

Informele hulp

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Ministerie van
Financiën

Januari 2026

Pieter Bakx
Marlies Bär
Werner Brouwer
Dyllis De Pessemier
Job van Exel
Owen McWilliams
Elena Milkovska

Colofon

Informele hulp

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS en Ministerie van Financiën
Bakx, Bär, Brouwer, De Pessemier, van Exel, McWilliams, Milkovska,
april 2026

Uitgever

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving

PanArt.nl

Informele hulp

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Ministerie
van Financiën

April 2026

Pieter Bakx
Marlies Bär
Werner Brouwer
Dyllis De Pessemier
Job van Exel
Owen McWilliams
Elena Milkovska

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding en doel	7
1.2 Conceptueel denkkader	8
2 De huidige situatie	16
2.1 Literatuuroverzicht	16
2.2 Kwantitatieve analyse van de huidige situatie	21
3 Informele hulp in 2040	30
4 Heeft mantelzorg effect op het gebruik van formele zorg?	34
4.1 Onderzoeksvraag	34
4.2 Data	34
4.3 Resultaten	36
4.4 Het effect van mantelzorg op het gebruik van formele zorg	42
5 Conclusies en aanbevelingen	44
Literatuur	48
Bijlage: aanvullende resultaten en onderzoeksverantwoording	51

Samenvatting

Veel Nederlanders verlenen informele hulp – mantelzorg en vrijwilligerswerk – en dragen zo bij aan het welzijn van anderen. Informele hulp levert potentieel veel op, voor de ontvanger én de verlener, maar kan fysiek en mentaal zwaar zijn en betekent dat verlener van informele hulp minder tijd hebben voor onder meer werk, gezin en vrije tijd. En de lasten zijn ongelijk verdeeld.

In dit rapport onderzoeken we: wie verleent informele hulp en wat is de impact daarvan, op de verlener en de ontvanger? Wat is de impact van mantelzorg op de hoeveelheid ontvangen formele zorg? Welke beleidsopties heeft de overheid om de verdeling van informele hulp te beïnvloeden en om welke redenen is het belangrijk dat de overheid invloed uitoefent? Om deze vragen te beantwoorden combineren we economische theorie, recente empirische literatuur uit Nederland en analyses van op individueel niveau gekoppelde administratieve en survey-data over mantelzorg, vrijwilligerswerk, en formele zorg uit de periode 2012-2024.

De overheid speelt een rol door via beleid de druk op zowel formele zorgverleners als verlener van informele hulp te verkleinen: door (1) de prevalentie van risicofactoren voor het ontwikkelen van gezondheidsproblemen en sociale problemen aan te pakken, (2) de impact van die problemen op beperkingen en zelfredzaamheid te reduceren en (3) alternatieven voor informele hulp (waaronder formele zorg) en alternatieve vormen van informele hulp te faciliteren.

Daarnaast is er een reeks beleidsmaatregelen die gericht zijn op het stimuleren of ondersteunen van informele hulp. De overheid verlaagt de lasten voor potentiële verlener van informele hulp door barrières weg te nemen, bijvoorbeeld door middel van ondersteuning, cursussen en verlofregelingen. Daarnaast kan de overheid verlener van informele hulp compenseren voor de taken die ze uitvoeren, bijvoorbeeld via het persoonsgebonden budget.

Desondanks blijkt dat het aantal mantelzorgers dat mantelzorg als zware belasting ervaart in 10 jaar is verdubbeld. Dat is een zorgelijke trend: overbelasting is potentieel een groot probleem, voor mantelzorgers en voor de samenleving. Bovendien is het niet evident wat de oorzaak van de stijging is. In diezelfde periode is namelijk de hoeveelheid verleende mantelzorg vrijwel gelijk gebleven en dus geen afdoende verklaring. En uit de analyses in dit rapport blijkt ook dat demografische veranderingen de trend niet verklaren. Mogelijk is de verdeling mantelzorg binnen de groep mantelzorgers veranderd, of vragen andere rollen en taken meer aandacht en energie dan voorheen.

Uit de analyses blijkt verder dat op basis van de huidige verdeling en de voorspelde demografische trends het aantal verlener van informele hulp tot 2040 beperkt stijgt ten opzichte van nu. Met name het aantal 70-plussers dat informele hulp verleent stijgt volgens de voorspelling snel, wat mogelijk gevolgen heeft voor onder meer de door mantelzorgers en vrijwilligers gewenste ondersteuning en voor de taakverdeling tussen verlener van informele hulp onderling en tussen verlener van informele hulp en aanbieders van formele zorg. Maar hoe die voorspelde stijging zich verhoudt tot de stijging van de hulpvraag is onzeker: uit eerder onderzoek blijkt dat de voorspelde stijging van de hulpvraag tot met 2040 gering of juist zeer groot is, afhankelijk van de gekozen voorspelmethode.

De onzekerheid over de bijdrage van informele hulp betekent, samen met de zorgelijke trend in overbelaste mantelzorgers, dat het belangrijk is om inzicht te hebben in de impact van overheidsbeleid op verlener van informele hulp. Uit het literatuuronderzoek blijkt een aantal kennislacunes, waarbij in onderzoek en grootschalige surveys relatief meer aandacht is geweest voor mantelzorg dan voor vrijwilligerswerk. Daarnaast is er veel onderzoek dat algemene trends beschrijft maar zijn er vrijwel geen impactevaluaties van specifieke beleidsmaatregelen.

Van veel instrumenten die de overheid al inzet daarom is niet bekend in welke mate het instrument leidt tot meer, eerlijker verdeelde of minder belastende informele hulp. Bij indirecte interventies, bijvoorbeeld gericht op het versterken van de sociale basis, is het lastig om de effectiviteit te meten. Maar ook voor interventies die directer effect hebben op specifieke personen – waarvoor het effect dus mogelijk wél gemeten kan worden – ontbreekt kwantitatief bewijs over de impact op verleners en ontvangers van mantelzorg. In sommige gevallen is het effect plausibel, maar andere interventies hebben op meerdere, tegengestelde manieren impact. En sommige mogelijkheden worden mogelijk vooral benut door groepen die toch al veel informele hulp verlenen en dragen dus mogelijk bij aan een ongelijke verdeling. Leiden compensatie via een persoonsgebonden budget of bestaande regelingen voor betaald verlof bijvoorbeeld tot meer mantelzorg omdat de financiële gevolgen minder groot zijn of schrikken ze af, bijvoorbeeld omdat het intrinsieke motivatie verdringt en ertoe leiden dat de ontvanger van de compensatie veel tijd kwijt is met de aanvraag en verantwoording? En wat is de impact van die bestaande regelingen voor zorgverlof op de verdeling van de informele hulp, tussen jonge en oudere potentiële mantelzorgers en vrijwilligers? En tussen mannen en vrouwen? En wat is bijvoorbeeld de impact van een casemanager dementie of van respijtzorg?

Inzicht in impact op de hoeveelheid verleende hulp, de verdeling ervan en de ervaren belasting helpt om te voorkomen dat in beleid(sonderzoek) op basis van een onvolledig, vertekend beeld conclusies worden getrokken en keuzes worden gemaakt, bijvoorbeeld over de doelmatigheid van thuiszorg of van programma's om mantelzorgers te ondersteunen. Dat inzicht is nodig om beslissingen niet slechts op basis van de budgettaire impact maar op basis van de totale lasten en baten voor de samenleving en de verdeling ervan te kunnen nemen. Op die manier kan inzicht in de effectiviteit en de lastenverdeling bijdragen aan scherpere en mogelijk breder gedragen keuzes.

In dit rapport kwantificeren we een deel van de potentiële baten van mantelzorg: verkleint mantelzorg het beroep op formele zorg? We concluderen dat mantelzorg geen impact heeft op de totale formele zorgkosten maar tot een verschuiving van uitgaven aan het ene naar uitgaven aan het andere type formele zorg. Ontvangers van mantelzorg worden minder vaak in een verpleeghuis opgenomen, maar maken in plaats daarvan gebruik van een Volledig Pakket Thuis (VPT) of Persoonsgebonden budget (PGB) om thuis (of elders) zorg te ontvangen die gefinancierd wordt via de Wet langdurige zorg (Wlz). De context speelt een belangrijke rol bij het verklaren van het verschil in impact op gebruik en kosten: de keuze voor de leveringsvorm van Wlz-zorg ligt grotendeels bij de client en aanbieder, en Wlz-aanbieders ontvangen voor intramurale zorg en VPT een integraal tarief. Daarnaast nemen de kosten voor huisartsenzorg toe. Er zijn geen aanwijzingen dat mantelzorg leidt tot minder gebruik van zorg en ondersteuning die gefinancierd wordt via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze resultaten helpen niet alleen om de relatie tussen mantelzorg en formele zorg beter te begrijpen maar ze ook illustreren het belang van het in kaart brengen van effectgroottes, zeker in situaties waarin er mogelijk sprake is van tegengestelde effecten.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doel

De Nederlandse bevolking wordt steeds ouder en dat levert uitdagingen op voor de samenleving. Het aantal mensen met multimorbiditeit en beperkingen stijgt mogelijk en dus neemt de vraag naar langdurige zorg en in de complexiteit van de zorgvraag toe (RIVM 2024). Tegelijkertijd zijn de mogelijkheden om het aanbod van formele langdurige zorg uit te breiden beperkt door schaarste op de arbeidsmarkt voor zorgmedewerkers.

De overheid doet een beroep op de Nederlandse bevolking om meer informele hulp – mantelzorg en vrijwilligerswerk – te bieden en zo tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag zonder het formele zorgstelsel verder te belasten (Rijksoverheid 2025). Tegelijkertijd wordt de Nederlandse bevolking aangemoedigd om meer en tot op hogere leeftijd te werken (De Boer et al. 2023). Het is echter nog onvoldoende duidelijk in welke mate beide beleidsdoelstellingen met elkaar verenigbaar zijn en dat spanningsveld wordt breed erkend (SER 2016, 2026; RVS 2025).

Dit onderzoek biedt inzicht in hoe de rol van informele hulp versterkt kan worden en wat het effect daarvan zou zijn op het gebruik van formele langdurige zorg. Informele hulp bestaat uit (a) mantelzorg en (b) vrijwilligerswerk (zie Textbox 1 voor details). Om dat inzicht te genereren bespreken we eerst een conceptueel denkkader (paragraaf 1.2), dat we gebruiken als uitgangspunt voor de rest van het rapport. Vervolgens analyseren we de huidige situatie (Hoofdstuk 2), waarbij we inzicht bieden in hoeveel informele hulp er vandaag door welke subgroepen van de populatie geboden wordt en wat de effecten van die informele hulp zijn op de arbeidsmarktaandeelname en de fysieke en mentale gezondheid van verleners van informele hulp. In hoofdstuk 3 analyseren we de trend in informele hulp: in welke mate is informele hulp in staat om de verwachte groei van de vraag naar hulp tussen 2025 en 2040 op te vangen? In Hoofdstuk 4 bespreken we: zorgt mantelzorg ervoor dat 65-plussers minder gebruik maken van formele zorg? In hoofdstuk 5 bespreken we de conclusies en beleidsopties die daaruit volgen.

Textbox 1: definitie van informele hulp

Informele hulp bestaat uit mantelzorg en vrijwilligerswerk. We gebruiken de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen van CBS, GGD-GHOR en CBS en nemen dus de definities over die in dat onderzoek gehanteerd worden. Mantelzorg wordt gedefinieerd als “zorg die u geeft aan bekenden die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt zijn. Denk aan uw partner, ouders, kind, burens of vrienden. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger.” Vrijwilligerswerk wordt gedefinieerd als “werk dat onbetaald wordt uitgevoerd bij een (sport)vereniging, kerk, school of andere organisatie.”

Mantelzorg kan zowel in een privaat huishouden als in een verpleeghuis of andere (zorg)instelling geleverd worden. Mantelzorgers wordt gevraagd om reistijd mee te rekenen; bij vrijwilligerswerk worden geen vragen gesteld over het aantal uur vrijwilligerswerk.

Waar bij mantelzorg wordt benadrukt dat de verlener en ontvanger al bekenden waren vóórdat de zorg startte, wordt bij vrijwilligers de rol van een organisatie benadrukt. Dit verschil tussen vrijwilligers en mantelzorgers heeft juridische gevolgen, onder meer voor welke taken ze mogen uitvoeren binnen een organisatie en wie er aansprakelijk is wanneer er iets misgaat (Movisie 2017).

1.2 Conceptueel denkkader

1.2.1 De verleende hulp is het resultaat van de vraag naar en het aanbod van informele hulp

Die vraag en dat aanbod worden op hun beurt beïnvloed door de mogelijkheden die verleners en ontvangers van hulp hebben: kies iemand ervoor om hulp te verlenen of om die tijd te besteden aan werk, en heeft en ervaart de potentiële informele-hulpverlener de ruimte om zulke keuzes te maken? Wat vinden de potentiële informele-hulpverlener en -ontvanger belangrijk in het leven? En welke omgevingsfactoren – wonen familie en vrienden bijvoorbeeld in de buurt? – en welke sociale normen wat betreft informele hulp en andere tijdsbesteding spelen een rol? (Bom 2021).¹

De vraag naar informele hulp is onderdeel van de totale hulpvraag

De totale vraag naar hulp is een functie van het aantal mensen met fysieke, psychische of cognitieve beperkingen die ertoe leiden dat ze hulp nodig hebben, bijvoorbeeld met algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals eten, wassen en aankleden, en hoeveel hulp ieder van hen nodig heeft. Daarnaast speelt een rol of en hoe iemand die hulpvraag kenbaar maakt en of die persoon hulp accepteert.

Aan die hulpvraag kan meestal op meerdere manieren worden tegemoetgekomen: door informele hulp, maar ook door een professional in te huren (publiek en/of privaat gefinancierde formele zorg) en soms ook door middel van technologie zoals domotica, een traplift of een aangepast bed. De vraag naar informele hulp is dus ook afhankelijk van de beschikbaarheid van deze alternatieven, de bereidheid om er gebruik van te maken en de mate waarin die alternatieven informele hulp kunnen vervangen.

Aanbod van informele hulp

Of een individu informele hulp aanbiedt hangt af van de baten en lasten van het aanbieden van informele hulp. De baten van informele hulp bestaan uit de positieve effecten (het nut) van het verlenen van informele hulp op de informele-hulpverlener. De lasten bestaan uit (i) de negatieve gezondheidseffecten en (ii) de opportunitykosten: informele-hulpverlener kan de tijd die aan het verlenen van informele hulp besteed wordt ook op een andere manier besteden, bijvoorbeeld door te werken of door te genieten van vrije tijd. De opportunitykosten zijn gelijk aan de waarde van de beste alternatieve tijdsbesteding. Hoe groot die opportunitykosten zijn hangt ook samen met waar de potentiële informele-hulpverlener waarde aan hecht (de doelfunctie). Daarnaast spelen sociale normen een rol (Canta en Pestieau 2014; De Boer et al. 2023), en de ervaren noodzaak: als de persoon met een hulpvraag alternatieven heeft is de noodzaak mogelijk minder groot (Bakx et al. 2015, Bom 2021).

Wie informele hulp verleent aan wie wordt dus beïnvloed door zowel de situatie van de hulpontvanger als van de potentiële informele-hulpverlener. Daaruit volgen vier inzichten, die we in Hoofdstuk 2 gebruiken om de verdeling van informele hulp en de baten en lasten ervan in Nederland te bespreken.

We observeren verleende informele hulp, maar hebben geen informatie over vraag en aanbod

Niet iedereen is bereid of in staat om informele hulp te verlenen aan iedereen die mogelijk hulp nodig heeft. En niet iedereen die informele hulp wil en kan verlenen, verleent ook daadwerkelijk hulp. Mogelijk is er nu even geen vraag naar informele hulp, of zijn er andere beperkingen. En niet iedereen die informele hulp zou willen ontvangen, ontvangt informele hulp. Soms ervaren mensen een drempel om hulp te zoeken of te vragen aan bekenden of om hulp aan te bieden (de zoekkosten zijn hoog). Of lukt het niet (meer) om hulpvraag en hulpaanbod op elkaar af te stemmen (er is geen match), bijvoorbeeld vanwege de complexiteit van de hulpvraag of vanwege veranderende omstandigheden.

¹ In dit rapport is het conceptueel kader gebaseerd op micro-economische theorie. Onderzoek uit andere wetenschappelijke disciplines komt tot vergelijkbare conceptuele kaders maar gebruikt deels andere terminologie en legt deels andere nuances (zie bijvoorbeeld Broese van Groenou en de Boer 2016)

Informele hulp en gebruik van formele zorg hangen samen

Informele hulp kan formele zorg mogelijk deels vervangen; in andere gevallen zijn informele hulp en bepaalde typen formele zorg juist complementair. Dat hangt af van de situatie: zo vervangt informele hulp mogelijk deels thuiszorg voor ouderen met relatief milde beperkingen, maar zijn informele hulp en thuiszorg complementair voor ouderen met relatief zware beperkingen; de aanwezigheid van een informele-hulpverlener leidt voor die groep dan tot een stijging van de vraag naar thuiszorg omdat het hen helpt om een verpleeghuisopname uit te stellen.² Daarnaast kan informele hulp ook leiden tot een toename van het gebruik van formele zorg, omdat mantelzorgers en vrijwilligers kunnen helpen met het verkrijgen van toegang tot formele zorg. De relatie tussen informele hulp en formele zorg hangt naast de situatie ook af van het type ondersteuning: taken die weinig specifieke vaardigheden vereisen en weinig moeite kosten zijn makkelijker op te pakken voor iemand die informele hulp verleent.

Sommige groepen verlenen meer hulp dan andere groepen

Zulke verschillen kunnen een hele reeks oorzaken hebben: het verschil kan veroorzaakt worden door verschillen in bijvoorbeeld familiesamenstelling en reisafstand tot familieleden. Of door verschillen in opportunitetskosten, bijvoorbeeld omdat de ene groep een hoger uurloon verdient dan een andere groep. Maar ook voorkeuren en verwachtingen spelen een rol, bijvoorbeeld omdat de ene groep meer voldoening verwacht te halen uit het verlenen van informele hulp dan de andere. Twee mensen in ogenschijnlijk dezelfde situatie kunnen andere keuzes maken omdat ze aspecten van informele hulp en andere activiteiten anders waarderen (ze hebben een andere doelfunctie). Dat betekent voor onderzoekers dat verschillen tussen groepen in kaart gebracht kunnen worden die samenhangen met geobserveerde kenmerken, zoals bijvoorbeeld leeftijd of inkomen. Maar het betekent ook dat een deel van die verschillen eigenlijk veroorzaakt wordt door andere kenmerken: het verschil tussen twee leeftijdsgroepen dat we observeren wordt mogelijk veroorzaakt door een onderliggend verschil in opportunitetskosten of in gezondheid. Tot slot betekent het dat een groot deel van die verschillen buiten beeld blijft in grootschalig kwantitatief onderzoek omdat ze samenhangen met kenmerken die meestal niet geobserveerd worden in zulk onderzoek, zoals persoonlijke voorkeuren, sociale normen en de relatie tussen de potentiële verlener en ontvanger van informele hulp. We moeten daar rekening mee houden bij het interpreteren van resultaten – in dit onderzoek én in ander onderzoek – en bij het vertalen van de conclusies naar beleidsopties.

Veranderingen in omgevingsfactoren en sociale normen hebben impact op de opportunitetskosten en voorkeuren van individuen en groepen. Dat betekent dat we bij schattingen van verschillen in de hoeveelheid verleende informele hulp op basis van data die langer geleden zijn verzameld in de gaten moeten houden of ze ook nu nog relevant zijn, of dat er mogelijk veranderingen in de achterliggende context hebben plaatsgevonden die betekenen dat de resultaten er vandaag mogelijk anders zouden uitzien. We maken daarom uitsluitend gebruik van recente literatuur in Hoofdstuk 2 en van de meest recente data in Hoofdstukken 2, 3 en 4.

Informele hulp is niet gratis en de last van informele hulp is niet gelijkmatig verdeeld

Hulp die verleend wordt door een informele-hulpverlener in plaats van een professional verlaagt de collectieve uitgaven aan ouderenzorg mogelijk, maar informele hulp is vanuit het perspectief van de samenleving niet gratis want de informele-hulpverleners dragen de lasten.³ Om voor hulpbehoevende vrienden en familieleden te kunnen zorgen, werken mantelzorgers mogelijk tijdelijk of permanent minder werken, of is er sprake van productiviteitsverlies (Brouwer et al. 1999). Bovendien kan informele hulp negatieve gezondheidseffecten hebben, bijvoorbeeld door de stress en de inspanning die mantelzorg met zich meebrengt.

Dat betekent dat de lasten van informele hulp en formele zorg door andere groepen gedragen worden: vrijwel alle volwassenen betalen mee aan publiek gefinancierde formele zorg, terwijl de groep die

² In dit voorbeeld zijn informele hulp en verpleeghuiszorg dus substituten.

³ Daarnaast komt een deel van de lasten bij anderen terecht, bijvoorbeeld bij werkgevers in het geval van productiviteitsverlies of verzuim.

informele hulp verleent – en daarvan de lasten draagt – aanzienlijk kleiner is. Samen met het inzicht dat sommige groepen meer hulp verlenen dan andere groepen betekent dit bovendien dat het niet de sterkste schouders zijn die de last van informele hulp dragen: economische theorie voorspelt dat mensen met hogere opportuniteitskosten, bijvoorbeeld als gevolg van een hoog uurloon, minder informele hulp verlenen dan mensen met een lager uurloon. Hoofdstuk 2 bevestigt dit beeld en gaat er dieper op in. Dat informele hulp niet gelijkmatig is verdeeld betekent ook dat substitutie van formele zorg door informele hulp dus leidt tot een verschuiving van de lasten, binnen én tussen generaties. Want de mate waarin personen bijdragen aan het financieren van formele zorg verschilt, tussen personen en over tijd: de hoeveelheid betaalde premie en belasting zijn inkomensafhankelijk en veranderen dus automatisch mee als het inkomen af- of juist toeneemt. Maar de bijdrage aan informele hulp neemt mogelijk juist af naarmate iemand meer verdient. De bijdrage aan informele hulp is bovendien deels afhankelijk van de vraag naar informele hulp en is dus niet noodzakelijkerwijs het hoogst wanneer iemand relatief veel tijd heeft en het laagst op momenten dat iemand relatief weinig tijd heeft.

Daarnaast is mantelzorg een bron van onzekerheid, voor potentiële informele-hulpverleners en voor potentiële informele-hulpontvangers. De rol van mantelzorger is in veel gevallen geen vrije keuze en zorgtaken veranderen over tijd, bijvoorbeeld wanneer een naaste toenemende behoefte heeft aan zorg. Hoeveel mantelzorg is straks nodig wanneer een ouder of partner hulpbehoevend wordt? En is deze belasting wel te rijmen met andere taken? Tegelijkertijd is het ook voor potentiële ontvangers van informele hulp onzeker of, hoe lang en op welke informele hulp ze een beroep kunnen doen. Zulke onzekerheid heeft negatieve consequenties voor individuen, te meer omdat de kans dat je ooit nodig bent als mantelzorger en de consequenties ervan niet af te dekken zijn: je kan je er bijvoorbeeld niet tegen verzekeren.

1.2.2 Overheidsinterventie

De overheid kan interveniëren om informele hulp te faciliteren. Informele hulp stimuleren op een manier die passend is voor de verlener, ontvanger en de samenleving betekent dat de lasten en baten in balans zijn en op een eerlijke manier worden verdeeld: een verdeling die rekening houdt met de mogelijkheden die zowel de verlener als de ontvanger heeft, en voor de samenleving billijk en betaalbaar is.

Uit de vorige subparagraaf volgt dat de mogelijkheden van mantelzorgers en vrijwilligers om informele hulp te verlenen onder meer beïnvloed worden door hun gezondheid en door andere tijdsbesteding zoals werk en andere (zelf)zorgtaken, maar ook om bijvoorbeeld de beschikbaarheid van voorzieningen in en rond de woning van de ontvanger. Ook de grootte en de kwaliteit van het sociaal netwerk waarin verlener en ontvangers van informele hulp zijn ingebed spelen een belangrijke rol. Beleid over informele hulp is dus inherent verbonden met andere thema's, waaronder de financiering en organisatie van bewonersinitiatieven en opbouwwerk om zorgzame gemeenschappen tot bloei te laten komen, langdurige zorg, preventie, maar ook arbeidsmarktbeleid en volkshuisvesting. Ook is verdeling van belang, bijvoorbeeld omdat informele hulp (zeker mantelzorg) vaker door vrouwen wordt verleend dan door mannen.

Daarnaast blijkt uit de vorige subparagraaf dat we over slechts onvolledige informatie over de (mis)match tussen de vraag en het aanbod van informele hulp beschikken, wat ook consequenties heeft voor de mogelijkheden die de overheid heeft om te interveniëren. Die onvolledige informatie betekent onder meer dat het definiëren – en dus het kwantificeren – van het potentieel van informele hulp lastig is. Dat potentieel kan namelijk niet los gezien worden van de opportuniteitskosten voor de informele-hulpverlener, die slechts gedeeltelijk in kaart te brengen zijn.⁴ Onderzoekers – en de overheid – hebben dus ook geen zicht op welk deel van het informele-hulp-potentieel niet verleend wordt en bij welke subgroepen dat verschil tussen de potentiële en geleverde hoeveelheid hulp het grootst is. Dat de

⁴ Surveydata en interviews kunnen inzicht bieden in de redenen die mensen geven, maar zijn geen volledige oplossing, onder meer omdat het lastig is voor respondenten die nu geen informele hulp verlenen om zich in te leven in een hypothetische situatie waarin ze dat wel doen en omdat respondenten mogelijk sociaal wenselijke antwoorden geven.

hoeveelheid informele hulp door veel factoren beïnvloed wordt betekent dat er veel aanknopingspunten zijn om die hoeveelheid te beïnvloeden, maar betekent dus ook dat elk van die aanknopingspunten mogelijk dus slechts beperkte mogelijkheden biedt om invloed uit te oefenen.

Uit de vorige subparagraaf volgen bovendien een aantal redenen waarom de gewenste verdeling van informele hulp niet vanzelf tot stand komt en het op basis van economische theorie redenen zijn waarom de overheid zich bemoeit met informele hulp (zie Textbox 2). Op basis van de inzichten uit de vorige subparagraaf identificeren we de volgende vier typen potentiële barrières als mogelijke redenen voor overheidsinterventie: (1) negatieve gevolgen voor de individuele verlener van informele hulp, (2) een beperkt zicht op de totale baten van de verleende hulp, (3) mensen met een zorgvraag en potentiële verlener van informele hulp vinden elkaar niet en (4) potentiële verlener van (in)formele hulp kunnen de hulpvraag onderling niet goed afstemmen en verdelen.⁵ Tezamen suggereren deze barrières dat het aannemelijk is dat de hoeveelheid verleende informele hulp vanuit economisch perspectief te laag is: de baten van meer informele hulp zijn voor de samenleving hoger dan de lasten voor de samenleving.

Textbox 2: redenen voor overheidsinterventie op basis van economische theorie

Vanuit economisch perspectief is overheidsinterventie gewenst als de gewenste verdeling van informele hulp niet vanzelf tot stand komt: er wordt niet de gewenste hulp, de gewenste hoeveelheid of het gewenste type hulp verleend of de verdeling tussen groepen potentiële verlener of ontvangers is niet passend. Uit Paragraaf 1.2.1 volgen de drie mogelijke oorzaken waarom de gewenste verdeling niet vanzelf tot stand komt:

1. Externe effecten: een deel van de baten (of kosten) van informele hulp komt niet terecht bij de potentiële verlener van informele hulp, die op basis van de persoonlijke kosten en baten tot een andere afweging komt dan we op basis van de totale kosten en baten voor de samenleving als geheel zouden komen. Als de totale baten niet volledig in de afweging worden meegenomen leidt dat er dus toe dat mensen minder informele hulp verlenen dan vanuit het perspectief van de samenleving wenselijk is.
2. Strategisch gedrag binnen sociale netwerken: potentiële informele-hulpverleners binnen een sociaal netwerk wachten af tot iemand anders hulp biedt, de informatie over de hulpvraag en het potentiële aanbod wordt niet met iedereen binnen het sociale netwerk gedeeld, of er wordt meteen naar één persoon gekeken waardoor andere alternatieven niet meer worden overwogen. Dit gedrag kan leiden tot een onevenwichtige verdeling van de kosten van informele hulp of een mismatch tussen vraag en aanbod.
3. Suboptimale beslissingen: de overheid denkt betere keuzes te maken dan mensen zelf (paternalisme). Dat kan bijvoorbeeld omdat potentiële informele-hulpverleners en -ontvangers de impact van informele hulp op zichzelf en op anderen onder- of overschatten, te weinig oog hebben voor de langetermijneffecten of de situatie niet kunnen of willen (h)erkennen.

Daarnaast kan herverdeling een argument zijn: de verdeling wordt als oneerlijk of niet passend ervaren.

Tot slot is in paragraaf 1.2.1 uitgelegd dat ook onzekerheid omtrent informele hulp mogelijk leidt tot welvaartsverlies. Dit speelt vermoedelijk met name bij mantelzorg. Die onzekerheid leidt (voor zover wij het zien) niet direct tot een ongewenste allocatie maar is wel een (aanvullende) reden voor overheidsinterventie op het gebied van informele hulp.

Bovenstaande kenmerken van de situatie zijn mogelijk redenen voor overheidsinterventie, maar hebben tegelijkertijd impact op de legitimiteit van overheidsinterventie want ook de overheid moet rekening houden met onder meer strategisch gedrag: vanwege publiek gefinancierde formele zorg en ondersteuning zijn sommige mensen mogelijk geneigd om minder informele hulp te verlenen en is de

⁵ Naast de vier genoemde barrières speelt op de achtergrond een brede set factoren een rol bij de totstandkoming van informele hulp, waaronder sociale normen en (een gebrek aan) sociale samenhang. We beschrijven hieronder hoe die een bijdrage leveren aan de potentiële barrières en dus een rol kunnen spelen bij het verkleinen ervan.

hoeveelheid verleende informele hulp dus vanuit het perspectief van de samenleving te laag. Daarbij is het van belang dat die publieke financiering er is omdat de gewenste verdeling van *formele* zorg niet vanzelf tot stand komt.

De overheid kan op twee manieren informele hulp faciliteren: (1) door voor elk van de barrières het onderliggende probleem of de impact ervan vooraf te verkleinen, of (2) door mantelzorgers en vrijwilligers achteraf te compenseren. Hieronder bespreken we voor elk van de vier barrières hoe het onderliggende probleem of de impact ervan verkleind kan worden en welke mogelijkheden voor compensatie er zijn. We focussen daarbij op een analyse van de plausibiliteit van de redenering; uit het literatuuronderzoek, maar ook uit databanken van bijvoorbeeld Movisie (z.d.) en WHO Europe (z.d.) blijkt dat voor veel interventies de effectiviteit nog niet goed vastgesteld is, of alleen in specifieke situaties. Op deze manier bieden we een denkkader om de voorbeeld-interventies maar eventueel ook andere interventies te beschouwen aan de hand van drie vragen: Welke barrière wordt hiermee verkleind? Voor welke groep in de samenleving maakt dat mogelijk een verschil? Waarom is juist de overheid in de positie om hier iets aan te doen? Aan de hand van deze vragen kan de manier waarop potentiële interventies impact hebben op de verdeling van de kosten en baten van informele hulp om kaart worden gebracht.

Potentiële barrière 1: negatieve gevolgen voor de individuele verlener van informele hulp

Veel mantelzorgers en vrijwilligers ervaren negatieve gevolgen: als ze informele hulp verlenen, dan hebben ze minder tijd voor andere waardevolle manieren om hun tijd te besteden, waaronder werk, studie en gezin. Daarnaast is informele hulp, met name mantelzorg, een bron van onzekerheid: het is vooraf niet goed te plannen wanneer en hoeveel mantelzorg nodig is. Voorbeeldinterventies die het onderliggende probleem voor een deel van de potentiële mantelzorgers en vrijwilligers verkleinen zijn onder meer het faciliteren van flexibele werktijden en arbeidsvoorwaarden waaronder zorgverlof (OECD 2022; SER 2023), waardoor informele hulp en werk voor werkenden beter combineerbaar worden. Er zijn minder specifieke voorbeeldinterventies bekend die verlener van informele hulp in staat stellen om informele hulp beter te combineren met studie, gezin en vrije tijd; mogelijk kunnen mantelzorgondersteuning en sociale netwerken een rol spelen en kan de overheid een rol spelen door de sociale samenhang en samenredzaamheid te stimuleren (Movisie 2024).

Informele hulp heeft ook negatieve gezondheidseffecten voor een deel van de verlener van die hulp: het is in veel gevallen fysiek en/of mentaal zwaar en een deel van de mantelzorgers en vrijwilligers ervaart weinig steun en eenzaamheid bij het uitvoeren van hun rol. In Hoofdstuk 2 blijkt dat een steeds groter deel van de mantelzorgers mantelzorg als een grote belasting ervaart. Die negatieve gezondheidseffecten kunnen verkleind worden, bijvoorbeeld door middel van ondersteuning, voorlichting en inzet van technologie. Gemeenten ondersteunen mantelzorgers, vanuit hun wettelijke taak (Wmo), maar bereiken in de praktijk niet alle groepen mantelzorgers even goed (Graler 2024). Voor vrijwilligers is het minder evident bij welke overheidsorganisatie zij voor ondersteuning terecht kunnen.

Naast het verlagen van de opportuniteitskosten – welke waardevolle dingen verliezen ze of moeten ze opgeven? – voor mantelzorgers en vrijwilligers kan overheidsinterventie gericht zijn op herverdeling van de lasten. Dit vereist dat meer personen informele hulp verlenen, zodat de informele hulp – en de lasten ervan – over een *breder* groep verdeeld worden. Of dat *andere* groepen relatief meer informele hulp gaan verlenen dan de groepen die op dit moment een groot deel van de informele hulp verlenen. De overheid heeft geen mogelijkheden om de taakverdeling binnen een groep potentiële mantelzorgers of vrijwilligers te veranderen maar kan wel de opportuniteitskosten verlagen voor specifieke groepen, zodat voor die groepen de drempel lager wordt om informele hulp te verlenen.

Tot slot spelen sociale normen binnen de samenleving en sociale netwerken een rol, bijvoorbeeld normen over (1) welke waarde wordt toegekend aan onbetaalde arbeid en (2) over in welke mate de impact van keuzes (wat betreft informele hulp) op anderen wordt meegewogen. Die normen bepalen onder meer hoe de (individuele en maatschappelijke) negatieve gevolgen en de baten worden meegewogen (zie ook potentiële barrière 2), door verlener van informele hulp en hun omgeving. De

overheid kan een rol spelen in het expliciteren van de rol van die normen en op die manier in het (her)definiëren ervan, bijvoorbeeld via de campagnes zoals "Praat vandaag over morgen".

Potentiële barrière 2: beperkt zicht op de baten van de verleende hulp

Potentiële mantelzorgers en vrijwilligers maken mogelijk een afweging om geen, minder of alleen specifieke typen van informele hulp te verlenen omdat ze beperkt zicht hebben op de waarde die die hulp heeft voor zichzelf, voor de hulpontvanger, voor anderen of voor de samenleving. In het geval van een mantelzorger die zorgtaken op zich neemt is normaal gesproken duidelijk wie de ontvanger is en is er direct contact, wat mogelijk helpt om zicht te hebben op de waardering van de zorgontvanger en de impact van de verleende hulp. Er is echter beperkt zicht op het beroep op formele zorg dat hiermee voorkomen wordt en dus op de zorguitgaven voor de maatschappij die hiermee voorkomen worden: uit hoofdstuk 4 blijkt bijvoorbeeld dat mantelzorg de kans op een verpleeghuisopnames verkleint, maar hoeveel kleiner die kans is weet een individuele mantelzorger (vooraf) in zijn of haar geval niet zeker. Noch is de maatschappelijke impact van het verkleinen van die kans zichtbaar. Van niet op een specifiek persoon gerichte informele hulp is de waarde eveneens minder goed zichtbaar, bijvoorbeeld omdat de impact pas in de toekomst ligt en diffuus is (bijvoorbeeld lidmaatschap van de cliëntenraad van een zorginstelling), of omdat die informele hulp er juist op gericht is dat een situatie niet voorkomt (bijvoorbeeld schuldhulpmaatje). Sociale normen en sociale netwerken hebben invloed op of en hoe de waarde van informele hulp zichtbaar wordt gemaakt (zie ook potentiële barrière 2).

Een voorbeeldinterventie die het onderliggende probleem verkleint is een vergoeding voor het verlenen van informele hulp (Canoy et al. 2022). Een vergoeding kwantificeert en internaliseert het (een deel van) de maatschappelijke baten. Een vergoeding werkt vooral wanneer (1) potentiële informele hulpverleners sterk reageren op inkomensveranderingen en (2) het deel van de baten van informele hulp dat niet zichtbaar is groot is, bijvoorbeeld omdat de impact pas in de toekomst ligt of diffuus is. Een vergoeding kan bovendien een bijdrage leveren aan het wegnemen van geldzorgen bij mantelzorgers en vrijwilligers vanwege inkomensverlies, en daarmee de opportunitetskosten verkleinen (barrière 1). Een vergoeding heeft daarnaast mogelijk echter ook neveneffecten die leiden tot minder verleende informele hulp, bijvoorbeeld vanwege de impact op de motivatie om informele hulp te verlenen en het risico op een hogere regeldruk. Zo kan het persoonsgebonden budget bijvoorbeeld alleen onder strikte voorwaarden ingezet worden om familieleden en andere mantelzorgers te compenseren voor geleverde zorg en ondersteuning, en ontvangt slechts een klein deel van de mantelzorgers deze compensatie (3% in 2014; SCP 2015). In een aantal andere landen is financiële compensatie van mantelzorgers gebruikelijker (OECD 2022; textbox 3).

Textbox 3: financiële compensatie voor mantelzorgers

Er zijn een aantal verschillende manieren waarop mantelzorgers financieel gecompenseerd kunnen worden: ze kunnen (1) direct gecompenseerd worden op basis van het feit dat ze mantelzorger zijn of (2) indirect via de persoon waarvoor ze zorgen. Zowel bij een directe als een indirecte compensatie kan de compensatie in de vorm van cash (Pot et al. 2026), in natura zoals een parkeervergunning of een OV-vergoeding, of (c) als een combinatie van beide worden toegekend. Daarnaast kan de compensatie universeel toegankelijk zijn voor alle mantelzorgers of specifiek gericht op een bepaalde (kwetsbare) groep mantelzorgers.

Die opties hebben elk voor- en nadelen. Cash kan ervoor zorgen dat mantelzorgers (tijdelijk) minder of niet gaan werken en zo meer mantelzorgtaken kunnen opnemen of de dubbele belasting van de combinatie werk en mantelzorg te verminderen. Compensatie in natura kan er dan weer voor zorgen dat de mantelzorgtaken makkelijker of beter verdeeld worden, wat ervoor zorgt dat er meer ruimte is om aan het werk te blijven en van vrije tijd te genieten (Bonsang 2009, Geyer en Korfhage 2015). Bij compensatie in natura is duidelijk dat de compensatie ingezet wordt om de mantelzorg te faciliteren, terwijl dat bij een compensatie in cash moeilijk gecontroleerd kan worden. Anderzijds biedt cash de zorgbehoevende en de mantelzorger meer flexibiliteit en keuzevrijheid, wat welvaartsverhogend werkt

voor de ontvanger en verlener van mantelzorger (Currie en Gahvari 2008; Geyer en Korfhage 2017; Kesternich et al. 2025).

Mantelzorgers kunnen ondersteuning ontvangen vanuit de Gemeente, zoals een parkeervergunning of een OV-vergoeding, en kunnen zich aanmelden voor een mantelzorgwaardering (mantelzorgcompliment) (Rijksoverheid z.d.). Verder is het gebruikelijk dat werkgevers een zekere flexibiliteit bieden aan werkende mantelzorgers (SCP 2025) en kunnen mantelzorgers 2 weken per jaar zorgverlof opnemen met behoud van 70% van hun salaris (Pot et al. 2026). Daarnaast kan ook het persoonsgebonden budget onder voorwaarden ingezet worden om mantelzorgers in te huren.

Het gebruik van de mogelijkheden voor financiële compensatie verschilt tussen groepen mantelzorgers: mensen in de laagste en hoogste inkomensgroepen zijn in Duitsland minder prijsgevoelig als het op mantelzorg aankomt (Kesternich et al. 2025), en vrouwen zijn in Duitsland minder prijsgevoelig dan mannen (Geyer en Korfhage 2017). Vrouwen doen tevens minder vaak beroep op de compensatie waar ze recht op hebben (Currie en Gahvari 2008), doordat ze een sterke voorkeur hebben voor mantelzorg los van financiële motieven (Geyer en Korfhage 2017), door sociale verwachtingen omtrent het vrijwillig opnemen van zorgtaken (Currie en Gahvari 2008), doordat ze zichzelf niet identificeren als mantelzorger, ze de mogelijkheden tot compensatie niet kennen of doordat het aanvragen van deze compensatie voor extra mantelzorgbelasting zorgt (Pot et al. 2026). Vanwege door voor- en nadelen van verschillende opties en het verschil in impact op verschillende groepen mantelzorgers is de keuze voor financiële compensatie dus afhankelijk van de beleidsdoelstellingen, de politieke en budgettaire context en sociale normen.

Potentiële barrière 3: mensen met een zorgvraag en potentiële verleners van informele hulp vinden elkaar niet

Niet iedereen die bereid is om informele hulp te verlenen kent iemand die mantelzorg nodig heeft of vindt een organisatie die een vrijwilliger zoekt. Omgekeerd kent niet iedereen die behoefte heeft aan mantelzorg een mantelzorger en vinden niet alle organisaties de vrijwilligers die ze nodig hebben. Het is vaak een precair proces om vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen (de zoekkosten zijn hoog), ook als de organisatie of de mantelzorgontvanger al bekend is maar hulpvraag en -aanbod niet, laat of onvolledig ter sprake komen. Het stimuleren van de sociale basis en werken aan samenlevingsopbouw (Movisie 2024), bijvoorbeeld via sociale wijkteams, draagt mogelijk bij aan het wegnemen van deze barrière.

Daarnaast passen de vaardigheden en fysieke mogelijkheden van een potentiële verlener van informele hulp mogelijk niet bij wat er nodig is om passende hulp te verlenen: informele hulp verlenen kost mantelzorgers en vrijwilligers dan mogelijk (te) veel moeite. Informele hulp waarvoor specifieke vaardigheden vereist zijn wordt daardoor mogelijk minder vaak geleverd. Gemeenten hebben een wettelijke taak om bij te dragen aan het verlagen van deze barrière door het verlenen van ondersteuning, voorlichting en opleiding van mantelzorgers, maar niet voor vrijwilligers. Tot slot kan ook technologie helpen om mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen bij het uitvoeren van specifieke zorgtaken die moeilijk of fysiek belastend zijn.

Potentiële barrière 4: goede onderlinge afstemming niet mogelijk

Mogelijk komt een passende verdeling van de informele hulp niet van de grond omdat er meerdere potentiële mantelzorgers of vrijwilligers zijn maar het niet volledig of niet lukt om samen tot een passende verdeling te komen.⁶ Instituten, zoals sociale normen, hebben een grote impact op de verdeling die tot stand komt, bijvoorbeeld door een rolverdeling binnen een familie of sociaal netwerk als de standaard te bestempelen (bijvoorbeeld: "Familieleden van cliënten helpen een keer per maand mee").

⁶ Mantelzorgers moeten er bovendien niet alleen onderling uitkomen, maar ook de mantelzorgontvanger heeft invloed op de verdeling.

Daarnaast kunnen sociale wijkteams en andere professionals aandacht vragen voor de verdeling en die bespreekbaar maken.

Ook de afstemming tussen informele en formele zorg kan voor een barrière zorgen. Bijvoorbeeld omdat verleners of ontvangers van informele hulp zich zorgen maken dat informele hulp impact heeft op de mogelijkheden van de informele-hulpontvanger om beroep te doen op formele zorg. In het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning kunnen gemeenten in de indicatiestelling voor formele zorg meewegen of het sociale netwerk bepaalde zorg of ondersteuning kan leveren. In theorie lost de indicatiestelling daarmee het afstemmingsprobleem op want er is duidelijkheid dat er geen formele zorg via de Wmo gefinancierd wordt die mantelzorg verdringt. De gemeente heeft echter geen perfect zicht op het potentieel van dat sociale netwerk en dat betekent dat er mogelijk ruimte is voor strategisch gedrag van de zorgontvanger en mantelzorger. In de praktijk blijft het afstemmingsprobleem dus (deels) bestaan.

Overheidsinterventie gericht op de vraag naar informele hulp

Naast het faciliteren van het aanbod van informele hulp, kan de overheid ook interveniëren om ervoor te zorgen dat mensen langer zonder of met minder intensieve hulp kunnen. Ter illustratie: mensen met dementie ontvangen vaak informele hulp. Door middel van het verminderen van de prevalentie van risicofactoren, waaronder interventies die leiden tot lagere bloeddruk (Gezondheidsraad 2025), daalt de leeftijd-specifieke incidentie van dementie en is het totaal aantal mensen met dementie lager dan de verwachting was op basis van de demografische ontwikkeling (Wolters et al. 2020). Daarnaast kan de impact van dementie op beperkingen en zelfredzaamheid verkleind worden door bijvoorbeeld de woonomgeving geschikt te maken voor mensen met dementie (Alzheimer Nederland 2025). Tot slot neemt een casemanager dementie in recente jaren voor een deel van de mensen met dementie een aantal taken op zich, bijvoorbeeld op het gebied van zorgplanning en -coördinatie, die anders mogelijk bij een vrijwilliger of mantelzorger terecht zouden zijn gekomen. En kunnen ook woningaanpassingen en domotica een alternatief zijn voor een deel van de informele hulp. Die casemanager dementie wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet; woningaanpassingen via de Wmo.

In de volgende drie empirische hoofdstukken van dit rapport analyseren we de huidige situatie. De inzichten uit het conceptueel denkkader over de verdeling van de baten en lasten, de rol van vraag en aanbod en de implicaties daarvan voor grootschalig kwantitatief onderzoek én voor overheidsinterventie gebruiken we om die empirische analyse te structureren. In Hoofdstuk 5 gebruiken we beiden – het conceptueel kader en de empirische analyse – om de belangrijkste implicaties voor beleid en vervolgonderzoek samen te vatten.

2 De huidige situatie

Om de inzichten uit het conceptueel kader uit het vorige hoofdstuk te vertalen naar de huidige situatie van informele hulp en de barrières die potentiële verleners van informele hulp ervaren in Nederland, beantwoorden we in dit hoofdstuk de volgende vragen: hoeveel informele hulp wordt er verleend? Welke verschillen zijn er tussen groepen naar demografische en sociaaleconomische kenmerken? Welke intensiteit heeft deze hulp en hoe lang verlenen mensen hulp? En welke groepen ervaren informele hulp als een zware belasting? We bespreken eerst de inzichten uit de empirische literatuur (paragraaf 2.1), die we vervolgens updaten en aanvullen met behulp van kwantitatieve analyses, waarin we de verandering in de periode 2016-2024 analyseren (paragraaf 2.2).

2.1 Literatuuroverzicht

De in dit literatuuroverzicht gebruikte bronnen zijn geselecteerd op basis van hun relevantie en betrouwbaarheid. Voor het beoordelen van de relevantie werden drie criteria gehanteerd: (i) de bron bevat een (gedeeltelijk) antwoord op (een van) bovenstaande onderzoeksvragen, (ii) het onderzoek is gebaseerd op recente data (2010-2025, met een sterke focus op data vanaf 2015 aangezien het langdurige zorgstelsel toen grondig is hervormd), en (iii) het onderzoek is relevant voor de Nederlandse context. Om aan het betrouwbaarheids criterium te voldoen diende de studie gebruik te maken van (a) surveydata op basis van een representatieve steekproef van de bevolking, of (b) administratieve data.

Doordat we deze criteria hanteren, is in het literatuuroverzicht meer aandacht voor mantelzorg dan voor vrijwilligerswerk. Over vrijwilligerswerk bestaat er weinig onderzoek op basis van recente Nederlandse kwantitatieve data. Daarnaast wordt er steeds ofwel een brede definitie van vrijwilligerswerk gehanteerd (elke vorm van onbetaald werk), ofwel een definitie die erg ver af staat van zorgtaken (bijvoorbeeld religieus of sport-gerelateerd vrijwilligerswerk), wat de vergelijking met mantelzorg moeilijk en, in de context van de hoofdvraag van dit onderzoek, ook minder relevant maakt.

We onderzoeken (1) hoeveel mantelzorgers er in Nederland zijn en hoe intensief zij mantelzorg verlenen, zowel absoluut als relatief ten opzichte van andere Europese landen, (2) wie de ontvangers zijn van deze mantelzorg, (3) welke subgroepen vaker of meer mantelzorgtaken op zich nemen dan andere groepen en (4) wat de gevolgen van mantelzorg zijn op de mantelzorger en hoe die gevolgen verschillen tussen groepen. Hierbij kijken we specifiek naar subgroepen in de bevolking op basis van (i) geslacht, (ii) migratieachtergrond, (iii) leeftijd en levensfase, (iv) inkomen, opleidingsniveau en werk. Daarnaast bekijken we ook welke positieve en negatieve effecten het verlenen van mantelzorg kan hebben voor de gezondheid en arbeidsmarktparticipatie van de mantelzorger. Waar die informatie beschikbaar is, splitsen we deze effecten opnieuw uit naar bovengenoemde subgroepen. We maken daarbij gebruik van de inzichten uit het conceptueel denkkader (paragraaf 1.2). In paragraaf 2.2 vullen we de gegevens uit het literatuuroverzicht aan met inzichten op basis van kwantitatieve analyses van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, om op die manier een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de verleende mantelzorg in Nederland over de periode 2012-2024.

Mantelzorgers verlenen een substantieel deel van de totale hulp en ondersteuning, maar we hebben geen zicht op de vraag en het aanbod

Schattingen van het aantal mantelzorgers en het aantal uur mantelzorg lopen sterk uiteen. Uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024 blijkt dat 1 op de 7 volwassen Nederlanders mantelzorg verleent en dat die mantelzorgers in totaal 22 miljoen uur mantelzorg leveren (CBS 2025); uit het enquêteonderzoek Informele Zorg (IZG) van SCP dat in de periode 2016-2019 1 op de 3 Nederlanders van 16 jaar of ouder mantelzorg verleende. Verder blijkt op basis van het Onderzoek

Zorggebruik dat zorgontvangers in totaal 15,6 miljoen uur mantelzorg ontvingen (De Boer et al. 2020, De Boer et al. 2023, De Klerk et al. 2021, SCP 2023, Putman et al. 2017).⁷ Op basis van de European Social Survey blijkt dat Nederland, met 36,5% van de bevolking die mantelzorgtaken opnemen, net boven het Europese gemiddelde van 34,2% scoort (Verbakel 2017).

Hoewel deze cijfers sterk uiteen lopen, tonen ze aan dat relatief veel Nederlanders mantelzorg verlenen en het om een groot deel van de totaal aantal uren langdurige zorg en ondersteuning gaat. Uitgedrukt in een percentage van het nationaal inkomen (bruto binnenlands product – bbp), blijkt de rol van mantelzorg in Nederland beperkter te zijn dan in andere landen. De kosten van mantelzorg worden geschat op de 0,9% (Ecorys 2021) en 3,7% van het nationaal inkomen (Elayan et al. 2024), terwijl dat voor andere EU-landen tussen de 2,2% en 5,2% ligt (Ecorys 2021).⁸ Het is wel zo dat het aandeel 65-plussers in de Nederlandse bevolking lager ligt dan het Europese gemiddelde: de vergrijzing is in Nederland nog relatief beperkt ten opzichte van andere Europese landen (Eurostat 2021). Dit zou gezien kunnen worden als een mogelijke verklaring voor dit verschil. Een andere mogelijke verklaring is een relatief grote rol voor formele langdurige zorg: de uitgaven aan formele langdurige zorg zijn in Nederland 2,8% van het bbp bedragen en daarmee een stuk hoger dan het Europese gemiddelde (1,56% van het bbp) (OECD 2020, OECD 2024, Bakx et al. 2025).

Daarnaast nemen ook vrijwilligers een deel van de hulp op zich. In 2024 zette 50% van de Nederlanders van 15 jaar of ouder zich minstens een keer in als vrijwilliger. 9% van die vrijwilligers bood hulp bij een organisatie in de gezondheidszorg (dus ongeveer 5% van de Nederlanders van 15 jaar of ouder; Groffen en Schmeets 2025). Het is echter niet duidelijk hoeveel hulp zij bieden in relatie tot de totale hoeveelheid geleverde hulp.

Zoals in het conceptueel denkkader (paragraaf 1.2) gesteld wordt, is niet iedereen bereid of in staat mantelzorg te verlenen, kennen mensen die bereid zijn mantelzorg te verlenen niet altijd iemand die op dat moment nood heeft aan hulp en heeft niet iedereen die mantelzorg zou willen ontvangen een mantelzorger. Kinderen wonen bijvoorbeeld vaak verder weg van hun ouders, en de reisafstand is mogelijk een reden om minder mantelzorg te verlenen (Das 2018a, Das 2018b). Daarnaast ontvangen mensen zonder kinderen en/of zonder partner minder vaak mantelzorg, omdat zij minder potentiële mantelzorgers om zich heen hebben (Liefbroer et al. 2025).

Het beroep op mantelzorg en het gebruik van formele zorg hangen samen

Veel zorgontvangers ontvangen een combinatie van formele zorg en mantelzorg (Bergeot en Tenand 2023, Ecorys 2021, OECD 2022). Inzetten op mantelzorg kan ertoe leiden dat er minder formele zorg nodig is: mensen met milde beperkingen minder snel in het verpleeghuis terechtkomen wanneer zij

⁷ Een mogelijke verklaring voor dit verschil zit in de woordkeus in de vraagstelling: het SCP vraagt naar 'hulp aan bekenden met gezondheidsproblemen. Denk aan uw partner, familie, vriend of buur die hulp nodig heeft vanwege lichamelijke, psychische, verstandelijke beperkingen of ouderdom. Voorbeelden zijn het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer of klusjes. Hulp in het kader van uw beroep of vrijwilligerswerk telt niet mee'. De Gezondheidsmonitor vraagt 'Geeft u mantelzorg', waarbij wordt uitgelegd: 'Mantelzorg is de zorg die u geeft aan bekenden die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt zijn. Denk aan uw partner, ouders, kind, burens of vrienden. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger'. Verschillen in vraagstelling kunnen tot grote verschillen in de aangetoonde prevalentie van mantelzorg leiden (De Boer et al. 2016). In dit onderzoek focussen we daarnaast op mantelzorgers die aangeven al minstens 3 maanden mantelzorg te verlenen of minstens 8 uur per week te mantelzorgen.

⁸ Deze berekeningen zijn gebeurd op basis van de proxy-good methode en de opportunity cost methode. Voor de identificatie van mantelzorgers werd de SHARE-data gebruikt. De SHARE-survey vraagt 'geeft u in de afgelopen twaalf maanden zelf enige hulp gegeven aan een familielid buiten uw huishouden, of aan een vriend of buur?' waarbij hulp verder wordt uitgelegd als: '(1) Persoonlijke zorg bij bijvoorbeeld aankleden, baden of douchen, eten, in en uit bed stappen, naar het toilet gaan. (2) Huishoudelijke hulp, bijvoorbeeld kleine reparaties, tuinieren, vervoer, boodschappen doen. (3) Hulp bij de administratie zoals het invullen van formulieren, en andere financiële en juridische zaken.' (SHARE 2004). Het betreft hier aldus eveneens een andere vraagstelling, die mogelijke verschillen in de prevalentie of intensiteit van mantelzorg met zich mee kan brengen (De Boer et al. 2016).

mantelzorg ontvangen terwijl mantelzorg ertoe leidt dat mensen met ernstige beperkingen sneller in het verpleeghuis terechtkomen (Bergeot en Tenand 2023). Voor het effect van formele zorg op mantelzorg is geen sterk, recent bewijs. In Hoofdstuk 4 gaan we dieper in op de relatie tussen mantelzorg en formele zorg in Nederland en bekijken we of er een effect is op verschillende typen van formele zorg, in recente jaren en of er verschil is tussen subgroepen.

Sommige groepen verlenen meer hulp dan andere groepen

We identificeerden op basis van de bestaande literatuur verschillen tussen subgroepen naar geslacht, leeftijd, migratieachtergrond, arbeidsmarktaandeelname en inkomen.

Vrouwen verlenen vaker mantelzorg dan mannen.

Vrouwen verlenen vaker mantelzorg (Bakx et al. 2025, De Boer et al. 2023, Ecorys 2021, Guneyli et al. 2025, Raiber 2024) en verlenen meer uur mantelzorg dan mannen (Guneyli et al. 2025). In Nederland is 61% van de mantelzorgers vrouw (Bakx et al. 2025) en dat percentage ligt dichtbij het EU-gemiddelde (59% - Ecorys 2021). Het verschil tussen de hoeveelheid mannen en vrouwen die mantelzorg verlenen is groter onder 45-plussers dan op lagere leeftijd (Ecorys 2021).

Vrouwen doen ook dubbel zo vaak vrijwilligerswerk in de gezondheidszorg dan mannen, terwijl het aandeel mannen en vrouwen in de totale vrijwilligerspopulatie gelijk is (Arends en Schmeets 2018).

50-74-jarigen verlenen vaker mantelzorg dan andere leeftijdsgroepen.

Jongere mensen leveren minder vaak mantelzorg. 6% van de mantelzorgers in Nederland is jonger dan 30 en 8% is 30-39 jaar oud (Bakx et al. 2025). Het is de groep 50-74-jarigen die relatief het vaakste mantelzorg biedt (Kooiker et al. 2019). Dit verschil kan niet enkel worden verklaard door een verminderde arbeidsmarktaandeelname (bijvoorbeeld na pensionering), want ook bijna de helft van de werkende 60-plussers verleent mantelzorg (Henkens en Van Solinge 2017). Ook de intensiteit waarmee individuen mantelzorg verlenen neemt toe vanaf de leeftijd van 65, vooral onder vrouwen (Ecorys 2021). Vergeleken met mensen van middelbare leeftijd (45-54) helpen jongere mensen minder vaak een partner, vriend, buur of kennis, maar verlenen zij dan weer iets vaker mantelzorg aan ouders en grootouders. Mantelzorgers van 55 jaar of ouder verlenen relatief vaker zorg aan hun partner (De Klerk et al. 2021).

Ook onder vrijwilligers zijn het de 55-75-jarigen die het vaakst hulp bieden in de gezondheidszorg (Arends en Schmeets 2018).

Mensen met een migratieachtergrond verlenen minder vaak informele hulp.

In Nederland zijn mensen zonder migratieachtergrond relatief vaker mantelzorger (De Boer et al. 2023) of vrijwilliger in de gezondheidszorg (Arends en Schmeets 2018) dan mensen met migratieachtergrond. Deze bevinding lijkt enigszins tegenstrijdig met het feit dat mensen met een migratieachtergrond minder formele zorg gebruiken, maar wordt wellicht beïnvloedt door het feit dat hun ouders vaak nog woonachtig zijn in het land van herkomst (De Boer et al. 2023) en over het algemeen een groot deel van de mantelzorg aan ouders verleend wordt (Bakx et al. 2025). Daarnaast is het mogelijk dat mensen met een migratieachtergrond mantelzorg anders interpreteren en zichzelf daardoor minder vaak als mantelzorger beschouwen dan mensen zonder migratieachtergrond. Tot slot verlenen mantelzorgers met een migratieachtergrond gemiddeld meer uur mantelzorg (de Boer et al. 2020).

Mensen die voltijds werken verlenen minder vaak mantelzorg dan zij die gepensioneerd zijn, geen baan hebben of deeltijds werken.

Mensen die 12 uur per week of minder werken, mensen zonder baan en gepensioneerden zijn vaker mantelzorger dan zij die voltijds werken (26% t.o.v. 12% - Bom et al. 2019a). De populatie die werk en mantelzorg combineert bestaat voor 2/3^e uit vrouwen en voor 1/3^e uit mannen (Stichting Werk en Mantelzorg 2023). Daarnaast zijn mannen vaker mantelzorger op een later moment in hun carrière dan vrouwen (Raiber et al. 2024) en op een moment dat ze (tijdelijk) geen of minder werk hebben (Raiber et al. 2025). Mensen met een kader-of managementfunctie combineren die minder vaak met (intensieve)

mantelzorg dan mensen in andere typen banen (Ecorys 2021)⁹. En individuen die werkzaam zijn (geweest) in de zorgsector verlenen relatief vaker mantelzorg (33% tegenover 25% in de algemene populatie) (SCP 2025, Stichting Werk en Mantelzorg 2023) en bieden ook vaker hulp aan familieleden in de tweede graad, zoals grootouders, en aan vrienden, buren en kennissen (De Klerk et al. 2021, SCP 2025), maar werken ook vaker parttime (Bakx et al. 2025).

Mensen met een hoger inkomen verlenen vaker mantelzorg, maar mantelzorgers met een lager inkomen verlenen meer uren.

Mensen met lagere inkomens verlenen vaak meer uren mantelzorg, maar het aandeel mantelzorgers is net hoger onder mensen die in hogere inkomenscategorieën vallen. Deze opvallende bevinding wordt mogelijk verklaard door de hogere levensverwachting van mensen met een hoger inkomen (Bom et al. 2019a). De samenhang tussen inkomen en mantelzorg is anders bij mannen dan bij vrouwen: mannen met een laag inkomen verlenen meer mantelzorg dan mannen met een hoog inkomen; terwijl dat verschil er bij vrouwen niet is (Raiber et al. 2025). De bevinding dat mensen met een hoger opleidingsniveau vaker mantelzorg verlenen (De Klerk et al. 2021) ligt in lijn met de resultaten naar inkomen, aangezien een hoger opleidingsniveau sterk samenhangt met een hoger inkomen (OCW 2022). Dit verschil is er niet onder vrijwilligers (Arends en Schmeets 2018).

Samenvattend: de relatie tussen sociaaleconomische status en het verlenen van mantelzorg is genuanceerd: of een hogere sociaaleconomische status samenhangt met een grotere kans om mantelzorger te zijn hangt sterk af van hoe mantelzorg gemeten wordt en hoe sociaaleconomische status gemeten wordt: aan de hand van inkomen, type baan of opleidingsniveau (Tabel 2.1). Als we de bestaande literatuur samenbrengen, lijkt die erop te wijzen dat mensen met een hogere sociaaleconomische status vaker mantelzorg verlenen en mensen met een lagere sociaaleconomische status dat met een hogere intensiteit doen.

Tabel 2.1: de relatie tussen mantelzorg verlenen en sociaaleconomische status

Maat van sociaaleconomische status	Relatie met de kans om mantelzorg te verlenen	Relatie met de intensiteit van mantelzorg	Referenties
Inkomen	Mensen met een hoger inkomen verlenen vaker mantelzorg.	Mensen met een lager inkomen verlenen meer uren mantelzorg.	Bom et al. 2019a
Werk	Mensen zonder baan, met een parttime baan en gepensioneerden verlenen vaker mantelzorg.	/	Bom et al. 2019a
Type baan	Mensen met kaderfuncties verlenen minder vaak mantelzorg. Mensen die in de zorgsector werken/gewerkt hebben verlenen vaker mantelzorg.	/	Ecorys 2021 SCP 2025 Stichting Werk en Mantelzorg 2023
Opleidingsniveau	Mensen met een hoger opleidingsniveau verlenen vaker mantelzorg.	/	De Klerk et al. 2021

⁹ Intensieve mantelzorg wordt hier gedefinieerd als meer dan 10 uur per week.

Mantelzorg heeft positieve en negatieve gevolgen voor de mantelzorger en die gevolgen zijn niet gelijkmatig verdeeld

Mantelzorgers ervaren zingeving en verbinding, maar hebben een slechtere mentale gezondheid.

Het verlenen van mantelzorg heeft positieve én negatieve gevolgen voor de mantelzorger. Mantelzorg verlenen kan positief ervaren worden door mantelzorgers, onder meer op vlak van zingeving en connectie met de mantelzorgontvanger (RIVM 2021, Graler 2024, Broese van Groenou et al. 2013). Het ervaren van deze positieve gevolgen hangt sterk samen met persoonlijke voorkeuren en motivaties (Broese van Groenou et al. 2013). Mantelzorg verlenen heeft echter ook negatieve effecten op de mentale gezondheid (Bom 2021, Ecorys 2021, De Boer et al. 2023).

Negatieve effecten op arbeidsmarktparticipatie en loon zijn beperkt.

Uit onderzoek van Rellstab et al. (2020) blijkt dat volwassen kinderen niet minder gaan werken wanneer een van hun ouders plotseling meer hulp nodig heeft na een onverwachte ziekenhuisopname voor een gezondheidsprobleem zoals een gebroken heup, een hartaanval of een beroerte. Ook in de zes jaar na de onverwachte ziekenhuisopname is er geen verschil met een controlegroep van wie de ouders geen onverwachte ziekenhuisopname doormaken. Mogelijk komt dit doordat formele zorg een groot deel van de benodigde hulp levert voor deze groep ouderen. Daarnaast anticipeerde de groep mogelijk al veel eerder in het leven op een mogelijke hulpvraag door parttime te gaan werken (zie Maestas et al. 2025 voor een analyse van het arbeidsverleden van Amerikaanse mantelzorgers). De populatie waar Rellstab et al. (2020) onderzoek naar doen is mogelijk een selectieve subset van de totale mantelzorgers, maar onderzoek van Raiber et al. (2025) naar de samenhang tussen mantelzorg en inkomen over de levensloop komt tot een vergelijkbare conclusie: het uurloon van vrouwen die intensieve mantelzorg hadden verleend was slechts 0,4 cent lager dan dat van vrouwen die nooit mantelzorg hadden verleend; mantelzorgende mannen hadden een uurloon dat 0,9 cent hoger lag dan het inkomen van mannen die nooit mantelzorg hadden verleend. Uit het onderzoek van Raiber et al. (2022b) blijkt wel een significant verband is tussen mantelzorg en uurloon: mantelzorgers die 1-170 maanden mantelzorg hebben verleend hebben een 9,25 euro tot 3,93 euro lager uurloon dan personen met vergelijkbare achtergrondkenmerken die geen mantelzorg verlenen; voor mantelzorgers die langer dan 170 maanden zorg verleenden is het verschil niet significant, mogelijk vanwege een beperkt aantal observaties in die groep. In de jaren nadat het verlenen van mantelzorg eindigt stagneert het loon van vrouwen in vergelijking met vrouwen die nooit eerder zorgtaken opnamen; voor mannen is de relatie statistisch niet significant (Raiber et al. 2025). De negatieve relatie tussen werk en mantelzorg is niet even sterk voor alle geïdentificeerde subgroepen. Vrouwen tussen de 18 en 44 jaar die mantelzorg verlenen werken significant minder uren per week dan andere mantelzorgers en niet-mantelzorgers (Raiber et al. 2022a); bij mannen is dit effect er alleen wanneer zij intensief mantelzorg verlenen (Raiber et al. 2022a)¹⁰.

Tabel 2.2: overzicht van studies naar de samenhang tussen mantelzorg en arbeidsparticipatie op basis van Nederlandse data, naar subgroep

Studie	Rellstab et al. 2020	Raiber et al. 2022b	Raiber et al. 2025
Uitkomstmaat	% dat werkt en loon per kwartaal	Uurloon (in euro's)	Uurloon (in procentpunt)
Subgroep			
Geslacht	% dat werkt M: -0,000 V: -0,002 Loon per kwartaal M: -0,001 V: -0,003	/	/
Leeftijd, totaal en naar geslacht	/	5-17: -5.26 (M: -1.20; V: -9.27) 18-27: ref. 28-37: 0.66 (M: 0.55; V: 1.41) 38-47: -6.19 (M: -7.57; V: -4.13) 48-57: 1.98 (M: 3.92; V: 2.32)	/

¹⁰ Intensieve mantelzorg wordt hier gedefinieerd als meer dan 8 uur per week.

		58+: -7.24 (M: -15.42; V: 9.27)	
Intensiteit van mantelzorg, naar geslacht	/	/	Intensief M: 0,004 V: -0,004* Niet intensief M: 0,001 V: -0,001
Timing van mantelzorg, naar geslacht	/	/	Nu mantelzorger M: -0,000 V: -0,001 Vroeger mantelzorger M: 0,003 V: -0,003*
Duur van mantelzorg, naar geslacht	/	/	< 1 jaar M: 0,001 V: 0,001 1-5 jaar M: -0,002 V: 0,000 > 5 jaar M: 0,002 V: 0,000

Noot: Significante resultaten worden aangeduid met * ($p < 0,05$), ** ($p < 0,01$) en *** ($p < 0,001$).

Intensieve mantelzorg hangt vaak samen met een hogere mantelzorgbelasting

Uit eerder onderzoek blijkt dat wie meer uren mantelzorg levert vaker aangeeft overbelast te zijn (De Boer et al. 2023, Stockel en Bom 2022). Mantelzorgers met een migratieachtergrond zijn relatief vaker ernstig overbelast, wat samenhangt met een grotere intensiteit van mantelzorg – vaak doordat deze groep minder formele zorg gebruikt (De Boer et al. 2023). Ook vrouwen verlenen meer uren mantelzorg (Guneyli et al. 2025) en voelen zich ook vaker overbelast door mantelzorg dan mannen (De Boer et al. 2023, Bom et al. 2019b).

Daarnaast is de drievoudige belasting die mensen ervaren wanneer zij zowel voor kinderen als ouders zorgen en gelijktijdig aan hun carrière willen bouwen eveneens sterker voor vrouwen dan voor mannen (Raiber et al. 2024, Fast et al. 2020) en nemen samenwonende vrouwen ook vaker de mantelzorg voor schoonouders op zich (De Klerk et al. 2021). Het feit dat samenwonende vrouwen relatief vaker overbelast zijn in vergelijking met alleenstaande vrouwen, suggereert dat dit mogelijk een rol speelt (Bom et al. 2019a). Ook de manier waarop mannen en vrouwen met deze overbelasting omgaan verschilt. Zo nemen mannen vaker vakantiedagen op en slagen zij er vaker in hierover afspraken te maken op het werk, terwijl vrouwen sneller de stap naar een ingekorte werkweek zetten (De Boer et al. 2023, Plaisier et al. 2017).

Mantelzorg heeft een negatief effect op schoolprestaties

Tot slot presteren scholieren met mantelzorgtaken vaak minder goed (de Roos et al. 2016, van Tienen 2010), wat mogelijk negatieve gevolgen heeft voor hun arbeidsmarktpositie nog voor zij de arbeidsmarkt betreden.

2.2 Kwantitatieve analyse van de huidige situatie

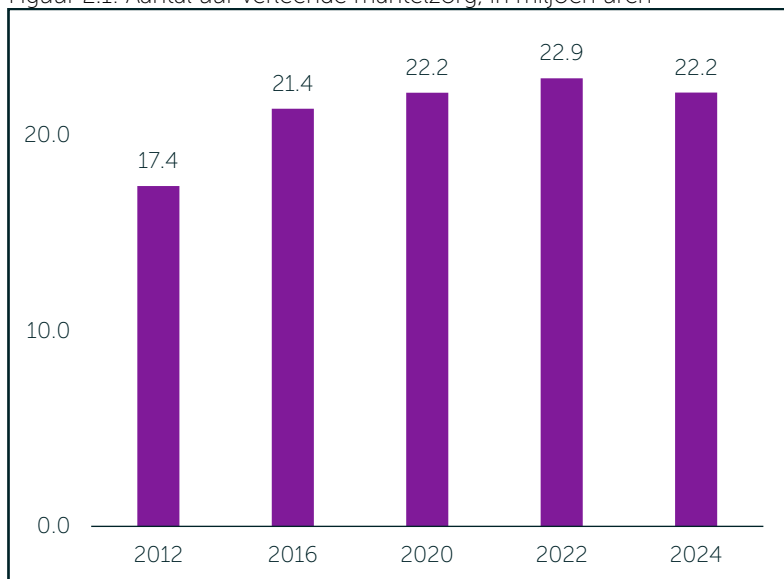
We vullen het literatuuronderzoek aan met een kwantitatieve analyse waarbij we analyseren welke subgroepen in de 18+-populatie informele hulp (mantelzorg en vrijwilligerswerk) verlenen. Dit doen we om twee redenen. Ten eerste helpt het om eerder onderzoek te updaten en trends in kaart te kunnen brengen: we hebben beschikking over zeer recente Nederlandse data die nog niet eerder is gebruikt voor dit type onderzoek. Ten tweede is er niet over alle genoemde subgroepen evenveel inzicht in hoeveel informele hulp ze verlenen en in welke mate ze aangeven mantelzorg als een zware belasting te ervaren.

Om kennislacunes over deze subgroepen aan te vullen gebruiken we de gegevens van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012, 2016, 2020 en 2024 van de GGD'en, CBS en RIVM en de Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022, GGD'en, CBS en RIVM. Deze datasets hebben vier belangrijke voordelen: (1) het is de bron met de meest recente data (uit 2024), (2) informele hulp wordt al sinds 2012 op vergelijkbare wijze uitgevraagd, (3) de gegevens kunnen gekoppeld worden aan andere CBS-microdata en (4) het aantal observaties is veel groter dan in andere surveys met informatie over informele hulp (n=365.000 tot 540.000 per meting). Deze eigenschappen betekenen dat het eenvoudiger is om analyses uit te voeren op specifieke subgroepen, de representativiteit van de steekproef achteraf te onderzoeken en te garanderen, en langjarige trends te analyseren. Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording.

Het aantal mantelzorgers en het aantal uur verleende mantelzorg steeg tussen 2012 en 2016 maar is sindsdien niet meer veranderd

Het totaal aantal uur verleende mantelzorg steeg tussen 2012 en 2016 van 17,4 naar 21,4 miljoen uur (Figuur 2.1).¹¹ Sindsdien is het aantal uur geleverde mantelzorg vrijwel stabiel gebleven, terwijl ook het aantal uur mantelzorg per mantelzorger gelijkbleef: gemiddeld ongeveer 11 uur per week. Het aantal mantelzorgers steeg licht van 1,9 naar 2,0 miljoen terwijl het aantal vrijwilligers daalde van 3,9 naar 3,8 miljoen. Het aantal mensen dat informele hulp verleende bleef daardoor vrijwel gelijk op 4,9 miljoen. In diezelfde periode (2012-2024) verdubbelde echter het aantal mantelzorgers dat zich door mantelzorg tamelijk, zeer zwaar of overbelast voelt, van 231 duizend (14% van de mantelzorgers) naar 475 duizend (22% van de mantelzorgers; Figuur 2.2).

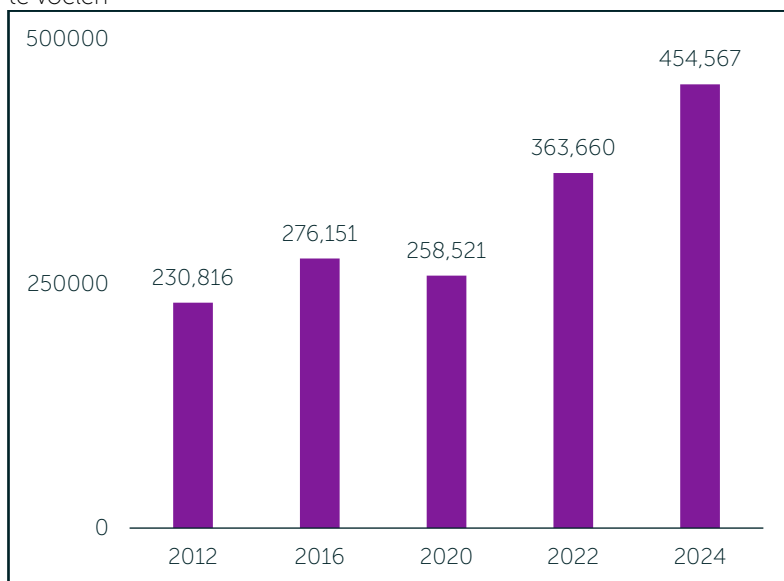
Figuur 2.1: Aantal uur verleende mantelzorg, in miljoen uren



Data: eigen bewerking op basis van CBS Statline.

¹¹ Deze opmerkelijke stijging is grotendeels ook terug te zien in de data op basis van de jaarlijkse Gezondheidsenquêtes uit 2012 tot en met 2016 (CBS 2025).

Figuur 2.2 Het aantal mantelzorgers dat aangeeft zich door mantelzorg tamelijk, zeer zwaar of overbelast te voelen

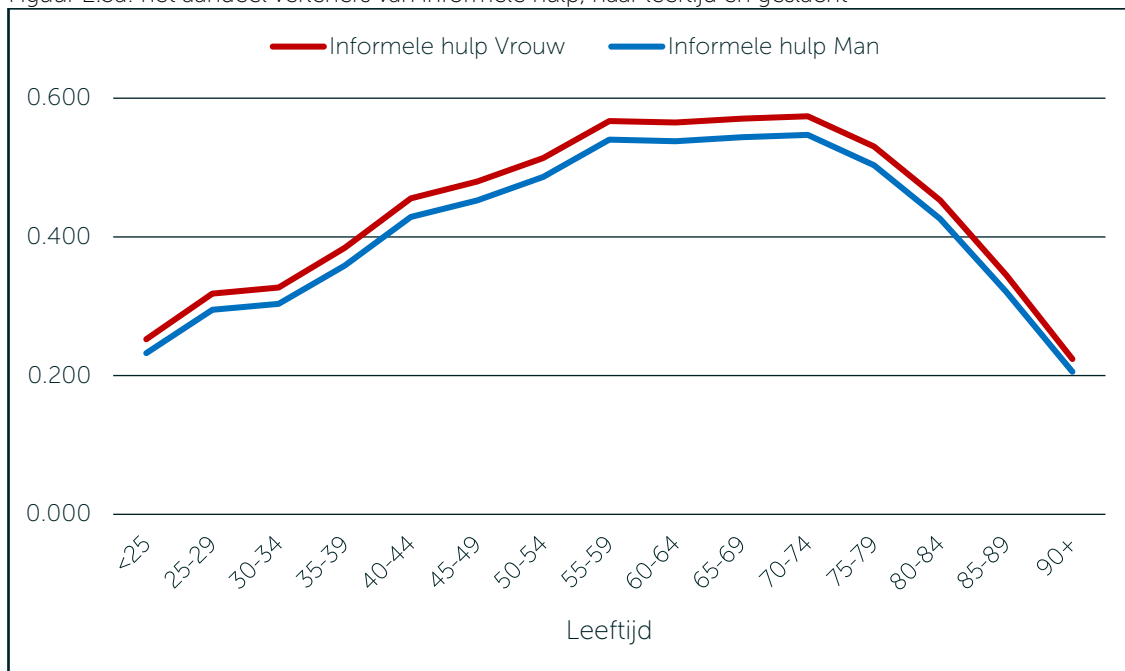


Data: eigen bewerking op basis van CBS Statline.

55- tot 74-jarigen verlenen het vaakst informele hulp

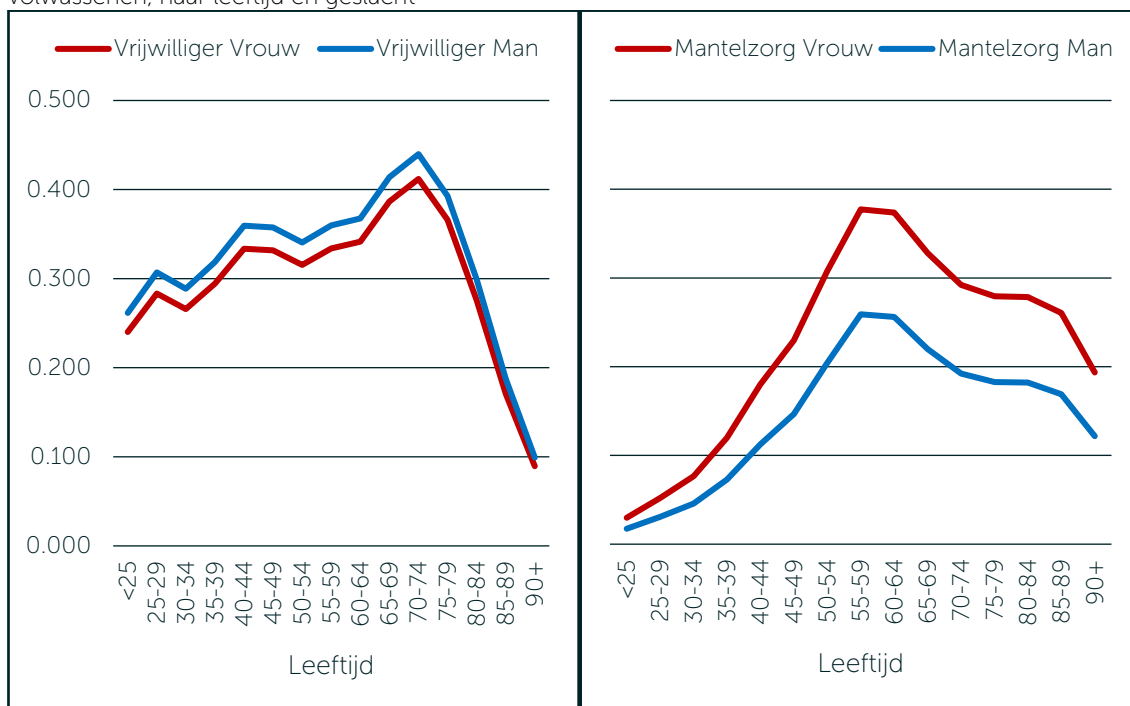
De verschillen tussen leeftijdsgroepen zijn groot: 55- tot 74-jarigen verlenen in 2024 dubbel zo vaak informele hulp als 25-minners en 85-plussers (Figuur 2.3a en 2.3b). De groep 55- tot 74-jarigen is relatief vaak mantelzorger en vrijwilliger, waarbij het aandeel mantelzorgers het hoogst is onder 55- tot 64-jarigen en het aandeel vrijwilliger het hoogst onder 70- tot 74-jarigen. Mannen zijn vaker vrijwilliger, terwijl vrouwen vaker mantelzorger zijn, waardoor het aandeel informele-hulpverleners onder mannen en vrouwen vrijwel gelijk is.

Figuur 2.3a: het aandeel verleners van informele hulp, naar leeftijd en geslacht



Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024. Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording.

Figuur 2.3b: het aandeel vrijwilligers (linksonder) en mantelzorgers (rechtsonder) in 2024 onder alle volwassenen, naar leeftijd en geslacht

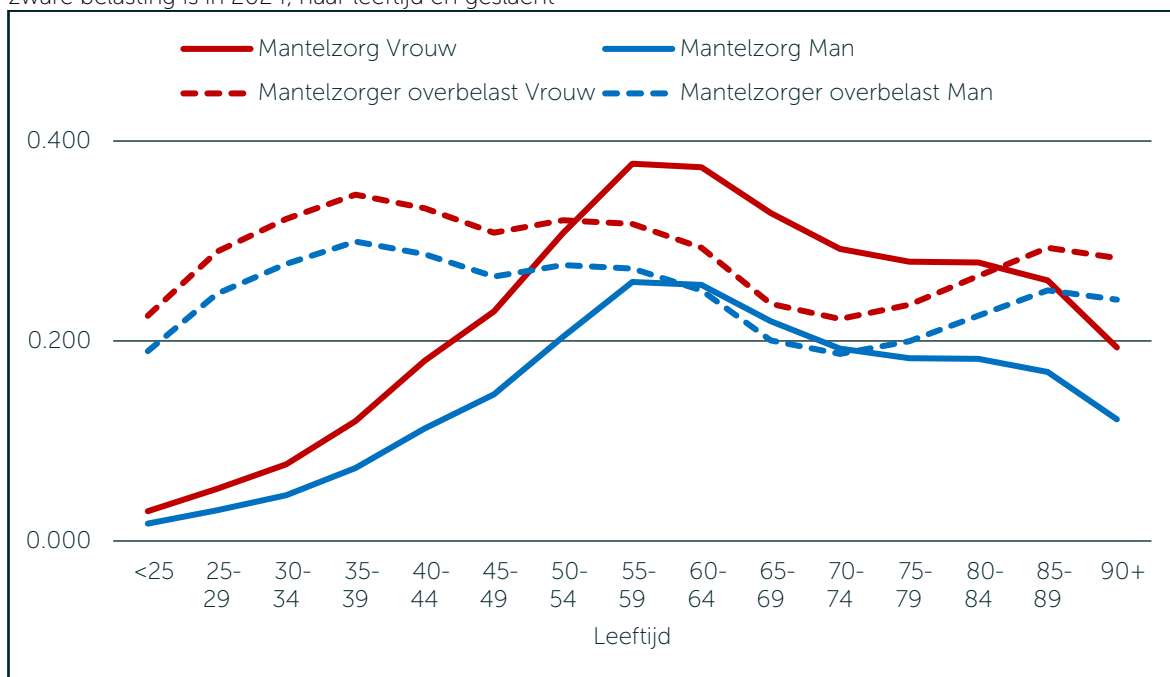


Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024 en administratieve data. Noot: Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording.

De leeftijdsgroepen die het vaakst mantelzorg verlenen zijn niet de groepen waarbinnen mantelzorgers het vaakst overbelast zijn

Hoewel het aandeel mantelzorgers het hoogst is onder 55- tot 64-jarigen is het aandeel mantelzorgers dat aangeeft mantelzorg als een zware belasting te ervaren het hoogst onder 35- tot 39-jarigen (vrouwen: 35%; mannen: 30%). Dit is een leeftijdsgroep waarin relatief weinig personen mantelzorger zijn (Figuur 2.4), maar die mogelijk vaker veel verschillende rollen moet combineren dan andere groepen. Verder laat Figuur 2.4 zien dat vrouwen op alle leeftijden vaker mantelzorger zijn dan mannen en het aandeel mantelzorgers dat aangeeft mantelzorg als zware belasting te ervaren onder vrouwen groter is dan onder mannen.

Figuur 2.4: het aandeel mantelzorgers en het aandeel mantelzorgers dat aangeeft dat mantelzorg een zware belasting is in 2024, naar leeftijd en geslacht



Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024 en administratieve data. Noot: Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording.

Naast verschillen tussen subgroepen naar leeftijd en geslacht varieert het aandeel mensen dat informele hulp verleent ook tussen subgroepen op basis van andere kenmerken (Tabel 2.1 en 2.2). Daarbij corrigeren we voor verschillen in andere kenmerken: de in de tabel opgenomen kenmerken en leeftijd en geslacht. We voeren de analyse twee keer uit – één keer voor 18- tot 69-jarigen; één keer voor 70-plussers – want voor die tweede groep zijn een aantal kenmerken niet relevant, bijvoorbeeld hoeveel uur iemand per week werkt, of hebben ze mogelijk een andere interpretatie, bijvoorbeeld omdat kinderen op jonge leeftijd zorg en aandacht nodig hebben maar op oudere leeftijd juist een potentiële mantelzorger zijn. Uit de eerste regel van Tabel 2.1 blijkt bijvoorbeeld dat, na correctie voor andere kenmerken, in gemeenten met een zeer lage bevolkingsdichtheid 40% van de 18- tot 69-jarigen informele hulp verleent. Dat is 6 procentpunt hoger dan in de meest verstedelijkte gemeenten, want uit de vierde regel in de tabel blijkt dat het aandeel in die gemeenten 34% is.

Er is na correctie voor andere kenmerken geen verschil tussen buurten naar het percentage mensen dat in een jaar verhuist, wat gebruikt wordt als proxy voor cohesie. De resultaten voor 70-plussers tonen vergelijkbare verschillen. Daarnaast zijn er verschillen tussen subgroepen naar migratieachtergrond, aantal uur werk en huishoudens- en familiekenmerken. Personen zonder werk zijn, na correctie voor andere kenmerken 7 procentpunt vaker informele-hulpverlener dan personen die minstens 20 uur werken. 18- tot 69-jarigen van wie twee (schoon)ouders nog in leven zijn verlenen dubbel zo vaak mantelzorg dan personen van wie de ouders niet meer in leven zijn. De groep van wie 3 of meer (schoon)ouders nog in leven zijn verleent iets minder vaak mantelzorg, mogelijk omdat de (schoon)ouders dan in sommige gevallen nog voor elkaar kunnen zorgen of omdat de ouders in dat geval relatief jong zijn.

Tabel 2.1: aandeel mantelzorgers en vrijwilligers onder 18- tot 69-jarigen, 2024

	Mantelzorg	Vrijwilliger	Informele hulp	Mantelzorg zware belasting
Bevolkingsdichtheid gemeente (inwoners/km ²)				
Kwartiel 1: Zeer laag (<300) (referentiecategorie)	0.15	0.31	0.40	0.21
Kwartiel 2: Laag	0.14*	0.27**	0.36**	0.21
Kwartiel 3: Gemiddeld	0.14*	0.24**	0.34**	0.23*
Kwartiel 4: Hoog (>1900)	0.14**	0.24**	0.34**	0.25**
% buurtbewoners dat niet verhuist in een jaar				
Kwartiel 1 < 90% (referentiecategorie)	0.14	0.27	0.36	0.22
Kwartiel 2 90%-92%	0.14	0.25**	0.35*	0.23
Kwartiel 3 92%-94%	0.14	0.26	0.36	0.24*
Kwartiel 4 >94%	0.15**	0.27	0.36	0.23
Migratieachtergrond				
Nederland (referentiecategorie)	0.15	0.28	0.37	0.22
Nederlandse Cariben	0.13	0.24*	0.33*	0.32
Indonesië	0.14	0.24**	0.34**	0.25
Suriname	0.12**	0.16**	0.26**	0.26
Marokko	0.16	0.16**	0.27**	0.26
Turkije	0.12*	0.16**	0.25**	0.25
Overig Europa	0.13**	0.21**	0.30**	0.24
Overig	0.13**	0.19**	0.28**	0.23
Werk				
Geen betaald werk (referentiecategorie)	0.15	0.32	0.40	0.26
1-19 uur per week	0.16**	0.30**	0.39*	0.21**
20 uur of meer per week	0.14**	0.24**	0.33**	0.22**
Huishoudenssamenstelling				
Eenpersoonhuishouden (referentiecategorie)	0.12	0.29	0.37	0.22
Met partner	0.15**	0.26**	0.35**	0.23
Overig	0.17**	0.21**	0.33**	0.26**
Aantal (schoon)ouders in leven				
0 (referentiecategorie)	0.08	0.25	0.28	0.19
1	0.12**	0.25	0.32**	0.22*
2	0.19**	0.28**	0.40**	0.22*
3 of meer	0.15**	0.26	0.36**	0.26**
Aantal (schoon)ouders in leven, wonend in dezelfde gemeente				
0 (referentiecategorie)	0.13**	0.24	0.33	0.25
1	0.14**	0.27**	0.36**	0.23**
2	0.17**	0.25	0.36**	0.22**
3 of meer	0.17**	0.30**	0.40**	0.18**
Heeft een kind van 6 jaar of jonger				
Nee (referentiecategorie)	0.14	0.26	0.36	0.23
Ja	0.12**	0.24**	0.33**	0.21
Heeft een kind van 6-17 jaar				
Nee (referentiecategorie)	0.15	0.24	0.34	0.23
Ja	0.12**	0.33**	0.40**	0.23
Heeft een kind van 18 jaar of ouder				
Nee (referentiecategorie)	0.16	0.26	0.36	0.24
Ja	0.13**	0.26	0.34**	0.21**

Aantal broers en zussen				
0 (referentiecategorie)	0.15	0.23	0.34	0.27
1	0.14**	0.25**	0.34	0.24**
2	0.14**	0.27**	0.36**	0.22**
Meer dan 2	0.14	0.29**	0.38**	0.20**
Gemiddelde	0.14	0.25	0.33	0.23
Aantal observaties	256914	256914	256914	37016

Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024 en administratieve data. Noot: Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording. ** statistisch significant op niveau $p < 0.01$; * statistisch significant op niveau $p < 0.05$.

Tabel 2.2: aandeel mantelzorgers en vrijwilligers onder 70-plussers, 2024

	Mantelzorg	Vrijwilliger	Informele hulp	Mantelzorg zware belasting
Bevolkingsdichtheid gemeente (inwoners/km ²)				
Kwartiel 1: Zeer laag (<300) (referentiecategorie)	0.15	0.35	0.42	0.18
Kwartiel 2: Laag	0.15	0.32**	0.40**	0.18
Kwartiel 3: Gemiddeld	0.14	0.29**	0.37**	0.20*
Kwartiel 4: Hoog (>1900)	0.15	0.27**	0.36**	0.22**
% buurtbewoners dat niet verhuist in een jaar				
Kwartiel 1 < 90% (referentiecategorie)	0.15	0.30	0.38	0.19
Kwartiel 2 90%-92%	0.15	0.30	0.38	0.20
Kwartiel 3 92%-94%	0.15	0.31*	0.39*	0.19
Kwartiel 4 >94%	0.15	0.31**	0.39**	0.20
Migratieachtergrond				
Nederland (referentiecategorie)	0.15	0.31	0.39	0.19
Nederlandse Cariben	0.12	0.25	0.33	-
Indonesië	0.13*	0.26**	0.34**	0.21
Suriname	0.11*	0.17**	0.24**	0.33*
Overig Europa	0.16	0.27**	0.37**	0.20
Overig, inclusief Marokko, Turkije	0.08**	0.19**	0.25**	0.26
Huishoudenssamenstelling				
Eenpersoonhuishouden (referentiecategorie)	0.09	0.31	0.35	0.17
Met partner	0.18**	0.30**	0.40**	0.21**
Overig	0.14**	0.24**	0.33	0.22*
Heeft een kind				
Geen kind (referentiecategorie)	0.15	0.29	0.37	0.21
Één of meer kinderen	0.15	0.31**	0.38*	0.19
Aantal broers en zussen				
0 (referentiecategorie)	0.14	0.28	0.36	0.20
1	0.14	0.28	0.36	0.21
2	0.15**	0.30**	0.39**	0.18
Meer dan 2	0.16**	0.34**	0.42**	0.18*
Gemiddelde	0.15	0.30	0.38	0.19
Aantal observaties	147351	147351	147351	20821

Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024 en administratieve data. Noot: Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording. ** statistisch significant op niveau $p < 0.01$; * statistisch significant op niveau $p < 0.05$.

Analyse van de veranderingen tussen 2016 en 2024

Hoewel de hoeveelheid mantelzorg vrijwel stabiel is sinds 2016 zijn er aanzienlijke verschuivingen geweest in de verdeling van mantelzorg tussen subgroepen. Om die verschuivingen beter in kaart te brengen voeren we een Blinder-Oaxaca-decompositie uit van het verschil tussen 2016-2024.

In Tabellen 2.3-2.4 laat de eerste rij de verschillen zien tussen 2024 en 2016. Zo is het aandeel mantelzorgers onder de 18- tot 69-jarigen tussen 2024 en 2016 met 0,7 procentpunt gedaald, van 14,9 naar 14,2%. Tegelijkertijd steeg dat percentage onder 70-plussers van 13,7 naar 14,9% (1,2 procentpunt). De Blinder-Oaxaca-decompositie splitst die verschillen vervolgens op in drie delen: (1) de bijdrage van veranderingen in kenmerken, zoals bijvoorbeeld de bevolkingsopbouw, (2) de bijdragen van veranderingen in coëfficiënten – de verandering in de kans om informele hulp te bieden voor een specifieke subgroep in de bevolking (bijvoorbeeld de 65- tot 69-jarigen, of de mannen) – en (3) de interactie tussen beide.

Uit deze decompositie volgen drie belangrijke inzichten. Ten eerste blijkt uit de eerste rij ("Verschil") van dat het aandeel 18- tot 69-jarigen dat mantelzorg of vrijwilligerswerk deed daalde, maar dat het aandeel 70-plussers dat actief was steeg. De veranderingen waren het grootst bij vrijwilligerswerk: het aandeel nam 4,5 procentpunt af onder 18- tot 69-jarigen en 3,5 procentpunt toe onder 70-plussers.

Ten tweede worden zowel de stijging onder 70-plussers als de daling onder 18- tot 69-jarigen volledig verklaard door veranderingen in de kans dat specifieke subgroepen in de bevolking mantelzorger of vrijwilliger zijn: de bijdrage van veranderingen in de kans dat iemand in een bepaalde subgroep informele hulp verleent, die in de rij "Coëfficiënten" staat, zijn vrijwel even groot als de totale verschil (rij "Verschil"). Zo daalt bijvoorbeeld onder 18- tot 69-jarigen de kans dat iemand informele hulp verleent met 4,0 procentpunt en daarvan wordt 3,6 procentpunt (90 procent) verklaard door de afname in de kans dat bepaalde personen in specifieke subgroepen binnen die steekproef informele hulp verlenen; veranderingen in de samenstelling spelen geen rol.¹²

Veranderingen in bevolkingsopbouw of andere kenmerken spelen alleen een kleine rol in het verklaren van de daling van het aandeel vrijwilligers binnen de steekproef 18- tot 69-jarigen (rij "Kenmerken"): de totale daling is 4,5 procentpunt, waarvan 0,2 procentpunt wordt verklaard door veranderingen in de kenmerken van deze leeftijdsgroep. Veranderingen in kenmerken leveren geen bijdrage aan de veranderingen in de andere geanalyseerde uitkomstmaten (en de interactie ook niet): de geschatte bijdrage is klein en statistisch niet significant.

Ten derde stijgt in beide groepen het aandeel mantelzorgers dat mantelzorg als een zware belasting ervaart; de stijging is dubbel zo groot onder 18- tot 69-jarigen dan onder 70-plussers: 9,2 procentpunt versus 4,4 procentpunt. Ook deze stijging is vrijwel volledig toe te schrijven aan een verandering in de kans dat die subgroepen mantelzorg als belastend ervaren. Uit dit onderzoek komt dus geen duidelijke verklaring naar voren voor de verschillen in de ervaren belasting onder mantelzorgers, tussen subgroepen en over tijd; mogelijk spelen factoren een rol die in dit onderzoek (deels) buiten beeld zijn gebleven, zoals bijvoorbeeld verschillen in het aandeel mantelzorgers dat veel uur mantelzorg geeft, in andere taken en in mentale en fysieke gezondheid.

¹² Die afname is niet voor alle subgroepen in de steekproef 18- tot 69-jarigen even groot: een gedetailleerde analyse (Bijlage B2-3) laat zien dat de daling in de kans om informele hulp te verlenen onder 18- tot 69-jarigen veroorzaakt wordt door een sterk gedaalde kans onder 18- tot 45-jarigen, mensen met een hoog inkomen en mensen in een buurt waar relatief veel mensen verhuizen. Een deel van die daling wordt teniet gedaan door een stijging van de kans om informele hulp te verlenen onder mensen van wie een of meer ouders nog in leven zijn.

Tabel 2.3: Blinder-Oaxaca decompositie van het verschil tussen 2016-2024, 18- tot 69-jarigen

	Mantelzorg	Vrijwilliger	Informele hulp	Mantelzorg zware belasting
Vershil, in procentpunt	-0.007*	-0.045*	-0.040*	0.092*
Bijdrage van kenmerken	0.002	-0.002*	0.000	0.004
Bijdrage van coëfficiënten	-0.008*	-0.039*	-0.036*	0.088*
Bijdrage van interactie van kenmerken en coëfficiënten	0.000	-0.004*	-0.003*	0.000

Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024 en administratieve data. Noot: Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording. * statistisch significant op niveau $p < 0.05$.

Tabel 2.4: Blinder-Oaxaca decompositie van het verschil tussen 2016-2024, 70-plussers

	Mantelzorg	Vrijwilliger	Informele hulp	Mantelzorg zware belasting
Vershil, in procentpunt	0.012*	0.035*	0.042*	0.044*
Bijdrage van kenmerken	-0.001	-0.001	0.000	0.005
Bijdrage van coëfficiënten	0.011*	0.033*	0.039*	0.042*
Bijdrage van interactie van kenmerken en coëfficiënten	0.002	0.003	0.003	-0.003

Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024 en administratieve data. Noot: Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording. * statistisch significant op niveau $p < 0.05$.

3 Informele hulp in 2040

In dit hoofdstuk extrapoleren we de schattingen voor het jaar 2024 uit paragraaf 2.2 naar 2040 om in te kunnen schatten in welke mate de verwachte verandering in het aantal verleners van informele hulp tegemoet komt aan de verwachte stijging van de vraag naar hulp.

Aanpak: focus op demografische veranderingen

We schatten het aantal informele-hulpverleners in 2040 door voor iedere groep op basis van leeftijd (gegroepeerd naar 5 jaar), geslacht en huishoudenssamenstelling het percentage mensen dat informele hulp verleende in 2024 te nemen en dat toe te passen op het door CBS (2025) voorspelde aantal mensen in diezelfde groep op basis van leeftijd, geslacht en huishoudenssamenstelling in 2040. Zo'n aanpak is transparant – demografische voorspellingen zijn openbaar beschikbaar en goed gedocumenteerd – maar focust op een klein deel van de mogelijke verklaringen voor veranderingen, namelijk demografische veranderingen in de bevolkings- en huishoudenssamenstelling. Uit de decompositie in Hoofdstuk 2 blijkt echter juist dat demografische kenmerken geen of een zeer kleine rol spelen in het verklaren van de verschuivingen in informelehulp-verlening die in de periode 2016-2024 plaatsvonden. De veranderingen in die periode worden vrijwel volledig verklaard door veranderingen in de kans dat iemand met specifieke kenmerken mantelzorg verleent of vrijwilliger is (bijvoorbeeld de 65- tot 69-jarigen, of de mannen). Die veranderingen in informelehulp-verlening worden voornamelijk beïnvloed door veranderende voorkeuren, beleid en sociale normen en speelden ook in eerdere perioden een belangrijke rol in het verklaren van veranderingen van informele en formele zorg (de Meijer et al. 2015). Veranderingen in voorkeuren, beleid en sociale normen verlopen minder voorspelbaar en geleidelijk dan veranderingen in de bevolkingsopbouw en zijn daarom minder geschikt om te analyseren door middel van de in dit hoofdstuk gebruikte methode (extrapolatie). Dit inzicht betekent dat de onzekerheid rondom de voorspelling dus groot is.

Het aantal informele-hulpverleners stijgt naar verwachting licht

Uit de extrapolatie van het huidige aandeel op basis van de voorspelde demografische veranderingen blijkt dat het aantal informelehulp-verleners tussen 2024 en 2040 licht stijgt, zowel uitgedrukt als percentage van de bevolking als in absolute aantallen (Tabel 3.1). Die stijging wordt veroorzaakt door een voorspelde toename van zowel het aantal mantelzorgers als het aantal vrijwilligers.

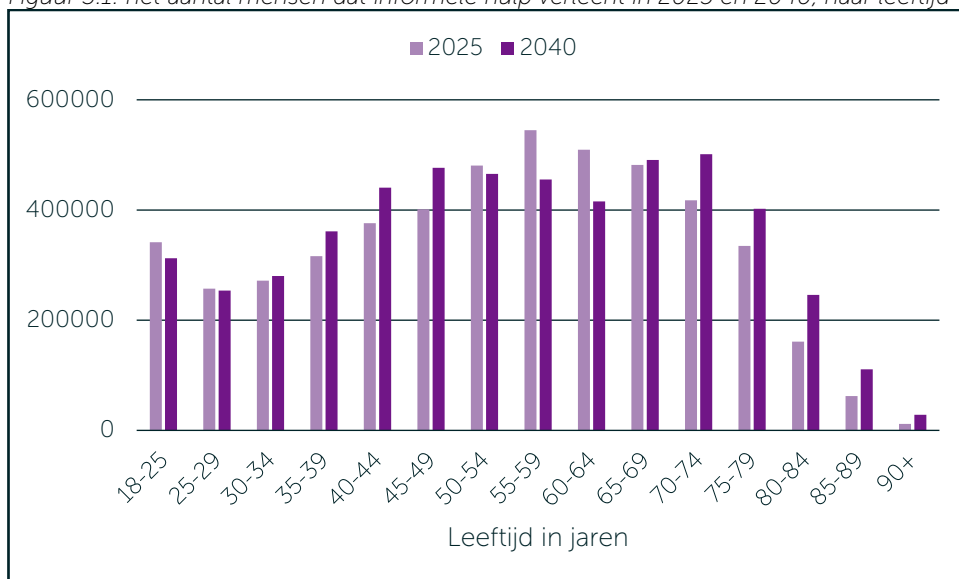
Aanvullende analyses laten zien dat de stijging geconcentreerd is in twee leeftijdsgroepen (Figuur 3.1): 30- tot 50-jarigen en 65-plussers. De grootste stijging wordt verwacht in de groep 80- tot 85-jarigen: binnen die groep neemt het aantal informele-hulp-verleners toe met meer dan 250.000 personen. De stijging en de toename van het aandeel 70-plussers onder mantelzorgers en vrijwilligers is in lijn met de voorspelling van Kooiker et al. (2019).

Tabel 3.1: het aantal mantelzorgers, vrijwilligers en informele-hulp-verleners in 2024 en in 2040 (voorspelling), in absolute aantallen en als aandeel van de volwassen bevolking (tussen haakjes)

	2024	2040
Mantelzorg	2,0 miljoen (13,7%)	2,3 miljoen (14,4%)
Vrijwilligerswerk	2,3 miljoen (15,2%)	2,5 miljoen (15,5%)
Informele hulp	3,7 miljoen (24,0%)	4,0 miljoen (24,5%)

Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024, administratieve data en CBS (2025).
Noot: Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording.

Figuur 3.1: het aantal mensen dat informele hulp verleent in 2025 en 2040, naar leeftijd



Bron: eigen berekeningen op basis van Gezondheidsmonitor 2024, administratieve data en CBS (2025).
 Noot: Bijlage B2-3 bevat een uitgebreidere onderzoeksverantwoording.

De verandering in het aantal mensen dat hulp en ondersteuning nodig heeft is zeer onzeker

Het aantal informele-hulpverleners is een functie van het aanbod van én de vraag naar informele hulp. De hoeveelheid gevraagde hulp (en het aanbod) kunnen we niet rechtstreeks voor de hele populatie meten (cf. Hoofdstuk 1). Maar we hebben wel zicht op trends in belangrijke onderliggende factoren, waarvan functionele beperkingen de belangrijkste zijn. Een toename van het aantal 65-plussers of 80-plussers leidt niet automatisch tot een grotere hulpvraag; die hulpvraag hangt (vooral) samen met beperkingen. En hoewel oudere mensen vaker meer beperkingen hebben, ligt de relatie tussen leeftijd, chronische aandoeningen en beperkingen niet vast (de Meijer et al. 2012).

Extrapolaties van het aantal mensen met beperkingen zijn gebaseerd op (1) historische trends of (2) een momentopname van het aandeel mensen met beperkingen binnen subgroepen van de populatie naar leeftijd en geslacht. Die twee manieren leiden tot in de praktijk tot zeer uiteenlopende scenario's wat betreft het aantal mensen met beperkingen (en dus een hulpvraag) in de toekomst.

Extrapolaties op basis van historische trends leiden tot een relatief kleine voorspelde stijging van het aantal mensen met beperkingen. Tussen 2012 en 2024 is het aantal 65-plussers bijvoorbeeld met bijna 1 miljoen gestegen, maar het aantal 65-plussers met beperkingen is vrijwel gelijk gebleven (Figuur 3.2). Het percentage 65-plussers met een beperking nam dus af van 30% naar 23%. RIVM (2024) komt in het trendscenario Gezondheid op basis van een andere databron eveneens tot de conclusie dat het percentage 65-plussers met een beperking daalde en voorspelt dat die daling doorzet in de toekomst. Het RIVM-trendscenario voorspelt daarnaast dat van de bevolking van 0-64 jaar een groter percentage van de mensen een beperking zal hebben. In absolute aantallen heffen die tegengestelde trends binnen beide leeftijdsgroepen elkaar vrijwel volledig op, waardoor het totale percentage mensen met een beperking in de bevolking tot 2040 met ongeveer 1 procentpunt toeneemt.

Extrapolaties op basis van een momentopname van het aandeel mensen met beperkingen veronderstellen – impliciet of expliciet – dat het aandeel mensen met een beperking binnen de in dat onderzoek afgebakende subgroepen gelijk blijft. RIVM (2024) voorspelt bijvoorbeeld in het eerder genoemde trendscenario Gezondheid dat het aantal ouderen met een broze gezondheid (frailty – een concept dat, mede vanwege de operationalisatie, verwant is aan functionele beperkingen) met ongeveer 50% toeneemt, op basis van het aandeel ouderen met kenmerken van broosheid in 2022 en de verwachte verandering in de bevolkingssamenstelling. RIVM (2021) en RIVM (2024; trendscenario Zorggebruik en zorguitgaven) nemen het gebruik van mantelzorg op één moment (2016) als

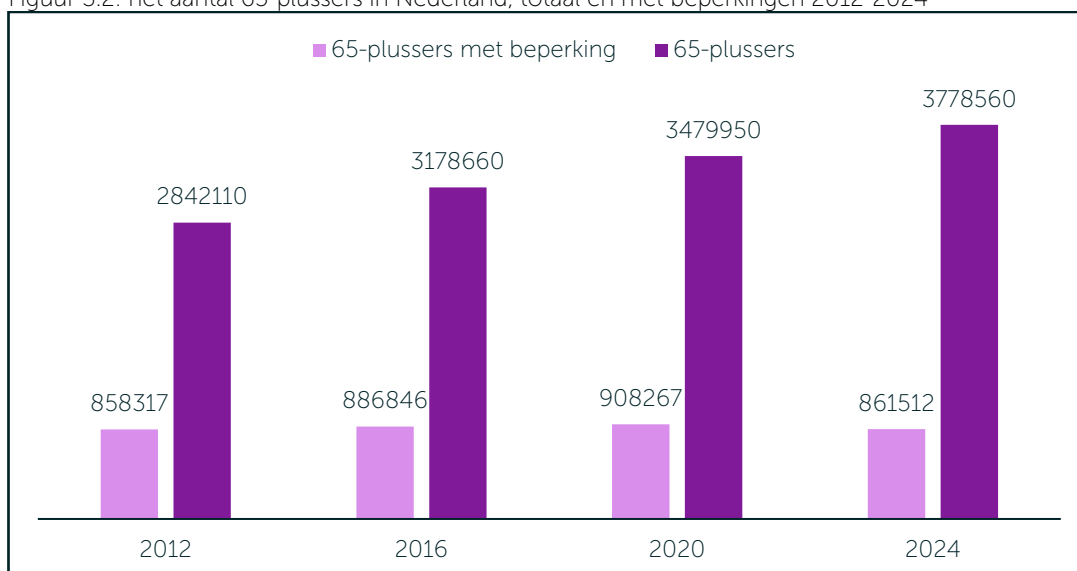
uitgangspunt en nemen dus aan dat het aandeel ouderen dat mantelzorg ontvangt gelijk blijft. Op basis daarvan voorspellen beide bronnen een stijging van het aantal ouderen met mantelzorg van ongeveer 55-60% in 2040.¹³ Kooiker et al. (2019) neemt de aandelen ouderen met een beperking in 2018 als startpunt, maar neemt aan dat het subgroep-specifieke aandeel met beperkingen lineair afneemt en komt daardoor op een kleinere voorspelde stijging tussen 2025 en 2040: 26%.

De twee typen extrapolaties schetsen dus twee uiteenlopende scenario's: tot 2040 wordt er ondanks de vergrijzing een zeer beperkte stijging van het aantal 65-plussers met beperkingen verwacht óf stijgt het aantal ouderen met beperkingen juist proportioneel mee met het aantal ouderen en is er dus sprake van een hele grote stijging. In het eerste geval is de voorspelde stijging van het aantal verleners van informele hulp (van 3,7 naar 4 miljoen, dus ongeveer 8% meer) op macroniveau in lijn met de te verwachten beperkte stijging van de hulpvraag en levert informele hulp dus mogelijk een belangrijke bijdrage aan het opvangen daarvan. In het tweede geval, waarin de hulpvraag 1,5 keer zo groot wordt, is de verwachte stijging van het aantal mensen dat informele hulp biedt niet voldoende om een grote rol te spelen in het opvangen van die stijgende hulpvraag.¹⁴ Die grote onzekerheid over het te verwachten aantal mensen met beperkingen is in lijn met eerder onderzoek (Majer et al. 2012) dat op basis van data uit de periode 1989-2007 voor 55-plussers de levensverwachting en gezondheid in 2030 voorspelde en zeer grote betrouwbaarheidsintervallen berekende: het voorspelde aantal jaren met beperkingen ligt in 2030 tussen de 5,0 en 17,9; in 2005 was het 10,5 jaar.

¹³ In beide rapporten wordt het aantal ouderen dat mantelzorg nodig heeft (de vraag) gelijkgesteld aan het aantal ouderen dat mantelzorg ontvangt.

¹⁴ De voorspelling van het aantal verleners van informele hulp die we in dit hoofdstuk rapporteren is gebaseerd op een momentopname van het aantal verleners van informele hulp in 2024 en veronderstelt dus dat het aandeel mensen dat informele hulp verleent binnen iedere subgroep gelijk blijft. In het geval van een extrapolatie van het aantal mensen dat informele hulp verleent is die aanname niet zo bepalend en is het verschil met een voorspelling die de trend in dat aandeel extrapoleert – toevallig – niet zo groot: het aantal verleners van informele hulp is sinds 2016 vrijwel gelijk (4,9 miljoen); het aantal 18+'ers steeg licht terwijl het aandeel licht daalde.

Figuur 3.2: het aantal 65-plussers in Nederland, totaal en met beperkingen 2012-2024



Bron: CBS Statline (2026a, 2026b)

4 Heeft mantelzorg effect op het gebruik van formele zorg?

4.1 Onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk kwantificeren we het substitutie-effect tussen formele en mantelzorg. Met andere woorden; leidt meer mantelzorg tot minder gebruik van formele zorg? En verschilt dit effect tussen groepen mantelzorgontvangers? We focussen daarbij op mantelzorg, want de beschikbare data bevat geen vragen over het ontvangen van hulp door vrijwilligers (Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016).

Relevantie

Het stimuleren van mantelzorg wordt door beleidsmakers en politici vaak opgeworpen als een belangrijk deel van de oplossing voor het verlagen van de druk op de formele zorg (Rijksoverheid 2025; cf. Hoofdstuk 1). Om te begrijpen of een versterkte inzet van informele zorg in Nederland effectief leidt tot minder vraag naar formele zorg, en of dat effect opweegt tegen de potentiële negatieve (en mogelijk ongelijk verdeelde) effecten op mantelzorgers, is het essentieel om het substitutie-effect tussen formele en informele zorg te onderzoeken. Eerder onderzoek toont dat de relatie tussen informele en formele zorg genuanceerd is: mantelzorg leidt tot minder gebruik van formele zorg bij milde beperkingen maar tot meer gebruik van formele zorg bij ernstige beperkingen (Bergeot en Tenand 2023; cf. paragraaf 2.1).

4.2 Data

We gebruiken voor deze analyses een combinatie van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016¹⁵ (GGD'en, CBS & RIVM, 2016) en administratieve data. Uit de Gezondheidsmonitor halen we informatie over het ontvangen van mantelzorg onder respondenten van 65 jaar en ouder.¹⁶ Deze gegevens koppelen we op individueel niveau aan de bij CBS beschikbare data over het gebruik van formele zorg (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet langdurige zorg (Wlz) en Zorgverzekeringswet (Zvw)), en demografische en sociaal-economische kenmerken. De koppeling met die data maakt dat we het gebruik van formele zorg op een betrouwbare, gedetailleerde en volledige manier in beeld kunnen brengen. Daarnaast biedt het ons de mogelijkheid om te corrigeren voor observeerbare verschillen in geslacht, leeftijd, migratieachtergrond, socio-economische status, stedelijkheid en gezondheidsstatus in onze analyses.¹⁷ En om verschillen tussen subgroepen te analyseren. In bijlage B4 geven we een compleet en gedetailleerd overzicht van de gebruikte databronnen en variabelen.

Aanpak

Om het causale effect van het ontvangen van mantelzorg op het gebruik van formele zorg te schatten is het niet voldoende om het formele zorggebruik van mensen die mantelzorg ontvangen te vergelijken met dat van mensen die geen mantelzorg ontvangen. Want niet iedereen heeft een even grote kans op

¹⁵ De recentere edities van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen bevatten geen vragen meer over het ontvangen van mantelzorg.

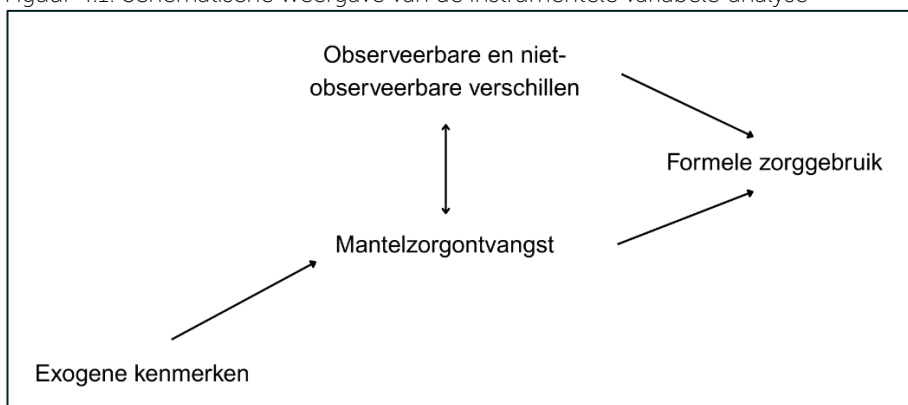
¹⁶ De groep tot 65 jaar blijft buiten beschouwing omdat de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen geen vragen over mantelzorg bevat.

¹⁷ De gekozen set controlevariabelen wijkt af van de set variabelen die gebruikt is in Hoofdstuk 2, onder meer omdat de set controlevariabelen in deze analyse een andere rol speelt dan in de regressieanalyses die in Hoofdstuk 2 zijn gepresenteerd.

het ontvangen van mantelzorg. Er zijn zowel geobserveerde verschillen in achtergrondkenmerken (het aantal kinderen, geslacht, leeftijd, kind en ouder wonen op hetzelfde adres, kind en ouder wonen in dezelfde gemeente, inkomen, huishoudsamenstelling, stedelijkheid en zorgkosten 1 jaar eerder)¹⁸ als verschillen in achtergrondkenmerken die we niet observeren (o.a. voorkeuren) tussen mensen die wel en geen mantelzorg ontvangen. Deze verschillen hangen mogelijk niet alleen samen met de kans om mantelzorg te ontvangen, maar ook met het formele zorggebruik. Dit levert een selectieprobleem op: door die verschillen kunnen we niet weten of verschillen in formele zorggebruik kunnen worden toegeschreven aan de ontvangen mantelzorg of aan de invloed van van die andere verschillen.

Om met dit selectieprobleem om te gaan en het causale effect van het ontvangen van mantelzorg op het gebruik van formele zorg te schatten, gebruiken we een instrumentele variabele-analyse, naar het voorbeeld van Bergeot en Tenand (2023). We schatten de kans dat iemand mantelzorg ontvangt¹⁹ op basis van exogene kenmerken; dit zijn kenmerken die niet beïnvloed worden door de mantelzorgbehoefte of door achterliggende factoren die ook invloed hebben op de mantelzorgbehoefte, zoals een algemene behoefte aan zorg (Figuur 4.1). Als deze exogene kenmerken een sterke impact hebben op de kans dat iemand mantelzorg ontvangt, dan kan de variatie in deze exogene kenmerken gebruikt worden om het effect van het ontvangen van mantelzorg op formele zorggebruik te schatten.

Figuur 4.1: Schematische weergave van de instrumentele variabele-analyse



Deze aanpak en de aannames die we doen, hebben twee gevolgen voor de interpretatie van de schattingen die we bij de resultaten presenteren. Ten eerste worden, gezien de aard van de methode, enkel 65-plussers meegenomen in de analyse die (1) bij aanvang van de observatieperiode geen Wlz-zorg met verblijf gebruiken en (2) volwassen kinderen in Nederland hebben wonen. Dit maakt dat een beperkte maar selectieve groep mensen niet wordt meegenomen. Ten tweede schatten we het effect voor de groep voor wie de exogene kenmerken impact hebben op de kans op mantelzorg. De aanpak, en de bij die aanpak horende aannames, worden in meer detail beschreven in bijlage B4.

Naast de hoofdanalyse doen we ook verschillende subgroep-analyses: we analyseren mogelijke verschillen in het effect van mantelzorg op formele zorg tussen subgroepen op basis van geslacht, leeftijd, migratieachtergrond, inkomen, eigenwoningbezit, multimorbiditeit, stedelijkheid en huishoudenssamenstelling. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de kans op het gebruik van formele zorg (Houde 1998, Wong et al. 2010) en op het ontvangen van mantelzorg (hoofdstuk 2.1) kan verschillen tussen deze subgroepen waardoor het nuttig is te onderzoeken of ook het effect van

¹⁸ Dit zijn de controlevariabelen waarover we administratieve data ter beschikking hebben, die mogelijk van invloed zijn op zowel de mantelzorgontvangst als het formele zorggebruik en waarvoor we in de analyses corrigeren.

¹⁹ Mantelzorgontvangst is een binaire variabele; mensen worden gezien als mantelzorgontvangers wanneer zij in de Gezondheidsmonitor 2016 aangaven dat zij 'op dit moment' mantelzorg ontvangen. We hebben ook 'het ontvangen van mantelzorg in de voorbije 12 maanden' en 'aantal uren mantelzorgontvangst' als alternatieve specificaties overwogen, maar deze bleken minder geschikt voor de gebruikte methode (Bijlage Tabel B4.14).

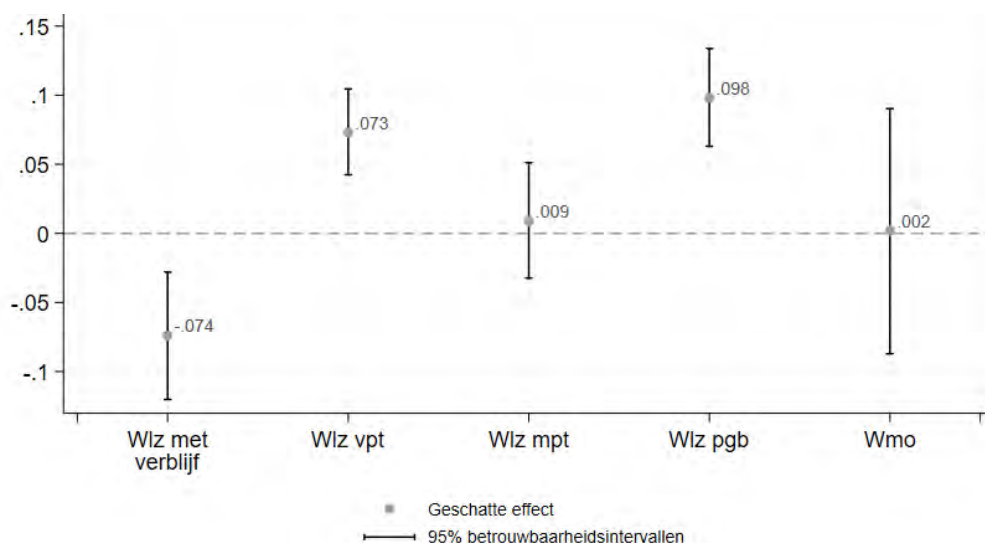
mantelzorgontvangst op het gebruik van formele zorg verschillend is voor deze subgroepen. Uit het onderzoek van Bergeot en Tenand (2023) bleek bijvoorbeeld dat dit effect verschilt voor mensen met milde en ernstige beperkingen. Aangezien we voor de volledige Nederlandse bevolking echter niet over deze informatie beschikken, analyseren we in plaats daarvan de impact voor subgroep 65-plussers met 2 of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit) en de subgroep 65-plussers met 0-1 chronische aandoeningen.

4.3 Resultaten

Wie mantelzorg ontvangt komt minder vaak in het verpleeghuis terecht maar gebruikt vaker Wlz-gefinancierde zorg thuis

65-plussers die mantelzorg ontvangen verhuizen in de twee volgende jaren gemiddeld 7 procentpunt minder vaak naar een verpleeghuis (Figuur 4.2; 95% betrouwbaarheidsinterval: 3 tot 12 procentpunt).²⁰ Deze bevinding betekent dat voor elke extra 100 personen die aan het begin van 2022 mantelzorg ontvangen, er gemiddeld 7 personen minder zorg met verblijf binnen de Wlz gebruiken in 2022-2023. Tegelijkertijd gebruiken ze vaker andere vormen van zorg binnen de Wlz, met name volledig pakket thuis (vpt) of persoonsgebonden budget (pgb). Het negatieve effect op Wlz-zorg met verblijf en het positieve effect op Wlz-vpt zijn vrijwel even groot. Mantelzorg heeft geen impact op of iemand gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen.²¹

Figuur 4.2: Effect van mantelzorg ontvangen op de kans op gebruik van Wlz-zorg met verblijf (links), andere Wlz-zorg (MPT, VPT, PGB; midden) en Wmo-zorg (rechts) in twee jaar



Noot: de figuur toont het effect (in procentpunten) van mantelzorg op de kans op zorggebruik, met 95% betrouwbaarheidsintervallen, voor alle 65-plussers met kinderen die voldoen aan de steekproefcriteria (bijlage). N = 3.031.035 observaties. Zorggebruik wordt gemeten over 2022-2023 en onderverdeeld in gebruik van Wet langdurige zorg (Wlz) gefinancierde zorg met verblijf; Wlz-zorg via overige leveringsvormen (volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt), persoonsgebonden budget (pgb)); rechts Wet maatschappelijke ondersteuning financierde maatwerkvoorzieningen. De onderliggende getallen zijn terug te vinden in Tabel B4.8 in de bijlage.

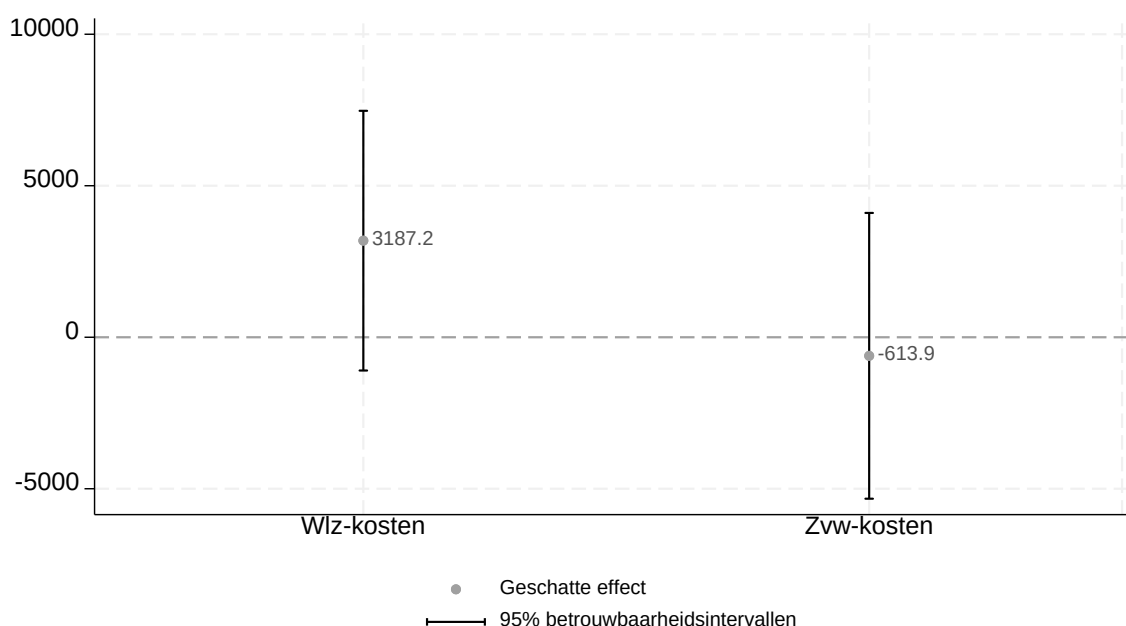
²⁰ Dit effect is statistisch significant verschillend van nul (5 procent significantie niveau) en gecorrigeerd voor observeerbare (het aantal kinderen, geslacht, leeftijd, kind en ouder wonen op hetzelfde adres, kind en ouder wonen in dezelfde gemeente, inkomen, huishoudsamenstelling, stedelijkheid en zorgkosten 1 jaar eerder) en niet-observeerbare kenmerken die samenhangen met zowel mantelzorggebruik als formele zorggebruik

²¹ Het is in deze methode niet mogelijk om het causale effect van het ontvangen van mantelzorg op de tijd tussen Wlz-indicatie en de startdatum van Wlz-zorg met verblijf te identificeren omdat het aantal personen met een wlz-indicatie niet voldoende was om te voldoen aan het minimum aantal benodigde observaties. Het is dus niet duidelijk of het ontvangen van mantelzorg kan helpen in het uitstellen van een verpleeghuisopname.

Mantelzorg heeft geen impact op Wlz-kosten; uitgaven aan huisarts en wijkverpleging stijgen

Ondanks dat zorg met verblijf over het algemeen duurder is dan Wlz-zorg thuis leidt mantelzorg niet tot lagere Wlz-kosten (Figuur 4.3). Door de verschuiving van zorg Wlz-zorg met verblijf naar andere leveringsvormen leidt mantelzorg tot lagere Wlz-uitgaven met verblijf en hogere Wlz-kosten thuis (Bijlage Tabel B4.8) en die effecten heffen elkaar deels op; het tarief voor VPT is niet veel lager dan voor Wlz-zorg met verblijf in een instelling.²² De grote betrouwbaarheidsintervallen bemoeilijken de interpretatie: mantelzorg in 2022 leidt tot een verandering in totale Wlz-kosten die kunnen variëren van -1098 tot +7472 euro. Gegeven de gemiddelde Wlz-kosten van 2362 euro per persoon in 2022-2023 impliceert dit een mogelijke kostenreductie van circa de helft tot juist een verdrievoudiging van de kosten. Ook de geschatte effecten op kosten binnen het basispakket van de zorgverzekering (Zvw) zijn niet statistisch significant verschillend van nul.

Figuur 4.3: Effect van mantelzorg ontvangen op zorguitgaven Wlz (links) en Zvw (rechts) in euro's over twee jaar

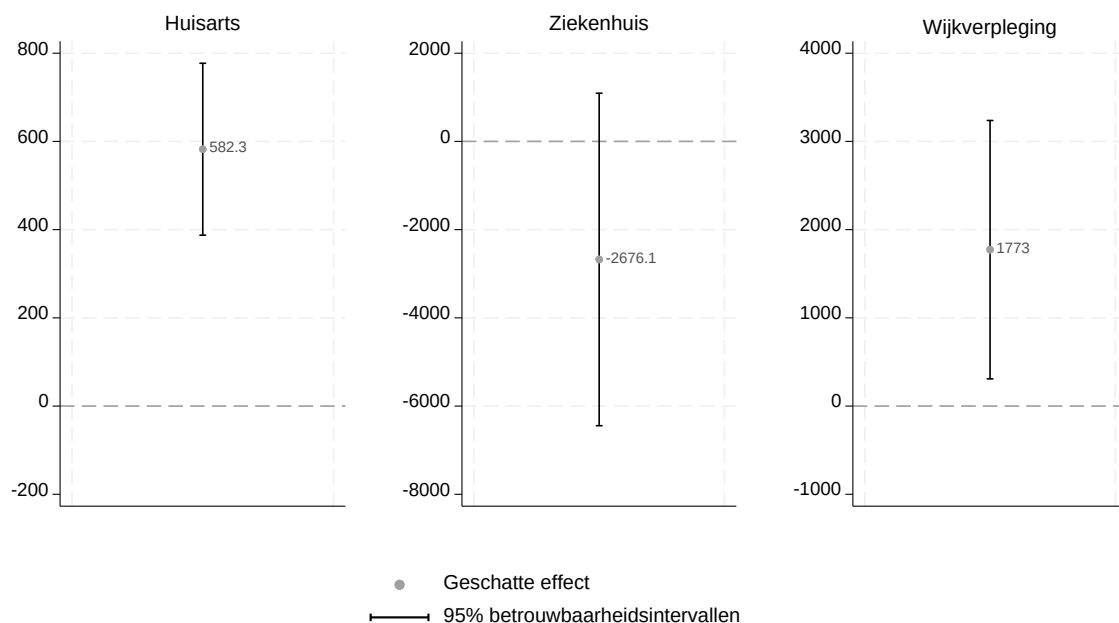


Noot: de figuur toont de geschatte effecten (in euro's) van mantelzorg op zorguitgaven, met 95% betrouwbaarheidsintervallen, voor alle 65-plussers met kinderen die voldoen aan de steekproefcriteria (bijlage). De schattingen zijn gebaseerd op 3.031.035 observaties. Zorgkosten over 2022-2023 worden bij elkaar opgeteld. De onderliggende getallen staan in Bijlage Tabel B4.8.

Inzoomend op drie typen zorggebruik die vergoed worden via het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw), heeft mantelzorg geen effect op uitgaven aan ziekenhuiszorg, maar wel op de uitgaven aan wijkverpleging en huisartsenzorg (Figuur 4.4). De gemiddelde kosten voor huisartsenzorg per persoon in 2022-2023 zijn 627 euro (5% van de totale zorgkosten). Figuur 4.4 toont aan dat mantelzorg in 2022 dat bedrag met gemiddeld 582 euro (95% betrouwbaarheidsinterval: 387 tot 777) verhoogt, en daarmee het gemiddelde bijna verdubbelt. Dit suggereert dat mantelzorgontvangers vaker naar de huisarts gaan omdat ze langer thuis blijven wonen. In het licht van de totale zorgkosten is dit effect beperkt, maar de verdubbeling in huisartskosten wijst er wel op dat huisartsen mogelijk een verhoogde druk ervaren door de mantelzorgontvangers die langer thuis blijven wonen.

²² De keuze tussen MPT of VPT volgt uit overleg tussen client, zorgkantoor en zorgaanbieder.

Figuur 4.4: Effect van mantelzorg ontvangen op zorguitgaven aan huisarts (links), ziekenhuis (midden), wijkverpleging (rechts) in euro's over twee jaar

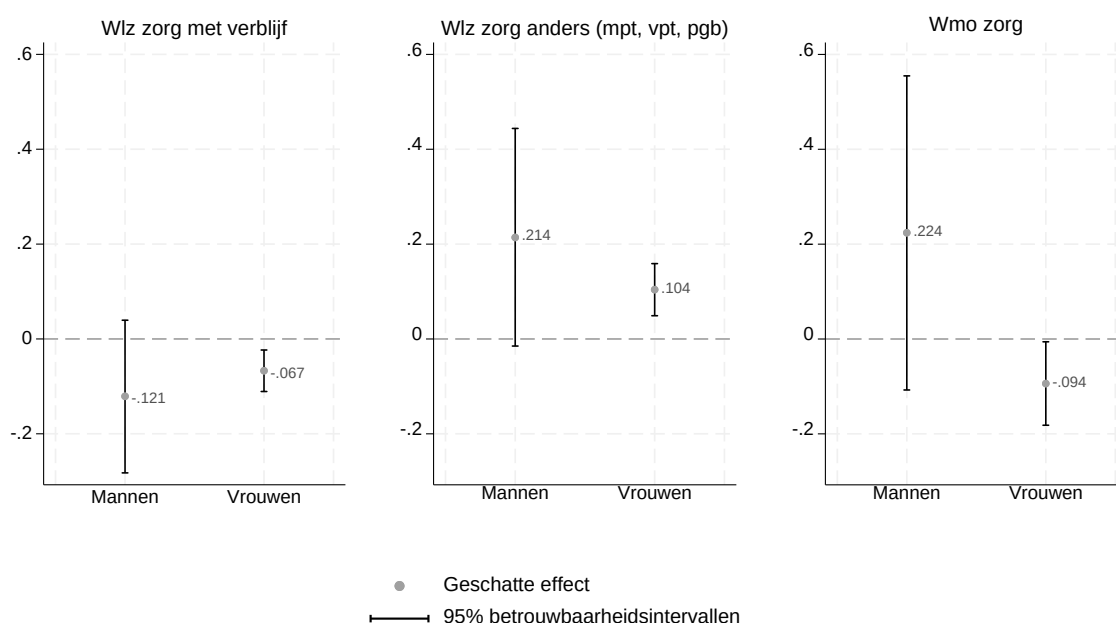


Noot: de figuur toont de geschatte effecten (in euro's) van mantelzorg op Zvw-gefinancierde zorguitgaven, met 95% betrouwbaarheidsintervallen, voor alle 65-plussers met kinderen die voldoen aan de steekproefcriteria (bijlage). De schattingen zijn gebaseerd op 3.031.035 observaties. Zorguitgaven in 2022 en 2023 worden bij elkaar opgeteld. De onderliggende getallen staan in Bijlage Tabel B4.8.

Vrouwen die mantelzorg ontvangen gebruiken minder Wmo-zorg

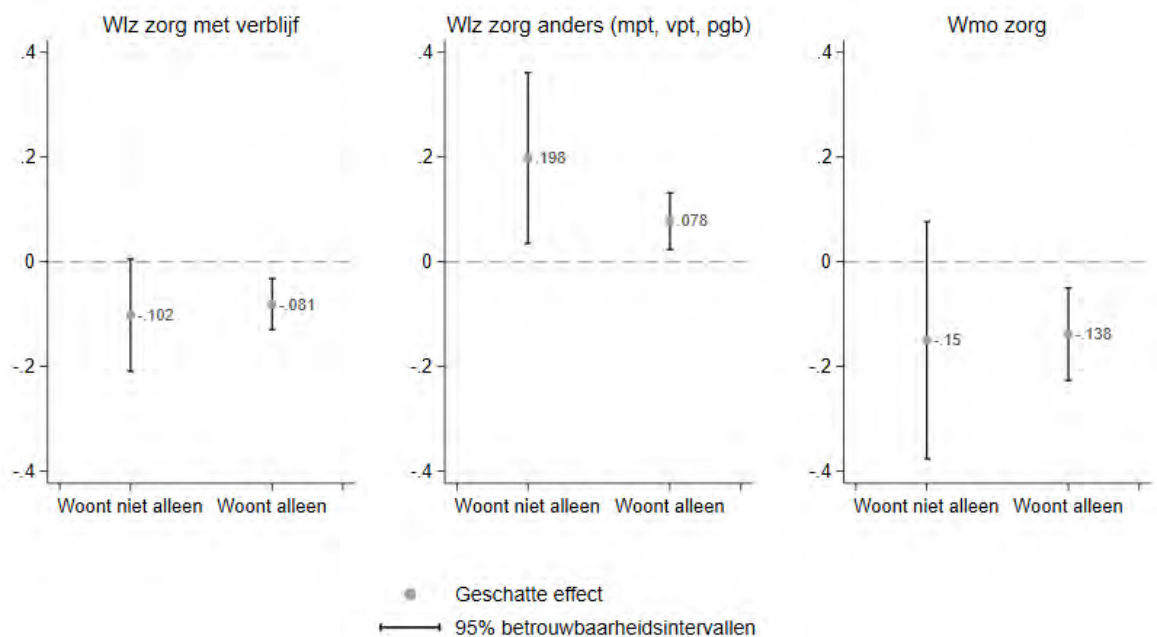
Voor vrouwen kunnen de effecten van het ontvangen van mantelzorg preciezer worden geschat dan voor mannen en zorgt mantelzorg voor minder gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen (Figuur 4.5). Mantelzorg leidt ook tot minder gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen onder mensen met een lager inkomen en onder mensen *zonder* koopwoning (Bijlage Tabel B4.13). Het effect van mantelzorgontvangst op de kans op een verpleeghuisopname is juist het grootst bij mensen *met* een koopwoning. Er is geen statistisch significant verschil in de effecten van mantelzorg op formele zorggebruik tussen andere subgroepen op basis van huishoudenssamenstelling (Figuur 4.6), migratieachtergrond, leeftijd, inkomen, eigenwoningbezit, multimorbiditeit en stedelijkheid. De betrouwbaarheidsintervallen zijn echter groot, met name voor groepen die relatief weinig mantelzorg ontvangen. Een mogelijke verklaring is dat de relatie tussen het gekozen instrument (het aandeel dochters) en de endogene variabele (mantelzorg) sterker is voor vrouwen dan voor mannen en voor mensen die alleen wonen dan voor mensen die in een meerpersoonshuishouden wonen (Tabel B4.4 in de bijlage).

Figuur 4.5: Effect ontvangen van mantelzorg in 2022 op de kans op gebruik van Wlz-zorg met verblijf (links), andere Wlz-zorg (mpt, vpt, pgb; midden) en Wmo-zorg (rechts) in 2022-2023 per geslacht



Noot: de figuur toont de geschatte effecten (in procentpunten) van mantelzorg op de kans op zorggebruik, met 95% betrouwbaarheidsintervallen, voor alle 65-plussers met kinderen die voldoen aan de steekproefcriteria (bijlage) voor het jaar 2022. De schattingen voor mannen zijn gebaseerd op 1.411.997 observaties en voor vrouwen op 1.619.038 observaties. De onderliggende getallen staan in Bijlage Tabel B4.11, B4.12 en B4.13.

Figuur 4.6: Effect ontvangen van mantelzorg in 2022 op de kans op gebruik van Wlz-zorg met verblijf (links), andere Wlz-zorg (mpt, vpt, pgb; midden) en Wmo-zorg (rechts) in 2022-2023 voor mensen die wel en niet alleen wonen



Noot: de figuur toont de geschatte effecten (in procentpunten) van mantelzorg op de kans op zorggebruik, met 95% betrouwbaarheidsintervallen, voor alle 65-plussers met kinderen die voldoen aan de steekproefcriteria (bijlage) voor het jaar 2022. Het aantal observaties is 806.587 (eenpersoonshuishoudens) en 2.224.448 (meerpersoonshuishoudens). Zorggebruik wordt gemeten over twee jaar na observatie. De onderliggende getallen staan in Bijlage Tabel B4.11, B4.12 en B4.13.

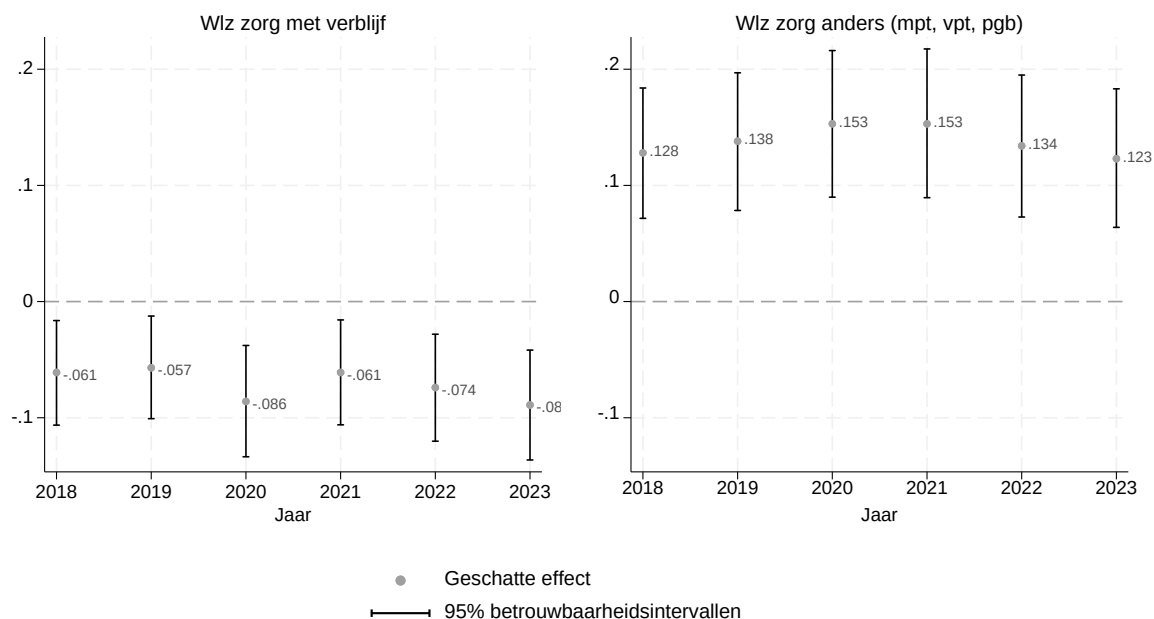
Het effect van mantelzorgontvangst op het gebruik van huishoudelijke hulp verdween tussen 2018 en 2023; het effect op Wlz-gefinancierde zorg veranderde niet

Het gebruik van Wlz-gefinancierde zorg onder 65-plussers is in de periode van 2018-2022 toegenomen: het percentage mensen met Wlz zorg met verblijf steeg van 2,8 procent tot 3,1 procent, en het gebruik van andere vormen van Wlz zorg (mpt, vpt, pgb) nam toe van 3,1 procent tot 4,4 procent. Het effect van mantelzorg op dit zorggebruik is in die periode echter niet veranderd (Figuur 4.7).

Het gebruik van huishoudelijke hulp onder 65-plussers is in de periode 2018-2022 constant gebleven; gemiddeld gebruikt 12% van de 65-plussers huishoudelijke hulp. Het effect van mantelzorgontvangst op het gebruik van huishoudelijke hulp is in deze periode echter wel veranderd (Figuur 4.8). In 2018 leidde mantelzorgontvangst tot een duidelijke daling van het gebruik van huishoudelijke hulp, terwijl er in 2022 geen effect meer was. De analyses in dit hoofdstuk bieden geen inzicht in de achterliggende reden voor deze verandering; mogelijk spelen de veranderingen zoals de invoering van het abonnementstarief in 2019 en de COVID-pandemie een rol.

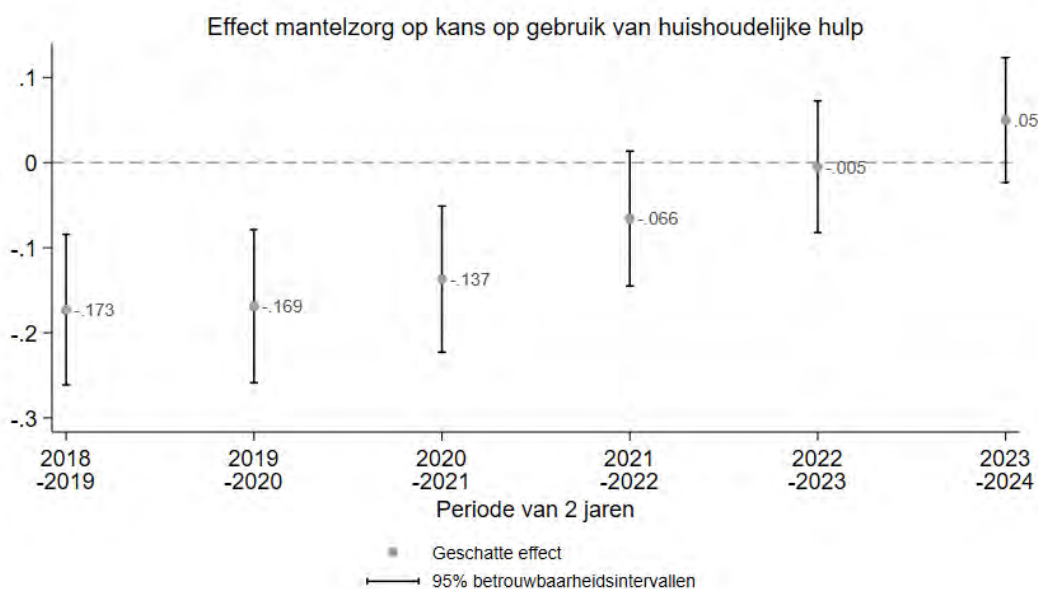
De tabellen met de volledige regressie-resultaten voor alle uitkomstmaten en subgroepen staan in Bijlage B4.8 – B4.13.

Figuur 4.7: Effect van mantelzorg op de kans op gebruik van Wlz-zorg met verblijf (links) en andere Wlz-zorg (mpt, vpt, pgb; midden) (rechts) in de twee volgende jaren tussen 2018-2023



Noot: de figuur toont de geschatte effecten (in procentpunten) van mantelzorg op de kans op zorggebruik over twee jaar. Dit betekent bijvoorbeeld dat wie in 2018 mantelzorg ontving, 6,1 procentpunt minder kans had op het gebruik van Wlz-zorg met verblijf in 2018 en 2019 dan wie in 2018 geen mantelzorg ontving. De geschatte effecten worden getoond met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, voor alle 65-plussers met kinderen die voldoen aan de steekproefcriteria (bijlage). Het aantal onderliggende observaties voor 2018: 2.819.417; 2019: 2.875.698; 2020: 2.933.133; 2021: 2.985.511; 2022: 3.031.035; 2023: 3.078.677. De puntschattingen staan in Bijlage Tabel B4.10.

Figuur 4.8: Het effect van mantelzorg op de kans op gebruik van huishoudelijke hulp in de twee volgende jaren tussen 2018-2023



Noot: de figuur toont de geschatte effecten (in procentpunten) van mantelzorg op de kans op zorggebruik over twee jaar. Dit betekent bijvoorbeeld dat wie in 2018 mantelzorg ontving, 17,3 procentpunt minder kans had op het gebruik van Wmo-gefinancierde huishoudelijke hulp in 2018 en 2019 dan wie in 2018 geen mantelzorg ontving. De geschatte effecten worden getoond met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, voor alle 65-plussers met kinderen die voldoen aan de steekproefcriteria (bijlage). Het aantal onderliggende observaties voor 2018: 2.819.417; 2019: 2.875.698; 2020: 2.933.133; 2021: 2.985.511; 2022: 3.031.035; 2023: 3.078.677. De puntschattingen staan in Bijlage tabel B4.10.

Vergelijking met de resultaten uit eerder onderzoek

De resultaten sluiten gedeeltelijk aan bij de bevindingen van Bergeot & Tenand (2023). Zij rapporteren binnen hun subpopulatie van respondenten (Gezondheidsmonitor 2016) met lichte fysieke beperkingen een afname in de kans op een verpleeghuisopname. Wanneer wij de door hen gebruikte methode toepassen op de volledige bevolking van 65-plussers in 2018-2023 vinden wij een vergelijkbare daling. In tegenstelling tot onze resultaten documenteren zij echter een toename in de kans op een verpleeghuisopname onder personen met zware fysieke beperkingen. Binnen de administratieve data voor de volledige bevolking in 2018-2023 kunnen wij geen onderscheid maken tussen lichte en zware beperkingen, waardoor wij dit verschil niet kunnen toetsen. Wel vinden we voor groepen met en zonder multimorbiditeit geen aanwijzingen voor tegengestelde effecten. Het verschil in resultaten tussen dit hoofdstuk en Bergeot & Tenand (2023) wordt mogelijk veroorzaakt in verschillen tussen de door hen geselecteerde subpopulatie met fysieke beperkingen en de bredere populatie met multimorbiditeit die wij gebruiken; de hogere kans op verpleeghuisopname en overlijden in hun groep duidt op een slechtere algehele gezondheid. In lijn met de bevindingen uit de literatuurstudie van Den Draak et al. (2016) tonen onze resultaten verder aan dat 65-plussers die mantelzorg ontvangen minder vaak Wlz-zorg in een verpleeghuis ontvangen. Zij wonen langer thuis en gebruiken daardoor juist meer Wlz-zorg thuis. Ten slotte wijzen onze resultaten, net als die van Wong et al. (2018), erop dat een verschuiving van zorg in het verpleeghuis naar thuis (in ons geval als gevolg van mantelzorg) geen impact heeft op zorguitgaven.

4.4 Het effect van mantelzorg op het gebruik van formele zorg

65-plussers die mantelzorg ontvangen verhuizen minder naar een verpleeghuis maar gebruiken vaker Wlz-zorg thuis. Er is daardoor geen effect op de totale Wlz-zorguitgaven, wel op de verdeling van het gebruik (en daarmee de kosten) tussen Wlz-zorg met verblijf en Wlz-zorg thuis. Dat komt omdat er geen effect is op de kans dat iemand een Wlz-indicatie krijgt, dat mantelzorg leidt tot een verschuiving van intramurale zorg naar VPT in plaats van MPT en dat Wlz-aanbieders voor intramurale zorg en VPT een integraal tarief ontvangen. Ondanks de hogere uitgaven aan wijkverpleging (alleen in 2022) en huisartsenzorg heeft mantelzorg geen effect op de totale Zwv-gefinancierde zorg. Het ontvangen van mantelzorg heeft dus geen invloed op de totale zorgkosten. In deze analyse zijn Wmo-zorgkosten echter niet meegenomen, en ook kosten en baten van private zorg en buiten de zorg, zoals het welzijn van de mantelzorgontvanger of de gezondheid- en arbeidsparticipatie-effecten voor de mantelzorgverlener blijven buiten beeld.

Gemiddeld leidt mantelzorg niet tot een lagere kans op gebruik van Wmo- maatwerkvoorzieningen; bij vrouwen treedt dit effect wel op. Het gebrek aan substitutie tussen mantelzorg en Wmo- maatwerkvoorzieningen is opvallend omdat Wmo-ondersteuning alleen wordt geleverd als een mantelzorger dat niet kan doen. We hebben voor Wmo-maatwerkvoorzieningen enkel zicht op of iemand Wmo-maatwerkvoorzieningen gebruikt, niet op hoeveel uur ondersteuning er geleverd wordt. Verder nemen we naast ondersteuning ook bijvoorbeeld woningaanpassingen en gebruik van hulpmiddelen mee; het effect is echter hetzelfde wanneer we alleen kijken naar gebruik van huishoudelijke hulp (Bijlage Tabel B4.10); de meest gebruikte vorm van ondersteuning. Daarnaast ontbreekt data over het gebruik van algemene voorzieningen. Mogelijk is er dus wel een substitutie-effect voor de hoeveelheid Wmo-zorg die ontvangen wordt, maar dat kunnen we met de beschikbare data niet onderzoeken.

Ouderen zonder kinderen konden in deze analyse niet worden meegenomen (zie de bijlage voor een toelichting op de methode), waardoor we bovengenoemde effecten van mantelzorgontvangst op het gebruik van formele zorg niet kunnen doortrekken naar deze groep. Het is, met andere woorden, mogelijk dat het ontvangen van mantelzorg voor deze groep een ander effect heeft.

Samengevat leidt mantelzorgontvangst tot een verschuiving in het gebruik van formele zorg en niet tot een daling in het totale gebruik van formele zorg. We verwachten dus dat beleidsinitiatieven die leiden

tot meer mantelzorg zullen leiden tot een verschuiving van het zwaartepunt van de formele zorgvraag naar andere types van formele zorg in plaats van een vermindering van het gebruik naar formele zorg.

5 Conclusies en aanbevelingen

Dit rapport bespreekt de rol van informele hulp – mantelzorg en vrijwilligerswerk – binnen de vergrijzende samenleving: wie verleent informele hulp en wat is de impact daarvan, op de verlener en de ontvanger? Wat is de impact van mantelzorg op de hoeveelheid ontvangen formele zorg? Welke beleidsopties heeft de overheid om de verdeling van informele hulp te beïnvloeden en om welke redenen is dat belangrijk? Om antwoord te geven op deze vragen combineren we economische theorie, recente empirische literatuur en analyses van gekoppelde administratieve en survey-data uit de periode 2012-2024. We komen tot de volgende vijf bevindingen.

De baten en lasten van informele hulp zijn ongelijk verdeeld

Informele hulp levert potentieel veel op, voor de ontvanger én de verlener. Maar informele hulp kan ook fysiek en mentaal zwaar zijn en betekent bovendien dat vrijwilligers en mantelzorgers minder tijd hebben voor onder meer werk, gezin en vrije tijd: mantelzorgers verlenen gemiddeld 11 uur per week mantelzorg. De baten en lasten zijn niet voor iedereen even hoog. Dat betekent dat niet alle groepen binnen de samenleving evenveel informele hulp verlenen: voor sommige mensen met gezondheidsproblemen is de fysieke impact van het verlenen van (intensieve) informele hulp bijvoorbeeld te groot. En mensen met betaald werk zullen een andere afweging maken dan gepensioneerden want de impact van (meer) informele hulp verlenen is anders voor beide groepen. Naast die baten en lasten voor de verlener wordt de verdeling van informele hulp ook bepaald door onder meer de beschikbaarheid van alternatieven, waaronder formele zorg, en sociale normen.

Recent kwantitatief onderzoek biedt een goed beeld van de negatieve impact van mantelzorg op gezondheid, werk en inkomen van de mantelzorger, maar beperkter zicht op de omvang van de eventuele positieve impact. Vergeleken met mantelzorg is er bovendien, vanwege databeperkingen, minder goed zicht op hoeveel vrijwilligerswerk er gedaan wordt en op de negatieve én positieve impact van vrijwilligerswerk.

Dat sommige groepen meer hulp verlenen dan andere groepen betekent niet dat het meeste onbenutte potentieel zit bij de groepen die weinig hulp verlenen. En er is ook geen zicht op welke mensen te weinig of juist te veel hulp ontvangen, of andere hulp dan ze nodig hebben. Economische theorie benadrukt dat op basis van de geobserveerde informele hulp geen conclusies kunnen worden getrokken over het potentiële aanbod of de totale vraag naar hulp. Andere soorten data, bijvoorbeeld over intenties en wensen van potentiële mantelzorgers en vrijwilligers, bieden mogelijk aanvullende informatie maar zijn ook niet perfect, bijvoorbeeld vanwege de kloof tussen intentie en gedrag en omdat het voor deelnemers aan het onderzoek moeilijk is om een voorstelling te maken van een hypothetische situatie.

Een passende verdeling van informele hulp komt waarschijnlijk niet vanzelf tot stand en de overheid kan die verdeling indirect beïnvloeden.

Er zijn, vanuit economisch perspectief, een aantal redenen om aan te nemen dat de passende verdeling van informele hulp niet vanzelf tot stand komt. De baten van extra informele hulp zijn voor de samenleving vermoedelijk groter dan de lasten, maar die baten en lasten zijn ongelijk verdeeld en lastig waar te nemen. Bovendien sluiten hulpvraag en potentieel aanbod van hulp niet altijd goed op elkaar aan. Inzicht in de redenen waarom die passende verdeling niet vanzelf tot stand komt helpt bij het formuleren van beleidsopties die een bijdrage kunnen leveren aan het wegnemen van de belangrijkste barrières.

De overheid kan slechts indirect invloed kan uitoefenen op de verdeling van informele hulp. Dat kan door de baten en lasten voor potentiële verlener van informele hulp te beïnvloeden door barrières te identificeren en weg te nemen, bijvoorbeeld op het gebied van het combineren van informele hulp met

werk en andere taken, en door mantelzorgers op een passende manier te ondersteunen zodat ze het langer volhouden. Naast het wegnemen van de barrières is het een optie om verleners van informele hulp te financieel compenseren. Die mogelijkheid is er al, via het persoonsgebonden budget, maar wordt weinig gebruikt: slechts een klein percentage van de mantelzorgers ontvangt op die manier compensatie.

Er is geen zicht op de effecten van die – deels reeds geïmplementeerde – beleidsopties. Dat is deels inherent aan indirecte interventies: de impact van interventies die zich richten op het versterken van de sociale basis wordt bijvoorbeeld normaal gesproken pas op lange termijn duidelijk en is vaak domeinoverstijgend en diffuus. Verder is de manier waarop geïntervenieerd wordt veelal situatie-specifiek. Om die redenen zijn de effecten lastig eenduidig te kwantificeren en te wegen, waardoor het bewijs voor (kosten)effectiviteit van zulke interventies vaak ontbreekt, net als bij bijvoorbeeld preventie van gezondheidsproblemen en ziekte (Rotteveel et al. 2024; Wouterse et al. 2024). Maar ook voor specifieke interventies die directer effect hebben op specifieke personen, zoals bijvoorbeeld betaald zorgverlof, het persoonsgebonden budget of een casemanager dementie, ontbreekt kwantitatief bewijs over de impact op verleners en ontvangers van mantelzorg, bijvoorbeeld in termen van de ervaren last voor de mantelzorgers (in deze voorbeelden als gevolg van vergoeding van tijd en eventueel compensatie van inkomensverlies of verminderde regeldruk en administratieve last).

Formele zorg kan bijvoorbeeld helpen om de barrières om informele hulp te verlenen te verlagen: respijtzorg en dagbesteding kunnen bijvoorbeeld een deel van de druk van mantelzorgers wegnemen en zo de duurzame inzetbaarheid vergroten. Tegelijkertijd kan de beschikbaarheid van formele zorg vanuit het perspectief van de potentiële informele-hulpverlener nieuwe barrières opwerpen: mogelijk leidt toegang tot formele zorg tot een kleiner beroep op informele hulp. Daarnaast vereist formele zorg dat de informele hulp en professionals hun taken afstemmen. Tot slot kan formele zorg leiden tot nieuwe taken voor mantelzorgers en vrijwilligers: vaak wordt formele zorg verleend door verschillende professionals, maar de taak om voor afstemming en coördinatie tussen professionals te zorgen komt regelmatig deels of geheel bij de zorgontvanger terecht, of diens informele-hulpverlener.

Deze, deels tegengestelde, verwachte effecten van formele zorg betekenen dat het niet evident is of het totale effect van formele zorg op informele hulp positief of negatief is. En dat de impact mogelijk sterk contextspecifiek is en verschilt tussen groepen verleners van informele hulp die verschillende barrières ervaren. Uit het literatuuroverzicht blijkt echter dat er geen onderzoek is dat de impact van veranderingen in de beschikbaarheid van formele zorg op informele hulp kwantificeert, bijvoorbeeld als gevolg van recente beleidswijzigingen in de Wmo, Wlz of Zvw. Die informatie is belangrijk want die potentiële impact op informele hulp betekent dat een focus op de budgettaire impact bij het evalueren van beleidsopties in de langdurige zorg, bijvoorbeeld een verschuiving van VPT naar MPT, te beperkt is. Een onbekend deel van de kosten en baten vanuit het perspectief van de samenleving blijft dan buiten beschouwing en er is te weinig zicht op de (her)verdeling van die kosten en baten, tussen generaties en tussen subgroepen in de samenleving die relatief veel en relatief weinig informele hulp verlenen.

Tot slot heeft ook ander overheidsbeleid (bedoeld of onbedoeld) invloed op de geleverde informele hulp en de impact van die hulp op de ontvanger en de verlener. Zo staat het streven om informele hulp te stimuleren mogelijk op gespannen voet met andere beleidsdoelen, zoals het stimuleren van werknemers om langer door te werken (en dus hun pensionering uit te stellen). Het erkennen van die mogelijk tegenstrijdige ambities én het kwantificeren en meewegen van de effecten op informele hulp van zulke beleidsmaatregelen zijn cruciale aspecten van de ambitie om gezondheid(szorgbeleid) terug te laten komen in al het overheidsbeleid ("Gezondheid in alle beleidsdomeinen" – Ministerie van VWS 2025).

De hoeveelheid mantelzorg is sinds 2016 vrijwel gelijk gebleven maar het aantal mantelzorgers dat mantelzorg als zware belasting ziet is verdubbeld

Het aantal uur mantelzorg en het aantal vrijwilligers en mantelzorgers steeg tussen 2012 en 2016, maar is tussen 2016 en 2024 vrijwel gelijk gebleven. De verdeling van informele hulp tussen groepen in de

samenleving is wel veranderd: 70-plussers waren in 2024 bijvoorbeeld vaker mantelzorger of vrijwilliger dan in 2016; 18- tot 69-jarigen verleenden juist minder vaak informele hulp dan in 2016.

De stijging van het aantal mantelzorgers dat mantelzorg als zware belasting ervaart wordt niet veroorzaakt door demografische veranderingen of door een verandering in het aantal mantelzorgers. Het vraagt dus extra aandacht om de toegenomen belasting te begrijpen en zo mogelijk te keren. Verdiepend wetenschappelijk vervolgonderzoek zou een bijdrage kunnen leveren doordat het leidt tot een beter begrip van de impact van de geobserveerde verschuivingen is, en of ze permanent zijn. En dus welke mogelijkheden er zijn om deze verschuivingen aan te pakken. Hebben 70-plussers bijvoorbeeld meer mensen in hun nabijheid die hulp en ondersteuning nodig hebben dan in 2016? En 18- tot 45-jarigen minder? Is het verlenen van informele hulp voor een groter deel van de 70-plussers mogelijk geworden, bijvoorbeeld omdat ze minder fysieke en cognitieve beperkingen ervaren? En hoe is de (potentiële) impact van het verlenen van informele en van andere taken veranderd en is dit een verklaring voor de tegengestelde trends in informele hulp en belasting van mantelzorgers onder 18- tot 69-jarigen (cf. RVS 2025, SER 2026)?

Op basis van demografische trends is een beperkte stijging van de hoeveelheid informele hulp te verwachten in 2040

Op basis van demografische veranderingen enerzijds en recente trends in het aantal mensen met beperkingen anderzijds is tot 2040 een beperkte stijging te verwachten aan het aantal volwassenen dat informele hulp verleent: van 3,7 miljoen (24,0% van de totale volwassen bevolking) naar 4 miljoen (24,3%). Die stijging is geconcentreerd binnen twee leeftijdsgroepen: 35- tot 50-jarigen en 70-plussers. Met name het aantal 80-plussers dat informele hulp verleent stijgt volgens de voorspelling snel. De groep 80-plussers heeft andere vaardigheden en heeft andere ondersteuning nodig dan andere, jongere mantelzorgers en vrijwilligers. Deze trend heeft mogelijk gevolgen voor vrijwilligersorganisaties, formele zorgverleners waarmee ze samenwerken en voor mantelzorgondersteuners. Deze groeiende groep verleners van informele hulp heeft bijvoorbeeld mogelijk behoefte aan andere ondersteuning en een andere taakverdeling.

Het aantal mensen dat informele hulp verleent wordt mogelijk sterk beïnvloed door de ontwikkeling van de hulpvraag. Uit ander onderzoek blijkt dat de ontwikkeling van de hulpvraag zeer onzeker is: afhankelijk van de gekozen voorspelmethode wordt een geringe of juist een zeer grote stijging voorspeld. De overheid kan de hulpvraag op drie manieren verkleinen: door (1) de prevalentie van risicofactoren voor het ontwikkelen van gezondheidsproblemen en sociale problemen aan te pakken, (2) de impact van die problemen op beperkingen en zelfredzaamheid te reduceren en (3) alternatieven voor informele hulp aan te bieden of te faciliteren.

Mantelzorg leidt tot uitstel van een verpleeghuisopname, maar niet tot lagere formele-zorgkosten

Mantelzorgontvangers worden minder vaak in een verpleeghuis opgenomen, maar maken in plaats daarvan gebruik van een VPT of PGB om thuis (of elders) Wlz-gefinancierde zorg te ontvangen. Daarnaast nemen de kosten voor huisartsenzorg toe. Er zijn geen aanwijzingen dat mantelzorg leidt tot minder Wmo-gefinancierde zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd is het zicht op het gebruik van Wmo-zorg beperkter: de data bevatten informatie over het gebruik van maatwerkvoorzieningen maar niet over hoeveel zorg en ondersteuning iemand ontvangt. Daarnaast blijft het beroep op algemene voorzieningen volledig buiten beeld.

Mantelzorg leidt dus in de huidige context niet tot een daling van het gebruik van formele zorg(uitgaven) maar tot een verschuiving van het ene naar het andere type formele zorg. Dat dit niet leidt tot een daling van de kosten komt doordat er geen effect is op de kans dat iemand een Wlz-indicatie krijgt, dat mantelzorg leidt tot een switch van intramurale zorg naar VPT in plaats van MPT en dat Wlz-aanbieders voor intramurale zorg en VPT een integraal tarief ontvangen. Er is geen zicht op de impact van vrijwilligerswerk op formele zorgkosten. Daarnaast kunnen met de gekozen onderzoeksmethode alleen

mensen met kinderen geanalyseerd worden; mogelijk is het effect anders voor de groeiende groep 65-plussers zonder kinderen. Deze resultaten helpen niet alleen om de relatie tussen mantelzorg en formele zorg beter te begrijpen maar ze ook illustreren het belang van het in kaart brengen van effectgroottes, zeker waarin er mogelijk sprake is van tegengestelde effecten.

Vanuit het perspectief van de samenleving gaat het echter niet alleen om formele-zorgkosten – ook de lasten voor de mantelzorger tellen mee – en of de totale lasten op een billijke manier verdeeld zijn (zie ook Varkevisser et al. 2024). Daarnaast ontbreekt informatie over de impact op het welzijn van de mantelzorgontvanger. Er zijn dus op basis van dit onderzoek geen uitspraken te doen over de doelmatigheid vanuit maatschappelijk perspectief van de Wlz-gefinancierde thuiszorg (MPT, VPT, PGB) voor mensen die ook mantelzorg ontvangen.

Literatuur

- Alzheimer Nederland (2025). Wonen met dementie. <https://www.alzheimer-nederland.nl/belangenbehartiging/standpunten/woonvormen-voor-mensen-met-dementie>
- Arends, J., Schmeets, H. (2018). Vrijwilligerswerk: activiteiten, duur en motieven. Den Haag: CBS.
- Bakx, P., De Meijer, C., Schut, F., Van Doorslaer, E., (2015). Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance. *Health Economics*;24(6);631-643.
- Bakx, P., Van Doorslaer, E., Wouterse, B. (2025). Long-Term Care in the Netherlands. In Gruber, J. & McGarry, K. (Eds.), *Long-Term Care around the World*. The National Bureau of Economic Research conference report (pp. 251-284). University of Chicago Press.
- Bergeot, J., Tenand, M. (2023). Does informal care delay nursing home entry? Evidence from Dutch linked survey and administrative data. *Journal of Health Economics*; 92; 102831.
- de Boer, A., de Klerk, M., Josten, E., Roos, S. (2023). Position paper: Meer integrale visie op mantelzorg nodig. Input voor rondetafelgesprek Tweede Kamer over mantelzorg op 28 september 2023. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, september 2023.
- de Boer, A., de Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D., Plaisier, I. (2020). Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2016. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag
- de Boer, A., de Klerk, M., de Wit, A., Bekkers, R. (2016). Twee manieren om te vragen of iemand mantelzorg geeft. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*;94;256-258.
- Bom, J. (2021). *Formal and Informal Long-Term Care in an Ageing Society*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, E., van Doorslaer, E. (2019a). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*; 59(5);e629-e642.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., van Doorslaer, E. (2019b) Health effects of caring for and about parents and spouses. *The Journal of the Economics of Ageing*;14;100-196.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe. *Journal of Health Economics*;28(1);143-154.
- Broese van Groenou, M.I., De Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing* 13, 271–279.
- Broese van Groenou, M.I., de Boer, A., Iedema, J. (2013). Positive and negative evaluation of caregiving among three different types of informal caregiving relationships. *European Journal of Ageing*;10;301-311.
- Brouwer, W. B. F., Koopmanschap, M. A., & Rutten, F. F. (1999). Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence. *Health policy*, 48(1), 13-27.
- Brouwer, W. B., van Exel, N. J. A., van den Berg, B., van den Bos, G. A., & Koopmanschap, M. A. (2005). Process utility from providing informal care: the benefit of caring. *Health policy*, 74(1), 85-99.
- Canoy M, Krabbe Y, Koolman X. (2022). Laat ouderen zelf ouderenzorg houdbaar maken. *Economisch Statistische Berichten* 107 (4808): 176-179
- Canta, C., Pestieau, P., (2013). Long-Term Care Insurance and Family Norms. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy* vol. 14(2), pages 401-428.
- CBS (2025). <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/86031NED>
- CBS Statline (2025). <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/71950ned/table?dl=CC355>
- CBS Statline (2026a). Gezondheidsmonitor; bevolking 18 jaar of ouder, regio, 2024. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86137NED/table?dl=C5982>
- CBS Statline (2026b). Bevolking; huishouden en regio. <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40015NED/table?dl=CF153>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2024). Bijna 1 op de 10 dochters van 80-plussers zwaar belast door mantelzorg. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/13/bijna-1-op-de-10-dochters-van-80-plussers-zwaar-belast-door-mantelzorg>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2022). Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken, 2014-2021. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?dl=7A104>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (z.d.). Stedelijkheid (van een gebied). <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen/stedelijkheid--van-een-gebied-->
- Currie, J., Gahvari, F. (2008). Transfers in Cash and In-Kind: Theory Meets the Data. *Journal of Economic Literature*;46(2);333-383.
- Das, M. (2018a). What is the city but the people? Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Das, M. (2018b). Potentiële mantelzorgers wonen dikwijls ver weg. Sociale Vraagstukken

- Den Draak, M., Marangos, A.M., Plaisier, I., de Klerk, M. (2016). Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, november 2016.
- Ecorys. (2021). Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU. European Commission.
- Elayan, S., Angelini, V., Buskens, E., de Boer, A. (2024). The Economic Costs of Informal Care: Estimates from a National Cross-Sectional Survey in The Netherlands. *The European Journal of Health Economics*;25;1311-1331.
- Eurostat. (2021). Population structure and ageing/NL. Statistics explained, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/SEPDF/cache/64801.pdf>
- Fast, J. Keating, L., Eales, J., et al. (2020). Trajectories of family care over the lifecourse: evidence from Canada. *Ageing and Society*;41;1145-1162.
- Geyer, J., Korfhage, T. (2015). Indirect fiscal effects of long-term care insurance. *Fiscal Studies*;38(3);393-415.
- Geyer, J., Korfhage, T. (2017). Labor supply effects of long-term care reform in Germany. *Health Economics*;27(9);1328-1339.
- GGD'en, CBS & RIVM (2012). Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012.
- GGD'en, CBS & RIVM (2016). Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016.
- GGD'en, CBS & RIVM (2020). Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020.
- GGD'en, CBS & RIVM (2022). Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022.
- GGD'en, CBS & RIVM (2024). Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024.
- Graler, L. (2024). Governing informal care. An exploration of informal care in the Dutch health care system. Erasmus Universiteit Rotterdam
- Groffen, D., Schmeets, H. (2025). Vrijwilligerswerk 2024. CBS publicatie.
- Guneyli, A., Begall, K., Verbakel, E. (2025). Gendered life-course trajectories of childcare and informal care in the Netherlands. *Advances in Life Course Research*;64;100671.
- Henkens, K., Van Solinge, H. (2017). Oudere werknemer komt met mantelzorg in het gedrang. *Demos: Bulletin over bevolking en samenleving*;33(10);4-6.
- Houde, S.C. (1998). Predictors of elders' and family caregivers' use of formal home services. *Research in Nursing & Health*;21(6);533-543.
- Inoue, A. & Solon, G. (2010). Two-sample instrumental variables estimators. *The Review of Economics and Statistics*, 93(3), 557-561.
- Kesternich, I., Romahn, A., Van Biesebroeck, J., Van Damme, M. (2025). Cash or Care? Insights from the German Long-Term Care System. *CESifo Working Papers*;11875.
- de Klerk, M., Boer, A., Plaisier, I. (2021). Determinants of informal care-giving in various social relationships in the Netherlands. *Sociology, The Social Context of Ageing (SoCA)*;29;1779-1788.
- Kooiker, S., de Jong, A., Verbeek-Oudijk, D., de Boer, A. (2019). Toekomstverkenning voor mantelzorg aan ouderen in 2040. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Liefbroer, A.C., van Wijk, D.C. (2025). Minder mantelzorg voor ouderen zonder kinderen en partner. *Demos: bulletin over bevolking en samenleving*;41(10);1-4.
- Majer IM, Stevens R, Nusselder WJ, Mackenbach JP, van Baal PH. Modeling and forecasting health expectancy: theoretical framework and application. *Demography*. 2013 Apr;50(2):673-97
- Maestas, N., Messel, M., Truskinovsky, Y. (2023). Caregiving and labor supply: new evidence from administrative data. NBER Working paper series. Massachusetts, July 2023.
- de Meijer, C., Majer, I., Koopmanschap, M., & van Baal, P. (2012). Forecasting lifetime and aggregate long-term care spending: accounting for changing disability patterns. *Medical care*, 50(8), 722-729.
- de Meijer, C., Bakx, P., van Doorslaer, E., Koopmanschap, M. (2015). Explaining declining rates of institutional LTC use in the Netherlands: a decomposition approach. *Health economics*, 24 Suppl 1, 18-31.
- Ministerie van OCW (2022). Salaris. <https://www.ocwincijfers.nl/sectoren/ocw-internationaal/onderwijs/aansluiting-arbeidsmarkt/salaris>
- Ministerie van VWS (2025). Samen werken aan gezondheid. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2025 – 2028.
- Movisie (2017). <https://www.movisie.nl/artikel/strenger-dan-wet-deze-handelingen-mogen-mantelzorgers-vrijwilligers-doen>
- Movisie (2024). https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2024-05/Wat%20werkt%20bij%20Samenlevingsopbouw_dossier.pdf
- Movisie (z.d.). <https://www.movisie.nl/databank-erkende-sociale-interventies/interventies>
- OECD (2020). Long-term care. <https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/the-future-of-health-systems.html>
- OECD (2022). Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind. OECD Health Working Paper 140.
- OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.

- Peters, A., Alderliesten, H., Hoogendijk, L., Knecht, T., Nies, H. (2022). Is betaling van mantelzorgers de oplossing? Sociale Vraagstukken
- Plaisier, I., de Boer, A., de Klerk, M. (2017). Gendersverschillen in gebruik van strategieën op het werk door mantelzorgers. *Tijdschrift voor Genderstudies*;20(2);147-163..
- Pot, M., Kadi, S., Kalavrezou, N. (2026). Informal carer policy in well-developed LTC systems: Good practices and remaining challenges. European Centre for Social Welfare Policy and Research;2026/1.
- Putman, L., Verbeek-Oudijk, D., de Klerk, M. (2017). Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Raiber, K. (2024). Beyond sacrifice? Long-term employment consequences of providing unpaid care. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Raiber, K., Mohring, K., Visser, M., Verbakel, E. (2025). Wage Premium or Wage Penalty? Gendered Long-term Wage Development of Family Caregivers. *Work, Employment and Society*;0(0).
- Raiber, K., Verbakel, E., Visser, M. (2022a). Helping helpers? The role of monetary transfers in combining unpaid care and paid work. *International Journal of Care and Caring*;6(4);621-637..
- Raiber, K., Visser, M., Verbakel, E. (2022b). The wage penalty for informal caregivers from a life course perspective. *Advances in Life Course Research*;53;100490.
- Raiber, K., Visser, M., Verbakel, E. (2024). Strategies of informal caregivers to adapt paid work. *European Societies*;26(1);63-90.
- Relstab, S., Bakx, P., Garcia-Gomez, P., van Doorslaer, E. (2020). The kids are alright – labour market effects of unexpected parental hospitalisations in the Netherlands. *Journal of Health Economics*;69;102275.
- Rijksoverheid. (z.d.). Hoe kan ik als mantelzorger hulp bij de zorg krijgen?
- Rijksoverheid (2025). Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg 'Samen voor kwaliteit van bestaan'.
- RIVM (2021). Werkende mantelzorgers van ouderen; verkenning van hun toekomst en hun ondersteuningsbehoeften. Bilthoven.
- RIVM (2023). Participatie | Mantelzorg | Leeftijd en geslacht.
- RIVM (2024). Trendskenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024. Bilthoven: RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu).
- de Roos, S., de Boer, A., Bot, S.M. (2016). Well-being and Need for Support of Adolescents with a Chronically Ill Family Member. In: *Journal of Child and Family Studies*;26;405-415.
- Rotteveel, A., Polder, J., de Wit, A., Wouterse, B. (2024); Publieke gezondheid vergt publieke voorfinanciering. *Economisch Statistische Berichten*
- RVS (2025). Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving. <https://adviezen.raadvr.nl/op-de-rem/>
- SCP. (2015). Informele hulp: wie doet wat? The Hague: SCP
- SCP. (2023). Stijgende vraag naar mantelzorg vraagt om meer integrale visie.
- SCP. (2025). Veel werkgevers met werknemers in gesprek als combinatie werk en mantelzorg lastig is.
- SER (2016). Een werkende combinatie
- SER (2026). Mantelzorg en werk in een zorgzame samenleving/ Een integrale aanpak voor een werkende combinatie. <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2026/mantelzorg-en-werk.pdf>.
- SHARE (2004). SHARE Questionnaires Wave 1. <https://share-eric.eu/data/data-documentation/questionnaires/wave-1>
- Stichting Werk & Mantelzorg, Jaarpublicatie 2023 – Aandacht voor mantelzorg werkt op krappe arbeidsmarkt! Doorn.
- Stockel, J., Bom, J. (2022). Revisiting longer-term health effects of informal caregiving: Evidence from the UK. *The Journal of the Economics of Ageing*;21;100343.
- van Tienen, I. (2020). Spijbelen onder scholieren: de rol van een zorgsituatie thuis. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 98: 9-17
- Varkevisser et al. (2024). Inkopers van ouderenzorg: prikkels en gedragseffecten Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Rotterdam: Erasmus Universiteit
- Verbakel, E. (2017). How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scandinavian Journal of Public Health*;46(4);436-447.
- WHO Europe z.d. Global Database of Age-friendly Practices. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/>
- Wong, A., Bakx, P., Wouterse, B., & van Doorslaer, E. (2018). Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg. *Economisch-Statistische Berichten*, 103(4765), 419-421.
- Wong, A., Elderkamp-de Groot, R., Polder, J., van Exel, J. (2010). Predictors of Long-Term Care Utilization by Dutch Hospital Patients aged 65+. *BMC Health Services Research*;10;110.
- Wouterse, B., ter Rele H., van Vuuren, D. (2016). Financiering van de zorg op lange termijn. CPB Policy Brief 2016/10.
- Wouterse, B., Boxebeld, S., Mierau, J. (2024). Preventie is goed voor de gezondheid en voor de portemonnee. *Economisch Statistische Berichten*

Bijlage: aanvullende resultaten en onderzoeksverantwoording

Hoofdstuk 2 en 3

Data

De resultaten zijn gebaseerd op eigen berekeningen van Erasmus School of Health Policy & Management op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (projectnummer 8906).²³ Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012, 2016, 2020 en 2024,

Variabelen

We gebruiken gegevens van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012, 2016, 2020 en 2024 van de GGD'en, CBS en RIVM en de Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022, GGD'en, CBS en RIVM. Specifiek gebruiken we informatie over het verlenen van mantelzorg, vrijwilligerswerk en of mantelzorg een belasting is (Tabel B2-3.1). Informatie over vrijwilligerswerk is beschikbaar vanaf 2016; of mantelzorg een belasting is alleen beschikbaar voor mantelzorgers. Die gegevens zijn gekoppeld aan gegevens uit de Basisregistratie Personen en van de Belastingdienst

Tabel B2-3.1: Databronnen

Databron	Variabelen	Jaar
Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen	- Vrijwilligerswerk (ja/nee) - Mantelzorg > 3 maanden of > 8 uur per week (ja/nee) - Mantelzorg aantal uur (continu; alleen voor mantelzorgers) - Mantelzorg is een belasting (dichotoom: Niet/nauwelijks/enigszins belast versus tamelijk, zeer zwaar of overbelast) - Informele hulp: vrijwilligerswerk of mantelzorg - Werk: aantal uur werk (in 3 categorieën)	2012, 2016, 2020, 2022, 2024
Basisregistratie Personen	- Geslacht (man/vrouw) - Leeftijd (continu) - Aantal kinderen (continu) - Aantal ouders in leven (continu) - Migratieachtergrond (in 7 categorieën zoals gedefinieerd door Centraal Bureau voor de Statistiek) - Bevolkingsdichtheid gemeente (in kwartielen) - % buurtbewoners dat niet verhuist in een jaar (in kwintielen)	2016-2024
Belastingdienst	- Huishoudinkomen in het jaar voor de survey: besteedbaar inkomen gestandaardiseerd voor huishoudgrootte	2011-2023

²³ Deze microdata zijn onder voorwaarden voor statistisch en wetenschappelijk onderzoek toegankelijk. Voor nadere informatie Microdata: <https://www.cbs.nl/microdata>.

Steekproef

We selecteren personen die (1) alle vragen in de Gezondheidsmonitor hebben beantwoord die in dit onderzoek worden gebruikt en (2) voor wie alle gebruikte informatie in de Basisregistratie Personen en de gegevens van de Belastingdienst beschikbaar was.

Methode

De resultaten in Hoofdstuk 2 en 3 zijn gebaseerd op een reeks multivariate regressieanalyses: logistische regressieanalyses voor binaire uitkomstmaten; kleinstekwadratenmethode voor het aantal uur mantelzorg. Bij het uitrekenen van de voorspelde aandelen op basis van de geschatte coëfficiënten zijn alle andere kenmerken op het steekproefgemiddelde gezet. Daarnaast zijn de in de Gezondheidsmonitor beschikbare surveygewichten gebruikt.

Aanvullende resultaten

Tabel B2-3.2: aandeel mantelzorgers en vrijwilligers onder 18- tot 69-jarigen per subgroep (ongecorrigeerd), 2024

	Mantelzorg	Vrijwilliger	Informele hulp	Mantelzorg zware belasting
Bevolkingsdichtheid gemeente (inwoners/km ²)				
Kwartiel 1: Zeer laag (<300)	0.19	0.35	0.45	0.20
Kwartiel 2: Laag	0.18	0.31	0.42	0.21
Kwartiel 3: Gemiddeld	0.17	0.27	0.37	0.22
Kwartiel 4: Hoog (>1900)	0.15	0.24	0.34	0.24
% buurtbewoners dat niet verhuist in een jaar				
Kwartiel 1 < 90%	0.14	0.25	0.34	0.23
Kwartiel 2 90%-92%	0.17	0.28	0.38	0.22
Kwartiel 3 92%-94%	0.18	0.31	0.41	0.21
Kwartiel 4 >94%	0.18	0.32	0.42	0.21
Migratieachtergrond				
Nederland	0.18	0.31	0.42	0.21
Nederlandse Cariben	0.09	0.20	0.26	0.33
Indonesië	0.19	0.27	0.39	0.23
Suriname	0.12	0.16	0.24	0.29
Marokko	0.13	0.15	0.24	0.27
Turkije	0.10	0.15	0.22	0.28
Overig Europa	0.12	0.19	0.27	0.26
Overig	0.09	0.17	0.23	0.26
Werk				
Geen betaald werk	0.20	0.35	0.46	0.22
1-19 uur per week	0.19	0.31	0.42	0.20
20 uur of meer per week	0.16	0.27	0.37	0.22
Huishoudenssamenstelling				
Eenpersoonhuishouden	0.14	0.28	0.36	0.22
Met partner	0.18	0.30	0.41	0.21
Overig	0.17	0.21	0.32	0.27
Aantal (schoon)ouders in leven				
0	0.13	0.30	0.37	0.21

1	0.18	0.32	0.42	0.20
2	0.20	0.27	0.39	0.22
3 of meer	0.15	0.31	0.40	0.24
Aantal (schoon)ouders in leven, wonend in dezelfde gemeente				
0	0.14	0.26	0.35	0.23
1	0.19	0.32	0.43	0.21
2	0.19	0.26	0.38	0.22
3 of meer	0.16	0.34	0.43	0.21
Heeft een kind van 6 jaar of jonger				
Nee	0.18	0.30	0.41	0.22
Ja	0.07	0.26	0.30	0.26
Heeft een kind van 6-17 jaar				
Nee	0.18	0.29	0.40	0.21
Ja	0.15	0.35	0.43	0.24
Heeft een kind van 18 jaar of ouder				
Nee	0.11	0.27	0.34	0.24
Ja	0.24	0.33	0.47	0.21
Aantal broers en zussen				
0	0.17	0.24	0.35	0.27
1	0.17	0.27	0.38	0.23
2	0.18	0.31	0.41	0.21
Meer dan 2	0.18	0.34	0.44	0.19
Aantal observaties	256914	256914	256914	37016

Noot:

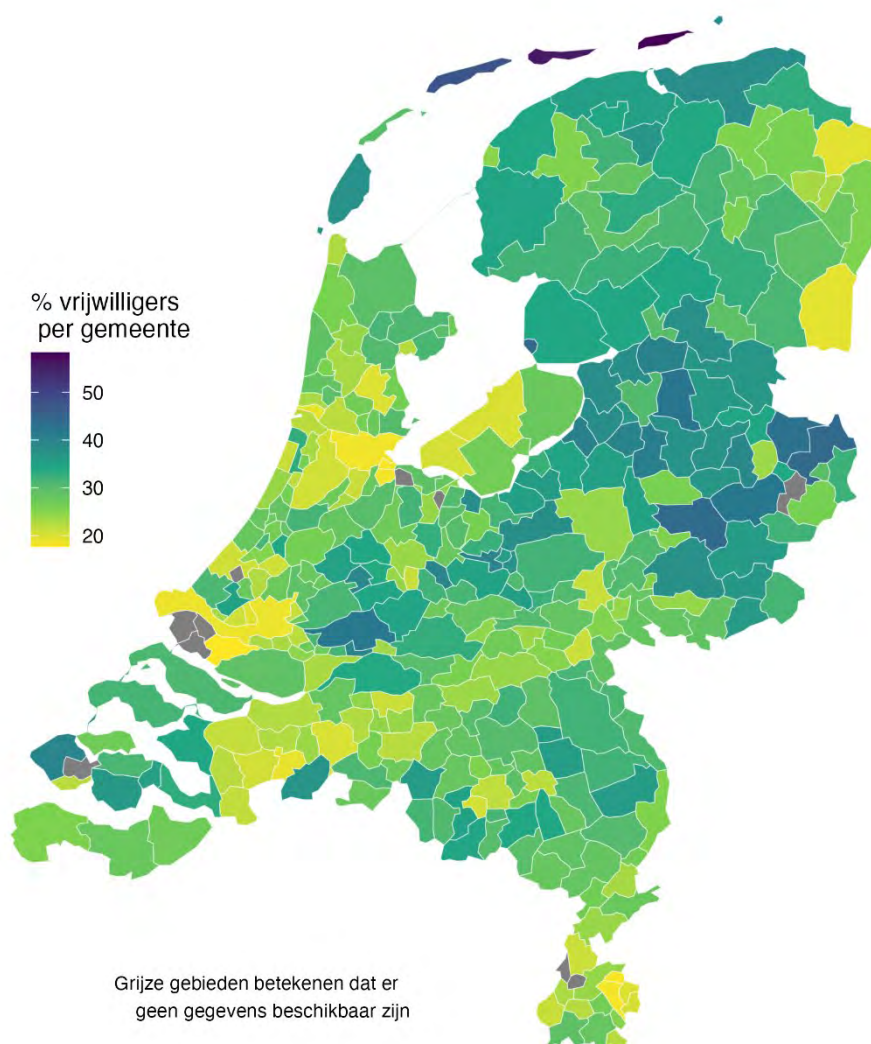
Tabel B2-3.4: aandeel mantelzorgers en vrijwilligers onder 18- tot 69-jarigen per subgroep (ongecorrigeerd), 2024

	Mantelzorg	Vrijwilliger	Informele hulp	Mantelzorg zware belasting
Bevolkingsdichtheid gemeente (inwoners/km ²)				
Kwartiel 1: Zeer laag (<300)	0.16	0.38	0.38	0.17
Kwartiel 2: Laag	0.16	0.36	0.36	0.18
Kwartiel 3: Gemiddeld	0.15	0.31	0.31	0.19
Kwartiel 4: Hoog (>1900)	0.15	0.28	0.28	0.22
% buurtbewoners dat niet verhuist in een jaar				
Kwartiel 1 < 90%	0.15	0.28	0.28	0.20
Kwartiel 2 90%-92%	0.15	0.32	0.32	0.20
Kwartiel 3 92%-94%	0.15	0.35	0.35	0.19
Kwartiel 4 >94%	0.16	0.35	0.35	0.19
Migratieachtergrond				
Nederland	0.16	0.34	0.34	0.19
Nederlandse Cariben	0.12	0.24	0.24	-
Indonesië	0.13	0.28	0.28	0.21
Suriname	0.11	0.15	0.15	0.25
Overig Europa	0.15	0.26	0.26	0.20
Overig, inclusief Marokko, Turkije	0.08	0.17	0.17	0.26
Huishoudenssamenstelling				
Eenpersoonhuishouden	0.09	0.29	0.29	0.18

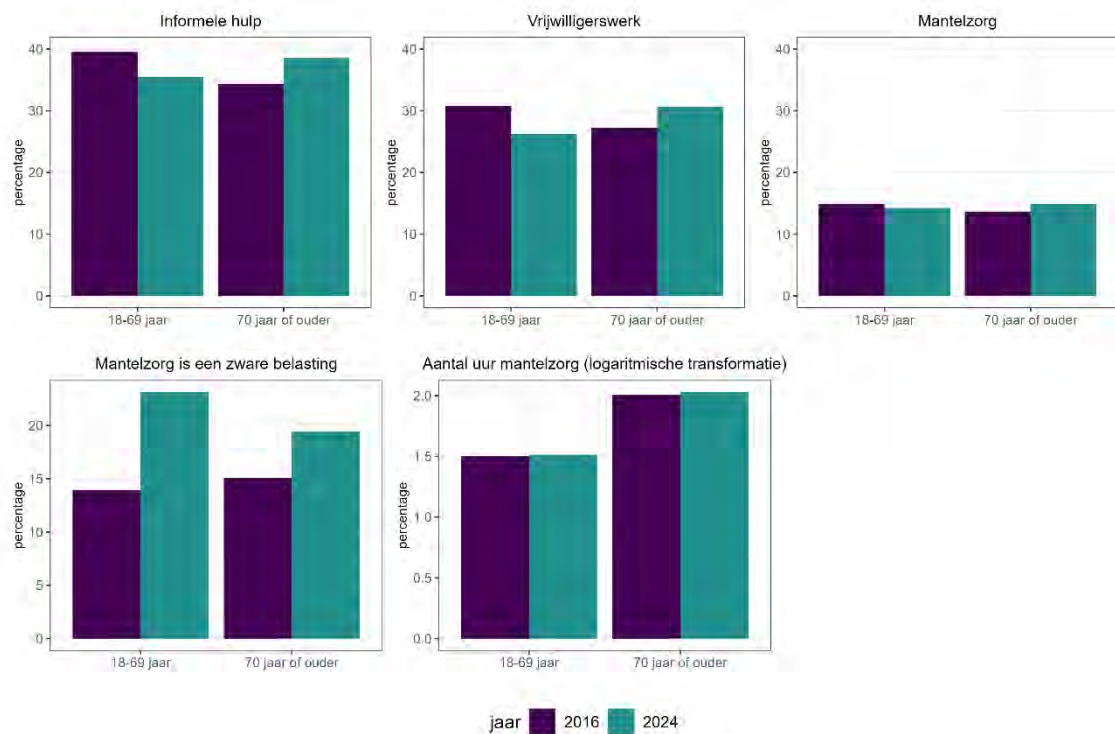
Met partner	0.18	0.35	0.35	0.19
Overig	0.15	0.24	0.24	0.26
Heeft een kind				
Geen kind	0.15	0.34	0.34	0.20
Één of meer kinderen	0.16	0.33	0.33	0.19
Aantal broers en zussen				
0	0.14	0.27	0.27	0.21
1	0.15	0.32	0.32	0.21
2	0.16	0.35	0.35	0.18
Meer dan 2	0.17	0.40	0.40	0.17
Aantal observaties	147351	147351	147351	20821

Noot:

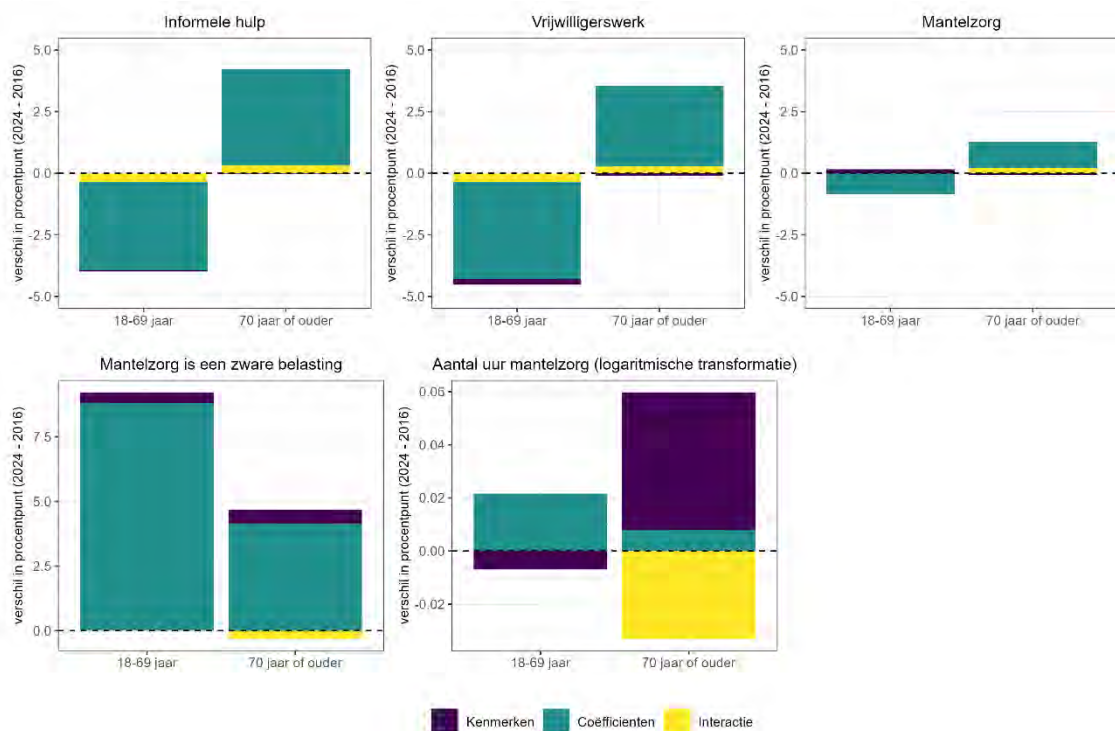
Figuur B2-3.1 Aandeel vrijwilligers binnen de volwassen bevolking in 2024, per gemeente



Figuur B2-3.2 Informele hulp in 2016 en in 2024

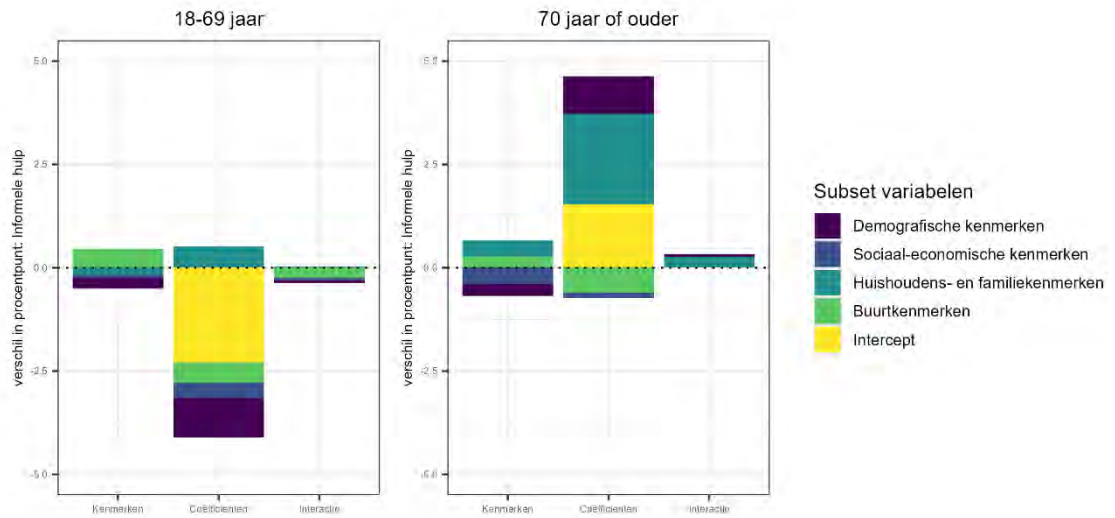


Figuur B2-3.3 Blinder-Oaxaca decompositie van het verschil tussen 2016-2024

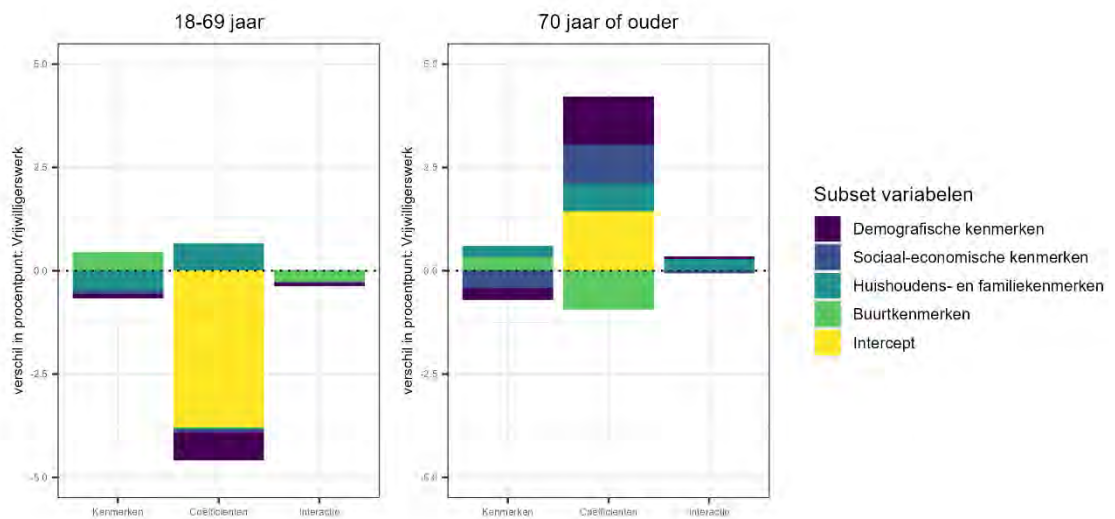


Figuur B2-3.4 Blinder-Oaxaca decompositie van het verschil tussen 2016-2024, uitgesplitst naar subgroepen verklarende variabelen

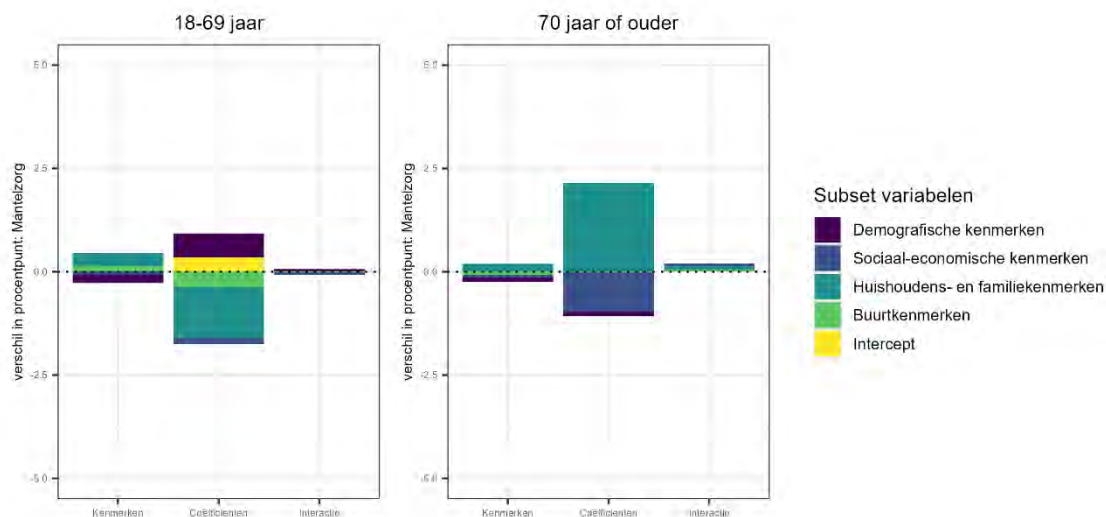
Informele hulp



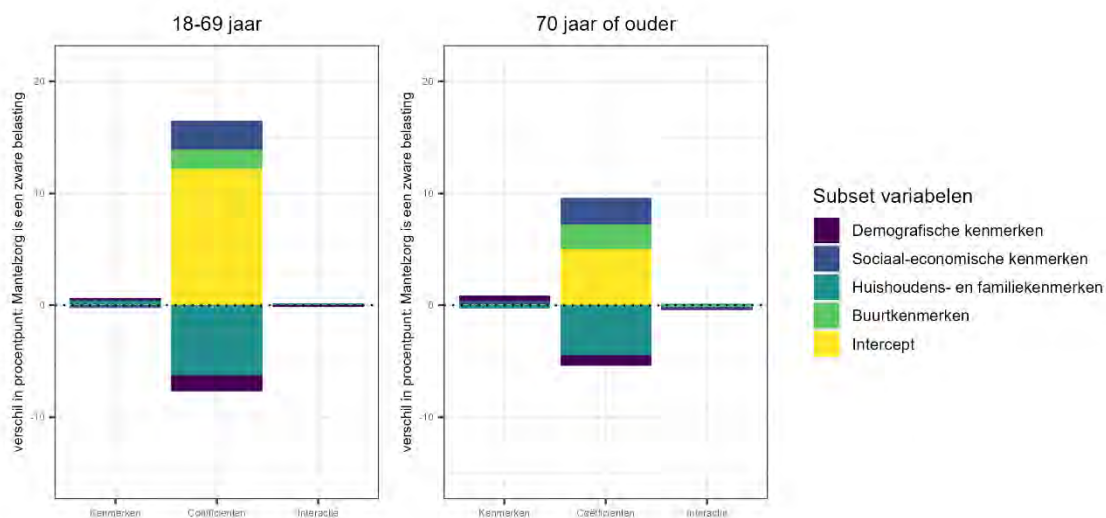
Vrijwilligerswerk



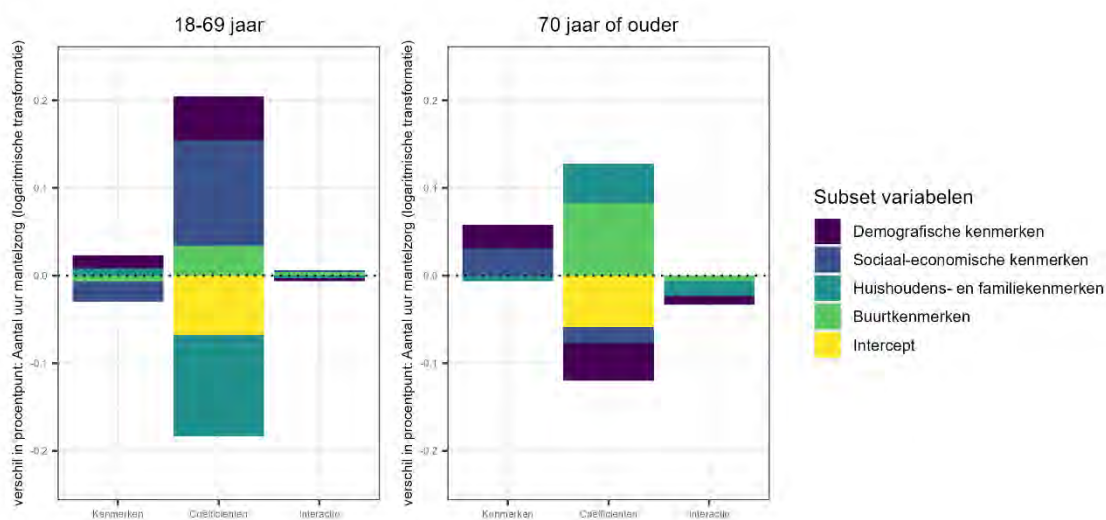
Mantelzorg



Mantelzorg is een zware belasting



Aantal uur mantelzorg



Hoofdstuk 4

Data

We gebruiken een combinatie van surveydata en administratieve data. De surveydata gebruiken we in de eerste fase van het onderzoek (zie verder onder Methode) om de relatie tussen de exogene variatie – het aandeel dochters – en de endogene variabele – het ontvangen van mantelzorg – in kaart te brengen. We maken hiervoor gebruik van de Gezondheidsmonitor Ouderen 2016 omdat het ontvangen van mantelzorg in deze survey werd uitgevraagd onder een relatief groot aantal personen.

We koppelen deze surveydata op individueel niveau aan de bij CBS beschikbare administratieve data over persoonsgegevens en zorggebruik. Deze gegevens worden gebruikt voor de instrumentele variabele, de uitkomstmaten en de controlevariabelen. Tabel B4.1 biedt een volledig overzicht van de gebruikte databronnen, de variabelen die we daaruit haalden en de observatieperiode waarover we de data gebruiken.

Variabelen

Mantelzorg – We definiëren mantelzorgontvangers als personen die mantelzorg ontvangen op het moment dat ze de Gezondheidsmonitor Ouderen 2016 invullen. In deze bevraging wordt mantelzorg gedefinieerd als "de zorg die u ontvangt van een bekende in uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kind, buren of vrienden, als u voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt bent. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger."

Uitkomstmaten: formele zorggebruik – We schatten de effecten op formele zorggebruik binnen de Wlz, Wmo en Zvw in het jaar van observatie en het jaar erna (zie Figuur B3.1). Voor het jaar 2022 meten we bijvoorbeeld voor alle 65-plussers in onze onderzoekspopulatie of zij in 2022 of 2023 zorg hebben gedeclareerd binnen de betreffende wet (Wlz, Wmo of Zvw). Voor zorg binnen de Wlz meten we of er zorg wordt gedeclareerd, voor welke leveringsvorm (met verblijf of anders) en de totale kosten die er worden gemaakt. Voor zorg binnen de Wmo meten we alleen of er beroep wordt gedaan op Wmo-gefinancierde zorg omdat informatie over kosten hiervoor ontbreekt. Voor zorg die gefinancierd wordt via de Zvw kijken we naar de totale kosten en naar kosten voor huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en wijkverpleging.

Figuur B4.1: Meetmomenten uitkomsten

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sample: volledige populatie						
2018						
2019						
2020						
2021						
2022						

Controlevariabelen – Zoals hierboven beschreven zijn er een aantal observeerbare en niet-observeerbare verschillen tussen individuen die invloed kunnen hebben op het effect van mantelzorgontvangst op formele zorggebruik. Om de verschillen tussen individuen zo goed mogelijk mee te nemen in onze schattingen en ze daarmee zo precies mogelijk te maken, controleren we voor de observeerbare factoren die we uit de administratieve data kunnen halen. Concreet controleren we voor verschillen in demografische kenmerken, socio-economische status en zorggebruik in het jaar voor observatie zoals beschreven in Tabel B4.1.

Tabel B4.1: Databronnen

Databron	Variabelen	Jaren
<i>Surveydata</i>		
Gezondheidsmonitor Ouderen	Ontvangst van mantelzorg, gemeten door: "Heeft u in de laatste 12 maanden mantelzorg gekregen?", zo ja: "Krijgt u deze mantelzorg nu nog?"	2016
<i>Instrumentele variabele</i>		
Basisregistratie Personen	Aandeel dochters: het aantal dochters gedeeld door het totale aantal kinderen	2016-2022
<i>Uitkomstmaten</i>		
CAK – Wlz gebruik	- Gebruik van Wlz-zorg met verblijf (binair) - Gebruik van andere Wlz-zorg (binair) - Kosten Wlz-zorg met verblijf - Kosten andere Wlz-zorg - Totale kosten Wlz-zorg (Wlz-zorg met verblijf + andere Wlz-zorg)	2016-2024
CAK/gemeentelijke monitor sociaal domein – Wmo gebruik	Gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen (binair)	2016-2023
Vektis – Zvw zorgkosten	- Huisartskosten - Ziekenhuiskosten - Kosten wijkverpleging	2016-2023
CAK/Vektis	Totale zorgkosten (Wlz + Zvw)	2016-2023
Gemeentelijke basisadministratie – Overlijden	Overlijden (binair)	2016-2024
<i>Controlevariabelen</i>		
Basisregistratie Personen	- Aantal kinderen (continu) - Geslacht (man/vrouw) - Leeftijd (continu) - Ouder en kind wonen op hetzelfde adres (binair) - Ouder en kind wonen in dezelfde gemeente (binair) - Stedelijkheid van de gemeente (in 5 categorieën zoals gedefinieerd door Centraal Bureau voor de Statistiek (z.d.))	2016-2023
Fiscaal basisregister Belastingdienst	- Huishoudinkomen: besteedbaar inkomen gestandaardiseerd voor huishoudgrootte en (in kwartielen) - Bezit van een eigen koopwoning (binair)	2016-2023
Zorginstituut Nederland – Medicatiegebruik	Identificatie van chronische aandoeningen op basis van voorgeschreven medicatie: - Geen multimorbiditeit (< 2 chronische aandoeningen) - Multimorbiditeit (>= 2 chronische aandoeningen)	2016-2023
Vektis – Zvw zorgkosten	Gemiddelde totale zorgkosten in het jaar voorafgaand aan de observatieperiode (basisverzekering)	2016-2022

Steekproef

We maken voor deze methode gebruik van twee verschillende steekproeven voor de hoofdanalyse (zie verder bij *Methode*). In de eerste fase maken we gebruik van de survey-respondenten van de Gezondheidsmonitor Ouderen 2016 (65-plussers) en beperken de sample verder tot:

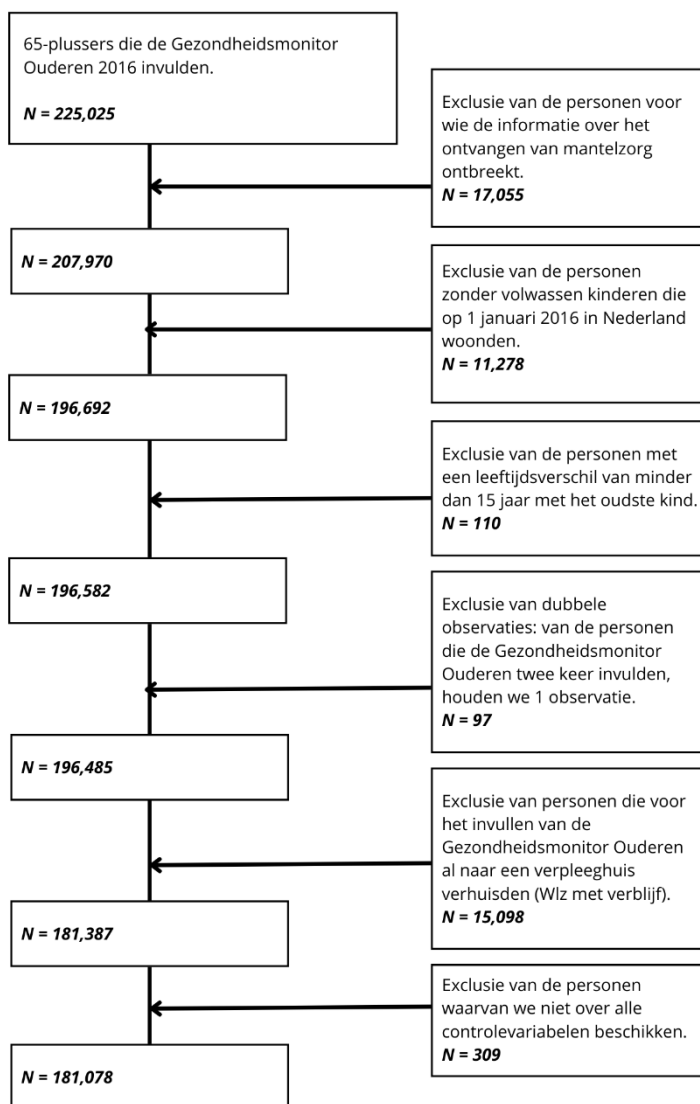
1. Personen met ten minste een volwassen levend kind wonend in Nederland op 1 januari 2016, omdat we de exogene variatie in de kenmerken van kinderen gebruiken als instrumentele variabele.
2. Personen van wie het leeftijdsverschil met het oudste kind ten minste 15 jaar bedraagt omdat deze (kleine) groep gelijk aan Bergeot & Tenand (2023).
3. Personen die in heel 2016 geen Wlz-zorg met verblijf gebruikten, om de effecten op een nieuwe verpleeghuisopname te kunnen schatten.
4. Personen waarvoor we over alle controlevariabelen beschikken.

Zoals hierboven vermeld onder *Data*, herhalen we de eerste fase (zoals verder beschreven onder *Methode*) met de respondenten van de Gezondheidsenquête 2015-2023 van 65 jaar of ouder om te toetsen of de resultaten consistent blijven doorheen de tijd. We hanteerden hierbij dezelfde sample-restricties als bij de Gezondheidsmonitor Ouderen 2016.

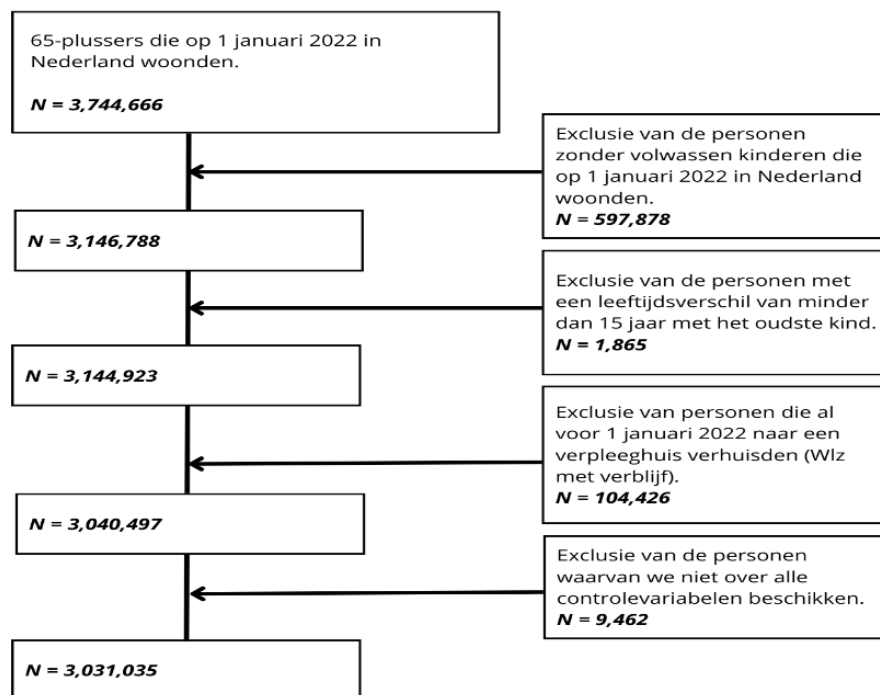
In de tweede fase maken we gebruik van alle 65-plussers wonend in Nederland op 1 januari van het observatiejaar (2018-2022). We gebruiken ook hier dezelfde sample-restricties als in fase 1. Aangezien data over formele zorg slechts tot en met 2023 beschikbaar is (tot en met 2024 voor Wlz-zorg), en we naar formele zorggebruik binnen 1 jaar na de voorspelde mantelzorgontvangst kijken, is 2022 (2023 voor de uitkomsten over Wlz-zorg) het meest recente jaar waarop we de sample kunnen baseren.

De persoonskenmerken van de verschillende steekproeven lijken sterk op elkaar (Tabel B3.2). De Gezondheidsmonitor Ouderen is dus een representatieve steekproef van de volledige Nederlandse 65-plus populatie en de 65-plussers uit 2016 zijn niet systematisch verschillen van die uit 2022.

Figuur B4.2: Cohort flowchart fase 1 – 2016 sample



Figuur B4.3: Cohort flowchart fase 2 – 2022 sample



Tabel B4.2: Kenmerken van de steekproeven

	Respondenten gezondheidsmonitor 2016	Volledige populatie 2018	Volledige populatie 2022
<i>Demografische kenmerken</i>			
Vrouw	0,514	0,536	0,534
Leeftijd	73,281	73,550	73,925
Migratieachtergrond	0,105	0,131	0,137
Aantal kinderen	2,298	2,300	2,253
Aandeel dochters	0,495	0,494	0,494
Aantal personen in het huishouden	1,811	1,853	1,740
Ouder en kind wonen op hetzelfde adres	0,050	0,081	0,086
Ouder en kind wonen in dezelfde gemeente	0,624	0,668	0,660
Stedelijkheid 1 - (zeer) sterk stedelijk	0,416	0,491	0,489
Stedelijkheid 2 – matig stedelijk	0,188	0,179	0,180
Stedelijkheid 3 – niet/weinig stedelijk	0,396	0,330	0,331
<i>Socio-economische status</i>			
Bezit van een eigen koopwoning	0,657	0,614	0,644
<i>Gezondheidsstatus</i>			
>= 2 chronische aandoeningen	0,532	0,526	0,544
Zorgkosten in het voorgaande jaar	4.531,480	5.013,771	5.231,288
Ontvangt mantelzorg	0,096		
<i>Uitkomsten</i>			
Wlz verpleeghuis	0,018	0,028	0,030
Wlz anders	0,015	0,031	0,043
<i>N</i>	181.078	2.819.417	3.031.035

Noot: Gemiddeldes binnen de steekproeven; leeftijd in jaren, zorgkosten in euro's.

Subgroepen

Het is mogelijk dat het effect van mantelzorgontvangst op formele zorggebruik niet voor iedereen hetzelfde is. Om beter te begrijpen onder welke voorwaarden zich een substitutie-effect voordoet, gaan we nader in op het verschil tussen subgroepen op basis van geslacht, migratieachtergrond, leeftijd, inkomen (in drie groepen), woningeigenaren versus huurders, stedelijkheid (in 3 groepen), het al dan niet hebben van 2 of meer chronische aandoeningen volgens de indeling van Huber et al. (2013) en het al dan niet wonen met een huisgenoot (zoals een partner). Ook voor deze groepen gelden dezelfde exclusiecriteria als die gehanteerd in de hoofdanalyse. Tabellen B4.7 (2018) en B4.8 (2022) in de tabellen-bijlage beschrijven de persoonskenmerken van de verschillende subgroepen.

²⁴ Op 1 adres kunnen meerdere huishoudens wonen. De telling gebeurt per huishouden, niet per adres.

Methode

Omdat informatie over mantelzorgontvangst niet beschikbaar is op grote schaal voor jaren na 2017 extrapoleren we de relatie tussen de dochter-zoon verhouding en mantelzorgontvangst naar recentere jaren. Deze Two-Sample Two-Stage Least Squares - methode kan worden gebruikt wanneer informatie over de endogene variabele (mantelzorg gebruik) en de uitkomst (formele hulp) niet beschikbaar zijn in dezelfde populatie, maar waarbij de instrumentele variabele (dochter-zoon verhouding) dat wel is (Inoue & Solon, 2010). Wij gebruiken deze methode om zonder recente data over mantelzorgontvangst toch het effect hiervan op formele zorggebruik in recentere jaren te kunnen schatten. We doen dat in drie stappen.

In de eerste fase schatten we de volgende regressievergelijking voor de survey-respondenten van de Gezondheidsmonitor Ouderen 2016:

$$\text{Mantelzorgontvangst}_{i,2016} = \beta \cdot \text{dochterproportie}_{i,2016} + \gamma \cdot X_{i,2016} + \varepsilon_{i,2016} \quad (1)$$

We schatten hiermee de relatie tussen of persoon i wel of geen mantelzorg ontvangt en het aandeel dochters binnen het aantal kinderen van persoon i ($\text{dochterproportie} = \frac{\text{Aantal dochters}_i}{\text{Aantal kinderen}_i}$), waarbij we controleren voor een aantal kenmerken X van persoon i : leeftijd, geslacht en migratieachtergrond.

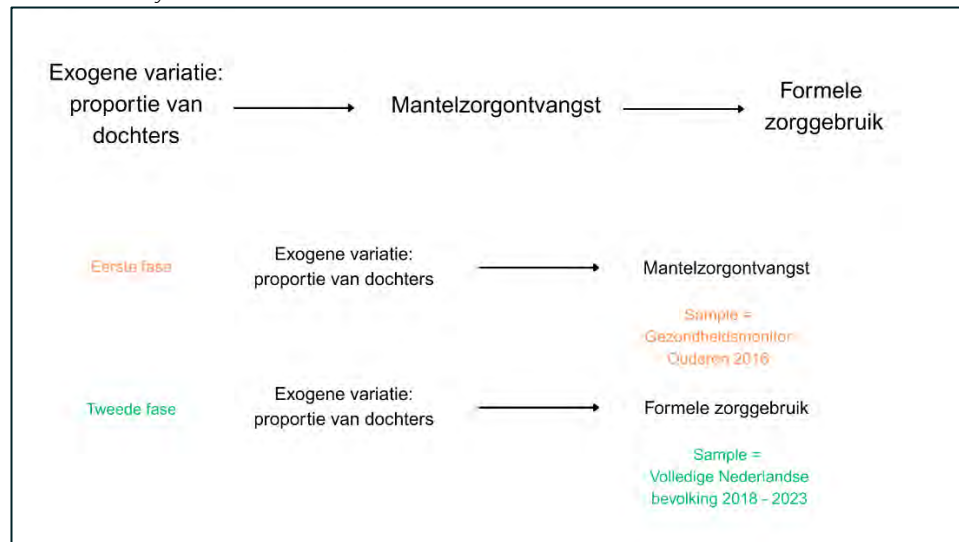
Daarna gebruiken we de geschatte relatie $\hat{\beta}$ om de kans op mantelzorgontvangst te voorspellen in de algemene bevolking van 65-plussers met tenminste één kind in 2018-2022 aan de hand van informatie over het aandeel vrouwen van alle kinderen per persoon en kenmerken X_i .

In de tweede fase gebruiken we de geschatte kans op mantelzorgontvangst om het causale effect op formele hulp te analyseren:

$$\text{Formele zorggebruik}_{ij} = \zeta_i \cdot \text{mantelzorgontvangst} + \theta_t \cdot X_{ij} + \varepsilon_{ij} \quad (2)$$

We schatten deze regressie per jaar j tussen 2018 en 2022 voor alle 65-plussers met tenminste één kind wonend in Nederland op 1 januari van dat jaar. De coëfficiënten geven voor elk jaar aan in hoeverre mantelzorgontvangst het gebruik van formele hulp beïnvloedt.

Figuur B4.4: Schematische weergave van de two-sample two-stage least squares instrumentele variabele-analyse



Aannames

Om de coëfficiënten uit de derde stap als het causale effect van mantelzorg op formele zorggebruik te kunnen interpreteren, moeten we de volgende vier aannames doen:

1. *Het aandeel dochters binnen het totaal aantal kinderen hangt sterk samen met mantelzorgontvangst.*

Bergeot en Tenand (2023) beargumenteren op basis van eerder empirisch bewijs dat er een sterk verband is tussen het aandeel dochters en de kans om mantelzorg te ontvangen. Zij tonen zelf ook aan dat de kans op mantelzorgontvangst onder 65-plussers met uitsluitend zonen 13.5% is, tegenover 15% bij 65-plussers met uitsluitend dochters. Uit het literatuuronderzoek in deelvraag 1 blijkt evenzeer dat dochters vaker mantelzorg bieden dan zonen. Onze resultaten in Tabel B4.3 bevestigen dat verband.

2. *De relatie tussen het aandeel dochters en mantelzorgontvangst onder de surveyrespondenten in 2016 is vergelijkbaar met die onder de algemene bevolking van 65-plussers in 2018-2022.*

De Gezondheidsmonitor Ouderen is gebaseerd op een representatieve sample van de algemene bevolking. Uit Tabel 2.2 blijkt ook dat de kenmerken van de respondenten van de Gezondheidsmonitor Ouderen 2016 sterk gelijken aan die van de algemene bevolking 65-plussers in latere jaren. Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat mantelzorg ook in recente jaren nog steeds vaker door dochters dan door zonen wordt verleend (CBS, 2024).

3. *Het aandeel vrouwelijke kinderen, gecontroleerd voor het aantal kinderen, is willekeurig en beïnvloedt het gebruik van formele zorg daardoor alleen omdat het de hoeveelheid mantelzorg beïnvloedt en het hangt niet samen met andere kenmerken die zowel het ontvangen van mantelzorg als het gebruik van formele zorg beïnvloeden.*

Er is geen bewijs dat het geslacht van een kind te manipuleren is (Bergeot & Tenand 2023). Zoals aangegeven, controleren we voor het totaal aantal kinderen, aangezien dit ook een sterke voorspeller is van mantelzorgontvangst, en dit aantal wel beïnvloed kan worden door keuzes van ouders die mogelijk samenhangen met factoren die ook met formeel zorggebruik samenhangen, zoals culturele achtergrond. Om te valideren dat het aandeel dochters niet samenhangt met andere factoren die formeel zorggebruik mogelijk beïnvloeden, bekijken we in hoeverre het aandeel dochters samenhangt met observeerbare kenmerken waarvan we weten dat ze samenhangen met formeel zorggebruik, zoals het hebben van meerdere chronische aandoeningen en inkomen. De resultaten van deze test worden gepresenteerd in Tabel B4.5.

4. *Een hoger aandeel dochters verlaagt de kans op mantelzorgontvangst niet (de monotociteitsaanname).*

Het geschatte effect is gebaseerd op een groep die een grotere kans heeft om mantelzorg te ontvangen omdat ze relatief veel dochters hebben. We nemen, met andere woorden, aan dat het hebben van relatief veel zonen nooit oorzakelijk samenhangt met het ontvangen van mantelzorg. Ter ondersteuning van deze aanname, analyseren we deze samenhang voor een reeks subgroepen, waarvan de resultaten worden gepresenteerd in Tabel B3.4.

Figuur B4.5: Schematische weergave van de monotociteitsaanname

	Geen mantelzorgontvangst	Wel mantelzorgontvangst
Hoog aandeel dochters	<i>Never taker</i>	<i>Complier</i>
Laag aandeel dochters	<i>Defier</i>	<i>Always taker</i>

Resultaten testen van aannames

Aanname 1: het aandeel dochters binnen het totaal aantal kinderen hangt sterk samen met mantelzorgontvangst.

Zoals hierboven aangegeven bij *Aannames*, is het voor onze aanpak erg belangrijk dat het aandeel dochters sterk voorspellend is voor het ontvangen van mantelzorg. Tabel 2.5 laat zien dat personen die alleen dochters hebben gemiddeld een 1.2-procentpunt hogere kans hebben op het ontvangen van mantelzorg (ter referentie: dat is 12.5% van het gemiddelde in de steekproef). De F-statistic is een maat voor het verschil in mantelzorgontvangst tussen mensen met een lage en een hoog aandeel dochters (hoe hoger de waarde van de F-statistic, hoe groter dat verschil). De sterke relatie tussen het aandeel dochters en de kans op mantelzorgontvangst, in combinatie met de hoge F-waarde, geven ons voldoende vertrouwen in de eerste fase om het aandeel dochters als instrumentele variabele te gebruiken in de analyses.

Tabel B4.3: Het effect van de aandeel dochters op mantelzorgontvangst

	65-plussers Gezondheidsmonitor Ouderen 2016
Aandeel dochters	0,012 (0,001)
Aantal kinderen	0,009 (0,000)
Vrouw	0,042 (0,001)
Leeftijd	0,010 (0,000)
Ouder en kind wonen op hetzelfde adres	0,047 (0,003)
Ouder en kind wonen in dezelfde gemeente	0,015 (0,001)
Inkomen tweede kwartiel	- 0,010 (0,001)
Inkomen derde kwartiel	- 0,019 (0,002)
Inkomen vierde kwartiel	- 0,017 (0,002)
Aantal personen in het huishouden	- 0,010 (0,001)
Bezit van een eigen koopwoning	- 0,017 (0,001)
>= 2 chronische aandoeningen	0,040 (0,001)
Sterk stedelijke gemeente	- 0,006 (0,002)
Matig stedelijke gemeente	- 0,008 (0,002)
Weinig stedelijke gemeente	- 0,010 (0,002)
Niet stedelijke gemeente	- 0,020 (0,002)
Zorgkosten in het voorgaande jaar	0,000 (0,000)
Constante	- 0,726 (0,008)
N	181.078
Gemiddelde mantelzorgontvangst	0,096
F-statistic (aandeel dochters)	50,164
R-kwadraat	0,173

Noot: Deze tabel toont het effect van het aandeel dochters op mantelzorgontvangst, gecorrigeerd voor demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes.

Aangezien we ook geïnteresseerd zijn in hoe het effect van mantelzorgontvangst op formele zorggebruik verschilt tussen verschillende subgroepen, is het eveneens van belang voor de verschillende subgroepen te bekijken in welke mate het aandeel dochters samenhangt met het ontvangen van mantelzorg. Uit de resultaten, zoals in detail beschreven in tabel B4.4, blijkt dat het aandeel dochters voor bepaalde subgroepen (zoals vrouwen) veel sterker samenhangt met mantelzorgontvangst dan voor andere subgroepen (zoals mannen). Dat maakt dat de schattingen van het effect van mantelzorgontvangst op formele zorggebruik niet voor alle subgroepen even betrouwbaar zijn en dat het, bij het analyseren van de hoofdresultaten, belangrijk is te nuanceren dat verschillen in precisie tussen subgroepen wellicht in sterke mate veroorzaakt worden door bepaalde subgroepen.

Tabel B4.4: Het effect van het aandeel dochters op mantelzorgontvangst naar subgroepen

	Aandeel dochters	N	Gemiddelde	F-statistic	Controlevariabelen
Man	0,005 (0,002)	87.947	0,069	5,822	Ja
Vrouw	0,019 (0,003)	93.131	0,122	50,320	Ja
Geen migratieachtergrond	0,013 (0,002)	161.991	0,095	46,308	Ja
Migratieachtergrond	0,011 (0,001)	19.087	0,106	3,953	Ja
Leeftijd 65-75	0,002 (0,002)	112.827	0,046	1,611	Ja
Leeftijd 75-85	0,023 (0,004)	56.686	0,014	35,555	Ja
Leeftijd 85+	0,061 (0,012)	11.565	0,395	25,040	Ja
Laag inkomen	0,023 (0,004)	60.366	0,148	39,042	Ja
Midden inkomen	0,007 (0,003)	60.358	0,085	6,476	Ja
Hoog inkomen	0,007 (0,002)	60.354	0,057	8,105	Ja
Geen eigen woning	0,020 (0,004)	62.056	0,149	31,775	Ja
Eigen woning	0,008 (0,002)	119.022	0,007	19,148	Ja
Niet multimorbide	0,006 (0,002)	84.573	0,040	11,840	Ja
Multimorbide	0,018 (0,003)	96.505	0,015	38,906	Ja
(Zeer) sterk stedelijk	0,014 (0,003)	75.149	0,010	27,798	Ja
Matig stedelijk	0,010 (0,004)	34.068	0,095	5,872	Ja
Weinig/niet stedelijk	0,012 (0,003)	71.861	0,099	17,388	Ja
Woont niet alleen	0,005 (0,001)	133.380	0,073	9,525	Ja
Woont alleen	0,030 (0,004)	47.398	0,162	56,091	Ja

Noot: Deze tabel toont het effect van het aandeel dochters op mantelzorgontvangst voor verschillende subgroepen, gecorrigeerd voor demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes.

Aanname 2: de relatie tussen het aandeel dochters en mantelzorgontvangst onder de surveyrespondenten in 2016 is vergelijkbaar met die onder de algemene bevolking van 65-plussers in 2018-2022.

Aangezien we voor onze aanpak twee verschillende samples gebruiken, is het van belang dat we kunnen aannemen dat het effect van het aandeel dochters op de kans om mantelzorg te ontvangen, vergelijkbaar is in de beide samples (aanname 2). Aangezien we voor het volledige sample niet over informatie over de ontvangen mantelzorg beschikken, vergelijken we beide samples op het vlak van achtergrondkenmerken en formeel zorggebruik. Het is aannemelijk dat wanneer de verschillende samples vergelijkbaar zijn op vlak van deze kenmerken, ze een vergelijkbare gezondheidstoestand en gezinssituatie hebben en dus ook een vergelijkbare kans op het ontvangen van mantelzorg. Tabel B4.2 laat zien dat de kenmerken van respondenten in de Gezondheidsmonitor en de volledige populatie van de 2018 en 2022, vergelijkbaar zijn. Dit biedt vertrouwen in de validiteit van deze aanname en suggereert dat verschillen in samenstelling tussen de samples de geschatte effecten niet substantieel zullen vertekenen.

Aanname 3: het aandeel vrouwelijke kinderen, gecontroleerd voor het aantal kinderen, is willekeurig en beïnvloedt het gebruik van formele zorg daardoor alleen omdat het de hoeveelheid mantelzorg beïnvloedt en het hangt niet samen met andere kenmerken die zowel het ontvangen van mantelzorg als het gebruik van formele zorg beïnvloeden.

Met een balance test kunnen we nagaan of het instrument (het aandeel dochters) de uitkomsten (formeel zorggebruik) enkel beïnvloedt via mantelzorgontvangst (aanname 3). Als er geen (sterk) verband is tussen het aandeel dochters en observeerbare kenmerken, vergroot dat het vertrouwen dat er evenmin een (sterk) verband is met niet-observeerbare kenmerken.

Uit Tabel B4.5 blijkt dat het belangrijk is om te corrigeren voor een aantal variabelen binnen de instrumentele variabele analyse; namelijk het aantal kinderen, of ouders en kinderen op hetzelfde adres/in dezelfde gemeente wonen en het aantal personen in het huishouden. Wanneer we voor deze variabelen controleren, is er binnen de Gezondheidsmonitor 2016 geen sterk verband tussen de overige observeerbare kenmerken (gezamenlijk) en het aandeel dochters, zoals blijkt uit de F-statistic. Voor de volledige bevolking is dit verband wel statistisch significant, maar economisch verwaarloosbaar: zo is het aandeel dochters in het hoogste inkomenskwartiel slechts 0,005 lager dan in het laagste kwartiel, gelijk aan 1% van het gemiddelde aandeel dochters (0,494).

Tabel B4.5: Balance test 2022 - de relatie tussen het aandeel dochters en observeerbare kenmerken

	65-plussers Gezondheidsmonitor Ouderen 2016	65-plussers volledige bevolking 2022
Aantal kinderen	0,0008 (0,0008)	0,0020 (0,0002)
Vrouw	0,0009 (0,0017)	0,0010 (0,0004)
Leeftijd	-0,0001 (0,0001)	-0,0001 (0,0000)
Ouder en kind wonen op hetzelfde adres	-0,0869 (0,0046)	-0,0780 (0,0009)
Ouder en kind wonen in dezelfde gemeente	-0,0070 (0,0018)	-0,0082 (0,0005)
Inkomen tweede kwartiel	-0,0022 (0,0026)	0,0012 (0,0006)
Inkomen derde kwartiel	-0,0032 (0,0029)	-0,0028 (0,0007)
Inkomen vierde kwartiel	-0,0042 (0,0031)	-0,0054 (0,0007)
Aantal personen in het huishouden	0,0050 (0,0016)	0,0030 (0,0004)
Bezit van een eigen koopwoning	0,0008 (0,0024)	0,0014 (0,0006)
>= 2 chronische aandoeningen	0,0008 (0,0006)	0,0006 (0,0002)
Sterk stedelijke gemeente	0,0045 (0,0028)	-0,0003 (0,0006)
Matig stedelijke gemeente	-0,0013 (0,0031)	-0,0010 (0,0007)
Weinig stedelijke gemeente	0,0014 (0,0029)	-0,0016 (0,0006)
Niet stedelijke gemeente	0,0011 (0,0035)	-0,0036 (0,0009)
Zorgkosten in het voorgaande jaar	0,0000 (0,0000)	0,0000 (0,0000)
Constante	0,4971 (0,0118)	0,5059 (0,0026)
<i>Gemiddeld aandeel dochters</i>	0,496	0,494
<i>N</i>	181.078	3.031.035
F-statistic (alle variabelen)	32,8	748,1
F-statistic (vrouw, leeftijd, inkomen, woningbezit, >=2 chronische aandoeningen, stedelijkheid, zorgkosten)	0,9	14,1

Noot: Deze tabel toont het effect van het aandeel dochters op observeerbare demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes.

Aanname 4: Een hoger aandeel dochters verlaagt de kans op mantelzorgontvangst niet (de monotociteitsaanname).

Een manier om de monotociteitsaanname te testen is om na te gaan of het effect van het instrument (het aandeel dochters) op de endogene variabele (mantelzorg ontvangst) dezelfde richting heeft voor verschillende subgroepen. Tabel B4.4 laat zien dat, ondanks dat het effect niet voor alle subgroepen met evenveel precisie wordt geschat, het effect voor alle subgroepen positief is. Een hoger aandeel dochters betekent dus voor alle subgroepen een hogere kans op mantelzorg ontvangst.

Resultaten vergelijking Gezondheidsmonitor en volledige populatie

Naast dat deze methode het mogelijk maakt om effecten voor recentere jaren te analyseren zonder gerapporteerde informatie over mantelzorgontvangst, zorgt de extrapolatie naar de volledige bevolking er tevens voor dat de effecten preciezer kunnen worden geschat, zoals blijkt uit de kleinere betrouwbaarheidsintervallen. Tabel B4.6 illustreert dit.

Tabel B4.6 Effect ontvangen van mantelzorg op zorggebruik 2017-2018

	Gezondheidsmonitor september 2016		65-plussers volledige bevolking januari 2017	
	Wlz met verblijf	Wlz overig (mpt, vpt, pgb)	Wlz met verblijf	Wlz overig (mpt, vpt, pgb)
Mantelzorg	0,073 (0,068)	0,202 (0,066)	-0,048 (0,022)	0,111 (0,026)
<i>N</i>	181.078	181.078	2.765.924	2.765.924
Mean	0.028	0.026	0,028	0,027

Noot: Deze tabel toont het effect van ontvangen mantelzorg op zorggebruik. Standaardfouten tussen haakjes.

Aanvullende resultaten

Kenmerken subgroepen

Tabel B4.7: Kenmerken van de verschillende subgroepen - 2022

	Man	Vrouw	Geen migratie- achtergr ond	Migratie- achtergr ond	Leeftijd 65-75	Leeftijd 75-85	Leeftijd 85+
<i>Demografische kenmerken</i>							
Vrouw	0	1	0,533	0,539	0,518	0,538	0,617
Leeftijd	73,511	74,286	74,023	73,313	68,914	78,713	88,304
Migratieachtergrond	0,135	0,138	0	1	0,146	0,128	0,113
Aantal kinderen	2,254	2,252	2,223	2,437	2,204	2,242	2,590
Aandeel dochters	0,493	0,495	0,495	0,489	0,493	0,495	0,498
Aantal personen in het huishouden	2,003	1,740	1,849	1,946	1,982	1,764	1,469
Ouder en kind wonen op hetzelfde adres	0,099	0,075	0,074	0,164	0,109	0,054	0,055
Ouder en kind wonen in dezelfde gemeente	0,647	0,672	0,656	0,689	0,664	0,648	0,678
Stedelijkheid 1 – (zeer) sterk stedelijk	0,481	0,495	0,456	0,684	0,490	0,482	0,501
Stedelijkheid 2 – matig stedelijk	0,181	0,179	0,188	0,134	0,180	0,182	0,176
Stedelijkheid 3 – niet/matig stedelijk	0,338	0,326	0,356	0,182	0,330	0,336	0,323
<i>Socio-economische status</i>							
Bezit van een eigen koopwoning	0,689	0,604	0,671	0,471	0,700	0,599	0,451
<i>Gezondheidsstatus</i>							
>= 2 chronische aandoeningen	0,523	0,561	0,538	0,578	0,465	0,627	0,740
Zorgkosten in het voorgaande jaar	5.386,116	5.096,261	5.202,766	5.410,447	4.189,301	6.111,638	8.619,743
<i>N</i>	<i>1.411.997</i>	<i>1.619.038</i>	<i>2.614.758</i>	<i>416.277</i>	<i>1.759.806</i>	<i>986.325</i>	<i>284.904</i>

Noot: Gemiddeldes per subgroep van de steekproef; leeftijd in jaren, zorgkosten in euro's.

<i>Tabel B4.7 (vervolg): Kenmerken van de verschillende subgroepen - 2022</i>							
	Laag inkomen	Midden inkomen	Hoog inkomen	Geen eigen woning	Eigen woning	Geen multi- morbidite it	Multi- morbidite it
<i>Demografische kenmerken</i>							
Vrouw	0,601	0,535	0,465	0,593	0,501	0,513	0,551
Leeftijd	75,946	74,126	71,703	75,568	73,018	72,256	75,324
Migratieachtergrond	0,186	0,110	0,115	0,203	0,100	0,126	0,146
Aantal kinderen	2,314	2,196	2,248	2,294	2,230	2,219	2,281
Aandeel dochters	0,498	0,496	0,488	0,495	0,493	0,493	0,495
Aantal personen in het huishouden	1,651	1,844	2,093	1,661	1,974	1,922	1,813
Ouder en kind wonen op hetzelfde adres	0,045	0,070	0,142	0,076	0,092	0,095	0,079
Ouder en kind wonen in dezelfde gemeente	0,717	0,668	0,596	0,698	0,640	0,639	0,678
Stedelijkheid 1 - (zeer) sterk stedelijk	0,529	0,456	0,481	0,593	0,430	0,475	0,499
Stedelijkheid 2 – matig stedelijk	0,159	0,186	0,195	0,152	0,196	0,186	0,176
Stedelijkheid 3 – niet/weinig stedelijk	0,312	0,358	0,324	0,255	0,374	0,339	0,325
<i>Socio- economische status</i>							
Bezit van een eigen koopwoning	0,245	0,765	0,922	0	1	0,724	0,576
<i>Gezondheidsstatu s</i>							
>= 2 chronische aandoeningen	0,645	0,545	0,440	0,647	0,487	0	1
Zorgkosten in het voorgaande jaar	6.378,539	5.135,369	4.179,802	6.472,609	4.545,669	2.174,527	7.793,151
<i>N</i>	<i>1.010.430</i>	<i>1.010.313</i>	<i>1.010.292</i>	<i>1.078.465</i>	<i>1.952.570</i>	<i>1.382.028</i>	<i>1.649.007</i>

Noot: Gemiddeldes per subgroep van de steekproef; leeftijd in jaren, zorgkosten in euro's.

Tabel B4.7 (vervolg): Kenmerken van de verschillende subgroepen - 2022

	(Zeer) sterk stedelijk	Matig stedelijk	Weinig/niet stedelijk	Woont niet alleen	Woont alleen
<i>Demografische kenmerken</i>					
Vrouw	0,541	0,531	0,525	0,466	0,715
Leeftijd	73,929	73,929	73,918	72,732	77,083
Migratieachtergrond	0,192	0,102	0,075	0,128	0,155
Aantal kinderen	2,207	2,264	2,314	2,256	2,254
Aandeel dochters	0,494	0,495	0,494	0,490	0,504
Aantal personen in het huishouden	1,831	1,873	1,903	2,171	1
Ouder en kind wonen op hetzelfde adres	0,091	0,077	0,083	0,112	0,007
Ouder en kind wonen in dezelfde gemeente	0,978	0,646	0,643	0,664	0,642
Stedelijkheid 1 - (zeer) sterk stedelijk	1	0	0	0,465	0,538
Stedelijkheid 2 – matig stedelijk	0	1	0	0,186	0,167
Stedelijkheid 3 – niet/weinig stedelijk	0	0	1	0,349	0,295
<i>Socio-economische status</i>					
Bezit van een eigen koopwoning	0,567	0,700	0,725	0,723	0,427
<i>Gezondheidsstatus</i>					
>= 2 chronische aandoeningen	0,555	0,529	0,534	0,516	0,617
Zorgkosten in het voorgaande jaar	5.361,360	5.054,738	5.136,734	4.720,589	6.493,107
N	1.475.921	547.967	1.007.147	2.358.128	853.985

Noot: Gemiddeldes per subgroep van de steekproef; leeftijd in jaren, zorgkosten in euro's.

Het effect van geschatte mantelzorgontvangst op formeel zorggebruik

Tabel B4.8: Het effect van mantelzorgontvangst op zorggebruik

	2018			2022		
	Mantelzorg	Gemiddelde	Controle-variabelen	Mantelzorg	Gemiddelde	Controle-variabelen
Wlz met verblijf	-0,061 (0,023)	0,028	Ja	-0,074 (0,023)	0,030	Ja
Wlz anders (mpt, vpt, pgb)	0,128 (0,029)	0,031	Ja	0,134 (0,031)	0,041	Ja
Wlz mpt	0,036 (0,019)	0,022	Ja	0,009 (0,021)	0,030	Ja
Wlz vpt	0,032 (0,004)	0,004	Ja	0,073 (0,015)	0,009	Ja
Wlz pgb	0,087 (0,015)	0,005	Ja	0,098 (0,018)	0,008	Ja
Wmo	-0,069 (0,047)	0,216	Ja	0,001 (0,045)	0,230	Ja
Wmo huishoudelijke hulp	- 0,172 (0,045)	0,112	Ja	- 0,005 (0,039)	0,137	Ja
Zorgkosten Wlz	-1.571,2 (1.626,6)	1.549,9	Ja	3.187,1 (2.186,3)	2.362,1	Ja
Zorgkosten Wlz met verblijf	- 3.447 (1.429,3)	1.032,24	Ja	- 2.803,4 (1.693,46)	1.319,24	Ja
Zorgkosten Wlz mpt	936,274 (500,169)	277,489	Ja	214,515 (618,538)	470,597	Ja
Zorgkosten Wlz vpt	966,681 (661,818)	239,771	Ja	5.778,54 (1.374,14)	572,131	Ja
Zorgkosten Zvw	-61,7 (2313,1)	1.1645,2	Ja	-613,9 (2406,1)	1.2392,1	Ja
Zorgkosten Zvw – ziekenhuis	-1.024,4 (1.756,2)	6.098,7	Ja	-2.676,1 (1.923,0)	6.792,3	Ja
Zorgkosten Zvw – huisarts	400,8 (73,4)	506,4	Ja	582,3 (99,4)	627,4	Ja
Zorgkosten Zvw – wijkverpleging	381,9 (857,2)	1.738,7	Ja	1.773,0 (747,2)	1.431,8	Ja
Overlijden	-0,005 (0,029)	0,058	Ja	-0,005 (0,029)	0,058	Ja
<i>N</i>	2.819.417			3.031.035		

Noot: Deze tabel toont het effect van ontvangen mantelzorg op verschillende types zorggebruik en zorguitgaven, gecorrigeerd voor demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes. Wlz: Wet langdurige zorg, mpt: modulair pakket thuis, vpt: volledig pakket thuis, pgb: persoonsgebonden budget, Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning, Zvw: Zorgverzekeringswet.

Tabel B4.9: Het effect van mantelzorgontvangst op Wlz-zorggebruik naar subgroepen – 2022

2022	Mantelzorg	N	Gemiddelde	Controlevariabelen
Man	0,086 (0,091)	<i>1.411.997</i>	0,043	Ja
Vrouw	0,046 (0,026)	<i>1.619.038</i>	0,063	Ja
Geen migratieachtergrond	0,064 (0,030)	<i>2.614.758</i>	0,053	Ja
Migratieachtergrond	0,063 (0,092)	<i>416.277</i>	0,059	Ja
Leeftijd 65-75	0,086 (0,130)	<i>1.759.806</i>	0,012	Ja
Leeftijd 75-85	- 0,027 (0,030)	<i>986.325</i>	0,068	Ja
Leeftijd 85+	0,048 (0,037)	<i>284.904</i>	0,261	Ja
Laag inkomen	0,029 (0,036)	<i>990.913</i>	0,086	Ja
Midden inkomen	0,067 (0,094)	<i>1.010.288</i>	0,048	Ja
Hoog inkomen	0,174 (0,101)	<i>1.029.834</i>	0,028	Ja
Geen eigen woning	0,090 (0,038)	<i>1.078.465</i>	0,088	Ja
Eigen woning	0,018 (0,041)	<i>1.952.570</i>	0,035	Ja
Niet multimorbide	0,051 (0,059)	<i>1.382.028</i>	0,024	Ja
Multimorbide	0,051 (0,031)	<i>1.649.007</i>	0,078	Ja
(Zeer) sterk stedelijk	0,054 (0,035)	<i>1.475.921</i>	0,056	Ja
Matig stedelijk	0,081 (0,087)	<i>547.967</i>	0,053	Ja
Weinig/niet stedelijk	0,064 (0,052)	<i>1.007.147</i>	0,051	Ja
Woont niet alleen	0,097 (0,065)	<i>2.224.448</i>	0,035	Ja
Woont alleen	0,011 (0,027)	<i>806.587</i>	0,106	Ja

Noot: Deze tabel toont het effect van ontvangen mantelzorg op Wlz-zorggebruik voor verschillende subgroepen, gecorrigeerd voor demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes.

Tabel B4.10: Het effect van mantelzorgontvangst op Wlz-zorggebruik en gebruik van huishoudelijke hulp, per jaar

Wlz met verblijf						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mantelzorg	- 0,061 (0,022)	- 0,056 (0,022)	- 0,085 (0,024)	- 0,060 (0,023)	- 0,074 (0,023)	- 0,089 (0,024)
<i>N</i>	2.819.417	2.875.698	2.933.133	2.985.511	3.031.035	3.078.677
Gemiddelde	0,028	0,028	0,029	0,030	0,030	0,029
Controle variabelen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Wlz anders (mpt, vpt, pgb)						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mantelzorg	0,127 (0,028)	0,137 (0,030)	0,152 (0,032)	0,153 (0,032)	0,133 (0,031)	0,123 (0,030)
<i>N</i>	2.819.417	2.875.698	2.933.133	2.985.511	3.031.035	3.078.677
Gemiddelde	0,031	0,035	0,038	0,041	0,043	0,044
Controle variabelen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Huishoudelijke hulp						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mantelzorg	-0,172 (0,045)	-0,168 (0,045)	-0,137 (0,043)	-0,065 (0,040)	-0,005 (0,039)	0,049 (0,037)
<i>N</i>	2.819.417	2.875.698	2.933.133	2.985.511	3.031.035	3.078.677
Gemiddelde	0,112	0,127	0,130	0,133	0,137	0,118
Controle variabelen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Noot: Deze tabel toont het effect van ontvangen mantelzorg op verschillende types zorggebruik doorheen de tijd, gecorrigeerd voor demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes. Wlz: Wet langdurige zorg, mpt: modulair pakket thuis, vpt: volledig pakket thuis, pgb: persoonsgebonden budget.

Tabel B4.11: Het effect van mantelzorgontvangst op Wlz-zorg met verblijf naar subgroepen – 2022

2022	Mantelzorg	N	Gemiddelde	Controlevariabelen
Man	- 0,121 (0,082)	1.411.997	0,024	Ja
Vrouw	- 0,067 (0,022)	1.619.038	0,035	Ja
Geen migratieachtergrond	- 0,082 (0,025)	2.614.758	0,030	Ja
Migratieachtergrond	- 0,003 (0,060)	416.277	0,026	Ja
Leeftijd 65-75	- 0,069 (0,096)	1.759.806	0,006	Ja
Leeftijd 75-85	- 0,097 (0,028)	986.325	0,037	Ja
Leeftijd 85+	- 0,093 (0,035)	284.904	0,151	Ja
Laag inkomen	- 0,081 (0,031)	990.913	0,050	Ja
Midden inkomen	- 0,180 (0,105)	1.010.288	0,027	Ja
Hoog inkomen	- 0,033 (0,048)	1.029.834	0,013	Ja
Geen eigen woning	- 0,035 (0,028)	1.078.465	0,050	Ja
Eigen woning	- 0,131 (0,043)	1.952.570	0,019	Ja
Niet multimorbide	- 0,103 (0,053)	1.382.028	0,014	Ja
Multimorbide	- 0,073 (0,026)	1.649.007	0,043	Ja
(Zeer) sterk stedelijk	- 0,056 (0,028)	1.475.921	0,031	Ja
Matig stedelijk	- 0,147 (0,086)	547.967	0,028	Ja
Weinig/niet stedelijk	- 0,070 (0,042)	1.007.147	0,029	Ja
Woont niet alleen	- 0,102 (0,054)	2.224.448	0,019	Ja
Woont alleen	- 0,080 (0,024)	806.587	0,061	Ja

Noot: Deze tabel toont het effect van ontvangen mantelzorg op Wlz-zorg met verblijf voor verschillende subgroepen, gecorrigeerd voor demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes.

Tabel B4.12: Het effect van mantelzorgontvangst op andere Wlz-zorg naar subgroepen – 2022

2022	Mantelzorg	N	Gemiddelde	Controlevariabelen
Man	0,214 (0,117)	<i>1.411.997</i>	0,034	Ja
Vrouw	0,103 (0,028)	<i>1.619.038</i>	0,051	Ja
Geen migratieachtergrond	0,138 (0,033)	<i>2.614.758</i>	0,042	Ja
Migratieachtergrond	0,109 (0,097)	<i>416.277</i>	0,049	Ja
Leeftijd 65-75	0,149 (0,154)	<i>1.759.806</i>	0,010	Ja
Leeftijd 75-85	0,032 (0,028)	<i>986.325</i>	0,054	Ja
Leeftijd 85+	0,138 (0,043)	<i>284.904</i>	0,210	Ja
Laag inkomen	0,103 (0,037)	<i>990.913</i>	0,068	Ja
Midden inkomen	0,201 (0,120)	<i>1.010.288</i>	0,038	Ja
Hoog inkomen	0,239 (0,121)	<i>1.029.834</i>	0,024	Ja
Geen eigen woning	0,143 (0,040)	<i>1.078.465</i>	0,070	Ja
Eigen woning	0,113 (0,046)	<i>1.952.570</i>	0,028	Ja
Niet multimorbide	0,142 (0,066)	<i>1.382.028</i>	0,019	Ja
Multimorbide	0,117 (0,033)	<i>1.649.007</i>	0,063	Ja
(Zeer) sterk stedelijk	0,121 (0,038)	<i>1.475.921</i>	0,044	Ja
Matig stedelijk	0,165 (0,101)	<i>547.967</i>	0,044	Ja
Weinig/niet stedelijk	0,130 (0,055)	<i>1.007.147</i>	0,041	Ja
Woont niet alleen	0,198 (0,083)	<i>2.224.448</i>	0,028	Ja
Woont alleen	0,077 (0,027)	<i>806.587</i>	0,083	Ja

Noot: Deze tabel toont het effect van ontvangen mantelzorg op andere Wlz-zorg voor verschillende subgroepen, gecorrigeerd voor demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes.

Tabel B4.13: Het effect van mantelzorgontvangst op Wmo-zorggebruik naar subgroepen – 2022

Subgroep	Effect van mantelzorg	N	Gemiddelde	Controlevariabelen
Man	0,223 (0,168)	1.411.997	0,159	Ja
Vrouw	- 0,093 (0,044)	1.619.038	0,291	Ja
Geen migratieachtergrond	- 0,049 (0,048)	2.614.758	0,223	Ja
Migratieachtergrond	0,394 (0,247)	416.277	0,267	Ja
Leeftijd 65-75	- 0,211 (0,331)	1.759.806	0,109	Ja
Leeftijd 75-85	0,029 (0,051)	986.325	0,324	Ja
Leeftijd 85+	- 0,089 (0,042)	284.904	0,645	Ja
Laag inkomen	- 0,116 (0,060)	990.913	0,387	Ja
Midden inkomen	- 0,060 (0,158)	1.010.288	0,213	Ja
Hoog inkomen	0,140 (0,127)	1.029.834	0,094	Ja
Geen eigen woning	- 0,121 (0,058)	1.078.465	0,386	Ja
Eigen woning	0,080 (0,076)	1.952.570	0,143	Ja
Niet multimorbide	- 0,140 (0,115)	1.382.028	0,108	Ja
Multimorbide	0,012 (0,048)	1.649.007	0,331	Ja
(Zeer) sterk stedelijk	- 0,043 (0,057)	1.475.921	0,255	Ja
Matig stedelijk	0,104 (0,139)	547.967	0,208	Ja
Weinig/niet stedelijk	0,049 (0,084)	1.007.147	0,203	Ja
Woont niet alleen	- 0,150 (0,115)	2.224.448	0,152	Ja
Woont alleen	- 0,138 (0,044)	806.587	0,443	Ja

Noot: Deze tabel toont het effect van ontvangen mantelzorg op Wmo-zorggebruik voor verschillende subgroepen, gecorrigeerd voor demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken. Standaardfouten tussen haakjes.

Alternatieve specificaties mantelzorgontvangst

Zoals hierboven beschreven onder 'Methode', bekijken we in de eerste fase van de analyse de samenhang tussen de dochter-zoon verhouding en mantelzorgontvangst. Mantelzorg is hierbij een binaire variabele; respondenten van de Gezondheidsmonitor 2016 gaven aan of zij 'op dit moment' mantelzorg ontvangen (ja/nee).

In de Gezondheidsmonitor 2016 vroeg men daarnaast ook naar mantelzorgontvangst in de voorbije 12 maanden en het aantal uren mantelzorgontvangst. We overwogen ook deze specificaties van mantelzorgontvangst te gebruiken in de analyses. In de eerste fase bleek echter dat de samenhang met de dochter-zoon verhouding voor deze specificaties minder sterk was. We kozen er dus voor om mantelzorgontvangst te bepalen op basis van de mantelzorgontvangst op het moment van de bevraging, aangezien een sterke samenhang in de eerste fase essentieel is in de tweede fase van de analyse (zie bijlage 'methode').

Tabel B4.15: de samenhang tussen de dochter-zoon verhouding en mantelzorgontvangst (alternatieve specificatie)

Mantelzorgontvangst in de voorbije 12 maanden		Uren mantelzorgontvangst	
	65-plussers Gezondheidsmonitor Ouderen 2016		65-plussers Gezondheidsmonitor Ouderen 2016
Aandeel dochters	0,011 (0,001)	Aandeel dochters	0,167 (0,080)
Controlevariabelen	Ja	Controlevariabelen	Ja
<i>N</i>	<i>181.078</i>	<i>N</i>	<i>181.078</i>
Gemiddelde mantelzorgontvangst	0,116	Gemiddelde mantelzorgontvangst	1,829
F-statistic (aandeel dochters)	36,287	F-statistic (aandeel dochters)	4,290

Noot: Standaardfouten tussen haakjes.

Erasmus University Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E communicatie@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm