

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/274265488>

Zorgidealen in Nederland: verschuivingen tussen 2002 en 2011

Article · January 2015

DOI: 10.1557/MEM2015.1.BROE

CITATIONS

2

READS

87

3 authors:



[Thijs van den Broek](#)

The London School of Economics and Politic...

17 PUBLICATIONS 37 CITATIONS

SEE PROFILE



[Pearl A. Dykstra](#)

Erasmus University Rotterdam

204 PUBLICATIONS 3,286 CITATIONS

SEE PROFILE



[Romke van der veen](#)

Erasmus University Rotterdam

35 PUBLICATIONS 181 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



PhD project: corporate labor policies of transnational firms [View project](#)



Non-kin ties as a source of support in Europe [View project](#)

Zorgidealen in Nederland: verschuivingen tussen 2002 en 2011

Thijs van den Broek, Pearl A. Dykstra & Romke J. van der Veen

MEM 90 (1): 25–52

DOI: 10.1557/MEM2015.1.BROE

Summary

*Care ideals in the Netherlands: Shifts between 2002 and 2011*¹

Our point of departure is that normative care beliefs can inform the current care policy debate. We conduct latent class regression analyses using two waves of Netherlands Kinship Panel Study data (N=4,163) to distinguish *care ideals* that capture multiple dimensions of normative care beliefs simultaneously. We also assess how these care ideals have shifted in the early 21st century. We distinguish four care ideals: *warm-modern* (family and state jointly responsible for caring, egalitarian gender roles), *cold-modern* (large state responsibility, restricted family responsibility, egalitarian gender roles), *traditional* (restricted state responsibility, large family responsibility, moderately traditional gender roles) and *cold-traditional* (large state responsibility, restricted family responsibility, traditional gender roles). The probability to adhere to a cold-modern care ideal relative to a warm-modern, traditional or cold-traditional care ideal is higher for men than for women. Between 2002 and 2011 a shift away from warm-modern care ideals and towards cold-modern care ideals has taken place. This is remarkable, because Dutch policy

1 Dit artikel is gebaseerd op gegevens van de Netherlands Kinship Panel Study. De totstandkoming van de NKPS is mogelijk gemaakt door een investering uit het Investerings Groot Fonds van NWO, onder subsidienummer 480-10-009. Financiële en institutionele steun voor de NKPS is ook gegeven door het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI), de Universiteit Utrecht, de Universiteit van Amsterdam, de Universiteit van Tilburg, de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW). *Financial support for this paper comes from the European Research Council "Families in Context" project (grant agreement No. 32421). The research leading to these results has received funding from the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007-2013) under grant agreement no. 32016 for the research project FamiliesAndSocieties.*

makers have increasingly encouraged family members to take on an active role in caring for dependent relatives.

Keywords: long-term care, de-familialization, re-familialization, family obligations, Netherlands Kinship Panel Study

1 Introductie

Onder meer vanwege vergrijzing van de bevolking en de daarmee samenhangende verwachte stijgingen in de kosten voor langdurige zorg (OECD, 2011) worden in veel Westerse landen hervormingen van het zorgbeleid overwogen die beogen de rol van familieleden bij zorgverlening te vergroten (Österle & Rothgang, 2010; Pavolini & Ranci, 2008). De vraag is in welke mate dergelijke hervormingen aansluiten bij opvattingen onder de bevolking over wat gepaste zorg behelst. Normatieve opvattingen onder de bevolking bepalen grotendeels in hoeverre voorgenomen hervormingen de beoogde resultaten bewerkstelligen (Svallfors, 2010b). Mau (2004) onderstreept dit, door te betogen dat ‘elke poging tot hervorming meer kans heeft om succesvol te zijn als deze verregaand *moreel plausibel* is, dit wil zeggen, als deze aansluit bij de morele assumpties van mensen over hoe collectief met maatschappelijke omstandigheden omgegaan dient te worden en hoe lasten en lusten dienen te worden verdeeld’ (p. 69, eigen vertaling, cursief toegevoegd).

Tal van onderzoekers hebben zich gebogen over specifieke aspecten van opvattingen over gepaste zorg, bijvoorbeeld over de mate waarin volwassen kinderen geacht worden te zorgen voor hulpbehoevende ouders (Dykstra & Fokkema, 2012; Gans & Silverstein, 2006) of de mate waarin van de staat wordt verwacht dat hij de kosten voor de zorg voor kwetsbare ouderen op zich neemt (Deeming & Keen, 2003). De verschillende aspecten van opvattingen over gepaste zorg die tot op heden zijn onderzocht zijn in grote mate onafhankelijk van elkaar. Daatland en Herlofson (2003) laten bijvoorbeeld zien dat opvattingen over de verantwoordelijkheid van volwassen kinderen naar hulpbehoevende ouders slechts zwak samenhangen met verwachtingen ten aanzien van de verzorgingsstaat. Om de opvattingen over gepaste zorg die leven onder de bevolking beter te begrijpen is het nodig om verschillende aspecten van dergelijke opvattingen in samenhang met elkaar te beschouwen.

Het doel van deze exploratieve studie is tweeledig. Ten eerste beogen we *zorgidealen* te onderscheiden die meerdere aspecten van opvattingen

over gepaste zorg gelijktijdig vatten. Voortbordurend op een essay van Hochschild (1995) onderscheiden we drie dimensies waarop zorgidealen van elkaar verschillen: een staatsdimensie, een familiedimensie en een genderdimensie. In een grote steekproef van de Nederlandse bevolking identificeren we vervolgens zorgidealen met karakteristieke patronen op deze drie dimensies. Het tweede doel van deze studie is om vast te stellen welke verschuivingen in deze zorgidealen er in het eerste decennium van de 21^e eeuw hebben plaatsgevonden. In deze periode heeft de eerder ingezette stijging van de arbeidsparticipatie onder vrouwen zich voortgezet. Aangezien arbeidsparticipatie en informele zorgverlening vaak moeilijk te combineren zijn valt een verschuiving te verwachten in de richting van zorgidealen waarin mannen en vrouwen gelijksoortige rollen hebben en waarin aan familieleden slechts een beperkte rol in de zorg voor hulpbehoevenden wordt toegedicht.

We betogen hier dat een verschuiving zoals hierboven omschreven een tanende morele plausibiliteit van het Nederlandse beleid met betrekking tot langdurige zorg zou kunnen impliceren. In veel ontwikkelde landen zoeken beleidsmakers juist naar manieren om familieleden te activeren (en te behouden) als zorgverleners (Österle & Rothgang, 2010; Pavolini & Ranci, 2008). Nederland is exemplarisch voor deze ontwikkeling. Publieke voorzieningen voor langdurige zorg behoorden traditioneel tot de meest rianten ter wereld, maar in de laatste twee decennia zijn tal van hervormingen doorgevoerd om kosten te beheersen. Tegelijkertijd is het beroep op familieleden om een actieve rol op zich te nemen in de zorg voor hulpbehoevende familieleden steeds dwingender geworden (Grootegoed, Duyvendak, & Van Barneveld, 2015; Morée, Van der Zee, & Struijs, 2007; Van den Broek, 2013b). Deze beleidsontwikkelingen maken dat de morele plausibiliteit van het Nederlandse beleid met betrekking tot langdurige zorg slechts gewaarborgd is bij een verschuiving *weg van* zorgidealen waarin aan familieleden een beperkte rol in de zorg voor hulpbehoevenden wordt toegedicht. In de huidige studie stellen we vast welke verschuivingen in zorgidealen daadwerkelijk hebben plaatsgevonden in Nederland in het eerste decennium van de 21^e eeuw. Vervolgens kunnen we tentatieve uitspraken doen over de morele plausibiliteit van recente hervormingen in het Nederlandse beleid met betrekking tot langdurige zorg.

2 Achtergrond

2.1 Hochschilds culturele idealen van zorg

Hochschilds (1995) typologie van culturele idealen van zorg is uniek omdat zij meerdere dimensies van opvattingen over gepaste zorg in samenhang met elkaar beschouwt. De validiteit van haar typologie is tot op heden niet empirisch getoetst. Hochschild onderscheidt een traditioneel, een koud-modern, een warmmodern en een postmodern zorgideaal. Zij past deze idealen niet alleen toe op de zorg voor hulpbehoevende ouderen, maar ook op de zorg voor jonge kinderen. Uit Hochschilds bloemrijke beschrijvingen van de vier door haar onderscheiden zorgidealen valt op te maken dat deze op drie dimensies van elkaar verschillen. Deze drie dimensies zijn (a) de mate waarin de staat verantwoordelijk wordt geacht voor de zorg voor hulpbehoevenden, (b) de mate waarin de familie hiervoor verantwoordelijk wordt geacht en (c) de mate waarin van mannen en vrouwen een gelijke betrokkenheid in de zorg voor hulpbehoevenden wordt verwacht.

Hochschilds typologie is bekritiseerd omdat deze normatief zou zijn (zie bijvoorbeeld Kremer, 2006). Hochschild zou in haar essay duidelijk blijk geven van haar voorkeur voor het warm-moderne zorgideaal. Hoewel wij het niet oneens zijn met dit punt van kritiek geloven we dat het de typologie niet diskwalificeert als theoretisch vertrekpunt voor een studie waarin meerdere aspecten van opvattingen over gepaste zorg in samenhang met elkaar worden beschouwd. In dit artikel bouwen we dan ook voort op Hochschilds typen, inclusief de elementen van labels die als normatief zouden kunnen worden gezien, zoals 'warm' en 'koud'. Een eenvoudig schematisch overzicht van Hochschilds vier zorgidealen is te vinden in tabel 1.

Tabel 1 Schematische weergave van Hochschilds vier culturele idealen van zorg

	Traditioneel	Koud-modern	Warm-modern	Post-modern
Verantwoordelijkheid staat	-	+	+	-
Verantwoordelijkheid familie	+	-	+	-
Gelijke (non-)participatie mannen en vrouwen	-	+	+	+

Individuele die een *traditioneel* zorgideaal aanhangen geloven dat de familie de primaire verantwoordelijkheid draagt voor de zorg voor hulpbehoevenden. Binnen de familie zijn het specifiek vrouwen die geacht worden de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg op zich te nemen. In dit zorgideaal is de verantwoordelijkheid die de staat draagt met betrekking

tot zorgverlening zeer beperkt. Van de staat wordt slechts verwacht dat hij familiezorgverlening faciliteert.

Het tweede zorgideaal, het *koudmoderne* zorgideaal, is tegenovergesteld aan het traditionele zorgideaal. Zowel van mannen als vrouwen wordt verwacht dat zij zich volledig richten op een carrière op de arbeidsmarkt. Informele zorgverlening is in dit ideaal ongewenst. De staat draagt de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg aan hulpbehoevenden. Koudmodernen geloven dat zorg voor hulpbehoevende ouderen het best intramuraal en volledig door professionals verleend kan worden.

Ook in het derde zorgideaal, het *warmmoderne* zorgideaal, draagt de staat een belangrijke verantwoordelijkheid. Hier wordt deze verantwoordelijkheid echter gedeeld met de familie. Hochschild (1995) stelt dat warmmodernen hechten aan familiebetrokkenheid omdat zij aan de zorg die familieleden verlenen een zekere warmte toedichten die zorg door professionals in hun ogen altijd zal ontberen. Om te voorkomen dat familieleden te zwaar belast worden moet de staat een deel van de zorgtaken op zich nemen. Binnen de familie worden vrouwen en mannen geacht de lasten van zorgverlening te delen door in gelijke mate zorgtaken op zich te nemen.

In een *postmodern* zorgideaal zijn hulpbehoevenden zelf primair verantwoordelijk de zorg die zij nodig hebben te arrangeren. Op de wijze waarop hulpbehoevenden dit zouden kunnen doen gaat Hochschild (1995) in haar essay niet in. Het inkopen van zorg via de markt zou een mogelijkheid kunnen zijn. Kern van het postmoderne zorgideaal is echter dat van familieleden niet wordt verwacht dat zij zorgtaken op zich nemen en dat ook de staat wordt gezien als een entiteit met slechts een beperkte zorgverantwoordelijkheid. Realisering van dit zorgideaal zou er dus toe leiden dat het totaal aan zorgverlening sterk in omvang wordt beperkt. De cognitieve dissonantie die vooral vrouwen ervaren tussen de wens carrière te maken op de arbeidsmarkt en het gevoel te moeten zorgen voor hulpbehoevende familieleden (Aronson, 1990) wordt in een postmodern zorgideaal gereduceerd door de zorgbehoefte van familieleden te bagatelliseren (cf. Hochschild, 1994).

2.2 De Nederlandse context: Stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en refamilialisering

Zoals kort aangegeven in de introductie, verwachten we met tijd verschuivingen in zorgidealen. Het traditionele model van de mannelijke kostwinner waarin mannen werken en vrouwen het huishouden en zorgtaken op zich nemen is aan erosie onderhevig. In de tweede helft van de 20e eeuw

en het eerste decennium van de 21e eeuw is de arbeidsparticipatie van vrouwen in Nederland sterk gestegen (Janssen & Portegijs, 2011; Van Doorne-Huiskes & Schippers, 2010). Het aandeel vrouwen met een betaalde baan is in Nederland tegenwoordig hoger dan gemiddeld in de Europese Unie (EIGE, 2013), maar hierbij dient opgemerkt te worden dat Nederlandse vrouwen vaak deeltijd werken. In de vroege 21e eeuw is het aantal uren dat vrouwen werken echter licht gestegen (Janssen & Portegijs, 2011).

Het is aannemelijk dat de ontwikkeling dat vrouwen vaker en meer werken samenhangt met veranderende normen ten aanzien van vrouwen op de arbeidsmarkt (Fortin, 2005). Het traditionele idee dat werk in de eerste plaats toekomt aan mannen wordt door zowel vrouwen als mannen steeds minder onderschreven (Ibid.). Vlasblom en Schippers (2004) stellen dat zowel in Nederland als in andere Europese landen in toenemende mate van vrouwen verwacht wordt dat zij betaald werk verrichten, ook wanneer zij getrouwd zijn of kinderen hebben. Zelf hechten Nederlandse vrouwen evenveel waarde aan de ontplooiingsmogelijkheden die betaald werk biedt als hun mannelijke evenknieën (Janssen & Portegijs, 2011). Uit een survey uitgevoerd in 2008 door het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat vooral jonge vrouwen ambities in betaald werk koesteren. Zes op de tien vrouwen jonger dan 26 jaar gaven aan door te willen groeien naar een hogere positie en acht op de tien streefden een salarisverhoging na (Ibid.).

Het bovenstaande geeft aan dat vrouwen, door zichzelf en door anderen, in toenemende mate geacht worden zich te richten op een carrière in betaald werk. Het is denkbaar dat dit hand in hand gaat met een negatievere houding ten aanzien van familie­zorgver­lening. Onderzoek suggereert immers dat het verlenen van zorg aan een hulpbehoevend familielid vaak lastig te combineren is met betaald werk (De Boer & Schyns, 2014). Dit maakt het denkbaar dat de veranderende normen ten aanzien van de arbeidsparticipatie van vrouwen en de stijgende werkambities van, vooral jonge, vrouwen gepaard gaan met een verschuiving in de richting van zorgidealen die, in Hochschild's termen, als koudmodern kunnen worden gekwalificeerd. In dergelijke zorgidealen hebben mannen en vrouwen gelijke rollen en is de zorgverantwoordelijkheid die de familie toekomt beperkt.

Wanneer vrouwen zich steeds sterker richten op betaald werk en de wens hebben vrij te zijn van zorgverplichtingen, dan vraagt dit om *gedecommodificeerde defamilialisering*. Hiervan is sprake wanneer de staat ervoor zorgt dat betaalbare zorgdiensten in ruime mate beschikbaar zijn voor mensen die hier behoefte aan hebben (Saraceno & Keck, 2011; cf.

Esping-Andersen, 1990; Esping-Andersen, 1999; Lister, 1994). Net als in de Noordse landen werd langdurige zorg in Nederland traditioneel gekenmerkt door een hoge mate van gedecommodificeerde defamilialisering (Saraceno & Keck, 2011). Zoals eerder opgemerkt heeft Nederland, net als veel andere Westerse landen (Pavolini & Ranci, 2008; Österle & Rothgang, 2010), met het oog op kostenbeheersing sinds de negentigerjaren echter tal van hervormingen doorgevoerd in het beleid met betrekking tot langdurige zorg (Van Hooren & Becker, 2012). Het substantieel vergroten van het aantal mantelzorgers is hierbij formeel vastgelegd als beleidsdoel (Mot, 2010).

De verhoogde druk op familieleden om zorgtaken op zich te nemen komt bij uitstek tot uiting in definities van bepaalde vormen van zorg als 'gebruikelijk'. Gebruikelijke zorg wordt gedefinieerd als '[de] normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden' (CIZ, 2012, p. 9). Het gebruikelijkezorgconcept is vastgelegd in een protocol met als belangrijk doel het gebruik van formele zorg door hulpbehoevenden te beperken (Morée, Van der Zee, & Struijs 2007; cf. Grootegoed, Duyvendak, & Van Barneveld, 2015). Mensen die een huishouden delen komen niet meer in aanmerking voor voorzieningen uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op het gebied van zorg die als gebruikelijk wordt geclassificeerd. Door de jaren heen zijn verschillende vormen van zorg overgeheveld van de AWBZ naar de door gemeenten uitgevoerde Wet Maatschappelijk Ondersteuning (Wmo). Ook gemeenten achten partners en inwonende kinderen meestal primair verantwoordelijk voor tal van vormen van ondersteuning aan hulpbehoevende ouderen. Dit resulteert erin dat de toegang tot voorzieningen uit de Wmo voor een hulpbehoevende met een gedeeld huishouden veelal wordt beperkt (Tuyman & Marangos, 2010).

De hier geschetste hervormingen geven aan dat de ontwikkeling van het Nederlandse beleid met betrekking tot langdurige zorg eerder gekenmerkt wordt door refamilialisering dan door gedecommodificeerde defamilialisering. Aangezien het binnen de familie vooral vrouwen zijn die zorgtaken op zich nemen pakt refamilialisering binnen de langdurige zorg anders uit voor mannen dan voor vrouwen (Saraceno, 2010; Saraceno & Keck, 2011). Wanneer beleidsmakers een steeds dwingender beroep doen op familieleden om zorgtaken op zich te nemen spreken zij effectief vooral vrouwen aan (Gornick & Hegewisch, 2014; Schenk, 2013; Van den Broek, 2013a; 2013b). Met name intensieve vormen van zorgverlening worden meer opgepakt door vrouwen dan door mannen wanneer door de staat verzorgde zorgdiensten schaarser zijn (Schmid, Brandt, & Haberkern, 2012). Als we aannemen dat opvattingen over wat gepast beleid behelst zich aanpassen

aan beleidshervormingen (cf. Svallfors, 2010a) dan betekent dit dat de morele plausibiliteit van het zorgbeleid constant blijft ongeacht de hervormingen. Als dit het geval is valt een verschuiving *weg van* koudmoderne zorgidealen te verwachten, in plaats van een verschuiving in de richting van dergelijke zorgidealen.

2.3 Socio-demografische factoren

Op basis van de wetenschappelijke literatuur over opvattingen met betrekking tot gepaste zorg valt te verwachten dat disposities voor zorgidealen samenhangen met socio-demografische kenmerken van personen. Geslacht is een dergelijke voorspeller. Amerikaanse onderzoeksbevindingen wijzen uit dat vrouwen er sterkere normen over de verantwoordelijkheid van kinderen naar ouders op nahouden dan mannen (Gans & Silverstein, 2006). Studies uitgevoerd in West-Europa tonen echter een tegenovergesteld patroon (Daatland & Herlofson, 2003; Daatland, Herlofson, & Lima, 2011; Dykstra & Fokkema, 2012; Herlofson e.a., 2011). Dykstra en Fokkema (2012) betogen dat mannen het wellicht slechts in theoretische zin van belang vinden dat volwassen kinderen voor hulpbehoevende ouders zorgen. Veel meer dan van zonen wordt van dochters verwacht dat zij indien nodig belastende zorgtaken, zoals persoonlijke verzorging, op zich nemen (Finch & Mason, 1991). Mogelijk benadrukken zonen vaker dan dochters de waarde van familiezorg, omdat het voor hen minder aannemelijk is dat zij de lasten van familiezorgverlening zullen dragen. We verwachten daarom dat vrouwen minder vaak dan mannen een zorgideaal zullen aanhangen waarin familieleden een grote zorgverantwoordelijkheid dragen, zoals het traditionele zorgideaal.

Mensen met een baan en hogeropgeleiden hebben relatief sterke gevoelens van autonomie en zouden daarom relatief vaak een zorgideaal aan kunnen hangen waarin de primaire verantwoordelijkheid voor zorgverlening ligt bij het individu in plaats van bij de familie of de staat (cf. Daatland, Herlofson, & Lima, 2011). In Hochschild's terminologie verwachten we daarom dat zij relatief vaak een postmodern zorgideaal aan zullen hangen. Onderzoek laat zien dat mensen met een grote zorgbehoefte er de voorkeur aan geven om zorg van professionals in plaats van familieleden te ontvangen (Wielink, Huijsman, & McDonnell, 1997; cf. Daatland & Herlofson, 2003). We verwachten daarom dat zij relatief zelden een traditioneel zorgideaal aan zullen hangen waarin aan de familie de primaire verantwoordelijkheid voor zorgverlening wordt toegekend.

Iemands familiesituatie is mogelijk ook van invloed op welk zorgideaal men aanhangt. Zo kan echtscheiding gevoelens van familiever-

plichtingen ondermijnen (Ganong & Coleman, 1999). Dit maakt het denkbaar dat gescheiden personen relatief vaak een zorgideaal aanhangen waarin aan familieleden slechts een beperkte verantwoordelijkheid voor de zorgverlening wordt toegedicht. Ook ouders zouden vaker een dergelijk zorgideaal kunnen aanhangen dan kinderloze personen. Ouderen die zelf kinderen hebben zijn minder vaak dan kinderloze ouderen van mening dat volwassen kinderen verantwoordelijk zijn voor de steun aan hulpbehoevende ouders (Daatland e.a., 2011; Dykstra & Fokkema, 2012; Herlofson e.a., 2011). Mogelijk betrekken ze de stelling sterker op de eigen situatie en willen ze hun eigen kinderen niet belasten met zorgtaken (Cahill, Lewis, Barg, & Bogner, 2009; Dykstra & Fokkema, 2012).

De wens anderen niet te belasten met zorgtaken wordt mogelijk nadrukkelijker met het overlijden van de laatst levende ouder. Na deze levensloopgebeurtenis bekleedt men de zogenaamde Omega-positie binnen een familie: men behoort tot de oudste generatie (Hagestad, 1988). Deze transitie versterkt het gevoel van kwetsbaarheid en het bewustzijn van de eindigheid van het eigen leven. Men is opeens 'de volgende in lijn' om hulpbehoevend te worden of te sterven (Ibid.). Dit nieuwe bewustzijn heeft de potentie het denken over familiesolidariteit te veranderen (cf. Gans & Silverstein, 2006). De voorheen anonieme rollen van zorgontvanger en zorgverlener kunnen ineens beter worden betrokken op respectievelijk zichzelf en, indien aanwezig, de eigen kinderen. Dit verklaart mogelijk waarom Gans en Silverstein (2006) vinden dat het overlijden van de laatst levende ouder samenhangt met substantieel zwakkere verwachtingen ten aanzien van volwassen kinderen. We verwachten, kortom, dat gescheiden personen, personen met kinderen en personen die geen levende ouders meer hebben relatief zelden een traditioneel zorgideaal aan zullen hangen waarin aan de familie de primaire verantwoordelijkheid voor zorgverlening wordt toegekend.

3 Methode

Om zorgidealen onder de Nederlandse bevolking te onderscheiden en verschuivingen over de tijd in deze zorgidealen vast te stellen schatten we *latent class regression* modellen. *Latent class analysis* (LCA) maakt empirische identificatie van een multidimensionele discrete latente variabele mogelijk op basis van twee of meer manifeste categorische variabelen (McCutcheon, 1987; Hagenaars & Halman, 1989). LCA identificeert een set wederzijds uitsluitende latente klassen die de verdeling van cases over de

scores op de gezamenlijke discrete variabelen bepalen. De relatie tussen de latente variabele en de manifeste variabelen is niet deterministisch, maar probabilistisch. In andere woorden, het behoren bij een specifieke klasse in plaats van bij een andere verhoogt of verlaagt de kans op een bepaald patroon van scores op de geobserveerde variabelen, maar het is niet zo dat klasselidmaatschap dit patroon volledig bepaalt (Hagenaars & Halman, 1989).

Om klasselidmaatschap te voorspellen schatten we *latent class regression* modellen die de *a priori* kans om tot een bepaalde klasse te behoren laat variëren als functie van een set geobserveerde covariaten (Linzer & Lewis, 2010). In plaats van voorspelde scores op de latente variabele te berekenen en deze vervolgens als geobserveerde afhankelijke variabele te behandelen in een regressiemodel – zoals vaak wordt gedaan – schatten we de coëfficiënten van de covariaten direct als onderdeel van het LCA-model. Dit stelt ons in staat om de coëfficiënten zuiverder te schatten (Bolck, Croon, & Hagenaars, 2004). Een nadeel is dat – afhankelijk van het aantal latente klassen, het aantal manifeste variabelen en het aantal categorieën binnen deze manifeste variabelen – slechts een beperkt aantal covariaten in de modellen opgenomen kan worden voordat het onmogelijk wordt deze modellen te identificeren (Linzer & Lewis, 2010).

We schatten onze modellen met het pakket *poLCA* voor het programma R (Linzer & Lewis, 2010). Dit pakket maakt gebruik van het *expectation-maximization* (EM) algoritme (Dempster, Laird, & Rubin, 1977). De iteratieve aard van het EM-algoritme maakt het schatten van LCA-modellen met missende waarden op manifeste variabelen mogelijk (Linzer & Lewis, 2010). Het EM-algoritme vervangt missende waarden door geschatte waarden om vervolgens op basis van de deels geschatte waarden parameters te schatten. Deze twee stappen worden herhaald tot het model convergeert (Dempster, Laird, & Rubin, 1977). Een bekend probleem van het EM-algoritme is dat het – afhankelijk van de initieel gekozen parameterwaarden – slechts een lokaal maximum van de aannemelijkheidsfunctie kan vinden in plaats van het globale maximum waarnaar we op zoek zijn (McLachlan & Krishnan, 1997). Om de geschatte modelparameters te vinden die corresponderen met het model met het globale maximum schatten we elk model 500 keer met verschillende startwaarden, waarbij we het best passende lokale maximum als het globale maximum beschouwen.

We schatten ons model eerst met twee klassen en voegen daarna klassen toe tot een extra klasse er niet meer voor zorgt dat het model beter bij de data past. Gegeven het aantal manifeste variabelen, het aantal categorieën van deze variabelen en het aantal covariaten in onze modellen is het

onmogelijk een model met vijf of meer klassen te identificeren (zie Linzer & Lewis, 2010). Om deze reden schatten we modellen met maximaal vier klassen. Om te bepalen of een model met een toegevoegde klasse beter bij de data past dan een model met één klasse minder vergelijken we steeds de Bayesiaanse informatiecriteria van beide modellen (Schwarz, 1978).

4 Data

Onze data zijn afkomstig van de eerste en de derde verzamelingsronde van de *Netherlands Kinship Panel Study* (NKPS) (Dykstra e.a., 2005; Merz e.a., 2012). De NKPS is een grootschalige panelstudie naar familiesolidariteit in Nederland. Data uit de tweede ronde werden niet gebruikt, omdat de indicator voor de genderdimensie van zorgidealen in deze ronde ontbrak. We maken gebruik van de zogenaamde hoofdstekproef: een dwarsdoorsnede van de in Nederland verblijvende bevolking in privéhuishoudens. In de eerste ronde zijn 8161 mannen en vrouwen, in leeftijd variërend van 18 tot 80 jaar oud geïnterviewd (Dykstra e.a., 2005). Deze interviews vonden plaats tussen 2002 en 2004. Het responspercentage in de eerste ronde was 45 procent. Dit percentage is lager dan gebruikelijk bij surveys in andere landen, maar vergelijkbaar met de respons bij andere grootschalige familiesurveys in Nederland.

We hebben onze steekproef beperkt tot de 4390 respondenten die nog steeds in het panel zaten ten tijde van de derde ronde. De data voor deze ronde zijn verzameld in 2010 en 2011. De derderondesteekproef verschilt op een aantal sociodemografische kenmerken significant van de Nederlandse bevolking als geheel (zie Merz e.a. 2012). Vrouwen zijn met een aandeel van ongeveer 60 procent oververtegenwoordigd. De verdeling over leeftijdscategorieën is scheef, waarbij respondenten van middelbare leeftijd een meer dan proportioneel deel van de steekproef uitmaken. Gehuwde personen en mensen die een huishouden delen met kinderen (met uitzondering van alleenstaande vaders) zijn overgerepresenteerd, terwijl alleenwonenden en personen die een huishouden delen met hun ouders ondergerepresenteerd zijn. Tot slot zijn respondenten uit het oosten van het land licht oververtegenwoordigd en respondenten uit het westen licht ondervertegenwoordigd.

Van 204 respondenten konden we niet bepalen of tenminste één ouder in leven was. Deze respondenten hebben we uitgesloten, waardoor onze uiteindelijke steekproef 4186 respondenten bevat. Van elk van deze respondenten hebben we willekeurig één van de twee beschikbare observa-

ties gekozen. Hierdoor werden onze paneldata effectief een herhaalde crosssectie. Door deze bewerking voorkomen we dat we de onafhankelijkheidsassumptie bij onze analyses schenden. Om de robuustheid van onze bevindingen na te gaan hebben we het willekeurig kiezen van één observatie per respondent vijf keer herhaald, waarna we onze modellen op elk van de vijf nieuwe steekproeven hebben geschat.²

5 Metingen

5.1 Manifeste variabelen

In deze studie identificeren we latente klassen die onderliggend zijn aan de antwoorden op vier surveyvragen. Als indicator voor de staatsdimensie van zorgidealen gebruiken we de vraag of zorg voor ouderen in de ogen van de respondent meer een taak voor de familie of meer een taak voor de overheid is. Deze vraag is afkomstig uit de batterij 'Opvattingen over familie, gezin en andere zaken' van de schriftelijke vragenlijst van de NKPS. Antwoordcategorieën waren 'vooral een taak voor de overheid', '(iets) meer een taak voor de overheid', '(iets) meer een taak voor de familie' en 'vooral een taak voor de familie'.

De staatsdimensie van zorgidealen is alleen gemeten in relatie tot de mate waarin de familie verantwoordelijk wordt geacht voor hulpbehoevende ouderen. Interpretatie van de staatsdimensie is dus alleen mogelijk als ook de familiedimensie in ogenschouw wordt genomen. Voor de familiedimensie gebruiken we twee items uit de batterij 'Opvattingen over familie, gezin en andere zaken' van de schriftelijke vragenlijst van de NKPS. Respondenten werden gevraagd in welke mate ze het eens waren met de volgende stellingen: 'Kinderen zouden voor hun zieke ouders moeten zorgen' en 'Als ouders bejaard zijn, moeten ze bij hun kinderen kunnen inwonen'. Voor beide stellingen waren de antwoordcategorieën 'helemaal mee eens', 'mee eens', 'niet eens, niet oneens', 'mee oneens' en 'helemaal mee oneens'.

Om een tot een hanteerbaar aantal cellen in onze datamatrix te komen hebben we een aantal antwoordcategorieën samengevoegd (cf. Halman & Hagens, 1989; Hogan, Eggebeen, & Clogg, 1993). Voor elk van de twee stellingen hebben we een categorische variabele aangemaakt met drie categorieën in plaats van de oorspronkelijke vijf. Respondenten die het hele-

² Resultaten beschikbaar op aanvraag. De resultaten van de aanvullende analyses verschilden niet substantieel van de resultaten van de hier gepresenteerde analyses.

maal oneens of oneens waren met de stelling werden toegewezen aan de eerste categorie, zij die het eens noch oneens waren aan de tweede categorie en zij die het eens of helemaal eens waren werden toegewezen aan de derde categorie.

Een directe meting van attitudes met betrekking tot gender en zorg ontbreekt in onze data. Om deze reden gebruiken we voor de genderdimensie van zorgidealen een indicator die aangeeft of de respondent van mening was dat het binnen de familie de taak van de man was om voor inkomen te zorgen. Deze keuze is gebaseerd op Hochschild's (1995) culturele idealen van zorg, waarin ideeën over gender en zorg en ideeën over gender en werk elkaar steeds spiegelen. Respondenten werden gevraagd wie in een gezin dat bestaat uit vader, moeder en kinderen de taak had om geld te verdienen. De antwoordcategorieën waren 'alleen of vooral de vader', 'allebei evenveel' en 'alleen of vooral de moeder'. Deze vraag is afkomstig uit de batterij 'Uw gezondheid en welbevinden' van de schriftelijke vragenlijst van de NKPS. Wederom hebben we het aantal antwoordcategorieën beperkt, waarbij we de categorieën 'allebei evenveel' en 'alleen of vooral de moeder' hebben samengevoegd. Hierbij moet opgemerkt worden dat minder dan één procent van onze respondenten aangaf van mening te zijn dat geld verdienen binnen een familie zoals omschreven vooral de taak van de moeder was. In de eerste ronde was deze vraag slechts gesteld aan een deelsteekproef van 1369 NKPS-respondenten die fungeerden als controlegroep voor het onderzoek naar de sociale positie en het voorzieningengebruik van allochtonen (SPVA) uitgevoerd in 2002 en 2003 in opdracht van het Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO) (Dykstra e.a., 2005). Dit maakt dat voor een substantieel deel van de respondenten van wie de eersteronddata in de analyse zijn meegenomen geen waarde op het item waarmee we onze genderdimensie meten beschikbaar is. Voor hen gebruiken we het eerder beschreven EM-algoritme om waarden te schatten.

5.2 Covariaten

Om te schatten of er een verschuiving in de aangehangen zorgidealen heeft plaatsgevonden tussen de periode 2002-2004 (ronde 1) en de periode 2010-2011 (ronde 3) hebben we een dummyvariabele in ons model opgenomen. Deze hebben we als 1 gecodeerd voor observaties uit de derde ronde en als 0 voor observaties uit de eerste ronde. Omdat onze data afkomstig zijn van een panel zijn onze respondenten uiteraard ouder in de derde ronde dan in de eerste

ronde. Door in ons model te controleren voor de leeftijd van de respondent voorkomen we dat een tijdseffect schatten dat effectief een leeftijdseffect is.³

Ons model bevat verder een dummyvariabele voor geslacht, gecodeerd als 1 voor vrouwen en 0 voor mannen. Een derde dummyvariabele geeft aan of een respondent werkt. Deze variabele is als 1 gecodeerd voor respondenten die aangaven dat de status 'werkend' het meest op hen van toepassing was. We codeerden deze variabele als 0 voor respondenten die 'werkloos of werkzoekend', 'huisvrouw of huisman', 'arbeidsongeschikt / in de WAO', 'scholier of student', 'gepensioneerd of vervroegd gepensioneerd' of 'anders' kozen als meest toepasselijke status. Met een vierde dummyvariabele onderscheiden we respondenten met (gecodeerd als 1) en zonder (gecodeerd als 0) hogeronderwijsdiploma. Een vijfde dummyvariabele geeft aan of de respondent zelf hulpbehoevend was. Deze variabele is als 1 gecodeerd voor respondenten die aangaven één of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps te hebben die hen licht of sterk belemmerden in hun dagelijkse bezigheden. Voor respondenten die aangaven geen langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps te hebben of aangaven dat deze hen niet belemmerden in hun dagelijkse bezigheden is de variabele gecodeerd als 0. Echtscheiding is gemeten met een dummyvariabele die gecodeerd is als 1 voor gescheiden respondenten en als 0 voor gehuwde, nooit gehuwde en verweduwd respondenten. De aanwezigheid van kinderen is gemeten met een dummyvariabele die gecodeerd is als 1 voor respondenten met tenminste één kind en als 0 voor kinderloze respondenten. Tot slot hebben we een dummyvariabele in ons model opgenomen die aangeeft of beide ouders waren overleden (gecodeerd als 1) of dat tenminste één ouder nog leefde (gecodeerd als 0). Beschrijvende statistieken van de scores van onze respondenten op de hier beschreven covariaten zijn te vinden in tabel 2.

3 Hiermee doelen we zowel op een direct effect van leeftijd als een effect van leeftijd dat wordt gemedieerd door niet in het model opgenomen levensgebeurtenissen waarvan de kans ze te hebben meegemaakt groter is op hogere leeftijd.

6 Resultaten

Tabel 2 Beschrijvende statistieken

	Bereik	Gemiddelde	SD
Leeftijd	18-89	49,7	14,413
	Bereik	Percentage	
Ronde 3	0/1	49,0%	
Vrouw	0/1	61,1%	
Chronische ziekte / beperking	0/1	24,8%	
Hogeronderwijsdiploma	0/1	39,6%	
Werkzaam	0/1	60,4%	
Gescheiden	0/1	10,1%	
Heeft kinderen	0/1	75,8%	
Beide ouders overleden	0/1	33,4%	

Bron: Netherlands Kinship Panel Study; N = 4.186

Een vergelijking van Bayesiaanse informatiecriteria laat zien dat een model met vier latente klassen het best bij onze data past.⁴ In tabel 3 worden de geschatte voorwaardelijke waarschijnlijkheden van de verschillende scores op onze manifeste variabelen getoond voor elk van de vier gevonden latente klassen. Ter vergelijking presenteren we de geobserveerde frequenties op de manifeste variabelen voor de totale steekproef in de eerste kolom.

De meest voorkomende latente klasse – dit wil zeggen de klasse met het grootste geschatte populatieaandeel – heeft een responspatroon op de manifeste variabelen dat in lijn is met een *warmmodern* zorgideaal, waarin zorg voor ouderen als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van staat en familie wordt gezien. Personen in deze klasse hebben relatief lage kansen op de meest uitgesproken categorieën van het staat-versus-familie-item waarmee we de staatdimensie van zorgidealen meten. Het is voor hen waarschijnlijk (62 procent) dat zij de zorg voor hulpbehoevende ouderen (iets) meer als een taak voor de overheid dan als een taak voor de familie zien. Dit betekent echter niet dat zij familieleden geen belangrijke rol bij zorgverlening toedichten. Het is voor warmmoderneren zeer onwaarschijnlijk

4 Bayesiaanse informatiecriteria voor de volledige modellen met twee, drie en vier klassen zijn respectievelijk 25.650,8, 25.560,2 en 25.536,0. Het was niet mogelijk ons volledige model te schatten met vijf klassen, maar een vergelijking van LCA-modellen zonder covariaten laat zien dat een model met vier klassen beter bij de data past dan een model met vijf klassen. Bayesiaanse informatiecriteria voor LCA-modellen zonder covariaten zijn 25.757,3 voor het model met vier klassen en 25.823,8 voor het model met vijf klassen.

lijk (0 procent) om het oneens te zijn met de stelling dat volwassen kinderen voor hulpbehoevende ouders moeten zorgen. Ze hebben een hoge waarschijnlijkheid (71 procent) om neutraal te staan tegenover deze stelling en hebben een waarschijnlijkheid van 29 procent om het er uitgesproken mee eens te zijn. Hoewel ze behoorlijk welwillend staan tegenover familiebetrokkenheid bij de zorg voor hulpbehoevende ouderen hebben ze sterke bedenkingen bij het idee dat bejaarde ouderen zouden moeten kunnen inwonen bij hun kinderen. De waarschijnlijkheid dat ze het eens zijn met deze stelling is extreem laag (0 procent). Personen in deze meest voorkomende klasse hebben een relatief lage waarschijnlijkheid (8 procent) het eens te zijn met de stelling dat geld verdienen meer een taak is voor mannen dan voor vrouwen, hetgeen suggereert dat ze relatief positief zullen staan tegenover gelijke participatie van mannen en vrouwen in familiezorgverlening.

Tabel 3 Voorspeld responspatroon naar klasse

		Totaal	Warm-modern	Koud-modern	Traditioneel	Koud-traditioneel
Primaire verantwoordelijkheid voor hulpbehoevende ouderen	vooral familie	0,02	0,00	0,01	0,06	0,03
	(iets) meer familie	0,19	0,18	0,11	0,33	0,15
	(iets) meer overheid	0,54	0,62	0,53	0,47	0,47
	vooral overheid	0,25	0,20	0,36	0,14	0,35
Volwassen kinderen moeten zorgen voor zieke ouders	(helemaal) oneens	0,27	0,00	0,92	0,00	0,33
	eens noch oneens	0,37	0,71	0,00	0,13	0,37
	(helemaal) eens	0,36	0,29	0,08	0,87	0,30
Bejaarde ouders moeten bij hun kinderen kunnen inwonen	(helemaal) oneens	0,70	0,73	0,96	0,18	0,91
	eens noch oneens	0,22	0,27	0,03	0,44	0,09
	(helemaal) eens	0,08	0,00	0,01	0,39	0,01
Geld verdienen is verantwoordelijkheid vader	oneens	0,76	0,92	0,95	0,72	0,18
	eens	0,24	0,08	0,06	0,28	0,82
Geschat populatieaandeel			0,40	0,24	0,20	0,17
Observaties	4186					
Volledig geobserveerde cases	2341					

Bron: Netherlands Kinship Panel Study

De tweede latente klasse heeft een responspatroon dat past bij een *koud-modern* zorgideaal. In een dergelijk zorgideaal wordt de staat een grote verantwoordelijkheid voor zorgverlening toegedicht en de familie niet. Voor personen in deze klasse is de waarschijnlijkheid dat zij zorg voor hulpbehoevende ouderen primair een taak voor de overheid vinden relatief hoog (36 procent). De waarschijnlijkheid dat zij zorgverlening primair een taak voor de familie (1 procent) of wat meer een taak voor de familie dan voor de staat (11 procent) vinden is laag. De waarschijnlijkheid om het oneens te zijn met de stellingen dat kinderen voor hulpbehoevende ouders moeten zorgen (92 procent) en dat bejaarde ouders bij hun kinderen zouden moeten kunnen inwonen (96 procent) is zeer hoog. Het is voor personen in deze klasse niet waarschijnlijk dat zij het eens zijn met de stelling dat geld verdienen meer een taak is voor mannen dan vrouwen (6 procent). Dat suggereert dat zij geloven dat zowel mannen als vrouwen zich behoren te richten op een carrière in betaald werk en dat de staat dit moet faciliteren door in grote mate de verantwoordelijkheid voor zorg op zich te nemen.

Het responspatroon van de derde latente klasse sluit aan bij het *traditionele* zorgideaal. In dit zorgideaal worden vrouwelijke familieleden gezien als verantwoordelijk voor zorgverlening en wordt de staat gezien als een entiteit met slechts een beperkte zorgverantwoordelijkheid. Voor personen in deze klasse is het relatief waarschijnlijk om de zorg voor hulpbehoevende ouderen te beschouwen als primair een taak voor de familie (6 procent) of ietwat meer een taak voor de familie dan voor de staat (33 procent). De waarschijnlijkheid om het eens te zijn met de stelling dat volwassen kinderen moeten zorgen voor hulpbehoevende ouders is groot (87 procent) en zij neigen ook naar een neutrale (44 procent) of positieve (39 procent) houding tegenover de stelling dat bejaarde ouders bij hun volwassen kinderen zouden moeten kunnen inwonen. Ze hebben een relatief hoge waarschijnlijkheid om geld verdienen meer als een taak voor mannen dan voor vrouwen te zien (28 procent), hetgeen suggereert dat ze relatief negatief zullen staan tegenover gelijke participatie van mannen en vrouwen in familiezorgverlening.

De vierde latente klasse die we vinden heeft een responspatroon dat niet volledig aansluit bij één van Hochschild's vier zorgidealen. In lijn met een koudmodern zorgideaal is het voor personen in deze klasse relatief waarschijnlijk om zorg voor hulpbehoevendenden primair als taak van de staat te zien (35 procent) en is het voor hen zeer waarschijnlijk het oneens te zijn met de stelling dat bejaarde ouders bij volwassen kinderen moeten kunnen inwonen (91 procent). Niet helemaal overeenkomstig met een

koudmodern zorgideaal is het voor hen onwaarschijnlijk om een uitgesproken negatieve houding te hebben tegenover zorgverlening door familieleden. De waarschijnlijkheid om het eens te zijn met de stelling dat volwassen kinderen voor hulpbehoevende ouders moeten zorgen (30 procent) is ongeveer even groot als de waarschijnlijkheid om het oneens te zijn met deze stelling (33 procent) of om een neutrale houding te hebben (37 procent). Volledig in strijd met een koudmodern zorgideaal is dat de waarschijnlijkheid om in te stemmen met de stelling dat geld verdienen primair een taak is voor mannen voor hen veruit het hoogst is in vergelijking met mensen die andere zorgidealen aanhangen (82 procent). Wij noemen deze klasse *koudtraditioneel*. Individuen die dit zorgideaal aanhangen hechten meestal weinig waarde aan de betrokkenheid van familieleden in zorgverlening, hetgeen dit zorgideaal, in Hochschild's termen, koud maakt. Ze zijn vaak traditioneel wat betreft ideeën over de rolverdeling tussen mannen en vrouwen.

Resultaten van het *latent class regression*-model waarin klasselidmaatschap wordt voorspeld zijn weergegeven in tabel 4. Deze kunnen worden geïnterpreteerd als resultaten van een multinomiale logistische regressie-analyse. Gecontroleerd voor andere kenmerken geeft het model aan dat in 2010-2011, toen data van de derde ronde zijn verzameld, de waarschijnlijkheid van het aanhangen van een warmmodern zorgideaal ten opzichte van een koudmodern zorgideaal lager was dan in 2002-2004 toen data van de eerste ronde zijn verzameld (OR: 0,729, $p < 0,05$). Dit is in lijn met wat wij verwachtten op basis van de gestegen arbeidsparticipatie van vrouwen in Nederland. In een koudmodern zorgideaal hebben mannen en vrouwen gelijke rollen en is de zorgverantwoordelijkheid die de familie toekomt beperkt. Een verschuiving in de richting van dergelijke zorgidealen past bij de veranderende normen ten aanzien van de arbeidsparticipatie van vrouwen en de stijgende werkambities van, vooral jonge, vrouwen.

Tabel 4 Resultaten van latent class regression analyse ter voorspelling van klasselidmaatschap

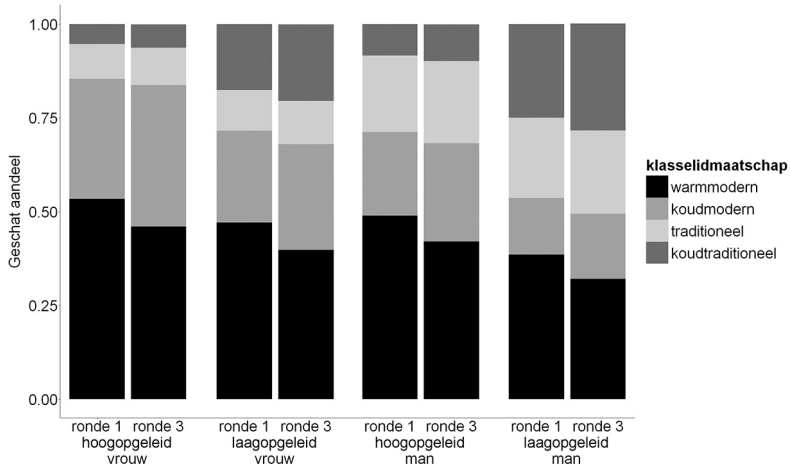
	Warmmodern ^a		Traditioneel ^a		Koudtraditioneel ^a	
	B	(SE)	B	(SE)	B	(SE)
Constance	1,746***	0,339	4,165***	0,366	0,493	0,706
Ronde 3	-0,315*	0,104	-0,094	0,134	0,000	0,267
Leeftijd	-0,016*	0,005	-0,061***	0,007	-0,000	0,010
Vrouw	-0,275*	0,108	-1,145***	0,132	-0,825**	0,199
Chronische ziekte / beperking	-0,024	0,115	0,093	0,148	-0,343	0,202
Hogeronderwijsdiploma	-0,146	0,102	-0,429*	0,133	-1,480***	0,275
Werkzaam	0,188	0,125	-0,510**	0,152	-0,728*	0,241
Gescheiden	-0,057	0,144	-0,009	0,193	-1,399*	0,438
Heeft kinderen	-0,193	0,119	-0,285	0,141	0,743*	0,298
Beide ouders overleden	0,113	0,138	0,007	0,192	0,074	0,245
Observaties	4186					
Volledig geobserveerde cases	2341					
Parameters	62					
Vrijheidsgraden	9					
Log-likelihood	-12509,5					
BIC	25536,0					

* $p < 0,05$; ** $< 0,01$; *** $p < 0,001$ ^a Referentiecategorie: koudmodern

Bron: Netherlands Kinships Panel Study

Het model voorspelt verder het volgende. Gecontroleerd voor andere kenmerken correspondeert elk jaar toename in leeftijd met een verlaging in de odds dat men een warmmodern (OR: 0,984, $p < 0,05$) of een traditioneel zorgideaal (OR: 0,941, $p < 0,001$) aanhangt ten opzichte van een koudmodern zorgideaal. In lijn met onze verwachtingen is het voor vrouwen in vergelijking met mannen minder waarschijnlijk een warmmodern (OR: 0,760, $p < 0,05$), traditioneel (OR: 0,318, $p < .001$) of koudtraditioneel zorgideaal (OR: 0,438, $p < 0,01$) aan te hangen ten opzichte van een koudmodern zorgideaal. We verwachtten dat mensen met een hogeronderwijsdiploma en werkzame mensen relatief vaak een postmodern zorgideaal aan zouden houden. We vinden echter überhaupt geen klasse met een respons patroon dat consistent is met een dergelijk zorgideaal. Voor mensen met een hogeronderwijsdiploma is het minder waarschijnlijk dan voor mensen zonder hogeronderwijsdiploma dat zij een traditioneel (OR: 0,651, $p < 0,05$) of koudtraditioneel zorgideaal (OR: 0,228, $p < 0,001$) aanhangen ten opzichte van een koudmodern zorgideaal. Voor werkzame mensen is het minder waarschijnlijk dan voor niet-werkzame mensen dat zij een traditioneel (OR: 0,600, $p < 0,01$) of koudtraditioneel zorgideaal (OR: 0,482, $p < 0,05$) aanhangen ten opzichte

van een koudmodern zorgideaal. De waarschijnlijkheid een koudtraditioneel zorgideaal aan te hangen ten opzichte van een koudmodern zorgideaal is groter voor ouders dan voor kinderloze individuen (OR: 2,103, $p < 0,05$). Voor gescheiden individuen is het minder waarschijnlijk een koudtraditioneel zorgideaal ten opzichte van een koudmodern zorgideaal aan te hangen dan voor niet-gescheiden personen (OR: 0,247, $p < 0,05$). We verwachtten dat ouderschap en echtscheiding vooral minder vaak een zorgideaal zouden aanhangen waarin aan de familie een grote rol bij zorgverlening wordt toegedicht, zoals het traditionele zorgideaal. In tegenstelling tot onze verwachtingen blijkt uit onze analyses niet dat het kampen met een beperking of chronische ziekte of het niet langer hebben van levende ouders samenhangt met een dispositie voor specifieke zorgidealen.



Figuur 1 Voorspelde kansen klasselidmaatschap

Om interpretatie van onze bevindingen te vergemakkelijken hebben we op basis van het hier gerapporteerde model voorspelde kansen berekend voor een 'typische' vrouw of man ten tijde van de eerste ronde en van de derde ronde om elk van de vier onderscheiden zorgidealen aan te hangen. We hebben verschillende berekeningen uitgevoerd voor personen met en zonder hogeronderwijsdiploma. In deze berekeningen hebben we leeftijd vastgezet op de gemiddelde waarde in onze steekproef en de categorische onafhankelijke variabelen op de modus.⁵ De voorspelde kansen worden getoond in figuur 1. Het model suggereert dat tussen 2002-2004 (ronde 1)

⁵ De voorspelde kansen zijn dus berekend voor werkzame ouders die niet gescheiden zijn, geen chronische ziekte of beperking hebben en van wie tenminste één ouder nog in leven is.

en 2010-2011 (ronde 3) een verschuiving weg van het warmmoderne zorgideaal en in de richting van het koudmoderne zorgideaal heeft plaatsgevonden. De voorspelde kans voor een typische vrouw met (zonder) hogeronderwijsdiploma om een warmmodern zorgideaal aan te hangen was ongeveer 53 procent (47 procent) ten tijde van de eerste ronde en slechts ongeveer 46 procent (40 procent) ten tijde van de derde ronde. Voor een typische man met (zonder) hogeronderwijsdiploma nam de voorspelde kans om een warmmodern zorgideaal aan te hangen af van ongeveer 49 procent (39 procent) tot ongeveer 42 procent (32 procent). De voorspelde kans om een koudmodern zorgideaal aan te hangen toe was in 2010-2011 juist hoger dan in 2002-2004. De omvang van deze toename varieerde van twee procentpunten voor mannen zonder hogeronderwijsdiploma tot zes procentpunten voor vrouwen met hogeronderwijsdiploma.

7 Discussie

Tal van onderzoekers hebben zich gebogen over specifieke aspecten van opvattingen over gepaste zorg, bijvoorbeeld over de mate waarin volwassen kinderen geacht worden te zorgen voor hulpbehoevende ouders of de mate waarin van de staat wordt verwacht dat hij de kosten voor de zorg voor kwetsbare ouderen op zich neemt. In dit artikel hebben we een pleidooi gehouden voor een aanpak waarin meerdere aspecten van opvattingen over gepaste zorg in samenhang met elkaar worden beschouwd. Een dergelijke aanpak verschaft een vollediger beeld van opvattingen over gepaste zorg. Het eerste doel van deze exploratieve studie was om zorgidealen te onderscheiden waarin verschillende aspecten van opvattingen over gepaste zorg samenkomen. Het tweede doel was om zicht te krijgen op determinanten van het aanhangen van bepaalde zorgidealen. Onze interesse was hierbij primair gericht op de vraag of er in het eerste decennium van de 21e eeuw in Nederland verschuivingen in zorgidealen hebben plaatsgevonden.

Onze analyses suggereren dat er onder de Nederlandse bevolking vier zorgidealen te onderscheiden zijn, waarvan er drie consistent zijn met de culturele zorgidealen zoals gepresenteerd door Hochschild (1995). Het meest voorkomende zorgideaal is consistent met Hochschild's warmmoderne zorgideaal. We vinden tevens zorgidealen die consistent zijn met respectievelijk Hochschild's koudmoderne en traditionele zorgideaal. Verder vinden we een zorgideaal dat aansluit bij geen van de vier door Hochschild omschreven zorgidealen. Wij noemen dit zorgideaal koudtraditio-

neel. Mensen die een koudtraditioneel zorgideaal aanhangen denken traditioneel over de rolverdeling tussen mannen en vrouwen. Zij zijn daarnaast van mening dat de staat primair verantwoordelijk is voor de zorg van hulpbehoevende ouderen en dat de familie slechts een beperkte zorgverantwoordelijkheid draagt. Het koudtraditionele zorgideaal sluit aan bij wat Havenaar (2006) het nieuwe conservatisme noemt. Centraal binnen het nieuwe conservatisme is een grote behoudzucht met betrekking tot de verzorgingsstaat. Volgens Havenaar (2006) is het nieuwe conservatisme een Europees-continentaal fenomeen. Dit verklaart mogelijk waarom Hochschild, die schrijft over de Amerikaanse context, geen dergelijk zorgideaal in haar typologie heeft opgenomen.

We hebben geen postmodern zorgideaal zoals omschreven door Hochschild onderscheiden. In een postmodern zorgideaal wordt staat noch familie een grote verantwoordelijkheid voor de zorg voor hulpbehoevenden toegedicht. Hulpbehoevende personen worden geacht zelf zorg te dragen voor adequate zorgverlening. Personen die een dergelijk zorgideaal aanhangen zouden het daarom moeilijk vinden om staat dan wel familie aan te wijzen als primair verantwoordelijk voor de zorg voor hulpbehoevende ouderen. Dit zou resulteren in een responspatroon met lage kansen op de meest uitgesproken categorieën van het staat-versus-familie-item waarmee we de staatdimensie van zorgidealen meten. Een postmodern responspatroon zou verder gekenmerkt worden door een hoge waarschijnlijkheid van afkeuring van het idee dat volwassen kinderen voor hulpbehoevende ouders moeten zorgen en dat bejaarde ouders bij hun kinderen zouden moeten kunnen inwonen. Ook zou iemand met een postmodern zorgideaal het waarschijnlijk oneens zijn met de stelling dat geld verdienen meer een taak is voor mannen dan voor vrouwen. Het feit dat we geen postmodern zorgideaal hebben gevonden onder de Nederlandse bevolking suggereert dat sombere beschrijvingen, zoals soms gebezigd in media, politiek en gesprekken van alledag, van de hedendaagse samenleving als een maatschappij waarin individualisme hoogtij viert en waarin elke vorm van solidariteit afwezig is de werkelijkheid geen recht doen (cf. Dykstra, 2012).

Onze resultaten suggereren dat in het begin van de 21^e eeuw een verschuiving heeft plaatsgevonden weg van het warmmoderne zorgideaal en in de richting van het koudmoderne zorgideaal. Hierin wordt veel waarde gehecht aan zorgverlening door de staat en wordt de familie slechts een beperkte zorgverantwoordelijkheid toegedicht. Een dergelijke verschuiving is in lijn met onze verwachtingen die waren gebaseerd op het feit dat arbeidsparticipatie van vrouwen in steeds sterkere mate de norm is geworden. Een alternatieve verklaring is echter ook denkbaar. In een recente

kwalitatieve studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau spreken zowel mensen die mantelzorg verlenen (De Boer & Schyns, 2014) als mensen die niet actief zijn in informele hulp (De Klerk & Schyns, 2014) het gevoel uit dat de overheid steeds meer informele zorgverlening verwacht. Beide groepen zien dit als een benauwende en zorgwekkende ontwikkeling. Dit maakt het denkbaar dat Nederlanders, vooruitlopend op de verwachte versoering van publieke voorzieningen, de waarde van door de staat verzorgde zorgdiensten onderstrepen en de grenzen aan wat van familieleden kan worden verwacht sterker benadrukken (cf. Pierson, 1996).

Het Nederlandse beleid met betrekking tot langdurige zorg is erop gericht familieleden te activeren en behouden als zorgverleners, maar onze resultaten suggereren een verschuiving naar zorgidealen waarin de familie juist slechts een beperkte zorgverantwoordelijkheid heeft. In termen van Mau (2004) dreigt de morele plausibiliteit van het Nederlandse beleid dus aangetast te worden. De schijnbare kloof tussen beleid en opvattingen onder de bevolking dient echter in perspectief te worden gezien. Immers, Nederlandse ouderen zijn nog steeds in sterke mate beschermd tegen onvervulde zorgbehoeften, ondanks de hervormingen van de laatste decennia in het beleid met betrekking tot langdurige zorg (Smits e.a., 2014).

Mogelijk met het oog op eigenbelang zijn vrouwen meer dan mannen geneigd om een koudmodern zorgideaal aan te hangen. Realisering van een koudmodern zorgideaal in beleid vraagt om gedecommodificeerde defamilialisering, hetgeen bijdraagt aan gelijkheid tussen mannen en vrouwen (cf. Saraceno & Keck, 2011). We hadden verwacht dat hoogopgeleiden en mensen met een baan relatief vaak een postmodern zorgideaal zouden aanhangen. We hebben echter überhaupt geen postmodern zorgideaal kunnen onderscheiden. Zowel een hoog opleidingsniveau als het hebben van een baan correspondeert met een relatief lage waarschijnlijkheid van het aanhangen van een traditioneel of een koudtraditioneel zorgideaal. Analyses wijzen verder uit dat een hogere leeftijd correspondeert met het aanhangen van een koudmodern zorgideaal. Eerdere studies hebben reeds aangetoond dat ouderen minder dan jongeren verwachten dat volwassen kinderen zorgen voor hulpbehoevende ouders (Daatland e.a., 2011; Dykstra & Fokkema, 2012; Herlofson e.a., 2011). Mogelijk betrekken mensen op hogere leeftijd het idee van familiezorgverlening sterker op de eigen situatie en willen zij hun eigen kinderen niet belasten met zorgtaken (Cahill, Lewis, Barg, & Bogner, 2009; Dykstra & Fokkema, 2012).

De huidige studie heeft enkele duidelijke beperkingen. Onze steekproef omvat slechts respondenten die in het NKPS-panel zaten toen data voor de derde ronde werden verzameld. Zoals eerder opgemerkt, verschilt de der-

derondesteekproef op een aantal sociodemografische kenmerken van de Nederlandse bevolking als geheel. Onze analyses hebben verder grofweg betrekking op veranderingen in het eerste decennium van de 21e eeuw. Gegeven de resistentie tegen verandering van gevestigde opvattingen (Svallfors, 2010b), is dit een korte periode om verschuivingen in zorgidealen te onderzoeken. Tevens zijn na de onderzochte periode verdere hervormingen in het beleid met betrekking tot langdurige zorg doorgevoerd en meer veranderingen staan op stapel. In 2015 zal de AWBZ plaatsmaken voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz) (Tweede Kamer, 2014). Het doel van deze wet is de zorg te waarborgen voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Lichtere vormen van AWBZ-zorg worden overgeheveld naar de zorgverzekeringswet (ZVW). Verder zal een klein deel van de AWBZ-zorg overgeheveld worden naar de Wmo (Eerste Kamer, 2014a; 2014b). Als gevolg hiervan worden gemeenten verantwoordelijk voor meer vormen van ondersteuning. Deze vormen van ondersteuning zijn dan niet langer een sociaal recht maar een gemeentelijke voorziening. Gemeenten hebben de mogelijkheid om, afhankelijk van de financiële draagkracht van de aanvrager, een eigen bijdrage te vragen van personen die ondersteuning vragen. Ook zullen hulpbehoevenden worden aangespoord aan te kloppen bij familieleden en anderen uit het eigen netwerk. Toekomstige studies zouden de morele plausibiliteit van deze hervormingen kunnen bepalen.

Beter inzicht in opvattingen met betrekking tot gepaste zorg zou verkregen kunnen worden wanneer aanvullende indicatoren beschikbaar komen. Zo zou een meting van de staatdimensie van zorgidealen wenselijk zijn die niet, zoals de onze, slechts te interpreteren is wanneer ook de familiedimensie in ogenschouw wordt genomen. Ook zouden we een directe meting van de opvattingen over gender en zorgverlening verwelkomen. In de huidige studie beschouwden we lage scores op de familie- en staatdimensies van zorgidealen verder als een indicatie dat de respondent van mening was dat de primaire verantwoordelijkheid om onvervulde zorgbehoeften te voorkomen lag bij het individu. Een dergelijke operationalisering van individuele verantwoordelijkheid maakt het onmogelijk om combinaties van individuele verantwoordelijkheid, familieverantwoordelijkheid en staatverantwoordelijkheid in het vizier te krijgen en dergelijke combinaties zijn juist precies waar het Nederlandse beleid in toenemende mate op inzet. Het bepalen van de morele plausibiliteit van de voorgenomen beleidshervormingen zal alleen mogelijk zijn wanneer datasets beschikbaar komen die niet alleen indicatoren bevatten over de mate waarin

familie en staat verantwoordelijk worden geacht voor zorgverlening, maar ook indicatoren over individuele verantwoordelijkheid. Dergelijke data zouden toekomstige onderzoekers in staat stellen voort te bouwen op onze aanpak en mogelijkere wijs tot verdere verfijning van de in deze studie onderscheiden zorgidealen te komen.

Literatuur

- Aronson, J. (1990). Women's perspectives on informal care of the elderly: Public ideology and personal experience of giving and receiving care. *Ageing and Society*, 10, 61-84.
- Bolck, A., Croon, M., & Hagenaars, J. (2004). Estimating latent structure models with categorical variables: One-step versus three-step estimators. *Political Analysis*, 12, 3-27.
- Cahill, E., Lewis, L.M., Barg, F.K., & Bogner, H.R. (2009). "You don't want to burden them": Older adults' views on family involvement in care. *Journal of Family Nursing*, 15, 295-317.
- CIZ (2012). *CIZ indicatiewijzer: Toelichting op beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012 zoals vastgesteld door het ministerie van VWS*. Driebergen: Centrum Indicatiestelling Zorg.
- Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2003). 'Lost solidarity' or 'changed solidarity': A comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 23, 537-560.
- Daatland, S.O., Herlofson, K., & Lima, I.A. (2011). Balancing generations: On the strength and character of family norms in the West and East of Europe. *Ageing and Society*, 31, 1159-1179.
- De Boer, A. & Schyns, P. (2014). Mantelzorgers: Manusje-van-alles. In M. de Klerk, A. de Boer, S. Kooiker, I. Plaisier, & P. Schyns (Red.), *Hulp geboden: Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp* (pp. 40-62). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Klerk, M. & Schyns, P. (2014). Niet-actieven over informele hulp. In M. de Klerk, A. de Boer, S. Kooiker, I. Plaisier, & P. Schyns (Red.), *Hulp geboden: Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp* (pp. 92-110). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Deeming, C., & Keen, J. (2003). A fair deal for care in old age? Public attitudes towards the funding of long term care. *Policy and Politics*, 31, 431-446.
- Dempster, A.P., Laird, N.M., & Rubin, D.B. (1977). Maximum likelihood from incomplete data via the EM algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B*, 39, 1-38.
- Dykstra, P.A. (2012). *Families: in alle staten? Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dykstra, P.A., & Fokkema, T. (2012). Norms of filial obligation in the Netherlands, *Population*, 67, 97-122.
- Dykstra, P.A., Kalmijn, M., Knijn, T.C.M., Komter, A.E., Liefbroer, A.C., & Mulder, C.H. (2005). *Codebook of the Netherlands Kinship Panel Study: A multi-actor, multi-method panel study on solidarity in family relationships, wave 1, version 1*. Den Haag: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute.
- Eerste Kamer (2014a). *Vergaderjaar 2013-2014, 33 841, G*. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal.
- Eerste Kamer (2014b). *Vergaderjaar 2013-2014, 33 841, K*. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal.
- EIGE (2013). *Gender equality index: Country profiles*. Vilnius: European Institute for Gender Equality.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.

- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Finch, J., & Mason, J. (1991). Obligations of kinship in contemporary Britain: Is there normative agreement? *The British Journal of Sociology*, 42, 345-367.
- Fortin, N.M. (2005). Gender role attitudes and the labour-market outcomes of women across OECD countries. *Oxford Review of Economic Policy*, 21, 416-438.
- Ganong, L.H., & Coleman, M. (1999). *Changing families, changing responsibilities: Family obligations following divorce and remarriage*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gans, D., & Silverstein, M. (2006). Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations. *Journal of Marriage and Family*, 68, 961-976.
- Gornick, J.C., & Hegewisch, A. (2014). Gender, employment and parenthood: The consequences of work-family policies. In R.D. Keleman (Red.), *Lessons from Europe? What Americans can learn from European public policies* (pp. 17-41). Thousand Oaks: CQ Press.
- Grootegoed, E., Duyvendak, J.W., & Van Barneveld, E. (2015). What is customary about customary care? How Dutch welfare policy defines what citizens have to consider 'normal' care at home. *Critical Social Policy* 35, 110-131.
- Hagenaars, J.A., & Halman, L.C. (1989). Searching for ideal types: The potentialities of latent class analysis. *European Sociological Review*, 5, 81-96.
- Hagestad, G.O. (1988). Demographic change and the life course: Some emerging trends in the family realm. *Family Relations*, 37, 405-410.
- Havenaar, R. (2006). *Twee soorten conservatisme*. Amsterdam: Vossius Pers.
- Herlofson, K., Hagestad, G., Slagsvold, B., & Sørensen, A. (2011). *Multilinks deliverable 4.3: Intergenerational family responsibility in Europe*. Verkregen van http://www.multilinks-project.eu/wp-content/uploads/2014/01/herlofson_deliverable1.pdf
- Hochschild, A.R. (1994). The commercial spirit of intimate life and the abduction of feminism: Signs from women's advice books. *Theory, Culture, and Society*, 11, 1-24.
- Hochschild, A.R. (1995). The culture of politics: Traditional, postmodern, cold-modern, and warm-modern ideals of care. *Social Politics*, 2, 331-346.
- Hogan, D.P., Eggebeen, D.J., & Clogg, C.C. (1993). The structure of intergenerational exchanges in American families. *American Journal of Sociology*, 98, 1428-1458.
- Janssen, B., & Portegijs, W. (2011). Betaalde arbeid. In A. Merens, M. van den Brakel, M. Hartgers, & M. Hermans (Red.), *Emancipatiemonitor 2010* (pp. 72-107). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kremer, M. (2006). The politics of ideals of care: Danish and Flemish child care policy compared. *Social Politics*, 13, 261-285.
- Linzer, D.A., & Lewis, J.B. (2010). poLCA: An R package for polytomous variable latent class analysis. *Journal of Statistical Software*, 42, 1-29.
- Lister, R. (1994). "She has other duties" – Women, citizenship and social security. In S. Baldwin, & J. Falkingham (Red.), *Social security and social change: New challenges to the Beveridge model* (pp. 31-44). New York: Harvester Wheatsheaf.
- Mau, S. (2004). Welfare regimes and the norms of social exchange. *Current Sociology*, 52, 53-74.
- McCutcheon, A.L. (1987). *Latent class analysis*. Beverly Hills: Sage.
- McLachlan, G.J., & Krishnan, T. (1997). *The EM algorithm and extensions*. New York: Wiley.
- Merz, E.-M., Dykstra, P.A., Hogerbrugge, M.J.A., Komter, A.E., Liefbroer, A.C., & Mulder, C.H. (2012). *Codebook of the Netherlands Kinship Panel Study: A multi-actor, multi-method panel study on solidarity in family relationships, wave 3, version 1*. Den Haag: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute.
- Morée, M., Van der Zee, B., & Struijs, A.J. (2007). *Formalisering van informele zorg. Over de rol van*

- "gebruikelijke zorg" bij toekenning van professionele zorg. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Mot, E. (2010). *CPB document no. 204. The Dutch system of long-term care*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- OECD (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Parijs: OECD.
- Österle, A., & Rothgang, H. (2010). Long-term care. In F.G. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger, & C. Pierson (Red.), *The Oxford handbook of the welfare state* (pp. 378-390). Oxford: Oxford University Press.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18, 246-259.
- Pierson, P. (1996). The new politics of the welfare state. *World Politics*, 48, 143-179.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: A bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20, 32-44.
- Saraceno, C., & Keck, W. (2011). Towards an integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care responsibilities. *Demographic Research*, 25, 371-406.
- Schenk, N. (2013). *Multiple Links: Public policy, family exchanges, well-being and policy endorsement*. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schmid, T., Brandt, M., & Haberkern, K. (2012). Gendered support to older parents: Do welfare states matter? *European Journal of Ageing*, 9, 39-50.
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *Annals of Statistics*, 6, 461-464.
- Smits, C.H.M., Van den Beld, H.K., Aartsen, M.J., & Schroots, J.J.F. (2014). Aging in the Netherlands: State of the art and science. *The Gerontologist*, 54, 335-343.
- Svallfors, S. (2010a). Policy feedback, generational replacement, and attitudes to state intervention: Eastern and Western Germany, 1990-2006. *European Political Science Review*, 2, 119-135.
- Svallfors, S. (2010b). Public attitudes. In F.G. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger, & C. Pierson (Red.), *The Oxford handbook of the welfare state* (pp. 241-251). Oxford: Oxford University Press.
- Tuynman, M., & Marangos, A.M. (2010). Gemeentelijk Wmo-beleid op de negen prestatievelden. In M. De Klerk, R. Gilsling, & J. Timmermans (Red.), *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009* (pp. 69-100). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tweede Kamer (2014). *Vergaderjaar 2013-2014, 33 891, nr. 6*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Van den Broek, T. (2013a). Beleid informele zorg. Katalysator voor genderongelijkheid in de derde leeftijd? *Tijdschrift voor Genderstudies*, 16 (2), 42-46.
- Van den Broek, T. (2013b). Formalization of informal care in the Netherlands: Cost-containment or gendered cost redistribution? *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 6 (2), 185-193.
- Van Doorne-Huiskes, A., & Schippers, J. (2010). Vrouwen op de arbeidsmarkt: Een succesvolle worsteling. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 26, 400-416.
- Van Hooren, F., & Becker, U. (2012). One welfare state, two care regimes: Understanding developments in child and elderly care policies in the Netherlands. *Social Policy and Administration*, 46, 83-107.
- Vlasblom, J.D., & Schippers, J.J. (2004). Increases in female labour force participation in Europe: Similarities and differences. *European Journal of Population*, 20, 375-392.
- Wielink, G., Huijsman, R., & McDonnell, J. (1997). Preferences for care. A Study of the elders living independently in the Netherlands. *Research on Aging*, 19, 174-198.

Over de auteurs

Thijs van den Broek, M.Sc. is promovendus bij de capaciteitsgroep Sociologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Prof. dr. Pearl A. Dykstra is hoogleraar Empirische Sociologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Prof. dr. Romke J. van der Veen is hoogleraar Sociologie van Arbeid en Organisatie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.