

Welbevinden, functionele performantie en persoonlijke controle bij ouderen thuis en in het woonzorgcentrum

G. Van Roosmalen · A. Marcoen

Abstract Wellbeing, functional performance and personal control about care provision of non-institutionalized and institutionalized elderly The present study is part of a broader investigation on the effects of living in a home for the elderly on functional performance and opportunities for successful aging. Community dwelling elderly and elderly living in an institution were compared concerning some indicators of successful aging: life satisfaction, positive and negative affect and physical and social wellbeing. The relationships between the different aspects of wellbeing and functional performance in every domain of functioning (instrumental and basic activities of daily living and leisure and social activities) and personal control about care provision were studied in both settings. A structured interview was administered to 74 non-institutionalized and 79 institutionalized elderly, aged 71 to 97 years, living in Flanders. Both groups showed only differences in physical and social wellbeing. Being active in the domain of leisure and social activities and self-care was positively related to wellbeing in both groups. Household tasks seemed to be a burden for community-dwellers, while they positively contributed to wellbeing in the nursing home. Personal Control was not related to wellbeing in the community. In the nursing home, ability constraints, as reason for help, were negatively correlated with wellbeing, as was “own choice” for self-care. Choosing for help and overcompensation in the household was positively related to wellbeing in the nursing home.

Tijdschr Gerontol Geriatr 2007; 38:134-146

Samenvatting Deze studie maakt deel uit van een breder onderzoek naar de effecten van opname in een

woonzorgcentrum op functionele performantie en mogelijkheden tot succesvol ouder worden. Thuiswonenden en bewoners van woonzorgcentra werden vergeleken op een aantal indicaties van succesvol ouder worden, met name levenstevredenheid, positief en negatief affect en lichamelijk en sociaal welbevinden. In de twee woonsituaties werd het verband nagegaan tussen de verschillende dimensies van welbevinden en functionele performantie op alle levensdomeinen (huishouden, zelfzorg en vrije tijds- en sociale activiteiten) en persoonlijke controle over hulp bij dagelijkse activiteiten. De data werden verzameld over heel Vlaanderen via een gestructureerd interview met 74 thuiswonenden en 79 bewoners van woonzorgcentra. Beide groepen bleken wat welbevinden betreft enkel te verschillen op lichamelijk en sociaal welbevinden. Actief zijn op vrije tijds- en sociaal gebied en op zelfzorgvlak hing samen met welbevinden zowel bij thuiswonenden als bij woonzorgcentrumbewoners. Huishoudelijke taken waren een last voor thuiswonenden, maar activiteit op dit gebied correleerde positief met welbevinden in het woonzorgcentrum. Persoonlijke controle was niet gerelateerd aan welbevinden in de thuissituatie, wel in het woonzorgcentrum. ‘Niet kunnen’ als reden voor hulp was negatief gerelateerd aan welbevinden, net als ‘zelf kiezen’ voor hulp bij zelfzorg. Zelf kiezen voor hulp en overcompensatie op huishoudelijk vlak, droegen positief bij tot welbevinden.

Keywords ouderen · woonzorgcentrum · welbevinden · functionele performantie · persoonlijke controle.

G. Van Roosmalen (✉)
Centrum voor Ontwikkelingspsychologie, Katholieke
Universiteit Leuven

Inleiding

Het verwachtingspatroon ten aanzien van ouderen in onze samenleving is de laatste decennia erg veranderd. Ouderen worden niet langer verondersteld ‘op rust’ en ‘afhankelijk’ te zijn, maar wel een actief en autonoom leven te leiden.¹ Uit onderzoek bleek dat de meerderheid van de Vlaamse thuiswonende ouderen ook aan deze verwachting voldoet.² Naast actief willen ouderen ook zo lang mogelijk onafhankelijk blijven, zowel in het nemen van beslissingen, als in het uitvoeren van activiteiten.²

Met betrekking tot het behoud en het beheer (persoonlijke controle) van zijn of haar dagelijkse activiteiten, is de overgang naar een woonzorgcentrum een ingrijpende gebeurtenis in het leven van de oudere. In onderhavig onderzoek focussen we op de verbanden tussen welbevinden als indicatie van succesvol ouder worden enerzijds, en functionele performantie en persoonlijke controle anderzijds, bij bewoners van woonzorgcentra in vergelijking met zelfstandig wonende leeftijdsgenoten

Succesvol ouder worden en welbevinden

Welbevinden, zoals het in de hedonische onderzoekstraditie wordt gedefinieerd, omvat naast positieve en negatieve stemmingen en emoties, samengevat met de term affect, ook tevredenheid met specifieke levensdomeinen en de globale beoordeling van tevredenheid met het leven.³ Kempen en Ormel maken in hun model van algemeen psychologisch welbevinden, dat te situeren is binnen de hedonische traditie, een onderscheid tussen twee dimensies: een cognitief-evaluatieve dimensie en een positieve versus negatieve dimensie.⁴ Bovendien beschouwen ze lichamelijk en sociaal welbevinden in dit model als de belangrijkste determinanten van algemeen welbevinden. Elke persoon zou ernaar streven het algemeen welbevinden te maximaliseren door deze twee universele doelen in een optimale mix te realiseren. In de sociale productiefunctietheorie worden het algemeen welbevinden en in tweede instantie ook lichamelijk en sociaal welbevinden beschouwd als criteria voor succesvol ouder worden.⁵⁻⁷

Hoewel in onderzoek bewoners van woonzorgcentra meestal lager scoren op welbevinden dan thuiswonenden,^{8,9} maakt wonen en leven in een woonzorgcentrum succesvol ouder worden en welbevinden niet onmogelijk. Het verhuizen naar een woonzorgcentrum kan gezien worden als de selectie van een ‘low-demanding’ omgeving die toegang biedt tot een aantal diensten en hulpmiddelen die compenseren voor verlies op fysiek, cognitief en sociaal vlak. Een en ander kan resulteren in een groter welbevinden en een toegenomen activiteit op

andere domeinen van functioneren.¹⁰ Succesvol ouder worden in het woonzorgcentrum is mogelijk in de mate dat het ouderen kansen biedt voor selectie, optimalisatie en compensatie. Het gaat dan, na het idealiter zelf beslist te hebben over wel of niet verhuizen naar een woonzorgcentrum (selectie van een compenserende omgeving), over het krijgen van hulp (compensatie) waar nodig of gewenst bij bepaalde activiteiten (selectie) om zo het functioneren op andere domeinen te behouden of zelfs te optimaliseren.

Functionele performantie en woonsituatie

Er is een verband tussen de woonsituatie van ouderen en hun functionele performantie (dat wil zeggen aard en hoeveelheid van de regelmatig verrichte activiteiten).¹¹ De verhuizing naar het woonzorgcentrum omdat men hulp nodig heeft bij een aantal huishoudelijke taken en/of zelfzorgactiviteiten, impliceert voor de meeste ouderen niet dat het nodig en/of gewenst is alle activiteiten op te geven.¹² Maar de structuur en organisatie van woonzorgcentra maakt dat voor de meeste huishoudelijke taken er geen mogelijkheid is deze zelf te doen of er aan te participeren en maakt dat hulp bij zelfzorg meestal standaard gegeven wordt. Ook de waaier aan mogelijkheden voor vrije tijds- en sociale activiteiten is in het woonzorgcentrum vaak beperkter dan in de thuissituatie. Net als andere onderzoekers,¹³⁻¹⁶ vonden we dat bewoners inderdaad in alle domeinen van functioneren minder actief waren dan thuiswonenden, zowel op huishoudelijk en zelfzorgvlak, als in vrije tijds- en sociale activiteiten.¹² Dit verschil is deels toe te schrijven aan fysieke en cognitieve beperkingen, waarvoor het woonzorgcentrum compensatiemogelijkheden biedt, maar ook aan de uniformiteit van het zorgpakket dat vaak onnodige en zelfs ongewenste hulp omvat (overcompensatie). Dit laatste werkt bovendien de achteruitgang van functionele performantie in de hand (“rust roest”).¹⁷ Thuiswonenden bepalen meestal zelf voor welke activiteiten ze hulp willen en/of nodig hebben en wachten daar meestal ook zo lang mogelijk mee.

Men is het er over eens dat functionele performantie positief samenhangt met welbevinden.¹⁸ De meeste onderzoeken echter werden uitgevoerd bij thuiswonenden. Als ook woonzorgcentrumbewoners werden bevraagd, werden deze niet als afzonderlijke groep vergeleken.¹⁸⁻¹⁹ In het enige door ons gevonden onderzoek hierover in het woonzorgcentrum, bleek het verband tussen functionele performantie en welbevinden niet significant.²⁰ Bovendien is ook het onderzoek waarin zowel zelfzorg, huishoudelijke activiteiten, als vrije tijds- en sociale activiteiten betrokken zijn, beperkt.¹² Door in dit onderzoek alle drie de domeinen te betrekken, kan

ook onderzocht worden welke activiteitsdomeinen belangrijk zijn voor het welbevinden van woonzorgcentrumbewoners, respectievelijk, thuiswonenden.

Persoonlijke controle over dagelijkse activiteiten

Veranderingen in de functionele performantie van ouderen in het woonzorgcentrum vallen grotendeels buiten de persoonlijke controle van de bewoners zelf. We stelden vast dat bewoners van deze centra vaker dan thuiswonenden de hulp bij, of het opgeven van een activiteit, ervoeren als opgelegd door anderen, en niet als zelfgekozen of noodzakelijk.¹² Hulp krijgen, zowel in het woonzorgcentrum als thuis, hoeft niet noodzakelijk gepaard te gaan met verlies van ervaren persoonlijke controle over dagelijkse activiteiten. Het zelf kunnen beslissen voor welke activiteiten men hulp wil en/of nodig heeft, gegeven de eigen mogelijkheden, beperkingen en interesses, draagt bij tot een optimaal functioneren in en een gevoel van controle over het dagelijkse leven.

Onderzoeksresultaten – van studies met vooral thuiswonenden – over het verband tussen het krijgen van hulp en welbevinden zijn tegenstrijdig. Sommige onderzoekers vonden een positief verband tussen beide,²¹⁻²² anderen vonden geen verband of stelden vast dat ontvangen hulp leidde tot een verlaagd welbevinden.^{17,23-24} Het model van selectie, optimalisatie en compensatie biedt een kader voor deze tegenstrijdige resultaten met het begrip ‘self-regulated dependency’.²⁵⁻²⁶ Geconfronteerd met beperkingen op fysiek, cognitief en/of sociaal vlak, kan de oudere zelf beslissen hulp te vragen bij bepaalde activiteiten of deze over te dragen aan anderen, om zo tijd en energie vrij te maken voor andere activiteiten die voor hem of haar belangrijker zijn. Het ontvangen van hulp die als nodig of gewenst ervaren wordt, zou gepaard gaan met groter welbevinden. In de mate echter dat de hulp die men krijgt, als onnodig en ongewenst ervaren wordt, zou deze hulp (overcompensatie) het gevoel van persoonlijke controle en dus het welbevinden van de oudere ondermijnen. De link tussen persoonlijke controle en welbevinden werd in onderzoek herhaaldelijk aangetoond, vooral bij zelfstandig thuiswonenden.²⁷⁻³⁰

Onderzoeksvragen

Twee omvattende vragen vormden de leidraad voor dit onderzoek. (1) Zijn er verschillen in welbevinden tussen bewoners van woonzorgcentra en zelfstandig wonende ouderen? (2) Zo ja, kan dit verschil in verband worden gebracht met het behoud en beheer van activiteiten? Met andere woorden, met het niveau van functionele performantie en de ervaren persoonlijke controle.

Methode

Onderzoeksgroep

Deelnemers aan het onderzoek waren 153 alleenstaande ouderen, tussen 71 en 97 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 84 jaar, van wie 74 (48,4%) thuiswonend en 79 (51,6%) wonend in een woonzorgcentrum. Dit laatste kan zijn in een Rusthuis (ROB) of in een Rust- en Verzorgingstehuis, (RVT). ROB's bieden ouderen thuisvervangende huisvesting waar zij geheel of gedeeltelijk gebruik kunnen maken van de aangeboden huishoudelijke zorg en hulp bij zelfzorg. Bewoners met een zeer grote zorgbehoefte krijgen in een RVT aangepaste opvang en intensieve verzorging in een thuisvervangende omgeving.

Voor beide groepen werden ouderen geselecteerd die niet bedlegerig waren, niet gedesoriënteerd in tijd of ruimte en die in staat waren tot normale verbale communicatie. De twee woonsituatiegroepen waren even oud ($t = -0,84, p = 0,40$) en bestonden uit nagenoeg evenveel vrouwen als mannen, gelijkmatig verdeeld over vijf leeftijdsgroepen. Er was geen verschil tussen beide groepen wat betreft vroegere beroeps- of gezinsarbeid, opleidingsniveau en socio-economische status.¹²

Instrumenten

Het door ons geconstrueerde, aan de woonsituatie aangepaste, ActiviteitenInterview bestond uit een bundeling van verschillende vragenlijsten over leefsituatie, activiteiten en welbevinden, alle mondeling afgenomen.

Functionele performantie

Huishoudelijke activiteiten (IADL), zelfzorgactiviteiten (ADL) en vrije tijds- en sociale activiteiten (VSA) werden bevroegd.¹² Over elke activiteit werd gevraagd of en hoe men deze uitvoerde. Er werd dus niet gevraagd naar het al dan niet in staat zijn tot (capaciteit), maar naar het al dan niet daadwerkelijk uitvoeren van de activiteiten. De antwoorden “zelfstandig”, “met hulp”, “niet meer” en “nooit gedaan” kregen respectievelijk de scores 3, 2, 1 en 0. Per domein van functioneren werd een somscore berekend. Tabel 1 geeft de beschrijvende kenmerken van deze en andere gebruikte schalen weer.

Persoonlijke controle over ontvangen hulp

Wanneer een respondent aangaf een activiteit “met hulp” of “niet meer” te doen, werd naar de reden gevraagd. Er waren drie antwoordalternatieven: (a) “Ik kan het niet (alleen)”. Dit wil zeggen dat de oudere het niet kan omwille van fysieke beperkingen of omdat hij of zij de activiteit in

Tabel 1 Beschrijvende kenmerken van de gebruikte schalen .

schaal	items	min.	max.	M*	SD	N**	alfa
functionele performantie							
huishoudelijke activiteiten (IADL)	19	4	57	30,25	12,39	153	0,93
zelfzorgactiviteiten (ADL)	6	11	18	16,32	1,72	151	0,73
vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)	21	9	54	29,11	9,15	143	0,78
ervaren persoonlijke controle ^a							
huishoudelijke activiteiten (IADL)							
(1) niet kunnen	19	0	100	71,50	30,37	151	
(2) eigen keuze	19	0	100	14,86	19,84	151	
(3) opgelegd	19	0	88	17,56	21,23	151	
zelfzorgactiviteiten (ADL)							
(1) niet kunnen	6	0	100	76,98	39,91	105	
(2) eigen keuze	6	0	100	2,54	14,39	105	
(3) opgelegd	6	0	3	0,15	0,43	105	
vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)							
(1) niet kunnen	21	0	100	46,27	28,36	150	
(2) eigen keuze	21	0	100	24,91	25,40	150	
(3) opgelegd	21	0	33	2,49	6,02	150	
welbevinden							
levenstevredenheid	2	2	8	6,19	1,22	151	0,72
positief affect	10	11	49	28,07	8,35	136	0,88
negatief affect	5	0	5	1,34	1,25	149	0,48
lichamelijk welbevinden	5	0	1	0,62	0,25	150	0,81
sociaal welbevinden	11	0	1	0,86	0,29	149	0,82

* Een hogere score weerspiegelt een sterkere aanwezigheid van het benoemde concept.

** Een lagere n dan 153 weerspiegelt het aantal 'missing cases'

^a Omdat voor deze schalen niet elk item moest beantwoord worden, kon er geen alfa berekend worden.

kwestie nooit geleerd had. Zo kan een oudere bijvoorbeeld hulp krijgen bij het schillen van de aardappels omdat zijn of haar handen te hard beven. (b) "Ik zou het kunnen, maar ik doe het niet graag (alleen)". Een oudere schilt bijvoorbeeld gewoon niet graag aardappelen. (c) "Ik zou het kunnen en ik zou het ook graag doen, maar ik word nu eenmaal geholpen of het wordt nu eenmaal voor mij gedaan". Bij weer een andere oudere komt een van de kinderen (ongevraagd) geschilde aardappelen brengen omdat zij bang is dat de oudere zich hierbij zou kunnen verwonden.

Over alle activiteiten heen en voor de verschillende domeinen afzonderlijk, werden uit deze antwoorden

drie variabelen afgeleid (Tabel 1): (1) Het aantal activiteiten waarbij het niet kunnen als reden voor hulp of overdracht gegeven werd, relatief aan het aantal activiteiten waarvoor men hulp kreeg, geeft een indicatie van de mate waarin ontvangen hulp ervaren werd als compensatie voor verlies of beperkingen. (2) het relatieve aantal activiteiten waarbij hulp of overdracht eigen keuze was. Dit geeft aan in welke mate de ontvangen hulp zelf gekozen werd (selectie), al dan niet om tijd en energie te vrijwaren voor andere activiteiten (optimalisatie). En (3) het relatieve aantal activiteiten waarbij hulp of overdracht geen eigen keuze was, maar werd opgelegd door derden, als indicator van overcompensatie. Op deze manier krijgen we een beeld van de door de respondent ervaren persoonlijke controle over ontvangen hulp bij dagelijkse activiteiten. Hoe groter het aandeel noodzakelijk ervaren en/of gewenste hulp, en hoe kleiner het aandeel overcompensatie, hoe groter de persoonlijke controle. Er kon geen alfa berekend worden omdat de betrokken items nooit door alle respondenten werden ingevuld. Immers, lang niet iedereen kreeg hulp bij alle activiteiten. Tabel 2 geeft het aantal respondenten weer dat voor minstens een activiteit hulp kreeg en dus het aantal respondenten waarvoor analyses voor persoonlijke controle konden worden uitgevoerd.

Welbevinden

Algemeen welbevinden. Dit werd op drie manieren gemeten. Twee zelfgeconstrueerde items werden gebruikt om de cognitief-evaluatieve dimensie van algemeen welbevinden of 'Algemene Levenstevredenheid' te meten: (1) 'Hoe tevreden bent u met uw leven in het algemeen, zoals het nu is?' en (2) 'Als u kijkt naar hoe uw leven tot nu toe geweest is, hoe tevreden bent u hier dan over?'. Deze vragen werden beantwoord op een 5-puntenschaal van 0 (zeer ontevreden) tot 4 (zeer tevreden). De inter-itemcorrelatie was 0,58 ($p < 0,001$). Positief affect werd gemeten met de subschaal 'Algemeen Positief Affect' van de 'Mental Health Inventory' van Veit en Ware.⁴ Deze schaal bestaat uit tien items waarop de respondent op een 6-puntenschaal (gaande van score 0 'nooit' tot score 5 'altijd') kon beoordelen hoe vaak hij of zij de afgelopen maand het betrokken positief gevoel ervaren had.

Om negatief affect te meten, werd gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de subschaal 'Negatief Affect' van de 'Affect Balance Scale' van Bradburn.⁴ Omwille van de lage betrouwbaarheid (Tabel 1) en multidimensionaliteit (principale componentenanalyse) werd deze schaal in de verdere analyses niet meer gebruikt.

Lichamelijk welbevinden. Deze schaal bestond uit vijf uitspraken over lichamelijke gezondheid (bijvoorbeeld 'Ik voel me prima.' of 'Ik mankeer altijd wel wat.')

Tabel 2 Gemiddeld aantal activiteiten waarvoor men hulp kreeg

	thuis			woonzorgcentrum								
	M	SD	n*	man			vrouw			vrouw		
	M	SD	n*	M	SD	n*	M	SD	n*	M	SD	n*
huishoudelijke activiteiten	8,43	4,06	34	7,21	2,74	38	16,68	2,46	37	16,20	2,34	41
zelfzorgactiviteiten	0,51	0,89	13	0,38	0,67	17	1,74	1,59	34	2,63	1,77	41
vrijtijds- en sociale activiteiten	6,11	3,11	34	7,08	3,39	38	9,13	3,84	37	10,56	3,10	41

Het aantal respondenten dat voor minstens één van de betrokken activiteiten hulp kreeg.

waarvoor de respondenten moesten aangeven of ze het er 'mee eens' of 'niet mee eens' waren en waarvoor het gemiddelde berekend werd.³¹

Sociaal welbevinden. Er werd gepeild naar het aantal bezoekcontacten en telefonische of schriftelijke contacten met zonen, dochters, schoonzonen, schoondochters, kleinkinderen, broers en zussen, andere familieleden, vrienden en kennissen, burens of medebewoners, professionele hulpverleners en andere personen. Aansluitend werd voor elk van de voor de respondent van toepassing zijnde categorieën gevraagd of men 'voldoende' (score 1) of 'onvoldoende' (score 0) contact had en hiervan werd de gemiddelde score berekend.

Data-analyse

Om het verband tussen woonsituatie en welbevinden na te gaan, werden twee sets van MANCOVA's uitgevoerd met woonsituatie en geslacht als onafhankelijke variabelen, leeftijd als covariaat en de schalen voor respectievelijk, algemeen welbevinden en lichamenlijk en sociaal welbevinden als multi-pele afhankelijke variabelen. Ook de interactie tussen woonsituatie en geslacht en tussen woonsituatie en leeftijd werd telkens getoetst.

Om het verband tussen welbevinden en functionele performantie na te gaan, werden voor elke welbevindenschaal drie regressieanalyses uitgevoerd met in een eerste blok woonsituatie, leeftijd en geslacht, in het tweede blok functionele performantie (IADL, ADL en VSA) en in het derde blok de tweewegsinteractie van functionele performantie met respectievelijk woonsituatie, leeftijd en geslacht.

Omdat de drie variabelen van persoonlijke controle relatief zijn aan elkaar, is het zowel inhoudelijk als methodologisch (multicollineariteit) niet adequaat de relatieve bijdrage ervan te analyseren in een regressieanalyse. Het verband tussen welbevinden en persoonlijke controle werd nagegaan aan de hand van Pearsons product-moment correlatiecoëfficiënten

Resultaten

Welbevinden en woonsituatie

Woonsituatie bleek geen significant effect te hebben op *algemeen welbevinden*. Er was wel een significant multi-variaat effect van woonsituatie op *lichamelijk en sociaal welbevinden* (Wilk's lambda = 0,88, $F(2, 139) = 9,15$, $p < 0,001$). Bewoners van woonzorgcentra scoorden minder hoog op lichamenlijk en sociaal welbevinden (Tabel 3).

Leeftijd noch geslacht bleek een significant effect te hebben op welbevinden. Het effect van leeftijd of geslacht was ook nergens significant verschillend voor beide woonsituaties.

Welbevinden en functionele performantie

Algemeen welbevinden. Omdat de interacties van functionele performantie noch met leeftijd noch met geslacht significant waren, wordt in wat volgt enkel over de interacties tussen functionele performantie en woonsituatie gerapporteerd. Tabel 4 geeft een overzicht van de regressiecoëfficiënten (β), de proportie verklaarde variantie (R^2) en de F -waarden voor de twee algemeen welbevindenschalen. Hieruit blijkt dat VSA positief gerelateerd is aan *levenstevredenheid* en dat het verband tussen IADL en levenstevredenheid verschillend is voor beide woonsituaties. In een regressieanalyse voor beide woonsituaties afzonderlijk, met geslacht en leeftijd als controlevariabelen in een eerste blok en IADL in een tweede, bleek IADL in de thuissituatie significant negatief gerelateerd aan levenstevredenheid ($\beta = -0,40$, $p < 0,01$), terwijl in het woonzorgcentrum het verband tussen IADL en levenstevredenheid significant positief was ($\beta = 0,31$, $p < 0,05$).

ADL en VSA waren positief gerelateerd aan *positief affect*. Het effect van IADL was verschillend naargelang de woonsituatie. Waar in de thuissituatie er geen verband was tussen IADL en positief affect, was er in het woonzorgcentrum een duidelijk positief verband tussen beide ($\beta = 0,33$, $p < 0,05$). Bewoners die hoger scoorden op de IADL-schaal, rapporteerden ook meer positief affect.

Tabel 3 Welbevinden en woonsituatie: Vergelijking tussen thuiswonenden en bewoners van woonzorgcentra

	thuis		woonzorgcentrum		<i>F</i>
	M	SD	M	SD	
levenstevredenheid	6,27	0,96	6,10	1,42	1,15
positief affect	28,49	7,84	27,63	8,87	0,01
lichamelijk welbevinden	0,69	0,21	0,56	0,26	13,10***
sociaal welbevinden	0,91	0,23	0,81	0,34	3,98*

F = *F*-toets voor de univariate effecten van woonsituatie.

*** $p < 0,001$, * $p < 0,05$.

Tabel 4 Lineaire regressie van woonsituatie, leeftijd en geslacht en functionele performantie voor algemeen subjectief welbevinden: algemene levenstevredenheid en positief affect

	levenstevredenheid			positief affect		
	stap1	stap2	stap3	stap1	stap2	stap3
woonsituatie	-0,07	-0,13	-0,15	0,06	-0,05	-0,03
geslacht	-0,02	0,00	-0,01	-0,10	-0,06	-0,05
leeftijd	0,04	0,09	0,01	0,01	0,10	0,06
huishoudelijke activiteiten (IADL)		-0,17	-0,58*		-0,19	-0,57*
zelfzorgactiviteiten (ADL)		0,05	0,22		0,24*	0,42*
vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)		0,29**	0,11		0,36***	0,38**
woonsituatie*IADL			0,42*			0,45*
woonsituatie*ADL			-0,16			-0,20
woonsituatie*VSA			0,21			-0,10
R^2	0,01	0,06	0,09	0,01	0,15	0,04
$R^2 \Delta$		0,07	0,16		0,16	0,20
$F \Delta$	0,29	2,97*	4,87**	0,50	7,15***	1,91

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabel 5 Lineaire regressie van woonsituatie, leeftijd en geslacht en functionele performantie voor lichamenlijk welbevinden

	lichamelijk welbevinden		
	stap 1	stap 2	stap 3
woonsituatie	-0,28***	-0,36*	-0,35*
geslacht	0,09	0,17	0,17*
leeftijd	0,14	0,16	0,18*
huishoudelijke act. (IADL)		-0,30	-0,32
zelfzorgact. (ADL)		0,26**	0,26**
vrijtijds- en sociale act. (VSA)		0,21*	0,19
leeftijd*IADL			-0,07
leeftijd*ADL			-0,25**
leeftijd*VSA			0,08
R^2	0,10	0,08	0,07
$R^2 \Delta$		0,18	0,25
$F \Delta$	5,09**	4,11**	4,23**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Lichamenlijk en sociaal welbevinden. Voor *lichamelijk welbevinden* was enkel het model met interactietermen

tussen functionele performantie en leeftijd significant. Tabel 5 laat zien dat VSA en lichamenlijk welbevinden positief correleren. Het verband tussen ADL en lichamenlijk welbevinden is verschillend naargelang de leeftijd van de oudere. In twee afzonderlijke regressieanalyses met woonsituatie en geslacht als controlevariabelen in een eerste blok en ADL in een tweede, bleek bij de jongste respondenten (tussen 70 en 80 jaar oud) een significant positief verband tussen ADL en lichamenlijk welbevinden ($\beta = 0,42$, $p < 0,01$). Bij de oudste respondenten (ouder dan 80) was dit verband niet significant. Voor *sociaal welbevinden* was geen enkel model significant.

Welbevinden en persoonlijke controle over ontvangen hulp

Algemeen welbevinden. Tabel 6 geeft een overzicht van de correlaties tussen persoonlijke controle over hulpverlening en algemeen welbevinden. Voor de totale groep was er enkel een significant negatieve correlatie tussen het ontvangen van hulp waar nodig bij VSA en *levenstevredenheid*. Hoe groter de proportie “niet kunnen” als reden

Tabel 6 Correlaties tussen persoonlijke controle over dagelijkse activiteiten en algemeen subjectief welbevinden; algemene levenstevredenheid en positief affect en verschillen hierin in functie van woonsituatie.

	levenstevredenheid				positief affect			
	totaal	thuis	WZC	Z	totaal	thuis	WZC	Z
<i>huishoudelijke activiteiten (IADL)</i>								
<i>n</i>	149	72	77		134	67	67	
(1) niet kunnen	-0,10	-0,11	-0,13	0,13	0,29***	0,20	-0,41***	1,32
(2) eigen keuze	0,08	0,01	0,13	-0,72	0,19	0,03	0,20	-0,98
(3) opgelegd	0,08	0,19	0,08	0,67	0,23**	0,16	0,34**	-1,09
<i>zelfzorgactiviteiten (ADL)</i>								
<i>n</i>	104	30	74		92	28	64	
(1) niet kunnen	-0,08	0,17	-0,13	1,34	0,17	0,21	-0,28*	2,11*
(2) eigen keuze	-0,17	-0,27	-0,17	-0,46	-0,05	-0,08	^a	
(3) opgelegd	0,12	-0,04	0,15	-0,84	0,19	-0,27	0,22	-2,11*
<i>vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)</i>								
<i>n</i>	149	72	77		134	67	67	
(1) niet kunnen	-0,17*	0,06	-0,31**	2,28*	-0,19*	-0,11	-0,25*	0,82
(2) eigen keuze	0,01	-0,03	0,03	-0,36	0,08	0,13	0,02	0,63
(3) opgelegd	-0,04	0,20	-0,11	1,87	-0,05	0,11	-0,14	1,42

Z = Fisher-Z-toets voor verschillen tussen correlaties van onafhankelijke steekproeven;

n = Het aantal respondenten dat voor minstens een van de betrokken activiteiten hulp kreeg.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

^a Deze correlatie kon niet berekend worden omdat er onvoldoende variabiliteit was voor ‘hulp bij ADL uit eigen keuze’.

voor hulp (1), hoe lager levenstevredenheid. Bij thuiswonenden was er geen lineair verband tussen levenstevredenheid en persoonlijke controle. In het woonzorgcentrum was de proportie “niet kunnen” (1) bij VSA significant negatief gecorreleerd met levenstevredenheid. Dit verschil tussen de correlaties in beide groepen was significant.

Hetzelfde patroon stelden we vast voor *positief affect*. Er was een significant negatief lineair verband tussen “niet kunnen” (1) als reden voor ontvangen hulp bij IADL en VSA en positief affect. Hoe vaker men beperkingen in capaciteit aanhaalde als reden voor hulp, hoe minder positief affect gerapporteerd werd. Hoe vaker men hulp bij huishoudelijk werk opgelegd kreeg (3), hoe hoger de score voor positief affect. Deze verbanden waren het duidelijkst in het woonzorgcentrum. In de thuissituatie gingen deze verbanden in dezelfde richting, zij het niet significant. De verschillen tussen beide groepen wat deze correlaties betreft waren dan ook niet significant.

Ook persoonlijke controle over zelfzorg leek gerelateerd aan positief affect. Daar waar het “niet kunnen” als reden voor hulp (1) in het woonzorgcentrum significant negatief gecorreleerd was met positief affect, was dit verband in de thuissituatie positief, zij het niet significant.

Het verschil tussen beide correlaties was significant. Ook het verschil tussen beide groepen in de correlaties tussen opgelegde hulp (3) en positief affect, was significant. In het woonzorgcentrum ging opgelegde hulp gepaard met een hogere score op positief affect (zij het niet significant), in de thuissituatie met lagere scores (zij het eveneens niet significant).

Lichamelijk en sociaal welbevinden. Zij het overal negatief, was het verband tussen hulp omwille van beperkingen in capaciteit (1) en lichamelijk welbevinden (Tabel 7), enkel significant voor VSA voor de totale groep en voor IADL bij woonzorgcentrumbewoners. De correlaties tussen persoonlijke controle en *sociaal welbevinden* waren niet significant.

Discussie

Welbevinden en woonsituatie: Alleen minder lichamelijk en sociaal welbevinden bij tehuisbewoners. Er zijn verschillende redenen om aan te nemen dat het welbevinden door de verhuizing naar een woonzorgcentrum erg op de proef gesteld wordt. Bewoners verliezen een eigen “thuis”, privacy, autonomie en perspectief. Toch bleek het niveau van algemeen welbevinden van deze ouderen niet te

Tabel 7 Correlaties tussen persoonlijke controle over dagelijkse activiteiten en lichamelijk welbevinden en verschillen hierin in functie van woonsituatie.

	lichamelijk welbevinden			Z
	totaal	thuis	WZC	
<i>huishoudelijke activiteiten (IADL)</i>				
<i>n</i>	148	72	76	
(1) niet kunnen	-0,13	-0,14	-0,26*	0,75
(2) eigen keuze	0,06	0,03	0,11	-0,48
(3) opgelegd	0,08	0,16	0,22	-0,38
<i>zelfzorgactiviteiten (ADL)</i>				
<i>n</i>	102	30	72	
(1) niet kunnen	-0,05	0,06	-0,10	0,70
(2) eigen keuze	-0,11	-0,17	-0,10	-0,31
(3) opgelegd	0,14	-0,02	0,20	-0,98
<i>vrijetijds- en sociale activiteiten (VSA)</i>				
<i>n</i>	147	72	75	
(1) niet kunnen	-0,19*	-0,12	-0,21	-0,72
(2) eigen keuze	0,08	0,14	-0,06	0,84
(3) opgelegd	0,03	0,07	0,11	0,42

Z = Fisher-Z-toets voor verschillen tussen correlaties van onafhankelijke steekproeven;

n = het aantal respondenten dat voor minstens een van de betrokken activiteiten hulp kreeg.

* $p < 0,05$.

verschillen van dat van hun thuiswonende leeftijdsgenoten, hoewel zij op alle domeinen minder actief waren en ook minder persoonlijke controle ervoeren.¹² Mogelijk pasten de bewoners zich aan door hun verwachtingen te reduceren en zo hun niveau van algemeen welbevinden te herstellen. In lijn met de vaststelling dat lichamelijke ongemakken een van de belangrijkste redenen is voor opname in een woonzorgcentrum,³² voelden bewoners zich lichamelijk slechter dan thuiswonenden.

Welbevinden en functionele performantie: Huishoudelijke taken thuis een last, in het woonzorgcentrum een bron van welbevinden.

Zoals verwacht was *algemeen welbevinden* van ouderen zowel in woonzorgcentra als thuis gerelateerd aan het aantal vrije tijds- en sociale activiteiten waaraan zij participeerden.

Zelfzorgactiviteiten waren in beide groepen niet gerelateerd aan levenstevredenheid, maar wel aan positief affect. De bijdrage van huishoudelijke taken aan algemeen welbevinden was wel duidelijk verschillend voor beide woonsituaties. Waar in het woonzorgcentrum gold 'hoe meer, hoe beter', leken thuiswonenden zich beter te voelen naarmate ze op huishoudelijk vlak ontlast werden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat thuiswonende ouderen gemiddeld bijna vier keer zoveel huishoudelijke taken (al dan niet met hulp) deden, als ouderen in een woonzorgcentrum.¹²

Vrije tijds- en sociale activiteiten hielden zoals verwacht ook verband met het *lichamelijke welbevinden* van alle ouderen in ons onderzoek. De mate van zelfstandigheid in zelfzorg was vooral voor het lichamelijk welbevinden van de jongste hoogbejaarden (70 tot 80-jarigen) van belang. Terwijl voor de jongste ouderen ADL belangrijk zijn voor het gevoel van (fysieke) competentie en het zelfbeeld, en dus voor lichamelijk welbevinden, hebben 80-plussers waarschijnlijk geleerd hun lichamelijk welbevinden ook aan andere dingen te ontlenu.

Sociaal welbevinden, de mate waarin men contacten in verschillende relaties al of niet als voldoende beschouwde, bleek niet samen te hangen met functionele performantie, zelfs niet met vrije tijds- en sociale activiteiten. Waarschijnlijk is de kwaliteit van sociale contacten en activiteiten een betere indicator van sociaal welbevinden dan de kwantiteit van de (sociale) activiteiten.³³

Welbevinden en persoonlijke controle: Alleen in het woonzorgcentrum van belang.

Tegen alle verwachtingen in vonden we bij thuiswonenden geen enkel verband tussen persoonlijke controle over hulp bij activiteiten en welbevinden. Bij bewoners van woonzorgcentra was er meer welbevinden (op alle vlakken), naarmate men minder vaak "niet kunnen" als reden voor hulp aangaf. Dus hoewel deze hulp ervaren werd als noodzakelijk omwille van functionele beperkingen (compensatie), had het geen positief effect op welbevinden. Aangeven hulp nodig te hebben voor bepaalde activiteiten (interne attributie van een verlieservaring), is voor de meeste bewoners mogelijk eerder gerelateerd aan een gevoel van incompetentie en/of een negatief zelfbeeld, en zo aan een verminderd welbevinden. Het zelf kiezen voor hulp, ook al heeft men het niet echt nodig, is niet gerelateerd aan algemeen welbevinden, noch aan lichamelijk en sociaal welbevinden.

Voor opgelegde hulp (overcompensatie) vonden we nergens de verwachte verbanden. Meer nog, opgelegde hulp bleek (vooral bij IADL) positief samen te hangen met positief affect bij tehuisbewoners. Verder bouwend op de idee dat het gevoel van competentie en het zelfbeeld wel eens belangrijke mediërende factoren zouden kunnen zijn tussen functionele performantie en welbevinden, kunnen we veronderstellen dat deze noch door het zelf kiezen voor hulp, noch door het opgelegd krijgen van hulp ondermijnd worden. Het antwoord 'ik kan het nog wel en zou het ook nog wel willen, maar ik word nu eenmaal geholpen', kan gezien worden als een externe attributie waarmee de oudere de oorzaak van een negatieve ervaring (het niet zelfstandig kunnen uitvoeren van een activiteit) buiten zichzelf legt en zo zijn of haar competentiegevoel en zelfbeeld beschermt.

Bovendien kan ook het neveneffect van aandacht en sociaal contact zelfs bij opgelegde hulp een rol spelen. Vooral voor tehuisbewoners, die beduidend minder sociale contacten hebben dan thuiswonenden¹², kan de extra aandacht en het babbeltje waarmee de opgelegde hulp gepaard gaat, een belangrijke bron van welbevinden vormen. Dit impliceert echter niet dat overcompensatie wenselijk is in het woonzorgcentrum. Het brengt immers ook andere neveneffecten met zich mee, zoals een verminderende autonomie en competentie.²⁶

Daarnaast is het mogelijk dat mensen die in een woonzorgcentrum terecht komen, minder belang hechten aan persoonlijke controle dan zij die thuis blijven. Uit onderzoek bleek dat ouderen met een laag gevoel van persoonlijke controle (als persoonlijkheidsfactor) minder beroep deden op de gezondheidszorg dan ouderen met een hoog gevoel van persoonlijke controle.³⁴

Hoewel in onze moderne samenleving van ouderen verwacht wordt dat ze actief en onafhankelijk zijn, blijft het woonzorgcentrum een plek waar van ouderen vaak verwacht wordt dat ze weinig actief en afhankelijk te zijn, want daar wordt op alle vlakken voor hen gezorgd. Ouderen zullen zich, al dan niet bewust en al dan niet van harte, aan deze verwachtingen conformeren. Accommodatie en secundaire controle worden in deze context belangrijker dan persoonlijke controle over activiteiten.^{28,29}

Ten slotte moeten we hier, waarschijnlijk meer dan in de thuissituatie, rekening houden met sociale wenselijkheid. Het zou immers erg ondankbaar zijn te zeggen dat je ongelukkig en ontevreden bent, gegeven de overvloedige hulp die je krijgt.

We hadden verwacht dat ook in de thuissituatie overcompensatie een negatief effect zou hebben op het welbevinden van de oudere. Vaak beschouwt men de levensfase van de 'oldest-old' als een fase waarin de meeste leeftijdsgebonden veranderingen niet meer onder controle van de oudere vallen en waarin persoonlijke controle minder belangrijk wordt en plaats moet ruimen voor accommodatie en secundaire controle.^{28,29}

Beperkingen van het onderzoek

Mogelijkheden om zich te engageren in verschillende vrije tijds- en sociale activiteiten, zijn zowel voor woonzorgcentrumbewoners als thuiswonenden belangrijk voor het welbevinden. Het lijkt belangrijk dat thuiszorg bij ADL enkel wordt gegeven in de mate dat het door de oudere als een echte nood wordt ervaren, terwijl extra hulp bij huishoudelijke taken, sowieso (los van willen of kunnen) positief bijdraagt tot het welbevinden van thuiswonende hoogbejaarden. In het woonzorgcentrum daarentegen, zouden de bewoners, voor zover ze daartoe in

staat zijn, wel varen bij meer mogelijkheden om te kunnen (blijven) participeren aan huishoudelijke taken.

Hoewel ouderen zich lijken aan te passen aan een omgeving die het dagelijkse leven voor hen beheert en de overvloedige, zelfs onnodige, hulp lijken te aanvaarden, zien we dit niet als een reden om de tendens naar een vraaggerichte ouderenzorg in twijfel te trekken. Waarschijnlijk is het voor sommige ouderen belangrijk zich te kunnen terugtrekken uit het actieve leven en te genieten van meer rust en het niet meer zelf moeten nemen van allerlei beslissingen in het dagelijks leven. Terwijl anderen, zelfs geconfronteerd met fysieke, cognitieve en/of sociale beperkingen, zelfs op hoge leeftijd en zelfs in het woonzorgcentrum, het heft toch liever zelf in handen zouden houden. Intraindividuele vergelijking voor en na de overgang en/of het opnemen van een indicator van de voorkeur voor persoonlijke controle, zou hierop meer licht kunnen werpen. Vermoedelijk wordt persoonlijke controle voor de komende generaties ouderen nog belangrijker.

In dit onderzoek hebben we getracht welbevinden, functionele performantie en persoonlijke controle zo breed mogelijk (verschillende componenten van welbevinden en alle domeinen van functioneren met een brede waaier van mogelijke correlaten) en zo grondig mogelijk (met persoonlijke maar toch gestructureerde interviews) te bevragen. Toch vertoont dit onderzoek ook beperkingen. Het interview levert subjectieve zelfrapporteringen en geen objectieve indicatoren van de concepten. Deze zelfrapportering kan leiden tot mogelijke vertekening door sociale wenselijkheidstendensen. Om dit te beperken werd de vertrouwelijkheid en anonimiteit van de gegevens extra benadrukt en werd aan de respondenten in het woonzorgcentrum gegarandeerd dat niets van wat ze vertelden aan de directie van de instelling zou meegeëdeeld worden.

Omdat we ervoor kozen beide woonsituatiegroepen gelijk te stellen voor leeftijd en geslacht, is deze steekproef niet representatief voor de Vlaamse woonzorgcentrumpopulatie, die voor driekwart uit vrouwen en voor driekwart uit 80-plussers bestaat.³⁵ Bovendien vormde het in staat zijn tot het afleggen van een vrij uitgebreid interview een impliciet, maar onvermijdelijk extra selectie criterium, naast het niet bedlegerig zijn, niet gedesoriënteerd in tijd en ruimte en niet dementerend zijn.

De activiteitstheorie stelt dat functionele performantie, zowel in termen van aantal activiteiten waaraan men participeert, als in termen van frequentie en duur van de activiteiten, belangrijk is voor het welbevinden. In ons onderzoek lag de klemtoon op hoeveel verschillende activiteiten de respondenten deden, eerder dan op hoe actief ze waren. Dat is een belangrijke beperking. Temeer daar selectie als aanpassingsmechanisme zich onder meer kan

uiten in het beperken van de dagelijkse activiteiten tot die activiteiten waar men zelf – om welke reden dan ook – het meeste belang aan hecht. In min of meerdere mate intensief bezig zijn met enkele activiteiten, zou in dat opzicht adaptiever kunnen zijn dan bezig te zijn met heel veel verschillende activiteiten. Met deze operationalisatie van functionele performantie gaan we er in feite van uit dat meer altijd beter is. Een tweede beperking van de gebruikte maat van functionele performantie ligt in het sommeren over heden en verleden. Door ‘niet meer’ score 1 te geven, veronderstelden we impliciet dat het vroeger ooit uitgevoerd hebben van een activiteit beter is dan deze activiteit nooit gedaan te hebben (score 0). In verder onderzoek zou deze veronderstelling expliciet getoetst kunnen worden door het aantal activiteiten dat men niet meer doet en het aantal activiteiten dat men nooit gedaan heeft, als afzonderlijke variabelen in de analyses op te nemen.

Ook de maat van persoonlijke controle is beperkt door zich enkel te richten op activiteiten die ‘met hulp’ of ‘niet meer’ gedaan werden. In verder onderzoek zou ook nagevraagd kunnen worden om welke reden men een activiteit nooit gedaan heeft en zou de meting van persoonlijke controle over hulpverlening uitgebreid kunnen worden naar een meting van persoonlijke controle over functionele performantie in het algemeen.

Literatuur

- Biggs S. Beyond appearances: perspectives on identity in later life and some implications for method. *J Gerontology Soc Sci*, 2005; 60B: S118-S128.
- Jacobs T, Vanderleyden L, Vanden Boer L, Eds. *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant, 2004.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective wellbeing: Three decades of progress. *Psychol Bull* 1999; 125: 276-302.
- Kempen GIJM, Ormel J. Het meten van psychologisch welbevinden bij ouderen. *Tijdschr Geront Geriatr* 1992; 23: 225-235.
- Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Verbrugge LM. Subjective wellbeing and social production functions. *Social Indicators Research* 1999; 46: 61-90.
- Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Vonkorff M. Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1051-1063.
- Steverink N, Lindenberg S, Ormel J. Towards understanding of successful aging: Patterned change in resources and goals. *Aging and Society* 1998; 18: 441-467.
- Lawton MP, DeVoe MR, Parmelee P. Relationship of events and affect in the daily life of an elderly population. *Psychol Aging* 1995; 10: 469-477.
- Qassiss S, Hayden DC. Effects of environment on psychological wellbeing of elderly persons. *Psychological Reports*, 1990; 66: 147-150.
- Baltes MM, Wahl H-W, Reichert M. Successful aging in long-term care institutions? In: Schaie KW, Lawton MP, Eds. *Annual review of gerontology and geriatrics*. New York: Springer, 1991: 311- 337.
- Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytic framework. *Nurs Res* 1994; 43: 196-202.
- Van Roosmalen G, Marcoen A. Persoonlijke controle en functionele performantie bij ouderen thuis en in het bejaardentehuis. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2006; 37: 169-183.
- Baltes MM, Maas I, Wilms H-U, Borchelt M, Little TD. Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. In: Baltes PB, Mayer KU, Eds. *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press, 1999: 384-402.
- Horgas AL, Wilms HU, Baltes, MM. Daily life in very old age: Everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist* 1998; 38: 556-568.
- Noro A, Aro S. Comparison of health and functional ability between noninstitutionalized and least institutionalized elderly in Finland. *The Gerontologist* 1997; 37: 374-382.
- Vermeulen CA, Bosma AMM. *De gezondheid van ouderen: Epidemiologie en beleid*. Niet-gepubliceerd proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1992.
- Liang J, Krause NM, Bennet JM. Social exchange and wellbeing: Is giving better than receiving? *Psychol Aging* 2001; 16: 511-523.
- Menec VH. The relationship between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *J Gerontology Soc Sci* 2003; 58B: S74-S82.
- Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatric Psychiatry*, 2006; 14: 6-20.
- McKee KJ, Lee K. Activity, friendships and wellbeing in residential settings for older people. *Aging Ment Health*, 1999; 3: 143-152.
- Chappell NL, Badger M. Social isolation and wellbeing. *Journals of gerontology* 1989; 44: S169-S176.
- Cohen CI, Teresi J, Holmes D. Social networks and adaptation. *Gerontologist* 1985; 25: 297-304.
- Penning MJ, Strain LA. Gender differences in disability, assistance, and subjective wellbeing in later life. *J Gerontology Soc Sci* 1994; 49: S202-S208.
- Silverstein M, Chen X, Heller K. Too much of a good thing? Intergenerational social support and the psychological wellbeing of older parents. *Journal of Marriage and the Family* 1996; 58: 970-982.
- Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, Eds. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, 1990: 1-34.
- Baltes MM. *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press, 1996.
- Menec VH, Chipperfield JG. The interactive effect of perceived control and functional status on health and mortality among young-old and old-old adults. *J Gerontology Psychol Sci* 1997; 52B: P118-P126.
- Lang FR, Heckhausen JH. Perceived control over development and subjective wellbeing: differential benefits across adulthood. *J Pers Soc Psychol* 2001; 81: 509-523.
- Brandstädter J, Baltes-Götz B. Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood. In: Baltes PB, Baltes MM, Eds. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, 1990: 197-224.
- Kunzmann U, Little T, Smith J. Perceiving control: A double-edged sword in old age. *J Gerontol Psychol Sci*, 2002; 57B: P484-P491.
- Vanden Boer L, Jacobs T, Vanderleyden L, Audenaert V, Pauwels K. *Het Leefsituatieonderzoek Vlaamse Ouderen (LOVO)*. Onderzoeksdesign, theoretisch achtergrond, concepten,

- meetinstrumenten. Document 2001/8 van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, 2001.
- Maes MJ. De relatie serviceflat-rusthuis: Een empirisch onderzoek naar de preferenties van aspirant- en huidige bewoners inzake beleid en dienstverlening. Ongepubliceerd doctoraatsproefschrift Katholieke Universiteit Leuven, 1996.
- Carstensen, LL. Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging* 1992; 7: 331-338.
- Chipperfield JG, Greenslade L. Perceived control as a buffer in the use of health care services. *J Gerontology Psychol Sci* 1999; 54B: P146-P154.
- Pauwels K, Vanden Boer L. Rusthuisbewoners krijgen een stem, mede dankzij de inzet van senioren. *Wijs over Grijs*, 2004; 8: 3-6.