



DETERMINANTEN VAN HET GEBRUIK VAN AMBULANTE SOCIALE ZORG DOOR HOOGBEJAARDEN

Stefan Crets

SAMENVATTING

Het gebruik van formele zorgvoorzieningen door bejaarden wordt in toenemende mate object van beleidsmatige en wetenschappelijke aandacht. In dit artikel wordt aangetoond dat het zorggebruik van bejaarden zich in drie circuits situeert: de informele zorg, de commerciële zorg en de dienstverlening van door de overheid gesubsidieerde of georganiseerde organisaties (formele zorg). Aan de hand van een cross-sectionele steekproef van hoogbejaarden (75-plus) uit Antwerpen wordt een Andersen-model geschat voor de verklaring van het wel of niet gebruik van formele ambulante zorg. Hieruit blijkt dat de mate van zelfredzaamheid van de bejaarde een centrale determinant is, maar dat het effect differentieel is voor verschillende leefsituaties waarin de bejaarde verkeert. Niet de behoefte op zich bepaalt het gebruik van de formele voorzieningen, maar wel de mogelijkheden (informele zorg, inkomen, commerciële alternatieven) die de bejaarde heeft om aan deze nood-situatie het hoofd te bieden. Tenslotte wordt betoogd dat, wat betreft de verklaring van het zorggebruik, een Andersen-model in een cross-sectioneel design, onvoldoende mogelijkheden biedt voor de constructie van een theorie met betrekking tot zorg-vragen en -krijgen.

1. INLEIDING EN SITUERING

Het toenemende beslag van de welzijnszorg op de overheidsbegrotingen, het fenomeen van de (dubbele) vergrijzing en de implicaties daarvan naar de toekomst toe, de organisatie en kwaliteit van de zorg, de discussies over de afhankelijkheidsverzekering, tal van actuele thema's die in het beleids- en wetenschappelijk denken over de zorg aan bejaarden aan bod komen. Op de achtergrond bestaat er blijkbaar een vrees dat de vraag naar de formele dienstverlening (= door de overheid gesubsidieerde, soms georganiseerde vormen van zorg) te hoog zal worden. Wie, onder welke omstandigheden en in welke mate op de formele (= door de overheid georganiseerde of

gesubsidieerde) dienstverlening beroep doet is dan ook één van de centrale thema's in het hedendaagse bejaardenonderzoek.

Vanuit een sociologische benadering is het interessant om deze problematiek te verruimen naar de (opeenvolgende) keuzes die mensen maken om aan bepaalde probleemsituaties (bijvoorbeeld het verlies aan zelfredzaamheid) het hoofd te bieden.

Uit de studies van Dooghe e.a. en ook uit tal van buitenlands empirisch onderzoek blijkt immers dat de belangrijkste hulpverleners ten aanzien van de bejaarden binnen de familie te vinden zijn, en met name de partner en de eigen kinderen (Dooghe, 1988: 254; Leroy en Neiryck, 1994: 89; Frederiks, 1990: 42; McAuly en Arling, 1984: 56). Zij zijn diegenen die het eerste zorg gaan geven (soms zelfs voor het echt nodig is). Deze informele zorgactoren zijn, ook in intensiteit en duurtijd, de belangrijkste zorgverleners ten aanzien van de bejaarden.

Anderzijds bestaat er ook de commerciële dienstverlenende sector (1). Deze werd tot op heden minder in het onderzoek naar voor gebracht. Toch blijkt dat hoogbejaarden ook veel van dit zorgcircuit gebruik maken. Zo stellen Leroy en Neiryck in Brussel vast dat 29,5% van de 75-plussers beroep doen op een privé-poetsvrouw; daarentegen doet slechts 15,3% van deze populatie beroep op de formele voorzieningen voor huishoudelijke en/of bejaardenhulp (Leroy en Neiryck, 1994: 96). De georganiseerde formele voorzieningen worden (op een gegeven moment in de tijd) maar door een kleine proportie van de hoogbejaarden gebruikt (Dooghe, Vanden Boer en Vanderleyden, 1988: 268; Leroy en Neiryck, 1994: 96).

Het beroep doen op formele bejaardenvoorzieningen (bejaardenhulp, poetshulp, service-flats, rusthuizen, ...) is dus duidelijk slechts één van de mogelijke oplossingsstrategieën die bejaarden ter beschikking hebben. Het formele zorggebruik zal dan ook bepaald worden door de beschikbaarheid van de verschillende circuits en door de keuzes ten aanzien van deze alternatieven. De beschrijving van deze keuzes en de identificatie van de processen en factoren die daaraan ten grondslag liggen vormen het onderwerp van het onderzoeksprogramma "bejaarden" van de Antwerpse Onderzoeksgroep Sociologie van de Welzijnzorg (UFSIA).

In dit artikel worden twee thema's van dit programma uitgewerkt: (a) de beschrijving van het gebruik dat bejaarden van verschillende zorgcircuits (informeel, formeel en commercieel) op een gegeven moment maken en (b) de identificatie van determinanten die het gebruik van formele zorg verklaren. Wat dit laatste punt betreft bestaat er in de medische sociologie reeds een hele (buitenlandse) onderzoekstraditie van verklarende modellen. In het volgende punt worden deze eerst voorgesteld, waarna de empirische resultaten worden gepresenteerd: eerst een beschrijving van het gebruik van de verschillende zorgcircuits door hoogbejaarden en daarna een modelschatting betreffende wel of niet gebruik van ambulante sociale zorg.

2. DETERMINANTENMODELLEN: OVERZICHT VAN DE LITERATUUR

2.1. Beknopte schets van het model van Andersen en Newman

Empirisch onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op het gebruik van formele sociale verzorgingsarrangementen door bejaarden (poetshulp, bejaardenhulp, thuisverpleging, serviceflats en bejaardentehuizen) verloopt bijna uitsluitend in termen van een zogenaamd Andersen en Newman-model.

Dit conceptuele model is een verklaringsschema dat midden de zestiger jaren in de Verenigde Staten werd ontwikkeld om de differentiële *medische consumptie* in een populatie te verklaren (Andersen en Newman: 1973). De auteurs waren voornamelijk geïnteresseerd in andere factoren dan zorgbehoefte ("need"), waarbij in de eerste plaats aan prijselementen en aan het verzekeringssysteem werd gedacht (cfr. Kempen, 1990: 17).

De afhankelijke variabele werd in deze modellen geoperationaliseerd als wel of niet gebruik van een bepaalde voorziening of als de mate van consumptie (bijvoorbeeld uitgedrukt in monetaire termen). Het Andersen-model is gebaseerd op verschillende tradities in het onderzoek naar gezondheid, ziekte en consumptie, met name (a) een sociaal-demografische benadering, waarin o.a. als onafhankelijke variabelen worden opgenomen: geslacht, leeftijd, beroep, opleiding; (b) een economische benadering met als determinerende factoren o.a. het inkomen, het financierings- en verzekeringssysteem, de prijzen, de substitutiemogelijkheden; (c) de zgn. 'health-belief' en socio-culturele benaderingen die variabelen zoals houdingen ten aanzien van ziekte en gezondheid, attitudes ten opzichte van de voorzieningen, kennis over de bestaande voorzieningen, etc. .. als factoren opnemen en (d) aanbod-gecentreerde modellen waarin de aandacht gaat naar de beschikbaarheid en nabijheid van de voorzieningen, de toegangs- en allocatieregels en het intakepatroon, de spreiding van de voorzieningen.

Het oorspronkelijk ontwikkelde model ordent de verschillende variabelen in een conceptueel schema. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen maatschappelijke determinanten, meso-determinanten (het systeem van de gezondheidszorg) en individuele determinanten. De *maatschappelijke determinanten* die door Andersen en Newman genoemd worden hebben betrekking op de ontwikkelingen van de medische technologie en de evolutie van de normen in de samenleving ten aanzien van gezondheid en ziekte (cfr. bijvoorbeeld het euthanasie-debat). De *determinanten van het gezondheidszorgsysteem* betreffen het totale volume aan middelen (kapitaal en personeel) dat aan de voorzieningen wordt gependeed (of m.a.w. het volume en de aard van het aanbod) alsook de organisatie van de toegang en werking van het globale systeem (cfr. bijvoorbeeld de discussie ten aanzien van een systeem met "vaste" huisartsen of over een verhoging van de franchise in de ziekteverzekering). Bij de *individuele determinanten* wordt een onderscheid gemaakt tussen 'predisposing' ("gebruiksmogelijkheid"), 'enabling' ("gebruiksgeneigdheid") en 'need' ("gebruiks-noodzaak") variabelen (Andersen en Newman, 1973: 107-110) (2). In de empirische toepassingen van het model is het deze laatste groep van determinanten die meestal weerhouden wordt.

(a) gebruiksgeneigdheid (predisposing)

Deze groep omvat de variabelen die een individu in meerdere of mindere mate voorbeschikken tot gebruik maken van formele zorgvoorzieningen: leeftijd, geslacht, omvang van de familiale en informele netwerken, opleiding, algemene opvattingen over ziekte en gezondheid, etc Het zijn dus die kenmerken die reeds bestaan voor het ontstaan van een ziekte, functionele afhankelijkheid of ander tekort (Kempen, 1990: 21).

(b) gebruiksmogelijkheid (enabling)

De factoren uit deze categorie hebben betrekking op de mogelijkheden die men heeft om van de formele voorzieningen gebruik te maken: het gaat dus over die factoren die het zorgsysteem beschikbaar maken voor het individu (Andersen en Newman, 1973: 109). Huisman (1990: 180) maakt hierbij een onderscheid tussen gebruiksbevorderende factoren (kennis, inkomen, etc ...) en restrictieve factoren (toelatingscriteria, verzekeringsvorm, aanwezigheid van alternatieven zoals bijvoorbeeld de beschikbaarheid van informele verzorgers).

(c) gebruiksnoodzaak (need)

Deze laatste groep van individuele determinanten heeft betrekking op de behoefte-situatie van de persoon. Deze factoren representeren m.a.w. de meest onmiddellijke oorzaak van zorggebruik (Andersen en Newman, 1973: 109). Hierbij kan er een onderscheid gemaakt worden tussen de objectieve en subjectieve situatie. Dit laatste heeft dan betrekking op de wijze waarop het individu zijn noodsituatie ervaart (bijvoorbeeld de subjectief ervaren gezondheidstoestand), wat niet altijd in overeenstemming is met een objectief (professioneel) oordeel hieromtrent (diagnose van ziekten, mate van mogelijkheid tot zelfredzaamheid, etc ...).

Het hierboven beknopt weergegeven model werd gedurende de voorbije twintig jaar veelvuldig gebruikt voor de verklaring van de medische consumptie. In de tachtiger jaren werd het model ook toegepast in de analyse van de determinanten van het gebruik van sociale zorg door bejaarden. Dit zowel voor ambulante als voor residentiële voorzieningen. In het kader van dit artikel wordt deze literatuur besproken voor zover zij de consumptie van ambulante diensten betreft.

2.2. Toepassing van het model voor de ambulante zorg voor bejaarden

De literatuur betreffende de determinanten van gebruik van ambulante zorg door bejaarden is bijna uitsluitend van buitenlandse oorsprong. In Vlaanderen werden hierover nog geen multivariate analyses uitgevoerd. Het empirisch buitenlands onderzoek betreft enkel het individuele determinantenmodel. Tabel 1 geeft een overzicht van enkele van de bekomen resultaten voor de periode 1989-1992. Dit

overzicht is niet exhaustief, maar het laat toe een samenvattend beeld van de onderzoeksresultaten weer te geven.

De afhankelijke variabelen die in de verschillende modellen opgenomen werden zijn veelal van dichotome aard en bevatten het wel of niet gebruik van de voorziening(en). Het type van zorg waarvoor men het model geschat heeft, verschilt tussen de onderzoeken. Kempen (1990), Miller en McFall (1991) en Barush (1991) maken gebruik van één *gecombineerde afhankelijke variabele*, waarin het gebruik maken van verschillende zorgtypes samen opgenomen wordt (bijvoorbeeld gebruik maken van thuisverpleging en/of gezinszorg bij Kempen; gebruik van thuiszorg, warme maaltijden, transportdiensten en sociale begeleiding bij Barush). Uit het onderzoek van Bowling e.a. (1991) en Huisman (1990) blijkt echter dat de *determinanten voor de verschillende types van voorzieningen ook verschillend* zijn: zo blijkt bijvoorbeeld uit het onderzoek van Bowling (1991: 699) dat, wat betreft het gebruik van thuisverpleging, enkel de functionele capaciteiten van de bejaarde een belangrijke rol spelen; bij het gebruik van bejaardenhulp en warme maaltijden daarentegen is de huishoudomvang de belangrijkste voorspeller van gebruik. Gelijkaardige resultaten werden ook door Huisman gevonden (Huisman, 1990: 257).

Tabel 1. Overzicht van de resultaten van onderzoek naar de determinanten van gebruik van ambulante sociale zorg door bejaarden (periode 1989-1992).

	Bowling e.a., 1990	Noelker en Bass, 1989	Miller en McFall, 1991	Barush, 1991	Frederiks en Ter Wierinck, 1991	Huisman, 1990	Kempen, 1990	Huisman, 1990
	V.K.	VSA	VSA	VSA	Nederland	Nederland	Nederland	Nederland
omvang steekproef	1415	519	940	3673	720	104	579	
afhankelijke variabele	wel/niet gebruik soort bejaardenhulp	zorgpakket wel/niet gebruik (1)	sociale zorg op T2 (2)	mate van gebruik van sociale zorg	wel/niet gebruik van thuiszorg	wel/niet gebruik van thuiszorg (3)	wel/niet gebruik van bejaardenhulp	
schattingmethode	logistische regressie	multiple discriminant	logistische regressie	regressie met MCLS	discriminant analyse	logistische regressie	logistische regressie	
- GENEIGHEIDSVARIABLEN								
leeftijd (jong -> oud)	///	///	+++	+++	+++	///	///	
geslacht (vrouw, man)	///	///	///	///	///	///	///	
huishoudomvang (klein -> groot)	---				---	---	---	
opleiding (laag -> hoog)					---	---	---	
ethnische afkomst (kleuring, blank)		///	///	---	---	---	---	
omvang sociaal netwerk (klein -> groot)	///	///		---	---	---	---	
veranderingen in het informeel netwerk (inkrimping)			+++					
- MOEELIJKHEIDSVARIABLEN								
inkomen / SES (laag -> hoog)		///	+++		///	---	---	
gebruik informele zorg (weinig -> veel)		///	///	---		///	---	
gebruik formele zorg (neen -> ja)			+++	///			---	
gebruik commerciële zorg (neen -> ja)			+++	///			---	

vervolg van tabel 1

	Bowling e.a., 1990	Noelker en Bass, 1989	Miller en McFall, 1991	Barush, 1991	Frederiks en Ter Wierinck, 1991	Kempen, 1990	Huisman, 1990
	V.K.	VSA	VSA	VSA	Nederland	Nederland	Nederland
hospitalisatie (neen -> ja)			+++	+++			
-NOODZAAKVARIABLEN							
functionele afhankelijkheid (ADL/IADL) (weinig -> veel)	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
psychisch welbevinden (goed -> slecht)				+++	+++		///
incontinentie		+++					
belasting van de informele helper (laag -> hoog)		+++	+++				
verandering in de gezondheidstoestand (beter -> slechter)		+++					
verandering in de functionele afhankelijkheid (beter -> slechter)			+++				
aantal ziekten of ziektekweten		///	///	///			///

opmerkingen:

Algemeen: betekenis van de symbolen in de cellen

/// variabele opgenomen in multivariaat model maar niet significant

+++ significant en positief

--- significant en negatief

variabele niet in multivariaat model opgenomen

(1) Noelker en Bass, 1989: de afhankelijke variabele is een polytome variabele met betrekking tot zorgcombinaties die gebruikt worden:

1 geen formele hulp

2 algemene informele hulp met specifieke formele hulp

3 specifieke informele hulp met specifieke formele hulp

4 supplementaire hulp door de twee zorgcircuit

(2) Miller en McFall, 1991: longitudinaal design met constant houden van ADL/IADL

(3) Kempen, 1990: matched design van gebruikers en niet-gebruikers van ambulante zorg op basis van ADL/IADL niveau's

Dat verschillende types van sociale ambulante zorg verschillende determinanten kennen is plausibel: de taken die door thuisverplegingsdiensten uitgevoerd worden zijn voornamelijk paramedische handelingen die noodzakelijk zijn bij ziekte- en invaliditeitstoestanden (die de functionele afhankelijkheid beïnvloeden). Deze taken zijn dermate specifiek dat ze moeilijk door aanwezige informele verzorgers uitgevoerd kunnen worden. Ook Klaassen-Van den Bergh (1989: pp. 64-65) komt, op basis van een literatuurstudie van empirisch onderzoek uit de tachtiger jaren, tot eenzelfde conclusie, met name dat voor de verklaring van het gebruik van medico-sociale voorzieningen de gezondheidstoestand en functionele afhankelijkheid de belangrijkste factoren zijn. Voor de verklaring van het gebruik van de ambulante sociale zorgverlening (gericht op huishoudelijke en persoonsverzorgende hulp) zijn ook de aanwezigheid van informele zorg en kennis over de voorzieningen belangrijke factoren.

Wanneer dan verder naar de invloed van de verschillende onafhankelijke variabelen wordt gekeken blijkt dat de functionele afhankelijkheid, de leefsituatie (wel/niet alleen wonen) en het vroeger gebruik van formele zorg consistent een netto-effect hebben op het al dan niet gebruik van sociale zorg door bejaarden. Met een stijgende functionele afhankelijkheid en bij alleen-wonen versus niet-alleen wonen stijgt de kans op gebruik van voorzieningen. Het effect van het vroegere gebruik van formele voorzieningen kan een gevolg zijn van het verwijzingsgedrag van die voorzieningen of van een toegenomen zorg-kennis en -ervaring bij de bejaarden en hun netwerk. Verder blijkt in sommige van de beschouwde onderzoeken ook een netto-effect gevonden te zijn van de omvang van het sociale netwerk, het inkomen (of ruimer de sociaal-economische status), de leeftijd en het psychisch welbevinden van de bejaarde. Het effect van het inkomen is in de studie van Miller en McFall echter positief, in de beschouwde Nederlandse onderzoeken negatief. Dit verschillend teken van de inkomensvariabele is vermoedelijk een gevolg van *differentiële financieringsmodaliteiten in de Verenigde Staten*.

Uit de verschillende rapporteringen ontstaat het beeld dat de ambulante sociale zorg grosso modo gebruikt wordt door die mensen die deze zorg het meeste nodig hebben: bejaarden die meer problemen hebben op gebied van zelfredzaamheid, oudere mensen en alleen wonenden. Vooral de noodzaak-variabelen hebben een belangrijke invloed en in mindere mate ook de geneigheids- en mogelijkheidsvariabelen.

2.3. Globale opmerkingen betreffende het Andersen-Newman-model

Ofschoon het Andersen en Newman -model de voorbije twintig jaar veelvuldig in empirisch onderzoek en in verschillende contexten toegepast werd, blijven de globale modelresultaten eerder zwak wanneer het er om gaat de variantie in het zorggebruik van bepaalde voorzieningen te verklaren. Zo wordt bijvoorbeeld door de regressie-vergelijking van Barush (waarin veel verschillende variabelen als significant weerhouden werden) 18% van de variantie verklaard (Barush, 1991: 79). Huisman heeft, op basis van een logistische regressie voor gebruik van gezinszorg, als percentage goed voorspeld wel-gebruik 43,8% (Huisman, 1990: 257). In de literatuur werden reeds tal van oorzaken voor deze geringe verklarende kracht aangegeven. Enkele van de belangrijkste worden beknopt besproken:

- (a) De *metingen* in de onderzoeken zijn verschillend en soms onvoldoende specifiek, zowel wat betreft de in het model opgenomen concepten alsook de operationalisering en waarnemingsmethoden van die concepten (Noelker en Bass, 1987: 184; Coolen, 1991: 136). In dit verband geldt trouwens ook de reeds eerder vermelde opmerking met betrekking tot de keuze van de afhankelijke variabele: het model zal voor verschillende types van zorg verschillende resultaten geven; bij het gebruiken van een samengestelde afhankelijke variabele (bijvoorbeeld thuisverpleging én bejaardenhulp) zullen de resultaten minstens onduidelijk worden.
- (b) Daarenboven ontbreken in de meeste designs ook een aantal *essentieel van belang geachte variabelen*: het aanbod aan voorzieningen (spreiding, toegangs- en allocatieregels, ...), het vroegere zorggebruik, een nauwkeurige meting van tal van netwerkkenmerken en van het gebruik van zorg uit verschillende circuits, en tenslotte de meting van allerlei gebeurtenissen die een "trigger-effect" kunnen hebben ten aanzien van het gebruik van formele diensten (Pescosolido, 1992: 1113).
- (c) De gehanteerde modellen onderzoeken veelal de directe effecten van de onafhankelijke variabelen op het wel of niet gebruik van formele zorg, maar hebben geen oog voor de onderlinge relaties tussen deze onafhankelijke variabelen. Hiervoor is het gebruik van structurele modellen aangewezen (Frederiks en Ter Wierinck, 1991: 42). Ook bestaat er in de rapporteringen quasi geen aandacht voor interactie-effecten die theoretisch toch wel verwacht kunnen worden: wanneer bijvoorbeeld de zelfredzaamheid van de bejaarde slechter wordt zal deze situatie wellicht maar tot meer gebruik van formele zorg leiden wanneer er onvoldoende informele hulp ter beschikking staat om dit tekort op te vangen. Deze hypothese zal in het empirisch gedeelte expliciet aan bod komen. Het model van Andersen en Newman is bijgevolg eerder een *conceptueel-ordenend* schema dan een theoretisch model met betrekking tot de verklaring van zorggebruik (Huisman, 1991: 179). Het model expliciteert de relaties die er bestaan tussen de onafhankelijke variabelen niet.

Uit onderzoek op basis van dit model komen, niettegenstaande de beperkingen, een aantal centrale determinanten van het al dan niet gebruiken van formele zorg naar voor: de mate van functionele afhankelijkheid (= de mate van zelfredzaamheid op persoonsverzorgend en huishoudelijk gebied), de leefsituatie van de bejaarde (alleen of niet-alleen wonend) en het vroegere gebruik van formele zorg. In tweede orde werden ook effecten gevonden van leeftijd, inkomen, het psychisch welbevinden van de bejaarde, het al dan niet beschikken over informele verzorgers en het inkomen.

Uit het besproken buitenlandse onderzoek bleek ook dat verschillende types van formele sociale voorzieningen (ambulant vs. residentieel; medico-sociaal vs. huishoudelijk gericht) ook verschillende determinanten kennen. De afhankelijke variabele die gebruikt wordt moet m.a.w. in voldoende mate specifiek zijn.

In dit artikel wordt nu voor de Vlaamse situatie, op exploratieve wijze, een vergelijkbaar model geschat voor de verklaring van het zorggebruik van ambulante

sociale zorg. Hierin wordt het gebruik van poetshulp, bejaardenhulp en/of warme maaltijden samengenomen. Deze vormen van dienstverlening zijn min of meer op dezelfde huishoudelijke situaties gericht. Wel wordt eerst het globale zorggebruik van een populatie hoogbejaarden beschreven, met, zoals eerder reeds werd aangegeven, bijzondere aandacht voor het aandeel van de verschillende zorgcircuits.

3. GEBRUIK VAN ZORG DOOR ANTWERPSE HOOGBEJAARDEN

3.1. Beschrijving van de steekproef

Voor deze beschrijving wordt gebruik gemaakt van de data uit een steekproef van hoogbejaarden (75-plus) (3). Hoewel deze een panel-design heeft worden hier alleen data uit de eerste golf gebruikt. De steekproef werd getrokken op basis van de bestanden van de Burgerlijke Stand van de Stad Antwerpen. Het betreft een proportioneel gestratificeerde steekproef, waarbij de strata bepaald werden op basis van leeftijd en geslacht. De steekproef werd tot één stad beperkt om de aanbodfactoren constant te houden.

Op 2 oktober 1992 werden 902 hoogbejaarden geselecteerd. Deze bejaarden werden aangeschreven en mondeling bevraagd. Uiteindelijk werden van 456 hoogbejaarden bruikbare vragenlijsten bekomen. De globale respons bedraagt m.a.w. 50,6%. Het aantal weigeringen was 39,2% (354), 6,0% (54) werd na drie bezoeken niet thuis gevonden, 2,4% (22) van de aangeschreven bejaarden waren voor het interview reeds overleden en 1,8% (16) waren verhuisd, behoorden niet tot de doelgroep of gaven te onvolledige vragenlijsten. Van de 456 ingevulde vragenlijsten werden er 11,8% (54) geheel of gedeeltelijk beantwoord door een "informant". Dit is iemand uit het sociale netwerk van de bejaarde die, bij onmogelijkheid van de bejaarde om zelf te antwoorden, de "objectieve" vragen heeft beantwoord. Zo werd vermeden dat de meest zorgbehoevende bejaarden uit de analyse zouden wegvallen. Tabel 2 geeft een globaal overzicht van de representativiteit van de steekproef volgens de vooropgestelde strata. Alhoewel er een lichte oververtegenwoordiging van mannen (uit de verschillende leeftijdscategorieën) is blijkt toch dat er in geen enkel stratum problemen zijn wat betreft de representativiteit van de steekproef. Van de 456 bejaarden die in het uiteindelijke databestand opgenomen zijn verbleven er 13,8% (63) op het ogenblik van de bevraging in een rusthuis. Voor dit artikel werden deze cases buiten beschouwing gelaten zodat de steekproef enkel de thuiswonende bejaarden betreft (N=393).

Tabel 2. Representativiteit van de steekproef naar leeftijd en geslacht (4).

	75-79 jaar	80-84 jaar	85-89 jaar	90-94 jaar	95 jaar en meer	TOTAAL
MANNEN steekproef	75 16,4%	57 12,5%	21 4,6%	7 1,5%	1 0,2%	161 35,3%
bevolking	15,6% 6002	10,9% 4218	4,7% 1795	1,1% 434	0,2% 69	32,5% 12518
VROUWEN steekproef	107 23,5%	102 22,4%	60 13,2%	20 4,4%	6 1,3%	295 64,7%
bevolking	26,4% 10171	23,2% 8939	12,8% 4923	4,4% 1704	0,8% 301	67,5% 26038
TOTAAL steekproef	182 39,9%	159 34,9%	81 17,8%	27 5,9%	7 1,5%	456 100%
bevolking Stad Antwerpen	41,9% 16173	34,1% 13157	17,4% 6718	5,5% 2138	1,0% 370	100% 38556

3.2. Het gebruik van zorg door thuiswonende hoogbejaarden

Zoals in de inleiding reeds werd aangegeven, is het zorggebruik van hoogbejaarden ruimer dan het gebruik van formele voorzieningen. Andere zorgcircuits zijn met name: de informele zorg (zorg door familie, burens en kennissen) en de commerciële zorg (taken die uitgevoerd worden door commerciële dienstverleners zoals wasserijen, pedicure, etc ...). Bij de beschrijving en analyse van het zorggebruik worden enkel de thuiswonende bejaarden weerhouden; de bejaarden die in een serviceflat (N=13) of bejaardenwoning (N=7) verblijven zijn wel in de analyse aanwezig. In tabel 3 wordt het globale zorggebruik voorgesteld. In de bevraging werden aan de hand van uitgebreide taaklijsten gevraagd of de bejaarden deze activiteiten zelf nog uitvoeren en/of ze hierbij hulp krijgen en zo ja, van wie. Deze globale lijst heeft betrekking op huishoudelijke taken, persoonsverzorgende taken, administratieve taken, verpleegkundige taken en allerlei verplaatsingen. In de tabel werden ook de zorg-frequenties voor huishoudelijke en persoonsverzorgende taken apart opgenomen.

Tabel 3. Proporties gebruikers van zorg-actoren: voor alle taken, enkel voor huishoudelijke taken, enkel voor persoonsverzorgende taken (percentages hebben steeds betrekking op de volledige steekproef) (5).

N=393	alle taken		huishoudelijke taken		persoonsverzorg. taken	
	n	%	n	%	n	%
INFORMELE ZORG	341	86.8	307	78.1	78	19.8
- partner	129	32.8	123	31.3	32	8.1
- (schoon-)kinderen	184	46.8	155	39.4	35	8.9
- andere familie	83	21.1	62	15.8	6	1.5
- buren/kennissen	61	15.5	48	12.2	7	1.8
- allerlei andere	12	3.1	9	2.3	2	0.5
FORMELE AMBULANTE ZORG	117	29.8	84	21.4	23	5.9
- bejaardenhulp	24	6.1	21	5.3	12	3.1
- poetshulp	49	12.5	49	12.5	--	--
- thuisverpleging	20	5.1	1	0.3	11	2.8
- warme maaltijden (6)	27	6.9	27	6.9	--	--
- allerlei andere	28	7.1	2	0.5	--	--
COMMERCIELE ZORG	205	52.2	135	34.4	138	35.1
- pedicure	133	33.8	--	--	133	33.8
- wasserij	39	9.9	39	9.9	--	--
- taxi	10	2.5	--	--	--	--
- poetsvrouw (privé)	71	18.1	71	18.1	4	1.0
- allerlei andere	68	17.3	64	16.3	1	0.3

Uit deze tabel blijkt, zoals kon verwacht worden, dat het informele zorgcircuit voor de meeste bejaarden het eerste en belangrijkste circuit is waarop beroep gedaan wordt en dit zowel voor het geheel van mogelijke taken als voor huishoudelijke en persoonsverzorgende taken apart. Het zijn in de eerste plaats de kinderen/schoonkinderen en de partner die de belangrijkste actoren zijn. Voor de globale populatie van thuiswonende bejaarden krijgt 32,8% hulp van hun partner, 46,8% van hun kinderen. Van de bejaarden die nog een partner hebben (N=156) krijgt 80,1% hulp van deze partner; van de bejaarden die kinderen hebben (N=302) krijgt 60,3% hulp van deze kinderen of schoonkinderen.

Verrassender dan de sterke aanwezigheid van de informele zorg is echter dat de commerciële dienstverlening voor alle mogelijke taken dominant aanwezig is dan de formele ambulante voorzieningen. Bij de persoonsverzorgende taken is deze dominantie enkel aan de pedicure te wijten (die steeds op commerciële basis wordt verschaft); bij de huishoudelijke activiteiten echter is het bijvoorbeeld opvallend dat er meer bejaarden zijn die een privé-poetsvrouw in dienst hebben (18,1%) dan dat er bejaarden zijn die bejaardenhulp en/of poetshulp uit het formele circuit gebruiken (resp. 6,1% en 12,5%). Deze sterke aanwezigheid van commerciële dienstverlening

ligt in de lijn van wat ook in ander recent beschrijvend onderzoek gevonden werd (Leroy en Neiryck, 1994). Voor tal van huishoudelijke taken wordt door 16,3% van de bejaarden ook beroep gedaan op andere private dienstverleners zoals ruitenwassers en allerlei vaklui. Deze dienstverlening is vermoedelijk van meer occasionele aard dan bijvoorbeeld het werk van poetsvrouwen of van de dienst warme maaltijden.

Samenvattend: iets minder dan 1/3 van de thuiswonende hoogbejaarden maakt op een gegeven moment gebruik van één of andere vorm van ambulante formele sociale dienstverlening (met inbegrip van sociale diensten, dienstencentra en openbare diensten). Poets hulp, bejaardenhulp en/of warme maaltijden wordt door 21,4% (84) van de thuiswonende hoogbejaarden op een gegeven moment gebruikt. De dominantie van de formele poets hulp als belangrijkste zorgactor uit het formele systeem is denkkelijk een gevolg van de sterke uitbouw van deze vorm van dienstverlening in de stad Antwerpen. De informele zorg en commerciële zorg zijn echter de belangrijkste zorgverleners. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat deze tabel geen beeld geeft van de intensiteit van de geboden hulp door de verschillende actoren, noch specifiek de verschillende taken die opgenomen worden belicht. Hiervoor worden, in verder onderzoek op deze data, meer detail-analyses voorzien. De percentages hebben steeds betrekking op de thuiswonende hoogbejaarden en zijn, voor wat betreft de globale populatie hoogbejaarden (met inbegrip van de bejaarden die in rusthuizen verblijven), dus eigenlijk een onderschatting van het gebruik van formele zorg. Wanneer de rusthuisbewoners opgenomen worden blijft echter het globale beeld behouden, enkel de percentages wijzigen. Van zo een globale populatie hoogbejaarden maakt ongeveer 75% gebruik van informele zorg, 45% van commerciële zorg en 39,5% van formele, ambulante én residentieel, zorg.

In tabel 3 werd voor de verschillende zorgcircuits en -actoren, aangegeven welke proportie van de thuiswonende bejaarden er zorg van krijgt, in tabel 4 worden de combinaties van gebruik van verschillende circuits aangegeven.

Tabel 4. Combinaties van gebruik van zorgcircuits door thuiswonende hoogbejaarden: algemeen, voor huishoudelijke taken, voor persoonsverzorgende taken.

N=393	alle taken		huishoudelijke taken		persoonsverzorg. taken	
	n	%	n	%	n	%
- geen enkele zorg	14	3.6	29	7.4	183	46.6
- enkel informeel	128	32.6	174	44.3	62	15.8
- inform./commer.	110	28.0	69	17.6	11	2.8
- inform./form.	42	10.7	46	11.7	4	1.0
- inform./comm./for.	61	15.5	18	4.6	1	0.3
- enkel commercieel	24	6.1	37	9.4	114	29.0
- commerc./formeel	10	2.5	11	2.8	12	3.1
- enkel formeel	4	1.0	9	2.3	6	1.5
TOTAAL	393	100	393	100	393	100

Minder dan 5% van de bejaarden ontvangt geen enkele vorm van zorgverlening. Dit lage aantal heeft denklijk minder te maken met de zorgbehoefendheid of gebrek aan zelfredzaamheid van de hoogbejaarden, dan wel met een "normale" situatie van wederzijdse zorgverlening: er werden immers vragen gesteld over allerlei activiteiten die betrekking hebben op het huishouden, persoonsverzorging, administratie en verplaatsingen. Ook in de gewone huishoudelijke taakverdeling in een niet-bejaard gezin is er immers sprake van "zorgen voor ...".

Bij de persoonsverzorgende taken, die normaliter zonder hulp uitgevoerd worden, krijgen 53,4% van de bejaarden zorg van iemand anders. Deze proportie wordt echter door de sterke aanwezigheid van de pedicure bepaald. Uit tabel 3 bleek reeds dat 19,8% van de hoogbejaarden op de persoonsverzorgende taken hulp krijgt van de informele verzorgers en 5,9% van de bejaarden van de formele ambulante zorg (thuisverpleging én bejaardenhulp). Uit tabel 3 bleek verder ook dat het informele circuit bij de ruime meerderheid van de bejaarden een zorgverlenende taak had (86,8%); uit bovenstaande tabel blijkt nu dat voor bijna 1/3 van de hoogbejaarden het informele circuit de enige zorgverlener is. Wanneer enkel naar de huishoudelijke taken gekeken wordt blijkt dat in 44,4% van de gevallen het informele systeem er alleen voor staat. Verder is het ook zo dat de ambulante formele zorg quasi nooit als enige zorgverlenende instantie optreedt, maar steeds in combinatie met de andere circuits. Voor de commerciële zorg is dit ook het geval, zij het minder uitgesproken (de 29% gebruikers van louter commerciële zorg voor persoonsverzorgende taken zijn een uitzondering, deze hebben ook weer op pedicure betrekking).

Onderzoek naar zorggebruik van hoogbejaarden kan zich bijgevolg niet beperken tot het analyseren van het gebruik van de formele voorzieningen. De belangrijkste zorgactoren (in termen van prevalentie, niet noodzakelijkerwijs in termen van uren of prestaties) komen immers uit het informele circuit en het commerciële circuit. Wanneer het gebruik van de formele diensten wordt geanalyseerd zal met deze andere

circuits rekening gehouden moeten worden, dus ook met de commerciële dienstverlening.

Na deze omschrijving van het gebruik van zorg wordt in het volgende punt bekeken welke hoogbejaarden al dan niet gebruik maken van poetshulp, bejaardenhulp en/of warme maaltijden.

3.3. Bivariate analyse: wel/niet gebruik van ambulante sociale zorg

De vraagstelling in dit artikel heeft betrekking op de *determinanten van het verschil tussen gebruikers en niet-gebruikers* van de ambulante sociale zorg. In het tweede punt werd reeds aangegeven dat het zoeken naar verschillen slechts relevantie heeft wanneer de gebruiks-variabele betrekking heeft op vergelijkbare zorgtypes (die een functie ten aanzien van dezelfde taakaspecten vervullen). Daarom wordt in dit artikel de afhankelijke variabele "gebruik van ambulante zorg" geoperationaliseerd als het al dan niet gebruiken van poets- en bejaardenhulp en/of warme maaltijden. Al deze diensten zijn gericht op de huishoudelijke en/of persoonsverzorgende aspecten van het dagelijks leven van de bejaarde. De thuisverpleging en de andere ambulante voorzieningen hebben deze expliciete oriëntatie niet en worden daarom niet mee in de afhankelijke variabele opgenomen.

De verdeling van het wel of niet gebruiken van de ambulante sociale zorg (in zijn beperkte betekenis dus) werd hierboven reeds aangegeven: 21,4% van de hoogbejaarden maakt gebruik (n=84) van deze zorgvoorzieningen, 78,6% is geen gebruiker (n=309).

De samenhang met de onafhankelijke variabelen wordt gepresenteerd aan de hand van de indeling van Andersen en Newman.

3.3.1. Gebruiksgeneigheidsvariabelen

Een overzicht van de samenhang tussen de geneigheidsvariabelen en het wel/niet gebruik wordt in tabel 5 weergegeven.

Tabel 5. Samenhang tussen de geneigheidsvariabelen en het wel/niet gebruiken van ambulante sociale zorg (N=393)

		% gebruikers	assoc, sign.
GESLACHT			
- man	39,7% (156)	16,7% (26)	$\tau_{b} = 0,09$ $p > 0,05$
- vrouw	60,3% (237)	24,5% (58)	
LEEFSTUATIE			
- alleen	48,1% (189)	34,9% (66)	$\tau_{b} = - 0,32$ $p < 0,001$
- niet alleen	51,9% (204)	8,8% (18)	
BURGERLIJKE STAAT			
- ongehuwd	6,6% (26)	23,1% (6)	$\tau_{b} = 0,15$ $p < 0,001$
- gehuwd	38,2% (150)	10,0% (15)	
- verweduwd	49,1% (193)	30,6% (59)	
- gescheiden	6,1% (24)	16,7% (4)	
CONTACTFREQUENTIE MET INFORMEEL NETWERK			
- meer dan 1x/week	86,0% (288)	21,2% (61)	$\tau_{b} = 0,05$ $p > 0,05$
- maximum 1x/week	14,0% (47)	27,7% (13)	
VROEGER BEROEP			
- arbeider	27,9% (90)	22,2% (20)	$\tau_{b} = 0,02$ $p > 0,05$
- bediende	22,6% (73)	12,3% (9)	
- zelfst./vrij beroep	16,7% (54)	24,1% (13)	
- huisvrouw	27,6% (89)	23,6% (21)	
- andere	5,3% (17)	11,8% (2)	
LEEFTIJD			
- 75 - 79 jaar	45,3% (178)	10,1% (18)	$\tau_{b} = 0,27$ $p < 0,01$
- 80 - 84 jaar	34,1% (134)	24,6% (33)	
- 85 - 89 jaar	16,0% (63)	39,7% (25)	
- 90 jaar of ouder	4,6% (18)	44,4% (8)	

Noot: In de eerste kolom worden bij de categorieën van de variabelen steeds de enkelvoudige frequentieverdelingen weergegeven; in de tweede kolom wordt per categorie het percentage gebruikers van ambulante sociale zorg aangegeven

Uit deze tabel blijkt dat de voor de hand liggende variabelen een significante samenhang vertonen met het al dan niet gebruiken van ambulante sociale zorg: de leeftijd (gebruikers zijn ouder dan niet gebruikers), de leefsituatie van de bejaarde (de alleenwonenden gebruiken meer dan de bejaarden die nog met iemand samenwonen), de burgerlijke staat (gehuwden gebruiken minder). De contactfrequentie (dat is de mate waarin de bejaarde contact heeft met iemand uit het informele netwerk) en de vroegere beroepsituatie blijken niet samen te hangen met het wel/niet zorggebruik. Alhoewel vrouwen proportioneel gezien meer zorg gebruiker zijn dan mannen is dit verband niet significant. Deze groep van geneigheidsvariabelen vormen de achtergrond van het gebruik van zorg; ze geven als het ware de "buitenste schil" van het fenomeen

zorggebruik aan: de alleenstaande, oudere mensen met een beperkt informeel netwerk gebruiken eerder de formele ambulante voorzieningen.

3.3.2. Gebruiksmogelijkheidsvariabelen

In het conceptueel schema van Andersen en Newman werden de factoren die het gebruik mogelijk maken of beperken in deze groep van "enabling"-variabelen ondergebracht. In ons onderzoek werden hierbij de volgende variabelen geoperationaaliseerd: het inkomen, of men hulp krijgt uit het informele circuit (gespecificeerd naar actoren), hulp uit de commerciële zorg, of men andere hulp krijgt uit het formele circuit, of men woont in een service-flat of bejaardenwoning, of men vroeger reeds van ambulante formele zorg gebruik heeft gemaakt, de kennis van de bestaande voorzieningen (het aantal zorgverlenende diensten dat men kent) en eventuele hospitalisatie gedurende het voorbije jaar. Het accent in deze mogelijkheidsvariabelen ligt dus op de andere en vroegere vormen van zorggebruik. De resultaten van de bivariate analyse worden in tabel 6 voorgesteld.

Wat betreft de variabelen m.b.t. het gebruik van informele zorg en commerciële zorg werd tijdens de analyse voor een specifieke operationalisering gekozen. Uit een eerste bivariate analyse bleek dat er geen samenhang was tussen het krijgen van informele zorg voor huishoudelijke en persoonsverzorgende taken en het al dan niet gebruiken van ambulante sociale voorzieningen (7) ($\tau_{ab} = -0,019$, $p > 0,05$). Voor wat betreft het krijgen van commerciële hulp voor huishoudelijke en persoonsverzorgende taken werd er wel een samenhang vastgesteld maar omgekeerd aan deze die eigenlijk werd verwacht ($\tau_{ab} = 0,15$, $p < 0,05$), wat betekent dat gebruikers van commerciële diensten m.b.t. huishoudelijke en/of persoonsverzorgende taken ook meer van de formele ambulante diensten gebruik maken.

Deze op het eerste gezicht verrassende resultaten werden verder onderzocht en, zoals blijkt uit de tabel, is het de aard van de hulpverlenende actor die zal bepalen welk verband er is tussen het gebruik van de andere circuits en het gebruik van ambulante sociale zorg.

Zo zien we dat hulp krijgen van een partner of een andere inwonende persoon een negatieve samenhang vertoont met het gebruiken van ambulante sociale zorg (bejaarden die van deze informele actoren zorg krijgen, gebruiken veel minder de ambulante sociale dienstverlening). Bejaarden die van deze actoren géén hulp krijgen, maar wel van niet-inwonende kinderen gebruiken méér formele ambulante zorg. Hoogbejaarden die van de twee vorige types van actoren géén zorg krijgen op huishoudelijk en persoonsverzorgend vlak, maar wel van andere familieleden of kennissen maken niet significant meer of minder gebruik van de ambulante sociale voorzieningen. Eenzelfde specificering naar actoren van de commerciële zorg laat ook andere verbanden zien: bejaarden die een privé-poetsvrouw hebben gebruiken veel minder ambulante sociale zorg. Bejaarden die van een pedicure gebruik maken, gebruiken méér de ambulante sociale zorg.

Het vroegere gebruik van ambulante sociale zorg (in zijn ruimste betekenis) heeft geen significant effect op het huidige gebruik, hetzelfde geldt voor eventuele hospitalisaties gedurende het laatste jaar. Wel moet er op de grote percentageverschillen gewezen worden: van de groep vroegere gebruikers van zorg gebruikt 29,5% nu ambulante sociale zorg; van de groep hoogbejaarden die nog niet van deze voorzieningen gebruik heeft gemaakt maakt slechts 19,4% momenteel gebruik. Eenzelfde fenomeen is ook op te merken bij de bejaarden die ook van andere ambulante voorzieningen gebruik maken (thuisverpleging of andere vormen). Het al dan niet woonachtig zijn in een specifieke woonvorm hangt wel samen met het zorggebruik: bewoners van een service-flat of een bejaardenwoning gebruiken meer zorg dan de thuis-wonende bejaarden. Het aantal diensten dat de hoogbejaarde kent had geen effect op het wel of niet-gebruiker zijn van ambulante sociale zorg, noch het hebben van familieleden in hulpverlenende beroepen.

Tabel 6. Samenhang tussen de mogelijksvariabelen en het wel/niet gebruiken van ambulante sociale zorg (N=393).

		% gebruikers	assoc., sign.
MAANDELIJKS NETTO-INKOMEN HH			
- min. 25.000 BF	15,3% (55)	32,7% (18)	tau _b = - 0,21 p < 0,001
- 25.000 - 45.000 BF	64,1% (230)	27,0% (62)	
- plus 45.000 BF	20,6% (74)	4,1% (3)	
HULP VAN EEN INWONENDE VOOR HUIH/PERSOONSVERZORGENDE TAKEN			
- neen	59,5% (234)	29,1% (68)	tau _b = - 0,23 p < 0,001
- ja	40,5% (159)	10,1% (16)	
HULP VAN NIET INWONENDE KIND. BIJ HUIH/PERSOONSVERZORGENDE TAKEN			
- neen	76,8% (302)	16,9% (51)	tau _b = 0,20 p < 0,001
- ja	23,2% (91)	36,3% (33)	
HULP VAN ANDERE FAMILIE /KENNISSEN BIJ HUIH/PERSOONSVERZORGENDE TAKEN			
- neen	84,7% (333)	20,4% (68)	tau _b = 0,06 p > 0,05
- ja	15,3% (60)	26,7% (16)	
HULP VAN EEN PRIVE-POETSVROUW			
- neen	81,9% (322)	24,5% (79)	tau _b = - 0,16 p < 0,01
- ja	18,1% (71)	7,0% (5)	
HULP VAN EEN PEDICURE			
- neen	66,2% (260)	15,0% (39)	tau _b = 0,22 p < 0,001
- ja	33,8% (133)	33,8% (45)	

vervolg van tabel 6

		% gebruikers	assoc., sign.
HULP VAN THUISVERPLEGING OF ANDERE AMBULANTE SOCIALE ZORG			
- neen	88,0% (346)	20,2% (70)	$\tau_{b} = 0,08$
- ja	12,0% (47)	29,8% (14)	$p > 0,05$
VROEGER GEBRUIK VAN AMBULANTE ZORG			
- neen	80,2% (315)		
- ja	19,8% (78)	19,4% (61)	$\tau_{b} = 0,10$
		29,5% (23)	$p > 0,05$
LAATSTE JAAR HOSPITALISATIE			
- neen	78,9% (310)	20,0% (62)	$\tau_{b} = 0,07$
- ja	21,1% (83)	26,5% (22)	$p > 0,05$
VERBLIJFT IN SERVICEFLAT OF BEJAARDENWONING			
- neen	94,9% (373)	19,8% (74)	$\tau_{b} = 0,16$
- ja	5,1% (20)	50,0% (10)	$p < 0,05$

Van de "enabling"-variabelen zijn het m.a.w. vooral de beschikbare zorgalternatieven die een belangrijke samenhang vertonen met het gebruik van de formele ambulante zorg.

3.3.3. Nood-variabelen en het gebruik van ambulante sociale zorg

In het literatuuroverzicht van onderzoek naar de determinanten van zorggebruik kwamen steeds de variabelen m.b.t. de functionele afhankelijkheid van de bejaarden als de belangrijkste naar voor. De functionele afhankelijkheid is een maat voor de zelfredzaamheid van de bejaarde m.b.t. huishoudelijke en persoonsverzorgende activiteiten. In ons onderzoek werd hiervoor een set van 11 items (ADL/IADL) gebruikt die reeds door Huisman op schaalbaarheid en betrouwbaarheid werden onderzocht (Huisman, 1990: 200-205). De ADL-schaal meet de mate waarin een bejaarde niet meer zelfstandig *persoonsverzorgende activiteiten* kan uitvoeren (Activiteiten Dagelijks Leven). De schaal bevat 5 items (eten en drinken, aan- en uitkleden, zich wassen, het toilet gebruiken en binnen lopen). De IADL-schaal heeft betrekking op de *huishoudelijke taken* (Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven). De schaal bevat 6 items (wassen en strijken, boodschappen doen, koken, ontbijt maken, stof afnemen, dweilen en ramen lappen). Samen vormen deze twee schalen een algemene hiërarchische schaal van functionele afhankelijkheid ((I)ADL). In bijlage worden de items, antwoordcategorieën en schaalanalyses opgenomen. Uit deze analyses blijken de 11 items samen een sterke hiërarchische schaal te vormen die met een grote interne betrouwbaarheid de functionele capaciteiten van de bejaarde weergeeft. Het score-bereik loopt van 0 tot 11: 0 betekent dat de bejaarde op geen

enkel item afhankelijk is, score 11 dat de bejaarde geen enkele van de taken nog zelfstandig kan uitvoeren.

De gemiddelde score van de totale steekproef van thuiswonende bejaarden bedraagt 1,6 taken (stddev 2,3). In volgende tabel wordt de frequentieverdeling weergegeven.

Tabel 7. Functionele afhankelijkheid ((I)ADL) van thuiswonende 75-plussers.

N=374	n	%
- op geen enkele taak	185	49,5%
- op 1 taak	55	14,7%
- op 2 taken	35	9,4%
- op 3 taken	28	7,5%
- op 4 taken	27	7,2%
- op 5 taken	15	4,0%
- op 6 taken	15	4,0%
- op 7 taken	5	1,3%
- op meer dan 7 taken	9	2,4%
TOTAAL	374	100%

Een eerste vaststelling uit deze tabel is dat bijna de helft van alle thuiswonende bejaarden geen enkele vorm van tekorten op functioneel gebied kent: 49,5% van de hoogbejaarden heeft geen of slechts in beperkte mate moeite met het zelfstandig *kunnen* uitvoeren van de algemene activiteiten van het dagelijks leven. Wanneer er dan afhankelijkheid ontstaat heeft dit in hoofdzaak betrekking op de instrumentele activiteiten. 92,6% (363) van alle hoogbejaarden is op geen enkele ADL-taak afhankelijk. Minder dan 10% van de thuiswonende bejaarden heeft m.a.w. af te rekenen met ingrijpende problemen op het vlak van zelfredzaamheid.

De andere need-variabelen die onderzocht werden zijn het aantal chronische klachten van de bejaarde, het psychisch welbevinden (emtioneel en cognitief) en de subjectieve gezondheidstoestand van de bejaarde. Met uitzondering van het aantal chronische klachten zijn al deze variabelen gebaseerd op schalen. De items en de schaalanalyses worden in bijlage opgenomen. Elk van de variabelen heeft eenzelfde verloop: hoe hoger de score, hoe slechter de bejaarde er aan toe is.

Elk van de hierboven beschreven need-variabelen werd op het interval-niveau beschouwd en er werd een t-test (of F-test uit de ONEWAY-ANOVA) toegepast (8). De resultaten worden in tabel 8 samengevat. Hieruit blijkt dat gebruikers en niet-gebruikers van elkaar verschillen voor wat betreft de functionele afhankelijkheid, het aantal chronische ziekten en het emotioneel psychisch welbevinden. De gebruikers van zorg zijn er, wat betreft hun individuele nood-situatie, er steeds slechter aan toe dan de niet gebruikers. De zorg bedient dus die mensen die in een slechtere gezondheids- en functionele situatie verkeren.

Tabel 8. Samenhang tussen nood-variabelen en het wel/niet gebruik van ambulante sociale zorg (9).

	alg. gemidd.	gemidd. score		F-ratio	sign.
		niet gebr.	gebruik		
- FUNCTIONELE AFHANKELIJKHEID (0 - 11)	1,6	1,4	2,5	15,1	p< 0,001
- AANTAL CHRONISCHE ZIEKTEN (0 - 62)	3,2	3,0	3,8	5,6	p< 0,05
- EMOTIONEEL WELBEVINDEN (0 - 5)	1,2	1,1	1,6	7,1	p< 0,05
- COGNITIEF WELBEVINDEN (0 - 3)	1,1	1,1	1,1	0,2	p> 0,05
- SUBJECTIEVE GEZONDHEID (0 - 4)	0,5	0,5	0,7	2,0	p> 0,05

3.3.4. Conclusie na bivariate analyse

Het beeld dat uit de voorgaande punten ontstaat is dat de gebruikers van zorg er globaliter slechter aan toe zijn dan de niet-gebruikers: zij kennen grotere functionele, gezondheids- en psychische beperkingen, zij hebben minder onmiddellijke (d.w.z. inwonende) zorgalternatieven ter beschikking, noch doen zij beroep op private huishoudelijke hulpverlening. Wel zijn het relatief meer de bewoners van serviceflats die gebruiker van de ambulante sociale zorg zijn. Het al of niet alleen wonen bleek ook een belangrijke rol te spelen, samen met de leeftijd.

Samenvattend ontstaat reeds op basis van deze analyses volgend beeld: het gebruiken van de formele ambulante zorg is onmiddellijk gerelateerd aan de (mate van ernst van de) probleemsituaties die mensen ervaren (op het terrein van de eigen zelfredzaamheid) én waarvoor zij differentiële oplossingsstrategieën (kunnen) gebruiken: het informele systeem en/of het "kopen" van zorg van commerciële aanbieders. Deze keuzes worden allicht bepaald door de leefsituatie, de beschikbaarheid van die alternatieven en het inkomen. De samenhang van deze verschillende elementen wordt in de multi-variate analyse verder geëxpliciteerd.

3.4. Multivariate analyse: wel/niet gebruik van ambulante sociale zorg

Na de voorgaande beschrijving van de bivariate verschillen tussen gebruikers en niet-gebruikers van bejaardenhulp, poetshulp en/of warme maaltijden, wordt in deze paragraaf een model geschat voor het bepalen van de factoren die een netto-effect hebben op de afhankelijke variabele. Hiervoor wordt een logistische regressie-techniek verkozen boven een discriminant-analyse, alhoewel deze laatste techniek inhoudelijk meer bij de probleemstelling past, met name het verschil tussen de gebruikers en niet-

gebruikers van formele zorg. De structuur van de data beantwoordt echter niet aan de assumpties van de discriminantanalyse, m.n. homogeniteit van de variantie-covariantiematrices van de twee groepen én de vereiste van multivariate normaliteit (Tacq, 1990: 242-243; Norusis, 1990: 30).

In de analyse worden bijna alle variabelen opgenomen die bivariaat reeds een samenhang met de gebruiksvariabele vertoonden. De burgerlijke staat van de bejaarde, werd omwille van overlapping met de leefsituatie, uit de analyse weggelaten. Twee variabelen werden, na verdere analyse, samengenomen, m.n. de leefsituatie (al of niet alleen wonen) van de bejaarde en de informele zorg. Tussen deze variabelen bestaat een hoge mate van multicollineariteit omdat de samenwonende bejaarden in 3/4 van de gevallen ook zorg krijgen van de personen bij wie zij inwonen. Daarom werd een combinatievariabele geconstrueerd die de leef-en informele zorgsituatie met elkaar combineert. Deze variabele heeft 4 categorieën: (a) de samenwonenden, (b) de alleenwonenden die informele zorg krijgen van buitenhuis-wonende kinderen, (c) de alleenwonenden die zorg krijgen van andere familieleden en (d) de alleenwonenden die geen informele zorg krijgen. In de logistische regressie werd deze combinatievariabele leefsituatie/informele zorg als categoriale variabele ingevoerd, met het alleenwonen zonder informele zorg als referentie-categorie. De parameterschattingen van elke categorie geven bijgevolg het effect weer van elke categorie t.a.v. de referentie-categorie.

Omdat de analyse exploratief van opzet is, werd in de eerste plaats met alle opgenomen variabelen een stapsgewijze logistische regressie uitgevoerd in functie van model-selectie. Vervolgens werden de variabelen die een netto-effect hadden op het wel/niet gebruik van ambulante sociale zorg in een nieuwe regressie rechtstreeks ingevoerd. In de stapsgewijze regressie werden de volgende variabelen als niet-significant gedetecteerd: geslacht ($b=0.87$, $\text{sig}=0.35$), het aantal chronische ziekten van de bejaarde ($b=2.28$, $\text{sig}=0.13$), het emotioneel welbevinden van de bejaarde ($b=2.96$, $\text{sig}=0.08$) en het al dan niet verblijven in een service-flat of bejaardenwoning ($b=1.70$, $\text{sig}=0.19$). Deze variabelen hebben m.a.w. geen significant netto-effect op de afhankelijke variabele. Blijkbaar is het effect van deze variabelen te wijten aan andere opgenomen variabelen.

De logistische regressie-coëfficiënten van de significante variabelen staan in de derde kolom van tabel 9 (eerste model, logistische regressiecoëfficiënten b). In deze analyse blijven alle bivariate effecten ook significant in het multivariate model: opvallend is wel dat ook het inkomen een netto-effect blijft hebben op het gebruik van de formele ambulante zorg en niet verdwijnt bij controle voor het al/niet gebruik van een commerciële poetsvrouw. Het inkomen is m.a.w. niet alleen van invloed op het gebruik van ambulante sociale zorg omwille van de mogelijkheid tot "kopen" van zorgalternatieven, maar ook rechtstreeks: mensen met lagere inkomens maken, bij controle voor alle andere opgenomen variabelen, proportioneel meer gebruik van ambulante sociale zorg; *de inkomens-selectiviteit zoals deze in de gesubsidieerde dienstverlening is ingebouwd blijkt dus ook effectief naar voor te komen*. Uit de tabel blijkt verder ook dat het voornamelijk de categorie "samenwonenden" is die proportioneel, en in vergelijking met de referentiecategorie, minder naar formele voorzieningen toestapt; het hebben van zorg van buitenhuis-wonende kinderen of van

andere familieleden vertoont, ten opzichte van de groep alleenwonende bejaarden zonder informele zorg, geen significante samenhang meer met het zorggebruik.

Tabel 9. Logistische regressie van het gebruik van ambulante sociale zorg (N=389) (10).

ONAFHANKELIJKE VARIABLEN	EERSTE MODEL		TWEEDE MODEL	
	R	b	R	b
- functionele afhankelijkheid	0.08	0.14*		
- leeftijd	0.15	0.15**	0.16	0.13**
- gebruik van commerciële poetsvrouw				
0 neen		0		0
1 ja	-0.15	1.72**	-0.14	-1.73**
- gebruik van een pedicure				
0 neen		0		0
1 ja	0.15	0.99**	0.14	0.96**
- inkomen				
0: lager dan 40.000		0		0
1: hoger dan 40.000	-0.07	-0.82*	-0.09	-0.96*
- leefsituatie/informele zorg	0.21			
samenwonende bejaarde	-0.18	-1.65**		
alleenwonend: zorg van kinderen	0.00	-0.04		
alleenwonend: zorg van anderen	0.00	-0.55		
alleenwonend: geen zorg		0		
- functionele afhankelijkheid naar categorieën van leefsituatie/informele zorg				
samenwonende bejaarde			-0.05	-0.20
alleenwonend: zorg van kinderen			0.13	0.35**
alleenwonend: zorg van anderen			0.12	0.38**
alleenwonend: geen zorg			0.16	0.82**
constante		-3.19**		-2.36**
model chi ²		105.00**		110.93**
- classificatietabel				
- % goed voorspeld niet-gebruik		94.8%		95.8%
- % goed voorspeld wel-gebruik		45.8%		45.8%

* p < 0.05

** p < 0.01

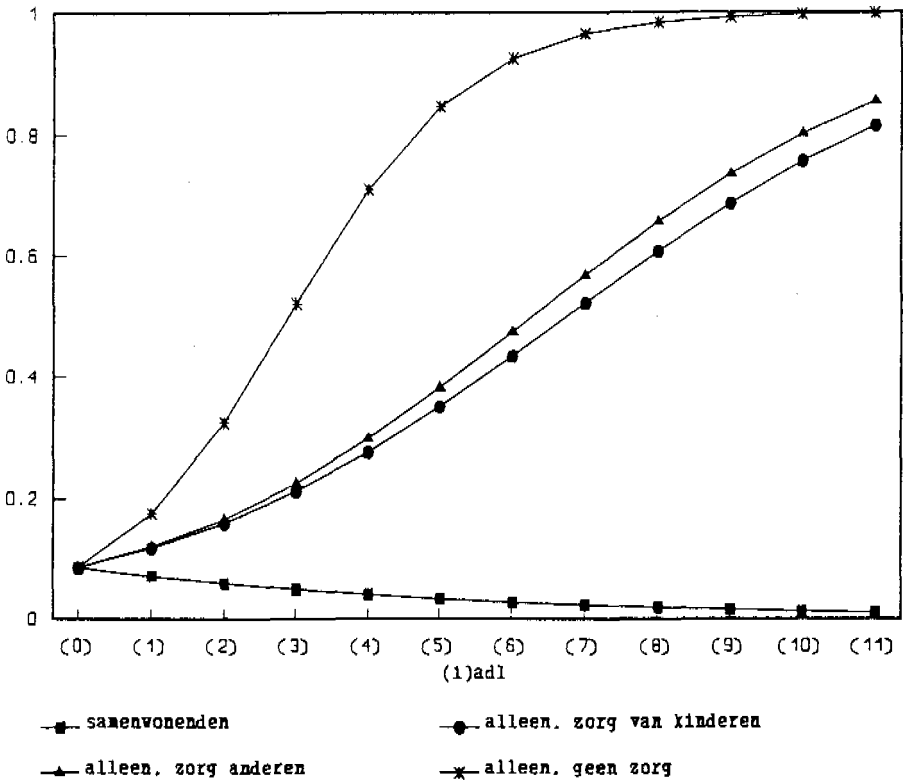
Grosso modo bevestigen de resultaten van het eerste model dus de bivariate analyses: mensen die ambulante zorg gebruiken zijn ouder, kennen meer functionele beperkingen, hebben lagere inkomens, hebben in huis weinig inwonende zorgalternatieven en kopen ze ook niet in het commerciële circuit.

In een volgende stap werd het effect van de leef/zorg-situatie én de mate van functionele afhankelijkheid verder onderzocht. In dit tweede model bleek dat deze twee kenmerken op een gecompliceerde wijze samengaan in hun invloed op het zorggebruik: de netto-bivariate effecten zijn namelijk terug te brengen tot een interactie-effect. De resultaten van dit tweede model staan in de laatste kolommen van dezelfde tabel. In dit model werd de functionele afhankelijkheid binnen de categorieën van leef-en zorgsituatie als aparte variabele opgenomen. Het *effect van de functionele afhankelijkheid blijkt verschillend te zijn voor verschillende "informele zorgarrangementen" van de hoogbejaarden*: bij alleenwonende hoogbejaarden heeft een toename van de afhankelijkheid een sterker effect op het zorggebruik dan in elke andere categorie. Voor de samenwonende bejaarden werd er zelfs geen significant effect van de functionele afhankelijkheid op het zorggebruik gevonden (de r-parameter is hier zelfs negatief maar heeft een grote standaard-fout). Blijkbaar is een toenemende afhankelijkheid bij de samenwonenden géén oorzaak van méér zorggebruik. Vermoedelijk wordt hierdoor het informele systeem zwaarder belast. Hieruit blijkt dat in verder onderzoek (en in de screening van mogelijke cliënten) ook de situatie van de informele verzorgers moet opgenomen worden.

Uit de parameterschattingen blijkt verder dat hoogbejaarden, die zorg krijgen van niet inwonende kinderen of andere personen uit het informele netwerk, bij een stijgende functionele afhankelijkheid, minder snel beroep doen op formele zorg dan bejaarden die geen informele zorg ter beschikking hebben. Dit komt ook tot uiting in volgende grafiek (figuur 1) waarin voor de vier leef-en zorgsituaties de geschatte gebruiksproporties bij toenemende functionele afhankelijkheid weergegeven worden.

Figuur 1 Geschatte gebruiksproporties van ambulante sociale zorg door hoogbejaarden. Differentiële schattingen voor leef-/zorgsituatie bij toenemende (I)ADL.

geschatte gebruiksproportie



ref.cat.: 75 jaar, inkomen -40.000BF, geen commerciële zorg

Zoals uit deze grafiek kan afgeleid worden zijn de gebruiksproporties (van formele ambulante zorg) voor bejaarden die informele zorg krijgen van niet-inwonende kinderen en voor bejaarden die zorg krijgen van andere informele zorgers quasi-gelijk. Bejaarden die geen informele zorg hebben, maken, bij toenemende functionele afhankelijkheid sneller gebruik van de ambulante sociale zorg. Toenemende functionele afhankelijkheid heeft bij bejaarden die hulp krijgen van een inwonende géén effect op het gebruik van formele zorg. Het hulp krijgen van een inwonende is als het ware een zeer stringente buffer ten aanzien van gebruik van formele zorg.

Op basis van het multivariate model worden de voorlopige conclusies van de bivariate analyses bevestigd: bij situaties van toenemende zelfredzaamheidsproblemen hebben de bejaarden verschillende oplossingsmogelijkheden. De nabijheid en beschikbaarheid van informele zorg vormt als het ware de belangrijkste buffer rond de bejaarde ten aanzien van formeel zorggebruik. Toch zijn ook andere keuzes mogelijk, zoals blijkt uit het effect van het gebruik van de private poetsvrouw. Dat ook de leeftijd een netto-effect heeft op het zorggebruik is wellicht omdat leeftijd op zich ook als een nood-factor beschouwd wordt (los van de toenemende functionele afhankelijkheid). Wanneer mensen zeer oud worden, wordt hun situatie blijkbaar in toenemende mate als risicovol beschouwd, waardoor er proportioneel meer zorg zal gebruikt worden.

4. BESPREKING EN CONCLUSIES

Aan de hand van een cross-sectionele steekproef van thuiswonende hoogbejaarden werd in het voorgaande een model van determinanten geschat m.b.t. de verklaring van het al dan niet gebruik maken van ambulante sociale zorg op een gegeven moment (poets hulp, bejaardenhulp en/of warme maaltijden). Uit deze modelschatting bleek de belangrijke betekenis van de "enabling" en "need"-variabelen en hun onderlinge interactie. De mate van functionele afhankelijkheid van de hoogbejaarden bleek een centrale determinant te zijn. Wel werd vastgesteld dat dit effect verschillend is voor de verschillende leef- en informele zorgsituaties van de bejaarden. Hierbij is het vooral opvallend dat een toename van functionele deficiënties van de samenwonende hoogbejaarden geen effect heeft op het gebruik van ambulante sociale diensten. Een gemakkelijke, nabije beschikbaarheid van informele zorg blijkt een stringente buffer "tegen" het gebruik van formele diensten te zijn. Dit zal negatieve consequenties hebben voor de informele verzorger, die er, bij toenemende incapaciteit van de hoogbejaarde, toch alleen blijft voor staan. Bejaarden die beroep doen op een gelijkaardige dienstverlening uit het commerciële circuit (een poetsvrouw) doen minder beroep op de formele zorg. Sommige bejaarden kiezen met andere woorden voor de private alternatieven in plaats van de formele voorzieningen. Het gebruik van een pedicure blijkt ook in een multi-variaat model een positieve netto samenhang te vertonen met het zorggebruik. Het is echter dubbelzinning om, in dit verband, van een effect te spreken: het is immers mogelijk dat juist door gebruik te maken van een formele dienstverlening de bejaarde in contact gekomen is met een pedicure (wat een vorm van dienstverlening is die niet op gesubsidieerde formele basis georganiseerd wordt). Het omgekeerde is echter ook mogelijk (11). In latere analyse zullen de periodes waarin de bejaarde met het zorggebruik gestart is, mee verdisconteerd moeten worden.

Wat ruimer bekeken blijkt dit trouwens één van de centrale problemen te zijn bij het schatten van determinantenmodellen die het wel/niet gebruik trachten te verklaren op basis van een cross-sectioneel design. Wil er een antwoord geformuleerd worden op de vraag waarom iemand een gebruiker van formele voorzieningen wordt (of m.a.w. wie, op welk ogenblik en onder welke omstandigheden de keuze voor een formele voorziening maakt) is een andere benadering noodzakelijk en volstaan het Andersen-schema en de gangbare operationalisering niet meer. In een cross-sectioneel design wordt immers de *tijdsdimensie* verwaarloosd. Het wel of niet gebruik maken van een zorgvoorziening betreft immers de situatie op één moment, abstractie makend van de

differentiële duurtijd dat de bejaarden reeds van die voorziening gebruik maken. Zoals reeds werd aangeduid worden ook de onafhankelijke variabelen op datzelfde moment gemeten: men meet bijvoorbeeld het niveau van functionele capaciteiten van de bejaarde, maar dit is niet noodzakelijk het afhankelijkheidsniveau op het moment dat de bejaarde van de voorziening gebruik begint te maken. Ook de aanwezigheid van andere voorzieningen en zorgcircuits kan later in de tijd gekomen zijn dan de formele voorziening. Hierdoor is het moeilijk om met deze cross-sectionele designs causale uitspraken te doen over de factoren die het zorggebruik verklaren. Het cross-sectionele model geeft wél een multivariate beschrijving van de verschillen tussen gebruikers en niet-gebruikers, maar geen verklaring van hoe en onder welke omstandigheden bejaarden tot het gebruik van formele voorzieningen overgaan en hoe lang ze dan in het systeem blijven (Huisman, 1991: 179). In deze zin moeten bovenstaande geïdentificeerde determinanten dan ook eerder begrepen worden *als discriminerende en niet als causale factoren*. Het is wel mogelijk deze resultaten te lezen als *indicatoren van doelgroepgerichtheid* van de voorzieningen. En dan blijkt dat de gebruikers ouder zijn, hogere afhankelijkheidsniveau's hebben (als ze alleen wonen), lagere inkomens hebben en minder beroep doen op commercieel initiatief voor het laten uitvoeren van gelijkaardige taken. Naar het beleid toe impliceert dit, dat wanneer men de nood aan formele zorg wenst in te schatten, men niet enkel naar de individuele (nood-)situatie van de bejaarde zelf moet kijken, maar wel in combinatie met de inkomens- en informele zorgsituatie.

Wil men het zorggebruik verklaren, dan zijn andere designs en analyses noodzakelijk. Het gaat er in de eerste plaats om de factoren die het vraag- en allocatiegedrag bepalen (en dus zowel van de hoogbejaarden zelf als van de dienstverlenende organisaties) te kwantificeren. Om een theoretisch-causaal model m.b.t. het zorggebruik te construeren zal het bijgevolg noodzakelijk zijn het *proces van gebruiker-worden* als centrale focus te nemen en niet de statische situatie "gebruikers versus niet-gebruikers". Dit (keuze-)proces, naar aanleiding van een verlies van zelfredzaamheid, waaruit (sequentieel) gebruik voortkomt zal m.a.w. gemodelleerd moeten worden. Hierbij zal er, naast de concepten en variabelen uit het Andersen-model ook aandacht moeten gaan naar gebeurtenissen die aanleiding geven tot de zorgaanvraag, de (nood-)situatie van de informele verzorgers, het aanbod en de structuur van de voorzieningen, de aanvraag- en intakeprocedures van de dienstverlenende organisaties. De schikking van de variabelen in het Andersen-model zal trouwens, in functie van een causaal-model, verlaten moeten worden. Eerder zal de (veranderende) probleemsituatie van de bejaarde als vertrekpunt genomen moeten worden en zullen de andere variabelen in hun intermediaire en onderlinge relaties geëxpliciteerd en gekwantificeerd moeten worden (Crets en Marain, 1993: 636; Pescosolido, 1992: 1105; Coolen, 1989b: 107). Twee mogelijke designs en operationaliseringingen zijn in dit verband denkbaar: (a) het gebruik van een longitudinaal design waardoor veranderingen in zorggebruik (of transities tussen zorgcircuits) als afhankelijke variabele gebruikt wordt (Miller en McFall, 1991; Kempen, 1990, Pescosolido, 1992). (b) het vergelijken van een steekproef van nieuwe zorgaanvragers met een globale populatie, eventueel op basis van een matching-procedure (Kempen, 1990).

Enkel op deze wijze is de constructie van een theorie over zorggebruik mogelijk. Deze theorie zal als vertrekbasis de (veranderingen in de) probleemsituatie van de bejaarde

moeten nemen en nagaan hoe en welke keuzen er gemaakt worden ten aanzien van de mogelijke hulpbronnen.

VOETNOTEN

- (1) In deze tekst wordt de term "formele zorg" enkel gebruikt om er de door de overheid georganiseerde en/of gesubsidieerde zorginstanties mee aan te duiden. Tot de commerciële zorg behoort dan het privé-initiatief dat geen subsidies kent.
- (2) De Nederlandse vertaling van de drie begrippen werd uit Huisman, 1990 overgenomen.
- (3) De analyse werd uitgevoerd op een databestand dat tot stand kwam in een onderzoeksproject gefinancierd door de Administratie van Wetenschapsbeleid. Promotor van dit onderzoek is Prof. Dr. J. Breda.
- (4) Gegevens populatie hoogbejaarden Antwerpen: Jaarverslag Burgerlijke Stand Antwerpen 1992.
- (5) De gebruikscijfers hebben betrekking op het ogenblik van de bevraging waarbij voor een aantal taken verschillende referentieperiodes gehanteerd werden: voor persoonsverzorgende en verpleegkundige taken alsook voor een deel van de huishoudelijke taken en mobiliteitsactiviteiten was deze referentieperiode één week, voor andere huishoudelijke taken (stofzuigen, wassen en strijken, ...) was dit één maand en voor administratieve taken (formulieren invullen, financieën, etc ...) was deze periode één jaar.
- (6) Bij de warme maaltijden moet opgemerkt worden dat voor een aantal van de bejaarden deze dienstverlening de facto een privé-karakter heeft omdat het OCMW slechts tussenkomt in de kosten beneden een bepaalde inkomensdrempel. Toch werd deze vorm van dienstverlening bij de formele ambulante zorg geklasseerd omdat de oorspronkelijke aanvraag veelal via de sociale diensten loopt.
- (7) Omdat de analyse het wel/niet gebruik van ambulante sociale zorg betreft (zorg gericht op huishoudelijke/persoonsverzorgende taken/ werden de variabelen m.b.t. informele zorg en commerciële zorg beperkt tot zorggebruik op deze taken alleen.
- (8) Deze techniek werd verkozen omwille van interpreteerbaarheid. Strikt genomen moet er eigenlijk een niet-parametrische techniek gebruikt worden, aangezien de variabelen zeer scheef verdeeld zijn (assumptie van normaliteit). Een Mann-Whitney test gaf echter gelijkaardige resultaten als de one-way anova.
- (9) Naast de variabele-naam staan steeds de minimum- en maximumscores die bereikt konden worden.

- (10) Omdat lijstgewijs weglaten van missing-waarden het aantal cases in analyse teveel verminderde, werden voor de variabelen inkomen, functionele afhankelijkheid, emotioneel welbevinden en aantal ziekten de gemiddelde waarden geïmputeerd.
- (11) Wanneer het model geschat wordt zonder opname van de pedicure-variabele wordt hetzelfde patroon van andere effecten bekomen als in het model met pedicure.

BIJLAGE: GEBRUIKTE MEETSCHALEN

1. FUNCTIONELE AFHANKELIJKHEID

Om de mate van zelfredzaamheid met betrekking tot persoonsverzorgende (ADL) en huishoudelijke (IADL) activiteiten van de bejaarde te meten werd een door Huisman (1990) ontwikkelde schaal van 11 items gebruikt: 5 ADL-items, 6 IADL-items. Per item werden aan de bejaarde vier antwoordcategorieën aangeboden: (1) ik kan de activiteit nog volledig zelfstandig uitvoeren; (2) ik kan de activiteit nog uitvoeren maar het kost mij moeite; (3) ik kan de activiteit nog wel uitvoeren maar het kost mij zeer veel moeite, (4) ik kan de activiteit niet meer uitvoeren tengevolge van mijn lichamelijke toestand. In de vraagstelling werd er (o.a. via zeer specifieke enquêteurs-instructies) voor gezorgd dat de "capaciteit", de lichamelijke mogelijkheid werd bevraagd, niet of een bejaarde al dan niet de activiteit ook daadwerkelijk doet. Dit om het concept "functionele capaciteiten" niet te vermengen met taakverdelingen in een huishouden of rol-bepaalde gedragseffecten. De functionele capaciteit is immers bedoeld als maat voor de fysieke capaciteit.

De vier antwoordcategorieën werden gedichotomiseerd: (1) en (2) kregen een 0-score (niet afhankelijk op die taak), (3) en (4) kregen een 1-score (wel afhankelijk op die taak). Door sommatie kreeg de schaal dus een 0 - 11 bereik, waarbij 11 staat voor afhankelijkheid op 11 persoonsverzorgende en huishoudelijke taken.

De schaalanalyses werden op de volledige dataset uitgevoerd (inclusief de rusthuis-bewoners). Enkel die cases met volledige informatie op de items werden weerhouden (N=427). Betrouwbaarheidsanalyse gaf voor de gecombineerde (I)ADL-schaal een alpha-waarde van .91. Deze betrouwbaarheid kon niet verhoogd worden door één van de items weg te laten. De hiërarchische structuur van de schaal werd via een Mokken-analyse onderzocht (programma MSP, Debets en Debrouwer, 1990). De cumulativiteit van de schaal is van belang, want ze gaat na of er een, voor iedereen, vaste volgorde van wegvallen van functionele capaciteiten bestaat. De gecombineerde schaal heeft een globale schaalbaarheidscoëfficiënt H van .89 met $\rho = .94$ (ρ is de Mokken-variant van interne betrouwbaarheid) en $\text{delta}^* = 72.64$; De schaal is m.a.w., bij $p=0.001$, een zeer sterke schaal. Ook de H-waarden van de itemparen verschillen allemaal van nul en de afzonderlijke H-waarden van de items items bleken voldoende hoog (groter dan .50). Zoals dit kon verwacht worden verliezen bejaarden eerst hun

capaciteiten m.b.t. de IADL-items (beginnend met "dweilen en ramen lappen") en dan pas de ADL-items (met als laatste "eten en drinken").

2. EMOTIONEEL EN COGNITIEF WELBEVINDEN

In de vragenlijst werd een door Arts en Koedoot (Arts, e.a., 1989) ontwikkelde schaal voor psychisch welbevinden opgenomen. De auteurs onderscheiden een emotionele en cognitieve subdimensie. Na testen op interne betrouwbaarheid bleek dat de cognitieve dimensie een te lage interne betrouwbaarheid kende en dat in de emotionele dimensie één van de items onvoldoende betrouwbaar was. Via factor- en princals-analyses werd daarom getracht deze betrouwbaarheid te verhogen via indicering-aanpassingen (analyses en resultaten kunnen bij de auteur gevraagd worden). Uiteindelijk werden voor het emotionele welbevinden 5 items weerhouden met een alpha-waarde .75 (score 0= geen emotionele problemen, score 5=zware emotionele problemen). Voor de cognitieve dimensie werden drie items overgehouden met een alpha-waarde .60.

3. SUBJECTIEVE GEZONDHEID

Hiervoor werden 4 items aangaande de inschatting van de eigen gezondheidssituatie gebruikt (Arts e.a. 1989). De schaal kent echter slechts een interne betrouwbaarheid van .47.

BIBLIOGRAFIE

- ANDERSEN, R., J.F. NEWMAN (1973), 'Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States', *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51: 95-124.
- ANDERSEN, R., J. KRAVITS, O.W. ANDERSON (1975), *Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*. Cambridge: Ballinger, 292 p.
- ARTS, C.H., A.A.C. HOMMEL, A.J.A. FELLING, C.P.M. KNIPSCHEER (1989), *Ouderen geprofileerd, meetinstrument ten behoeve van een gemeentelijk beleid*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- BARUSH, A. (1991), *Caring for the Frail Elderly. Family Support, Public Services and Case Management*. New York: Garland, 104 p.
- BASS, D.M., L.S. NOELKER (1987), 'The Influence of Family Caregivers on Elder's Use of In-home Services: an Expanded Conceptual Framework', *Journal of Health and Social Behavior*, 28: 184-196.
- BOWLING, A., M. FARQUHAR, P. BROWNE (1991), 'Use of Services in Old Age: Data from Three Surveys on Elderly People', *Social Science and Medicine*, 33 (6): 689-700.
- CANTOR, M.H. (1991), 'Family and Community: Changing Roles in an Aging Society', *The Gerontologist*, 31 (3): 337-346.
- CHAPPELL, N., A. BLANDFORD (1991), 'Informal and Formal Care: Exploring the Complementarity', *Ageing and Society*, 11: 299-317.

- COOLEN, J.A.I., D. DUIPMANS (1987), *Behoeften-ramingen en de planning van verzorgingsplaatsen. Onderzoek naar de vraagvorming, toelating en doorstroming met betrekking tot bejaardenoorden in de provincie Overijssel*, Enschede: Universiteit Twente, 190 p.
- COOLEN, J.A.I., W. TOERSEN (1989), *Patronen van voorzieningengebruik*, Interim-rapport bij de evaluatie van het project "geïntegreerde ouderenzorg", Enschede: Universiteit Twente, Centrum voor Bestuurskundig onderzoek, 117 p.
- COOLEN, J.A.I. (1989), 'Onderzoek naar de structurering van de ouderenzorg: bijdragen tot de analyse van het substitutievraagstuk', pp. 103-133, in: HUIJSMAN, R., F.F.H. RUTTEN, (eds.), *Economie van de ouderenzorg: visies vanuit wetenschap en beleid*. Assen: Van Gorcum.
- COOLEN, J.A.I. (1991), 'Verzorging als proces van vragen en krijgen. Een oriëntatie ten behoeve van onderzoek en beleid', pp. 135-160, in: COOLEN, J.A.I. (ed.), *Wie krijgt wat?*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- COWARD, R.T., R.P. DUNCAN, K.M. FREUDENBERGER (1994), 'Residential differences in the use of formal services prior to entering a nursing home', *The Gerontologist*, 34 (1): 44-49.
- CRETS, S., L. MARAIN (1993), 'Verschillende wegen naar verschillende zorg? Een exploratieve studie over de zorgaanvraag bij drie types van zorg', pp. 633-665, in: CANTILLON, B., K. VUYLSTEEK, (eds.), *Ouderen in solidariteit. Vlaams Welzijnscongres 1993*, Congreswerkboek, Zaventem: Kluwer.
- DEBETS, P., E. BROUWER (1990), *MSP. A program for Mokken Scale Analysis for Polychotomous Items*. Groningen: iec proGamma, 59 p.
- DOOGHE, G., L. VANDERLEYDEN (1979), *Extramurale dienstverlening aan bejaarden. Profiel van de hulpontvanger en evaluatie van de hulp*, C.B.G.S. Rapport 33/1979, Brussel: Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, 262 p.
- DOOGHE, G., L. VANDEN BOER, L. VANDERLEYDEN (1988), *De leefsituatie van bejaarden*, C.B.G.S. Monografie 1988/1, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 315 p.
- FREDERIKS, C.M.A. (1990), *Zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen*, Proefschrift, Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 133 p.
- FREDERIKS, C.M.A., M.J.M. TE WIERIK, H.J.L. VAN ROSSUM (1991), 'Factors associated with differential utilization of professional care among elderly people: residents of old people's homes compared to elderly people living at home', *Acta Hospitalia*, 3: 33-45.
- HUIJSMAN, R. (1990), *Model van voorzieningen voor ouderen*, proefschrift, Rijksuniversiteit Maastricht, Zeist: Kerkebosch, 333 p.
- KEMPEN, G.I.J.M. (1990), *Thuiszorg voor ouderen. Een onderzoek naar individuele determinanten van het gebruik van wijkverpleging en/of gezinsverzorging op verzorgend en huishoudelijk gebied*. Groningen: Styx, 220 p.
- KEMPEN, G.I.J.M., P.B.M. SUURMEIJER (1991), 'Factors influencing professional home care utilization among the elderly', *Social Science and Medicine*, 32 (1): 77-81.
- KLAASSEN-VAN DEN BERGH, J. (1989), *Zorgvoorzieningen voor ouderen. Determinanten van gebruik: huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen*. Utrecht: Vakgroep Planning, Organisatie en Beleid.
- LITWAK, E. (1985), *Helping the Elderly: the Complementary Roles of Informal Networks and Formal Systems*. New York: Guilford.

- KOEDOOT, C.G., A.A.C. HOMMEL, C.P.M. KNIPSCHER (1990), *De ouderen in het project individuele zorgsubsidie Rotterdam, deel I*, Verslag van de eerste meting van het evaluatie-onderzoek, Amsterdam: Vrije Universiteit, Vakgroep Sociologie, 113 p.
- LEROY, X., I. NEIRYNCK (1994), *Sociale solidariteit en gezondheid van bejaarden: deel 1 Thuiswonende bejaarden*, Eindverslag Onderzoek in opdracht van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad, Brussel, 139 p.
- McAULY, W.J., G. ARLING (1984), 'Use of In-Home Care by Very Old People', *Journal of Health and Social Behavior*, 25: 54-64.
- MILLER, B., S. McFALL (1991), 'The Effect of Caregiver's Burden on Change in Frail Older Persons' Use of Formal Helpers', *Journal of Health and Social Behavior*, 32: 165-179.
- NOELKER, L., D.M. BASS (1989), 'Home Care for Elderly Persons: Linkages Between Formal and Informal Caregivers', *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44 (2): 63-70.
- NORUSIS, M.J. (1990), *SPSS/PC+ Advanced Statistics 4.0*. Chicago: Spss. Inc.
- PENNING, M.J., N.L. CHAPPELL (1990), 'Self-care in Relation to Informal and Formal Care', *Ageing and Society*, 10: 41-59.
- PENNING, M.J. (1990), 'Receipt of Assistance by Elderly People: Hierarchical Selection and Task Specificity', *The Gerontologist*, 30 (2): 220-227.
- PESCOSOLIDO, B. (1992), 'Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help', *American Journal of Sociology*, 97 (4): 1096-1138.
- SCHRIJNEMAËKERS, V.J.J., M.J. HAVEMAN (1992), 'Kwetsbaarheid van en zorggebruik door zelfstandig wonende ouderen in Sittard', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 70: 418-424.
- STOLLER, E.P., S.J. CUTLER (1993), 'Predictors of Use of Paid Help Among Older People Living in the Community', *The Gerontologist*, 33 (1): 31-40.
- TACQ, J. (1991), *Van probleem naar analyse. De keuze van een gepaste multivariate analysetechniek bij een sociaal-wetenschappelijke probleemstelling*. De Lier: Academisch Boekencentrum, 390 p.
- VANDEN BOER, L. (1992), *Ouderen straks. Scenario's in het zorgaanbod voor ouderen*, C.B.G.S. Monografie 1992/1, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 153 p.
- VISSER, A. (1992), 'Ouderen tussen zorg en economie: een bespreking van enkele publicaties', *Acta Hospitalia*, 1: 33-43.
- WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID (1993), *Ouderen voor ouderen. Demografische ontwikkelingen en beleid* (Rapporten aan de regering), Den Haag: Sdu uitgeverij, 234 p.