

Het subjectief welbevinden van Vlaamse rusthuisbewoners

Joost Bronselaer, Marc Callens en Lut Vanden Boer

1. Inleiding

Tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing en – in het kader van deze bijdrage nog belangrijker – de vergrijzing binnen de vergrijzing, is de zoektocht naar een kwaliteitsvolle en op maat gesneden opvang van de meest zorgbehoevende ouderen een belangrijk aandachtspunt. Rusthuizen en RVT's¹ zijn bij uitstek voorbehouden voor ouderen die zorg nodig hebben en mede daardoor vaak in een afhankelijke positie verkeren. Daarom is het zo belangrijk dat wordt toegezien op de levenskwaliteit van deze kwetsbare groep onder de ouderen. In onderzoek dat een inschatting maakt van de zorgkwaliteit in rusthuizen kwam een cliëntgebaseerde uitkomstbenadering op de voorgrond te staan (Lucas e.a. 2007). Kwaliteit wordt dan afgemeten aan uitkomstmaten zoals tevredenheid van bewoners (Kruzich e.a. 1992; Lucas e.a. 2007), ervaren zorgkwaliteit (Bravo e.a. 1999), kwaliteit van leven (Degenholtz e.a. 2006) of subjectief welbevinden. Aangenomen wordt dat de structuur van de zorg (aangewende middelen en bronnen) en het proces van de zorg (menselijke en technische aspecten) in settings voor langdurige zorg bepalend zijn voor de door de bewoners ervaren uitkomst (Donabedian 1980). De centrale vraagstelling in onze studie is, welke organisatiekenmerken, na controle voor individuele kenmerken, van invloed zijn op het subjectief welbevinden van niet-dementerende rusthuisbewoners. Daarbij worden de bestaande onderzoeksdesigns op dit vlak zowel inhoudelijk als methodologisch verder ontwikkeld, onder meer door een uitbreiding van het sociaal-ecologisch model van Moos & Lemke en de toepassing van multiniveau regressieanalyse.

Studies over de invloed van organisatiekenmerken, naast individuele kenmerken, op het welbevinden van niet-dementerende Vlaamse rusthuisbewoners zijn ons onbekend. Een Vlaamse pilootstudie in de regio Mechelen gaat wel de

invloed van persoonskenmerken, organisatiekenmerken en afdelingskenmerken na, maar enkel voor dementerende rusthuisbewoners (Decoster e.a. 2000). Buitenlandse studies zoals Degenholtz e.a. (2006) zijn dan weer omwille van de specificiteit van het zorgbeleid en de instellingskenmerken minder van toepassing op Vlaamse rusthuisbewoners.

Een algemeen inhoudelijke beperking van het onderzoek naar de invloed van organisatiekenmerken en bewonerskenmerken op het welbevinden van rusthuisbewoners is dat deze studies doorgaans steunen op het sociaal-ecologisch model van Moos & Lemke (1985). Hoewel dit model het belang van de persoon, zijn omgeving en de wisselwerking tussen beide centraal stelt, wordt toch voorbij gegaan aan het belang van bepaalde organisatiekenmerken. Ook wordt erin weinig of geen aandacht besteed aan de congruentie tussen organisatiekenmerken en verwachtingen van bewoners. In deze bijdrage trachten we deze lacunes van het model van Moos & Lemke te remediëren door opname van aanvullende organisatie- en bewonerskenmerken zoals de mate van samenwerking van rusthuizen en de discrepantie tussen de feitelijke situatie en verwachtingen van de bewoners.

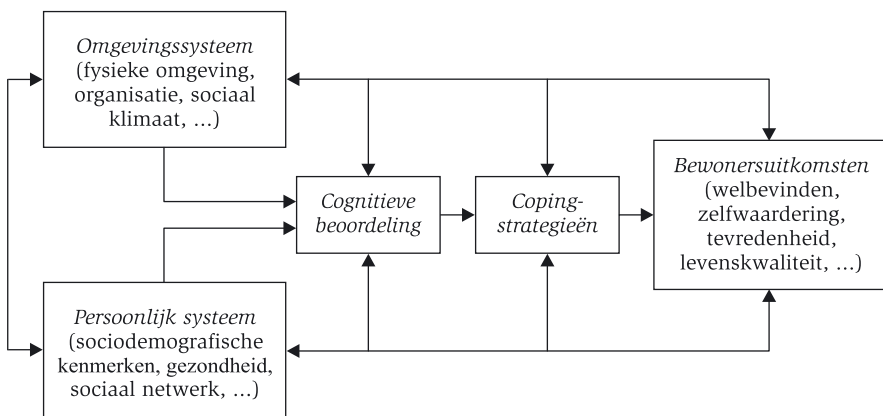
Verder beperken onderzoeken naar het welbevinden van rusthuisbewoners zich vaak tot de bevraging van de familie, het rusthuispersoneel of de directie. Bewoners zouden onbekwaam zijn om te antwoorden of hun antwoorden zouden gegeven hun afhankelijkheidspositie onbetrouwbaar zijn. Duffy e.a. (2001) stellen echter vast dat de verwachtingen en bevindingen van rusthuisbewoners niet altijd overeenkomen met die van de familie, het personeel of de directie.

Hoewel algemeen wordt aangenomen dat de invloed van organisatie- en bewonerskenmerken op het welbevinden van rusthuisbewoners niet los van elkaar kan worden gezien (Degenholtz e.a. 2006), richten de meeste bestaande studies zich ofwel eenzijdig op de rol van een beperkt aantal organisatiekenmerken (Wheil 1981) ofwel eenzijdig op de rol van bewonerskenmerken (Van Roosmalen & Marcoen 2007). Omdat bewonerskenmerken zowel met organisatiekenmerken als met het welbevinden samenhangen, leveren eenzijdige studies van organisatiekenmerken een onzuivere schatting van de parameters van de organisatie-effecten op (Lucas e.a. 2007). De meeste studies op individueel niveau kijken vooral naar beïnvloedende factoren die zich op het individuele niveau situeren, zoals socio-demografische kenmerken of de lichamelijke gezondheidstoestand van individuele rusthuisbewoners (Noro & Aro 1991; Van Campen & Kerkstra 1998). Deze studies negeren dus de invloed die de omgeving heeft op het welbevinden van rusthuisbewoners. Bovendien leveren statistische modellen op een enkelvoudig niveau een onjuiste inschatting van de effecten van de organisatie- en bewonerskenmerken (Lucas e.a. 2007; Bravo e.a. 1999) op. De clustering van bewoners in rusthuizen maakt immers dat er samenhang bestaat tussen het welbevinden van bewoners die in eenzelfde rusthuis verblijven waarbij bewonerskenmerken niet onafhankelijk zijn van elkaar en waardoor

een belangrijke voorwaarde voor het gebruik van regressietechnieken op enkelvoudige niveaus wordt geschonden. In onze studie daarentegen maken we gebruik van een expliciet gelaagde dataset van 397 bewoners in 86 Vlaamse rusthuizen en passen daarbij een voor hiërarchische gestructureerde gegevens specifiek geschikte analysetechniek toe, namelijk multiniveau regressieanalyse.

2. Theoretisch kader

Een centraal referentiekader ter verklaring van het welbevinden van ouderen in residentiële voorzieningen is het ‘sociaal-ecologisch model’ van Moos & Lemke (1985). Dit model benadrukt de voortdurend wederzijdse wisselwerking tussen een persoon en zijn omgeving. Door de vaak geringe mobiliteit van ouderen in een instelling, krijgt de onmiddellijke omgeving een bijzondere betekenis. Figuur 1 illustreert de manier waarop de verschillende groepen van factoren die van belang zijn bij het evalueren van residentiële omgevingen, worden geordend. Het samenspel tussen het omgevingssysteem (ruimtelijke en architecturale kenmerken, het sociaal klimaat, het voorzieningsbeleid, ...) en het persoonlijk systeem (gezondheid, sociale relaties, leeftijd, ...) beïnvloedt, via de processen van cognitieve beoordeling en coping, de uitkomsten op het niveau van de bewoner (welbevinden, levenstevredenheid, levenskwaliteit, ...). De impact van omgevingskenmerken wordt beschouwd als mede-afhankelijk van de mentale en fysieke vaardigheden van de bewoner. De beklemtoning dat het onmogelijk is om persoonlijke en omgevingsprocessen van elkaar te scheiden, vormt de meerwaarde van dit model (Declercq e.a. 1997; Vanden Boer 1997).



Bron: Moos & Lemke 1985, 867.

Figuur 1. Het conceptueel model van de relatie tussen omgevings- en persoonskenmerken en bewonersuitkomsten in residentiële settings.

Levenskwaliteit en subjectief welbevinden zijn diffuse begrippen die in de literatuur op verschillende manieren worden gedefinieerd en vaak als synoniemen worden gezien. In de analyse gebruiken we het subjectief welbevinden als uitkomstmaat (figuur 1). Het wordt omschreven als “de redelijk stabiele positie op een continuüm van laag naar hoog van de kwaliteit van iemands leven, zoals dat door de persoon zelf beoordeeld wordt in termen van tevredenheid, positieve gevoelens en vertrouwen in de toekomst” (van Linschoten e.a. 1993; Tempelman 1987).

Een ander belangrijk aandachtspunt is de discrepantie tussen de feitelijke situatie in het rusthuis en de wensen en verwachtingen van de bewoners. Wanneer cliënten de kwaliteit van een hun aangeboden dienst beoordelen, doen zij dit niet enkel op basis van de waargenomen kenmerken van de dienst (‘perceptions’), maar ook op basis van hun wensen en verwachtingen (‘expectations’). Duffy e.a. (2001) verwijzen in dit verband naar het ‘disconfirmation paradigm’ waarmee ze suggereren dat onderzoek naar het subjectief welbevinden van ouderen in residentiële voorzieningen naast de feitelijke (omgevings)situatie ook de (persoonlijke) verwachtingen van de bewoners dient in rekening te brengen. De aanwezigheid van een kloof tussen persoonlijke verwachtingen en omgevingsituatie kan dan als een kwaliteitsdeficit worden beschouwd die een negatieve invloed heeft op het welbevinden.

Een bijkomende aanvulling op het model van Moos & Lemke betreft de invloed van de mate van samenwerking van rusthuizen met andere zorginstellingen op het welbevinden van bewoners. Zoals in andere zorgsectoren in Vlaanderen komt ook in de ouderenzorg meer de nadruk te liggen op samenwerking en het aanbieden van geïntegreerde zorg. De integrale organisatie van zorg is gestoeld op de overtuiging dat samenwerking van zorginstellingen en integratie van zorg leiden tot betere resultaten bij cliënten (Rosenheck e.a. 1998). Meijer e.a. (2000) nemen aan dat samenwerking van verpleeghuizen als een ‘copingstrategie’ kan worden opgevat: ondanks een schaarste aan middelen wensen ze een kwaliteitsvolle zorg te bieden. De veronderstelling dat samenwerking leidt tot betere kwaliteit van zorg, wordt bevestigd in een multilevel onderzoek waaruit een significant positief effect blijkt van het aantal externe samenwerkingspartners van residentiële voorzieningen voor langdurige zorg op de zorgkwaliteit zoals door de bewoners ingeschat (Bravo e.a. 1999).

3. Determinanten van het subjectief welbevinden

De beïnvloedende factoren uit het omgevingsysteem en het persoonlijk systeem (zie figuur 1) die in de literatuur naar voor komen als bepalend voor het subjectief welbevinden van rusthuisbewoners, worden hieronder kort besproken. Ze worden geordend aan de hand van volgende onderzoeksvragen: Welke

individuele kenmerken hebben een significante invloed op het subjectief welbevinden van rusthuisbewoners? Welke organisatiekenmerken hebben een significante invloed op het subjectief welbevinden van rusthuisbewoners? Welke organisatiekenmerken oefenen, na controle voor individuele kenmerken, een significante invloed uit op het welbevinden van rusthuisbewoners? De determinanten op individueel niveau brengen we samen in zeven groepen, op organisatieniveau onderscheiden we drie groepen van variabelen.

3.1 Determinanten op individueel niveau

In verband met *demografische kenmerken* vinden Van Campen & Kerkstra (1998) in hun onderzoek bij verpleeghuispatiënten dat vrouwen significant beter scoren op vlak van somatische autonomie en levenskwaliteit, terwijl ze op vlak van pijnbeleving, ervaren veiligheid en ervaren autonomie geen significante verschillen vaststellen tussen mannen en vrouwen. Naar leeftijd stellen Van Campen & Kerkstra (1998) geen significante verschillen vast. Steverink e.a. (2001) wijzen op het belang van intellectuele vaardigheden, gevoelens van zelfwaardering en zelfcontrole. Een hoger opleidingsniveau draagt bij tot een positievere evaluatie van het eigen leven, wat het subjectief welbevinden op de oude dag bevordert. Bovendien ontwikkelen hoger opgeleide ouderen effectievere copingstrategieën om met stresssituaties, zoals de verhuizing naar een instelling, om te gaan (Pinquart & Sörensen 2000).

Een goede *lichamelijke gezondheid* blijkt een belangrijke invloed uit te oefenen op het welbevinden en de levenskwaliteit (Steverink e.a. 2001). Ouderen die in residentiële voorzieningen verblijven, zien een goede gezondheid, het voor zichzelf kunnen zorgen en mobiliteit als belangrijke voorwaarden van een kwaliteitsvol leven (Guse & Masesar 1999; Aller e.a. 1995). Onderzoek bij bewoners van verpleeghuizen toont significant negatieve effecten van lichamelijke handicap, visuele handicap en aan het bed gekluisterd zijn op de levenskwaliteit (Degenholtz e.a. 2006) en een significant positief effect van goed lichamenlijk functioneren (Tseng 2001). Hoewel tal van studies wijzen op een direct verband tussen gezondheid en welbevinden is enige nuancering op zijn plaats. De ene indicator van gezondheid blijkt bijvoorbeeld een sterker verband met het welbevinden te vertonen dan de andere. Zo heeft de subjectieve gezondheidsbeleving een grotere impact dan objectieve gezondheidsklachten of zijn de functionele gevolgen van ziekten of stoornissen vaak belangrijker dan de actuele gezondheidstoestand (Mannell & Dupuis e.a. 1996).

Tevens bestaat evidentie dat *sociaal kapitaal* en een goede sociale integratie een gunstige invloed uitoefenen op het welbevinden van rusthuisbewoners. Bij sociaal kapitaal wordt gedacht aan verschillende hulp- en steunbronnen zoals een partner, kinderen, familie en vrienden (Steverink e.a. 2001). In residentiële voorzieningen veranderen de sociale relaties in belangrijke mate. Sociale rela-

ties met de buitenwereld nemen de vorm van patiënt-bewonerrelaties aan; contacten met andere bewoners en met het personeel zijn de meest voorkomende interacties (Declercq e.a. 1997). Bewoners van ouderenvoorzieningen ervaren contacten met familie en vrienden zelf als een belangrijke voorwaarde voor hun kwaliteit van leven (Guse & Masesar 1999; Mosher-Ashley & Lemay 2001). Evidentie bestaat dat contacten met vrienden belangrijker zijn voor het welbevinden van ouderen in residentiële voorzieningen dan contacten met familieleden (Pinquart & Sörensen 2000; Mosher-Ashley & Lemay 2001). Het eerder niet-verplicht en onverwachte karakter van het bezoek van vrienden vergeleken met familiebezoek zou hiervoor een verklaring zijn.

Daarenboven beschouwen rusthuisbewoners een goede communicatie met medebewoners en personeel als een belangrijke voorwaarde voor hun levenskwaliteit (Aller e.a. 1995). Onderzoek bij verpleeghuisbewoners toont significant positieve effecten van kwaliteitsvolle steunrelaties met verplegend en verzorgend personeel en van frequent contact met de familie op het welbevinden van de bewoners. Sociale steun van kamergenoten bleek geen rol van betekenis te spelen (Tseng e.a. 2001). Bewoners wijzen tevens op het belang van het zelf kunnen verschaffen van hulp aan anderen. Dit blijkt althans uit twee kwalitatieve studies (Guse & Masesar 1999; Aller e.a. 1995).

De afwezigheid van vereenzaming en sociale isolatie ten slotte is belangrijk voor een goede levenskwaliteit (Sinclair e.a. 1990). Eenzaamheid kan zich op gelijk welke leeftijd manifesteren maar de kans op vereenzaming neemt toe op hoge leeftijd. Verschillende oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen, zoals het verlies van de partner, een beperkter sociaal netwerk, een gebrekkige mentale of fysieke gezondheid die niet toelaat om vlot aan het maatschappelijke leven deel te nemen. Voor rusthuisbewoners is een mogelijke bijkomende factor het feit dat men niet langer zelfstandig woont en gedeeltelijk afgesloten leeft van de buitenwereld. Maar anderzijds kan het contact met medebewoners ook positief werken en vereenzaming tegengaan. De kwaliteit van de contacten – bijvoorbeeld het hebben van een vertrouwenspersoon – is belangrijker voor het welbevinden dan de kwantiteit (Vanden Boer & Pauwels 2005).

Financiële autonomie is een andere belangrijke voorwaarde om onbezonnen de oude dag tegemoet te treden (Steuerink e.a. 2001). Een betere socio-economische status gaat bij oudere verpleeghuispatiënten gepaard met een hoger pensioen en meer spaargeld, wat tot meer financiële autonomie en – daaraan gekoppeld – tot een betere levenskwaliteit leidt (Tseng e.a. 2001). Een andere verklaring is dat goeude ouderen zich, vergeleken met hun minder fortuinlijke leeftijdsgenoten, toegang weten te verschaffen tot meer kwaliteitsvolle instellingen wat hun welbevinden ten goede komt.

Wat betreft *institutionele variabelen*, vinden Degenholtz e.a. (2006) een significant positief effect van een langdurig verblijf in verpleeghuizen op de levenskwaliteit van de bewoners. Noro & Aro (1996) komen tot gelijkaardige bevin-

dingen. Anderen stellen echter een significant negatieve samenhang vast tussen de verblijfsduur en welbevinden van bewoners in verpleeghuizen (Tseng e.a. 2001) of tonen via follow-up onderzoek aan dat de opname in een verpleeghuis zorgt voor een daling in de kwaliteit van leven (Scooco e.a. 2006). Deze tegenstrijdige bevindingen zijn verklaarbaar doordat bewoners een ‘coping’ respons ontwikkelen (Moos & Lemke 1985). Dit copinggedrag kan aangepast of onaangepast zijn, maar evidentie bestaat dat ouderen zich na een verblijf van zes maanden in een residentiële voorziening doorgaans goed hebben aangepast. Het zich thuisvoelen in het rusthuis is een belangrijke bron van welbevinden (Patterson 1995 in Mislon e.a. 2002).

De mate waarin de opname in een instelling een positieve dan wel een negatieve keuze was, beïnvloedt eveneens de aanpassing en het welbevinden van de bewoner. In dit verband bestaan aanwijzingen dat een opname met een gedwongen karakter nefast is voor het welbevinden terwijl het inzien van de voordelen van een verblijf in de instelling gepaard gaat met een groter welbevinden van de bewoner (Mosher-Ashley & Lemay 2001).

Verscheidene auteurs (o.m. Vanden Boer 1997; Mislon e.a. 2002; Barnes 2002) wijzen op het belang van *autonomie en veiligheid* als essentiële voorwaarden voor het welbevinden van de bewoners. Autonomie in ruime zin verwijst naar de mate van privacy, inspraak, zelfbeschikking, zelf keuzes kunnen maken. Kane e.a. (1990) operationaliseerden het concept in termen van de mate van controle en keuze ten aanzien van tien topics in het dagelijkse leven. Controle en (keuze)vrijheid inzake het verlaten van de instelling, het gebruik van de telefoon, de postbedeling en het eten scoorden het hoogst. ‘Privacy’ heeft zowel betrekking op materiële zaken die verwijzen naar privacy – zoals afsluitbare kasten, een eigen sleutel van de kamer – als op aspecten zoals ongestoord een vertrouwelijk gesprek kunnen voeren. Belangrijk voor het welbevinden is dat de bewoner zijn leven zoveel als mogelijk naar eigen inzicht kan inrichten en dat de directe sociale omgeving respect opbrengt voor de persoonlijke levenssfeer (De Veer & Kerkstra 1998). Het aspect veiligheid heeft vooral te maken met emotionele veiligheid, een veilige omgeving, vertrouwen, een respectvolle behandeling (Van Campen & Kerkstra 1998).

Animatie in rusthuizen kan een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van een positief welzijnsgevoel bij de bewoners. Personeelsleden van rusthuizen rekenen onder de gunstige effecten van animatie (waaronder socio-recreatie) voornamelijk: het socialer gedrag van bewoners, het rustiger worden, het minder klagen en minder agressief gedrag (Cuyvers e.a. 2000).

3.2 Determinanten op organisatieniveau

Wanneer gekeken wordt naar *algemene organisatiekenmerken* dan vinden sommigen geen significante invloed van organisatieomvang op kwaliteit van leven (Kane e.a. 2004). Anderen stellen een hoger welbevinden van ouderen vast in grote residentiële zorgvoorzieningen in vergelijking met kleine organisaties (Weihl 1981). Een verklaring voor de tegenstrijdige bevindingen ligt in de voor- en nadelen van kleine en grote organisaties. In kleine organisaties wordt een betere zorgkwaliteit aangeboden, is de zorg meer aan de behoeften van individuele bewoners aangepast, voelen bewoners zich meer thuis en zijn de contacten tussen bewoners onderling en tussen bewoners en het personeel intenser (Declercq e.a. 1997). Grote organisaties worden geacht te genieten van schaalvoordelen en een grotere deskundigheid (Lemke & Moos 1986) en bieden aan bewoners meer socialisatiemogelijkheden (Moos & Lemke 1996).

In verband met de inrichtende macht wordt er van uitgegaan dat private organisaties en overheidsorganisaties, in tegenstelling tot non-profit organisaties, een minder goede zorgkwaliteit bieden, wat zich vertaalt in de zorguitkomst. Private organisaties worden geacht om winst te maken waardoor de zorg aan kwaliteit zou inboeten. Overheidsorganisaties bieden een zwakke kwaliteit omdat ze geen competitieve marktpositie innemen. Non-profit organisaties ten slotte worden geacht de voordelen van andere eigendomsvormen te combineren zonder de genoemde nadelen (Lemke & Moos 1989).

Onderzoek naar de zorguitkomst kan ook niet los gezien worden van de instroom- en uitstroomcriteria die rusthuizen hanteren. Verwacht wordt dat die mee bepalen wat de uitkomst van de zorg zal zijn. Afgaande op de belangrijkste samenwerkingspartners van rusthuizen, namelijk algemene ziekenhuizen, rusthuizen en residentiële psychiatrische diensten (Bronselaeer 2006) valt te verwachten dat psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid en zorgbehoefte criteria zijn die door rusthuizen worden gehanteerd bij de instroom en de uitstroom van bewoners.

Verschillende *kenmerken van het personeel* in residentiële ouderenvoorzieningen worden in verband gebracht met de kwaliteit en de uitkomst van de zorg. Een gebrek aan voldoende verplegend en verzorgend personeel wordt gezien als een bron van stress die de werkdruk voor het personeel vergroot (Declercq e.a. 1997). Hoewel over de betekenis van de personeelsinzet voor de kwaliteit van de zorg heel wat onderzoek werd verricht, blijken de onderzoeksresultaten niet eenduidig (Chou 2002; Harrington e.a. 2000; Schnelle e.a. 2004; Rantz e.a. 2004; Bravo e.a. 1999). Bond e.a. (1989) verklaren de tegenstrijdige bevindingen door de vaststelling dat beneden een bepaalde drempel extra personeel aanleiding geeft tot kwaliteitsvollere zorg terwijl boven een bepaalde drempel bijkomende personeelsmiddelen geen verschil in de kwaliteit van zorg uitmaken.

Een goede relatie tussen personeel en bewoners beïnvloedt eveneens de kwaliteit van de zorg. Verschillende personeelskenmerken zoals de opleiding en de ervaring maar ook het verloop van personeel beïnvloeden de personeel-bewonerrelatie (Rantz e.a. 1998). Oudere, meer ervaren personeelsleden gaan in vergelijking met hun jongere collega's op een andere manier om met bewoners. Zij bouwen gemakkelijker een goede relatie op in vergelijking met nieuwe personeelsleden (Boeije 1994 in Declercq e.a. 1997). Een laag personeelsverloop ten slotte zorgt ervoor dat personeelsleden en bewoners elkaar kennen. Zonder een stabiel personeelscontingent is een geïndividualiseerde kwaliteitsvolle zorg onmogelijk (Rantz e.a. 1998).

Er kan verondersteld worden dat *bewonerskenmerken* die rechtstreeks of onrechtstreeks de zorgbehoevendheid van bewoners uitdrukken (bijvoorbeeld het zorgprofiel, de gemiddelde leeftijd of de sterftেকans van bewoners) eveneens een rol van betekenis spelen voor het welbevinden van rusthuisbewoners. Empirische evidentie bestaat dat kwaliteitsvolle zorg moeilijker realiseerbaar is naarmate in residentiële ouderenvoorzieningen meer zorgbehoevende bewoners verblijven (Challiner e.a. 1996). De gemoedstoestand van bewoners kan immers beïnvloed worden door de confrontatie met de zorgbehoevendheid van andere bewoners.

4. Data en analyseermethode

4.1 Data

De gegevens voor de analyse zijn afkomstig van het LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen (LOVO-2), een combinatie van gegevens van Vlaamse rusthuizen² en hun bewoners. Enkel de 'bevraagbare' niet-dementerende³ bewoners van 75 jaar of ouder die permanent (dit is geen kortverblijf, dag- of nacht-opvang) in een rusthuis verblijven, werden in dit onderzoek opgenomen.

De organisatiekenmerken van rusthuizen werden verzameld via twee schriftelijke managementvragenlijsten die door de rusthuisdirecties in de periodes april/mei 2004 en april/mei 2005 werden ingevuld (Vanden Boer e.a. 2006; Bronselaer 2007). De bewonersgegevens werden in de tweede helft van 2004 verzameld aan de hand van mondelinge interviews (Vanden Boer e.a. 2006).

De toevalssteekproef in LOVO-2 is van het type Probability Proportional to Size (Vanden Boer e.a. 2006). Van de in totaal 752 rusthuizen van de Vlaamse Gemeenschap⁴, werden eerst 133 rusthuizen geselecteerd met een kans evenredig met hun bewonerscapaciteit. Daarbij werd gestratificeerd voor twee expliciete (regio en bewonerscapaciteit)⁵ en drie impliciete stratificatiecriteria (juridische vorm, postcode en bewonersaantal). Vervolgens werden in kleine (grote) rust-

huizen telkens twee (zes) bewoners geselecteerd, dit met een kans omgekeerd evenredig met de bewonerscapaciteit van het betrokken rusthuis. Daarbij werd disproportioneel gesampled naar verblijfsduur: in elk rusthuis werden telkens evenveel bewoners die al langer dan zes maanden in het rusthuis verblijven als bewoners die er minder dan zes maanden verblijven geselecteerd. Deze oversampling van recent opgenomen bewoners werd achteraf gecompenseerd via weging.

De non-respons op rusthuisniveau bedraagt 36,1% van het vooropgezet aantal. Om te compenseren voor deze uitval van rusthuizen werd gematchte substitutie toegepast. De criteria op basis waarvan uitvallende en vervangende rusthuizen gematcht werden, zijn: provincie, juridische vorm en capaciteit. Uiteindelijk werkten 111 rusthuizen aan het LOVO-2 onderzoek mee. De non-respons op bewonersniveau bedraagt 36,6%. Hier werd gematchte random-substitutie op basis van verblijfsduur toegepast. Uiteindelijk werden 501 bewoners bevroegd. Een koppeling van de bewoners- en managementgegevens maakt het uiteindelijk mogelijk het subjectieve welbevinden van 397 bewoners uit 86 rusthuizen te analyseren.

Van de 397 respondenten zijn er 24,8% mannen en 75,2% vrouwen. Bij de bewoners minder dan zes maand zijn er 72,6% vrouwen, bij de bewoners langer dan zes maand 77,6%. Van de 86 rusthuizen heeft 31% een OCMW als inrichtende macht, 48% is een VZW en 21% behoort tot de categorie andere. Er zijn 69% rusthuizen met meer dan 60 wooneenheden.

De afhankelijke variabele subjectief welbevinden werd in LOVO-2 geïndiceerd aan de hand van de aangepaste Schaal Subjectief Welzijn Ouderen (SSWO) die het subjectieve element en het meerdimensionele karakter van het concept benadrukt. Het meetinstrument werd ontwikkeld op basis van een aantal bestaande schalen op het terrein van het subjectief welbevinden, zoals de eenzaamheidsschaal (de Jong-Gierveld & Kamphuis 1985), de zelfwaarderingsschaal (Rosenberg 1965), de ouderdomsbelevingsschaal (Wimmers & van der Bom 1971). De totaalscore blijkt een goede indicator te zijn voor het globale welbevinden van ouderen (van Linschoten e.a. 1993).

In het LOVO-2 onderzoek werd de gevalideerde verkorte versie van 8 items van de SSWO-schaal gebruikt (Vanden Boer e.a. 2001; Vanden Boer e.a. 2006). De minimumscore bedraagt 0 (laag welbevinden), de maximumscore 20 (hoog welbevinden). De bevroegde rusthuisbewoners scoren gemiddeld 13,5 op de schaal subjectief welzijn ouderen (standaardafwijking = 4,7). De schaal heeft bovendien een aanvaardbare interne consistentie (Cronbach's alfa = 0,76).

De onafhankelijke variabelen situeren zich op twee niveaus: het individueel niveau en het organisatieniveau. Op individueel niveau onderscheiden we 29 variabelen die we onderbrengen in 7 groepen: 'demografische kenmerken', 'gezondheidsindicatoren', 'sociaal kapitaal en sociale integratie', 'financiën',

‘institutionele kenmerken’, ‘autonomie, privacy en veiligheid’, en ‘socio-recreatieve ruimte’.

De demografische variabelen die werden opgenomen zijn: *geslacht* (man, vrouw (ref)), *leeftijd* (75 < 80 jaar, 80 < 85 jaar, 85 < 90 jaar, 90 jaar en ouder (ref)) en *opleidingsniveau* (geen diploma, lager onderwijs, lager middelbaar onderwijs, hoger onderwijs (ref)).

Gezondheidsvariabelen die werden opgenomen zijn: de *RIZIV-afhankelijkheidsscore* (C, B, A, O (ref))⁶, de *subjectieve gezondheidsbeleving* (zeer slecht/slecht/gaat wel, goed/zeer goed (ref)) en de mate van *mobilititeit* (zonder moeite, met moeite op eigen kracht, met moeite met hulp van anderen (ref)).

In verband met sociaal kapitaal en sociale integratie werden opgenomen: de *huwelijksstatus* (ongehuwd/gescheiden/verweduwd, gehuwd (ref)), *kinderen in leven* (nee, ja (ref)), *het hebben van een vertrouwenspersoon* (nee, ja (ref)), *vrienden kunnen maken* (discrepantie, geen discrepantie (ref))⁷, *dagelijks bezoek ontvangen* (nee, ja (ref)), *deelname aan activiteiten buitenshuis* (zelden/nooit, soms, dikwijls (ref)), *tevredenheid met contacten buitenshuis* (liever meer contact, voldoende contact (ref)), *discrepantie verenigingen op bezoek komen* (discrepantie, geen discrepantie (ref)), *zich eenzaam voelen* (dikwijls, soms, nooit (ref)).

Financiële variabelen die werden opgenomen zijn: *bewoner betaalt maandelijkse kosten zelf* (niet, wel (ref)) en *discrepantie zelf geld beheren* (discrepantie, geen discrepantie (ref)).

Institutionele variabelen die werden onderzocht zijn: *opnameleeftijd* (< 80 jaar, > 80jaar (ref)), de *verblijfsduur* (minder dan 1 jaar, 1 tot 3 jaar, langer dan 3 jaar (ref)), *rusthuis is eerste woonkeuze* (niet, wel (ref)), *zich thuisvoelen* (neen, soms, ja (ref)), *tevredenheid met kamer* (min = 7 ontevreden, max = 35 tevreden) en *tevredenheid met gebouw* (min = 4 ontevreden, max = 20 tevreden).

In verband met autonomie, privacy en veiligheid werden opgenomen: *zich veilig voelen* (min = 3 onveilig, max = 15 veilig)⁸, *discrepanties bij autonomie* (discrepanties, geen discrepanties (ref))⁹, *discrepanties bij privacy huisregels* (discrepanties, geen discrepanties (ref)), *discrepanties bij privacy kamer* (discrepanties, geen discrepanties (ref)) en *discrepanties privacy verzorging* (discrepanties, geen discrepanties (ref)).^{10, 11}

In verband met de socio-recreatieve ruimte werd opgenomen: *discrepanties beschikbare voorzieningen* (discrepanties, geen discrepanties (ref)).

Op organisatieniveau onderscheiden we 3 groepen variabelen: ‘algemene organisatiekenmerken’, ‘bewonerskenmerken’ en ‘personeelskenmerken’.

Onder de algemene organisatiekenmerken rekenen we: het *aantal woongelegheden* (meer dan 135, 75 tot 135, 0 tot 74 (ref)), de *inrichtende macht* (andere, VZW, OCMW (ref)), het *aandeel erkende ROB-plaatsen in het aantal erkende woongelegheden* (tot 50%, meer dan 50% (ref)), het *selecteren van bewoners bij instroom op psychische gezondheid* (nee, ja (ref)), het *selecteren van cliënten bij instroom op lichamelijke gezondheid* (nee, ja (ref)), *te hoge zorgbehoefte is ontslagcriterium* (nee, ja (ref)), *te lage zorgbehoefte is ontslagcriterium* (nee, ja (ref)), het *aantal partners waarmee formele overeenkomst* (geen, 1 tot 5, 6 en meer (ref)), het *aantal partners waarmee formeel overlegd* (geen, 1 tot 5, 6 en meer (ref)), het *aantal partners waarnaar cliënten verwezen* (geen, 1 tot 5, 6 en meer (ref)) en het *aantal partners waarvan cliënten ontvangen* (geen, 1 tot 5, 6 en meer (ref)).

Bewonerskenmerken die werden opgenomen zijn: de *uitstroomkans door sterfte* (aantal bewoners begin van het jaar/aantal bewoners dat sterft in de loop van het jaar, min = 9%, max = 69%), het *aandeel licht zorgbehoevende bewoners* (aantal bewoners score 0 KATZschaal/totaal aantal bewoners; min = 0%, max = 60%), de *gemiddelde leeftijd van bewoners* (min = 72 jaar, max = 89,3 jaar), de *gemiddelde verblijfsduur van bewoners* (min = 1,7 jaren, max = 7,1 jaren) en *bewonersparticipatie in beleidsbeslissingen* (min = 0 niet betrokken, tot max = 15 volledig betrokken).

Personeelskenmerken die werden opgenomen zijn: de *totale VTE personeelsinzet/aantal bewoners* (-0,57 VTE, 0,57 tot 0,63 VTE, meer dan 0,64 VTE (ref)), de *personeelsinzet verpleegkundigen en verzorgenden* (VTE verpleegkundigen en verzorgenden/aantal bewoners, min = 0, max = 0,5), de *gemiddelde leeftijd van personeel (in jaren)* en het *personeelsverloop* (aantal nieuwe personeelsleden/totaal aantal personeelsleden).

4.2 Analyseermethode

Aangezien de data hiërarchisch geordend zijn, met ouderen op het lager niveau (niveau 1) en organisaties op het hoger niveau (niveau 2) ligt het gebruik van een statistische methode die daar expliciet rekening mee houdt, voor de hand. Een populaire methode in dit verband is multiniveau meervoudige regressie-analyse (Snijders & Boskers 1999; Callens 2004).

Laat y_{ij} het welbevinden zijn van een oudere i die verblijft in organisatie j . We zullen drie verschillende multiniveau modellen gebruiken om dit welbevinden te verklaren: het Null Random Model (of nog, het lege model), het Random Interceptmodel en het Uitgebreid Random Intercept model.

Het Null Random Model wordt als volgt gespecificeerd:

$$y_{ij} = \alpha_{00} + \mathbf{u}_{0j} + \varepsilon_{ij} \quad (1)$$

waarbij α_{00} het populatie-gemiddelde, \mathbf{u}_{0j} de random afwijking (t.a.v. van dit gemiddelde) voor organisatie j en ε_{ij} de random afwijking voor oudere i in organisatie j voorstelt. Merk op dat het lege model geen enkele verklarende variabele bevat. Het levert enkel een schatting voor het algemeen gemiddelde α_{00} , de interceptvariantie τ_0^2 op instellingsniveau en de residuele variantie σ^2 op ouderenniveau op.

Een volgende stap in multiniveau modellering is het toevoegen van verklarende variabelen. Zo kunnen bijvoorbeeld eerst r variabelen op ouderenniveau die potentiëel een verklaring bieden voor het geobserveerde welbevinden aan het Null Random Model worden toegevoegd:

$$\mathbf{y}_{ij} = (\alpha_{00} + \mathbf{u}_{0j}) + \sum_{h=1}^r \beta_{h0} \mathbf{x}_{hij} + \varepsilon_{ij} \quad (2)$$

Schatting van Model 2 leidt tot vier parametertypes: het intercept voor de gemiddelde organisatie α_{00} , de regressiecoëfficiënten β_{h0} , de interceptvariantie τ_0^2 op ouderenniveau en de residuele variantie σ^2 op organisatieniveau.

Een andere mogelijkheid is om s variabelen \mathbf{z}_j op organisatieniveau op te nemen:

$$\mathbf{y}_{ij} = (\alpha_{00} + \mathbf{u}_{0j}) + \sum_{h=1}^s \gamma_{h0} \mathbf{z}_{hj} + \varepsilon_{ij} \quad (3)$$

Door de variabelen op organisatieniveau en op ouderenniveau in één model te combineren verkrijgen we een zogenaamd Uitgebreid Random Intercept Model:

$$\mathbf{y}_{ij} = (\alpha_{00} + \mathbf{u}_{0j}) + \sum_{h=1}^r \beta_{h0} \mathbf{x}_{hij} + \sum_{h=1}^s \gamma_{h0} \mathbf{z}_{hj} + \varepsilon_{ij} \quad (4)$$

De voordelen van multiniveau meervoudige regressie-analyse t.o.v. andere contextuele regressiemethoden zijn divers (Callens 2008): o.m. een correcte schatting van het significantieniveau van de regressieparameter(s) γ_{h0} op organisatieniveau j in plaats van een onderschatting, de mogelijkheid om de variantie op ouderenniveau i en organisatieniveau j afzonderlijk te schatten, de mogelijkheid om gelijktijdig de regressieparameters van meerdere verklarende variabelen \mathbf{z}_j op organisatieniveau j te schatten, statistische spaarzaamheid, ...

Op basis van de interceptvariantie τ_0^2 en de residuele variantie σ^2 kan de intragroepcorrelatie ρ (5) berekend worden als:

$$\rho = \frac{\tau_0^2}{\tau_0^2 + \sigma^2} \quad (5)$$

Deze intragroepcorrelatie geeft aan wat de proportie van de totale variantie van subjectief welbevinden is die kan toegeschreven worden aan verschillen tussen de organisaties onderling.

Tabel 1. Resultaten van de multiniveau meervoudige regressiemodellen van subjectief welbevinden.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
	Null model	Random intercept Niveau 1	Random intercept Niveau 2	Random intercept Niveau 1 & 2
Intercept	13,492***	14,465***	-3,718	10,412
INDIVIDUELE KENMERKEN				
Demografisch				
Geslacht (ref. vrouw)		0,078		0,049
Opleiding (ref. hoger onderwijs)		0,442		0,209
		0,523		0,897
		0,835		1,195*
Leeftijd (ref. 90j en ouder)		-0,686		-0,712
		-0,017		-0,002
		0,017		-0,218
Gezondheid				
Subjectieve gezondheidsbeleving (ref. goed, zeer goed)		-2,860***		-2,744***
Sociaal				
Huwelijksstatus (ref. gehuwd)		0,746*		0,865*
Discrepantie rustruivrienden (ref. geen discrepantie)		-0,594		-0,502

		Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
		Null model	Random intercept Niveau 1	Random intercept Niveau 2	Random intercept Niveau 1 & 2
Deelname aan activiteiten buiten rusthuis (ref. dikwijls)	Zelden, nooit		-1,089*		-0,594
	Soms		-0,296		0,300
Zich eenzaam voelen (ref. nooit)	Dikwijls		-6,001***		-5,609***
	Soms		-3,397***		-3,206***
Financieel					
Discrepantie zelf geld beheren (ref. geen discrepantie)	Discrepantie		-0,624		-0,427
Institutioneel					
Woonvoordeur (ref. rusthuis is 1e woonkeuze)	Rusthuis is niet 1e woonkeuze		-0,893*		-1,032*
Zich thuis voelen (ref. ja)	Neen		-1,601*		-2,712**
	Soms		-1,202		-2,089**
Tevredenheid met gebouw			0,226**		0,190*
Veiligheid & privacy					
Zich veilig voelen			-0,042		
Discrepantie privacy zorg (ref. geen discrepantie)	Er zijn discrepanties		-0,520		-0,456

		Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
		Null model	Random intercept Niveau 1	Random intercept Niveau 2	Random intercept Niveau 1 & 2
ORGANISATIEKENMERKEN					
Algemeen					
Aantal woongelegenheden (ref. 0 tot 74)	Meer dan 135			-0,290	-0,394
	75 tot 135			-0,102	-0,329
Aantal partners cliëntverwijzing (ref. 6 en meer)	Geen			-0,402	-0,223
	1 tot 5			-1,687*	-0,118
Personeel					
Personeelsinzet verpleegkundigen en verzorgenden					
				-5,616*	-1,938
Bewoners					
Gemiddelde leeftijd bewoners				0,242*	0,054
Residuele variantie		20,116	8,492	18,914	7,617
Intercept variantie		2,145	0,321	0,910	0,278

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

5. Resultaten

In Tabel 1 zijn de resultaten gegroepeerd van 4 multiniveaumodellen voor subjectief welbevinden van ouderen. Model 1 is het eerder beschreven Null Random Model. Modellen 2 en 3 zijn Random Intercept modellen met respectievelijk enkel variabelen op individueel en op organisatieniveau. Model 4 is een Uitgebreid Random Intercept model: naast individuele variabelen zijn hierin ook organisatievariabelen opgenomen. Modellen 1 tot 3 zijn vooral instrumenteel op het vlak van modelselectie. Model 4 daarentegen heeft vooral een interpretatieve functie.

Uit de resultaten van model 1 kan afgeleid worden dat de intragroepcorrelatie ρ 0.1 bedraagt. Dit betekent dat het merendeel (dit is 90%) van de totale variantie van het subjectief welbevinden kan toegeschreven worden aan het individuele niveau. De variantie op organisatieniveau is dus relatief beperkt, maar toch voldoende groot om verder te analyseren.

Model 2 is het resultaat van een modelselectie op individueel niveau. Hierbij werd een set van 29 theoretisch relevante variabelen verdeeld over 7 afzonderlijke submodellen (demografisch, gezondheid, sociaal kapitaal & sociale integratie, financieel, institutioneel, autonomie en socio-recreatief; zie ook sectie 4.1). Op basis van hun significantie in die submodellen, werden in totaal 11 variabelen weerhouden voor opname in Model 2. Bijkomend werden in Model 2 ook nog, met het oog op statistische controle, 3 demografische variabelen opgenomen: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Deze demografische variabelen kunnen immers samenhang vertonen met de in model 2 opgenomen discrepantievariabelen.

Opmerkelijk is dat noch de demografische variabelen (geslacht, leeftijd en opleidingsniveau), noch de financiële variabele (het bestaan van discrepantie tussen het belang gehecht aan zelf geld beheren en het zelf beheren van geld) noch de variabelen in verband met veiligheid en privacy, onder controle van de overige individuele factoren, een significante invloed uitoefenen op het welbevinden van rusthuisbewoners.

De subjectieve gezondheidsbeleving van rusthuisbewoners daarentegen oefent blijkbaar wel een sterke positieve invloed uit op hun subjectief welbevinden. Rusthuisbewoners met een redelijke, slechte tot zeer slechte gezondheidsbeleving hebben vergeleken met de referentiegroep (goede tot zeer goede gezondheidsbeleving) een significant lager welbevinden.

Het effect van de variabelen in verband met sociale integratie en sociaal kapitaal vertoont een wisselend patroon. De huwelijksstatus oefent een significante invloed uit op het welbevinden van rusthuisbewoners. Maar, in tegenstelling tot wat verwacht werd, vertonen degenen die 'ongetrouwd, gescheiden en verweduwd' zijn een hoger welbevinden dan de gehuwden. Ook het effect van

participatie aan externe activiteiten is significant: rusthuisbewoners die zelden of nooit deelnemen aan activiteiten buiten het rusthuis rapporteren een lager welbevinden dan zij die dikwijls aan dergelijke activiteiten deelnemen. Vooral eenzaamheid blijkt een sterke invloed uit te oefenen op het welbevinden van rusthuisbewoners. Rusthuisbewoners die zich dikwijls of soms eenzaam voelen, hebben een significant lager welbevinden dan zij die zich nooit eenzaam voelen. Het bestaan van discrepantie tussen 'het belang dat gehecht wordt aan vrienden maken' en 'het effectief kunnen maken van nieuwe rusthuisvrienden' blijkt dan weer helemaal geen significante invloed uit te oefenen op het welbevinden.

In verband met de institutionele variabelen blijkt ten eerste dat de woonvoorkeur van rusthuisbewoners bepalend is voor hun welbevinden. Rusthuisbewoners die het rusthuis niet als hun 1ste woonkeuze beschouwen, vertonen een significant lager welbevinden dan bewoners die dit wel doen. Ten tweede bestaat evidentie dat naarmate bewoners zich minder thuis voelen in de instelling waarin ze verblijven ze een lager welbevinden rapporteren. Ten slotte blijkt dat naarmate rusthuisbewoners meer tevreden zijn met het gebouw waarin ze verblijven, ze een hoger welbevinden rapporteren.

Naar analogie met Model 2, is Model 3 ook het resultaat van een modelselectie, ditmaal op organisatieniveau. Een set van 20 theoretisch relevante organisatievariabelen werd verdeeld over 3 afzonderlijke submodellen (algemene kenmerken, bewonerskenmerken en personeelskenmerken; zie ook sectie 4.1). Op basis van hun significantie in die submodellen, werden in totaal 3 variabelen weerhouden voor opname in Model 3. Gelet op de mogelijke samenhang tussen organisatieomvang en de mate van samenwerking van rusthuizen werd in Model 3 bijkomend de controlevariabele 'aantal woongelegenheden' opgenomen.

Met uitzondering van de controlevariabele 'aantal woongelegenheden' oefenen de verschillende organisatiekenmerken uit Model 3 een significante invloed uit op het welbevinden van rusthuisbewoners. Ten eerste bestaat evidentie dat het aantal samenwerkingspartners van rusthuizen voor cliëntverwijzing van invloed is op het welbevinden van rusthuisbewoners. Het welbevinden van rusthuisbewoners ligt significant lager in rusthuizen met 1 tot 5 samenwerkingspartners dan in rusthuizen met 6 en meer samenwerkingspartners. Ten tweede oefent de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden, in tegenstelling tot de verwachtingen, een significant negatief effect uit op het welbevinden van rusthuisbewoners. Ten slotte oefent de gemiddelde leeftijd van bewoners in rusthuizen een significant positief effect uit op het welbevinden van de bewoners.

In Model 4 worden zowel individuele kenmerken als organisatiekenmerken opgenomen. De variabelen die significant bleken te zijn in Model 2 of Model 3 werden weerhouden naast de discrepantievariabelen rusthuisvrienden, zelf geld beheren en privacy zorg, evenals de controlevariabelen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en organisatieomvang.

Zoals in Model 2 oefenen de discrepantiekenmerken ook in Model 4 geen significante invloed uit op het welbevinden van rusthuisbewoners. Opvallend in Model 4 is bovendien dat een aantal factoren niet langer een significante invloed blijken uit te oefenen. Dit is het geval voor de participatie van rusthuisbewoners aan externe activiteiten en voor alle organisatiekenmerken. Het niet langer significant zijn van de invloed van de organisatiekenmerken is op verschillende manieren te verklaren. In verband met de personeelsinzet is het enerzijds aannemelijk dat rusthuizen met een hogere personeelsinzet meer zorgbehoevende of minder lichamenlijk gezonde bewoners huisvesten, bij wie het welbevinden lager ligt. De significant negatieve invloed van de personeelsinzet op het subjectief welbevinden in model 2 kan in die zin begrepen worden als een selectie-effect waarbij organisaties met een hogere personeelsinzet bewoners met een minder goede gezondheidstoestand aantrekken. De vaststelling dat in model 4, na controle voor onder andere de subjectieve gezondheidsbeleving, de significante invloed van de personeelsinzet verdwijnt, maakt deze veronderstelling aannemelijk. Anderzijds bestaat de mogelijkheid dat de negatieve invloed van de personeelsinzet eerder als een organisatie-effect moet worden begrepen waarbij hoge personeel-bewoners ratio's nadelige gevolgen hebben voor cliënten. Het teveel betuttelen van bewoners, gepaard gaande met minder autonomie, een grotere afhankelijkheid en minder aandacht voor de competenties van de bewoners, kan dan maken dat ze zich ook minder goed in hun vel gaan voelen.

In tegenstelling tot wat werd verwacht, hebben gescheiden, ongehuwde en verweeduwe rusthuisbewoners een hoger welbevinden dan gehuwden. Na controle voor de organisatiekenmerken blijft de significantie van het effect bestaan en neemt de sterkte ervan toe.

Zich eenzaam voelen, vertoont het sterkste effect op welbevinden. Zoals verwacht suggereren de resultaten dat rusthuisbewoners die zich eenzaam voelen een aanzienlijk lager welbevinden hebben, vergeleken met bewoners die zich niet eenzaam voelen. Eveneens in lijn met wat werd verwacht, rapporteren rusthuisbewoners met een zwakke 'subjectieve gezondheidsbeleving' een lager welbevinden.

De subjectieve evaluatie van instellingskenmerken door rusthuisbewoners vertoont eveneens significante effecten die aan de verwachtingen tegemoet komen. Rusthuisbewoners die liever elders zouden verblijven dan in het rusthuis waarin ze wonen, hebben een lager welbevinden dan bewoners bij wie die wens afwezig is. Het zich niet thuis voelen in het rusthuis zorgt eveneens voor een ondermijning van het welbevinden. Nog opmerkelijk is dat in Model 4 het effect van zich thuis voelen nog sterker lijkt. Naarmate bewoners meer tevreden zijn met het gebouw rapporteren ze ten slotte een hoger welbevinden.

6. Discussie en besluit

In deze analyse werd aan de hand van een uitbreiding van het model van Lemke & Moos (1985) de impact van diverse determinanten op het subjectief welbevinden van 397 Vlaamse rusthuisbewoners in 86 rusthuizen in 2004 onderzocht. Met behulp van multiniveau meervoudige regressieanalyse was het mogelijk om gelijktijdig de invloed van zowel individuele als organisatiekenmerken na te gaan. Een belangrijk voordeel van deze benadering is dat significantieniveaus van de organisatieparameters correct worden geschat. Een toepassing van gewone meervoudige regressie daarentegen zou resulteren in onderschatte *p*-waarden en, bijgevolg in potentieel valse detecties van significante effecten.

De resultaten van de analyse lijken ook te wijzen – zonder evenwel statistisch significant te zijn – in de richting van een consistent negatief effect van de kloofvariabelen tussen wat bewoners belangrijk vinden (aan een verblijf in een rusthuis) en de realiteit waarmee ze worden geconfronteerd. Uit bivariate analyses kwam naar voor dat een meerderheid van de rusthuizen tegemoetkomt aan hetgeen bewoners belangrijk vinden (Vanden Boer & Pauwels 2006). Dit kan duiden, althans wat de gemeten indicatoren betreft, op een eerder hoog kwaliteitsniveau van de Vlaamse rusthuizen. Verder onderzoek moet uitwijzen op welke domeinen residentiële settings minder tegemoetkomen aan de verwachtingen van ouderen en of deze domeinen ook meer bepalend zijn voor het welbevinden.

Een enigszins verrassende bevinding is dat ongehuwden, gescheiden en verweduwen een significant hoger welbevinden vertonen dan gehuwden. Deze bevinding sluit aan bij studies waaruit geen eenduidige relatie blijkt tussen de echtelijke status van ouderen en verschillende soorten van gezondheidsindicatoren (Grundy & Sloggett 2003; Goldman e.a. 1995). Eén van de verklaringen voor de vaststelling dat niet-gehuwden vergeleken met gehuwden beter scoren op bepaalde gezondheidsindicatoren, is dat geen geïnstitutionaliseerde ouderen werden onderzocht. Ons onderzoek suggereert echter dat het ook met het welbevinden van niet-gehuwde rusthuisbewoners beter is gesteld dan met dat van de gehuwden. Een mogelijke verklaring is dat het gemis van een partner, bij oudere ongehuwden minder voorkomt. Zij zijn het gedurende hun hele leven 'gewoon' geweest om zonder eigen partner door het leven te gaan en bouwden doorheen hun leven als alternatief voor het huwelijk elders sociale relaties op (Goldman e.a. 1995). Bovendien hebben ongehuwden geen (recente) verlieservaring en delen ze vergeleken met hun gehuwde leeftijdsgenoten ook minder in de miserie.

Duidelijk is dat de sterkste effecten op het welbevinden van rusthuisbewoners zich situeren op individueel niveau zoals eenzaamheid en gezondheid. Zo bleek 'het zich eenzaam voelen' één van de belangrijkste determinanten van

het subjectief welbevinden te zijn. Het verdient dan ook aanbeveling om bij rusthuisbewoners via onderzoek na te gaan op welke wijze eenzaamheidsgevoelens kunnen worden doorbroken. Maakt bijvoorbeeld de bewonersparticipatie aan interne of externe activiteiten, het instellingsklimaat, of de homogene of heterogene samenstelling van bewonersgroepen een verschil uit bij de ervaren eenzaamheid door rusthuisbewoners? Of ligt een deel van de verklaring in de frequentie of de kwaliteit van contact met familie, vrienden, personeel of medebewoners?

Organisatiekenmerken daarentegen blijken na controle voor individuele kenmerken een relatief beperkte invloed uit te oefenen. Deze bevinding sluit aan bij de vaststelling dat individuele kenmerken en personeelskenmerken doorgaans in belangrijke mate de zorguitkomst bij residentiële ouderenpopulaties verklaren terwijl dit voor organisatiekenmerken eerder beperkt is (Kruzich e.a. 1992; Kane e.a. 2004; Degenholtz e.a. 2006).

Hoewel uit onze analyse tot uiting komt dat het effect van instellingskenmerken op het welbevinden van rusthuisbewoners relatief beperkt zou zijn, betekent dit om een aantal redenen niet dat ze helemaal niet van belang zijn. Zo is het de vraag in hoeverre organisatiekenmerken niet een invloed uitoefenen op bijvoorbeeld eenzaamheid en zo een indirect effect hebben op het welbevinden? Bovendien moet rekening worden gehouden met de vaststelling dat (kleine) organisatie-effecten desondanks hele groepen van bewoners kunnen beïnvloeden. Op te merken valt ook dat de subjectieve beleving van instellingskenmerken zoals de tevredenheid met het gebouw of het zich thuis voelen wél bepalend zijn voor het welbevinden van rusthuisbewoners. De onderzoeksresultaten suggereren tevens dat de keuzevrijheid bij het zoeken naar de gepaste zorgvorm belangrijk is. Bewoners die verblijven in een rusthuis dat niet hun eerste keuze was, vertonen een lager welbevinden. Dit pleit voor het luisteren naar de stem van ouderen om te verblijven of opgevangen te worden in hun favoriete voorkeurplaats. 'Second best' opties zoals het verblijven in een 2de keuze instelling of het met lichte dwang opnemen van ouderen in rusthuizen moeten maximaal worden voorkomen. Ten slotte kan een verklaring liggen, zoals reeds werd gesuggereerd, in het feit dat de meerderheid van de Vlaamse rusthuizen een aanzienlijk niveau van dienstverleningskwaliteit bieden waardoor organisatiekenmerken in onze modellen weinig verschil maken in het welbevinden van de bewoners.

De hiërarchische structurering in de dagelijkse rusthuispraktijk kan echter afwijken van de structuur die in bovenstaande onderzoeksmodellen werd gemodelleerd. Vlaamse rusthuizen zijn structureel vaak zo opgebouwd dat bewoners in verschillende afdelingen binnen eenzelfde organisatie verblijven. Gezien het in LOVO-2 ontbreekt aan gegevens over afdelingen werd voorbijgegaan aan de kenmerken van dit tussenliggende organisatieniveau. De kenmerken van dergelijke afgrensbare deeltentiteiten binnen rusthuizen zijn mogelijk

meer bepalend voor het welbevinden van rusthuisbewoners dan de organisatiekenmerken. Rusthuizen kunnen er bijvoorbeeld voor opteren hun middelen verschillend in te zetten ten aanzien van afdelingen. Een indicator zoals personeelsinzet op afdelingsniveau in plaats van op organisatieniveau is dan preciezer om de impact op het welbevinden van rusthuisbewoners na te gaan. Daarom kan bij toekomstig onderzoek beter ook een inschatting gemaakt worden van kenmerken van de deeltentiteit binnen het rusthuis waar de bewoner effectief verblijft naast of eerder dan kenmerken van de ganse organisatie.

Bij de mate van samenwerking van rusthuizen stelt zich eveneens de vraag: zijn kenmerken op andere niveaus van organisatie van de zorg voor ouderen niet meer bepalend? Intra-organisatorische samenwerkingsvormen zoals de transitie van rusthuisbewoners tussen afdelingen van eenzelfde organisatie zijn mogelijk meer bepalend dan de mate van samenwerking van rusthuizen met externe organisaties. Bovendien wordt ervan uitgegaan dat kenmerken van de regionale integratie van zorgnetwerken voor ouderen van belang zijn voor de zorguitkomst (Lemieux-Charles e.a. 2002). Dit zou betekenen dat toekomstig onderzoek, vanuit een netwerkanalytische benadering, ook regio-indicatoren – met name over de integratie van regionale groepen van zorgorganisaties voor ouderen – in de analyse moet betrekken.

Vanuit beleidsevaluerend oogpunt verdient het ook aanbeveling om verder te exploreren welke organisatiekenmerken na controle voor individuele kenmerken een significante invloed uitoefenen op andere maten van de zorguitkomst zoals residentiële tevredenheid. Dergelijke organisatiekenmerken kunnen desgevallens worden beschouwd als predictoren van een kwaliteitsvolle zorguitkomst. Dit betekent dat ze dan ook in aanmerking komen voor het monitoren van de zorgkwaliteit in rusthuizen.

NOTEN

1. RVT: rust- en verzorgingstehuis. Omwille van de leesbaarheid gebruiken we in het vervolg van de tekst alleen de term rusthuis. Hiermee worden zowel rusthuizen als rust- en verzorgingstehuizen bedoeld.
2. Dit zijn rusthuizen/RVT's in de Vlaamse Gemeenschap exclusief ziekenhuis RVT's.
3. Bewoners met RIZIV-categorie C-dement werden uitgesloten.
4. Uit gegevens van de Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn blijkt dat er op 31.12.2003 in de Vlaamse Gemeenschap 752 rusthuizen/RVT's actief waren.
5. De regio's zijn: Antwerpen, Vlaams-Brabant, Limburg, Oost- en West-Vlaanderen. Een rusthuis/RVT wordt klein (groot) beschouwd als de bewonerscapaciteit minder (meer) is dan 60.
6. De KATZ-schaal drukt aan de hand van letters de mate van zorgbehoefte uit bij rusthuisbewoners. Rusthuisbewoners met een O-profiel zijn het minst zorgbehoevend, degenen met C-profiel zijn (in de populatie van dit onderzoek) het meest

zorgbehoevend. Dementerende rusthuisbewoners (Cd-profiel) werden in LOVO-2 buiten beschouwing gelaten.

7. Een belangrijke vaststelling uit het literatuuronderzoek is dat bij de beoordeling van de levenskwaliteit of het subjectief welbevinden het oordeel van de betrokkene zelf vooropstaat. Daarbij gaat het om de discrepantie tussen een gewenste versus de feitelijke situatie. Voor een aantal aspecten werd die *discrepantie* nagegaan aan de hand van een reeks vragen over de belangrijkheid die bewoners eraan hechten en de feitelijke situatie in het rusthuis.
8. Voorbeelden van *veiligheidsaspecten*: de mate waarin de resident zich in de instelling, op de kamer, in de tuin, ... veilig voelt (Van Campen & Kerkstra 1998).
9. Voorbeelden van *autonomie*-items die bevestigd werden zijn: in welke mate kan de resident zelf beslissen welke kleren hij aantrekt, in welke mate kan men zelf beslissen wanneer men bezoek ontvangt, mag men eigen meubels op de kamer zetten, beschikt men over een sleutel van het rusthuis, ...
10. Voor het aspect 'privacy' werd geput uit de vragenlijst die werd uitgewerkt door De Veer en Kerkstra (1998) voor verpleeghuizen in Nederland. De vragen hebben zowel betrekking op materiële zaken die verwijzen naar privacy – zoals afsluitbare kasten, een eigen sleutel van de kamer – als op aspecten zoals ongestoord een vertrouwelijk gesprek kunnen voeren.
11. Vragen die te maken hebben met de *structuur en het proces van de zorgomgeving* verwijzen onder meer naar het 'QUOTE-Ouderen-instrument' dat aangevuld werd met enkele items van het 'SERVQUAL-instrument'. Beide instrumenten peilen zowel naar de belangrijkheid als naar de ervaringen met zorgaspecten (Sixma e.a. 1998; Duffy e.a. 2001). Gepeild wordt onder meer naar de belangrijkheid van zorgaspecten zoals zelfbeschikkingsrecht, bejegening, organisatie van de zorg.

BIBLIOGRAFIE

- Aller, L.J. & H. Van Ess Coeling (1995), Quality of life: its meaning to the long-term care resident, *Journal of Gerontological nursing*, 21 (2), 20-25.
- Barnes, S. (2002), The design of caring environments and the quality of life of older people, *Ageing & Society*, 22 (6), 775-789.
- Bond, J., S. Bond, C. Donaldson, B. Gregson & A. Atkinson (1989), Evaluation of an innovation in the continuing care of very frail elderly people, *Aging and Society*, 9, 347-381.
- Boeije, H.R. (1994), *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*, Utrecht: De Tijdstroom.
- Bravo, G., P. De Wals, M.F. Dubois & M. Charpentier (1999), Correlates of care quality in long-term care facilities: a multilevel analysis, *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, 54B (3), P180-P188.
- Bronselaer, J. (2006), Rusthuizen en hun samenwerkingspartners, *Hospitalia*, 50 (2), 4-14.
- Bronselaer, J. (2007), Collectieve activiteiten in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen, *OCMW-visies*, 22 (2), 41-46.
- Callens, M. (2004), *Essays on Multilevel Logistic Regression*, Phd-thesis, Faculty of Economics and Applied Economics, KULeuven.
- Callens, M. (2008), Selected Statistical Methods to Analyse Ippas, In: C. Hoehn, D. Avramov & I. Kotowska (Eds.), *People, Population Change and Policies, Lessons from the Population Policy Acceptance Study*, vol. 1: Family Changes, Dordrecht: Springer Sciences.

- Challiner, Y., S. Julious, R. Watson & I. Philp (1996), Quality of care, quality of life and the relationship between them in long-term care institutions for the elderly, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (10), 883-888.
- Chou, S., D. Boldy & A.H. Lee (2002), Resident satisfaction and its components in residential aged care, *The Gerontologist*, 42 (2), 188-198.
- Cuyvers, G., J. Kavs & E. Van den Brande (2000), *Concrete invulling van de functie van animatie in rusthuizen*, Katholieke Hogeschool Kempen, Departement Sociaal Werk, Geel, 154 p.
- De Jong Gierveld, J. & F. Kamphuis (1985), The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9 (3), 289-299.
- De Veer, A.J. & A. Kerkstra (1998), *Bewonerspanel verpleeghuizen. Een haalbaarheidsstudie aan de hand van een onderzoek naar privacy in verpleeghuizen*. Utrecht: NIVEL.
- De Coster, I., J. Pickery, A. Declercq, C. Van Audenhove, N. Spruytte, F. Lammertyn (2000), *Het tehuisklimaat in de residentiële zorg voor dementerende ouderen, Een pilotstudie d.m.v. multilevel analyse op de MEAP*, LUCAS, Leuven, 31 p.
- Declercq, A., I. Van Rompaey, H. Bogaerts, C. Van Audenhove & F. Lammertyn (1997), *Het tehuisklimaat in de residentiële zorg voor dementerende ouderen*, Leuven: LUCAS.
- Degenholtz, H.B., R.A. Kane, R.L. Kane, B. Bershadsky & K.C. Kling (2006), Predicting Nursing Facility Residents' quality of life using external indicators, *Health Services Research*, 41 (2), 335-356.
- Donabedian, A. (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring (vol. 1)*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Duffy J.A., M. Duffy M. & W.E. Kilbourne (2001), A comparative Study of Resident, Family, and Administrator Expectations for Service Quality in Nursing Homes, *Health Care Management Review*, 26 (3), 75-85.
- Goldman, N., S. Korenman & R. Weinstein (1995), Marital status and health among the elderly, *Social Science Medicine*, 40 (12), 1717-1730.
- Grundy, E. & A. Sloggett, (2003), Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances, *Social Science & Medicine*, 56 (5), 935-947.
- Guse, L.W. & M.A. Masesar (1999), Quality of life and successful aging in long-term care: perceptions of residents, *Issues in Mental Health Nursing*, 20 (6), 527-539.
- Harrington, C., D. Zimmerman, S.L. Karon, J. Robinson & P. Beutel (2000), Nursing home staffing and its relationship to deficiencies, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B (5), S278-S287.
- Kane, R.A. & A.L. Caplan (eds.) (1990), *Everyday ethics: resolving dilemmas in nursing home life*. New York: Springer publishing company.
- Kane, R.L., B. Bershadsky, R.A. Kane, H.H. Degenholtz, L. Jiexin, K. Giles & K.C. Kling (2004), Using resident reports of quality of life to distinguish among nursing homes, *The Gerontologist*, 44 (5), 624-632.
- Kruzich, J.M., J.F. Clinton & S.T. Kelber (1992), Personal and environmental influences on nursing home satisfaction, *The Gerontologist*, 32 (3), 342-350.
- Lemieux-Charles L, L.W. Chambers, R. Cockerill, S. Jaglal, K. Brazil, C. Cohen, K. LeClair, B. Dalziel & B. Schulman (2002), *Dementia care networks study*, Department of Health Policy, Management and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Toronto.
- Lemke, S. & R.H. Moos (1986), Quality of residential settings for elderly adults, *Journal of Gerontology*, 41 (2), 268-276.
- Lemke, S. & R.H. Moos (1989), Ownership and quality of care in residential facilities for the elderly, *The Gerontologist*, 29 (2), 209-215.

- Lucas, J.A., T.J. Lowe, B. Robertson, A. Akincigil, U. Sambamoorthi, S. Bilder, E.K. Paek, & S. Crystal (2007), The relationship between organizational factors and resident satisfaction with nursing home care and life, *Journal of Aging & Social Policy*, 19(2), 125-151.
- Mannell, R.C. & S. Dupuis (1996), Life satisfaction. In: J.E. Birren, *Handbook of the psychology of aging*. Second edition, 2, 59-64.
- Meijer, A., C. van Campen & A. Kerkstra (2000), A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands, *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 554-561.
- Misplon, S., A. Peetermans & G. Hedebouw (2002), *Leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen in rusthuizen en RVT's. Uitwerking van een instrumentarium: eindverslag*. HIVA-K.U.Leuven-CBGS-Brussel.
- Moos, R. & S. Lemke (1996), *Evaluating residential facilities*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Moos, R. & S. Lemke (1985), Specialized living environments for older people. In: Birren, J.E., K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 2e Ed., 864-889.
- Mosher-Ashley, P.M. & E.P. Lemay (2001), Improving residents' life satisfaction, *Nursing homes: Long-Term Care Management*, 50 (5), 50-54.
- Noro, A. & S. Aro (1996), Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population, *Quality of Life Research*, 5 (3), 355-366.
- Patterson, B.J. (1995), The process of social support: adjusting to life in a nursing home, *Journal of Advanced Nursing*, 21 (4), 682-689.
- Pinquart, M. & S. Sörensen (2001), Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B (4), P195-P213.
- Rantz, M.J., D.R. Mehr, L. Popejoy, M. Zwiygart-Stauffacher, L.L. Hicks, V. Grando, V.S. Conn, R. Porter, J. Scott & M. Maas (1998), Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model, *Journal of Nursing Care Quality*, 12 (3), 30-46.
- Rantz, M.J., L. Hicks, V. Grando, G.F. Petroski, R.W. Madsen, D.R. Mehr, V. Conn, M. Zwiygart-Staffacher, J. Scott, M. Flesner, J. Bostick, R. Porter & M. Maas (2004), Nursing home quality, cost, staffing, and staff mix, *The Gerontologist*, 44 (1) 24-38.
- Rosenberg, M. (1965), *Society and self-image*. Princeton: University Press.
- Rosenheck, R., J.P. Morrissey, J. Lam, M. Calloway, M. Johnsen, H. Goldman, F. Randolph, M. Blasinsky, A. Fontana, R. Calsyn & G. Teague (1998). Service system integration, access to services, and housing outcomes in a program for homeless persons with severe mental illness, *American Journal of Public Health*, 88 (11), 1610-1615.
- Schnelle, J.F., S.F. Simons, C. Harrington, M. Cadogan, E. Garcia & B.M. Bates-Jensen (2004), Relationship of nursing home staffing to quality of care, *Health Services Research*, 39 (2), 225-250.
- Scocco, P., M. Rapattoni & G. Fantoni (2006), Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (3), 281-287.
- Sinclair, I., R. Parker, D. Leat & J. Williams (1990), *The kaleidoscope of care: a review of research on welfare provision for elderly people*. HMSO, London.
- Sixma, H.J., C. Van Campen, J.J. Kerssens & L. Peters (1998), *De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten*, Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg, Utrecht: NIVEL.
- Snijders T.A.B., & R.J. Boskers (1999), *Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modeling* London: SAGE.

- Steeverink, N., G.J. Westerhof, C. Bode & F. Dittmann-Kohli (2001), The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B (6), 364-373.
- Tempelman, C.J.J. (1987), *Welbevinden bij ouderen. Constructie van een meetinstrument*. Proefschrift, RU Groningen.
- Tseng, S. & R. Wang (2001), Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan, *Public Health Nursing*, 18 (5), 304-311.
- Van Campen, C. & A. Kerkstra (1998), Ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten, Constructie van een meetinstrument, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 29 (1), 11-18.
- Van Linschoten, C.P., J.C. Gerritsen e.a. (1993), De schaal subjectief welzijn ouderen nader onderzocht, *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 24, 57-65.
- Van Roosmalen, G. & A. Marcoen (2007), Welbevinden, functionele performantie en persoonlijke controle bij ouderen thuis en in het woonzorgcentrum, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38 (3), 134-146.
- Vanden Boer, L. & K. Pauwels (2005), Eenzame ouderen. Mythe of realiteit? *Tijdschrift voor Verzorging en Beheer*, 35, (2), 14-17.
- Vanden Boer, L. (1997), *(Toe)zicht op de kwaliteit in rusthuizen. Een literatuuronderzoek buiten de grenzen*. Brussel: CBGS Document 1997/5.
- Vanden Boer, L., K. Pauwels, M. Callens & V. Carrette (2006), *Het leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen (LOVO). LOVO-2: Rusthuis- en RVT-bewoners. Opzet en gegevensverzameling*, CBGS-Werkdocument 2006/2.
- Vanden Boer, L., Th. Jacobs, L. Vanderleyden, V. Audenaert & K. Pauwels (2001), *Het leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen (LOVO). 1. Thuiswonende 55-plussers. Onderzoekdesign – Theoretische achtergronden – Concepten – Meetinstrumenten*. Brussel: CBGS-Werkdocument, 2001/8.
- Vanden Boer, L. & K. Pauwels (2006), *Thuis in het rusthuis, Uit het onderzoek, 2006*, (www.cbgs.be).
- Weihl, H. (1981), On the relationship between the size of residential institutions and the well-being of residents, *The Gerontologist*, 21 (3), 247-250.
- Wimmers, M.F.G.H. & J.A. van der Bom (1971), *Ouderdomsbeleving. Evaluatie van eigen leven en levensomstandigheden door oudere mensen*. Nijmegen: Gerontologisch Centrum.