootouders duidelijk af terwijl de formele voorzieningen (waaronder vooral de erkende kinderdagverblijven) nu meer in de bres springen. Een recent onderzoek (Hedebouw & Peetermans, 2009) bevestigt de veronderstelling uit een eerder HIVA-onderzoek (Hedebouw & Sannen, 2002) dat grootouders door de toegenomen activiteitsgraad zich meer en meer complementair opstellen ten aanzien van het formele aanbod.

Wat leren ons de cijfers uit de SCV-survey waarin naast de zorg voor langdurig zieke, gehandicapte of bejaarde familieleden, kennissen of buren ook werd gepeild naar de frequentie van de opvang van kleine kinderen uit buurt, kenniskring of familie met als referentieperiode de voorbije 12 maanden?

5.1. Aantal oppassers van kleine kinderen

De helft van de ondervraagden zegt in het voorbije jaar nooit opvang te hebben geboden, 23% één of meerdere keren per jaar, 14% één of meerdere keren per maand, 9% wekelijks en 3,3% dagelijks. De laatste groep (wekelijks of dagelijks) noemen we verder de regelmatige oppassers; de occasionele oppassers zijn zij die maandelijks of minder opvang bieden en de groep die nooit kinderen opvangt, wordt in het vervolg de niet-oppassers genoemd.

Figuur 3 Frequentie van de opvang van kleine kinderen in de afgelopen 12 maanden (in %)



Bron: SCV-survey 2008

5.2. Kenmerken van de oppassers

5.2.1. Sociaaldemografische kenmerken

Het is opmerkelijk dat er geen betekenisvol **genderverschil** is in de opvang van kinderen. Peilt men bij de ouders van kleine kinderen immers naar de beschikbaarheid van de grootouders om regelmatige opvang te voorzien, dan blijken vooral de grootmoeders beschikbaar te zijn, vooral de grootmoeder langs moederszijde (Hedebouw & Peetermans, 2009). Uit onze resultaten blijkt dat vrouwen door de band wel iets meer opvang bieden dan mannen, zowel op regelmatige als occasionele wijze, maar het verschil is niet significant.

Leeftijd hangt wel samen met het opvangen van kleine kinderen. Relatief gezien bieden 55- tot 64-jarigen het vaakst opvang: meer dan 1 op 4 heeft in de voorbije 12 maanden wekelijks of dagelijks kleine kinderen opgevangen, maar ook in de belendende leeftijdsgroep naar boven, de 65- tot 74-jarigen is er nog een relatief groot aandeel (1 op 5) dat dagelijks of wekelijks instaat voor de opvang van kleine kinderen. Deze resultaten zijn niet zo verwonderlijk: het betreft hier wellicht in grote mate de groep van grootouders die hun kleinkinderen opvangen. Cijfers van Kind en Gezin tonen aan dat de opvang door grootouders nog steeds een belangrijk segment vertegenwoordigt van de opvangmogelijkheden, al gaat het aandeel in dalende lijn. Onderzoek in opdracht van Kind en Gezin leert ons dat 24% van de kinderen van 3 maanden tot 3 jaar opgevangen wordt in het informele circuit, meestal zijn dat de grootouders (22,4%). In vergelijking met 2002 en 2004 nam het aandeel van de informele opvang af (van 37,4 over 34,5 naar 24%) (Hedebouw & Peetermans, 2009). Bij kinderen van 3 jaar tot 12 jaar is de informele opvang de belangrijkste met daarin een groot aandeel van de grootouders. Ook in dit segment nam tussen 2002 en 2004 het aandeel van de informele opvang af (Kind en Gezin, 2007).

Tabel 3 De opvang in de afgelopen 12 maanden van kleine kinderen, naar een aantal kenmerken van de ondervraagden (in %)

Kenmerken	Regelmatige oppasser (=dagelijks of wekelijks)	Occasionale oppasser (=maandelijks of minder)	Niet-oppasser (=nooit opvang)	N (100%) =
Sociaaldemografische en sociaaleconomische kenmerken				
<i>Geslacht</i> ns				
Mannen	11,0	35,8	53,2	715
Vrouwen	13,6	37,2	49,2	750
Totaal	12,4	36,5	51,1	1465
<i>Leeftijd</i> ***				
18-34 jaar	9,4	50,4	40,2	371
35-44 jaar	3,3	49,6	47,1	276
45-54 jaar	11,1	28,3	60,6	279
55-64 jaar	26,8	30,2	43,0	228
65-74 jaar	19,0	23,5	57,5	179
75-85 jaar	8,3	17,3	74,4	133
<i>Hoogst behaald diploma</i> ***				
Lager secundair onderwijs of minder	13,6	22,4	64,0	530
Hoger secundair onderwijs	11,5	38,0	50,5	468
Hoger onderwijs (korte of lange type)	10,2	49,3	40,5	381
<i>Huishoudsamenstelling</i> ***				
Woont bij ouders	12,6	46,0	41,4	198
Woont alleen	10,1	24,5	65,4	188
Woont met kinderen zonder partner	12,0	32,0	56,0	50
Woont enkel met partner	17,5	32,2	50,3	537
Woont met partner én kind(eren)	7,5	43,5	49,0	464

<i>Gepercipieerde gezondheid ***</i>				
Heel slecht, slecht of redelijk	13,7	26,0	60,3	373
Goed en heel goed	11,9	40,2	47,9	1091
<i>Werk situatie ***</i>				
Geen betaald werk –gepensioneerd	19,1	21,9	59,0	361
Geen betaald werk – huisvrouw/man	15,9	28,3	55,8	113
Geen betaald werk – ziek, werkloos, in verlostelsel, student	19,3	42,7	38,0	192
Werkt deeltijds	11,8	45,1	43,1	153
Werkt voltijds	6,2	42,2	51,6	642
<i>Evaluatie inkomenssituatie **</i>				
Kan heel moeilijk of moeilijk rondkomen	14,8	30,0	55,2	263
Het lukt om rond te komen	12,2	34,6	53,2	760
Kan comfortabel leven	11,0	43,6	45,4	436
Netwerken				
<i>Doet aan vrijwilligerswerk ***</i>				
Ja	18,3	46,4	35,3	323
Neen	10,7	33,7	55,6	1141
<i>Frequentie contacten met niet-inwonende vrienden of kennissen ***</i>				
1 of 2 keer per maand of minder	9,3	32,4	58,3	525
1 of 2 keer per week	14,5	37,6	47,9	633
Dagelijks of bijna dagelijks	12,8	41,6	45,6	305
<i>Frequentie contacten met niet-inwonende familieleden ***</i>				
1 of 2 keer per maand of minder	7,5	38,2	54,3	469
1 of 2 keer per week	11,7	38,2	50,1	701
Dagelijks of bijna dagelijks	21,5	30,0	48,5	293
Waarden en normen				
<i>Utilitair individualisme ***</i>				
Laag	12,0	46,7	41,3	375
Midden	13,3	37,2	49,5	570
Hoog	11,6	28,7	59,7	516
<i>Vertrouwen in mensen **</i>				
Laag	11,5	30,6	57,9	504
Midden	12,3	38,2	49,5	495
Hoog	13,2	41,3	45,5	463

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns=niet significant (Pearson Chi-Square)

Bron: SCV-survey 2008

De opvang van kleine kinderen varieert met de **huishoudsamenstelling** waarbij degenen die enkel samenwonen met de partner proportioneel het meest regelmatige opvang bieden (18%). Alleenwonenden doen het minst van al aan opvang.

Ook de **gezondheid** is bepalend: wie geen goede gezondheid heeft (aan de hand van de perceptie door de respondent zelf) zegt vaker nooit aan opvang te doen (60% tegenover 48%). Wie in goede of zeer goede gezondheid verkeert, is daarom niet noodzakelijk een regelmatige verzorger, het verschil zit voornamelijk in het occasioneel opvang bieden. Eerder werd opgemerkt dat de meeste opvang gebeurt door 55- tot 64-jarigen. De vraag is of dit gegeven overeind blijft bij controle van de gezondheid. We stellen vast dat ook bij de groep met een minder goede of slechte gezondheid het grootste aandeel regelmatige verzorgers nog steeds is terug te vinden bij de 55- tot 64-jarigen (29,5% in geval van een minder goede of slechte gezondheid en 25,5% in geval van een goede of zeer goede gezondheid). Blijkbaar speelt hier een zekere noodzaak inzake opvang waarbij de eigen gezondheid op het tweede plan komt.

Naar **opleidingsniveau** is de vaststelling dat naarmate het opleidingsniveau hoger is, het aandeel dat geen opvang biedt afneemt (van 64% bij de laagopgeleiden over 50% bij de middengroep tot 40% bij de hoogopgeleiden). Hoger opgeleiden bieden dus vaker opvang maar het verschil zit hoofdzakelijk in het occasionele karakter van de opvang.

5.2.2. *Sociaaleconomische kenmerken*

Naar verwachting gebeurt de opvang van kleine kinderen meer door degenen die geen betaald **werk** hebben: gepensioneerden en de groep van werklozen, personen in een verlofstelsel of studenten bieden proportioneel het vaakst regelmatige opvang (1 op 5). Onder laatstgenoemde groep is het aandeel dat nooit opvang biedt het laagst (38% tegenover 59% van de gepensioneerden). Voltijds werkenden zijn het minst actief op het vlak van regelmatige opvang (6%). Deeltijds werkenden nemen met 12% een tussenpositie in. Het nog arbeidsactief zijn is de belangrijkste reden waarom grootouders niet beschikbaar zijn voor kinderopvang. In vergelijking met enkele jaren geleden is vooral de groep arbeidsactieve grootmoeders sterk toegenomen (Hedebouw & Peetermans, 2009).

Ook het **inkomen** differentieert: wie het financieel moeilijk heeft, biedt vaker geen opvang (55% tegenover 45% van degenen die zeggen comfortabel te kunnen leven). Anderzijds zijn eerstgenoemden iets vaker regelmatige oppassers.

5.2.3. *Sociale netwerken*

De opvang van kleine kinderen hangt significant samen met het verrichten van **vrijwilligerswerk**. 2 op 3 respondenten (65%) die vrijwilligerswerk doen, passen ook op kleine kinderen, terwijl dit bij degenen die geen vrijwilligerswerk verrichten maar iets meer dan 40% is.

Zowel de frequentie van contacten met niet-inwonende vrienden, kennissen als met niet-inwonende familieleden zijn bepalend voor het al dan niet regelmatig opvangen van kleine kinderen. Wie geen frequente contacten heeft, biedt minder opvang. Dat geldt zowel voor de contacten met niet-inwonende vrienden, kennissen als met niet-inwonende familieleden. Verwonderlijk is dit laatste zeker niet vermits opvang van kleinkinderen contact veronderstelt met de familie.

5.2.4. *Houdingen, waarden en normen*

In het al dan niet opnemen van zorgtaken wordt verondersteld dat de culturele component evenzeer belangrijk is. De waarden en normen die iemand verdedigt, kunnen van invloed zijn op het feitelijk gedrag. Wie bijvoorbeeld in hoge mate **utilitair-individualistisch** is ingesteld, biedt vaker geen opvang. 60% van de hoog utilitair ingestelde respondenten geeft aan nooit opvang te bieden aan kleine kinderen tegenover 41% van degenen die laag scoren. Dat betekent nochtans niet dat de laag utilitair ingestelden ook meer dagelijkse/wekelijkse opvang geven; het verschil zit vooral in het aandeel dat dit occasioneel doet.

De resultaten liggen in dezelfde lijn wat het **vertrouwen in de medemens** betreft. Mensen die anderen het minst vertrouwen bieden het minste opvang.

5.2.5. *Multivariate analyse*

Net zoals voor de zorg voor zieke, gehandicapte of oudere personen, wordt de vraag gesteld of de bivariate resultaten inzake opvang van kleine kinderen overeind blijven wanneer gebruik wordt gemaakt van multivariate analyse. Ook hier blijkt dat de opvang van kleine kinderen finaal door een beperkt aantal factoren wordt beïnvloed na controle van alle andere factoren (zie tabel 4).

Er is een netto-effect van leeftijd en werksituatie. Opvang van kleine kinderen gebeurt vooral door de 55- tot 64-jarigen, wellicht de grootouders (oddsratio van 4,7 in eerste model). De 55- tot 64-jarigen hebben beduidend meer kans om regelmatig opvang te bieden in vergelijking met de referentiegroep en dat is - in mindere mate - ook het geval voor de aangrenzende leeftijdsgroep van de 65- tot 74-jarigen. Wie geen betaalde arbeid verricht,

heeft meer dan iemand met een voltijdse baan, kans om regelmatig opvang te bieden. Dat geldt echter niet voor de groep van huisvrouwen/mannen. Ook deeltijds werkenden onderscheiden zich niet significant van de voltijds werkenden. Er is daarnaast nog een klein netto-effect van huishoudsamenstelling: degenen die enkel met een partner samenwonen hebben meer kans aan opvang te doen dan de referentiegroep zijnde degenen die met partner én kinderen samenwonen. Alle sociaaldemografische en sociaaleconomische variabelen samen leveren een Nagelkerke R^2 van 0,15.

Bij toevoeging van de netwerkvariabelen blijft het sterke verband met de contactfrequentie met niet-inwonende familieleden behouden. Als het inderdaad gaat om regelmatige opvang van kleinkinderen door de grootouders dan is het logisch dat wie dagelijks contact heeft ook meer kans heeft om op regelmatige wijze te zorgen in vergelijking met de referentiegroep. Ook het effect van vrijwilligerswerk blijft overeind al is het effect minder groot. In dit model is de waarde van Nagelkerke R^2 gelijk aan 0,20. De netwerkvariabelen leveren dus een bijkomende verklaring van 5%.

In het laatste model worden de houdingsvariabelen toegevoegd. Geen van de opgenomen variabelen is significant of anders gezegd: of men hoog, middelmatig of laag utilitair individualistisch is ingesteld, de opvang van kleine kinderen wordt hier niet door bepaald. De twee houdingsvariabelen voegen dus weinig toe aan het model.

Net als voor de zorg voor zieke, gehandicapte of oudere familieleden, werd de invloed van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele via andere varianten van de afhankelijke variabele getest (bijvoorbeeld 'dagelijks/wekelijks opvang' versus 'nooit opvang'). De bekomen resultaten gaan in nagenoeg dezelfde richting.

Tabel 4 Resultaten logistische regressie analyse

		Oddsratio Dagelijks of wekelijks opvang van kleine kinderen (ref. minder dan dagelijks of wekelijks)		
		Model 1	Model 2	Model 3
Sociaaldemografische en sociaaleconomische kenmerken				
Geslacht (ref. man)	Vrouw	1,199	1,255	1,260
Leeftijd (ref. 75-85 jaar)	18-34 jaar	1,135	1,011	1,009
	35-44 jaar	0,679	0,554	0,548
	45-54 jaar	2,615*	2,456	2,423
	55-64 jaar	4,698***	4,177***	4,211***
	65-74 jaar	2,262*	2,172*	2,220*
Hoogst behaald diploma (ref. hoger onderwijs van korte of lange type)	Lager secundair onderwijs of minder	0,717	0,724	0,753
	Hoger secundair onderwijs	0,995	1,019	1,043
Huishoudsamenstelling (ref. woont samen met partner én kinderen)	Woont bij ouders	2,056	2,125	2,083
	Woont alleen	0,962	0,857	0,854
	Woont met kinderen zonder partner	1,181	1,116	1,096
	Woont enkel met partner	1,744*	1,633*	1,645*
Perceptie van de gezondheid (ref. heel erg slecht, slecht of redelijk)	Goed of heel erg goed	1,117	1,014	1,009
Werksituatie (ref. werkt voltijds)	Geen betaald werk – gepensioneerd	2,900**	2,714**	2,665**
	Geen betaald werk – huisvrouw/man	1,758	1,496	1,477
	Geen betaald werk – andere	2,818**	2,644**	2,696**
	Werkt deeltijds	1,649	1,627	1,628
Evaluatie van het inkomen (ref. kan comfortabel leven)	Heel erg moeilijk of moeilijk rondkomen	1,177	1,081	1,094
	Het lukt om rond te komen	0,960	0,922	0,933
Sociale netwerken				
Doet vrijwilligerswerk (ref. ja)	Neen		0,595*	0,594*
Frequentie van contacten met niet-inwonende vrienden (ref. dagelijks of bijna dagelijks)	1 of 2 keer per maand of minder		0,837	0,861
	1 of 2 keer per week of minder		1,391	1,394
Frequentie van contacten met niet-inwonende familie (ref. dagelijks of bijna dagelijks)	1 of 2 keer per maand of minder		0,291***	0,285***
	1 of 2 keer per week of minder		0,526**	0,511**
Waarden en normen				
Utilitair individualistisch (ref. hoog)	Laag			1,092
	Midden			1,204
Vertrouwen in mensen (ref. hoog)	Laag			0,910
	Midden			0,913
Model Chi ²		111,323 (p<0,001)	149,517 (p<0,001)	151,635 (p<0,001)
Nagelkerke R ²		0,15	0,20	0,21

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

Bron: SCV-survey 2008

6. Zorg in combinatie met opvang van kleine kinderen

Uit wat voorafgaat, onthouden we dat zorgen voor een zieke, gehandicapte of oudere meer gebeurt door de generaties tussen 45 en 64 jaar, door mensen zonder betaalde baan of zij die deeltijds werken, door degenen die actief zijn in het vrijwilligerswerk. Ongeveer datzelfde profiel geldt met enige nuances voor opvang van kleine kinderen. De vraag is dan: wat is het aandeel dat beide types van zorg combineert? Tabel 5 geeft ons daarover informatie.

Van alle Vlamingen tussen 18 en 85 jaar combineert 3,3% de zorg voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon op een dagelijkse of wekelijkse basis met de dagelijkse of wekelijkse opvang van kleine kinderen. Daarnaast is er nog 10% dat het ene zorgaanbod op regelmatige basis combineert met het andere op een occasionele basis. Dat resulteert in 13% Vlamingen die vrij intens bezig zijn in de informele sector. Ongeveer 30% van de Vlamingen is vrij van deze zorgen. Hoewel zou kunnen verwacht worden dat regelmatige zorgdragers minder tevreden zijn over de tijd die er is om datgene te doen wat moet gedaan worden, is er geen verschil met degenen die bijvoorbeeld geen zorg dragen.

Tabel 5 De zorg voor zieke, gehandicapte of bejaarde familieleden, kennissen of buren in combinatie met opvang van kleine kinderen (in %)

	Regelmatige opvang	Occasionele opvang	Geen opvang	Totaal
Regelmatig verzorger	3,3	5,9	8,7	18,0
Occasioneel verzorger	4,1	17,8	13,3	35,2
Niet-verzorger	4,9	12,8	29,1	46,8
Totaal	12,4	36,5	51,1	N=1.464

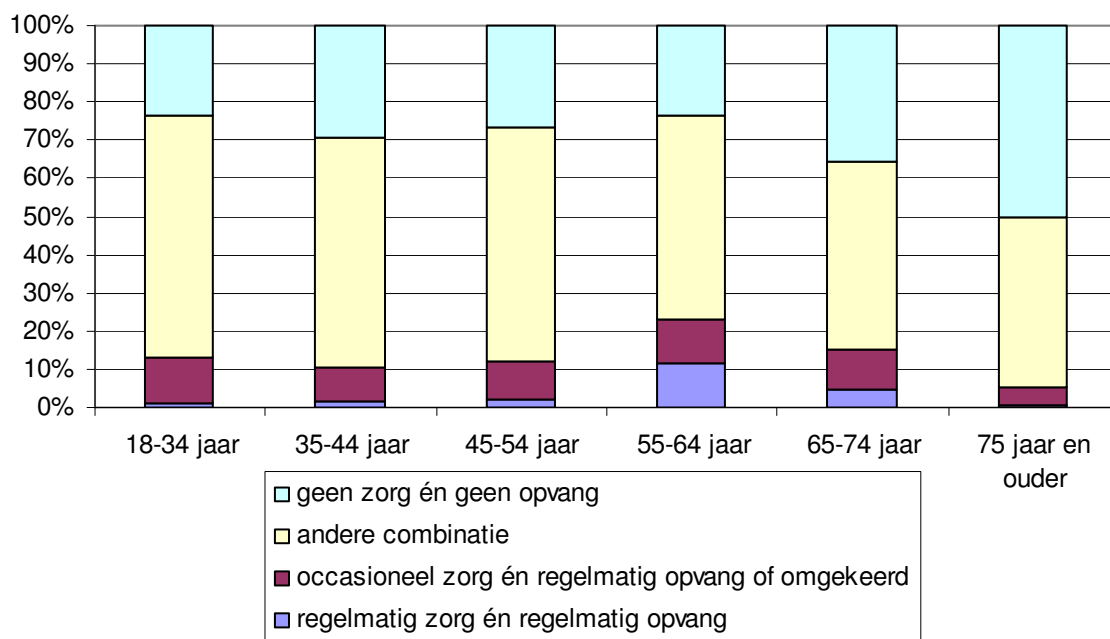
Bron: SCV-survey 2008

Omdat leeftijd een sterk bepalende factor is in het opnemen van informele zorg, zijn we nagegaan hoe deze verhoudingen liggen binnen de verschillende leeftijdsgroepen (zie figuur 4).

‘Zorgen voor’ spitst zich sterk toe op de leeftijdscategorie 55-64 jaar: het aandeel dat geregeld zorgt voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon én tegelijk in opvang voorziet van kleine kinderen ligt er het hoogst met 11,4% (tegenover 3,3% over alle leeftijden heen); het aandeel dat niet zorgt, is er het laagst met 23,3%. In de belendende leeftijdsgroep naar boven is de gecombineerde regelmatige zorg al een stuk lager (4,5%) maar anderzijds wordt er toch nog heel wat zorg geboden via een combinatie van regelmatige zorg én occasionele opvang of omgekeerd, occasionele zorg én regelmatige opvang. Vanaf de leeftijd van 75 jaar is de helft van de Vlamingen op non-actief (geen zorg voor hulpbehoevend persoon, geen opvang van kleine kinderen).

Merken we ten slotte op dat van de 55- tot 64-jarigen nog 1 op 3 werkt (24% doet dat voltijds, 9% deeltijds). Voor hen is het regelmatig optreden als verzorger of het opvangen van kleine kinderen enkel een optie in geval van een deeltijdse baan.

Figuur 4 De zorg voor zieke, gehandicapte of bejaarde familieleden, kennissen of buren in combinatie met opvang van kleine kinderen, naar leeftijd (in %)



Bron: SCV-survey 2008

7. Besluit

De mate waarin mensen voor elkaar zorgen is belangrijk in een periode waarin verwacht wordt dat door de vergrijzing de zorgvraag sterk zal toenemen. Tegelijkertijd is het niet vanzelfsprekend dat deze zorg op dezelfde wijze als voorheen zal worden opgenomen. Een toename van het aantal voltijds werkende vrouwen op de arbeidsmarkt, de stijging van het aantal echtscheidingen, de toename van het aantal alleenstaande personen en de daling van het geboortecijfer zouden de beschikbaarheid van informele hulpverlening kunnen doen slinken.

Onze data laten niet toe te besluiten dat het aantal informele verzorgers van een zieke, gehandicapte of oudere is afgenomen over de tijd. Ander empirisch onderzoek over opvang van kleine kinderen toont wel aan dat bij kinderopvang het gebruik van de informele zorg afneemt. Ondanks deze afname blijken in Vlaanderen heel veel mensen voor elkaar te zorgen. Ongeveer de helft van de bevolking zorgde in het afgelopen jaar al dan niet regelmatig voor een ziek, gehandicapt of bejaard familielid, kennis of buur. Eenzelfde aandeel heeft tijdens de afgelopen 12 maanden voor de opvang van kleine kinderen uit de buurt, kenniskring of familie gezorgd. Beperken we dat aandeel tot regelmatige zorg/opvang in de zin van dagelijks of wekelijks, dan gaat het over 18% respectievelijk 12% van de bevolking van 18 tot 85 jaar.

We komen tot de vaststelling dat zowel bij zorg als bij kinderopvang drie factoren invloed uitoefenen. Dat zijn de leeftijd, de werksituatie en de betrokkenheid in netwerken.

Op de eerste plaats heeft leeftijd een grote impact. Zorgen voor een ziek, gehandicapt of ouder familielid, kennis of buur, is leeftijdsgebonden. Van de populatie die regelmatig zorgt voor een hulpbehoevende, respectievelijk regelmatig kleine kinderen opvangt, zijn de 55- tot 64-jarigen koploper. Meer dan 1 op 4 onder hen engageren zich in een van beide vormen van zorgverlening. 11% combineert de regelmatige zorg met de regelmatige opvang van kleine kinderen en 11% combineert een regelmatige zorg met een occasionele opvang of omgekeerd. Enerzijds is het de generatie die op dit moment niet of niet meer op de arbeidsmarkt aanwezig is - 1 op 3 is nog actief. Anderzijds is het de generatie waarvan wordt verwacht - en de overheid neemt daartoe al een aantal stimulerende maatregelen - dat ze meer of langer aan de arbeidsmarkt zou participeren. Zal in dat geval eenzelfde proportie inzetbaar blijven is dan de vraag. Enig optimisme is aangewezen gelet op de vaststelling dat deeltijds werkenden overeenkomstig degenen die geen betaald werk hebben, meer zorg opnemen dan zij met een voltijdse betaalde baan. Dat geldt weliswaar niet voor de opvang van kleine kinderen. Een hogere activiteitsgraad van oudere werknemers, zij het deeltijds, zou dus wel mogelijk zijn zonder het informele zorgaanbod te laten afnemen. Over de oorzaak van het verband kunnen we ons echter niet uitspreken: wordt er zorg opgenomen omwille van geen betaalde baan of wordt de betaalde arbeid teruggeschroefd - bijvoorbeeld van voltijds naar deeltijds - in gevolge de noodzaak van zorgarbeid?

Wil de regering een warme samenleving waarin mensen voor elkaar zorgen, combineren met hogere activeringsgraden van ouderen, dan dient ze extra aandacht te geven aan deeltijdse arbeidsregimes (uitloopbanen, ...) en aan tijdelijke zorgverloven. Dat vraagt echter ook de nodige flexibiliteit vanwege het werkgeversfront.

Dat het verrichten van vrijwilligerswerk en het zorgen voor elkaar samengaan, kan aan een aantal factoren worden toegeschreven. Allereerst is het een afspiegeling van een houding tegenover de medemens. Vrijwillig onbetaalde inzet voor anderen komt voort uit dezelfde houding als deze van de zorg voor elkaar. Opvallend is dat de impact van het utilitair individualisme en het vertrouwen in de medemens in het eindmodel verdwijnen na controle van alle andere variabelen. Dit kan er op wijzen dat de grondhouding nl. zich inzetten voor anderen en vertrouwen in de mens al verrekend wordt in het kader van het effect van de vrijwillige inzet voor elkaar; een inzet die dienstbaarheid ten overstaan van anderen vooronderstelt. Ten tweede wees eerder onderzoek er al op dat het hebben van sociale netwerken belangrijk is voor het ontvangen van informele zorg. Het is dan ook evident dat de leden van sociale netwerken die (nog) niet zorgbehoevend zijn eerder informele zorg zullen verstrekken. Eén van de fundamenten van het huidige welzijnsbeleid is het versterken van de draagkracht van mensen in hun thuissituatie. Daar mag op basis van dit rapport aan toegevoegd worden dat het versterken van de sociale netwerken en nog iets ruimer van het

sociaal kapitaal ook een fundament is van het welzijnsbeleid. Want sterke sociale banden leiden tot meer zorg voor elkaar!

In dit rapport werd de samenhang tussen sociaaldemografische en sociaaleconomische variabelen, netwerkkennmerken en houdingen én informele zorg, respectievelijk opvang van kleine kinderen, onderzocht. Alle kenmerken samen verklaren 12% van de zorg voor een ziek, gehandicapt of ouder persoon en 21% van de geboden informele opvang van kinderen. In de sociale wetenschappen is 20% verklaring niet onaardig. Eerder onderzoek wees uit dat de aanwezigheid van een zorgbehoevende in het sociale netwerk en wellicht ook indirect de relatie die men ermee heeft, een hoge voorspellende waarde heeft voor het al dan niet zorg verlenen. Wie met een persoon samenwoont die zorgen nodig heeft om reden van ziekte, handicap of ouderdom, zou 14 maal meer kans hebben om interne mantelzorger te zijn, dit is zorg te verlenen aan een gezinslid (De Koker, 2006). We hebben die omstandigheid niet mee opgenomen in onze analyse maar niettemin is het percentage verklaarde variantie in onze studie behoorlijk.

Het vergelijken met vroeger onderzoek naar informele zorg in Vlaanderen is niet eenvoudig omdat vraagstellingen verschillen. De vraagstelling recurrent behouden, maakt het mogelijk om evoluties in het aanbod in kaart te brengen. Gezien de periodiciteit van de SCV-survey zou het informele aanbod kunnen opgevolgd worden en zijn op termijn tijdreeksen mogelijk. Het is daarom aangewezen een meer omvattende zorgmodule uit te werken. Zo is informatie nodig over de aanwezigheid van een hulpbehoevende in én buiten het gezin en over de relatie die er is met die persoon. Daarnaast moet een onderscheid worden ingebouwd tussen de informele zorg aan een hulpbehoevende binnen respectievelijk buiten het gezin, is er informatie nodig over het aantal uren hulp (bijvoorbeeld op weekbasis) en zijn er meer gegevens nodig over de draagkracht en de draaglast van degene die zorg biedt. Voor het beleid is het immers van groot belang de draagkracht en draaglast van informele verzorgers te kunnen schatten. Hoe ervaren informele verzorgers de belasting bij het informeel zorg verlenen zowel op het fysieke, het emotionele als het financiële vlak? Ook de mate waarin de informele hulpverlener zich gewaardeerd voelt, is een belangrijk gegeven, naast het al dan niet ondersteund worden door andere informele hulpverleners en/of professionele diensten.

Bibliografie

- Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009. zie http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Cijfers/zorgverzekering/lopende_dossiers_tenlastenemen/lopendedossiers_31122008.xls (geraadpleegd op 12/11/2009).
- Armstrong, D. (1994). *Outline of sociology as applied to medicine*, London: Oxford University Press.
- Billiet, J. & Waege, H. (red.) (2001). *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- Buijssen, H. & Adriaansen, M. (2005). *Hulpverlening aan mantelzorgers: een leerboek voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Campbell, L. & Martin-Matthews, A. (2000). Primary and proximate. The importance of coresidence and being primary provider of care for men's filial care involvement. *Journal of Family Issues*, 21 (8), 1006-1030.
- Carton, A. & Pauwels, G. (2007). Verantwoordelijkheden voor de overheid? Ja! Prestaties van de overheid? De Vlaamse mening is verdeeld. In: Pickery, J. (red.). *Vlaanderen gepeild! 2007*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, 37-77.
- Craeynest, K. & De Koker, B. (2006). Onderzoek naar informatienoden van mantelzorgers: een exploratief-beschrijvend onderzoek. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 30, 275, 41-57.
- De Boer, A. (red.) (2005). *Kijk op informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Boer, A. & Timmermans, J. (2007). *Blijvend in balans. Een toekomstverkenning van 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 Koker, B. (2006). Mantelzorg binnen het huishouden. In: Jacobs, T. & Lodewijckx, E. (red.). *Grenzen aan mantelzorg. Sociaaldemografische hypothesen over de toekomst van de zorg*. Antwerpen: Garant, 115-142.
- De Koker, B. (2009). Socio-demographic determinants of informal caregiving: co-resident versus extra-resident care. *European Journal of Ageing*, 6:1, 3-15.
- De Morgen (2009). column van Kieboom, H. (23 april) en lezersbrief van Defauw, T. (24 april).
- Daatland, S.O. (1996). Adapting the Scandinavian Model of care for elderly people. In: Hennessy, P. (ed.), *Caring for frail Elderly People: Policies in Evolution*, Paris: OECD Social Policy Studies, 19, 247-260.
- Deboosere, P., Demarest, S., Lorant, V., Miermans, P-J., Portet, M-I. & Van Oyen, H. (2006). *Gezondheid en mantelzorg*. Sociaal-economische enquête 2001, Monografieën.
- Dykstra, P.A. & Fokkema, T. (2007). Persoonlijke zorgnormen: bereidheid te geven én te ontvangen. In: de Boer, A (red.). *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 122-142.
- Elchardus, M. & Heyvaert, P. (1990). *Soepel, flexibel en ongebonden. Een vergelijking van twee laat-moderne generaties*. Brussel: VUB-Press.
- European Commission (2001). *SOCCARE - New kinds of families, New kinds of social care: Shaping multidimensional European policies for formal and informal care*.

Ghysels, J. & Van Lancker, W. (2009). *Het Matteüseffect onder de loep: over het ongelijke gebruik van kinderopvang in Vlaanderen*. Antwerpen: Centrum voor Sociaal Beleid.

Hattinga Verschure J.C.M. (1971). *Het verschijnsel Zorg*.

Hedebouw, G. & Sannen, L. (2002). *Grootouders of andere familieleden en kinderopvang*, HIVA-KULeuven.

Hedebouw, G. & Peetermans, A. (2009). *Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaams Gewest*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Heylen, L. & Mortelmans, D. (2006). Determinanten van mantelzorg. In: Jacobs, T. & Lodewijckx, E. (red.). *Grenzen aan mantelzorg. Sociaaldemografische hypothesen over de toekomst van de zorg*. Antwerpen: Garant, 65-90.

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. & Lodewijckx, E. (red.) (2006). *Grenzen aan mantelzorg. Sociaaldemografische hypothesen over de toekomst van de zorg*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Kind en Gezin (2007). *Het kind in Vlaanderen 2007*, Brussel: Kind en Gezin.

Kremer, M. (2000). *Geven en claimen. Burgerschap en informele zorg in Europees perspectief*. NIZW.

Lammertyn, F. (1996). *De zorg voor welzijn. Actuele antwoorden op oude vragen*. Welzijnsgids-welzijnszorg. Februari 1996.

Pijl, M. (2003). *Developments in the support of carers in Finland, England and the Netherlands, 1998-2002*, socialstyrelsen.

Sadiraj, K., Timmermans, J., Ras, M. & de Boer, A. (2009). *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Smet P. (2009). *Beleidsnota Gelijke kansen*.

Spillman, B. & Pezzin, L. (2000). Potential and active family caregivers: Changing networks and the "Sandwich Generation". *The Milbank Quarterly*, 78, 3, 347-374.

Tegenbos, G. (2010). De verborgen geschiedenis van het welzijnsbeleid. Maturiteit of midlifecrisis? In: *Weliswaar*, Dertig jaar Vlaams welzijns- en gezondheidsbeleid, nr 92.

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

Van Woensel, A. (2006). *Met de mantel der liefde. Een analyse van de combinatie werk en mantelzorg/kinderzorg in Vlaanderen*. Eindrapport Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming.

Vanderleyden, L. (2006). Gender en informele zorg. Een benadering vanuit het leefsituatieonderzoek Vlaamse Ouderen. In: Deven, F. & Jacobs, Th. (red.). *Vooruitdenken over zorg in Vlaanderen*. CBGS-Publicaties, Antwerpen-Apeldoorn: Garant, 253-270.

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

Vandeurzen J. (2009). *Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.

Vlaamse Regering, Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2009-2014. *Een daadkrachtig Vlaanderen in beslissende tijden. Voor een vernieuwende, duurzame, en warme samenleving.*

Vogels, M. (2004). *Het welzijnsbeleid in Vlaanderen*. Lannoo Campus.

Waeye, H. & Agneessens, F. (2001). Impressies over sociale relaties, waarden en tradities. In: Administratie Planning en Statistiek. *Vlaanderen gepeild*. De Vlaamse overheid en burgeronderzoek. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 133-156.



Studiedienst van de Vlaamse Regering
Boudewijnlaan 30 - bus 23
1000 BRUSSEL
<http://www.vlaanderen.be/svr>

