

H

HET BELANG VAN OMGEVINGSFACTOREN VOOR BELEIDSGERICHT OUDERENONDERZOEK

Lut VANDEN BOER,
Joost BRONSELAER,
Anja DECLERCQ,
Melanie DEMAERSCHALK,
Geert MOLENBERGHS¹

Hoewel in het verleden de omgeving en meer specifiek het sociaal-ruimtelijk aspect in het ouderenonderzoek wat verwaarloosd werd (Jacobs, 2008), ontstond recent meer aandacht voor contextualisering. In contextonderzoek bij ouderen staat doorgaans de vraag centraal welke omgevingskenmerken samenhangen met een kenmerk van ouderen.

In deze bijdrage² schetsen we aan de hand van een onderzoeksvoorbeeld het nut en de inzichten die uit contextonderzoek bij ouderen te rapen vallen. We spitsen ons toe op het zorggebruik van thuiswonende ouderen, met als centrale vraag: bieden kenmerken van de gemeente waarin de oudere woont een verklaring voor het al of niet gebruiken van formele en informele zorg, naast individuele kenmerken van de oudere zelf (Declercq e.a., 2009)?

Een verklaringsmodel voor zorggebruik

Hoewel een thuiswonende oudere geografisch lokaliseerbaar is binnen een straat, een buurt, een gemeente, een gewest enz. beperkt contextonderzoek zich doorgaans tot het schatten van de invloed van buurt- of stadskenmerken (bv. de mate waarin zorgvoorzieningen aanwezig zijn), onder

controle van individuele kenmerken (bv. de leeftijd van de oudere). De onderzoeksliteratuur toont aan dat factoren zoals de ruimtelijke omgeving, het gevoerde beleid, de leeftijdsstructuur of het beleeftenniveau van de populatie in een gemeente of in een specifieke setting zoals een rusthuis, het zorggedrag en -gebruik van ouderen mee bepalen (zie o.m. Diez Roux, 2008; Basta, 2008).

1. Lut Vanden Boer en Joost Bronselaer, Kenniscentrum van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Vlaamse overheid (lut.vandenboer@wvg.vlaanderen.be; joost.bronselaer@wvg.vlaanderen.be); Anja Declercq, Lucas, K.U. Leuven en Steunpunt WVG; Melanie Demaerschalk, K.U. Leuven en Steunpunt WVG; Geert Molenberghs, I-BioStat, Universiteit Hasselt en K.U. Leuven.
2. De resultaten worden uitgebreid voorgesteld in Declercq A., Demaerschalk M., Vanden Boer L., Bronselaer J., De Witte N., Verté D. & Molenberghs G. (2009). De invloed van individuele en gemeentelijke kenmerken op het formele en informele zorggebruik van Vlaamse ouderen. In: Vanderleyden L., Callens M. & Noppe J. (red.). De sociale staat van Vlaanderen 2009. Brussel: Diensten voor het Algemeen Regeringsbeleid, Studiedienst van de Vlaamse Regering, p. 381-400.

Andersen (1968) ontwikkelde een theoretisch model dat het gebruik van (gezondheids)zorg beschrijft in functie van individuele kenmerken. De determinanten van toegang en gebruik van zorg zijn op individueel niveau toewijsbaar aan drie categorieën van factoren. De eerste, **geneigdhedsfactoren** ('predisposing factors'), zijn kenmerken die bestaan voorafgaand aan de ziekte of beperking. Het gaat om demografische kenmerken (bv. leeftijd, geslacht en burgerlijke staat), sociaalstructurele kenmerken (bv. opleiding, beroep en huishoudomvang) en houdingen en overtuigingen (waarden over ziekte en gezondheid, zorgvoorkeuren, kennis over ziekte). De **faciliterende factoren** ('enabling factors') verwijzen naar de middelen die mensen al dan niet ter beschikking hebben om zorg te gebruiken, zoals kostprijs van zorg, kwaliteit/kwantiteit van sociale relaties, het aantal gekende voorzieningen. De **behoefte** ('need factors') tenslotte hebben te maken met de individuele gezondheidstoestand en functiebeperkingen.

In lijn met een tendens naar contextualisering herwerkte Andersen zijn oorspronkelijk model. In de laatste herziene versie wordt, ter verklaring van zorggebruik, aan omgevingskarakteristieken een evenwaardige plaats gegeven als aan individuele kenmerken. In tegenstelling tot de individuele kenmerken, worden contextkenmerken toegewezen aan een welomschreven geografische entiteit, zoals een buurt of een gemeente. Ook hier zijn er drie clusters. De 'geneigdhedsfactoren' omvatten demografische factoren (zoals de leeftijdsstructuur of de bevolkingssamenstelling), sociale factoren (zoals etniciteit, tewerkstelling of onveiligheidsgevoelens) en lokale waarden en houdingen

ten opzichte van de zorg en het zorggebruik. De faciliterende factoren verwijzen op het lokale niveau naar de gezondheids- en welzijnspolitiek, de manier waarop de financiering ervan verloopt en hoe de diensten georganiseerd zijn. De behoeften tenslotte duiden op de noden binnen de lokale bevolking. Hier doelt Andersen op bevolkingsindexen met betrekking tot welzijn en gezondheid en omgevingsfactoren met betrekking tot het milieu.

De vraag die we in deze bijdrage centraal stellen, is in welke mate de contextvariabelen een verklaring bieden voor het individuele zorggebruik. Aan gezien het ouderen (niveau 1) in gemeenten (niveau 2) betreft, werd gebruik gemaakt van een multiniveau analyse die het mogelijk maakt om gelijktijdig de invloed van zowel individuele als contextkenmerken na te gaan. Vooraf een woordje uitleg over de gegevensbronnen.

Gegevensbronnen

We gebruiken de gegevens verzameld in het kader van het Leefsituatie Onderzoek Vlaamse Ouderen bij thuiswonende ouderen (LOVO-1) dat op initiatief van het toenmalige Centrum voor Bevolkings- en Gezins studie werd uitgevoerd. Het betreft een mondelinge enquête bij 2.462 thuiswonende 55-tot 90-jarigen (zie o.m. Vanden Boer e.a., 2001; Jacobs e.a., 2004). De koppeling van de LOVO-gegevensbank en de gegevensbank lokale statistieken van de Studiedienst van de Vlaamse Regering (SVR) maakt het mogelijk de invloed van gemeentekenmerken op het zorggebruik te onderzoeken, na controle voor individuele kenmerken. Zowel op individueel als op gemeentelijk niveau werden telkens drie clusters van factoren onderzocht (zie tabel).

Tabel: Overzicht van de gebruikte indicatoren op individueel en gemeentelijk niveau

	Individueel niveau	Gemeentelijk niveau
Geneigdhedsfactoren	– Leeftijd – Geslacht – Burgerlijke staat – Opleidingsniveau – Huishoudomvang – Voormalig beroep – Rondkomen met het inkomen – Huisbezit – Lidmaatschap van vereniging – Eenzaamheidsgevoelens – Zorgvoorkeur	– Familiale zorgindex (aantal 80-plus t.o.v. 50 tot 59-jarigen) – Aandeel alleenstaanden – Aandeel langdurig werkzoekenden – Criminaliteitsgraad – Tevredenheid met gezondheidsvoorzieningen – Tevredenheid met straten in de buurt
Faciliterende factoren	– Kwaliteit sociaal netwerk – Kennis van diensten – Hebben van een vertrouwenspersoon – Gebruik van formele zorg – Gebruik van informele zorg	– Aanbod van rusthuizen, serviceflats, gezinszorg en poetsdiensten – Gemiddeld inkomen per inwoner – Aandeel gerechtigden op de inkomensgarantie ouderen – Aandeel gerechtigden op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden – Aandeel leefloners – Aantal inwoners per km² – Tevredenheidsindex van het aanbod aan openbaar vervoer
Behoeftefactoren	– Subjectieve gezondheid – ADL-beperkingen – Huishoudelijke beperkingen – Bewegingsbeperkingen – Subjectief welbevinden	– Aandeel gerechtigden op een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden – Aandeel WIGW – Aandeel rechthebbenden met voorkeursregeling in de ziekteverzekering

Resultaten

Gemeentekenenmerken en zorggebruik

De onderzoeksresultaten tonen aan dat kenmerken van de gemeente waar de oudere woont van invloed zijn op zowel formeel als informeel zorg gebruik, ook na controle voor de onderzochte individuele kenmerken.

Het al of niet gebruik van **professionele zorg** hangt samen met gemeentekenenmerken. Zowel een gemeentelijke indicator van de zorgnood, als een gemeentelijke indicator van het zorgaanbod, beïnvloeden de kans dat ouderen formele zorg gebruiken. Naarmate de familiale zorgindex stijgt – met andere woorden, meer potentiële zorgvragers ten opzichte van po

zorgverleners – wordt de kans groter dat ouderen in die gemeente een beroep doen op professionele hulp. De impact van het aanbod aan gezinszorg is nog groter: een hoger aanbod betekent ook meer formeel zorggebruik van ouderen in die gemeente.

De invloed van gemeentekennmerken op het **informele zorggebruik** is eerder gering. Ouderen uit landelijke en meer welstellende gemeenten hebben meer kans op informele zorg, maar de samenhang is klein. Enigszins tegen de verwachtingen in, hebben factoren die te maken hebben met het zorgaanbod – in onze studie onder meer geïndiceerd aan de hand van het aanbod aan rusthuizen, serviceflats, gezinszorg en poetsdiensten – of de zorgnood in de gemeente geen invloed op het gebruik van informele zorg.

8

Individuele kenmerken en zorggebruik

Op individueel niveau zijn het in hoofdzaak ‘geneigdhedsfactoren’ die het gebruik van **professionele zorg** bepalen: het geslacht, de leeftijd, de huishoudomvang, de genoten opleiding en de betrokkenheid in het verenigingsleven. Vooral die laatste factor is opmerkelijk. Ouderen die lid zijn van een vereniging en op die manier een breder sociaal en informatienetwerk kunnen uitbouwen, maken meer gebruik van professionele zorg. Dit zou kunnen betekenen dat inspanningen om de netwerken van ouderen te verstevigen en uit te breiden, tot een verhoogd gebruik van professionele diensten leidt. Enerzijds is dit een goede zaak omdat gebrek aan informatie vaak een reden is voor kwetsbare ouderen om geen beroep te doen op zorg, terwijl ze het wel nodig hebben. Het verenigingsleven kan een

uitstekende gangmaker zijn om de informatie te brengen waar ze nodig is. Anderzijds moeten we ons behoeven voor overconsumptie. In het licht van het toenemend aantal zorgbehoevenden zal ook in Vlaanderen de discussie rond een grotere selectiviteit van professionele zorg moeten gevoerd worden. Die kwestie komt in het volgende punt aan bod.

Met betrekking tot het **informele zorggebruik**, stellen we op individueel niveau het volgende vast: wie ouder is, van het mannelijk geslacht, een partner heeft en in een groter gezin leeft, doet meer een beroep op zijn onmiddellijke omgeving. Ook behoeftvariabelen spelen een rol, maar in mindere mate. Een opvallende vaststelling is dat er wél een duidelijk positief verband bestaat tussen informeel zorggebruik en beperkingen op het vlak van huishoudelijke activiteiten, maar niet met beperkingen op het vlak van persoonsverzorging. Een andere opvallende vaststelling is dat factoren die te maken hebben met de beschikbare hulpbronnen, zoals de kwaliteit van het sociaal netwerk en het hebben van een vertrouwenspersoon, geen invloed uitoefenen.

Selectiviteit van de zorg: mantelzorg en/of professionele zorg inschakelen?

Diverse vooruitzichten wijzen op een toename van het aantal ouderen met beperkingen. Mede daardoor zullen ook de zorguitgaven stijgen (zie onder meer de jaarlijkse rapporten van de Studietoelichting voor de Vergrijzing). Zeker in tijden van economische recessie wordt dan de roep naar (meer) efficiëntie en effectiviteit in de zorg luider. Selectiever werken is één van de mogelijke pistes. De vraag die zich stelt is de

volgende: een brede of juist een selectieve zorg, gericht op de meest kwetsbaren? Een professioneel aanbod organiseren dat tegemoetkomt aan elke zorgvraag of de 'gebruikelijke zorg' overlaten aan de mantelzorg? Wat kunnen we op basis van de onderzoeksresultaten besluiten over het gebruik van mantelzorg en/of professionele zorg?

Ten eerste stellen we vast dat mantelzorg en professionele zorg niet samenhangen. Het is dus bijvoorbeeld niet zo dat de mantelzorg afneemt naarmate de professionele zorg stijgt, of dat beide samen toenemen. Dit kan erop wijzen dat ouderen bewust kiezen voor het ene of het andere. Verder blijkt dat de aard van de zorg die men nodig heeft, bepaalt welk zorgcircuit wordt aangesproken. Ouderen met een ADL-beperking, die dus op het vlak van persoonsverzorgende activiteiten hulp nodig hebben, doen meer een beroep op professionele zorg. Informeel zorggebruik hangt significant samen met beperkingen op het vlak van huishoudelijke activiteiten, niet met ADL-beperkingen. Deze bevindingen ondersteunen de hypothese van de complementariteit: elk heeft zijn eigen specialisatie. Huishoudelijke taken behoren tot het werkdomain van de mantelzorg, zwaardere verzorgende en verplegende tot de specialisatie van de professionele hulp.

Belangrijker dan de vraag of mantelzorg en professionele zorg elkaars substituten dan wel complementen zijn, is de uitdaging om 'als partners in de zorg' te werken. Het is immers zo dat zowel informele als formele hulpverleners worden ingeschakeld wanneer het teveel wordt voor de mantelzorg alleen. Zorg wordt dan een samenspel tussen partners waar-

bij de oudere zelf zoveel als mogelijk de regie over het eigen leven dient te behouden. Dat ook deze laatste opdracht geen sinecure is, wordt bevestigd door de resultaten. We stellen immers vast dat de zorgvoorkeur van de oudere geen invloed heeft op het zorgcircuit dat wordt aangesproken. Of met andere woorden: de weg van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde ouderenzorg is nog lang.

Uit de resultaten zou men verder kunnen afleiden dat er sprake is van een goede afstemming van de formele zorg op de zorgbehoeften, in die zin dat professionele zorg samenhangt met ernstige beperkingen. Enige nuance is hier echter nodig. We beschikken niet over informatie met betrekking tot de duur en de intensiteit van de verleende professionele zorg. Geerts (2009) stelde inderdaad vast dat in vergelijking met andere Europese landen de Belgische allocatiepraktijk er minder goed in slaagt om te garanderen dat wie de zwaarste zorgbehoeften heeft, ook de meeste ondersteuning krijgt. Dit wijst op een zogenaamde zorgverdunding waarbij relatief veel ouderen formele zorg krijgen, maar met een matige intensiteit. Een betere targetting van professionele zorg is een belangrijke uitdaging voor de toekomst.

Uitleiding

Het is opvallend dat in het Vlaamse ouderenonderzoek zorggebruik doorgaans ofwel uitvoerig wordt beschreven of uitsluitend wordt verklaard vanuit kenmerken van de ouderen zelf (individuele kenmerken). Meer en meer gaan echter stemmen op om ook de context waarin de oudere zich bevindt niet uit het oog te verliezen. Bovenstaande illustratie toont aan dat

er theoretische modellen bestaan die de wisselwerking tussen omgeving en individu erkennen. Daarop kan empirisch onderzoek worden gebouwd. Hoewel voornamelijk individuele kenmerken bepalend bleken voor het zorggebruik van ouderen, mogen we ook het belang van een aantal gemeentenkenmerken niet onderschatten. Een essentiële vraag is of en op welke wijze bovenstaande onderzoeksbevindingen richtinggevend kunnen zijn voor een lokaal ouderenbeleid.

De tendens naar contextualisering in het ouderenonderzoek zal zich ongetwijfeld doorzetten.

Hoewel het geschetste voorbeeld specifiek en exemplarisch is, kan ook gewezen worden op het belang van andersoortige contexten voor kwetsbare ouderen. Enkele voorbeelden, ter illustratie.

In het kader van de tweede fase van het LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen bij rusthuisbewoners (LOVO-2)³ gingen we de invloed na van instellingskenmerken (kenmerken met betrekking tot de organisatie, het personeel, de bewonerspopulatie) op het welbevinden van de bewoners (Bronse laer e.a., 2009). T evredenheid en welbevinden van de bewoners zijn in toenemende mate een graadmeter voor de zorgkwaliteit in rusthuizen (Vanden Boer, 1997). We stelden vast dat het welbevinden in belangrijke mate bepaald wordt door individuele kenmerken. Organisatiekenmerken daarentegen blijken na controle voor individuele kenmerken een relatief beperkte invloed uit te oefenen. Opvallend is dat de subjectieve beleving van organisa-

tiekenmerken, zoals de tevredenheid met het rusthuisgebouw of het zich thuis voelen, wél bepalend zijn voor het welbevinden van de bewoners.

De eerder bescheiden effecten van instellingskenmerken hoeft echter niet te betekenen dat ze helemaal niet van belang zijn. Kleine organisatie-effecten beroeren immers ganse groepen van bewoners. Verder werd in LOVO-2 geen rekening gehouden met het tussenliggend organisatieniveau van leefafdelingen dat wellicht méér bepalend is voor het welbevinden dan instellingskenmerken op zich. Die laatste hypothese wordt bevestigd in onderzoek van De Coster e.a. (2000) bij ouderen met dementie in een residentiële setting. Een centrale bevinding is dat zowel de individuele zorg als het leefklimaat op een afdeling bepalend zijn voor het functioneren en het welbevinden van de bewoner. Instellingskenmerken in het algemeen hebben een relatief geringe impact. Dit betekent dat vooral dient gewerkt te worden op afdelingsniveau om het welbevinden van bewoners met dementie te bevorderen.

Tot slot willen we wijzen op toekomstig contextonderzoek binnen het programma 'ouderen' van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. 65-plussers met cognitieve problemen en depressieve gevoelens uit acht weloverwogen gekozen regio's in Vlaanderen worden in drie opeenvolgende bevestigingsrondes gevolgd. Eén van de onderzoeksdoelstellingen is socio-economische, demografische en institutionele contextkenmerken in rekening te brengen bij het interpreteren en het

3. LOVO-2 betreft een mondelinge enquête bij 500 niet-dementerende rusthuis/RVT-bewoners en twee schriftelijke enquêtes bij het rusthuismanagement (zie o.m. Vanden Boer e.a., 2006).

verklaren van de zorgtrajecten van ouderen.⁴

Literatuur

- Andersen, R. (1968). *A behavioral model of families' use of health services*. Chicago: Center for Health Administration Studies.
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. In: *Medical care*, 46, p. 647-653.
- Basta, N. M. (2008). Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment in the older population. In: *The European journal of public health*, 18, 48-54.
- Bronselaer, J., Callens, M. & Vanden Boer, L. (2009). Het subjectief welbevinden van Vlaamse rusthuisbewoners. In Bracke, P. (ed.), *Ziekte, gezondheid en samenleving, een bloemlezing van gezondheids-sociologisch onderzoek*. Leuven: Acco, p. 109-134.
- Declercq, A., Demaerschalk, M., Vanden Boer, L., Bronselaer, J., De Witte, N., Verté, D. & Molenberghs, G. (2009). De invloed van individuele en gemeentelijke kenmerken op het formele en informele zorggebruik van Vlaamse ouderen. In: Vanderleyden, L., Callens, M. & Noppe, J. (red.), *De sociale staat van Vlaanderen*. Studiedienst van de Vlaamse Regering, p. 381-399.
- De Coster, I., Pickery, J., Declercq, A., Van Audenhove, C., Spruytte, N. & Lammertyn, F. (2000). *Het tehuisklimaat in de residentiële zorg voor dementerende ouderen. Een pilootstudie d.m.v. multilevel analyse op de MEAP*. Leuven: LUCAS.
- Diez Roux, A.V. (2008). Next steps in understanding the multilevel determinants of health. In: *Journal of epidemiology and community health*, 62, 957-959.
- Geerts, J. (2009). Gebruik van formele en informele zorg door ouderen. Vlaanderen/België in Europees vergelijkend perspectief. In: Cantillon, B., Van den Bosch, K. & Lefebure, S. (Red.). *Ouderen in Vlaanderen en Europa. Tussen vermogen en afhankelijkheid*. Leuven/Voorburg: Acco, p. 155-190.
- Jacobs, T. (2008). Boekbespreking Older adults and their sociospatial integration in The Netherlands. In: *Tijdschrift voor Sociologie*, 29 (1), p. 123-125.
- Jacobs, T., Vanderleyden, L. & Vanden Boer, L. (Red.) (2004). *Op latere leeftijd. De leef-situatie van 55-plussers in Vlaanderen*. CBGS-Publicaties, Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Vanden Boer, L. (1997). *(Toe)zicht op de kwaliteit in rusthuizen. Een literatuur-onderzoek buiten de grenzen*. Brussel: CBGS Document 1997/5.
- Vanden Boer, L., Jacobs, Th., Vanderleyden, L., Audenaert, V. & Pauwels, K. (2001). *Het leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen (LOVO). 1. Thuiswonende 55-plussers. Onderzoeksdesign – Theoretische achtergronden – Concepten – Meetinstrumenten*. Brussel: CBGS-Werkdocument, 2001/8.
- Vanden Boer, L., Pauwels, K., Callens, M. & Carrette V. (2006). *Het leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen (LOVO). LOVO-2: Rusthuis- en RVT-bewoners. Opzet en gegevensverzameling*. Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie, CBGS-Werkdocument 2006 (2).

4. Zie www.steunpuntwvg.be/vozs