



# Intergenerationele solidariteit in Nederland en Duitsland

De mate waarin volwassen kinderen een ouder bijstaan

Rosalie Flikweert

Studentnr. 362953

Erasmus Universiteit Rotterdam

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Opleiding Sociologie

Master Arbeid, Organisatie en Management

Begeleider: P.A. Dykstra

Tweede lezer: A.E. Komter

Utrecht, juli 2013

## Voorwoord

Beste lezer,

In de afgelopen jaren zijn twee van mijn grootouders overleden. Mijn grootouders zijn zeer oud geworden en kregen later in hun leven te maken met verschillende ouderdomsziekten. Er ontstond bij hen een grote behoefte aan persoonlijke verzorging en hulp bij alledaagse handelingen. Naar mate de behoefte vervulden mijn ouders, ooms en tantes een aantal taken ter ondersteuning. Dit gebeurde niet op een dagelijkse basis. Door de grote toegankelijkheid tot professionele hulp en zorg lijkt het in Nederland niet vanzelfsprekend dat familieleden voor een ouder alle hulp- en zorgtaken op zich nemen. Als ik kijk naar de grootouders van vrienden in Duitsland, blijkt dat zij veelal minder (vaak) professionele hulp en zorg ontvangen. Het is vaker een familielid die hulp- en zorgtaken verleent aan een hulpbehoevende ouder.

Geïnspireerd door de ervaringen bij mijn grootouders en het schijnbare verschil in zorgverlening tussen beide landen, tracht deze scriptie het micro- en macro-verhaal van de ouderen (65-plussers) in Nederland en Duitsland te beschrijven. Hier voor u ligt de scriptie: *Intergenerationele solidariteit in Nederland en Duitsland. De mate waarin volwassen kinderen een ouder bijstaan*. Geschreven ter afsluiting van mijn opleiding Sociologie met als specialisatie Arbeid, Organisatie en Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Er is veel aandacht voor intergenerationele solidariteit, in zowel het maatschappelijk debat als in de wetenschappelijke literatuur. De aanstaande vergrijzingen, de stijgende levensverwachting en de daarbij gepaard gaande zorgkosten, vragen om steeds meer door kinderen gegeven mantelzorg. De zoektocht naar mogelijke factoren die het verschil tussen Nederland en Duitsland verklaren is voor een aanstaand sociologe een uitdaging gebleken.

Ik bedank mijn begeleider Pearl Dykstra voor de hulp die zij mij gedurende deze scriptie bood, voor het snelle reageren op mijn mails en het beantwoorden van mijn vele vragen tijdens onze gesprekken. Zij leerde mij bovendien met deze scriptie niet teveel te willen en een onderwerp te kiezen dat afgebakend en uitvoerbaar is.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar Tineke Fokkema, zij hielp mij grip te krijgen op de SHARE data.

Mijn ouders ben ik dankbaar voor het luisterend oor tijdens de vele gesprekken die ik met hen voerde over mijn scriptie. Tot slot gaat dank uit naar mijn vriend, die mij op alle mogelijke wijzen heeft ondersteund, en mijn vrienden voor hun steun en motiverende woorden in de afgelopen maanden.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Rosalie Flikweert

Utrecht, juli 2013

## **Acknowledgement**

“This paper uses data from SHARE release 2.5.0, as of May 24th 2011. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001- 00360 in the thematic programme Quality of Life), through the 6th framework programme (projects SHARE-I3, RII-CT- 2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, and SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th framework programme (SHARE-PREP, 211909 and SHARE-LEAP, 227822). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see <http://www.share-project.org> for a full list of funding institutions).”

## Samenvatting

Er is wetenschappelijk en maatschappelijk veel aandacht voor intergenerationele solidariteit. Wetenschappelijk gezien door onder andere de sterke stijging van levensverwachting, de aanstaande vergrijzing van de populaties en de daarbij gepaard gaande stijging van de zorgkosten. Maatschappelijk gezien vanwege de discussie wie verantwoordelijk is voor de zorg voor ouderen: de familie of de overheid.

De verwachting is dat kinderen, door de stijging en het onbetaalbaar worden van de zorgkosten, in de nabije toekomst een belangrijke rol zullen gaan spelen in de vraag naar functionele solidariteit. Deze scriptie heeft als doel de mate van functionele solidariteit van Nederlandse en Duitse volwassen kinderen ten aanzien van ouderen te onderzoeken. Daarnaast worden verklaringen gezocht om het verschil tussen beide landen te kunnen duiden.

De volgende vragen staan centraal in deze scriptie: *verschillen Nederlandse en Duitse volwassen kinderen in de mate waarin zij een ouder bijstaan en welke verklaringen kunnen hiervoor worden gegeven op het micro- en macroniveau? Met als deelvragen: in welke mate bieden verschillen in de samenstelling van de bevolking en overige landkenmerken op het macroniveau een verklaring?*

*Verschillen Nederlandse en Duitse volwassen kinderen in de mate waarin zij een ouder bijstaan en welke verklaringen zijn hiervoor op het microniveau?*

Deze scriptie is tweeledig. Eerst zal worden ingegaan op de landvergelijking op gebied van bevolkingssamenstelling en beleidsarrangementen op het macroniveau. Vervolgens zal middels het intergenerationele solidariteit model van Szydlik (2012) getoetst worden of er verschillen zijn in de mate waarin een kind aan een ouder hulp geeft en welke factoren hierop van invloed zijn aan de hand van SHARE (wave 1, release 2, 2007) op het microniveau.

Het onderzoek aan de hand van registerdata op het macroniveau (over het jaar 2004) laat zien dat de Nederlandse en Duitse bevolking in meerdere opzichten van elkaar verschillen. Het aantal ouderen is procentueel hoger in Duitsland en daarmee dus de *old age dependency ratio*. De Duitse populatie zal door hogere sterfte- en lage geboortecijfers sneller vergrijzen in vergelijking met de Nederlandse populatie. De Duitsers hebben een langere levensverwachting (in jaren). Nederlandse ouderen leven langer in gezondheid, er is sprake van een hogere *Healthy Life Years-index*.

Op het gebied van beleidsarrangementen ten aanzien van ouderen zijn er ook verschillen aan te merken tussen Nederland en Duitsland. Nederland besteedt procentueel een groter proportie van het bruto nationaal product aan langdurige zorg, maar liefst drie keer zoveel als Duitsland. De eigen bijdrage voor zorg is in Duitsland hoger. In Duitsland wonen naar verhouding iets meer ouderen in een verzorgings- en verpleeghuis. In Nederland ontvangen echter meer ouderen zorg aan huis. In Duitsland kunnen die alleen de meest hulpbehoevende ouderen aanspraak maken op overheidszorg, waarbij de eigen bijdrage voor deze zorg hoger is. Hulp- en zorgtaken voor ouderen die zijn dus voornamelijk een taak van de familie in Duitsland.

Uit de data-analyse van SHARE op het microniveau is gebleken dat Duitse ouderen (50-plussers) minstens een twee maal zo grote kans hebben op het ontvangen van hulp van een kind in vergelijking met de Nederlandse ouderen. Het hier gekozen logistische regressie model heeft niet het landenverschil kunnen verklaren. Wel is gebleken dat ouderen met een slechte gezondheid en ouderen op een hoge leeftijd (80-plussers) vaker van een kind hulp krijgen. Het ontvangen van professionele hulp is negatief voor de mate waarin een kind een ouder bijstaat. Daarnaast is gebleken dat ouderen met meer kinderen en kleinkinderen vaker hulp zullen ontvangen van een kind. Bovendien is gebleken dat ouderen die veel contact hebben met een kind en ouderen die op een kleine geografische afstand van een kind wonen vaker hulp zullen ontvangen.

Geconcludeerd wordt dat voornamelijk de verklaringen voor het landenverschil gezocht moet worden op het macroniveau. De hoge eigen bijdrage voor professionele hulp en zorg en wijze waarop de langdurige zorg vorm is gegeven in Duitsland bieden een verklaring. Hierdoor wordt in Nederland de verantwoordelijk voor de zorg van ouderen vaker bij de overheid gelegd, in plaats van bij de familie. In Duitsland wordt echter van een grotere eigen verantwoordelijkheid uit gegaan en wordt hier minder budget tegenover gesteld. Afsluitend lijkt Duitsland beter in staat de zorgkosten te beperken door meer van de ouderen en de familie (kinderen) zelf te verwachten.

Trefwoorden: Intergenerationele solidariteit, hulp, SHARE wave 1, Nederland, Duitsland.

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	2
Acknowledgement.....	4
Samenvatting.....	5
Inhoudsopgave.....	7
Lijst van afkortingen en begrippen .....	9
<b>Hoofdstuk 1.0 Aanzet tot studie .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Aanleiding.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Dimensies van intergenerationele solidariteit.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 De centrale vraagstellingen.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4 Relevantie .....</b>	<b>14</b>
1.4.1 <i>Wat maakt SHARE geschikt?</i> .....	16
1.4.2 <i>Onderzoeksopzet</i> .....	16
<b>Hoofdstuk 2.0 Landenvergelijking op het macroniveau .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Demografische kenmerken.....</b>	<b>20</b>
2.1.1 <i>Leeftijdsopbouw van de bevolking</i> .....	21
2.1.2 <i>Gezondheid ouderen</i> .....	26
2.1.3 <i>Woonsituatie ouderen</i> .....	28
<b>2.2 Inkomen en pensioenstelsels.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 Kosten voor de zorg.....</b>	<b>30</b>
2.3.1 <i>Financiering en organisatie zorg</i> .....	32
2.3.2 <i>Langdurige zorg in Nederland</i> .....	34
2.3.3 <i>Langdurige zorg in Duitsland</i> .....	35
<b>2.4 Families in Nederland en Duitsland .....</b>	<b>37</b>
<b>2.5 Samenvatting .....</b>	<b>40</b>
<b>Hoofdstuk 3.0 Theoretisch kader op het microniveau .....</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Theoretisch model Szydlik .....</b>	<b>43</b>
<b>3.2 Hypothesen .....</b>	<b>44</b>
3.2.1 <i>Hypothese met betrekking tot de landenvergelijking</i> .....	45
3.2.2 <i>Hypothesen met betrekking tot de ouder</i> .....	45
3.2.3 <i>Hypothesen met betrekking tot het kind</i> .....	48

---

<b>Hoofdstuk 4.0 Methodiek data-analyse</b> .....	<b>51</b>
<b>4.1 SHARE</b> .....	<b>51</b>
<b>4.2 Steekproef van Nederlandse en Duitse 50-plussers</b> .....	<b>52</b>
<b>4.3 Respondenten</b> .....	<b>52</b>
<b>4.4 Uitvoer analyse</b> .....	<b>53</b>
<b>Hoofdstuk 5.0 Data-analyse</b> .....	<b>56</b>
<b>5.1 Beschrijvende resultaten</b> .....	<b>56</b>
5.1.1 <i>Factoren met betrekking tot ouder</i> .....	56
5.1.2 <i>Factoren met betrekking tot het kind</i> .....	58
5.1.3 <i>Informele hulp: ouder-kind</i> .....	59
<b>5.2 Verklarende resultaten</b> .....	<b>63</b>
<b>5.3 Toetsing hypothesen</b> .....	<b>69</b>
<b>Hoofdstuk 6.0 Conclusie</b> .....	<b>71</b>
<b>6.1 Beantwoording deelvraag 1</b> .....	<b>71</b>
<b>6.2 Beantwoording deelvraag 2</b> .....	<b>71</b>
<b>6.3 Beantwoording van centrale vraagstelling</b> .....	<b>72</b>
<b>6.4 Discussie</b> .....	<b>74</b>
<b>6.5 Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek</b> .....	<b>74</b>
<b>Nawoord</b> .....	<b>78</b>
<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>80</b>
<b>Bijlage 1</b> .....	<b>93</b>



## Lijst van afkortingen en begrippen

AOW	Algemene Ouderdomswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BRD	Bondsrepubliek Duitsland
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DDR	Duitse Democratische Republiek
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DG ECFIN	Directorate General for Economic and Financial Affairs of the European Commission
Extramurale zorg	Verpleging en verzorging aan huis (thuiszorg of informele of particuliere zorg)
HLY-index	Healthy Life Years-index
Intramurale zorg	Kort verblijf in verzorgingshuis- of verpleeghuis
LTCI	Long Term Care Insurance
Mantelzorg	Zorg of hulp ontvangen van vrienden, familie en kennissen
MEA	Munich Center for the Economics of Aging
NIDI	Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut
NKPS	Netherlands Kinship Panel Study
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Pgb	Persoonsgebonden budget
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SZW	Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TFR	Total Fertility Rate
UN	United Nations
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe
WHO	World Health Organization

## Hoofdstuk 1.0 Aanzet tot studie

### 1.1 Aanleiding

Uit het rapport *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012* van de Europese Commissie, is gebleken dat in 2011 23% van de populatie, ouder dan 15 jaar, aangeeft zich zorgen te maken over het toenemend aantal ouderen van 65 jaar en ouder (Eurostat, 2012a). Belangrijk om in ogenschouw te nemen is de toename van het aantal ouderen nu en in de nabije toekomst. Doordat er in Nederland sprake is geweest van een babyboom (1945-1955) (Bie, 2012), waarin in een korte periode een aanzienlijk aantal kinderen (2,4 miljoen) werd geboren, zal binnen een afzienbare tijd het aantal 65-plussers sterk toenemen. Uit onderzoek is gebleken dat in vergelijking met Nederland de vergrijzing in Duitsland veel sterker is (Bie & Latten, 2012). In Duitsland is er ook sprake geweest van een babyboom (6,9 miljoen kinderen).

Dat het effect sterker is voor Duitsland blijkt onder andere uit de percentages 65-plussers. In 1992 is in Duitsland 15% van de bevolking 65-plus, in Nederland is dit percentage pas in 2009 bereikt (Lanzieri, 2011). Dit beeld komt ook overeen met de prognoses. Naar verwachting is in 2020 20% van de Nederlandse bevolking 65-plus, terwijl dit percentage in Duitsland al in 2007 is bereikt (Lanzieri, 2011).

Deze verschillen worden mede veroorzaakt doordat Duitsland over een langere periode een laag geboortecijfer heeft gehad. Doordat men in de toekomst te maken zal krijgen met een grotere proportie hulpbehoevende ouderen, is de verwachting dat de vraag naar professionele en informele hulp en zorg aanzienlijk zal toenemen.

Volgens Kalmijn wordt er in het maatschappelijke debat daarom 'vaak gewezen op de familie, de volwassen kinderen die een belangrijkere rol moeten krijgen bij de zorg- en hulpvraag van hulpbehoevende ouderen' (Kalmijn, 2010). De vergrijzing veroorzaakt immers een grote behoefte aan zorg en aan hulp (Stuifbergen, Delden, & Dykstra, 2008). Kalmijn (2010) stelt dat er ook sprake is van grotere vraag naar sociale, emotionele en praktische ondersteuning van ouderen.

Naast de aanstaande vergrijzing, zijn er nog een aantal andere determinanten te benoemen die de vraag naar familiesolidariteit zal versterken. Uit onderzoek blijkt dat in het tweede deel van de vorige eeuw zich in West-Europa verschillende demografische veranderingen hebben voltrokken (Fokkema, Bekke, & Dykstra, 2008). Bengtson (2001) wijst in zijn *Burgess award lecture: beyond the nuclear family; the increasing importance of multigenerational bonds*, op een aantal

specifieke demografische veranderingen. Hij stelt dat er sprake is van een afname van het kerngezin (Bengtson, 2001).

- i. Het gedrag van (jong)volwassenen (in de jaren zeventig) lijkt in verschillende opzichten niet meer op het gedrag van hun ouders en overgrootouders (Lesthaeghe & Kaa, 1986). Jongvolwassen blijken later met een partner te gaan samenwonen. Er wordt vaker gekozen voor een niet-traditionele samenlevingsvorm (ongehuwd samenwonen). Hierdoor krijgt men later en in totaliteit minder kinderen (Lesthaeghe & Kaa, 1986).
- ii. De toename van het aantal echtscheidingen heeft ook invloed op de samenstelling van families (Liefbroer, 2003). Een toename van het aantal scheidingen en hertrouw, veroorzaakt immers complexe families en familierelaties (Riley & Riley, 1993). Onder invloed van deze demografische veranderingen is de structuur van families onderhevig aan veranderingen; de 'Tweede Demografische Transitie'.
- iii. Door de stijgende levensverwachting en het dalend aantal geboortes is de structuur van families veranderd van een piramide naar een *beanpole* (bonenstaak) (Bengtson, Rosenthal, & Burton, 1990; Bengtson & Roberts, 1991; Fokkema et al., 2008).
- iv. De familiestructuur zal in de toekomst veelal bestaan uit een veelvoud aan verticale relaties. Hierdoor zullen verschillende generaties langer met elkaar samenleven en neemt het aantal horizontale relaties binnen families af.

Daarnaast hebben zich grote veranderingen op het macroniveau voorgedaan (Aartsen & Knipscheer, 2011). Ondanks processen van individualisering en secularisering is er geen bewijs gevonden voor een afname van solidariteit in families (Bavel, Dykstra, Wijckmans, & Liefbroer, 2010). Uit voorgaande studies is dan ook gebleken dat familiebanden in Europa erg sterk zijn (Dykstra & Fokkema, 2011).

## 1.2 Dimensies van intergenerationele solidariteit

Het is van belang aandacht te besteden aan de dimensies van intergenerationele solidariteit. Een familie als groep, onderscheidt zich van andere groepen door een hoge mate van solidariteit, van cohesie en van integratie (Scholliers, 2003). Doordat personen in families door geboorte of bloedverwantschap aan elkaar verbonden zijn, onderscheiden families zich als groep, mede dankzij hun continuïteit, van andere

soorten groepen. Een tweede verschil dat gemaakt kan worden is het idee dat de groep familie personen herbergt die in verschillende periodes geboren zijn (geboortecohorte). Deze personen verschillen dus sterk van leeftijd en bevinden zich in verschillende ontwikkelstadia. Sociologen omschrijven intergenerationele solidariteit als een 'feelings of mutual affinity within family relationships and how these are expressed in behavioral terms' (Dykstra, Liefbroer, Kalmijn, Knijn, Komter & Mulder, 1999, p.9).

Dykstra en collega's (1999) stellen dat er alleen sprake van intergenerationele solidariteit kan zijn als familieleden hun individuele behoeften 'gedeeltelijk' opzij zetten om een collectief doel te dienen. De vraag waarom men solidair is met elkaar wordt beantwoord door Oorschot en Komter (1998). Zij onderscheiden de vier belangrijkste motieven van (intergenerationeel) solidair gedrag.

- i. Ten eerste kan er sprake zijn van gevoelens van genegenheid en identificatie.
- ii. Ten tweede kan er sprake zijn van culturele overdracht van waarden en normen.
- iii. Ten derde kan er sprake zijn van een eigenbelang op lange termijn en ten vierde van aanvaarding van gezag. Gesteld wordt dat deze vier motieven in grote mate met elkaar samenhangen (In: Dykstra et.al., 1999).

Roberts, Richards en Bengtson (1991) trachten te begrijpen waarom er sprake is van cohesie binnen groepen zoals families. Daarvoor onderscheiden zij zes dimensies van solidariteit: 'associatieve', 'affectieve', 'consensuele', 'functionele', 'normatieve' en 'structurele' solidariteit. Dykstra en collega's (1999) onderscheiden op basis van Roberts en collega's (1991) de volgende vormen van solidariteit: 'instrumentele, affectieve en sociale solidariteit'. 'Instrumentele' solidariteit toont hier grote overeenkomsten met de 'functionele' en 'structurele' solidariteit waarover Roberts en collega's (1991) spreken. In dit onderzoek ligt de focus op functionele solidariteit. Deze geeft de mate aan dat men elkaar steunt en hulp verleent. Deze vorm van solidariteit vereist dat men tijd of ruimte overdraagt of uitwisselt met elkaar.

'Affectieve' solidariteit toont grote overeenkomsten met 'emotionele' solidariteit. Deze geeft de mate aan dat ouders en kinderen positieve, dan wel negatieve gevoelens hebben ten aanzien van elkaar.

‘Sociale’ solidariteit geeft de mate aan waarin sprake is van sociale verbondenheid tussen ouders en kinderen. Hierbij gaat het om de mate waarin men gezamenlijke activiteiten onderneemt.

Dat er sprake is van functionele solidariteit tussen de generaties in Nederland blijkt uit het rapport *De sociale staat van Nederland 2011*, van het Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP] (Oudijk, Boer, Woittiez, Timmermans, & Klerk, 2010). Dit rapport meldt dat één op de vijf Nederlanders hulp geeft aan een partner dan wel aan een hulpbehoevende ouder (Oudijk et al., 2010). Ook in Duitsland blijkt de mantelzorger veelal een familielid te zijn die zorg of hulp geeft. Geschat wordt dat ongeveer 10% van de 65-plussers zorg of hulp krijgt. Waarvan in 90% van de gevallen een familielid deze zorg- of hulptaken op zich neemt (Glendinning, 2003).

### 1.3 De centrale vraagstellingen

In *Taakverdeling tussen informele en formele hulpverleners van hulpbehoevende ouders* (Jacobs, Broese van Groenou, Boer, & Deeg, 2012) is onderzoek verricht naar de taakverdeling tussen formele en informele hulpverleners. Uit dit onderzoek is gebleken dat de taakverdeling sterk afhankelijk is van de persoon die informele zorg/hulp geeft. Wanneer kinderen of andere type mantelzorgers (niet de partners) zorg of hulptaken op zich nemen, geschiedt de taakverdeling op basis van het complementariteitsmodel of het formele specialisatiemodel (Jacobs et al., 2012).

In de literatuur worden de volwassen kinderen van hulpbehoevende ouderen omschreven als de ‘sandwich’ generatie; degene die zich in de ‘Januspositie’ (Hagestad & Herlofson, 2007; Saraceno & Keck, 2008) bevinden. De term ‘Januspositie’ is afgeleid van de Romeinse god Janus, de man met de twee gezichten. Janus staat symbool voor gerichtheid op het heden en verleden, op het begin en op de transitie. Deze generatie volwassen kinderen moet namelijk hulpbronnen, in de vorm van tijd- en aandacht, verdelen over zowel de eigen kinderen, als over een hulpbehoevende ouder. Maar ‘tijd’ en ‘aandacht’ lijken schaarse goederen te worden. Mede door de flexibilisering van arbeid participeren deze volwassen kinderen immers vaker op de arbeidsmarkt (Keck & Saraceno, 2010).

Zoals hierboven gesteld zal er in de nabije toekomst vraag zijn naar functionele solidariteit. Kinderen zullen, door de stijging en het onbetaalbaar worden van de zorgkosten, een belangrijke rol gaan spelen in deze vraag. De vraag is echter of kinderen in Nederland en Duitsland verschillen in de mate waarin zij een ouder bijstaan. Centraal in deze scriptie staan de volgende vragen.

Centrale vraagstelling:

Verschillen Nederlandse en Duitse volwassen kinderen in de mate waarin zij een ouder bijstaan en welke verklaringen kunnen hiervoor worden gegeven op het micro- en macroniveau?

Deelvragen:

- i.* In welke mate bieden verschillen in de samenstelling van de bevolking en overige landkenmerken op het macroniveau een verklaring?
- ii.* Verschillen Nederlandse en Duitse volwassen kinderen in de mate waarin zij een ouder bijstaan en welke verklaringen zijn hiervoor op het microniveau?

#### 1.4 Relevantie

Op het maatschappelijke belang van onderzoek naar intergenerationeel solidariteit in Nederland en Duitsland wijst onder andere de Europese Unie. Deze heeft 2012 uitgeroepen als het jaar van de *European year for active ageing and solidarity between generations*. Door het actief ouder worden en solidariteit tussen familieleden als speerpunt van 2012 te maken, stelt de Europese Unie de familie centraal in haar beleid. Bovendien stelt zij, dat families de oplossing vormen voor de groeiende behoefte aan hulp en zorg in de nabije toekomst.

In de wetenschappelijke literatuur wordt er veel aandacht besteed aan intergenerationele solidariteit. Wanneer er niet terug kan worden gevallen op zorgarrangementen vanuit de overheid, nemen families veelal de zorg taken op zich. Door Saraceno (Saraceno & Keck, 2008; Saraceno, 2010) wordt dit omschreven als *familism by default*. In de literatuur wordt veel aandacht besteed aan familiesolidariteit en aan de relatie tussen volwassen kinderen en hun ouders. Bavel en collega's (2010) stellen dat het veelal de volwassen kinderen zijn die voor hun ouders een deel van de taken op zich nemen. Dergelijk onderzoek is uitgevoerd in de Nederlandse context door onder andere Kalmijn (2010) en in de Duitse context door onder andere Habekern en Szydlik (2010) en door Keck en Saraceno (2010). In een Europese context is zijn er ook verscheidene onderzoeken uitgevoerd (Albertini,

Kohli, & Vogel, 2007; Fokkema et al., 2008; Hank, 2007; Kalmijn & Saraceno, 2008; Saraceno & Keck, 2008).

Bovendien gaat er in een groot aantal studies aandacht uit naar de werking van en de vergelijking tussen verzorgingsstaten in een Europese context. Onder andere Bettio en Plantenga (2004), Cooke en Baxter (2010) en door Saraceno en Keck (2010) hebben hier studie naar verricht. Voor internationaal vergelijkend onderzoek zie onder andere Rein (1994), Cooney en Dykstra (2011). In landenvergelijkend onderzoek is daarnaast veelvuldig de verdringingshypothese (*crowding out*) getoetst (Saraceno, 2008). Die stelt dat naarmate er sprake is van een grotere toegang tot professionele hulp en zorg de familie letterlijk 'weggedrukt' zou worden van deze taken. Meer ondersteuning vanuit de overheid zou negatief zijn voor familierelaties en intergenerationele solidariteit. Er is weinig ondersteuning gevonden voor deze hypothese in zowel onderzoek in Duitsland (Motel-Klingebiel, Tesch-Roemer, & Kondratowitz, 2005), als in Nederland en Duitsland (Fokkema et al., 2008).

Met betrekking tot langdurige zorg is veelvuldig internationaal vergelijkend onderzoek uitgevoerd. De rapportages die tweejaarlijks uitgevoerd worden door de Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], met als titel: *Long-term care for older people* (OECD, 2005b), dragen hier aan bij. Daarnaast ligt in wetenschappelijk onderzoek de focus op informele zorg in het langdurige zorgsysteem. Dergelijk onderzoek is onder andere uitgevoerd door Triantifillou en collega's (2010). In het rapport *Blijvende zorg. Economische aspecten van langdurige ouderenzorg* (Geest, 2005) is er aandacht voor de kosten van langdurige zorg in een Europees kader. Onder langdurige zorg wordt verstaan: zorg of hulp in de vorm van verzorging en verpleging aan ouderen (en gehandicapten). Onderdeel van die langdurige zorg zijn onder andere het *persoonsgebonden budget* [pgb]. In internationaal vergelijkend onderzoek van Gledinning (2003) en door Sadiraj en collega's (2011) is hiervoor aandacht. Doordat in het hedendaags (langdurige zorg) beleid, de zelfregie van hulpbehoevende centraal is komen te staan kan langdurige zorg op meerdere wijzen worden uitgevoerd. Formeel kan dit thuis of in verzorgings- en verpleeghuizen plaatsvinden. Hierdoor hebben ouderen meer zeggenschap en is er sprake van meer marktwerking in de zorg.

De aanvulling op de wetenschappelijke bekendheid met intergenerationele solidariteit is dat deze studie zich specifiek richt op micro- en macrofactoren in Nederland en Duitsland, waar op het microniveau gebruik gemaakt zal worden van SHARE data en op het macroniveau gebruik gemaakt zal worden van voorhanden

zijnde registerdata. Hier zal dus op twee verschillende niveaus gekeken worden naar verschillen en verklaringen worden gezocht voor deze verschillen.

#### 1.4.1 Wat maakt SHARE geschikt?

Zoals hierboven aangegeven zal hier voor de toetsing van de hypothesen gebruik worden gemaakt van SHARE. SHARE biedt informatie over kinderen die hulp verlenen en ouders die deze hulp ontvangen. Hierdoor wordt onderzoek naar intergenerationele solidariteit (overdracht) mogelijk gemaakt. SHARE is een longitudinale studie, hier zal gebruik worden gemaakt eerste wave (wave 1, release 2.0.0) data afkomstig uit 2004, vrijgegeven op 19 juni 2007. Uitgevoerd in elf landen (wave 1).

Gesteld kan worden dat in voorgaande studies naar intergenerationele solidariteit ook al veelvuldig gebruik is gemaakt van SHARE. Onder andere de studies van Bolin en collega's (2007) en Brandt en Szydlik (2008). Dit onderzoek onderscheidt zich van voorgaande studies doordat hier niet zozeer de focus ligt op de werking van verzorgingsstaten in landenvergelijkend onderzoek. Daarbij zijn veelvuldig classificatiesystemen van Esping-Andersen (2000) toegepast. Aangezien meermaals een algemeen beeld van de ouderen (in Europa) is geschetst aan de hand van SHARE, is het gepast de focus te leggen op twee specifieke landen. Hier zal onderzocht worden welke factoren in deze twee landen specifiek een verklaring bieden. Dit onderzoek tracht een aanvulling te zijn op de bestaande wetenschappelijke bekendheid met familiesolidariteit in Nederland en Duitsland.

#### 1.4.2 Onderzoeksopzet

Samengenomen is het hier relevant een wetenschappelijke studie te doen naar intergenerationele solidariteit in Nederland en Duitsland. In verschillende studies is er aandacht geweest voor verschillende aspecten van familiesolidariteit. Deze scriptie tracht eerst mogelijke cross-nationale verschillen tussen Nederland en Duitsland op het macroniveau in kaart te brengen. Aan de hand van registerdata zal een landenvergelijking uitgevoerd worden, *hoofdstuk 2: Landenvergelijking op het macroniveau*. Hier zullen gegevens van onder andere de OECD, Eurostat, het Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], het Statistisches Bundesamt [DESTATIS] geraadpleegd worden. Hier zal specifiek aandacht zijn voor verschillen in de demografie. Ook zal er aandacht zijn voor de langdurige zorg en de manier waarop deze gefinancierd wordt. Bovendien is er aandacht voor sociaal economische



aspecten van ouderen (woonomstandigheden, hoogte pensioen). Ten slotte is er aandacht voor families. De focus ligt hier op het aantal kinderen van ouderen, de bereidheid om solidair te zijn en de geografische afstand tussen ouders en kinderen. Hier ligt de focus op de vraag: *In welke mate bieden verschillen in de samenstelling van de bevolking en overige landkenmerken op het macroniveau een verklaring?*

Vervolgens worden in *hoofdstuk 3: Theoretisch kader op het microniveau*, aan de hand van het intergenerationele solidariteit model van Marc Szydlik hypothesen opgesteld op het microniveau. In *hoofdstuk 4: Methodiek data-analyse*, zal ingegaan worden op de gehanteerde methodiek en de SHARE data. In de bijlage (1) is weergegeven welke vragen uit het SHARE onderzoek zijn gebruikt en op welke wijze ze zijn gecodeerd. De hypothesen worden getoetst in *hoofdstuk 5: Data-analyse* aan de hand van Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe [SHARE] (data op het microniveau). Hier ligt de focus op de vraag: *Verschillen Nederlandse en Duitse volwassen kinderen in de mate waarin zij een ouder bijstaan en welke verklaringen zijn hiervoor op het microniveau?*

In *hoofdstuk 6: Conclusie* worden de resultaten van dit onderzoek vergeleken. Aan het einde van dit hoofdstuk volgen een aantal aanbevelingen voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek naar intergenerationele solidariteit in Nederland en Duitsland.

## Hoofdstuk 2.0 Landenvergelijking op het macroniveau

In dit hoofdstuk worden, aan de hand van voornamelijk registerdata, mogelijke cross-nationale verschillen op het macroniveau in kaart gebracht. Ter beantwoording van deelvraag 1: *in welke mate bieden verschillen in de samenstelling van de bevolking en overige landkenmerken op het macroniveau een verklaring?*

Dykstra (2009) stelt dat in onderzoek naar intergenerationele solidariteit, er op drie verschillende manieren naar verklaringen voor cross-nationale verschillen kan worden gezocht. In haar studie *Older adult loneliness: myths and realities* worden deze drie verklaringen voor cross-nationale verschillen benoemd.

- i. Een eerste mogelijke verklaring voor cross-nationale verschillen is dat de inwoners van deze landen verschillende individuele kenmerken hebben. Deze verschillen zijn toe te schrijven aan verschillen in de bevolkingssamenstelling (Dykstra, 2009).
- ii. Een tweede mogelijke verklaring voor cross-nationale verschillen is dat de landen in zijn geheel verschillend zijn. Hierbij kan worden gedacht aan verschillen tussen landen op het gebied van cultuur, de organisatiegraad, de verschillen in beleidsarrangementen ten aanzien van ouderenzorg en zo zijn er op het macroniveau nog vele andere factoren te benoemen die per land kunnen verschillen (Dykstra, 2009).
- iii. Een derde verklaring kan liggen in een interactie tussen individuele kenmerken en landkenmerken. In deze verklaring kan gesteld worden dat individuele kenmerken tussen landen kunnen variëren (Dykstra, 2009). Bovendien dient ermee rekening gehouden te worden dat bovenstaande verklaringen elkaar niet hoeven uit te sluiten.

In dit hoofdstuk ligt voornamelijk de focus op de eerste en tweede mogelijke verklaringen (bevolkingssamenstelling en beleidsarrangementen). Steeds zal gekeken worden welke invloed dit kan hebben op de mate dat volwassen kinderen hun ouders bijstaan.

Ten eerste zal er aandacht zijn voor de mogelijke verschillen in de bevolkingssamenstelling. Specifiek wordt ingegaan op de bevolkingssomvang, de leeftijdsopbouw, de geboorte- en sterftcijfers en de (verwachte) grijze druk. Deze factoren kunnen op hun beurt allen 'van invloed zijn op gezondheid en ziekte,

gezondheidsdeterminanten, preventie en zorggebruik' van de bevolking en, in dit onderzoek, specifiek van ouderen (Eysink, 2010).

Ten tweede zal er aandacht zijn voor de gezondheid van ouderen in Nederland en Duitsland. Doordat zorggebruik samenhangt met de gezondheid van ouderen wordt in dit hoofdstuk ook gekeken naar factoren als de levensverwachting en de levensverwachting van ouderen. Bovendien is er aandacht voor de *Healthy Life Years-index* [HLY] van ouderen, de gezondheid van ouderen rond het jaar 2004. Aangezien onderzoek uitwijst dat veelal de partners, gevolgd door de volwassen kinderen, hulp- en zorgtaken op zich nemen wordt ook gekeken naar de woonomstandigheden van ouderen.

Ten derde is het van belang aandacht te besteden aan het inkomen van ouderen. Met betrekking tot de sociaaleconomische status [ses], is reeds uit onderzoek gebleken dat er sprake is van een sterke samenhang met gezondheidsdeterminanten (Eysink, 2010). De verschillende pensioenstelsels in Nederland en Duitsland worden ook beschouwd.

Ten vierde is het van belang aandacht te besteden aan de kosten van de zorg en specifiek voor ouderen in Nederland en Duitsland. Uit het onderzoek *Kosten van ziekten in Nederland 2003. Zorg voor de euro's-1* (Slobbe et al., 2006), uitgevoerd door het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], is gebleken dat verschillende demografische kenmerken van invloed zijn op de kosten voor zorg en zorggebruik. Door bewezen invloed van verschillende demografische kenmerken is het van belang te kijken naar de verschillen in kosten voor Nederland en Duitsland, met betrekking tot de gezondheidszorg en langdurige zorg. Aangezien de toegang tot zorg beïnvloedt wordt door het aantal personen werkzaam in de zorg sector (Haberkeren & Szydlik, 2010), wordt in dit hoofdstuk hier ook aandacht aan besteed.

Ten vijfde is er aandacht voor families in Nederland en Duitsland. Aan de hand van de Total Fertility Rate [TFR] wordt er gekeken naar het aantal kinderen dat ouderen (65-plussers) kregen. Daarnaast wordt de geografische afstand tussen ouders en hun volwassen kinderen beschouwd. Ook is het van belang te kijken 'wie' men voor de zorg van een ouder verantwoordelijk acht (familie versus de overheid).

Tot slot zal er aan het eind van dit hoofdstuk een samenvatting volgen met een overzichtelijke tabel (Zie: *tabel 8*). Tevens wordt gekeken of bepaalde kenmerken al dan niet een groter, kleiner of geen verschil laten zien voor kans dat ouderen in Nederland of Duitsland vaker hulp ontvangen van een kind. Een plus (+) betekent dat

de kans in Nederland groter is. Een min (-) betekent een kleinere kans en een nul (0) geeft aan dat er geen verschil te zien is tussen Nederland en Duitsland (geen cross-nationaal verschil). In dit hoofdstuk wordt steeds getracht om het beeld van Nederland en Duitsland te beschrijven rond het jaar 2004. Voor het jaartal 2004 is gekozen aangezien de SHARE data waarmee de uiteindelijke logistische regressieanalyse wordt uitgevoerd uit dat jaar afkomstig is. De gegevens van het 2004 zijn niet altijd beschikbaar, hierdoor zal er soms van dit jaartal afgeweken moeten worden.

Het is belangrijk om op te merken dat als het gaat om de ouderen in Nederland en Duitsland, er in hoofdstuk 2 gesproken zal worden over de 65-plussers in zijn algemeenheid. Bij de analyse van SHARE zal gesproken worden over 50-plussers (*Hoofdstuk 4: Methode data-analyse* en *hoofdstuk 5: Data-analyse*), aangezien SHARE informatie bevat van personen vanaf 50 jaar en ouder.

## 2.1 Demografische kenmerken

Zoals hierboven al aan bod is gekomen zullen in deze paragraaf demografische kenmerken van de bevolking rond het jaar 2004 geschetst worden, om zo een beter beeld te krijgen van de Nederlandse en Duitse populatie rond dat jaar.

Met betrekking tot de bevolkingsomvang blijkt dat Nederland ongeveer 16 miljoen en Duitsland ongeveer 82 miljoen inwoners telt in 2004 (Zie: *tabel 1*). Als er naar de man-vrouw verhouding bij de populaties gekeken wordt blijkt dat beide landen over een grotere vrouwelijke populatie beschikken. In Nederland is 50,5% en in Duitsland is 51% van de populatie van het vrouwelijk geslacht. In vergelijking met Nederland blijkt bovendien dat in 2004 Duitsland een twee maal hoger immigrantenpercentage heeft (Zie: *tabel 1*).

Als naar de bevolkingsdichtheid gekeken wordt (personen per vierkante kilometer), valt op dat Nederland bijna twee keer zo dichtbevolkt lijkt in vergelijking met Duitsland (Zie: *tabel 1*).

Tabel 1.

*Bevolkingsaantallen en Geografische Spreiding in Nederland en Duitsland*

	Nederland	Duitsland
Bevolking	16.281. 779	82.516. 260
Man	8.055.946	40.354. 820
Vrouw	8.225.832	42.161. 439
In het buitenland geboren (%)	10,7	12,6*
Immigranten (%)	4,3	8,8*
Oppervlakte	41.528 km <sup>2</sup>	357.093 km <sup>2</sup>
Aantal personen per km <sup>2</sup>	482.28	236.59

Bron: CBS, 2012; Eurostat, 2007; OECD, 2011a; OECD, 2011b (\* betrekking op 2005)

*2.1.1 Leeftijdsopbouw van de bevolking*

Daarnaast is het van belang vast te stellen hoe groot de afhankelijkheid is tussen degenen die productief zijn (beroepsbevolking) en degenen die van hen afhankelijk zijn, de ouderen. De zogenaamde *old age dependency ratio* laat in het jaar 2004 een grotere afhankelijkheid zien voor het aantal 65-plussers in Duitsland (26,8%) in vergelijking met het aantal in Nederland (20,5%) (Eurostat, 2012a).

In *hoofdstuk 1: Aanzet tot studie* is aan bod gekomen dat Nederland en Duitsland beide over een vergrijzende populatie beschikken. Als met betrekking tot dit aspect eerst naar de gemiddelde leeftijd van Duitsers en Nederlanders gekeken wordt, valt op te maken dat Duitsland, over een gemiddeld oudere bevolking beschikt rond het jaar 2004 (in 2005). Als de gemiddelde leeftijd van Nederlanders en Duitsers (Zie: *tabel 2*) tussen 1960 en 2010 vergeleken wordt blijkt dat de gemiddelde leeftijd in Duitsland met meer dan tien jaar is gestegen van 34,8 naar 44,2 jaar. De gemiddelde leeftijd van Nederlanders is voor diezelfde periode sterker gestegen, met twaalf jaar van 28,7 naar 40,6 jaar (Zie: *tabel 2*).

Tabel 2.

*Gemiddelde Leeftijd van populatie in Nederland en Duitsland van 1960 tot 2010*

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010
EU	-	-	-	-	38,0	39,5	40,9
Nederland	28,7	28,5	31,2	34,4	37,3	38,9	40,6
Duitsland	34,8	34,0	36,6	37,6	39,8	41,8	44,2

Bron: Eurostat, 2012a

De *old age dependency ratio*, liet al zien dat er een groter aandeel van de populatie in Duitsland afhankelijk is van degenen die nog wel productief zijn. Als we daarnaast de bevolking in drie categorieën indelen: ‘jongeren’ (0-14), ‘beroepsbevolking’ (15-64) en ‘ouderen’ (65+), valt op dat de ‘beroepsbevolking’ de grootste categorie vormt in beide landen. In beide landen behoort ongeveer 67% tot deze categorie. Het aandeel ‘jongeren’, is in Nederland groter in vergelijking met het aandeel ‘jongeren’ in Duitsland. In tegenstelling, de categorie ‘ouderen’ vormt in Duitsland een grotere groep in vergelijking met de categorie ‘ouderen’ in Nederland (Zie: *tabel 3*). Duitsland beschikt rond het jaar 2004 (alle cijfers betrekking op het jaar 2005), over een grotere proportie 65-plussers in vergelijking met Nederland.

Tabel 3.

*Bevolking ingedeeld in Leeftijdsklasse in Nederland en Duitsland in Procenten*

	Nederland	Duitsland
0 - 14 jaar	18,5*	14,5*
15 - 24 jaar	12,0*	11,7*
25 - 49 jaar	36,8*	36,7*
50 - 64 jaar	17,8*	18,5*
65 - 80 jaar	11,8*	14,3*
≥ 80 jaar	4,2*	4,3*

Bron: Eurostat, 2007 (\* alle cijfers betrekking op het jaar 2005)

Voorgaand is de bevolking van Nederland en Duitsland vergeleken middels de *old age dependency ratio* en de indeling van de bevolking in drie leeftijdsklassen. Aanvullend op beide vergelijkingen is het hier ook gepast te kijken naar de leeftijdsopbouw van de bevolking met behulp van een bevolkingspiramide. Een bevolkingspiramide is een grafische weergave van de leeftijdsopbouw van de bevolking, per geslacht. De horizontale staven representeren de proportie mannen en vrouwen in elke leeftijdsgroep (Haupt & Kane, 2004). Als naar de onderstaande bevolkingspiramiden wordt gekeken (Zie: *figuren 1 en 2*) valt op dat deze beide de vorm van een ‘bonenstaak’ aannemen. De ‘staven’ in de bevolkingspiramiden vallen niet hoger dan 4% uit. Daarnaast valt op dat hoe hoger de leeftijd, des te schever de man-vrouw verhouding is.

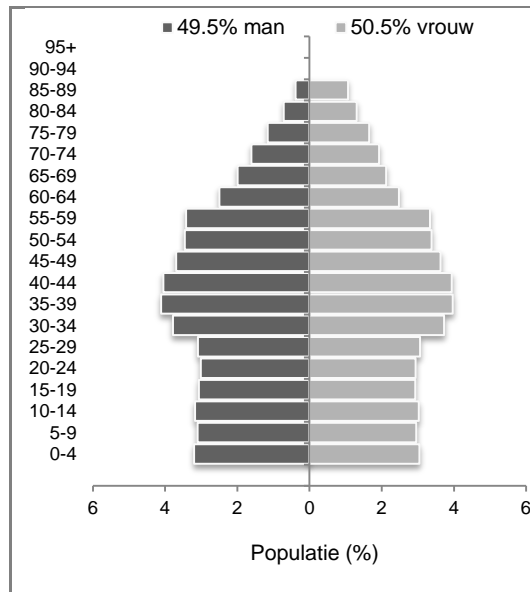
De bevolkingspiramide van Nederland in 2004 (Zie: *figuur 1*) lijkt sterk op de verhouding van de bevolking in drie leeftijdsklasse, die hierboven aan bod is

gekomen. Hier zijn geen grote pieken op te merken, behalve dat de percentages na de zestig jaar sterk afnemen (veroorzaakt door sterfte).

De bevolkingspiramide voor Duitsland (Zie: *figuur 2*) laat voor het jaar 2004 een grotere afwijking zien (pieken tussen de '35-39' tot en met '40-44' jaar). Als we voor 65-plussers de man-vrouw verhouding vergelijken, blijkt dit verschil voor Duitsland groter te zijn in vergelijking met Nederland. Naar verhouding zijn er in Duitsland meer ouderen van het vrouwelijk geslacht. Een verklaring voor dit verschil kan liggen in de hogere levensverwachting van vrouwen in het algemeen en voor Duitse 65-plussers. Daarnaast kan hier sprake zijn van een periode-effect dat negatief van invloed is op het aantal 65-plus mannen in Duitsland. Uit het onderzoek *Deutsche militärische Verluste im Zweiten Weltkrieg* uitgevoerd voor Duitse Centraal Bureau voor de Statistiek (DESTATIS) blijkt dat er rond de 5,5 miljoen Duitse militaire slachtoffers gevallen zijn als gevolg van de Tweede Wereldoorlog (Overmans, 2000). Ter vergelijking, in Nederland zijn er diezelfde periode 7.900 militaire slachtoffers gevallen. Het totale aantal slachtoffers dat deze oorlog gemaakt heeft komt neer op ongeveer 11% van de totale Duitse populatie. In vergelijking met Nederland komt dit neer op 2% (Overmans, 2000). Gesteld kan worden dat deze hoge sterfte van (jonge) Duitsers tijdens de Tweede Wereldoorlog een negatief effect moet hebben gehad op het aandeel mannelijke 65-plussers in de leeftijdsopbouw van de populatie van Duitsland in 2004.

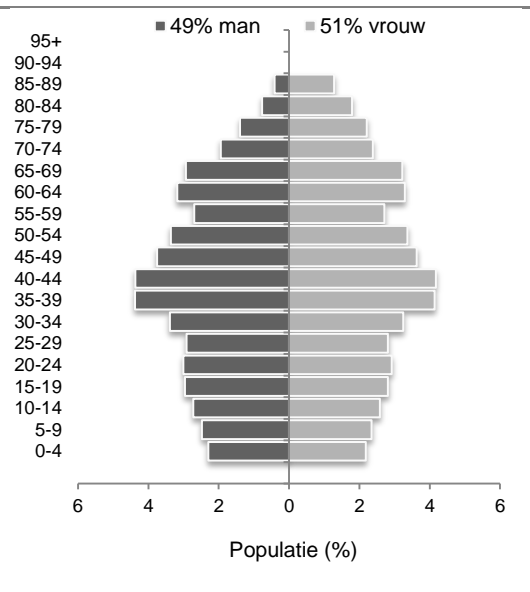
Figuur 1.

Leeftijdsofbouw van Nederlandse populatie naar Geslacht



Figuur 2.

Leeftijdsofbouw van Duitse populatie naar geslacht



Bron: UNECE, 2013a; UNECE, 2013b (\*eigen bewerking van gegevens van de UNECE )

Hierboven zijn de bevolkingspiramiden over het jaar 2004 beschreven. Waaruit blijkt dat Nederland in vergelijking met Duitsland een kleinere proportie ouderen heeft. In lijn met voorgaande constatering is het gepast te kijken naar de te verwachten ontwikkelingen in het aantal toekomstige 65-plussers.

### Grijze druk

De OECD merkt in het rapport *Low fertility rates in OECD countries: facts and policy responses* (Sleebos, 2003) op dat landen met een laag geboortecijfer onder het vervangingscijfers (2,1 kinderen) problemen zullen ervaren met de totstandkoming van toekomstige generaties. Theobald (2004) stelt in zijn onderzoek *Care services for the elderly in Germany: infrastructure, access and utilization from the perspective of different user groups*, dat de Duitse populatie sinds 1970, niet meer op het vervangingsniveau is geweest. Ook het Nederlandse RIVM stelt dat Nederland sinds 1973 onder het vervangingsniveau zit (Sanderse & Verweij, 2011). Een laag geboortecijfer onder het vervangingsniveau heeft een negatieve invloed op de totstandkoming van solidariteit tussen generaties.

Als nu gekeken wordt naar de groei van de bevolking, blijkt uit cijfers van de United Nations Economic Commission for Europe [UNECE] dat de Duitse bevolking in 2004 'niet tot nauwelijks' gegroeid is, ten opzichte van 2003 (Zie: tabel 4).



Nederland laat wel een positief groeicijfer zien in 2004. Als we naar de geboortecijfers van Nederlandse vrouwen uit 2004 kijken blijken zij gemiddeld 1,7 kinderen te krijgen (OECD, 2011b). Terwijl Duitse vrouwen gemiddeld 1,4 kinderen (1.4 kinderen: te interpreteren als 1400 kinderen per 1000 vrouwen) kregen in 2004 (Zie: *tabel 4*) (OECD, 2011a). Nederland en Duitsland zitten dus beide ruim onder het vervangingsniveau. Vliet (2009) stelt dat de bevolkingspiramiden in Westerse landen de vorm van een omgekeerde kerstboom zullen aannemen (rond het jaar 2040).

Tabel 4.

*Groei van bevolking, Geboorte- en sterftcijfers van Nederland en Duitsland in Procenten*

	Nederland	Duitsland
Groei bevolking	0,3	0,0
Geboortecijfer	1,7	1,4
Sterftcijfers	5,50	10,44

Bron: OECD, 2011a; OECD, 2011b

Met betrekking tot de grijze druk is al aan bod gekomen, dat Duitsland in 2004 over een hogere *old age dependency ratio* beschikte. De populatie is ouder; er sprake is van een hogere levensverwachting, maar niet van een hogere HLY-index. Als verder wordt gekeken naar aantal 65-plussers in de toekomst blijkt uit het onderzoek *World population Ageing 1950-2050* van de Verenigde Naties (UN, 2002) dat op basis van prognoses, het aandeel 65-plussers rond 2025 in Nederland net boven de 20% zal liggen, terwijl die in Duitsland dicht tegen de 25% aan zal liggen. Rond het jaar 2050, zal het percentage in Nederland gestegen zijn tot 25%. Terwijl voor Duitsland de prognose voor hetzelfde jaar is dat die boven de 30% zal liggen. Als naar de prognose van het aantal 80-plussers gekeken wordt, blijkt dat het aandeel in Duitsland ook hoger is in vergelijking met Nederland. Lag in Nederland het percentage in 2000, zo rond de 3%, zal deze stijgen naar iets meer dan 10% in 2050. In Duitsland zal in diezelfde periode het percentage gestegen zijn tot 13%. Gesteld kan worden dat Duitsland te maken krijgt met een grotere grijze druk in vergelijking met Nederland. De voorspelling is dan ook dat Duitsland in 2050 een relatief hoog aantal 80-plussers heeft, terwijl het aantal 80-plussers in Nederland hetzelfde jaar relatief laag zal zijn (UN, 2002). Voor de toekomst (2050) lijkt het beeld te kloppen dat Nederland over een relatief jonge populatie beschikt. Dit beeld komt overeen met de langzame verjonging van de bevolking in Duitsland (lagere geboortecijfers).

## 2.1.2 Gezondheid ouderen

### *Levensverwachting*

Het aantal 80-plussers blijft toenemen, het is daarom ook van belang te kijken naar de levensverwachting van 65-plusser. Een sterke stijging voorspelt een grote behoefte naar informele en formele hulp en zorg (Eurostat, 2012a).

De levensverwachtingscijfers laten voor personen geboren in 2004 geen grote verschillen zien voor Nederland en Duitsland (Zie: *tabel 5*). Het is gepast te kijken naar de levensverwachting van 65-plussers in 2004. Over het algemeen valt op te merken dat de 65-plussers in Nederland en Duitsland, gemiddeld gezien tussen de 16-20 jaar zullen leven. De 65-plussers in Duitsland hebben in 2004 een langere levensduur (in jaren). Een belangrijke kanttekening die gemaakt moet worden is dat toenemende veroudering van de bevolking ook gepaard gaat met een toename van het aantal ouderen met een chronische aandoening. Uit onderzoek is gebleken dat de ontwikkeling van de medische technologie zich niet zo snel ontwikkelt als de verlening van deze levensduur (Geest, 2005).

### *Healthy Life Years index*

Een andere indicator om te kijken hoe lang men (in gezondheid) leeft is de HLY-index. Deze indicator geeft aan hoe lang 65-plussers in gezondheid leven voordat de aftakeling van ouderen zijn intrede doet. Een vergelijking van deze cijfers kan een voorspeller zijn voor mogelijke verschillen in de leeftijd waarop ouderen in Nederland en Duitsland hulp en zorg behoeven. Uit cijfers van de Europese Commissie is gebleken dat in 2004 65-plussers in Nederland een hogere HLY-index hebben in vergelijking met 65-plussers in Duitsland (Zie: *tabel 5*). Het algemene beeld dat vrouwen een hogere levensverwachting hebben, komt overeen met de HLY-index en de bevolkingspiramiden getoond in *figuur 1 en 2* (Zie: p. 24).

Deze gegevens tonen aan dat in het jaar 2004 Nederlandse vrouwen vijf jaar langer in gezondheid zullen leven in vergelijking met Duitse vrouwen. Nederlandse mannen zullen vier jaar langer in gezondheid leven in vergelijking met Duitse mannen. Afgaande op deze gegevens kan verwacht worden dat Duitse ouderen dus langer gebruik zullen maken van formele en informele zorg en hulp. Deze cijfers tonen ook aan dat Duitsers op een jongere leeftijd een beroep zullen moeten doen op informele of formele hulp. De cijfers met betrekking tot de levensverwachting bevestigen dit verschil tussen Nederland en Duitsland niet.

*Sterfte*

Met betrekking tot de sterftcijfers blijkt dat in het jaar 2004 Duitsland een twee maal zo hoog sterftcijfer heeft in vergelijking met Nederland (Zie: *tabel 4*). Als gekeken wordt naar de doodsoorzaken van ouderen blijkt dat: kanker, hart- en vaatziekten en ademhalingsproblemen de voornaamste oorzaken van sterfte zijn. Voor personen tussen de 50 tot 69 jaar is kanker doodsoorzaak nummer één. Vanaf '70 jaar en ouder' worden eerder hart- en vaatziekten als doodsoorzaak gerapporteerd. Ook komen ademhalingsproblemen vaker voor bij ouderen in de statistieken (Niederlaender, 2006).

Tabel 5.

*Levensverwachting, Healthy Life Years-index, naar Geslacht in jaren in Nederland en Duitsland*

	Nederland	Duitsland
Levensverwachting	79,2	79,2
Levensverwachting: man	76,9	76,5
Levensverwachting: vrouw	81,4	81,9
Levensverwachting: 65+ jaar	18,3	18,6
Levensverwachting: 65+ man	16,3	16,7
Levensverwachting: 65+ vrouw	19,9	20,1
HLY-index: 65+ man	10,5*	6,4*
HLY-index: 65+ vrouw	11,1*	5,9*

Bron: Eurostat, 2012b; OECD, 2011a; OECD, 2011b (\*HLY-index, betrekking op het jaar 2005)

*Subjectieve gezondheid*

Als hier naar de subjectieve ervaring van gezondheid gekeken wordt, geeft 21% van de '65-85 jarige' in Duitsland aan 'ziek' te zijn. Deze cijfers zijn afkomstig van het Duitse Statistisches Bundesamt. Van de 85-plussers, geeft 32% aan 'ziek' te zijn (cijfers betrekking op 2005). Als naar het subjectieve welbevinden van 65-plussers in Nederland wordt gekeken blijkt uit gegevens van het CBS dat in 2004 44% over een 'minder dan goede gezondheid' beschikt (CBS, 2010). Op basis van deze gegevens is het enigszins complex een beeld te schetsen van de subjectieve gezondheid van ouderen in Nederland en Duitsland.

Uit cijfers van Eurostat blijkt dat Duitsers vaker opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis. Vrouwen zijn daarbij vaker opgenomen, (7% in Nederland en 15% in Duitsland) geweest in vergelijking met mannen (5% in Nederland en 11% in

Duitsland). Gesteld kan worden dat rond het jaar 2004 (cijfers betrekking op 2003) Duitsers vaker zijn opgenomen geweest (Schäfer, Cervellin, Feith, & Fritz, 2005).

### 2.1.3 Woonsituatie ouderen

Onderzoek van Jacobs en collega's (2012) wijst uit dat veelal de partner van een hulpbehoevende oudere de hulp- en of zorgtaken op zich neemt, gevolgd door de kinderen. Het is daarom ook van belang te kijken naar de woonomstandigheden (samenstelling van huishoudens) van 65-plussers in Nederland en Duitsland. Uit het OECD rapport *Long-term care for older people* (Huber & Hennessy, 2005) valt de ontwikkeling op, dat steeds meer 65-plussers zelfstandig alleen blijven wonen. Vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw tot aan de eeuwwisseling, is er sprake van een toename van het aantal ouderen in Nederland. Rond de eeuwwisseling ligt het percentage op bijna 40%. In Duitsland is dit ook aanvankelijk het beeld (65-plussers blijven zelfstandig wonen), vanaf de jaren negentig lijkt dit aandeel weer toe te nemen en ligt rond de eeuwwisseling op ongeveer 36%.

Wanneer gekeken wordt naar de woonsituatie van 65-plussers (cijfers betrekking op het jaar 2007), blijkt dat 65-plussers in Nederland en Duitsland over het algemeen samenwonen met een partner. Hier zijn enkele landenverschillen op te merken. Zo blijkt dat mannelijke 65-plussers vaker met een partner samenwonen. Terwijl vrouwelijke 65-plussers vaker alleen wonen (Zie: *tabel 6*). Met betrekking tot de woonomstandigheden van ouderen zullen vrouwen vaker alleen achterblijven (verweduwen); zij kunnen minder vaak terugvallen op een partner, in vergelijking met oudere mannen. Hierdoor zal er een grotere afhankelijkheid ontstaan ten aanzien van de kinderen voor 65-plus vrouwen (Dykstra, 1990, In: Dykstra, 2001).

Tabel 6.

*Samenstelling huishoudens van 65-plussers in Nederland en Duitsland in Procenten*

	Woont alleen		Geen partner, woont wel met andere personen samen		Woont samen met een partner		Woont samen met partner, plus één ander persoon	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Nederland	19,0	49,0	1,0	3,0	75,0	46,0	5,0	2,0
Duitsland	22,0	44,0	2,0	4,0	71,0	50,0	5,0	2,0

Bron: Iacovou & Skew, 2010 (alle cijfers hebben betrekking op het jaar 2007)

## 2.2 Inkomen en pensioenstelsels

Om verdere cross-nationale verschillen te kunnen constateren, is het ook van belang aandacht te besteden aan beleidsarrangementen in de betreffende landen (Dykstra, 2009). In deze paragraaf zal eerst gekeken worden naar de hoogte van het inkomen van ouderen en daarna naar de verschillende pensioenstelsels.

Als gekeken wordt naar de leeftijd waarop men met pensioen gaat, zijn er tussen Nederland en Duitsland geen verschillen aan te wijzen. In beide landen gaat men met 65 jaar met pensioen (Eurostat, 2012a).

Uit het onderzoek *Pension at a Glance 2011* van de Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], is gebleken dat Nederlanders (43.500 euro), in vergelijking met Duitsers (41.400 euro), gemiddeld gezien over een hoger pensioen beschikken (cijfers betrekking op het jaar 2008). Een verklaring voor het gemiddeld lagere pensioen in Duitsland moet voornamelijk gezocht worden in de loonverschillen tussen de voormalig Duitse Democratische Republiek [DDR] (Oost Duitsland) en de Bondsrepubliek Duitsland [BRD] (West Duitsland) (Smolny & Kirbach, 2011). De lonen lagen in de DDR jarenlang stelselmatig lager in vergelijking met de BRD. Waar ondanks hervormingen na de eenwording van de Bondsrepubliek Duitsland (1990) verschillen zijn aan te merken in de hoogte van het inkomen van ouderen.

Het pensioen is opgebouwd uit verschillende pilaren. Om een verschil te kunnen duiden worden onderstaand de pensioenstelsels vergeleken. In beide landen is het pensioen opgebouwd uit drie pilaren.

- i. De eerste pilaar staat voor het staatspensioen die alle 65-plussers ontvangen. In Nederland noemt men dit: de Algemene Ouderdomswet [AOW] en in Duitsland: de *Gesetzliche Rentenversicherung*. Dit systeem draagt 'solidariteit tussen de generaties' uit. Werknemers dragen maandelijks pensioenpremies af (19,5% van het bruto loon). In Duitsland noemt men dit dan ook *Vertrag der Generationen*. Onderdeel van de eerste pilaar zijn ook het weduwen- of weduwnaarspensioen en het arbeidsongeschiktheidspensioen. In Duitsland bestaan er ook regelingen voor boeren en mijnwerkers (DG ECFIN, 2006).
- ii. Nederland staat bekend om zijn aanvullende collectieve verzekeringen (pilaar II). Deze pensioenfondsen komen voort uit de verschillende bedrijfstakken. Bijna alle werknemers zijn daarbij aangesloten (90%) (niet

verplicht, maar veel werkgevers bieden dit aan). In Duitsland is men vrijwillig in zijn deelname. De helft van de werknemers, heeft een aanvullende collectieve verzekering in Duitsland (DG ECFIN, 2006).

- iii. Bovendien bestaan er aanvullende (particuliere verzekeringen) en fiscale voorzieningen (lijfrente) (pilaar III). In Duitsland neemt de animo hiervoor geleidelijk toe door de invoering van Riester-contract sinds 2001. In Nederland bestaan dergelijke regelingen al langer.

Uit onderzoek van het Nederlandse ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid [SZW] blijkt dat het inkomen van 65-plussers in Nederland steeds vaker uit een zelf gespaard vermogen bestaat. Daarnaast bestaat het gemiddelde inkomen steeds minder uit AOW alleen. Volgens Piet Hein Donner, voormalig minister van het SZW in Nederland, blijkt dat *'negen op tien huishoudens een aanvullend pensioen of een lijfrente heeft naast de AOW'* (Donner, 2009). Ouderen in Nederland zijn minder afhankelijk van sociale voorzieningen. Als gekeken wordt naar het pensioen in Duitsland blijkt dat meer dan driekwart (78%) (In Nederland 50%) gedekt wordt door de eerste pilaar, 7% uit de collectieve pensioenfondsen en 15% afkomstig is uit private fondsen (OECD, 2011c). De cijfers tonen dat Nederlandse 65-plussers zelfstandiger zijn; minder aanspraak maken op collectieve middelen. Hierdoor lijken er sterke aanwijzingen te zijn dat Nederlandse ouderen minder afhankelijk zijn van familieleden, doordat zij financieel beter in staat zijn hulp en zorg in te kopen mocht dat noodzakelijk zijn.

### 2.3 Kosten voor de zorg

Om verdere cross-nationale verschillen te kunnen constateren, is het ook van belang aandacht te besteden aan landenverschil op gebied van zorg. Het algemene beeld dat geschetst kan worden is dat Nederland en Duitsland beide beschikken over een goed ontwikkelde gezondheidszorg. Het Health Consumer Powerhouse verricht sinds 2005 onderzoek in 35 landen, waaronder alle landen van de Europese Unie. Uit de ranking die Nederland heeft op de Euro Health Consumer Index (EHCI) blijkt dat Nederland zeer hoog scoort (in 2008 en 2009 de hoogste score). Duitsland behaalde een zesde notering in 2009 (Björnberg, Garrofé, & Lindblad, 2009).

Nu zal gekeken worden naar hoe de verdeling van kosten binnen de gezondheidszorg er voor Nederland en Duitsland eruit ziet op basis van gegevens

van de OECD (2005a). Deze kosten, zo stelt het Nederlandse RIVM, worden beïnvloed door onder andere de bevolkingssamenstelling.

Het grootste aandeel van de zorgkosten neemt zorg die geleverd wordt vanuit ziekenhuizen op zich (38% in Nederland, 30% in Duitsland). Zorg vanuit instellingen (verpleeg- en verzorgingshuizen) neemt in Duitsland ook een aanzienlijk deel op zich (30%). In Nederland is het aandeel zorg vanuit instellingen lager, zo rond de 25%. Bovendien wordt een aanzienlijk deel besteed aan 'medische en farmaceutische goederen' (17% in Nederland, 21% in Duitsland). De kosten met betrekking tot 'verpleging en verzorging', verschillen nauwelijks (12% in Nederland, 10% in Duitsland). In de komende paragrafen zal er aandacht zijn voor de langdurige zorg in Nederland en Duitsland. Langdurige zorg wordt gezien als alle aan een ouder gegeven vormen van zorg of hulp, die niet gericht is op het verbeteren van de gezondheid. Onder 'hulp' moet worden verstaan, hulp bij: aankleden, wassen, boodschappen doen, maaltijden bereiden en schoonmaken.

Zoals uiteengezet beschikt Duitsland in 2004 over een grotere proportie ouderen. De verwachting is dan ook dat Duitsland een groter deel van zijn bruto nationaal product [bnp] aan ouderen zal besteden. Allereerst zal gekeken worden naar het aantal personen dat zorg verleend en ontvangt.

Als gekeken wordt naar het aantal personen werkzaam in de gezondheidszorg of sociale sector blijkt dat in Nederland 11% (1,2 miljoen) te zijn. In Duitsland is dat in deze sector in 2004 ongeveer 7% (4 miljoen) (OECD, 2005a). Per duizend personen komt dit neer op 75 personen in Nederland en op 49 personen in Duitsland. Gesteld kan worden dat in vergelijking met Duitsland, in Nederland een groter aandeel van de beroepsbevolking in deze sector werkt.

Nederland en Duitsland verschillen in de mate waarin 65-plussers professionele hulp ontvangen. In Nederland woont 2,4% in een zorginstelling, en 12,3% ontvangt zorg aan huis (de cijfers hebben betrekking op het jaar 2000) (Schäfer et al., 2005). In Duitsland woonde (in 2003) 3,6% in een zorginstelling. Het percentage dat zorg aan huis ontvangt ligt rond 6,5% (Schäfer et.al., 2005). Deze bovenstaande gegevens zijn afkomstig van Eurostat. Uit een studie van Huber (2005) naar de langdurige zorg aan 65-plussers in beide landen zijn er verschillen op te merken met bovenstaande gegevens van Schäfer en collega (2005). Uit onderzoek van Huber (2005 In: OECD 2005b, p.41) blijkt dat 2,4% van de 65-plussers in Nederland woont in een zorginstelling en 12,3% ontvangt zorg aan huis (de cijfers hebben betrekking op het jaar 2000) In Duitsland woonde 3,9% van de 65-plussers in Duitsland in een

zorginstelling woont en 7,1% ontvangt zorg aan huis (de cijfers betrekking op het jaar 2003). Als deze gegevens worden vergeleken blijkt het verschil tussen Nederland-Duitsland in de studie van Huber (2005 In: OECD 2005b, p.41) kleiner te zijn, echter opgemaakt kan worden dat in Duitsland ontvangen meer 65-plussers langdurige zorg in een instelling, terwijl Nederlandse 65-plussers veel meer zorg aan huis ontvangen.

Hieruit kan opgemaakt worden dat het percentage ouderen woonachtig in een zorginstelling iets hoger is in Duitsland, echter het aantal ouderen dat zorg aan huis ontvangt vele malen hoger is in Nederland.

### 2.3.1 Financiering en organisatie zorg

Duitsland beschikt over een groter bnp dan Nederland. Duitsland is dan ook een veel groter en kapitaal krachtiger land. Duitsland vormt binnen de Europese Unie [EU] de grootste economie (25%, totale bnp van de EU), terwijl Nederland op de 6<sup>e</sup> plek staat (5%) (Terlouw, 2003).

Met betrekking tot de publieke uitgaven blijkt dat Duitsland in 2004 een groter aandeel van zijn bnp aan 'sociale- en gezondheidsvoorzieningen en pensioenen' besteedt in vergelijking met Nederland (Zie: *tabel 7*). In Nederland zijn gelden afkomstig uit private fondsen met betrekking tot 'sociale voorzieningen en pensioenen' groter. Doordat intergenerationeel solidariteit zich ook op het macroniveau afspeelt (afdragen pensioenpremies), is het ook van belang andere kosten ten aanzien van ouderen tussen Nederland en Duitsland in kaart te brengen. Uit cijfers van de OECD (OECD, 2011b) blijkt dat Nederland, in vergelijking met Duitsland, in 2004 een kleiner aandeel van zijn bnp aan gezondheidszorg besteedt (Zie: *tabel 7*).

In Nederland ontvangt 2,59% van de bevolking langdurige zorg (415.000 mensen) (CBS, 2007). In Duitsland ontvangt 2,85% van de bevolking deze vorm van zorg (2.34 miljoen mensen) (betreft het jaar 2009) (Pfaff, 2011).

De kosten afgezet naar het bnp met betrekking tot langdurige zorg, geven aan dat Nederland (3,48%), in vergelijking met Duitsland (1,32%), in 2004 een groter deel van het bnp besteedt aan deze vorm van zorg. Michael van den Berg, onderzoeker bij het Nederlandse RIVM en auteur van de *Zorgbalans*, stelt dat er geen internationale definitie van ouderenzorg is en dat deze per land sterk verschilt. De OECD, hanteert hier (Zie: *tabel 7*) een brede definitie van langdurige zorg. De zorgkosten voor gehandicapten en chronisch zieken maken eveneens onderdeel uit van dit kostenoverzicht.



Naast een brede definitie is er ook een smalle definitie van ouderenzorg: de kosten voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Die omvatten een substantieel deel van de ouderenzorg: naar schatting twee derde van het totaal. De hier gehanteerde brede definitie van ouderenzorg omvat echter ook een oververtegenwoordiging van ouderen die hulp behoeven. 'Gemiddeld is ruim driekwart van de mensen met langdurige zorg boven de 65 jaar en de helft boven de 80 jaar' (Schraevesande, 2012).

Als we kijken naar het aandeel dat 65-plussers hebben in de zorgkosten, blijken hier cross-nationale verschillen opgemerkt te kunnen worden. Uit onderzoek van het Nederlandse RIVM blijkt dat in 2004 37% van de totale kosten uitgegeven is aan 65-plussers (RIVM, 2008). Dit komt neer op ongeveer 25,5 miljard euro. In Duitsland is 45% van de totale zorgkosten ten behoeve van 65-plussers. Dit komt neer op 102,1 miljard euro in het jaar 2004 (Statistisches Bundesamt, 2006).

Tabel 7.

*Productie en Uitgaven met betrekking tot de Gezondheidszorg en Pensioenen in Nederland en Duitsland uitgedrukt in het Percentage van het Bruto Nationaal Product*

	Nederland	Duitsland
Bruto nationaal product (in miljarden)	540.5	2 466.8
Bruto nationaal product (per hoofd bevolking)	33.209	29.901
Publieke uitgaven: sociale voorzieningen (% van bnp)	21,1	27,1
Private uitgaven: sociale voorzieningen (% van bnp)	8,2	3,0
Publieke uitgaven: gezondheidszorg (% van bnp)	5,9	8,1
Private uitgaven: gezondheidszorg (% van bnp)	1,6	2,5
Publieke uitgaven: pensioen (% van bnp)	5,0	11,6
Private uitgaven: pensioen (% van bnp)	3,4	0,1
Langdurige zorg (% van bnp)	3,48	1,32

Bron: Eurostat, 2013b; OECD, 2011a; OECD, 2011b

Uit cross-nationaal onderzoek is gebleken dat er veel verschillen bestaan in de manier waarop langdurige zorg voor ouderen wordt gefinancierd en georganiseerd (Geest, 2005). Daarom zal worden gekeken of het verschil in het aantal personen dat zorg aan huis ontvangt veroorzaakt wordt door de verschillen in de manier waarop langdurige zorg georganiseerd en gefinancierd is.

### 2.3.2 Langdurige zorg in Nederland

Kenmerkend voor Nederland is dat er sprake is van een individueel recht op zorg, in Duitsland is hiervan geen sprake (Gradus & Asselt, 2011). Bovendien is in Nederland het individueel recht op zorg niet afhankelijk van het eigen inkomen of vermogen (Geest, 2005).

In Nederland maken de langdurige zorgregelingen onderdeel uit van de in 1968 ingevoerde collectieve ziektekostenverzekering: *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* [AWBZ]. Deze worden gefinancierd door algemene heffingen (Glendinning, 2003). In Nederland kent men naast de zorg in natura sinds 1996 ook het pgb. Het pgb is geïntroduceerd met als doelstelling de zorggebruiker meer vrijheid te geven over de ontvangen zorg. Het is een geldbedrag, dat ouderen kunnen gebruiken om zorg in te kopen (Sadiraj et.al. 2011). In Nederland is het pgb toegankelijk voor ouderen, gehandicapten, psychiatrische patiënten. Het pgb kan worden gebruikt voor verschillende soorten zorg: mantelzorg, particuliere zorg en professionele zorg. Vanaf 2003 kreeg de oudere zelf de beschikking over het gehele bedrag. Het pgb moest er daarnaast voor zorgen dat de zorgkosten afnemen. Aangezien het idee erachter is dat ouderen alleen zorg inkopen als zij het ook echt gaan gebruiken (Sadiraj et.al. 2011). Nederland kent naast het pgb een mantelzorgcompliment. Dit is een bedrag (200 euro) als blijk van waardering voor de mantelzorger.

Hoewel er geen formele en afdwingbare plicht is om te zorgen voor een langdurig of ernstig zieke 'partner', wordt er bij de indicatiestelling van AWBZ-gerelateerde zorg wel vanuit gegaan dat het sociale netwerk (familie) informele zorg biedt. In het Protocol Gebruikelijke Zorg staat welke zorg van familieleden, en in het bijzonder van gezinsleden, verwacht mag worden (CIZ, 2005). Zo is AWBZ-financiering uitgesloten als een persoon die huishoudelijke verzorging nodig heeft, samenwoont met een gezonde volwassene. Met betrekking tot die indicatiestelling, zijn er in Nederland zeventig categorieën vastgesteld.

- i. De ABWZ omvat vijf soorten zorg: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis en hulp om te genezen (Gradus & Asselt, 2011). Een verzorgingshuis is gericht op verzorging voor degene die niet meer zelfstandig kunnen wonen (ook niet met hulp van een mantelzorger, familie). Een verpleeghuis juist is gericht op intensieve zorg en zware medische behandelingen.

- ii. In Nederland zijn twee soorten eigen bijdragen: de lage bijdrage heeft betrekking op 'zorg zonder verblijf' (thuiszorg) en een hogere eigen bijdrage voor zorg binnen een zorginstelling (verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis).

### 2.3.3 Langdurige zorg in Duitsland

Het rapport *Health care reforms in ageing European society, with a focus on the Netherlands* (Asselt, Bovenberg, Gradus, & Klink, 2010) laat dan zien dat Duitsland de verantwoordelijkheid voor de financiering van hulp en zorg veel meer bij families zelf neerlegt. Doordat in Duitsland de verantwoordelijkheid met betrekking tot zorg, meer bij de 65-plussers zelf ligt, dienen zij naast een ziektekostenverzekering, te beschikken over een zogenaamde *Pflegeversicherung* (Long Term Care Insurance [LTCI]). Deze moet ervoor zorgen dat ouderen die zorg of hulp ontvangen dit ook kunnen betalen. Deze verzekering heeft in 1996 zijn intrede gedaan en is verplicht voor alle werknemers onder een bepaalde inkomensgrens (±3975 euro) (Heinicke & Thomsen, 2010). Voor die tijd (1996) waren de langdurig zieken voor de kosten van verpleging en verzorging voornamelijk aangewezen op de bijstand (Gradus & Asselt, 2011). Onder de LTCI en de ziektekostenverzekering is bijna iedereen (99,7%) gedekt (Gradus & Asselt, 2011). Hierbij is wederom sprake van een pay-as-you-go-systeem (65-minners betalen voor 65-plussers die op dit moment langdurige zorg ontvangen). De verzekering heeft een beperkte dekking in vergelijking met de werkelijke zorgbehoefte. Bovendien is de aanspraak hierop in Duitsland afhankelijk van het hebben van kinderen in het huishouden (geen kinderen: premie bedraagt 2,2% van het bruto inkomen). Gesteld wordt dat huishoudens met kinderen minder snel aanspraak maken op langdurige zorg. De premie is dan ook beduidend lager (1,9% van het bruto inkomen) (Heinicke & Thomsen, 2010).

Doordat in Duitsland een vergoeding is voor verpleging en verzorging, maar niet voor huisvesting, activering en begeleiding, is de familie voor meer taken verantwoordelijk in vergelijking met de Nederlandse families. Aangezien de zorg voornamelijk gericht is op lichamelijke functioneren, hebben mensen met psychische problemen slechts beperkt recht op vergoeding (Gradus & Asselt, 2011).

Er kunnen drie zorgzwaartecategorieën worden onderscheiden. Deze heeft betrekking op zorg binnen een instelling of zorg thuis.

- i. Men heeft eenmaal per dag hulp nodig.
- ii. Men heeft driemaal per dag hulp nodig.
- iii. Men heeft elk uur hulp nodig (Gradus & Asselt, 2011).

Hier zijn drie soorten zorg te onderscheiden: zorg binnen een instelling (verpleeg- of verzorgingshuis), tegoedbonnen of uitbetaling in geld in de vorm van een soort mantelzorgkostenforfait (pgb). Ouderen die zorg ontvangen in verpleeg- of verzorgingshuizen worden gedeeltelijk gecompenseerd (75%) (Gradus & Asselt, 2011). Doordat in Duitsland sprake is van een scheiding tussen 'verzorging en verpleging' en 'wonen' betalen ouderen een forse bijdrage voor wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Deze kosten bedragen ongeveer 600 euro voor kost en inwoning. De Duitse overheid tracht hiermee ouderen langer thuis te laten wonen. Met de tegoedbonnen kan men ervoor kiezen om zelf zorg of hulp in te kopen (twee keer de waarde van het mantelzorgforfait). Als ouderen kiezen voor een mantelzorgforfait is de bestedingsvrijheid groter en hoeft geen verantwoordelijkheid afgelegd te worden (205-665 euro per maand). Het mantelzorgforfait (pgb) is in Duitsland alleen toegankelijk voor gehandicapten en ouderen. De indicatiecriteria verschillen met die in Nederland: er zijn landelijke richtlijnen, is afhankelijk van de mate van beperkingen en de benodigde tijd voor zorg (Sadiraj et.al. 2011).

Kortom in Duitsland tracht de overheid zorg vanuit het eigen netwerk te ondersteunen. Zo kan men aanspraak maken op (gratis) scholing voor mantelzorgers voor familieleden, en kan men vrijgesteld worden van arbeid (tot 2 jaar) om voor een naaste te zorgen (Gradus & Asselt, 2011)

Het Nederlandse langdurige zorgsysteem is dus uitgebreider, aangezien hier ook huisvesting, activering en begeleiding onder valt, wat niet het geval is in Duitsland. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat de private bijdragen aan gezondheidszorg in de vorm van de 'eigen bijdragen', 'eigen risico's' en 'aanvullende verzekeringen' in Nederland veel lager zijn in vergelijking met de private bijdragen in Duitsland (OECD, 2011a; OECD, 2011b). In Nederland wordt het overgrote deel van de zorg in natura verstrekt (Geest, 2005), echter het pgb wint aan populariteit (Sadiraj et.al. 2011).

Als nu naar de kwaliteit van langdurige zorg gekeken wordt is hier geen eenduidig beeld te schetsen. Nederland en Duitsland scoren in vergelijking met andere

Europese landen hoog op het gebied van de algemene gezondheidszorg. Echter uit een studie van de World Health Organization [WHO] in 2000 naar de wetgeving en uitvoering op het gebied van langdurige zorg is gebleken dat kwaliteit overal als een zwakke schakel naar voren kwam (Geest, 2005). Uit deze studie is gebleken dat formele en niet formele zorg beter afgestemd dient te worden. Doordat kwaliteit niet eenduidig te definiëren is, is het ook niet eenvoudig gebleken te duiden in welke landen de kwaliteit beter is. Wel is gebleken dat de kwaliteit van de langdurige zorg in Nederland en Duitsland ondermaats is. Voor een uitgebreider analyse van de kwaliteit van langdurige zorg in een Europees kader verwijs ik graag naar de studie van Geest (2005).

Kortom, het Duitse en Nederlandse langdurige zorgsysteem verschillen aanzienlijk. Bovendien zijn er verschillen in de financiering van deze zorg. Het Nederlandse ABWZ-systeem is uitgebreider. Uit onderzoek is gebleken dat de kosten voor langdurige zorg in Nederland vele malen (drie maal) hoger zijn in vergelijking met de kosten voor het Duitse langdurige zorgsysteem. (Gradus & Asselt, 2011)

## 2.4 Families in Nederland en Duitsland

Dykstra (2009) stelt dat naast demografische kenmerken en beleidsarrangementen ten aanzien van ouderen, ook culturele kenmerken van een land een mogelijke verklaring biedt voor cross-nationale verschillen. De afstand, contact tussen familieleden, de hoeveelheid kinderen die men heeft en de mening ten aanzien van ouderen geven een beschrijving van hoe families er in Nederland en Duitsland uitzien en hoe zij met elkaar omgaan. De manier waarop zij met elkaar omgaan, komt tot uitdrukking in solidair gedrag, het is daarom van belang hierbij stil te staan.

### *Geografische afstand*

Uit onderzoek is gebleken dat een belangrijke determinant in de bereidheid van volwassen kinderen om aan een ouder hulp te geven, de geografische afstand tussen hen beiden is (Gierveld & Fokkema, 1998). Deze afstand kan immers door culturele waarden- en normenpatronen worden beïnvloed. Allereerst zal gekeken worden of de geografische afstand tussen ouderen en hun kinderen in Nederland en Duitsland verschillend is.

Uit een studie gebruikmakend van de Netherlands Kinship Panel Study [NKPS] (2004) is gebleken dat de gemiddelde afstand van een oudere tot hun kinderen in Nederland ongeveer 30 kilometer is (Diepen & Mulder, 2006). De kleinste

gemiddelde afstand bedraagt zestien kilometer. Daarnaast blijkt uit deze studie dat naarmate de 50-plussers ouder is, de afstand tot het kind sterk afneemt, zo blijkt de kleinste gemiddelde afstand voor 70-plussers dertien kilometer te bedragen (Diepen & Mulder, 2006). Dus naarmate ouderen ouder zijn, des te groter de kans dat een kind dichterbij woont.

In deze alinea wordt onderzoek geciteerd die later in deze scriptie gebruikt zal worden bij de analyse. Met betrekking tot de geografische afstand tussen ouder en kind in Nederland en Duitsland zijn namelijk geen andere gegevens voorhanden rond het jaar 2004. Uit de studie van Fokkema en collega's (2008), gebruikmakend van SHARE wave 1 (2004), blijkt dat de gemiddelde afstand tot het dichtstbijzijnde kind in Nederland en Duitsland rond de 25 kilometer ligt. Hier zijn wel een aantal cross-nationale verschillen tussen Nederland en Duitsland op te merken. In Duitsland woont het dichtstbijzijnde kind vaker in hetzelfde huishouden. Terwijl in Nederland het kind vaker binnen een afstand van 25 kilometer woont. Bovendien blijkt dat het dichtstbijzijnde kind in Duitsland vaker verder dan 25 kilometer weg te woont (Fokkema et.al. 2008). Op basis van dit onderzoek kunnen geen grote verschillen opgemerkt worden, tussen ouderen en hun dichtstbijzijnde kind in Nederland en Duitsland.

### *Kindertal*

Uit onderzoek is daarnaast gebleken dat de hoeveelheid kinderen die een 65-plusser heeft ook van invloed is op de kans dat een ouder van een kind hulp ontvangt (Spitze & Logan, 1991). Aangezien het krijgen van kinderen en de hoeveelheid kinderen beïnvloed wordt door de sociale context (cultuur), is het van belang te kijken of er cross-nationale verschillen zijn tussen de kindertallen van 65-plussers in Nederland en Duitsland. De 65-plussers in 2004 zullen vanaf de jaren vijftig tot tachtig kinderen hebben kregen. Deze periode is al eerder aangehaald in *hoofdstuk 1: Aanzet tot studie* en wordt gekenmerkt door demografische veranderingen: *de Tweede demografische transitie*.

Om inzage te krijgen in het aantal kinderen dat 65-plussers kregen wordt naar de TFR van Nederland en Duitsland gekeken vanaf de jaren zestig (van 1950 zijn geen gegevens beschikbaar). Uit gegevens van Eurostat, met betrekking tot Nederland, blijkt dat de TFR in 1960 rond de drie (3.12) kinderen lag en deze in 1970 daalde (2.57 kinderen per vrouw). In 1980 nam dit aantal per vrouw verder af tot 1.60 kind per vrouw (Eurostat, 2013a). Voor Duitsland zijn voor dezelfde periode deze gegevens niet beschikbaar in de Eurostat data. Hier zal de studie van Dorbitz (2008)

met betrekking tot de TFR worden weergegeven. Deze studie laat cijfers zien van de voormalige DDR (voormalig Oost Duitsland) en de BRD (voormalig West Duitsland). De TFR lag in de DDR boven de twee kinderen in de jaren zestig (2,35) en jaren zeventig (2.30) kinderen. Deze daalde in de jaren tachtig tot minder dan twee kinderen (1.90) per vrouw. De TFR in de BRD lag ook boven de twee kinderen per vrouw in de jaren zestig (2.35), maar daalde al in de jaren zeventig (1970) tot twee kinderen per vrouw. In 1980 is de TFR verder gedaald (1.45 kinderen per vrouw) (Dorbritz, 2008). De TFR daalde in beide delen van Duitsland, maar hiervoor worden totaal verschillende verklaringen aangedragen. Voor een uitgebreide achtergrondstudie naar deze verschillen zie het artikel *Germany: family diversity with low actual desired fertility* van Dorbritz (2008).

Nederland lijkt in vergelijking met de DDR en BRD een hogere TFR te hebben gehad in de jaren zestig, zeventig en tachtig. Hieruit kan worden opgemaakt dat Nederlandse 65-plussers meer kinderen zullen hebben dan Duitse 65-plussers.

#### *Wie is verantwoordelijk?*

Uit onderzoek van Pommer en collega's (2007) blijkt daarnaast dat er verschillende opvattingen heersen ten aanzien van de verantwoordelijkheid voor hulpbehoevende ouderen. (Sadiraj et al., 2011). Sadiraj en collega's (2011) stellen voor landen in Europa drie modellen op: het *Scandinavische model*, het *Continental model* en het *Mediterrane model*. Nederland past in het *Scandinavische model*. Gemiddeld gaf 20% van de respondenten aan dat zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte een taak voor de familie is (Sadiraj et al., 2011). Duitsland valt onder het *Continental model*: tussen de '40-50%' vindt dat de verantwoordelijkheid voor zorg en verpleging bij de familie ligt. Een verklaring voor dit verschil zou liggen in de opvatting betreffende de zelfredzaamheid van ouderen in Duitsland. Ouderen die langdurige zorg behoeven zien dit niet alleen als een taak voor de overheid maar ook voor families. Hierdoor kan ook het lagere aantal ouderen wonend in een verzorgingshuis of verpleeghuis verklaard worden (Gradus & Asselt, 2011). Langdurige zorg is in Duitsland dan ook niet voor iedereen toegankelijk. Doordat men in Duitsland geneigd is de hulp- en zorgtaken voor ouderen als een taak van de familie op te vatten, is de verwachting dat kinderen dit ook vaker zullen doen (Gradus & Asselt, 2011).

## 2.5 Samenvatting

Dit hoofdstuk toont een aantal landenverschillen, op het gebied van de samenstelling van de bevolking en de beleidsarrangementen ten aanzien van ouderen.

Demografische kenmerken van de Nederlandse en Duitse populatie laten zien, dat het aantal 65-plussers in Duitsland hoger is in vergelijking met Nederland. Bovendien is er sprake van een hogere *old age dependency ratio*. De cijfers met betrekking tot de levensverwachting laten zien dat 65-plussers in Duitsland iets ouder zullen worden. De Nederlandse 65-plussers leven echter langer in gezondheid. In Duitsland behoeven ouderen over een langere periode hulp en of zorg (HLY-index). Uit de bevolkingspiramide kan opgemaakt worden dat Nederland over een relatief jonge populatie beschikt. Duitsland heeft een lager vervangings- en geboortecijfer.

Over het algemeen tonen de demografische bevolkingskenmerken aan dat vrouwen vaker hulp zullen ontvangen. Ze leven langer, wonen zelfstandig thuis en verweeduwen vaker in vergelijking tot mannen. Uit het onderzoek *Kwetsbare ouderen* (Campen, 2011) is bekend geworden dat ouderen, die de levensverwachting overstijgen, veelal op oudere leeftijd te maken krijgen met cognitieve, lichamelijke en sociale problemen tegelijk. Het is te verwachten dat vrouwen vaker te maken zullen krijgen met beperkingen.

De Nederlandse 65-plussers beschikken over een hoger inkomen. Hierdoor lijken ouderen in Nederland in mindere mate afhankelijk van de gunsten van familieleden. De Nederlandse ouderen zijn economisch gezien onafhankelijker en zijn hierdoor ook beter in staat om hulp zelf in te kopen.

Uit de registerdata is gebleken dat Nederland in vergelijking met Duitsland een groter deel van het bnp aan langdurige zorg besteedt. In Duitsland wonen meer ouderen in een zorginstelling, echter in Nederland ontvangen veel meer ouderen zorg aan huis. Duitsland legt dus vaker de verantwoordelijkheid neer bij de 65-plussers zelf of de familie doordat alleen de meest hulpbehoevende ouderen kunnen rekenen op overheidszorg.

Kortom: er lijken sterke aanwijzingen te zijn dat kinderen in Duitsland vaker functioneel solidair zullen zijn met een ouder. Zo blijkt het aantal ouderen in verzorgingsinstellingen in Duitsland veel lager, in vergelijking met Nederland. In Duitsland is het langdurige zorgsysteem minder uitgebreid, de eigen bijdrage is hoger, mantelzorgers kunnen scholing volgen en een zorgverlof opnemen. Ten slotte delen Duitsers in grotere mate de opvatting dat hulp- en zorgtaken toebedeeld zijn aan de familie, en niet zozeer van de overheid alleen (Fokkema et.al. 2008).



De bovenstaande gegevens laten het beeld zien dat 65-plussers in Duitsland over het algemeen een grotere kans hebben op het ontvangen van hulp van een kind. Dit hoofdstuk is schematisch samengevat (Zie: *tabel 8*), waarbij een plus (+) een grotere kans, een min (-) een kleinere kans of een nul (0) geen verschil voorspelt voor de mate waarin Nederlandse 65-plussers hulp zullen ontvangen van een kind.

Tabel 8.

*Bevolkings- en Landkenmerken, afgezet naar de Kans-verschillen tussen Nederland en Duitsland met betrekking tot Intergenerationele Solidariteit*

positief (+)	negatief (-)	neutraal (0)
		<b>Demografische kenmerken</b>
-		Proportie ouderen in samenleving: <i>kleiner in Nederland (2004)</i>
-		Proportie ouderen in samenleving: <i>kleiner in toekomst (2050)</i>
-		Old age dependency ratio: <i>kleiner in Nederland</i>
0		Gezondheid ouderen in samenleving, <i>geen grote verschillen</i>
0		Levensverwachting: <i>Nederland lager</i>
+		HLY-index, <i>hoger in Nederland, dus men leeft langer in gezondheid</i>
-		Woonomstandigheden ouderen, <i>geen grote verschillen</i>
		<b>Landkenmerken</b>
-		Inkomen ouderen: <i>iets hoger in Nederland</i>
+		Hoogte van pgb: <i>hoger in Nederland</i>
-		Publieke uitgaven gezondheidszorg (% van het bnp)
-		Private uitgaven gezondheidszorg (% van het bnp)
-		Proportie bevolking werkzaam in gezondheidszorg
+		Kosten langdurige zorg: <i>hoger in Nederland (2004)</i>
-		Hoogte eigen bijdrage langdurige zorg: <i>lagere bijdrage in Nederland (2004)</i>
+		<i>Ouderen in een verzorgingstehuis: lager in Nederland</i>
-		Ouderen die zorg ontvangen aan huis: <i>hoger in Nederland</i>
-		Beschikbaarheid langdurige zorg: <i>groter in Nederland</i>
0		Geografische afstand tussen ouderkind: <i>geen grote verschillen</i>
+		Kindertal: <i>groter kindertal 65-plussers in Nederland</i>
-		De opvatting: 'zorg is taak van de familie': <i>minder vaak genoemd in Nederland</i>
		<b>Samenvattend</b>
-		De kans dat ouderen hulp ontvangen van een kind in Nederland (factoren op het macroniveau)

## Hoofdstuk 3.0 Theoretisch kader op het microniveau

In het voorgaande *hoofdstuk 2: Landenvergelijking op het macroniveau* is gekeken welke factoren van invloed kunnen zijn op de kans dat een ouder hulp ontvangt in Nederland en Duitsland. Demografische, economische en sociale kenmerken wijzen op verschillen tussen de Nederlandse en Duitse bevolking. In dit hoofdstuk is het gepast de focus te verleggen en met een algemeen theoretisch model verschillen tussen Nederland en Duitsland te onderzoeken. Deze hypothesen bevinden zich allen op het microniveau. Hier zal gebruik worden gemaakt van het intergenerationele solidariteitsmodel van Szydlik (2012).

### 3.1 Theoretisch model Szydlik

In deze paragraaf volgt nu de uitleg van het theoretische model van Marc Szydlik (2012) en zal verklaard worden waarom voor dit model gekozen is.

Doordat intergenerationele solidariteit zowel specifiek gedrag, als wel een gevoel van saamhorigheid en nauwe banden tussen familieleden uitdraagt, dient men rekening te houden met al deze facetten (Szydlik, 2012). Solidariteit is daarom in het model weergegeven door de drie overlappende cirkels in het midden van het model. Deze cirkels staan respectievelijk voor 'emotionele bijstand' (affectual solidarity), 'gemeenschappelijke activiteiten' (associational solidarity) en 'functionele solidariteit' (functional solidarity). Dit laatste komt tot uiting in het uitwisselen van geld, tijd en ruimte (Zie: Szydlik, 2012). De definities van intergenerationele solidariteit van Szydlik (2012) en Dykstra en collega's (2000) lijken sterk op elkaar. In deze scriptie ligt de focus alleen op 'functionele solidariteit' uit het model. De overdracht van hulp van kind naar ouder zal getoetst worden.

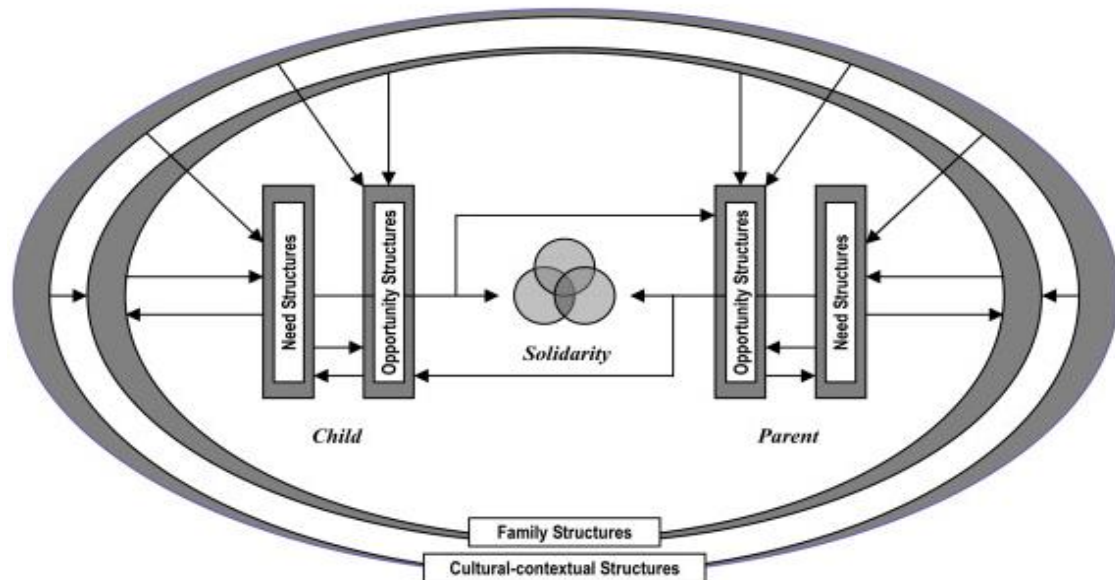
Dit model maakt het mogelijk rekening te houden met conditionele factoren op het micro-, meso- en macroniveau. Szydlik (2012) stelt dat er sprake is van verschillende conditionele factoren, die ingedeeld kunnen worden in de 'gelegenheid', 'behoefte', 'familie' en 'culturele-contextuele' structuur. Hierbij wordt dus het niveau van het individu, het gezin en de maatschappij onderscheiden. Doordat intergenerationele solidariteit zich afspeelt tussen twee personen, hier tussen 'ouder' en een kind', is het ook van belang de verschillende motieven van solidariteit in ogenschouw te nemen.

Doordat dit model (Zie: figuur 3) rekening houdt met de inbedding van individuen, families in een samenleving, speelt de familiestructuur ook een belangrijke rol in de

verklaring van solidariteit tussen generaties. Deze familiestructuur heeft immers invloed op de kans dat een kind solidair is met een ouder.

Figuur 3.

*Intergenerationele solidariteit model, de Culturele-contextuele structuur, de Familiestructuur en 'Behoeftes'- en 'kansenstructuur' van ouder en kind*



Bron: Szydlik, 2012

Of een volwassen kind daadwerkelijk hulp geeft aan een ouder is volgens dit model dus vooral afhankelijk van de behoefte(structuur) (hulp en of zorgbehoefte) die een ouder heeft en van de kans(structuur) van volwassen kind om dit te faciliteren. Als deze met elkaar overeenkomen, dan vindt overdracht van 'tijd' plaats tussen beiden. Dit proces wordt ook beïnvloed door contextuele factoren zoals de toegang van de ouder tot professionele zorg en hulp.

### 3.2 Hypothesen

Hieronder volgen een aantal hypothesen afgeleid van het intergenerationele solidariteit model van Szydlik (2012). De hypothese met betrekking tot de landenvergelijking is opgesteld op basis van de veronderstellende verwachting van het landenverschil in *hoofdstuk 2: de landenvergelijking*. Met andere de hypothesen met betrekking tot ouder en kind is dit niet het geval. Hier zal steeds in termen van Szydlik's 'behoefte- en kansstructuur' gekeken worden of een ouder een grotere of kleinere kans heeft op het ontvangen van hulp van een kind. Hier is geen reden om

aan te nemen dat demografische, economische en sociale kenmerken in Nederland of Duitsland een andere uitwerking hebben. Hierdoor is de hypothese algemeen opgesteld, zonder per land te specificeren wat de verwachting is. In komende paragrafen zal steeds worden gekeken wat al dan niet solidair gedrag bespoedigt dan wel belemmert.

### 3.2.1 Hypothese met betrekking tot de landenvergelijking

In *hoofdstuk 2* is er uitvoerig ingegaan op cross-nationale verschillen tussen Nederland en Duitsland. Om in deze paragraaf een hypothese met betrekking tot het mogelijke landenverschil op te kunnen stellen zal kort de conclusie van *hoofdstuk 2* besproken worden. Er is aangetoond dat Duitsers vaker voor een ouder zullen zorgen en dat de Duitse overheid solidair gedrag beter ondersteunt. De verwachting is dat in Duitsland een ouder vaker van ten minste één kind hulp ontvangt. In het model van Szydlik (2012) past dit binnen de maatschappelijke context, waarin van een kind verwacht wordt (meer) solidair te zijn met een ouder. De hypothese (1) die hierbij opgesteld kan worden is: *‘indien een ouder in Duitsland woont, is de kans groter dat een kind hulp geeft’*.

### 3.2.2 Hypothesen met betrekking tot de ouder

#### *Geslacht en leeftijd*

Uit *hoofdstuk 2: Landenvergelijking op het macroniveau* kunnen een aantal empirische argumenten afgeleid worden die veronderstellen dat een vrouw een grotere kans heeft op het ontvangen van hulp van een kind. Ten eerste leven vrouwen in vergelijking met mannen langer. Bovendien hebben vrouwen een hogere HLY-index, dit geeft aan dat ze langer in gezondheid zullen leven totdat de aftakeling begint. Hieruit kan worden afgeleid dat vrouwen veelal langer alleen zullen wonen, waardoor zij in mindere mate op een partner terug kunnen vallen. Door het wegvallen van de partner, zal de kans toenemen dat één kind hulp of zorgtaken op zich zal nemen. In het model van Szydlik (2012) maken deze argumenten onderdeel uit van de grotere behoefte van vrouwen om hulp van een kind te ontvangen. Door deze factoren hebben vrouwelijke ouderen in zowel Nederland als Duitsland waarschijnlijk een grotere behoefte aan hulp van een kind in vergelijking met mannelijke ouderen.

De hypothese (2a) die opgesteld kan worden luidt: *‘indien een ouder van het vrouwelijke geslacht is, is de kans groter dat een kind hulp geeft’*.

Naarmate men ouder wordt zal de gezondheid afnemen. Een hogere leeftijd past in het model van Szydlik (2012) doordat hij stelt dat de behoefte aan hulp zal toenemen naarmate men ouder is. Door lichamelijke en geestelijke gebreken (ouderdomsziekten) zal de kans dus toenemen dat een kind hulp geeft. De hypothese (2b) die opgesteld kan worden is: *'naarmate ouderen ouder zijn, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*.

#### *Partnerstatus*

Met betrekking tot de partnerstatus is gebleken dat een ouder met een partner, over het algemeen minder hulp van buitenaf (buiten het huishouden) ontvangt. De hulp die aan deze hulpbehoevende ouderen wordt gegeven is veelal afkomstig van de partner (Jacobs, Broese van Groenou, Boer, & Deeg, 2012). De verwachting op basis van Szydlik is dan ook dat ouderen met een levende partner, minder behoefte hebben aan hulp van buitenaf en daarom ook minder behoefte hebben aan hulp van een kind.

Ouderen zonder een partner (verweduwde of gescheiden) zullen een grotere behoefte hebben aan hulp. Op basis van het model van Szydlik (2012) kan gesteld worden dat deze ouderen een grotere behoefte hebben hulp van een kind. De verwachting is dat dit niet anders is voor verweduwde of gescheiden ouderen. Uit de literatuur met betrekking tot echtscheidingen en solidariteit is gebleken dat echtscheidingen negatief zijn voor familierelaties (Bavel, Dykstra, Wijkmans en Liefbroer, 2010). De betrokkenheid van kinderen bij hun gescheiden ouder neemt af, en dit effect is negatiever voor vaders dan voor moeders. Ook lijkt het aandeel van betrokken kinderen bij een hertrouwde ouder kleiner in vergelijking met een ouder die niet gescheiden is. Hertrouw, en het hebben van stiefkinderen, zou ertoe bijdragen dat kinderen zich minder verplicht voelen om hulp te verlenen. De hypothese (3a) die opgesteld kan worden luidt: *'indien een ouder verweduwd is, is de kans groter dat een kind hulp geeft'*. De volgende hypothese (3b) luidt: *'indien een ouder gescheiden is, is de kans kleiner dat een kind hulp geeft'*.

#### *Opleidingsniveau en inkomen*

In onderzoek wordt veelal verondersteld dat een ouder liever niet afhankelijk is van de hulp van een kind (Dykstra, 2007). Deze afhankelijkheid zal in grote lijnen worden beïnvloed door de mate dat een oudere financieel in staat is om zorg of hulp in te kopen. In het model van Szydlik (2012) past daarom het opleidingsniveau en inkomen in de behoeftestructuur van de ouder. Szydlik (2012) stelt dat naarmate een

ouder minder financiële middelen ter beschikking heeft, ouderen vaker aangewezen zullen zijn op de hulp van anderen (kinderen). Een ouder met een lager inkomen zal minder goed in staat zijn om hulp in te kopen (thuiszorg, professionele huishoudelijke hulp) en dus in grotere mate gebruik moeten maken van hulp vanuit het sociale netwerk (kinderen). Saraceno (2008) stelt dat arme families zorg- en hulptaken voor een ouder op zich nemen, dit fenomeen wordt omschreven als *familism by default*. Door het ontbreken van overheidsvoorzieningen zullen kinderen eerder geneigd zijn deze taken op zich te nemen. Ook zorgt een lager inkomen voor een grotere afhankelijkheid tussen ouder en kind. De hypothese (4a) luidt: *'naarmate een ouder lager opgeleid is, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*. De hypothese (4b) die daarnaast opgesteld kan worden is: *'naarmate een ouder een lager inkomen heeft, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*.

#### *Gezondheid en formele hulp-zorg*

Uit onderzoek naar uitwisseling van hulp en zorg tussen volwassen kinderen en hun ouder(s) blijkt dat de kans dat volwassen kinderen hun ouders moeten bijstaan, toeneemt naarmate de gezondheid van een ouder afneemt. In het model van Szydlik past de slechtere gezondheid bij een toename in de behoefte aan informele hulp en zorg. De hypothese (5a) die hier opgesteld kan worden is: *'naarmate de gezondheid van een oudere is verslechterd, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*.

Aangezien het al dan niet ontvangen van informele zorg en hulp afhangt van de toegang tot professionele hulp en zorg (Timmermans et al., 2001) is het van belang te kijken naar de totstandkoming van deze vormen van hulp. Uit het onderzoek van Timmermans en collega's (2001) is gebleken dat formele en informele hulpverleners veelal verschillende taken uitvoeren: ze blijken vaak als een aanvulling op elkaar te werken. In termen van Szydlik zal, naarmate een ouder hulpbehoevender is, de kans dus toenemen dat ook een kind taken vervult. Hulpbehoevende ouders zullen immers op verschillende terreinen hulp en zorg behoeven (huishoudelijke hulp, persoonlijke hulp en zorg).

De hypothese (5b) die hier opgesteld kan worden is: *'indien een ouder professionele hulp ontvangt, is de kans groter dat een kind hulp geeft'*.

### 3.2.3 Hypothesen met betrekking tot het kind

#### *Kindertal*

Bovendien is het van belang rekening te houden met de structuur van families. Aan de hand van deze structuur kan een beter beeld van de verdeling van verantwoordelijkheden binnen families worden geven. Uit onderzoek van Spitze en Logan (1991) is gebleken dat het aantal kinderen in een gezin van invloed is op de mate dat deze kinderen hun ouder(s) zullen bijstaan. Zij stellen bovendien dat des te groter het kindertal, des te kleiner de kans is dat één kind zijn ouder(s) zal bijstaan. In het model van Szydlik (2012) kunnen kinderen als hulpmiddel worden beschouwd. Een groter kindertal betekent voor een hulpbehoevende ouder meer hulpmiddelen. Naarmate men meer kinderen heeft is de kans des te groter dat ten minste één kind praktische hulp kan bieden. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid dat verschillende taken over de kinderen verdeeld kunnen worden. Hierdoor zal de kans toenemen dat een ouder van een kind zorg ontvangt. De hypothese (6) die opgesteld kan worden luidt: *'naarmate een ouder meer kinderen heeft, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*.

#### *Opleiding en arbeidsmarktpositie kind*

Uit voorgaande studies is gebleken dat kinderen met een hogere SES, minder vaak hulp- en zorgtaken op zich zullen nemen (Dykstra & Fokkema, 2011; Fokkema et al., 2008). Men stelt dat hoger opgeleide kinderen een grotere oriëntatie hebben op het eigen gezin. Aangezien zij in zekere mate een grotere individuele autonomie ervaren (Kalmijn, 2006). In het model van Szydlik (2012), past deze gerichtheid op gezin of familie in de 'behoeftestructuur' van volwassen kinderen om solidair te zijn met hun ouder(s). Aangezien hoger opgeleiden meer geïnvesteerd hebben in hun opleiding en hun baan, kan gesteld worden dat zij minder snel bereid zullen zijn om hulp- of zorgtaken op zich nemen. Daarnaast heeft een hoog opgeleid kind meer carrièremogelijkheden en kans op promotie. De investeringen en kans op promotie zijn voor lager opgeleiden kleiner. Lager opgeleiden zullen hierdoor bereid zijn om hun hun 'loopbaan' te onderbreken. Volgens Szydlik (2012) heeft een ouder met een lager opgeleid kind dus een grotere kans op ontvangen van praktische hulp van een kind. De verwachting is dan ook dat als een ouder een hoog opgeleid kind heeft, de kans op het ontvangen van hulp door een kind afneemt. De hypothese (7a) die hier getoetst wordt is: *'naarmate een kind hoger opgeleid is, des te kleiner de kans dat een kind hulp geeft'*.



Daarnaast kan verwacht worden dat een kind met een baan, minder tijd heeft om hulp- en zorgtaken te vervullen. In het model van Szydlak (2012) zal een kind met een baan dus minder 'hulpmiddelen' hebben (in de vorm van tijd) om solidair te zijn met een ouder. Een kind zonder een baan, heeft dus een faciliterende werking voor de kans dat een ouder praktische hulp ontvangt. De hypothese (7b) die hier getoetst kan worden is: *'indien een kind een baan heeft, is de kans kleiner dat een kind hulp geeft'*.

#### *Kleinkindertal*

De kans dat hulpbehoevende ouderen zorg of hulp ontvangen, lijkt ook beïnvloed te worden door het aantal kleinkinderen. Uit onderzoek van Grundy en Henretta (2006) is gebleken er een verband is tussen het aantal kinderen van een volwassen kind en de kans dat dit volwassen kind hulp aan een ouder geeft. Uit *hoofdstuk 1* is gebleken dat volwassen kinderen die zich in de 'Januspositie' bevinden, in termen van Szydlak (2012), over minder hulpmiddelen (tijd) kunnen beschikken om een ouder bij te staan (Hagestad & Herlofson, 2007; Saraceno & Keck, 2008). De hypothese (8) die hier getoetst zal worden luidt: *'naarmate ouderen meer kleinkinderen hebben, des te kleiner de kans dat een kind hulp geeft'*.

#### *Contact en geografische afstand*

Uit onderzoek van onder andere Dykstra en Putten (2010) en Szydlak (2012) is gebleken dat een van de belangrijkste verklarende factoren voor het ontvangen van hulp en zorg, de geografische nabijheid van ouderen tot hun kinderen is. Een kleine geografische afstand tussen ouder en kind, blijkt een faciliterende werking te hebben op de uitwisseling van hulp en steun. Fysiek, face-to-face, contact maakt immers praktische hulp mogelijk (Fokkema et.al., 2008; Hank, 2007).

Zoals hierboven gesteld, maakt contact hulp en steun mogelijk. De verwachting is dat naarmate men vaker contact heeft met een kind, de bindingen hechter zijn en daardoor de kans toeneemt dat een ouder hulp ontvangt. Verwacht wordt dat naarmate men vaker (wekelijks) contact (telefonisch, face-to-face, email) heeft met één kind, de kans ook groter is dat een ouder van dit kind hulp ontvangt. Het is van belang de volgende twee hypothesen te toetsen in deze scriptie. De eerste hypothese (9a) die hierbij opgesteld kan worden luidt: *'naarmate ouder en kind meer contact hebben, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*.

Daarnaast is gebleken dat een kleinere geografische afstand dit ook faciliteert. De hypothese (9b) die hierbij opgesteld kan worden luidt: *'naarmate de geografische afstand tussen ouder en kind kleiner is, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*.

## Hoofdstuk 4.0 Methodiek data-analyse

In dit hoofdstuk is aandacht voor de gehanteerde methodiek en de wijze waarop de data zijn verzameld. Hier is specifiek aandacht voor de wijze waarop de respondenten zijn benaderd en het SHARE onderzoek is samengesteld. Bovendien is er tekst en uitleg over de wijze waarop de dataset is geprepareerd voor de analyse.

### 4.1 SHARE

Bij de aanvang van het project, in 2004, namen elf Europese landen deel aan dit onderzoek. De deelnemende landen in 2004 waren Denemarken, Zweden, Oostenrijk, Frankrijk, Duitsland, Zwitserland, België, Nederland, Spanje, Italië en Griekenland (Börsch-Supan & Jürges, 2005). In 2005-2006 zijn gegevens verzameld van Israël en in 2006 hebben Tsjechië en Polen zich bij de deelnemende landen gevoegd. SHARE is een longitudinale studie, inmiddels wordt informatie verzameld voor wave 5 (voorjaar 2013).

Voor dit onderzoek worden alleen de in 2004 verzamelde gegevens van de Nederlandse en Duitse respondenten gebruikt. De algemene coördinatie van het onderzoek is in handen van het Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA) in Mannheim, Duitsland.

SHARE bevat gedetailleerde informatie over 50-plussers in Europa en hun familie. SHARE is een longitudinale studie. Vanuit verschillende vakgebieden zoals: de economie, de sociologie en de psychologie worden tweejaarlijks gegevens verzameld (Börsch-Supan & Jürges, 2005).

SHARE bevat in totaal 20 modules, met verschillende onderwerpen. De interviews worden thuis bij de respondenten afgenomen. Het interview begint met een opsomming van alle leden van het huishouden. Daarna wordt bepaald welke persoon in aanmerking komt voor het interview, de persoon ouder dan 50 jaar en hun partner (Börsch-Supan & Jürges, 2005). Tijdens het interview worden er gegevens verzameld met betrekking tot de economische kenmerken van het huishouden. In het interview is speciale aandacht voor 'werk en pensioen, huishoudinkomen en vermogen'. Bovendien is er aandacht voor de gezondheid van ouderen: de geestelijke en lichamelijke gezondheid, het cognitief functioneren en er wordt rekening gehouden met risicogedrag (zoals roken en drinken). Daarnaast gaat er aandacht uit naar het welzijn, waarbij wordt gekeken naar de activiteiten die worden

ondernomen, de sociale steun die vanuit de omgeving wordt ontvangen en de verwachtingen van de respondent richting de toekomst. Centraal in het onderzoek staan de relaties, er wordt daarom ook gevraagd naar de familie en de kinderen van de respondenten. Samenvattend kan worden gesteld dat SHARE voor dit onderzoek de beste data biedt, aangezien het informatie bevat over zowel ouders die zorg of hulp behoeven als kinderen die hulp geven. Hiermee wordt onderzoek naar de uitwisseling van intergenerationele overdracht mogelijk gemaakt.

#### **4.2 Steekproef van Nederlandse en Duitse 50-plussers**

Doordat het MEA voor deze survey (wave 1) gegevens heeft verzameld in elf verschillende landen, is het van belang op te merken hoe de werkwijze in Nederland en Duitsland is geweest. Het MEA stelt dat het trekken van de steekproeven uit bevolkingsregisters, niet in ieder land heeft kunnen plaatsvinden. Aangezien niet in alle landen dezelfde steekproefkaders bestaan, zijn er verschillende methodes gebruikt bij het verkrijgen van de respondenten. In Nederland en Duitsland is gebruik gemaakt van de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens [GBA]. Op grond van leeftijd zijn steekproefsgewijs 50-plussers geselecteerd. Uit deze selectie is een steekproef getrokken op het individuele niveau (Harkness et.al., 2010). Volgens het MEA Instituut is deze steekproef representatief voor de Nederlandse en Duitse bevolking (50-plussers) (Börsch-Supan & Jürges, 2005).

#### **4.3 Respondenten**

In totaal bevat SHARE wave 1 (release 2), voor Nederland en Duitsland tezamen, 5987 respondenten. Bij dit onderzoek is ervoor gekozen om alleen de hoofdrespondenten uit SHARE in de analyse op te nemen. Er is hiertoe gekozen, omdat over de hoofdrespondent de meeste informatie beschikbaar is. Bovendien zijn de niet-hoofdrespondenten in SHARE, veelal de partner of andere personen uit hetzelfde huishouden (van de hoofdrespondent), waardoor op veel variabelen eenzelfde score behaald zal worden. Daarnaast is ervoor gekozen om alleen de respondenten op te nemen 'met ten minste één kind'. De focus van deze scriptie is immers intergenerationeel functioneel gedrag. Hierdoor bleven er van het totaal 2657 respondenten over.

Bovenop voorgaande criteria is er gekozen om alleen respondenten in de analyse op te nemen die op alle variabelen een score hebben. Na verwijdering van

respondenten met ten minste één missende score zijn in totaal 1234 Nederlandse en 1266 Duitse respondenten (N = 2500) voor de uiteindelijke analyse overgebleven.

#### 4.4 Uitvoer analyse

Een overzicht van de in SHARE gestelde vragen en de wijze waarop de vragen gecodeerd zijn, is als bijlage opgenomen (Zie: *Bijlage 1*). De data worden geanalyseerd met behulp van het statistische programma SPSS (versie 19). Allereerst is gekozen om de Pearson Chi-square toets uit te voeren (Zie: *tabel 9*). Hier is steeds een kruistabel uitgevoerd, tussen land (Nederland/Duitsland) en de onafhankelijke variabelen. De Pearson Chi-square is een statistische toets die nagaat of twee verdelingen (populaties) van elkaar verschillen. Deze toets gaat na of waargenomen aantallen systematisch afwijken van de verwachte (of gemiddelde) aantallen, en berekent daartoe het totaal van de gewogen kwadratische afwijkingen tussen deze aantallen (Field, 2009). Hier is gekozen om waar mogelijk (waar dit getal een betekenis heeft) het gemiddelde ( $M = Mean$ ), de standaardafwijking ( $SD = Standard Deviation$ ), de laagste ( $Min.$ ) en de hoogste score ( $Max.$ ) weer te geven. Daarnaast de uitkomst van de Pearson Chi-square toets met het aantal vrijheidsgraden ( $df = Degrees of Freedom$ ) en de p-waarde (significantie).

Daarna volgt er een logistische regressieanalyse (in SPSS een *binary logistic regression*) (Zie: *tabel 10*). Aangezien het hier van belang is vast te stellen welke factoren de 'kans' vergroten dat een kind functioneel solidair is met een ouder. Er is gekozen om een logistische regressie uit te voeren aangezien de afhankelijke variabele hier dichotoom is. Deze heeft twee waarden; '0' niet ontvangen van hulp, '1' = wel ontvangen van hulp, terwijl de onafhankelijke variabelen al dan niet dichotoom of categorisch zijn gemaakt (Zie: *Bijlage 1*).

Voor de logistische regressieanalyse is gekozen om de 'ENTER' methode uit te werken, waarin steeds in blokken factoren toegevoegd zullen worden. Dit geeft de mogelijkheid om te kijken of een factor van invloed is, terwijl de andere variabelen constant worden gehouden. Daarnaast kan getoetst worden hoe groot de kans is dat het effect te wijten is aan toeval. Door alle factoren op te nemen in de analyse ontstaan er in totaal zes modellen (blokken). Voor het basismodel is gekozen om eerst de landdummy op te nemen. Om zo het landenverschil te kunnen onderzoeken (model 1). Hier zullen ook een aantal kenmerken van de ouderen worden opgenomen in het model. Zoals *leeftijd*, *geslacht* en *partnerstatus* (model 2). Daarnaast wordt door de opname van het *opleidingsniveau* en het *inkomen* rekening

gehouden met de sociaaleconomische status van een ouder (model 3). Om na te kunnen gaan welke invloed *gezondheid* en het ontvangen van *professionele hulp* hebben is ervoor gekozen deze variabelen ook op te nemen (model 4). Daarnaast is het van belang een aantal factoren op te nemen met betrekking tot de kinderen. Onderdeel van de familiestructuur vormen immers het *aantal kinderen* en het *aantal kleinkinderen* (model 5). Bovendien worden een aantal factoren opgenomen die solidair gedrag tussen ouder en kind kunnen belemmeren (*een hoog opgeleid kind, een kind met een baan*) (model 5) dan wel kunnen faciliteren (*veel contact, kleine geografische afstand tussen ouder en kind*) (model 6).

*Tabel 10:* geeft alleen de exponentiële B-waarden weer. Daarnaast zijn in de bovenste rij de Constante weergegeven en in de onderste rij van de tabel is de Nagelkerke R-square opgenomen. De Nagelkerke R-square geeft de verklaarde variantie van het model weer.

Een significante odds-ratio geeft dus aan dat er een grote mate van waarschijnlijkheid is dat een specifieke factor van invloed is op de afhankelijke variabele (Field, 2009). Een niet significante odds-ratio geeft dus aan dat geen uitspraken gedaan kunnen worden met betrekking tot de invloed op de afhankelijke variabele. Bovendien zijn de resultaten niet generaliseerbaar voor de Nederlandse en Duitse populatie.

De sterren achter de odds-ratio geven aan of er een significant verband is. Het aantal sterren geeft de mate van zekerheid aan dat er een significant verband is tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabele. Als de waarde van de exponentiële B hoger is dan 1, houdt dit in dat naarmate de waarde van de onafhankelijke variabele hoger wordt, de kans groter wordt dat een kind hulp geeft. Omgekeerd geeft een B-waarde kleiner dan een 1 aan dat de kans kleiner is dat een kind hulp geeft. Een odds-ratio met drie sterren (\*\*\*) toont dus aan dat er sprake is van een zeer kleine kans (0,1%) dat aangenomen wordt dat één specifieke factor van invloed is, terwijl hiervan geen sprake is. In de tekst zijn ook de exponentiële B-waarde b) en is de p-waarde weergegeven, waarbij een p-waarde kleiner dan 0,001 genoteerd wordt als  $p < 0,001$ . Als dit niet het geval is, zal de precieze p-waarde afgerond op drie decimalen achter de komma weergegeven worden.

Samenvattend hier is dus gekozen om eerst te onderzoeken of de data van SHARE (Nederland/Duitsland) van elkaar verschillen. Daarna zal worden gekeken of er statistisch aangetoond kan worden dat er verschillen zijn tussen Nederland en Duitsland, en welke factoren van invloed zijn aan de hand van een logistische

regressieanalyse. Hier is gekozen om niet alle onderzochte factoren (beschrijvende statistieken) op te nemen in de logistische regressieanalyse. Bij de opname van bijvoorbeeld de factoren *aantal kinderen*, *aantal zonen* en *aantal dochters* zullen ze samen weinig (extra) bijdragen, aangezien ze teveel overeenkomsten tonen en dus niet 'iets' (extra) kunnen verklaren (multicollineariteit).

## Hoofdstuk 5.0 Data-analyse

In *hoofdstuk 5* worden allereerst de beschrijvende statistieken gepresenteerd. Daarna volgt de logistische regressieanalyse. Afsluitend zullen de van het intergenerationele solidariteit model van Szydlík (2012) afgeleide hypothesen worden getoetst. Ter beantwoording van deelvraag 2: *Verschillen Nederlandse en Duitse volwassen kinderen in de mate waarin zij een ouder bijstaan en welke verklaringen zijn hiervoor op het microniveau.*

### 5.1 Beschrijvende resultaten

In *tabel 9. Demografische en sociaaleconomische kenmerken van ouder en kind in Nederland (N = 1234) en Duitsland (N = 1266) uitgedrukt in percentages*, zijn de beschrijvende statistieken gepresenteerd (Zie: pp. 61-62).

#### 5.1.1 Factoren met betrekking tot ouder

De relatieve cijfers met betrekking tot het *geslacht* laten zien dat de Nederlandse en Duitse respondenten overwegend van het ‘vrouwelijke geslacht’ zijn. We zien hier geen grote verschillen tussen Nederland (55%) en Duitsland (57%) (Zie: *tabel 9*).

SHARE (wave 1) bevat dus in Nederland en Duitsland een grotere proportie ‘vrouwen’ in vergelijking met het aantal ‘mannen’. Uit de Pearson Chi-square is geen verschil in man-vrouw verhouding af te leiden ( $\chi^2(1) = 1,78$ ,  $p = 0,182$ ). De Nederlandse 50-plussers zijn gemiddeld iets jonger, er is echter wel sprake van een grotere standaardafwijking ( $M = 66,1$ ,  $SD = 9,6$ ), in vergelijking met de Duitse 50-plussers ( $M = 66,2$ ,  $SD = 9,1$ ). Om te kijken of de verdeling van de 50-plussers in SHARE gelijkmatig is, worden de respondenten ingedeeld in drie leeftijdsklassen. Uit de verdeling in leeftijdsklassen kan worden afgeleid dat de meeste Duitsers in de leeftijdscategorie ‘50-64’ en ‘65-79’ jaar vallen. Het percentage in de categorie ‘65-79’ is daarbij net iets groter. De meeste Nederlandse 50-plussers behoren tot de categorie ‘50-64’ jaar. Als het aantal ‘80plus’ vergeleken wordt, zijn er tussen beide landen geen grote verschillen op te merken (Zie: *tabel 9*). Afgaand op de gekozen verdeling lijken de Nederlandse 50-plussers iets jonger in vergelijking met de Duitse 50-plussers. Uit de Pearson Chi-square toets blijkt dat de leeftijd van de Nederlandse en Duitse ouderen in SHARE verschilt ( $\chi^2(2) = 12,09$ ,  $p = 0,002$ ).



Samenvattend, is het goed stil te staan bij de gemiddelde leeftijd van de SHARE respondenten. Deze ligt rond de 66 jaar in beide landen. De leeftijd komt ongeveer overeen met de gegevens gepresenteerd in *hoofdstuk 2* (65-plussers).

In Nederland en Duitsland leven 50-plussers voornamelijk samen met een partner en zijn getrouwd. In Nederland is een iets groter aandeel van de populatie getrouwd (76%) in vergelijking met Duitsland (73%). Bovendien lijkt het erop dat Duitsers iets vaker gescheiden (8%) of verweduwd (19%) zijn in vergelijking met Nederlandse 50-plussers (Zie: *tabel 9*). De Pearson Chi-square laat geen verschil zien in de partnerstatus van Nederlandse en Duitse 50-plussers ( $\chi^2(2) = 3,49, p = 0,175$ ).

Als nu het *opleidingsniveau* vergeleken wordt, blijkt dat meer dan de helft van de Nederlandse 50-plussers 'laag opgeleid' (60%) is. Terwijl Duitse 50-plussers vaker 'gemiddeld' (57%) of 'hoog opgeleid' (24%) zijn. De Pearson Chi-square waarde is zeer hoog. Er is dus sprake van een significant verschil in het *opleidingsniveau* tussen Nederlandse en Duitse 50-plussers ( $\chi^2(2)=472,87, p < 0,001$ ).

Het *totaalinkomen gecorrigeerd naar koopkracht* van een huishouden is als graadmeter genomen voor het inkomen van een 50-plusser. SHARE (Zie: *tabel 9*) laat zien dat Nederlandse 50-plussers procentueel vaker in de categorie '75 procent of meer' vallen. In vergelijking met Nederlandse 50-plussers valt in SHARE een groter deel van de Duitse 50-plussers in de categorieën: '0-25' (20%) en '26-50' (29%). Afgaand op deze cijfers lijken Nederlandse 50-plussers te beschikken over een hoger inkomen. De Pearson Chi-square geeft aan dat het inkomen significant verschilt tussen Nederlandse en Duitse 50-plussers ( $\chi^2(3) = 30,42, p < 0,001$ ).

Samenvattend blijkt dat Duitsers hoger opgeleid zijn, maar de Pearson Chi-square toonde ook aan dat Nederlandse 50-plussers over een significant hoger inkomen beschikken.

Over het algemeen geven de respondenten aan over een zeer 'goede gezondheid' te beschikken. De relatieve cijfers tonen dat Nederlandse 50-plussers (95%) net iets gezonder zijn in vergelijking met Duitse 50-plussers (88%). Dit verschil is significant ( $\chi^2(1) = 38,92, p < 0,001$ ).

Een meerderheid van de 50-plussers (62%) in Duitsland geeft aan wel 'een chronische aandoening' te hebben, in Nederland is dit een minderheid (42%) (Zie: *tabel 9*). De Pearson Chi-square geeft aan dat Nederlandse 50-plussers significant minder vaak een chronische aandoening rapporteren ( $\chi^2(1) = 101,26, p < 0,001$ ).

Samenvattend blijkt dat Duitse 50-plussers significant vaker over een slechtere gezondheid beschikken en dat een groter percentage een *chronische aandoening* heeft.

Daarnaast is gekeken naar het aantal 50-plussers dat gebruikmaakt van een vorm van *professionele hulp*. Onderdeel van die *professionele hulp* is: alle formele hulp en zorg gegeven van buitenaf. Dit zijn onder andere de thuiszorg/-hulp en/ of tafeltje-dek-je. De grote meerderheid ontvangt geen van deze vormen van hulp, in zowel Nederland (89%) als Duitsland (96%) (Zie: *tabel 9*). De Pearson Chi-square toont een significant verschil aan ( $\chi^2(1) = 42,16$ ,  $p < 0,001$ ). Nederlandse 50-plussers lijken vaker gebruik te maken van *professionele hulp*.

Samenvattend blijkt dat Nederlandse 50-plussers iets vaker gebruik maken van *professionele hulp*.

### 5.1.2 Factoren met betrekking tot het kind

Als naar het gemiddeld *kindertal* gekeken wordt, blijkt dat 50-plussers in Nederland gemiddeld meer kinderen hebben ( $M = 2,42$ ,  $SD = 0,94$ ). Dit in vergelijking met de 50-plussers in Duitsland ( $M = 2,06$ ,  $SD = 0,91$ ) ( $Min = 1$ ,  $Max = 4$  of meer). Uit de data blijkt dat Nederlandse 50-plussers procentueel meer kinderen hebben (Zie: *tabel 9*). Het kindertal van 50-plussers bestaat in Nederland vaker uit 'twee' (47%), 'drie' (22%), 'vier of meer' kinderen (18%). Terwijl Duitse 50-plussers vaker 'één' (30%), 'twee' (42%) of 'drie' kinderen (19%) hebben. De Pearson Chi-square toets geeft een significant verschil in percentages tussen beide landen aan ( $\chi^2(3) = 117,98$ ,  $p < 0,001$ ). Als naar de relatieve en gemiddelde aantallen kinderen wordt gekeken, blijken Nederlandse 50-plussers meer kinderen te hebben en dit verschil is ook significant.

Het valt op dat de Nederlandse 50-plussers gemiddeld meer *zonen* en *dochters* heeft. Nederlandse 50-plussers hebben gemiddeld meer zonen ( $M = 1,26$ ,  $SD = 0,97$ ), in vergelijking met 50-plussers in Duitsland ( $M = 1,04$ ,  $SD = 0,90$ ). Daarnaast blijkt dat Nederlandse 50-plussers ook gemiddeld meer dochters hebben ( $M = 1,31$ ,  $SD = 0,99$ ) in vergelijking met Duitse 50-plussers ( $M = 1,053$ ,  $SD = 0,86$ ) ( $Min = 0$ ,  $Max = 4$  of meer dochters). De Pearson Chi-square toetsen laten beide een significant verschil zien in het aantal zonen ( $\chi^2(4) = 35,77$ ,  $p < 0,001$ ) en in het aantal dochters ( $\chi^2(4) = 48,74$ ,  $p < 0,001$ ).

Wanneer er gekeken wordt naar het aantal ouderen met *ten minste een kind met een baan*, blijkt er relatief gezien geen grote verschillen aan te merken (Zie: *tabel 9*). De Pearson Chi-square is wel significant is ( $\chi^2(4) = 19,56, p < 0,001$ ).

Bij het aantal 50-plussers in SHARE met *ten minste één kind die hoog opgeleid is*, zijn er tussen Nederland en Duitsland procentueel wederom geen grote verschillen op te merken (Zie: *tabel 9*). Het kleine verschil is dan ook niet significant ( $\chi^2(1) = 0,002, p = 0,968$ )

Samenvattend, met betrekking tot de proportie die *ten minste één kind heeft met een baan*, blijkt er sprake van een significant verschil. Het hebben van *ten minste een kind dat hoog opgeleid* laat geen significant verschil zien.

Net als bij het kindertal blijkt er in SHARE sprake van een significant verschil tussen het *aantal kleinkinderen* van Nederlandse en Duitse 50-plussers, ( $\chi^2(4) = 41,62, p < 0,001$ ). Gemiddeld hebben Nederlandse 50-plussers dan ook meer kleinkinderen ( $M = 2,34, SD = 0,44$ ) in vergelijking Duitse 50-plussers ( $M = 2,01, SD = 1,54$ ) ( $Min = 0, Max = 4$  of meer). De relatieve aantallen laten zien dat 50-plussers in Nederland het vaakst 'vier of meer kleinkinderen' hebben (34%). Duitse 50-plussers hebben ook het vaakst 'vier of meer kleinkinderen', het percentage is echter lager (28%). Er kan worden geconcludeerd dat Duitse 50-plussers iets vaker een kleiner aantal kleinkinderen hebben (Zie: *tabel 9*).

#### *Contact en geografische afstand tussen ouder en kind*

Met betrekking tot de *geografische afstand* tussen ouder en kind (dichtstbijzijnde wonende kind) kan opgemaakt worden dat ouderen in Nederland procentueel gezien vaker een kind hebben dat dichtbij woont (< dan 5 km) (Zie: *tabel 9*). De Pearson Chi-square toont hiervoor een significant verschil aan ( $\chi^2(1) = 23,58, p < 0,001$ ).

Als gekeken wordt naar het *contact tussen ouder en kind* (het kind waarmee het vaakst contact is) blijkt dat ouderen in Nederland procentueel gezien vaker contact hebben (dagelijks/enkele keren per week) (zie: *tabel 9*). Dit verschil is ook significant ( $\chi^2(1) = 25,95, p < 0,001$ ).

Samenvattend, Nederlandse 50-plussers lijken vaker *contact* (gerelateerd aan het kind waarmee het meest contact is) te hebben en de *geografische afstand* tussen de Nederlandse 50-plusser en het dichtstbijzijnde wonende kind is ook kleiner.

#### *5.1.3 Informele hulp: ouder-kind*

De beschrijvende resultaten laten verschillen zien voor de mate waarin een kind in Nederland of Duitsland aan een ouder hulp geeft. Deze gegevens tonen een beeld

van Duitse ouderen die vaker hulp ontvangen van een kind. In Duitsland (22%) geeft, in vergelijking met Nederland (12%), een groter deel van de ouderen aan dat er hulp van een kind wordt ontvangen, (Zie: *tabel 9*). Dit verschil is significant ( $\chi^2(1) = 40,11$ ,  $p < 0,001$ ).

Samenvattend, op basis van de beschrijvende resultaten (Pearson Chi-squares) kan worden verwacht dat Duitse 50-plussers vaker hulp van een kind zullen ontvangen in vergelijking met de 50-plussers in Nederland.

Tabel 9.

Beschrijvende statistieken van demografische en sociaaleconomische kenmerken van ouder en kind in Nederland (N = 1234) en Duitsland (1266) uitgedrukt in Percentages

	Nederland	Duitsland
<b>Geslacht</b>		
man	45,0	43,0
vrouw	55,0	57,0
<b>Leeftijd</b>		
50 – 64 jaar	49,0	45,0
65 – 79 jaar	40,0	47,0
≥ 80 jaar	11,0	8,0
<b>Partnerstatus</b>		
getrouwd	76,0	72,0
gescheiden	6,0	8,0
weduw(e)(naar)	17,0	19,0
<b>Opleidingsniveau</b>		
laag opgeleid	60,0	19,0
gemiddeld opgeleid	23,0	57,0
hoog opgeleid	17,0	24,0
<b>Inkomen (euro's)</b>		
≤ 25% (0 – 13154)	13,0	20,0
25 – 50% (>13154 – 25489)	22,0	23,0
50 – 75% (>25489 – 51257)	28,0	29,0
≥ 75% (>51257)	37,0	28,0
<b>Gezondheid</b>		
goede gezondheid	95,0	88,0
slechte gezondheid	5,0	12,0
<b>Chronische aandoening</b>		
een chronische aandoening	42,0	62,0
geen chronische aandoening	58,0	38,0
<b>Ontvangt professionele hulp</b>		
formele hulp	11,0	4,0
geen formele hulp	89,0	96,0
<b>Aantal kinderen</b>		
1 kind	14,0	30,0
2 kinderen	47,0	42,0
3 kinderen	21,5	19,0
≥ 4 kinderen	17,5	9,0

Vervolg tabel 9.

	Nederland	Duitsland
Aantal zonen		
één zoon	45,0	43,0
twee zonen	24,0	21,0
drie zonen	7,0	5,0
vier of meer zonen	3,0	1,0
geen zoon	21,0	30,0
Aantal dochters		
één dochter	43,0	48,0
twee dochters	24,0	19,0
drie dochters	9,0	5,0
vier of meer dochters	3,0	1,0
geen dochter	21,0	27,0
Ten minste één kind hoog opgeleid		
wel één kind	50,0	50,0
geen kind	50,0	50,0
Ten minste één kind met een baan		
wel één kind	94,0	90,0
geen kind	6,0	10,0
Ten minste één kind getrouwd		
wel één kind	86,0	75,0
geen kind	14,0	25,0
Aantal kleinkinderen		
één kleinkind	12,0	15,0
twee kleinkinderen	19,0	21,0
drie kleinkinderen	11,0	12,0
vier kleinkinderen	34,0	28,0
geen kleinkind	22,0	25,0
Contact met kind ( <i>waarmee meeste contact</i> )		
dagelijks of meerdere keren per week	81,0	72,0
minder	19,0	28,0
Geografische afstand ( <i>dichtstbijzijnd wonende kind</i> )		
dichtbij (< 5 km)	65,0	55,0
ver weg (> 5km)	35,0	45,0
Hulp van kind		
wel ontvangen	12,0	22,0
niet ontvangen	88,0	78,0

Bron: SHARE wave 1

## 5.2 Verklarende resultaten

Zojuist hebben de beschrijvende statistieken een beeld geschetst van de ouderen in SHARE en de mogelijke verschillen tussen Nederland en Duitsland. Nu zullen de resultaten van de logistische regressieanalyse worden getoond.

In *tabel 10* (Zie: pp. 67-68) is de logistische regressieanalyse opgenomen. Hier zijn alleen de exponentiële B-waarden en de mate van (sig) significantie aangegeven.

### *Landenverschil*

In deze paragraaf zal eerst aandacht zijn voor het landenverschil, het is immers van belang vast te stellen of er een verschil is en de mate waarin Nederlandse en Duitse kinderen een ouder bijstaan. Daarna zal er aandacht zijn voor de invloed van de afzonderlijke factoren.

In model 1 is de *landdummy* opgenomen. Nederland vormt de referentie-categorie. De Nagelkerke R-square bedraagt 0,027. Dit duidt op een zeer zwakke samenhang van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen (2,7%). Uit de logistische regressieanalyse blijkt dat als alleen de *landdummy* wordt toegevoegd, Duitse ouderen een twee maal zo grote kans hebben op het ontvangen van hulp van een kind ( $b = 2,002$ ,  $p < 0,001$ ) in vergelijking met Nederlandse ouderen.

In model 2 zijn de factoren *geslacht*, *leeftijd* en *partnerstatus* aan het model toegevoegd. Het landenverschil tussen model 1 en model 2 laat een kleine stijging zien. Aangezien de exponentiële B-waarde nu de waarde ( $b = 2,048$ ,  $p < 0,001$ ) heeft. De Nagelkerke R- R-square bedraagt een beduidend hogere waarde in vergelijking met model 1. Door het toevoegen van de factoren *geslacht*, *leeftijd* en *partnerstatus* is er sprake van 12,8% (10,1% gestegen) verklaarde variantie.

In model 3 zijn vervolgens het *opleidingsniveau* en het *inkomen* aan het model toegevoegd. Hier valt op dat het landenverschil sterk toeneemt ( $b = 2,288$ ,  $p < 0,001$ ). De verklaarde variantie bedraagt 13,2%. Het verschil met het vorige model is dus slechts 0,4%. *Opleidingsniveau* en *inkomen* dragen nauwelijks bij aan de verklaarde variatie ten opzichte van het vorige model.

In model 4 zijn de factoren met betrekking tot de *gezondheid* van de ouderen en het al dan niet ontvangen van *professionele hulp* in het model opgenomen. Door het toevoegen van deze variabelen neemt het landenverschil hier juist af ( $b = 2,261$ ,  $p < 0,001$ ) (het verschil is 0,017). De verklaarde variantie is gestegen naar 15,6% (2,4% gestegen) door het opnemen van *gezondheid* en *professionele hulp* in het model (4).

In Model 5 zijn de kindfactoren aan het model toegevoegd (*kindertal, een kind met een baan, één kind hoog opgeleid en kleinkindertal*). De toevoeging van de kindfactoren laten een sterke stijging in het landenverschil zien ( $b = 2,489$ ,  $p < 0,001$ ). Dit is ook af te lezen aan de Nagelkerke R-square, deze bedraagt 18% (2,4% gestegen).

Wanneer in model 6 rekening gehouden wordt met *het contact tussen ouder en kind* en de *geografische afstand* blijkt dat het landenverschil wederom iets toeneemt ( $b = 2,542$ ,  $p < 0,001$ ) (Zie: *tabel 10*). De verklaarde variantie (model 6) is 19%, nauwelijks een verbetering te noemen ten opzichte van het vorige model (1% gestegen).

Samenvattend kan hier gesteld worden dat de kans dat Duitsers hulp ontvangen van een kind toeneemt naarmate deze factoren toegevoegd worden. Deze factoren bieden op zichzelf dus geen goede verklaring voor het bestaande landenverschil. Dit blijkt reeds uit de lage waarden van de Nagelkerke R-square, hier neemt deze waarde wel toe naarmate de modellen uitgebreider zijn, echter de waarde is laag te noemen, dit duidt wel op een zeer zwakke samenhang van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen.

#### *De factoren op zich*

Uit de bovenstaande resultaten kan opgemaakt worden dat het landenverschil niet afneemt naarmate het modellen uitgebreider is (meer factoren opgenomen in de analyse). Wel is opvallend dat het landenverschil (de exponentiële b-waarde) tussen model 2-3, en tussen model 4-5 sterk toeneemt. Nu zal voor de afzonderlijke factoren beschreven worden of deze factoren van invloed zijn op de kans dat een ouder hulp ontvangt.

Uit de logistische regressieanalyse valt op dat vrouwen, in vergelijking met mannen, juist een kleinere kans hebben op het ontvangen van hulp van een kind ( $b = 0,690$ ,  $p = 0,002$ ). Dit is een significant verband (model 2). Het verschil tussen mannen en vrouwen neemt wel iets af naarmate de modellen uitgebreider zijn maar blijven significant (model 6) (Zie: *tabel 10*).

Als gekeken wordt naar de *leeftijd* van de ouderen (model 3), blijkt dat '65 tot 80 jarigen' een bijna twee keer grotere kans hebben ( $b = 1,892$ ,  $p < 0,001$ ) op het ontvangen van hulp van een kind. Voor '80-plussers' is de kans op het ontvangen van hulp van een kind meer dan vier keer zo groot ( $b = 4,258$ ,  $p < 0,001$ ). De waarde van de B-coëfficiënten nemen wel af naarmate de modellen uitgebreider zijn, echter blijven zeer significant.



Daarnaast blijkt dat de *partnerstatus* wel degelijk van invloed is op de kans dat een oudere van een kind hulp ontvangt. 'Weduwnaars' hebben, in vergelijking met gehuwden, bijna een twee maal grotere kans op het ontvangen van hulp van een kind ( $b = 1,939$ ,  $p < 0,001$ ), dit verband is zeer significant te noemen en blijft significant naarmate de modellen uitgebreider zijn. Terwijl een 'gescheiden' oudere, in vergelijking met gehuwde ouderen, juist een kleinere kans heeft op het ontvangen van hulp van een kind ( $b = 0,937$ ,  $p = 0,786$ ). Dit verband is echter niet significant (Zie: *tabel 10*).

Op zichzelf blijken *opleidingsniveau* en *inkomen* geen (grote) invloed te hebben op de kans van een ouder om hulp van een kind te ontvangen. Met betrekking tot het *opleidingsniveau* is er sprake van iets kleinere kans (negatief verband), waarbij 'laag opgeleid' de referentiecategorie vormt. Hier is alleen sprake van een zeer klein significant verband voor 'hoog opgeleiden' ( $b = 0,672$ ,  $p = 0,028$ ) (alleen in model 3). Met betrekking tot het *inkomen* van ouderen, waarbij de categorie '0-25%' de referentiecategorie vormt, blijkt dat voor de hogere inkomens '50-75%' ( $b = 1,130$ ,  $p = 0,493$ ) en '75 of meer' ( $b = 1,092$ ,  $p = 0,634$ ) sprake is van een positief verband, dit verschil is echter niet significant (Zie: *tabel 10*). Het *opleidingsniveau* en *inkomen* van ouder zijn dus geen goede voorspellers voor solidair gedrag van het kind.

Ouderen met een *slechte gezondheid* hebben aantoonbaar een grotere kans dat zij hulp zullen ontvangen van een kind ( $b = 2,216$ ,  $p < 0,001$ ), dit verband blijft zeer significant naarmate de modellen uitgebreider zijn. Ook is gebleken dat een ouder die één vorm van professionele hulp ontvangt een kleinere kans hebben op het ontvangen van hulp van een kind ( $b = 0,521$ ,  $p = 0,001$ ). Dit effect is significant te noemen en blijft significant naarmate de modellen uitgebreider zijn (Zie: *tabel 10*).

In model 5 worden de factoren *kindertal*, *ten minste één kind met een baan*, *ten minste één kind hoog opgeleid* en *het kleinkindertal* opgenomen. Het hebben van 'vier of meer kinderen' vergroot significant de kans dat een ouder van één kind hulp ontvangt ( $b = 2,285$ ,  $p = 0,001$ ). Een groter kindertal verklaart in zekere mate dat één kind solidair is, aangezien alleen het hebben van 'vier of meer kinderen' significante verschillen laten zien. Het hebben van 'twee kinderen' ( $b = 1,349$ ,  $p = 0,086$ ), of 'drie kinderen' ( $b = 1,485$ ,  $p = 0,62$ ) blijkt niet van invloed te zijn.

De factor *ten minste een kind met een baan*, lijkt de kans juist te verkleinen dat een oudere hulp ontvangt, maar dit verband is niet significant ( $b = 0,960$ ,  $p = 0,856$ ). Het hebben van *ten minste een kind dat hoog opgeleid* is, vergroot juist de kans ( $b = 1,092$ ,  $p = 0,480$ ), maar dit verband is ook niet significant. Het hebben van *ten minste*

een kind met een baan en het hebben van *ten minste een kind dat hoog opgeleid*, blijken dus geen juiste voorspellers te zijn voor de kans dat een 50-plusser hulp ontvangt van een kind (Zie: *tabel 10*).

Uit voorgaande blijkt dat alleen het hebben 'twee kleinkinderen' ( $b = 2,283$ ,  $p < 0,001$ ), 'drie kleinkinderen' ( $b = 2,138$ ,  $p = 0,001$ ) of 'vier of meer kleinkinderen' ( $b = 1,829$ ,  $p = 0,007$ ) een zeer significante bijdrage levert aan de kans dat een oudere van een kind hulp ontvangt (Zie: *tabel 10*) (model 5), ook in model 6 laat het *kleinkindertal* significante resultaten zien.

Wanneer rekening gehouden wordt met alleen *contact tussen ouder en kind*, blijkt dat frequent (dagelijks/wekelijks) contact zeer zeker de kans vergroot dat een kind zijn ouder bijstaat ( $b = 1,480$ ,  $p = 0,013$ ). Bovendien is gebleken dat als alleen naar de *geografische afstand* tot het dichtstbijzijnde kind ( $< 5$  km) wordt gekeken, deze wel degelijk de kans positief beïnvloedt dat een oudere hulp ontvangt ( $b = 1,317$ ,  $p = 0,038$ ) (Zie: *tabel 10*).

Samenvattend kan worden gesteld dat het logistische regressie model niet goed in staat is om het Nederland-Duitsland verschil te verklaren. Immers het landenverschil neemt niet af naarmate het model uitgebreider is. Juist het omgekeerde blijkt hier te gebeuren, het landenverschil neemt juist toe (Zie: *tabel 10*). De grootste verklaaringskracht heeft *leeftijd* (80-plussers), gevolgd door het *land* waarin men woont, gevolgd ouderen met een *slechte gezondheid* en het *kindertal* van ouderen ('vier of meer kinderen'), ouderen met *kleinkinderen* ('twee', 'drie' of 'vier of meer').

Tabel 10.

*Logistische Regressieanalyse naar de factoren op het krijgen van Hulp van Kind door Ouder(en) in Nederland en Duitsland*

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6
Constante	0,137***	0,083***	0,085***	0,152***	0,059***	0,036***
Land (1 = Duitsland)	2,002***	2,048***	2,288***	2,261***	2,489***	2,542***
Geslacht (1 = vrouw)		0,690**	0,739*	0,729*	0,725*	0,734*
Leeftijd (ref = 50 – 64 jaar)						
65 – 80 jaar		1,892***	1,823***	1,759***	1,414*	1,448*
> 80 jaar		4,258***	4,029***	3,378***	2,844***	2,961***
Partnerstatus (ref = gehuwd)						
gescheiden		0,937	0,994	0,901	1,044	1,166
verweduwd		1,939***	1,996***	1,722**	1,726***	1,744**
Opleidingsniveau (ref = laag opgeleid)						
gemiddeld opgeleid			0,807	0,854	0,925	0,937
hoog opgeleid			0,672*	0,705	0,777	0,836
Inkomen (ref = 0 – 25%)						
25 – 50%			0,985	0,956	0,985	1,007
50 – 75%			1,130	1,086	1,085	1,098
>75%			1,092	1,060	1,105	1,129
Gezondheid (1= slechte gezondheid)				2,216***	2,149***	2,240***
Professionele hulp (1 = wel ontvangen)				0,521**	0,552**	0,552**

Vervolg tabel 10.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6
Kindertal (ref = 1 kind)						
2 kinderen					1,349	1,267
3 kinderen					1,485	1,348
4 of meer kinderen					2,285**	1,986**
Eén kind met een baan (1 = wel één kind)					0,960	0,952
Eén kind hoog opgeleid (1 = wel één kind)					1,092	1,148
Kleinkind (ref = geen)						
1 kleinkind					1,554	1,507
2 kleinkinderen					2,283***	2,197***
3 kleinkinderen					2,138**	2,041**
4 of meer					1,829**	1,791**
Contact (1 = één kind dagelijks / wekelijks)						1,480*
Geografische afstand (1 = één kind binnen 5km)						1,317*
Nagelkerk R-Square	0,027	0,128	0,132	0,156	0,180	0,190

Bron: SHARE 2007 wave 1 release 2.0.0 (NB. \*p< 0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\*p< 0,001) (N = 2500)

### 5.3 Toetsing hypothesen

Hier zullen de hypothesen opgesteld in *hoofdstuk 3: Theoretisch kader op het microniveau* getoetst worden. In deze paragraaf is gekozen om per hypothese aan te geven of er ondersteuning is gevonden voor de hypothese.

#### Landfactor

Uit deze analyse is gebleken dat hypothese 1: 'indien een ouder in Duitsland woont, is de kans groter dat een kind hulp geeft' een juiste voorspelling is.

#### Ouder factoren

Er is geen ondersteuning gevonden voor hypothese 2a: 'indien een ouder van het vrouwelijke geslacht is, is de kans groter dat een kind hulp geeft'. Er is wel ondersteuning gevonden voor hypothese 2b: 'naarmate ouderen ouder zijn, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'. De leeftijd van de ouderen blijkt dus wel degelijk van invloed. Er is ondersteuning gevonden voor hypothese 3a: 'Indien een ouder verweuwd is, is de kans groter dat een kind hulp geeft'. De analyse laat niet zien dat gescheiden zijn van invloed is. Hypothese 3b: 'Indien een ouder gescheiden is, is de kans kleiner dat een kind hulp geeft' is onjuist. *Er is geen ondersteuning gevonden voor hypothese 4a: 'naarmate een ouder lager opgeleid is, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*. Daarnaast is er geen ondersteuning gevonden voor de hypothese 4b: *'naarmate een ouder een lager inkomen heeft, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*. Er is duidelijk aangetoond dat een slechte gezondheid de kans vergroot dat een kind hulp geeft. Hypothese 5a: *'naarmate een ouder een slechte gezondheid heeft, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'* is juist. Er is ook geen ondersteuning gevonden voor hypothese 5b: *'naarmate een ouder professionele hulp ontvangt, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*. Juist het ontvangen van professionele hulp verkleint de kans dat een kind hulp geeft.

#### Kind factoren

Wat betreft hypothese 6: *'naarmate een ouder meer kinderen heeft, des te groter de kans dat een kind hulp geeft'*, laat de regressie analyse duidelijk zien dat een groter kindertal positief is voor de kans dat een ouder hulp ontvangt. Er is geen ondersteuning voor de hypothesen 7a: *'naarmate een kind hoger opgeleid is, des te kleiner de kans dat een kind hulp geeft'* en 7b: *'naarmate een kind een baan heeft,*

*des te kleiner de kans dat een kind hulp geeft*'. Er is geen ondersteuning gevonden voor hypothese 8: *'naarmate ouderen meer kleinkinderen hebben, des te kleiner de kans dat een kind hulp geeft*'. Juist het omgekeerde blijkt hier het geval, het hebben van groter aantal kleinkinderen vergroot juist de kans op het ontvangen van hulp van een kind.

#### Ouder-kind factoren

Er is ondersteuning gevonden voor de hypothesen 9a: *'Naarmate ouder en kind meer contact hebben, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*' en 9b: *'naarmate ouder en kind een kleine geografische afstand hebben, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'.

Kortom, voor minder dan de helft van het aantal hypothesen is ondersteuning gevonden. Er is ondersteuning gevonden voor hypothese 1, hypothese 2b, hypothese 3a, hypothese 5a, hypothese 6, hypothesen 9a en 9b.

#### Hypothesen (\* juiste voorspelling)

##### **Landfactor**

1: *'Indien een ouder in Duitsland woont, is de kans groter dat een kind hulp geeft*'. \*

##### **Ouder factoren**

2a: *'Indien een ouder van het vrouwelijke geslacht is, is de kans groter dat een kind hulp geeft*'.

2b: *'Naarmate ouderen ouder zijn, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'. \*

3a: *'Indien een ouder verweduwd is, is de kans groter dat een kind hulp geeft*'. \*

3b: *'Indien een ouder gescheiden is, is de kans kleiner dat een kind hulp geeft*'.

4a: *'Naarmate een ouder lager opgeleid is, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'.

4b: *'Naarmate een ouder een lager inkomen heeft, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'.

5a: *'Naarmate een ouder een slechte gezondheid heeft, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'. \*

5b: *'Naarmate een ouder professionele hulp ontvangt, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'.

##### **Kind factoren**

6: *'Naarmate een ouder meer kinderen heeft, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'. \*

7a: *'Naarmate een kind hoger opgeleid is, des te kleiner de kans dat een kind hulp geeft*'.

7b: *'Naarmate een kind een baan heeft, des te kleiner de kans dat een kind hulp geeft*'.

8: *'Naarmate ouderen meer kleinkinderen hebben, des te kleiner de kans dat een kind hulp geeft*'.

##### **Ouder-kind factoren**

9a: *'Naarmate ouder en kind meer contact hebben, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'. \*

9b: *'Naarmate ouder en kind een kleine geografische afstand hebben, des te groter de kans dat een kind hulp geeft*'. \*

## Hoofdstuk 6.0 Conclusie

In dit hoofdstuk zal afsluitend worden gekeken naar resultaten op het micro- en macroniveau. Eerst volgen de beantwoording van de twee deelvragen alvorens wordt ingegaan op de beantwoording van de centrale vraagstelling. Na de beantwoording volgt er een discussie over de mate waarin kinderen als oplossing moeten worden gezien voor de stijgende zorgkosten. Afsluitend volgen aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek naar intergenerationele solidariteit in Nederland en Duitsland.

### 6.1 Beantwoording deelvraag 1

*In welke mate bieden verschillen in de samenstelling van de bevolking en overige landkenmerken op het macroniveau een verklaring?*

- i. Uit het onderzoek met behulp van de registerdata is gebleken dat Duitsland heeft naar proportie meer ouderen, door de lage geboortecijfers en de hoge sterfte cijfers vergrijsd de populatie sneller. De Nederlandse 65-plussers hebben een korte levensverwachting, echter leven langer in gezondheid. Duitse ouderen beschikken over een lager pensioen.
- ii. Bovendien is uit het onderzoek aan de hand van de registerdata gebleken dat Nederland in vergelijking met Duitsland, een groter aandeel van het bnp besteedt aan ouderenzorg (langdurige zorg). Duitse ouderen betalen een hogere eigen bijdrage voor zorg. Hierdoor ontvangt een kleiner gedeelte van ouderen professionele zorg aan huis. Alleen de meeste hulpbehoevende ouderen kunnen dus op overheidszorg rekenen binnen een instelling of aan huis. Duitsland legt dus vaker de verantwoordelijkheid voor ouderen bij de familie.
- iii. De verschillen in de samenstelling van de bevolking en overige landkenmerken blijken dus enigszins een verklaring te bieden voor de verschillen in de mate waarin een kind een ouder bijstaat.

### 6.2 Beantwoording deelvraag 2

*Verschillen Nederlandse en Duitse volwassen kinderen in de mate waarin zij een ouder bijstaan en welke verklaringen zijn hiervoor op het microniveau?*

- i. Duitse ouderen hebben minstens een twee maal zo grote kans op het ontvangen van hulp van een kind in vergelijking met Nederlandse ouderen.

- ii. Onderzoek op het microniveau heeft dus niet het landenverschil kunnen duiden.
- iii. Het theoretische model van Szydlik, blijkt enigszins een verklaring te bieden voor functioneel solidair gedrag van kinderen (in het algemeen). Met betrekking tot de behoefte van ouderen blijkt dat ouderen met een slechte gezondheid een grotere kans hebben op hulp van een kind. Ouderen die professionele hulp ontvangen zullen echter minder snel hulp ontvangen van een kind. Met betrekking tot de kans van een ouder dat een kind solidair is blijkt dat *veel contact* en een *kleine geografische afstand* faciliterend zijn. Kinderen die dichterbij een ouder wonen, zullen vaker solidair zijn met een ouder. Het hebben van een kind *met een baan, een hoog opgeleid kind of kleinkinderen* blijkt niet negatief te zijn voor de kans dat een ouder hulp ontvangt van een kind.

### 6.3 Beantwoording van centrale vraagstelling

*Verschillen Nederlandse en Duitse volwassen kinderen in de mate waarin zij een ouder bijstaan en welke verklaringen kunnen hiervoor worden gegeven op het micro- en macroniveau?*

Uit de data analyse van SHARE met behulp van SPSS op het microniveau is gebleken dat Nederlandse ouderen dus een kleinere kans hebben op het ontvangen van hulp van een kind. Het microniveau biedt echter geen verklaring voor dit landenverschil. De analyse aan de hand van registerdata op het macroniveau biedt echter wel verschillende verklaringen voor dit landenverschil. De Duitse overheid biedt minder overheidszorg en dit tegen een hoger tarief (hogere eigen bijdragen), waardoor ouderen vaker aangewezen zijn op een persoon uit het eigen sociale netwerk. Bovendien zijn er een aanzien aantal andere landenkenmerken aan te wijzen die dit verschil kunnen verklaren op het macroniveau. Bijvoorbeeld de houding ten aanzien van zorg (overheid versus de familie), de mate waarin kinderen beloond worden voor zorg (financieel gecompenseerd). Een opvallende bevinding is dat toevoeging van factoren met betrekking tot de sociaaleconomische status (*opleidingsniveau* en *het inkomen*) aan het model een sterke stijging in de B-coëfficiënten (verschil tussen model 2 en 3) tot gevolg hadden. Het landenverschil is dus groter geworden nadat opleidingsniveau en inkomen opgenomen zijn in het model. Terwijl op basis van onderzoek aan de hand van registerdata op het macroniveau verwacht kan worden dat het landenverschil zou



afnemen. Immers Duitse ouderen beschikken over het algemeen over een lager inkomen (pensioen).

Het intergenerationele solidariteit model van Szydlik (2012) stelde bovendien dat verschillende factoren solidair gedrag van een kind kunnen belemmeren ('*een baan*', *hoog opgeleid kind*, *het hebben van 'zelf kinderen' is gemeten als kleinkinderen*). Deze zijn echter nauwelijks van invloed gebleken. In dit geval laatste geval blijkt juist het omgekeerde waar te zijn. Om te kunnen begrijpen waarom *kleinkinderen* geen belemmerende factor vormen is het goed om te duiden wat *kleinkinderen* voor betekenis hebben binnen families. Families onderscheiden zich immers van andere groepen, doordat meerdere generaties met elkaar in contact zijn. Het hebben van (oudere) *kleinkinderen* vergroot wellicht de hoeveelheid 'hulpbronnen' van ouderen om in termen van Szydlik's intergenerationele solidariteit model te spreken. Uit onderzoek op het microniveau is gebleken dat *contact* een belangrijke voorspeller voor solidair gedrag is. Een belangrijke kanttekening is ook dat ouderen langer in gezondheid leven. Grootouders dienen dan ook vaak als oppas voor kleinkinderen. Kleinkinderen kunnen wellicht het contact en de onderlinge bindingen binnen families versterken en kunnen op een oudere leeftijd ook als hulpbron fungeren bij het uitvoeren van hulptaken voor een grootouder (boodschappen doen, huishoudelijke hulp). In dit onderzoek is niet achterhaald hoe oud de kleinkinderen zijn, dus bovenstaande opmerkingen kunnen een verklaring bieden, echter kan dit niet met zekerheid gesteld worden.

Op het macroniveau is gebleken dat ouderen in Duitsland minder aanspraak maken op zorg in het algemeen. Uit cijfers van Huber (2005) en Schäfer en collega (2005) is gebleken dat minder ouderen zorg ontvangen van een professional thuis, terwijl een iets groter percentage in een zorginstelling woont. Dus alleen de meest hulpbehoevende ouderen ontvangen overheidszorg in Duitsland. Op het microniveau is onderzocht welke invloed professionele hulp heeft op solidair gedrag van kinderen. Hieruit blijkt dat kinderen minder vaak een ouder bijstaan als deze ook professionele hulp ontvangen. Dit resultaat komt niet overeen met eerdere onderzoeksbevindingen naar de verdringingshypothese (*crowding out*) in landenvergelijkend onderzoek (Motel-Klingebiel, Tesch-Roemer, & Kondratowitz, 2005, Fokkema et al., 2008). Deze resultaten samengenomen laten dus zien dat in Duitsland alleen de meest hulpbehoevende ouderen in Duitsland aanspraak maken op overheidszorg, waardoor ouderen over het algemeen veel vaker hulp zullen ontvangen van een kind.

#### 6.4 Discussie

Dat volwassen kinderen (over het algemeen) zich minder laten beïnvloeden door hun eigen leven, is wellicht een geruststelling te noemen. Het idee dat de volwassen kinderen hun tijd als een schaarse hulpbron moeten verdelen over zowel arbeid als zorg voor hun kinderen en ouders is uit dit onderzoek niet gebleken. Dit resultaat komt overeen met andere onderzoeksbevindingen naar de sandwich generatie in Europa (Puur, Sakkeus, Pöldma, Herm, 2011).

Uit voorgaande studies is reeds gebleken dat individualisering en secularisering de familiebanden niet negatief beïnvloed heeft. Daarnaast is in deze studie niet gebleken dat echtscheidingen in Nederland en Duitsland slecht zijn voor familiebanden. Uit een voorgaande studie zou de betrokkenheid van kinderen afnemen wanneer een ouder gescheiden is (Bavel et.al.,2010).

In de hedendaagse discussie omtrent ouderenzorg wordt steeds vaker de familie aangedragen als *de* oplossing voor de toenemende hulpvraag en *de* stijgende zorgkosten. Op basis van deze scriptie lijkt de Duitse overheid beter in staat de zorgkosten te beperken. De eigen bijdrage voor professionele zorg is hoger, de Duitse overheid biedt een scholingsaanbod aan kinderen met een ernstig ziekte ouder en deze kunnen een betaald zorgverlof opnemen (Gradus & Asselt, 2011). Op deze wijze tracht de Duitse overheid de zorgkosten in de hand te houden.

Er wordt in Duitsland meer verwacht van de familie, zonder dat daar altijd een beloning tegenover staat. Hier kan dus worden gededuceerd dat juist het gebrek aan (overheidszorg) voorzieningen of de hoge kosten die hiermee gepaard gaan, ervoor zorgen dat families hulptaken op zich nemen. De langdurige zorg in Nederland is drie keer zo duur in vergelijking met Duitsland (Gradus & Asselt, 2011). Met het oog op de toekomst lijkt de verhoging van de eigen bijdrage (langdurige zorg) een stap in de goede richting voor Nederland.

#### 6.5 Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek

In deze scriptie is gekeken naar factoren die mogelijk van invloed zijn op de kans dat een kind functioneel solidair is met een hulpbehoevende ouder. Hierbij is eerst gekeken naar mogelijke cross-nationale verschillen tussen Nederland en Duitsland op het gebied van bevolkingssamenstelling en overige landkenmerken. Daarna zijn er aan de hand van SHARE, hypothesen getoetst gebaseerd op het intergenerationele solidariteit model van Szydlik (2012).

In deze scriptie zijn allerlei aspecten van intergenerationele solidariteit onderbelicht gebleven. Onderstaand zijn verschillende aanbevelingen voor een vervolgstudie. De voorgestelde vervolgstudies hebben ten doel een verdere bekendheid met familiesolidariteit in Nederland en Duitsland te vergroten.

- i. Deze studie laat zien dat het ontvangen van overheidszorg (professionele hulp) wel degelijk negatief van invloed is op de kans dat een kind een ouder hulp geeft. Dit resultaat komt niet overeen met eerdere onderzoeksbevindingen naar de verdringingshypothese (crowding out) (Dykstra, 2012). Uit voorgaande studies is gebleken dat overheidszorg juist de betrokkenheid van families vergroot en dit maakt specialisatie mogelijk (Dykstra, 2012). Het grote onderscheid dat hier gemaakt kan worden is de manier waarop de factoren zijn samengesteld op het microniveau. In punt i is reeds aangegeven dat functionele solidariteit alle vormen van hulp en zorg omvatten. Bovendien omvat professionele hulp, in deze studie ook professionele zorg (Zie: bijlage 1). Het is in een vervolgstudie aan te bevelen een professionele hulp en zorg te onderscheiden. Aangezien op basis van deze gegevens geen duidelijke conclusies kunnen worden getrokken.
- ii. In deze scriptie is gebruikgemaakt van SHARE eerste studie (wave 1). Doordat SHARE een longitudinaal karakter heeft, is het de verwachting dat de leeftijd van de respondenten in SHARE gemiddeld hoger zullen liggen als hier gebruik gemaakt wordt van vervolgstudies (wave: 3, 4 of 5) van SHARE. De gemiddelde leeftijd van de 50-plussers in SHARE wave 1 ligt op ongeveer 66 jaar. Uit een recent opiniestuk in de Volkskrant: *“De kosten van de vergrijzing worden overdreven”* van 26 juli jongst leden (2013) van de onderzoeker Joop de Beer (NIDI) is gebleken dat ouderen steeds langer in gezondheid leven, ze fitter zijn en hierdoor niet goed te vergelijken zijn met de ouderen van vroeger. De Beer (2013) stelt bijvoorbeeld dat de 80-plussers van nu (2013) te vergelijken zijn met de 80-minners in het verleden (jaren 70). Onderzoek naar de hulpbehoevendheid en de mate waarin ouderen hulp ontvangen van een kind met behulp van SHARE wave 1, is hierdoor enigszins beperkt. Aan te bevelen is een soortgelijke studie uit te voeren waarbij de (gemiddelde) leeftijd van de respondenten (ouderen) hoger ligt.

- iii. In dit onderzoek is er gekozen om functionele solidariteit te meten aan de hand van één afhankelijke variabele die aangeeft of een kind wel of niet hulp geeft. In het onderzoek is niet gespecificeerd naar de verschillende soorten hulp. De eerste aanbeveling is dat in een vervolgstudie, in ieder geval een onderscheidt gemaakt dient te worden tussen ‘persoonlijke en huishoudelijke hulp’ en ‘persoonlijke verzorging’ door een kind. Deze factoren moeten afzonderlijke worden getoetst. In onderzoek van Jacobs en collega’s (2012) is hiermee rekening gehouden. Dit geeft inzicht in de mate van afhankelijkheid en de hulpbehoevendheid van ouderen ten aanzien van een kind. Dit is van belang, aangezien het geven van praktische hulp in de huishouding, het doen van boodschappen of juist de persoonlijke verzorging totaal verschillende handelingen bevatten. Dit verlangt verschillende eigenschappen (skills) van de gever.
- iv. Met deze scriptie is geen bekendheid ontstaan met betrekking tot de hoeveelheid ‘hulp’ die een kind aan een ouder geeft in Nederland en Duitsland. In een vervolgstudie is het aan te bevelen hier meer aandacht aan te besteden. Allerlei aspecten van ‘tijd’ en ‘hoeveelheid hulp’, zijn in deze scriptie onderbelicht gebleven.
- v. Voor een vervolgstudie is het aan te bevelen onderzoek te doen naar de bereidheid van een volwassen kind om ‘alle vormen van hulp’ te geven. Het is in dit vervolgonderzoek gepast de focus te leggen op aspecten als: *moeten, kunnen en willen*. Deze aspecten dienen daarbij voor Nederland en Duitsland bekeken te worden vanuit zowel het perspectief van de hulpbehoevende ouder, als vanuit het perspectief van het kind. Het is van belang hiernaar onderzoek te doen, aangezien uit dit onderzoek enigszins aanwijzingen zijn gevonden dat hiertussen verschillen bestaan tussen Nederland en Duitsland. De verschillen in toegang tot professionele van ouderen kunnen bijvoorbeeld al bijdragen tot meer duidelijkheid. Dit belicht voornamelijk het aspect ‘moeten’. Het is van belang ook op het microniveau te kijken naar ‘kunnen’ en ‘willen’, aangezien hier alleen op het macroniveau gekeken is of kinderen en ouder zouden willen bijstaan. Hierdoor ontstaat ook meer bekendheid met de zogenaamde Januspositie van volwassen kinderen.
- vi. In een vervolgstudie waarbij wederom een logistische regressieanalyse uitgevoerd wordt is aan te bevelen in de analyse een aantal andere factoren

op te nemen die hier niet verder zijn onderzocht. Hierbij kan gedacht worden aan culturele aspecten bijv. religiositeit), de hoogte van de eigen bijdrage voor zorg, het geven en ontvangen van giften (van ouder op kind en vice versa) en het ontvangen van een persoonsgebonden budget door ouderen. Wellicht zijn dit factoren die wel het landenverschil kunnen duiden op het microniveau.

## Nawoord

Nu, juli 2013, de scriptie lijkt te zijn afgerond wil ik afsluitend nog even stilstaan bij de totstandkoming van deze scriptie. Het resultaat zoals u dat nu voor u ziet, is het gevolg van maandenlang alleen naar de bibliotheek gaan. Afgewisseld door de contactmomenten met mijn begeleider.

In het schrijfproces liep ik continu tegen nieuwe onderzoeken, artikelen en rapporten aan. Stuk voor stuk informatie waarvan ik het de moeite waard vond om ze te lezen. De wandelgang naar de printer in de bibliotheek is zagezegd veelvuldig gemaakt. Mede dankzij mijn drang tot perfectionisme en de wil tot het continue uitdiepen van de stof, duurde het hele proces iets minder dan een jaar van mijn leven. Velen hebben zich afgevraagd waarom mijn scriptie zoveel tijd in beslag nam en waarom de scriptie zo uitgebreid moest worden. Ik had hier niet altijd direct een duidelijk antwoord op klaar, en gegeven antwoord luidde dan meestal ook: *'Ik wil nog een bepaald rapport/onderzoek lezen'*.

In deze periode werkte ik meestal in de Universiteitsbibliotheek van de Universiteit Utrecht. Aangezien ik in Utrecht woonde, was dit voor mij de meest toegankelijke bibliotheek.

Ik begon het nawoord met de zin: 'Nu de scriptie lijkt te zijn afgerond'. Het woord 'lijkt', staat hier bewust. De scriptie is *inmiddels goedgekeurd door mijn begeleiders. Is afgerond zou je zeggen. Echter, ik zal mezelf in de toekomst meermaals vragen stellen als: 'wat had beter gekund?' en 'wanneer ben ik echt tevreden?'*.

Voor mij is deze scriptie niet alleen het bewijs om te laten zien dat ik, na ruim vijfenhalf jaar Universitair onderwijs, de titel Master of Science verdien. Maar het is ook het bewijs dat ik nooit uitgelezen en uitgeleerd ben. Ik hoop dan ook, dat deze scriptie niet zozeer een afronding vormt, maar juist als startpunt functioneert. Ik ben er van overtuigd dat ik nog lang niet alles weet over de effecten van intergenerationele solidariteit in onze samenleving, maar laat dit het begin zijn van mijn reis.

Afsluitend kan ik zeggen dankbaar te zijn voor alle hulp die ik ontvangen heb, trots te zijn op het resultaat en dat ik met een tevreden gevoel terugkijk op de totstandkoming van deze scriptie.

Rosalie Flikweert

Utrecht, juli 2013

## Literatuurlijst

- Aartsen, M. J., & Knipscheer, C. P. M. (2011). *De sociologische dimensie van ouder worden en ouderdom*. In: Aartsen, M., Bosman, G., Boxtel, M., Deeg, D., van, Knipscheer, K & Stevens, N. (Eds.) (2011) *De canon van de gerontologie*. <http://canongerontologie.nl>.
- Albertini, M., Kohli, M., & Vogel, C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns-different regimes? *Journal of European Social Policy*, 17(4), 319-334.
- Asselt, E. V. van., Bovenberg, A. L., Gradus, R. H. J. M., & Klink, A. (2010). *Health care reforms in ageing European society, with a focus on the Netherlands*. Brussels: Centre for European Studies.
- Bavel, J. van, Dykstra, P. A., Wijckmans, B., & Liefbroer, A. C. (2010). Demographic change and family obligations. *Multilinks Deliverable 4.2*.
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1-16.
- Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: an example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 856-870.
- Bengtson, V. L., Rosenthal, C., & Burton, L. (1990). Families and aging: diversity and heterogeneity. *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 151-168.
- Bettio, F., & Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85-113.



- Bie, R. van der (2012). 1: Vruchtbare oorlogshuwelijken. In: Bie, R, van der & Latten, J. (Eds.) *Babyboomers indrukken vanuit de statistiek*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Bie, R. van der, & Latten, J. (2012). *Babyboomers in the Netherlands. What the statistics say*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Beer, J. de. (2013). De kosten van de vergrijzing worden overdreven. *Volkskrant*. Op 26 juli 2013 ontleend aan: [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- Björnberg, A., Garrofé, B. C., & Lindblad, S. (2009). Euro health consumer index. *Health Consumer Powerhouse AB*.
- Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2007). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Journal of Health Economics*, 17(3), 393-409.
- Börsch-Supan, A. & Jürges, H. (Eds.). (2005). *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim: MEA.
- Brandt, M., & Szydlik, M. (2008). Soziale Dienste und hilfe Zwischen Generationen in Europa. *Zeitschrift für Soziologie*, 37(4), 301-320.
- Campen, C. van. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CBS. (2010). *Gezondheid, leefstijl, zorggebruik; t/m 2009*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Op 12 oktober 2012 ontleend aan: <http://statline.cbs.nl>.
- CBS. (2012). *Bevolking: Kerncijfers, 2004*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Op 28 november 2012 ontleend aan: <http://statline.cbs.nl>.
-

- CIZ. (2005). Protocol gebruikelijke zorg. *Driebergen: Zorg Centrum Indicatiestelling*.
- Cooke, L. P., & Baxter, J. (2010). Families in international context: comparing institutional effects across western societies. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 516-536.
- Cooney, T. M., & Dykstra, P. A. (2011). Family obligations and support behavior: a United States–Netherlands comparison. *Ageing and Society*, 31(6), 10-26.
- Diepen, V. A., & Mulder, C. H. (2006). Afstand tot familieleden en verhuisgedrag van ouderen. *Tijdschrift voor Sociologie*, 27(3), 235-262.
- Dorbritz, J. (2008). Germany: Family diversity with low actual and desired fertility. *Demographic Research*, 19(17), 557-598.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91-100.
- Dykstra, P.A. (2012). Families: in alle staten? Rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van hoogleraar Empirische Sociologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op 27 januari 2012.
- Dykstra, P. A., Liefbroer, A. C., Kalmijn, M., Knijn, G. C. M., Komter, A.E., & Mulder, C. H. (1999). Family relationships: the ties that bind. *A sociological and demographic research program 2000-2006*.
- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2011). Relationships between parents and their adult children: a West European typology of late-life families. *Ageing and Society*, 31(04), 545-569.

- Dykstra, P. A., & Putten, A. van, (2010). Mantelzorgende mannen: een kwestie van moeten, kunnen of willen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88(6), 320-328.
- Esping-Andersen, G. (2000). A welfare state for the 21st century: ageing societies, knowledge-based economies and the sustainability of European welfare states. *Report Prepared for the Portuguese Presidency of the European Union*.
- Eurostat. (2007). 1 Population. In: Europe in figures. Eurostat Yearbook 2006-07, 49-75.
- Eurostat. (2012a). *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*. European Commission.
- Eurostat. (2012b). *Healthy life years (from 2004 onwards)*. Op 12 december 2012 ontleend aan: <http://ec.europa.eu>.
- Eurostat. (2013a). *Fertility rates by age. Fertility rates by age*. Op 12 december 2012 ontleend aan: <http://ec.europa.eu>.
- Eurostat. (2013b). Health-care expenditure on long term care. Op 7 januari 2013 ontleend aan: <http://ec.europa.eu>.
- Eysink, P. E. D. (2010). Demografische en sociaaleconomische factoren. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Op 8 januari 2013 ontleend aan: <http://www.toolkitvtnl.nl>.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3e editie). London: Sage Publications Limited.

- Fokkema, T., Bekke, S. ter, & Dykstra, P. A. (2008). *Solidarity between parents and their adult children in Europe*. Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, KNAW Press.
- Geest, L. van der. (2005). Blijvende zorg. Economische aspecten van langdurige ouderenzorg. *Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg/Nyfer*.
- Gierveld, J. J., & Fokkema, T. (1998). Geographical differences in support networks of older adults. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 89(3), 328-336.
- Glendinning, C. (2003). Support for carers of older people, some international and national comparisons. *Audit Commission*. Londen.
- Gradus, R. H. J. M., & Asselt, E. V. van (2011). De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland. *ESB*, 96, 202-204.
- Grundy, E., & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Ageing and Society*, 26(05), 707-722.
- Haberkern, K., & Szydlik, M. (2010). State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. *Ageing and Society*, 30(2), 299-323. doi:10.1017/S0144686X09990316.
- Hagestad, G. O., & Herlofson, K. (2007). *Micro and macro perspectives on intergenerational relations and transfers in Europe*. Agder University College & Norwegian Social Research.

- Hank, K. (2007). Proximity and contacts between older parents and their children: an European comparison. *Journal of Marriage and Family*, 69(1), 157-173.
- Harkness, J. A., Braun, M., Edwards, B., Johnson, T., Lijberg, L., Mohler, P., . . . Smith, T. (2010). *Survey methods in multinational, multiregional, and multicultural contexts*. Wiley.
- Haupt, A., & Kane, T. T. (Eds.). (2004). *Population Handbook. A quick guide to population dynamics for journalists, policymakers, teachers, students and other people interested in demographics* (5th edition ed.). Washington, DC: Population Reference Bureau's.
- Heinicke, K., & Thomsen, S. L. (2010). The social long-term care insurance in Germany: origin, situation, threats, and perspectives. (No. 10-012). ZEW Discussion Papers.
- Huber, M (2005). Long-term care services, eligibility and recipients, OECD Health working papers, OECD, Paris forthcoming. In: OECD. (2005b). *The OECD Health Project. Long-term care for older people* Organization for economic co-operation and development. OECD publishing, Paris.
- Iacovou, M., & Skew, A. (2010). *Household structure in the EU*. (No. 2010-10). ISER Working Paper Series.
- Jacobs, M., Broese van Groenou, M., Boer, A. de., & Deeg, D. (2012). Individual determinants of task division in older adults mixed care networks. Aangedragen voor: *Health and Social Care in the Community*.
- Kalmijn, M. (2006). Educational inequality and family relationships: influences on contact and proximity. *European Sociological Review*, 22(1), 1-16.

- Kalmijn, M. (2010). Verklaring van intergenerationele solidariteit: een overzicht van concurrerende theorieën en hun onderzoeksbevindingen. *Mens en Maatschappij*, 85(1), 70-98.
- Kalmijn, M., & Saraceno, C. (2008). A comparative perspective on intergenerational support. *European Societies*, 10(3), 479-508.
- Keck, W., & Saraceno, C. (2010). Caring for a parent while working for pay in the German welfare regime. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(1), 107-138.
- Lanzieri, G. (2011). The greying of the baby boomers. A century-long view of ageing in European populations. *Statistics in Focus, Eurostat*, (23).
- Lesthaeghe, R., & Kaa, D. van der. (1986). Twee demografische transitieën. *Bevolking: Groei en Krimp, Mens en Maatschappij*, Van Loghum Slaterus: 9-24.
- Liefbroer, A. C. (2003). De invloed van waarden op demografisch gedrag: een test van een centrale hypothese uit de Tweede Demografische Transitie theorie. *Bevolking en Gezin*, 32(1), 5-26.
- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C., & Kondratowitz, H. J. V. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and Society*, 25(6), 863-882.
- Niederlaender, E. (2006). *Causes of death in Europe. Population and social conditions*. Eurostat, European Communities.

OECD. (2005a). Health expenditure and finance. In: Health at a Glance 2005. OECD Indicators. (pp. 65-78) Organisation for Economic Co-operation and Development. doi:10.1787/9789264012639-en.

OECD. (2005b). *The OECD Health Project. Long-term care for older people* Organisation for economic co-operation and development. OECD publishing, Paris.

OECD. (2011a). Country statistical profile: Germany 2011-2012. In: Country statistical profiles: key tables from OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. Op 12 november 2012 ontleend aan: <http://.stats.oecd.org>.

OECD. (2011b). Country statistical profile: Netherlands 2011-2012. In: Country statistical profiles: key tables from OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. Op 12 november 2012 ontleend aan: 12-11, 2012, <http://.stats.oecd.org>.

Oudijk, D., Boer, A. de., Woittiez, I., Timmermans, J., & Klerk, M. de. (2010). *Mantelzorg uit de doeken, een actueel beeld van het aantal mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Overmans, R. (2000). *Deutsche militärische Verluste im Zweiten Weltkrieg*. Wissenschaftsverlag GmbH. München: Oldenbourg-Verlag.

Pfaff, H. (2011). Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. *Statistisches Bundesamt; Wiesbaden*. Op 10 januari 2013 ontleend aan: <http://destatis.de>.

Pommer, E., Gameraen, E. van, Stevens, J., & Woittiez, I. B. (2007). *Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen*. In: Sadiraj, K., Oudijk, D., Kempen, H. van & Stevens, J. (2011). *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Puur, A., Sakkeus, L., Pöldma, A., & Herm, A. (2011). Intergenerational family constellations in contemporary Europe: Evidence from the Generations and Gender Survey. *Demographic Research, Special Collection 25(4)*: 135-172.

Rein, M. (1994). *Solidarity between generations: a five-country study of the social process of aging*. Institut für Höhere Studien.

Riley, M. W., & Riley, J. W. (1993). Connections: kin and cohort. In: Bengtson, V.L. & Achenbaum, W.A. (Eds.), *The Changing contract across generations*, 169-189 Aldine de Gruyter.

RIVM. (2008). *Kosten van Ziekten*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Op 2 maart 2013 ontleend aan: <http://www.rivm.nl>.

Roberts, R. E., Richards, L. N., & Bengtson, V. (1991). Intergenerational solidarity in families: Untangling the ties that bind. *Marriage & Family Review*, 16(1-2), 11-46.

Rossi, A. S., & Rossi, P. H. (1990). *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. Aldine de Gruyter.

Sadiraj, K., Oudijk, D., Kempen, H. van, & Stevens, J. (2011). 4 Het gebruik van het pgb in internationaal perspectief. In: Sadiraj, K., Oudijk, D., van Kempen, H., & Stevens, J. (2011). *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het*



*persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.*

Sanderse, C., & Verweij, A. (2011). *Geboorte samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.*

Op 15 januari 2013 ontleend aan: <http://www.nationaalkompas.nl>.

Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy, 20(1)*, 32-44.

Saraceno, C., & Keck, W. (2008). *The institutional framework of intergenerational family obligations in Europe: A conceptual and methodological overview. Multilinks project, WP1. Berlin: WZB Social Science Research Center.*

Saraceno, C., & Keck, W. (2010). Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies, 12(5)*, 675-696.

Sarasa Urdiola, S., & Billingsley, S. (2008). Personal and household care giving for adult children to parents and social stratification. *DemoSoc Working Paper, Universitat Pompeu Fabra.*

Schäfer, G., Cervellin, S., Feith, M., & Fritz, M. (2005). *Europe in figures. Eurostat Yearbook 2005. European Commission.*

Schraevesande, F. (2012). Next checkt: Ouderenzorg is hier drie keer zo duur als in Duitsland en twee keer zo duur als in Frankrijk. *NRC Next*. Op 10 januari 2013 ontleend aan: [www.nrcnext.nl](http://www.nrcnext.nl).

SHARE. (2004). Questionnaire wave 1. Mannheim: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Op 8 september 2012 ontleend aan: <http://www.share-project.org/>.

SHARE. (2007). Wave 1, release 2.0.0.: june 19th 2007. Mannheim: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Op 2 september 2012 ontleend aan: <http://www.share-project.org/>.

SHARE. (2011) *Release Guide 2.5.0 Waves 1 & 2*. Mannheim Research Institute for the Economics on Ageing. Op 2 september 2012 ontleend aan: <http://www.share-project.org/>.

SHARE. (2012). *Statement concerning the use of RELEASE 2.5.0 from SHARE waves 1 & 2 and RELEASE 1 from SHARELIFE (wave 3) & SHARE wave 4*. Mannheim: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Op 20 januari 2013 ontleend aan: <http://www.share-project.org/>.

Sleebos, J. (2003). Low fertility rates in OECD countries: facts and policy responses. *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*.

Slobbe, L. C. J., Kommer, G. J., Smit, J. M., Groen, J., Meerding, W. J., & Polder, J. J. (2006). *Kosten van ziekten in Nederland 2003. Zorg voor de euro's-1*. (). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM Centraal Bureau voor de Statistiek CBS Erasmus MC Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.

Spitze, G., & Logan, J. R. (1991). Sibling structure and intergenerational relations. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 871-884.

Statistisches Bundesamt. (2006). *Gesundheit. Gesundheit im Alter*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Op 10 januari 2013 ontleend aan: <https://www.destatis.de>.

Stuifbergen, M. C., Delden, J. J. M. van , & Dykstra, P. A. (2008). The implications of today's family structures for support giving to older parents. *Ageing and Society*, 28(3), 413-434.

Szydlik, M. (2012). Generations: Connections across the life course. *Advances in Life Course Research*, 17(3), 93-176.

Terlouw, H (2003). *De zwakste schakel? De Duitse economie en de toekomst van Europa*. Op 10 januari 2013 ontleend aan: [www.duitslandweb.nl](http://www.duitslandweb.nl).

Theobald, H. (2004). *Care services for the elderly in Germany: infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups*. (No. SP I 2004-302). Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Timmermans, J. M., Boer, A. H. de., Campen, C. van, Klerk, M. M. Y. de., Wit, J. S. J. de., & Woittiez, I. B. (2001). *Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., . . . Vlantoni, D. (2010). *Informal care in the long-term care system. European Overview Paper*. Athens/Vienna: Interlinks.

UN. (2002). World population ageing: 1950-2050. *United Nations, New York*.

UNECE. (2013a). Population, 5-year age groups, by country, age, sex and year (Germany, 2004). Op 22 november 2012 ontleend aan: <http://w3.unece.org>.

UNECE. (2013b). Population, 5-year age groups, by country, age, sex and year (Netherlands, 2004). Op 22 november 2012 ontleend aan: <http://w3.unece.org>.

Vliet, J. van (2009). Consequenties van vergrijzing. *Maatwerk*, 10(1), 35-35.

## Bijlage 1

Hier volgt een overzicht van de vragenlijsten gesteld in SHARE en de wijze waarop deze zijn gecodeerd voor de toepassing van de data-analyse.

### Afhankelijke variabele

Variabel	Vragen in SHARE	Categorieën
Hulp van kind ontvangen	<p><i>Heeft u in de afgelopen twaalf maanden, van iemand buiten uw huishouden hulp ontvangen.</i></p> <p><i>Welke familielid buiten uw huishouden, vriend of buur, kind heeft aan u deze hulp geboden in de afgelopen twaalf maanden?</i></p> <p>(SHARE, 2004).</p>	<p>Respondent ontvangt hulp van kind?</p> <p>0 = nee</p> <p>1 = ja</p>

### Onafhankelijke variabelen: eigenschappen ouder

Variabel	Vragen in SHARE	Categorieën
Geslacht	<i>Observatie van de interviewer</i>	<p>Respondent is van het vrouwelijke geslacht?</p> <p>0 = nee</p> <p>1 = ja</p>
Leeftijd	<i>In welke maand en jaar bent u geboren?</i>	<p>Leeftijd respondent</p> <p>(geboortjaar – 2004 = leeftijd)</p> <p>(bijvoorbeeld: 2004 - 1942 = 62 jaar).</p> <p>0 = 50 tot 64 jaar</p> <p>1 = 65 tot 79 jaar</p> <p>2 = 80 jaar en ouder</p>
Partnerstatus	<p><i>Wat is uw burgerlijke staat?</i></p> <p>i. <i>Getrouwd en samenwonend met echtgeno(o)t(e)</i></p> <p>ii. <i>Geregistreerd partnerschap of samenlevingscontract</i></p> <p>iii. <i>Getrouwd, gescheiden levend van echtgeno(o)t(e)</i></p> <p>iv. <i>Nooit getrouwd</i></p> <p>v. <i>Gescheiden</i></p> <p>vi. <i>Weduwe/weduwnaar</i></p>	<p>Respondent is?</p> <p>0 = getrouwd</p> <p>1 = gescheiden</p> <p>2 = verweduwd</p>
Opleidingsniveau	<i>Wat is het hoogste genoten opleiding, afgesloten met een certificaat of</i>	<p>International Classification of Education [ISCED]</p>

Vervolg tabel: *Onafhankelijke variabelen: eigenschappen ouder*

<i>diploma.</i>		Laag = geen certificaat of ISCED code
De Nederlandse antwoord categorieën:		1 of 2
i. Basisonderwijs		Gemiddeld = ISCED code 3 of 4
ii. VGLO of LAVO		Hoog = ISCED code 5 of 6
iii. Voortgezet (speciaal) onderwijs (bijvoorbeeld: MLK, VSO, LOM, MAVO of MULO)		(SHARE, 2011)
iv. HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS, Lyceum,		0 = laag opgeleid
v. lager beroepsonderwijs (bijvoorbeeld: LTS, LEAO, Lagere Land- en Tuinbouwschool), middelbaar beroepsonderwijs (bijvoorbeeld: MTS, MEAO, Middelbare Land- en Tuinbouwschool),		1 = gemiddeld opgeleid
vi. Hoger beroepsonderwijs (bijvoorbeeld: HTS, HEAO, opleidingen MO-akten)		2 = hoog opgeleid
vii. Hoger beroepsonderwijs 2e fase (bijvoorbeeld: accountant NIVRA, opleidingen MO-B-akten)		
viii. Wetenschappelijk onderwijs (universiteit), Speciaal onderwijs, leerlingwezen,		
ix. Nog geen diploma / volgt nu onderwijs		
x. Geen		
xi. Andere opleiding		
De Duitse antwoord categorieën		
i. Volks- oder Hauptschulabschluss		
ii. Klasse Polytechnische Oberschule (POS)		
iii. Realschulabschluss; Klasse POS		
iv. Fachhochschulreife		
v. Abitur		
vi. Noch kein Schulabschluss		

Vervolg tabel: *Onafhankelijke variabelen: eigenschappen ouder*

	vii. Kein Schulabschluss	
	viii. Anderer Schulabschluss	
<i>Inkomen</i>	Totale huishoudinkomen gecorrigeerd voor koopkracht: Optellen van: <i>netto-inkomen, ontvangen huurgelden, rente-inkomsten van rekeningen bij de bank, rente-inkomsten uit obligaties, dividenden van aandelen, pensioenen, werkloosheidsuitkeringen, nabestaandenpensioenen, gelden uit verzekeringen (gezondheid).</i>	Dezelfde indeling gehanteerd voor de hoogte van het totale inkomen als Fokkema en collega's (2008). 0 = nul tot 13154 euro per jaar ( $\leq$ 25%), 1 = meer dan 13154 tot en met 25489 per jaar (26 – 50%) 2 = meer dan 25489 tot en met 51257 euro per jaar (50 – 75%) 3 = meer dan 51257 euro per jaar ( $>$ 75%)
<i>Algemene gezondheid</i>	<i>Is uw gezondheid....</i> i. Heel goed ii. goed iii. Redelijk iv. Slecht v. Heel slecht  Of de vraag: <i>Is uw gezondheid....</i> i. Uitstekend ii. Heel goed iii. Goed iv. Redelijk v. Slecht	Slechte gezondheid? 0 = nee 1 = ja
<i>Chronische aandoening</i>	<i>Hebt u chronische gezondheidsproblemen, zoals een ziekte of een handicap (inclusief geestelijke, psychische gezondheidsproblemen)?</i> i. Ja ii. Nee	Chronische aandoening? 0 = nee 1 = ja
<i>Professionele hulp</i>	<i>Hebt u in de afgelopen twaalf maanden in uw eigen huis een van de genoemde soorten zorg gekregen.</i> i. Professionele of betaalde verpleging of persoonlijke verzorging ii. Professionele of betaalde huishoudelijke hulp om huishoudelijk werk te doen dat	Professionele hulp ontvangen? 0 = nee 1 = ja

Einde tabel: *Onafhankelijke variabelen: eigenschappen ouder*

<p>u niet zelf kunt doen vanwege uw gezondheid</p> <p>iii. Tafeltje dek-je</p> <p>iv. Geen.</p> <p>(SHARE, 2004).</p>
---

*Onafhankelijke variabelen: eigenschappen volwassen kind*

Variabel	Vragen in SHARE	Categorieën
<i>Kindertal</i>	<i>Hoeveel kinderen hebt u die nog in leven zijn. Reken alle biologische, pleeg, adoptie- en stiefkinderen mee, van partner inbegrepen.</i> i. (0 tot 20)	Aantal kinderen 1 = één kind 2 = twee kinderen 3 = drie kinderen ≥4 vier of meer kinderen
<i>Geslacht van kind</i>	<i>Is (naam kind) een man of een vrouw.</i>	Alle kinderen samengenomen: Aantal zonen 0 = geen zoon 1 = één zoon 2 = twee zonen 3 = drie zonen ≥4 vier of meer zonen  Alle kinderen samengenomen: Aantal dochters 0 = geen dochter 1 = één dochter 2 = twee dochters 3 = drie dochters ≥ 4 vier of meer dochters
<i>Partnerstatus van kind</i>	<i>Wat is de burgerlijke staat (naam) van kind.</i> (Zie: indeling naar burgerlijke staat ouder).	Alle kinderen samengenomen: is ten minste een kind gehuwd? 0 = nee 1 = ja
<i>Opleidingsniveau van kind</i>	<i>Wat is de hoogst genoten opleiding (naam kind) afgesloten met certificaat of diploma.</i> (Zie: indeling naar hoogst genoten opleiding ouder).	Alle kinderen samengenomen: is ten minste een kind hoog opgeleid? 0 = nee 1 = ja
<i>Arbeidsmarkt-positie van kind</i>	<i>Hoe zou u de belangrijkste dagelijkse bezigheid van (naam) kind omschrijven.</i> i. Voltijds werkzaam	Alle kinderen samengenomen: heeft ten minste een kind een baan? 0 = nee 1 = ja



Vervolg tabel: *Onafhankelijke variabelen: eigenschappen volwassen kind*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>ii. Deeltijds werkzaam</li> <li>iii. Zelfstandig of werkzaam in eigen familiebedrijf</li> <li>iv. Werkloos</li> <li>v. Volgt beroepsopleiding/ herscholing/ onderwijs</li> <li>vi. Ouderschapsverlof</li> <li>vii. Met (vervroegd) pensioen</li> <li>viii. Blijvend ziek of arbeidsongeschikt</li> <li>ix. Zorg voor huis of gezin</li> <li>x. Anders</li> </ul>	
<i>Kleinkindertal</i>	<i>Hoeveel kleinkinderen (hebben u en uw partner) in totaal? Reken alle kleinkinderen van uw echtgeno(o)t(e) of partner uit vorige relaties mee.</i>	Aantal kleinkinderen 0 = geen kleinkind 1 = één kleinkind 2 = twee kleinkinderen 3 = drie kleinkinderen ≥ 4 vier of meer kleinkinderen
<i>Contact: tussen ouder en kind</i>	<i>Hoe vaak heeft u of uw partner contact gehad met (kind) in de afgelopen twaalf maanden, persoonlijk, per telefoon dan wel schriftelijk?</i>	Contactmoment met kind waarmee meeste contact? 0 = minder dan meerdere keren per week 1 = dagelijks of meerdere keren per week contact
	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Dagelijks</li> <li>ii. Enkele keren per week</li> <li>iii. Ongeveer één keer per week</li> <li>iv. Ongeveer één keer in de twee weken</li> <li>v. Ongeveer één keer per maand</li> <li>vi. Minder dan één keer per maand</li> <li>vii. Nooit</li> </ul>	
<i>Geografische afstand: tussen ouder en kind</i>	<i>Waar woont (naam) kind?</i>	Alle kinderen samen genomen: ten minste één kind binnen 5 kilometer?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. In hetzelfde huishouden</li> <li>ii. In hetzelfde gebouw</li> <li>iii. Minder dan één kilometer hier vandaan</li> <li>iv. Tussen de één en vijf kilometer hier vandaan</li> <li>v. Tussen de vijf en 25 kilometer hier vandaan</li> <li>vi. Tussen de 25 en 100 kilometer hier vandaan</li> </ul>	0 = ver weg (meer dan 5km) 1 = dichtbij (binnen 5 km)

Einde tabel: *Onafhankelijke variabelen: eigenschappen volwassen kind*

vii. Meer dan 100 kilometer hier  
vandaan, in een ander land  
(SHARE, 2004).

---

Totaal aantal woorden scriptie: 26.833