

*Wetenschap voor Beleid*

# **LASA-rapport 2009**

## ***Empowerment***

door:

**Prof. Dr. D.J.H. Deeg**

**Maart 2010**



VU medisch centrum





# 1 Inhoudsopgave

1	Inhoudsopgave .....	3
2	Woord vooraf .....	4
3	Executive summary .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
3.1	Alcoholgebruik onder ouderen.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
3.2	Sociale onveiligheid onder ouderen .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
3.3	Empowerment van ouderen.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
4	Introductie LASA .....	5
4.1	Steekproef.....	5
4.2	Meetinstrumenten.....	5
5	Alcoholgebruik onder ouderen.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.1	Aanleiding .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.2	Aanpak .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.2.1	Alcoholgebruik.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.2.2	Determinanten van alcoholgebruik .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.3	Resultaten .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.3.1	Wat is de aard en de omvang van alcoholgebruik – absoluut en in de tijd?	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.3.2	Kenmerken van alcoholgebruikers en alcoholgebruik. ....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.3.3	Verskil in zorggebruik.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.4	Samenvatting en conclusie .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
5.5	Literatuur.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6	Gevoelens van sociale onveiligheid onder ouderen ..	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.1	Inleiding .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.2	Methode van het onderzoek .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.2.1	Variabelen .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.3	Resultaten van het onderzoek.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.3.1	Prevalentie.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.3.2	Determinanten van onveiligheidsgevoelens.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.4	Conclusies .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.5	Methodologische kanttekeningen.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
6.6	Literatuur.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
7	Empowerment .....	6
7.1	Aanleiding .....	6
7.2	Aanpak .....	7
7.3	Meetinstrumenten.....	7
7.3.1	Mastery.....	7
7.3.2	Potentiële determinanten van mastery.....	8
7.3.3	Zorggebruik en tevredenheid met zorg .....	9
7.4	Resultaten .....	9
7.5	Conclusies .....	23
7.6	Literatuur.....	25
7.7	Empowerment Bijlage 1.....	27
7.8	Empowerment Bijlage 2.....	28
7.9	Empowerment Bijlage 3.....	29
7.10	Empowerment Bijlage 4.....	30

## 2 Woord vooraf

De toename van de levensverwachting heeft tot gevolg dat steeds meer mensen een steeds hogere leeftijd bereiken. Dit gaat al decennia lang gepaard met zorg om hogere kosten van gezondheidszorg en zorgvoorzieningen. In het begin van de jaren 1990 was deze zorg een reden voor het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (nu: Volksgezondheid, Welzijn en Sport) om het initiatief te nemen voor een longitudinaal onderzoek dat het ‘voortraject’ van zorggebruik door ouderen in kaart moest brengen. Omdat men beseftte dat bij het ouder worden lichamelijke, psychische en sociale aspecten van functioneren nauw verbonden zijn, moest dit onderzoek interdisciplinair worden opgezet. Het onderzoek, dat de naam LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) kreeg, moest het dagelijks functioneren van ouderen in alle aspecten ‘monitoren’ en de vraag beantwoorden hoe dit functioneren voorspellend was voor hun zelfstandigheid, sociale integratie, welbevinden en eventuele zorggebruik. LASA integreert daarmee epidemiologisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek.

Sinds een aantal jaren leveren de onderzoekers van LASA, op verzoek van diverse directies binnen het Ministerie van VWS, wetenschappelijke onderbouwing voor actuele beleidsthema’s.

Vanaf 2006 zijn de volgende rapporten verschenen:

In 2006: **Vroege predictoren van dementie** door H.C. Comijs en D.J.H. Deeg

In 2007: **Gebruik van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen door 55-plussers tussen 1992-2006**, een onderzoek naar individuele en historische ontwikkelingen door M.I. Broese van Groenou, D.J.H. Deeg

In 2008: **Ondervoeding bij ouderen** door M. Visser, m.m.v. H. Wijnhoven en J. Schilp  
**Validering van screeningsinstrumenten voor de identificatie van vellers** door G.M.E.E. Peeters, N.M. van Schoor, P. Lips en D.J.H. Deeg

De rapporten zijn op te vragen via Martin Holling (VWS) of via Noëlle Sant (LASA)

Voor 2009 is gekozen voor de volgende onderwerpen:

- Alcoholgebruik onder ouderen
- Gevoelens van sociale onveiligheid onder ouderen
- Empowerment, veranderingen over tijd en leeftijd, predictoren, en relatie met het gebruik van langdurige zorg.

Met de onderzoeksgegevens uit LASA kunnen wij een wetenschappelijke fundering leveren voor deze belangrijke beleidsthema’s voor de komende periode.

Prof. Dr. D.J.H. Deeg en Drs. N. Sant

## 3 Introductie LASA

### 3.1 Steekproef

Voor het beantwoorden van deze vragen is gebruik gemaakt van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). LASA is een multidisciplinair, longitudinaal onderzoek naar predictoren en gevolgen van veranderingen in autonomie en welbevinden in de ouder wordende bevolking (Deeg 2000).

De Longitudinal Aging Study Amsterdam is gestart in 1992-93 met een steekproef van 3107 mannen en vrouwen in de leeftijd 55 tot 85 jaar, getrokken uit de bevolkingsregisters van 11 gemeenten verspreid over drie regio's in Nederland, namelijk West (Amsterdam en omgeving), Noordoost (Zwolle en omgeving) en Zuid (Oss en omgeving). De steekproef was gestratificeerd naar leeftijd, geslacht en verwachte sterfte na vijf jaar. Het cohort was afkomstig van het NESTOR-onderzoek "Leefvormen en sociale netwerken van ouderen" (LSN, respons 62,3%), dat tien maanden voor de eerste LASA-waarneming was uitgevoerd. De representativiteit van deze oorspronkelijke steekproef binnen de 5-jaars leeftijds- en seksegroepen was goed (Broese van Groenou e.a. 1995). Elke drie jaar vindt een dataverzamelingscyclus plaats bestaande uit een hoofd- en een medisch interview (Deeg et al 1993, 1994, 1998, 2002, Smit & Comijs 2000).

In 2002 werd een nieuwe steekproef getrokken uit de bevolkingsregisters van dezelfde 11 gemeenten, in de leeftijd van 55-64 jaar (n=1002, respons 57,1%). Deze steekproef werd na drie jaar samengevoegd met de steekproef uit 1992, en doet sindsdien mee met de reguliere driejaarlijkse vervolgmetingen. De meest recente dataverzamelingscyclus vond plaats in 2008-09. Vanaf de tweede cyclus (1995-96, 1998-99, 2001-02, 2005-06) was steeds ongeveer 18% van de deelnemers aan de vorige waarneming overleden. Van de overlevenden nam steeds circa 94% deel. Van deze deelnemers kon circa 84% een volledig interview afronden; bij de overigen werd een verkort interview afgenomen (Smit & Comijs 2000). Niet-deelname hing samen met een hogere leeftijd, een lager opleidingsniveau, cognitieve achteruitgang, maar niet met lichamelijke ziekte (Deeg et al 2002).

In hoofdstuk 5-7 wordt nader omschreven welk deel van de steekproef per onderwerp is gebruikt.

### 3.2 Meetinstrumenten

De belangrijkste meetinstrumenten om het lichamenlijk, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren en zorggebruik te bepalen worden in iedere dataverzamelingscyclus herhaald. In hoofdstuk 5-7 wordt nader ingegaan op de voor het desbetreffende onderzoek gebruikte variabelen. Voor een uitgebreide beschrijving van deze en de overige meetinstrumenten verwijzen wij naar de website: [www.lasa-vu.nl](http://www.lasa-vu.nl).

## 4 Empowerment

### Veranderingen over tijd en leeftijd, predictoren, en relatie met het gebruik van langdurige zorg

Door: Dorly Deeg

e-mail: [djh.deeg@vumc.nl](mailto:djh.deeg@vumc.nl)

#### 4.1 Aanleiding

Met de term empowerment (letterlijk: ‘het in staat stellen’) wordt aangeduid dat een achtergestelde bevolkingsgroep de middelen krijgt om haar doelen te bereiken. Anders uitgedrukt: het begrip empowerment geeft aan dat een bevolkingsgroep of individu zijn eigen regie kan voeren.

De laatste jaren is ‘empowerment’ of ‘regie’ van ouderen een steeds belangrijker thema geworden. Daarvoor is een aantal redenen. Ten eerste bevordert het kunnen voeren van de regie over het eigen leven de kwaliteit van leven. Ten tweede wordt verwacht dat de aankomende generatie ouderen assertiever is dan voorgaande generaties, vooral omdat het opleidingsniveau hoger is geworden. Ten derde zou de zorg effectiever (en wellicht efficiënter) kunnen zijn wanneer deze aansluit bij de wensen en behoeften van ouderen. Wanneer niet wordt uitgegaan van de behoefte van ouderen bij het toekennen van zorg/hulpverlening, is het immers mogelijk dat de oudere niet alle zorg nodig heeft, of deze niet optimaal gebruikt. Het is echter waarschijnlijk dat ouderen met weinig eigen regie niet goed in staat zijn hun zorgbehoefte bij de juiste mensen of instanties duidelijk te maken (Rodin & Timko 1991, Wolinsky et al 2003). Grotere ‘empowerment’ zou daarom kunnen leiden tot gericht en beter gebruik van zorg.

Hoewel de redenen voor aandacht voor ‘empowerment’ duidelijk lijken, is er nog geen onderzoek dat deze redenen met empirische gegevens ondersteunt. Wordt empirische ondersteuning gevonden, dan zou deze kunnen leiden tot wenselijkheid van het stimuleren van ‘empowerment’ of ‘regie’ bij ouderen. Zowel de kwaliteit van leven van ouderen als de kwaliteit van de aan hen verleende zorg zou hierdoor kunnen worden bevorderd.

De vraagstellingen die hiertoe in dit rapport worden behandeld luiden:

*Vraagstelling 1a.* Hoe verandert de mate van regie over opeenvolgende generaties ouderen?

*Vraagstelling 1b.* Zijn er groepen in de oudere bevolking waarin de mate van regie sneller verandert dan in andere groepen?

*Vraagstelling 2.* Welke determinanten zijn er van de mate van regie?

*Vraagstelling 3.* In welke mate zijn transities in zorggebruik afhankelijk van de mate van regie?

*Vraagstelling 4.* Leidt het zorggebruik van ouderen met veel regie tot meer tevredenheid over de zorg dan bij ouderen met minder regie?

## 4.2 Aanpak

In deze rapportage wordt voor de longitudinale vraagstellingen (intra-individuele verandering) gebruik gemaakt van twee tijdsperiodes. Ten eerste is verandering in de mate van regie onderzocht over de momenteel langste periode, namelijk van 1992-93 tot 2005-06; er waren 833 ouderen voor wie over deze periode volledige gegevens beschikbaar waren. Ten tweede is de relatie tussen regie, zorgtransities en tevredenheid met de verkregen zorg onderzocht over de periode tussen de twee recentste meetmomenten: 2001-02 en 2005-06. Dit betrof 1467 personen. Determinanten van de mate van regie zijn cross-sectioneel op het meest recente meetmoment bepaald, waarbij van 1744 personen gegevens beschikbaar waren. Voor het vergelijken van de mate van regie van ouderen in dezelfde leeftijdsgroep over verschillende perioden (trend) worden individuen niet zelf in de tijd gevolgd, maar zij worden vergeleken met individuen die een aantal jaren later of eerder dezelfde leeftijd hebben. Voor dit trendonderzoek zijn ouderen in de leeftijd van 60-84 jaar in 1992-93 vergeleken met ouderen die 60-84 jaar oud waren in 1995-96, 1998-99, 2001-02 en 2005-06. In deze vijf waarnemingscycli van LASA waren achtereenvolgens 2501, 1867, 1520, 1652 en 1455 deelnemers tussen 60 en 84 jaar.

## 4.3 Meetinstrumenten

### 4.3.1 Mastery

Het beleidsconcept 'regie' komt overeen met het al langer bestaande onderzoeksconcept 'sense of mastery', dat is gedefinieerd als "de mate waarin een individu zichzelf ervaart als greep te hebben op gebeurtenissen en situaties, als tegenstelling tot de ervaring dat zijn/haar leven door het toeval of door andere personen wordt geregeerd" (Pearlin & Schooler 1978). Andere termen voor dit brede concept zijn 'sense of control' (Rodin & Timko 1991) en 'locus of control' (Rotter 1966). In LASA wordt de schaal van Pearlin & Schooler (1978) gebruikt, d.w.z. 'sense of mastery', of kortweg 'mastery'.<sup>i</sup>

De vragen in de LASA-masteryschaal luiden als volgt:

- Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen.
- Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen.
- Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen.
- Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven.
- Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben.
- Ik kan ongeveer alles als ik mijn zinnen erop gezet heb.
- Wat in de toekomst gebeurt, hangt voor het grootste deel van mezelf af.

De eerste vijf vragen zijn negatief geformuleerd, de laatste twee positief. Schaalanalyse laat zien dat de laatste twee niet goed in de schaal passen, en worden daarom niet gebruikt (Gadalla 2009).

De antwoordcategorieën die in het LASA-interview worden gehanteerd luiden:

1. helemaal mee oneens
2. mee oneens
3. noch mee eens noch mee oneens
4. mee eens
5. helemaal mee eens

Omdat mastery een positief begrip is, worden voor de analyses de antwoordcategorieën omgedraaid, zodat mensen die het met de stellingen eens zijn, laag scoren en mensen die het met de stellingen oneens zijn hoog. De antwoorden op de vijf items worden opgeteld, zodat de schaal loopt van 5 tot 25. Een score van 14 of lager wordt wel beschouwd als (te) lage mastery.

#### 4.3.2 Potentiële determinanten van mastery

Van de *sociaal-demografische kenmerken* worden leeftijd en geslacht ontleend aan de bevolkingsregisters. Opleiding is gescoord in drie categorieën, van (1) geen of alleen lagere school, via (2) enig voortgezet tot verschillende vormen van middelbaar onderwijs, tot (3) hoger onderwijs. De partnerstatus betreft: het hebben van een partner met wie men al dan niet in een huishouden samenwoont. Werkstatus is het al dan niet doen van betaald werk.

*Chronische ziekten* worden vastgesteld door zelfrapportage en geverifieerd bij de huisarts van de respondenten (Kriegsman et al 1996). Ziekten waarover in het interview expliciet informatie wordt verzameld zijn: astma en chronische obstructieve longziekten, hartziekten, ziekten van de perifere slagaderen, diabetes, beroerte, reumatoïde artritis en artrose, kanker en hypertensie. *Multimorbiditeit* wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens twee chronische ziekten (Schram et al 2008).

Naar *depressieve symptomen* wordt gevraagd met behulp van de Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) schaal, die goede psychometrische eigenschappen heeft in de oudere bevolking (Radloff 1977, Beekman et al 1994). De schaal wordt vaak gedichotomiseerd bij de afkapscore 16, van waaraf een klinisch relevant depressief syndroom aanwezig geacht mag worden (Beekman et al 1997).



Voor het bepalen van *cognitieve stoornissen* wordt de veelgebruikte MiniMental State Examination (MMSE) afgenomen. De schaal wordt in veel gevallen gedichotomiseerd bij de afkapscores van 24 of 18, waaronder een lichte respectievelijk ernstige cognitieve stoornis aannemelijk is (Folstein et al 1975, Tombaugh & McIntyre 1992).

*Lichamelijke beperkingen* worden vastgesteld aan de hand van zelfrapportage. Gevraagd wordt naar moeite met een zestal dagelijkse activiteiten: traplopen, vijf minuten lopen zonder stil te staan, opstaan uit en gaan zitten in een stoel, zich aan- en uitkleden, teennagels knippen, en gebruik maken van eigen of openbaar vervoer (Bisschop et al 2003). De antwoordcategorieën variëren van (1) niet in staat tot (5) zonder moeite. Een beperking wordt gedefinieerd als (enige) moeite met minstens twee activiteiten.

*Eenzaamheid* wordt vastgesteld met de De Jong Gierveld schaal (De Jong Gierveld en Kamphuis 1985). Op deze 11-punts schaal wordt een score van 3 of hoger beschouwd als matig of ernstig eenzaam.

#### 4.3.3 Zorggebruik en tevredenheid met zorg

Aan de deelnemers werd gevraagd of zij hulp kregen bij instrumentele dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen, maaltijd bereiden, schoonmaken, of formulieren invullen. Bij een positief antwoord werd doorgevraagd van wie of welke instantie deze hulp afkomstig was (de 'bronnen' van hulp of 'zorgvormen'). Dezelfde vragen werden gesteld voor hulp bij de persoonlijke verzorging, zoals wassen, kleden, en naar het toilet gaan. Mogelijke bronnen van hulp waren: partner, overige informele verzorgers (vooral kinderen), particuliere hulp (uit eigen zak betaald), professionele thuiszorg (gesubsidieerde zorg op indicatie), en intramurale zorg (in verzorgings- of verpleeghuis) (Geerlings et al 2004a).

*Tevredenheid over verkregen zorg* werd bepaald met de vraag of de respondent de zorg al met al voldoende vond (Stevens et al 2006). Er waren drie antwoordmogelijkheden: ontevreden, niet ontevreden en niet tevreden, en tevreden. Omdat de grote meerderheid van de deelnemers 'tevreden' kozen, werden de eerste twee categorieën samengevoegd en gecodeerd als 1, terwijl 'tevreden' werd gecodeerd als 0.

## 4.4 Resultaten

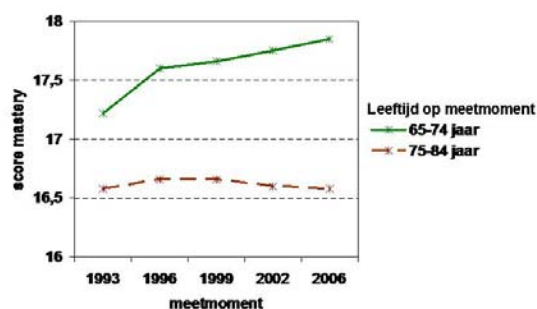
*Vraagstelling 1a. Hoe verandert de mate van regie (mastery) over opeenvolgende generaties ouderen?*

Deze vraag toetst de verwachting dat aankomende generaties ouderen een hogere mastery zouden hebben.

Om deze vraag te beantwoorden zijn uit de LASA-meetmomenten 1992-93 tot en met 2005-06 gelijke leeftijdsgroepen geselecteerd. Zo kan worden nagegaan of de gemiddelde mastery bij ouderen van dezelfde leeftijd maar van opeenvolgende generaties verschilt. In bijlage 1 staat voor mannen en vrouwen per 5-jaars leeftijdsgroep de gemiddelde mastery voor de

opeenvolgende meetmomenten. Uit een toets of er significante trends zijn, blijkt dat er voor de jongere leeftijdsgroepen (jonger dan 75 jaar) een stijgende trend is, terwijl voor de oudere leeftijdsgroepen (75 jaar en ouder) een stabiele trend wordt waargenomen (figuur 1). Er waren geen verschillende trends voor mannen en vrouwen.

In het algemeen zijn er twee mogelijke verklaringen voor waargenomen trends in de tijd. De eerste is dat opeenvolgende generaties andere kenmerken hebben (cohort-effecten); de tweede is dat er in de onderzochte periode maatschappelijke veranderingen zijn opgetreden die invloed uitoefenen op de mastery van alle individuen, ongeacht de generatie waartoe zij behoren (periode-effecten).



Figuur 1. Trend in mastery over de tijd binnen twee leeftijdsgroepen, gecontroleerd voor sekse. Longitudinal Aging Study Amsterdam, 1992-93 tot 2005-06.

Ter illustratie vatten wij een diepgaandere analyse samen van de trend in mastery van 1992-93 tot 2002-03 in de leeftijdsgroep 55-64 jaar (Deeg & Huisman, aangeboden aan tijdschrift). Er bleek geen significante trend wanneer de gehele leeftijdsgroep werd beschouwd, ondanks het feit dat het opleidingsniveau significant was toegenomen (cohort-effect). Er bleken echter wél trends in deelgroepen. Met name het vóórkomen van ziekte bleek een belangrijke factor. Bij ouderen zonder ziekte kon een toenemende trend in mastery worden waargenomen, maar bij ouderen die één of meer ziekten hadden, nam de trend in mastery in het algemeen af. Er was één uitzondering: bij ouderen met hartziekte werd de mastery beter in het recente cohort, terwijl dit niet het geval was in het oude cohort. Dit verschil werd geïnterpreteerd als een periode-effect, namelijk de sterke verbetering in de medische zorg voor hartpatiënten.

Geconcludeerd kan worden dat er enige aanwijzingen zijn dat de mastery van opeenvolgende generaties 65-74-jarigen is toegenomen. In de oudste leeftijdsgroep zien we geen stijgende of dalende trend in mastery. Bij degenen die in 2006 nog geen 65 jaar waren – de toekomstige ouderen – lijkt de mastery enigszins toe te nemen indien er geen ziekten in het spel zijn.

*Vraagstelling 1b. Zijn er groepen in de oudere bevolking waarin de mate van regie sneller verandert dan in andere groepen?*

Een relevante onderverdeling van de oudere bevolking is naar opleidingsniveau. Uit de literatuur blijkt dat hoger opgeleiden een hogere mastery hebben. Nu is het opleidingsniveau van ouderen de laatste decennia sterk toegenomen. Dit zou het gemiddelde niveau van mastery in recente generaties ouderen kunnen verhogen. Inderdaad blijkt de stijging in mastery die in figuur 1 werd gesignaleerd voor een deel aan een stijging van het opleidingsniveau toe te schrijven te zijn (toevoeging van opleidingsniveau in het verklaringsmodel doet de significantie van de trend in mastery afnemen).

De vraag is echter, of ouderen anno 2006 die een middelbareschooldiploma hebben, een even hoge mastery hebben als ouderen die anno 1993 dit diploma hadden. Het is mogelijk dat wanneer een voortgezette opleiding voor meer mensen bereikbaar wordt, de gunstige effecten ervan minder groot zijn. Omgekeerd is het mogelijk dat naarmate sociaal-economische belemmeringen om een voortgezette opleiding te volgen een minder grote rol gingen spelen toen ouderen jong waren, andere factoren (bijv. intelligentie) een grotere rol zijn gaan spelen bij de opleidingskeuze. De nieuwe generatie ouderen met alleen lagere opleiding zouden dan een lagere mastery kunnen hebben dan vorige generaties ouderen.

We gaan na of de gemiddelde mastery bij ouderen van dezelfde leeftijd, maar van opeenvolgende generaties, verschilt waarbij ouderen met lagere, voortgezette, en hogere opleiding worden uitgesplitst (bijlage 2). Toetsing van mogelijke verschillen in trends naar opleidingsniveau leert dat er geen significante verschillen zijn.

Geconcludeerd kan worden dat de trend in mastery niet verschilt naar opleidingsniveau. Dit laat onverlet dat een hoger percentage ouderen met een hoger opleidingsniveau de gemiddelde mastery in een bepaalde leeftijdsgroep doet stijgen.

*Vraagstelling 2. Welke determinanten zijn er van mastery?*

In bijlage 1 is al te zien dat mannen in iedere leeftijdsgroep een iets hogere mastery hebben dan vrouwen. Voorts is op ieder meetmoment (dus cross-sectioneel) een geleidelijke afname in mastery over de leeftijdsgroepen te zien. De oudste groep, en daarvan vooral de vrouwen, heeft dus de laagste mastery.

Een andere determinant is het opleidingsniveau (zie bijlage 2 voor gedetailleerde cijfers).

Tabel 1. Leeftijd, sekse en opleidingsniveau als determinanten van mastery. Univariate variantie-analyse: verschil in mastery score ten opzichte van referentiegroep. Longitudinal Aging Study Amsterdam, 2005-06 (N=1772).

Determinant	Vershil in score	p-waarde voor verschil
<i>Leeftijd</i>		
55-59 jaar	3,23	<0,001
60-64 "	2,33	<0,001
65-69 "	2,40	<0,001
70-74 "	2,25	<0,001
75-79 "	1,33	0,021
80-84 "	0,84	0,158
85-89 "	1,02	0,109
90-98 " (ref.)	0	
<i>Sekse</i>		
Man	0,66	<0,001
Vrouw (ref.)	0	
<i>Opleiding</i>		
Laag	-1,04	<0,001
Midden	-0,40	0,063
<b>Hoog (ref.)</b>	0	

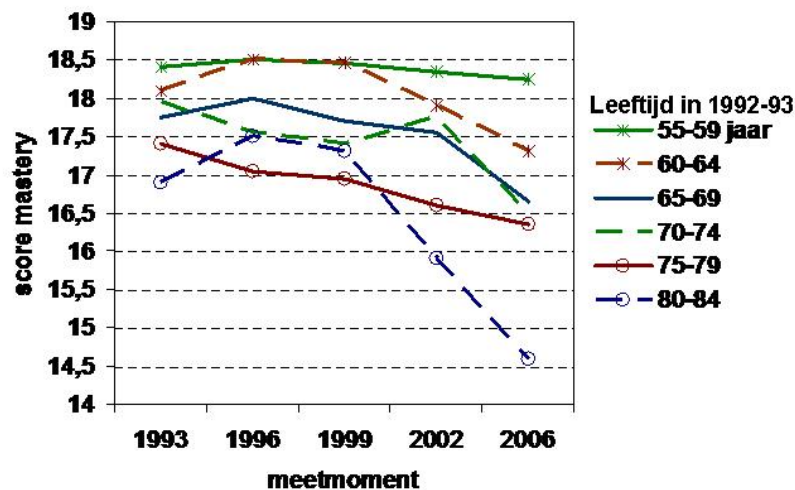
Uit univariate variantie-analyse op cross-sectionele gegevens van de meest recente LASA-waarneming (2005-06) blijkt dat leeftijd, sekse en opleidingsniveau ieder onafhankelijk van elkaar een significante associatie vertonen met mastery. In tabel 1 is te zien dat het verschil tussen de jongste groep (55-59 jaar) en de oudste groep (90 jaar en ouder) 3,2 punten op de masteryschaal bedraagt. Vooral de leeftijd van 75 jaar lijkt een scheidslijn: in de groep 70-74 jaar is de mastery 2,2-1,3=0,9 punt hoger dan in de groep 75-79 jaar. Het verschil tussen mannen en vrouwen is beperkt tot 0,6 punt gemiddeld; en het verschil tussen laag- en hoog-opgeleiden is 1,0 punt. Het maximale verschil is te zien tussen een vrouw van 91 jaar met lage opleiding en een man van 58 jaar met een hoge opleiding. Dit verschil van 4,8 punten komt overeen met anderhalve standaarddeviatie van de masteryschaal ( $sd=3,2$ ) en is substantieel te noemen.

Geconcludeerd kan worden dat leeftijd een doorslaggevende factor is bij het gevoel van mastery. Vooral de leeftijd van 75 jaar lijkt een scheidslijn.

Wanneer een cross-sectionele samenhang van een kenmerk met leeftijd wordt gevonden, geldt in het algemeen dat deze samenhang door twee factoren kan worden verklaard: veroudering en cohort-effecten.

Hierboven werd al beschreven dat de waargenomen invloed van leeftijd op mastery deels lijkt te kunnen worden toegeschreven aan cohort-effecten zoals de toename in het

opleidingsniveau bij jongere ouderen. In welke mate de samenhang tussen mastery en leeftijd ook aan veroudering is toe te schrijven, kan worden getoetst in longitudinale analyse binnen cohorten. Ter illustratie is in figuur 2 het verloop weergegeven van mastery bij het ouder worden, bij de LASA-deelnemers die vanaf 1992 tot en met 2006 in het onderzoek zijn gebleven (n=833). Om cohorten te definiëren is onderscheid gemaakt naar 5-jaars leeftijdsgroepen in 1992. Het verloop binnen iedere leeftijdsgroep is gecontroleerd voor sekse en opleiding. Sekse noch opleiding had echter een significante invloed op het beloop. Het verschil in afname in mastery tussen de leeftijdsgroepen was wel significant: hoe ouder de leeftijd, hoe sterker de mastery afneemt.<sup>ii</sup>



Figuur 2. Verloop van mastery per leeftijdsgroep over 13 jaar. Longitudinal Aging Study Amsterdam, overlevende deelnemers 1992-93 tot 2005-06 (N=833).

Deze bevinding onderstreept de hierboven getrokken conclusie: leeftijd, en wel in de zin van veroudering, speelt een doorslaggevende rol bij de mate van mastery. Omdat het op oudere leeftijd, wanneer zorgbehoefte op gaat treden, van groot belang is dat ouderen de regie over die zorg kunnen houden, vormt deze bevinding een waarschuwing dat men de meeste regie heeft op het moment dat men het (nog) niet nodig heeft.

De belangrijke rol van veroudering in de ontwikkeling van mastery kan toe te schrijven zijn aan diverse factoren die met veroudering samenhangen: het optreden van ziekten, depressieve

klachten, cognitieve beperkingen, lichamelijke beperkingen, het wegvallen van de partner of het werk, en eenzaamheid.

In tabel 2 wordt getoond welke factoren in voor de gehele leeftijdsgroep 58+ gelden als determinanten van mastery. We zien dat leeftijd een belangrijke rol blijft spelen, ook al zijn diverse leeftijdsafhankelijke determinanten in het model toegevoegd. Vergelijken we de regressiecoëfficiënt van leeftijd in het multivariate model in tabel 1 met die uit een ‘ruw’ model met alleen leeftijd, dan is de ‘ruwe’ regressiecoëfficiënt teruggebracht van -0,220 tot -0,106; dit is een verlaging met 52%. De factor opleiding neemt 10% van het leeftijdseffect voor zijn rekening.

Overige factoren die significant met mastery samenhangen zijn chronische ziekten (met name wanneer een eerste ziekte is opgetreden; tweede of meerdere ziekten hebben minder invloed op de mastery), cognitieve en lichamelijke beperkingen, relevante depressieve symptomen en eenzaamheid. Tezamen verklaren deze 19,1% van de variantie in mastery. Van de sociaal-demografische factoren hangen naast leeftijd sekse, opleidingsniveau en het doen van betaald werk samen met mastery (verklaarde variantie: 8,9%); alleen partnerstatus heeft geen invloed.

In een eerdere analyse zijn determinanten van mastery berekend voor de leeftijdsgroep 55-64 jaar (Deeg & Huisman, aangeboden). Nu bleken al deze factoren – ook partnerstatus – met mastery samen te hangen, en het effect van leeftijd ‘weg te verklaren’ (zie bijlage 3). In deze leeftijdsgroep speelt veroudering als zodanig blijkbaar nog geen rol.

Tabel 2. Determinanten van mastery (cross-sectioneel). Longitudinal Aging Study Amsterdam, leeftijden 58-98 in 2005-06.

	Gestandaardiseerde	
	beta coëfficiënt	p-waarde
Leeftijd (een jaar hoger)	-0.106	0.007
Sekse (vrouw vs man)	-0.043	0.048
Opleiding (een punt hoger)	0.046	0.035
Partner (ja vs nee)	0.010	0.667
Betaald werk (ja vs nee)	0.074	0.001
Cohort (2002 vs 1992)*	0.048	0.180
Lichamelijke ziekten		
- een	-0.081	0.005
- twee of meer	-0.064	0.036
Depressieve symptomen (ja vs nee)	-0.269	<0.001
Cognitieve beperking (ja vs nee)	-0.097	<0.001
Lichamelijke beperking	-0.138	<0.001
Eenzaamheid	-0.205	<0.001

\* De variabele 'cohort' is meegenomen om te corrigeren voor eventuele responseverschillen tussen de 'oudgedienden' en de 'nieuwkomers' onder de LASA-respondenten.

Geconcludeerd kan worden dat verschillen in mastery voor een deel kunnen worden verklaard door lichamelijke en geestelijke gezondheid en sociale factoren die deels met de leeftijd samenhangen. Daarnaast blijft veroudering als zodanig een rol spelen.

*Vraagstelling 3. In welke mate zijn transities in zorggebruik afhankelijk van de mate van regie?*

Uit analyses voor de SCP-rapportage 'Zorg en wonen van kwetsbare ouderen' (Geerlings et al 2004b) is al gebleken dat mastery slechts weinig invloed heeft op veranderingen in zorggebruik, zoals onderzocht over de periode 1992-1996 voor aanvankelijk 55-85-jarigen. Mastery bleek alleen een determinant van de transitie naar thuiszorg: ouderen met een lage mastery hadden meer kans om deze transitie te maken (OR = 0.91). Dezelfde analyses zijn nu gedaan voor de periode 2001-02 tot 2005-06, voor aanvankelijk 64-94-jarigen.

In de uitgangssituatie in 2001-02 hadden 592 ouderen geen enkele zorg (40,4%). De overige ouderen maakten van één of meer bronnen van zorg gebruik, waarbij 151 ouderen (10,3%) gebruik maakten van zowel informele als formele zorg. Van achtereenvolgens partnerzorg, overige informele zorg, particuliere zorg en professionele thuiszorg maakten respectievelijk 17,5%, 17,3%, 17,0% en 14,7% gebruik. In een zorginstelling woonde 5,6% van de ouderen. Deze laatste worden verder buiten beschouwing gelaten.

In tabel 3 is het vóórkomen van iedere transitie in zorg bij thuiswonende ouderen in kaart gebracht. In de eerste kolom staat de uitgangssituatie in 2001-02, en in de rijen staan de percentages waarin een transitie tussen 2001-02 en 2005-06 voorkomt, gegeven de uitgangssituatie in 2001-02. Dit kan zijn van geen zorg in 2001-02 naar zorg uit enigerlei bron in 2005-06 (eerste rij) of – bij zorggebruikers in 2001-02 – van de ene zorgvorm naar de andere of naar geen zorg (rij 2 t/m 5). In tabel 3 is tevens per uitgangssituatie vermeld welk percentage overleed in deze periode, en van welk percentage in 2005-06 geen gegevens beschikbaar zijn. (Bij een deel van de laatste groep zijn telefonische interviews gedaan waarbij ook werd gevraagd naar het zorggebruik – deze gegevens waren nog niet beschikbaar.) Aan de overlijdenskans (één-na laatste kolom) kan worden gezien dat deze oploopt met de zwaarte van de zorgvorm in de uitgangssituatie: van alleen partner tot alleen professionele thuiszorg.



**Tabel 3.** Transitiekansen voor verschillende zorgvormen. Longitudinal Aging Study Amsterdam 2001-02 tot 2005-06.

<i>Zorg 2001-02<sup>1</sup></i>	<i>Zorg 2005-06 (%)<sup>2</sup></i>									
	<i>N</i>	<i>Geen</i>	<i>Partner</i>	<i>Overig informeel</i>	<i>Particulier</i>	<i>Professioneel Huishouden</i>	<i>Professioneel zelfverzorging</i>	<i>In zorg-instelling</i>	<i>Overleden</i>	<i>Geen gegevens</i>
Geen	592	51,1	5,6	7,3	6,9	9,6	1,4	1,0	9,0	12,5
Partner	171	42,1	21,0	4,1	3,5	4,7	0,0	1,8	12,3	13,4
Overig informeel	128	10,9	3,1	33,6	8,6	13,3	5,5	3,9	17,2	18,0
Particulier	176	6,2	2,3	9,1	52,3	10,8	4,6	2,3	17,6	10,2
<b>Professioneel</b>	136	0,7	0,0	10,3	3,7	47,1	8,8	2,9	27,2	16,9

<sup>1</sup> De zorgvorm in 2001-02 is exclusief, d.w.z. ouderen met alleen één zorgvorm worden beschouwd. In 2001-02 hadden 151 ouderen (10,3%) zowel informele als formele zorg, en 246 (16,8%) combinaties van ofwel informele ofwel formele zorg.

<sup>2</sup> Rijpercentages kunnen optellen tot meer dan 100% omdat er vanuit één zorgvorm transitie naar meerdere andere zorgvormen kunnen plaatsvinden. Dit was het geval bij 24 personen. Ook kan een transitie naar een andere zorgvorm plaatsvinden terwijl de oorspronkelijke zorgvorm blijft bestaan. Dit was het geval bij 19 personen.

Allereerst kan worden vermeld dat 303 deelnemers (20,7%) op beide tijdstippen geen enkele zorg krijgen. (Dit betekent overigens niet dat zij niet tussendoor tijdelijk zorg kregen.)

Wanneer ouderen die in 2001-02 geen zorg gebruikten, in 2005-06 dat wèl doen, is dat het vaakst professionele thuiszorg t.b.v. het huishouden (10,3%). Daarop volgt informele zorg: van partner (5,3%) of van overige mantelzorgers – veelal kinderen (7,6%). Ook particuliere zorg wordt redelijk vaak aangegaan (7,1%).

Van de ouderen die in 2001-02 alleen zorg van hun partner kregen, had de meerderheid in 2005-06 geen enkele zorg meer (42,1%). Slechts 21% had nog steeds zorg van hun partner. Kleinere minderheden kregen in 2005-06 zorg van overige mantelzorgers, particuliere zorg, of professionele huishoudelijke thuiszorg (alle vormen rond 4%).

Ouderen die in 2001-02 alleen zorg van mantelzorgers anders dan hun partner kregen, hield de meerderheid (33,6%) zorg uit deze bron, en kreeg 3,1% in 2005-06 zorg van hun partner. Daarnaast had in 2005-06 10,9% geen enkele zorg meer. De op één na grootste groep (13,3%) ging over op professionele huishoudelijk zorg, 5,5% op professionele hulp bij de zelfverzorging, en nog eens 8,9% kreeg in 2005-06 particuliere hulp. De groep ouderen met informele zorg van niet-partners had verder de hoogste kans om in een zorginstelling te worden opgenomen, ook al is die kans nog laag: 3,9%.

Particuliere hulp blijkt de meest stabiele vorm van zorg. Van de ouderen die in 2001-02 alleen particuliere hulp hadden, had in 2005-06 nog steeds 52,3% deze vorm van hulp. Daarnaast gingen deze ouderen over op professionele huishoudelijke hulp (10,8%), en 4,6% kreeg in 2005-06 hulp bij de zelfverzorging. Op hulp van mantelzorgers andere dan de partner kon in 2005-06 9,1% van de ouderen met aanvankelijk alleen particuliere hulp rekenen, en verviel 6,2% in een situatie zonder enige hulp.

Tenslotte de groep ouderen die in 2001-02 alleen professionele zorg had. Hierbij zijn inbegrepen de 18 ouderen die hulp hadden bij de zelfverzorging; deze groep was helaas te klein om apart de transitiekansen van te berekenen; bovendien was de sterfte in deze groep hoog. Overigens was ook de sterfte in de totale groep met in 2001-02 professionele thuiszorg groot (27,2%). Net als particuliere hulp, blijkt professionele thuiszorg een stabiele zorgvorm: 47,1% had ook in 2005-06 professionele huishoudelijke zorg, en liefst 8,8% had professionele hulp bij de zelfverzorging. Daarnaast had 10,3% hulp van mantelzorgers; onder deze mantelzorgers bevonden zich geen partners meer.

Nu de transitie kwantitatief in kaart zijn gebracht, gaan we na in welke mate mastery als determinant van de diverse transitie is te onderscheiden. Zeven mogelijke transitie in zorggebruik zijn gedefinieerd:

1. Van geen zorg naar zorg door de partner of andere mantelzorgers
2. Van geen zorg naar particuliere hulp
3. Van geen zorg naar professionele zorg (huishoudelijk en zelfverzorging)
4. Van informele zorg naar particuliere hulp
5. Van informele zorg naar professionele zorg (huishoudelijk en zelfverzorging)
6. Van particuliere zorg naar professionele zorg (huishoudelijk en zelfverzorging)
7. Van partnerzorg naar geen enkele zorg.

Naast mastery worden als mogelijke determinanten van zorggebruik meegenomen: leeftijd, sekse, opleidingsniveau, inkomen, partnerstatus, regio, aantal chronische ziekten, beperkingen in dagelijkse activiteiten, cognitieve beperkingen, en contact met medisch specialist en ziekenhuisopname in het afgelopen halfjaar.

In tabel 4 wordt voor iedere transitie de kansverhouding (odds ratio, OR) van één punt stijging op de masterschaal getoond; dit kan worden geïnterpreteerd als de relatieve kans op de transitie van iemand met een bepaalde masterscore ten opzichte van iemand met een score die één punt lager ligt in 2001-02. In model 1 wordt alleen gecontroleerd voor leeftijd en sekse, in model 2 wordt tevens gecontroleerd voor de overige potentiële determinanten.

Mastery blijkt maar in twee transitie een rol te spelen, en wel een tegengestelde rol. De transitie van geen enkele zorg naar professionele zorg heeft kleinere kans ( $OR < 1$ ) bij ouderen met een hoge mastery dan bij ouderen met een lage mastery. Andersom geformuleerd: ouderen met een lage mastery hebben meer kans om op de professionele thuiszorg aangewezen te raken. Dit is dezelfde bevinding als tien jaar geleden (Geerlings e.a. 2004). Dit lijkt misschien contra-intuïtief, omdat er juist initiatief nodig is voor het regelen van thuiszorg. Een verklaring zou kunnen zijn dat ouderen met lage mastery geen informele zorg georganiseerd krijgen of een te klein sociaal netwerk hebben, en daarom op de professionele zorg aangewezen raken – òf zo lang zonder zorg leven dat zij uiteindelijk relatief snel in een relatief zware zorgvorm terecht komen. Een andere verklaring kan zijn dat voor ouderen met een lage mastery de beslissing vaker door anderen wordt genomen. Dit zijn dan personen die zelf geen informele zorg verlenen, bijvoorbeeld de huisarts of ver weg wonende kinderen.

**Tabel 4.** Mastery als determinant van transitie in de zorg. Odds ratio's (OR's) uit logistische regressie-analyse. Longitudinal Aging Study Amsterdam, 2001-02 tot 2005-06 (N verschillend per transitie).

<i>Transitie</i>	N	OR (mastery)		p-waarde (mastery)	
		Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
1. Van geen zorg naar zorg door de partner of andere mantelzorgers	367	0,99	1,05	0,80	0,39
2. Van geen zorg naar particuliere hulp	344	1,03	0,99	0,62	0,88
3. Van geen zorg naar professionele zorg (alle)	360	<b>0,84</b>	<b>0,87</b>	0,002	0,03
4. Van informele zorg Naar particuliere hulp	280	1,03	1,04	0,55	0,61
5. Van informele zorg naar professionele zorg (alle)	255	<b>1,14</b>	<b>1,27</b>	0,03	0,001
6. Van particuliere zorg naar professionele zorg (alle)	164	1,02	1,15	0,78	0,10
<b>7. Van partnerzorg naar geen enkele zorg</b>	178	1,04	0,98	0,38	0,75

Noot: met vet-cursief worden significante OR's aangegeven.

Model 1: covariaten alleen leeftijd en sekse. Model 2: alle relevante covariaten.

In tegenstelling tot de transitie van geen enkele zorg naar professionele zorg, is de overgang van informele zorg naar professionele zorg waarschijnlijker bij ouderen met hogere mastery (OR > 1 in tabel 4). Dit zijn wellicht ouderen die hun informele zorg goed hebben kunnen organiseren, maar die zodanig hulpbehoevend zijn geworden dat hun mantelzorgers het niet meer met elkaar redden. Uit recent gepubliceerd onderzoek in LASA (Pot et al 2009) bleek bijvoorbeeld dat de aanwezigheid van kinderen in de buurt in eerste instantie de mogelijkheid tot informele zorg vergroot; wordt de zorgbehoefte van de oudere groter, dan zijn de kinderen veelal behulpzaam bij het regelen van professionele zorg.

Geconcludeerd kan worden dat een hoge mate van regie ouderen in staat stelt om hun eigen informele zorg te regelen, totdat de mantelzorg het niet langer aankan en professionele zorg inschakelt. Ouderen met weinig regie komen relatief snel in de professionele zorg terecht.

*Vraagstelling 4. Leidt het zorggebruik van ouderen met veel regie tot meer tevredenheid over de zorg dan bij ouderen met minder regie?*

Tevredenheid van de zorggebruiker over de hoeveelheid verkregen zorg kan worden gezien als een indicator van de passendheid (gerichtheid) van de zorg (Stevens et al 2006). Uitgaande van dezelfde zorgtransitiegroepen als bij de vorige vraagstelling, gaan we nu na in welke mate ouderen de zorg die zij krijgen onvoldoende vinden. Bovendien onderzoeken we of de (on)tevredenheid over de zorg afhangt van de mate van regie die ouderen hebben.

**Tabel 5.** Mastery als determinant van ontevredenheid met de hoeveelheid zorg per transitie in de zorg. Odds ratio's (OR's) uit logistische regressie-analyse. Longitudinal Aging Study Amsterdam, 2001-02 tot 2005-06 (N verschillend per transitie).

<i>Transitie</i>	N	% zorg onvoldoende	OR (mastery) <sup>1</sup>	p-waarde (mastery)
1. Van geen zorg naar zorg door de partner of andere mantelzorgers	356	5,9	0,99	0,85
2. Van geen zorg naar particuliere hulp	325	5,8	<b>0,85</b>	<b>0,035</b>
3. Van geen zorg naar professionele zorg (alle)	338	8,0	0,96	0,65
4. Van informele zorg naar particuliere hulp	276	16,3	<b>0,89</b>	<b>0,02</b>
5. Van informele zorg naar professionele zorg (alle)	249	14,9	0,93	0,22
6. Van particuliere zorg naar professionele zorg (alle)	164	14,0	<b>0,84</b>	<b>0,048</b>
<b>7. Van partnerzorg naar geen enkele zorg</b>	174	16,7	<b>0,87</b>	<b>0,046</b>

Noot: met vet-cursief worden significante OR's aangegeven.

<sup>1</sup> Model gecontroleerd voor alle relevante covariaten (p (covariaat) < 0,20).

In tabel 5 staat in kolom 2 het percentage ouderen dat de zorg die wordt verkregen onvoldoende vindt. Deze percentages lopen op van 5,8% tot 16,7%. Het is goed te zien dat ouderen die nog relatief kort zorg ontvangen (transitiegroepen 1, 2 en 3) relatief tevreden zijn over de zorg die zij krijgen. De groepen die al langer zorg ontvangen en bovendien een transitie naar een andere zorgvorm hebben doorgemaakt (transitiegroepen 4, 5 en 6) zijn minder tevreden. De laatste groep, namelijk degene die geen zorg meer heeft nadat de partner eerst zorg verleende, is eveneens relatief ontevreden.

Wat betreft de rol van mastery bij de tevredenheid over de zorg, zien we dat in vier van de zeven transitiegroepen mastery een significante rol speelt. Bij de ouderen die aanvankelijk geen zorg gebruikten, speelt de mastery alleen een rol bij degenen die particuliere zorg zijn gaan gebruiken. Deze rol is technisch gesproken negatief ( $OR < 1$ ): hoe hoger de mastery hoe lager de kans dat de oudere de verkregen zorg onvoldoende vindt. Anders geformuleerd speelt mastery een positieve rol, want een hoge mastery hangt samen met meer tevredenheid over de zorg.

Bij de vier groepen ouderen die aanvankelijk al wél zorg gebruikten, speelt mastery driemaal een significante rol. Ook hier is deze rol technisch negatief ( $OR < 1$ ): hoe hoger de mastery, hoe lager de kans dat de oudere ontevreden is over de hoeveelheid verkregen zorg.

In tabel 5 is ook te zien dat mastery met name een rol speelt in de zorgtevredenheid bij ouderen die particuliere zorg hebben (groep 6) of krijgen (groepen 2 en 4). Wellicht gaat het hier om beter gesitueerde ouderen, die zich particuliere zorg kunnen veroorloven. Dat mastery een rol speelt bij degenen die de hulp van hun partner zijn kwijtgeraakt en geen andere hulp kregen (groep 7), laat zien dat ouderen met een hoge mastery ook een hoge zelfredzaamheid hebben.

Geconcludeerd kan worden dat bij ouderen die langer dan drie jaar zorg gebruiken, ongeveer één op de acht ouderen de zorg onvoldoende vindt. Onder degenen met een lage mate van regie bevinden zich méér ouderen die de verkregen zorg onvoldoende vinden dan onder degenen met een hoge mate van regie.

## 4.5 Conclusies

Ter afsluiting worden per vraagstelling de getrokken conclusies onder elkaar gezet.

*Vraagstelling 1a. Hoe verandert de mate van regie over opeenvolgende generaties ouderen?*

Er zijn aanwijzingen gevonden dat de mastery van opeenvolgende generaties 65-74-jarigen is toegenomen. In de oudste leeftijdsgroep (75+) zien we geen stijgende of dalende trend in mastery.

*Vraagstelling 1b. Zijn er groepen in de oudere bevolking waarin de mate van regie sneller verandert dan in andere groepen?*

Onder meer door de toename van het percentage ouderen met een hoger opleidingsniveau in recente generaties ouderen stijgt de gemiddelde mastery. De onder 1a gesignaleerde trend in mastery verschilt echter niet binnen groepen met hetzelfde opleidingsniveau.

*Vraagstelling 2. Welke determinanten zijn er van mastery?*

Veroudering is een doorslaggevende factor bij het gevoel van mastery. Vooral de leeftijd van 75 jaar lijkt een scheidslijn tussen hogere en lagere mastery. Naast leeftijd en opleiding zijn determinanten van mastery de lichamelijke en geestelijke gezondheid en sociale situatie, die voor een deel ook leeftijdsafhankelijk zijn.

*Vraagstelling 3. In welke mate zijn transities in zorggebruik afhankelijk van de mate van regie?*

Een hoge mate van regie stelt ouderen in staat om hun eigen informele zorg te regelen, tot de mantelzorg het niet langer aankan en professionele zorg inschakelt. Ouderen met weinig regie komen relatief snel in de professionele zorg terecht.

*Vraagstelling 4. Leidt het zorggebruik van ouderen met veel regie tot meer tevredenheid over de zorg dan bij ouderen met minder regie?*

Bij ouderen die langer dan drie jaar zorg gebruiken, vindt ongeveer één op de acht ouderen de zorg onvoldoende. Onder degenen met een lage mate van regie bevinden zich méér ouderen die de verkregen zorg onvoldoende vinden dan onder degenen met een hoge mate van regie.

Samenvattend: de mate van regie lijkt in recente generaties ouderen te stijgen. Dit is conform de verwachting zoals verwoord in de eerste paragraaf. In ieder geval onder de jongere ouderen is de assertiviteit toegenomen. Een belangrijke determinant van de mate van regie blijft echter veroudering: boven de leeftijd van 75 jaar neemt de regie af. Naast leeftijd zijn geestelijke en lichamelijke beperkingen en sociale factoren determinanten van de mate van regie. Ouderen met een hoge mate van regie hebben deels een ander zorggebruik dan ouderen met een lage

mate van regie: zij maken minder snel gebruik van professionele zorg, doordat zij beter in staat zijn hun zorg in informele kring te regelen. Genieten ouderen echter al langer informele zorg en stijgt hun zorgbehoefte, dan bevordert een hogere regie juist dat zij een eerder beroep doen op de professionele zorg dan het geval is bij ouderen in dezelfde situatie met lagere regie. Tenslotte: ouderen met veel regie zijn vaker tevreden over de hoeveelheid zorg die zij ontvangen dan ouderen met weinig regie. Redenen hiervoor kunnen zijn dat zij deze zorg zelf hebben geregeld, of dat zij een betere keuze hebben gemaakt van zorgverleners of zorginstanties. De veronderstelling dat ouderen met veel regie passender en optimalere zorg ontvangen dan ouderen met weinig regie, lijkt dus te worden ondersteund.

Dit was met name het geval bij beter gesitueerde ouderen, die zich particuliere zorg kunnen veroorloven. Kwetsbare ouderen die minder goed gesitueerd zijn, zullen in de regel geen particuliere zorg gebruiken. Volgens recent onderzoek hecht deze laatste groep meer belang dan andere groepen ouderen aan veiligheid en zekerheid (Kasper 2010).

Onze bevindingen suggereren dat het stimuleren van empowerment bij ouderen niet alleen de kwaliteit van leven maar ook de kwaliteit van de zorg zou kunnen verbeteren. Twee recente overzichten van de literatuur (Gustafsson et al 2009, Jonker et al 2009) wijzen erop dat interventies die erop zijn gericht om het gevoel van regie van kwetsbare ouderen te bevorderen effectief kunnen zijn. Een voorbeeld is het Chronic Disease Self Management Program (Lorig 1996), welk programma is vertaald in het Nederlands (Elzen et al 2006). Dit programma bestaat uit een cursus van zes dagdelen, waarin ouderen worden gestimuleerd om actiever betrokken te raken bij het omgaan met eigen gezondheidsproblemen en methoden krijgen aangereikt om beter voor zichzelf te zorgen. Dit programma is uniek omdat het niet is gericht op mensen met een specifieke ziekte, maar op algemene ziektekenmerken zoals vermoeidheid, pijn en angst. De empirische ondersteuning voor de positieve effecten van dit programma is echter nog niet heel sterk, en wellicht moet het programma eerst worden verbeterd voordat het brede toepassing kan vinden.

Het stimuleren van empowerment kan echter niet voor de hele oudere bevolking een oplossing zijn, omdat er groepen ouderen zijn die niet meer in staat zijn zich nieuwe vaardigheden te verwerven. Dit geldt in elk geval voor de ouderen die cognitieve achteruitgang ervaren (Jonker 2010). Voor deze ouderen zou de zorg door anderen moeten worden geregeld, waarbij deze zo goed mogelijk aansluit bij hun wensen zodat zij de nodige veiligheid en zekerheid kunnen blijven ervaren.



## 4.6 Literatuur

- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York, NY: Freeman, 1997.
- Beekman ATF, Limbeek J van, Deeg DJH, Tilburg W van, Wouters L. Een screeningsinstrument voor depressie bij Nederlandse ouderen in de algemene bevolking: De bruikbaarheid van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Tijdschr Gerontol Geriatr 1994; 25: 95-103.
- Beekman ATF, Deeg DJH, Limbeek J van, Braam AW, Vries MZ de, Tilburg W van. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): Results from a community based sample of older subjects in the Netherlands. Psychol Med 1997; 27: 231-235.
- Bisschop MI, Kriegsman DMW, Deeg DJH, Tilburg TG van, Penninx BWJH. The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. Aging Clin Exp Res 2003; 15: 164-173.
- Broese van Groenou MI, Tilburg TG van, Leeuw ED de, Liefbroer AC. Data collection. In: Knipscheer CPM, Jong Gierveld J de, Tilburg TG van, Dykstra PA (red). Living arrangements and social networks of older adults. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1995: 185-197.
- Deeg DJH, Knipscheer CPM, Tilburg W van (red). Autonomy and well-being in the aging population: Concepts and design of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. NIG-Trend Studies No. 7. Bunnik: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1993.
- Deeg DJH, Westendorp-de Serièrè M (red). Autonomy and well-being in the aging population I: Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1994.
- Deeg DJH, Beekman ATF, Kriegsman DMW, Westendorp-de Serièrè M (red). Autonomy and well-being in the Aging Population II. Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1996. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1998.
- Deeg DJH, Tilburg T van, Smit JH, Leeuw ED de. Attrition in the Longitudinal Aging Study Amsterdam: The effect of differential inclusion in side studies. J Clin Epidemiol 2002; 55: 319-328.
- Deeg DJH, Huisman M. Cohort differences in 3-year adaptation to health problems among Dutch middle-aged, 1992-1995 and 2002-2005. Aangeboden aan tijdschrift.
- 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; 12: 189-98.
- Elzen H, Slaets J, Snijders A, Steverink N. Evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) among chronically ill older persons in the Netherlands. Soc Sci Med 2006; 64: 1832-1841.
- Gadalla TM (2009) Sense of mastery, social support, and health in elderly Canadians. J Aging Health 21: 582-595
- Geerlings S, Broese van Groenou M, Deeg D. Determinanten van veranderingen in zorggebruik. Hoofdstuk 5. In: Klerk MMY de (red). Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004: 81-111.
- Gustafsson S, Edberg A-K, Johansson B, Dahlin-Ivanoff S. Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: a systematic review. Eur J Ageing 2009; 6: 315-329.
- Hitlin S, Long C. Agency as a sociological variable: a preliminary model of individuals, situations, and the life course. Sociol Compass 3; 2009: 137-160.
- Jonker AGC. Proefschrift Vrije Universiteit, 2010.
- Jonker AGC, Comijs HC, Knipscheer CPM, Deeg DJH. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). Eur J Ageing 6; 2009: 303-314.

- Kasper H. Niet iedereen is hetzelfde. *Gerōn*, Tijdschrift over ouder worden & samenleving 12; 2010: 54-56.
- Kriegsman DMW, Penninx BWJH, Van Eijk JTM, Boeke AJP, Deeg DJH (1996) Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community-dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. *J Clin Epidemiol* 49: 1407-1417
- Lorig K. Chronic disease self-management: a model for tertiary prevention. *Am Behav Sci* 1996; 39: 767-783.
- Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 1978; 19: 2-21.
- Pot AM, Portrait F, Visser G, Puts M, van Groenou MI, Deeg DJH. Utilization of acute and long-term care in the last year of life: comparison with survivors in a population-based study. *BMC Health Serv Res* 2009 Aug 5; 9: 139.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
- Rodin J, Timko C (1991) Sense of control, aging, and health. In Ory MG, Abeles RP (eds) *Aging, health, and behavior*. Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 174-206
- Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monographs* 80; 1966: 1-28.
- Schram MT, Frijters D, Lisdonk EH van de, Ploemacher J, Craen AJ de, Waal MW de, Rooij FJ van, Heeringa J, Hofman A, Deeg DJ, Schellevis FG. Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 1104-1112.
- Smit JH, Comijs HC. Longitudinaal onderzoek bij oudere respondenten: participatie en de kwaliteit van gegevens. *Tijdsch Gerontol Geriatr* 2000; 31: 184-189.
- Stevens M, Reininga IHF, Boss NAD, Horn JR van. Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag. *Patient Education and Counseling* 2006; 60: 241-245.
- Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 922-35.
- Wolinsky FD, Wyrwich KW, Babu AN, Kroenke K, Tierney WM (2003). Age, aging, and the sense of control among older adults: a longitudinal reconsideration. *J Gerontol Soc Sci* 58B: S212-S220.

#### 4.7 Empowerment Bijlage 1.

Gemiddelde mastery naar leeftijd en sekse per meetmoment. Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-2006.

Leeftijd	Jaar				
	1992-93 <i>N=2501</i>	1995-96 <i>N=1867</i>	1998-99 <i>N=1520</i>	2001-02 <i>N=1652</i>	2005-06 <i>N=1455</i>
<i>Mannen</i>					
60-64 jaar	18.4	18.2	18.6	18.3	18.6
65-69 "	17.8	18.5	18.5	18.0	18.6
70-74 "	17.1	18.1	17.7	18.3	18.1
75-79 "	17.0	16.9	17.0	17.0	17.3
80-84 "	16.6	16.8	16.8	16.6	16.7
<i>Vrouwen</i>					
60-64 jaar	17.5	18.1	17.6	17.4	17.5
65-69 "	16.9	16.9	17.8	17.7	17.5
70-74 "	17.0	17.0	16.7	17.1	17.6
75-79 "	16.5	16.8	16.7	16.4	16.4
<b>80-84 "</b>	16.2	16.1	16.1	16.4	16.0

#### 4.8 Empowerment Bijlage 2.

Gemiddelde mastery naar leeftijd en opleidingsniveau per meetmoment. Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-2006.

Leeftijd	Jaar				
	1992-93 <i>N=2501</i>	1995-96 <i>N=1867</i>	1998-99 <i>N=1520</i>	2001-02 <i>N=1652</i>	2005-06 <i>N=1455</i>
<i>Lage opleiding</i>					
60-64 jaar	17.5	17.5	17.2	17.4	16.8
65-69 "	16.8	17.4	18.1	17.5	17.6
70-74 "	17.2	17.5	16.8	17.3	17.0
75-79 "	16.5	16.5	17.1	16.4	16.8
80-84 "	16.1	16.2	15.9	16.4	16.1
<i>Voortgezette opleiding</i>					
60-64 jaar	18.1	18.4	18.4	17.8	18.0
65-69 "	17.7	17.6	18.0	18.0	17.9
70-74 "	17.0	17.3	17.4	17.9	18.2
75-79 "	17.0	17.0	16.6	16.6	16.8
80-84 "	16.7	16.6	16.8	16.4	16.3
<i>Hogere opleiding</i>					
60-64 jaar	18,3	18,5	18,6	18,5	18,9
65-69 "	17,7	18,7	18,6	17,9	18,7
70-74 "	17,0	17,7	17,9	18,0	17,7
75-79 "	17,0	17,8	16,8	18,1	17,2
<b>80-84 "</b>	17,1	16,8	16,5	17,1	16,4

#### 4.9 Empowerment Bijlage 3.

Belooptypen van mastery voor alle vijf meetmomenten, overlevenden zowel als overledenen. Longitudinal Aging Study Amsterdam, 1992-93 tot 2005-06 (N=1809).

Belooptype	Gemiddelde masteryscore					N	%
	T1	T2	T3	T4	T5		
1. Overlevend, hoog	19,8	20,1	20,0	19,9	19,6	372	20,6
2. Overlevend, dalend	17,4	17,4	17,2	16,8	16,1	333	18,4
3. Overlevend, laag	13,6	13,8	13,6	13,6	13,2	128	7,1
4. Laat <sup>1</sup> overleden, hoog	19,3	19,0	19,4	-	-	150	8,3
5. Laat overleden, dalend	17,4	16,4	15,3	-	-	146	8,1
6. Laat overleden, laag	12,8	13,1	12,4	-	-	58	3,2
7. Vroeg <sup>2</sup> overleden, hoog	18,4	-	-	-	-	383	21,2
<b>8. Vroeg overleden, laag</b>	13,4	-	-	-	-	239	13,2

T1: 1992-93

T2: 1995-96

T3: 1998-99

T4: 2001-02

T5: 2005-06

<sup>1</sup> Laat overleden: na T3, d.w.z. in de tweede helft van de onderzoeksperiode

<sup>2</sup> Vroeg overleden: voor T3, d.w.z. in de eerste helft van de onderzoeksperiode

#### 4.10 Empowerment Bijlage 4.

Explanatory factors for mastery, full model (cross-sectional). Longitudinal Aging Study Amsterdam, ages 55-64 in 1992-93 and 2002-03.

	Baseline mastery	
	Standardised Beta coefficient	P-value
Baseline mastery (one point higher)	-	-
Cohort (recent vs early)	0.04	0.04
Age (one year higher)	-0.02	0.46
Gender (female vs male)	-0.04	0.06
Education (one point higher)	0.02	0.43
Partner (yes vs no)	0.05	0.02
Paid work (yes vs no)	0.06	0.01
Somatic diseases		
- one	-0.04	0.09
- two or more	-0.03	0.27
Subthreshold depression (yes vs no)	-0.29	<0.001
Cognitive impairment (yes vs no)	-0.10	<0.001
Disability longer than 3 months		
- mild	-0.08	0.002
- severe	-0.06	0.01

---

<sup>i</sup> Een aan empowerment gerelateerd concept is ‘self-efficacy’ (in het Nederlands: ‘competentieverwachting’): de verwachting van een individu in welke mate hij of zij in staat is om activiteiten te organiseren en uit te voeren die vereist zijn om bepaalde doelen te bereiken (Bandura 1977). Self-efficacy is in principe domein-specifiek, omdat iemand op het ene terrein wel en op het andere terrein niet competent kan zijn. In LASA is een algemene self-efficacy schaal meegenomen. Volgens de huidige inzichten is deze niet toepasbaar voor specifiek gedrag, dus ook niet voor het organiseren van zorg (Hitlin & Long 2009). In dit onderzoek beperken wij ons daarom tot het begrip mastery.

<sup>ii</sup> Omdat het geschetste verloop alleen ouderen betreft die gedurende de gehele onderzoeksperiode aan LASA deelnemen, moeten de gegevens voorzichtig worden geïnterpreteerd. Het is namelijk mogelijk dat de gegevens een overschatting geven van de mate van mastery, want ouderen die zijn uitgevallen door sterfte of anderszins hebben vermoedelijk een lagere mastery. Daarom is het verloop van mastery over de tijd nog op een andere manier onderzocht, namelijk door beloopstypen te onderscheiden, zowel bij de overlevenden als bij degenen die vroeger of later in de onderzoeksperiode zijn overleden. In bijlage 2 worden acht beloopstypen weergegeven. Hieruit blijkt dat er een even grote variatie van niveau en verandering in mastery is onder de overlevenden als onder de overledenen. Dit betekent dat het in figuur 2 geschetste verloop een representatieve weergave is van de veranderingen met het ouder worden.

---

Voor meer informatie over de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), kunt u kijken op [www.lasa-vu.nl](http://www.lasa-vu.nl), of contact opnemen met Drs. Noëlle Sant, Medewerker kennistransfer, [n.sant@vumc.nl](mailto:n.sant@vumc.nl)