
Genderregimes en gezondheidsverschillen in Europa

Dorly J.H. Deeg

Westerse landen verschillen in cultuur en economische ontwikkeling, maar ook in gezondheid. Verschillen in gezondheid komen vooral naar voren in de oudere bevolking, omdat gezondheidsproblemen vaker voorkomen naarmate de leeftijd stijgt. Deze verschillen kunnen voortkomen uit economische ontwikkeling, culturele waarden en normen, sociale integratie, of het gevolg zijn van het niveau en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Deze factoren worden vaak samengevat met de term 'welvaartsstaat' (Esping-Andersen, 1990). In onderzoek naar verklarende factoren voor deze verschillen is tot nu toe geen aandacht geschonken aan mogelijke verschillen in factoren die samenhangen met 'genderregimes'.

In Europa wordt vaak gewezen op een Noord-Zuid gradiënt: ongezondheid, bijvoorbeeld lichamelijke beperkingen of depressie, komt bij ouderen in het Noorden minder frequent voor dan in mediterrane landen (Ladin, Daniels & Kawachi, 2009; Minicuci et al., 2004; Van den Brink et al., 2003; Ploubidis, Dale & Grundy, 2012; Thogersen-Ntoumani et al., 2011; Verropoulou, 2009). In epidemiologisch onderzoek worden deze geografische verschillen toegeschreven aan verschillen in het opleidingsniveau dat gedurende de levensloop wordt bereikt, verschillen in inkomensniveau, verschillen in sociale cohesie en toegang tot gezondheidszorg (Zunzunegui et al., 2007; Ladin et al., 2009).

De genoemde factoren zullen zich verschillend manifesteren bij mannen en vrouwen. Bovendien zullen verschillen tussen

landen in culturele verwachtingspatronen voor vrouwen groter zijn dan voor mannen (Tesch-Römer, Motel-Klingelbiel & Tomasik, 2008). Dergelijke verschillen worden gevat in het concept 'genderregime', een aan 'welvaartsstaat' verwant, maar specifiek begrip. De term genderregime verwijst naar een stelsel van normen, waarden, beleidsprincipes en wetten die de relaties tussen de seksen vreden en beïnvloeden in een bepaald politiek systeem (MacRae, 2006). De uitwerking van genderregimes op de gezondheid van oudere mannen en vrouwen is nog niet expliciet onderzocht.

Verwachtingspatronen ten aanzien van mannen en vrouwen leiden tot sekse-specifieke levenslopen, die op latere leeftijd verschillen in gezondheid kunnen opleveren (Verbrugge & Wingard, 1987). Daarbij laten traditionele genderregimes, die uitgaan van ongelijkheid tussen de seksen, grotere verschillen zien tussen de levenslopen van mannen en vrouwen dan progressieve, waarin meer gelijkheid de norm is. Om te beginnen is van de eerste een kenmerk dat vrouwen minder opleidingskansen krijgen dan mannen. Er is veel literatuur over gezondheidsverschillen naar opleidingsniveau, welke verschillen ook op latere leeftijd in stand blijven (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003; Rostad, Deeg & Schei, 2009). In de volgende levensfase verschilt de toegang tot en deelname aan de arbeidsmarkt tussen de seksen. In traditionele genderregimes hebben vrouwen vaker laag betaald werk met lange onderbrekingen om gezinstaken te kunnen vervullen.

Een en ander leidt tot een laag pensioen op latere leeftijd. Zowel een laagbetaalde baan als een laag inkomen zijn factoren die het risico op een slechte gezondheid op latere leeftijd verhogen (Arber & Ginn, 1993; Rosstad et al., 2009; Schöllgen, Huxhold & Tesch-Römer, 2010). In traditionele genderregimes is de rol van de vrouw het verzorgen van het gezin – zowel de kinderen als de hulpbehoevende (schoon)ouders. Vrouwen leiden daarmee een bestaan dat zich veelal binnenshuis afspeelt. Deelname aan sport en sociale activiteiten is vaak niet aan de orde, behalve wanneer het gaat om het bijwonen van religieuze bijeenkomsten. Zowel sociale participatie en sportdeelname alsook religieuze betrokkenheid verhogen de kans op een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid op latere leeftijd (Glass, Mendes de Leon, Martotoli & Berkman, 1999; Idler en Kasl, 1992; Braam et al, 2004). Traditionele genderregimes zijn echter niet alleen maar in het nadeel van vrouwen. Een aspect waardoor mannen in het nadeel zijn, is het verwachtingspatroon van stoerheid, waardoor mannen grotere risico's nemen, bijvoorbeeld in leefgewoonten als roken en excessief alcoholgebruik. Ongezonde leefgewoonten verhogen het risico op ziekte, beperkingen en voortijdige sterfte op oudere leeftijd (Hubert, Bloch, Oehlert & Fries, 2002; Pluijm et al. 2007; Verbrugge & Wingard, 1987).

We zien dus dat een breed scala van genderregimegebonden factoren de gezondheid op latere leeftijd kan beïnvloeden. Uit deze bespreking wordt nog niet duidelijk in hoeverre mannen of juist vrouwen wat betreft gezondheid in het nadeel zijn. Uit de groeiende hoeveelheid onderzoek naar verschillen in gezondheid tussen mannen en vrouwen wereldwijd blijkt stevast een genderkloof in gezondheid op latere leeftijd (Crimmins, Kim & Solé-Auro, 2010; Rodrigues, Facchini, Thumé & Maia, 2009). Vrouwen hebben

een slechtere gezondheid, maar bij mannen is de sterfte groter. Deze genderkloof wordt wel de 'male-female health-survival paradox' genoemd (Oksuzyan, Bronnum-Hansen & Jeune, 2010). Onderzoek naar mogelijke verklaringen voor deze genderkloof heeft wisselend succes. Men houdt het op meervoudige oorzaken met in ieder geval bijdragen van biologische, psychische en sociale factoren. Toch kunnen deze factoren tezamen de genderkloof in gezondheid niet verklaren. Een tekortkoming van het onderzoek tot nu toe is de bijna uitsluitende aandacht voor individuele factoren, terwijl aan kenmerken van de omgeving geen aandacht wordt besteed. Dit geldt met name voor meso- en macrofactoren, zoals de cultuur van een land of het type genderregime en daaraan gerelateerde omstandigheden.

In dit onderzoek worden gezondheidsverschillen tussen landen nader onderzocht vanuit het perspectief van genderregimes. Omdat verondersteld wordt dat genderregimes grotere gevolgen hebben voor vrouwen dan voor mannen, wordt verwacht dat gezondheidsverschillen tussen landen voor mannen kleiner zijn dan voor vrouwen. Daarbij wordt verwacht dat vrouwen in de traditionelere genderregimes, dat wil zeggen in de mediterrane landen, een slechtere gezondheid hebben dan vrouwen in de progressievere genderregimes, namelijk die in Noord-Europa. Voorts wordt verwacht dat de verschillen in gezondheid tussen landen voor vrouwen minder goed verklaard worden door individuele factoren dan voor mannen. Individuele factoren zijn relevant in zoverre ze gedrag betreffen dat uit het leven in een bepaald genderregime voortvloeit, maar zullen niet de gehele betekenis van meso- en macrofactoren kunnen vangen. De invloed van kenmerken van genderregimes worden hier indirect gemeten, door landen als proxies te beschouwen voor genderregimes. Verwacht

wordt dat er bij vrouwen meer ruimte is dan bij mannen voor een rol van meso- en macrofactoren samenhangend met het genderregime.

Methoden

Steekproef

Voor dit onderzoek zijn gegevens gebruikt uit zes longitudinale bevolkingsstudies over veroudering, in vijf Europese landen (Finland, Italië, Nederland, Spanje en Zweden) en Israël. Aan de World Values Survey kunnen indicatoren voor traditionaliteit van genderregimes worden ontleend (World Values Survey, 2013; vergelijk Tesch-Römer et al., 2008). Drie relevante indicatoren waren voor de vijf Europese landen beschikbaar (tabel 1), waaruit blijkt dat deze landen van Noord- naar Zuid-Europa een gradiënt van progressieve naar traditionele genderregimes vormen. Deze indicatoren waren niet beschikbaar voor Israël. Naar verwachting neemt dit land een middenpositie in, doordat de mate van gelijkwaardigheid tussen mannen en vrouwen grote verschillen vertoont tussen bevolkings-

groepen naar nationale en etnische afkomst (Ajzenstadt & Gal, 2001).

In het huidige onderzoek zijn gegevens van de volgende studies gebruikt: TamELSA (Tampere Longitudinal Study on Aging) uit de stad Tampere, Finland (Jylhä et al., 1992), CALAS (Cross-sectional and Longitudinal Aging Study) uit Israël (Walter-Ginzburg et al., 2001), ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging) uit Italië (Maggi, Zucchetto & Grigoletto, 1994), LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) uit Nederland (Deeg, Van Tilburg, Smit & Leeuw, 2002), de Aging in Leganés (AL) Study uit de stad Leganés, Spanje (Béland et al., 1999), en SATSA (Swedish Adoption Twin Study on Aging) uit Zweden (Pedersen et al., 1991). TamELSA, ILSA, LASA en AL zijn gebaseerd op aselechte steekproeven uit gemeentelijke bevolkingsregisters; CALAS is gebaseerd op een aselechte steekproef uit het nationale bevolkingsregister, en SATSA op een steekproef uit het Swedish Twin Register.

De gegevens waren geharmoniseerd in het kader van het Comparison of Longitudinal European Studies on Ageing (CLESA) onder-

Tabel 1. Normen over genderongelijkheid in vijf Europese landen, 1990-1999

	1 Vrouw heeft kinderen nodig (1990) Noodzakelijk (%)	2 Vaders geschikt voor kinderen (1999) (Sterk) oneens (%)	3 Mannen recht op baan (1990) Oneens (%)
Finland	19.9	13.8	69.3
Zweden	20.6	8.1	87.9
Nederland	11.5	22.7	69.1
Spanje	49.0	25.7	60.9
Italië	67.2	31.5	44.7

Bron: World Values Surveys Databank, jaren als aangegeven (www.wvsevsdb.com/wvs/WVSAanalyzeQuestion.jsp)

Exacte formulering van de vragen:

- 1 A woman has to have children to be fulfilled
- 2 Fathers are well suited for looking after children
- 3 When jobs are scarce, men should have more right to a job than women

Afhankelijk van het jaar en het land, varieerde de steekproefomvang tussen 550 en 4050.

zoek, een EU-project dat werd gesubsidieerd onder het vijfde Kaderprogramma (Minicuci et al, 2003). Voor de harmonisatie werden uit ieder onderzoek gegevens gebruikt die rond 1990 waren verzameld. Dit betrof de eerste waarnemingscyclus in CALAS, ILSA, LASA en AL. TamELSA en SATSA waren al eerder begonnen, waardoor uit deze studies de tweede waarnemingscyclus werd gebruikt. Een gedetailleerde beschrijving van de steekproeven en de geharmoniseerde gegevens is te vinden in eerdere publicaties (Minicuci et al, 2003). De totale CLESA-steekproef telde 11.557 personen (49 procent mannen, 51 procent vrouwen) in de leeftijden van 65 tot 89 jaar. Voor de huidige bijdrage werden alleen zelfstandig wonende ouderen in de leeftijden 75 tot 84 jaar geselecteerd, omdat deze leeftijdsgroep in alle studies vertegenwoordigd was. In totaal waren dit 1.692 mannen en 2.105 vrouwen.

Meetinstrumenten

Gezondheidsindicatoren

De indicatoren van gezondheid die zijn gebruikt lagen zowel op lichamelijk vlak – lichamelijke beperkingen –, als op psychisch vlak – depressieve symptomen. Verder werd een subjectieve indicator gebruikt, namelijk ervaren gezondheid. Door deze drie verschillende indicatoren mee te nemen kan een integraal inzicht worden verkregen in gezondheidsverschillen tussen landen.

De maat voor lichamelijke beperkingen bestond uit een geharmoniseerde schaal van vier algemeen dagelijkse levensverrichtingen: baden, zich aan- en uitkleden, zich binnenshuis verplaatsen en naar het toilet gaan (Pluijm et al, 2005). De 4-item schaal werd gedichotomiseerd, zodanig dat hulp nodig hebben bij minstens een activiteit als ‘beperkingen’ werd beschouwd.

Tabel 2. Beschikbaarheid van verklarende variabelen in de zes landen¹

	Finland	Israel	Italië	Nederland	Spanje	Zweden
Gezondheidsindicatoren						
ADL-beperkingen	x	x	x	x	x	x
Depressieve stemming	x	x	x	x	x	x
Ervaren gezondheid	x	x		x	x	x
Leefstijl						
Lichamelijke inactiviteit	x	x		x	x	x
Body mass index		x	x	x	x	x
Roken	x	x	x	x	x	x
Alcoholconsumptie	x	x	x	x	x	x
Sociale factoren						
Woonvorm	x	x		x	x	x
Betrokkenheid godsdienst	x	x		x	x	
Nabijheid kinderen	x	x	x	x	x	x
Sociale participatie	x			x	x	

Bron: CLESA, rond 1990

¹ Informatie over ziekten, medicatiegebruik, opleiding en beroep was beschikbaar voor alle landen; deze zijn niet in de tabel opgenomen.

In ieder land was een maat voor depressieve symptomen beschikbaar, maar deze was niet in ieder land dezelfde: in Israël, Nederland, Spanje en Zweden werd de Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) schaal (Radloff, 1997) gebruikt, in Italië de Geriatric Depression Scale (GDS, Brink et al., 1982) en in Finland acht items uit een langere symptomatologieschaal. Voor iedere schaal werd een score berekend bestaand uit de verhouding van de gemeten score van een individu en de maximumscore van de schaal. Depressiescores werden aldus getallen tussen 0 (geen depressieve symptomen) en 1 (maximale depressieve symptomen) (Zunzunegui et al, 2007). Deze variabele werd gedichotomiseerd bij 0,35: onder 0,35 geen, en vanaf 0,35 wel een 'depressieve stemming'.

'Ervaren gezondheid' werd bepaald met een veelgebruikte vraag naar de algehele gezondheid. Deze vraag was niet beschikbaar voor Italië (Bardage et al., 2005). Deze maat werd gedichotomiseerd met een afkappunt tussen 'goed' en 'matig'.

Verklarende factoren

Op grond van de wetenschappelijke literatuur en de beschikbaarheid in CLESA werden naast land (i.e. genderregime) als potentiële, met genderregime samenhangende verklarende factoren beschouwd sociaal-economische status, chronische ziekten, leefstijl en sociale participatie. Verscheidene verklarende factoren waren niet in alle zes de landen beschikbaar (zie tabel 2).

Sociaal-demografische variabelen bestonden uit leeftijd, opleidingsniveau en het niveau van het langst uitgeoefende beroep. Opleidingsniveau werd geclassificeerd als lagere school of minder versus meer dan lagere school; beroepsniveau werd gedichotomiseerd als geschoold en halfgeschoold versus ongeschoold, boer en huisvrouw.

De op oudere leeftijd veel voorkomende chronische ziekten (hartziekten, beroerte, diabetes, ziekten van het bewegingsapparaat, de ziekte van Parkinson, kanker en longziekten) werden opgeteld tot een score van multimorbiditeit. Medicijngebruik werd meegenomen als een dichotome variabele (nee versus ja).

De leefstijlfactoren betroffen gewoonten die veelal met gezondheid in verband worden gebracht. Lichamelijke inactiviteit werd bepaald door te vragen of de deelnemers wandelden en of zij aan flinke lichaamsbeweging deden, zoals sportbeoefening. Lichaamsgewicht en lengte werden gemeten om de *body mass index* (BMI) te bepalen, welke werd berekend als gewicht in kilogram gedeeld door de lengte in m². De geharmoniseerde variabelen roken en alcoholconsumptie hadden antwoordcategorieën 'nee' versus 'ja', omdat gedetailleerdere informatie niet voor ieder land vergelijkbaar beschikbaar was. Niet ieder land had informatie over al deze leefstijlfactoren; in Italië was lichamelijke inactiviteit, en in Finland was lichaamsgewicht niet beschikbaar.

Sociale factoren betroffen in de eerste plaats woonvorm: alleen wonen, samenwonen met alleen de echtgenoot of partner, en samenwonen met anderen, al dan niet met de echtgenoot of partner. Actieve betrokkenheid bij een godsdienst werd bepaald door te vragen naar bezoek aan kerk of synagoge. Nabijheid van kinderen betrof vier categorieën: geen kinderen, kinderen wonen verder weg dan dertig minuten reizen, kinderen wonen buitenshuis, maar dichterbij dan dertig minuten reizen, en kinderen wonen in huis. Sociale participatie werd bepaald door deelname aan activiteiten in club- of organisatieverband. Ook voor de sociale factoren verschilde de beschikbaarheid per land. Informatie over woonvormen was niet beschikbaar in Italië, over betrokkenheid bij godsdienst en de nabijheid van kinderen niet in

Italië en Zweden, en over sociale participatie niet in Israël, Italië en Zweden.

Statistische analyse

De steekproeven uit de zes landen hadden niet allemaal dezelfde verdeling naar leeftijd en sekse doordat ze op verschillende manieren waren getrokken. Om deze verdeling vergelijkbaar te maken en om te kunnen generaliseren naar de Europese bevolking in de leeftijdscategorie 75-84 jaar, werden de gegevens gewogen met voor ieder land specifiek berekende gewichten.

Alle analyses werden voor mannen en vrouwen apart uitgevoerd. Gezondheidsverschillen tussen landen werden onderzocht met behulp van logistische regressie¹ met controle voor leeftijd en met dummyvariabelen voor de landen. Nederland werd als referentieland gekozen.

In het logistische regressiemodel moet daarom de odds ratio (OR) van een land opgevat worden als de relatieve kans op een slechte gezondheid ten opzichte van Nederland. De verwachting dat de gezondheidsverschillen tussen landen kleiner zijn voor mannen dan voor vrouwen werd getoetst door de pseudo-verklaarde variantie (Nagelkerke pseudo-R²) van de landendummies te vergelijken tussen de modellen voor mannen en vrouwen. Wanneer de verklaarde variantie in gezondheid groter is, kan een groter deel van de variatie in gezondheid worden toegeschreven aan verschillen tussen landen. Om de verwachting te toetsen dat vrouwen in traditionele genderregimes een slechtere gezondheid hebben dan in progressievere, werden de OR's van de landen met elkaar vergeleken.

Voor de verklaring van de gezondheidsverschillen tussen landen werd een serie logistische regressie-analyses uitgevoerd. In de eerste stap werden als onafhankelijke variabelen toegevoegd: leeftijd en de landendummies (basismodel). In de volgende stappen

werd het basismodel aangevuld met steeds een blok variabelen: sociaal-economische status, chronische ziekten en medicatiegebruik, leefstijlfactoren en sociale factoren. Omdat sociale factoren niet uitsluitend kunnen worden opgevat als verklarende factoren van gezondheid, maar ook als gevolgen ervan, werd dit blok als laatste ingevoerd. Om de power van de analyse te optimaliseren werden bij iedere stap de variabelen die geen samenhang vertoonden met de afhankelijke variabele (significantie van $p > 0.20$) uit het desbetreffende blok verwijderd. De passendheid van de modellen werd bepaald met behulp van de totale pseudo-verklaarde variantie. De verwachting dat individuele factoren bij vrouwen minder goed de gezondheidsverschillen tussen landen verklaren dan bij mannen wordt ondersteund wanneer de onafhankelijke bijdrage (Wald-toets) van de landendummies in het volledige model ten opzichte van het basismodel minder sterk is gedaald bij vrouwen dan bij mannen.

Omdat niet iedere verklarende variabele voor alle landen beschikbaar was, werden in analyses vooraf verschillende varianten van de blokken onderzocht met verschillende combinaties van factoren (dus ook van landen). Met name wanneer een model alle leefstijlfactoren samen met alle sociale factoren bevatte, waren er maar twee landen die informatie leverden. Daarom werd uit een blok de variabele met de zwakste associatie met de gezondheidsindicator verwijderd, en zo door totdat tenminste vier landen informatie gaven. Volgens dit procedé werden BMI en participatie in verenigingen en organisaties verwijderd, waarna de volgende vier landen overbleven voor de volgende analyses: Finland, Israël, Nederland en Spanje. Deze landen vormen een redelijke afspiegeling van de variatie in genderregimes in Europa.

Resultaten

Vergelijking van lichamelijke en psychische gezondheidsindicatoren tussen zes landen

De zes landen lieten aanzienlijke verschillen in gezondheidsniveau zien (Tabel 3). Bij beide seksen kwamen ADL-beperkingen het meest voor in Italië en Spanje, en het minst in Ne-

derland en Finland. Deze Noord-Zuid gradient doet vermoeden dat genderregime hierbij een rol speelt. Depressieve stemming kwam het meest voor in Italië, weer voor beide seksen, gevolgd door Finland, Zweden en Israël, terwijl het in Nederland weer het minst voorkwam. Een matige tot slechte ervaren gezondheid werd het meest gerapporteerd in

Tabel 3. Vergelijking van ongezondheid in zes landen, mannen en vrouwen, leeftijden 75-84 jaar

	Mannen (%)	Mannen (OR) ¹	Vrouwen (%)	Vrouwen (OR) ¹
ADL-beperkingen				
Finland	10,5	2,65	14,7	2,11*
Israël	19,1	5,00**	24,0	3,83**
Italië	35,8	12,23**	36,1	6,59**
Nederland	4,5	1,00 ²	8,3	1,00 ²
Spanje	28,7	8,57**	40,2	8,21**
Zweden	8,6	1,92	22,7	3,35**
Nagelkerke R ²		12,5%		9,9%
Depressieve stemming				
Finland	21,8	4,12**	29,0	4,00**
Israël	19,0	3,50**	34,2	5,14**
Italië	33,1	7,34**	52,3	10,62**
Nederland	6,3	1,00 ²	9,4	1,00 ²
Spanje	8,0	1,34	21,9	2,72**
Zweden	20,7	3,89**	27,9	3,76**
Nagelkerke R ²		9,9%		16,3%
Ervaren gezondheid³				
Finland	70,9	4,20**	70,7	2,54**
Israël	70,2	4,01**	86,4	6,63**
Italië	36,9	1,00 ²	48,7	1,00 ²
Nederland	63,2	2,92**	79,0	3,96**
Spanje	50,5	1,74*	56,8	1,38
Nagelkerke R ²		10,5%		16,4%

Bron: CLESA, rond 1990

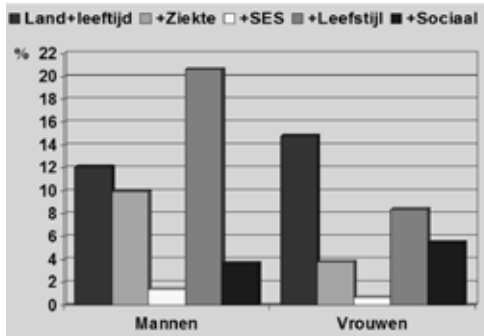
1 Genderspecifieke test van verschillen tussen landen, na controle voor leeftijd; Nagelkerke R² geeft de verklarende waarde van de landendummies in het basismodel

2 Referentieland

3 Niet beschikbaar voor Italië

* significant bij $p < 0.05$; ** significant bij $p < 0.001$

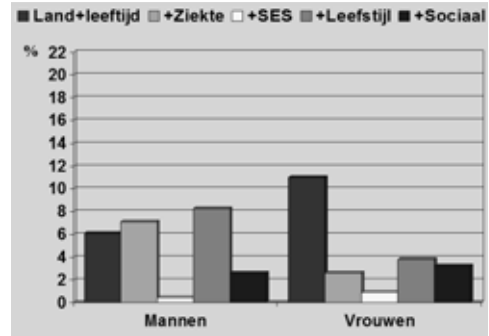
Figuur 1.a. Verklaarde variantie (Nagelkerke R²) in ADL-bepkeringen door aparte blokken verklarende variabelen, naar gender, leeftijden 75-84 jaar



CLESA, rond 1990

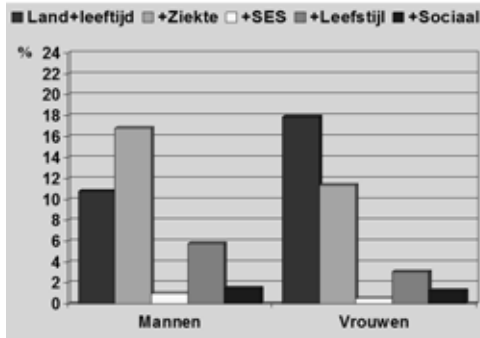
N.B.: ADL betreft vier Activiteiten van het Dagelijks Leven: baden, zich aan- en uitkleden, zich verplaatsen, en naar het toilet gaan

Figuur 1.b. Verklaarde variantie (Nagelkerke R²) in depressieve stemming door aparte blokken verklarende variabelen, naar gender, leeftijden 75-84 jaar



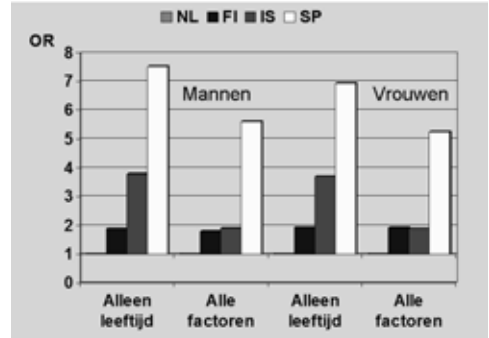
CLESA, rond 1990

Figuur 1.c. Verklaarde variantie (Nagelkerke R²) in ervaren gezondheid door aparte blokken verklarende variabelen, naar gender, leeftijden 75-84 jaar



CLESA, rond 1990

Figuur 2.a. Internationale verschillen in ADL-bepkeringen (odds ratios) naar gender, leeftijden 75-84 jaar



CLESA, rond 1990

Referentieland: Nederland (onzichtbaar op horizontale lijn OR=1.0)

ADL betreft vier Activiteiten van het Dagelijks Leven: baden, zich aan- en uitkleden, zich verplaatsen, en naar het toilet gaan

FI, Finland; IS, Israël; NL, Nederland; SP, Spanje

Israël, Spanje en Finland, en het minst in Nederland. De verschillen in ervaren gezondheid weerspiegelen daarmee die in ADL-beperkingen en depressieve stemming.

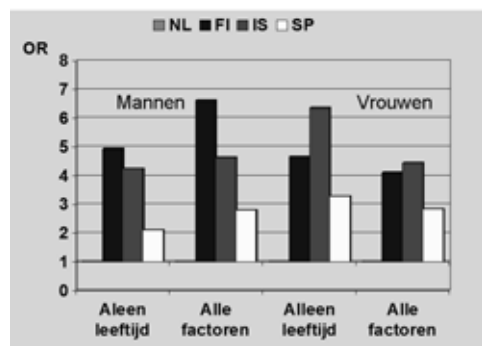
Vergelijken we de pseudo-verklaarde varianties, dan blijken – volgens de verwachting – de verschillen tussen de landen voor depressieve stemming en ervaren gezondheid voor vrouwen groter dan voor mannen, maar niet voor ADL-beperkingen. In ieder land kwamen bij vrouwen zowel de lichamelijke als de psychische gezondheidsproblemen vaker voor dan bij mannen. Het meest kwamen ADL-beperkingen voor in Spanje en Italië, depressieve stemming in Italië en Israël, en matige tot slechte ervaren gezondheid in Israël en Spanje (voor Italië was ervaren gezondheid niet beschikbaar). De landen met de hoogste niveaus van ongezondheid

zijn, zoals verwacht, de traditionele genderregimes, terwijl Israël een ‘gemengd’ genderregime heeft.

Verklarende analyses van gezondheidsverschillen tussen landen

De resultaten van de verklarende analyses worden op verschillende manieren getoond: in de figuren 1.a-1.c zijn de verklaarde varianties per blok verklarende variabelen af te lezen, in de figuren 2.1-2.c de odds ratio's (ORs) van de landen (in vergelijking met Nederland) voor en na toevoeging van de verklarende variabelen in de modellen, en Tabel 4 laat de uiteindelijke modellen in detail zien. Deze analyses betreffen de vier landen die een maximum aan gegevens beschikbaar hadden.

Figuur 2.b. Internationale verschillen in depressieve stemming (odds ratios) naar gender, leeftijden 75-84 jaar

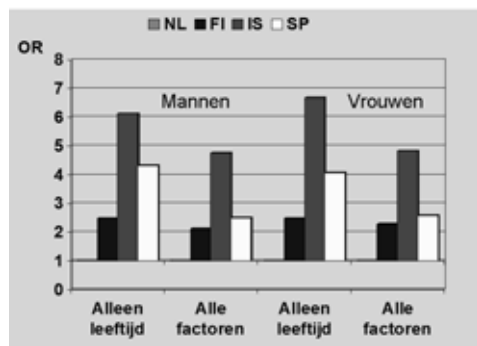


CLESA, rond 1990

Referentieland: Nederland (onzichtbaar op horizontale lijn OR=1.0)

FI, Finland; IS, Israël; NL, Nederland; SP, Spanje

Figuur 2.c. Internationale verschillen in ervaren gezondheid (odds ratios) naar gender, leeftijden 75-84 jaar



CLESA, rond 1990

Referentieland: Nederland (onzichtbaar op horizontale lijn OR=1.0)

FI, Finland; IS, Israël; NL, Nederland; SP, Spanje

Tabel 4. Complete modellen: coëfficiënten voor landen en verklarende variabelen voor genderspecifieke verschillen tussen landen in gezondheid

	Mannen (OR)	Mannen (BI)	Vrouwen (OR)	Vrouwen (BI)
ADL-beperkingen				
Land: Nederland ¹	1,00		1,00	
Finland	1,79	0,90-3,56	1,92	0,93-3,96
Israël	1,90*	1,16-3,11	1,89*	1,12-3,19
Spanje	5,60**	3,08-10,20	5,24**	2,77-9,90
Leeftijd (per jaar)	1,11**	1,07-1,20	1,14**	1,07-1,21
Opleiding (laag)	1,47	0,96-2,25	1,68*	1,05-2,70
Beroep (laag)	–	–	1,47*	1,01-2,15
Chronische ziekten (nr.)	1,48**	1,26-1,74	1,52**	1,29-1,79
Gebruik van medicijnen	1,10	0,63-1,92	–	–
Geen lichaamsbeweging	3,02**	2,02-4,51	3,10**	2,03-4,74
Drinkt alcohol	0,46**	0,31-0,66	0,46**	0,32-0,69
Woont alleen (ref.)	1,00		1,00	
met echtgeno(o)te	0,99	0,65-1,52	1,03	0,66-1,61
met anderen	1,63*	1,11-2,40	3,57**	1,97-6,47
Betrokken bij godsdienst	0,47**	0,33-0,67	0,45**	0,31-0,65
Nabijheid kinderen:				
Geen kinderen (ref.)	–	–	1,00	
Kinderen > 30 min.			3,37*	1,61-7,06
Kinderen < 30 min.			1,69	0,78-3,67
Woont bij kinderen			3,15*	1,64-6,05
Depressieve stemming				
Land: Nederland ¹	1,00		1,00	
Finland	6,62**	2,59-16,91	4,13**	2,28-7,50
Israël	4,63**	2,33-9,21	4,45**	2,72-7,27
Spanje	2,80*	1,06-7,36	2,85**	1,53-5,30
Leeftijd (per jaar)	0,98	0,90-1,06	1,02	0,96-1,09
Opleiding (laag)	–	–	0,48	0,31-0,75
Beroep (laag)	–	–	–	–
Chronische ziekten (nr.)	1,54**	1,25-1,91	1,38**	1,18-1,62
Gebruik van medicijnen	0,65	0,34-1,26	–	–
Geen lichaamsbeweging	3,25**	2,01-5,24	1,44*	1,00-2,06
Huidige roker	–	–	1,93*	1,09-3,43
Drinkt alcohol	–	–	0,55	0,39-0,79
Woont alleen (ref.)	1,00		1,00	
met echtgeno(o)te	0,44*	0,26-0,75	0,58*	0,38-0,89
met anderen	0,54	0,28-1,02	0,59*	0,40-0,88
Betrokken bij godsdienst	–	–	0,45**	0,32-0,64

	Mannen (OR)	Mannen (BI)	Vrouwen (OR)	Vrouwen (BI)
Nabijheid kinderen:				
Geen kinderen (ref.)	–	–	–	–
Kinderen > 30 min.				
Kinderen < 30 min.				
Woont bij kinderen				
Ervaren gezondheid				
Land: Nederland ¹	1,00		1,00	
Finland	2,12*	1,30-3,48	2,28*	1,39-3,73
Israël	4,76**	3,19-7,10	4,84**	3,22-7,28
Spanje	2,50*	1,46-4,25	2,58**	1,52-4,36
Leeftijd (per jaar)	0,97	0,92-1,03	0,96	0,91-1,02
Opleiding (laag)	0,64*	0,43-0,95	0,63*	0,43-0,93
Beroep (laag)	–	–	–	–
Chronische ziekten (nr.)	2,19**	1,83-2,64	2,12**	1,77-2,54
Gebruik van medicijnen	0,60*	0,39-0,92	0,52*	0,34-0,80
Geen lichaamsbeweging	1,34	0,97-1,85	1,35	0,97-1,87
Huidige roker	–	–	2,25*	1,19-4,28
Drinkt alcohol	0,60*	0,43-0,82	0,58*	0,46-0,80
Woont alleen (ref.)			1,00	
met echtgeno(o)te	–	–	0,65*	0,44-0,94
met anderen			0,70	0,46-1,06
Betrokken bij godsdienst	–	–	0,71*	0,51-0,98
Nabijheid kinderen:				
Geen kinderen (ref.)	1,00		–	–
Kinderen > 30 min.	1,31	0,74-2,33		
Kinderen < 30 min.	1,73	0,98-3,05		
Woont bij kinderen	1,35	0,86-2,13		

CLESA, rond 1990 (mannen: n=1251, vrouwen: n=1189)

N.B.: een afbreekstreepje betekent dat deze verklarende variabele niet werd geselecteerd in zijn blok van variabelen (criterium: $p > 0.20$) toen dit apart in het model werd ingevoerd.

¹ Referentieland

* significant bij $p < 0.05$; ** significant bij $p < 0.001$

ADL-beperkingen, mannen

Voor mannen kwamen de bijdragen aan de verklaring van verschillen in ADL-beperkingen tussen landen uit elk van de vijf blokken, maar in verschillende mate (Figuur 1.1, linkerdeel). De totale verklaarde variantie in het complete model was 28,2 procent. Leefstijlfactoren droegen het meest bij aan de verklaarde variantie; daaronder was li-

chaamsbeweging de belangrijkste factor, gevolgd door alcoholconsumptie. De twee sociaal-economische factoren droegen weinig bij; daarbij had opleidingsniveau een grotere verklarende waarde dan beroepsniveau. Uiteraard droegen chronische ziekten bij, maar medicijngebruik was niet significant. Van de sociale factoren kwam de meeste verklarende waarde van betrokkenheid bij een

godsdienst. Na invoering van alle relevante variabelen in het model werden de verschillen in ADL-beperkingen tussen landen iets geringer: de Wald-toets voor de bijdrage van landendummies daalde van 30,1 tot 26,9. Significante verschillen bleven bestaan voor Israël en Spanje versus Finland en Nederland (Figuur 2.a, linkerdeel). Een Noord-Zuid gradiënt blijkt in ADL-beperkingen dus zichtbaar te blijven voor mannen, ook na controle voor verklarende variabelen.

ADL-beperkingen, vrouwen

Bij vrouwen waren de verschillen in bijdrage uit de vijf blokken aan de verklaarde variantie in ADL-beperkingen vergelijkbaar met die bij mannen (Figuur 1.a, rechterdeel). Ook de totale verklaarde variantie bij vrouwen was vergelijkbaar: 29,1 procent. De bijdragen van chronische ziekten en van leefstijl, met name van gebrek aan lichaamsbeweging, waren kleiner dan bij mannen. Daarentegen leverden de sociale factoren, met name woonvorm, een grotere bijdrage. De sociaal-economische factoren droegen nog minder bij dan bij mannen, waarbij niet het opleidingsniveau maar het beroepsniveau een significante associatie liet zien. In het volledige model waren de landenverschillen in ADL-beperkingen kleiner in vergelijking met het basismodel: de Wald-toets daalde van 59,3 naar 28,0, dat wil zeggen een sterkere daling dan bij mannen. De resterende waarde van de Wald-toets was ongeveer gelijk aan die van mannen. Er bleef een significant verschil tussen Spanje en de andere landen (Figuur 2.a, rechterdeel).

Depressieve stemming, mannen

In Figuur 1.b (linkerdeel) kan worden afgelezen dat de verklaarde variantie in depressieve stemming bij mannen tamelijk laag was voor ieder van de blokken. In het totale model was de verklaarde variantie 20,5 procent.

Belangrijke verklarende waarde kwam van chronische ziekten en leefstijl; bij de laatste was gebrek aan lichaamsbeweging weer de belangrijkste factor. Van de andere blokken liet alleen woonvorm, c.q. het samenwonen met de echtgenote, een significant beschermend effect zien. De overige variabelen hadden geen significante bijdrage aan de verklaarde variantie ($p > 0,10$). Na toevoeging van de verklarende factoren waren de landenverschillen in depressieve stemming van dezelfde orde van grootte als in het basismodel: de Wald-toets nam niet noemenswaard af (van 23,8 tot 22,7). Finland en Spanje lieten een grotere mate van depressieve stemming zien dan Nederland, terwijl de OR van Israël in vergelijking met Nederland onveranderd bleef (Figuur 2.b, linkerdeel). Naast een verklarend effect van woonvorm hebben we hier te maken met een suppressoreffect van gebrek aan lichaamsbeweging: wanneer het niveau van lichaamsbeweging in alle landen hetzelfde zou zijn geweest, zouden oudere mannen in Nederland een nog kleinere kans op depressieve stemming hebben gehad dan in Finland en Spanje. Ter ondersteuning van deze interpretatie kan worden vermeld dat het niveau van lichaamsbeweging bij oudere depressieve mannen hoger was in Finland en Spanje (66 procent respectievelijk 75 procent) dan in Israël en Nederland (41 procent respectievelijk 44 procent).

Depressieve stemming, vrouwen

Evenals bij mannen, was bij vrouwen de verklaarde variantie van de verschillende blokken relatief laag, met een totaal aan verklaarde variantie van 21,6 procent. Ten opzichte van mannen bleek echter de verklarende waarde van het eerste blok veel groter te zijn. Net als bij ADL-beperkingen was bij depressieve stemming de bijdrage van chronische ziekten en leefstijl minder dan bij mannen. Anders dan bij mannen ble-

ken naast gebrek aan lichaamsbeweging ook roken en alcoholconsumptie een rol te spelen: oudere vrouwen die rookten en oudere vrouwen die geen alcohol gebruikten rapporteerden meer depressieve symptomen. Eveneens anders dan bij mannen droeg het sociaal-economische blok wel significant bij, met een significante, omgekeerde associatie van opleidingsniveau (OR 0,48). Het sociale blok droeg bij vrouwen weer iets meer bij dan bij mannen; de belangrijkste factoren hierin waren betrokkenheid bij een godsdienst en samenwonen met partner of anderen, welke beide factoren een negatieve samenhang vertoonden met depressieve stemming. In het volledige model bleken de landenverschillen kleiner te zijn geworden: de Wald-toets was 38,5 tegenover 66,6 in het basismodel. Dit is een sterkere daling dan bij mannen, hoewel de resterende waarde van de Wald-toets groter bleef dan die bij mannen. Vooral bleek het verschil tussen Israël en Nederland iets kleiner geworden, maar andere landenverschillen in depressieve stemming waren nagenoeg onveranderd (Figuur 2.b, rechterdeel).

Ervaren gezondheid, mannen

Bij mannen kon in totaal 30,5 procent van de variantie in ervaren gezondheid worden verklaard. Verreweg de grootste bijdrage aan de verklaring kwam van het blok chronische ziekten en medicijngebruik (Figuur 1.c, linkerdeel). Een relatief grote bijdrage kwam van het blok leefstijl, waarin gebrek aan lichaamsbeweging significant bijdroeg, evenals alcoholconsumptie welke een negatieve samenhang liet zien. Van de sociaal-economische factoren bleef opleidingsniveau significant (OR 0,64). Sociale factoren droegen niet significant bij. Alle verklarende factoren tezamen reduceerden de verschillen tussen landen enigermate ten opzichte van het basismodel: de Wald-toets daalde van 57,9 naar

38,3, maar alle verschillen bleven significant (Figuur 2.c, linkerdeel).

Ervaren gezondheid, vrouwen

Bij vrouwen was de verklaarde variantie in totaal aanzienlijk, namelijk 32,4 procent. Het blok chronische ziekten en medicijngebruik droeg in belangrijke mate bij aan de verklaarde variantie (zie Figuur 1.c, rechterdeel), maar deze bijdrage was kleiner dan bij mannen. Daarentegen was de bijdrage van land duidelijk groter dan bij mannen, hetgeen wijst op grotere verschillen in ervaren gezondheid tussen de landen bij vrouwen dan bij mannen. De bijdrage van de andere blokken was klein. Van de sociaal-economische factoren bleef opleidingsniveau significant (OR 0,63). Van het leefstijlblok droegen roken en alcoholconsumptie bij, maar niet lichaamsbeweging. Van de sociale factoren droegen betrokkenheid bij godsdienst en woonvorm significant bij, waarbij de laatste factor liet zien dat samenwonen met de partner of anderen bijdroeg aan een betere ervaren gezondheid. In het volledige model was het verschil tussen de landen weliswaar aanzienlijk kleiner dan in het basismodel: de Wald-toets daalde van 128,7 naar 58,6. Weer zien we een sterkere daling dan bij mannen, maar de resterende waarde van de Wald-toets bleef hoger dan bij mannen. Alle landenverschillen bleven significant (Figuur 2.c, rechterdeel)

Discussie

In dit Europese onderzoek werden landenverschillen in gezondheid vergeleken voor mannen en vrouwen, waarbij een Noord-Zuid gradiënt werd verondersteld die parallel loopt aan de mate van traditionaliteit van de genderregimes. Voor vrouwen werden grotere gezondheidsverschillen verwacht tussen traditionelere en minder traditionele gender-

regimes dan voor mannen. Ook werd verwacht dat de beschikbare individuele factoren bij vrouwen minder verklarende waarde zouden hebben dan bij mannen, en dat er bij vrouwen meer ruimte zou blijken voor een verklaring door meso- en macrofactoren samenhangend met het genderregime.

Het gebruikte scala aan gezondheidsindicatoren omvatte zowel lichamelijke als psychische gezondheid als een samenvattende maat, namelijk het subjectieve oordeel over de eigen gezondheid. De laatste indicator omvat zowel lichamelijke als psychische gezondheid en vangt ook minder ernstige gezondheidsproblemen (Galenkamp, Braam, Huisman & Deeg, 2012), terwijl de eerste gezondheidsindicator, ADL-beperkingen, ernstige beperkingen betreft, want minstens één zelfverzorgingsactiviteit kan niet zelfstandig worden uitgevoerd. De indicatoren vertonen dus onderling de nodige samenhang, maar bij de sterkte van deze samenhang spelen ook weer verschillen tussen landen een rol. Zo constateerden Braam et al. (2004) in hun onderzoek in elf Europese landen dat de samenhang tussen lichamelijke beperkingen en een depressieve stemming afhangt van de nationale context, en dat de samenhang zwakker was in landen met een groter bruto nationaal product en betere voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Om geen gezondheidsverschillen tussen landen over het hoofd te zien, is het dus van belang om zowel lichamelijke als psychische indicatoren in beschouwing te nemen.

Alle drie de indicatoren lieten gezondheidsverschillen tussen de zes onderzochte landen zien. Met name voor ADL-beperkingen was sprake van een Noord-Zuid gradiënt, voor zowel mannen als vrouwen: in Noord-Europa met zijn progressievere genderregimes kwamen lichamelijke beperkingen minder voor dan in Zuid-Europa met zijn traditionelere genderregimes. Depres-

sieve stemming liet vergelijkbare verschillen tussen landen zien, hoewel Finland zich in ongunstige zin onderscheidde van de buurlanden en Spanje juist in gunstige zin. De samenvattende maat ervaren gezondheid liet ook een Noord-Zuid gradiënt zien, waarbij het niveau van matige tot slechte ervaren gezondheid in Finland lag tussen dat in de andere landen in Noord-Europa en in mediterrane landen. De gezondheidsverschillen tussen de landen bleken voor de indicatoren depressieve stemming en ervaren gezondheid voor vrouwen groter dan voor mannen, maar niet voor de indicator ADL-beperkingen. Blijkbaar zijn indicatoren van psychische gezondheid gevoeliger voor de aard van genderregimes dan indicatoren voor lichamelijke gezondheid.

De waargenomen gezondheidsverschillen bleven bestaan wanneer rekening werd gehouden met verklarende factoren. De in dit onderzoek beschikbare individuele factoren bij vrouwen droegen meer bij aan de verklaring van verschillen tussen landen dan bij mannen, maar omdat de initiële landenverschillen bij vrouwen groter waren, bleef er meer te verklaren over dan bij mannen. Dit wijst erop dat vooral bij vrouwen niveauverschillen tussen landen in gezondheid wellicht beter verklaard kunnen worden door factoren die hier niet onderzocht zijn, zoals culturele verschillen samenhangend met genderregimes. Dit is conform de verwachting dat factoren die samenhangen met genderregimes voor vrouwen een grotere invloed zouden hebben dan voor mannen (Tesch-Römer et al., 2008).

Van de onderzochte verklarende variabelen lieten chronische ziekten de meest consistente verklarende waarde zien voor landenverschillen, maar deze was alle drie de gezondheidsindicatoren groter voor mannen dan voor vrouwen. Een verklaring kan zijn dat vrouwen met ziekten eerder dan man-

nen naar de arts gaan, waardoor de gevolgen van ziekten voor hen minder ernstig zijn. Een 'stoere' houding van mannen komt waarschijnlijk vaker voor in traditionele genderregimes.

De sociaal-economische variabelen opleiding en inkomen bleken slechts een zeer geringe verklarende waarde te hebben, hoewel juist deze factoren duidelijk in verband kunnen worden gebracht met de traditionaliteit van genderregimes. Wel bleek dat deze variabelen vaker significant waren bij vrouwen dan bij mannen. Bij ADL-beperkingen ging het daarbij om een positieve samenhang, dat wil zeggen lager opgeleide vrouwen en vrouwen die een lager beroep hadden uitgeoefend hadden een grotere kans op beperkingen. Dit is conform eerder gerapporteerde bevindingen (bijvoorbeeld Rostad et al., 2009). Bij depressieve stemming en ervaren gezondheid was de samenhang echter andersom: juist vrouwen met een hogere opleiding hadden grotere kans op ongezondheid op latere leeftijd, wanneer met andere individuele factoren rekening werd gehouden. Het is mogelijk dat juist hoger opgeleide vrouwen sterker blootstaan aan de stresserende gevolgen van traditionele genderregimes.

De verklarende rol van de leefstijlfactoren verschilde tussen mannen en vrouwen. Zo bleek dat alcoholconsumptie vaker samenhang met een goede psychische gezondheid bij vrouwen dan bij mannen. Verondersteld kan worden dat vrouwen – anders dan mannen – in het algemeen slechts een of enkele glazen alcoholische drank nuttigen, en dat meestal in gezelschap van anderen. De sociale context van alcoholconsumptie kan bevorderlijk zijn voor de psychische gezondheid. Hier geldt ook een samenhang met genderregime: in de meer traditionele regimes is alcoholgebruik voor vrouwen ongepast.

Met name lichaamsbeweging, dat wil zeggen wandelen en sportbeoefening, droeg bij

mannen sterker bij aan de verklaring van de verschillende gezondheidsindicatoren dan bij vrouwen. Deze verschillen in samenhang zouden te maken kunnen hebben met internationale verschillen in facilitering van wandelen en sportbeoefening. Bovendien kan erop worden gewezen dat de fysieke omgeving buitenshuis in bijvoorbeeld Nederland gunstiger is om te wandelen, met betere en bredere stoepen, dan in mediterrane landen. Voor dit onderzoek is echter vooral van belang dat het in progressievere genderregimes meer geaccepteerd is dat vrouwen buiten lopen. Dit maakt het makkelijker om buitenshuis activiteiten te verrichten, hetgeen niet alleen geldt voor sportbeoefening, maar ook voor sociale participatie.

De rol van de sociale factoren was groter bij vrouwen dan bij mannen. Betrokkenheid bij een godsdienst bleek, meestal bij vrouwen, een gunstige rol te spelen. Hier kan sprake zijn van een omgekeerde relatie, namelijk dat hun goede gezondheid ouderen in stelt tot het bezoeken van godsdienstige bijeenkomsten. Uit eerder onderzoek blijkt betrokkenheid bij een godsdienst echter een gunstige rol te vervullen voor de overlevingsduur (Litwin, 2007). Deze prospectieve samenhang werd toegeschreven aan een positieve werking van betrokkenheid bij de gemeenschap of van spiritualiteit. In traditionelere genderregimes is een groter deel van de bevolking betrokken bij een godsdienst, en ook is religieuze betrokkenheid in traditionelere genderregimes een relatief goed geaccepteerde vorm van sociale participatie voor vrouwen (Wilson, 2012).

De rol van de woonvorm verschilde niet alleen tussen mannen en vrouwen, maar ook tussen de gezondheidsindicatoren. Terwijl zowel mannen als vrouwen die met anderen samenwoonden vaker ADL-beperkingen hadden, bleek het voor vrouwen gunstig voor hun psychische gezondheid om samen te wo-

nen. Deze contrasterende rol van samenwonen zou kunnen worden toegeschreven aan een tegengestelde oorzakelijke samenhang. Vrouwen met ADL-beperkingen zullen wellicht samen gaan wonen met anderen (bijvoorbeeld kinderen), omdat zij zich niet meer zelf kunnen redden, waardoor de woonvorm niet de oorzaak, maar het gevolg is van de beperkingen. Dit geldt waarschijnlijk sterker voor noordelijke landen zoals Finland, waar zelfredzaamheid hoog in het vaandel staat, en minder sterk voor mediterrane landen, zoals Spanje, waar groter belang wordt gehecht aan familiebanden en verzorging van oudere ouders door de kinderen wordt verwacht, ongeacht de gezondheidstoestand van de ouders (Zunzunegui et al., 2007). Hier zouden de normen in een traditioneler genderregime beperkingen in de hand kunnen werken. De psychische gezondheid van vrouwen bleek juist beter bij samenwonenden, hetgeen wijst op een beschermend effect: hier is de depressieve stemming het gevolg van de woonvorm.

Ondanks zijn sterke punten (brede gezondheidsmeting, breed scala aan verklarende variabelen, goede representatie van de verscheidenheid tussen Europese landen) kent dit onderzoek verschillende beperkingen. Ten eerste waren sommige relevante verklarende factoren in een of meer landen niet beschikbaar, hetgeen de mogelijkheid om een breder spectrum aan verklarende variabelen te toetsen beperkte. Om een voldoende breed spectrum te behouden, was het bovendien nodig om het aantal landen in de analyse te reduceren van zes naar vier. Zo was het niet mogelijk om betrokkenheid bij vereniging of organisatie te onderzoeken, welke factor waarschijnlijk verklarende waarde had toegevoegd (Zunzunegui et al., 2005). Ten tweede zullen er verschillen tussen landen zijn gebleven in de wijze waarop de variabelen zijn gemeten, ondanks de vele zorg die was besteed aan het harmoniseren

van de variabelen (Pluijm et al., 2005; Bardage et al., 2005; Zunzunegui et al., 2007). Ten derde betrof het onderzoek alleen zelfstandig wonende ouderen; ouderen in zorginstellingen zijn buiten beschouwing gelaten. Verschillen tussen landen in toelatingsbeleid – de mogelijkheden tot opname in een zorginstelling zijn in Noord-Europa ruimer dan in Zuid-Europa – kunnen de waargenomen gezondheidsniveaus hebben beïnvloed. Dat kan met name een deel van de verklaring vormen voor het betere gezondheidsniveau in de Noord-Europese landen. Echter, zelfs in Noord-Europese landen is het percentage ouderen in de leeftijdsgroep 75-84 jaar dat in zorginstellingen woont kleiner dan 10 procent (Garssen, 2011), waardoor het buiten beschouwing laten van bewoners van zorginstellingen slechts in geringe mate zal hebben bijgedragen aan de waargenomen gezondheidsverschillen tussen de landen. Ten vierde, de individuele factoren verklaarden slechts een geringe hoeveelheid van de variantie in gezondheid, terwijl mogelijk relevante meso- en macrofactoren niet beschikbaar waren. Hoewel indirect een zekere rol van dergelijke factoren kon worden afgeleid, zal toekomstig onderzoek zich moeten richten op kenmerken op het niveau van de nationale context, zoals de gezondheidszorg- en sociale voorzieningen en gendernormen en waarden. Een vijfde beperking van dit onderzoek is dat de gegevens waarop dit onderzoek is gebaseerd betrekking hebben op het begin van de jaren 1990. In de twintig jaar sindsdien kunnen ontwikkelingen hebben plaatsgevonden die de gezondheidsverschillen tussen landen en de verklaring daarvan kunnen hebben veranderd. Dit onderzoek kan daarom dienen als vergelijkingsbasis voor toekomstig onderzoek met dezelfde doelstellingen.

Concluderend kwamen de gevonden internationale verschillen in gezondheid in grote lijnen overeen met verschillen in genderregi-

mes. De verschillen in psychische en ervaren gezondheid bleken groter dan in lichamelijke beperkingen. Hoewel verscheidene individuele verklarende factoren significant met de gezondheidsindicatoren samenhangen, werden de gezondheidsverschillen tussen genderregimes maar ten dele verklaard door deze factoren. Wel bleken sociale factoren – die het nauwst samen lijken te hangen met genderregime – bij vrouwen meer te verklaren dan bij mannen. Toch bleef bij vrouwen meer variatie in gezondheid te verklaren over dan bij mannen. Dit strookt met de verwachting dat het voor de gezondheid van vrouwen meer uitmaakt in welk genderregime zij leven dan voor die van mannen. De bevinding dat de verschillen tussen genderregimes voor mannen dezelfde richting hadden, wijst niettemin erop dat traditionele genderregimes ook voor mannen nadelige gezondheidseffecten hebben. De achtergrond voor deze nadelige gevolgen zal voor mannen en vrouwen verschillen. In een progressief genderregime zullen vrouwen meer profiteren van lichaamsbeweging en activiteiten buitenshuis, terwijl mannen meer zullen profiteren van een grotere bereidheid om zorg te zoeken voor lichamelijke klachten. Waar dit onderzoek vooral informatie bevatte over factoren op microniveau, lijkt nader onderzoek naar factoren op meso- en macroniveau die samenhangen met genderregimes zinvol. Hierbij valt te denken aan mogelijkheden tot arbeidsdeelname, toegankelijkheid van zorg, en wetgeving die betrekking heeft op gendergelijkheid.

Dankbetuiging

De volledige CLESA Working Group bestond uit: Finland: Jylhä, M. (Principal Investigator), Nikula, S.; Autio, V.; Israël: Gindin, J. (Principal Investigator)*, Blumstein, T.; Chetrit, A.; Walter-Ginzburg, A.; Shamay, K. (*Eerste Principal Investigator: the late Mo-

dan, B.); Italië: Maggi, S. (Coordinator), Minicuci, N.; Noale, M.; Marzari, C.; Nederland: Deeg, D.J.H. (Principal Investigator), Pluijm, S.M.F.; Spanje: Otero, A. (Principal Investigator), Garcia de Yébenes, M.J.; Rodríguez-Laso, A.; Zunzunegui, M.V.; Zweden: Pederesen, N.L. (Principal Investigator), Bardage, C.

Financiering: Europese Unie, 5^{de} Kaderprogramma (hoofdaanvrager: S. Maggi, Universiteit van Padua, Italië): 'Comparison of Longitudinal European Studies on Ageing. A multidisciplinary study of cross-national determinants of quality of life and health services for the elderly in six countries: Finland, Sweden, The Netherlands, Spain, Italy, Israel'.

Dank gaat uit naar de leden van de Task Group on Older People, t.b.v. het WHO-rapport 'Social determinants of health and the health divide in the WHO European Region', voor waardevolle bijdragen aan het concipiëren van dit artikel.

Noot

1 Logistische regressie is de regressieanalyse-methode die aangewezen is voor dichotome afhankelijke variabelen, dat wil zeggen variabelen met de waarden 0 en 1. De samenhang tussen onafhankelijke en afhankelijke variabele wordt uitgedrukt in een odds ratio (OR), dat wil zeggen de verhouding tussen de 'odds' (kansen) op de uitkomst 1 van de afhankelijke variabele voor een categorie c van de onafhankelijke variabele ten opzichte van de referentiecategorie. Een OR van 1 geeft aan dat de kansen (of: de risico's) van beide categorieën van de onafhankelijke variabele op de uitkomst 1 gelijk zijn, een odds ratio groter dan 1 dat de kans op de uitkomst 1 groter is voor categorie c dan voor de referentiecategorie, en een odds ratio kleiner dan 1 dat die kans voor categorie c kleiner is. Men spreekt van een verhoogd of verlaagd risico met significantie $p < 0,05$ wanneer het 95 procent betrouwbaarheidsinterval (BI) de waarde 1 niet bevat. Een dummyvariabele voor een land is een dichotome variabele met waarde 1 voor dat land. Voor zes landen worden

vijf dummyvariabelen (kortweg: landen-dummies) gebruikt, waarbij het land dat geen dummyvariabele krijgt de referentiecategorie vormt voor de andere landen. Nederland werd als referentieland gekozen om verschillende redenen. Ten eerste vertegenwoordigt Nederland geografisch gezien Midden-Europa, tussen de Scandinavische en mediterrane landen. Ten tweede waren in LASA alle gezondheidsindicatoren beschikbaar. Ten derde was de omvang van de LASA-steekproef groot genoeg om instabiele schattingen te voorkomen.

Literatuur

- Ajzenstadt, M. & Gal, J. (2001). Appearances can be deceptive: gender in the Israeli welfare state. *Social Politics*, 8: 292-324.
- Arber, S. & Ginn J. (1993). Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine*, 32(4), 425-436.
- Bardage, C., Pluijm, S.M.F., Pedersen, N.L., Deeg, D.J.H., Jylhä, M., Noale, M., Blumstein, T. & Otero, A.; for the CLESA Working Group (2005). Self-rated health among older adults: a cross-national comparison. *European Journal of Ageing*, 2, 149-158.
- Béland, F. & Zunzunegui, M.V. (1999). Predictors of functional status in a population of community-dwelling elderly in Spain. *Age and Ageing*, 28, 153-159.
- Braam, A.W., Delespaul, P., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Pérès, K., Dewey, M., Kivelä, S.-L., Lawlor, B.A., Magnússon, H., Meller, I., Prince, M.J., Reischies, F.J., Roelands, M., Saz, P., Schoevers, R.A., Skoog, I., Turrina, C., Versporten, A. & Copeland, J.R.M. (2004). National context of healthcare, economy and religion, and the association between disability and depressive symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *European Journal of Ageing*, 1, 26-36.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M. & Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontology*, 1, 37-43.
- Crimmins, E.M., Kim, J.K. & Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21, 81-91.
- Deeg, D.J.H., Tilburg, T. van, Smit, J.H. & Leeuw, E.D. (2002). Attrition in the Longitudinal Aging Study Amsterdam: the effect of differential inclusion in side studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 319-328.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Galenkamp, H., Braam, A.W., Huisman, M. & Deeg, D.J.H. (2012). Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability. *European Journal of Public Health*, Apr 6. [Epub ahead of print]
- Garssen, J. (2011). *Demografie van de vergrijzing*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Glass, T.A., Mendes de Leon, C., Marottoli, R.A. & Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Journal of Medicine*, 319, 478-483.
- Hubert, H.B., Bloch, D.A., Oehlert, J.W. & Fries, J.F. (2002). Lifestyle habits and compression of morbidity. *Journal of Gerontology*, 57(6), M347-351.
- Huisman, M., Kunst, A.E. & Mackenbach, J.P. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science and Medicine*, 57(5), 861-873.
- Idler, E.L. & Kasl, S.V. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052-1079.
- Jylhä, M., Jokela, J., Tolvanen, E., Heikkinen, E., Heikkinen, R.L., Koskinen, S., Leskinen, E., Lyyra, A.L. & Pohjolainen, P. (1992). The Tampere Longitudinal Study on Ageing. Description of the study. Basic results on health and functional ability. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Suppl 47, 1-4.
- Ladin, K., Daniels, N. & Kawachi, I. (2009). Exploring the relationship between absolute and relative position and late-life depression:

- evidence from 10 European countries. *The Gerontologist*, 50, 48-59.
- Litwin, H. (2007). What really matters in the social network–mortality association? A multivariate examination among older Jewish-Israelis. *European Journal of Ageing*, 4, 71-82.
- MacRae, H. (2006). Rescaling gender relations: the influence of European directives on the German gender regime. *Social Politics*, 13, 522-550.
- Maggi, S., Zucchetto, M. & Grigoletto, F.; for the ILSA Group. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): design and methods (1994). *Aging Clinical and Experimental Research*, 6, 464-473.
- Minicuci, N., Noale, M., Bardage, C., Blumstein, T., Deeg, D.J.H., Gindin, J., Jylhä, M., Nikula, S., Otero, A., Pedersen, N.L., Pluijm, S.M.F., Zunzunegui, M.V. & Maggi, S.; for the CLESA Working Group (2003). Cross-national determinants of quality of life from six longitudinal studies on aging: The CLESA project. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15, 187-202.
- Minicuci, N., Noale, M., Pluijm, S.M.F., Zunzunegui, M.V., Blumstein, T., Deeg, D.J.H., Bardage, C. & Jylhä, M.; for the CLESA Working Group (2004). Disability-free life expectancy: a cross-national comparison of six longitudinal studies on ageing. The CLESA project. *European Journal of Ageing*, 1, 37-44.
- Oksuzyan, A., Bronnum-Hansen, H. & Jeune, B. (2010). Gender gap in health expectancy. *European Journal of Ageing*, 7, 213-218.
- Pedersen, N.L., McClearn, G.E., Plomin, R., Nesselroade, J.R., Berg, S. & deFaire, U. (1991). The Swedish adoption twin study of aging: an update. *Acta Genetica Medica Gemellologica*, 40, 7-20.
- Ploubidis, G.B., Dale, C. & Grundy, E. (2012). Later life health in Europe: how important are country level influences? *European Journal of Ageing*, 9, 5-13.
- Pluijm, S.M.F., Bardage, C., Nikula, S., Blumstein, T., Jylhä, M., Minicuci, N., Zunzunegui, M.V., Pedersen, N.L. & Deeg, D.J.H.; for the CLESA Working Group (2005). A harmonized measure of activities of daily living was a reliable and valid instrument for comparing disability in older people across countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 1015-1023.
- Pluijm, S.M.F., Visser, M., Puts, M.T.E., Dik, M.G., Schalk, B.W.M., Schoor, N.M. van, Schaap, L.A., Bosscher, R.J. & Deeg, D.J.H. (2007). Unhealthy lifestyles during the life course: associations with physical decline in late life. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19, 75-83.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-reported depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rodrigues, M.A.P., Facchini, L.A., Thumé, E. & Maia, F. (2009). Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saúda Pública (Rio de Janeiro)*, 25 Sup 3, S464-S476.
- Rostad, B., Deeg, D.J.H. & Schei, B. (2009). Socioeconomic inequalities in health in older women. *European Journal of Ageing*, 6(1), 39-47.
- Schöllgen, I., Huxhold, O. & Tesch-Römer, C. (2010). Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *European Journal of Ageing*, 7(1), 17-28.
- Tesch-Römer, C., Motel-Klingelbiel, A. & Tomasik, M.J. (2008). Gender differences in subjective well-being: comparing societies with respect to gender equality. *Social Indicators Research*, 85, 329-349.
- Thogersen-Ntoumani, C., Barkoudis, V., Grano, C., Lucidi, F., Lindwall, M., Liukkonen, J., Raudsepp, L. & Young, W. (2011). Health and well-being profiles of older European adults. *European Journal of Ageing*, 8, 75-85.
- Van den Brink, C.L., Tijhuis, M., Kalmijn, S., Klazinga, N.S., Nissinen, A., Giampaoli, S., Kivinen, P., Kromhout, D. & Van den Bos, G. (2003). Self-reported disability and its associates with performance-based limitation in elderly men: a comparison of three European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 782-8.
- Verbrugge, L.M. & Wingard, D.L. (1987). Sex differentials in health and mortality. *Women and Health*, 12, 103-147.

- Verropoulou, G. (2009). Key elements composing self-rated health in old adults: a comparative study of 11 European countries. *European Journal of Ageing*, 6, 213-226.
- Walter-Ginzburg, A., Guralnik, J.M., Blumstein, T., Gindin, J. & Modan, B. (2001). Assistance with personal care activities among the old-old in Israel: a national epidemiological study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1-8.
- Wilson, J. (2012). Volunteerism research: a review essay. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(2), 176-212.
- World Values Survey (2013), WVSevsdb.com/wvs/WVSAanalyzeQuestion.jsp. Geraadpleegd in maart 2013.
- Zunzunegui, M.V., Rodriguez-Laso, A., Otero, A., Pluijm, S.M.F., Nikula, S., Blumstein, T., Jylhä, M., Minicuci, N. & Deeg, D.J.H.; for the CLESA working Group (2005). Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. *European Journal of Ageing*, 2, 40-47.
- Zunzunegui, M.V., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg, D., Jylhä, M. & Pedersen, N.L.; for the CLESA Working Group (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison. The CLESA project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 198-207.