

GEZOND, SOCIAAL ACTIEF EN ZELFSTANDIG OUDER WORDEN

Zijn ouderen te groeperen naar leefstijl, streven naar autonomie, en sociale participatie?

En verschillen deze groepen dan naar ontwikkelingen in functionele beperkingen en zorggebruik?

Marjolein Broese van Groenou en Dorly Deeg



STATUS **definitief**VERSIE **3.0**AUTEUR **Marjolein Broese van Groenou en Dorly Deeg**OPDRACHTGEVER **VWS**DATUM **01.02.2016**

VERSPREIDING

VERSIE HISTORIE

VERSIENUMMER	DATUM	AUTEUR	OPMERKING

INHOUDSOPGAVE

1.	Onderzoeksvragen	4
1.1.	Aanleiding	4
1.2.	Gezond leven, sociaal actief zijn en streven naar autonomie	4
1.3.	Stabiliteit van gedrag en cognities	5
1.4.	Uitkomsten: gezondheid en zorggebruik	5
2.	Onderzoeksmodel en methoden	7
2.1.	Onderzoeksmodel	7
2.2.	Onderzoeksmethoden	7
3.	Resultaten	9
3.1.	Onderscheiden homogene groepen	9
3.2.	Stabiliteit van de indicatoren	10
3.3.	Functionele beperkingen en gebruik van hulp	10
3.4.	Veranderingen in functionele beperkingen over de tijd	11
3.5.	Veranderingen in gebruik van professionele thuiszorg over de tijd	11
3.6.	Functionele beperkingen en clusterlidmaatschap in samenhang met zorggebruik	12
4.	Conclusies en aanbevelingen	13
4.1.	Conclusies	13
4.2.	Aanbevelingen	13
5.	Referenties	15
6.	Tabellenbijlage	16

1. ONDERZOEKSVRAGEN

1.1. AANLEIDING

De huidige samenleving vraagt om inzet en eigen verantwoordelijkheid van individuele burgers bij de inrichting van hun leven. Met de toenemende kennis en bewustwording over de verlengde levensverwachting, is het mogelijk dat men zich steeds beter kan voorbereiden op de oude dag, in het bijzonder op het voorkómen van of omgaan met gezondheidsproblemen en beperkingen. Tegelijkertijd vereisen veranderingen in de beleidscontext, met name de verminderde beschikbaarheid van professionele (wmo/wlz betaalde) thuiszorg, dat burgers meer alternatieven vinden voor zorg aan huis, zoals bijvoorbeeld de inzet van voorzieningen in de welzijns sfeer, informele zorg en particulier betaalde zorg. Het strategisch inzetten van deze alternatieve voorzieningen zou betaalde professionele hulp kunnen uitstellen. Idealiter vertalen beide ontwikkelingen zich naar keuzes voor (onder meer) een gezonde leefstijl, een actief sociaal leven en het organiseren van de zorg in eigen kring. Of en in hoeverre ouderen deze gedragingen vertonen, is onderwerp van dit onderzoek. We maken hierbij het onderscheid in feitelijke gedragingen waarmee gezondheidsproblemen voorkomen kunnen worden (zoals een gezonde en sociaal actieve leefstijl) en cognitieve overwegingen om het gebruik van professionele zorg uit te stellen (zoals het streven naar autonomie en eigen regie). De twee hoofddoelen van dit onderzoek zijn om zichtbaar te maken 1) of ouderen te onderscheiden zijn naar het gebruik van (een combinatie van) deze gedragingen en cognities, en 2) in hoeverre bepaalde (combinaties van) gedragingen en cognities gezondheidsproblemen en gebruik van professionele zorg kunnen voorkomen.

1.2. GEZOND LEVEN, SOCIAAL ACTIEF ZIJN EN STREVEN NAAR AUTONOMIE

Leefstijl

Met de toenemende kennis over gezondheid en veroudering, is er op bevolkingsniveau steeds meer aandacht voor het 'gezond oud worden'. Overheidscampagnes wijzen al decennia op de risico's van ongezond eten, alcohol en roken. De grotere kennis over gezondheidsrisico's en de hogere levensverwachting zou vele ouderen kunnen aanzetten tot een meer bewust en gezond leefpatroon. Dit kan zich uiten in een actieve en gezonde leefstijl, waarbij men veel in beweging blijft door fietsen, sporten en wandelen, in combinatie met een gezond eetpatroon, matig gebruik van alcohol en niet roken. Uit de literatuur is bekend dat zowel een inactieve leefstijl (weinig bewegen), onder- als overgewicht, overmatig alcoholgebruik en roken het risico op functionele beperkingen kunnen vergroten (Stuck et al., 1999). Op basis van de literatuur onderscheiden we vier aspecten van leefstijl: bewegen, obesitas, gebruik van alcohol en roken.

Sociale participatie

Internationaal is er veel aandacht voor 'active aging'. Deze beweging gaat ervan uit dat ouderen tegenwoordig tot op hoge leeftijd een belangrijke inzet in het sociale domein kunnen en willen hebben. Het gaat dan om verschillende vormen van participatie, zoals het onderhouden van een groot en divers sociaal netwerk, onder meer door steun uit te wisselen met de mensen in het netwerk en het actief participeren in vrijwilligersorganisaties. Actieve sociale participatie is goed voor het welbevinden, maar ook voor de functionele gezondheid (Morrow-Howell et al., 2003; Stuck et al., 1999). We onderscheiden in dit onderzoek vier vormen van sociale participatie: de omvang van het sociale netwerk, het geven van emotionele en instrumentele steun aan leden van dit netwerk, en of men actief is in vrijwilligersorganisaties.

Autonomie

In dit onderzoek gaat de aandacht ook uit naar de wens om zo lang mogelijk zelfredzaam te blijven en regie over het leven te houden. Ouderen van nu hebben grote maatschappelijke ontwikkelingen meegemaakt, zoals individualisering, emancipatie, verbetering van de toegankelijkheid van het onderwijs, en de opkomst van de verzorgingsstaat. Dit heeft ertoe bijgedragen dat (jongere) ouderen van nu een groter geloof in eigen kunnen hebben en ook een sterkere behoefte om autonoom keuzes te maken en greep te houden op het eigen leven dan voorgaande generaties ouderen. Oudere ouderen zouden mogelijk meer

gewend zijn aan het feit dat er professionele zorg beschikbaar is, en het minder belang hechten aan zelfredzaamheid. Om te bezien of er individuele verschillen bestaan in de mate waarin men autonomie belangrijk vindt en/of zich als zelfredzaam ervaart, onderscheiden we twee indicatoren van autonomie: 'mastery', oftewel de mate waarin men greep op het leven ervaart, en 'investment in independence', de mate waarin men belang hecht aan de eigen zelfredzaamheid.

Het is voorstelbaar dat deze gedragingen en cognities in bepaalde combinaties bij ouderen voorkomen. Sommige ouderen zullen een gezonde leefstijl combineren met een actieve sociale participatie en een sterke behoefte aan autonomie. Bij anderen kan een van de drie aspecten sterker op de voorgrond treden, zoals bij degenen die sterk hechten aan autonomie, maar minder aan een actieve en gezonde leefstijl, of een druk sociaal leven. Het is de vraag in hoeverre er groepen ouderen zijn te onderscheiden naar het voorkomen van deze verschillende indicatoren. Middels een hiërarchische clusteranalyse gaan we na in hoeverre er homogene groepen ouderen te onderscheiden zijn bij wie we de indicatoren in bepaalde combinaties aantreffen. De eerste onderzoeksvragen luiden:

1. *In hoeverre kunnen we homogene groepen ouderen onderscheiden naar het voorkomen van een gezonde leefstijl, actieve sociale participatie en het streven naar autonomie?*
2. *In hoeverre verschillen de groepen ouderen naar sekse, leeftijd, opleidingsniveau en partnerstatus?*

1.3. STABILITEIT VAN GEDRAG EN COGNITIES

Om de validiteit van de gevonden homogene groepen te onderbouwen is het belangrijk na te gaan of deze enigszins stabiel zijn in de tijd. Anderzijds is het niet wenselijk dat de groepen heel stabiel blijken, want dat zou de mogelijkheid verkleinen om middels interventies ongunstige gedragingen en cognities van ouderen te veranderen in meer positieve gedragingen en cognities. Vraag 3 luidt daarom:

3. *In hoeverre zijn een gezonde leefstijl, actieve sociale participatie en het streven naar autonomie stabiel over de tijd?*

1.4. UITKOMSTEN: GEZONDHEID EN ZORGGEBRUIK

Gezondheid: Functionele beperkingen

Bekend is dat het merendeel van de bevolking een of meerdere chronische aandoeningen ontwikkelt op oudere leeftijd. Volgens het 'disablement process' (Verbrugge & Jette, 1994) kan een chronische aandoening leiden tot functionele beperkingen, waaruit weer een bepaalde behoefte aan zorg kan ontstaan. Een gezonde leefstijl, sociale activiteit en het streven naar autonomie zouden alle een bijdrage kunnen leveren in het voorkomen van gezondheidsproblemen, of het voorkomen van beperkingen wanneer er sprake is van chronische aandoeningen. Een gezonde leefstijl vermindert mogelijk de ziektelast van een chronische aandoening, of voorkomt de ontwikkeling van functionele beperkingen. Ook een actieve sociale participatie en een streven naar autonomie zouden ziektelast kunnen verminderen.

Vanwege de sterke link met zorggebruik is in dit onderzoek gekozen voor functionele beperkingen als gezondheidsuitkomst. We gaan niet in detail in op andere indicatoren van gezondheid, zoals chronische aandoeningen, cognitief functioneren of subjectieve gezondheid, maar houden wel rekening met deze aspecten in de analyses.

In dit onderzoek gaan we eerst na in hoeverre de groepen ouderen met onderscheiden gedrag en cognitieve verschillen naar het voorkomen en beloop van functionele beperkingen. Bijhorende onderzoeksvraag luidt:

4. *In hoeverre onderscheiden de groepen ouderen zich in het voorkomen van (meer) functionele beperkingen op oudere leeftijd?*

Gebruik van hulp en zorg

Functionele beperkingen vormen de belangrijkste aanleiding tot het verkrijgen van professionele zorg (in dit

rapport betreft dit huishoudelijke zorg en persoonlijke verzorging gereguleerd middels de Wmo en Wlz/AWBZ) (Vlachantoni et al., 2015; Finlayson, 2002). Als er bij een oudere sprake is van een zorgbehoefte, geïndiceerd door functionele beperkingen en andere gezondheidsproblemen, dan wordt in de huidige beleidscontext eerst de vraag gesteld in hoeverre het voor deze oudere mogelijk is om alternatieven voor professioneel betaalde zorg te benutten, zoals informele zorg, particulier betaalde zorg, hulpmiddelen en welzijnsvoorzieningen. Hierbij veronderstellen we dat het gebruik van deze vormen voorafgaat aan het inzetten van professioneel betaalde zorg (vgl. het hiërarchisch zorgtraject dat eerder is onderzocht, Van Campen et al. 2014). Bij lichte beperkingen kan men het nog af met hulpmiddelen bij het lopen (zoals een wandelstok of rollator), maar hoeft er nog geen sprake te zijn van hulp bij het huishouden of de persoonlijke verzorging. Naarmate de functionele beperkingen ernstiger worden, zal er gebruik gemaakt worden van meerdere vormen van hulp. Uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk blijkt bijvoorbeeld dat het gebruik van een wandelstok de kans op het gebruik van professionele zorg verkleint, maar het gebruik van een rolstoel of een persoonlijk alarm juist de kans op het gebruik van professionele zorg vergroot (Vlachantoni et al., 2015). Ook wanneer er andere vormen van zorg gebruikt worden, bijvoorbeeld mantelzorg of particuliere hulp, is de kans op het gebruik van professionele zorg groter (Vlachantoni et al., 2015). Zodra er eenmaal gebruik wordt gemaakt van professionele zorg, blijft het aantal uren informele hulp gelijk, gemiddeld 18-25 uur per week (Li, 2005). Deze bevindingen ondersteunen de veronderstelling dat professionele zorg in aanvulling komt op 'lichtere' en goedkopere vormen van zorg.

In dit onderzoek gaat de aandacht in het bijzonder uit naar de samenhang tussen de indicatoren van een gezonde leefstijl, sociaal actief gedrag en streven naar autonomie enerzijds en het gebruik van professionele zorg aan huis anderzijds. In het bijzonder valt te verwachten dat de strategie om zo lang mogelijk zelfredzaam te blijven een rol speelt bij het gebruik van verschillende vormen van zorg. Kwalitatief onderzoek toont aan dat hoe groter de mate van greep op het leven ('mastery'), hoe minder het gebruik van langdurige professionele zorg. Het gaat hierbij om de mogelijkheid tot eigen keuze voor het gebruik van langdurige professionele zorg en planning van het gebruik van de langdurige professionele zorg. (Bradley et al., 2002). Eerder is al aangetoond dat het gebruik van professionele zorg aan huis vooral voorkomt bij ouderen die een lagere mate van 'mastery' kennen (Geerlings et al., 2005).

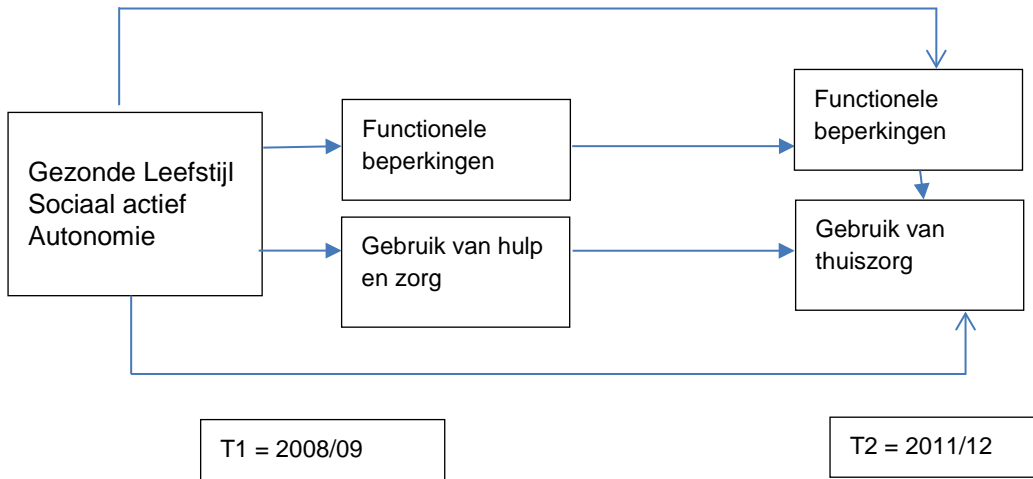
In dit onderzoek willen we nagaan in hoeverre de onderscheiden groepen ouderen verschillen in het gebruik van vormen van hulp. We onderscheiden vijf vormen van hulp: particulier betaalde hulp, informele hulp, gebruik van hulpmiddelen, gebruik van welzijnsvoorzieningen, en gebruik van professionele hulp aan huis. Daarna gaan we na in hoeverre de groepen verschillen naar (toename in) gebruik van de professionele zorg aan huis, als ook rekening wordt gehouden met de verschillen in (toename in) beperkingen tussen de groepen. Vraag 5 luidt:

5. In hoeverre onderscheiden de groepen zich in het gebruik van verschillende vormen van hulp, en, gegeven de (ontwikkeling in) functionele beperkingen, in het bijzonder in de (toename in het) gebruik van professionele zorg aan huis?

2. ONDERZOEKSMODEL EN METHODEN

2.1. ONDERZOEKSMODEL

De veronderstelde samenhangen worden zowel cross-sectioneel als longitudinaal onderzocht, zoals weergegeven in onderstaande figuur:



De hoofdvragen worden middels een aantal sub-vragen beantwoord:

- 1.1 Hoeveel ouderen beschikken over een gezonde, sociaal actieve leefstijl, ervaren autonomie/controle, en in hoeverre kunnen we hierin homogene groepen onderscheiden?
- 1.2 In hoeverre kunnen we de groepen ouderen onderscheiden naar kenmerken als sekse, leeftijd, opleidingsniveau en partnerstatus?
- 1.3 In hoeverre onderscheiden de groepen ouderen zich naar functionele beperkingen en gebruik van de vijf vormen van hulp?
- 1.4 In hoeverre zijn de gedragingen en cognities stabiel over de tijd?
- 2.1 Hoeveel ouderen hebben na drie jaar (meer) functionele beperkingen ontwikkeld?
- 2.2 In hoeverre is deze (toename in) functionele beperkingen onderscheiden naar de drie groepen ouderen?
- 2.3 Hoeveel ouderen gaan (meer) zorg gebruiken in de loop van drie jaar, en varieert dit voor de drie groepen ouderen?
- 3.1 In hoeverre draagt de verandering in functionele beperkingen in drie jaar tijd bij tot een verandering in het gebruik van professionele zorg in deze periode?
- 3.2 In hoeverre verschilt deze samenhang voor de ouderen van de drie groepen?

2.2. ONDERZOEKSMETHODEN

Voor dit onderzoek maken we gebruik van een selectie van thuiswonende ouderen in 2008/2009 met valide informatie op de relevante variabelen; N = 1286. Hieronder staat een overzicht van gebruikte indicatoren voor de concepten. De operationalisatie is opgenomen in tabel 1 in de tabellen bijlage. De belangrijkste

variabelen betreffen hier de drie gedragingen en cognities (gezonde leefstijl, sociaal actief, ervaren autonomie), en de uitkomsten; de mate van functionele beperkingen en het gebruik van voorzieningen en zorg.

Om de mate van stabiliteit van de gedragingen en cognities na te gaan gebruiken we dezelfde indicatoren maar dan in 2005/2006. Met behulp van kappa's bepalen we in hoeverre ouderen drie jaar eerder ook al gezond leefden, dan wel sociaal actief waren en/of streefden naar autonomie.

Voor de uitkomstmaten gebruiken we informatie over de functionele beperkingen en het gebruik van professionele thuiszorg van deze 1286 ouderen ten tijde van de waarneming in 2011/12. Daarbij worden degenen die uitgevallen zijn vanwege overlijden en/of gezondheidsproblemen in de steekproef behouden (bijna 11%). De twee afhankelijke variabelen in 2011/12 zijn: de ontwikkeling van functionele beperkingen (met aparte categorie voor uitval) en het gebruik van professionele zorg aan huis (met categorie voor uitval).

De gebruikte steekproef (N = 1286) bestaat op de 2008/2009 waarneming voor 53% uit vrouwen, de gemiddelde leeftijd is 72,0 jaar (sd=7,7, range = 68-98 jaar) en 66% woont met een partner in een huishouden. Het merendeel (58%) heeft een midden opleidingsniveau, 22% een laag niveau en 20% heeft een hoog opleidingsniveau.

De verandering in functionele beperkingen in drie jaar tijd is berekend volgens de Edwards-Nunnally index. Dit houdt in dat bij het beoordelen of de scores van de eerste en de tweede waarneming als significant verschillend kunnen worden beschouwd, rekening wordt gehouden met de mogelijke meetfout.

concept	Indicatoren
Actieve leefstijl	Bewegen (0-5) Roken (0-2) Alcohol gebruik (0-3) Body Mass Index (BMI) (1-4)
Sociaal actief	Vrijwilligerswerk (0,1) Network omvang (1-3) Geven van instrumentele steun (1-3) Geven van emotionele steun (1-3)
Ervaren autonomie	Investment in independence (1-3) Mastery (1-3)
Gebruik van hulp	Mobiliteitshulpmiddelen (0,1) Voorzieningen voor welzijn (0,1) Informele zorg (0,1) Particulier betaalde hulp (0,1) Professionele zorg aan huis (0,1)
Gezondheid	Functionele beperkingen Ervaren gezondheid Chronische aandoeningen Cognitief functioneren Depressieve symptomen
Achtergrondkenmerken	Sekse (m,v) Leeftijd (61+) Partnerstatus (0,1,2) Opleidingsniveau (1-3)

3. RESULTATEN

3.1. ONDERSCHIEDEN HOMOGENE GROEPEN

Leefstijl, sociale activiteit en autonomie

Tabel 1 (in bijlage) geeft aan dat het merendeel van de ouderen een redelijk actieve en gezonde leefstijl heeft. Men beweegt gemiddeld tot veel, rookt niet of is gestopt met roken, en heeft een gemiddeld drankgebruik. Wel heeft 44,8% overgewicht en is zelfs 25,5% van de ouderen obees te noemen. Daarbij doet een groot deel (45,1%) aan vrijwilligerswerk, heeft men gemiddeld genomen 16 netwerkkleden en wordt er ook aan vele van die netwerkkleden steun verleend. Op de twee indicatoren voor 'streven naar autonomie' is de gemiddelde schaalscore ook hoog te noemen. Bij de schaal 'investment in independence' is de gemiddelde score 52,1 op een schaal van 11-65, en heeft 69,7% een score van 50 of hoger. Velen onderschrijven dus een streven naar zelfstandigheid. Hetzelfde geldt voor de score op 'mastery' (24,2 op een schaal van 7 tot 35), een maat voor de perceptie van greep op het leven en de omstandigheden.

Drie homogene groepen

We hebben de negen indicatoren gebruikt om na te gaan of homogene groepen te vormen zijn. Elke indicator is daarbij in drieën opgedeeld om het aantal categorieën per variabele gelijk te houden: niveau van bewegen (laag, midden, hoog), Body Mass Index (normaal, overgewicht, obees), roken (nooit, niet meer, nu nog), alcoholgebruik (geen, midden, veel), investment in independence (laag, midden, hoog), mastery (laag, midden, hoog), omvang sociaal netwerk (klein, midden, groot), instrumentele steun geven (weinig, midden, veel), emotionele steun geven (weinig, midden, veel). De clusteranalyse laat zien dat er drie homogene groepen bestaan, waarbij deze kenmerken in verschillende mate voorkomen. Zie ook tabellen 2 en 4.

Het eerste cluster (N = 259; 22%) wordt gekenmerkt door een relatief ongezonde leefstijl en lage mastery. Dit cluster omvat een relatief hoog percentage ouderen met obesitas (35,1%), een laag bewegingsniveau (62,9%) en een lage mastery (42,5%). Opmerkelijk is dat 41,% nooit gerookt heeft en dat er relatief veel ouderen zijn die geen alcohol gebruiken (21,2%), maar ook relatief veel ouderen die veel alcohol gebruiken (12,4%). Leefstijl en mastery zijn bij dit cluster het meest onderscheidend, maar we zien ook dat 47,5% een groot netwerk heeft en dat 52,5% veel emotionele steun levert aan dit netwerk. We noemen dit *'het ongezonde leefstijl cluster'*. In tabel 4 kunnen we aflezen dat de ouderen in dit cluster relatief vaak man zijn (74,9%), en dat de gemiddelde leeftijd het hoogst is, namelijk 74,8 jaar. Daarbij zijn zij relatief vaak alleenstaand (39,4% heeft geen partner), en heeft dit cluster het laagste percentage hoog opgeleiden (14,3%).

Het tweede cluster (N = 549; 46%) wordt gekenmerkt door een gezonde leefstijl, hoge mastery en hoge mate van sociale participatie. Het merendeel van deze ouderen (53,6%) heeft een hoog niveau van lichaamsbeweging, een hoge mastery (41,2%), een groot netwerk (49,2%), en 59,0% geeft veel steun aan anderen. Het merendeel van de ouderen (57,0%) is actief in het vrijwilligerswerk (niet in de clusteranalyse opgenomen). We noemen dit het *'gezond levende en sociaal actieve cluster'*. De ouderen in dit cluster zijn redelijk gelijk verdeeld naar sekse (51,9% is vrouw), en gemiddeld relatief jong (69,4 jaar oud) (zie tabel 4). Daarbij leeft 75,4% met een partner in het huishouden samen, en is meer dan een kwart (27,0%) hoog opgeleid.

Het derde cluster (N = 387, 32%) kenmerkt zich door zeer lage scores op de sociale participatie en op het streven naar autonomie. Leefstijl factoren zijn niet onderscheidend in dit cluster. Het grote merendeel van deze ouderen (68,7%) heeft een klein netwerk, 58,4% geeft weinig instrumentele steun aan anderen, en 41,1% heeft een laag streven naar autonomie. De mate van mastery is hier gelijk verdeeld, en bijna niemand (0,8%) geeft vaak emotionele steun aan anderen. We noemen dit het *'sociaal inactieve en afhankelijke cluster'*. De ouderen in dit cluster zijn iets vaker vrouw (55,8%) dan man, en hebben relatief vaak een partner buiten het huishouden (6,5%). De gemiddelde leeftijd van deze ouderen komt in de buurt van die van het cluster met de ongezonde leefstijl (73,5 versus 74,8 jaar). Hetzelfde geldt voor opleidingsniveau, in beide clusters is ruim een kwart van de ouderen laag opgeleid.

3.2. STABILITEIT VAN DE INDICATOREN

In welke mate veranderen de scores van de ouderen op de indicatoren in drie jaar tijd, d.w.z. tussen 2005/2006 en 2008/2009? Dit is nagegaan aan de hand van de kappa, een maat voor overeenstemming tussen twee waarnemingen (tabel 3).

De stabiliteit van de leefstijlindicatoren (met name van roken, alcohol, BMI) is vrij groot. De stabiliteit van lichaamsbeweging is iets minder groot. De stabiliteit van de sociale indicatoren en het streven naar autonomie is duidelijk kleiner. De betrekkelijke instabiliteit daarvan wordt veroorzaakt door zowel daling als stijging van de scores, waarbij – zoals te verwachten met het toenemen van de leeftijd – iets vaker een daling optreedt. Het feit echter dat ook stijging optreedt, maakt duidelijk dat ook positieve veranderingen voorkomen.

De clusters zoals berekend voor 2005/2006 komen inhoudelijk echter wel grotendeels overeen met de clusters zoals berekend voor 2008/2009 (niet in tabel getoond). Wèl is in 2005/2006 het gezond levende en sociale cluster groter (55%) en het ongezonde-leefstijl cluster iets kleiner (14%) dan drie jaar later. Ook dit geeft de verwachte ontwikkeling met het toenemen van de leeftijd aan. Dit suggereert dat er intra-individuele variatie in sociale en autonomie factoren over de tijd kan bestaan, maar dat het onderscheid in drie verschillende groepen ouderen wel stabiel over de tijd is.

Antwoord op deelvragen 1.1 – 1.4:

- Er zijn drie homogene clusters: ouderen met een 'ongezonde leefstijl' (22%), ouderen met een 'gezonde en actieve leefstijl' (46%) en ouderen die aan te duiden zijn als 'sociaal inactief en afhankelijk' (32%)
- Deze drie groepen verschillen naar sekse, leeftijd, partnerstatus en opleidingsniveau: de ouderen met een ongezonde leefstijl zijn relatief vaak een man, gemiddeld ouder, vaker alleenstaand en gemiddeld lager opgeleid
- De ouderen met de 'ongezonde leefstijl' rapporteren de meeste functionele beperkingen en gebruiken het meest hulp van alle onderscheiden vormen
- De ouderen met de 'gezonde en actieve leefstijl' hebben de minste gezondheidsproblemen en gebruiken relatief weinig hulp
- De indeling in drie groepen is vrij stabiel over de tijd (we treffen deze clusters zowel in 2005/2006 als in 2008/2009 aan), maar er zit wel individuele variatie in deelname aan de drie clusters omdat sociale participatie en streven naar autonomie veranderlijk zijn over de tijd

3.3. FUNCTIONELE BEPERKINGEN EN GEBRUIK VAN HULP

In 2008/2009 heeft bijna de helft van de steekproef geen functionele beperkingen (47%), 22% heeft moeite met één handeling, en 31% heeft moeite met twee of meer handelingen (niet in tabel). Het gemiddeld aantal functionele beperkingen is 1,3 (sd=1,7, zie tabel 4), en dit is relatief het hoogst in het cluster met de ongezonde leefstijl, en het laagst in het actieve cluster (2,0 respectievelijk 1,5 gemiddeld).

Ter informatie zijn ook gegevens opgenomen over enkele andere indicatoren van gezondheid in tabel 4. Daaraan kunnen we aflezen dat de ouderen in het cluster 'gezond en actief' de minste gezondheidsproblemen rapporteren, niet alleen wat betreft functionele beperkingen, maar ook wat betreft het aantal chronische ziekten, depressieve symptomen, de ervaren gezondheid en cognitief functioneren. Wat betreft de twee andere clusters lijken vooral functionele beperkingen en depressieve symptomen iets vaker voor te komen bij het ongezonde-leefstijl cluster, maar de verschillen zijn gering.

Het gebruik van vijf typen hulp in 2008/2009 is eveneens opgenomen in tabel 4. Wat betreft de hulpmiddelen bij mobiliteit maakt bijna een-vijfde (18,6%) van de totale steekproef gebruik van hulpmiddelen voor de mobiliteit, slechts 10,5% maakt gebruik van welzijnsvoorzieningen, 14,1% krijgt informele hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging, 16,2% gebruikt hiervoor een particulier betaalde hulp, en 11,5% krijgt dit van professionele zorgverleners. Het gebruik van hulp en voorzieningen is zeer laag in het cluster 'gezond en actief', en relatief hoog in het cluster 'ongezonde

leefstijl'. In dit cluster gebruikt een derde een hulpmiddel bij mobiliteit (35,9%), 19,3% maakt gebruik van welzijnsvoorzieningen, ongeveer een kwart gebruikt mantelzorg (23,6%) of particulier betaalde hulp (24,7%), en iets meer dan een vijfde gebruikt professionele zorg aan huis (21,6%). In het 'inactieve' cluster zijn de gebruikspercentages voor alle typen lager.

3.4. VERANDERINGEN IN FUNCTIONELE BEPERKINGEN OVER DE TIJD

Tabel 5 (bovenste deel) geeft aan dat 42,8% van de ouderen op beide waarnemingen weinig tot geen functionele beperkingen kent. Ruim een-derde van de ouderen ziet in deze drie jaar functionele beperkingen toenemen, waarbij 24,2% beperkingen ontwikkelt en van 14,1% de beperking(en) er al waren en ernstiger worden. 5,9% ervaart op beide momenten in vergelijkbare mate beperkingen. Tenslotte is van 13,1% van de respondenten in 2011/2012 geen informatie meer beschikbaar vanwege mortaliteit of onvermogen aan het interview mee te doen. Van hen had in 2008/2009 liefst 40,4% al functionele beperkingen (niet getoond in tabel).

Tabel 5 wijst verder uit dat iets meer dan de helft van de ouderen van het cluster 'gezond en actief' (54,5%) op beide waarnemingen geen functionele beperkingen ervaart, maar dat 25,3% wel een significante achteruitgang in de functionele beperkingen ervaren heeft in de loop van de drie jaar. Deze sterke achteruitgang in functionele beperkingen vinden we ook bij het cluster 'ongezonde leefstijl', waar zowel een achteruitgang van goed functioneren (28,2%) als een achteruitgang van beperkingen (27,4%) wordt gerapporteerd. Meer dan de helft van dit cluster (55,6%) ervaart dus een significante mate van teruggang in functionele beperkingen in de loop van drie jaar tijd. Bij het 'inactieve' cluster ervaart een lager percentage (36,4%) een achteruitgang in functionele beperkingen, maar hier ligt het percentage uitval uit de studie weer hoger (18,6%).

Om te bezien in hoeverre het clusterverschil in veranderingen in functionele beperkingen over de tijd is toe te schrijven aan het verschil in achtergrondkenmerken, voeren we ook nog een multivariate analyse uit, waarbij we rekening houden met sekse, leeftijd, partnerstatus en opleidingsniveau.

Tabel 6 laat het resultaat van de multinomiale logistische regressieanalyse zien, waarbij het cluster 'gezond en actief' als referentiegroep fungeert. Zichtbaar is dat vooral het cluster 'ongezonde leefstijl' een achteruitgang in functionele beperkingen voorspelt, zowel vanuit goed functioneren als vanuit beperkt functioneren in 2008/2009. Bovendien onderscheidt dit cluster de stabiel beperkt functionerende van de stabiel goed functionerende ouderen. Het cluster 'inactief en afhankelijk' heeft alleen voorspellende waarde bij de ouderen die al beperkt functioneerden, namelijk voor verdere achteruitgang in functioneren.

Antwoord op deelvragen 2.1 – 2.2:

- Ongeveer een-derde van de ouderen heeft in de loop van drie jaar tijd (2008/2009 tot 2011/2012) een achteruitgang in functionele beperkingen ervaren
- Dit percentage ligt hoger in het cluster 'ongezonde leefstijl' (56%) dan in het cluster 'inactief en afhankelijk' (36%) en het cluster 'gezond en actief' (32%)
- Rekening houdend met demografische factoren heeft lidmaatschap van het cluster 'ongezonde leefstijl' sterke voorspellende waarde voor functionele achteruitgang, zowel vanuit goed als vanuit beperkt initieel functioneren in 2008/2009
- Lidmaatschap van het cluster 'inactief en afhankelijk' voorspelt alleen een verdere achteruitgang bij ouderen die al beperkt functioneerden in 2008/2009

3.5. VERANDERINGEN IN GEBRUIK VAN PROFESSIONELE THUISZORG OVER DE TIJD

Ook de veranderingen in het gebruik van professionele zorg aan huis zijn in kaart gebracht. Tabel 5 (onderste deel) geeft aan dat 75,7% van de ouderen op geen van beide waarnemingen deze vorm van zorg gebruikt, en bijna 8,7% op beide momenten deze vorm van zorg krijgt. Er is dan ook weinig verandering: slechts 6,3% gaat in drie jaar tijd professionele zorg gebruiken, en maar 1,3% krijgt na drie jaar geen thuiszorg meer. Er is wel een vrij grote groep uitvallers (8,0%) wegens sterfte en onvermogen om

aan het interview deel te nemen. Van hen had al 18,8% professionele zorg in 2008/2009 (niet getoond in tabel).

De ouderen in het cluster 'ongezonde leefstijl' zijn relatief vaak stabiele gebruikers van thuiszorg (16,6%) en gaan relatief vaak deze vorm van zorg gebruiken (9,7%) in vergelijking met de andere clusters. In het cluster 'inactief en afhankelijk' gebruikt 11,9% van de ouderen thuiszorg op beide momenten, en hier is de uitval relatief groot (11,9%). In 2011/2012 gebruikt een kwart van de ouderen (26,3%) in het cluster 'ongezonde leefstijl' professionele zorg aan huis, in vergelijking met 19,1% en 6,7% in de andere twee clusters.

Antwoord op deelvraag 2.3:

- In de totale steekproef maakt 9% op beide waarnemingen gebruik van professionele zorg aan huis en 6% gebruikt thuiszorg voor het eerst in 2011/2012.
- In 2011/2012 gebruikt in het cluster 'ongezonde leefstijl' 26% van de ouderen professionele zorg aan huis, in vergelijking met 19% in het cluster 'inactief en afhankelijk', en 7% in het cluster 'gezond en actief'.

3.6. FUNCTIONELE BEPERKINGEN EN CLUSTERLIDMAATSCHAP IN SAMENHANG MET ZORGGEBRUIK

Om inzicht te krijgen in hoeverre de toename in het gebruik van professionele zorg aan huis in 2011/2012 samenhangt met de ontwikkeling in functionele beperkingen voeren we een multivariate logistische regressie uit. Daarbij is het gebruik van thuiszorg in 2011/2012 de uitkomstvariabele, en de ontwikkeling in functionele beperkingen de onafhankelijke variabele. We controleren daarbij voor sekse, leeftijd, partnerstatus, opleidingsniveau, en gebruik van thuiszorg op baseline. In een tweede model voegen we ook het clusterlidmaatschap toe om te bezien of dat nog een eigen direct effect op het gebruik van thuiszorg heeft. Tenslotte gaan we nagegaan in hoeverre de samenhang tussen functionele beperkingen en gebruik van thuiszorg verschilt tussen ouderen in de drie clusters. Daartoe is het interactie-effect tussen clustertype en ontwikkeling in functionele beperkingen in het model opgenomen. Dit effect bleek echter niet statistisch significant en is niet in de tabel weergegeven. Tabel 7 geeft de resultaten van de eerste twee modellen weer.

De resultaten laten zien dat functionele achteruitgang een zeer sterke voorspellende waarde heeft voor toename in het gebruik van professionele thuiszorg. Ook de ouderen met stabiele beperkingen hebben grotere kans op toename in gebruik van thuiszorg na drie jaar. De clusters voegen geen significante voorspellende waarde toe, zo blijkt uit het feit dat er geen significant interactie-effect is tussen clustertype en functionele beperkingen. Het niet-significante interactie-effect leidt tot de conclusie dat de sterke samenhang tussen functionele veranderingen en gebruik van thuiszorg voor alle drie de clusters opgaat.

Antwoord op deelvragen 3.1 en 3.2:

- Veranderingen in functionele beperkingen zijn een goede voorspeller voor de toename in het gebruik van professionele zorg aan huis. Zowel degenen die voor het eerst functionele beperkingen ontwikkelen als degenen van wie functionele beperkingen ernstiger worden, hebben een grotere kans op thuiszorg dan degenen die geen beperkingen hebben
- Ook ouderen die al langere tijd functionele beperkingen van eenzelfde ernstgraad hebben, lopen gerede kans op meer professioneel thuiszorggebruik
- Deze samenhangen zijn even sterk voor de ouderen in de drie clusters.

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

4.1. CONCLUSIES

Een eerste doelstelling van dit rapport was om te bezien in hoeverre ouderen in homogene groepen te onderscheiden zijn afhankelijk van hun leefstijl, mate van sociale participatie en het streven naar autonomie. Een tweede doelstelling was om deze groepen te bezien op de ontwikkeling in functionele beperkingen en zorggebruik. Een clusteranalyse liet zien dat er drie groepen ouderen kunnen worden onderscheiden en aanvullende analyses lieten zien dat deze drie groepen zich duidelijk onderscheiden naar achtergrondkenmerken, gezondheid, ontwikkelingen in functionele beperkingen en zorggebruik. De onderzoeksvragen laten zich beantwoorden in een korte beschrijving van de drie clusters. Er zijn immers drie homogene groepen te onderscheiden (hoofdvraag 1), die verschillen naar achtergrondkenmerken (hoofdvraag 2), naar (ontwikkelingen in) functionele beperkingen (hoofdvraag 3), en naar ontwikkelingen in professioneel thuiszorggebruik (hoofdvraag 4).

Cluster 'gezond en actief'

Het eerste cluster omvat een groep ouderen die gezond leeft, sociaal actief is en een sterke greep op het leven ervaart (mastery). Het betreft bijna de helft van de onderzoeksgroep. Deze ouderen zijn nog relatief jong, hebben vaak nog een partner (maar 20% niet) en zijn gemiddeld in goede gezondheid. Zij gebruiken in 2008/2009 relatief weinig hulp of voorzieningen. Ongeveer een derde van deze groep ervaart een achteruitgang in functionele beperkingen in de loop van drie jaar; voor 25% betreft dit dan nieuwe functionele beperkingen. Dat dit niet meteen tot een sterke zorgbehoefte leidt, blijkt uit het feit dat slechts 4% gebruik gaat maken van professionele zorg aan huis. Mogelijk dragen de functionele beperkingen nog niet tot een behoefte aan zorg of is deze op te lossen met hulpmiddelen of informele zorg.

Cluster 'ongezonde leefstijl'

Het tweede cluster omvat een groep ouderen (22% van het totaal) die een ongezonde leefstijl heeft, hetgeen vooral zichtbaar is uit het feit dat 35% van deze groep obees is, en dat 63% weinig fysieke inspanning levert. Opmerkelijk is het grote percentage niet-rokers (41%), en het grote aantal met een lage mastery score (42%). Het zijn overwegend mannen (75%), de leeftijd is gemiddeld 75 jaar, zij zijn relatief vaak alleenstaand (39%), en hebben relatief veel gezondheidsproblemen. Deze groep heeft gemiddeld de meeste functionele beperkingen, chronische ziekten en depressieve symptomen. Ook maakt al een vijfde van deze groep in 2008/2009 gebruik van thuiszorg en andere vormen van hulp. Daarbij maakt deze groep in drie jaar tijd ook nog eens relatief vaak een toename van de beperkingen mee, hetgeen zich ook vertaalt in een toename in het gebruik van thuiszorg.

Cluster 'inactief en afhankelijk'

Bij deze groep ouderen (32% van totaal) valt hun geringe sociale participatie op; 68% heeft een klein sociaal netwerk en er wordt weinig instrumentele steun gegeven aan dit netwerk. Opmerkelijk ook is het grote aantal ouderen dat een gering belang hecht aan zelfstandig blijven. Wat betreft leefstijl zitten deze ouderen tussen de twee andere clusters in. Er zijn geen opmerkelijke achtergrondkenmerken, behalve het feit dat een relatief hoog percentage (6,5%) van deze groep een partner buiten het huishouden heeft. Het is moeilijk aan te geven of de afwezigheid van de partner de mogelijk reden van hun sociale inactiviteit zou zijn. Dat kan ook aan de gezondheid liggen, maar wat betreft gezondheid en zorggebruik zit dit cluster tussen de andere twee in. Daarbij is dit cluster ook minder sterk onderscheidend in functionele achteruitgang en zorggebruik dan het cluster 'ongezonde leefstijl'.

4.2. AANBEVELINGEN

Dit rapport startte vanuit de veronderstelling dat ouderen meer strategisch zouden (kunnen) opereren in deze fase van de levensloop. De kennis over mogelijkheden om 'succesvol oud' te worden is inmiddels breed verspreid onder de bevolking. Over het algemeen is er in de laatste decennia veel aandacht voor levenswijzen die gezondheidsproblemen zouden kunnen voorkomen of uitstellen. Het onderscheiden van gedragingen als gezond leven en sociaal actief blijven en cognities als het streven naar autonomie, was derhalve de focus van dit rapport.

Het indelen van ouderen in groepen bleek zinvol want twee van de drie clusters ouderen vragen ieder op verschillende wijze om aandacht, terwijl één cluster (de grootste, 46%) op alle indicatoren gunstig scoorde. Bijna een-vijfde van de ouderen kenmerkte zich door een ongezonde leefwijze die gepaard ging met gezondheidsproblemen en zorggebruik. In hoeverre er hier sprake is van een oorzakelijk verband is echter niet met zekerheid aan te geven. Het kan ook zijn dat een ongezonde leefwijze het gevolg is van het hebben van chronische ziekten en functionele beperkingen, die immers de mogelijkheden tot lichaamsbeweging kunnen beperken (Van Gool et al., 2007). Echter juist de leefstijlindicatoren bleken in drie jaar tijd relatief stabiel, waardoor de veronderstelling dat de ongezonde leefstijl al langer bestond gefundeerd lijkt.

Een-derde van de ouderen kenmerkt zich door beperkte sociale participatie, vooral het kleine netwerk en de geringe mate van steunuitwisseling valt op, maar ook het lage streven naar autonomie. Overige kenmerken zijn voor dit cluster niet onderscheidend, omdat ze wat betreft demografische kenmerken en gezondheid een middenpositie innemen tussen de andere twee groepen. Wel gebruiken deze ouderen relatief veel professionele zorg aan huis, hetgeen aan het gebrek aan informele zorg in het netwerk te wijten kan zijn.

De resultaten van de clusteranalyse tonen aan dat ongezond gedrag en gebrek aan sociale participatie twee aparte dimensies zijn, die niet per definitie samen in eenzelfde groep voorkomen. De ouderen in het ongezonde-leefstijl cluster hadden immers grote sociale netwerken, terwijl de ouderen in het sociaal inactieve cluster niet opmerkelijk slecht gezondheidsgedrag toonden. Dit suggereert dat gezond gedrag en sociale participatie niet sterk met elkaar hoeven samen te hangen. Wel kan het frequenter voorkomen van gezondheidsproblemen in de ongezonde-leefstijl cluster een negatieve impact hebben op sociale contacten, maar deze samenhang is niet heel sterk (Broese van Groenou, Hoogendijk, van Tilburg, 2013; Houtjes et al., 2014).

Uit dit onderzoek blijkt dat er van overheidswege aandacht zou moeten bestaan voor twee risicogroepen onder ouderen: degenen met een ongezonde leefstijl, en degenen met een geringe sociale participatie. Voor beide groepen zijn preventieve maatregelen denkbaar: op maat gesneden richtlijnen voor een gezonde leefstijl kan verdere gezondheidsproblemen en zorggebruik voorkomen, en richtlijnen voor het organiseren van sociale verbondenheid kan isolement, eenzaamheid en professioneel zorggebruik voorkomen.

Een tweede conclusie is dat het clusterlidmaatschap weinig toevoegde aan de voorspelling van (toename in) het gebruik van professionele zorg aan huis. Die voorspellende rol was duidelijk weggelegd voor de mate van functionele beperkingen; een toename in functionele beperkingen draagt binnen drie jaar tijd sterk bij tot een toename in het gebruik van thuiszorg. Deze samenhang gold voor elk der drie groepen. Dit suggereert dat zelfs wanneer in het gezonde en sociaal actieve cluster functionele beperkingen optreden, de gunstige overige kenmerken van dit cluster niet zullen leiden tot het uitstellen van professioneel thuiszorggebruik. Deze bevindingen onderschrijven de sterke samenhang tussen functionele beperkingen en het gebruik van thuiszorg, en benadrukken dat het voorkomen van functionele beperkingen dus van groot belang is. Als dit bereikt kan worden door fysiek en sociaal actief te blijven, dan is dat een sterke aanbeveling voor alle ouderen.

Verheugend was dat een kleine meerderheid van de ouderen een gezonde leefstijl en actieve sociale participatie vertoont en veel greep op het leven ervaart. Deze ouderen zijn gemiddeld jonger, hebben een partner en rapporteren weinig gezondheidsproblemen. Het is zaak deze ouderen zo lang mogelijk in deze gunstige condities te houden en het blijven benadrukken van het belang van een gezonde leefstijl en een sterke sociale verbondenheid, kan hier aan bijdragen.

5. REFERENTIES

- Bradley, E. H., McGraw, S. A., Curry, L., Buckser, A. King, K. L., Kasl S. V., & Andersen R. (2002). Expanding the Andersen Model: The Role of Psychosocial Factors in Long-term Care Use. *Health Services Research* 37 (5), 1221-1242.
- Broese Van Groenou, M.I., Hoogendijk, E.O. & Tilburg, T.G. van (2013). Continued and new personal relationships in later life: Differential effects of health. *Journal of Aging and Health*, 25 (2), 274-295.
- Campen, C. van, Broese van Groenou, M., Deeg, D., & Iedema, J. (2014). *Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, september 2014.
- Finlayson, M. (2002). Changes Predicting Long-Term Care Use Among the Oldest-Old. *The Gerontologist*, 42 (4), 443-453.
- Geerlings, S. W., Pot, A. M., Twisk, J. W. R., & Deeg, D. J. H. (2005). Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. *Ageing and Society*, 25, 111-130.
- Gool, C. H. van, Kempen, G. I., Penninx, B. W., Deeg, D. J. H., Eijk, J. T. van (2007). Chronic disease and lifestyle transitions: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Aging and Health*, 19, 416-438.
- Houtjes, W., Meijel, B. van, Ven, P. M. van de, Deeg, D., Tilburg, T. van, Beekman, A. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: a longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (10), 1010-1017.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1997). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Li, L. W. (2005). Longitudinal Changes in the Amount of Informal Care Among Publicly Paid Home Care Recipients. *The Gerontologist*, 45 (4), 465-473.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on well-being in later life. *Journal of Gerontology B Psychological Sciences*, 53, 137-145
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nokolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C., & Beck, J.C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 48 (4), 445-469.
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38, 1-14.
- Vlachantoni, A., Shaw, R. J., Evandrou, M., & Falkingham, J. (2015). The determinants of receiving social care in later life in England. *Ageing and Society*, 35 (2), 321-345.

6. TABELLENBIJLAGE

Tabel 1 – Kenmerken van de respondenten in 2008/2009: leefstijl, participatie en autonomie

Tabel 2 – Resultaat van de clusteranalyse: Kenmerken van clusters (kolompercentages)

Tabel 3 – Stabiliteit in indicatoren van leefstijl, participatie en autonomie in 2005/2006 en 2008/2009 (kappa's en percentages afwijking)

Tabel 4 – Verdeling van demografische kenmerken, gezondheidsindicatoren en zorgvariabelen over de clusters

Tabel 5 – Verandering in functionele beperkingen en gebruik van professionele thuiszorg tussen 2008/2009 en 2011/2012, naar cluster

Tabel 6 – Voorspellende waarde van clusters voor functionele achteruitgang, met controle voor demografische kenmerken (multinomiale regressie: Odds Ratio's met referentiecategorie Stabiel goed functioneren)

Tabel 7 – Voorspellende waarde voor het gebruik van professionele thuiszorg in 2011/2012 van functionele achteruitgang (model 1) resp. de clusters (model 2), met controle voor professionele thuiszorg in 2008/2009 en demografische kenmerken (logistische regressie: Odds Ratio's met referentiecategorie geen professionele thuiszorg)

<i>Tabel 1. Kenmerken van de respondenten in 2008/2009: leefstijl, participatie en autonomie</i>			
	Gemiddelde	SD	%
Actieve leefstijl			
Lichaamsbeweging (0-5) (N=1286)	3,8	1,1	
0 Geen beweging			0,5
1			3,3
2			10,0
3			19,2
4			32,8
5 Veel beweging			34,2
Roken (N=1236)			
Nooit gerookt			30,3
Ooit gerookt			54,8
Ja			14,9
BMI (N=1236)			
Ondergewicht (BMI <18,5)			0,5
Normaal gewicht (BMI 18,5-24,9)			29,2
Overgewicht (BMI 25,0 -29,9)			44,8
Obesitas (BMI >= 30,0)			25,5
Alcohol (N=1236)			
Geen alcohol gebruik (0 glazen per dag)			15,3
Gemiddeld alcohol gebruik (mannen: 1-3 glazen per dag, vrouwen: 1-2 glazen per dag)			73,1
Grijs gebied (mannen: 4-7 glazen per dag, vrouwen: 3-5 glazen per dag)			11,2
Excessief gebruik (mannen: 8 of meer glazen per dag, vrouwen 6 of meer glazen per dag)			0,5
Actieve sociale participatie			
Het doen van vrijwilligerswerk (N=1236)			
Nee			54,9
Ja			45,1
Netwerkgrootte (0-80) (N=1285)			
Klein (<11)	16,6	9,6	28,5
Midden (>=11 & <19)			37,4
Groot (>=19)			34,2
Instrumentele steun geven (0-36) (N=1285)			
Weinig (<11)	15,2	6,4	30,1
Gewoon (>=11 & <18)			32,5
Veel (>=18)			37,4
Emotionele steun geven (0-36) (N=1285)			
Weinig (<21)	23,5	7,0	29,4
Gewoon (>=21 & <27)			30,8
Veel (>=27)			39,8

Vervolg Tabel 1

	<i>Gemiddelde</i>	<i>SD</i>	<i>%</i>
Het streven naar autonomie/controle			
Investment in independence (11-65) (N=1231)	52,1	6,6	
Weinig (<50)			30,3
Gewoon (>=50 & <55)			30,5
Veel (>=55)			39,2
Mastery (7-35) (N=1286)	24,2	4,0	
Weinig (<23)			31,1
Gewoon (>=23 & < 26)			29,8
Veel (>=26)			39,1

Tabel 2. Resultaat van de clusteranalyse: Kenmerken van de clusters (kolompercentages)

	Cluster 1: Ongezonde leefstijl N = 259	Cluster 2: Gezonde leefstijl en sociaal actief N = 549	Cluster 3: Inactief en afhankelijk N = 387
BMI: obees (%)	35,1	18,8	26,6
LA: laag	62,9	11,0	39,0
hoog	5,4	53,6	28,2
Alcohol: geen	21,2	5,5	23,3
veel	12,4	14,8	7,0
Roken: nooit	41,3	26,8	27,4
nu nog	8,9	16,2	15,8
Investment: laag	29,3	24,8	41,1
hoog	36,3	31,3	28,4
Mastery: laag	42,5	25,0	34,1
hoog	20,1	41,2	33,1
Netwerk: klein	14,7	16,6	68,7
groot	47,5	49,2	5,9
Instrumentele steun: weinig	57,9	6,6	58,4
veel	14,7	59,0	7,0
Emotionele steun: weinig	13,5	11,1	80,4
veel	52,5	44,6	0,8
Bestuurlijk actief*	38,2	57,0	35,9

* Niet in het cluster opgenomen, maar dient ter beschrijving van het cluster.

Tabel 3. Stabiliteit in indicatoren van leefstijl, participatie en autonomie in 2005/2006 en 2008/2009 (kappa's en percentages afwijking)				
	N	Kappa ¹	% afname	% toename
Body Mass Index	1197	0,71	9	10
Lichamelijke Activiteit	1272	0,49	20	14
Alcohol	1214	0,67	9	5
Roken	1214	0,86	6	3
Investment	1369	0,35	27	16
Mastery	1249	0,40	22	17
Netwerk	1250	0,36	24	18
Instrumentele steun	1250	0,29	27	20
Emotionele Steun	1249	0,26	27	22

¹ Voor kappa gelden de volgende grenzen (Landis & Koch, 1977):

<0,20: slechte overeenstemming

0,20-0,40: lichte overeenstemming

0,40-0,60: matige overeenstemming

0,60-0,80: goede overeenstemming

>0,80: bijna perfecte overeenstemming

Tabel 4. Verdeling van demografische kenmerken, gezondheidsindicatoren en zorgvariabelen over de clusters

	Cluster 1: Ongezonde leefstijl N = 259	Cluster 2: Gezond en actief N = 549	Cluster 3: Inactief en afhankelijk N = 387	Totaal*
<i>2008-2009</i>				
Sekse: vrouw (%)	25,1	51,9	55,8	47,4
Leeftijd (M, sd)	74,8 (8,0)	69,4 (8,4)	73,5 (8,4)	71,9 (7,7)
Partner: geen	39,4%	20,0%	31,5%	27,9
in huishouden	57,5%	75,4%	62,0%	67,2
buiten huishouden	3,1%	4,6%	6,5%	4,9
Opleiding: laag	27,8%	14,0%	28,7%	21,8
midden	57,9%	59,0%	54,5%	57,3
hoog	14,3%	27,0%	16,8%	20,9
# chron. ziekten (M, sd)	1,6 (1,1)	1,2 (1,1)	1,5 (1,1)	1,4
Ervaren gezondheid (M, sd)	2,6 (1,0)	2,1 (0,7)	2,4 (0,9)	2,3
Funct. beperkingen (M, sd)	2,0 (1,9)	0,8 (1,2)	1,5 (1,8)	1,3
Depres. symptomen (M, sd)	8,4 (6,5)	6,0 (5,9)	7,6 (6,7)	7,0
Cognit. beperking (M, sd)	27,9 (1,9)	28,3 (1,7)	27,4 (2,5)	
Mantelzorg (%)	23,6%	9,3%	14,5%	14,1
Particuliere zorg (%)	24,7%	15,3%	11,6%	16,2
Hulpmiddel mobiliteit (%)	35,9%	6,9%	23,5	18,6
Welzijnsvoorziening (%)	19,3%	3,3%	15,0%	10,5
Professionele zorg (%)	21,6%	3,3%	16,3%	11,5
<i>2011-2012</i>				
Funct. beperkingen (M, sd)	2,8 (2,2)	0,8 (1,2)	2,4 (2,5)	2,0 (2,3)
Mantelzorg (%)	15,8%	7,5%	9,0%	9,8
Particuliere zorg (%)	19,3%	10,7%	9,0%	12,1
Professionele zorg (%)	26,3%	6,7%	19,1%	15,0
In zorginstelling (%)	5,4%	1,1%	2,8%	2,6

* Alle kruistabellaties en F-toetsen zijn statistisch significant op 5%-niveau

Tabel 5. Verandering in functionele beperkingen en gebruik van professionele thuiszorg tussen 2008/09 en 2011/12, naar cluster

	Cluster 1: ongezonde leefstijl N = 259	Cluster 2: gezond en actief N = 549	Cluster 3: inactief en afhankelijk N = 387	Totaal
Functionele verandering (%)				
- Stabiel goed	22,4%	54,5%	39,8%	42,8
- Stabiel beperkt	10,8%	4,0%	5,2%	5,9
- Achteruit van goed	28,2%	25,3%	19,9%	24,2
- Achteruit van beperkt	27,4%	6,2%	16,5%	14,1
- Uitval	11,2%	10,0%	18,6%	13,1
Gebruik professionele thuiszorg				
- Geen zorggebruik	63,7	87,4	67,2	75,7
- Nieuwe gebruiker	9,7	4,0	7,2	6,3
- Geen gebruiker meer	2,7	0,2	1,8	1,3
- Stabiel gebruik	16,6	2,7	11,9	8,7
- Uitval	1,6	5,6	11,9	8,0

Tabel 6. Voorspellende waarde van clusters voor functionele achteruitgang, met controle voor demografische kenmerken¹ (multinomiale regressie: Odds Ratio's met referentiecategorie Stabiel goed functioneren)

	Cluster 1: Ongezonde leefstijl N = 259	Cluster 2: Gezond en actief (=ref.) N = 549	Cluster 3: Inactief en afhankelijk N = 387
<i>Verandering in functionele beperkingen</i>			
- Stabiel goed (ref.)	1,00	1,00	1,00
- Stabiel beperkt	4,97***	1,00	1,50
- Achteruit van goed	1,81**	1,00	0,81
- Achteruit van beperkt	4,53***	1,00	1,88*
- Uitval	1,50	1,00	1,45+

¹ Sekse, leeftijd, partner status, opleidingsniveau

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; + p < 0,10

Tabel 7. Voorspellende waarde voor het gebruik van professionele thuiszorg in 2011-12 van functionele achteruitgang (model 1) resp. de clusters (model 2), met controle voor professionele thuiszorg en demografische kenmerken¹ in 2008/2009 (logistische regressie: Odds Ratio's met referentiecategorie geen professionele thuiszorg)

	Model 1: Functionele achteruitgang	Model 2: Functionele achteruitgang en Clusters
<i>2011/2012</i>		
Functionele verandering (OR)		
- stabiel goed (ref.)	1,00	1,00
- stabiel beperkt	5,70**	5,80**
- achteruit van goed	3,60**	3,67**
- achteruit van beperkt	6,07***	6,13***
- uitval	10,66***	10,64***
Cluster 1 – ongezonde leefstijl	-	0,98
Cluster 2 (ref.) – gezond & actief	-	1,00
Cluster 3 – inactief & afhankelijk	-	1,15

¹ Sekse, leeftijd, partner status, opleidingsniveau

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; + p < 0,10