

# **Burgerlijke staat, recente verweduwing en gezondheidsindicatoren van ouderen**

Marleen Wingen en Ferdie Otten

*Dit artikel gaat in op de samenhang tussen burgerlijke staat en verschillende gezondheidsindicatoren bij ouderen. Er bestaan duidelijke verbanden, ook als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding en chronische ziekten. Ouderen met een levenspartner rapporteren vaker een goede gezondheid en minder gezondheidsgerelateerde klachten dan gescheiden, verweduwde en nooit gehuwde ouderen. Recent verweduwd hebben bovendien een extra verhoogde kans op een slechte psychische gezondheid.*

## **1. Inleiding**

Het verband tussen burgerlijke staat en gezondheid is vaak onderzocht. Volwassenen met een levenspartner hebben een betere gezondheid en een kleinere kans op sterfte dan volwassenen zonder levenspartner (House et al., 1988; Schoenborn, 2004). Ook in Nederland zijn er verschillen in gezondheid naar burgerlijke staat binnen de totale volwassen bevolking. Voor zowel mannen als vrouwen is de sterftekans hoger wanneer ze verweduwd, nooit gehuwd of gescheiden zijn. Bovendien blijkt dat de prevalentie van gezondheidsproblemen het hoogst is bij gescheiden mensen (Joung, 1997).

Tussen zorggebruik en burgerlijke staat bestaat eveneens een verband. Verweduwde en gescheiden mensen hebben een hoger zorggebruik dan gehuwden, en niet gehuwden een lager zorggebruik dan gehuwden. Overigens blijken deze verbanden voor een groot deel verklaard te kunnen worden door het feit dat deze mensen gemiddeld een lagere opleiding en een slechtere gezondheid hebben. Wordt gecorrigeerd voor deze variabelen, dan is er geen verhoogde kans meer op zorggebruik (Joung et al., 1995). Recent onderzoek laat ook zien dat vooral gescheiden en verweduwde personen een hoger zorggebruik hebben. Gescheiden personen bezoeken vaker een specialist en liggen vaker in het ziekenhuis, en verweduwd hebben een hoger aantal ziekenhuisovernachtingen. Zowel gescheiden als verweduwde mensen doen ook een groter beroep op andere gezondheidszorginstellingen dan mensen met een partner (Kunst et al., 2007).

Voor ouderen in Nederland zijn nauwelijks gegevens bekend over de relatie tussen burgerlijke staat en gezondheid. Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat ouderen met een partner een kleinere kans op sterfte hebben dan verweduwde, gescheiden en nooit gehuwde ouderen (Manzoli et al., 2007). Ook is gebleken dat verweduwde ouderen een slechtere gezondheid hebben dan gehuwde ouderen (Goldman et al., 1995).

In de literatuur worden twee hypothesen genoemd om het verband tussen burgerlijke staat en gezondheid te verklaren. De sociale causatie-hypothese stelt dat gezondheidsverschillen worden veroorzaakt door het effect dat burgerlijke staat uitoefent op gezondheid, bijvoorbeeld via sociale steun (Joung, 1997). Op deze manier zou een partner een beschermend effect hebben op de gezondheid. Volgens de selectiehypothese daarentegen heeft juist de gezondheid een effect op de burgerlijke staat. Een betere gezondheid zou zorgen voor een hogere huwelijkskans (Joung, 1997). Aangenomen wordt dat beide theorieën een rol spelen en dat de causale relatie tussen burgerlijke staat en gezondheid niet direct is vast te stellen (Joung et al., 1998).

Met het oog op de vergrijzing is het van belang om ook bij ouderen te onderzoeken welke verschillen er bestaan in gezondheid naar burgerlijke staat. In dit artikel wordt hiervan verslag gedaan. De gezondheid is gemeten aan de hand van zelfgerapporteerd medisch zorggebruik, fysieke en psychische gezondheid en fysieke beperkingen. Burgerlijke staat is onderscheiden in ouderen met een levenspartner, nooit gehuwden, gescheiden ouderen en recent en niet-recent verweduwd. De laatste verbijzondering is gedaan om een eventueel extra negatieve impact van een recente verlieservaring zichtbaar te kunnen maken.

## **2. Doelpopulatie, gegevens en analyse**

### *2.1 Doelpopulatie*

Gebruik is gemaakt van gegevens uit de Gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS). POLS is gebaseerd op een jaarlijkse aselechte steekproef onder de niet-institutionele bevolking van alle leeftijden. De in dit onderzoek gebruikte gegevens uit POLS zijn verrijkt met sterftegegevens van de partner van de ondervraagde persoon. Deze sterftegegevens komen uit de Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens (GBA), via het Sociaal Statistisch Bestand van het CBS. Gegevens over de doelgroep 50- tot 80-jarigen over de jaren 2004, 2005 en 2006 uit POLS zijn samengevoegd tot één bestand. Op deze wijze is informatie beschikbaar gekomen over ongeveer 9,5 duizend ouderen.

### *2.2 Burgerlijke staat*

Gegevens over de burgerlijke staat (gehuwd/geregistreerd partnerschap, gescheiden, weduwe/weduwenaar, nooit gehuwd/nooit geregistreerd partnerschap) van de onder-

zoekspersoon zijn bekend in POLS. De burgerlijke staat 'gehuwd/geregistreerd partnerschap' wordt in dit artikel beschreven als 'met (levens)partner', 'nooit gehuwd/nooit geregistreerd partnerschap' wordt in dit artikel beschreven als 'zonder levenspartner'.

Door sterftegegevens (inclusief datum van overlijden) van de partner aan de POLS-onderzoeksjaren te koppelen, kan worden bepaald of de onderzoekspersoon recent of niet recent verweduwd is. In dit artikel wordt gesproken over recente verweduwing als de partner van de onderzoekspersoon niet langer dan drie jaar geleden is overleden. De informatie over burgerlijke staat uit POLS en de informatie over (recente) verweduwing is gecombineerd tot één variabele, die in dit artikel wordt onderzocht als onafhankelijke verklarende variabele. *Staat 1* geeft informatie over de verdeling van burgerlijke staat binnen de groep ouderen van de POLS-onderzoeksjaren.

**Staat 1**  
50–79-jarigen naar burgerlijke staat, POLS, 2004/2006

	%
Gehuwd/geregistreerd partnerschap	71,2
Nooit gehuwd/nooit geregistreerd partnerschap	6,5
Gescheiden	10,3
Niet recent verweduwd	9,6
Recent verweduwd	2,5

### 2.3 Gezondheidsindicatoren

Om de gezondheid van ouderen naar burgerlijke staat in kaart te brengen, zijn verschillende gezondheidsindicatoren gebruikt. Allereerst is de zelfgerapporteerde algemene gezondheid gebruikt. De antwoordcategorieën op de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?' zijn samengenomen tot '(zeer) goed' en 'minder dan goed'.

De tweede indicator heeft betrekking op (mondeling bevroegde) vormen van medisch zorggebruik, te weten het beroep dat men heeft gedaan op de huisarts, de medisch specialist en de fysiotherapeut. Onderscheiden is of men al dan niet ten minste één keer per jaar contact had met de desbetreffende hulpverlener. Bezoeken aan een huisarts, visites van een huisarts en telefonische consulten vallen onder contacten met de huisarts. Onder contact met de fysiotherapeut vallen alle bezoeken aan een fysiotherapeut, exclusief de contacten tijdens een ziekenhuisopname. Dit geldt tevens voor contact met de specialist, maar poliklinische behandelingen, eerste hulp en het maken van foto's worden wel meegerekend.

De derde set gezondheidsmetingen betreft de (schriftelijk bevroegde) fysieke en psychische gezondheidsstatus, weergegeven door de zogeheten 'Short-Format 12' oftewel de SF-12, een internationale standaard (Ware et al., 1995). Aan de hand van de SF-12 kunnen twee overkoepelende maten, één voor de fysieke en één voor de psychische

gezondheid, worden afgeleid (Botterweck et al., 2001). Voor de analyse zijn de maten voor psychische en fysieke gezondheid gedichotomiseerd. In dit artikel wordt een score op of beneden het laagste deciel geformuleerd als 'een slechte gezondheid'. Een score hoger dan het laagste deciel wordt geformuleerd als 'geen slechte gezondheid'. De grenswaarde van het laagste deciel is 30,0 voor de fysieke maat en 40,4 voor de psychische maat van de SF-12. Door deze scherpe dichotomisering wordt onderscheid gemaakt tussen ouderen met een zeer lage score op de twee schalen van de SF-12, en dus een slechte zelfgerapporteerde fysieke of psychische gezondheid, en ouderen met een hogere score op de twee schalen, dus een betere zelfgerapporteerde fysieke of psychische gezondheid.

Als vierde gezondheidsindicator wordt het al dan niet hebben van fysieke beperkingen gebruikt. Deze beperkingen kunnen functioneel van aard zijn. Dit wordt in POLS gemeten met een overkoepelende OESO-maat (OESO: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling). De zeven schriftelijke vragen omvatten de volgende onderwerpen: een gesprek volgen in een groep van drie of meer personen (zo nodig met hoorapparaat); met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat); kleine letters in de krant lezen (zo nodig met bril of contactlenzen); op een afstand van vier meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen); een voorwerp van vijf kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, tien meter dragen; kunnen bukken en iets van de grond oppakken; 400 meter aan een stuk lopen (zo nodig met stok). Antwoordcategorieën op deze vragen zijn: 'zonder moeite', 'met enige moeite', 'met grote moeite' en 'kan niet'. Een persoon heeft functiebeperkingen als minstens één van de zeven vragen met 'kan niet' of 'met grote moeite' wordt beantwoord.

Fysieke beperkingen die betrekking hebben op de algemene dagelijkse levensverrichtingen, worden in POLS mondeling bevroegd aan personen van 55 jaar of ouder aan de hand van een vragenlijst over zogeheten beperkingen in Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Het betreft hier tien vragen naar eten en drinken, gaan zitten en opstaan uit een stoel, in- en uit bed stappen, aan- en uitkleden, zich verplaatsen naar een andere kamer op dezelfde verdieping, de trap op- en aflopen, de woning verlaten en binnengaan, zich verplaatsen buitenshuis, het gezicht en de handen wassen en zich volledig wassen. Een persoon wordt ingedeeld als beperkt in de dagelijkse levensverrichtingen als minstens één van de tien vragen met 'met grote moeite' of 'alleen met hulp van anderen' wordt beantwoord. De verkorte OESO-vragenlijst (Van Sonsbeek, 1988) en de ADL-vragen (De Kleijn, 1999) vormen samen de belangrijkste onderdelen van de zogeheten 'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps' ofwel ICDH-2 (Botterweck et al., 2001).

### 3. Statistische analyse

De samenhangen tussen de gezondheidsindicatoren en burgerlijke staat (inclusief recente verweduwing) zijn afzon-

derlijk onderzocht met behulp van stapsgewijze logistische regressie-analyse. In drie stappen wordt gecorrigeerd voor verschillende variabelen. In de eerste analysestap is alleen gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en geslacht. In de tweede analysestap wordt aanvullend gecorrigeerd voor opleiding, om te bepalen of er onafhankelijk van opleiding een verband bestaat tussen burgerlijke staat en de desbetreffende meting van gezondheid. In de derde stap wordt aanvullend gecorrigeerd voor het al dan niet hebben of gehad hebben van chronische ziekten. Onder chronische ziekten wordt verstaan het hebben of gehad hebben van een of meer van de volgende ziekten: suikerziekte; beroerte; hersenbloeding of herseninfarct; hartinfarct of hartaandoening; en kanker. Op deze manier wordt nagegaan of een eventueel verband tussen burgerlijke staat en de gezondheidsindicatoren verklaard kan worden door een chronische aandoening. Doel hiervan is toe te werken naar een in causaal opzicht zo zuiver mogelijke beschrijving van de effecten van burgerlijke staat op gezondheid.

## 4. Resultaten

### 4.1 Gezondheidsindicatoren naar burgerlijke staat

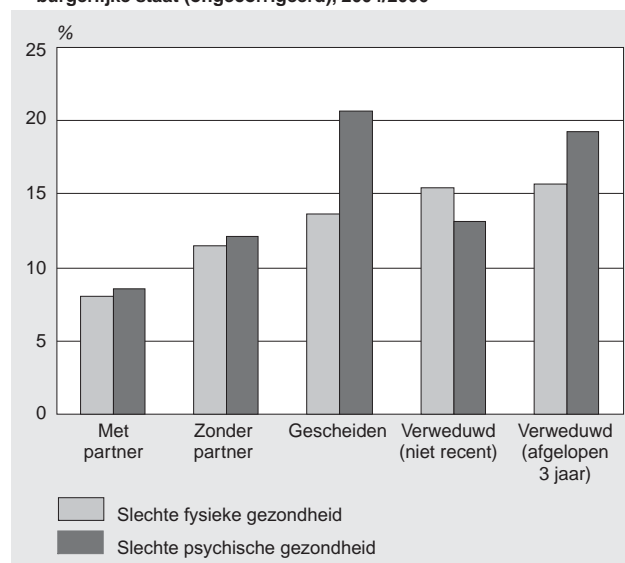
Uit de (ongecorrigeerde) percentages blijkt dat meer (recent en niet recent) verweduwde ouderen de huisarts consulteren dan ouderen met een levenspartner. Van de ouderen met partner gaat 79 procent ten minste één keer per jaar naar de huisarts, van de niet recent verweduwden 87 procent en van de recent verweduwden 84 procent. Daarentegen gaan minder ouderen zonder partner naar de huisarts dan ouderen met partner. Tussen burgerlijke staat en de consultaties met de medisch specialist en de fysiotherapeut bestaan geen verbanden.

Wel bestaat een verband tussen burgerlijke staat en de andere gezondheidsindicatoren. Meer gescheiden ouderen, meer niet recent verweduwden, meer ouderen zonder partner en meer recent verweduwden vallen in de categorie 'als minder goed ervaren gezondheid' en hebben een slechtere fysieke en psychische gezondheid dan ouderen met partner. Meer gescheiden ouderen en meer (niet) recent verweduwden hebben een of meer fysieke beper-

kingen dan ouderen met partner. Zo heeft 34 procent van de niet recent verweduwde ouderen en 29 procent van de recent verweduwde ouderen een of meer functiebeperkingen, tegen 19 procent van de ouderen met partner.

Telkens geldt dat de verschillen tussen niet recent verweduwden en ouderen met partner het grootst zijn, behalve bij de fysieke en psychische gezondheid (*grafiek 1*). De kans op een slechte fysieke gezondheid is voor recent verweduwden het hoogst, en de kans op een slechte psychische gezondheid is voor gescheiden personen het hoogst. *Staat 2* geeft informatie over de verdeling van de gezondheidsindicatoren naar burgerlijke staat bij de groep ouderen van de POLS-onderzoeksjaren.

1. Fysieke en psychische gezondheid van 50–79-jarigen naar burgerlijke staat (ongecorrigeerd), 2004/2006



### 4.2 Verschillende analysestappen

Het bij kruistabellering geconstateerde verband dat minder ouderen zonder partner naar de huisarts gaan dan ouderen met partner, blijft ook bestaan na correctie voor leeftijd en geslacht (analysestap 1). Het verschil met (niet) recent verweduwden is dan verdwenen. De overige verbanden tussen burgerlijke staat en de gezondheidsindicatoren blij-

Staat 2  
Gezondheidsindicatoren naar burgerlijke staat, 50–79-jarigen, 2004/2006

Gezondheidsindicatoren	Met partner	Zonder partner	Gescheiden	Niet recent verweduwd	Recent (afgelopen 3 jaar) verweduwd
	%				
Medisch zorggebruik					
Huisarts	78,6	74,0	80,1	87,1	84,5
Specialist	51,7	49,8	53,6	63,3	58,0
Fysiotherapeut	23,4	23,0	25,3	25,8	26,4
Minder dan goede ervaren gezondheid	30,9	36,2	40,5	46,5	42,5
Slechte fysieke gezondheid	8,0	11,5	13,6	15,4	15,7
Slechte psychische gezondheid	8,5	12,1	20,6	13,1	19,2
Fysieke beperkingen					
Een of meer ADL-beperkingen	8,2	10,5	14,4	21,6	17,2
Een of meer functionele beperkingen	18,9	21,9	26,9	33,5	29,1

ven onveranderd, behalve dat het verschil tussen recent verweeduwen en ouderen met partner bij zowel fysieke gezondheid als fysieke (ADL- en OESO-)beperkingen verdwenen is.

Het enige wat verandert na correctie voor opleiding (analyse-stap 2) is dat nu ook meer ouderen zonder partner functiebeperkingen hebben vergeleken met ouderen met partner.

Wordt naast leeftijd, geslacht en opleiding ook gecorrigeerd voor chronische ziekten (analysestap 3), dan blijft het verband tussen burgerlijke staat en de psychische gezondheid bestaan. Meer gescheiden ouderen, meer niet recent verweeduwen, meer ouderen zonder partner en meer recent verweeduwen hebben een slechtere psychische gezondheid dan ouderen met partner. Recent verweeduwe ouderen hebben de grootste kans op een slechte

psychische gezondheid vergeleken met ouderen met partner, daarna is de kans het grootst voor gescheiden ouderen. Recent verweeduwe ouderen hebben ook een grotere kans op een slechte psychische gezondheid dan niet recent verweeduwe ouderen. Tevens geldt na correctie voor alle genoemde covariabelen dat meer gescheiden personen en meer ouderen zonder partner in de categorie 'als minder goed ervaren gezondheid' vallen, een slechtere fysieke gezondheid en één of meer functiebeperkingen hebben dan ouderen met partner (staat 3).

## 5. Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat gescheiden ouderen, (niet) recent verweeduwe ouderen en ouderen zonder levens-

**Staat 3**  
Gezondheidsindicatoren van 50–79-jarigen naar burgerlijke staat (odds ratio's), 2004/2006

	Analysestap 1		Analysestap 2		Analysestap 3	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	(95% BI)
<b>Contact met de huisarts in een jaar</b>						
met partner	1,00		1,00		1,00	
zonder partner	0,81	0,67–0,99*	0,81	0,67–0,99*	0,84	0,68–1,04
gescheiden	1,09	0,92–1,29	1,11	0,93–1,31	1,11	0,91–1,34
niet recent verweeduwd	1,18	0,95–1,47	1,19	0,96–1,48	1,08	0,85–1,37
recent verweeduwd	1,05	0,73–1,52	1,04	0,72–1,51	0,96	0,64–1,44
<b>Contact met de specialist in een jaar</b>						
met partner	1,00		1,00		1,00	
zonder partner	0,97	0,82–1,15	0,97	0,82–1,16	0,98	0,80–1,19
gescheiden	1,12	0,98–1,29	1,12	0,98–1,29	1,07	0,91–1,26
niet recent verweeduwd	1,07	0,91–1,25	1,05	0,90–1,23	0,98	0,82–1,18
recent verweeduwd	0,90	0,69–1,19	0,89	0,68–1,18	0,89	0,65–1,23
<b>Contact met de fysiotherapeut in een jaar</b>						
met partner	1,00		1,00		1,00	
zonder partner	0,99	0,81–1,21	0,98	0,80–1,19	1,08	0,87–1,34
gescheiden	1,06	0,90–1,24	1,05	0,90–1,23	1,00	0,84–1,20
niet recent verweeduwd	0,99	0,83–1,18	0,99	0,83–1,18	1,00	0,83–1,22
recent verweeduwd	1,08	0,80–1,46	1,08	0,79–1,46	1,09	0,77–1,53
<b>Ervaren gezondheid</b>						
met partner	1,00		1,00		1,00	
zonder partner	1,32	1,10–1,57*	1,40	1,17–1,68*	1,39	1,13–1,17*
gescheiden	1,56	1,36–1,80*	1,56	1,35–1,80*	1,47	1,25–1,75*
niet recent verweeduwd	1,40	1,20–1,63*	1,27	1,08–1,49*	1,20	1,00–1,45
recent verweeduwd	1,26	0,96–1,65*	1,19	0,90–1,57	1,23	0,88–1,70
<b>Fysieke gezondheid</b>						
met partner	1,00		1,00		1,00	
zonder partner	1,53	1,12–2,08*	1,73	1,27–2,36*	1,65	1,19–2,27*
gescheiden	1,78	1,40–2,26*	1,78	1,40–2,27*	1,68	1,31–2,16*
niet recent verweeduwd	1,35	1,04–1,76*	1,24	0,95–1,62	1,27	0,97–1,68
recent verweeduwd	1,53	0,98–2,39*	1,44	0,92–2,26	1,37	0,85–2,21
<b>Psychische gezondheid</b>						
met partner	1,00		1,00		1,00	
zonder partner	1,48	1,10–2,00*	1,56	1,15–2,11*	1,54	1,14–2,09*
gescheiden	2,66	2,16–3,27*	2,65	2,15–3,26*	2,64	2,13–3,26*
niet recent verweeduwd	1,59	1,21–2,09*	1,55	1,17–2,04*	1,55	1,17–2,06*
recent verweeduwd	2,62	1,74–3,96*	2,55	1,68–3,85*	2,75	1,80–4,18*
<b>Beperkingen in ADL</b>						
met partner	1,00		1,00		1,00	
zonder partner	1,16	0,82–1,65	1,34	0,94–1,91	1,44	0,96–2,15
gescheiden	1,99	1,56–2,54*	2,00	1,56–2,56*	1,66	1,23–2,24*
niet recent verweeduwd	1,53	1,24–1,89*	1,43	1,15–1,78*	1,31	1,01–1,70*
recent verweeduwd	1,28	0,87–1,88	1,24	0,84–1,83	1,24	0,79–1,96
<b>Funciebeperkingen</b>						
met partner	1,00		1,00		1,00	
zonder partner	1,25	1,00–1,56	1,39	1,10–1,75*	1,38	1,09–1,75*
gescheiden	1,59	1,33–1,89*	1,61	1,35–1,93*	1,56	1,29–1,87*
niet recent verweeduwd	1,38	1,15–1,66*	1,25	1,04–1,51*	1,21	1,00–1,47
recent verweeduwd	1,23	0,89–1,70	1,16	0,83–1,61	1,24	0,88–1,75

Analysestap I: gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Analysestap II: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.

Analysestap III: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en ernstige ziekten.

\*P<0.05

partner een slechtere gezondheid hebben dan ouderen met levenspartner. Dit geldt voor zowel fysieke als psychische gezondheidsaspecten. Verder geldt dat de verbijzondering in recente en niet recente verweduwing in het algemeen geen gedifferentieerd risicopatroon ten aanzien van de gezondheidsindicatoren zichtbaar maakt. De psychische gezondheid vormt hierop de enige uitzondering: recent verweduwde ouderen hebben een bijna drie keer zo grote kans op een slechte psychische gezondheid als ouderen met een levenspartner. Niet recent verweduwde ouderen komen daarentegen niet verder dan een 1,5 keer zo grote kans. Een recente verlieservaring vanwege het overlijden van de partner heeft dus alleen een extra negatieve impact voor de psychische gezondheid en geen negatieve effecten voor gezondheid in het algemeen. De tijd heelt bovendien wonden, gelet op het aanmerkelijk kleinere risico op psychische schade van de langer verweduwden. Opmerkelijk is verder dat de duidelijk slechtere gezondheid van de verschillende typen alleenstaanden niet wordt weerspiegeld in een hoger zorggebruik in termen van het raadplegen van de huisarts, specialist en fysiotherapeut. Men is dus weliswaar minder gezond, maar doet toch geen extra beroep op de reguliere zorgvoorzieningen.

De vraag blijft wat de causale relatie is tussen burgerlijke staat en gezondheid. Zowel sociale causatie-mechanismen als selectiemechanismen spelen een rol, en alleen met longitudinaal onderzoek kunnen oorzaak en gevolg van elkaar gescheiden worden (Joung et al., 1998). Hoewel het huidige onderzoek geen longitudinale gegevens bevat, lijkt de sociale causatie-hypothese voor de hier geconstateerde verbanden tussen burgerlijke staat en algemene en psychische gezondheid waarschijnlijker dan de selectiehypothese. Na controle voor chronische ziekten blijken de verbanden immers nog steeds aanwezig te zijn. In het geval van een recente verlieservaring is het waarschijnlijk dat de stress die ontstaat na het verliezen van de partner verantwoordelijk is voor de slechte psychische gezondheid (Williams et al., 2008). Empirische ondersteuning voor het ontstaan van psychische problemen als gevolg van het verliezen van een partner is zowel op internationaal (Barrett, 2000; Onrust en Cuijpers, 2006) als op nationaal vlak (Onrust et al., 2007) beschikbaar. Zo hebben verweduwden in vergelijking met niet verweduwden een grotere kans op het ontwikkelen van een stemmings- of angststoornis (Onrust en Cuijpers, 2006). Resultaten van recent onderzoek laten zien dat gezondheidsproblemen bij ouderen zelfs al voorkomen in het stadium vóór de verweduwing. Wanneer de partner in een slechte gezondheidstoestand verkeert, bereidt men zich al voor op het verlies van hem of haar (Williams et al., 2008).

De slechtere gezondheid van gescheiden ouderen en ouderen zonder partner zou in dit geval verklaard kunnen worden door middel van de social support-theorie. Uit de literatuur is bekend dat sociale relaties een positief effect hebben op de gezondheid en dat sociale isolatie een hoger risico op een slechte gezondheid met zich meebrengt (House et al., 1988; Goldman et al., 1995). Gescheiden ouderen en ouderen zonder levenspartner hebben geen steun en toeverlaat bij hun (gezondheids)problemen, en dit beïnvloedt de gezondheid negatief.

Van belang voor het ouderenbeleid in Nederland is om in te gaan op verschillen in gezondheid bij ouderen. Naast verschillen in gezondheid naar burgerlijke staat bestaan er ook verschillen in gezondheid naar sociaaleconomische factoren (Wingen en Otten, 2008a; 2008b; 2008c). Onderzoek naar gezondheidsverschillen bij ouderen identificeert risicovolle groepen ouderen waarmee in toekomstig beleid rekening moet worden gehouden.

## Literatuur

Barrett, A.E., 2000, Marital trajectories and mental health. *Journal of Health and Social Behavior* (41)4, blz. 451–464.

Botterweck, A., F. Frenken, S. Janssen, L. Rozendaal, M. Vree en F. Otten, 2001, Plausibiliteit nieuwe metingen algemene gezondheid en leefstijl. CBS, Voorburg/Heerlen.

Goldman, N., S. Korenman en R. Weinstein, 1995, Marital status and health among the elderly. *Social Science and Medicine* (40)12, blz. 1717–1730.

House, J.S., K.R. Landis en D. Umberson, 1988, Social relationships and health. *Science* (241)4865, blz. 540–545.

Joung, I.M., H.D. van de Mheen, K. Stronks, F.W. van Poppel en J.P. Mackenbach, 1998, A longitudinal study of health selection in marital transitions. *Social Science and Medicine* (46)3, blz. 425–435.

Joung, I.M., J.B. van der Meer en J.P. Mackenbach, 1995, Marital status and health care utilization. *International Journal of Epidemiology* (24)3, blz. 569–75.

Joung, I.M.A., 1997, De relatie tussen burgerlijke staat en gezondheid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (141)6, blz. 277–282.

Kleijn, M. de, 1999, Notitie werkgroep revisie GE inzake meten van beperkingen.

Kunst, A.E., W.J. Meering, N. Varenik, J.J. Polder en J.P. Mackenbach, 2007, Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. RIVM, Bilthoven.

Manzoli, L., P. Villari, M.G. Pirone en A. Boccia, 2007, Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* (64)1, blz. 77–94.

Onrust, S., P. Cuijpers, F. Smit en E. Bohlmeijer, 2007, Predictors of psychological adjustment after bereavement. *International Psychogeriatrics* (19)5, blz. 921–34.

Onrust, S.A. en P. Cuijpers, 2006, Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. *Aging and Mental Health* (10)4, blz. 327–34.

Schoenborn, C.A., 2004, Marital status and health: United States, 1999–2002. *Advance Data*, blz. 1–32.

Sonsbeek, J.L.A. van, 1988, Methodische en inhoudelijke aspecten van de OESO-indicator betreffende langdurige beperkingen in het lichamelijk functioneren. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 7(6), blz. 4–17.

Ware, J.E., M. Kosinski en S.D. Keller, 1995, SF-12: How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. The health institute, New England Medical Center, Boston MA.

Williams, B.R., P. Sawyer, J.M. Roseman en R.M. Allman, 2008, Marital status and health: exploring pre-widowhood. *Journal of Palliative Medicine* (11)6, blz. 848–56.

Wingen, M. en F. Otten, 2008a, Inkomen als sociaaleconomische indicator van medisch zorggebruik bij ouderen. *Bevolkingstrends* 56(2), blz. 76–81.

Wingen, M. en F. Otten, 2008b, Fysieke en psychische gezondheid van ouderen naar sociaaleconomische status. *Bevolkingstrends* 56(3), blz. 65–72.

Wingen, M. en F. Otten, 2008c, Sociaaleconomische verschillen in fysieke beperkingen van ouderen. *Bevolkingstrends* 56(4), blz. 31–38.