

De relatie van de belasting van werk en mantelzorg met de zelfperceptie van gezondheid



Masterthesis Arbeid, Zorg & Participatie

1 juli 2017

Student: Anneke Gerritsen (5738903)

Eerste beoordelaar: dr. Marijn Stok

Tweede beoordelaar: dr. Mara Yerkes

Wordcount: 7979

Samenvatting

In Nederland geeft ruim 33 procent van de bevolking mantelzorg aan een naaste, waarvan een groot deel mantelzorg combineert met een betaalde baan. De noodzaak van balans tussen werk en mantelzorg neemt toe, doordat vanuit de overheid mantelzorg meer gestimuleerd wordt en de arbeidsparticipatie van vrouwen toeneemt. Het combineren van werk en mantelzorg kan echter gezondheidsproblemen veroorzaken. Dit onderzoek heeft daarom bekeken welke relatie de belasting van werk en mantelzorg heeft met zelfperceptie van algemene gezondheid. Daarnaast is onderzocht of sekse en thuiswerken invloed hebben op deze relatie. De data van het Arbeidsaanbodpanel 2014 werd gebruikt, waarvan 546 respondenten werden onderzocht. Middels een hiërarchische multi-pele regressie was gebleken dat toename van belasting van werk en mantelzorg geen lagere zelfperceptie van gezondheid voorspelde. Daarnaast toonde dit onderzoek aan dat thuiswerkers en vrouwen hun gezondheid niet anders ervoeren dan respectievelijk niet-thuiswerkers en mannen, waaruit geconcludeerd werd dat thuiswerken en sekse geen moderatoren waren. Een verklaring voor deze resultaten is dat in dit onderzoek de zelfperceptie van gezondheid werd gemeten in plaats van objectieve gezondheidsproblemen.

Kernwoorden: werk, mantelzorg, zelfperceptie van gezondheid, thuiswerken, sekse.

Introductie

Het combineren van werk en mantelzorg wordt steeds belangrijker door de toename van het aantal ouderen en de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen (Centraal Bureau voor Statistiek, 2017a; 2017b). Het aantal ouderen is de afgelopen jaren meer dan een half miljoen gestegen, waardoor de zorgkosten zijn toegenomen van vijftien miljoen in 2010 naar meer dan zeventien miljoen in 2013. Opvallend is dat in 2015 de zorgkosten voor ouderen zijn afgenomen (Centraal Bureau voor Statistiek, 2016). Een mogelijke verklaring is de toename van informele zorg, zoals de laatste jaren waar te nemen is in de meeste Europese landen (Costa-Font, Karlsson & Øien, 2016). In 2014 gaf alleen al in Nederland ruim 33 procent van de bevolking mantelzorg, waarvan twee-derde van de hulpbehoevenden 65 jaar of ouder is (Klerk, Boer, Plaisier, Schyns & Kooiker, 2015). Internationaal onderzoek toont aan dat in de Verenigde Staten en Europa respectievelijk ruim 18 en 34 procent van de bevolking mantelzorg verleent (Gibson-Hunt, Greene, Whiting, Reinhard, Friss-Feinberg, Choula, Green & Houser, 2015; Verbakel, Tamlagsrønning, Winstone, Fjær & Eikemo, 2017).

Tilburg en Pas (2008) verwachten dat de potentie om informele zorg te geven afneemt, omdat het aandeel werkende vrouwen toeneemt. Een halve eeuw geleden werkten vrouwen vrijwel niet en namen zij de zorgtaken op zich voor hun kinderen en zorgbehoevende familieleden. Door de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen, ontbreekt het hen nu aan tijd om naast het werk de zorg voor hun hulpbehoevende naasten op zich te nemen (Tilburg & Pas, 2008). Ondanks deze sceptische visie van Tilburg en Pas, combineren veel vrouwen werk en mantelzorg. In Nederland en de Verenigde Staten participeerden respectievelijk 79 en 55 procent van de vrouwelijke mantelzorgers op de arbeidsmarkt (Klerk et al., 2015; Gibson-Hunt et al., 2015).

De overheid stimuleert het combineren van werk en mantelzorg (Rijn, 2014), echter ervaren werkende mantelzorgers belasting wat kan resulteren in gezondheidsproblemen (Dorant & Boumans, 2016; Broese van Groenou, Schakel & Tolkacheva, 2015; Scharlach, 1994). Daarbij ervaren vrouwen een hogere belasting dan mannen en hebben dientengevolge meer mentale en fysieke gezondheidsproblemen (Honda, Date, Abe, Aoyagi & Honda, 2014; Pinquart & Sörensen, 2006), waardoor sekse een belangrijke factor is binnen dit onderzoek. Thuiswerken kan daarentegen de belasting van werkende mantelzorgers verminderen (Gajendran & Harrison, 2007; Major, Verive & Joice, 2008; Sullivan & Lewis, 2001). Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat thuiswerken zorgt voor een betere uitvoering van mantelzorgtaken, met als gevolg dat thuiswerkers een betere gezondheid ervaren (Major et al., 2008). Desalniettemin tonen andere onderzoeken aan dat thuiswerken de belasting voor

mantelzorgers verhoogt (Sullivan & Lewis, 2001; Mann & Holdsworth, 2003). Het is voor de samenleving relevant dat er mogelijkheden worden onderzocht voor een betere balans van werk en mantelzorg. Het is noodzakelijk dat mantelzorgers een deel van de zorgtaken op zich blijven nemen, zodat de zorgkosten laag blijven en hulpbehoevende mensen lang thuis kunnen blijven wonen (Rijn, 2014). In dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre werkende vrouwelijke mantelzorgers meer gezondheidsproblemen ervaren dan mannen en in hoeverre thuiswerken deze gezondheidsproblemen vermindert.

Verscheidene onderzoeken tonen aan dat mantelzorgers mentale en fysieke gezondheidsproblemen ervaren (Pinquart & Sörensen, 2006; Chen, Chen & Chu, 2015; Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003). Fysieke en mentale gezondheidsproblemen zijn objectieve bevindingen. De meta-analyse van Pinquart en Sörensen (2006) toont aan dat mantelzorgers, in het algemeen, lager scoren op subjectief welbevinden. Desalniettemin is er weinig onderzoek gedaan naar de zelfperceptie van algemene gezondheid van in het bijzonder werkende mantelzorgers. De zelfperceptie van algemene gezondheid meet niet alleen gezondheid, maar ook items uit andere levensdomeinen, zoals welbevinden, energie en vitaliteit (Ware, 1987; Idler & Benyamini, 1997). Er is onderzoek gedaan naar de zelfperceptie van gezondheid bij mantelzorgers in het algemeen, waaruit blijkt dat mantelzorgers die veel stress ervaren een lagere zelfperceptie van hun gezondheid geven (Son, Erno, Shea, Femia, Zarit & Stephens, 2007). Voor zover bekend is er vrijwel geen onderzoek gedaan naar de zelfperceptie van gezondheid bij werkende mantelzorgers. Daarom ligt in dit onderzoek de nadruk op werkende mantelzorgers, zodat de resultaten een aanvulling zijn op de huidige wetenschappelijke kennis over werkende mantelzorgers en de zelfperceptie op hun gezondheid.

In dit onderzoek wordt vanuit interdisciplinair perspectief het thema werk, mantelzorg en gezondheid beschouwd. Door gebruik van psychologische en sociologische theorieën wordt de *person-in-context* gezien. Individuen verschillen van elkaar door karakter en persoonskenmerken, maar ook omdat zij blootgesteld staan aan een verschillende en veranderende omgeving. Het bestuderen van de persoon in diens context levert rijkere informatie op dan afzonderlijk de persoon, omdat de omgeving en structuren invloed hebben op het individu (Mechelen, 2009). Daarom is het van belang vanuit verscheidene disciplines het onderwerp werk, mantelzorg en gezondheid te onderzoeken. Vanuit de psychologie worden persoonskenmerken, zoals sekse, bij de werkende mantelzorger beschreven. Vanuit de sociologie worden omgevingskenmerken, zoals werklocatie en zorg voor naaste, beschreven.

Door theorieën van beide disciplines te gebruiken, ontstaat er een compleet beeld van het thema en wordt de complexiteit van het probleem erkend.

Theoretische exploratie

Werk, mantelzorg en zelfperceptie van gezondheid

Mantelzorgers kunnen een hoge belasting ervaren en dientengevolge meer mentale en fysieke gezondheidsproblemen hebben (Pinquart & Sörensen, 2006; Chen et al., 2015; Vitaliano et al., 2003). Mantelzorg is vrijwillige en onbetaalde zorg die men verleent aan een naaste met fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen (Kwekkeboom, 1990). Werkende mantelzorgers hebben daarenboven een grotere kans op gezondheidsproblemen dan niet-werkende mantelzorgers (Dorant & Boumans, 2016, Broese van Groenou et al., 2015; Scharlach, 1994). De werkende mantelzorger is *'een werknemer die zorgt voor een kwetsbaar familielid of vriend als gevolg van leeftijd, ziekte of beperking'*, aldus Ireson, Sethi en Williams (2016, p.6). Onderzoek toont aan dat hoe intensiever een persoon mantelzorg verleent, hoe meer stress ervaren wordt en hoe complexer werk en mantelzorg te combineren zijn met als gevolg mentale en fysieke gezondheidsproblemen (Dorant & Boumans, 2016). De gezondheidsproblemen in bovenstaande onderzoeken onder (werkende) mantelzorgers zijn veelal gemeten met objectieve aanwezigheid van mentale en fysieke aandoeningen. Een persoon kan echter feitelijk met gezondheidsproblemen kampen, maar dit niet als probleem ervaren. Zelfbeoordeling van gezondheid meet beter de gezondheid, dan feitelijke afwezigheid van ziektes, omdat het niet alleen gezondheid meet, maar ook items uit andere levensdomeinen, zoals welbevinden, energie en vitaliteit (Jylha, 2009; Idler & Benyamini, 1997; Ware, 1987). Onderzoek laat zien dat mantelzorgers die veel stress ervaren een lagere perceptie van hun gezondheid geven (Son et al., 2007; Vitaliano et al., 2003). Hierbij is het component werk niet onderzocht. In dit onderzoek ligt de nadruk op de zelfperceptie van gezondheid bij het combineren van werk en mantelzorg, omdat werk de mantelzorger extra kwetsbaar maakt (Dorant & Boumans, 2016, Broese van Groenou et al., 2015; Scharlach, 1994). Daarbij is expliciet gekeken naar de zelfperceptie van gezondheid, omdat dit beter meet welke impact de belasting van werk en mantelzorg heeft op een persoon dan objectieve meting gezondheid. Hierbij wordt de definitie van Ware (1987, p.479) gehanteerd, namelijk *'een persoonlijke evaluatie van gezondheid, gevoelens van welbevinden, energieniveau en vitaliteit.'*

Een mogelijke theoretische verklaring van een hogere kans op gezondheidsproblemen bij werkende mantelzorgers wordt gegeven door de rol-conflicttheorie van Goode (1960).

Werkende mantelzorgers hebben verschillende rollen zoals werknemer, mantelzorger en wellicht opvoeder en/of partner. Deze verschillende rollen kunnen tegenstrijdig aan elkaar zijn, waardoor rolspanning optreedt. Wanneer deze rolspanning blijft voortduren, kan dit uitlopen op een rolconflict (Goode, 1960). Een rolconflict ontstaat vaak door tijdsgebrek om beide rollen te vervullen, spanning bij participatie van de ene rol en specifiek vereiste gedragingen of houdingen bij de andere rol (Greenhaus & Beutell, 1985). Een tegenovergestelde visie op het combineren van werk en mantelzorg is rolaccumulatie, waar beargumenteerd wordt dat verschillende rollen elkaar verrijken. Een vermeerdering van rollen heeft voordelen, zoals privileges binnen de rollen, statuszekerheid, middelen voor statusverbetering en verrijking van de persoonlijkheid (Sieber, 1974). De rol van werknemer kan energie geven, zodat de rol van mantelzorger kan worden behouden. Hoe beter werkende mantelzorgers de verschillende rollen kunnen combineren, hoe minder stress zij ervaren (Martire, Stepha & Atienza, 1997; Scharlach, 1994). Dorant en Boumans (2016) ontdekken dat werkende mantelzorgers, die intensief zorg verlenen, vaker een rolconflict ervaren met als gevolg een slechtere mentale en fysieke gezondheid, dan werkende mantelzorgers die minder intensief zorg verlenen. Opvallend is dat werkende mantelzorgers de verschillende rollen ook als een verrijking ervaren. Zij willen tegelijkertijd de verschillende rollen van elkaar scheiden dan wel integreren, waardoor conflict en verrijking gelijktijdig ontstaan (Dorant & Boumans, 2016).

Een andere mogelijke theoretische verklaring voor de gezondheidsproblemen bij werkende mantelzorgers wordt gegeven door de herstel-inspanningstheorie (Meijman & Mulder, 1998). Deze theorie legt duidelijk een verband tussen arbeid en gezondheidsproblemen. Er is herstel nodig van arbeidsinspanning, zodat er opnieuw inspanning geleverd kan worden. Wanneer te veel inspanning wordt verricht en te weinig tijd voor herstel wordt genomen, kan dit leiden tot fysieke en mentale gezondheidsproblemen (Meijman & Mulder, 1998). Mantelzorg kan leiden tot psychische vermoeidheid, doordat de werknemer in de vrije tijd mantelzorgtaken uitvoert met als gevolg te weinig hersteltijd van het werk (Boer et al., 2015). Uit een ander onderzoek blijkt dat werkende mantelzorgers die intensief zorg verlenen, veel hersteltijd nodig hebben van een werkdag en intensieve gevoelens van emotionele uitputting ervaren (Dorant & Boumans, 2016). Het is daarom voor dit onderzoek van belang de belasting van werk en mantelzorg, uitgedrukt in uren, te meten.

Samenvattend kan gezegd worden dat het combineren van werk en mantelzorg een negatieve invloed heeft op de gezondheid. Het is daarom aannemelijk dat het combineren van werk en mantelzorg een negatieve relatie heeft met zelfperceptie van algemene gezondheid.

Thuiswerken, mantelzorg en zelfperceptie van gezondheid

Thuiswerken kan de balans van arbeid en mantelzorg positief beïnvloeden (Gajendran & Harrison, 2007; Major et al., 2008; Sullivan & Lewis, 2001). Thuiswerken is het werken in de privésituatie waarbij wel of geen gebruik gemaakt wordt van ICT (Sullivan, 2003). Over de rol van thuiswerken bestaan verschillende visies. Enerzijds wordt gedacht vanuit het flexibiliteitsmodel. Dit houdt in dat het combineren van werk- en zorgtaken beter uit te voeren zijn door thuiswerken. De voordelen van thuiswerken zijn het beter combineren van werk- en zorgtaken, toename van flexibiliteit, vermindering reistijd en toename van productiviteit (Mann & Holdsworth, 2003). Uit onderzoek van Major et al. (2008) blijkt dan ook dat thuiswerken zorgt voor het beter kunnen combineren van werk en zorg, omdat de werknemers beter hun verantwoordelijkheden van zorg voor naasten kunnen vervullen. Daarnaast toont een meta-analyse op basis van 46 studies aan dat thuiswerken een positief effect heeft op werk-privé balans, rolspanning en welbevinden (Gajendran & Harrison, 2007). Deze onderzoeken bevestigen het flexibiliteitsmodel en hebben een verband met de theorie van rolaccumulatie, waarin wordt beargumenteerd dat verschillende rollen zorgen voor verrijking en energie (Sieber, 1974). Thuiswerken kan bijdragen aan het beter combineren van werk en mantelzorg en derhalve is een beter ervaren gezondheid aannemelijk.

Anderzijds is er het exploitatiemodel, wat inhoudt dat de werknemer uitgebuit wordt doordat werk- en zorgtaken gecombineerd kunnen worden door middel van thuiswerken. Zij voelen zich hierdoor meer eenzaam, doordat zij minder contact hebben met collega's. Bovendien vervaagt de grens tussen werk en privé (Sullivan & Lewis, 2001; Mann & Holdsworth, 2003). Er blijkt dan ook uit onderzoek dat werknemers die thuiswerken meer stress en meer fysieke gezondheidsproblemen ervaren dan kantoor-werknemers (Mann & Holdsworth, 2003). Daarentegen blijkt uit een ander onderzoek dat flexibele werkvoorzieningen, waaronder thuiswerken, vrijwel geen invloed heeft op de gezondheid van werkende mantelzorgers (Chesley & Moen, 2006).

Samenvattend kan gezegd worden dat er verschillend gedacht wordt over de invloed van thuiswerken. Een meta-analyse toont aan dat thuiswerken een positief effect heeft op werk-privé balans, rolspanning en welbevinden (Gajendran & Harrison, 2007). Daarom is het aannemelijk dat thuiswerkende mantelzorgers hun gezondheid positiever beoordelen dan niet-thuiswerkers mantelzorgers.

Sekse, mantelzorg en zelfperceptie van gezondheid

Ondanks dat vrouwen voornamelijk in deeltijd werken, vinden zij de combinatie van werk en mantelzorg meer gecompliceerd dan mannen, waardoor zij meer mentale en fysieke gezondheidsproblemen ervaren (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017a; Honda et al., 2014; Pinquart & Sörensen, 2006). Man-vrouwverschillen worden aangeduid met sekseverschillen, wat de biologische verschillen behelst, of met genderverschillen, wat de sociaal-culturele verschillen omvat (Ashmore & Sewell, 1998). Man-vrouwverschillen op de thema's arbeid, mantelzorg en gezondheid zijn zowel sekse- als gender-gerelateerd. In dit onderzoek worden deze verschillen benoemd als sekseverschillen, omdat er alleen onderzocht wordt of mannen en vrouwen, die werk en mantelzorg combineren, hun gezondheid verschillend ervaren. Sociale en culturele verschillen tussen mannen en vrouwen worden in dit onderzoek niet meegenomen, alhoewel die op de achtergrond meespelen.

Een mogelijke theoretische verklaring van het fenomeen dat vrouwen werk en mantelzorg moeizaam kunnen combineren met als gevolg een verhoogde kans op gezondheidsproblemen, wordt gegeven door de socialisatietheorie. Deze theorie legt uit dat vrouwen en mannen andere sociale normen en attitudes hebben geleerd, waarbij het de traditionele verwachting is dat vrouwen zorgen voor het huishouden en familieleden. Ook wanneer vrouwen een betaalde baan hebben, zullen zij nog steeds de verplichting voelen om voor het huishouden en familieleden te zorgen (Finley, 1989). Dit kan resulteren in een rolconflict, omdat verplichtingen van werk- en zorgtaken niet met elkaar te verenigen zijn (Goode, 1960). Rolconflict zorgt voor stress, waardoor er een verhoogde kans op gezondheidsproblemen is. Onderzoek uit Japan en Europa toont aan dat vrouwen, bij het combineren van werk en mantelzorg, tweemaal vaker depressie ervaren dan mannen (Honda et al., 2014; Verbakel et al., 2017). Depressie is een onderdeel van gevoelens van welbevinden, wat gemeten wordt met zelfperceptie van gezondheid. Daarentegen wijst een review van Pinquart & Sörensen (2006) uit dat sekseverschillen in mantelzorg klein zijn. Vrouwen geven wel meer uren zorg en ervaren meer zorglast, depressie en slechtere fysieke gezondheid dan mannen (Pinquart & Sörensen, 2006).

Samenvattend kan gezegd worden dat vrouwen een verhoogde kans hebben op gezondheidsproblemen, omdat zij werk en mantelzorg moeilijk kunnen combineren. Het is daardoor aannemelijk dat vrouwen, naar mate de belasting van werk en mantelzorg toeneemt, hun gezondheid negatiever beoordelen dan mannen.

Huidig onderzoek

Vanuit de theoretische exploratie vloeien de volgende onderzoeksvragen voort:

Welke relatie heeft de belasting van werk en mantelzorg met de zelfperceptie van algemene gezondheid en in hoeverre wordt deze relatie gemodereerd door thuiswerken en sekse?

- a) In welke mate wordt de relatie van de belasting van werk en mantelzorg met de zelfperceptie van algemene gezondheid gemodereerd door thuiswerken?
- b) In welke mate wordt de relatie van de belasting van werk en mantelzorg met de zelfperceptie van algemene gezondheid gemodereerd door sekse?

Hieruit volgen de volgende hypothesen:

1. De belasting van werk en mantelzorg heeft een negatieve relatie met de zelfperceptie van algemene gezondheid.
2. Thuiswerken heeft een positief moderatie-effect op de relatie van de belasting van werk en mantelzorg met de zelfperceptie van algemene gezondheid.
3. Sekse heeft een negatief moderatie-effect op de relatie van de belasting van werk en mantelzorg met de zelfperceptie van algemene gezondheid.

In het conceptueel model is weergegeven hoe de verschillende variabelen zich tot elkaar verhouden, zie Figuur 1.

Method

Dataset en procedure

Voor dit onderzoek werd de data van de Arbeidsaanbodpanel (AAP) 2014 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gebruikt. Het doel van de AAP is het in kaart brengen van arbeidsaanbod door de tijd heen middels panelonderzoek, wat inhoudt dat respondenten zo lang mogelijk worden gevolgd. In dit onderzoek werden alleen de gegevens van 2014 - die het meest recent zijn - gebruikt, omdat dit een cross-sectioneel onderzoek was. De AAP leverde voldoende rijke data op om de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek te beantwoorden, omdat de variabelen uit het conceptueel model naadloos aansloten bij de variabelen uit de AAP.

De respondenten werden benaderd middels een huishoudensteekproef, wat inhoudt dat huishoudens werden geselecteerd, waarbij alle gezinsleden tussen de 16 en 66 jaar mochten deelnemen aan het onderzoek (Echtelt, Croezen, Vlasblom & Voogd-Hamelink, 2016). De adressen van de huishoudens werden op basis van de Gemeentelijke Basisadministratie

(GBA) verzameld. Telefonisch werd onderzocht of de potentiële respondenten wilden deelnemen aan het onderzoek, waarbij deelname van de hoofdkostwinner of diens partner een eis was (Echtelt et al., 2016). Op basis van de groep respondenten uit het voorgaande panel, werd een aanvullende adressensteekproef gedaan. Deze aanvullingssteekproef werd getrokken op basis van geschatte responscijfers van verschillende groepen, zoals leeftijd, huishoudsituatie, voornaamste bron van inkomsten en wonen in een grote stad, en op basis van hun aanwezigheid in populatie én panel. Groepen die in mindere mate aanwezig waren in het panel, waren in meerdere mate aanwezig in de aanvullingssteekproef. Op deze wijze was de populatie in het onderzoek zo veel mogelijk representatief aan de landelijke bevolking (Echtelt et al., 2016).

Het GBA leverde gegevens van 8.461 personen aan het SCP. Na telefonische screening werd aan 7.272 personen de vragenlijst toegestuurd en door 5.148 personen ingevuld. Gegevens van 200 personen werden verwijderd vanwege invalide respons en kwam het netto aantal respondenten op 4.948 personen (Echtelt et al., 2016). Er werden drie verschillende vragenlijsten afgegeven: een voor werkenden, een voor niet-werkenden en een voor scholieren en studenten. In dit onderzoek werd alleen de vragenlijst voor werkenden benut, omdat werkende mantelzorgers de doelgroep van dit onderzoek was. De respondenten konden kiezen tussen een schriftelijke of online vragenlijst en kregen na het invullen van de vragenlijst een vergoeding (Echtelt et al., 2016).

Participanten

In totaal werden 546 respondenten uit de AAP, die werk en mantelzorg combineerden, onderzocht. Er waren acht *missing values*. De *missing values* werden in dit onderzoek *listwise* verwijderd, omdat de *sample* groot genoeg was. Dit is een geldige reden voor *listwise* verwijdering van *missing values* (Acock, 2005).

Van de respondenten was 40.1 procent man en 59.9 procent vrouw. De meeste respondenten waren gehuwd of hadden een geregistreerd partnerschap (73,6%). De gemiddelde leeftijd lag op 50 jaar ($M_{\text{leeftijd}} = 50.13$, $SD_{\text{leeftijd}} = 9.22$). Vrijwel alle respondenten hadden een Nederlandse identiteit (97,1%) en was daarom niet als controlevariabele meegenomen. De meeste respondenten hadden een mbo-, havo- of vwo-opleiding genoten (39.2%). Ruim de helft had een deeltijdbaan (59.7%). De respondenten verleenden gemiddeld anderhalve maand mantelzorg ($M_{\text{maandenmantelzorg}} = 1.55$, $SD_{\text{maandenmantelzorg}} = 2.63$). De meeste respondenten gaven mantelzorg aan één van hun ouders (56.1%) of schoonouders (19.9%). In Tabel 1 zijn de descriptieve statistieken weergegeven.

Instrumenten

Afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele was de zelfperceptie van algemene gezondheid en bestond uit één item. De vraag luidde: ‘Hoe is over het algemeen uw gezondheid?’. De vraag werd beantwoord met een vijf-punt Likertschaal van heel goed tot heel slecht en was om die reden een continue variabele (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014). In een review van Idler en Benyamini (1997) werd deze variabele als zeer valide beschreven, omdat in 23 van de 27 studies de resultaten consistent waren met elkaar en de effectgrootte groot was.

Onafhankelijke variabele

De continue variabele uren werk en mantelzorg was een nieuwe variabele, die bestond uit de optelsom van de variabelen uren werk en uren mantelzorg. Deze variabele mat of toename van belasting van werk en mantelzorg, uitgedrukt in uren, een relatie had met een lagere zelfperceptie van gezondheid. De vragen van deze items luidden: ‘Hoeveel uur werkt u per week volgens uw contract?’ en ‘Hoeveel uur besteedt u daar (zorg voor naaste) gemiddeld per week aan?’ (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014).

Moderatoren

Thuiswerken was een dichotome variabele en luidde: ‘Werkt u in uw huidige baan weleens thuis?’ (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014). De variabele sekse was ook een dichotome variabele en werd opnieuw gecodeerd (0 = man, 1 = vrouw). Om te kunnen meten of thuiswerken en sekse moderatoren waren, werd een interactievariabele aangemaakt door het aantal uren werk en mantelzorg te vermenigvuldigen met respectievelijk thuiswerken en sekse.

Controlevariabelen

Burgerlijke staat was een controlevariabele en werd dummy gecodeerd, waarbij ‘gehuwd of geregistreerd partnerschap’ de referentiegroep was. De vraag was: ‘Wat is uw burgerlijke staat?’. Ook was op leeftijd gecontroleerd. De vraag luidde: ‘Wat is uw geboortedatum?’. Naar aanleiding van de geboortedatum werd de leeftijd vastgesteld. Vervolgens was opleidingsniveau een controlevariabele en werd dummy gecodeerd, waarbij ‘mbo, havo of vwo’ de referentiegroep was. De vraag was: ‘Wat is de hoogste opleiding waar u een diploma voor heeft behaald?’. Eveneens waren duur van mantelzorg en aan wie mantelzorg wordt gegeven controlevariabelen, omdat langdurige mantelzorg en zorg voor een naaste in de eigen

privé-situatie, zoals een partner of kind, het meest intensief en belastend zijn (Boer et al., 2010). De variabele aan wie mantelzorg wordt gegeven had per type hulpbehoevende een item, waardoor deze variabele niet dummy gecodeerd werd. De vragen waren: ‘Hoe lang geeft u deze hulp al?’ en ‘Aan wie geeft u hulp?’. Als laatste was voltijd of deeltijd werken een controlevariabele, omdat uit eerder onderzoek blijkt dat deeltijdwerkers een hogere belasting ervaren dan voltijdwerkers (Boer et al., 2010). Voltijd- en deeltijdwerken werd dummy gecodeerd (0 = deeltijd, 1 = voltijd). De vraag luidde: ‘Bent u werkzaam in voltijd of in deeltijd?’.

Analyse

Dit kwantitatieve onderzoek bestudeerde de relatie tussen het combineren van werk met mantelzorg en de zelfperceptie van algemene gezondheid. Daarnaast werd onderzocht of sekse en thuiswerken een moderatie-effect hebben. De relatie tussen de variabelen werd geanalyseerd met een hiërarchische multi-pele regressie, omdat de afhankelijke en onafhankelijke variabelen continue waren en er sprake was van meerdere onafhankelijke variabelen.

De hiërarchische multi-pele regressie werd opgebouwd in twee modellen, die beiden uit drie stappen bestaan. In Model 1 werd de moderator thuiswerken onderzocht en in Model 2 de moderator sekse. De zelfperceptie van algemene gezondheid was bij alle stappen de afhankelijke variabele. In stap 1 werden de controlevariabelen ingevoerd. In stap 2 werd de belasting van werk en mantelzorg toegevoegd, zodat het hoofdeffect werd gemeten. Stap 1 en 2 vormden het basismodel. In stap 3 van Model 1 waren de variabele thuiswerken en de interactie-variabele tussen thuiswerken en belasting van werk en mantelzorg toegevoegd. Stap 1 en 2 werden vervolgens opnieuw uitgevoerd om het moderatie-effect van sekse te meten, waarbij in stap 3 van Model 2 de variabele sekse en de interactie-variabele tussen sekse en belasting van werk en mantelzorg werden toegevoegd.

Resultaten

Assumpties en descriptieve statistiek

Voordat de resultaten werden geïnterpreteerd, voldeden de verschillende assumpties. Als eerste lieten boxplots zien dat er diverse *univariate outliers* waren bij de variabelen uren werk en mantelzorg (5), leeftijd (3) en duur mantelzorg (8)¹. Het criterium voor een *outlier* was een

¹ Wanneer de cases van de *outliers* zijn verwijderd, veranderen de resultaten. Alle finale modellen zijn niet significant, $p = .109$ voor stap 1, $p = .139$ voor stap 2, $p = .192$ voor model 1 en $p = .126$ voor model 2.

waarde die meer dan drie standaarddeviaties verwijderd was van het gemiddelde. Ten tweede was de *Mahalanobis distance* niet groter dan de kritieke χ^2 voor $df > 500$ ($\alpha = .05$) van 553.13 voor elke casus in dit databestand, wat betekende dat er geen multivariate *outliers* aanwezig waren. Als laatste liet een relatief hoge tolerantie voor de voorspeller en moderatoren zien dat er geen sprake was van multicollineariteit.

De gemiddelde score van de zelfperceptie van algemene gezondheid was 1.22, waarbij score 1 'heel goed' betekende ($M_{\text{zelfperceptie-gezondheid}} = 1.22$, $SD_{\text{zelfperceptie-gezondheid}} = 0.69$). De respondenten besteedden gemiddeld 33 uur per week aan werk en mantelzorg ($M_{\text{werkenmantelzorg}} = 32.98$, $SD_{\text{werkenmantelzorg}} = 11.85$), waarbij meer dan de helft van de werkende mantelzorgers weleens thuiswerkte (59.9%). Deze descriptieve statistieken staan beschreven in Tabel 1.

Werk, mantelzorg en zelfperceptie van gezondheid

De ongestandaardiseerde (*B*) regressie-coëfficiënten, de standaard error (*SE B*) en de gestandaardiseerde (β) regressie-coëfficiënten van de voorspellers in stap 1, 2 en 3 van Model 1 (thuiswerken) en Model 2 (sekse) in het regressiemodel zijn gerapporteerd in Tabel 2.

Stap 1 was significant, de controlevariabelen verklaarden 5,9% van de variantie van zelfperceptie van gezondheid, $R^2 = .059$, aangepaste $R^2 = .023$, $F(20, 517) = 1,64$, $p = .041$, Cohens $f^2 = .06$ (klein tot middelmatig effect). De burgerlijke staat 'gescheiden' en 'alleenstaand' hadden in vergelijking met 'gehuwd of geregistreerd partnerschap' respectievelijk een significant negatief ($p = .05$) en een marginaal negatief effect ($p = .08$) op zelfperceptie van gezondheid. Het geven van mantelzorg aan partner en schoonouder hadden respectievelijk een marginaal negatief ($p = .06$) en marginaal positief effect ($p = .09$) op zelfperceptie van gezondheid. Leeftijd, opleidingsniveau, duur van mantelzorg en deeltijdwerken (ten opzichte van voltijdwerken) hadden niet een significant effect op de zelfperceptie van gezondheid, $p \geq .11$.

Stap 2 was significant met een verklaarde variantie van 6,3% van zelfperceptie van gezondheid, $R^2 = .063$, aangepaste $R^2 = .025$, $F(21, 516) = 1,66$, $p = .034$, Cohens $f^2 = .07$, (klein tot middelmatig effect). Het toevoegen van de belasting van werk en mantelzorg in stap 2 voegde 0,4% van de verklaarde variantie toe aan de zelfperceptie van gezondheid, $\Delta R^2 = .004$, $\Delta F(1, 516) = 2,03$, $p = .155$, Cohens $f^2 = .00$ (geen effect). De burgerlijke staat 'gescheiden' en 'weduwe of weduwnaar' hadden in vergelijking met 'gehuwd of geregistreerd partnerschap' respectievelijk een marginaal negatief ($p = .06$) en marginaal positief ($p = .07$) effect op de zelfperceptie van algemene gezondheid. Hulp geven aan schoonouder had een marginaal positief effect, $p = .09$. Belasting van werk en mantelzorg had niet een significant

effect op de zelfperceptie van gezondheid, $p = .16$. De controlevariabelen veroorzaakten het significante effect in stap 2, waarbij belasting van werk en mantelzorg geen relatie had met de zelfperceptie van de algemene gezondheid. Daarom werd hypothese 1 verworpen.

Thuiswerken, mantelzorg en zelfperceptie van gezondheid

Stap 3 in Model 1 (thuiswerken) was significant met een verklaarde variantie van 6,7% van de zelfperceptie van algemene gezondheid, $R^2 = .067$, aangepaste $R^2 = .025$, $F(23, 514) = 1,56$, $p = .049$, Cohens $f^2 = .07$ (klein tot middelmatig effect). Het toevoegen van thuiswerken en de interactie met belasting van werk en mantelzorg voegden 0,2% van de verklaarde variantie toe aan de zelfperceptie van gezondheid, $\Delta R^2 = .002$, $\Delta F(2, 514) = 0,52$, $p = .592$, Cohens $f^2 = .00$ (geen effect). De burgerlijke staat ‘gescheiden’ en ‘weduwe of weduwnaar’ hadden in vergelijking met ‘gehuwd of geregistreerd partnerschap’ respectievelijk een marginaal negatief ($p = .07$) en marginaal positief ($p = .06$) effect op de zelfperceptie van gezondheid. Hulp geven aan schoonouder had een marginaal positief effect, $p = .07$. Thuiswerken en de interactie met belasting van werk en mantelzorg hadden niet een significant positief effect op de zelfperceptie van algemene gezondheid, $p \geq .35$. De controlevariabelen zorgden voor een significant effect in stap 3 van Model 1, waaraan de moderator thuiswerken geen bijdrage leverde. Hypothese 2 werd verworpen.

Sekse, mantelzorg en zelfperceptie van gezondheid

In stap 3 van Model 2 (sekse) werden sekse en de interactie met belasting van werk en mantelzorg toegevoegd aan het basismodel, bestaande uit stap 1 en 2. Stap 3 was significant met een verklaarde variantie van 6,7% van de zelfperceptie van algemene gezondheid, $R^2 = .067$, aangepaste $R^2 = .025$, $F(23, 514) = 1,61$, $p = .038$, Cohen's $f^2 = .07$ (klein tot middelmatig effect). Het toevoegen van sekse en de interactie met de belasting van werk en mantelzorg voegden 0,4% van de verklaarde variantie toe aan de zelfperceptie van algemene gezondheid, $\Delta R^2 = .004$, $\Delta F(2, 514) = 1,06$, $p = .347$, Cohens $f^2 = .00$ (geen effect). De controlevariabelen burgerlijke staat ‘gescheiden’, ‘weduwe of weduwnaar’ en ‘alleenstaand’ hadden in vergelijking met ‘gehuwd of geregistreerd partnerschap’ respectievelijk een significant negatief ($p = .05$), marginaal positief ($p = .09$) en marginaal negatief ($p = .07$) effect op de zelfperceptie van gezondheid. Voltijd of deeltijd werken had een significant negatief effect op de zelfperceptie van algemene gezondheid, $p = .04$. Hulp geven aan schoonouder had een marginaal positief effect, $p = .08$. Sekse en de interactie met belasting van werk en mantelzorg hadden niet een significant negatief effect op de zelfperceptie van

gezondheid, $p \geq .62$. De controlevariabelen veroorzaakten het significante effect in stap 3 van Model 2. Sekse was geen moderator op de relatie tussen de belasting van werk en mantelzorg en de zelfperceptie op gezondheid. Hypothese 3 werd verworpen.

Discussie

Discussie

De hoofdvraag in dit onderzoek was welke relatie er is tussen de belasting van werk in combinatie met mantelzorg en de zelfperceptie op algemene gezondheid. De verwachting was dat een hogere belasting van werk en mantelzorg een lagere zelfperceptie van algemene gezondheid zou voorspellen. In dit onderzoek werd hier geen bewijs voor gevonden.

Daarenboven werd onderzocht in hoeverre thuiswerken en sekse invloed hebben op deze relatie. De hypothese was dat thuiswerkers, die zorg aan hun naasten verlenen, een hogere zelfperceptie van hun gezondheid zouden geven dan niet-thuiswerkers. Daarnaast was de verwachting dat vrouwen, die werk en mantelzorg combineren, hun gezondheid lager zouden beoordelen dan mannen. In dit onderzoek werd echter geen bewijs gevonden voor deze hypothesen. De komende sectie wordt toegespitst op de variabelen uit stap 2 en 3 van de analyse, vanwege niet noemenswaardige resultaten van de controlevariabelen in stap 1.

Ten eerste was het resultaat, de verwerping van hypothese 1, niet in overeenstemming met de rol-conflict- en herstel-inspanningstheorie, waarin wordt beargumenteerd dat mantelzorg de werk-privé-balans kan verstoren wat vervolgens een negatieve invloed kan hebben op de gezondheid (Greenhaus & Beutell, 1985; Meijman & Mulder, 1998; Martire et al., 1997). Een mogelijke verklaring is dat de verschillende rollen van werknemer en mantelzorger elkaar verrijken met als gevolg een goede zelfperceptie van de gezondheid (Sieber, 1974). Een volgende mogelijke verklaring is dat deze theorieën zijn toegespitst op de objectieve gezondheid in plaats van op de zelfperceptie van algemene gezondheid. Het kan zijn dat de respondenten feitelijk fysieke en mentale gezondheidsproblemen hadden, maar dit niet als gezondheidsprobleem ervoeren. Een andere mogelijke verklaring is dat de werkende mantelzorgers in dit onderzoek een relatief korte periode mantelzorg gaven, gemiddeld anderhalve maand, waardoor zij wellicht een lage belasting ervoeren en hun gezondheid positief beoordeelden. In eerder onderzoek is immers aangetoond dat een langdurige periode van mantelzorg intensief en belastend kan zijn (Boer et al., 2010).

Ten tweede beoordeelden thuiswerkers hun gezondheid niet anders dan niet-thuiswerkers, wat niet in overeenstemming is met het flexibiliteitsmodel. Dit model beargumenteerd dat thuiswerken zorgt voor het beter combineren van werk en mantelzorg met

als gevolg minder mentale en fysieke gezondheidsproblemen (Sullivan & Lewis, 2001; Gajendran & Harrison, 2007). Het is mogelijk dat thuiswerken zorgde voor een hogere belasting, zoals het exploitatiemodel beargumenteerd, alhoewel hier geen bewijs voor gevonden werd (Mann & Holdsworth, 2003; Sullivan & Lewis, 2001). De resultaten waren wel in overeenstemming met het onderzoek van Chesley & Moen (2006), waaruit bleek dat thuiswerken vrijwel geen invloed had op de gezondheid van werkende mantelzorgers. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat was dat de thuiswerkers in dit onderzoek wellicht meer uren op kantoor werkten dan thuis, waardoor thuiswerken geen effect had op de zelfperceptie van gezondheid. Zoals uit onderzoek blijkt, kan een hoog aantal uren thuiswerken een positief effect hebben op de werk-privé balans (Gajendran & Harrison, 2007).

Ten derde waren er geen noemenswaardige verschillen in de zelfperceptie van gezondheid tussen mannen en vrouwen, naar mate de belasting van werk en mantelzorg toenam. Dit komt niet overeen met de socialisatietheorie, die beargumenteerd dat vrouwen geneigd zijn meer en intensievere zorgtaken op zich te nemen dan mannen door sociale normen in de opvoeding en maatschappij. Het gevolg is een hogere kans op mentale en fysieke gezondheidsproblemen bij vrouwen (Finley, 1989; Pinquart & Sörensen, 2006; Honda et al., 2014). Een verklaring voor dit resultaat is het mogelijk grote aantal vrouwen dat die in deeltijd werkten, vanwege het grote percentage vrouwen dat in Nederland een deeltijdbaan heeft (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017a). Hierdoor beoordeelden de vrouwelijke respondenten hun gezondheid wellicht beter, omdat zij mogelijk een lagere belasting per week ervoeren. Daarentegen blijkt uit ander onderzoek dat deeltijdwerkers meer mantelzorgtaken op zich nemen dan voltijdwerkers (Boer et al., 2010), waardoor het onwaarschijnlijk is dat een deeltijdbaan zorgt voor een betere zelfperceptie van gezondheid dan een voltijdbaan. Een andere mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat de vrouwen wellicht feitelijk mentale en fysieke gezondheidsproblemen hadden, zoals in eerder onderzoek is aangetoond (Pinquart & Sörensen, 2006; Honda et al., 2014), maar dat zij dit niet als gezondheidsprobleem ervoeren.

Beperkingen

In dit onderzoek werd nadrukkelijk de combinatie van werk en mantelzorg bestudeerd. Het is echter mogelijk dat afzonderlijk een hogere belasting van mantelzorg, uitgedrukt in uren, een lagere zelfperceptie van gezondheid voorspelt, omdat mantelzorg meer psychische en lichamelijke belasting kan veroorzaken dan werk (Dorant & Boumans, 2016). Het is interessant om in vervolgonderzoek te meten in hoeverre een toename van het aantal uren

mantelzorg een slechtere zelfperceptie van gezondheid voorspelt, zodat duidelijk wordt welke invloed mantelzorg heeft op de gezondheid van werknemers.

Vervolgens is het de vraag in hoeverre dit databestand representatief was aan de bevolking in Nederland. In dit databestand verleende 8.2% van de respondenten meer dan acht uur per week mantelzorg. Het SCP-rapport *Informeel hulp, wie doet er wat?* geeft echter aan dat 16% van de Nederlandse bevolking meer dan acht uur per week mantelzorg verleent (Klerk et al., 2015). In vervolgonderzoek naar belasting van mantelzorgers mag meer nadruk liggen op de mantelzorgers die meer dan acht uur per week zorg verlenen aan een naaste. Hierdoor kan beter worden onderzocht welke impact mantelzorg heeft op de zelfperceptie van algemene gezondheid.

Een laatste beperking van dit onderzoek was de afwezigheid van gegevens over de aandoeningen of ziekten van de hulpbehoevenden. Uit onderzoek blijkt dat het zorgen voor personen met gedragsproblemen, zoals dementerende ouderen, met zware fysieke beperkingen, zoals kankerpatiënten, intensief en belastend zijn met als gevolg meer kans op gezondheidsproblemen (Sherwood, Donovan, Given, Lu, Given, Hricik & Bradley, 2008; Vitaliano et al., 2003). Het geeft aanvullende kennis wanneer in vervolgonderzoek wordt onderzocht in hoeverre de aandoeningen van de hulpbehoevenden invloed heeft op de relatie van belasting van werk en mantelzorg met de zelfperceptie van gezondheid.

Implicaties

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek was dat er - voor zover bekend - vrijwel geen onderzoek is gedaan naar de zelfperceptie van gezondheid bij werkende mantelzorgers. In dit onderzoek is expliciet gekozen voor de zelfperceptie van gezondheid, omdat de beleving van gezondheid beter gezondheid meet dan de objectieve afwezigheid van ziektes en beperkingen (Jylha, 2009; Idler & Benyamini, 1997; Ware, 1987). Er werd echter geen bewijs gevonden dat de respondenten hun gezondheid slechter beoordeelden naar mate zij meer uren per week besteedden aan werk en mantelzorg. Dit resultaat impliceert dat de verschillende rollen van werknemer en mantelzorger niet met elkaar conflicteren en geen rolspanning veroorzaakt, wat wel door de rol-conflicttheorie wordt beargumenteerd (Goode, 1960). Daarnaast impliceert dit resultaat dat werkende mantelzorgers voldoende hersteltijd hebben van hun inspanningen in werk en mantelzorg. Er is te weinig bewijs om op basis van alleen dit onderzoek de rol-conflicttheorie en herstel-inspanningstheorie te verwerpen of aan te passen. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig naar de redenen van een goede beoordeling van gezondheid, ondanks dat de belasting van werk en mantelzorg toeneemt. Ook is er

vervolgonderzoek nodig naar wanneer de belasting van werk en mantelzorg invloed heeft op de zelfperceptie van algemene gezondheid.

De sociale relevantie van dit onderzoek was de toenemende noodzaak van balans tussen werk en mantelzorg, doordat er vanuit de overheid mantelzorg meer gestimuleerd wordt en de arbeidsparticipatie van vrouwen toeneemt (Rijn, 2014; Centraal Bureau voor Statistiek, 2017a). Thuiswerken kan een oplossing zijn voor een betere balans tussen werk en mantelzorg, waardoor er minder gezondheidsproblemen ontstaan bij werkende mantelzorgers, wat beargumenteerd wordt door het flexibiliteitsmodel (Gajendran & Harrison, 2007; Major et al., 2008; Sullivan & Lewis, 2001). Echter werd in dit onderzoek geen bewijs gevonden voor deze verwachting, wat impliceert dat het flexibiliteitsmodel verworpen of aangepast moet worden. Er is te weinig bewijs om op basis van dit onderzoek het flexibiliteitsmodel te verwerpen of aan te passen. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig naar oorzaken waarom thuiswerken niet zorgt voor een betere zelfperceptie van gezondheid bij een toename van belasting van werk en mantelzorg. Daarnaast is er vervolgonderzoek nodig naar de invloed van de intensiteit van thuiswerken op de zelfperceptie van gezondheid, aangezien uit een meta-analyse blijkt dat hoog-intensief thuiswerken een positief effect heeft op de werk-privé balans (Gajendran & Harrison, 2007), wat wellicht invloed heeft op de zelfperceptie van algemene gezondheid.

Als laatste is er in dit onderzoek gekeken naar de invloed van sekse op de relatie van belasting van werk en mantelzorg met zelfperceptie van gezondheid. Er is geen verschil gevonden, wat impliceert dat de socialisatie bij mannen en vrouwen gelijk is, wat strijdig is met de socialisatietheorie. Om de socialisatietheorie te verwerpen of aan te passen, is er meer bewijs nodig. Daarom is het wenselijk dat er vervolgonderzoek wordt gedaan naar de oorzaken waarom vrouwen, bij een toename van belasting van werk en mantelzorg, hun gezondheid hetzelfde beoordelen als mannen.

De resultaten van dit onderzoek geven implicaties voor beleid en praktijk. Het huidige beleid is gericht op de ondersteuning van werkende mantelzorgers (Rijn, 2014). Echter impliceert dit onderzoek dat werkende mantelzorgers geen ondersteuning nodig hebben, want een toename van belasting van werk en mantelzorg heeft geen relatie met hoe zij hun gezondheid beleven. Daarnaast impliceert dit onderzoek dat thuiswerken geen oplossing is voor het verminderen van de belasting van werk en mantelzorg. Vervolgens hebben vrouwen niet meer ondersteuning nodig dan mannen, want zij beoordeelden hun gezondheid hetzelfde. Desalniettemin zijn er andere onderzoeken die aantonen dat de belasting van werk en mantelzorg gezondheidsproblemen kan opleveren (Dorant & Boumans, 2016, Broese van

Groenou et al., 2015; Scharlach, 1994), waardoor met voorzichtigheid beleid voor werkende mantelzorgers geschreven moet worden.

Concluderend wordt gesteld dat ondanks de verschuiving in de maatschappij naar een toenemende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt, de belasting van werk en mantelzorg geen relatie heeft met de zelfperceptie van gezondheid. Daarnaast wordt gesteld dat thuiswerken geen oplossing is voor een betere zelfperceptie van gezondheid, naar mate de belasting van werk en mantelzorg toeneemt.

Referenties

- Acock, A.C. (2005). Working With Missing Values. *Journal of Marriage and Family*, 67(4), 1012–1028.
- Ashmore, R.D. & Sewell, A.D. (1998). Sex/Gender and the Individual. In: D.F. Barone, M. Hersen & V.B. Van Hasselt (Red.), *Advanced Personality* (p.377-403). New York: Springer US.
- Broese van Groenou, M., Schakel, S. & Tolkacheva, N. (2015). Werk en mantelzorg. Een risico voor de psychische gezondheid? *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 31(4), 393-410.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2016). *Statline - Zorguitgaven; aanbieders van zorg en financieringsbron*. Opgehaald op 3 maart 2017 van <http://statline.CentraalBureauvoorStatistiek.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83039ned&D1=a&D2=a&D3=12,14-15&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T>
- Centraal Bureau voor Statistiek (2017a). *Statline - Arbeidsdeelname; kerncijfers*. Opgehaald op 3 maart 2017 van <http://statline.CentraalBureauvoorStatistiek.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82309ned&D1=0,2,12,15,18,23&D2=0,1&D3=0,8&D4=0&D5=4,24,39,54,64,1&HDR=G1,G2,G3,T&STB=G4&VW=T>
- Centraal Bureau voor Statistiek (2017b). *Statline – Bevolking; kerncijfers*. Opgehaald op 3 maart 2017 van <http://statline.CentraalBureauvoorStatistiek.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37296ned&D1=0-2,8,12-13,19-21,56,68&D2=60,63,65-66&HDR=G1&STB=T&VW=T>
- Chen, M.C., Chen, K.M. & Chu, T.P. (2015). Caregiver Burden, Health Status, and Learned Resourcefulness of Older Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 37(6), 767–780.
- Chesley, N. & Moen, P. (2006). When Workers Care. Dual-Earner Couples' Caregiving Strategies, Benefit Use, and Psychological Well-Being. *American Behavioral Scientist*, 49(9), 1248-1269.
- Costa-Font, J., Karlsson, M. & Øien, H. (2016). Careful in the Crisis? Determinants of Older People's Informal Care Receipt in Crisis-Struck European Countries. *Health Economics*, 25(2), 25–42.
- Dorant, E. & Boumans, N.P.G. (2016). Positive and Negative Consequences of Balancing

- Paid Work and Informal Family Care: a Survey in Two Different Sectors. *International Journal of Health and Psychology Research*, 4(1), 16-33.
- Echtelt, P. van, Croezen, S., Vlasblom, J.D. & Voogd-Hamelink, M. de (2016). *Aanbod van arbeid 2016. Werken, zorgen en leren op een flexibele arbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Finley, N. J. (1989). Theories of family labor as applied to gender differences in caregiving for older parents. *Journal of Marriage and the Family*, 51(1), 79-86.
- Gajendran, R.S. & Harrison, D.A. (2007). The Good, the Bad, and the Unknown About Telecommuting: Meta-Analysis of Psychological Mediators and Individual Consequences. *Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1524–1541.
- Gibson-Hunt, G., Greene, R., Whiting, C.G., Reinhard, S., Friss-Feinberg, L., Choula, R., Green, J. & Houser, A. (2015). *Caregiving in the U.S. 2015*. Bethesda: National Alliance for Caregiving.
- Goode, W.J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483-496.
- Greenhaus, J.H. & Beutell, N.J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management review*, 10(1), 76-88.
- Honda, A., Date, Y., Abe, Y., Aoyagi, K. & Honda, S. (2014). Work-related Stress, Caregiver Role, and Depressive Symptoms among Japanese Workers. *Safety and Health at Work*, 5(1), 7-12.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(1), 21-37.
- Ireson, R., Sethi, B. & Williams, A. (2016). Availability of caregiver-friendly workplace policies (CFWPs): an international scoping review. *Health and Social Care in the Community*. Online gepubliceerd. doi: 10.1111/hsc.12347.
- Jylha, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.
- Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P. & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, M.H. (1990). *Het licht onder de korenmaat. Informele zorgverlening in Nederland*. Den Haag: VUGA.
- Major, D.A., Verive, J.M. Joice, W. (2008). Telework as a Dependent Care Solution: Examining Current Practice to Improve Telework Management Strategies. *Psychologist-Manager Journal (Taylor & Francis Ltd)*, 11(1), 65-91.

- Mann, S. & Holdsworth, L. (2003). The psychological impact of teleworking: stress, emotions and health. *New Technology, Work and Employment*, 18(3), 196-211.
- Martire, L.M., Stephens, M.A.P. & Atienza, A.A. (1997). The Interplay of Work and Caregiving: Relationships Between Role Satisfaction, Role Involvement, and Caregivers' Well-being. *Journal of Gerontology*, 52(5), 279-289.
- Mechelen, I. van (2009). A royal road to understanding the mechanisms underlying person-in context behaviour. *Journal of Research in Personality*, 43(2), 179–186.
- Meijman, T.F. & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In: P.J.D. Drenth, H. Thierry en C.J. de Wolff (red.), *Handbook of Work and Organizational Psychology. Work Psychology* (2e druk, p. 5-33). Hove: Psychology Press.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*, 61(1), 33–45.
- Scharlach A.E. (1994). Caregiving and employment: Competing or complementary roles? *The Gerontologist*, 34(3), 378-85.
- Sherwood, P.R., Donovan, H.S., Given, C.W., Lu, X., Given, B.A., Hricik, A. & Bradley, S. (2008). Predictors of employment and lost hours from work in cancer caregivers. *Psychology-Oncology*, 17(6), 598-605.
- Siebert, S.D. (1974). Toward a Theory of Role Accumulation. *American Sociological Review* 39(4), 567-578.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2014). *SCP Arbeidsaanbodpanel. Vragenlijst werkenden, niet-werkenden en studenten 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Son, J. Erno, A., Shea, D.G., Femia E.E., Zarit, S.H. & Stephens, M.A.P. (2007). Caregiver Stress Process and Health Outcomes. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 871-887.
- Sullivan, C. (2003). What's in a name? Definitions and conceptualizations of teleworking and homeworking. *New Technology, Work and Employment*, 18(3), 158-165.
- Sullivan, C. & Lewis, S. (2001). Home-based Telework, Gender, and the Synchronization of Work and Family: Perspectives of Teleworkers and their Co-residents. *Gender, Work and Organization*, 8(2), 123-145.
- Tilburg T. van & Pas S. van der (2008). *The intergenerational care potential of Dutch older adults in 1992 and 2002*. Cheltenham: Edward Elgar, p. 217-235.
- Rijn, M.J. van (2014). *Memorie van Toelichting. Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Verbakel, E., Tamlagsrønning, S., Winstone, L., Fjær, E.L. & Eikemo, T.A. (2017). Informal

- care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(1), 90-95.
- Vitaliano, P.P., Zhang, J. & Scanlan, J.M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946–972.
- Ware, J.E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal Chronical Disorder*, 40(6), 473-480.

Tabel 1*Descriptieve statistieken*

Variabelen		<i>M/%</i>	<i>SD</i>
Zelfperceptie van gezondheid		1.22	0.69
Uren werk en mantelzorg		32.98	11.85
Thuiswerken		59.9%	
Geslacht (vrouw)		59.9%	
Burgerlijke staat	Gehuwd, geregistreerd partnerschap	73.6%	
	Samenwonend met partner	8.6%	
	Gescheiden	6.0%	
	Weduwe/weduwenaar	1.3%	
	Alleenstaand/ongetrouwd	10.4%	
Leeftijd		50.13	9.22
Opleidingsniveau	Basisschool	0.9%	
	Vmbo/lbo/mavo	19.7%	
	Mbo/havo/vwo	39.2%	
	Hbo	29.7%	
	Wo	10.5%	
Deeltijdbaan		59.7%	
Duur mantelzorg in maanden		1.55	2.63
Aan wie mantelzorg:	Partner	8.1%	
	Ouder	56.1%	
	Schoonouder	19.9%	
	Thuiswonend (stief-) of (pleeg)kind	6.3%	
	Uitwonend (stief-) of (pleeg)kind	5.9%	
	Ander familielid	12.9%	
	Kennis of vriend	12.1%	
	Buurman of buurvrouw	9.0%	
	Anders	3.7%	

Tabel 2

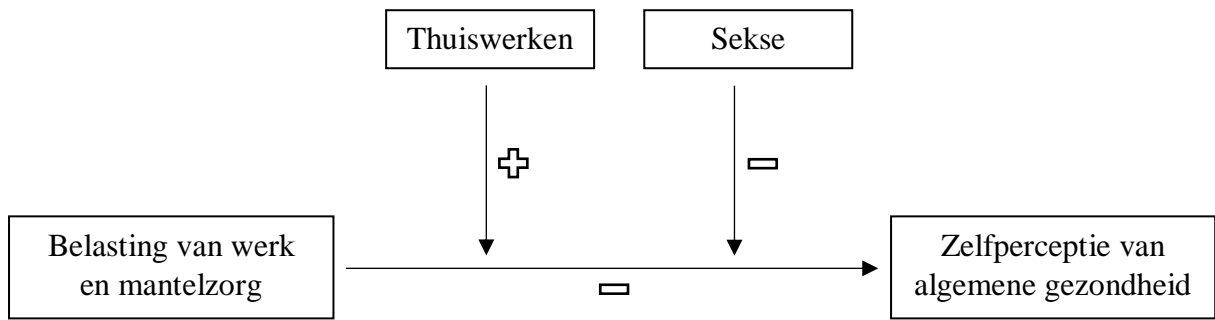
Ongestandaardiseerde regressie-coëfficiënten (B), standaard error ($SE B$) en de gestandaardiseerde regressie-coëfficiënten (β) voor stap 1, stap 2, Model 1 (thuiswerken) en Model 2 (sekse) in het regressiemodel om zelfperceptie van gezondheid te voorspellen.

Variabelen	Stap 1			Stap 2			Model 1			Model 2		
	B	$SE B$	β	B	$SE B$	β	Thuiswerken			Sekse		
	B	$SE B$	β	B	$SE B$	β	B	$SE B$	β	B	$SE B$	B
Constant	4.08	0.20		4.26	0.27		4.23	0.24		4.32	.37	
Leeftijd	-0.00	0.00	-.04	-0.00	0.00	-.04	-0.00	0.00	-.05	-0.00	0.00	-.04
Opleidingsniveau (ref: mbo/havo/vwo)												
Basisschool	-0.42	0.32	-.06	-0.43	0.32	-.06	-0.42	0.32	-.06	-0.42	0.32	-.06
Vmbo/lbo/mavo	-0.04	0.08	-.02	-0.04	0.08	-.02	-0.03	0.09	-.02	-0.04	0.08	-.02
Hbo	0.09	0.07	.06	0.09	0.07	.06	0.09	0.08	.06	0.09	0.07	.06
Wo	0.15	0.10	.07	0.16	0.11	.07	0.15	0.11	.06	0.17	0.11	.07
Burgerlijke staat (ref: gehuwd/geregistreerd partnerschap)												
Samenwonend	-0.03	0.11	-.01	-0.01	0.11	-.01	-0.02	0.11	-.01	-0.03	0.11	-.01
Gescheiden	-0.25	0.13	-.09*	-0.24	0.13	-.08**	-0.24	0.13	-.08**	-0.25	0.13	-.09**
Weduwe/weduwenaar	0.42	0.27	.07	0.49	0.27	.08**	0.51	0.27	.08**	0.46	0.27	.08**
Alleenstaand	-0.16	0.11	-.08**	-0.18	0.11	-.08**	-0.18	0.11	-.08**	-0.19	0.11	-.09**
Deeltijdbaan	-0.05	0.06	-.04	-0.12	0.08	-.08	-0.12	0.08	-.09	-0.20	0.10	-.14*
Duur mantelzorg	-0.02	0.01	-.07	-0.02	0.01	-.06	-0.06	0.01	-.06	-0.02	0.01	-.06

Aan wie mantelzorg

Partner	-0.24	0.12	-.09**	-0.21	0.12	-.08**	-0.20	0.13	-.08	-0.19	0.13	-.07
Ouder	0.02	0.08	.01	0.02	0.08	.02	0.02	0.08	.02	0.02	0.08	.01
Schoonouder	0.14	0.08	.08**	0.14	0.08	.08**	0.15	0.08	.09**	0.15	0.08	.08**
Thuiswonend (stief-) of (pleeg)kind	-0.16	0.13	-.06	-0.12	0.14	-.04	-0.11	0.14	-.04	-0.12	0.14	-.04
Elders wonend (stief-) of (pleeg)kind	0.09	0.13	.03	0.09	0.13	.03	0.09	0.13	.03	0.10	0.13	.03
Ander familielid	-0.02	0.10	-.01	-0.02	0.10	-.01	-0.03	0.10	-.01	-0.03	0.10	-.02
Kennis/vriend	-0.02	0.10	-.01	-0.02	0.10	-.01	-0.03	0.10	-.01	-0.02	0.10	-.01
Buurman/vrouw	0.07	0.11	.03	0.07	0.11	.03	0.07	0.11	.03	0.07	0.11	.03
Anders	0.27	0.17	.07	0.27	0.17	.07	0.28	0.17	.08	0.28	0.17	.08**
Uren werk en mantelzorg				-0.00	0.00	-.08	-0.00	0.00	-.07	-0.01	0.01	-.13
Thuiswerken							0.19	0.20	.14			
Thuiswerken * uren werk en mantelzorg							-0.00	0.01	-.11			
Sekse (vrouw)										-0.02	0.28	-.01
Sekse (vrouw) * uren werk en mantelzorg										0.00	0.01	.09

Note. $N = 538$. $R^2 = .059$, $p = .041$ voor Stap 1, $\Delta R^2 = .004$, $p = .155$ voor Stap 2, $\Delta R^2 = .002$, $p = .592$ voor Model 1 (thuiswerken), $\Delta R^2 = .004$, $p = .347$ voor Model 2 (sekse). * $p < .05$., ** $p < .10$.



Figuur 1. Conceptueel model