

## De invloed van afstand op zorg

*Hoe beïnvloedt de afstand tot volwassen kinderen de hoeveelheid zorg die ouderen ontvangen?*



Erik Prinsen

S2591405

Rijksuniversiteit Groningen

Sociale Geografie & Planologie

## Samenvatting:

In dit onderzoek is het effect van afstand van ouders tot hun volwassen kinderen, op het aantal uren zorg die deze ouderen ontvangen onderzocht. Ook is gekeken naar de invloed van socio-demografische kenmerken van ouderen op deze afstand, en het aantal uren ontvangen zorg. Bij deze zorg is onderscheid gemaakt tussen formele zorg (professionele) en informele zorg (door bijvoorbeeld vrienden, buren of kinderen). Een vragenlijst uitgezet in het Groninger Panel is gebruikt voor het verzamelen van de data. Bij het analyseren van de data is gebruik gemaakt van meervoudige lineaire regressies. De resultaten geven weer dat de afstand tot kinderen geen significant effect heeft op het aantal uren ontvangen zorg. Wel tonen de andere onafhankelijke variabelen enkele effecten op de ontvangen zorg en de afstand tussen ouderen en hun kinderen. Opleiding en het wonen in plattelands of krimpregio's leiden tot meer uren ontvangen zorg. Inkomen, opleiding en het wonen in een krimpregio leiden tot een grotere afstand tussen ouderen en hun kinderen. Meer kinderen en een slechtere perceptie van de gezondheid leiden tot een verkleining van deze afstand.

## Inhoudsopgave:

<b>Samenvatting</b> -----	2
<b>Introductie</b> -----	4
Achtergrond	4
Onderzoeksvragen	5
Structuur	6
<b>Theoretisch kader</b> -----	6
Conceptueel model	8
Hypotheses	8
<b>Methodologie</b> -----	10
Data verzameling	10
Ethische overwegingen	11
Vorbereiding van de data	11
Cases na voorwaarden	12
Analyse	14
<b>Resultaten</b> -----	14
Beschrijvende statistiek	14
Verklarende statistiek	16
<b>Conclusie</b> -----	19
Reflectie	20
<b>Literatuurlijst</b> -----	22
<b>Bijlagen</b> -----	24

## Introductie:

### **Achtergrond**

Het nieuwe beleid van de Nederlandse overheid, net als in vele geïndustrialiseerde landen die sinds de jaren '70 vergrijzen (Smith, 1998), stuurt aan op zelfredzaamheid onder ouderen en beveelt ouderen aan eerst te zoeken naar informele zorg, alvorens formele zorg te zoeken (Sadiraj, 2009). Deze informele zorg zal waarschijnlijk voor een groot deel opgevangen worden door familie van ouderen. Voornamelijk kinderen zullen hier een grote rol in spelen, maar ook andere contacten zoals vrienden, burens en vrijwilligers (Dykstra & Tilburg, 1995; Kalmijn & Saraceno, 2008; McPherson, 1990, als geciteerd in: Smith, 1998; Sadiraj, 2009; Shanas, 1979; Seeman & Berkman, 1988; Silverstein & Bengtson, 1994, als geciteerd in: Smith, 1998). Deze opvang door kinderen lijkt echter steeds lastiger te worden sinds de zogenaamde 'tweede demografische transitie'. Dit is het geval omdat deze transitie zich typeert door minder kinderen als gevolg van meer gezinsplanning en de beschikbaarheid van anti-conceptie middelen, later trouwen, en vaak ook niet trouwen (Van de Kaa, 1987). Eveneens neemt de levensverwachting toe, leidend tot meer ouderen die verzorgd dienen te worden door een proportioneel steeds kleiner wordende populatie. Van een bevolkingspiramide, beweegt Nederland zich dus zoals veel geïndustrialiseerde landen richting een 'bevolkingsrechthoek' (Bengtson, 2001, p. 5). De grijze demografische druk is dan ook nog nooit eerder zo hoog geweest met 30,6% in 2016, tegenover 14% in 1950, en 20,8% in 1990 (CBS Statline, 2017).

Tegelijkertijd wordt deze jongere verzorgende populatie niet alleen steeds kleiner ten opzichte van de oudere populatie, ook worden in de literatuur redenen aangevoerd voor de verminderde beschikbaarheid om voor hun oudere ouders te zorgen. Dit komt doordat sinds de tweede demografische transitie en de veranderingen en mogelijkheden die hierdoor gecreëerd zijn, de nadruk meer op de ontwikkeling van het individu is komen te liggen, dan op het gezin (Van de Kaa, 1987). Dit is onder andere terug te zien in een hogere participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt, meer scheidingen, maar ook de verhoogde residentiele mobiliteit onder kinderen, en de daarmee samengaande grotere afstand tot hun ouders (Hank, 2007; Sadiraj, 2009; Warnes, 1984; DeWit & Frankel, 1988; Rogerson et al., 1993; Lin & Rogerson, 1995, als geciteerd in: Smith, 1998). Deze grotere afstand zou een effect kunnen hebben op de mate waarin deze kinderen zorg kunnen bieden aan hun ouders. Zo zou door een verdere afstand en grotere reistijd, het aantal keren dat informele zorg geboden kan worden af kunnen nemen, net als het aantal uren zorg dat per keer kan worden geboden. Dit effect wordt ook geregistreerd in eerder onderzoek (Dykstra & Tilburg, 1995; Hank, 2007; Silverstein & Litwak, 1993; Silverstein, 1995). Dit zou op zijn beurt kunnen leiden tot een lager aanbod van informele zorg, terwijl de vraag hiernaar in de toekomst juist zal stijgen.

Onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau berekent dat er in 2030 een verhoging van 8% is in het absolute aantal ontvangenden van informele zorg en hulp, en een verhoging van 5% in het absoluut aantal verlenenden hiervan. Echter stuurt de overheid ook aan op een verhoogde arbeidsparticipatie in de toekomst als compensatie voor de kleinere beroepsbevolking. Wanneer beide partners naar aanleiding hiervan zouden kiezen om meer te werken, zou dit kunnen leiden tot een verlaging van 10% in het aantal beschikbare informele zorgverleners (Sadiraj, 2009). Rubin (2015) toont eveneens een significant negatief verband tussen het aantal uren die op het werk door worden gebracht, en de hoeveelheid contact tussen kinderen en hun oudere ouders. Verdere toekomstige beleidsmaatregelen gericht op de veranderende bevolkingssamenstelling zouden dus ook nog het aanbod van informele zorgverleners kunnen beïnvloeden.

Tijden waarin ouders op oudere leeftijd bij hun kinderen in kwamen te wonen en door hen verzorgd werden lijken dus voorbij. Dit gebruik is nog meer aan de orde in Zuid-Europa, maar in Noord-Europa blijkt zorg al niet vaak meer gedragen te worden door de kinderen, en is irreguliere hulp meer voorkomend (Brandt, 2009; Hank, 2007; Kalmijn & Saraceno, 2008). Maar Zuid-Europa lijkt ook langzaam over te gaan naar een model dat meer is gericht op informele hulp en minder intensieve zorg gedragen door de kinderen, en een grotere afstand tussen de generaties (Da Roit, 2007). Bengston (2001) schetst zes verschillende dimensies van intergenerationale solidariteit: affectief (beoordeling relaties), associatief (type en frequentie contact) consensueel (overeenkomst in meningen, normen en waarden), functioneel (geven en nemen van hulp), normatief (verwachtingen van verplichtingen tussen ouders en kind) en structureel (de kansen voor interactie, of afstand tussen familieleden). In dit onderzoek zal gekeken worden naar de relaties tussen twee van deze dimensies. Namelijk naar die tussen de structurele dimensie en de functionele dimensie.

De wereld globaliseert steeds verder en de nadruk komt steeds meer op de ontwikkeling van het individu te liggen, in plaats van op het collectief. Dit leidt er toe dat kinderen vaak verder van hun ouders zullen wonen, door bijvoorbeeld het vinden van een baan, partner of een andere kans elders. Dit zou ten koste kunnen gaan van de informele zorg die kinderen hun ouders kunnen bieden. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat wanneer ouderen minder informele zorg ontvangen, of hiervoor formele zorg in de plaats nemen, zij vaak een hogere interesse hebben om zich te verplaatsen naar een ouderen of verzorgingstehuis in plaats van zelfstandig te blijven wonen (Bernadina & Steverink, 2001). De vraag is of deze grotere ruimtelijke scheiding zal resulteren in een vermindering van informele zorg voor ouderen, of dat deze hoeveelheid onaangetast blijft.

## Onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om te kijken hoe afstand tussen ouders en hun volwassen kinderen invloed heeft op de hoeveelheid zorg die zij ontvangen, voor zowel formele als informele zorg en de verhouding hiertussen. Tevens wordt er gekeken naar socio-demografische kenmerken van de respondenten, en of deze bijdragen aan deze afstand en het aantal uren zorg. De hoofdvraag en deelvragen luiden als volgt:

*Wat is het effect van de geografisch afstand van kinderen tot hun oudere ouders, op de hoeveelheid formele en informele zorg die deze ouders ontvangen en de verhouding hiertussen? En hoe dragen socio-demografische kenmerken hieraan bij?*

*- Wat is de invloed van de afstand van volwassen kinderen tot hun oudere ouders op het aantal uren formele en informele zorg die deze ouders ontvangen, en op de verhouding hiertussen?*

*- Wat zijn de effecten van socio-demografische kenmerken van ouderen op het aantal uren formele en informele zorg die zij ontvangen, en op de verhouding hiertussen?*

*- Wat zijn de effecten van socio-demografische kenmerken van ouderen op de afstand die hun kinderen bij hen vandaan wonen?*

## Structuur

In de volgende delen van dit onderzoek zal de literatuur over dit onderwerp en de academische relevantie besproken worden. Tevens zal een conceptueel model getoond worden wat schematisch de verwachte relatie tussen de factoren weergeeft. Gebaseerd op de literatuur en op dit model zullen vervolgens de hypothesen gesteld worden.

Hierna volgt de methodologie van het onderzoek. Er wordt getoond hoe de data is verzameld en voorbereid voor analyse, hoe de analyse is verlopen en wat de resultaten zijn. Deze resultaten samen met eventuele verbeterpunten en advies voor verder onderzoek zullen kort worden samengevat in de conclusie van en reflectie op het onderzoek.

## Theoretisch kader:

Met de komst van industrialisatie en urbanisatie, hebben sociologen voorspeld dat de rol van de familie zou verminderen, en de taken hierdoor vervuld, over zouden worden genomen door formele organisaties. Dit werd door Parsons (1943, als geciteerd in Hank, 2007) de 'isolated nuclear family' genoemd. Tegenstanders van deze voorspellingen waren het eens met het idee dat de familie door verhoogde mobiliteit meer verspreid was geraakt, maar beweerden dat ondanks, de solidariteit en uitwisseling van diensten en hulp konden worden behouden (Silverstein & Litwak, 1993). Litwak (1960 als geciteerd in: Hank, 2007) noemde dit zijn 'modified extended family model'.

Waar vroeger ouderen vaak bij familie in gingen wonen en door hen verzorgd werden, wonen zij tegenwoordig vaker alleen, en langer zelfstandig. Dit prefereren zij zelf ook zolang zij hier fysiek en financieel toe in staat zijn (Avery et al., 1989). Om dit te realiseren hebben vele ouderen echter toch hulp nodig, die vaak verricht wordt door burens en vrienden, maar vooral door kinderen (Dykstra & Tilburg, 1995; Kalmijn & Saraceno, 2008). Deze intergenerationele relatie is dus zeer van belang voor het ontvangen van informele zorg. Ook ervaren ouderen met sterke banden met hun kinderen een hoger niveau van levenskwaliteit en geluk (Connidis & McMullin, 1992, als geciteerd in Smith, 1998).

Eerder onderzoek toont dat de afstand tussen ouderen en kinderen vaak afneemt wanneer de leeftijd van ouderen stijgt en hun gezondheid afneemt. De ontvangen hulp neemt vervolgens toe (Grundy, 2005; Hank, 2007; Kalmijn & Saraceno, 2008; Silverstein, 1995). Eerder onderzoek bevestigt dan ook dat geografische nabijheid de mogelijkheid om hulp en zorg te krijgen bevordert (Dykstra & Tilburg, 1995; Hank, 2007; Silverstein & Litwak, 1993; Silverstein, 1995), of toont een sterk negatieve correlatie tussen deze afstand en de hoeveelheid contact tussen ouders en kinderen (Rubin, 2015). Er is echter verschil in effect voor verschillende soorten hulp en zorg. Een grotere afstand tussen ouder en kind heeft vooral een negatief effect op hulp met het huishouden, en een zwakker negatief effect op emotionele steun. Een verklaring hiervoor is de aanwezigheid van nieuwe reis en communicatietechnologie (Silverstein & Litwak, 1993). Vergelijkbaar resultaat wordt gevonden in het onderzoek van Rossi & Rossi (1990, als geciteerd in Silverstein & Litwak, 1993) waar de sterkst negatieve correlaties gevonden worden tussen afstand en diensten als passen op het huis, hulp met het huishouden, en hulp tijdens ziekte. Ook hier worden voor troost en het geven van giften de kleinst negatieve relaties gevonden.

Geslacht lijkt een rol te spelen in de invloed van afstand tussen ouder en kind volgens Joseph & Hallman (1998). Vrouwen lijken meer bereid te zijn om langere afstanden te overbruggen, terwijl het aantal uren

zorg door mannen sterk afneemt bij een toenemende afstand tussen hen en de behoevende ouderen (Joseph & Hallman, 1998). Dit en dichtbij de ouders blijven wonen is ook gedrag wat van dochters vaak meer wordt verwacht (Hank, 2007). Dit zou betekenen dat het hebben van zonen of dochters verschil zou kunnen maken in hoe afstand tussen ouder en kind de ontvangen zorg beïnvloedt. Ook zoeken moeders vaak meer contact met hun kinderen dan vaders. Dit blijkt vooral het geval bij weduwes, die vaak dichterbij hun kinderen wonen (Hank, 2007).

Hank (2007) noemt sociale klasse als belangrijke voorspeller van afstand tussen ouders en kinderen. Er wordt gesteld dat hogere en middenklasse ouders vaak verder van hun kinderen vandaan wonen dan 'workingclass' (Hank, 2007 p. 160) ouders. Deze sociale klasse lijkt echter voornamelijk bepaald te worden door opleiding (Hank, 2007), een factor die ook wordt genoemd in de onderzoeken van Bordone (2009), Grundy (2005), Mulder & Kalmijn (2004), en Kalmijn & Saraceno (2008). Zo is er vaak een grotere afstand tussen ouder en kind bij zowel hoog opgeleide ouders als kinderen (Bordone, 2009; Grundy, 2005; Mulder & Kalmijn, 2004; Kalmijn & Saraceno, 2008). Dit zou een belangrijke rol kunnen gaan spelen in de toekomst, waarin een groter deel van de samenleving hoger opgeleid zal zijn.

Een factor eventueel gerelateerd aan opleiding en sociale klasse is het bezit van een auto. Autobezit van kinderen leidt tot meer uren contact tussen hen en hun ouders (Rubin, 2015). Met de groeiende behoefte aan verleners van informele zorg, en eveneens aan meer uren en flexibiliteit op de werkplek, zal de behoefte aan auto's toenemen om zo deze verschillende taken effectief te kunnen combineren. Echter is het huidige beleid steeds meer gericht op het terugbrengen van autogebruik met het oog op milieuproblematiek, wat tot spanning zou kunnen leiden (Rubin, 2015). Eventueel door het terugdringen van autogebruik door de overheid, of doordat kinderen zelf een lager autogebruik boven hulp aan ouders stellen.

Eveneens van toepassing zijn het aantal kinderen en de leeftijd waarop zij het ouderlijk huis verlaten. Hoe eerder dit plaatsvindt, hoe groter de afstand tussen ouder en kind, en hoe lager de interactie (Bordone, 2009; Hank, 2007). Dit verklaart deels de verschillen tussen Zuid- en Noord-Europa, aangezien kinderen in Zuid-Europa vaak later het huis verlaten (Hank, 2007). Ook gezinsgrootte speelt een rol, hoe meer kinderen, hoe groter de kans dat er één dichtbij woont, en hoe frequenter de interactie (Hank, 2007).

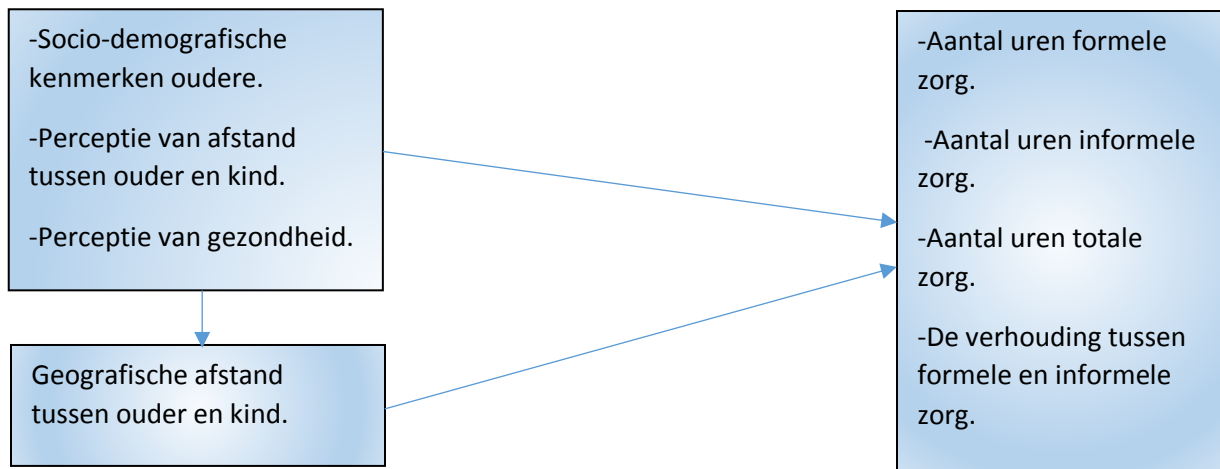
Bij bovenstaande literatuur ligt de focus veelal op Amerika, Europa, of Nederland als geheel. Groningen specifiek is echter bijzonder in het feit dat het een rurale provincie in Nederland betreft met veel vergrijzing en krimp problematiek. Effecten van afstand tussen ouderen en hun kinderen zouden hier dus anders kunnen liggen dan bij de bovengenoemde literatuur, die zich focust op een groter en meer divers geografisch gebied. Dit toont de academische relevantie van het onderzoek. Door een studie te doen op een populatie in een kleiner afgebakend gebied, kunnen de eventuele verschillende effecten die zich hier voordoen aan het licht worden gebracht, en kan voort worden gebouwd op de al bestaande literatuur.

De sociale relevantie uit zich door de actualiteit van het onderwerp in een sterk vergrijzende samenleving die in de toekomst steeds meer met uitdagingen in de ouderenzorg geconfronteerd zal worden. Deze samenleving verschuift zich namelijk van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Dit komt doordat de kosten van de verzorgingsstaat steeds minder houdbaar worden door het grotere deel van de bevolking dat verzorgt moet worden, en de kleiner wordende beroepsbevolking om dit te betalen. De participatiesamenleving verkleint de rol van de overheid in deze verzorging, en legt meer

verantwoordelijkheid bij de burger zelf. Deze verschuiving vindt niet alleen in Nederland plaats, maar ook in andere voormalige verzorgingsstaten zoals Engeland, waar deze beweging bekend staat als “The big society” (Kisby, 2010). Hoe deze nieuwe manier van samenleven vorm wordt gegeven, voornamelijk op het gebied van zorg, is een discussie die door gedegen onderzoek vorm zal moeten worden gegeven om te kijken waar de zwaktes en mogelijkheden in dit systeem zich voordoen. Zo zou de bevolking eventueel niet in staat kunnen zijn om aan al deze verantwoordelijkheden te voldoen door een gebrek aan aantallen of expertise, en blijkt overheidsinterventie misschien toch nodig om alles in goede banen te leiden.

### Conceptueel model

Het conceptueel model (figuur 1) betreft een versimpelde schematische weergave van de factoren en de relaties die hiertussen getest zullen worden. Hieronder is het conceptueel model weergegeven. Hierin is snel te zien hoe verwacht wordt dat de factoren elkaar beïnvloeden, en hoe op eventuele verbanden getest zal worden.



Figuur 1: Conceptueel model

### Hypotheses

Op basis van de literatuur zijn de volgende hypothesen gesteld. Voor elke onafhankelijke variabele wordt eerst het verwachte effect op de afhankelijke variabele afstand beschreven. Hierna volgt de hypothese over het verwachte effect op de afhankelijke variabele informele zorg.

**Afstand:** *Bij een grotere afstand tussen ouder en kind ontvangen ouderen minder informele zorg.*

Informele zorg aan kinderen wordt vaak opgevangen door burens en vrijwilligers, maar voornamelijk door kinderen (Dykstra & Tilburg, 1995; Kalmijn & Saraceno, 2008). Om deze reden is het aannemelijk dat een grotere afstand tot deze kinderen de mogelijkheid om informele zorg te verstrekken beperkt.



Dit wordt ook beaamt door eerder onderzoek (Dykstra & Tilburg, 1995; Hank, 2007; Silverstein & Litwak, 1993; Silverstein, 1995).

**Aantal kinderen:** *Naarmate ouders meer kinderen hebben wordt de afstand tot deze kinderen kleiner, en ontvangen zij meer uren informele zorg.*

Verwacht wordt dat de afstand tussen ouder en kind afneemt bij meer kinderen. Dit wordt verwacht omdat meer kinderen de kans vergroot dat er één dichtbij woont (Hank, 2007). Hierdoor wordt verwacht dat meer kinderen leidt tot meer informele zorg, door de kleinere afstand.

**Perceptie van afstand:** *Naarmate de perceptie van afstand tussen ouder en kind toeneemt neemt de daadwerkelijke afstand ook toe en neemt het aantal uren informele zorg af.*

Een positief verband wordt verwacht tussen de perceptie van de afstand tussen ouder en kind en de daadwerkelijke afstand. Hierdoor wordt ook verwacht dat een grotere perceptie van afstand leidt tot een kleiner aantal uren ontvangen informele zorg.

**Stedelijkheid :** *Wonen op het platteland leidt tot een grotere afstand tussen ouder en kind en een lagere hoeveelheid ontvangen informele zorg.*

Verwacht wordt dat wonen op het platteland leidt tot een grotere afstand en een lager aantal uren ontvangen informele zorg. Dit is gebaseerd op het feit dat de stad vaak beter bereikbaar is voor kinderen, en zij zelf zelf ook vaker in de stad wonen. Ook wordt verwacht dat hier meer bronnen van informele hulp beschikbaar zijn op een kleinere afstand.

Een alternatieve hypothese is dat ouderen op het platteland meer informele zorg ontvangen. De verwachting is hier dat ouderen op het platteland hier vaak geboren zijn of al lang wonen, en hierdoor over een groter netwerk zouden kunnen beschikken om informele zorg van te kunnen ontvangen.

**Krimp:** *Het wonen in een krimpgebied leidt tot een grotere afstand tussen ouder en kind en een lagere hoeveelheid ontvangen informele zorg.*

Bij de variabele krimp wordt een vergelijkbaar resultaat verwacht als bij de variabele stad of platteland. Krimpgebieden bevinden zich vaak op het platteland. Om deze reden wordt verwacht dat het wonen in een krimpgebied gepaard gaat met een grotere afstand tussen ouder en kind en een lager aantal uren ontvangen informele zorg.

Hier wordt een vergelijkbare alternatieve hypothese gesteld. Krimpgebieden bevinden zich vaak op het platteland en de bewoners wonen hier ook vaak al zeer lang. Door hun woonsituatie zijn zij ook meer op elkaar aangewezen. Dit zou er toe kunnen leiden dat zij meer bereid zijn om elkaar informele hulp te verlenen, en ouderen hier dus juist meer informele zorg ontvangen.

**Leeftijd:** *Een hogere leeftijd leidt tot een kleinere afstand tussen ouder en kind en een groter aantal ontvangen uren informele zorg.*

Gebaseerd op eerder onderzoek wordt verwacht dat een hogere leeftijd zal leiden tot een kleinere afstand tussen ouder en kind (Hank, 2007; Kalmijn & Saraceno, 2008; Silverstein, 1995).

Overeenkomend met de hypothese voor de onafhankelijke variabele afstand, wordt verwacht dat dit zal leiden tot een grotere hoeveelheid informele zorg.

**Opleiding:** *Een hogere opleiding leidt tot een grotere afstand tussen ouder en kind, en een lager aantal uren ontvangen informele zorg.*

Voor de variabele opleiding wordt verwacht dat deze een positief verband zal tonen met de afhankelijke variabele afstand. Dit effect wordt ook in eerder onderzoek bevestigd (Bordone, 2009; Grundy, 2005; Hank, 2007; Mulder & Kalmijn, 2004; Kalmijn & Saraceno, 2008). Om deze reden wordt een lager aantal uren ontvangen informele zorg verwacht.

**Inkomen:** *Een hoger inkomen leidt tot een grotere afstand tussen ouder en kind, en een lager aantal uren ontvangen informele zorg.*

Voor inkomen wordt een vergelijkbaar resultaat als voor de factor opleiding verwacht. Dit is gebaseerd op het effect van sociale klasse genoemd in het onderzoek van Hank (2007). Sociale klasse is over het algemeen gebaseerd op inkomen. Hierom wordt verwacht dat een hoger inkomen leidt tot een grotere afstand en hierdoor een lager aantal uren ontvangen informele zorg.

**Geslacht:** *Vrouwen zullen dichterbij hun kinderen wonen en ook meer informele zorg ontvangen.*

Gebaseerd op de literatuur wordt verwacht dat het zijn van vrouw een negatief verband houdt met de variabele afstand (Hank, 2007), en hierbij een positief verband met het aantal uren informele zorg dat wordt aangegeven te worden ontvangen.

**Gezondheid:** *Een lagere perceptie van de eigen gezondheid leidt tot een kleinere afstand tussen ouder en kind en een hoger aantal uren ontvangen informele zorg.*

In de literatuur wordt aangegeven dat een afname van gezondheid vaak leidt tot een afname van de afstand tussen ouders en kinderen (Dykstra & Tilburg, 1995; Kalmijn & Saraceno, 2008). Hierom wordt ook verwacht dat een slechtere perceptie van de eigen gezondheid zal leiden tot het ontvangen van meer informele zorg.

## **Methodologie:**

### **Data verzameling**

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van een enquête. Deze is verspreid onder leden van het Groninger Panel. Tot het Groninger Panel is toegang verkregen via de organisatie CMO STAMM. De enquête is terug te vinden in Bijlage A.

Er is gekozen voor het gebruik van een enquête omdat het doel van het onderzoek is om eventuele verbanden aan te tonen tussen de verschillende variabelen. Hiervoor is een grote hoeveelheid data nodig. Een enquête is hier uitermate geschikt voor omdat zo snel veel respondenten bereikt kunnen worden verspreid over een groot gebied. Dit is vooral handig doordat de enquête online is uitgezet, waardoor respondenten snel en gemakkelijk de enquête hebben kunnen beantwoorden.

De enquête is gebruikt voor vijf verschillende afstudeer onderzoeken. Dit betekent dat alle studenten maar een klein aantal vragen kon stellen. Data over socio-demografische kenmerken was al bij het Groninger Panel beschikbaar van vorige enquêtes. Enkel de vraag aangaande de hoeveelheid kinderen

van de respondenten is nieuw gesteld. De vragen die verder gesteld zijn voor dit onderzoek om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn als volgt.

-Hoeveel kinderen heeft u?

(Antwoordmogelijkheden van 1=0 tot 6=5 of meer).

- *Wat is de afstand tussen u uw dichtstbijzijnde kind waar u het meest contact mee heeft in kilometers?*

(Met één optie voor wanneer dit kind nog thuis woont).

-*Wat is het aantal uren formele zorg dat u per week ontvangt?*

-*Wat is het aantal uren informele zorg dat u per week ontvangt?*

-*Hoe ver weg vindt u dat uw kind waar u het meest contact mee heeft bij u vandaan woont?*

(Antwoordmogelijkheden op een likert schaal van 1= Erg dichtbij, tot 5=Erg ver weg).

-*Hoe zou u in het algemeen uw gezondheid beoordelen?*

(Antwoordmogelijkheden op een likert schaal van 1= Heel goed, tot 5=Heel slecht).

### **Ethische overwegingen:**

Bij het afnemen van de enquête en uitvoeren van het onderzoek is zo ethisch mogelijk te werk gegaan. De data is vertrouwelijk behandeld. Elke respondent blijft anoniem, en de gevonden data zal enkel voor dit onderzoek worden gebruikt. Voor dit onderzoek zijn geen vragen over gevoelig liggende onderwerpen gesteld aan de respondent. Toch is de enquête zo samen gesteld dat een respondent altijd kon kiezen om een vraag niet in te vullen, elk moment de enquête kon stoppen, en ervoor kon kiezen om deze niet te versturen.

### **Data voorbereiding**

Met het uitzetten van de enquête zijn in totaal 1381 respondenten bereikt. Voor dit onderzoek zijn echter enkele voorwaarden gesteld waar de cases aan moeten voldoen.

-Een minimale leeftijd van 50 jaar.

Bij deze leeftijd is de grens van oudere getrokken. Dit is gedaan omdat dit een leeftijd is waarop men formele of informele zorg nodig zou beginnen te kunnen hebben, en een leeftijd waarop men zou kunnen beschikken over volwassen, op zichzelf wonende kinderen om deze zorg te bieden.

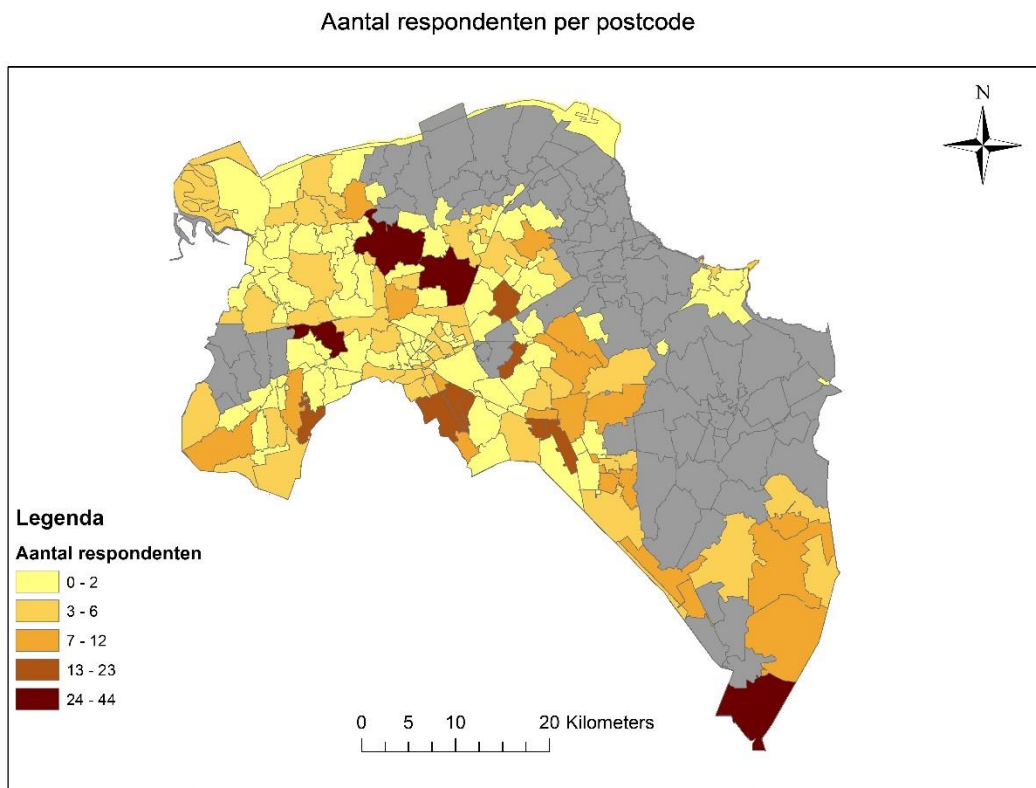
-Het hebben van minimaal één kind, en geen thuiswonend kind.

Voor deze voorwaarde is gekozen omdat er zonder deze geen afstand tussen ouder en kind zou zijn om te analyseren. Tevens is de vraag aangaande afstand in de enquête op een wijze gesteld waarin respondenten aan dienen te geven hoe ver het kind dichtstbijzijnde kind waar zij het meest contact mee

hebben bij hen vandaan woont. Een antwoordmogelijkheid op deze vraag was dat dit kind nog thuis woont. Hier zal het dus vaak onvolwassen kinderen betreffen en is ook geen afstand beschikbaar.

### Cases na voorwaarden

Na het verwijderen van 343 cases zonder kinderen en 292 cases met een nog thuiswonend kind zijn er 746 cases overgebleven. Na hier alle cases onder de 50 uit te halen bleven 735 cases over. Dit geeft ook aan dat veel cases met geen of nog thuiswonende kinderen jonger dan 50 jaar waren. Na het verwijderen van de cases onder de 50 bleven er nog 5 cases over die aangaven een leeftijd van 117 te hebben, één case die aangaf 235 uur informele zorg te ontvangen en 14 uitschieters voor de variabele afstand (boven de 1000 km). Deze zijn ook verwijderd. Hierna zijn dus 716 cases overgebleven. In figuur 2 is weergegeven waar deze respondenten in de provincie Groningen wonen per postcode gebied. In de grijze gebieden is geen enquête uitgezet.



*Figuur 2: De postcodes van de respondenten, en het aantal respondenten per postcode.*

Ook in de variabele opleiding was een datafout, de categorie HBO was dubbel geplaatst waardoor respondenten die dezelfde opleiding hadden in twee verschillende groepen stonden. Dit is

hergecodeerd. Vervolgens zijn de opleidingsniveaus hergecodeerd naar de tegenwoordig gebruikte termen om ze korter en overzichtelijker te maken, en gerangschikt van “geen opleiding” tot “wetenschappelijk onderwijs”. In figuur 3 is de hercodering weergegeven.

Opleidingsniveau zoals gevraagd in enquête:	Nieuwe benaming:	Nummer:
Geen opleiding	Geen opleiding	0
Basisonderwijs (lagere school)	Basisschool	1
VMBO, MAVO (MULO)	VMBO, MAVO	2
HAVO/VWO (HBS, MULO-B, Lyceum)	HAVO, VWO	3
LBO (bv. LTS, LEAO, huishoudschool)	Lager beroepsonderwijs	4
MBO (bv. MTS, MEAO, UTS)	Middelbaar beroepsonderwijs	5
HBO (bv. HTS, HEAO, Sociale Academie, Kweekschool, PABO, HAS, WO-bachelor)	Hoger beroepsonderwijs	6
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	Wetenschappelijk onderwijs	7

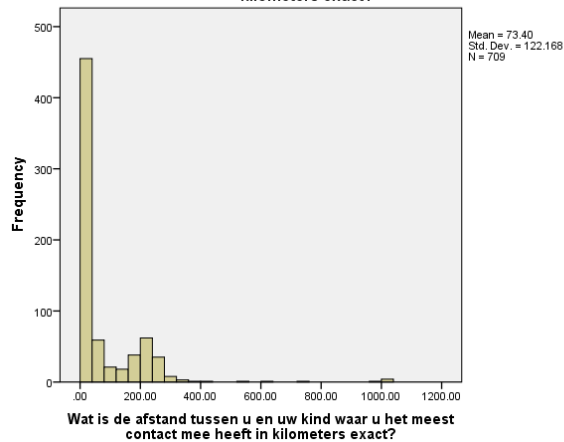
*Figuur 3: Aanpassing van de variabele opleiding.*

Ook voor andere socio-demografische kenmerken zijn nieuwe variabelen aangemaakt gebaseerd op al eerder aanwezige data van het Groninger Panel. Bij deze variabelen ontbraken numerieke antwoorden waardoor hier lastiger mee te werken was. Hierom zijn zij opnieuw gecodeerd. Dit is gedaan voor de variabelen geslacht, inkomen, opleiding en aantal kinderen omdat hier 0 kinderen de waarde 1 kreeg.

Door het grote aantal respondenten dat aangaf 0 uren informele zorg, 0 uren formele zorg, of geen enkele zorg te ontvangen, is besloten om hiervoor aparte populaties te hanteren. Voor beide vormen van zorg is dus een populatie waarbij de cases die aangeven 0 uren te ontvangen buiten beschouwing zijn gelaten. Ook is een variabele gecreërd met de totale zorg. Om inzicht te krijgen in hoe informele zorg eventueel als een vervanging voor formele zorg dient, is ook een variabele gecreërd die het aandeel van informele zorg in de totale zorg weergeeft.

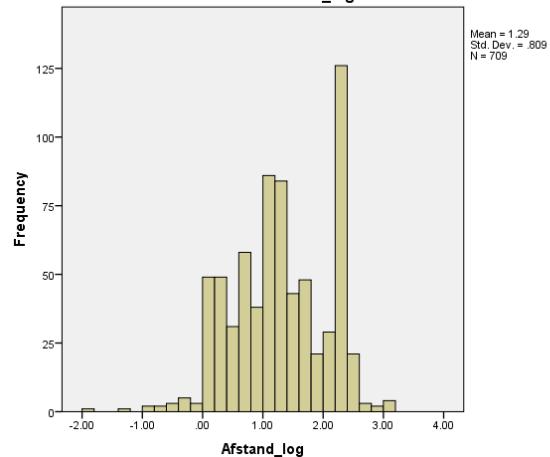
Door de scheve verdeling van de variabele afstand, is deze logaritmisch gemaakt. Hierdoor is de verdeling normaler geworden. In figuur 4 is de oorspronkelijke, en in figuur 5 de nieuwe verdeling weergegeven nadat de data logaritmisch is gemaakt. Er is te zien dat de data in figuur 5 doordat deze logaritmisch is, een stuk normaler verdeeld is. De oorspronkelijke en logaritmische verdeling van afstand zijn ook voor de andere populaties te vinden in de bijlagen B, C en D.

Wat is de afstand tussen u en uw kind waar u het meest contact mee heeft in kilometers exact?



Figuur 4: De verdeling van de variabele afstand

Afstand\_log



Figuur 5: De verdeling van de variabele afstand nadat deze logaritmisch is gemaakt.

## Analyse:

Bij het analyseren van de data is gebruik gemaakt van meervoudige lineaire regressies. Dit is gedaan omdat met deze methode meerdere onafhankelijke variabelen kunnen worden gebruikt om de afhankelijke variabele te verklaren.

De onafhankelijke variabelen in het model betreffen de variabelen "afstand", "geslacht", "leeftijd", "aantal kinderen", "opleiding", "inkomen", "stedelijkheid", "krimp", "perceptie van afstand" en "gezondheid".

De afhankelijke variabelen betreffen "formele zorg", "informele zorg", "totale zorg", "aandeel informele zorg" en "afstand". Al deze afhankelijke variabelen zijn dus apart getest voor hun eigen populatie. Voor "totale zorg" en "aandeel informele zorg van de totale zorg" is de populatie gebruikt waarbij respondenten aangeven dat "totale zorg" boven 0 ligt. Wanneer de variabele "afstand" de afhankelijke variabele is zijn alle 716 cases gebruikt.

## Resultaten

### Beschrijvende statistiek:

Omdat is gewerkt met vier verschillende populaties, is voor elke populatie een tabel opgenomen waarin de beschrijvende statistiek van de onafhankelijke variabelen is weergegeven. In figuur 6 zijn de gegevens van de populatie die enige zorg ontvangt weergegeven. Hier is voor gekozen omdat dit de populatie betreft waar voornamelijk mee gewerkt is. De gegevens voor de populaties apart, zijn te vinden in de bijlagen B (formeel), C (informeel), D (alle cases) en G (totale zorg). Ook histogrammen waarin de verdeling van leeftijd wordt weergegeven per populatie, en histogrammen die de verdeling van de afstand zowel logaritmisch als niet-logaritmisch weergegeven per populatie zijn opgenomen in de bijlagen B, C, D en G. Hier is voor gekozen omdat het grote aantal verschillende waarden het anders onoverzichtelijk zou maken.

**Totale zorg: 66 cases.**

<b><u>Variabele:</u></b>	<b><u>Aantal:</u></b>	<b><u>Percentage:</u></b>
<b>Leeftijd:</b> (gemiddeld: 68.9)	67	
<b>Formele zorg:</b> (gemiddeld: 2.25 uur)		
<b>Informele zorg:</b> (gemiddeld: 6.37 uur)		
<b>Totale zorg:</b> (gemiddeld: 8.63 uur)		
<b>Geslacht:</b>		
Man	31	46.3
Vrouw	36	53.7
<b>Aantal kinderen:</b>		
1	4	6
2	38	56.7
3	20	29.9
4	3	4.5
5 of meer	2	3
<b>Opleiding:</b>		
Geen opleiding	0	0
Basisschool	1	1.5
Vmbo, Mavo	13	19.4
HAVO, VWO	4	6
Lager beroepsonderwijs	6	9
Middelbaar beroepsonderwijs	13	19.4
Hoger beroepsonderwijs	22	32.8
Wetenschappelijk onderwijs	8	11.9
<b>Inkomen per maand:</b>		
Minder dan 1000 Euro	6	9
Tussen 1000 en 2000 Euro	20	29.9
Tussen 2000 en 3000 Euro	19	28.4
Tussen 3000 en 4000 Euro	8	11.9
Tussen 4000 en 5000 Euro	4	6
Meer dan 5000 Euro	0	0
Missend	10	14.9
<b>Perceptie van afstand:</b>		
Erg dichtbij	7	10.4
Dichtbij	20	29.9
Niet dichtbij en niet ver weg	15	22.4
Ver weg	21	31.3
Erg ver weg	4	6
<b>Waardering van gezondheid</b>		
Heel goed	3	4.5
Goed	24	35.8
Niet goed, maar ook niet slecht	27	40.3

Slecht	12	17.9
Heel slecht	1	1.5
<b>Krimpregio</b>		
Ja	21	31.3
Nee	46	68.7
<b>Stad of Platteland</b>		
Stad	16	23.9
Platteland	51	76.1

*Figuur 6: De beschrijvende statistiek over de populatie die aangeeft meer dan 0 uren van enige zorg te ontvangen.*

De verhouding van de populatie die enige zorg ontvangt is 46.3% man en 53.7% vrouw. Vrouwen zijn in deze populatie dus iets oververtegenwoordigd ten opzichte van de verdeling voor de bewoners ouder dan 50 jaar in de provincie Groningen (49.9% man 50.1% vrouw). De gemiddelde leeftijd bedraagt 68.9 jaar. Dit is hoger dan de gemiddelde leeftijd van alle 716 cases (66.4 jaar), wat aangeeft dat de populatie die zorg gebruikt gemiddeld ouder is. Het percentage respondenten dat aangeeft 5 of meer kinderen te hebben is met 3% gelijk aan het landelijk percentage. Van deze groep heeft twee derde 5 kinderen en één derde 6 of meer (CBS, 2017). Hierom is gekozen om voor deze optie een waarde van 5.5 te hanteren. Daarbij is het gemiddeld aantal kinderen 2.43. Dit gemiddelde is een stuk hoger dan het Nederlands gemiddelde van 1.658 in 2015 (CBS, 2017). Dit komt omdat hier wordt gekeken naar een populatie waarin men minstens één kind heeft. Ook kreeg men vroeger meer kinderen en betreft het hier een populatie van hogere leeftijd. Het is opmerkelijk dat een groot deel van de respondenten hoog opgeleid is. Dit is in de populatie die aangeeft enige zorg te ontvangen 44.7%. Voor alle 716 cases is dit aandeel 51.8%, wat aangeeft dat de populatie die zorg ontvangt, en gemiddeld ouder is, iets minder vaak hoog is opgeleid. De deelnemers van het Groninger Panel zijn echter over het algemeen ook hoger opgeleid. Gemiddeld ontvangt men 8.63 uren zorg per week, of gemiddeld ongeveer een uur en een kwartier per dag.

### **Verklarende statistiek:**

In figuur is 7 weergegeven welke regressies zijn uitgevoerd en wat de uitkomsten hiervan zijn. De verbanden die significant zijn bevonden zijn dik gedrukt. De bovenste waarde geeft de significantie weer, de onderste waarde de B-waarde of regressiecoëfficiënt. Deze B-waarde geeft de richting en sterkte van het verband weer. Dit betekent dat bij een toename van 1, of toename van 1 categorie in de onafhankelijke variabele, de afhankelijke variabele met de B-waarde toe of afneemt.

Aangezien het bij afstand een logaritmische variabele betreft, wordt de B-waarde hier anders gehanteerd. Dit is het geval omdat deze B-waarde hier niet de verandering van de daadwerkelijke afstand weergeeft, maar de verandering in de logaritmische functie van deze afstand. Om dit terug te rekenen naar verandering in kilometers moet de B-waarde met 100 worden vermenigvuldigd. Dit geeft de gemiddelde procentuele verandering ten opzichte van de gemiddelde afstand, voor een verandering van 1 in de onafhankelijke variabele weer. Deze gemiddelde afstand bedraagt in deze populatie van 716 cases 73.4 kilometer.



	Formele zorg	Informele zorg	Informeel / totaal	Totale zorg	Afstand (log)
Inkomen	<b>0.017</b> <b>8.300</b>	0.297 -0.995	0.651 -0.031	0.174 1.704	<b>0.004</b> <b>0.055</b>
Opleiding	0.107 -2.853	<b>0.007</b> <b>2.343</b>	<b>0.017</b> <b>0.115</b>	0.891 0.113	<b>0.000</b> <b>0.045</b>
Aantal kinderen	0.900 -0.587	0.948 0.074	0.303 0.084	0.547 -0.876	<b>0.001</b> <b>-0.69</b>
Leeftijd	0.239 -0.316	0.275 -0.131	0.841 0.001	0.390 -0.113	0.207 0.004
Geslacht	0.925 -0.425	0.981 -0.049	0.916 -0.013	0.650 1.009	0.265 0.046
Krimp	0.661 2.741	0.994 -0.016	<b>0.023</b> <b>-0.318</b>	0.745 0.787	<b>0.04</b> <b>-0.129</b>
Stedelijkheid	0.475 -4.652	<b>0.015</b> <b>0.134</b>	0.157 0.215	0.111 4.335	0.984 -0.001
Gezondheid	0.429 2.481	<b>0.002</b> <b>4.567</b>	0.726 -0.030	<b>0.013</b> <b>3.878</b>	<b>0.05</b> <b>-0.081</b>
Perceptie Afstand	0.762 1.214	0.054 4.033	0.308 -0.111	0.916 -0.203	<b>0.000</b> <b>0.616</b>
Afstand (log)	0.978 -0.152	0.133 -3.513	0.611 0.068	0.558 1.407	XXX

Figuur 7: Weergave van gevonden verbanden, de richting, en sterktes bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%.

## Verbanden

Allereerst valt op dat er geen significante effecten zijn gevonden voor de onafhankelijke variabele afstand, op het ontvangen van verschillende vormen zorg. Dit komt niet overeen met de hypothese, waarin werd gerekend op een lager aantal uren informele zorg bij een grotere afstand tussen ouder en kind. Aangezien veel hypothesen van de andere onafhankelijke variabelen op deze hypothese van afstand waren gebaseerd, zijn ook deze vaak niet uitgekomen. Het aantal kinderen, de leeftijd en het geslacht blijken eveneens geen significant effect uit te oefenen op het ontvangen van verschillende vormen zorg.

Waar afstand tussen ouder en kind als onafhankelijke variabele geen significante effecten toont, is dit wel het geval wanneer deze als afhankelijke variabele wordt gesteld. Ook voldoen al deze gevonden verbanden aan de hypothesen voor de betreffende variabelen gesteld. Zoals verwacht in de hypothese is een sterk significant verband gevonden voor de perceptie van afstand met een B-waarde van 0.616. Dit betekent dat voor elke toename van 1 categorie in de perceptie van afstand (1=erg dichtbij, 5=erg ver weg), de afstand tussen de ouder en het dichtsbijzijnde wonende kind waar hij of zij het meest contact mee heeft, gemiddeld 45.2 kilometer toeneemt.

De variabele gezondheid is vooral meegenomen als controle variabele omdat verwacht werd dat het aantal uren zorg hier sterk van afhankelijk zou zijn. Ook vermeldt de literatuur een verband tussen de gezondheid van de oudere en de afstand tot zijn of haar kinderen (Dykstra & Tilburg, 1995; Kalmijn & Saraceno, 2008). Een significant verband is dan ook gevonden met een B-waarde van -0.355. Dit betekent dat wanneer de perceptie van de gezondheid met één categorie toeneemt, en dus eigenlijk afneemt (1=Heel goed, 5=Heel slecht), de afstand tussen de ouder en het dichtsbijzijnde wonende kind waar hij of zij het meest contact mee heeft, gemiddeld 26.06 kilometer kleiner wordt. Dit komt overeen met de hypothese.

Ook overeenkomend met de hypothese is het verband tussen het aantal kinderen en de afstand tot hen. Het significante verband toont een B-waarde van -0.69. Dit betekent dat voor elke toename van 1 kind, de afstand tussen de ouder en het dichtsbijzijnde wonende kind waar hij of zij het meest contact mee heeft, gemiddeld 50.65 kilometer kleiner wordt. Dit komt overeen met de hypothese. Hierbij werd overeenkomend met de literatuur verwacht dat met meer kinderen er een grotere kans is dat er één dichtbij woont (Hank, 2007).

Opleiding en inkomen zijn ook beide significant bevonden bij een afhankelijke variabele afstand. Voor beide werd een vergelijkbaar verband verwacht. Dit was dat een hogere opleiding en inkomensklasse, zou leiden tot een grotere afstand tussen ouder en kind (Bordone, 2009; Grundy, 2005; Hank, 2007; Mulder & Kalmijn, 2004; Kalmijn & Saraceno, 2008). Ook deze verbanden komen overeen met de hypothese. Zo is opleiding significant bevonden met een B-waarde van 0.045. Dit betekent dat wanneer het opleidingsniveau met één categorie toeneemt, de afstand tussen de ouder en het dichtsbijzijnde wonende kind waar hij of zij het meest contact mee heeft, gemiddeld 3.3 kilometer groter wordt. Voor inkomen bedraagt de B-waarde 0.055. Dit betekent dat wanneer het inkomen met één categorie toeneemt, de afstand tussen de ouder en het dichtsbijzijnde wonende kind waar hij of zij het meest contact mee heeft, gemiddeld 4.04 kilometer groter wordt.

De laatste variabele die een significant verband toont met de afhankelijke variabele afstand, is krimp. Hierbij is de B-waarde van -0.129 voor de afhankelijke variabele afstand. Dit betekent dat wanneer men niet in een krimpgebied woont, de afstand tussen de ouder en het dichtsbijzijnde wonende kind waar hij of zij het meest contact mee heeft, gemiddeld 9.47 kilometer kleiner wordt. Ook dit komt overeen met de hypothese. De variabelen stedelijkheid, geslacht en leeftijd oefenen dus geen significant effect uit op de afstand tussen ouder en kind.

Bij het kijken naar de verbanden tussen de onafhankelijke variabelen en de verschillende vormen zorg, worden nog enkele significante verbanden gevonden. Deze verbanden voldoen echter minder vaak aan de vooraf gestelde hypothesen. Wel is dit het geval voor de controlevariabele gezondheid. Hierbij worden opnieuw zoals verwacht twee sterke verbanden gevonden.

Zo is gezondheid voor informele zorg significant met een B-waarde van 4.567. Dit betekent dat wanneer de perceptie van de gezondheid met één categorie toeneemt, en dus eigenlijk afneemt (1=Heel goed, 5=Heel slecht), het aantal uren informele zorg met 4.567 uur toeneemt gemiddeld. Bij de totale zorg betreft het een B-waarde van 3.878. Dit betekent dat wanneer de perceptie van gezondheid met 1 categorie omhoog gaat en dus eigenlijk afneemt (1=Heel goed, 5=Heel slecht), het totaal aantal uren zorg met 3.878 uur toeneemt gemiddeld.

Ook bij het inkomen wordt een significant verband gevonden, wanneer formele zorg als afhankelijke variabele is gesteld. Het heeft hier een B-waarde van 8.3. Dit betekent dat wanneer men één inkomenscategorie stijgt, het aantal uren formele zorg met gemiddeld 8.3 uur toeneemt. Hier was geen concrete nulhypothese over gesteld. Maar te verwachten is dat men bij het beschikken over een hoger inkomen, zich de hogere prijs van formele zorg betere kan veroorloven.

Gevonden verbanden die niet overeenkomen met de gestelde hypothesen zijn onder andere gevonden voor de onafhankelijke variabele opleiding. Zo is opleiding significant bevonden met een B-waarde van 2.343 voor informele zorg. Dit betekent dat wanneer het opleidingsniveau met één categorie toeneemt, het aantal uren informele zorg gemiddeld met 2.343 uur toeneemt. Ook is opleiding significant bevonden met een B-waarde van 0.115 voor het aandeel van informele zorg van de totale zorg. Dit betekent dat wanneer het opleidingsniveau met één categorie toeneemt, de verhouding informele zorg/gehele zorg gemiddeld met 0.115, of 11.5% toeneemt. Voor opleiding was juist verwacht dat wanneer deze hoger zouden zijn, er minder informele zorg zou worden ontvangen (Bordone, 2009; Grundy, 2005; Hank, 2007; Mulder & Kalmijn, 2004; Kalmijn & Saraceno, 2008).

Ook de variabele stedelijkheid toont een verband dat niet overeenkomt met de hypothese. Zo is stedelijkheid significant bevonden met een B-waarde van 0.134 voor de afhankelijke variabele informele zorg. Dit betekent dat wanneer men op het platteland woont, het aantal uren informele zorg met 0.134 uur toeneemt gemiddeld. Een vergelijkbaar effect wordt gevonden voor krimp op de verhouding informele zorg ten opzichte van alle zorg. Het wel of niet wonen in een krimpgebied wordt hier significant bevonden met een B-waarde van -0.318. Dit betekent dat wanneer men niet in een krimpgebied woont, de verhouding informele zorg/gehele zorg gemiddeld met 0.318 daalt, ten opzichte van wanneer men wel in een krimpgebied zou wonen. Voor mensen in krimpgebieden maakt informele zorg dus gemiddeld 31.8% meer deel uit van het geheel. Dit komt ook niet overeen met de hypothese.

## **Conclusie:**

Het doel van dit onderzoek was om te kijken wat het effect van afstand tussen ouders en hun kinderen is, op het aantal uren zorg die deze ouders ontvangen, en hoe socio-demografische kenmerken hieraan bijdragen. De veronderstelling gebaseerd op de literatuur, dat afstand tussen ouder en kind de grootste verantwoording zou dragen voor een verandering in het ontvangen van informele zorg, bleek niet uit te komen in dit onderzoek. Veel hypothesen over de verdere effecten van de kenmerken van de respondenten in de onafhankelijke variabelen, kwamen hierdoor ook niet uit, doordat deze gebaseerd waren op deze eerste hypothese over het effect van afstand.

De vraag hoe socio-demografische kenmerken de ontvangen uren zorg beïnvloeden heeft wel enkele significante verbanden opgeleverd. Ook hier kwamen deze echter vaak niet overeen met de gestelde

hypothese. Eigenlijk alleen voor de perceptie van de gezondheid was dit wel het geval. Hier werden twee significante verbanden gevonden met de ontvangen zorg. Zo neemt bij een slechtere gezondheid de ontvangen informele en totale zorg toe.

De variabele opleiding ging tegen de verwachting in. Zo bleek een hogere opleiding te leiden tot een grotere hoeveelheid informele zorg, waarbij deze zorg ook een groter deel uitmaakt van de totale ontvangen zorg. Dit komt niet overeen met de nulhypothese waarin werd verwacht dat een hogere opleiding zou leiden tot minder uren ontvangen informele zorg. Wel blijken hoger opgeleiden overeenkomend met de hypothese vaak verder weg te wonen van hun kinderen. Ondanks deze grotere afstand ontvangen zij dus toch meer informele zorg. Het zou kunnen dat hoger opgeleiden vaak ook hoger opgeleide kinderen hebben met meer middelen om deze verdere afstand te overbruggen. Ook zou het mogelijk zijn dat hoger opgeleiden over een uitgebreider netwerk beschikken voor het ontvangen van deze informele zorg, of informele zorg minder van hun kinderen en meer van andere relaties ontvangen.

Vergelijkbaar resultaat is gevonden voor het wonen op het platteland, en het wonen in een krimpgebied. Hierbij werd voor deze beide woonsituaties meer informele zorg ontvangen, wat ook tegen de hypothesen voor deze variabelen inging. Voor ouderen wonend in een krimpgebied maakt informele zorg ook een groter deel uit van de totale ontvangen zorg. Een verklaring zou kunnen zijn dat ouderen wonend op het platteland daar vaak geboren zijn, of in ieder geval langere tijd wonen. Ook zijn mensen op het platteland vaak meer aangewezen op elkaar door de meer geïsoleerde woonomgeving. Om deze redenen zouden ouderen op het platteland over een groter netwerk kunnen beschikken om informele zorg van te ontvangen, dan hun leeftijdsgenoten in de stad. Krimpgebieden bevinden zich ook vaak op het platteland.

Het hebben van een hoger inkomen heeft nog wel een positief verband getoond op het aantal ontvangen uren formele zorg. Dit zou te maken kunnen hebben met de prijs van deze zorg. Hogere inkomens zullen deze beter kunnen betalen, en er hierdoor waarschijnlijk ook meer gebruik van maken.

Waar afstand tussen ouder en kind zelf geen effect bleek te hebben op de uren zorg, bleken de andere onafhankelijke variabelen wel vaak significant effect te hebben op de variabele afstand. Deze effecten voldeden ook meer aan de verwachting. Zo bleken een hogere opleiding, een hoger inkomen, een verdere perceptie van afstand, het wonen op het platteland en het wonen in een krimpgebied allemaal te leiden tot een grotere afstand tussen ouders en kinderen. Een slechtere perceptie van de gezondheid, en het hebben van meer kinderen leiden beiden tot een verkleining van deze afstand. Al deze uitkomsten komen overeen met de hypothese.

## **Reflectie**

Het onderzoek is grotendeels voorspoedig verlopen. Verwacht werd dat de variabele afstand een significant verband zou tonen met het aantal uren informele zorg. Dit bleek niet het geval en zou eventueel kunnen liggen aan het geringe aantal cases voor de verschillende zorg ontvangende populaties. Ook het gebruik van een online enquête zou de representativiteit van het onderzoek kunnen hebben beïnvloed. Zo zijn ouderen vaak minder begaan met computers, en zou de groep die dit wel is

over andere kenmerken kunnen beschikken. Een schriftelijke enquête zou eventueel tot een meer representatieve steekproef kunnen leiden in deze leeftijdscategorie.

Voor verder onderzoek kan ook worden gekeken naar de socio-demografische kenmerken van de kinderen. Dit was in dit onderzoek helaas niet mogelijk door het beperkte aantal mogelijke vragen. Hierdoor kon niet iedere respondent ondervraagd worden over de socio-demografische kenmerken van zijn of haar dichtsbijzind wonende kind. Ook autobezit, genoemd in de literatuur als een belangrijke factor in het geven en ontvangen van zorg, kon hierdoor niet uitgevraagd worden. Samen met autobezit, zou tevens kunnen worden gekeken naar andere gebruikte vervoersmiddelen. Zo zou niet enkel worden gekeken naar de afstand tussen ouder en kind, maar ook naar de verbindingen en reismogelijkheden op deze afstand, en de mobiliteit van de kinderen of ouderen die deze af moeten leggen.

Eveneens zou het netwerk waarvan informele zorg wordt ontvangen in vervolgonderzoek uitgebreider geanalyseerd kunnen worden. Zo zou kunnen worden onderzocht wie verantwoordelijk is voor het geven van informele zorg. Zijn dit de kinderen, of andere vrienden of familie? Hierdoor zou het effect van enkel kinderen beter geïsoleerd kunnen worden, en zouden eventuele verschillen in de verleners van informele zorg voor verschillende groepen onderscheiden kunnen worden.

Tenslotte zou dieper gekeken kunnen worden naar de situatie op het platteland en in krimpregio's. De mensen die hier wonen blijken meer informele zorg te ontvangen. Verder onderzoek zou hier eventueel duidelijkheid in kunnen scheppen, en kunnen bestuderen hoe eventueel verschillende netwerken en gebruiken van bewoners van deze gebieden hieraan bijdragen.

## Bronvermelding:

- Avery, R., Speare, A., Lawton, L. (1989). *Social support, disability and independent living of elderly persons in the United States*. *Journal of Aging Studies* 3 (4), 279-293.
- Bengtson, V. L. (2001). *Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds*. *Journal of Marriage and Family*, 63, 1–16.
- Bordone, V. (2009). *Contact and proximity of older people to their adult children: a comparison between Italy and Sweden*. *Population Space Place*, 15 359–380.
- Brandt, M., Haberkern, K., Szydlik, M. (2009). *Intergenerational Help and Care in Europe*. *European Sociological Review* 25 (5), 585-601.
- CBS (2017). *Bevolking kerncijfers*. Geraadpleegd op 01-03-2017, beschikbaar op: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37296NED&D1=8-18,21&D2=0,5,10,15,20,25,30,35,40,45,50-58,60-66&HDR=T&STB=G1&VW=T>
- CBS (2017) *Een op de honderd moeders heeft meer dan 5 kinderen*. Geraadpleegd op 12-06-2017, beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/19/een-op-de-honderd-moeders-heeft-meer-dan-vijf-kinderen>
- CBS (2017) *Geboorte kerncijfers*. geraadpleegd op 27-05-2017, beschikbaar op: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37422ned&D1=40-44&D2=0,10,20,30,40,50,60-65&VW=T>
- Da Roit, B. (2007). *Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State*. *Current Sociology* 55 (2), 251 - 269.
- Grundy, E. (2005). *Reciprocity in relationships: socio-economic and health influences on intergenerational exchanges between Third Age parents and their adult children in Great Britain*. *The British Journal of Sociology* 56, 233–255
- Hank, K. (2007). *Proximity and Contacts Between Older Parents and Their Children: A European Comparison*. *Journal of Marriage and Family* 69, 157–17.
- Joseph, A.E., Hallman, B.C. (1998). *Over the hill and far away: distance as a barrier to the provision of assistance to elderly relatives*. *Social Science & Medicine* 46 (6), 631-639.
- Kalmijn, M., & Saraceno, C. (2008). *A comparative perspective on intergenerational support*. *European Societies* 10(3), 479-508.
- Kisby, B. (2010), *The Big Society: Power to the People?* *The Political Quarterly*, 81, 484–491
- Mulder, C. & Kalmijn, M. (2004). *Even bij oma langs: NKPS laat zien hoe ver families van elkaar wonen*. *Huisarts en Wetenschap* 48 (3), 824–824.
- Rubin, O. (2015). *Contact between parents and adult children: the role of time constraints, commuting and automobility*. *Journal of Transport Geography* 49, 76-84.

Sadiraj, K., Timmermans, J., Ras, M., de Boer, A. (2009). *De toekomst van de mantelzorg*. Rapportage Sociaal Cultureel Planbureau

Silverstein, M. (1995). *Stability and Change in Temporal Distance between the Elderly and Their Children*. *Demography*, 32(1), 29-45.

Silverstein, M., Litwak, E. (1993). *A Task-specific Typology of Intergenerational Family Structure in Later Life*. *Gerontologist* 33 (2), 258-264.

Steverink, N. (2001). *When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example*. *Ageing And Society* 21(1), 45-69.

Van De Kaa, D. J. (1987) *Europe's second demographic transition*. *Population Bulletin* 42(1), 1-59.

van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (1995). *Geografische spreiding van het sociale netwerk van ouderen*. *Roilijn* 28, 140-146.

## **Bijlagen:**

### **Bijlage A: Enquête.**

#### **1. Welkom bij het onderzoek naar langer zelfstandig wonen**

Nederland vergrijst en mensen die ouder worden zijn vaker afhankelijk van factoren om hen heen. Tegelijkertijd neemt de leeftijd toe waarop ouderen zelfstandig wonen. De overheid raadt hen aan eerst hulp in eigen kring te zoeken en te gebruiken, voordat men de stap zet tot professionele hulp. Ook andere zaken kunnen bijdragen aan langer zelfstandig thuis wonen.

In deze enquête krijgt u vragen over verschillende aspecten die invloed kunnen hebben op de mogelijkheid om langer zelfstandig te blijven wonen. Wij zijn benieuwd naar hoe zorg door kinderen, overige mantelzorg, voorzieningen in de buurt en e-health kunnen bijdragen aan het langer zelfstandig wonen.

In de vragenlijst staan enkele begrippen die mogelijk wat verduidelijking behoeven. Deze begrippen staan boven of in de vraag verder uitgelegd. Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 5 minuten in beslag. Bij voorbaat dank!

#### **2. Hoeveel kinderen heeft u?**

**(State one answer only)**

- 0 - Go to 6
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 of meer



**3. Wat is de afstand tussen u en uw kind waar u het meest contact mee heeft in kilometers?**

**(State one answer only)**

- Dit kind woont nog thuis

Vul hier het aantal kilometer is (in cijfers):

-----

-----

-----

**4. Hoe ver weg vindt u dat uw kind waar u het meest contact mee heeft bij u vandaan woont?**

**(State one answer only)**

- Erg dichtbij
- Dichtbij
- Niet dichtbij, maar ook niet ver weg
- Ver weg
- Erg ver weg

**5. Overweegt u om in de toekomst bij (één van) uw kind(eren) in te gaan wonen?**

**(State one answer only)**

- Ja

Nee

**6. Zorgt u voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt, of anderszins hulpbehoevend is?**

**(State one answer only)**

Ja

Nee - Go to 9

**7. Hoeveel uur in de week zorgt u voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt, of anderszins hulpbehoevend is?**

**(State value between 0 and 168)**

-----

**8. Ervaart u beperkingen bij het verlenen van deze zorg?**

**(State only one answer per question)**

	Geen beperking	Kleine beperking	Grote beperking
De afstand tot de zorgbehoevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De tijd die ik heb om de zorg te verlenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben niet helemaal in staat om de benodigde zorg te leveren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kosten die ik moet maken voor de zorgbehoevende (bijvoorbeeld reiskosten of het	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

inleveren van  
betaalde werkuren)

**9. Zijn de voorzieningen die u gebruikt (supermarkt, apotheek, huisarts etc.) in zijn algemeenheid makkelijker of moeilijker te bereiken dan 10 jaar geleden?**

**(State one answer only)**

- Makkelijker
- Neutraal
- Moeilijker

**10. Zijn er voorzieningen verdwenen uit uw dorp of buurt?**

**(State one answer only)**

- Nee
- Ja, maar er zijn nog wel voorzieningen over
- Ja, vrijwel alle voorzieningen zijn hier weg

**11. Hoeveel uren ontvangt u van de volgende types zorg per week?**

Formele zorg: zorg van een professionele hulpverlener

Informele zorg: zorg van vrienden, burenen, vrijwilligers of familie

**12. Formele zorg**

**(State value between ? and 168)**

-----

### 13. Informele zorg

(State value between ? and 168)

-----

### 14. E-health is het gebruik van moderne informatie- en communicatietechnologieën, in het bijzonder internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. De volgende vormen van e-health kunnen worden onderscheiden.

- Websites en portalen: toepassingen die via een internetsite aan de gebruiker aangeboden worden, bijvoorbeeld patiëntportalen of educatieportalen (informatieve websites)
- Mobiele apps: toepassingen die via een mobiel apparaat (smartphone of tablet) worden aangeboden, bijvoorbeeld apps om gezondheidsgegevens of medicatie bij te houden
- Elektronische patiëntendossiers en persoonlijke gezondheidsdossiers: systemen van medisch-administratieve aard waarin zorgverleners medische patiëntgegevens registreren, binnen hun eigen zorgorganisatie
- Health-sensoren en draagbare apparaten: apparaten die vooral in de thuissituatie van patiënten worden toegepast om vitale lichaamsfuncties te meten, de resultaten te verzamelen en door te geven aan een medische professional. Bijvoorbeeld het meten van gewicht, bloedsuikerwaarde, bloeddruk en stollingswaarde
- Videocommunicatie: door middel van beeldbellen het contact tussen de zorgvrager en de hulpverlener versterken en het vergroten van de communicatiemogelijkheden, zo kunnen bijvoorbeeld ook gelaatsuitdrukkingen waargenomen worden
- Domotica: elektronica voor automatisering in huis. Meestal een combinatie van omgevingsbewuste sensoren en actuatoren (apparaten die de omgeving kunnen beïnvloeden). Hiermee kan het leefklimaat in de woning geregeld worden of kunnen er dingen in de woningen automatisch bediend worden (bijvoorbeeld deuren). Ander voorbeeld is het gebruik van sensoren voor valdetectie
- Robotica: robots die bepaalde taken kunnen verrichten, bijvoorbeeld stofzuigen of voor sociale contacten en doeleinden, zoals het aanbieden van structuur in de dag

### 15. In hoeverre staat u open voor het gebruik van bovenstaande toepassingen mocht dit nodig zijn? (Eén antwoord aankruisen per toepassing van e-health).

(State only one answer per question)

Ze  
er  
wa  
ars  
ch  
ijn  
lijk      Wa  
ars  
ch  
ijn  
lijk      Ni  
et  
wa  
ars  
ch  
ijn  
lijk      On  
wa  
ars  
ch  
ijn  
lij  
k      Ze  
er  
on  
wa  
ars  
ch  
ijn  
lijk

en niet  
onwaarschijnlijk

Websites en portalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobiele apps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronische patiëntendossiers en persoonlijke gezondheidsdossiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Health-sensoren en draagbare apparaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videocommunicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 16. Hoe zou u in het algemeen uw gezondheid beoordelen?

(State one answer only)

- Heel goed
- Goed
- Niet goed, niet slecht
- Slecht
- Heel slecht

#### 17. Hoe eenzaam voelt u zich?

**(State one answer only)**

- Helemaal niet eenzaam
- Niet eenzaam
- Een beetje eenzaam
- Best eenzaam
- Erg eenzaam

**18. Hoe voelt u zich over het algemeen?**

**(State one answer only)**

- Heel gelukkig
- Gelukkig
- Niet gelukkig, maar ook niet ongelukkig
- Ongelukkig
- Zeer ongelukkig

**19. Tot slot, heeft u nog algemene opmerkingen over deze vragenlijst?**

-----

-----

-----

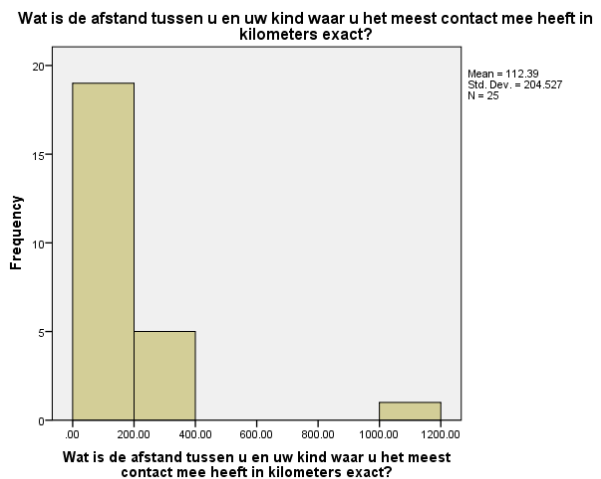
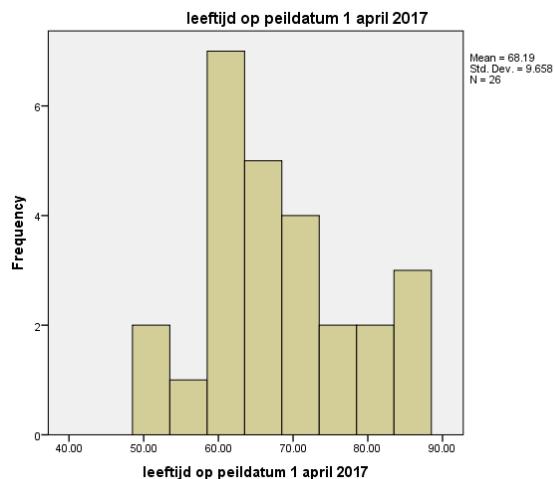
## 20. Bedankt voor uw medewerking!

Uw antwoorden zijn automatisch opgeslagen. Klik op einde om de vragenlijst af te sluiten.

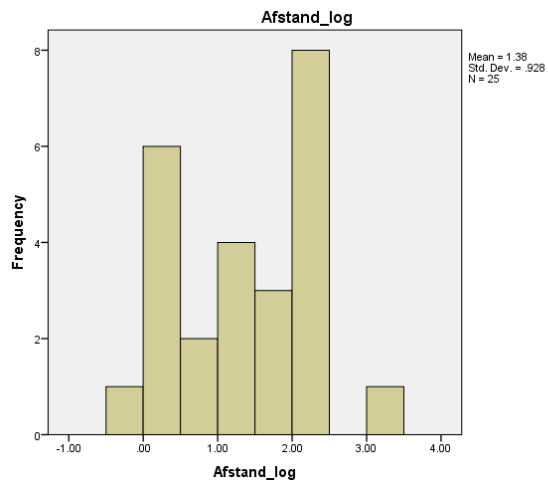
### Bijlage B - Formele zorg populatie: Beschrijvende statistiek, leeftijdsverdeling en verdeling variabele afstand.

<b>Variabele:</b>	<b>Aantal:</b>	<b>Percentage:</b>
<b>Leeftijd: (gemiddeld: 68.2)</b>	26	100
<b>Formele zorg:</b> (gemiddeld: 5.81 uur )		
<b>Informele zorg:</b> (gemiddeld: 0.96 uur)		
<b>Totale zorg:</b> (gemiddeld: 6.77 uur)		
<b>Geslacht:</b>		
Man	11	42.3
Vrouw	15	57.7
<b>Aantal kinderen:</b>		
1	0	0
2	17	65.4
3	7	26.9
4	2	7.7
5 of meer	0	0
<b>Opleiding:</b>		
Geen opleiding	0	0
Basisschool	1	3.8
Vmbo, Mavo	7	26.9
HAVO, VWO	1	3.8
Lager beroepsonderwijs	4	15.4
Middelbaar beroepsonderwijs	4	15.4
Hoger beroepsonderwijs	6	23.1
Wetenschappelijk onderwijs	3	11.5
<b>Inkomen per maand:</b>		
Minder dan 1000 Euro	4	15.4
Tussen 1000 en 2000 Euro	10	38.5
Tussen 2000 en 3000 Euro	5	19.2
Tussen 3000 en 4000 Euro	3	11.5

Tussen 4000 en 5000 Euro	1	3.8
Meer dan 5000 Euro	0	0
Missend	3	11.5
<b>Perceptie van afstand:</b>		
Erg dichtbij	3	11.5
Dichtbij	7	26.9
Niet dichtbij en niet ver weg	4	15.4
Ver weg	9	34.6
Erg ver weg	3	11.5
<b>Waardering van gezondheid</b>		
Heel goed	1	3.8
Goed	6	23.1
Niet goed, maar ook niet slecht	13	50
Slecht	6	23.1
Erg slecht	0	0
<b>Krimpregio</b>		
Ja	7	26.9
Nee	19	73.1
<b>Stad of Platteland</b>		
Stad	7	26.9
Platteland	19	73.1



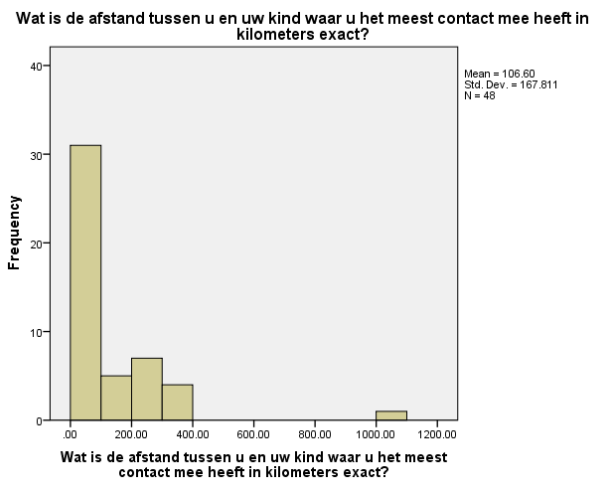
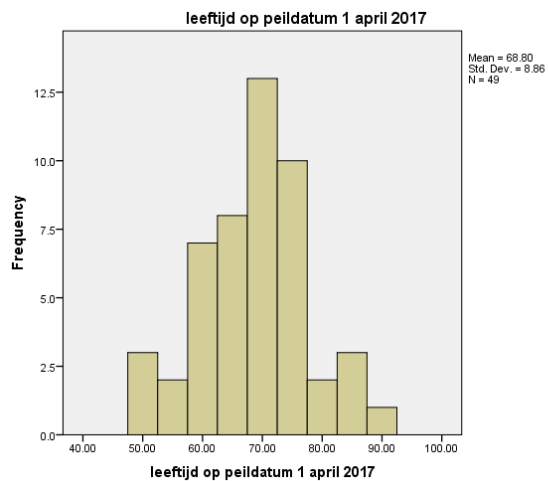


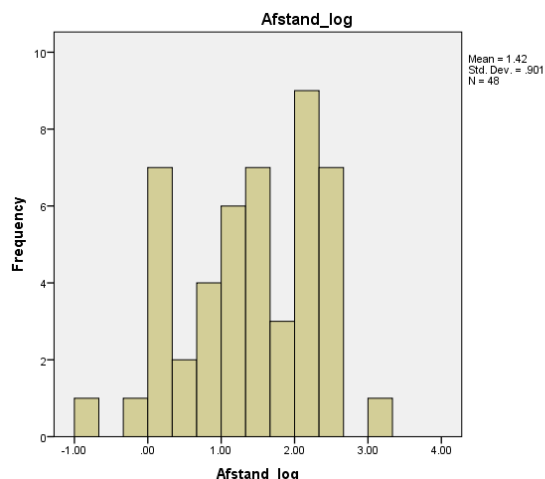


**Bijlage C - Informele zorg populatie: Beschrijvende statistiek, leeftijdsverdeling en verdeling variabele afstand.**

<b><u>Variabele:</u></b>	<b><u>Aantal:</u></b>	<b><u>Percentage:</u></b>
<b>Leeftijd: (gemiddeld: 68.7)</b>	49	100
<b>Formele zorg: (gemiddeld: 1.45 uur)</b>		
<b>Informele zorg: (gemiddeld: 8.71 uur)</b>		
<b>Totale zorg: (gemiddeld: 10.16 uur)</b>		
<b>Geslacht:</b>		
Man	25	51
Vrouw	24	49
<b>Aantal kinderen:</b>		
1	4	8.2
2	26	53.1
3	16	32.7
4	1	2
5 of meer	2	4.1
<b>Opleiding:</b>		
Geen opleiding	0	0
Basisschool	0	0
Vmbo, Mavo	9	18.4
HAVO, VWO	3	6.1
Lager beroepsonderwijs	3	6.1
Middelbaar beroepsonderwijs	10	20.4
Hoger beroepsonderwijs	18	36.7
Wetenschappelijk onderwijs	6	12.2

<b>Inkomen per maand:</b>		
Minder dan 1000 Euro	5	10.2
Tussen 1000 en 2000 Euro	11	22.4
Tussen 2000 en 3000 Euro	14	28.6
Tussen 3000 en 4000 Euro	7	14.3
Tussen 4000 en 5000 Euro	4	8.2
Meer dan 5000 Euro	0	0
Missend	8	16.3
<b>Perceptie van afstand:</b>		
Erg dichtbij	4	8.2
Dichtbij	16	32.7
Niet dichtbij en niet ver weg	12	24.5
Ver weg	15	30.6
Erg ver weg	2	4.1
<b>Waardering van gezondheid</b>		
Heel goed	2	4.1
Goed	21	42.9
Niet goed, maar ook niet slecht	17	34.7
Slecht	8	16.3
Erg slecht	1	2
<b>Krimpregio</b>		
Ja	17	34.7
Nee	32	65.3
<b>Stad of Platteland</b>		
Stad	11	22.4
Platteland	38	77.6

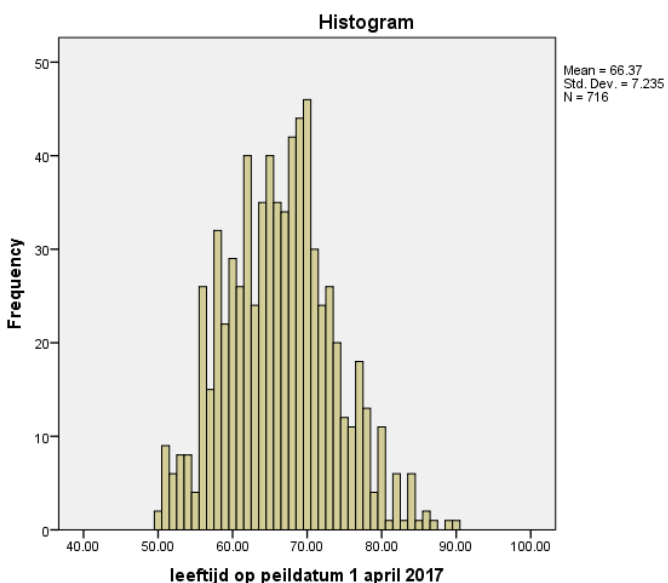




#### Bijlage D - Gehele populatie: Beschrijvende statistiek en leeftijdsverdeling.

<u>Variabele:</u>	<u>Aantal:</u>	<u>Percentage:</u>
<b>Leeftijd: (gemiddeld: 66.4)</b>	716	100
<b>Formele zorg: (gemiddeld: 0.24 uur )</b>		
<b>Informele zorg: (gemiddeld: 0.67 uur)</b>		
<b>Totale zorg: (gemiddeld: 0.92 uur)</b>		
<b>Geslacht:</b>		
Man	398	55.6
Vrouw	318	44.4
<b>Aantal kinderen:</b>		
1	67	9.4
2	385	53.8
3	159	22.2
4	78	10.9
5 of meer	27	3.8
<b>Opleiding:</b>		
Geen opleiding	1	0.1
Basisschool	9	1.3
Vmbo, Mavo	125	17.5
HAVO, VWO	47	6.6
Lager beroepsonderwijs	44	6.1
Middelbaar beroepsonderwijs	119	16.6
Hoger beroepsonderwijs	271	37.8
Wetenschappelijk onderwijs	100	14
<b>Inkomen per maand:</b>		
Minder dan 1000 Euro	10	1.4
Tussen 1000 en 2000 Euro	131	18.3

Tussen 2000 en 3000 Euro	207	28.9
Tussen 3000 en 4000 Euro	135	18.9
Tussen 4000 en 5000 Euro	63	8.8
Meer dan 5000 Euro	34	4.7
Missend	136	19
<b>Perceptie van afstand:</b>		
Erg dichtbij	85	11.9
Dichtbij	239	33.4
Niet dichtbij en niet ver weg	221	30.9
Ver weg	144	20.1
Erg ver weg	27	3.8
<b>Waardering van gezondheid</b>		
Heel goed	116	16.2
Goed	432	60.3
Niet goed, maar ook niet slecht	139	19.4
Slecht	27	3.8
Erg slecht	2	0.3
<b>Krimpregio</b>		
Ja	206	28.8
Nee	510	71.2
<b>Stad of Platteland</b>		
Stad	175	24.4
Platteland	541	75.6



**Bijlage G – Totale zorg: Leeftijdsverdeling en verdeling variabele afstand.**

