

Reisduur van netwerkleden van kwetsbare ouderen: Implicaties voor professionele zorg, eenzaamheid en depressie

Theo G. van Tilburg, Bianca Suanet

Afdeling Sociologie, Vrije Universiteit Amsterdam - 2019

Lekensamenvatting

bij

Reisduur van netwerkleden van kwetsbare ouderen: Implicaties voor professionele zorg, eenzaamheid en depressie

Vraag: Veel mensen die informele hulp geven, reizen daarvoor. Verondersteld wordt dat ouderen minder informele zorg ontvangen als netwerkleden langer moeten reizen. Met gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam is nagegaan of een langere reisduur van netwerkleden samenhangt met het vaker ontvangen van professionele zorg, eenzaamheid en depressieve symptomen.

Resultaten: het rapport concludeert het volgende

- Professionele zorg wordt vooral gegeven aan ouderen die daar – gegeven hun omstandigheden – behoefte aan hebben. Het gaat om de oudste oudsten, degenen met fysieke problemen, degenen zonder partner of met een partner die niet geschikt lijkt, en degenen met een klein netwerk. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen.
- Voor het al dan niet ontvangen van professionele zorg maakt het niet uit hoe vaak er contact is met kinderen of hoe ver de kinderen wonen.
- Voor de overige typen van netwerkrelaties (zoals overige familie, burens en vrienden) is reisduur wel relevant: als er minstens meermalen per week contact is en de reisduur tien minuten of minder is, ontvangt 11% van de ouderen professionele zorg. Bij dezelfde keren contact met netwerkleden die een langere reisduur hebben, is dit 14%. Het minst vaak ontvangen ouderen professionele zorg als zij geen netwerkleden hebben of alleen netwerkleden hebben waar niet vaak contact mee is: 6% ontvangt professionele zorg.
- Ouderen die professionele zorg ontvangen, zijn vaker eenzaam en hebben vaker depressieve symptomen dan ouderen die niet deze zorg ontvangen. Dat ligt niet zozeer aan de professionele zorg zelf, maar eerder aan de karakteristieken van ouderen die professionele zorg ontvangen. Zij zijn op hoge leeftijd, hebben vaak geen partner en (in het geval van eenzaamheid) een klein netwerk, en (in het geval van depressie) vaak fysieke problemen.
- Meer mannen zijn eenzaam dan vrouwen, en meer vrouwen dan mannen hebben depressieve symptomen.
- Als er vaak contact is met biologische kinderen en met overige netwerkleden, zijn de ouderen minder eenzaam; hoe lang netwerkleden reizen, speelt een beperkte rol.
- Ouderen van wie de netwerkleden (anders dan kinderen) meer dan tien minuten reizen, hebben meer depressieve symptomen dan als de netwerkleden dichtbij wonen.

Gegevens: Data zijn afkomstig van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een onderzoek onder ouderen in Nederland vanaf 55 jaar. Uit de waarneming in 2015-2016 zijn 1.852 thuiswonende ouderen in de analyse betrokken. De 861 mannen en 991 vrouwen zijn gemiddeld 71 jaar oud; de jongste is 57 en de oudste is 102 jaar.

Discussie: Dat de reisduur van netwerkleden naar de oudere niet van groot belang lijkt voor het verkrijgen van professionele hulp, wordt mogelijk veroorzaakt doordat geen specifieke informatie beschikbaar was over welke taken wanneer verricht moeten worden bij de oudere. Sommige taken moeten op vastliggende, specifieke momenten worden verricht, zoals begeleiding. Andere taken kunnen op meer willekeurige momenten verricht worden, zoals regeltaken.

Dat het krijgen van professionele zorg geen rol speelt bij eenzaamheid en depressieve symptomen, betekent dat interventies en beleid die eenzaamheid en depressieve symptomen willen reduceren bij mensen die professionele zorg krijgen, zich op verbetering van het netwerk kunnen richten.

Reisduur van netwerkleden van kwetsbare ouderen: Implicaties voor professionele zorg, eenzaamheid en depressie

Theo G. van Tilburg, Bianca Suanet
Afdeling Sociologie, Vrije Universiteit Amsterdam

Samenvatting

Veel mensen die informele hulp geven, reizen daarvoor. Verondersteld wordt dat bij een langere reisduur van netwerkleden ouderen minder zorg ontvangen. Met gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam wordt nagegaan of een langere reisduur van netwerkleden samenhangt met het vaker ontvangen van professionele zorg en met eenzaamheid en depressieve symptomen. De resultaten laten zien dat ouderen van hogere leeftijd, met slechter fysiek functioneren, zonder een partner waarmee men samenwoont en die vertrouwenspersoon is, en met een kleiner netwerk, relatief vaak professionele zorg krijgen. Veel ouderen hebben een netwerklid dichtbij wonen. Voor de kans dat professionele zorg ontvangen wordt, is het type van de relatie niet van groot belang. Meer ouderen ontvangen professionele zorg binnen relaties met anderen dan hun kinderen, met wie minstens meer-malen per week contact is, wanneer de reisduur langer is dan tien minuten. Ouderen die professionele zorg ontvangen, hebben een grotere kans op eenzaamheid en depressieve symptomen dan ouderen die niet deze zorg ontvangen. Dit hangt samen met een hogere leeftijd, slechter fysiek functioneren, een minder gunstige partnersituatie, een kleiner netwerk, (voor eenzaamheid) minder vaak contact met netwerkleden, en (voor depressieve symptomen) minder overige netwerkleden die dichtbij wonen.

De Longitudinal Aging Study Amsterdam wordt mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directoraat Langdurige Zorg.

Introductie

Reisduur is een cruciale factor in de steun en zorg die mensen aan elkaar kunnen geven. Het geven van informele zorg vraagt een investering, niet alleen door de tijd en energie die het zorgen kost, maar onder andere ook in de vorm van reisduur (Brouwer, van Exel, Koopmanschap, & Rutten, 1999). Als de belangrijkste netwerkleden van een kwetsbare oudere, zoals kinderen, overige familie en beste vrienden, verder weg wonen, is de kans dat zij voldoende steun en zorg uit hun informele netwerk ontvangen hoogstwaarschijnlijk lager. Deze situatie kan negatieve gevolgen hebben voor individu en samenleving. Ten eerste doen kwetsbare ouderen met netwerkleden die ver weg wonen mogelijk vaker dan degenen die netwerkleden dichtbij hebben wonen een beroep op professionele zorg en welzijnswerk. Ten tweede hebben ouderen die door de langere reisduur te weinig mogelijkheden hebben om steun en zorg uit hun informele netwerk te ontvangen mogelijk meer te maken met eenzaamheid of depressie, omdat hun behoeften aan steun en zorg niet of onvoldoende worden vervuld door netwerkleden. Zo'n situatie leidt tot een lagere kwaliteit van leven.

In dit rapport kijken we naar hoe reisduur tot de belangrijkste netwerkleden van invloed is op het professionele zorggebruik van de oudere en op eenzaamheid en depressie. De onderzoeksvraag is: zijn er nadelige gevolgen voor zorggebruik, eenzaamheid en depressie van ouderen als partners (indien niet inwonend), kinderen of andere belangrijke netwerkleden langer reizen? De presentatie van gegevens is als volgt opgebouwd. We beschrijven eerst de reisduur naar de netwerkleden: woont de oudere met een partner, is er een LAT-relatie, of is er geen partner? Wat is de reisduur naar de voor de oudere belangrijkste netwerkleden, waaronder het dichtstbij wonend kind? Vervolgens onderzoeken we de samenhang tussen reisduur en professioneel zorggebruik. Tenslotte gaan we na welke consequenties er zijn van een lange reisduur van netwerkleden voor eenzaamheid en depressieve symptomen.

Methode

Ondervraagden

De gegevens zijn afkomstig van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (Huisman et al., 2011). De waarneming in 2015-2016 heeft gegevens over 2024 ouderen, waarvan we er 1852 in de analyse betrekken. Ouderen die niet zelfstandig wonen ($n = 85$), ouderen voor wie een proxy-interview is gehouden ($n = 32$), ouderen van wie geen gegevens over professionele zorg ($n = 1$) of over het netwerk ($n = 54$) beschikbaar zijn, worden niet in de analyse betrokken. Met 213 ondervraagden is een verkort of telefonisch interview gehouden en zijn geen netwerkgegevens aanwezig; gegevens van de voorgaande waarneming (drie jaar eerder) worden geïmputeerd. De 861 mannen en 991 vrouwen zijn gemiddeld 70,9 jaar oud; de jongste is 57 en de oudste is 102 jaar.

Meetinstrumenten

Professionele zorg. Gevraagd is of de ouderen hulp ontvangen bij vijf taken, namelijk persoonlijke verzorging, huishoudelijke taken, verpleegkundige taken, verplaatsing buitenshuis (begeleiding bij transport, maken van uitstapjes en bezoeken) en het regelen van hulp, hulpmiddelen, woningaanpassingen, en financiële zaken. Als er hulp was, is gevraagd door wie deze gegeven werd. Professionele zorg omvat wijkverpleegkundige en huishoudelijke hulp.

Partner. De partner kan de echtgenote of echtgenoot zijn, degene met wie een geregistreerd partnerschap is aangegaan, of een ander persoon die als partner wordt beschouwd. Onderscheid wordt gemaakt naar al dan niet samenwonen. De ondervraagde is gevraagd aan te geven wie vertrouwenspersoon is; meer personen konden worden genoemd, waaronder de partner.

Persoonlijk netwerk. Gevraagd is personen te noemen met wie men een regelmatig en belangrijk contact heeft, in zeven domeinen: huisgenoten, kinderen en hun eventuele partners, andere familieleden, buurtgenoten, contacten van werk, studie of cursus, contacten van verenigingen en organisaties, en vrienden en kennissen (Van Tilburg, 1998). De personen zijn 18 jaar of ouder. Voor negen netwerkleden met de hoogste contactfrequentie is de reisduur gevraagd: "Hoe lang moet u reizen voordat u bij ... bent, op de manier zoals u meestal reist?" De reisduur zoals gerapporteerd door oude ouders hangt sterk samen met de rapportage door hun volwassen kinderen, de werkelijke afstand en de reisduur per auto zoals deze in openbare databases beschikbaar is (Klein Ikkink, Van Tilburg, & Knipscheer, 1999).

Fysiek functioneren. Zes items worden voorgelegd, zoals of men een trap kan op- en aflopen. De vijf antwoordmogelijkheden variëren van 'dat kan ik niet' tot 'dat kan ik zonder

problemen'. De somscore heeft een bereik van 6-30.

Eenzaamheid. Een schaal met elf items voor verschillende aspecten van eenzaamheid, zoals het ervaren van een leegte, is voorgelegd. De antwoordmogelijkheden zijn 'ja', 'min of meer', en 'nee'. Antwoorden in de eenzaamheidsrichting en in de middencategorie worden geteld, resulterend in een schaalscore met een bereik van 0-11 (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999).

Depressieve symptomen. De CES-D schaal heeft twintig items met vier antwoordmogelijkheden variërend van 'nooit' tot 'vaak' (Radloff, 1977). De somscore heeft een bereik van 0-60, waarbij een hogere score meer depressieve symptomen aangeeft.

Procedure

De partnersituatie heeft vier categorieën: geen partner, een partner waarmee men niet samenwoont, een partner waarmee men samenwoont, maar die niet als vertrouwenspersoon is aangemerkt, en de samenwonende partner die vertrouwenspersoon is. Netwerkomvang wordt in drie categorieën uitgedrukt: geen tot zes, zeven tot tien, en elf of meer netwerkleden. We onderscheiden in het netwerk twee typen relaties: biologische kinderen, en overige, zoals andere familie, vrienden, burens, en andere niet-familie. We selecteren de hoogste contactfrequentie en de kortste reisduur in het netwerk. Daarmee onderscheiden we zes typen netwerken: het contact met één of meer netwerkleden is dagelijks of meermaalen per week, en het dichtstbij wonende netwerklid woont (a) binnen tien minuten, (b) binnen elf tot dertig minuten, (c) 31 minuten tot een uur reisduur, of (d) heeft een langere reisduur. Daarnaast onderscheiden we dat (e) er alleen netwerkleden zijn die maximaal wekelijks contact hebben, en (f) er geen netwerkrelaties van dat type zijn. Logistische regressie van professionele zorg (niet versus wel) wordt uitgevoerd om na te gaan welke partnersituatie en netwerkkenmerken van belang zijn, gecontroleerd voor sekse, leeftijd en fysiek functioneren. Logistische regressie van eenzaamheid (schaalscore 0 tot 2 versus score drie of hoger; Van Tilburg & De Jong Gierveld, 1999) en depressieve symptomen (score 0 tot 15 versus 16 of hoger) wordt uitgevoerd met dezelfde kenmerken en ontvangen van professionele zorg. In de regressieanalyses worden verschillende netwerkcategorieën samengevoegd vanwege een lage frequentie. We rekenen de in de tabel gepresenteerde odds ratios (OR's) om in de kans op professionele zorg.

Resultaten

Ontvangen van hulp en zorg

Ongeveer vier op de tien ouderen (38%) krijgt hulp of zorg bij één of meer van de vijf taken (Tabel 1). De meeste hulp ontvangen de ouderen bij het verrichten van huishoudelijke taken. Bijna één op de drie ouderen krijgt deze hulp, vaak van een betaalde particulier (bijvoorbeeld een werkster). Hulp in de vorm van begeleiding en bij het regelen van hulp, hulpmiddelen, woningaanpassingen, en financiële zaken wordt elk door iets meer dan één op de tien ouderen ontvangen; in één op de twee gevallen van kinderen. Na de particuliere hulp wordt hulp vooral gegeven door professionals en kinderen (beide aan ongeveer één op de tien ouderen).

Tabel 1. Hulp en zorg door zeven typen hulpgevers en verzorgenden bij vijf taken (N = 1852)

	Persoonlijke zorg %	Huishoudelijke taak %	Verpleegkundige taak %	Begeleiding %	Regelen %	Minimaal één taak %
Partner	1	4	1	4	2	7
Kinderen	0	3	0	5	6	10
Overige familieleden	0	1	0	1	2	4
Buren, vrienden, bekenden	0	1	0	1	1	3
Vrijwilligers	0	0	0	0	0	1
Professionals	3	9	3	0	0	11
Particulieren (betaald)	0	17	0	0	1	18
Minimaal één helper/verzorgende	4	32	3	11	12	38

Partnersituatie en samenstelling van netwerk

Van de 1852 ondervraagde ouderen heeft 28% geen partner, 5% een partner waarmee men niet samenwoont, 21% een partner waarmee men samenwoont, maar die niet als vertrouwenspersoon is aangemerkt, en 46% een samenwonende partner die vertrouwenspersoon is. Netwerken zijn vaak groot: 10% heeft zes netwerkliden of minder; 15% een netwerk van zeven tot tien personen, en 75% heeft elf tot zeventig netwerkliden. Het netwerk van frequente contacten (maximaal negen netwerkliden) bestaat gemiddeld uit 1,7 kinderen, 2,7 andere familieleden, 0,9 vrienden, 1,4 burens en buurtgenoten, en 1,6 andere niet-familieleden. Van de ouderen heeft 41% frequent contact met minstens één biologisch kind die binnen tien minuten reisduur woont (Tabel 2). De 19% ouderen die geen kinderen hebben in het netwerk van frequente contacten hebben in de meeste gevallen geen kinderen. De meeste ouderen hebben frequent contact met een dichtbij wonend netwerk lid anders dan een biologisch kind. De twee typen relaties gecombineerd, heeft 80% van de ouderen een dichtbij wonend netwerk lid met frequent contact, 10% een verder weg wonend netwerk lid met frequent contact, en 10% geen netwerkliden met meermalen per week contact.

Tabel 2. Samenstelling van het netwerk (N = 1852)

	Biologische kinderen %	Ander type %	Combinatie %
Dagelijks of meermalen contact per week, én			
- Reisduur ≤ 10 minuten	41	73	80
- Reisduur 11-30 minuten	17	5	7
- Reisduur 31-60 minuten	6	1	2
- Reisduur > een uur	3	1	1
Maximaal wekelijks contact	15	20	10
Geen in netwerk van negen frequente contacten	19	1	0

Verschillen in het ontvangen van professionele zorg

Logistische regressie van wel of niet professionele zorg ontvangen geeft aan dat met een toenemende leeftijd de kans groter is dat zorg wordt ontvangen (Tabel 3). Van de ouderen jonger dan 75 jaar ontvangt minder dan 7% professionele zorg. Daarna loopt de kans snel op: 13% van ouderen tussen 75 en 79 jaar, 23% van ouderen tussen 80-84 jaar, 41% van ouderen tussen 85-89 jaar, en 69% van ouderen van 90 jaar en ouder. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen. Fysiek functioneren is ook belangrijk: 4% van de ouderen met het beste functioneren (score 28-30), 13% van de ouderen met wat minder functioneren (score 25-27) en 41% van de ouderen met een slecht functioneren (score 6-24) ontvangt professionele zorg.

Drie van de vier netwerkkarakteristieken zijn relevant. Van de ouderen zonder partner ontvangt 23% professionele zorg, van de ouderen die niet met hun partner samenwonen 17%, van de samenwonende ouderen met een partner die niet als vertrouwenspersoon is aangemerkt 10%, en wanneer de samenwonende partner wel vertrouwenspersoon is, ontvangt 5% professionele zorg. Naarmate ouderen een groter netwerk hebben, neemt de kans op ontvangen van professionele zorg af: bij zes netwerkliden of minder is dit 17%, bij een netwerk van zeven tot tien personen 13%, en bij elf tot zeventig netwerkliden 12%. Verschillen in frequentie van contact met en reisduur voor biologische kinderen zijn niet gerelateerd aan de kans op het ontvangen van professionele zorg. Voor de overige typen van netwerkrelaties blijkt dat reisduur relevant is: als er minstens meermalen per week contact is en de reisduur tien minuten of minder is, ontvangt 11% van de ouderen professionele zorg; dit betreft 73% van de ondervraagden (Tabel 2). Bij dezelfde contactfrequentie maar met een langere reisduur is dit 14%; dit betreft 7% van de ondervraagden. Het minst vaak wordt professionele zorg echter ontvangen door 21% van de ouderen die geen netwerkliden hebben of alleen netwerkliden hebben waar geen frequent contact mee is: 6% ontvangt professionele zorg. Wanneer we de analyse herhalen voor ondervraagden zonder een partner, verandert de betekenis van netwerkkarakteristieken voor verschillen in professionele zorg niet.

Tabel 3. Logistische regressie van professionele zorg, eenzaamheid en depressieve symptomen (N =1852)

	Professionele zorg OR	Eenzaam OR	Depressieve symptomen OR
Constante	0.01 ***	1.42	42.73 ***
Leeftijd (57-102)	1.11 ***	1.00	0.97 **
Vrouw	0.66	0.71 **	1.83 ***
Fysiek functioneren (6-30)	0.79 ***	0.93 ***	0.84 ***
Professionele zorg		1.43	1.04
Partnersituatie	***	***	***
- Geen partner	5.28 ***	3.58 ***	2.62 ***
- Partner, niet samenwonend	3.64 **	1.90 *	1.94
- Partner, samenwonend, geen vertrouwenspersoon	2.03 *	1.47 *	1.57 *
- Partner, samenwonend, vertrouwenspersoon	1.00	1.00	1.00
Netwerkomvang	*	***	*
- 0 tot 6	2.18 **	1.74 **	1.76 *
- 7 tot 10	1.43	1.80 ***	1.34
- 11 tot 70	1.00	1.00	1.00
Biologische kinderen		*	
- Dagelijks of meermalen per week contact, reisduur ≤ 10 minuten	1.00	1.00	1.00
- Dagelijks of meermalen per week contact, reisduur 11-30 minuten	0.83	1.12	0.93
- Dagelijks of meermalen per week contact, reisduur > 30 minuten	1.32	1.37	0.77
- Maximaal wekelijks contact	1.21	1.59 **	0.97
- Geen in netwerk van frequente contacten	0.89	1.51 *	0.98
Andere typen relaties	*	***	*
- Dagelijks of meermalen per week contact, reisduur ≤ 10 minuten	1.00	1.00	1.00
- Dagelijks of meermalen per week contact, reisduur > 10 minuten	1.34	1.30	2.07 *
- Allen maximaal wekelijks contact of geen in netwerk frequente contacten	0.55 *	1.71 ***	1.15

* $p < 0.05$; * $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Verschillen in eenzaamheid en depressieve symptomen

Ondervraagden die professionele zorg ontvangen hebben in vergelijking met ouderen zonder zorg een grotere kans op eenzaamheid (OR = 3.52; respectievelijk 53% en 24% is eenzaam) en depressieve symptomen (OR = 3.52; respectievelijk 28% en 10% heeft depressieve symptomen). Voor eenzaamheid is het verschil tussen wel of geen professionele zorg niet meer van belang wanneer de netwerkgegevens in het model zijn opgenomen (Tabel 3). Dus de bevinding dat ouderen die professionele zorg krijgen eenzamer zijn dan degenen die geen professionele zorg krijgen, wordt volledig verklaard door de minder gunstige netwerkenmerken binnen de groep die professionele zorg ontvangt. Voor depressieve symptomen is het verschil tussen wel of geen professionele zorg niet meer van belang wanneer leeftijd, sekse en fysiek functioneren in het model zijn opgenomen. Dit betekent dat met name demografische factoren en gezondheid van belang zijn om te begrijpen waarom degenen die professionele zorg ontvangen depressiever zijn dan degenen die geen professionele zorg ontvangen. Samengevat, de bevindingen wijzen erop dat het niet zozeer de professionele zorg zelf is die de hogere eenzaamheid en depressieve symptomen veroorzaakt, maar eerder de kenmerken van degenen die professionele zorg ontvangen zelf.

De resultaten geven aan dat, gecontroleerd voor overige effecten, met stijgende leeftijd de kans op eenzaamheid niet toeneemt, en dat de kans op depressieve symptomen daalt. Meer mannen zijn eenzaam dan vrouwen, en meer vrouwen dan mannen hebben depressieve symptomen. Er is minder kans op eenzaamheid en depressieve symptomen bij beter fysiek functioneren.

De oudere die samenwoont met een partner die ook vertrouwenspersoon is, heeft de minste kans op eenzaamheid en depressieve symptomen. Een groter netwerk beschermt tegen eenzaamheid en depressieve symptomen. Frequent contact met biologische kinderen en met overige netwerkliden beschermt tegen eenzaamheid; de reisduur van de netwerkliden speelt geen of een beperkte rol. Een reisduur van meer dan tien minuten voor netwerkliden met wie frequent contact wordt onderhouden, anders dan kinderen, gaat samen met een grotere kans op depressieve symptomen.

Discussie

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat professionele zorg boven kans gegeven wordt aan ouderen die gegeven hun omstandigheden daar behoefte aan hebben. Of de verstrekte professionele zorg adequaat is, is niet onderzocht. Professionele zorg wordt gegeven aan de oudsten, degenen met fysieke problemen, degenen zonder partner of een partner die niet geschikt lijkt, en degenen die een klein netwerk hebben. De betekenis van meer specifieke kenmerken van het netwerk, zoals de contactfrequentie en de reisduur lijken vrijwel niet van verdere betekenis. Dit is misschien veroorzaakt doordat deze kenmerken al verdisconteerd zijn in de afbakening van het persoonlijk netwerk: we vroegen personen te noemen met wie men een regelmatig en belangrijk contact heeft. Personen die op grote afstand wonen of waarmee het contact weinig frequent is, worden immers niet vaak genoemd als netwerklid. Wellicht is het in de ouderdom, en met name als meer gezondheidsproblemen optreden, in toenemende mate moeilijk contact te onderhouden met mensen over grote afstand. Op deze manier kan een korte reisduur een belangrijke rol spelen in het behoud van het netwerken en daarmee aan het realiseren van voldoende hulp- en zorgpotentieel.

Als uitzondering vonden we dat ouderen met alleen netwerkliden (anders dan kinderen) waarmee weinig frequent contact is, minder vaak professionele zorg krijgen. Het kan zijn dat zij sociaal geïsoleerd leven, en dat daarmee professionele zorg ook minder goed toegankelijk of bekend is, of gemeden wordt.

Relatief vaak is professionele zorg hulp bij huishoudelijke taken, maar vaker wordt voor deze taak particuliere betaalde hulp ingeschakeld. De partner en het netwerk worden ook ingezet bij huishoudelijke taken, maar vaak ook bij begeleiding en het regelen van allerlei zaken. Dat de reisduur van netwerkliden naar de oudere niet van groot belang lijkt, wordt mogelijk veroorzaakt doordat geen specifieke informatie beschikbaar was over welke taken wanneer verricht moeten worden bij de oudere. Hassink en Van den Berg (2011) geven aan dat sommige taken op vastliggende, specifieke momenten moeten worden verricht, terwijl andere taken op meer willekeurige momenten verricht kunnen worden. Tot de eerste categorie hoort bijvoorbeeld begeleiding, terwijl regeltaken vaak op verschillende momenten uitgevoerd kunnen worden, en niet altijd aanwezigheid ter plaatse vereist. Het is aannemelijk dat in het laatste geval beschikbaarheid van de informele verzorger, en daarmee ook de benodigde reisduur, meer flexibel is, en daarmee een minder belangrijke rol speelt in de vraag of professionele zorg noodzakelijk is. Ook zijn regeltaken juist vaak niet over te dragen aan professionele zorgverleners; één van de regeltaken is juist het organiseren van en overleggen met professionele verzorgers.

We identificeerden verschillende risicofactoren voor het ontstaan van eenzaamheid en

depressie die in de literatuur beschreven zijn (Van Tilburg en Klok, 2018; Vink et al., 2009). Het krijgen van professionele zorg is een indicator van een risicosituatie ten aanzien van eenzaamheid en depressie, maar verliest als indicator betekenis wanneer meer nabije factoren zoals netwerkkenmerken in het model zijn opgenomen. Een hogere frequentie van contact (voor eenzaamheid) en een kortere reisduur (voor depressie) is aanvullend op een groot netwerk van belang. Demografische kenmerken en gezondheid zijn ook van belang. Dat het krijgen van professionele zorg in het eindmodel geen rol speelt, betekent dat interventies en beleid die eenzaamheid en depressieve symptomen willen reduceren bij mensen die professionele zorg krijgen zich op de nabije factoren kunnen richten.

Referenties

- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Dept. of Social Research Methodology, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Hassink, W. H. J., & Van den Berg, B. (2011). Time-bound opportunity costs of informal care: Consequences for access to professional care, caregiver support, and labour supply estimates. *Social Science & Medicine*, 73, 1508-1516. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.027
- Huisman, M., Poppelaars, J., Van der Horst, M., Beekman, A.T.F., Brug, J., Van Tilburg, T.G., & Deeg, D.J.H. (2011). Cohort profile: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Epidemiology*, 40, 868-876.
- Klein Ikkink, C.E., Van Tilburg, T.G., & Knipscheer, C.P.M. (1999). Perceived instrumental support exchanges in relationships between elderly parents and their adult children: Normative and structural explanations. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 831-844.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Van Tilburg, T.G. (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B, S313-S323.
- Van Tilburg, T.G., & De Jong Gierveld, J. (1999). Cesuurbepaling van de eenzaamheids-schaal. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 30, 158-163.
- Van Tilburg, T.G., & Klok, J. (2018). Factoren van eenzaamheid: Een literatuuroverzicht. In C. van Campen, F. Vonk, & T.G. van Tilburg (Red.), *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (pp. 25-34). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vink, D., Aartsen, M.J., Comijs, H.C., Heymans, M.W., Penninx, B.W.J.H., Stek, M.L., Deeg, D.J.H., Beekman, A.T.F. (2009). Onset of anxiety and depression in the aging population: Comparison of risk factors in a 9-year prospective study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 8, 642-652.