

VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

## **Zijn ouderen nu meer of minder sociaal actief dan voorheen?**

Trends in vrijwilligerswerk, mantelzorg en het geven van steun door 64-75-  
jarigen in 2005, 2008 en 2012

VWS vraag 2014



**M. Broese van Groenou**

**N. Tolkacheva**

**Afd. Sociologie, FSW, VU**

vrije Universiteit amsterdam



# Inhoudsopgave

1. Aanleiding .....	3
2. Doel- en vraagstelling .....	3
3. Opzet van het onderzoek.....	4
4. Resultaten vrijwilligerswerk.....	5
5. Resultaten mantelzorg.....	7
6. Resultaten instrumentele steun .....	8
7. Resultaten emotionele steun.....	9
8. Conclusies en discussie .....	10
9. Implicaties .....	12
Bijlage 1. Operationalisatie van de gebruikte concepten.....	14
Tabel 1. Vormen van sociale participatie door ouderen in de leeftijd van 64 tot 75 jaar in 2005-2006, 2008-2009 en 2011-2012: verrichten vrijwilligerswerk, verlenen mantelzorg, en het geven van instrumentele en emotionele steun aan anderen .....	18
Tabel 2. Trends in verrichten van vrijwilligerswerk en mantelzorg: Resultaten van multilevel logistische regressie analyse.....	20
Tabel 3. Trends in verlenen van instrumentele en emotionele steun aan netwerkleden: Resultaten multilevel lineaire regressie analyse.....	22

## 1. Aanleiding

- Het overheidsbeleid gaat uit van meer inzet en betrokkenheid van burgers in de samenleving in het algemeen, en verwacht dat de rol van mantelzorgers en vrijwilligers wat betreft ondersteuning van hun naasten groter wordt (VWS 2013).
- Er is een groeiende groep van relatief jonge ouderen die dankzij een geringe arbeidsparticipatie, een nog goede gezondheid en een groot en divers sociaal netwerk zich actief voor de samenleving zou kunnen inzetten (van Houwelingen, Hart en Dekker 2011; Suanet, van Tilburg en Broese van Groenou 2013).
- Om te kunnen inschatten in hoeverre de verwachtingen van een toename in inzet in deze vormen van burgerparticipatie reëel is, is het nodig de ontwikkelingen in het geven van hulp door jonge ouderen (en de determinanten daarvan) nader te onderzoeken.
- Het gaat hierbij vooral om vormen van participatie die een maatschappelijke betrokkenheid en actieve inzet weergeven, zoals het doen van vrijwilligerswerk, het geven van mantelzorg<sup>1</sup>, en het geven van alledaagse instrumentele en emotionele steun aan leden van het sociale netwerk. Consumptieve participatie en sociaal-culturele participatie (Canon van de gerontologie) worden buiten beschouwing gelaten.
- Een 'participatiesamenleving' veronderstelt dat hulp aan niet-familieleden realiseerbaar is, en van toenemend belang naast hulp die familieleden aan elkaar geven. Derhalve wordt er in deze rapportage extra aandacht besteed aan de mate waarin ouderen zich inzetten voor hulp buiten de eigen kring. Concreet betekent dit dat we specifiek kijken naar: inzet in organisaties met een sociaal doel, het verlenen van mantelzorg aan niet-familieleden, en het geven van instrumentele en emotionele steun aan burens en aan overige niet-familieleden.

## 2. Doel- en vraagstelling

- Het onderzoek beoogt inzicht in twee aspecten: 1) ontwikkelingen in participatie in (vormen van) vrijwilligerswerk, mantelzorg en alledaagse instrumentele en emotionele steun<sup>2</sup> tussen 2005 en 2012, en 2) overeenkomsten en verschillen in de individuele determinanten van participatie in (vormen van) vrijwilligerswerk, mantelzorg en alledaagse steun.
- Het onderzoek beoogt drie typen van determinanten van participatie te onderzoeken: 1) individuele opvattingen die aangeven dat het belangrijk is om anderen bij te staan in de samenleving, 2) de persoonlijke capaciteiten om een ander bij te staan in termen van tijd en gezondheid, 3) de mate van sociale inbedding in de samenleving als indicatie van de kans dat men geconfronteerd wordt met een vraag om hulp.

---

<sup>1</sup> Mantelzorg is in LASA gedefinieerd als de hulp bij huishoudelijke taken of persoonlijke verzorging, gegeven aan iemand uit het sociale netwerk, waarbij de hulp vooral voortkomt uit de sociale relatie. In tegenstelling tot andere definities van mantelzorg (VWS 2013) is bij LASA niet bepaald dat de ontvanger hulpbehoevend moet zijn.

<sup>2</sup> zie bijlage 1 voor een omschrijving en operationalisatie van de gebruikte begrippen

- De onderzoeksvragen luiden:
  1. Hoeveel ouderen tussen de 64 en 75 jaar verrichten vrijwilligerswerk, verlenen mantelzorg, en/of geven emotionele steun of instrumentele steun aan hun netwerkleden, in het algemeen en aan niet-familieleden in het bijzonder?
  2. Wat zijn de kenmerken van deze vormen van hulpverlening in termen van uren, type hulp en context (organisatie of relatietype) en zijn er in dit opzicht verschillen tussen 2005-2006, 2008-2009 en 2011-2012?
  3. In hoeverre vormen vrijwilligerswerk, mantelzorg en steun elkaars concurrenten in deze tijdsperioden?
  4. In hoeverre zijn (de vormen van) vrijwilligerswerk, mantelzorg of steun te relateren aan de drie typen determinanten, waar liggen verschillen en overeenkomsten?
  
- In het rapport worden de onderzoeksvragen 1 tot en met 4 voor elk van de vier onderzochte vormen van participatie apart beantwoord (hoofdstukken 4 t/m 7). In hoofdstuk 8 wordt de overkoepelende vragen 2 en 4 beantwoord door de trends en determinanten van de verschillende vormen van participatie met elkaar te vergelijken. Hoofdstuk 9 sluit af met enkele implicaties van de resultaten.
  
- Het format van het rapport is kort, bondig en bevat meer een opsomming dan een betoog. Dit format beoogt de lezer snel een overzicht te geven van de belangrijkste bevindingen, discussie en implicaties.

### 3. Opzet van het onderzoek

De opzet van het onderzoek is als volgt. Alle vragen zullen beantwoord worden met behulp van data van de LASA-waarnemingen in 2005-2006, 2008-2009 en 2011-2012 voor ouderen in de leeftijd van 64 tot en met 75 jaar. De analyses voor vraag 1 en vraag 2 worden voor elke waarneming afzonderlijk verricht en beschreven. De analyses voor vragen 3 en 4 worden in een *gepooled* sample verricht waarbij het effect van tijd (in dit geval de waarneming) in de multilevel multivariate analyses is meegenomen. Alleen de resultaten van deze multivariate analyses worden beschreven. De resultaten van de bivariate analyses per waarneming zijn op te vragen bij de auteurs. Bijlage 1 bevat een overzicht van de operationalisatie van de gebruikte concepten. In het kader op de volgende pagina worden de definities van de vier vormen van hulp gegeven.

### Kader: Afbakening van de concepten gebruikt in deze studie.

Concepten	Definitie
Vrijwilligerswerk	Het actief inzetten voor activiteiten en/of bestuurswerk binnen (minstens) één vrijwilligersorganisatie.
Mantelzorg	Het geven van hulp bij huishoudelijke taken aan iemand buiten het eigen huishouden en/of het geven van hulp bij persoonlijke verzorging aan iemand binnen of buiten het eigen huishouden. (NB. De ontvanger van deze hulp hoeft niet ziek of beperkt te zijn; het is niet duidelijk of de zorgontvanger ook in het sociale netwerk is genoemd)
Instrumentele steun	Het geven van hulp bij praktische zaken in en rond het huishouden aan leden van het sociale netwerk die tot de top-9 meest frequente contacten van het netwerk behoren
Emotionele steun	Het bespreken van persoonlijke problemen met leden van het sociale netwerk die tot de top-9 meest frequente contacten van het netwerk behoren
Overwegingen	Hiertoe rekenen we cognitieve overwegingen (of disposities) die een rol kunnen spelen bij het verlenen van hulp en zorg aan anderen. Deze kunnen variëren van relatie-specifieke overwegingen (een persoonlijke band), en algemene opvattingen over de rol van de overheid dan wel familie (zorgattitude) tot het verlangen goed te zijn voor anderen en de samenleving (altruïsme, solidariteit). Sekse, leeftijd, opleidingsniveau, kerkelijkheid en de attitude jegens informele zorg worden hier ingezet als indicatoren van disposities om anderen te helpen.
Capaciteiten	Deze factoren geven op individueel niveau aan in hoeverre men beschikt over de vaardigheden en middelen om hulp te geven aan anderen. In dit onderzoek zijn dat mogelijkheden in tijd (geïndiceerd door werkstatus), gezondheid (ervaren gezondheid, lichamelijke, cognitieve en mentale capaciteiten) en persoonlijkheid (sense of mastery).
Sociale context	Deze factoren geven aan in hoeverre men beschikt over de nodige sociale contacten waaraan hulp gegeven zou kunnen worden. Sociale inbedding is daarmee een voorwaarde voor het geven van hulp. In dit onderzoek geïndiceerd door partnerstatus, kinderen in de buurt, frequent contact met de buren, en de omvang van het sociaal netwerk.

#### 4. Resultaten vrijwilligerswerk

Dit hoofdstuk geeft de prevalentie, kenmerken en determinanten van vrijwilligerswerk weer. Daarnaast wordt ook de concurrentie van vrijwilligerswerk met mantelzorg en steun beschreven. De conclusies zijn gebaseerd op de gegevens in tabel 1.

##### *Prevalentie*

- Hoeveel ouderen tussen de 64 en 75 jaar verrichten vrijwilligerswerk, in welke vorm en verschilt dit in de tijd?

In deze leeftijdsgroep verricht ongeveer de helft van de ouderen vrijwilligerswerk in een organisatie. Het percentage ligt op 46% in 2005 maar neemt toe in 2008 (52%) en in 2011 (55%). Deze toename in de tijd is positief en significant (OR = 1,59, Tabel 2).

Gemiddeld neemt de inzet in vrijwilligerswerk ongeveer 2,6 uur per week in beslag in 2005 en 2008, en 2,3 uur in 2011 (Tabel 1). Gemiddeld genomen is men lid van twee vrijwilligersorganisaties en dat gegeven lijkt vrij constant over de tijd.

Helaas is binnen LASA niet aan te geven in welk type organisatie men vrijwilligerswerk verleent. Wel is bekend voor elk type organisatie of men bijeenkomsten van de organisatie bijwoont. Daarom is dit gegeven gebruikt om te aan te geven of men organisaties met een politiek, sociaal dan wel individuele doelstelling bezoekt. Het bezoeken van een organisatie met een sociaal doel (zoals een buurtorganisatie of een organisatie voor chronisch zieken) wordt dan nader onderzocht, omdat dit het type organisatie is waarin je 'hulpvaardige' ouderen zou kunnen tegenkomen.

Bijna de helft van de ouderen bezoekt organisaties met een individueel belang, zoals een sportvereniging of een zangkoor. Ongeveer een-derde bezoekt bijeenkomsten van organisaties met een sociaal belang, zoals een buurtorganisatie of organisatie voor zieken. Organisaties met een politiek doel worden door ongeveer 20% van de groep bezocht. In 2011 lijkt het bezoeken van politieke organisaties wat afgenomen ten opzichte van 2005, ten gunste van het bezoeken van organisaties met een individueel doel.

#### *Determinanten*

- Welke typen determinanten hangen samen met het verrichten van vrijwilligerswerk in het algemeen, en welke met het bezoeken van organisaties met een sociaal doel in het bijzonder?

Tabel 2 maakt duidelijk dat vrijwilligerswerk in het algemeen relatief vaak wordt verricht door mannen, van een jongere leeftijd, door midden en hoger opgeleiden en door gelovigen (vooral protestants of gereformeerden). Daarnaast zijn vrijwilligers vooral mensen met betere fysieke capaciteiten (meer mobiliteit), een hoger cognitief functioneren, een lagere depressiescore, een groter sociaal netwerk, en een zwakkere informele zorgattitude (d.w.z. lagere verwachting inzake hulp van familie, burens en vrienden). De 'sense of mastery' (dwz de mate waarin men ervaart grip te hebben op het leven), het verrichten van betaalde arbeid, partnerstatus en lokale contacten met kinderen en burens hebben geen significante samenhang met het verrichten van vrijwilligerswerk. Alle drie de typen determinanten zijn belangrijk voor het verrichten van vrijwilligerswerk, maar in relatieve zin hebben 'overwegingen' (met name het opleidingsniveau en geloof) een sterkere samenhang met het verrichten van vrijwilligerswerk in vergelijking met capaciteit (gezondheid) en de sociale context.

Het beeld van ouderen die betrokken zijn bij een organisatie met een sociaal doel komt in belangrijke mate overeen met het beeld van de vrijwilliger in het algemeen, wat betreft

opleidingsniveau, gezondheid en sociaal netwerk. Een belangrijk verschil is echter dat deze participatievorm vooral door vrouwen wordt beoefend, en dat er nauwelijks een verschil naar opleidingsniveau bestaat.

#### *Concurrentie*

Er is geen significante samenhang (positief of negatief) tussen het verrichten van vrijwilligerswerk en het geven van mantelzorg, instrumentele en/of emotionele steun (Tabel 2). Het bezoeken van een organisatie met een sociaal doel hangt licht positief samen met het geven van instrumentele steun aan netwerkleden (OR = 1,31,  $p < 0,10$ ).

### 5. Resultaten mantelzorg

Dit hoofdstuk geeft de prevalentie, kenmerken en determinanten van het verlenen van mantelzorg weer. Daarnaast wordt ook de concurrentie van mantelzorg met steun en vrijwilligerswerk beschreven.

#### *Prevalentie*

- Hoeveel ouderen tussen 64 en 75 jaar verlenen mantelzorg, in welke vorm, aan wie, en verschilt dit in de tijd?

In 2005 verleent 31% van de 64-75-jarigen mantelzorg aan een naaste, maar dit percentage neemt bij de volgende waarnemingen af naar 24% in 2008 en 20% in 2011. Uit de multivariate analyses zal blijken dat dit een significante afname is over de tijd (OR = 0,62,  $p < 0,05$ , Tabel 2). Deze afname is zichtbaar in mantelzorg gegeven in alle relatietypen, variërend van partner, kinderen en familie, tot vrienden en/of burens (Tabel 1). Tabel 2 laat zien dat ook het geven van mantelzorg aan vrienden en/of burens significant afneemt over de tijd (Tabel 2, OR = 0,67,  $p < 0,05$ ).

De afname komt terug in beide typen van hulp, zowel in het geven van huishoudelijke hulp als in het geven van persoonlijke zorg. Bij huishoudelijke hulp is de daling van 22% in 2005 naar 14% in 2011, bij persoonlijke verzorging van 12% in 2005 naar 7% in 2011. Ook in uren loopt de inzet terug over de tijd, en we vinden deze afname bij alle relatietypen terug. Over het algemeen kunnen we concluderen dat het geven van mantelzorg bij nog geen kwart van de ouderen voorkomt, dat dit gemiddeld enkele uren per week beslaat en vooral hulp bij huishoudelijke taken betreft aan kinderen, familieleden en burens en vrienden.

#### *Determinanten*

- Welke typen determinanten hangen samen met het verlenen van mantelzorg in het algemeen, en met mantelzorg aan burens/vrienden in het bijzonder?

Mantelzorg wordt in het algemeen vaker verleend door vrouwen en jongere ouderen dan door mannen en oude ouderen (Tabel 2). Daarnaast zijn het degenen die parttime werken (tov niet werken), zich meer gezond voelen en betere fysieke capaciteiten hebben, maar ook meer depressieve klachten hebben en een lagere mastery rapporteren. Mogelijk zijn de depressie en lage mastery het gevolg van het geven van mantelzorg, dat is hieruit niet op

te maken. Opmerkelijk is dat de sociale context geen enkel verschil maakt, evenmin als het opleidingsniveau, kerkelijkheid en de zorgattitude. Belangrijke dimensies zijn hier dus niet de algemene overwegingen om te participeren noch de sociale context, maar vooral de capaciteiten (werk en gezondheid) die mantelzorg geven bevorderen.

Het geven van mantelzorg aan niet-familieleden laat een iets ander beeld zien; vooral partnerlozen geven deze vorm van hulp, waarbij een laag opleidingsniveau en meer contacten in de buurt van belang zijn. Opmerkelijk is dat sekse en gezondheid nu niet meer van belang zijn

#### *Concurrentie*

Het geven van mantelzorg hangt positief samen met het geven van instrumentele steun in het algemeen (Tabel 2). Dit is het geval voor mantelzorg in het algemeen (OR = 2,55,  $p < 0,01$ ) en voor mantelzorg aan niet-familieleden (OR = 2,51,  $P < 0,01$ ).

## 6. Resultaten instrumentele steun

Dit hoofdstuk geeft de prevalentie, kenmerken en determinanten van het geven van instrumentele steun weer. Daarnaast wordt ook de concurrentie met mantelzorg en vrijwilligerswerk beschreven.

#### *Prevalentie*

- Hoeveel ouderen tussen de 64 en 75 jaar geven instrumentele steun aan netwerkleden, aan welke relatietypen, en verschilt dit in de tijd?

Gemiddeld is de score op de gegeven instrumentele steun 0,97 in 2005, hetgeen aangeeft dat men zelden instrumentele steun geeft aan netwerkleden (0 = nooit, 3 = vaak). Op de twee andere waarnemingen is dit gemiddelde vergelijkbaar en het verschil over de tijd is dan ook niet significant (Tabel 3). De gegeven steun aan leden van het netwerk varieert naar relatietype (Tabel 1). Partners en kinderen ontvangen deze vorm van steun het vaakst, familieleden, burens en overige niet-familieleden veel minder vaak. Ook het geven van instrumentele steun aan burens of niet-familieleden is stabiel over de tijd (Tabel 2).

#### *Determinanten*

- Welke typen determinanten hangen samen met het geven van instrumentele steun in het algemeen, en aan burens en overige niet-familieleden in het bijzonder?

Het geven van instrumentele steun in het algemeen (Tabel 3) komt vaker voor bij mannen, jongeren, verbonden aan een (katholieke) geloofsgemeenschap, en in goede fysieke en mentale gezondheid. Ook hebben steungevers vaker een partner, kinderen in de nabijheid en frequent contact met veel burens. Opmerkelijk is hier dus het belang van het sociale netwerk, dat meer meetelt dan bij het vrijwilligerswerk en het geven van mantelzorg. Het geven van instrumentele steun aan burens wordt vaker gedaan door mannen, degenen die wat sterkere zorgnormen hebben, minder kinderen in de buurt hebben en/of meer contact hebben met burens. De overige determinanten lijken hier geen rol van betekenis te spelen.



Het geven van instrumentele steun aan overige niet-familieleden lijkt vooral bepaald door de werksituatie en de sociale situatie; men heeft part-time werk, minder kinderen in de nabijheid, minder contact met burens maar wel een groter netwerk.

#### *Concurrentie*

Het verlenen van mantelzorg ( $\beta = 0,23, p < 0,01$ ) en het geven van emotionele steun ( $\beta = 0,22, p < 0,01$ ) hangt positief samen met het geven van instrumentele steun.

## 7. Resultaten emotionele steun

Dit hoofdstuk geeft de prevalentie, kenmerken en determinanten van het geven van emotionele steun weer. Daarnaast wordt ook de concurrentie met vrijwilligerswerk en het geven van mantelzorg beschreven.

#### *Prevalentie*

- Hoeveel ouderen tussen de 64 en 75 jaar geven emotionele steun aan netwerkliden, aan welke relatietypen, en verschilt dit in de tijd?

In 2005 is de score van het geven van emotionele steun 1,86, hetgeen aangeeft dat men gemiddeld genomen zelden tot soms emotionele steun geeft aan netwerkliden. Op de twee andere waarnemingen is dit gemiddelde vergelijkbaar en het verschil over de tijd is dan ook niet significant (tabel 3). Partners ontvangen deze vorm van steun het vaakst, gevolgd door kinderen, familie, niet-familie (waaronder vrienden) en burens het minst vaak (Tabel 10). Tussen 2005 en 2011 is men gemiddeld genomen (nog) minder emotionele steun aan de burens gaan geven ( $\beta = -0,05, p < 0,05$ ), maar dit is dus niet het geval voor het geven van emotionele steun aan overige niet-familieleden.

#### *Determinanten*

- Welke typen determinanten hangen samen met het geven van emotionele steun in het algemeen, en aan burens en overige niet-familieleden in het bijzonder?

Het geven van emotionele steun in het algemeen hangt samen met sekse (vrouw), een hoog opleidingsniveau, het ontberen van een partner en minder contact met burens. Gezondheid en werkstatus speelt hierbij geen rol.

Het geven van emotionele steun aan burens vinden we ook vooral bij vrouwen, niet-kerkelijken (tov protestants/gereformeerd zijn), degenen met weinig kinderen in de buurt en veel contact met burens.

Het geven van emotionele steun aan overige niet-familieleden vinden we ook vooral terug bij vrouwen, ouderen met een hoger opleidingsniveau, ouderen die niet aan een kerk zijn verbonden, part-time of fulltime werkenden, en ouderen die over goede cognitieve vermogens beschikken. Daarnaast is het sociale netwerk van belang: degenen die een partner, kinderen in de buurt en buurcontacten ontberen, maar wel een groter sociaal netwerk hebben, geven meer emotionele steun aan dit type relaties.

### *Concurrentie*

Het geven van mantelzorg (beta = 0,06) hangt positief samen met het geven van emotionele steun in het algemeen, maar niet met het geven van emotionele steun aan burens of aan niet-familieleden. Het geven van instrumentele steun hangt positief samen met het geven van emotionele steun in het algemeen (beta = 0,20), aan burens (beta = 0,13) en aan overige niet-familieleden (beta = 0,08).

### 8. Conclusies en discussie

- Er is een toename in het aandeel 64-75-jarigen dat vrijwilligerswerk verleent tussen 2005 en 2012, hetgeen laat zien dat de betrokkenheid van ouderen in vrijwilligersorganisaties zeker niet tanende is. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat hun inzet gemiddeld maar enkele uren per week betreft en overwegend lijkt plaats te vinden in organisaties die een individueel belang dienen. De geringe tijdbesteding is mogelijk een verklaring voor het feit dat er geen concurrentie zichtbaar is met de andere vormen van hulpverlening. De toename in het aandeel vrijwilligers is om meerdere redenen een verheugende ontwikkeling. Ten eerste zullen organisaties en samenleving zeker gebaat zijn bij de inzet door deze ouderen. Ten tweede heeft de oudere hier zelf ook baat bij gegeven het feit dat actieve inzet in vrijwilligerswerk meer dan recreatieve en sociaal-culturele participatie een sterkere negatieve samenhang vertoont met eenzaamheid (Broese van Groenou 2007). Ten derde suggereren de resultaten dat men vrijwilligerswerk tot op hogere leeftijd kan volhouden dan voorheen. Een onderbouwing van deze laatste veronderstelling vereist echter cohort-sequentiële analyses die het beloop van vrijwilligerswerk in diverse geboortecohorten in kaart kunnen brengen (cf Broese van Groenou en van Tilburg 2012).
- Over de tijd is er een afname in het percentage 64-75-jarigen dat mantelzorg geeft. Dit suggereert dat zorgbehoevenden andere oplossingen hebben gevonden in de vorm van particulier of professioneel betaalde hulp. Het is ook mogelijk dat in de omgeving de zorg- en/of ondersteuningsbehoefte van de naaste minder groot is (bijv. door uitstel van de gezondheidsproblemen onder ouderen). Vaak is de mantelzorg in deze categorie gericht op zorg en ondersteuning voor de partner, en deze partner kan in 2012 vaker gezond zijn dan de partner van een oudere in 2005. Tijdens de onderzoeksperiode is in 2007 de huishoudelijke hulp overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. Het is ook mogelijk dat dit leidde tot een toename van professionele of (via een PGB) particulier betaalde hulp bij huishoudelijke taken en daarmee de noodzaak van het geven van mantelzorg verminderde.
- Andere onderzoeken wijzen op een toename in het geven van informele hulp door 65-plussers; gaf in 2004 nog 18% van de 65-plussers informele hulp, in 2012 is dat 24% (Kromhout et al. 2014: 135). Hierbij is echter een algemene definitie gebruikt van informele hulp, nl. 'Biedt u kosteloos hulp aan zieke of gehandicapte familieleden, vrienden of burens?'. Mensen met lichamelijke beperkingen rapporteren ook meer gebruik van informele zorg; van 27% in 2005 tot 40% in 2012 (Kromhout et al. 2014: 212). De LASA gegevens verschillen op twee aspecten met deze studies. Ten eerste, de definitie

van mantelzorg: In LASA vragen we naar het geven van hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging. Dat sluit de meer alledaagse vormen van hulp uit, zoals sociaal-emotionele hulp en begeleiding, die mogelijk wel bij Kromhout et al zijn omvat. Ten tweede geven de LASA-respondenten vooral mantelzorg aan partner, kinderen en anderen (en niet zozeer aan oude ouders), en een deel van deze ontvangers is mogelijk helemaal niet ziek en/of heeft geen lichamelijke beperkingen. We hebben geen informatie over de ontvangers van de hulp die de LASA-respondenten geven. Ook hebben we in deze analyses een andere leeftijdsgroep gebruikt (64-75-jarigen) dan Kromhout et al. (2014), al vonden zij in alle leeftijdscategorieën een toename. De LASA cijfers geven dus aan dat jonge ouderen minder hulp in het huishouden en/of de verzorging leveren aan hun naasten, maar dat we niet goed weten of er hierbij sprake is van hulp bij gezondheidsproblemen. Het feit dat de alledaagse steun niet afneemt, geeft aan dat de betrokkenheid in sociale relaties in ieder geval op peil blijft. Om meer uitsluitsel te krijgen over toe- of afname van mantelzorg zijn nauwkeurige en vergelijkbare definities van mantelzorg en de zorgontvangers cruciaal.

- De verschillende vormen van participatie vormen geen concurrentie voor elkaar, maar er is maar een klein percentage (17% in 2005 en 11% in 2012) dat vrijwilligerswerk en mantelzorg combineert. In andere studies is er echter veelal een positieve samenhang tussen vrijwilligerswerk en mantelzorg gevonden (Burr *et al.* 2005). Recent onderzoek in de Zweedse bevolking wijst op een toename in het aandeel 16-74-jarigen dat vrijwilligerswerk en mantelzorg combineerde (van 17% in 1992 tot 24% in 2009), terwijl het aandeel dat alleen vrijwilligerswerk deed afnam (van 33% naar 24%; Jelgerman & Jeppson Grassmann, 2013). Ook hier is de populatie niet dezelfde als in de LASA-studie, en is de definitie van mantelzorg bij LASA smaller dan in ander onderzoek. Omdat er geen concurrentie tussen beide vormen bestaat (in het LASA-materiaal) en omdat vrijwilligerswerk in deze leeftijdsgroep slechts enkele uren per week beslaat, zou het ook mogelijk kunnen zijn dat vrijwilligerswerk, mantelzorg en steunverlening in de toekomst wel vaker worden gecombineerd dan in de afgelopen jaren het geval was.
- De overlap in de profielen van de diverse vormen van hulpverlening is gering en beperkt zich tot een goede gezondheid. Verondersteld werd dat ouderen in sommige specifieke hulpvormen (vrijwilligerswerk met sociaal doel, mantelzorg en steun aan niet-familieleden) vergelijkbare profielen zouden hebben. Dit lijkt echter niet het geval. Vrijwilligerswerk is sterk verbonden aan opleiding en kerkelijke betrokkenheid, mantelzorg – naast de onderlinge betrokkenheid die maakt dat men begint met mantelzorgen - aan sekse, werklast/-druk en gezondheid, en steun aan de samenstelling van het sociaal netwerk.
- Participatie in een part-time of full-time baan blijkt niet van belang voor de inzet in vrijwilligerswerk of mantelzorg, terwijl het hebben van een baan zelfs positief samenhangt met het verlenen van instrumentele en emotionele steun aan niet-familieleden. Het ontbreken van een effect van werk op vrijwilligerswerk en mantelzorg zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat de werkstatus ook samenhangt met andere kenmerken, zoals sekse, opleidingsniveau en netwerkvang. Op deze leeftijd zijn werkenden vaak relatief hoog opgeleid, en hebben veelal grotere en meer diverse

netwerken dan niet-werkende ouderen. Voor degenen die op deze leeftijd in staat zijn te werken, vormt het werk blijkbaar geen belemmering voor het verrichten van vrijwilligerswerk en/of mantelzorg. Daarnaast blijkt dat het verrichten van werk op deze leeftijd zelfs positief uitwerkt op de relaties met netwerkleden buiten de familie, zoals collega's en vrienden.

- Het sociale netwerk is van groot belang voor het geven van hulp aan anderen. Dit geldt vooral voor het verrichten van vrijwilligerswerk (kerkelijke betrokkenheid) en het geven van steun aan anderen (het eigen sociaal netwerk). Deze resultaten onderschrijven het belang van een groot (kerkelijk en/of lokaal en/of divers) sociaal netwerk. Voor hulp in de buurt is het lokale netwerk van groot belang, voor hulp aan niet-familieleden is het hebben van een groot en niet-lokaal netwerk van belang.

## 9. Implicaties

- *Wie kunnen er nog meer hulp bieden?* Na de onderzoeksperiode is er vanaf 2015 sprake van het korten op Wmo-geïndiceerde huishoudelijke hulp of AWBZ-geïndiceerde persoonlijke zorg. Daartegenover staat dat persoonlijke verzorging en verpleging vanaf 1 jan. 2015 een aanspraak in de Zorgverzekeringswet wordt, waar je dus als verzekeringnemer/ verzekerde een beroep op kunt doen. Idealiter leidt dit tot een toename van het geven van mantelzorg en/of instrumentele hulp aan anderen met een meer ondersteunend karakter (bij dagelijkse levensverrichtingen en/of participatie). Dit zou kunnen leiden tot een toename van het ongeorganiseerd geven van mantelzorg (met een verschuiving naar hulp bij praktische hulp en sociale begeleiding) en/of instrumentele en emotionele hulp aan anderen. Uit de resultaten inzake de profielen van mantelzorgers kunnen we afleiden dat potentiële helpers dan vrouwen zijn in goede gezondheid, die in het algemeen veel instrumentele en emotionele hulp geven aan anderen. Mantelzorg/hulp aan buren en niet-familieleden zou vooral door alleenstaanden, lager opgeleiden, en degenen met een lokaal netwerk (kinderen, buren) of groot niet-lokaal netwerk (niet-familie) kunnen worden gedaan.
- *Wel of niet via een organisatie?* Er zijn meer ouderen die zich inzetten voor vrijwilligerswerk dan voor mantelzorg en alledaagse hulp aan niet-familieleden, hetgeen voor een deel verklaarbaar is vanuit het feit dat de betrokkenheid bij een bepaalde organisatie een eigen keuze is (vooral van hoger opgeleiden), en dat de inzet in vrijwilligerswerk niet al te veel tijd kost en gereguleerd kan plaatsvinden. Omdat het aandeel hoog opgeleiden onder de oudere generatie nog steeds toeneemt, is ook vanuit dat oogpunt een stijging in het aandeel vrijwilligers te verwachten. Daarbij geldt ook dat het lidmaatschap van een organisatie bijdraagt tot de kans gevraagd te worden om als vrijwilliger op te treden. Wil het aandeel helpenden onder ouderen nog groeien in de nabije toekomst, dan zal dat dus voor een deel via organisaties kunnen plaatsvinden. Buurtorganisaties, kerken, lokale welzijnsorganisaties, waaronder lokale buurtteams, zouden op zoek kunnen gaan naar potentiële hulpverleners met een 'helper'-profiel en hen expliciet kunnen vragen om hulp te bieden.

- *Georganiseerde mantelzorg?* Zonder dat er een formele organisatie aan te pas komt, kan georganiseerd hulpbieden ook plaatsvinden in het sociale netwerk van een hulpbehoevende. Kinderen van hulpbehoevende ouderen vormen vaak al met elkaar een georganiseerd zorgnetwerk. Onze resultaten laten zien dat ook andere leden van het sociaal netwerk kunnen bijspringen, en dat vooral onder oudere burens en niet-familieleden zich potentiële helpers kunnen bevinden. Mogelijk is een direct verzoek om hulp en het reguleren van het type en de uren hulp, net het zetje dat deze netwerkleden nodig hebben om een bijdrage te leveren aan de zorgverlening.

## 10. Referenties

Burr, A.J., Choi, N.G., Mutchler, J.E. & Caro, F.G. (2005). Caregiving and volunteering; Are private and public helping behaviors linked?. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 5, 247-256.

Broese Van Groenou, M.I. (2007). Deelname aan activiteiten. In T.G. van Tilburg & J. de Jong-Gierveld (Eds.), *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak* (pp. 60-64). Assen: Van Gorcum.

Broese Van Groenou, M.I. & Tilburg, T.G. van (2012). Six-year follow-up on volunteering in later life. *European Sociological Review*, 28(1), 1-11.

Canon van de Gerontologie:

[http://www.canongerontologie.nl/samenleving/sociale\\_participatie](http://www.canongerontologie.nl/samenleving/sociale_participatie)

Jelgermalm, M. & Jeppsson Grassman, E. (2013). Links between informal caregiving and volunteering in Sweden: a 17-year perspective. *European Journal of Social Work*, 16, 205-219.

Kromhout, M., Feijten, P., Vonk, F., de Klerk, M., Marangos, A.M., Mensink, W., den Draak, M., en De Boer, A. (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: SCP.

Suanet, B., Tilburg, T.G. van & Broese Van Groenou, M.I. (2013). Nonkin in older adults' personal networks: more important among later cohorts? *Journals of Gerontology Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 633-643.

Van Houwelingen, P., de Hart, J. & Dekker, P. (2011). Maatschappelijke en politieke participatie en betrokkenheid. In: R. Bijl, J. Boelhouwer, M. Cloin & E. Pommer, *De Sociale Staat van Nederland* (pg. 185-206). Den Haag: SCP.

VWS (2013) *Beleidsbrief mantelzorg*. Den Haag: Ministerie van VWS (DMO/SSO-3110260).

## Bijlage 1. Operationalisatie van de gebruikte concepten.

### **Vrijwilligerswerk;**

Vragen naar vrijwilligerswerk zijn opgenomen in het face-to-face interview. De respondent wordt gevraagd aan te geven of hij/zij lid is van een van de volgende typen vrijwilligerorganisatie: ouderenbond, vakbond, politieke partij, kerk of levensbeschouwelijke organisatie, buurtvereniging, vrouwenvereniging, organisatie voor hulpverlening aan ouderen of gehandicapten, organisatie met een maatschappelijk doel, patientenvereniging, zang-, muziek of toneelvereniging, hobbyvereniging, sportvereniging, anders. Indien de respondent lid is van minstens een organisatie, wordt voor elke organisatie gevraagd of men een bijeenkomst van deze organisatie bezoekt (nee, ja). Daarna wordt gevraagd of men bestuurlijk actief is voor een of meerdere van de verenigingen (nee, ja), en of men vrijwilligerswerk (werkzaamheden zoals koffiezetten of het organiseren van een activiteit) verricht voor een of meerdere van de verenigingen (nee, ja).

Vrijwilligerswerk in het algemeen: men is bestuurlijk actief en/of verricht vrijwilligerswerk in een of meerdere vrijwilligersorganisaties (0 = nee, 1 = ja)

Vrijwilligerswerk naar type organisatie: het bezoeken van een bijeenkomst van een vrijwilligersorganisatie met een politiek doel (ouderenbond, vakbond, politieke partij); met een sociaal doel (kerk, buurtvereniging, vrouwenvereniging, organisatie voor hulp aan ouderen en gehandicapten, organisatie met een maatschappelijk doel); met een individueel doel (zang-, muziek of toneelvereniging, hobbyvereniging, sportvereniging).

Antwoordcategorie bij elk type is 0 = nee, 1 = ja.

### **Mantelzorg verlenen;**

In de schriftelijke vragenlijst zijn twee vragen naar het geven van hulp aan anderen gesteld. De eerste luidt: 'Heeft u de afgelopen tijd onbetaald huishoudelijke hulp verleend aan iemand buiten uw eigen huishouden? Het gaat hierbij om hulp die regelmatig gegeven wordt. (het betreft: boodschappen doen, maaltijd verzorgen, poetsen, de was doen, afwassen, stofzuigen, klusjes in huis, vuilnis buiten zetten, de tuin verzorgen, bed opmaken/verschoneren). Indien ja, dan is doorgevraagd naar voor wie (partner, ouder, kind, broer/zus, kleinkind, ander familielid, buur, vriend/kennis, anders), gemiddeld aantal uur per week, en sinds wanneer de hulp gegeven wordt. Bij partner, ouder en kind is vermeld dat deze uitwonend moeten zijn.

De tweede vraag luidt: 'Heeft u de afgelopen tijd onbetaald persoonlijke hulp verleend aan iemand in uw eigen omgeving? Het gaat hierbij om hulp die regelmatig gegeven wordt. (het betreft: wassen, aan- en uitkleden, gaan zitten en opstaan, eten en drinken, toiletbezoek, traplopen, verplaatsen binnens/buitenshuis, medicijnen innemen, verbinden ed). Indien ja, dan is doorgevraagd naar voor wie (partner, ouder inwonend, ouder uitwonend, kind inwonend, kind uitwonend, andere huisgenoot, broer/zus, kleinkind, ander familielid, buur, vriend/kennis, anders), gemiddeld aantal uur per week, en sinds wanneer de hulp gegeven wordt.

Mantelzorg verlenen (0 = nee, 1 = ja) is geteld als men op minstens een van beide vragen een ja heeft gegeven. In tabel 1 is ook een onderscheid gemaakt naar type hulp (huishoudelijke hulp, persoonlijke hulp) en is (per type hulp) beschreven hoeveel uur per week men hulp biedt (een totaalscore) en aan hoeveel verschillende typen relaties men hulp biedt (totaalscore).

Mantelzorg verlenen aan niet-familieleden (0 = nee, 1 = ja) is geteld als men op minstens een van beide hulpvragen heeft aangegeven hulp te geven aan een buur, vriend/kennis of een ander relatietype.

Combinatie van vrijwilligerswerk en mantelzorg (0 = nee, 1 = ja): Indien men vrijwilligerswerk verricht EN mantelzorg verleent.

### **Geven van instrumentele en emotionele steun**

In het face-to-face interview wordt in kaart gebracht wie er tot het sociale netwerk wordt gerekend. Voor 6 relatietypen (kind, broers/zussen, overige familie, buurtgenoten, mensen van werk en organisaties, vriend/kennis) wordt gevraagd namen te noemen van degenen met wie men regelmatig contact heeft en die men belangrijk vindt. Huisgenoten worden altijd in het netwerk opgenomen. Voor de geïdentificeerde personen wordt sekse en contactfrequentie nagevraagd. Voor de top-9 met de hoogste contactfrequentie worden vier vragen gesteld naar het geven/krijgen van instrumentele en emotionele steun. De vragen naar geven van steun luiden:

‘Heeft u .... (persoon X) in de afgelopen 12 maanden geholpen bij praktische klussen in en rond het huis?’, en

‘Heeft ..... (persoon X) in de afgelopen 12 maanden over zijn of haar persoonlijke problemen met u gesproken?’ antwoordcategorieën zijn 0 = nooit, 1 = zelden, 2 = soms, 3 = vaak.

In deze studie zijn gebruikt: de gemiddelde gegeven steun aan alle (max) 9 relaties (0-3), de gemiddelde gegeven steun aan alle genoemde burens (0-3), en de gemiddelde gegeven steun aan alle overige niet-familieleden (0-3). Ook is voor de beschrijvende statistiek de gemiddelde gegeven steun voor vijf relatietypen bepaald (partner, kind, familie, burens en overig) en is het totaal aantal relaties naar type bepaald (aantal relaties met kinderen, bijvoorbeeld).

### **Persoonskenmerken**

Opleidingsniveau is gemeten als de hoogst behaalde opleiding, afgesloten met een diploma. Deze is verdeeld in drie groepen: laag, midden, en hoog, waarbij respondenten zonder afgeronde opleiding, of slechts afgerond basisonderwijs werden gecodeerd als laag opgeleid, respondenten met een vorm van middelbaar onderwijs (o.a. MAVO, MBO, HAVO, VWO) werden gecodeerd als middel opgeleid, en respondenten met een afgeronde HBO, of universitaire studie werden gecodeerd als hoog opgeleid.

Respondenten is gevraagd of ze zich rekenen tot een bepaalde kerk of levensbeschouwelijke stroming. Op basis van deze vraag is een driedeling gemaakt: 0 = geen geloof of anders dan protestants of katholiek, 1 = protestant/gereformeerd en 3 = katholiek.

Informele zorgattitude: In de schriftelijke vragenlijst zijn 2 items gesteld over het krijgen van hulp van kinderen, familie, en bureu: "Als ouderen hulp nodig hebben bij de persoonlijke verzorging, moeten ze op hun kinderen, familie of bureu kunnen rekenen", en "Als je tijdelijke hulp nodig hebt, moet je een beroep kunnen doen op je kinderen, familie of bureu". Antwoordcategorieën verlopen van 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens. De scores op de twee items zijn opgeteld (2-10), een hogere score geeft een sterke voorkeur voor informele zorg aan.

Participatie in betaalde arbeid: in het face-to-face interview is de vraag gesteld naar het hebben van betaald werk (0,1), waarna de vraag volgde over hoeveel uren per week men werkt. We hebben een onderverdeling gemaakt naar 0 = geen werk, 1 = part-time werk (0 tot 23 uur per week) en 2 = full-time werk (24 uur per week of meer).

Subjectieve gezondheid is het antwoord op de vraag "Hoe ervaart u in het algemeen uw gezondheid? Antwoord categorieën zijn 1 = uitstekend, 2 = zeer goed, 3 = niet goed/niet slecht, 4 = slecht, 5 = zeer slecht. Deze vraag is gesteld in het face-to-face interview.

Lichamelijke capaciteiten: Tijdens het face-to-face interview werd respondenten gevraagd of zij de volgende activiteiten konden uitvoeren, en zo ja, of zij daar moeite bij hadden of er hulp bij nodig hadden: een trap van 15 treden op/af lopen, het openbaar vervoer gebruiken, teennagels knippen, aan- en uitkleden, gaan zitten en weer opstaan uit een stoel, en buitenshuis wandelen gedurende 5 minuten zonder te moeten stoppen. De volgende antwoordcategorieën werden hierbij onderscheiden: 1 = nee, 2 = alleen met hulp, 3 = ja, met veel moeite, 4 = ja, met enige moeite, 5 = ja, zonder moeite. Na sommatie verloopt de totaalscore van 6 tot 30, waarbij een hogere score staat voor betere lichamelijke capaciteiten.

Algemeen cognitief functioneren werd gemeten met de Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al. 1975). De MMSE bestaat uit 20 cognitieve taken die het functioneren op verschillende cognitieve domeinen meten, zoals oriëntatie in tijd, oriëntatie op plaats, aandacht en rekenvermogen. In totaal kunnen respondent een score behalen tussen de 0 en 30, waarbij een hogere score een beter cognitief functioneren aangeeft.

De aanwezigheid van symptomen van depressie werd gemeten met de Center for Epidemiologic Studies – Depression scale (CES-D) (Radloff 1977). De schaal bestaat uit 20 items die nagaan van welke specifieke symptomen respondenten in de voorafgaande week last hebben gehad. Antwoordmogelijkheden lopen van 'zelden of nooit' tot 'vaak of altijd', op een 4-puntschaal. De totale score over de 20 items ligt tussen de 0 en 60, waarbij een hogere score aangeeft dat respondenten een hogere mate van depressieve symptomen ervaren.

'Sense of mastery' werd bepaald met een verkorte 5-item versie van de Pearlin Mastery Scale (Pearlin en Schooler 1978). Deze schaal bestaat uit enkele items in de vorm van stellingen die gerelateerd zijn aan de mate van controle die respondenten ervaren in hun



leven (bijvoorbeeld: "Ik heb weinig invloed op de dingen die me gebeuren").  
Antwoordcategorieën variëren van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens' op een 5-punt schaal. Respondenten krijgen een totaalscore (van 5 tot 25) die is gebaseerd op de som van de score van de antwoorden op elk van de afzonderlijke items, waarbij een hogere score aangeeft dat iemand meer regie over het eigen leven ervaart.

Partnerstatus betref het wel of niet hebben van een relatie met een partner (0,1).

Netwerkomvang is het totaal aantal personen genoemd bij de identificatie van het sociaal netwerk. Personen in het netwerk zijn personen die belangrijk zijn voor de respondent, en waarmee de respondent regelmatig contact heeft. De totaalscore loopt van 0 tot 67.

Het aantal kinderen in de buurt werd bepaald door alle kinderen te tellen die in de top-9 van meest frequente contacten werden genoemd door de respondent, en die binnen 10 minuten reistijd van de respondent wonen.

Het aantal burenen met frequent contact is bepaald door het aantal burenen, zoals geïdentificeerd in het sociale netwerk, te tellen met wie men minstens wekelijks contact heeft.

Meting: deze variabele geeft de wave aan, 1 = 2005/06, 2 = 2008/09 en 3 = 2011/12.

### **Analyseprocedure**

Voor elk der waves (2005/06, 2008/09 en 2011/12) is een selectie gemaakt van de respondenten in de leeftijd van 64 tot 75 jaar, die zelfstandig wonen. Voor elke wave zijn frequentieverdelingen gebruikt om een beschrijving van alle variabelen te geven (Tabel 1). Vervolgens zijn de bestanden gepooled. Voor de vijf dichotome afhankelijke variabelen (vrijwilligerswerk, bezoeken organisatie met sociaal doel, mantelzorg geven, mantelzorg geven aan niet-familieleden, en combinatie van mantelzorg en vrijwilligerswerk verlenen) zijn multilevel, multivariate logistische regressieanalyses uitgevoerd (Tabel 2). Voor de zes continue variabelen (instrumentele steun geven in het algemeen, aan burenen, en aan vrienden/kennissen; idem voor emotionele steun geven) zijn multilevel, multivariate lineaire regressieanalyses uitgevoerd (Tabel 3).

Tabel 1. Vormen van sociale participatie door ouderen in de leeftijd van 64 tot 75 jaar in 2005-2006, 2008-2009 en 2011-2012: verrichten vrijwilligerswerk, verlenen mantelzorg, en het geven van instrumentele en emotionele steun aan anderen

Verrichten vrijwilligerswerk / mantelzorg /instrumentele steun	T1: 2005-2006 (N=714)			T2: 2008-2009 (N=653)			T3: 2011-2012 (N=667)		
	%	M(range)	SD	%	M (range)	SD	%	M (range)	SD
Geslacht	52			51			52		
Leeftijd		69,03 (64-75)	4,23		69,19 (64-75)	4,00		69,15 (64-75)	3,16
Vrijwilligerswerk (ja)	46			52			56		
Mantelzorg (ja)	31			24			20		
Vrijwilligerswerk en mantelzorg (ja)	17			14			11		
Geven instrumentele steun (gemiddelde frequentie)		0,93 (0-3)	0,68		0,93 (0-3)	0,63		0,95 (0-3)	0,94
Geven emotionele steun (gemiddelde frequentie)		1,83 (0-3)	0,63		1,86 (0-3)	0,62		1,82 (0-3)	0,62
<i>Kenmerken vrijwilligerswerk</i>									
Uren per week vrijwilligerswerk (indien ja) <sup>1</sup>		2,61 (0,5-44)	5,39		2,58 (0,33-55)	5,66		2,26 (0,5-60)	5,01
Lid zijn vrijwilligerswerk domeinen (het aantal domeinen)		2,01 (0-9)	1,62		2,00 (0-7)	1,56		2,01 (0-7)	1,59
Bezoeken organisaties politiek belang (ja)	20			22			18		
Bezoeken organisaties sociaal belang (ja)	34			37			34		
Bezoeken organisaties individueel belang (ja)	46			47			53		
<i>Kenmerken mantelzorg</i>									
Mantelzorg type hulp									
huishoudelijke hulp (ja)	23			19			14		
persoonlijke verzorging (ja)	12			9			7		
Uren per week mantelzorg (indien ja)									
huishoudelijke hulp <sup>2</sup>		8,06 (0,5-67)	9,94		5,15 (0,5-56)	7,05		5,60 (0,5-40)	7,13
persoonlijke verzorging <sup>3</sup>		11,41 (0,5-168)	25,78		10,74 (0,5-84)	14,97		13,88 (0,5-168)	25,54
Maantelzorg aantal relaties									
huishoudelijke hulp		0,39 (0-7)	0,86		0,24 (0-3)	0,55		0,19 (0-7)	0,58

persoonlijke verzorging		0,16 (0-4)	0,49		0,11 (0-4)	0,37		0,09 (0-6)	0,37
Mantelzorg relatietype									
partner (ja)	9			5			5		
ouders (ja)	3			1			1		
kind (ja)	10			7			7		
familie (ja)	12			8			5		
buren en/of vrienden (ja)	12			9			6		
<i>Kenmerken gegeven instrumentele steun</i>									
Geven instrumentele steun naar relatietype (gemiddeld, eerste 9 van de ranking)									
partner		2,10 (0-3)	1,30		2,08 (0-3)	1,27		2,02 (0-3)	1,30
kind		1,22 (0-3)	0,99		1,22 (0-3)	1,01		1,28 (0-3)	0,97
familie		0,50 (0-3)	0,81		0,54 (0-3)	0,80		0,56 (0-3)	0,82
buren		0,54 (0-3)	0,82		0,51 (0-3)	0,78		0,47 (0-3)	0,76
overige		0,52 (0-3)	0,80		0,55 (0-3)	0,80		0,54(0-3)	0,78
Geven emotionele steun naar relatietype (gemiddeld, eerste 9 van de ranking)									
partner		2,07 (0-3)	1,26		2,09 (0-3)	1,23		2,03 (0-3)	1,26
kind		1,83 (0-3)	0,98		1,81 (0-3)	1,00		1,80 (0-3)	0,96
familie		1,32 (0-3)	1,16		1,35 (0-3)	1,17		1,36 (0-3)	1,12
buren		0,99 (0-3)	1,03		0,95 (0-3)	1,04		0,85 (0-3)	1,01
overige		1,35 (0-3)	1,08		1,46 (0-3)	1,03		1,40 (0-3)	1,10
Aantal relatietypen per respondent (totaal)									
partner		0,78 (0-1)	0,41		0,79 (0-1)	0,41		0,77 (0-1)	0,42
kind		3,91 (0-19)	2,66		3,5 (0-14)	2,34		3,45(0-15)	2,26
familie		5,18 (0-29)	4,45		5,07 (0-32)	4,54		4,62 (0-26)	3,87
buren		2,31 (0-16)	2,46		2,18 (0-19)	2,33		2,00 (0-20)	2,31
overige		5,91 (0-50)	5,46		5,96 (0-41)	5,48		6,10 (0-36)	5,64

<sup>1</sup> deze kenmerken zijn gecorrigeerd op het overall gemiddelde voor deze groep: leeftijd (69,0143) en geslacht (50 % vrouwen)

<sup>2</sup> deze kenmerken zijn gecorrigeerd op het overall gemiddelde voor deze groep: leeftijd (68,6423) en geslacht (57 % vrouwen)

<sup>3</sup> deze kenmerken zijn gecorrigeerd op het overall gemiddelde voor deze groep: leeftijd (68,8954) en geslacht (55 % vrouwen)

Tabel 2. Trends in verrichten van vrijwilligerswerk en mantelzorg: Resultaten van multilevel logistische regressie analyse

	Range*	Vrijwilligerswerk (ja/nee)	Bezoeken vw. org met een sociaal doel (ja/nee)	Mantelzorg (ja/nee)	Mantelzorg aan niet- familieleden (ja/nee)	Mantelzorg EN vw (ja nee)
		OR	OR	OR	OR	OR
Meting	1-3	1,59***	0,96	0,62***	0,67**	0,74**
Vrijwilligerswerk (ja)	0 of 1	-	-	1,25	1,32	-
Mantelzorg (ja)	0 of 1	1,34	1,06	-	-	-
Instrumentele steun (alg.)	0-3	0,91	1,31+	2,55***	2,51***	1,93***
Emotionele steun (alg.)	0-3	0,99	1,05	1,27+	1,25	1,07
<b>Overwegingen</b>						
Geslacht (vrouw)	0 of 1	0,58+	3,73***	1,60*	1,11	1,35
Leeftijd	60-75	0,93*	1,01	0,96+	0,99	0,95
Opleiding						
basis	0 of 1	ref	ref	ref	ref	ref
mavo-havo-mbo	0 of 1	2,15*	1,81+	1,01	0,87	1,68+
vwo-hbo-wo	0 of 1	4,60***	1,71	0,63	0,46*	1,26
Kerk						
geen	0 of 1	ref	ref	ref	ref	ref
protestants/gereformeerd	0 of 1	10,03***	7,96***	0,93	0,81	1,85*
katholiek	0 of 1	2,93**	1,97*	1,24	1,04	1,81*
Informele zorgattitude <sup>1</sup>	2-10	0,89*	0,89*	1,01	1,08	0,96
<b>Capaciteiten</b>						
Participatie in betaalde arbeid						
geen werk	0 of 1	ref	ref	ref	ref	ref
werk (0-23 uur per week)	0 of 1	0,94	1,24	1,56+	1,21	1,33
werk (meer dan 24 uur)	0 of 1	0,68	0,53	0,52	0,86	0,53
Subjectieve gezondheid <sup>2</sup>	1-5	0,94	1,01	0,67***	0,92	0,77+
Lichamelijke capaciteiten <sup>3</sup>	6-30	1,15**	1,09*	1,07*	1,08	1,12*
MMSE-score <sup>3</sup>	13-30	1,15*	1,17**	1,03	0,94	1,09
Depressie <sup>4</sup>	0-49	0,96*	0,97	1,03+	0,98	1,00

Mastery <sup>5</sup>	5-25	0,96	0,91**	0,93*	0,93*	0,89**
<b>Sociale context</b>						
Partner (ja)	0 of 1	0,58+	0,99	1,03	0,49*	0,78
Aantal kinderen in nabijheid (<10 min)	0-8	0,95	1,03	1,04	0,91	1,04
Aantal buren met frequent contact	0-15	1,06	0,98	1,03	1,16*	1,00
Netwerk grootte	0-67	1,06***	1,05***	1,01	1,00	1,03**

<sup>4</sup> geldt ook voor tabel 3; <sup>1</sup> van zwakke naar sterke voorkeur voor informele zorg; <sup>2</sup> 1 is goed, 5 is slecht; <sup>3</sup> hogere score – betere gezondheid; <sup>4</sup> hogere score-meer depressie; <sup>5</sup> hogere score – hoger mastery;

+ p < 0,10; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Tabel 3. Trends in verlenen van instrumentele en emotionele steun aan netwerkleden: Resultaten multilevel lineaire regressie analyse.

	Instrumentele steun geven			Emotionele steun geven		
	algemeen (0-3)	buren (0-3)	Overig niet- familie (0-3)	algemeen (0-3)	buren (0-3)	overig niet- familie (0-3)
	B	B	B	B	B	B
Meting	0,02	-0,02	0,01	-0,01	-0,05*	0,00
Vrijwilligerswerk (ja)	-0,01	0,05	0,10*	0,01	0,06	0,09+
Mantelzorg (ja)	0,23***	0,14***	0,16***	0,06*	0,05	0,09
Instrumentele steun (alg.)	-	-	-	0,20***	0,13***	0,08*
Emotionele steun (alg.)	0,22***	0,20***	0,18***	-	-	-
<b>Overwegingen</b>						
Geslacht (vrouw)	-0,40***	-0,26***	-0,40***	0,36***	0,27***	0,34***
Leeftijd	-0,01**	0,00	0,00	-0,01	0,01	-0,01+
Opleiding						
basis	ref	ref	ref	ref	ref	ref
mavo-havo-mbo	0,06	0,07	0,01	0,05	0,03	0,12+
vwo-hbo-wo	0,00	0,00	-0,04	0,20***	0,00	0,31***
Kerk						
geen	ref	ref	ref	ref	ref	ref
protestants/gereformeerd	0,04	0,00	-0,08+	0,01	-0,12+	-0,11+
katholiek	0,09*	0,05	-0,07	-0,02	0,05	-0,13*
Informele zorgattitude <sup>1</sup>	0,00	0,02*	0,00	0,00	0,02	-0,01
<b>Capaciteiten</b>						
Participatie in betaalde arbeid						
geen werk	ref	ref	ref	ref	ref	ref
werk (0-23 uur per week)	0,03	-0,07	0,14**	0,00	0,04	0,14+
werk (meer dan 24 uur)	-0,01	-0,12	0,15+	-0,05	-0,04	0,23*
Subjectieve gezondheid <sup>2</sup>	-0,01	0,00	0,02	-0,01	0,00	-0,02
Lichamelijke capaciteiten <sup>3</sup>	0,02***	0,01	0,01	0,00	-0,01	-0,02

MMSE-score <sup>3</sup>	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,03*
Depressie <sup>4</sup>	0,01*	0,00	0,01*	0,00	0,00	0,01
Mastery <sup>5</sup>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,01
<b>Sociale context</b>						
Partner (ja)	0,11**	0,01	-0,08	-0,07+	-0,06	-0,32***
Aantal kinderen in nabijheid (<10 min)	0,05***	-0,03*	-0,04**	-0,01	-0,04*	-0,07***
Aantal buren met frequent contact	0,02*	0,12***	-0,02*	-0,03***	0,20***	-0,10***
Netwerk grootte	0,00	0,00	0,01**	0,00	0,00	0,01***

<sup>1</sup> van zwakke naar sterke voorkeur voor informele zorg; <sup>2</sup> 1 is goed, 5 is slecht; <sup>3</sup> hogere score – betere gezondheid; <sup>4</sup> hogere score-meer depressie; <sup>5</sup> hogere score – hoger mastery; + p < 0,10; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.