
Heeft de COVID-19 pandemie de zorgsituatie van ouderen veranderd?

Auteurs: Marije Tange, Marjolein I. Broese van Groenou

Samenvatting

Dit onderzoek vergelijkt het geven en het ontvangen van zorg aan huis door ouderen ten tijde van de COVID-19 pandemie in 2020 met een periode ongeveer twee jaar daarvoor. Middels data verzameld op twee waarnemingen van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (N = 1013) wordt onderzocht hoeveel en welke ouderen een verandering rapporteren, en wat de invloed van deze veranderingen is op het psychisch welbevinden. De resultaten tonen dat er weinig is veranderd in de zorgsituatie van ouderen. De overgrote meerderheid geeft op beide metingen geen zorg (73%) of krijgt geen zorg (62%). 7% is zorg aan anderen blijven geven, terwijl 15% daarmee is gestopt en 5% met zorgverlening is gestart. 17% bleef zorg ontvangen, terwijl 15% geen zorg meer kreeg, en 6% voor het eerst zorg ontving. De mantelzorgers bestaan voornamelijk uit vrouwen en jongere ouderen met een goede gezondheid en de zorgontvangers zijn voornamelijk vrouwen en oudere ouderen met een slechtere gezondheid. Het krijgen van zorg heeft een significant negatieve invloed op het psychisch welbevinden, maar het geven van zorg heeft geen effect op welbevinden. De resultaten impliceren dat de pandemie en de maatregelen maar bij een kleine groep invloed hadden op de zorgverlening van en door ouderen.

Did the COVID-19 pandemic change the care situation of older adults?

Abstract

The study examined changes in giving and receiving care by community-dwelling older adults during the COVID-19 pandemic in 2020 compared to a period about two years before. Using data collected in two waves by the Longitudinal Aging Study Amsterdam (N = 1013), we study how many and which older adults report a change in care use and provision and how these changes impact on psychological well-being. The results show that only for a small part of the sample changes occurred. The large majority provides no care (73%) or uses no care (62%) in both waves. 7% stayed a care provider during the pandemic, where 15% quitted care provision and 5% started care provision. 17% remained a care user, where 15% did not receive care anymore and 6% started to use care. The informal carers mainly consisted of women and younger elderly in good health and the care recipients were mainly women and older elderly in poorer health. Using care had a negative impact on psychological well-being, but providing care was not related to wellbeing during the pandemic. The results imply that the pandemic and the measures taken affected the care situation of only a small part of the older adults.

Kernwoorden: COVID-19, depressieve symptomen, langdurige zorg, longitudinaal onderzoek, mantelzorg

Keywords: COVID-19, Depressive symptoms, Informal care, Long-Term Care, Longitudinal study

Inleiding

De COVID-19 pandemie had een grote invloed op het dagelijks leven van menig Nederlander, zo ook op die van ouderen. In maart 2020 kondigde het kabinet de eerste maatregelen af om het virus te bestrijden, zoals de anderhalve meter-regel, thuis blijven bij klachten en het sluiten van verpleeghuizen en dagbesteding.¹ Deze maatregelen kunnen het verlenen van mantelzorg of het ontvangen van zorg aan huis lastiger maken. Gedurende de eerste *lockdown* in het voorjaar van 2020 was

er een vermindering in het aanbod aan professionele zorg aan huis zichtbaar² waardoor ouderen mogelijk verstoken bleven van hulp. Het sluiten van verpleeghuizen maakte dat mantelzorgers hun naasten niet meer konden bezoeken en minder zorg konden verlenen. Het sluiten van voorzieningen voor dagbesteding droeg er juist toe bij dat mantelzorgers meer belast werden met de zorg voor hun naasten in de eigen omgeving. Het ontberen van zorg of het niet meer kunnen geven van mantelzorg kan extra belastend zijn geweest voor de ouderen. Diverse studies hebben in het voorjaar van 2020 bij mantelzorgers² en burgers³ de ervaringen met de COVID-19 pandemie in beeld gebracht. Wat nog ontbreekt is een vergelijking met de periode voorafgaand aan de pandemie. Dit levert meer inzicht in hoe de sociale beperkingen leidden tot veranderingen in de zorgsituatie en het welbevinden van ouderen.

Dit onderzoek heeft tot doel de consequenties van de maatregelen inzake de COVID-19 pandemie voor ouderen op drie aspecten te bezien:

1. het geven van mantelzorg aan naasten,
2. het krijgen van zorg aan huis van mantelzorgers, professionele zorgverleners, en/of particulier betaalde hulp, en
3. het belang van eventuele veranderingen in het geven en krijgen van zorg voor de mate van psychisch welbevinden.

We vergelijken hiertoe de zorgsituatie en het psychisch welbevinden van 60-plussers in 2018/2019 met die tijdens de COVID-19 pandemie in zomer/najaar 2020. In die tijd was de samenleving al weer meer open gegaan, maar respondenten is gevraagd terug te kijken naar de situatie ten tijde van de eerste *lockdown*. Deze informatie verrijkt ons beeld van hoe ingrijpend de pandemie was voor de zorgsituatie van ouderen in Nederland. Daarbij levert het meer zicht op hoe een tijdelijke beperking in professionele zorg (in verpleeghuizen en aan huis) ingrijpt op het geven en krijgen van zorg en op de mate van psychisch welbevinden van ouderen. In het navolgende starten we met een overzicht van beschikbare wetenschappelijke literatuur over zorg en de COVID-19 pandemie, en formuleren daarbij de onderzoeksvragen.

Achtergrond

Mantelzorg en welbevinden

Oudere mantelzorgers geven doorgaans hulp aan een partner of heel oude ouders, die zelfstandig wonen dan wel woonachtig zijn in een zorginstelling.⁴ Tijdens de COVID-19 pandemie blijkt de prevalentie van mantelzorg aan huisgenoten en aan iemand in een zorginstelling vergelijkbaar met eerdere waarnemingen,⁵ dit betrof pre-COVID-19 in beide gevallen een op de vijf volwassenen.⁶ Desgevraagd is ongeveer een zesde van de mantelzorgers minder gaan zorgen tijdens het begin van de crisis en eenzelfde aandeel is meer zorg gaan verlenen.⁵ Meer zorgen hield vaak verband met het wegvallen van hulp die eerder gegeven werd door anderen. Ook Oostenrijks onderzoek laat zien dat het geven van mantelzorg ten tijde van de COVID-19 pandemie slechts voor een kleine groep is veranderd: ongeveer tien procent van de mantelzorgers was gestopt met zorggeven en vijftien procent was gestart met het geven van zorg.⁷ Europees onderzoek laat zien dat in alle landen een deel van de volwassen kinderen meer zorg verleent aan hulpbehoevende ouders dan voor de COVID-19 pandemie.⁸ Nederlands onderzoek wees uit dat mannen het meest constant bleven zorgen tijdens de COVID-19 pandemie, terwijl vrouwen vaker stopten met mantelzorg verlenen, minder zorg gaven of juist vaker zorg gingen geven.⁹ Europees onderzoek bevestigt dat voornamelijk de 'jongere' ouderen en vrouwen zorg verleenden ten tijde van de COVID-19 pandemie,¹⁰ maar dat beeld kennen we ook van pre-COVID-19 tijden.

In het algemeen hebben mantelzorgers een slechtere psychische gezondheid dan niet-zorggevers.¹¹ Tijdens de COVID-19 pandemie verslechterde het psychisch welbevinden van mantelzorgers echter nog meer dan van niet-mantelzorgers.⁷ Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat het merendeel van de mantelzorgers van 50-plussers meer uren zorg verleende door de COVID-19 pandemie,¹² waarmee ook het risico op overbelasting toenam. Tijdens de COVID-19 pandemie rapporteren meer mannen dan vrouwen een toename in intensiteit van zorgen en een lager psychisch welbevinden.⁷

Uit de literatuur rijst het beeld op dat er voor de meerderheid van de mantelzorgende ouderen weinig is veranderd. Wel is er bij sommigen een toename aan zorgintensiteit te signaleren die het psychisch welbevinden negatief kan beïnvloeden.

Zorggebruik en welbevinden

Thuiswonende ouderen kunnen zorg ontvangen van mantelzorgers, professionals (zoals de thuiszorg) en particulier betaalde hulpverleners (vaak een huishoudelijke hulp). Zoals bekend is het aanbod aan professionele zorg verminderd tijdens de eerste *lockdown*: zo waren de zorginstellingen vaak gesloten en ging de dagbesteding niet altijd door.¹³ Ouderen die al voor de pandemie zorg kregen, hadden meer moeite deze zorg te blijven ontvangen.¹⁴ Ruim een derde van de ouderen die publiek betaalde zorg ontving zag een stopzetting of afname van deze zorg.¹⁴ Een longitudinaal onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk toonde een (tijdelijke) reductie in het gebruik van voorzieningen (zoals dagbesteding),¹⁵ hetgeen op zijn beurt weer een negatief effect had op het welzijn van de ouderen.¹⁶

De *lockdown* had ook gevolgen voor het krijgen van informele zorg. Bij een op de vijf ouderen in Europa konden mantelzorgers niet meer langskomen.¹⁷ Brits longitudinaal onderzoek¹⁸ wees op diverse veranderingen in het gebruik van informele hulp: ruim een kwart van de 70-plussers die voor de COVID-19 pandemie geen informele hulp ontving, kreeg dit wel ten tijde van pandemie; bij een vijfde nam de informele hulp toe in intensiteit, bij vier procent nam de intensiteit juist af en bij ongeveer de helft veranderde er niets in de ontvangen informele hulp. Onderzoek in Europese context toonde aan dat door de *lockdowns* de kans op het ontvangen van informele hulp voor ouderen, voornamelijk voor vrouwen, toenam.¹⁰ Deze studies schetsen het beeld dat het ontvangen van informele hulp tijdens de pandemie wat meer lijkt te zijn toegenomen terwijl het gebruik van professionele hulp lijkt te zijn afgenomen of zelfs (tijdelijk) gestopt. We hebben geen onderzoek kunnen vinden naar de relatie tussen zorggebruik en psychisch welbevinden ten tijde van de pandemie.

Doel- en vraagstelling

Door gebruik te maken van twee waarnemingen van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) wil het huidige onderzoek meer inzicht geven in of en hoe de zorgsituatie (het geven en ontvangen van zorg) van 60-plussers in Nederland is veranderd gedurende het eerste jaar van de COVID-19 pandemie (zomer en najaar 2020) ten opzichte van de situatie daarvoor (2018/2019). Daarbij vragen we ook naar de subjectieve beleving van veranderingen in het geven en ontvangen van zorg, alsmede naar de tevredenheid met de ontvangen zorg. Deze subjectieve ervaringen zijn mogelijk belangrijker voor de mate van psychisch welbevinden dan de objectieve veranderingen in het geven en ontvangen van zorg. Tevens bezien we enkele persoonlijke kenmerken van ouderen die van belang zijn voor het geven/ontvangen van zorg (sekse, leeftijd, opleidingsniveau, partnerstatus en gezondheid) om te kijken welke groepen de meeste veranderingen rapporteren. Tot slot wordt in kaart gebracht hoe de objectieve en subjectieve ervaringen van het geven/ontvangen van zorg samenhangen met depressieve symptomen, als indicator van psychisch welbevinden. Hierbij wordt gecontroleerd voor de persoonskenmerken De onderzoeksvragen luiden:

1. Hoe is het geven en ontvangen van zorg door ouderen veranderd in objectieve en subjectieve zin in de COVID-19 periode in vergelijking met 2018/2019?
2. Hoe zijn persoonskenmerken (sekse, leeftijd, opleidingsniveau, partnerstatus en gezondheid) verdeeld over de groepen met en zonder verandering?
3. In hoeverre zijn de objectieve en subjectieve veranderingen in het geven en ontvangen van zorg gerelateerd aan de mate van depressieve symptomen ten tijde van COVID-19, gegeven persoonskenmerken?

Methode

Dataverzameling

LASA is een longitudinaal cohortonderzoek naar ouderen in Nederland van 55 jaar en ouder.¹⁹ Sinds 1992 worden om de drie jaar data verzameld bij 55-plussers middels een face-to-face interview, een medisch interview en een schriftelijke vragenlijst. Het steekproefkader wordt gevormd door een naar sekse en leeftijd gestratificeerde steekproef in elf gemeenten in het oosten, westen en zuiden van Nederland. In 2001 en in 2012 zijn nieuwe cohorten 55-64-jarigen aan de steekproef toegevoegd. De achtste waarneming is afgerond in 2018-2019. De aanvullende COVID-19 meting vond plaats in juni-oktober 2020 middels een schriftelijke vragenlijst onder 1.485 ouderen die deelnamen aan de 2018/2019 meting.¹⁹ Niet-

geselecteerde ouderen waren overleden (N = 61) of te kwetsbaar omdat ze de 2018-2019 geen volledig interview hadden voltooid (N = 155). De vragen in de vragenlijst zijn dezelfde als tijdens de LASA-waarneming van 2018/2019, al zijn de vragen in die wave in een mondeling interview afgenomen. Aan de COVID-19 vragenlijst zijn enkele vragen toegevoegd, onder meer over de perceptie van een verandering in de zorgsituatie (zie hierna). Van de respondenten die de vragenlijst in zomer 2020 hebben ontvangen, hebben er 1.128 (76%) de vragenlijst ingevuld teruggestuurd. We selecteerden 1.013 respondenten die aan beide metingen hadden deelgenomen en voor wie informatie op de relevante variabelen beschikbaar was.

Meetinstrumenten (COVID-19 en 2018/2019 meting)

Depressieve symptomen. Het psychisch welzijn is gemeten met de 10-item versie van de *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*.^{20 21} De 10-item versie is onderdeel van de 20-item versie die in de 2018-19 waarneming is gebruikt. Voor beide waarnemingen is het totaal van de 10 items opgeteld. De antwoordmogelijkheden voor elk item waren 0 = bijna nooit/nooit tot en met 3 = bijna altijd/altijd. Twee positieve items zijn omgezet zodat een hogere somscore meer depressieve klachten (range = 0-30) betekent.

Verandering in het geven van zorg. In beide metingen zijn twee vragen gesteld over het geven van hulp aan anderen: een vraag betreft het bieden van hulp bij huishoudelijke taken aan personen buiten het eigen huishouden, de tweede vraag betreft het geven van persoonlijke verzorging aan anderen in of buiten het eigen huishouden. Vervolg vragen betroffen aan wie (keuze uit 12 relatietypen, zoals partner, ouder, kind, familie, buur, vriend) en hoeveel uur per week. Als op minstens één van beide vragen 'ja' is geantwoord, is het gesteld als 1 = geven van zorg versus 0 = niet geven van zorg. De verandering in wel/niet geven van zorg tussen beide meetmomenten is weergegeven in een nieuwe variabele met vier categorieën: 0 = nooit zorggeven, 1 = blijvend zorggeven, 2 = gestopt met zorggeven en 3 = gestart met zorggeven.

Perceptie verandering in het geven van zorg COVID-19 meting. De respondent is gevraagd aan te geven of men meer of minder hulp had gegeven tijdens de pandemie. De antwoordcategorieën waren 1 = veel minder hulp tot en met 5 = veel meer hulp en 6 = niet van toepassing. De antwoordcategorieën zijn samengenomen tot 0 = niet van toepassing/geen hulp, 1 = evenveel hulp, 2 = veel minder/minder hulp, 3 = meer/veel meer hulp.

Verandering in het krijgen van zorg. In beide metingen is gevraagd of de ouderen hulp ontvingen bij huishoudelijke, persoonlijke en verpleegkundige taken (3 aparte vragen), en zo ja van wie (12 relatietypen) en hoeveel uur per week. Er is sprake van gebruik van informele zorg als men heeft aangegeven bij minstens één van de hulpvormen van minstens één van de volgende relatietypen zorg te krijgen: partner, kind, familie, buur, vriend. Er is sprake van formele zorg als men hulp krijgt van de wijkverpleging, de thuiszorg, en/of personeel van een tehuis. Tenslotte kon men aangeven of men minstens één van de hulpvormen van een particulier betaalde hulp ontvangt. Deze drie variabelen zijn gebruikt voor de overall variabele, het al dan niet gebruik van zorg (0,1), op beide waarnemingen. Uit de vergelijking van de twee variabelen op beide metingen werd de nieuwe variabele 'Verandering in zorggebruik' geconstrueerd met 0 = nooit zorg, 1 = blijvend zorg, 2 = zorg gestopt en 3 = zorg gestart. Ook voor informele, formele en particuliere zorg is een variabele gemaakt die de verandering tussen de waarnemingen aangeeft.

Perceptie verandering in het krijgen van zorg COVID-19 meting. Aan de respondenten is gevraagd of ze sinds 1 maart 2020 minder hulp hebben ontvangen. De antwoordmogelijkheden waren 1 = niet van toepassing, ik krijg geen hulp, 2 = nee, nog steeds evenveel hulp en 3 = ja, minder hulp. De categorie 'meer hulp ontvangen' is niet voorgelegd omdat dit niet waarschijnlijk werd geacht.

Tevredenheid. De tevredenheid met de ontvangen zorg is gemeten door de vraag 'Is de hulp die u alles bij elkaar krijgt voldoende?', met antwoordmogelijkheden 1 = onvoldoende, 2 = gaat wel en 3 = voldoende. Deze variabelen zijn omgezet naar de dummyvariabelen 'tevreden' met 1 = tevreden en 0 = minder dan tevreden. De variabelen van beide waves zijn gebruikt voor de constructie van de variabele 'verandering tevredenheid' met 0 = blijvend niet tevreden/minder tevreden geworden en 1 = blijvend tevreden/tevreden geworden.

Persoonskenmerken 2018/2019-meting. De variabele geslacht bestaat uit 0 = vrouw en 1 = man. De leeftijd van de

respondent is gehercodeerd voor de beschrijvende statistieken naar 1 = 60-70 jaar, 2 = 71-80 jaar en 3 = > 80 jaar. Voor de regressieanalyses is de leeftijd in continue vorm meegenomen. Het opleidingsniveau is bepaald als het hoogst behaalde opleidingsniveau met 1 = basisonderwijs niet afgemaakt tot en met 9 = universiteit. Deze variabele is omgezet naar 0 = laag (ten hoogste basisonderwijs), 1 = midden (middelbare schoolopleiding, lager of middelbaar beroepsonderwijs) en 2 = hoog (hbo of universitaire opleiding). De variabele partnerstatus bestaat uit 0 = geen partner, 1 = inwonende partner en 2 = uitwonende partner. Twee aspecten van gezondheid zijn gemeten: functionele beperkingen en cognitief functioneren. Teneinde de mate van functionele beperkingen (Activities of Daily Living, (ADL²²) te bepalen, is gevraagd hoeveel moeite het uitvoeren van zeven verschillende activiteiten kost (bijv. vijf minuten wandelen aan een stuk, het knippen van de eigen teennagels), met 1 = nee, dat kan ik niet, 2 = ja, zonder moeite tot en met 5 = alleen met hulp. Deze items zijn samengevoegd waarbij 0 = geen enkele taak kost moeite tot en met 7 = alle taken kosten moeite. Een hogere score betekent meer functionele beperkingen. Het cognitief functioneren is gemeten middels de Mini-Mental State Examination (MMSE²³), die o.a. het geheugen, taal en oriëntatie van tijd en plaats toetst. De schaalscore komt tot stand door de scores van de verschillende onderdelen bij elkaar op te tellen, waarbij een hogere score een beter cognitief functioneren betekent (range = 20-30).

Quarantaine. Tijdens de COVID-19 meting is gevraagd of een arts/zorgverlener had geadviseerd dan wel of de respondent zelf had besloten om in quarantaine te gaan in verband met het COVID-19 virus. Wanneer men 'ja' antwoordde, werd gevraagd hoeveel dagen men in quarantaine was geweest. Deze informatie is omgezet naar 0 = geen dag in quarantaine, 1 = minstens 1 dag in quarantaine.

Analyses

Eerst zijn middels een frequentieverdeling de kenmerken van de steekproef en de veranderingen in het geven en krijgen van zorg beschreven. Vervolgens is middels Chi-square- en F-toetsen onderzocht hoe de objectieve veranderingen in zorggeven en ontvangen verdeeld zijn naar persoonskenmerken, en het verblijf in quarantaine. Tot slot is de samenhang tussen de veranderingen in het geven en krijgen van zorg en depressieve symptomen ten tijde van de COVID-19 pandemie bepaald middels een multivariate regressieanalyse. Hierbij wordt gecontroleerd voor de mate van depressieve symptomen in 2018/2019 om aan te kunnen geven of er sprake is van meer/minder depressieve symptomen op de COVID-19 meting. Voor de regressieanalyses zijn de categorale variabelen omgezet naar dummyvariabelen. De tolerantietoets wees uit dat alle variabelen gezamenlijk in het regressiemodel mochten worden opgenomen.

Resultaten

Kenmerken van de steekproef

Tabellen 1 en 2 tonen de beschrijvende statistieken voor de totale steekproef. De steekproef bestond uit meer vrouwen (53%) dan mannen en de gemiddelde leeftijd is 73 jaar (SD= 7,3). Personen met een middelbaar opleidingsniveau (61%) en met een inwonende partner (69%) waren in de meerderheid. Over het geheel genomen hadden de ouderen een redelijk goede gezondheid: ze scoorden gemiddeld 28,3 (SD = 1,7, range 20-30) voor cognitief functioneren en 1,4 (SD = 1,8, range 0-7) voor functionele beperkingen. Slechts 12% van de respondenten is in quarantaine geweest. De ouderen scoorden gemiddeld 4,5 op de maat voor depressieve symptomen in 2018/2019, en 5,8 in 2020, hetgeen ruim onder het klinisch afkappunt voor een depressieve stoornis valt (een score van 10²¹ 22).

Tabel 1. Vier groepen in het geven van zorg naar persoonskenmerken

	Nooit zorg geven	Blijvend zorg geven	Gestopt zorg geven	Gestart zorg geven	Totaal	p
	N (%)/M (SD)	N (%)/M (SD)	N (%)/M (SD)	N (%)/M (SD)	N/ M (SD)	
Totaal	743 (73,3)	69 (6,8)	147 (14,5)	54 (5,3)	1013	
Depressieve symptomen						
2018/2019	4,41 (4,0)	4,83 (4,4)	4,47 (4,0)	4,70 (3,62)	4,46 (4,0)	n.s.
2020	5,79 (4,3)	5,39 (4,1)	5,63 (3,8)	6,48 (3,7)	5,77 (4,2)	n.s.
Geslacht						*
Vrouw	377 (70,9)	51 (9,6)	81 (15,2)	23 (4,3)	532	
Man	366 (76,1)	18 (3,7)	66 (13,7)	31 (6,4)	481	
Partnerstatus						**
Geen partner	207 (78,4)	12 (4,5)	38 (14,4)	7 (2,7)	264	
Inwonende partner	509 (72,9)	46 (6,6)	101 (14,5)	42 (6,0)	698	
Uitwonende partner	27 (52,9)	11 (21,6)	8 (15,7)	5 (9,8)	51	
Opleidingsniveau						n.s.
Laag	225 (77,3)	13 (4,5)	46 (15,8)	7 (2,4)	291	
Midden	444 (72,2)	46 (7,5)	85 (13,8)	40 (6,5)	615	
Hoog	74 (69,2)	10 (9,3)	16 (15,0)	7 (6,5)	107	
Leeftijd						**
60-70 jaar	273 (66,4)	46 (11,2)	65 (15,8)	27 (6,6)	411	
71-80 jaar	324 (76,4)	20 (4,7)	56 (13,2)	24 (5,7)	424	
80+ jaar	146 (82,0)	3 (1,7)	26 (14,6)	3 (1,7)	178	
Gezondheid						
Cognitief functioneren	28,20 (1,7)	28,83 (1,4)	28,31 (1,7)	28,20 (2,0)	28,26 (1,7)	*
Functionele beperkingen	1,53 (1,9)	,64 (,9)	1,09 (1,5)	1,15 (1,6)	1,38 (1,8)	**
Quarantaine						n.s.
Nee, geen quarantaine	666 (74,6)	60 (6,7)	121 (13,5)	46 (5,2)	893	
Ja, wel in quarantaine	77 (64,2)	9 (7,5)	26 (21,7)	8 (6,7)	120	

** p < ,001, * p < ,05, n.s. p > ,05. Chi-square toets en F-toets

Tabel 2. Vier groepen in het ontvangen van zorg naar persoonskenmerken

	Nooit zorg ontvangen	Blijvend zorg ontvangen	Zorg ontvangen gestopt	Zorg ontvangen gestart	Totaal	p
	N (%)/M (SD)	N (%)/M (SD)	N (%)/M (SD)	N (%)/M (SD)	N/ M (SD)	
Totaal	627 (61,9)	176 (17,4)	153 (15,1)	57 (5,6)	1013	
Depressieve symptomen						
2018/2019	3,59 (3,5)	7,38 (4,5)	4,24 (3,7)	5,58 (4,1)	4,46 (4,0)	**
2020	4,85 (3,6)	8,40 (4,7)	5,77 (4,3)	7,84 (4,3)	5,77 (4,2)	**
Tevredenheid met zorggebruik						**
Blijvend ontevreden of ontevreden geworden	23 (24,7)	49 (52,7)	10 (10,8)	11 (11,8)	93	
Blijvend tevreden of tevreden geworden	604 (65,7)	127 (13,8)	143 (15,5)	46 (5,0)	920	
Geslacht						**
Vrouw	293 (55,1)	125 (23,5)	80 (15,0)	34 (6,4)	532	
Man	334 (69,4)	51 (10,6)	73 (15,2)	23 (4,8)	481	
Partnerstatus						**
Geen partner	104 (39,4)	94 (35,6)	51 (19,3)	15 (5,7)	264	
Inwonende partner	498 (71,3)	69 (9,9)	91 (13,0)	40 (5,7)	698	
Uitwonende partner	25 (49,0)	13 (25,5)	11 (21,6)	2 (3,9)	51	
Opleidingsniveau						**
Laag	174 (59,8)	67 (23,0)	32 (11,0)	18 (6,2)	291	
Midden	402 (65,4)	90 (14,6)	88 (14,3)	35 (5,7)	615	
Hoog	51 (47,7)	19 (17,8)	33 (30,8)	4 (3,7)	107	
Leeftijd						**
60-70 jaar	312 (75,9)	28 (6,8)	58 (14,1)	13 (3,2)	411	
70-80 jaar	265 (62,5)	64 (15,1)	64 (15,1)	31 (7,3)	424	
80+ jaar	50 (28,1)	84 (47,2)	31 (17,4)	13 (7,3)	178	
Gezondheid						
Cognitief functioneren	28,37 (1,7)	27,74 (2,1)	28,58 (1,3)	27,70 (1,8)	28,26 (1,7)	**
Functionele beperkingen	,77 (1,1)	3,10 (2,3)	1,65 (1,8)	2,09 (2,0)	1,38 (1,8)	**
Quarantaine						*
Nee, geen quarantaine	569 (63,7)	143 (16,0)	133 (14,9)	48 (5,4)	893	
Ja, wel quarantaine	58 (48,3)	33 (27,5)	20 (16,7)	9 (7,5)	120	

** p < ,001, * p < ,05, n.s. p > ,05. Chi-square toets en F-toets

Het geven van zorg

Bijna driekwart van de ouderen (73%) gaf geen mantelzorg op beide waarnemingen (Tabel 1). Een klein percentage (7%, N = 69) is mantelzorg blijven verlenen. Als we bij deze kleine groep kijken of ze meer of minder intensief zijn gaan zorgen (niet in tabel), is het merendeel ofwel meer (N = 27) ofwel minder uren (N = 27) zorg gaan geven, en bleef een kleine groep evenveel uren zorgen (N = 15). Voor ongeveer een vijfde van de totale groep (N = 201) is er sprake van een verandering in het geven van zorg: bijna 15% is gestopt en maar 5% is gestart met het verlenen van mantelzorg (Tabel 1). Aanvullende analyses (niet in tabel) wijzen uit dat het zorggeven aan burens of vrienden relatief het vaakst is gestopt (N = 71) en gestart (N = 29). Gevraagd naar de perceptie van de zorgsituatie meldt 7% (N = 75) een verandering: 42 respondenten zeggen meer mantelzorg te geven en 33 respondenten zeggen minder te zorgen. Het deel dat aangeeft evenveel mantelzorg te geven is gering (12%), het

overgrote deel van de respondenten zegt geen zorg aan anderen te geven (81%).

Voor wie is de zorgverlening veranderd?

De vier groepen met een verschillende zorgsituatie verschillen naar persoonskenmerken (Tabel 1). Vrouwen geven vaker zorg en geven vaker blijvend zorg. Daarnaast valt op dat voornamelijk de groep met een uitwonende partner zorg is blijven geven (22%) en dat het merendeel van de ouderen zonder partner of met een thuiswonende partner in beide metingen geen zorg geeft (ongeveer 75%). De jongste ouderen zijn het meest vaak zorg blijven geven (11%) ten opzichte van de middelste (5%) en de oudste (2%) leeftijdsgroepen. Het overgrote deel van de oudste leeftijdsgroep (82%) geeft geen zorg op beide meetmomenten, in vergelijking met een wat kleinere meerderheid bij de jongste leeftijdsgroep (66%). Ook zijn er verschillen gevonden naar gezondheid. Ouderen die blijven zorgen, laten de hoogste score zien inzake cognitief functioneren (28,8), en de ouderen die nooit zorggeven en degenen die zijn gestart met zorgen, hebben de laagste score (28,2). Ook laat de groep ouderen die is blijven zorgen de laagste score zien op de maat voor fysieke beperkingen (0,6), en de groep die nooit zorg geeft de hoogste score (1,5). Voor het in quarantaine gaan, zijn geen significante verschillen gevonden. Kortom, vrouwen, degenen met een uitwonende partner, de jongere ouderen en degenen met een relatief goede gezondheid zijn vaker zorg blijven verlenen aan anderen.

Het geven van zorg en depressieve symptomen

Tabel 3 toont de resultaten van de regressievergelijking. Er is geen significante samenhang tussen de verandering in het geven van zorg en depressieve symptomen ten tijde van de COVID-19 meting, noch bivariaat (niet getoond), noch als alleen rekening gehouden wordt met de depressieve symptomen in 2018/2019 (niet getoond), noch met alle andere variabelen (Tabel 3). Wel draagt de perceptie meer te zorgen bij aan een hogere mate van depressieve symptomen ($B = 1,838$, $t = 3,033$). Ook bestaat er een samenhang met enkele persoonskenmerken. Rekening houdend met de mate van depressieve symptomen op de vorige waarneming, neemt de depressiviteit op de COVID-19 meting toe voor vrouwen ten opzichte van mannen ($B = -,494$, $t = -2,151$), personen met een hogere leeftijd ($B = ,035$, $t = 2,087$), respondenten met meer functionele beperkingen ($B = ,294$, $t = 4,125$), en bij degenen die in quarantaine zijn geweest ($B = ,842$, $t = 2,526$).

Tabel 3. Multivariate regressieanalyse van zorg geven en ontvangen op depressieve stemming ten tijde van Covid-19

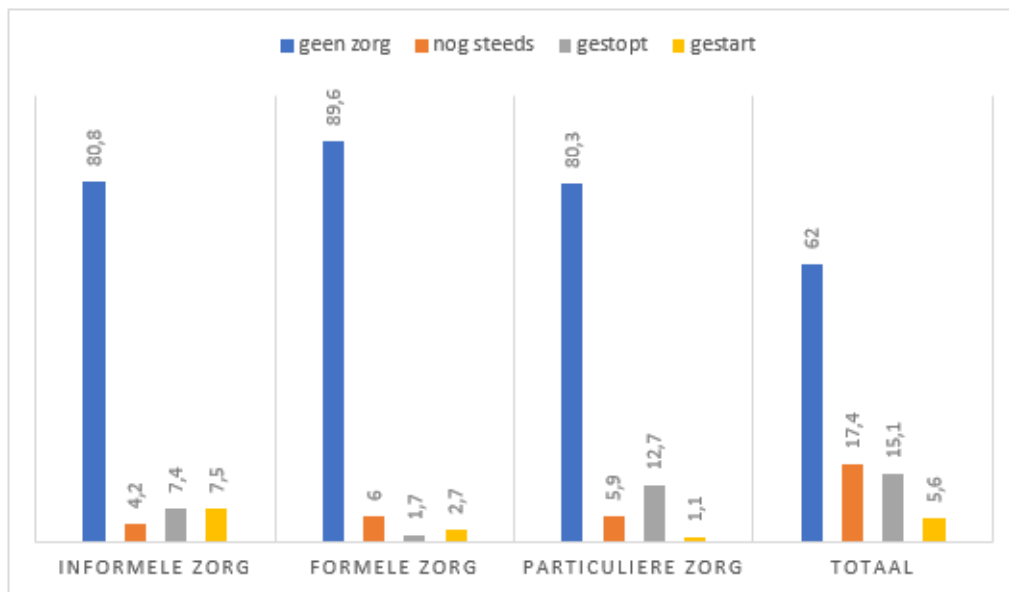
	Zorg geven		Zorg ontvangen	
	B (SE) Gestandaardiseerde B	t	B (SE) Gestandaardiseerde B	t
Depressiviteit 2018/2019 (range 0-21)	,498 (.031)** ,481	16,281	,484 (.031)** ,468	15,674
Tevreden met zorggebruik: Blijvend tevreden/ tevreden geworden (ref. blijvend ontevreden/ ontevreden geworden)			-,819 (.401)* -,057	-2,044
Zorgsituatie (ref. nooit zorg)				
Gestopt	-,229 (.311) -,019	-,738	,384 (.322) ,033	1,191
Gestart	,247 (.532) ,013	,464	1,604 (.522)* ,089	3,073
Blijvend	-,959 (.507) -,058	-1,891	,991 (.466)* ,090	2,126
Man (ref. vrouw)	-,494 (.230)* -,059	-2,151	-,385 (.228) -,046	-1,690
Perceptie zorgsituatie (ref. geen zorg)				
Meer zorg	1,838 (.606)* ,088	3,033		
Minder zorg	1,059 (.615) ,045	1,720	-,188 (.590) -,009	-,319
Evenveel zorg	,419 (.379) ,033	1,107	-,310 (.431) -,027	-,719
Partnerstatus (ref. inwonende partner)				
Geen partner	,162 (.274) ,017	,592	,072 (.276) ,008	,260
Uitwonende partner	-,401 (.502) -,021	-,798	-,639 (.498) -,033	-1,284
Opleidingsniveau (ref. laag)				
Midden	,327 (.250) ,038	1,308	,414 (.250) ,048	1,657
Hoog	-,127 (.401) -,009	-,318	-,094 (.410) -,007	-,229
Leeftijd (61-100)	,035 (.017)* ,060	2,087	,013 (.017) ,023	,760
Cognitief functioneren (20-30)	-,001 (.065) -,001	-,019	,000 (.065) ,000	,007
Functionele beperkingen (0-7)	,294 (.071)** ,127	4,125	,226 (.076)* ,097	3,007
Quarantaine (ref. geen quarantaine)	,842 (.333)* ,065	2,526	,840 (.332)* ,065	2,530

** p < ,001, * p < ,05

Het gebruik van zorg

Tabel 2 toont de resultaten voor het overall gebruik van zorg, en in figuur 1 wordt dit uitgesplitst naar type zorg. Het merendeel (62%) van de ouderen gebruikt op beide metingen geen zorg. Ongeveer 17% (N = 176) krijgt op beide metingen zorg. Wel is voor 69 zorggebruikers in deze groep het aantal uren zorggebruik afgenomen, voor 58 zorggebruikers is dit gestegen en 48 ouderen hebben evenveel uren zorg ontvangen (niet getoond). Voor ongeveer 20% van de totale groep is het zorggebruik veranderd, voor 153 ouderen (15%) is de zorg gestopt en voor 5% is deze gestart (N = 57). Figuur 1 laat zien dat formele hulp het minst vaak gestopt is, de zorg door particuliere zorgverleners relatief het vaakst is gestopt (N = 103) en zorg door informele zorggevers (N=40) het vaakst is gestart (Figuur 1). Gevraagd naar de eigen perceptie op het totale gebruik aan zorg, meldt 16% evenveel zorg te ontvangen. Dit komt redelijk overeen met de gerapporteerde zorg in beide metingen. Een klein deel (46 ouderen, 5%) zegt ten tijde van de COVID-19 pandemie minder zorg te ontvangen. Ongeveer 9% van de ouderen is nog steeds ontevreden met de ontvangen zorg of is ontevreden geworden.

Figuur 1. Verandering in zorggebruik tussen 2018/19 en COVID-19 pandemie in 2020, naar type zorg (%)



Voor wie is het zorggebruik veranderd?

Tabel 2 laat zien dat de vier groepen verschillen naar alle persoonskenmerken. Vrouwen krijgen relatief vaker zorg dan mannen en zijn dat ook blijven ontvangen (24%). Mannen ontvangen relatief vaak geen zorg (69%). Personen zonder partner en degenen met een uitwonende partner zijn redelijk vaak zorg van anderen blijven ontvangen (36% respectievelijk 25%), in vergelijking met degenen met een inwonende partner (10%). Voor 31% van de hoogopgeleiden is de zorg gestopt, voor midden- en laagopgeleiden ligt dit percentage onder de 14%. De oudste leeftijdscategorie is relatief vaak zorg blijven ontvangen. Er zijn ook verschillen te vinden naar gezondheid. Ouderen die nooit zorg ontvingen en voor wie de zorg is gestopt, hebben gemiddeld gezien een betere fysieke en cognitieve gezondheid ten opzichte van de ouderen die zorg bleven ontvangen. Degenen die in quarantaine zijn gegaan hebben relatief vaker op beide meetmomenten zorg ontvangen (28%) dan degenen die niet in quarantaine zaten (16%). De ouderen die tevreden bleven of tevreden zijn geworden met hun zorgsituatie krijgen relatief vaak geen zorg (66%), de ouderen die ontevreden bleven of ontevreden zijn geworden, zijn degenen die zorg bleven gebruiken (53%).

Zorggebruik en depressieve symptomen

Het al dan niet veranderen van zorggebruik vertoont een significante samenhang met depressieve symptomen (Tabel 3). Zowel het starten van zorg ($B = 1,604, t = 3,073$) als het blijvend ontvangen van zorg ($B = ,991, t = 2,126$) vergroot het aantal depressieve symptomen in vergelijking met degenen die nooit zorg ontvangen. Het stoppen met zorggebruik en de subjectieve ervaring van zorggebruik hangen bivariaat significant positief samen met depressieve symptomen (niet getoond), maar niet als ook depressieve symptomen in 2018/19 in het model is opgenomen. Daarnaast is er een positieve samenhang tussen functionele beperkingen en meer depressieve klachten ten tijde van COVID ($B = ,226, t = 3,007$), evenals het in quarantaine gaan ($B = ,840, t = 2,530$) en een negatieve samenhang met het ontevreden zijn/worden met de zorgsituatie ($B = -,819, t = -2,044$).

Discussie

Dit onderzoek ging na in hoeverre het geven en krijgen van zorg door ouderen is veranderd gedurende de COVID-19 pandemie ten opzichte van de periode ervoor. De algemene conclusie is dat er voor deze groep ouderen weinig is veranderd in de zorgsituatie. Een groot deel van deze ouderen geeft noch gebruikt zorg. Voor een klein percentage (rond 15%) is de zorgsituatie gestopt en voor een nog kleiner percentage (rond 5%) is deze gestart, dit geldt zowel voor het geven van informele zorg als voor het gebruik van zorg aan huis (bestaande uit informele, formele en/of particulier betaalde zorg).

In dit onderzoek keken we zowel naar het geven van informele zorg als naar het gebruiken van diverse vormen van zorg. Daartoe hadden we een onderzoeksgroep met een brede leeftijdsrange (60 tot 100 jaar), maar het is duidelijk dat de twee zorgsituaties zich in verschillende leeftijdsgroepen concentreren. Het geven van informele zorg komt vooral voor bij de 60-70-jarigen en in die leeftijdsgroep zien we dat men relatief vaak informele zorg is blijven geven of is gaan geven. In de oudste leeftijdsgroep (80-plus) is er relatief vaak sprake van blijvend zorggebruik, maar ook van het starten en stoppen met zorggebruik. Voor de COVID-19 vragenlijst is besloten de oudsten en meest kwetsbaren uit de 2018/19 meting niet te benaderen. Dit draagt ook bij aan het feit dat de 80-plussers ondervertegenwoordigd zijn, hetgeen mogelijk bijgedragen kan hebben aan vrij hoge gemiddelden voor fysiek en cognitief functioneren en een vrij laag gemiddelde voor depressieve symptomen. Te concluderen valt dat de grote stabiliteit in het (niet) geven en krijgen van zorg deels te wijten is aan de brede leeftijdsrange van deze onderzoeksgroep.

Desondanks geeft dit onderzoek een beeld van hoe de COVID-19 pandemie van invloed was op de mantelzorgende ouderen in de steekproef. Het stoppen met zorggeven betrof vaak hulp aan burens en/of vrienden, waarbij de sociale beperkingen mogelijk een reden zijn geweest om hiermee te stoppen. De meeste zorggevers die gestopt zijn gaven als reden dat ze zich aan de maatregelen hielden en sociale contacten beperkten om de kwetsbaren te beschermen.²⁴ Degenen die startten met mantelzorg zijn voornamelijk hulp gaan geven aan burens en/of vrienden. Dit kan wellicht verklaard worden door de toenemende gemeenschapszin die door de crisis ontstond hetgeen zich onder andere uitte in initiatieven om boodschappen te halen voor de kwetsbare groepen.^{25 26} De bevinding van Cohen et al.,¹² namelijk dat ouderen die meer zorgen door de COVID-19 pandemie zich ook meer belast voelden, wordt ondersteund door het huidige onderzoek waarin de perceptie meer te zorgen ook bijdraagt aan meer depressieve symptomen.

Overeenkomstig eerder onderzoek¹⁵ rapporteerden zorggebruikers meer depressieve symptomen dan niet zorggebruikers. Ook wanneer men zorg is gaan gebruiken, hangt dit samen met meer depressieve symptomen. Onduidelijk is echter of men meer hulp kreeg omdat men depressiever werd van de COVID-19 maatregelen, dan wel dat men depressiever werd omdat men zorg ging gebruiken en mogelijk ook meer gezondheidsproblemen ging ervaren. Meer onderzoek naar de causaliteit van de relatie tussen depressieve symptomen, gezondheid en het krijgen van zorg moet dit uitwijzen. Het stoppen met zorggebruik, naar blijkt voornamelijk particuliere zorg, hangt niet samen met de mate van depressieve stemming. Ontevreden zijn of worden over het zorggebruik hangt wel samen met meer depressieve symptomen. Dit is in het algemeen zo, maar dus ook in COVID-19 tijd.

Dit is een van de weinige onderzoeken naar de impact van COVID-19 op ouderen in Nederland met een longitudinaal design. Dat geeft een goed beeld van mogelijke veranderingen in de zorgsituatie van ouderen, al is, zoals vermeld, de oudste en meest kwetsbare groep hierbuiten gelaten. Daarbij komt ook nog dat de twee waarnemingen wat betreft zorggebruik verschillen in wijze van dataverzameling: op de 2018/19 waarneming betrof dit face-to-face interviews, op de COVID-19 waarneming betrof dit een schriftelijke zelfrapportage. Ook met precies dezelfde vraagstelling kan een schriftelijke rapportage toch leiden tot een onderrapportage van zorggebruik omdat er geen interviewer is die mogelijk doorvraagt naar het zorggebruik. De vragen naar het geven van zorg zijn in de LASA-studie altijd al in de schriftelijke vragenlijst afgenomen. Het feit dat zowel bij zorg geven als zorg krijgen een instabiliteit bij ongeveer 20% van de onderzoeksgroep is vastgesteld, duidt er op dat het verschil in afnamemodus (mondeling interview versus schriftelijke vragenlijst) bij zorggebruik mogelijk gering is gebleven.

Het huidige onderzoek zegt iets over de eerste periode van de COVID-19 pandemie, net na de eerste *lockdown*. Hoe de zorgsituatie voor ouderen is veranderd in latere stadia van de COVID-19 pandemie en wat dit voor invloed heeft op het welbevinden van ouderen op een later moment is daardoor niet te zeggen. Wel krijgen we door middel van dit onderzoek een duidelijker beeld van wat het eerste jaar van de pandemie voor invloed heeft gehad op de zorgsituatie en het welbevinden van ouderen. Voor de grote groep ouderen is er weinig veranderd. Het starten en stoppen van zorggebruik komt weinig voor en betreft vooral informele en particulier betaalde zorg, niet zozeer de publiek betaalde formele thuiszorg. Dit impliceert dat vele thuiszorgorganisaties er, ondanks de beperkende maatregelen, wel in geslaagd zijn de zorg te blijven leveren aan de ouderen, al is het soms meer of minder intensief dan voorheen. Gegeven dat in 2021 zorgorganisaties in staat bleven om zorg

aan huis te leveren, doet vermoeden dat de impact van de COVID-19 pandemie op de zorgsituatie van ouderen minder groot is dan gevreesd. Meer onderzoek met gegevens over de zorgsituatie van thuiswonende ouderen in 2021 en daarna zal dat moeten uitwijzen.

Acknowledgement:

The Longitudinal Aging Study Amsterdam is supported by a grant from the Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport, Directorate of Long-Term Care. The data collection in 2012-2013 was financially supported by the Netherlands Organization for Scientific Research (NWO) in the framework of the project "New Cohorts of young old in the 21st century" (file number 480-10-014).

Auteurs**Marije Tange**

Vrije Universiteit Amsterdam
student Master Sociologie, Vrije Universiteit Amsterdam

Marjolein I. Broese van Groenou

Vrije Universiteit Amsterdam
hoogleraar Informele Zorg, afdeling Sociologie, Vrije Universiteit Amsterdam

corresponderend auteur:

E-mail: m.i.broesevangroenou@vu.nl

Literatuurlijst

1. Onderzoeksraad voor veiligheid. Aanpak Coronacrisis. Deel 1: tot september 2020 [Internet]. 2022. Beschikbaar op: <https://www.onderzoeksraad.nl/nl/page/16666/aanpak-coronacrisis>.
2. MantelzorgNL. Rapportage Geleerde lessen coronavirus. [Internet]. 2020. Beschikbaar op: <https://www.mantelzorg.nl/nieuws/mantelzorger-fors-zwaardere-belast-doordat-zorg-niet-terug-is-op-oude-niveau/>.
3. de Jong JD, Brabers AEM. Monitor: Beleving coronatijd en reacties op maatregelen. Nivel 2020. Beschikbaar op: <https://nivel.nl/nl/beleving-coronacrisis-en-reacties-op-maatregelen>.
4. de Klerk M, de Boer A, Plaisier I, Schyns P. Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016 [Internet]. 2017. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Beschikbaar op: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2017/12/19/voor-elkaar>.
5. de Klerk M, Olsthoorn M, Plaisier I, Schaper J, Wagemans F. Een jaar met corona. Ontwikkelingen in de maatschappelijke gevolgen van corona. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2021.
6. de Boer A, Hoefman R, de Klerk M, Plaisier I, de Roos S. Beleidssignalement maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen. Mantelzorgers. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2020. Beschikbaar op: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/07/14/beleidssignalement-maatschappelijke-gevolgen-coronamaatregelen-mantelzorgers>.
7. Rodrigues R, Simmons C, Schmidt AE, Steiber N. Care in times of COVID-19: the impact of the pandemic on informal caregiving in Austria. Eur J Ageing [Internet]. 2021;18(2):195–205. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-021-00611-z>.
8. Tur-Sinai A, Bentur N, Fabbietti P, Lamura G. Impact of the outbreak of the COVID-19 pandemic on formal and informal care of community-dwelling older adults: Cross-national clustering of empirical evidence from 23 countries. Sustainability [Internet]. 2021;13(13):7277. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.3390/su13137277>.
9. Raiber K, Verbakel E. Are the gender gaps in informal caregiving intensity and burden closing due to the COVID-19 pandemic? Evidence from the Netherlands. Gend Work Organ [Internet]. 2021;28(5):1926–36. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1111/gwao.12725>.
10. Bassoli E, Brugiavini A, Ferrari I. Care provision at the time of the Covid-19: Who suffers most? SSRN Electron J

- [Internet]. 2021; Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3807762>.
11. Park SS. Caregivers' mental health and somatic symptoms during COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2021;76(4):e235–40. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa121>.
 12. Cohen SA, Kunicki ZJ, Drohan MM, Greaney ML. Exploring changes in caregiver burden and caregiving intensity due to COVID-19. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2021;7:2333721421999279. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1177/2333721421999279>.
 13. Plaisier I, de Klerk M. SCP-Coronakompas: Zorg. Kwaliteit van leven in tijden van corona. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2020. Beschikbaar op: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/10/30/coronakompas>.
 14. Hoe gaat het met thuiswonende ouderen tijdens COVID-19: inzichten uit de literatuur [Internet]. RIVM. 2020. Beschikbaar op: <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-02/Factsheet%20Kennisinformatie%20COVID-19%20strategie%20thuiswonende%20ouderen.pdf>. Geraadpleegd 14 juli 2021.
 15. Giebel C, Pulford D, Cooper C, Lord K, Shenton J, Cannon J, et al. COVID-19-related social support service closures and mental well-being in older adults and those affected by dementia: a UK longitudinal survey. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11(1):e045889. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045889>.
 16. Giebel C, Lord K, Cooper C, Shenton J, Cannon J, Pulford D, et al. A UK survey of COVID-19 related social support closures and their effects on older people, people with dementia, and carers. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2021;36(3):393–402. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.5434>.
 17. Bergmann M, Wagner M. Caregiving and Care Receiving Across Europe in Times of COVID-19 (Pfleger und Pflege in ganz Europa in Zeiten von COVID-19). *SSRN Electron J* [Internet]. 2021. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3800288>.
 18. Evamdrou M, Falkingham J, Qin M, Vlachantoni A. Older and 'staying at home' during lockdown: informal care receipt during the COVID-19 pandemic amongst people aged 70 and over in the UK [Internet]. *SocArXiv*. 2020. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.31235/osf.io/962dy>.
 19. Hoogendijk EO, van der Horst MHL, Poppelaars J, van Vliet M, Huisman M. Multiple domains of functioning in older adults during the pandemic: design and basic characteristics of the Longitudinal Aging Study Amsterdam COVID-19 questionnaire. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2021;33(5):1423–8. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-021-01829-8>.
 20. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med*. 1994;10(2):77–84.
 21. van den Besselaar JH, MacNeil Vroomen JL, Buurman BM, Hertogh CPM, Huisman M, Kok AAL, et al. Symptoms of depression, anxiety, and perceived mastery in older adults before and during the COVID-19 pandemic: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Psychosom Res* [Internet]. 2021;151(110656):110656. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110656>.
 22. Pluijm SMF, Bardage C, Nikula S, Blumstein T, Jylhä M, Minicuci N, et al. A harmonized measure of activities of daily living was a reliable and valid instrument for comparing disability in older people across countries. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2005;58(10):1015–1023. Beschikbaar op: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.01.017>.
 23. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189–98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
 24. Verbakel E, Raiber K, De Boer A. Verandering in de intensiteit van mantelzorg tijdens de eerste COVID-19 lockdown in 2020 in Nederland. *Mens & Maatschappij*, 2021; 96(3): 411–439. <https://doi.org/10.5117/mem2021.3.006.verb>.
 25. Mensen bieden #COVID-19 hulp aan voor hulpbehoevende burens en vreemden [Internet]. NOS. 2020, 13 maart. Beschikbaar via: <https://nos.nl/collectie/13839/artikel/2327008-mensen-bieden-COVID-19hulp-aan-voor-hulpbehoevende-burens-en-vreemden>. Geraadpleegd 14 september 2021.
 26. Verslag Werkgroep Sociale Impact van de COVID-19 pandemie. Werkgroep Sociale Impact. Amsterdam. 2020. Beschikbaar via: [eindverslag-werkgroep-sociale-impact-coronacrisis.pdf](https://www.vng.nl/eindverslag-werkgroep-sociale-impact-coronacrisis.pdf) (vng.nl). Geraadpleegd 14 september 2021.