

Doenvermogen en gezondheidsverschillen bij ouderen



1. Doenvermogen: regie en persoonlijke effectiviteit

1.1 Wat is doenvermogen?

Doenvermogen is het vermogen om in actie te komen en vol te houden, zelfs bij tegenslagen. Het draait daarbij niet zozeer om de cognitieve vermogens van mensen zoals intelligentie of digitale vaardigheden, maar om niet-cognitieve vermogens.^{1,2} Doenvermogen is nauw verbonden met begrippen zoals zelfredzaamheid, persoonlijke effectiviteit en eigen regie. Deze termen verwijzen naar situaties waarin individuen in staat zijn hun eigen zaken zoveel mogelijk zelfstandig te regelen, zonder afhankelijk te zijn van externe ondersteuning.

1.2 Doel van deze factsheet

Deze factsheet geeft inzicht in de samenhang tussen doenvermogen en sociaaleconomische eigenschappen en gezondheid van Nederlandse ouderen.

De factsheet geeft antwoord op de volgende vragen:

- Bestaan er (tegenwoordig) substantiële verschillen in doenvermogen tussen sociaaleconomische groepen? In welke aspecten van doenvermogen?
- Hoe veranderde het doenvermogen van 55-65 jarigen zich in de afgelopen decennia? Zijn huidige generaties meer zelfredzaam dan vroegere generaties?
- Zijn er in de afgelopen decennia grotere ongelijkheden in gezondheid ontstaan tussen ouderen die wel en niet zelfredzaam zijn?

1.3 Onderzoeksgegevens

De resultaten uit deze factsheet zijn gebaseerd op analyses van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA).³ In LASA zijn verschillende aspecten van doenvermogen gemeten: globale regie, persoonlijke effectiviteit en zorggerelateerde regie.

Globale regie geeft de mate aan waarin iemand zichzelf beschouwt als de baas over gebeurtenissen en bepaalde situaties. Mensen met weinig globale regie voelen zich hulpeloos bij het omgaan met problemen en kunnen zich een speelbal van

het leven voelen. Mensen met veel globale regie ervaren juist veel controle over het leven.

Persoonlijke effectiviteit verwijst naar iemands vertrouwen in zijn of haar eigen vermogen om het gedrag te vertonen dat nodig is om doelen te bereiken. Dit omvat het succesvol uitvoeren van plannen en het doorzetten bij obstakels of onaangename taken.

Zorggerelateerde regie staat voor de mate waarin mensen controle ervaren over het geheel aan zorggerelateerde gebeurtenissen. Concreet gaat het om de eigen mogelijkheden om de zorg te organiseren, in contact te treden met zorgverleners, zelfzorg te verlenen in de thuissituatie, en het vooruitzien naar intensieve(re) zorg in de toekomst.



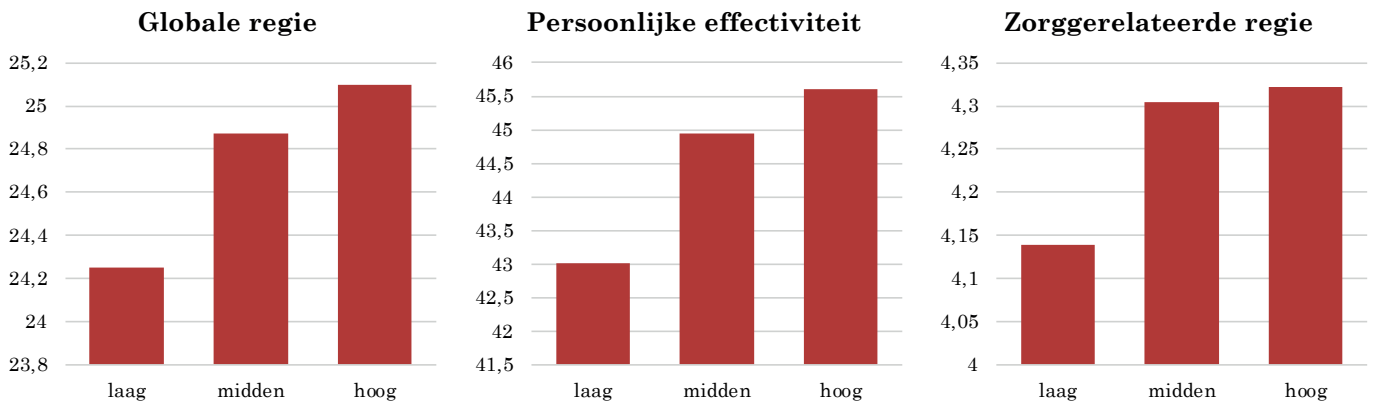
2. Sociaaleconomische verschillen in aspecten van doenvermogen

2.1 Globale regie, persoonlijke effectiviteit en zorggerelateerde regie

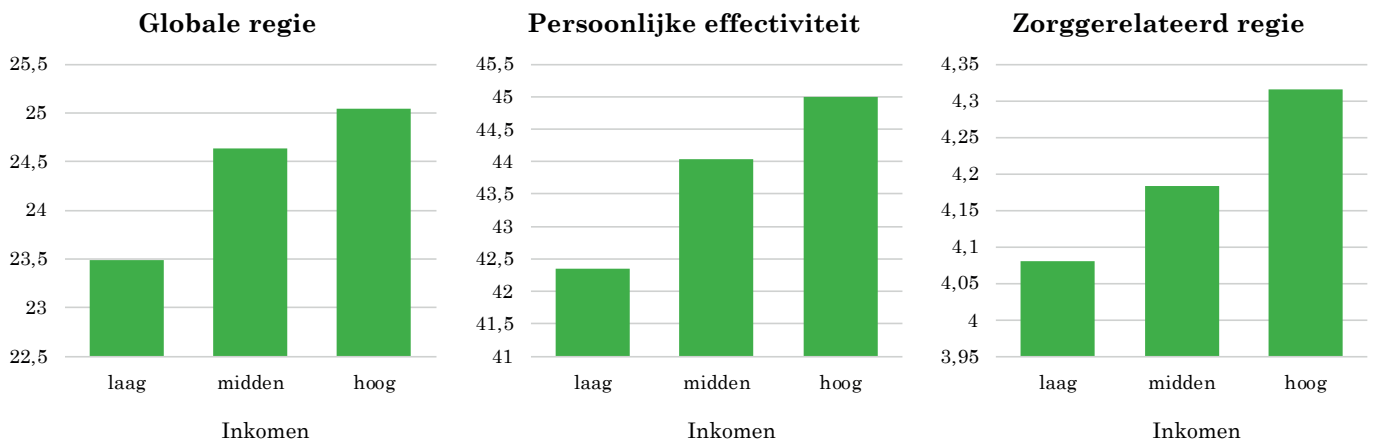
Er zijn opleidings- en inkomensverschillen in globale regie, persoonlijke effectiviteit en zorggerelateerde regie (Figuur 1). We zien over het algemeen lagere zorggerelateerde regie bij lager opgeleiden en personen met een lager inkomen. Ook nadat we in analyses rekening hielden met de bijdrage van andere factoren die van invloed zijn op doenvermogen, zoals leeftijd, geslacht, chronische ziekten en lichamelijke beperkingen bleven opleidings- en inkomensverschillen in zorggerelateerde regie bestaan. Dit was niet het geval voor globale regie en persoonlijke effectiviteit.

Figuur 1. Verschillen in globale regie, persoonlijke effectiviteit en zorggerelateerde regie naar opleiding (A) en inkomen (B)

A. Opleiding



B. Inkomen



Tabel 1. Onderdelen van zorggerelateerde regie naar opleidingsniveau en inkomen

Vraag	Opleiding			Inkomen		
	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog
1. Ik weet het juiste moment te bepalen waarop ik zorg moet inschakelen	4,1 (0,8)	4,2 (0,6)	4,2 (0,7)	4,0 (1,0)	4,1 (0,7)	4,3 (0,7)
2. Als ik informatie over gezondheid of zorg nodig heb, dan vind ik die wel	4,1 (0,7)	4,2 (0,6)	4,3 (0,6)	4,0 (0,9)	4,1 (0,6)	4,3 (0,6)
3. Als er hulpmiddelen of diensten zijn die ik goed kan gebruiken, dan kom ik daar wel achter	4,0 (0,8)	4,2 (0,7)	4,2 (0,7)	4,0 (0,9)	4,1 (0,7)	4,2 (0,7)
4. Ik weet waar ik moet zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten	3,9 (0,8)	4,1 (0,8)	4,0 (0,8)	3,9 (1,0)	3,9 (0,8)	4,0 (0,8)
5. Ik kan zorg, hulpmiddelen of diensten die ik nodig heb regelen, zoals telefoontjes plegen, aanvragen doen	4,0 (0,8)	4,2 (0,7)	4,2 (0,7)	4,0 (0,9)	4,1 (0,7)	4,2 (0,7)
6. Ik begrijp de regels van zorginstanties die belangrijk zijn voor mij, zoals regels van thuiszorg, ziekenhuis, zorgverzekeraar	3,8 (0,8)	4,0 (0,8)	3,9 (0,8)	3,8 (1,0)	3,9 (0,8)	3,9 (0,8)
7. Als ik bij mijn zorgverlener(s) moet komen, dan lukt dat	4,1 (0,7)	4,3 (0,7)	4,3 (0,7)	4,1 (0,9)	4,2 (0,7)	4,3 (0,7)
8. Ik heb overzicht over de afspraken met mijn zorgverlener(s)	4,1 (0,7)	4,3 (0,6)	4,3 (0,7)	4,1 (0,9)	4,2 (0,6)	4,3 (0,7)
9. Ik maak mijn zorgverlener(s) duidelijk wat er aan de hand is	4,1 (0,7)	4,3 (0,6)	4,3 (0,6)	4,1 (0,9)	4,2 (0,6)	4,3 (0,6)
10. Als ik vragen heb over mijn gezondheid of behandeling, dan stel ik deze	4,2 (0,7)	4,4 (0,6)	4,3 (0,6)	4,1 (0,9)	4,2 (0,6)	4,4 (0,6)
11. Als ik wensen heb bijvoorbeeld m.b.t. de behandeling, zorg of hulp die ik krijg dan geef ik die aan	4,1 (0,7)	4,3 (0,6)	4,3 (0,6)	4,1 (0,9)	4,1 (0,6)	4,3 (0,6)
12. Ik kan omgaan met de medicatie die mijn zorgverleners mij voorschrijven	4,6 (0,9)	4,7 (0,9)	4,9 (0,8)	4,5 (1,1)	4,7 (0,8)	4,9 (0,8)
13. Ik kan de adviezen die mijn zorgverleners mij voorschrijven zoals dieet, beweging, oefeningen uitvoeren	4,6 (1,0)	4,7 (0,9)	4,9 (0,8)	4,4 (1,1)	4,6 (0,9)	4,9 (0,9)

*Weergave: gemiddelde van score (standaarddeviatie) op een schaal van 1 tot 5 (waarbij hogere scores aangeven dat iemand er minder moeite mee heeft); Alle verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,05$, gebaseerd op ANOVA), behalve voor vraag 6

2.2 Onderdelen van zorggerelateerde regie

Op vrijwel alle onderdelen van de zorggerelateerde regie bestaan opleidings- en inkomensverschillen (Tabel 1). Opvallend is dat er geen verschillen zijn voor het onderdeel “Ik begrijp de regels van zorginstanties die belangrijk zijn voor mij, zoals regels van thuiszorg, ziekenhuis, zorgverzekeraar”. Over het algemeen lijken de verschillen in gemiddelde scores tussen opleidingsgroepen en inkomensgroepen klein.

3. Veranderingen in doenvermogen tussen generaties

De gegevens in Figuur 2 laten zien dat de groepen met een hoog tot zeer hoog doenvermogen steeds groter zijn geworden. In 1992 ervaaarde 38% (zeer) hoge algemene regie, terwijl dit in 2012 46% was. Die ontwikkeling was nog wat sterker voor persoonlijke effectiviteit: de groep met (zeer) hoge persoonlijke effectiviteit nam toe van 32% in 1992 naar 46% in 2012. De groep met (zeer) lage regie nam tegelijkertijd af van 36% in 1992 naar 29% in 2012, en met (zeer) lage persoonlijke effectiviteit van 45% in 1992 naar 32% in 2012. De voornaamste verschuiving vindt plaats tussen 2002 en 2012, en niet zozeer tussen 1992 en 2002.

4. Ongelijkheden in gezondheid en eenzaamheid

4.1 Eenzaamheid

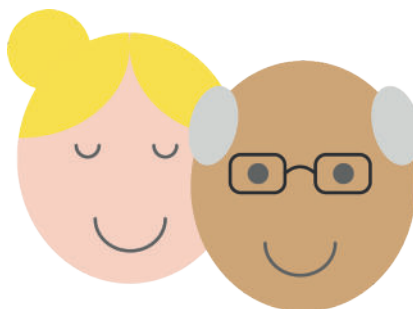
Mensen met een hoger doenvermogen vertonen over het algemeen minder eenzaamheid dan mensen met een lager doenvermogen (Figuur 3). Wanneer we naar de ontwikkeling in deze ongelijkheid in eenzaamheid kijken tussen generaties, dan vinden we alleen voldoende statistisch bewijs voor een toename in ongelijkheid in 2002 ten opzichte van 1992 voor persoonlijke effectiviteit*. Dat houdt in dat het verschil in eenzaamheid tussen de mensen met een hoger doenvermogen en mensen met een lager doenvermogen groter is geworden in de generatie die in 2002 tussen de 55 en 65 jaar oud was, in vergelijking met de generatie die in 1992 tussen de 55 en 65 jaar oud was*. Er was niet voldoende statistisch bewijs voor een toename of afname van die ongelijkheid tussen 2012 en 1992**.

4.2 Lichamelijk functioneren

Mensen met een hoger doenvermogen vertonen over het algemeen minder lichamelijke klachten dan mensen met een lager doenvermogen (Figuur 4). Voor lichamelijk functioneren vinden we geen duidelijk bewijs voor toename of afname in de mate van deze ongelijkheid tussen de generaties.

4.3 Cognitief functioneren

Mensen met een hoger doenvermogen vertonen over het algemeen beter cognitief functioneren dan mensen met een lager doenvermogen (Figuur 5). Voor cognitief functioneren vinden we voldoende statistisch bewijs voor een afname in deze ongelijkheid in 2012 ten opzichte van 2002. Dat houdt in dat het verschil in cognitief functioneren tussen de mensen met een hoger doenvermogen en mensen met een lager doenvermogen minder groot is geworden in de generatie die in 2012 tussen de 55 en 65 jaar oud was, in vergelijking met de generatie die in 2002 tussen de 55 en 65 jaar oud was*. De ongelijkheid verschilde echter niet tussen 2012 en 1992.



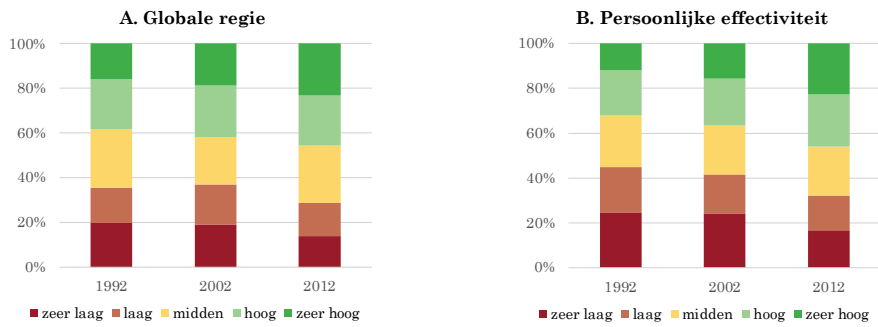
4.4 Depressieve klachten

Mensen met een hoger doenvermogen vertonen over het algemeen minder depressieve klachten dan mensen met een lager doenvermogen (Figuur 6). Voor depressieve klachten vinden we alleen voor persoonlijke effectiviteit voldoende statistisch bewijs voor een toename in deze ongelijkheid in 2002 ten opzichte van 1992 en in 2012 ten opzichte van 1992. Deze ongelijkheid is in 2012 wel wat kleiner dan in 2002.

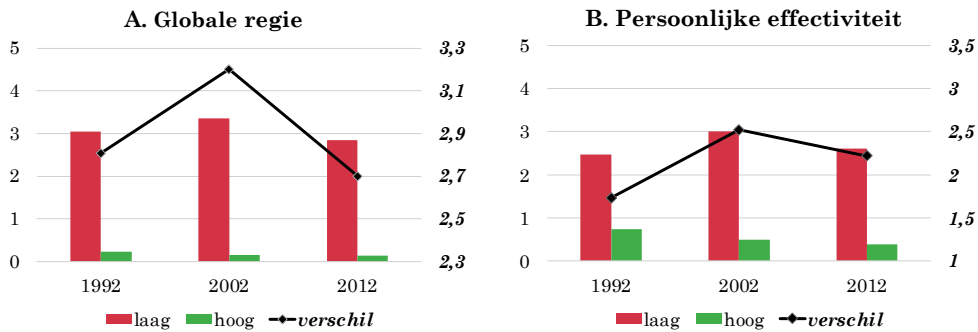
* Het gaat hier om de volgende generaties: ouderen die werden geboren in de jaren 1938-1947, ouderen die werden geboren in de jaren 1948-1957.

** Het gaat hier om de volgende generaties: ouderen die werden geboren in de jaren 1928-1937, ouderen die werden geboren in de jaren 1948-1957.

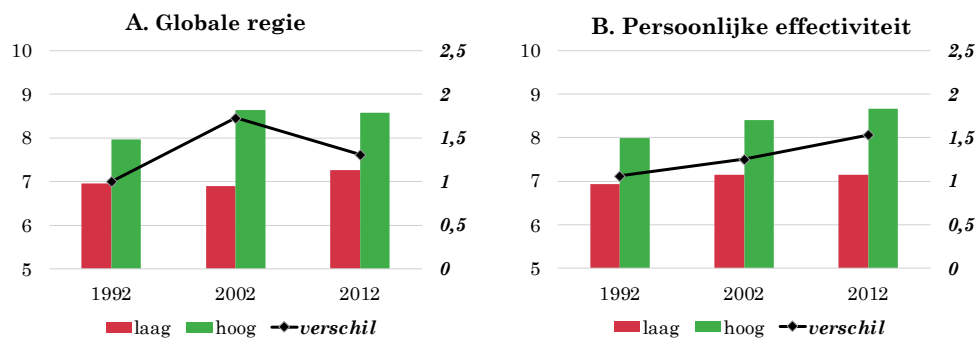
Figuur 2: Percentages van 55-65 jarigen in 1992, 2002 en 2012 dat zeer laag, laag, midden, hoog of zeer hoge algemene regie (A) en zelfeffectiviteit (B) ervaart.



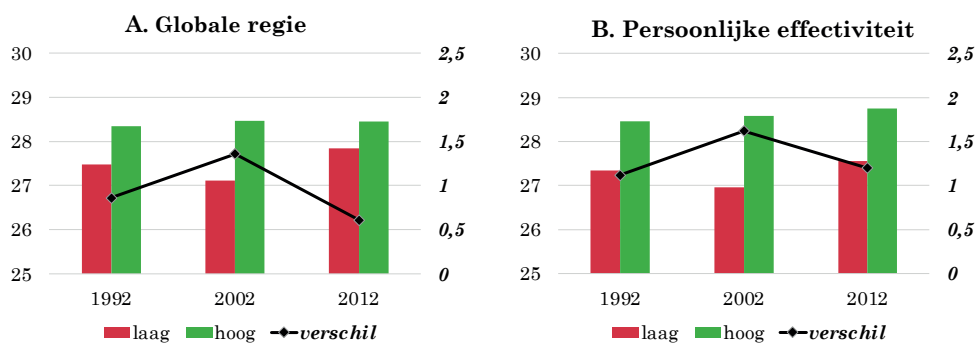
Figuur 3: Gemiddelde mate van eenzaamheid



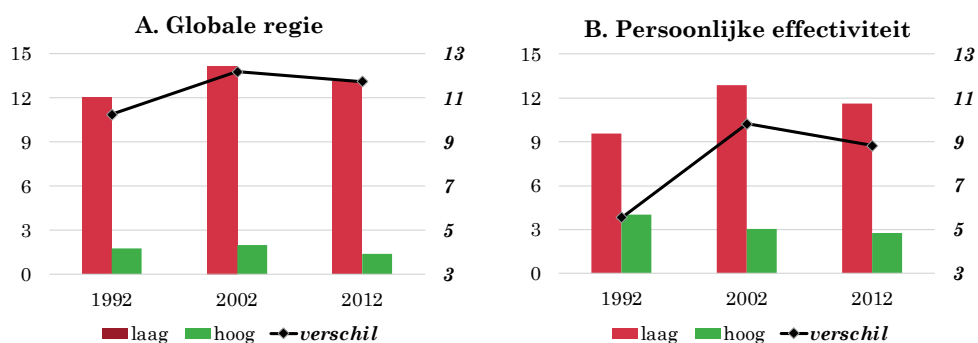
Figuur 4: Gemiddelde mate van lichamelijke klachten



Figuur 5: Gemiddelde mate van cognitief functioneren



Figuur 6: Gemiddelde mate van depressieve klachten



5. Conclusies

Mensen met minder jaren opleiding en minder inkomen ervaren over het algemeen minder globale regie, persoonlijke effectiviteit en zorggerelateerde regie in vergelijking met mensen met een hoger opleidingsniveau en inkomen. Dat kan hun doenvermogen beperken. Dit heeft voor een deel te maken met chronische ziekten en beperkingen, die bij mensen met minder jaren opleiding en minder inkomen vaker voorkomen.

Mensen met meer doenvermogen rapporteren aanzienlijk minder depressieve klachten, voelen zich minder eenzaam, en functioneren lichamelijk en cognitief beter dan mensen met minder doenvermogen. Deze ongelijkheden zijn groter geworden in de afgelopen decennia, behalve voor cognitief functioneren. Het sterkste bewijs hiervoor vonden we voor depressieve klachten – een belangrijke indicator voor welbevinden, en dan met name als we kijken naar de persoonlijke effectiviteit. Doenvermogen is dus belangrijker geworden voor de algehele gezondheid van Nederlandse ouderen.

Het versterken van doenvermogen vraagt om beleid dat burgers helpt om de juiste middelen, vaardigheden en omstandigheden te verkrijgen waarmee ze hun eigen leven vorm kunnen geven en maatschappelijke participatie kunnen bevorderen. Door aandacht te besteden aan doenvermogen kunnen beleidsmakers bijdragen aan een samenleving waarin iedereen de kans krijgt om volwaardig mee te doen, ongeacht de uitdagingen die men tegenkomt.

6. Referenties

1. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Weten is nog geen doen; een realistisch perspectief op redzaamheid. Den Haag, 2017.
2. Kenniscentrum voor Beleid en Regelgeving. <https://www.kcbr.nl/beleid-en-regelgeving-ontwikkelen/beleidskompas/verplichte-kwaliteitseisen/doenvermogen>.
3. www.lasa-vu.nl.

7. Over de Longitudinal Aging Study Amsterdam

De resultaten uit deze factsheet zijn afkomstig uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). LASA is een langlopend onderzoek naar veroudering en ouder worden in Nederland. De studie is gestart in 1992, op initiatief van het toenmalige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) (tegenwoordig het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)). Sinds 1992 hebben duizenden Nederlandse ouderen regelmatig vragen beantwoord over hoe het met hen gaat en hebben zij meegedaan aan lichamelijke en cognitieve tests voor de studie. LASA richt zich daarbij op aspecten van lichamelijk, sociaal, emotioneel en cognitief functioneren.

Anders dan de naam doet vermoeden, komen de deelnemers niet alleen uit Amsterdam. LASA is een steekproef uit drie verschillende regio's: Amsterdam en omliggende gemeenten, Zwolle en omliggende gemeenten, en Oss en omliggende gemeenten. De keuze voor deze regio's is gebaseerd op een vertegenwoordiging van deelnemers uit zowel (Rand)stad als platteland en uit verschillende gebieden in Nederland. Op deze manier wordt een representatieve steekproef van Nederlandse ouderen verkregen.

Met de miljoenen verzamelde antwoorden uit de interviews met deelnemers, bestuderen onderzoekers van het Amsterdam UMC en de Vrije Universiteit het proces van ouder worden in Nederland. LASA werd sinds 1992 mogelijk gemaakt dankzij subsidies van de ministeries van WVC en VWS.

Colofon

Datum

November 2024

Auteurs

Dr. Emiel O. Hoogendijk

Dr. Almar A.L. Kok

Prof. dr. Martijn Huisman

Contact

ma.huisman@amsterdamumc.nl

Website

www.lasa-vu.nl

Design

Roy Hendrikx (www.royhendrikx.nl/visuals)