

Het combineren van meerdere rollen onder ouderen: vermindert of verbetert dit het welbevinden?

F.M. Bijnsdorp MSc, B. Suanet en M.I. Broese van Groenou PhD

MEM 93 (2): 111–137

DOI: 10.5117/MEM2018.2.BIJN

Abstract

Combining multiple roles by older adults: does it reduce or enhance wellbeing?

Older adults increasingly combine employment with informal care and/or voluntary work. This is good for society but raises the question whether combining multiple roles is also good for individual well-being. Based on data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (N = 1885), associations between role combinations, role intensity (in employment, informal care and volunteering) and well-being are examined using role enhancement and role strain perspectives. We investigate if social network and mastery (the feeling of control over his or her life) buffer potential negative effects of role combinations and role intensity on well-being. Intensive informal care is related with more depressive symptoms, which is fully mediated by mastery. Fulltime employment is related with lower levels of depressive symptoms, and this is fully mediated by mastery. Social network size does not mediate any relationship between role combinations or role intensities and depressive symptoms. Both parttime and fulltime employment are negatively related to depressive symptoms. The study suggests that combining roles is positively related to well-being when role strain is low. Interventions should be directed at maintaining mastery among those providing intensive informal care, in particular when combined with employment and/or volunteering.

Keywords: well-being, role theory, informal care, employment, voluntary work

Introductie

Met de verschuiving naar een participatiesamenleving wordt van burgers verwacht dat zij participeren in meerdere sociale domeinen, waaronder arbeid, de zorg voor anderen en vrijwilligerswerk (Cloïn & Roeters, 2016). Dit geldt met name voor jonge ouderen, omdat zij langer moeten werken door de verhoogde pensioenleeftijd en meer mantelzorg verlenen vanwege de toegenomen levensverwachting van ouderen. Jonge ouderen hebben over het algemeen een goede fysieke en cognitieve capaciteit en worden daarom als potentiële zorgverleners beschouwd (Van Tilburg & Thomése, 2010). Maar rolcombinaties kunnen ook onder oudere ouderen toenemen, omdat er in de samenleving steeds meer behoefte is aan vrijwilligerswerk en mantelzorg, twee rollen die na pensionering gecombineerd kunnen worden. Deze studie richt zich daarom vooral op 55-plussers (zonder bovengrens) zodat rolcombinaties van zowel jonge als oudere ouderen worden gezien. De toenemende maatschappelijke behoefte om meerdere rollen te combineren roept de vraag op of dit ook in het voordeel van het individu is en hoe dit het welzijn beïnvloedt. Op deze vraag geeft de bestaande wetenschappelijke literatuur nog geen eenduidig antwoord. Dit is een van de eerste Nederlandse studies waarin de gevolgen van het participeren in meerdere rollen in mantelzorg, vrijwilligerswerk en betaald werk onder 55-plussers op een systematische manier onderzocht worden.

Er bestaan twee theoretische perspectieven in relatie tot het hebben van meerdere rollen, namelijk het rolconflictperspectief en het rolverrijkingperspectief (Moen, Robison, & Dempster-McClain, 1995). Beide perspectieven hebben betrekking op de relatie tussen het hebben van meerdere rollen en welbevinden en de onderliggende mechanismen, maar leiden tot tegengestelde hypothesen. Enerzijds stelt het rolverrijkingperspectief dat een betaalde baan, mantelzorg en vrijwilligerswerk individueel welzijn kunnen verhogen. Anderzijds stelt het rolconflictperspectief dat het hebben van meerdere rollen welzijn kan verlagen, omdat het combineren van taken moeilijk kan zijn en omdat zij alle een beroep doen op de beschikbare tijd. Daarnaast kan het combineren van taken emotioneel belastend zijn. Belasting veroorzaakt door meerdere rollen kan een negatieve invloed hebben op het welzijn, met name voor mantelzorgers (Martire & Stephens, 2003; Moen e.a., 1995). Een betaalde baan wordt vaak beschreven als de rol die het meeste interfereert met mantelzorg, vanwege het gebrek aan tijd en energie om deze rollen te combineren (Martire & Stephens, 2003). Echter, hoge tijdsdruk komt niet alleen voor bij mantelzorgers, maar houdt ook onder vrijwilligers verband met een afname van geluk en toename

van belasting (Lewig, Xanthopoulou, Bakker, Dollard, & Metzger, 2007). Hoewel er relatief veel onderzoek is gedaan naar het effect van mantelzorg gecombineerd met andere rollen, zijn er veel tegenstrijdige bevindingen. Sommige studies vonden zowel bewijs voor het rolconflict- als voor het rolverrijkingperspectief (Martire & Stephens, 2003; Moen e.a., 1995), terwijl andere studies maar gedeeltelijk of geen bewijs vonden (Borg & Hallberg, 2006; Choi, Burr, Mutchler, & Caro, 2007; Martire & Stephens, 2003). Ook relateren veel studies slechts één of twee rollen aan welzijn en richten zij zich op de rolcombinaties met mantelzorg, waardoor de invloed van andere rolcombinaties (zoals een betaalde baan en vrijwilligerswerk) op het welzijn onderbelicht blijft.

Eerdere bevindingen suggereren dat niet zozeer het opnemen van een rol, maar vooral de hoeveelheid uren inzet in mantelzorg, vrijwilligerswerk en betaald werk het welzijn van ouderen beïnvloedt (Matz-Costa, Besen, Boone James, & Pitt-Catsouphes, 2012). Mantelzorgers die gemiddeld één tot vijf uur per week zorg gaven rapporteerden een hoger welzijnsniveau dan niet-mantelzorgers, terwijl degenen die meer dan zes uur mantelzorg gaven een lager welzijnsniveau hadden (Matz-Costa e.a., 2012; Van Campen, de Boer, & Iedema, 2013). Eenzelfde non-lineair verband met welzijn wordt gevonden voor de intensiteit van vrijwilligerswerk (Windsor, Anstey, & Rodgers, 2008). Ook stijgt het welzijn naarmate het aantal uren betaald werk toeneemt, maar slechts tot een bepaald punt voordat het welzijn begint af te nemen wanneer de arbeidsinzet in uren te hoog wordt (Dolan, Peasgood, & White, 2008). Veel mantelzorg geven, veel vrijwilligerswerk doen of fulltime werken hebben dus een andere invloed op het welbevinden dan het uitvoeren van deze rollen voor enkele uren per week. Deze studie onderzoekt daarom ook of rolintensiteit een aanvullende invloed heeft op welzijn, in plaats van alleen rekening te houden met rolcombinaties.

Uit voorgaand onderzoek blijkt dat het sociale netwerk en het gevoel van regie over het leven beschermen tegen afname van welbevinden (Baker, Cahalin, Gerst, & Burr, 2005; Yates, Tennstedt, & Chang, 1999). Ervaren regie is een psychologische hulpbron die iemand helpt moeilijke situaties te overwinnen (Moser & Dracup, 1995). Daarnaast geeft het hebben van een groot persoonlijk netwerk toegang tot meer potentiële hulpbronnen zoals hulp of steun van anderen (Bekkers, de Wit, Hoolwerf, & Boezeman, 2015). De huidige studie is voor zover bij ons bekend de eerste studie die de mediërende rol van deze psychische en sociale hulpbronnen voor het verband tussen rolcombinaties, rolintensiteit en welbevinden onderzoekt. De aanwezigheid van depressieve symptomen wordt in deze studie als indicator van welbevinden gezien. Depressieve symptomen worden vaak gebruikt als

een van de belangrijkste indicatoren van psychologische gezondheid (Choi e.a., 2007; Clyburn, Stones, Hadjistavropoulos, & Tuokko, 2000; Rozario, Morrow-Howell, & Hinterlong, 2004). De onderzoeksvraag luidt als volgt: *Wat is de relatie tussen het hebben van meerdere (intensieve) rollen in mantelzorg, vrijwilligerswerk en betaald werk enerzijds en de aanwezigheid van depressieve symptomen anderzijds onder ouderen in Nederland, en hoe kan deze relatie verklaard worden door het sociale netwerk en de mate van ervaren regie?*

Theoretisch kader

Rolconflictperspectief

Het rolconflictperspectief stelt dat het hebben van meerdere rollen een negatieve invloed heeft op de psychologische gezondheid. Volgens dit perspectief is er een beperkte beschikbaarheid van tijd, energie en betrokkenheid voor rolgerelateerde verantwoordelijkheden (Moen e.a., 1995). Verantwoordelijkheden uit meerdere rollen zouden meer vragen van mensen en een groter beroep doen op hun tijd en energie (Martire & Stephens, 2003). Mensen hebben beperkte middelen en de verschillende rollen kunnen al deze middelen verbruiken, vooral wanneer een specifieke rol als stressvol ervaren wordt. Stress kan ontstaan uit gevoelens van onvermogen om te voldoen aan alle rolgerelateerde eisen (Clyburn e.a., 2000). De verplichtingen die voortvloeien uit verschillende rollen kunnen te veel-eisend worden, wat kan leiden tot rolconflict (Martire & Stephens, 2003; Moen e.a., 1995). Ook kunnen zorgen en stress die worden opgebouwd in de ene rol het vermogen om de andere rol uit te voeren negatief beïnvloeden (Verbakel, 2015). Op basis van het rolconflictperspectief kan verwacht worden dat het hebben van meerdere rollen (versus één rol) de kans op depressieve symptomen verhoogt (H1a). Het rolconflictperspectief zal vooral van toepassing zijn op mantelzorgers die ook andere rollen hebben, omdat de zorgverplichtingen relatief zwaar wegen en mantelzorgers vaker stress- en angstsymptomen ervaren dan niet-mantelzorgers (Clyburn e.a., 2000). Vooral het combineren van mantelzorg met vrijwilligerswerk en/of betaald werk kan dan overbelasting veroorzaken, wat potentieel een negatieve invloed heeft op de psychische gezondheid (Martire & Stephens, 2003; Moen e.a., 1995). Mantelzorg wordt het meest belemmerd door betaald werk, omdat beide rollen aanzienlijke eisen en verantwoordelijkheden met zich meebrengen die vaak niet vrijblijvend zijn, wat kan leiden

tot tijdsdruk, uitputting en emotionele vermoeidheid (Martire & Stephens, 2003). Vanwege het vrijwillige karakter van vrijwilligerswerk kan men ermee stoppen als de combinatie met een baan of mantelzorg te belastend wordt. Gezien de aanwijzingen dat het combineren van betaald werk en mantelzorg het meest belastend is, wordt in lijn met het rolconflictperspectief verwacht dat de combinatie van betaald werk en mantelzorg tot meer depressieve symptomen leidt dan combinaties van vrijwilligerswerk en betaald werk, of vrijwilligerswerk en mantelzorg (H2a).

Naast rolcombinaties is het ook belangrijk om rekening te houden met de rolintensiteit. Een hoge intensiteit in verschillende rollen kan leiden tot meer tijdsdruk of belasting. Hoe hoger de intensiteit per rol, hoe groter de kans dat iemand overbelast raakt en depressieve symptomen ervaart. Het lijkt waarschijnlijk dat het rolconflictperspectief vooral van toepassing is op mensen die intensieve mantelzorg geven, omdat het geven van veel uren zorg kan leiden tot een gebrek aan tijd en energie. Daarom zal een hoge intensiteit van mantelzorg waarschijnlijk het meest interfereren met andere rollen, waardoor het welzijn negatief wordt beïnvloed. Wij verwachten dat depressieve symptomen toenemen naarmate de intensiteit per rol toeneemt, vooral voor mantelzorg (H3a).

Rolverrijkingsperspectief

In tegenstelling tot het rolconflictperspectief suggereert het rolverrijkingsperspectief dat mensen met meerdere productieve rollen (ten opzichte van mensen met één rol) meer welbevinden ervaren (Moen e.a., 1995). Bij dit perspectief ligt de focus vooral op sociale integratie in plaats van op toenemende stress en belasting. Het hebben van meerdere rollen zou sociale integratie vergroten en daarmee het gevoel van kracht, de toegang tot hulpbronnen en emotionele voldoening versterken (Moen e.a., 1995). Ook zouden de verantwoordelijkheden uit de rollen een doel, richting en betekenis geven aan het leven (Thoits, 1983). Volgens het rolverrijkingsperspectief vermindert het hebben van meerdere rollen depressieve symptomen meer dan het uitvoeren van slechts één rol (H1b).

Het rolverrijkingsperspectief geeft weinig argumenten voor het veronderstellen dat de ene rolcombinatie meer samenhangt met welbevinden dan de andere rolcombinatie. Deelname aan meerdere productieve activiteiten, met name vrijwilligerswerk en een betaalde baan, biedt de mogelijkheid om in contact te komen met anderen en deel uit te maken van

formele organisaties. Dit bevordert de sociale integratie, die op haar beurt een positieve invloed heeft op het psychisch welbevinden (Choi e.a., 2007). Met betrekking tot het combineren van mantelzorg met andere rollen kunnen echter vergelijkbare resultaten verwacht worden. Tijd op het werk of vrijwilligerswerk zou namelijk mogelijk afleiding of respijt van zorgverantwoordelijkheden kunnen geven (Murphy e.a., 1997). Ook hebben werkende mantelzorgers meer financiële en sociale hulpbronnen dan niet-werkende mantelzorgers (Martire & Stephens, 2003). Vanuit dit perspectief kunnen we stellen dat elke mogelijke combinatie van rollen het welbevinden zal bevorderen, en dat dit in de ene combinatie niet meer aan de orde is dan in een andere combinatie (H2b).

Hoewel het rolverrijkingperspectief een beter welbevinden voorspelt wanneer men meerdere rollen combineert, doet het perspectief geen uitspraak over de vraag of een hoge intensiteit in de verschillende rollen automatisch het welzijn verbetert. Vrij impliciet kan er verwacht worden dat een matige intensiteit al voldoende is voor het bereiken van sociale integratie en zingeving aan het leven. Een verdere verhoging van de intensiteit leidt dan niet tot meer welzijn. Sterker nog, er zal mogelijk alleen sprake kunnen zijn van verrijking als alle rollen niet te intensief worden verricht. Er lijkt dus sprake te zijn van een plafond-effect waarbij het welzijn stijgt naarmate de intensiteit toeneemt, maar slechts tot op zekere hoogte. Op basis van dit perspectief kunnen we verwachten dat het combineren van meerdere rollen het welzijn verbetert, maar dat een toename van matige tot hoge intensiteit in een rolcombinatie het welzijn niet verder doet stijgen (H3b).

De mediërende rol van ervaren regie en het sociale netwerk

Rollen, zoals werk, mantelzorg en vrijwilligerswerk, hebben niet alleen een directe relatie met gezondheid, maar beïnvloeden ook andere domeinen van functioneren, zoals psychisch en sociaal functioneren, die op hun beurt weer een directe samenhang met gezondheid vertonen. Er zou dus sprake kunnen zijn van een mediërende rol van psychische en sociale hulpbronnen in het verband tussen rolcombinaties en depressieve symptomen. In dit onderzoek wordt de mediërende rol van twee specifieke hulpbronnen onderzocht, namelijk ervaren regie en sociale netwerkomvang, die ook in eerder onderzoek naar rolcombinaties van belang bleken voor het welbevinden (Baker e.a., 2005; Kaplan & Boss, 1999; Yates e.a., 1999). Ervaren regie kan worden gedefinieerd als 'het gevoel van controle over onverwachte of

langdurige gebeurtenissen die iemands leven beïnvloeden' en kan gezien worden als een psychologische hulpbron die iemand helpt om lastige situaties te overwinnen (Moser & Dracup, 1995). Yates en collega's (1999) stellen dat ervaren belasting afneemt wanneer iemand een sterke mate van regie over het leven ervaart, wat vervolgens de kans op depressieve gevoelens verkleint. Het is aannemelijk dat betaald werk en vrijwilligerswerk de mate van ervaren regie hoog kunnen houden of zelfs kunnen versterken, terwijl bij mantelzorg het risico bestaat dat men regie over het leven verliest. Dit geldt vooral voor intensieve mantelzorg. Dit suggereert dat ervaren regie de relatie tussen bepaalde rolcombinaties en de aanwezigheid van depressieve symptomen medieert. Naast ervaren regie kan de grootte van het sociale netwerk de relatie tussen rolcombinaties en welzijn mediëren (Yates e.a., 1999). Oudere volwassenen met meerdere rollen hebben meer gelegenheid om in contact te komen met anderen, waardoor het persoonlijke netwerk wordt uitgebreid waaruit zij mogelijk sociale steun krijgen (Bekkers e.a., 2015). Sociale integratie en sociale betrokkenheid beschermen tegen gevoelens van isolatie, die geassocieerd worden met meer depressieve symptomen (Djernes, 2006). Iemand met meerdere rollen heeft eerder een groot netwerk dan iemand met slechts één rol. Daarom kunnen sociale netwerk-omvang en mate van ervaren regie over het leven de relatie tussen meerdere of intensieve rollen en depressieve symptomen mediëren (H4).

Methoden

Sample

De data zijn afkomstig uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een longitudinale studie gericht op het emotioneel, fysiek, sociaal en cognitief functioneren van ouderen in Nederland (Hoogendijk e.a., 2016). De studie maakt gebruik van een gestratificeerde random steekproef van mannen en vrouwen geboren tussen 1908 en 1957. De LASA-steekproef is afkomstig uit de bevolkingsregisters van 11 gemeenten die variëren in mate van verstedelijking. Ook varieert deze steekproef in religie van de respondenten. Een totaal van 3107 respondenten geboren in 1908-1938 nam deel aan de eerste LASA-waarneming (1992-1993). Het responspercentage was 63 procent. Sinds 1992 worden elke drie jaar herhaalmetingen uitgevoerd. In 2002 en 2012 werd een steekproef van 55 tot 64-jarigen aan het onderzoek toegevoegd middels een vergelijkbare samplingprocedure. De responspercentages waren respectievelijk 62 en 63 procent. In latere observaties werden deze nieuwe cohorten samengevoegd met het oorspronkelijke cohort.

Deze studie gebruikt observaties uit 2005-2006, 2008-2009, 2011-2012 en het 55 tot 64-cohort in 2012. Omdat de vragen over mantelzorg alleen werden opgenomen in de schriftelijke vragenlijst die een lagere respons kent dan de hoofdwaarneming, is het aantal respondenten voor deze studie lager dan het totaal aantal respondenten in de waves (steekproef voor de huidige studie: wave 2005-2006: $N = 1991$; 2008-2009: $N = 1405$, 2011-2012 $N = 1118$, 2012: $N = 755$). Zowel het rolconflictperspectief als het rolverrijkingperspectief voorspellen iets over het hebben van meerdere rollen ten opzichte van één rol. In lijn met deze perspectieven en eerder onderzoek werden daarom alleen respondenten geïnccludeerd als zij minimaal één rol hadden, waarbij $N = 1885$ overbleef. Vervolgens werden de respondenten uit de vier waves samengevoegd, omdat het aantal mensen in sommige rollencombinaties erg laag was; werkende mantelzorgers (2005-2006: $N = 48$; 2008-2009: $N = 25$; 2011-2012: $N = 14$; 2012: $N = 58$); werkende vrijwilligers (2005-2006: $N = 97$; 2008-2009: $N = 95$; 2011-2012: $N = 56$; 2012: $N = 132$), mantelzorg en vrijwilligerswerk (2005-2006: $N = 192$; 2008-2009: $N = 119$; 2011-2012: $N = 76$; 2012: $N = 41$) en mantelzorg gecombineerd met werk en vrijwilligerswerk (2005-2006: $N = 31$; 2008-2009: $N = 36$; 2011-2012: $N = 21$; 2012: $N = 58$). Als gevolg van het samenvoegen van de waves hebben sommige respondenten meerdere persoon-jaarobservaties, omdat ze in meerdere waarnemingen voorkomen (zie ook de sectie 'Procedure' voor hoe in de analyses rekening is gehouden met het feit dat niet alle observaties onafhankelijk zijn). De gepoolde dataset bestond uit 3189 observaties van 1885 respondenten.

Metingen

Depressieve symptomen

De aanwezigheid van depressieve symptomen werd gemeten met de *Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale* (CES-D) (Radloff, 1977). Deze schaal bestaat uit 20 items die naar de specifieke symptomen vragen die men de voorgaande week heeft ervaren, zoals: 'De afgelopen week had ik last van dingen die me meestal niet storen' (Cronbach's $\alpha = 0,86$). Respondenten konden op een 4-puntschaal aangeven hoe vaak zij depressieve symptomen ervoeren (1 = zelden of nooit tot 4 = meestal of altijd). De totale score varieert van 0 tot 60, waarbij een hogere score staat voor meer depressieve gevoelens.

Meerdere rollen in mantelzorg, betaald werk en vrijwilligerswerk

Mantelzorg bestaat uit het verlenen van hulp bij huishoudelijke taken (bijvoorbeeld boodschappen doen, koken of schoonmaken) bij een uitwonende relatie, en helpen bij persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld hulp bij baden,

aan/uitkleden, eten/drinken of medicatie) bij een in-of uitwonende. Als respondenten bevestigden dat ze in de afgelopen tijd onbetaalde hulp met huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging verleend hadden, werd de intensiteit van de hulp gerapporteerd in uren per week. Respondenten die ten minste één type zorg hebben verleend aan minstens één sociale relatie zijn gedefinieerd als een mantelzorger (0 = nee, 1 = ja). Daarnaast is er een categoriale variabele geconstrueerd die de intensiteit van mantelzorg aangeeft op basis van de uren per week¹: 0 = geen zorg, 1 = midden (20 uur of minder per week) en 2 = hoog (meer dan 20 uur per week).

Betaald werk. Vragen over werk werden face-to-face gesteld in het hoofdgesprek. Respondenten konden antwoorden of ze wel of geen betaalde baan hadden (0 = nee, 1 = ja) en hoeveel uur per week zij werkten volgens contract. Hierna is de volgende verdeling gemaakt¹: 0 = niet-werkzaam, 1 = parttime (minder dan 24 uur per week) en 2 = fulltime (24 uur per week en meer).

Vrijwilligerswerk. Respondenten werd gevraagd of zij actief waren in bestuursraden (bijvoorbeeld voorzitter of penningmeester) en/of andere taken bij een vereniging vervulden (zoals koffiezetten of het organiseren van wedstrijden) (0 = nee, 1 = ja). Een aanvullende vraag werd gesteld over de intensiteit van vrijwilligerswerk. Op basis van deze informatie is de volgende variabele gemaakt¹: 0 = geen vrijwilligerswerk, 1 = midden (20 uur of minder per week) en 2 = hoog (meer dan 20 uur per week).

Combinatie van rollen. Deelnemers werden gecategoriseerd in een van de vijf rollencombinaties op basis van de rollen die ze hebben. Respondenten met één rol zijn de referentiecategorie.

Mediërende variabelen

Sociale netwerkvang. Deelnemers werd gevraagd om de namen van netwerkleiden in zeven relatiedomeinen: binnen het huishouden, kinderen en partners, andere familieleden, burens, collega's van werk/vrijwilligerswerk of school, leden van organisaties (bijvoorbeeld sportclubs, kerk of politieke partijen) en overige bekenden te vermelden met wie ze vaak contact hebben en die ook belangrijk voor hen zijn (Van Tilburg, 1998). Alleen mensen ouder dan 18 konden worden genoemd. De grootte van het netwerk werd berekend, variërend van minimaal 0 tot maximaal 80 personen.

Ervaren regie werd gemeten met de *Pearlin Mastery Scale* (Pearlin & Schooler, 1978) bestaande uit vijf items zoals: 'Ik heb weinig controle over dingen die me overkomen' (Cronbach's $\alpha = 0,77$). De vragen konden op een 5-puntsschaal worden beantwoord (1 = helemaal mee oneens, 5 = zeer mee eens). Respondenten konden een score behalen van 5 tot 25. Een hogere score betekent een sterker gevoel van regie.

Controlevariabelen

Uit eerder onderzoek weten we dat sociaaleconomische status, functionele beperking, partnerstatus, geslacht en leeftijd de invloed van meerdere rollen op de aanwezigheid van depressieve symptomen beïnvloeden (Baker e.a., 2005; Lee & Powers, 2002). Daarnaast kan er sprake zijn van een selectie-effect waarbij ouderen met een goede gezondheid beter in staat zijn om meerdere rollen te (blijven) vervullen. Eerder onderzoek stelde bijvoorbeeld een associatie vast tussen een slechte gezondheid en stoppen met werken onder 50-plussers (Van den Berg, Schuring, Avendano, Mackenbach, Burdorf, 2010). Ook zouden functionele beperkingen ervoor kunnen zorgen dat ouderen niet actief kunnen blijven als vrijwilliger. Het is daarom belangrijk dat er gecontroleerd wordt voor functionele capaciteit. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met leeftijd, omdat de kans op functionele beperkingen toeneemt naarmate men ouder wordt. Ook zijn ouderen na een bepaalde leeftijd niet meer actief op de arbeidsmarkt. Daarom worden deze vijf factoren als controlevariabelen aan de analyse toegevoegd.

In deze studie wordt het opleidingsniveau als indicator genomen van de sociaaleconomische status. Het opleidingsniveau werd vastgesteld op basis van het hoogste opleidingsniveau dat de respondent heeft gevolgd, gemeten in het aantal nominale jaren dat nodig is om een opleidingsniveau te voltooien (variërend van 5 = basisschool niet voltooid tot 18 = universitair onderwijs). Functionele beperking is gebaseerd op zes vragen over activiteiten in het dagelijks leven, gebaseerd op Katz e.a. (1963) zoals: 'Kunt u de trap op en af lopen?'. Deelnemers konden antwoorden op een 5-puntschaal (1 = helemaal niet tot 5 = zonder problemen). De items over functionele capaciteit werden vervolgens omgepoold en opgeteld tot een schaal variërend van 6 (laag) tot 30 (hoog) om de mate van functionele beperking vast te stellen. Een hogere score staat voor meer functionele beperkingen. Andere variabelen waren de partnerstatus (0 = geen partner, 1 = partner), geslacht (0 = man, 1 = vrouw) en leeftijd (variërend tussen 54 en 98 jaar oud).

Procedure

Allereerst werden mogelijke verschillen tussen rolcombinaties (werkende mantelzorgers, werkende vrijwilligers, mantelzorgers die vrijwilligerswerk doen en mensen met alle drie de rollen) op verschillende aspecten onderzocht op basis van *one-way* ANOVA's en Chi-kwadraattoetsen. Daarna

werden Bonferroni-post-hoc-vergelijkingen gebruikt om te bepalen welke groepen van elkaar verschillen op kenmerken van de respondent.

Ten tweede werd een meervoudige OLS lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te testen of de aanwezigheid van depressieve symptomen gerelateerd kan worden aan het hebben van meerdere rollen versus één rol. Daarbij wordt gecontroleerd voor de waarnemingen (dummy voor elke wave) om te corrigeren voor het feit dat sommige respondenten in meerdere waarnemingen voorkomen. Model 1 testte de associatie tussen meerdere rollen in mantelzorg, werk en vrijwilligerswerk en depressieve symptomen in vergelijking met het hebben van één rol (H1a, H1b). In Model 2 zijn de rollen gesplitst in de verschillende rolcombinaties versus één rol om te bepalen welke rolcombinatie het sterkst samenhangt met de aanwezigheid van depressieve symptomen (H2a, H2b). Model 3 analyseert of er een verschil in de aanwezigheid van depressieve symptomen is op basis van de intensiteit van de rollen door dummy-variabelen toe te voegen voor intensiteit (bijvoorbeeld midden en hoog) van mantelzorg, werk en vrijwilligerswerk. Dit geeft aan of rolintensiteit (een deel van) de samenhang tussen rolcombinaties en de aanwezigheid van depressieve symptomen verklaart (H3a, H3b). In Model 4 worden de mediatievariabelen toegevoegd om te bepalen of ervaren regie en sociale netwerkcomvang verband houden met depressieve symptomen. In alle modellen worden de controlevariabelen meegenomen, omdat ze mogelijk de relatie tussen rolcombinaties en de aanwezigheid van depressieve symptomen beïnvloeden.

Ten derde zijn Baron en Kenny's (1986) stappen voor mediatie gevolgd om te testen of ervaren regie en netwerkcomvang de relatie tussen rolcombinaties of rolintensiteit en de aanwezigheid van depressieve symptomen verklaren (H4). Deze methode bestaat uit drie stappen; de eerste stap stelt het directe effect van rolcombinaties en rolintensiteiten op depressieve symptomen vast. De tweede stap analyseert het effect van rolcombinaties en rolintensiteiten op de mate van ervaren regie en sociale netwerkcomvang, om vast te stellen of deze samenhangen met de mediatorvariabelen. Dit is een vereiste om een mediatie-effect vast te kunnen stellen. De laatste stap stelt het effect van rolcombinaties of rolintensiteiten en de mediatorvariabelen op depressieve symptomen vast. Er werden dus drie regressieanalyses uitgevoerd, die elk vaststellen of rolcombinaties of rolintensiteit gerelateerd zijn aan de aanwezigheid van depressieve symptomen, terwijl er gecontroleerd wordt voor ervaren regie en netwerkcomvang. Ook hier wordt in elke analyse gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, partnerstatus, functionele beperkingen en de dummy's

voor de waves, om te corrigeren voor meerdere waarnemingen van de respondenten. Als alle coëfficiënten significant zijn en als het directe effect kleiner of niet-significant wordt wanneer de mediator aan het model wordt toegevoegd, wordt een Sobel-test (Sobel, 1982) uitgevoerd om te testen of het mediatie-effect significant is. Voor de Sobel-test worden het indirecte effect (de vermenigvuldiging van de relatie tussen rolcombinaties of rolintensiteit en de mediator en de relatie tussen de mediator en depressieve symptomen) en de bijbehorende standaard error berekend. Daarna wordt getoetst of de sterkte van de relatie tussen rolcombinaties of rolintensiteit en depressieve symptomen, gecontroleerd voor de mediator, significant afwijkt van de sterkte van de relatie tussen rolcombinaties of rolintensiteit en depressieve symptomen.

Resultaten

Beschrijving naar rolcombinatie

Van alle ouderen met minimaal één rol, verricht ongeveer een derde (35 procent) meerdere rollen, waarbij vrijwilligerswerk en betaald werk de meest voorkomende rolcombinatie is (13 procent), gevolgd door vrijwilligerswerk en mantelzorg (12 procent), mantelzorg en betaald werk (5 procent) en alle drie de rollen (5 procent). Ongeveer 36 procent doet alleen vrijwilligerswerk, 15 procent geeft alleen mantelzorg en 15 procent doet alleen betaald werk. De beschrijvende statistieken per rolcombinatie zijn weergegeven in tabel 1. Hieronder worden op basis van de post-hoc testen de belangrijkste significante verschillen tussen de groepen die één rol hebben of meerdere rollen combineren uiteengezet. Ouderen die alleen mantelzorg geven doen dit gemiddeld bijna 15 uur per week. Dit is meer dan ouderen die mantelzorg combineren met een of meerdere andere rollen. Zij ervaren gemiddeld de meeste depressieve symptomen, de minste regie, hebben het kleinste sociale netwerk, zijn gemiddeld het oudste en kennen de meeste functionele beperkingen ten opzichte van andere rollen en rolcombinaties. Ouderen die alleen vrijwilligerswerk doen, doen dit gemiddeld viereneenhalf uur per week. Zij ervaren minder regie dan ouderen die vrijwilligerswerk en betaald werk combineren of alleen betaald werk doen. Ook hebben zij een kleiner sociaal netwerk dan ouderen met vrijwilligerswerk en betaald werk en ouderen die alle drie de rollen vervullen. Gemiddeld zijn zij ouder dan ouderen met betaald werk, ouderen met betaald werk en mantelzorg, ouderen met vrijwilligerswerk en betaald werk en ouderen met alle drie de rollen.

Ook kennen zij relatief veel functionele beperkingen. Ouderen die alleen betaald werk doen werken gemiddeld 29 uur per week. Dit is meer dan in alle andere groepen. Zij ervaren gemiddeld weinig depressieve symptomen, relatief veel regie, maar hebben een kleiner sociaal netwerk dan ouderen die vrijwilligerswerk en betaald werk, mantelzorg en vrijwilligerswerk of alle drie de rollen combineren.

Werkende mantelzorgers ervaren relatief veel depressieve symptomen. Gemiddeld geven zij 11 uur mantelzorg en werken zij 10 uur per week. Deze groep bestaat voor meer dan de helft uit vrouwen, is relatief jong (gemiddeld 63 jaar) en heeft een relatief klein sociaal netwerk. De groep werkende vrijwilligers is overwegend mannelijk, relatief jong (gemiddeld 63 jaar) en het hoogst opgeleid. Zij doen gemiddeld minder dan vier uur per week vrijwilligerswerk in combinatie met gemiddeld 29 uur betaald werk. Ze ervaren de minste depressieve symptomen, relatief veel regie over het leven, hebben een relatief groot netwerk en de meerderheid heeft een partner. Werkende vrijwilligers ervaren minder depressieve symptomen dan mensen die alleen mantelzorg geven, alleen vrijwilligerswerk doen of mantelzorg en vrijwilligerswerk combineren. Ook hebben zij een sterker gevoel van regie dan de mensen die mantelzorg en vrijwilligerswerk combineren. Mantelzorgers die vrijwilligerswerk doen geven per week gemiddeld ongeveer negen uur mantelzorg in combinatie met gemiddeld vier uur vrijwilligerswerk. Zij hebben relatief weinig gevoel van regie en zijn relatief ouder dan degenen die alleen een betaalde baan hebben, mantelzorg en een betaalde baan combineren, vrijwilligerswerk en een betaalde baan combineren of alle drie de rollen vervullen. Ook hebben zij een kleiner netwerk dan mensen met alle drie de rollen. Zij zijn lager opgeleid en kennen meer functionele beperkingen dan mensen met alleen betaald werk, vrijwilligerswerk en betaald werk en mensen met drie rollen. Ongeveer de helft van degenen met alle drie de rollen is vrouw en zij zijn relatief jong. Gemiddeld geven zij per week zeven uur mantelzorg, doen zij vier uur vrijwilligerswerk en tien uur betaald werk. Ze hebben gemiddeld het grootste sociale netwerk en de minste functionele beperkingen.

De resultaten laten zien dat werkende vrijwilligers en ouderen met enkel een betaalde baan de gunstigste omstandigheden hebben; zij ervaren de minste depressieve symptomen en hebben een sterk gevoel van regie, terwijl ouderen die alleen mantelzorg geven of mantelzorg combineren met vrijwilligerswerk de minst gunstige omstandigheden lijken te hebben; zij ervaren relatief veel depressieve symptomen, weinig regie en kennen functionele beperkingen.

Tabel 1 Beschrijving van de analytische steekproef per rolcombinatie

	Totaal		Mantelzorg		Betaald		Mantelzorg en betaald		Vrijwilligerswerk en betaald werk		Mantelzorg en vrijwilligerswerk		Mantelzorg, vrijwilligerswerk en betaald werk		Teststatistiek (χ^2/F)	Post-hoc ^a
	(N = 3189)	(N = 465)	0	1	2	3	4	5	6	(N = 1158)	(N = 467)	(N = 145)	(N = 380)	(N = 428)		
Rolcombinaties	35	15	36	13	15	5	13	12	5							
Uren mantelzorg ^b	4,2 (13,1)	14,8 (24,2)	0	0	0	11 (20,1)	0	9,1 (15,2)	7,1 (9,1)						127,7***	0>1,2,3,4,5,6; 3,5,6>1,2,4;
Uren vrijwilligerswerk ^b	2,8 (5,2)	0	4,5 (6,2)	0	0	0	3,6 (4,2)	4,3 (6,2)	4 (6,3)						94,9***	1,4,5,6>0,2,3
Uren betaald werk ^b	8,6 (12,8)	0	0	0	28,9 (4,3)	10,3 (7,7)	28,6 (4)	0	10,3 (2,1)						594,5***	2>0,1,3,5,6; 3>0,1,5;
Depressieve symptomen	6,3 (6,1)	7,8 (7,1)	6,5 (6,2)	6,5 (6,2)	4,9 (4,9)	7,2 (6,2)	4,6 (4,8)	7,0 (6,2)	6,2 (6,1)						4,6**	4>0,1,3,5,6; 6>0,1,5
Ervaren regie	18,3 (3,2)	17,4 (3,7)	18,1 (3)	18,1 (3)	19,1 (3,2)	18,4 (3,2)	19,1 (2,9)	17,8 (3,2)	18,5 (2,8)						17,7**	0-2,4; 4<0,1,5
Netwerkgrootte	19 (10,9)	15,8 (8,8)	18,6 (10,3)	18,6 (10,3)	18 (10,2)	19,9 (10,0)	21,7 (12,6)	20,4 (11,6)	23,9 (12,6)						19,0**	0<1,2,3,4,5,6; 1<4,6;
Vrouw	49,7	56,3	52,3	52,3	42,2	61,4	31,8	55,1	50						83,4**	2<4,5,6; 3<6; 5<6
Leeftijd	67,8 (7,6)	71,5 (8,3)	70,5 (7)	70,5 (7)	62,9 (5,6)	62,9 (5,7)	63,4 (5,2)	69,4 (6,7)	62,9 (4,9)						152,6***	0>2,3,4,5,6; 1>2,3,4,6;
Opleiding	10,9 (3,4)	9,7 (3,2)	10,8 (3,4)	10,8 (3,4)	11,5 (3,5)	10,7 (3,2)	12,6 (3,7)	10,4 (2,9)	11,8 (3,1)						32,9**	5>2,3,4,6
Functionele beperkingen	0,9 (1,4)	1,3 (1,7)	1,0 (1,5)	1,0 (1,5)	0,5 (1)	0,5 (0,9)	0,5 (0,9)	0,8 (1,3)	0,4 (0,9)						28,6**	0<1,2,3,4,6; 1<2,4,6;
Partner	77,2	75,7	72,3	72,3	79,7	82,1	87,1	76,4	84,2						45,5**	4>0,1,2,3,5; 5<2,4,6

Noot: ^a = $p < 0,05$, ^{**} = $p < 0,01$. Gemiddelden (standaard devianties). ^b In de post-hoc test kolom zijn de groepen vermeld die significant van elkaar verschillen. ^c Uren per week.

OLS lineaire regressieanalyse

De resultaten van regressiemodel 1 (tabel 2) laten zien dat het hebben van meerdere rollen negatief samenhangt met depressieve symptomen in vergelijking met het hebben van maar één rol ($B = -1,24, p < 0,05$). Dit ondersteunt het rolverrijkingperspectief (H1b) en niet het rolconflictperspectief (H1a). Wanneer verschillende rolcombinaties worden onderzocht in model 2, zien we dat werkende vrijwilligers minder depressieve symptomen ervaren dan mensen met één rol ($B = -1,16, p < 0,05$), maar er wordt geen verband gevonden voor de andere rolcombinaties. H2a veronderstelde een sterkere relatie met welbevinden in de combinatie van werk en mantelzorg, maar wordt dus niet ondersteund, evenals H2b die veronderstelde dat er geen verschil was tussen de rolcombinaties in verband met gezondheid. De combinatie van werk en vrijwilligerswerk kan als enige als verrijkend worden gezien.

Wanneer de rolintensiteit wordt toegevoegd in model 3, verdwijnt de associatie tussen rolcombinaties en depressieve symptomen volledig. Parttime en fulltime werken vermindert depressieve symptomen boven niet werken ($B_{parttime} = -1,68, p < 0,01$; $B_{fulltime} = -1,68, p < 0,01$). De intensiteit van vrijwilligerswerk hangt niet samen met depressieve symptomen. Mensen die intensieve mantelzorg geven (meer dan 20 uur per week) ervaren meer depressieve symptomen dan mensen met die geen mantelzorg verlenen ($B = 2,25, p < 0,05$). Dus, H3a waarin we verwachtten dat depressieve symptomen toenemen wanneer de rolintensiteit toeneemt, wordt alleen geaccepteerd voor mantelzorg en niet voor vrijwilligerswerk en betaald werk. Ook kan H3b waarin een plafond-effect werd verwacht niet geaccepteerd worden, omdat zowel de midden- als hoge intensiteit van werk gerelateerd zijn aan minder depressieve symptomen (en niet alleen de midden-intensiteit). Er bestaat geen samenhang tussen de intensiteit van vrijwilligerswerk en depressieve symptomen, en, anders dan H3b veronderstelt, bestaat er alleen een sterk verband met depressieve symptomen voor intensieve mantelzorg en niet voor licht-intensieve mantelzorg.

Om een eerste inzicht te geven in de invloed van de mediërende variabelen op depressieve symptomen (wat een vereiste is voor het aanwezig kunnen zijn van een mediatie-effect) worden ervaren regie en sociale netwerkvang toegevoegd aan model 4. De negatieve invloed van een parttime en fulltime baan wordt minder sterk, maar blijven significant ($B_{parttime} = -1,55, p < 0,01$; $B_{fulltime} = -1,26, p < 0,05$). De relatie met intensieve mantelzorg vermindert tot niet-significant ($B = 1,50, p = 0,08$).

Tabel 2 Resultaten van OLS regressieanalyse van depressieve symptomen op meerdere rollen, gecontroleerd voor rolintensiteit, ervaren regie, netwerk grootte, partnerstatus, functionele beperkingen en demografische kenmerken (N = 3189)

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
Eén rol		Ref			Ref			Ref			Ref	
Meerdere rollen	-1,24*	0,41	-0,09									
Mantelzorg & vrijwilligerswerk				0,70	0,51	0,04	0,20	0,53	0,01	0,10	0,49	0,01
Mantelzorg & betaald werk				0,63	0,83	0,02	1,50	0,92	0,05	1,30	0,86	0,04
Vrijwilligerswerk & betaald werk				-1,16*	0,56	-0,06	-0,04	0,66	0,00	-0,10	0,61	-0,01
Mantelzorg, vrijwilligerswerk & betaald werk				0,22	0,83	0,01	1,18	0,92	0,04	0,90	0,86	0,03
Geen baan								Ref			Ref	
Parttime baan							-1,68**	0,62	-0,10	-1,55**	0,57	-0,09
Fulltime baan							-1,68**	0,64	-0,10	-1,26*	0,60	-0,08
Geen vrijwilligerswerk								Ref			Ref	
Licht-intensief vrijwilligerswerk							-0,64	0,62	-0,03	-0,20	0,57	-0,01
Intensief vrijwilligerswerk							0,28	1,31	0,01	0,75	1,21	0,02
Geen mantelzorg								Ref			Ref	
Licht-intensieve mantelzorg							0,21	0,64	0,01	0,16	0,60	0,01
Intensieve mantelzorg							2,25*	0,92	0,07	1,50	0,86	0,04
Ervaren regie										-0,73**	0,05	-0,36
Netwerk grootte										-0,03*	0,02	-0,05
Leef tijd										-0,16**	0,03	-0,19
Vrouw										0,63	0,37	0,04
Opleiding										0,06	0,05	0,04
Partner										-0,12*	0,05	-0,02
										-0,24	0,43	-0,21
										-3,65**	0,41	-0,21

Tabel 2 (Continued)

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
Functionele beperkingen	1,19**	0,13	0,25	1,22**	0,13	0,26	1,20**	0,13	0,25	0,74**	0,13	0,16
2005-2006		Ref			Ref			Ref			Ref	
2008-2009	0,28	0,46	0,02	0,31	0,47	0,02	0,41	0,47	0,03	0,40	0,43	0,03
2011-2012	-0,12	0,50	-0,01	-0,05	0,51	0,00	0,02	0,51	0,00	0,19	0,47	0,01
2012	0,11	0,50	0,01	-0,08	0,49	-0,01	0,21	0,50	0,01	0,41	0,47	0,03
Intercept	19,5	2,4		17,81	2,31		19,73	2,40		33,49	2,43	
Adjusted R-square	0,15			0,15			0,15			0,27		
F-Change	24,91**			18,56**			2,83*			100,17**		

Noot: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$

Tot slot kan geconcludeerd worden dat intensiteit belangrijker is dan de rolcombinaties op zichzelf. Het uiteindelijke model verklaart 27 procent van de totale variantie, die grotendeels te danken is aan de toevoeging van ervaren regie. Over het algemeen suggereren de resultaten dat betaald werk samenhangt met minder depressieve symptomen, terwijl het geven van intensieve mantelzorg nadelig is voor de psychische gezondheid, vooral in combinatie met andere intensieve rollen.

Mediatie in de relatie tussen rolcombinaties of rolintensiteiten en depressieve symptomen

In de regressieanalyse werd het combineren van vrijwilligerswerk met betaald werk gerelateerd aan minder depressieve symptomen en stond intensieve mantelzorg in relatie met meer depressieve symptomen. Om deze bevindingen grondiger te belichten, onderzoeken we of ervaren regie en netwerkvang de relatie tussen deze rolcombinatie, rolintensiteiten en depressieve symptomen mediëren aan de hand van Baron en Kenny's (1986) stappen voor mediatie (zie tabel 3 tot en met 9). Uit de eerste stap blijkt dat vrijwilligerswerk in combinatie met betaald werk negatief samenhangt met depressieve symptomen ($B = -1,05, p < 0,05$). Uit de tweede stap blijkt echter dat deze rolcombinatie niet gerelateerd is aan de mate van ervaren regie ($B = 0,18, p = 0,30$). Hierdoor kan ervaren regie de relatie tussen vrijwilligerswerk en betaald werk en depressieve symptomen niet verklaren en is mediatie niet verder onderzocht. Het combineren van vrijwilligerswerk en betaald werk heeft daarentegen wel een positieve associatie met de grootte van het sociale netwerk ($B = 1,94, p < 0,01$). Als in de laatste stap netwerkgrootte wordt toegevoegd als mediatorvariabele verandert de relatie tussen vrijwilligerswerk en betaald werk en depressieve symptomen vrijwel niet ($B = -1,04, p < 0,05$). Uit de Sobel-test blijkt ook dat er geen significant mediatie-effect bestaat ($B = -1,99, p = 0,06$). Dezelfde stappen zijn herhaald voor parttime werk en vervolgens voor fulltime werk. Hieruit blijkt dat een parttime baan negatief samenhangt met depressieve symptomen ($B = -1,15, p < 0,05$), maar niet gerelateerd is aan ervaren regie of netwerkgrootte. Mediatie is daarom niet mogelijk en werd niet verder onderzocht. Fulltime werk hangt negatief samen met depressieve symptomen ($B = -1,26, p < 0,05$), positief met ervaren regie ($B = 0,54, p < 0,01$) maar niet met netwerkgrootte. Als in de volgende stap ervaren regie wordt toegevoegd als mediatorvariabele, blijkt dat de associatie tussen fulltime werk en depressieve symptomen verdwijnt ($B = -0,93, p = 0,09$). Ook de Sobel-test toont aan dat ervaren

Tabel 3 Resultaten van OLS regressieanalyse van depressieve symptomen, ervaren regie en netwerkgroote op de combinatie van vrijwilligerswerk en betaald werk

	Depressieve symptomen			Ervaren regie			Netwerkgroote		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
Vrijwilligerswerk en betaald werk	-1,05*	0,52	-0,06	0,18	0,17	0,02	1,94**	0,59	0,06
Intercept	17,23	2,18		19,33	0,71		12,11	2,46	
Adjusted R-square	0,15			0,14			0,08		
F-Change	33,19**			56,15**			32,83**		

Noot: Er zijn drie aparte regressieanalyses uitgevoerd, waarbij gecontroleerd is voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, partnerstatus, functionele beperkingen en waves. De regressiecoëfficiënten van de controlevariabelen zijn echter niet opgenomen in de tabellen. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Tabel 4 Resultaten van OLS regressieanalyse van depressieve symptomen op vrijwilligerswerk en betaald werk en de mediatorvariabele netwerkgroote

	Depressieve symptomen		
	B	SE	β
Vrijwilligerswerk en betaald werk	-1,04*	0,52	-0,06
Netwerkgroote	-0,05**	0,02	-0,08
Intercept	17,72	2,18	
Adjusted R-square	0,16		
F-Change	30,34**		

Noot: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Tabel 5 Resultaten van OLS regressieanalyse van depressieve symptomen, ervaren regie en netwerkgrootheid op parttime werk

	Depressieve symptomen			Ervaren regie			Netwerkgrootheid		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
Parttime werk	-1,15*	0,45	-0,07	-0,11	0,15	0,01	0,95	0,51	0,03
Intercept	6,53	0,20		19,48	0,71		12,73	2,45	
Adjusted R-square	0,00			0,14			0,08		
F-Change	6,41*			56,09**			31,95**		

Noot: Er zijn drie aparte regressieanalyses uitgevoerd, waarbij gecontroleerd is voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, partnerstatus, functionele beperkingen en waves. De regressiecoëfficiënten van de controlevariabelen zijn echter niet opgenomen in de tabellen. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Tabel 6 Resultaten van OLS regressieanalyse van depressieve symptomen, ervaren regie en netwerkgrootheid op fulltime werk

	Depressieve symptomen			Ervaren regie			Netwerkgrootheid		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
Fulltime werk	-1,26*	0,61	-0,06	0,54**	0,16	0,07	-0,58	0,54	-0,02
Intercept	14,77	2,26		18,75	0,73		23,31	2,33	
Adjusted R-square	0,10			0,14			0,06		
F-Change	27,79**			57,50**			43,71**		

Noot: Er zijn drie aparte regressieanalyses uitgevoerd, waarbij gecontroleerd is voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, partnerstatus, functionele beperkingen en waves. De regressiecoëfficiënten van de controlevariabelen zijn echter niet opgenomen in de tabellen. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

Tabel 7 Resultaten van OLS regressieanalyse van depressieve symptomen op fulltime werk en mediatorvariabele ervaren regie

	Depressieve symptomen	
	B	SE
Fulltime werk	-0,93	0,55
Ervaren regie	-0,72**	0,05
Intercept	32,15	2,30
Adjusted R-square	0,27	
F-Change	59,07**	

Noot: Er is alleen een regressieanalyse gedaan met ervaren regie gecontroleerd voor fulltime werk op depressieve symptomen. Er was geen effect van fulltime werk op netwerkgroote, dus kan er geen sprake zijn van een mediatie-effect.
* = p<0,05, ** = p<0,01.

Tabel 8 Resultaten van OLS regressieanalyse van depressieve symptomen, ervaren regie en netwerkgroote op intensieve mantelzorg

	Depressieve symptomen		Ervaren regie		Netwerkgroote	
	B	SE	B	SE	B	SE
Intensieve mantelzorg	3,10**	1,02	-1,11**	0,28	-1,55	0,99
Intercept	16,54	2,15	19,44	0,70	13,20	2,43
Adjusted R-square	0,16		0,14		0,08	
F-Change	34,05**		57,90**		31,83**	

Noot: Er zijn drie aparte regressieanalyses uitgevoerd, waarbij gecontroleerd is voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, partnerstatus, functionele beperkingen en waves. De regressiecoëfficiënten van de controlevariabelen zijn echter niet opgenomen in de tabellen. * = p<0,05, ** = p<0,01.

Tabel 9 Resultaten van OLS regressieanalyse van depressieve symptomen op intensieve mantelzorg en mediatorvariabele ervaren regie

	Depressieve symptomen		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β
Intensieve mantelzorg	1,69	0,97	0,04
Ervaren regie	-0,79**	0,05	-0,41
Intercept	30,75	2,29	
Adjusted R-square	0,25		
F-Change	60,47**		

Noot: Er is alleen een regressieanalyse gedaan met ervaren regie gecontroleerd voor intensieve mantelzorg op depressieve symptomen. Er was geen effect van intensieve mantelzorg op netwerk grootte, dus kan er geen sprake zijn van een mediatie-effect. * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

regie de relatie tussen fulltime werk en depressieve symptomen volledig verklaart ($B = 2,04, p < 0,05$). Ten slotte is het verlenen van intensieve mantelzorg de enige rol die bijdraagt aan meer depressieve symptomen ($B = 3,10, p < 0,01$). Ook is het geven van intensieve mantelzorg gerelateerd aan minder ervaren regie ($B = -1,11, p < 0,01$) maar hangt niet samen met netwerk grootte ($B = -1,55, p = 0,12$). Als in de volgende stap ervaren regie wordt toegevoegd als mediatorvariabele, verdwijnt de associatie tussen intensieve mantelzorg en depressieve symptomen ($B = 1,69, p = 0,08$). Uit de Sobel-test blijkt dat ervaren regie de relatie tussen intensieve mantelzorg en depressieve symptomen volledig verklaart ($B = -2,98, p < 0,01$). Ervaren regie medieert dus zowel de relatie tussen fulltime werk en depressieve symptomen als de relatie tussen intensieve mantelzorg en depressieve symptomen. Intensieve mantelzorg leidt tot een afname van ervaren regie, waardoor meer depressieve symptomen worden ervaren. Sociale netwerk grootte medieert geen van de relaties. H4 wordt dus slechts gedeeltelijk geaccepteerd.

Discussie

Het doel van deze studie was om de invloed van meerdere rollen in betaald werk, mantelzorg en vrijwilligerswerk op het welbevinden bij ouderen in Nederland in kaart te brengen, en vast te stellen of de rolintensiteit belangrijker is dan de rolcombinatie. De resultaten toonden aan dat meerdere rollen (in vergelijking met één rol) verrijkend zijn voor het welbevinden (H1b), maar dat dit alleen geldt voor de combinatie van betaald werk en vrijwilligerswerk, en niet voor alle rolcombinaties (H2a, H2b). Wanneer de rolintensiteit werd opgenomen (H3), bleek van belang welke rol men vervult: zowel parttime als fulltime werken hangt negatief samen met depressieve

symptomen, terwijl intensieve mantelzorg positief samenhangt met depressieve symptomen. De mate van ervaren regie over het leven kan de negatieve associatie tussen fulltime werk en depressieve symptomen en de positieve associatie tussen intensieve mantelzorg en depressieve symptomen verklaren, maar de grootte van het sociale netwerk heeft geen mediërende rol (H4).

De bevindingen geven dus geen ondersteuning voor het rolconflictperspectief (meerdere rollen verminderen welzijn) en slechts beperkt bewijs dat het rolverrijkingperspectief ondersteunt (alleen de combinatie van betaald werk en vrijwilligerswerk wel, de andere combinaties niet). Dit komt overeen met bevindingen van Rozario e.a. (2004), die geen duidelijke ondersteuning vonden voor het rolconflict- of rolverrijkingperspectief, maar gaat weer in tegen evidentie dat het vervullen van meerdere rollen meer bijdraagt aan welbevinden dan het vervullen van één rol (Lee & Powers, 2002). De inconsistente bevindingen kunnen worden verklaard door de schijnrelatie tussen meerdere rollen en depressieve symptomen. Het is niet de rolcombinatie op zichzelf die het welzijn beïnvloedt, want de rolintensiteit is belangrijker. Onze bevindingen suggereren dat het combineren van meerdere rollen kan bijdragen aan het welzijn, zolang de intensiteit niet te hoog is en er geen rollen worden gecombineerd met een sterk verplichtend karakter. Vrijwilligerswerk heeft immers een minder verplichtend karakter dan betaald werk en mantelzorg. Wanneer vrijwilligerswerk te belastend wordt kan men stoppen, terwijl stoppen vaak geen optie is bij het bieden van intensieve mantelzorg omdat er geen alternatief is, en men ook niet zomaar minder uren kan gaan werken vanwege de economische gevolgen. De relatie tussen rolcombinaties en het welzijn is dus genuanceerder dan eerder beschreven werd. Onderzoek naar rolcombinaties en welzijn zou dan ook de intensiteit van specifieke rolcombinaties moeten onderscheiden. Dit zou meer inzicht geven in wanneer er nu precies sprake is van rolverrijking dan wel rolconflict.

Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen. Ten eerste, vanwege het kleine aantal respondenten in sommige van de rolcombinaties, zijn respondenten van verschillende waarnemingen samengevoegd, waardoor de waarnemingen niet volledig onafhankelijk zijn. In de analyses zijn dummy's opgenomen voor de waarnemingen, om overschatting van de invloed van kenmerken van respondenten met meerdere waarnemingen te voorkomen. Herhaling van dit onderzoek met grotere aantallen respondenten in de verschillende rollen verdient aanbeveling om de conclusies te onderbouwen. Ten tweede omvat dit onderzoek geen experimenteel ontwerp of longitudinale analyse, waardoor de relatie tussen rolcombinatie

of rolintensiteit en de aanwezigheid van depressieve symptomen niet als eenzijdig geïnterpreteerd kan worden. De hier beschreven relaties vertegenwoordigen associaties en geen causale verbanden. Ook kan er sprake zijn van selectie-effecten die niet ondervangen worden in onze analyses. De negatieve associatie tussen betaald werk en depressieve symptomen kan bijvoorbeeld het resultaat zijn van het feit dat ouderen met een goede fysieke of mentale gezondheid beter in staat zijn om actief te blijven op de arbeidsmarkt. Mensen die depressieve symptomen of functionele beperkingen ervaren, zullen eerder op jongere leeftijd met pensioen gaan dan mensen in goede gezondheid (Karpansalo e.a., 2005). Ook kunnen we op basis van deze studie geen causale verbanden aantonen tussen ervaren regie en depressieve symptomen, of tussen netwerk grootte en depressieve symptomen. Het zou immers kunnen zijn dat er ook een omgekeerd verband bestaat, waarbij mensen die veel depressieve symptomen ervaren hierdoor minder regie over het leven ervaren of minder in staat zijn om sociale contacten te onderhouden, waardoor zij een kleiner netwerk hebben. Toekomstig onderzoek zou daarom longitudinale analyses over meerdere meetmomenten kunnen uitvoeren om de causaliteit tussen rolcombinaties, rolintensiteit, psychische en sociale hulpbronnen en welbevinden beter te kunnen vaststellen.

De resultaten hebben enkele maatschappelijke implicaties. Over het algemeen laten de resultaten geen negatieve invloed zien van het combineren van meerdere rollen op de psychische gezondheid. Dit betekent dat het groeiende appèl op burgers om te participeren in meerdere sociale domeinen niet per definitie belastend is en zelfs kan bijdragen aan het welbevinden van ouderen, mits de intensiteit per rol niet te hoog is. Dit is vooral cruciaal wanneer mensen mantelzorg combineren met andere rollen. De bevindingen bevestigen het belang van ondersteuning voor intensieve mantelzorgers. Het verminderen van uren mantelzorg door, bijvoorbeeld, respijtzorg (het tijdelijk overdragen van zorgtaken aan anderen) kan hun welzijn verbeteren. Respijtzorg is doorgaans echter een incidentele en niet een structurele verlichting van de zorglast van mantelzorgers. Een meer structurele verlichting van de zorgtaak kan gelegen zijn in het vergroten van de inzet van het sociaal netwerk, waardoor men minder uren hoeft te zorgen, maar bovenal de steun en waardering van anderen kan ervaren, hetgeen ook positief kan uitwerken op het welzijn (Tolkacheva, Broese van Groenou, de Boer, & Van Tilburg, 2011). Gemeenten en lokale wijkteams kunnen hierbij behulpzaam zijn en meedenken over de vraag hoe andere mantelzorgers en vrijwilligers gemobiliseerd zouden kunnen worden. Ook werkgevers kunnen een rol spelen in het bevorderen van de

combinatie van betaald werk en mantelzorg, vooral in het geval van intensieve mantelzorg. Het vereist maatwerk om intensieve taken, zoals mantelzorg en een fulltime baan, behapbaar te houden, en positieve aandacht van leidinggevend en werkgevers is hierbij van groot belang gebleken (Broese Van Groenou, Schakel, & Tolkacheva, 2015). Verder toonden we aan dat een sterk gevoel van regie de relatie tussen intensieve mantelzorg en depressieve symptomen volledig verklaarde; afname van ervaren regie door intensieve mantelzorg was gerelateerd aan meer depressieve symptomen. Verschillende organisaties (zoals werkgevers en buurtteams) die zich inzetten voor mantelzorgers zouden daarom cursussen kunnen aanbieden die mantelzorgers leren hoe zij het gevoel van controle kunnen behouden.

Samenvattend: het blijkt nodig om het perspectief over rolcombinaties te nuanceren. Het rolverrijkingperspectief werd alleen ondersteund voor de combinatie betaald werk en vrijwilligerswerk. Het rolconflictperspectief dient verder te worden uitgewerkt inzake combinaties van rolintensiteit en rolkenmerken. De belangrijkste conclusie is dat het combineren van rollen kan bijdragen aan het welbevinden van ouderen, zolang de intensiteit niet te hoog is en men voldoende regie over het leven blijft ervaren. Het sociale netwerk, lokale sociale teams en werkgevers kunnen hier een rol van betekenis in spelen.

Noot

1. De precieze criteria zijn gekozen om voor elke rol ongeveer gelijke groepen qua urendeeling in de drie categorieën te hebben.

Referenties

- Baker, L. A., Cahalin, L. P., Gerst, K., & Burr, J. A. (2005). Productive activities and subjective well-being among older adults: The influence of number of activities and time commitment. *Social Indicators Research*, 73(3), 431-458.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bekkers, R., de Wit, A., Hoolwerf, B., & Boezeman, E. (2015). *Geven van tijd: vrijwilligerswerk*. In: René Bekkers, Theo Schuyt en Barbara Gouwenberg (red.), *Geven in Nederland 2015. Giften, nalatenschappen, sponsoring en vrijwilligerswerk*. Amsterdam: Reed Business Information.
- Borg, C., & Hallberg, I. R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(4), 427-438.
- Broese van Groenou, M., Schakel, S., & Tolkacheva, N. (2015). Werk en mantelzorg. Een risico voor de psychische gezondheid? *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 31(4), 393-410.

- Choi, N. G., Burr, J. A., Mutchler, J. E., & Caro, F. G. (2007). Formal and informal volunteer activity and spousal caregiving among older adults. *Research on Aging*, 29(2), 99-124.
- Cloin, M., & Roeters, A. (2016). Drukke aan de vooravond van de participatiesamenleving: Sociale verschillen en trends in de totale tijd besteede aan betaalde en onbetaalde arbeid in Nederland. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 31(4), 376-392.
- Clyburn, L. D., Stones, M. J., Hadjistavropoulos, T., & Tuokko, H. (2000). Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology Series B*, 55(1), 2-13.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387.
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of economic psychology*, 29(1), 94-122.
- Hoogendijk, E. O., Deeg, D. J., Poppelaars, J., van der Horst, M., Broese van Groenou, M. I., Comijs, H. C., Thomése, F. (2016). The Longitudinal Aging Study Amsterdam: cohort update 2016 and major findings. *European journal of epidemiology*, 31(9), 927-945.
- Kaplan, L., & Boss, P. (1999). Depressive symptoms among spousal caregivers of institutionalized mates with Alzheimer's: Boundary ambiguity and mastery as predictors. *Family Process*, 38(1), 85-103.
- Karpansalo, M., Kauhanen, J., Lakka, T., Manninen, P., Kaplan, G., & Salonen, J. (2005). Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(1), 70-74.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 185(12), 914-919.
- Lee, C., & Powers, J. R. (2002). Number of social roles, health, and well-being in three generations of Australian women. *International journal of behavioral medicine*, 9(3), 195-215.
- Lewig, K. A., Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., & Metzger, J. C. (2007). Burnout and connectedness among Australian volunteers: A test of the Job Demands-Resources model. *Journal of vocational behavior*, 71(3), 429-445.
- Martire, L. M., & Stephens, M. A. P. (2003). Juggling parent care and employment responsibilities: The dilemmas of adult daughter caregivers in the workforce. *Sex Roles*, 48(3), 167-173.
- Matz-Costa, C., Besen, E., Boone James, J., & Pitt-Catsoupes, M. (2012). Differential impact of multiple levels of productive activity engagement on psychological well-being in middle and later life. *The Gerontologist*, 54(2), 277-289.
- Moen, P., Robison, J., & Dempster-McClain, D. (1995). Caregiving and women's well-being: A life course approach. *Journal of health and social behavior*, 36, 259-273.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event: the influence of perceived control. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24(4), 273-280.
- Murphy, B., Schofield, H., Nankervis, J., Bloch, S., Herrman, H., & Singh, B. (1997). Women with multiple roles: The emotional impact of caring for ageing parents. *Ageing & Society*, 17(3), 277-291.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 2-21.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Rozario, P. A., Morrow-Howell, N., & Hinterlong, J. E. (2004). Role enhancement or role strain: Assessing the impact of multiple productive roles on older caregiver well-being. *Research on Aging*, 26(4), 413-428.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological methodology*, 13, 290-312.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American sociological review*, 48, 174-187.

- Tolkacheva, N., Broese van Groenou, M. I., de Boer, A., & van Tilburg, T. (2011). The impact of informal care-giving networks on adult children's care-giver burden. *Ageing & Society*, 31(1), 34-51.
- van Campen, C., de Boer, A. H., & Iedema, J. (2013). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(1), 44-50.
- van den Berg, T., Schuring, M., Avendano, M., Mackenbach, J., & Burdorf, A. (2010). The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 67, 845-852.
- van Tilburg, T. (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(6), 313-323.
- van Tilburg, T., & Thomése, F. (2010). *Societal dynamics in personal networks*. In D. Dannefer & CR Phillipson (Eds.) *The Sage handbook of social gerontology*. London: Sage.
- Verbakeel, C. (2015). Mantelzorgers in Europa. De rol van betaalde arbeid, generositeit van de gezondheidszorg en nationale normen omtrent zorggedrag. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 31(4), 468-489.
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., & Rodgers, B. (2008). Volunteering and psychological well-being among young-old adults: How much is too much? *The Gerontologist*, 48(1), 59-70.
- Yates, M. E., Tennstedt, S., & Chang, B.-H. (1999). Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(1), 12-22.

Over de auteurs

Femmy Bijnsdorp is promovendus bij de afdeling Sociale Geneeskunde aan het VU Medisch Centrum. Haar onderzoek richt zich met name op de ondersteuningsbehoeften van mantelzorgers die de zorg combineren met betaald werk. Dit artikel is gebaseerd op de scriptie die zij schreef voor de Master Sociologie aan de Vrije Universiteit.
E-mail: f.bijnsdorp@vumc.nl

Bianca Suanet is een universitair docent bij de afdeling Sociologie van de Vrije Universiteit en medeverantwoordelijk voor de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Haar onderzoek richt zich op sociale netwerken, eenzaamheid en zorggebruik bij ouderen.
E-mail: b.a.suanet@vu.nl

Marjolein Broese van Groenou is hoogleraar informele zorg bij de afdeling Sociologie van de Vrije Universiteit en medeverantwoordelijk voor de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Haar onderzoek richt zich op sociale netwerken, sociale participatie en informele zorg bij ouderen.
E-mail: m.i.broesevangroenou@vu.nl

