

VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

**Sociale en emotionele factoren  
Bij verhuizingen van ouderen naar een  
zorginstelling of een aangepaste woonvorm**

**VWS VRAAG 2014**



**N. Tolkacheva**

**F. Thomese**

**Februari 2014**

*vrije* Universiteit *amsterdam*



## Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
1. Verschillen ouderen die verhuizen naar een instelling of aangepaste woonvorm van ouderen die niet verhuizen? .....	4
2. Is er een samenhang tussen emotionele en sociale kenmerken van ouderen en verhuizing naar een aangepaste woning of tehuis en wat is de rol van de tijd hierin? .....	9
3. Is er verschil tussen mannen en vrouwen in kenmerken die een rol spelen bij verhuizing naar een aangepaste woning of tehuis? .....	13
4. Is er verschil tussen de emotioneel meest eenzame ouderen en overige ouderen in kenmerken die een rol spelen bij verhuizing naar een aangepaste woning of tehuis?.....	15
5. Zijn individuele en sociale kenmerken veranderd tussen 1992 en 2005 binnen de algemene LASA-respondenten? .....	18
6. Aangrijpingspunten voor interventie.....	20
Literatuur .....	22
BIJLAGE 1. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING .....	23
BIJLAGE 2. ANALYSES ALGEMEEN EN IN DE TIJD .....	26
BIJLAGE 3. ANALYSES MANNEN EN VROUWEN .....	28

## Inleiding

Sinds de late jaren tachtig is het Nederlandse beleid er op gericht geweest om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Tegelijkertijd is de ouderenpopulatie veranderd. Enerzijds zijn mensen hoger opgeleid en sociaal actiever (Broese van Groenou & Van Tilburg, 2010), anderzijds leven zij ongezonder en voelen ze zich slechter (van de Kamp et al., 2008; Visser et al., 2005). In 2004 heeft het SCP, met medewerking van LASA, uitgebreid onderzocht hoe de woon- en zorgsituatie van kwetsbare ouderen was veranderd. Hieruit werd duidelijk dat er nog ruimte was voor verdere extramuralisatie, mits hulpbehoevende ouderen over passende woon- en zorgvoorzieningen zouden kunnen beschikken (SCP, 2004). Daarnaast suggereert het SCP rapport dat kwetsbare ouderen een grotere kans op tehuisopname hebben (SCP, 2011). Van de ouderen die sociaal kwetsbaarder werden (alleen komen te staan, wegvallen van contact en steun), blijkt 14,6% in een tehuis te zijn opgenomen in 2005. Bij de herstelgroep en de blijvend kwetsbaren is dit ongeveer 11%. Het is dus de moeite waard om nader onderzoek te doen naar specifieke sociale kenmerken van ouderen die tehuisopname kunnen voorspellen en eventuele veranderingen daarin. Hiermee verbonden is de invoering van de Wet op Maatschappelijke Ondersteuning in 2007. Deze wet legt een accent op de regie en zelfredzaamheid van ouderen. Mensen met een zorgvraag moeten deze zo veel mogelijk in de eigen omgeving oplossen. Dit doet een beroep op de sociale omgeving van hulpvragers, zoals hun familie en buurtgenoten. De Wmo gaat expliciet uit van dat beroep.

Gedeeltelijk bouwt dit onderzoek voort op genoemd werk van het SCP en op deelonderzoeken binnen LASA (bijvoorbeeld Bloem et al., 2008; Thomése en Rouwendal, 2011). Hieruit komt naar voren dat naast gezondheidsproblemen een complex van sociale factoren meespeelt in de opname in een zorginstelling. We kunnen tevens aansluiten op onderzoek van Peter Alders, die met LASA-gegevens cohortverschillen in tehuisopname tussen 1995-1998 en 2005-2008 onderzoekt. Zijn voorlopige resultaten geven aanleiding tot nader onderzoek naar het proces dat vooraf gaat aan opname, in het bijzonder de sociale en emotionele factoren die ouderen mogelijk kwetsbaarder maken voor opname of verhuizing. Inzicht in de emotionele en sociale kenmerken van ouderen die mogelijk bijdragen aan opname kan handreikingen bieden voor beleid gericht op opnamepreventie en -uitstel. Het onderzoek zal daarom ingaan op specifieke risico- en succesfactoren bij mannen en vrouwen (Pinquart & Sorensen, 2010) en bij de meest eenzame respondenten.

Daarnaast zullen tussenvormen van opname, zoals verhuizing naar een woning met aanpassingen voor ouderen, ook aandacht krijgen. Daaronder vallen bejaardenwoningen met dienstverlening of serviceflats en aanleunwoningen bij een bejaardenhuis. Een deel van de extramuralisatie in de afgelopen decennia is gerealiseerd door de ontwikkeling van diverse woontussenvoorzieningen. Wij stellen ons de vraag in hoeverre deze functie kan blijven worden vervuld als de zorgzwaarte bij bewoners ook daar zou toenemen.

De volgende vragen staan centraal in dit rapport:

1. Verschillen zelfstandig wonende ouderen van ouderen die verhuisd zijn naar
  - a) een aangepaste woning voor ouderen
  - b) een AWBZ-instelling (tehuis)

in sociale en emotionele kenmerken die kunnen samenhangen met de verhuizing:  
leefsituatie en woonomgeving, eenzaamheid en kwaliteit van de sociale omgeving?

2. Is er een samenhang tussen de onder 1 genoemde kenmerken (leefsituatie en woonomgeving, eenzaamheid, kwaliteit van sociale omgeving) met verhuizing naar een aangepaste woning voor ouderen of een zorginstelling?
3. Is deze samenhang tussen kenmerken en verhuizing veranderd in de tijd?
4. Verschilt de samenhang van leefsituatie en woonomgeving, eenzaamheid, kwaliteit van sociale omgeving met verhuizing naar een aangepaste woning voor ouderen of een zorginstelling voor mannen en vrouwen?
5. Verschillen deze kenmerken voor de meeste eenzame ouderen en de overige respondenten en hoe loopt de samenhang tussen deze kenmerken en verhuizing voor de meeste eenzame ouderen en overige respondenten?
6. Zijn emotionele en sociale kenmerken bij de LASA-respondenten veranderd tussen 1998 en 2008?

### **Gebruikte gegevens**

Het onderzoeksrapport is gebaseerd op LASA-gegevens. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen hebben wij ouderen geselecteerd die tussen 1992 en 2008 zijn verhuisd naar een aangepaste woonvorm of een AWBZ-instelling. Alle ouderen die zijn verhuisd naar een verzorgingstehuis of een verpleeghuis volgens de AWBZ zijn aangemerkt als verhuisd naar een zorginstelling (tehuis). Ouderen die zijn verhuisd naar een woonvorm met enigerlei vorm van zorg, zoals bejaardenwoningen met dienstverlening of serviceflats en aanleunwoningen bij een verzorgingstehuis, zijn aangemerkt als verhuisd naar een aangepaste woning. In de onderzoeksperiode zijn verschillende vormen van verzorgd wonen opgekomen en soms ook weer verdwenen. Het is, ook gezien het lage aantal respondenten dat verhuisd is, niet mogelijk om alle woontussenvoorzieningen apart te nemen. Niet alle verhuisde ouderen zijn opgenomen in het onderzoek. Om inzicht te verkrijgen in het proces voor de verhuizing moeten wij voor minimaal één waarneming voorafgaand aan de verhuizing gegevens hebben van het hoofdinterview en medisch interview. De gegevens zijn niet gewogen. Het voornaamste doel is het onderzoeken van samenhangen. De resultaten kunnen daarom niet zonder mee worden gegeneraliseerd naar de Nederlandse bevolking.

Tabel 1. Het aantal ouderen per waarneming: verhuizers en niet-verhuizers

Aantallen ouderen	Verhuisd naar		Regulier wonend, niet verhuisd (n = 674)
	aangepaste woning (n = 245)	tehuis (n = 347)	
Verhuisd in de periode (n)			
1992-1995	66	81	295
1995-1998	46	82	83
1998-2002	38	71	59
2002-2005	57	80	122
2005-2008	38	33	115

Om een vergelijking te maken met niet-verhuizers is voorts een controlegroep samengesteld. De controlegroep bestaat uit ouderen die in een reguliere woning wonen en niet verhuisd zijn naar een aangepaste woning of een instelling<sup>1</sup>. Deze selectieprocedure heeft geresulteerd in 593 verhuizers, waarvan 245 waren verhuisd naar een aangepaste woning en 347 naar een instelling, en 674 gekoppelde niet-verhuizers (Tabel 1).

### ***Opzet van het rapport***

In hoofdstuk 1 wordt een beschrijving gegeven van de ouderen die verhuisd zijn naar een aangepaste woning en tehuis. Deze ouderen worden vergeleken met ouderen die niet verhuisd zijn. De kenmerken die worden beschreven zijn leeftijd, geslacht, gezondheid, formele en informele bronnen van hulp, woonsituatie, emotionele en sociale kenmerken. Het tweede hoofdstuk gaat in op de samenhang tussen emotionele en sociale kenmerken van ouderen en de verhuizing naar een aangepaste woning of zorginstelling. Daarnaast zal in de tweede hoofdstuk de verandering in de tijd besproken worden. In het derde en vierde hoofdstuk belichten we mogelijke verschillen in risicoprofielen. Het derde hoofdstuk onderzoekt mannen en vrouwen apart. Het vierde hoofdstuk gaat dieper in op eenzaamheid en de relatie met een verhuizing. De meest eenzame mensen worden apart belicht. Een vijfde hoofdstuk gaat na in hoeverre de ouderenpopulatie is veranderd sinds 1998 op de onderzochte factoren. In het laatste hoofdstuk worden conclusies en aanbevelingen geformuleerd voor mogelijkheden om sociale risicofactoren te onderkennen en versterken. De methodologische verantwoording voor het onderzoek waarop dit rapport is gebaseerd is te lezen in Bijlage 1. De analysegegevens van het regressiemodel van hoofdstuk 2 zijn te vinden in Bijlage 2. Volledige analysegegevens van het regressiemodel van hoofdstuk 3 zijn te vinden in Bijlage 3. De analysegegevens van het regressiemodel van hoofdstuk 4 zijn te vinden in Bijlage 4.

---

<sup>1</sup> Om deze controlegroep zo veel mogelijk op de verhuizers te laten lijken worden aan iedere verhuizer twee niet-verhuizers uit dezelfde meting gekoppeld die dezelfde partnerstatus en geslacht hebben en die niet meer dan vijf jaar ouder of jonger zijn. De koppeling wordt zo veel mogelijk op toevalsbasis gemaakt. Bijvoorbeeld: iedere mannelijke respondent die verhuisde tussen de waarnemingen van 1995 en 1998 zonder partner in de leeftijd van 70 jaar wordt gekoppeld aan twee random gekozen mannelijke niet-verhuizers in de waarneming van 1995 zonder partner in de leeftijd 70 jaar plus/min 5 jaar. Sommige niet-verhuizers konden niet in voldoende aantallen gekoppeld worden aan verhuizers met bepaalde kenmerken.

## 1. Verschillen ouderen die verhuizen naar een instelling of aangepaste woonvorm van ouderen die niet verhuizen?

Om te onderzoeken welke kenmerken mogelijk verbonden zijn aan de verhuizing naar een aangepaste woning voor ouderen of in een zorginstelling, is het belangrijk om te weten welke persoonlijke kenmerken typerend zijn voor de ouderen van deze groepen vóór de feitelijke verhuizing, zoals demografische en lichamelijke kenmerken. Daarbij houden we rekening met de hulp die deze ouderen al ontvingen voordat ze verhuisd waren. Hierover is al het nodige bekend, bijvoorbeeld door eerder verschenen SCP-rapporten (SCP, 2004; 2011) en LASA-rapporten. Deze rapporten stellen de zorgbehoefte of ontvangen zorg centraal. Daarbij is geen of weinig onderscheid gemaakt naar de periode van de waarneming. In dit rapport kijken wij naar de emotionele en sociale omstandigheden waarin deze ouderen zich bevonden voor de overgang naar een aangepaste woning of tehuis. Naarmate het belang van hulp vanuit de sociale omgeving groter wordt, rijst de vraag welke invloed die sociale omgeving nu heeft op het zelfstandig blijven wonen. Ook willen wij nagaan of de mogelijkheden van de sociale omgeving voor het bieden van hulp zijn veranderd in de tijd.

Naast de *demografische kenmerken* leeftijd en geslacht onderzoeken we de volgende *gezondheidskenmerken*: lichamelijk functioneren, gemeten als ADL-beperkingen (Activities of Daily Living); het aantal chronische ziekten; cognitief vermogen, gemeten met behulp van de MMSE score (Mini-Mental State Examination), die wordt gebruikt de ernst van cognitieve stoornissen vast te stellen. We onderzoeken vervolgens de aanwezigheid van verschillende vormen van hulp voorafgaand aan de verhuizing, namelijk professionele huishoudelijke hulp, professionele hulp bij persoonlijke verzorging, particuliere hulp en informele hulp. Informele hulp bestaat uit vormen van mantelzorg, verkregen uit het persoonlijk netwerk van familie, burens, vrienden, of vrijwilligers van bijvoorbeeld de kerk. Zorg van een partner wordt hier apart gerekend. De kenmerken hebben betrekking op de meeste recente beschikbare waarneming voor de verhuizing<sup>2</sup>.

Als emotionele en sociale kenmerken onderzoeken wij de *leefsituatie en woonomgeving van ouderen, eenzaamheid en kwaliteit van de sociale omgeving*.

De *leefsituatie en woonomgeving van ouderen* betreft de aanwezigheid en hulp van een inwonende partner, aantal kinderen in de buurt (reisafstand  $\leq$  10 minuten), en urbanisatiegraad. Een partner is de eerste bron van hulp als er problemen ontstaan (Agree & Glaser, 2009) en is ook een belangrijke factor bij de eventuele beslissing om te verhuizen. Naast een partner zijn kinderen in de buurt een belangrijke bron van hulp en steun. De urbanisatiegraad geeft daarnaast een indicatie van de aanwezigheid van voorzieningen in de buurt. Minder stedelijke gebieden hebben mogelijk niet voldoende aanbod van de professionele zorg die ouderen thuis zouden kunnen ontvangen, aan de andere kant is de informele hulp wellicht intensiever vanwege vaak dichtbij wonende familie (Lawton, Silverstein, & Bengtson, 1994).

*Eenzaamheid* wordt, net als in het SCP-rapport *Kwetsbare ouderen* (2011), omschreven als bedroefde gevoelens die veroorzaakt worden door een discrepantie tussen het gewenste en het feitelijke sociale netwerk (Peplau & Perlman, 1979). Er kan onderscheid worden gemaakt tussen sociale en emotionele eenzaamheid (Weiss, 1973). Sociale eenzaamheid verwijst naar tekortkomingen in het bredere sociale netwerk, zoals een te gering aantal vrienden en een te geringe contactfrequentie met andere mensen. Onder emotionele eenzaamheid wordt het gemis

---

<sup>2</sup> Voor de controlegroep van niet-verhuizers is de waarneming gemarkeerd waarop niet-verhuizers met verhuizers zijn gekoppeld. Vervolgens zijn voor niet-verhuizers de kenmerken van de meeste recente waarneming vooraf de gemarkeerde waarneming gebruikt. Zie verder bijlage 1.

van een vertrouwenspersoon, of iemand die er speciaal voor je is, verstaan. De eenzaamheidsschaal (de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) die in het LASA onderzoek wordt gebruikt bevat deze twee dimensies van eenzaamheid.

Eenzaamheid kan mogelijk een directe verklaring bieden van tehuisopname. Gebleken is dat eenzaamheid en depressieve gevoelens verminderen na een tehuisopname (Bloem et al., 2008; Pot, Deeg, & Knipscheer, 2001). Daarnaast is eenzaamheid ook een evaluatie van de kwaliteit van de sociale omgeving: eenzame mensen krijgen mogelijk onvoldoende sociale en emotionele zorg vanuit het netwerk.

*De kwaliteit van de sociale omgeving* meten wij ook direct. Daarvoor hebben wij twee redenen. Sociale relaties zijn ten eerste een belangrijke bron van gezondheid (Berkman et al., 2000). Dit effect ontstaat zowel door de aanwezigheid van relaties als door hun inhoud (Lunstad et al., 2010). Het is dus mogelijk dat een goede kwaliteit van de sociale omgeving indirect bijdraagt aan langer zelfstandig wonen doordat mensen langer gezond blijven. Een goede kwaliteit van de sociale omgeving kan, ten tweede, ook direct bijdragen aan langer zelfstandig wonen, doordat mensen meer verbonden zijn met hun woonomgeving. Dit is vooral te verwachten als er sterke relaties met buren bestaan en als er kinderen in de buurt wonen. Die verbondenheid kan tot uitdrukking komen in allerlei kleine diensten die mensen in de buurt voor de oudere doen, zonder dat dit als mantelzorg wordt aangemerkt.

We kijken naar de omvang van het persoonlijke netwerk, de ontvangen sociale steun uit het netwerk en het aantal buren met wie frequent (minimaal maandelijks) contact is. Sociale steun wordt onderscheiden in instrumentele steun en emotionele steun. Onder instrumentele steun worden praktische zaken gerekend, zoals een klusje in huis doen, zorgen voor vervoer, geld lenen. Emotionele steun is bijvoorbeeld het bieden van een luisterend oor, adviezen geven, iemand moed inpraten.

Tabel 2 geeft de beschrijvende statistieken van alle onderzochte kenmerken voor alle drie groepen ouderen: a) ouderen die verhuizen naar een aangepaste woning op een van de metingen (n=245); b) ouderen die verhuizen naar een tehuis op een van de metingen (n=348); en c) ouderen die niet verhuist zijn naar een van deze instellingen op een van de metingen (n=674).

Zoals in Tabel 2 te zien is, zijn er bij alle groepen ouderen meer vrouwen dan mannen. Er zijn significant meer vrouwen, namelijk 68%, in de groep van ouderen die later naar een zorginstelling verhuizen in vergelijking tot ouderen die niet verhuizen (61% vrouwen). Ouderen die niet verhuizen zijn gemiddeld acht jaar jonger dan ouderen die naar een tehuis verhuizen, en twee jaar jonger dan verhuizers naar een aangepaste woning. Het verschil is statistisch significant.

De schaal voor lichamelijk functioneren heeft een scorebereik van 6 tot 30. Een score van 30 betekent dat een oudere geen beperkingen heeft. Er is geen significant verschil te zien in lichamelijk functioneren tussen ouderen die zelfstandig blijven wonen (gemiddeld 27,35) en ouderen die later naar een aangepaste woning voor ouderen verhuizen (gemiddeld 27,01). We hebben ook geen verschil gevonden in het aantal chronische ziektes en cognitief vermogen tussen verhuizers naar een aangepaste woning en niet-verhuizers. Er is wel een duidelijk verschil in lichamelijk functioneren tussen niet-verhuizers en ouderen die later naar tehuis gaan (gemiddeld 22,80). Ouderen die later naar een zorginstelling verhuizen hebben gemiddeld genomen ook meer chronische ziektes dan niet-verhuizers en hebben een lager cognitief vermogen.

Ouderen die later naar een aangepaste woning of een zorginstelling verhuizen, ontvangen vaker informele hulp in vergelijking met niet-verhuizers. Dit is te verwachten, omdat hulpbehoefte een belangrijke reden is voor de verhuizing. Bijna een derde van de ouderen die later naar een zorginstelling verhuist, ontvangt informele hulp. Daarnaast ontvangen beide groepen verhuizers vaker professionele huishoudelijke hulp in vergelijking met niet-verhuizers. Voor de groep van verhuizers naar een zorginstelling is het ruim een derde. 10% Van de ouderen die later naar een zorginstelling verhuizen ontvangt professionele hulp bij persoonlijke verzorging. Dat is significant meer dan bij niet-verhuizers. Bij de niet-verhuizers en ouderen die naar een aangepaste

woning verhuizen ontvangt minder dan 1% dit type hulp . Er is geen significant verschil te zien in het gebruik van privé hulp tussen alle drie groepen.

Betreffende *gezinssituatie en woonomgeving*: slechts een derde van de ouderen die in een zorginstelling woont, leefde daarvoor samen met een partner. In de andere twee groepen leefde ongeveer de helft samen met een partner. Van de verhuizers naar een tehuis ontving 11% hulp van een partner voorafgaand de verhuizing. Dat verschilt ook van de ouderen die zelfstandig blijven wonen (15%).

Opvallend genoeg rapporteerden ouderen die naar een aangepaste woning zijn verhuisd, in de meting voorafgaand aan de verhuizing significant meer kinderen in de buurt in vergelijking met ouderen die regulier bleven wonen. Er is een licht verschil (niet significant) in het gemiddelde aantal kinderen in de buurt bij ouderen die naar tehuis later waren verhuisd (0,69) ten opzichte van ouderen die regulier bleven wonen (0,62).

Ouderen die woonden in een gebied met een lagere urbanisatiegraad verhuisden relatief vaak naar een aangepaste woning ten opzichte van niet verhuizen.

Zowel sociale als emotionele *eenzaamheid* kent een score van 0 (niet eenzaam) tot 6 (sterk eenzaam). Ouderen die later naar een zorginstelling zijn verhuisd waren daarvoor emotioneel en sociaal gemiddeld eenzamer (2,00 en 1,21) dan niet-verhuizers (1,2 en 0,99). Tevens scoren de ouderen die later naar een aangepaste woning voor ouderen verhuizen hoger op de schaal van emotionele eenzaamheid (1,5) in vergelijking met niet-verhuizers.

Daarnaast verschilt de *kwaliteit van de sociale omgeving* voor alle groepen van ouderen. Ouderen die later naar een zorginstelling verhuizen rapporteren kleinere netwerken in vergelijking met ouderen die regulier blijven wonen. Het gemiddelde aantal burens met wie een oudere frequent contact heeft, verschilt nauwelijks tussen de groepen verhuizers en niet-verhuizers. Verder ontvangen beide groepen van verhuizers significant meer instrumentele steun dan niet-verhuizers. Op een schaal van 0-36 scoren de ouderen die later naar de zorginstelling gaan gemiddeld 19,98 punten op ontvangen emotionele steun en dat is significant minder dan niet-verhuizers (gemiddeld 21,47). Ouderen die later naar een aangepaste woning voor ouderen verhuizen, scoren significant hoger (22,69) op ontvangen emotionele steun dan niet-verhuizers.



Tabel 2. Beschrijvende statistieken van niet-verhuizers en verhuizers naar een aangepaste woning of naar een zorginstelling

Kenmerken ouderen	Verhuisd naar		Regulier blijven wonen, niet verhuisd (n = 674)	Verskil tussen regulier wonen en	
	aangepaste woning (n = 245)	tehuis (n = 347)		aangepaste woning	tehuis
<b>Demografische kenmerken</b>					
Leeftijd (55-97, gemiddelde, (SD))	74,02 (7,23)	80,72 (6,39)	72,46 (7,85)	**	***
Geslacht (vrouw, %)	60	68	61	ns	*
<b>Gezondheid</b>					
Lichamelijk functioneren (schaal 6-30, gemiddelde, (SD))	27,01 (4,06)	22,80 (6,19)	27,35 (4,16)	ns	***
Aantal chronische ziektes (0 tot 5, gemiddelde, (SD))	1,24 (1,00)	1,44 (1,17)	1,17 (1,00)	ns	***
Cognitief vermogen (schaal 6 – 30, MMSE score, gemiddelde, (SD))	27,04 (2,38)	24,70 (4,01)	27,18 (2,39)	ns	***
<b>Zorg</b>					
Mantelzorg (behalve partner, ja, %)	18	28	12	**	***
Huishoudelijke hulp (professionals, ja, %)	14	34	10	*	***
Persoonlijke verzorging (professionals, ja, %)	1,5	10	1	ns	***
Particuliere hulp (ja, %)	16	22	17	ns	ns
<b>Leefsituatie/woon omgeving</b>					
Partner in huishouden (ja, %)	53	32	48	ns	***
Ontvangen hulp van partner (ja, %)	16	11	15	ns	*
Aantal kinderen in de buurt (0 tot 3 of meer, gemiddelde, (SD))	0,76 (1,03)	0,69 (0,90)	0,62 (0,91)	*	ns
Urbanisatiegraad (1-5, gemiddelde, (SD))	3,00 (1,40)	3,20 (1,44)	3,22 (1,42)	*	ns
<b>Eenzaamheid</b>					
Emotionele eenzaamheid (schaal 0-6, gemiddelde, (SD))	1,51 (1,92)	2,00 (2,05)	1,22 (1,72)	*	***
Sociale eenzaamheid (schaal 0-5, gemiddelde, (SD))	1,02 (1,36)	1,21 (1,52)	0,99 (1,32)	ns	**
<b>Kwaliteit sociale omgeving</b>					
Netwerkgrootte (0-68, gemiddelde, (SD))	14,82 (8,40)	11,86 (6,95)	14,22 (8,29)	ns	***
Aantal burens met minimaal maandelijks contact (0 tot 3, gemiddelde, (SD))	1,10 (1,10)	0,99 (1,04)	1,07 (1,10)	ns	ns
Ontvangen emotionele steun (schaal 0-36, gemiddelde, (SD))	22,69 (7,59)	19,98 (7,93)	21,47 (7,45)	*	**
Ontvangen instrumentele steun (schaal 0-36, gemiddelde, (SD))	15,17 (6,78)	15,30 (6,79)	14,35 (6,42)	*	*

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

## **Samenvatting**

Ouderen die later naar verzorgingstehuis verhuizen of naar een aangepaste woning verschillen in veel opzichten van ouderen die zelfstandig blijven wonen. Deze verschillen zijn vooral zichtbaar tussen ouderen die naar tehuis verhuizen en niet-verhuizers en in mindere mate tussen ouderen die naar een aangepaste woning gaan en niet-verhuizers. Verschillen in gezondheid en zorg zijn nogal duidelijk tussen verhuizers naar een tehuis en niet-verhuizers. De verhuizers zijn minder gezond en ontvangen meer formele en informele (thuis)zorg. Voor een beperkter aantal gezondheidskenmerken en zorgkenmerken geldt hetzelfde voor verhuizers naar een aangepaste woning.

Betreffende de centraal gestelde begrippen in dit rapport, *gezinssituatie en woonomgeving van ouderen, eenzaamheid en kwaliteit van de sociale omgeving*, zijn bepaalde kenmerken relevant voor verhuizers naar een tehuis en andere meer voor verhuizers naar een aangepaste woning. De thuissituatie is vooral verschillend tussen verhuizers naar zorginstellingen en niet-verhuizers, waarbij de verhuizers minder vaak een partner hebben, of een aanwezige partner niet vaker zorgt voor ouderen die naar een tehuis gaan. De niet-verhuizers en de verhuizers naar een aangepaste woning hebben dus vaker een partner die zo nodig voor hen zorgt. Kenmerken in de woonomgeving, zoals het aantal kinderen in de buurt en urbanisatiegraad, verschillen juist voor verhuizers naar aangepaste woningen in vergelijking met niet-verhuizers. Het is mogelijk dat de grotere aanwezigheid van kinderen en de minder urbane gemeenschap mogelijk maakt dat ouderen naar een aangepaste woning gaan in plaats van een tehuis. Het geringere aanbod aan instellingen in minder stedelijke gebieden kan dit verschil nog versterken. Wat *eenzaamheid* betreft, zijn de resultaten vergelijkbaar voor beide groepen verhuizers, alleen is de eenzaamheid hoger bij verhuizers naar een tehuis. Dat kan verschillende oorzaken hebben, een daarvan is zeer waarschijnlijk een slechte gezondheid. Kenmerken die de kwaliteit van sociale omgeving beschrijven, lijken nogal te verschillen bij verhuizers naar zorginstellingen in vergelijking met niet-verhuizers: netwerken zijn kleiner, ook als we kijken naar frequente contacten met burens, men ontvangt minder emotionele steun en meer instrumentele steun. Verhuizers naar een aangepaste woning ontvangen juist meer van beide vormen van steun.

Beide groepen verhuizers zijn dus ouder en bevatten meer vrouwen dan niet-verhuizers. De mensen die naar een tehuis gaan, hebben meer gezondheidsproblemen en ontvangen meer hulp. Zij zijn ook vaker alleenstaand, eenzamer en kunnen minder goed terugvallen op hun persoonlijke netwerk. De verhuizers naar een aangepaste woonvorm hebben (nog) geen grotere gezondheidsproblemen, al ontvangen ze wel iets meer huishoudelijke hulp en mantelzorg. Zij wonen vaak minder stedelijk en hebben vergelijkbare netwerken als niet-verhuizers, waar zij een beroep op doen voor steun. Wel zijn zij emotioneel iets eenzamer dan niet-verhuizers.

## 2. Is er een samenhang tussen emotionele en sociale kenmerken van ouderen en verhuizing naar een aangepaste woning of tehuis en wat is de rol van de tijd hierin?

Zoals in hoofdstuk 1 wordt beschreven, verschillen ouderen die naar een aangepaste woning of naar een zorginstelling verhuizen in veel opzichten van ouderen die zelfstandig blijven wonen. Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden is het belangrijk om de rol van deze kenmerken te toetsen wanneer er rekening wordt gehouden met andere invloeden. De resultaten, gepresenteerd in Tabel 3, zijn afkomstig van multinominale logistische regressie, waar de twee groepen verhuizers worden vergeleken met niet-verhuizers. Tabel 3 laat de relatie tussen de kenmerken van ouderen en de verhuizing zien voor beide groepen verhuizers apart. Wij laten hier de uitkomsten zien voor emotionele en sociale kenmerken van ouderen, omdat dit onze centrale vraag was. Wij hebben in de analyse wel rekening gehouden met verschillen in gezondheid en ontvangen zorg. Een tabel met de volledige regressieanalyse is te vinden in bijlage 2 (Model 1).

Om de derde vraag te beantwoorden, over verschillen in de tijd, zijn er enkele interactie-effecten getoetst tussen tijd en enkele emotionele en sociale kenmerken. Daarmee kunnen we zien of de rol van deze kenmerken nog sterker of juist zwakker is in de latere waarnemingen in vergelijking met eerdere waarnemingen. Wij rapporteren in de tekst welke effecten wij vonden. Alle regressiecoëfficiënten inclusief de coëfficiënten van interactie-effecten zijn in Bijlage 2 (Modellen 2 tot 6) te vinden.

Tabel 3. De relatie tussen emotionele en sociale kenmerken van ouderen en de kans op verhuizing

Kenmerken ouderen	Verhuisd naar			
	aangepaste woning (n=245)		tehuis (n=347)	
	OR <sup>1</sup>		OR <sup>1</sup>	
<b>Leefsituatie en woonomgeving</b>				
Partner in huishouden	1,46*		1,10	
Ontvangen hulp van partner	0,83		0,81	
Kinderen in de buurt (< 15 min)	1,16		1,11	
Urbanisatiegraad	0,92		0,97	
<b>Eenzaamheid</b>				
Emotionele eenzaamheid	1,13*		1,09+	
Sociale eenzaamheid	1,02		0,95	
<b>Kwaliteit sociale omgeving</b>				
Netwerkgrootte	1,00		1,00	
Aantal burens met frequent contact	0,99		0,87+	
Ontvangen emotionele steun	1,03*		1,00	
Ontvangen instrumentele steun	1,00		1,01	

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

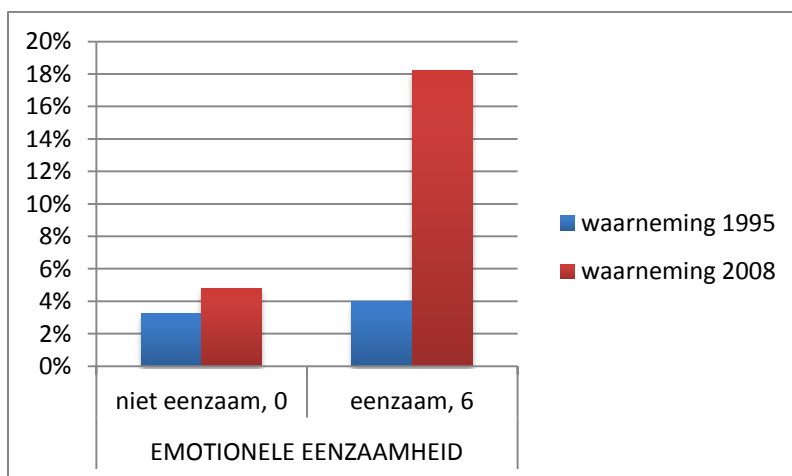
<sup>1</sup> Alle variabelen zijn simultaan getoetst in multinominale logistische regressiemodellen met niet-verhuizers als referentiegroep

Tabel 3 laat zien dat emotionele en sociale kenmerken een rol spelen in de opname en verhuizing naar een aangepaste woning voor ouderen. In vergelijking met ouderen die zelfstandig blijven wonen, hebben ouderen een grotere kans dat zij naar een aangepaste woning verhuizen

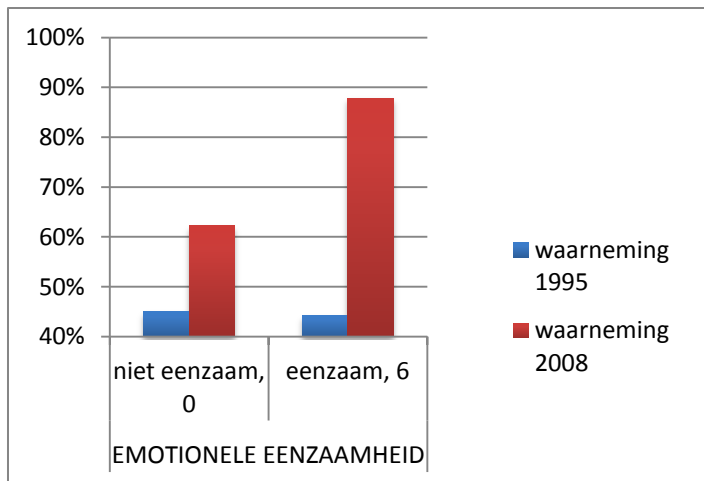
wanneer de oudere met een partner woont (OR = 1,46), wanneer de emotionele eenzaamheid hoger is (OR = 1,13) en wanneer de oudere meer emotionele steun ontvangt (OR = 1,03). Om precies te zijn, wanneer een ouder een partner in huishouden heeft, is de kans op verhuizing naar een aangepaste woning 46% groter. Wanneer een oudere een punt hoger scoort op de schaal van emotionele eenzaamheid (de schaal loopt van 0 tot 6), vergroot de kans op verhuizing naar een aangepaste woning met 13%. Een sterk eenzame oudere (score 6) heeft dus een 91% grotere kans om naar een aangepaste woning te verhuizen dan een oudere die helemaal niet eenzaam is (score 0). Met iedere extra punt dat een oudere op de schaal van ontvangen emotionele steun hoger scoort (lopend van 0 tot 36) wordt de kans op verhuizing naar een aangepaste woning 3% hoger.

Bij tehuisopname is alleen emotionele eenzaamheid bijna significant in het effect op tehuisopname. Omdat het significantieniveau van 5% niet is bereikt, wordt dit effect niet als een verband besproken. Het versterkt echter wel de indruk dat emotionele eenzaamheid een rol kan spelen bij het opgeven van zelfstandig wonen. Daarnaast is het relevant om te noemen dat veel gezondheidskenmerken bepalend zijn voor de opname in tehuis (zie bijlage 2), maar die lijken geen rol te spelen voor de verhuizing naar een aangepaste woning. Dit bevestigt de indruk dat de aangepaste woonvormen ook om andere redenen dan de directe behoefte aan zorg kunnen zijn gekozen.

Er zijn dus geen directe effecten van sociale en emotionele kenmerken op de kans om opgenomen te worden in een tehuis. Als we rekening houden met de tijd, verandert dit beeld echter. Uit de analyses van interactie-effecten blijkt dat emotionele en sociale eenzaamheid in recentere perioden wel een verklaring bieden voor opname in een tehuis (zie Bijlage 2, modellen 2 tot en met 6). Figuren 1a en 1b laten verschillen zien in de kans op verhuizing naar een aangepaste woning en tehuis bij emotionele eenzaamheid.

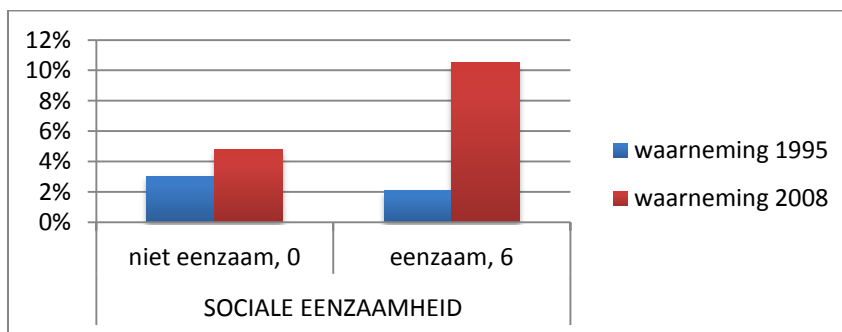


Figuur 1a. De kans op verhuizing naar een *aangepaste woning* in 1995 en 2008 voor de meeste eenzamen (score 6) en de niet-eenzamen (score 0)

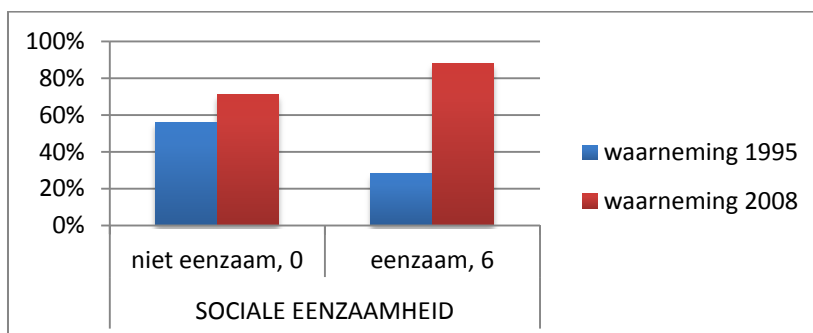


Figuur 1b. De kans op verhuizing naar een *tehuis* in 1995 en 2008 voor de meeste eenzamen (score 6) en de niet-eenzamen (score 0)

In de figuren 2a en 2b zijn de verschillen zichtbaar in de kans op verhuizing naar een aangepaste woning of tehuis voor sociale eenzaamheid.



Figuur 2a. De kans op verhuizing naar een *aangepaste woning* in 1995 en 2008 voor de meeste eenzamen (score 6) en de niet-eenzamen (score 0)



Figuur 2b. De kans op verhuizing naar een *tehuis* in 1995 en 2008 voor de meeste eenzamen (score 6) en de niet-eenzamen (score 0)

Eenzamere ouderen hebben een grotere kans op opname dan de minder eenzamen in de recentere metingen. Voor het ontvangen van instrumentele steun geldt een omgekeerd effect. Hoe meer instrumentele steun men krijgt, hoe kleiner de kans om opgenomen te worden in een zorginstelling. We zien dus enerzijds dat eenzaamheid belangrijker is geworden in de beslissing tot opname. Tegelijk zien we dat het ontvangen van instrumentele steun steeds meer preventief kan

werken. Dit kan er op wijzen dat ouderen die in aanmerking komen voor opname, steeds meer beroep zijn gaan doen op hun bredere sociale netwerk voor hulp en niet meer alleen op de (intensievere) mantelzorg van hun partner en kinderen terugvallen. Het is niet duidelijk welke netwerkleiden de steun bieden. Wij vonden geen effect van het aantal burens waarmee frequent contact is.

We zien ook dat de partner steeds meer een preventieve rol speelt: later in de tijd verkleint de aanwezigheid van een partner in het huishouden de kans om te verhuizen, zowel naar een aangepaste woning als een tehuis.

### ***Samenvatting***

Emotionele en sociale kenmerken van ouderen verklaren weinig van verhuizing naar een zorginstelling als we de hele onderzoeksperiode in ogenschouw nemen. Het lijkt dat gezondheidskenmerken bepalend zijn voor de kans op tehuisopname. Aan de andere kant geeft de analyse wel een indicatie dat emotionele eenzaamheid een rol in de opname kans spelen. Aanwezigheid van een partner in het huishouden, emotionele eenzaamheid en het ontvangen van emotionele steun vergroten wel de kans op verhuizing naar een aangepaste woning. Het is mogelijk dat verhuizing samen met een partner naar een woning met enkele voorzieningen makkelijker is dan voor alleenstaande ouderen. Mogelijk verhuizen deze ouderen om preventieve redenen. De alleenstaande ouderen gaan eerder naar een tehuis. Ook kan het zo zijn dat deze ouderen verhuizen omdat hun partner hulpbehoevend is.

De resultaten van interactie-effecten laten zien dat sommige factoren een andere rol zijn gaan spelen in de recentere periode. Vergeleken met het eind van de vorige eeuw zijn eenzaamheid, instrumentele steun en de aanwezigheid van een partner wel van invloed geworden op de verhuizing naar een tehuis. Ouderen die tegenwoordig worden opgenomen, zijn eenzamer dan ouderen die niet verhuizen. Zij hebben daarnaast ook minder vaak een partner. Diegenen die tegenwoordig meer instrumentele steun ontvangen hebben nu juist een kleinere kans om opgenomen te worden. Dat wilt zeggen dat het verkrijgen van instrumentele steun steeds meer preventief kan werken.

Deze resultaten wijzen er op dat sociale kwetsbaarheid belangrijker is geworden, of, omgekeerd, dat een goede kwaliteit van de sociale omgeving beschermend kan werken tegen tehuisopname. Wij gaan daarom in de volgende hoofdstukken verder op zoek naar risicogroepen en sociaal sterkere groepen.

### 3. Is er verschil tussen mannen en vrouwen in kenmerken die een rol spelen bij verhuizing naar een aangepaste woning of tehuis?

Vrouwen leven gemiddeld langer en hebben vaker chronische ziekten dan mannen. Hierdoor staan vrouwen vaker alleen en hebben zij vaker langdurige zorg nodig. Anderzijds is het mogelijk dat mannen moeilijker kunnen omgaan met alleen wonen, vooral als zij zorgbehoevend zijn. Om mogelijke verschillen te onderzoeken, herhalen wij de vergelijking uit tabel 3 in het voorgaande hoofdstuk voor mannen en vrouwen apart. In de volledige analyse is er ook rekening gehouden met demografische kenmerken, waarneming, gezondheid en zorgkenmerken. Deze resultaten staan in bijlage 3.

Tabel 4. De relatie tussen individuele en sociale kenmerken van mannen en vrouwen en de kans op verhuizing

Kenmerken ouderen	Mannen verhuisd naar		Vrouwen verhuisd naar	
	aangepaste woning (n = 98)	tehuis (n = 110)	aangepaste woning (n = 147)	tehuis (n = 237)
	OR		OR	
<b>Leefsituatie en woonomgeving</b>				
Partner in huishouden	2,03*	0,99	1,40	1,21
Ontvangen hulp van partner	0,70	0,89	0,79	0,59
Kinderen in de buurt (< 15 min)	1,40*	1,03	0,84	1,16
Urbanisatiegraad	0,89	1,13	0,92	0,88
<b>Eenzaamheid</b>				
Emotionele eenzaamheid	1,31**	1,17	1,07	1,05
Sociale eenzaamheid	1,02	1,00	0,99	0,93
<b>Kwaliteit sociale omgeving</b>				
Netwerkgrootte	1,02	1,00	0,98	0,99
Aantal burens met frequent contact	0,98	0,72*	0,96	0,95
Ontvangen emotionele steun	0,99	0,97	1,05*	1,01
Ontvangen instrumentele steun	1,02	1,07*	1,01	0,98

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

Tabel 4 laat zien dat sociale en emotionele risicofactoren overwegend van belang zijn bij verhuizingen van mannen naar een aangepaste woning. Mannen hebben een aanzienlijk grotere kans om te verhuizen naar een aangepaste woonvorm als zij emotioneel eenzaam waren (OR = 1,31) en met een partner leefden voor de verhuizing (OR = 2,00). Het is mogelijk dat hun partner niet in staat was om voor ze te zorgen en/of dat zij zelf zorgbehoevend was. Daarnaast hebben de mannen een grotere kans om naar een aangepaste woning te verhuizen als ze meer kinderen in de buurt hebben wonen. Dat is een opvallend gegeven, aangezien vaders vaak minder steun van kinderen krijgen dan moeders. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat gegeven dat de meeste mantelzorgers dochters zijn, zijn vaders minder vaak geholpen; er wordt vaker geholpen wanneer sekse van de ouder en het kind dezelfde is (Pillemer & Suitor, 2006).

Bij de opname in een tehuis zien we bij mannen dat instrumentele steun ontvangen de kans op een opname vergroot (OR = 1.07). Mogelijk hebben we hier te maken met een vorm van mantelzorg. Anderzijds zijn meer burens met wie een oudere frequent contact heeft juist preventief tegen een opname: Hoe meer burens met wie mannen minimaal maandelijks contact hebben, hoe kleiner de kans om naar een verzorgingstehuis te verhuizen. Iedere extra buur met wie een oudere frequent contact heeft levert 28% minder kans dat deze ouder naar verzorgingstehuis zal verhuizen. Aangenomen dat burens vaak praktische hulp aan ouderen bieden, lijkt dit tegenstrijdig. Het is een aanwijzing dat burens iets anders bieden dan directe praktische hulp. Mogelijk is dit meer de verbondenheid aan de woonomgeving, of een gevoel van veiligheid doordat men weet dat men op anderen kan rekenen, zonder dat die hulp vaak nodig is.

Vrouwen die meer emotionele steun ontvangen, verhuizen vaker naar een aangepaste woning dan dat ze thuis blijven wonen (OR = 1,05). Andere emotionele of sociale factoren spelen geen significante rol. Deze verschillen suggereren dat, afgezien van gezondheidsfactoren, zelfstandig blijven wonen bij mannen sterk verbonden is met de aanwezigheid en functies die de partner en de bredere sociale omgeving kan vervullen.

### ***Samenvatting***

De rol van emotionele en sociale kenmerken in de verhuizing naar een aangepaste woning of verzorgingstehuis verschilt voor mannen en vrouwen. Mannen met een partner in het huishouden, meer kinderen in de buurt en sterkere emotionele eenzaamheid hebben een grotere kans om naar een aangepaste woning te verhuizen. Mannen die meer instrumentele steun ontvangen en minder burens hebben in hun omgeving met frequent contact, hebben ook een grotere kans op opname in een verzorgingstehuis. Voor vrouwen vergroot alleen ontvangen van emotionele steun de kans om te verhuizen naar een aangepaste woning.

Deze uitsplitsing naar mannen en vrouwen laat zien dat de rol van sociale factoren in verhuizing en opname verschillend is voor verschillende groepen ouderen. Ook zien we dat de buurt wel een rol speelt bij het zelfstandig blijven wonen van mannen, maar dat die rol niet zonder meer is op te vatten als het bieden van zorg of hulp.



#### 4. Is er verschil tussen de emotioneel meest eenzame ouderen en overige ouderen in kenmerken die een rol spelen bij verhuizing naar een aangepaste woning of tehuis?

Om beter zicht te krijgen op de rol van eenzaamheid in verhuizing naar aangepaste woningen en zorginstellingen, kijken we in dit hoofdstuk naar de kenmerken van eenzame ouderen, die een verhoogd risico lopen op verhuizing naar een aangepaste woonvorm en eventueel een instelling. We kijken opnieuw naar demografische kenmerken, gezondheid, zorg, leefsituatie en woonomgeving en kwaliteit van de sociale omgeving. Als meest eenzame ouderen nemen wij diegenen die op de schaal van 0 tot 6, 3 of hoger scoren. Dat geldt voor zowel emotionele als sociale eenzaamheid: de respondent moet tenminste op een van de twee schalen als eenzaam scoren. De groep van eenzame ouderen bestaat uit 414 ouderen, waarvan 225 zijn verhuisd. Eenzame ouderen, zowel verhuizers als niet-verhuizers, zijn vaker vrouwen, zijn gemiddeld 2 jaar ouder dan niet eenzame ouderen en zijn minder gezond, zowel lichamelijk als cognitief (Tabel 5). Ze krijgen ook meer professionele en privé hulp. Ze wonen vaker zonder partner en krijgen minder hulp van een partner, hebben gemiddeld minder kinderen in de buurt en wonen in plaatsen met een hogere urbanisatiegraad. Het zijn ook ouderen die kleinere netwerken hebben, minder burens met frequent contact en zij ontvangen minder emotionele en instrumentele steun.

Tabel 5. Beschrijvende statistieken van de meest eenzame ouderen en de overige ouderen in de selectie

	De meest eenzame ouderen (n = 414)	Overige ouderen (n = 852)	Verskil
<b>Demografische kenmerken</b>			
Leeftijd (gemiddelde, (SD))	76,69 (7,69)	74,21 (8,27)	***
Geslacht (vrouw, %)	70	60	***
<b>Gezondheid</b>			
ADL capaciteit (gemiddelde, (SD))	24,90 (5,57)	26,60 (4,89)	***
Chronische ziektes (gemiddelde, (SD))	1,33 (1,08)	1,22 (1,04)	*
Cognitief vermogen (MMSE score, gemiddelde,(SD))	25,96 (3,56)	26,72 (2,87)	***
<b>Zorg</b>			
Mantelzorg (behalve partner, ja, %)	18	17	ns
Huishoudelijke hulp (prof, ja, %)	25	13	***
Persoonlijke verzorging (prof, ja, %)	6	3	**
Privé hulp (ja, %)	22	16	**
<b>Leefsituatie en woonomgeving</b>			
Partner in huishouden (ja, %)	24	55	***
Ontvangen hulp van partner (ja, %)	7	18	***
Kinderen in de buurt (gemiddelde, (SD))	0,29 (0,63)	0,42 (0,73)	**
Urbanisatiegraad (gemiddelde, (SD))	3,33 (1,40)	3,09 (1,43)	**
<b>Kwaliteit sociale omgeving</b>			
Netwerkgrootte (gemiddelde, (SD))	11,38 (7,21)	14,81 (8,19)	***
Aantal burens met frequent contact (gemiddelde, (SD))	0,95 (0,99)	1,10 (1,12)	**
Ontvangen emotionele steun (gemiddelde, (SD))	19,21 (8,04)	22,31 (7,50)	***
Ontvangen instrumentele steun (gemiddelde, (SD))	13,87 (6,70)	15,19 (6,52)	***

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

We zagen eerder dat emotionele eenzaamheid een direct effect had op de verhuizing naar een aangepaste woonvorm (Tabel 3). Het is ook mogelijk dat eenzaamheid indirect meespeelt, doordat het de invloed van gezondheidsfactoren versterkt - de problemen komen harder aan, mensen kunnen moeilijker voor zichzelf zorgen - of die van ontvangen hulp verzwakt. Eenzaamheid kan leiden tot meer zorggebruik zonder dat dit effectief is, omdat de achterliggende problematiek van de eenzaamheid niet (voldoende) wordt aangepakt. Hierdoor kan thuis blijven wonen eerder problematisch worden dan als mensen niet eenzaam zijn. Wij vergelijken daarom de meest eenzame ouderen met gehele steekproef van verhuizers om na te gaan hoe de door ons onderzochte kenmerken in beide groepen bijdragen aan de kans op verhuizing. Tabel 6 laat de relatie zien tussen kenmerken van ouderen en de kans op verhuizing naar een aangepaste woning of tehuis. Volledige resultaten zijn beschreven in bijlage 4.

Opvallend is dat de sociale kenmerken vooral een rol spelen bij de verhuizing van eenzame ouderen, in vergelijking met de overige groep. Bij de verhuizing naar een aangepaste woning zien we dat aanwezigheid van een partner en ontvangen emotionele steun de kans op verhuizing van de eenzaamste ouderen aanzienlijk vergroot (OR= 2,71 en 1,06). In vergelijking met thuisblijvers hebben eenzame ouderen met een partner in huis een 2,71 maal grotere kans om naar een aangepaste woonvorm te gaan. Dit resultaat zou kunnen betekenen dat de verhuizing naar een aangepaste woonvorm mede een oplossing is voor de eenzaamheid van de oudere, die blijkbaar niet voldoende emotionele steun krijgt van de – mogelijk hulpbehoevende - partner of anderen uit het netwerk. Als de partner steun geeft, is de kans op verhuizing van eenzame ouderen naar een tehuis juist aanzienlijk kleiner, namelijk 33% van de kans dat de oudere thuis blijft wonen. Bij de opname in een tehuis is ook het aantal burens met frequent contact relevant voor eenzame ouderen: eenzame ouderen die vaker contact met de burens hebben een 30% kleinere kans om naar verzorging tehuis te verhuizen.

Tabel 6. De relatie tussen individuele en sociale kenmerken van eenzame ouderen en de kans op verhuizing

Kenmerken ouderen	Eenzame ouderen verhuisd naar		Alle ouderen verhuisd naar	
	aangepaste woning (n = 85)	verzorging tehuis (n = 140)	aangepaste woning (n = 160)	tehuis (n = 207)
	OR <sup>1</sup>	OR <sup>1</sup>	OR <sup>1</sup>	OR <sup>1</sup>
<b>Leefsituatie en woonomgeving</b>				
Partner in huishouden	2,71**	0,83	1,17	1,28
Ontvangen hulp van partner	0,33+	0,87	1,04	0,76
Kinderen in de buurt (< 15 min)	1,21	1,20	1,17	1,10
Urbanisatiegraad	0,97	0,94	0,90+	0,99
<b>Kwaliteit sociale omgeving</b>				
Netwerkgrootte	1,00	0,97	1,00	0,99
Aantal burens met frequent contact	0,85	0,70*	1,05	0,95
Ontvangen emotionele steun	1,06*	1,02	1,02	0,98
Ontvangen instrumentele steun	0,98	1,02	1,00	1,01

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

### ***Samenvatting***

De meest eenzame ouderen verschillen in bijna alle kenmerken van de overige ouderen. Dit werkt door in de effecten van sociale factoren op verhuizing. De aanwezigheid van een partner vergroot bij de eenzaamste ouderen een kans op verhuizing naar een aangepaste woning. Daarnaast vergroot ook ontvangen van emotionele steun bij de meeste eenzamen de kans om naar een aangepaste woning te verhuizen. Een groter aantal buren met frequent contact werkt bij deze groep ouderen juist preventief voor opname in een tehuis. Eenzame ouderen die goed contact met de buren hebben een kleinere kans om naar een tehuis te verhuizen. Deze resultaten suggereren dat eenzame ouderen mede naar een aangepaste woonvorm verhuizen omdat de sociale omgeving, vooral de partner, geen soelaas kan bieden voor de eenzaamheid. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat de partner sterk hulpbehoevend is. Eenzame ouderen die ingebed zijn in sterke relaties met buren, kunnen daarentegen de opname in een tehuis langer uitstellen dan eenzame ouderen die minder van zulke relaties hebben.

## 5. Zijn individuele en sociale kenmerken veranderd tussen 1992 en 2005 binnen de algemene LASA-respondenten?

Om beter in beeld te krijgen of bepaalde kenmerken meer of minder voorkomen zijn bij LASA-respondenten is er een vergelijking gemaakt van twee steekproeven uit de eerste waarneming in 1992 en de laatste waarneming in 2005 die in dit rapport voor kenmerken gebruikt zijn. Belangrijk is om op te merken dat het geen populatiegegevens zijn, maar gegevens van de LASA-populatie of LASA-respondenten. De verschillen kunnen dus niet worden generaliseerd naar de Nederlandse bevolking. Wel geven ze een eerste aanwijzing of de factoren die belangrijker of minder belangrijk zijn geworden in de recentere perioden (hoofdstuk 2), ook zijn veranderd in hun prevalentie.

Tabel 6. De relatie tussen individuele en sociale kenmerken van eenzame ouderen en de kans op verhuizing

Kenmerken ouderen	Prevalentie		P
	1992-1993 n= 2520	2005-2006 n=1906	
<b>Demografische kenmerken</b>			
Leeftijd (gemiddelde, (SD))	69,68 (0,17)	71,20 (0,21)	***
Geslacht (vrouw, %)	53	55	ns
<b>Gezondheid</b>			
ADL capaciteit (gemiddelde, (SD))	27,69 (4,14)	26,95 (4,73)	***
Chronische ziektes (gemiddelde, (SD))	0,91 (0,98)	1,24 (1,07)	***
Cognitief vermogen (MMSE score, gemiddelde, (SD))	27,22 (2,55)	27,35 (2,78)	ns
<b>Zorg</b>			
Mantelzorg (behalve partner, ja, %)	10	11	ns
Huishoudelijke hulp (prof, ja, %)	9	15	***
Persoonlijke verzorging (prof, ja, %)	2	5	***
Privé hulp (ja, %)	14	16	ns
<b>Leefsituatie en woonomgeving</b>			
Partner in huishouden (ja, %)	65	65	ns
Ontvangen hulp van partner (ja,%)	22	9	***
Kinderen in de buurt (gemiddelde, (SD))	0,89 (1,11)	0,75 (0,98)	***
Urbanisatie (gemiddelde, (SD))	3,10 (1,49)	3,00 (1,42)	*
<b>Emotionele en sociale kenmerken</b>			
Emotionele eenzaamheid (gemiddelde, (SD))	1,11 (1,66)	1,07 (1,62)	ns
Sociale eenzaamheid (gemiddelde, (SD))	0,89 (1,30)	0,90 (1,34)	ns
<b>Kwaliteit sociale omgeving</b>			
Netwerk grootte (gemiddelde, (SD))	14,13 (8,15)	16,60 (9,20)	***
Aantal burens met frequent contact (gemiddelde, (SD))	1,07 (1,15)	1,19 (1,16)	***
Ontvangen emotionele steun (gemiddelde, (SD))	21,83 (7,82)	22,42 (7,33)	*
Ontvangen instrumentele steun (gemiddelde, (SD))	14,22 (6,60)	15,34 (6,23)	***

Tabel 6 geeft de beschrijvende analyse van alle onderzochte kenmerken voor twee groepen LASA-respondenten: alle respondenten uit het hoofdinterview in de waarneming van 1992 en alle respondenten uit het hoofdinterview van 2005. Uit de resultaten blijkt dat ouderen gemiddeld ouder worden. Op de score van lichamelijk functioneren (ADL capaciteit) is er significant verschil te zien tussen twee groepen: ouderen hebben meer lichamelijk beperkingen (gemiddelde ADL capaciteit is licht maar significant gedaald van 27,69 naar 26,95 op het scorebereik van 6 tot 30). Het aantal chronische ziektes is gestegen: ouderen hebben gemiddeld 0,91 chronische ziektes in 1992, en 1,24 in 2005. Zorgkenmerken lijken alleen voor professionele hulp te zijn veranderd: er wordt gemiddeld 6% meer huishoudelijke hulp gegeven door professionals en 3% meer persoonlijke verzorging. Daarnaast geven partners aanzienlijk minder hulp, terwijl het aantal partners in huishouden niet is veranderd. Het laatste kan duiden op veroudering van partners die misschien zelf ouder worden en zelf hulp nodig hebben: mensen leven langer, maar dat betekent ook dat echtparen ouder worden. Het gemiddelde aantal kinderen binnen 10 minuten reizen is licht gedaald (van 0,89 naar 0,75). De emotionele en sociale eenzaamheid is over de tijd gemiddeld hetzelfde gebleven. De kwaliteit van de sociale omgeving is wel veranderd. Netwerken zijn groter geworden (14,13 in 1992 versus 16,60 in 2005). Het aantal burens met frequent contact is ook gestegen, van 1,07 naar 1,19. Daarnaast rapporteren ouderen een hogere frequentie van ontvangen emotionele en sociale steun uit hun netwerken in 2005 in vergelijking met 1992.

### ***Samenvatting***

Uit de resultaten blijkt dat LASA-respondenten gemiddeld ouder zijn geworden en gemiddeld meer chronische ziektes en meer functionele beperkingen hebben. Dit sluit aan bij bevindingen dat ouderen minder gezond zijn, maar relatief langer zelfstandig functioneren ondanks de beperkingen (Deeg et al., 2009). Er wordt meer professionele zorg gebruikt en minder hulp van de partner. De bronnen van mantelzorg zijn echter niet veranderd. Er zijn gemiddeld minder dichtbij wonende kinderen. De kwaliteit van de sociale omgeving duidt echter op een grotere beschikbaarheid van de sociale omgeving: de netwerkgrootte is toegenomen en het aantal burens met wie een respondent frequent contact heeft is gestegen. Daarnaast wordt meer emotionele en instrumentele steun gegeven vanuit het netwerk.

## 6. Aangrijpingspunten voor interventie

We onderzochten de rol van sociale en emotionele factoren bij de verhuizing naar een AWBZ-instelling of naar een aangepaste woonvorm, vanuit de vraag in hoeverre die factoren beleid kunnen informeren dat is gericht op langer zelfstandig blijven wonen van ouderen. Uit het onderzoek blijkt dat emotionele en sociale kenmerken over de hele onderzoeksgroep genomen een zeer beperkte betekenis hebben voor tehuisopname. Emotionele en sociale kenmerken zijn vooral relevant voor verhuizing naar een aangepaste woning. Ten dele is deze uitkomst naar verwachting. Een tehuisopname is immers alleen geïndiceerd bij ernstige zorgzwaarte. Om dezelfde reden ontvangen ouderen die naar een tehuis verhuizen significant meer mantelzorg en professionele zorg dan niet-verhuizers: zij hebben de zorg nodig. Belangrijke veranderingen lijken alleen haalbaar door meer zorg buiten instellingen mogelijk te maken, bijvoorbeeld met behulp van technologische innovaties. Dit valt buiten het bestek van dit rapport.

Minder vanzelfsprekend is de rol van de partner die uit het onderzoek naar voren komt. Doorgaans is de aanwezigheid van een partner een belangrijke factor in het zelfstandig blijven wonen. Wij vonden dit effect niet. De aanwezigheid of steun van een partner had geen effect op een tehuisopname als we rekening hielden met andere factoren als leeftijd, gezondheid en de kwaliteit van de sociale omgeving. De resultaten wijzen er op dat de ouderen met een partner in het huishouden juist een grotere kans hebben om naar een aangepaste woning te verhuizen. Het is mogelijk dat ouderen samen makkelijker beslissen om te verhuizen of dat ze samen op eenzaamheid anticiperen in het geval dat een van de partners komt te overlijden. In die zin kan het samen naar een aangepaste woning preventief werken ten opzichte van tehuisopname. Het is echter ook waarschijnlijk dat de partner in veel van deze gevallen hulpbehoevend is en wordt verzorgd door de respondent. We zagen dat vooral de eenzaamste ouderen met een partner vaker naar een aangepaste woning verhuisden. Dit kan wijzen op overbelasting en daarmee juist op extra eenzaamheid en zorgbehoefte bij de verzorgende en later mogelijk de achterblijvende partner.

De aangepaste woonvormen in het LASA-onderzoek zijn erg divers en verschillen door de tijd heen. Het is daarom moeilijk om algemene uitspraken te doen over hun functie in de latere zorg- en wooncarrière van ouderen. Emotionele factoren die wijzen op (mogelijk) tekortschieten van het netwerk spelen wel duidelijk een rol: emotionele eenzaamheid en ontvangen van emotionele steun maken verhuizing waarschijnlijker, vooral bij mannen en de meest eenzame ouderen. Tegelijk hebben deze ouderen vaak meer kinderen in de buurt dan niet-verhuizers. Mogelijk kan een adequate respons op de emotionele problematiek ouderen in deze omstandigheden helpen om langer zelfstandig te wonen en de potentiële mantelzorg beter te faciliteren. We vonden ook lichte aanwijzingen dat emotionele eenzaamheid de opname in een tehuis kan bespoedigen.

Eenzaamheid en sociale factoren zijn in de tijd wel belangrijker geworden als verklaring van opname of verhuizing naar een aangepaste woonvorm. In recentere cohorten leidt sociale en emotionele eenzaamheid tot een grotere kans op tehuisopname. Daarbij valt vooral de rol van burens op. Waar ontvangen steun en zorg juist wijzen op een grotere kans op opname, is een groter aantal burens juist beschermend tegen een verhuizing. Wij zagen dit bij mannen en bij de meest eenzame ouderen. Dit suggereert dat burens niet zozeer een belangrijke rol als hulpgever hebben. Het is de moeite waard om te onderzoeken welke betekenis zij dan wel hebben. Wij denken aan een meer algemene verbondenheid met de eigen omgeving die mensen in staat stelt om thuis te (willen) blijven functioneren. Burens zijn ook vaak belangrijk als achterwacht, voor onverwachte of noodsituaties. Dit hoeft niet tot uitdrukking te komen in een hoge frequentie van steun of zorg. Het kan wel cruciaal zijn voor de ervaren en feitelijke veiligheid van de oudere.

In algemene zin laten de resultaten zien dat het nodig is om te differentiëren tussen ouderen. In verschillende groepen werken sociale factoren verschillend door, zo werd duidelijk uit de vergelijking tussen mannen en vrouwen en de focus op de meest eenzame ouderen. Het is vanuit dat gezichtspunt aan te bevelen om nader zicht te krijgen op mogelijke sociale risicoprofielen en door tijdige ondersteuning van het sociaal netwerk of de eenzame oudere bij te dragen aan langer zelfstandig wonen. Eerdere LASA-rapporten geven hier een aanzet toe, in het bijzonder de profilering van netwerken en zorggebruik (Plaisier, Van Tilburg & Deeg, 2011) en kwetsbare ouderen (Plaisier, Broese van Groenou & Deeg, 2011).

## Literatuur

- Agree, E.M. & Glaser, K. (2009). Demography of informal caregiving. In: P. Uhlenberg (Ed.), *International handbook of population aging* (pp. 647-668). Dordrecht: Springer.
- Andersen, R.M. (1005). Revisiting the behavioral model and access to medical care. Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Berkman L.F., Glass T., Brissette I., & Seeman T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 61, 843-857.
- Bloem, B.A., Tilburg, T.G. van & Thomese, G.C.F. (2008). Residential mobility in older Dutch adults: Influence of late life events. *International Journal of Ageing and Later Life*, 3, 21-44.
- Broese van Groenou, M.I., van Tilburg, T.G. (2010). Six-year follow-up on volunteering in later life: a cohort comparison in the Netherlands. *European Sociological Review*, 28, 1-11.
- Deeg, D.J.H., Comijs, H.C., Thomése, G.C.F., & Visser, M. (2009). The Longitudinal Ageing Study Amsterdam: a survey of 17 years of research into changes in daily functioning. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40, 217-227.
- van de Kamp, K., Braam, A.W., & Deeg, D.J.H. (2008). Verschuiving van de ervaren gezondheid van 55-64-jarigen tussen 1992/1993 en 2002/2003. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 39, 182-192.
- Lawton, L. Silverstein, M., & Bengtson V. (1994). Affection, social contact, and geographic distance between adult children and their parents. *Journal of Marriage and Family*, 1, 57-68.
- Lunstad J., Smith T.B., & Layton J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7, 1-20.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. In M.Cook & G.Wilson (Eds.), *Love and attraction* (pp.99-108). Oxford, England: Pergamon.
- Pillemer, K., & Suitor, J.J. (2006). Making choices: A within-family study of caregiver selection. *The Gerontologist*, 46, 439-448.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2010). Influences on loneliness in older adults. A meta-analysis. *Journal of Basic and Applied Social Psychology*, 23, 245-266.
- Plaisier, I., van Tilburg, T., & Deeg, D.J.H. (2011). *Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van zelfstandig wonende oudere n*. Amsterdam: VU, LASA (WVS Wetenschap ontmoet beleid).
- Plaisier, I., Broese van Groenou, M., & Deeg, D.J.H. (2011). *Kwetsbare ouderen: zorg of geen zorg?* Amsterdam: VU, LASA (VWS-vraag 2011).
- Pot, A.M., Deeg, D.J.H., & Knipscheer, C.P.M. (2001). Institutionalisation of demented elderly: The role of caregiver characteristics. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 273-280.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004*. Den Haag: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2011). *Kwetsbare ouderen*. C. van Campen (red). Den Haag: SCP.
- Thomése, G.C.F. & Rouwendal, J. (2011). Oudere huiseigenaren wonen langer zelfstandig dan huurders. *Economisch Statistische Berichten*, 96, 671-674.
- Thomése G.C.F. & Broese van Groenou M.I. (2006). Adaptive strategies after health decline in later life: increasing the person-environment fit by adjusting the social and physical environment. *European Journal of Ageing*, 3, 169-177.
- Visser, M., Pluijm, S.M.F., van der Horst, M.H.L., Poppelaars, J.L., Deeg, D.J.H. (2005). Leefstijl van 55-64-jarige Nederlanders in 2002/'03 minder gezond dan in 1992/'93. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 2973-2978.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- De Jong-Gierveld, J. & Kamphuis, F. (1985). Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Medicine*, 9, 289-299.



## **BIJLAGE 1. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING**

### **Data**

De analyses voor hoofdstukken 1 t/m 6 van dit rapport zijn uitgevoerd met de samengestelde data van de LASA B t/m G metingen (waarnemingen van 1992 tot 2008, N = 1266). De onderzoekspopulatie bestaat uit ouderen die tussen 1992 en 2008 zijn verhuisd naar een aangepaste woonvorm of een AWBZ-instelling, waarvan hoofdinterview gegevens beschikbaar zijn van een waarneming voor de verhuizing (N = 592). Deze onderzoekspopulatie is aangevuld met een controlegroep van 674 zelfstandig wonende ouderen. Om deze controlegroep zo veel mogelijk op de verhuizers te laten lijken worden aan iedere verhuizer twee niet-verhuizers uit dezelfde meting gekoppeld die dezelfde partnerstatus en geslacht hebben en die niet meer dan vijf jaar ouder of jonger zijn. De koppeling wordt zo veel mogelijk op een random basis gemaakt. Bijvoorbeeld: iedere mannelijke respondent die verhuisde tussen de waarnemingen van 1995 en 1998 zonder partner in de leeftijd van 70 jaar wordt gekoppeld aan twee random gekozen mannelijke niet-verhuizers in de waarneming van 1995 zonder partner in de leeftijd 70 jaar plus/min 5 jaar. Sommige niet-verhuizers konden niet in voldoende aantallen gekoppeld worden aan verhuizers met bepaalde kenmerken. De LASA website ([www.lasa-vu.nl](http://www.lasa-vu.nl)) geeft uitgebreide informatie over de waarnemingen en variabelen die zijn gebruikt.

### **Afhankelijke variabelen**

Er is een nominale variabele geconstrueerd, die verschillende vormen van verhuizing/niet verhuizing representeert, namelijk niet-verhuizers (waarde 0), verhuizers naar een aangepaste woning (waarde 1) en verhuizers naar tehuis (waarde 2). De eerste waarneming waarop de respondent voor het is genoteerd als verhuisd naar een aangepaste woning of tehuis is aangemerkt als verhuizing.

### **Onafhankelijke variabelen**

Alle onafhankelijke variabelen komen van de waarneming voor de verhuizing. Bijvoorbeeld, voor een respondent aangemerkt als verhuisd naar tehuis in 2008 worden zijn of haar kenmerken (onafhankelijke variabelen) van de waarneming in 2005 gebruikt. Als de kenmerken van de respondent in 2005 ontbreken, worden de meeste recente beschikbare kenmerken gebruikt (in het voorbeeld 2003).

### **Demografische kenmerken**

Voor leeftijd is de continue variabele leeftijd gebruikt. Daarnaast is de sekse (0=vrouw, 1=man) gebruikt.

### **Gezondheid**

De indicator voor lichamelijke gezondheid is gebaseerd op een schaal van zes items die het algemeen dagelijks lichamelijk functioneren beschrijven (ADL; b.v. zelfstandig trap lopen of aankleden). Alle items zijn bij elkaar opgeteld en vormen een schaal die varieerde van 6 (geen van de zes activiteiten zelfstandig uitvoeren) tot 36 (alle zes activiteiten zelfstandig uitvoeren). Daarnaast is de aanwezigheid van de 7 meest voorkomende chronische aandoeningen meegenomen. De respondent gaf zelf aan of er sprake was van hart- en vaatziekten, Deze indicator is als continue variabele gebruikt. Cognitief vermogen is gemeten met behulp van de MMSE score (Mini-Mental State Examination), die wordt gebruikt de ernst van cognitieve stoornissen vast te stellen.

## Zorg

In het LASA interview wordt respondenten gevraagd naar de aanwezige hulp bij huishoudelijke taken. Vervolgens wordt gevraagd van wie deze hulp verkregen wordt: partner, inwonend kind, andere inwonende, overige familie buiten woning, burenen/vriend/kennis, vrijwilligers, wijkverpleegkundige, bejaardenhulp/alfahulp, particuliere hulp, personeel tehuis of ziekenhuis, anders, niemand.

*Mantelzorg.* Persoonlijke zorg of huishoudelijke hulp verkregen van kinderen, overige familie, burenen/vrienden en vrijwilligers (bijvoorbeeld van de kerk), is indicator voor informele hulp. Hulp en zorg door de partner is apart gerekend. In beide gevallen is de score 0 (geen hulp) of 1 (wel hulp).

*Professionele hulp.* Als huishoudelijke hulp wordt ontvangen van een betaalde zorgverlener (wijkverpleegkundige, personeel tehuis of ziekenhuis, bejaardenhulp/alfahulp of particuliere hulp), heeft de variabele huishoudelijke hulp de waarde 1. De variabele persoonlijke verzorging is gebaseerd op de vraag over de aanwezigheid van persoonlijke verzorging door een formele zorgverlener (thuiszorg, wijkverpleegkundige, personeel tehuis of ziekenhuis, bejaardenhulp/alfahulp of particuliere hulp), indien er in het interview is aangegeven dat er persoonlijke zorg door een professional wordt verkregen. In dit geval heeft de variabele persoonlijke verzorging de waarde 1.

*Particuliere hulp.* De variabele particuliere hulp heeft de waarde 1 als een respondent bij huishoudelijke taken of persoonlijke verzorging een particulier betaalde hulp heeft genoemd.

## Leefsituatie en woonomgeving

Aanwezigheid van een partner in het huishouden is gebaseerd op verschillende gegevens uit het interview, waaronder een directe vraag of de partner in het huishouden verblijft. De indicator voor het ontvangen hulp van een partner heeft een waarde 1 als een respondent bij huishoudelijke taken of persoonlijke verzorging hulp van de partner krijgt. Het aantal dichtbij wonende kinderen is berekend uit informatie over kinderen in het netwerk die op het reisafstand van 10 minuten van een respondent wonen. Voor een betere verdeling van deze variabele is het aantal omgecodeerd naar 1, 2, 3 of meer. Urbanisatiegraad is gemeten op basis van het gemiddelde aantal adressen per vierkant kilometer en varieert van 1 (laag geurbaniseerd) tot 5.

## Eenzaamheid

Eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidschaal (11 items; de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) Er is onderscheid gemaakt tussen sociale eenzaamheid (range 0-5) en emotionele eenzaamheid (range 0-6). Beide schalen zijn als continue variabelen gebruikt.

## Kwaliteit sociale omgeving

Netwerkgrootte is vastgesteld door middel van vragen naar belangrijke en regelmatige contacten in zeven domeinen (verschillende verwanten en niet-verwanten, waaronder burenen en buurtgenoten). De grootte, varieert tussen 0 en 68 netwerkleiden. Het aantal burenen is berekend op basis van de informatie over burenen in het netwerk met wie een respondent minimaal maandelijks contact heeft. Voor een betere verdeling van deze variabelen is het aantal burenen gecodeerd als 1, 2, 3 of meer burenen. Daarnaast is gevraagd naar instrumentele steun en emotionele steun van de maximaal 9 netwerkleiden met wie de oudere het vaakst contact had. Deze waarden zijn opgeteld. Beide continue variabelen hebben een scorebereik van 0-36.

Tijd

Wij gaan uit van de waarneming wanneer een respondent voor het eerst is aangemerkt als verhuisd. Voor niet-verhuizers wordt de waarneming van de bijbehorende gekoppelde respondent genomen.

### **Missende waarden**

Missende waarden zijn vervangen door het gemiddelde.

### **Analyses**

In beschrijvende tabellen zijn demografische kenmerken, gezondheid, zorg, leefsituatie en woonomgeving, eenzaamheid en kwaliteit van de sociale omgeving weergegeven. Met Chi-square toetsen, t-toetsen en zijn verschillen in de groepen van verhuizers naar een aangepaste woning, verhuizers naar een tehuis en niet-verhuizers onderzocht. Associaties tussen demografische kenmerken, gezondheid, zorg, leefsituatie en woonomgeving, eenzaamheid en kwaliteit van de sociale omgeving met het verhuizen zijn in multinomiale logistische regressiemodellen getoetst. Odds Ratio's en significantietoets worden weergegeven in tabellen. Het significantie niveau is 5%. Daarnaast zijn interactie-effecten met de tijd toegevoegd. In hoofdstuk 3 zijn mannen en vrouwen apart getoetst met behulp van multinomiale logistische regressiemodellen. In hoofdstuk 4 worden de meeste eenzame ouderen (eenzaamheid score 3 en hoger op een van de twee sub-schalen) en overige ouderen apart getoetst. In beschrijvende tabellen bij hoofdstuk 5 zijn demografische kenmerken, gezondheid, zorg, leefsituatie en woonomgeving, eenzaamheid en kwaliteit van de sociale omgeving van de LASA-respondenten vergeleken tussen de waarnemingen 1992-1993 en 2008-2009.

## BIJLAGE 2. ANALYSES ALGEMEEN EN IN DE TIJD

Tabel 3. De relatie tussen individuele en sociale kenmerken van ouderen en de kans op verhuizing<sup>1</sup>

Kenmerken ouderen	Verhuisd naar																						
	aangep. woning	tehuis	aangep. woning	tehuis	aangep. woning	tehuis	aangep. woning	tehuis	aangep. woning	tehuis	aangep. woning	tehuis	aangep. woning	tehuis									
	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6												
	OR		OR		OR		OR		OR		OR		OR										
Demografische kenmerken																							
Leeftijd	1,03*		1,13***		1,03***		1,13***		1,03**		1,13***		1,03*		1,13***		1,03*		1,14***		1,04**		1,14***
Geslacht	0,95		1,11		0,95		1,10		0,95		1,11		0,96		1,14		0,95		1,11		0,99		1,16
Gezondheid																							
ADL capaciteit	1,00		0,90***		1,00		0,91***		1,00		0,90***		1,00		0,90***		1,00		0,91***		0,99		0,90***
Chronische ziektes	1,03		0,94		1,03		0,94		1,03		0,94		1,02		0,94		1,02		0,93		1,02		0,92
Cognitief vermogen	0,99		0,84***		0,98		0,84***		0,98		0,84***		0,99		0,84***		0,98		0,84***		0,99		0,84***
Zorg																							
Mantelzorg	1,40		1,40		1,38		1,38		1,40		1,39		1,40		1,40		1,39		1,37		1,37		1,33
Huishoudelijke hulp	1,36		2,17**		1,40		2,23**		1,36		2,11**		1,37		2,14**		1,36		2,12**		1,40		2,25**
Persoonlijke verzorging	0,40		1,04		0,42		1,06		0,42		1,12		0,40		1,04		0,41		1,08		0,39		0,96
Particuliere hulp	0,87		1,30		0,88		1,32		0,86		1,25		0,86		1,27		0,86		1,30		0,85		1,22
Leefsituatie en woonomgeving																							
Partner in huishouden	1,46*		1,10		1,45*		1,11		1,45*		1,10		1,46*		1,10		1,45*		1,10		4,93***		9,49***
Ontvangen hulp van partner	0,83		0,81		0,82		0,80		0,83		0,82		0,83		0,83		0,83		0,80		0,83		0,78
Kinderen in de buurt	1,16		1,11		1,17		1,12		1,16		1,12		1,16		1,10		1,16		1,12		1,18		1,13
Urbanisatiegraad	0,92		0,97		0,92		0,97		0,92		0,97		0,92		0,96		0,93		0,97		0,92		0,95
Eenzaamheid																							
Emotionele eenzaamheid	1,12*		1,09+		0,88		0,82		1,12*		1,09+		1,13*		1,10+		1,13*		1,10+		1,13*		1,09+
Sociale eenzaamheid	1,02		0,95		1,01		0,95		0,81		0,62*		1,02		0,95		1,02		0,95		1,01		0,94

Kwaliteit sociale omgeving																		
Netwerkgrootte	1,00		1,00		0,99		1,00		1,00		1,00		1,00		0,99		1,00	0,99
Aantal buren met frequent contact	0,99		0,87		0,99		0,91		0,99		0,91		0,99		0,92		1,00	0,92
Ontvangen emotionele steun	1,03*		1,00		1,02+		0,99		1,03*		1,00		1,04		1,05		1,03*	1,09
Ontvangen instrumentele steun	1,00		1,01		1,01		1,01		1,00		1,01		1,00		1,01		1,03	1,11**
Verandering in de tijd (interacties)																		
Tijd	1,18**		1,31***		1,10		1,19*		1,13+		1,18*		1,27		1,68**		1,27+	1,81***
Emot. eenzaamheid*tijd	-		-		1,05 +		1,06*		-		-		-		-		-	-
Soc. eenzaamheid*tijd	-		-		-		-		1,05		1,10*		-		-		-	-
Ontv. emot. steun*tijd	-		-		-		-		-		-		0,99		0,99 +		-	-
Ontv. instr. steun*tijd	-		-		-		-		-		-		-		-		1,00	0,98**
Partner in hh*tijd	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
R <sup>2</sup>	0,19			0,20			0,19			0,19			0,20			0,20		

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

<sup>1</sup>Alle variabelen zijn simultaan getoetst in multinomiale logistische regressiemodellen met niet-verhuizers als referentiegroep, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en waarneming

### BIJLAGE 3. ANALYSES MANNEN EN VROUWEN

De relatie tussen individuele en sociale kenmerken van ouderen en de kans op verhuizing gesplitst naar mannen en vrouwen<sup>1</sup>.

	Mannen verhuisd naar				Vrouwen verhuisd naar			
	aangepaste woning		tehuis		aangepaste woning		tehuis	
	OR		OR		OR		OR	
<b>Demografische kenmerken</b>								
Leeftijd	1,01		1,15***		1,04**		1,13***	
<b>Gezondheid</b>								
ADL capaciteit	0,94		0,86***		1,02		0,92***	
Chronische ziektes	0,95		1,00		1,06		0,86	
Cognitief vermogen	0,94		0,83***		1,01		0,84	
<b>Zorg</b>								
Mantelzorg	2,27*		2,68*		1,02		1,12	
Huishoudelijke hulp	1,53		2,31+		1,29		2,69**	
Persoonlijke verzorging	0,20		0,27		0,46		1,60	
Particuliere hulp	1,78		2,43*		0,54*		1,16	
<b>Leefsituatie en woonomgeving</b>								
Partner in huishouden	2,03*		0,99		1,40		1,21	
Ontvangen hulp van partner	0,70		0,89		0,79		0,59	
Kinderen in de buurt	1,40*		1,03		0,84		1,16	
Urbanisatiegraad	0,89		1,13		0,92		0,88	
<b>Eenzaamheid</b>								
Emotionele eenzaamheid	1,31**		1,17		1,07		1,05	
Sociale eenzaamheid	1,02		1,00		0,99		0,93	
<b>Kwaliteit sociale omgeving</b>								
Netwerkgrootte	1,02		1,00		0,98		0,99	
Aantal burens met frequent contact	0,98		0,72*		0,96		0,95	
Ontvangen emotionele steun	0,99		0,97		1,05*		1,01	
Ontvangen instrumentele steun	1,02		1,07*		1,01		0,98	
Waarneming	1,25*		1,33**		1,15*		1,33***	
R <sup>2</sup>	0,25				0,19			

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

<sup>1</sup>Alle variabelen zijn simultaan getoetst in multinomiale logistische regressiemodellen met niet-verhuizers als referentiegroep, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en waarneming

#### BIJLAGE 4. ANALYSES EENZAME OUDEREN

De relatie tussen individuele en sociale kenmerken van ouderen en de kans op verhuizing gesplitst naar de meeste eenzame ouderen en overige ouderen<sup>1</sup>

	Eenzame ouderen verhuisd naar (N=414)		Overige ouderen verhuisd naar (N=852)	
	aangepaste woning (n = 85)	verzorging tehuis (n = 140)	aangepaste woning (n = 160)	tehuis (n = 207)
	OR	OR	OR	OR
<b>Demografische kenmerken</b>				
Leeftijd	1,03	1,16***	1,03*	1,12***
Geslacht	0,58+	0,73	1,15	1,37
<b>Gezondheid</b>				
ADL capaciteit	1,03	0,90**	0,98	0,90***
Chronische ziektes	1,26	1,14	0,96	0,87
Cognitief vermogen	0,97	0,79***	0,99	0,87
<b>Zorg</b>				
Mantelzorg	2,40*	1,52	1,06	1,39
Huishoudelijke hulp	0,92	1,41	1,91+	3,22***
Persoonlijke verzorging	0,43	0,92	0,55	1,47
Particuliere hulp	0,68	0,81	1,00	1,90*
<b>Leefsituatie en woonomgeving</b>				
Partner in huishouden	2,72**	0,83	1,17	1,28
Ontvangen hulp van partner	0,33+	0,87	1,04	0,76
Kinderen in de buurt	1,21	1,20	1,17	1,11
Urbanisatiegraad	0,97	0,94	0,90+	0,99
<b>Kwaliteit sociale omgeving</b>				
Netwerkgrootte	1,00	0,97	1,00	0,99
Aantal burens met frequent contact	0,85	0,70*	1,05	0,95
Ontvangen emotionele steun	1,06*	1,02	1,02	0,98
Ontvangen instrumentele steun	0,98	1,02	1,00	1,01
Waarneming	1,28*	1,71***	1,14*	1,14+
R <sup>2</sup>	0,25		0,18	

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

<sup>1</sup>Alle variabelen zijn simultaan getoetst in multinomiale logistische regressiemodellen met niet-verhuizers als referentiegroep, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en waarneming.