

Persoonlijke controle en functionele performantie bij ouderen thuis en in het bejaardentehuis

G. Van Roosmalen · A. Marcoen

Personal control of care provision and functional performance of non-institutionalized and institutionalized elderly

The present study is part of a broader investigation on the effects of living in a home for the elderly on functional performance and opportunities for successful aging. Functional performance is defined as the daily activities people actually execute in the domains of housekeeping, self-care, and leisure and social activity. In this first study, a comparison was made between community dwelling elderly and aged people living in an institution, in order to investigate the effect of living in an institution on functional performance (FP) in different domains and on personal control (PC) of the received care. The data were gathered in a structured interview, administered to 74 non-institutionalized and 79 institutionalized elderly, aged 71 to 97 years, living in Flanders. We found institutionalized elderly to be less active in every domain of functioning and experiencing less control of the received care. Significant negative correlations between age, FP and PC were only found in the sample of community-dwellers. It seems that in homes for the elderly, care is provided in a package about which the residents have minimal control, which leads to a homogenisation of daily functioning in the institution.

Samenvatting Deze studie maakt deel uit van een breder onderzoek naar de effecten van opname in een bejaardentehuis op functionele performantie en mogelijkheden tot succesvol ouder worden. Onder functionele performantie verstaan we het actuele dagelijkse functioneren in

de levensdomeinen huishouding, zelfzorg en vrijetijds- en sociale activiteit. In dit eerste onderzoek werd een vergelijking gemaakt tussen thuiswonenden en bejaardentehuisbewoners, om na te gaan wat het effect is van wonen in een bejaardentehuis, op de functionele performantie (FP) en het gevoel van persoonlijke controle (PC). De data werden verzameld over heel Vlaanderen via een gestructureerd interview met 74 thuiswonenden en 79 bejaardentehuisbewoners, tussen 71 en 97 jaar oud. Het bleek dat bejaardentehuisbewoners minder actief waren op alle domeinen van functioneren en ook minder PC ervoeren over het dagelijks functioneren. Significante negatieve correlaties tussen leeftijd en FP respectievelijk PC vonden we enkel in de groep thuiswonenden. Het blijkt dat in het bejaardentehuis nog in grote mate, ongeacht de behoeften en wensen van de ouderen, een zorgpakket wordt aangeboden, waar de oudere zelf weinig of geen controle over heeft. Dit leidt tot een homogenisering in het dagelijks functioneren van de bejaardentehuisbewoners.

Keywords ouderen · verzorgingshuis · bejaardentehuis · persoonlijke controle · functionele performantie · zorg op maat

Inleiding

Het is bekend dat ouderen liefst zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen¹⁻². Er worden de laatste jaren tal van inspanningen gedaan om ouderen de kans te geven zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te blijven. Toch is voor veel, vooral hoogbejaarden, de overgang naar een bejaardentehuis – in Vlaanderen nu een Woon- en Zorgcentrum genoemd – een

G. Van Roosmalen (✉)
Centrum voor Ontwikkelingspsychologie Katholieke
Universiteit Leuven
Correspondentie: Griet Van Roosmalen
Centrum voor Ontwikkelingspsychologie Tiensestraat 102
3000 Leuven tel + + 32 + 16326146 fax + + 32 + 16326144 e-
mail Griet.VanRoosmalen@psy.kuleuven.be

noodzakelijke stap. Deze verandering hoeft echter niet – zoals vaak gedacht wordt – de kwaliteit van leven te ondermijnen. Succesvol ouder worden, wat in de eerste plaats te maken heeft met een goede ‘fit’ tussen persoon en omgeving,³ is ook in het bejaardentehuis mogelijk. Lawton omschreef de functies van voorspelbare residentiële omgevingen in termen van het behoud, de stimulatie en de ondersteuning van de functionele status, het zelf-concept en het welbevinden van de bewoners.⁴ Ouderen, geconfronteerd met functionele beperkingen en een beperkt sociaal netwerk, kunnen in een bejaardentehuis een omgeving vinden die compensatiemogelijkheden biedt voor hun beperkingen.

Wonen in het bejaardentehuis en succesvol ouder worden

Succesvol ouder worden, bestaat, zoals succesvolle ontwikkeling in het algemeen, volgens Baltes en Baltes uit een optimaal samengaan van selectie, optimalisatie en compensatie (SOC).⁵ Baltes, Wahl en Reichert hebben dit model toegepast op het ouder worden in een bejaardentehuis.⁶ Volgens het SOC-model zou de overgang naar het bejaardentehuis idealiter het resultaat zijn van de beslissing van de oudere een ‘low-demanding’ omgeving te *selecteren* waar men vrij makkelijk toegang heeft tot een aantal diensten en hulpmiddelen die kunnen *compenseren* voor verlies van fysieke en cognitieve mogelijkheden en voor een beperkt sociaal netwerk.⁶⁻⁷ Het bejaardentehuis zou dan ook een omgeving zijn die aan ouderen, ondanks hun beperkingen, kansen biedt op het *optimaliseren* van hun levenskwaliteit.^{6,8}

Toch blijft de overgang naar het bejaardentehuis voor deze ouderen ook een uitdaging en een opgave. Zij worden geconfronteerd met een zeer ingrijpende situatieverandering, zowel sociaal als materieel. Ze verliezen een eigen “thuis”, privacy, autonomie en perspectief. Dit verlies moeten ze verwerken. Liefst zodanig dat de kwaliteit van leven kan verbeterd worden, of minstens behouden blijft.

Gevoel van persoonlijke controle

Het succes van de overgang zal in grote mate afhangen van de betrokkenheid van de oudere zelf bij het beslissen over het verhuizen naar het bejaardentehuis en bij de organisatie van en het beslissen over het eigen dagelijks functioneren binnen het bejaardentehuis.

Eenmaal in het bejaardentehuis zal de mate waarin de oudere zijn of haar eigen leven kan beheren in grote mate bepalen of de overgang deel kan uitmaken van succesvol ouder worden. Naafs heeft het over zelfbepaling of de mogelijkheid de eigen wil te volgen bij het vorm geven aan zijn leefsituatie.¹⁰ Baltes heeft het over ‘self-regulated

dependency’.¹¹ Hulp krijgen, in of buiten het bejaardentehuis, is niet noodzakelijk een teken van functioneel verlies en inboeten aan persoonlijke controle. Het zelf kunnen beslissen welke hulp men nodig heeft en het zelf kunnen beslissen welke aspecten van het dagelijks functioneren men het belangrijkste vindt en in welke men het meeste tijd en energie wil investeren, gegeven de eigen mogelijkheden en beperkingen, draagt bij tot een optimaal functioneren in en een gevoel van persoonlijke controle over het dagelijks leven. Persoonlijke controle betekent dus dan dat men zelf kan beslissen welke activiteiten men wel of niet doet, waar, wanneer, of met wie, en of men daarbij wel of niet geholpen wordt, en door wie, ... In dit onderzoek zullen we persoonlijke controle dan ook niet bevragen als een algemeen (latent) kenmerk, bijvoorbeeld als ervaren autonomie, maar voor elke specifieke activiteit nagaan in welke mate de hulp die men er bij krijgt, als nodig of gewenst, dan wel als onnodig en ongewenst ervaren wordt.

Functionele performantie

De specifieke activiteiten van het functioneren in het dagelijks leven, wat mensen normaal zoal doen in de loop van een dag, noemen we in navolging van Leidy, de functionele performantie.¹² Met de keuze van deze term willen we het onderscheid met functionele capaciteit duidelijk stellen. Een onderscheid dat in termen als ‘everyday functioning’ ‘everyday competence’, ‘activities of daily living’ vaak onduidelijk blijft.¹³

In de praktijk van de ouderenzorg en in gerontologisch onderzoek gaat de aandacht vooral naar de zelfzorgactiviteiten of ‘activities of daily living’ (ADL) zoals eten en zich wassen, die noodzakelijk zijn voor de overleving, en de huishoudelijke taken of ‘instrumental activities of daily living’ (IADL) zoals boodschappen doen en koken, die zelfstandig leven mogelijk maken.¹⁴⁻¹⁵ In meer sociologisch geïnspireerd onderzoek naar het dagelijks functioneren, zoals bijvoorbeeld onderzoek naar tijdsgebruik, is er ook aandacht voor vrijetijds- en sociale activiteiten (VSA). Vanuit het perspectief van succesvol ouder worden, waarin we dit onderzoeksproject plaatsen, is het optimaal functioneren in en persoonlijke controle over deze drie domeinen (ADL, IADL en VSA) belangrijk. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat de mogelijkheden en beperkingen op fysiek en cognitief vlak en vanuit de sociale en fysieke omgeving een verschillende impact hebben naargelang het domein van functioneren.⁸ Het aantal onderzoeken waarin alle drie deze domeinen worden betrokken, is beperkt. In deze studie komen ze alle drie aan bod, in de hoop het dagelijks functioneren van ouderen zo volledig mogelijk te omvatten.

Tabel 1 Verdeling van de respondenten over woonsituatie, geslacht en leeftijd [Respondents spread by residence, sex and age].

	Thuis		Bejaardentehuis		Totale groep		Totaal
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	
70-74	4	4	3	2	7	6	13
75-79	7	8	7	5	14	13	27
80-84	6	10	8	13	14	23	37
85-89	11	8	12	9	23	17	40
90 <	7	9	8	12	15	21	36
Totaal	35	39	38	41	73	80	153

Dit onderzoek is een onderdeel van een meer omvattend onderzoek naar de aanpassing van hoogbejaarden aan het bejaardentehuis, in het perspectief van het succesvol ouder worden. In een eerste fase van het globaal onderzoek – waarover we hier verslag doen – richten we ons op een vergelijking tussen zelfstandig thuiswonende ouderen en bewoners van bejaardentehuizen wat betreft ervaren persoonlijke controle in hun dagelijks functioneren in verschillende activiteitsdomeinen.

Methodie

Onderzoeksgroep

Aan het onderzoek namen 153 alleenstaande personen deel tussen 71 en 97 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 84 jaar. Alle deelnemers zijn afkomstig uit de vijf Vlaamse provincies en werden in hun eigen woonplaats geïnterviewd. Er werd zowel een groep thuiswonenden (48,4%; $N = 74$) als een groep ouderen wonend in een Rusthuis (ROB) of Rust- en Verzorgingstehuis (RVT; 51,6%; $N = 79$) bevestigd, met in elke groep ongeveer evenveel mannen als vrouwen, verdeeld over verschillende leeftijdsgroepen (70-74, 75-79, 80-84, 85-89 en 90 en ouder; Tabel 1). De gemiddelde leeftijd van beide woonsituatiegroepen verschilde niet significant ($t = -0,84, p = 0,40$).

De respondenten werden gerekruteerd door tweedejaarsstudenten Pedagogische Wetenschappen van de K. U. Leuven. Via een persoon die het vertrouwen genoot van de aangezochte respondent (een ethische garant) en/of de directie van het bejaardentehuis, contacteerde elk van hen een thuiswonende dan wel in het bejaardentehuis wonende man of vrouw van een bepaalde leeftijdsgroep. Alle interviews werden afgenomen tussen 30 november 2001 en 6 februari 2002.

Instrumenten

Van alle respondenten werd het door ons geconstrueerde ActiviteitenInterview (AI) afgenomen. Het AI is een bundeling van verschillende vragenlijsten die alle mondeling

in de vorm van een interview werden afgenomen. De studenten werden op de afname van het interview voorbereid in twee trainingssessies. Er zijn twee versies van het AI, een voor thuiswonende bejaarden en een volledig parallelle versie voor ouderen in een bejaardentehuis, waar nodig aangepast aan de specifieke situatie. Het AI bestaat uit vier onderdelen (1) Leefsituatie, (2) Activiteiten, (3) Welbevinden en (4) Beoordeling van het interview. De hier gerapporteerde resultaten maken enkel gebruik van de data over leefsituatie en activiteiten van de ouderen.

In het *eerste deel* van het ActiviteitenInterview (Leefsituatie) werden vragen gesteld over achtergrondvariabelen en variabelen die mogelijk verband houden met dagelijks functioneren en/of welbevinden. De volgende thema's kwamen aan bod: opleiding, beroep en gezinsarbeid, socio-economische status, gezondheid, mobiliteit, partner en familie en sociale relaties. Bij de constructie hebben we ons gebaseerd op twee bestaande interviewbundels, namelijk 'Leefsituatieonderzoek bij ouderen' (CBGS) en 'Die zweite Lebenshälfte. Einstellungen und Lebenslagen' (INFAS).¹⁶⁻¹⁷

Het *tweede deel* van het ActiviteitenInterview (Activiteiten) ging over activiteiten in het dagelijks leven. Het was de bedoeling alle activiteiten te omvatten vanaf het moment dat de geïnterviewden opstonden tot het moment dat ze terug in slaap vielen. De verschillende activiteiten werden een na een bevestigd, binnen de volgende domeinen: huishoudelijke activiteiten (IADL), zelfzorgactiviteiten (ADL), vrije tijds- en sociale activiteiten (VSA) en rusten. Bijlage 1 biedt een lijst met alle activiteiten waarover gevraagd is. Bijlage 2 geeft de vragen weer die voor elke activiteit gesteld werden en waaruit de verschillende maten van functionele performantie en persoonlijke controle werden afgeleid.

Functionele performantie. Voor elke activiteit werd bevestigd of men deze al dan niet uitvoerde. Bij een positief antwoord werd er gevraagd of men al dan niet hulp kreeg bij het uitvoeren van deze activiteit. Bij een negatief antwoord werd gevraagd of men de activiteit vroeger ooit gedaan heeft. Zo bepaalden we (1) het aantal activiteiten dat op het moment van het interview werd

uitgevoerd zonder hulp, (2) het aantal activiteiten dat werd uitgevoerd met hulp en (3) het aantal activiteiten dat werd overgedragen aan anderen, (4) een somscore over alle activiteiten heen, waarin ook de activiteiten die men vroeger ooit deed, vervat zitten, (5) het aantal activiteiten dat op het moment van het interview werd uitgevoerd, al dan niet met hulp, en ten slotte (6) de mate van ontvangen hulp (dit is het aantal activiteiten waarvoor men hulp kreeg of dat werd overgenomen door anderen).

Persoonlijke controle. Wanneer een respondent aangaf een activiteit met hulp te doen of niet meer te doen, werd naar de reden gevraagd. Er zijn drie antwoordalternatieven: (a) “Ik kan het niet (alleen)”. Deze uitspraak kan zowel betekenen dat men het niet kan omwille van fysieke beperkingen, als dat men de activiteit in kwestie nooit geleerd had. (b) “Ik zou het kunnen, maar ik doe het niet graag (alleen)”. De oudere had dus zelf beslist het niet (meer) alleen of zelf te doen, bijvoorbeeld omdat hij of zij het niet graag (alleen) deed of liever andere dingen deed. Of (c) “Ik zou het kunnen en ik zou het ook graag doen, maar ik word nu eenmaal geholpen of het wordt nu eenmaal voor mij gedaan”. De oudere werd tegen eigen willen en kunnen in geholpen, omdat bijvoorbeeld een familielid dat nodig vond, of die hulp sowieso gegeven werd door thuiszorgdienst of bejaardentehuis.

Over alle activiteiten heen en voor de verschillende domeinen afzonderlijk (ADL, IADL, VSA en rusten) werden uit deze antwoorden drie variabelen afgeleid: (1) Het aantal activiteiten waarbij het niet kunnen als reden voor hulp of overdracht gegeven werd, relatief aan het aantal activiteiten waarvoor men hulp kreeg, geeft een indicatie van de mate waarin de ontvangen hulp ervaren werd als compensatie voor verlies of beperkingen. (2) Het relatieve aantal activiteiten waarbij hulp of overdracht eigen keuze was. Dit geeft aan in welke mate de ontvangen hulp zelf gekozen werd (selectie), al dan niet om tijd en energie te vrijwaren voor andere activiteiten (optimalisatie). (3) Het relatieve aantal activiteiten waarbij hulp of overdracht geen eigen keuze was, maar werd opgelegd door derden, als indicator van overcompensatie. Op deze manier krijgen we een beeld van de

door de respondent ervaren persoonlijke controle over ontvangen hulp bij dagelijkse activiteiten. Hoe groter het aandeel van noodzakelijk ervaren en/of gewenste hulp, en hoe kleiner het aandeel overcompensatie, hoe groter de persoonlijke controle.

Resultaten

Opleiding, beroep en socio-economische status

Er was geen verschil tussen bejaardentehuisbewoners en thuiswonenden qua opleidingsniveau (Mann-Witney $U = 2510,00, p = 0,48$) en beide groepen gingen gemiddeld even lang (tot hun vijftiende ongeveer) naar school ($t = 0,44, p = 0,66$). Verder was er geen verschil tussen bejaardentehuisbewoners en thuiswonenden wat betreft vroegere beroeps- of gezinsarbeid ($Chi^2 = 1,43, p = 0,49$). In beide groepen vonden we een niet verschillend aantal mensen dat vroeger beroepsarbeid deed, voor het huishouden zorgde, dan wel beide combineerde. Qua socio-economische status vonden we geen verschil in inkomen ($t = -0,29, p = 0,77$), rondkomen met inkomen ($t = 0,07, p = 0,95$) en levensstandaard ($t = 1,57, p = 0,12$).

Gezondheid

Over hun lichamelijke gezondheidstoestand oordeelden bejaardentehuisbewoners niet verschillend van thuiswonenden ($U = 288,50, p = 0,869$). Op de vierpuntschaal situeerden beide groepen zich gemiddeld tussen “het gaat wel” (score 2) en “goed” (score 3). Ook was er geen significant verschil in de mate waarin beperkingen in gezondheid hen naar eigen zeggen hinderden in alledaagse bezigheden ($t = -1,68, p = 0,07$). Bovendien was er geen verband tussen leeftijd en subjectief ervaren lichamelijke gezondheid ($r_s = 0,04, p = 0,64$), noch tussen leeftijd en ervaren hinder in alledaagse bezigheden ($r_s = 0,04, p = 0,66$). Ook voor beide woonsituatiegroepen waren er geen significante verbanden met leeftijd.

Tabel 2 Correlaties tussen leeftijd en mobiliteit en verschillen hierin in functie van woonsituatie [Correlations between age and mobility and differences between residence groups].

	Totale groep (n = 132-153)	Thuis (n = 64-79)	Bejaardentehuis (n = 68-74)	Z ^a
Zich verplaatsen binnenshuis	-0,21 ^c	-0,37 ^d	-0,04	-2,11 ^b
Trappen doen	-0,14	-0,35 ^c	0,10	-2,76 ^c
400 m aan een stuk stappen	-0,17 ^b	-0,28 ^b	-0,04	-1,49
Zich verplaatsen buiten wandelafstand	-0,17	-0,49 ^d	0,10	-3,67 ^d
Mobiliteit (somscore)	-0,16	-0,45 ^d	0,14	-3,51 ^d

^a Z = Fisher-Z-toets voor verschillen tussen correlaties van onafhankelijke steekproeven.

^b $p < 0,05$, ^c $p < 0,01$, ^d $p < 0,001$

Tabel 3 Sociale contacten en woonsituatie: Vergelijking tussen thuiswonenden en bejaardentehuisbewoners [Social contacts and residential status: Comparison between community dwelling and institutionalised elderly].

	Thuis <i>t</i> ^a		Bejaardentehuis		
	M	SD	M	SD	
<i>Bezoekcontact</i>					
Alle	4,25	0,63	3,70	1,02	-3,99 ^d
Familie	4,21	0,90	3,57	1,30	-3,57 ^d
Kennissen	4,35	1,24	3,11	1,93	-4,35 ^d
Hulpverleners	5,18	1,92	6,03	1,66	2,58 ^c
<i>Telefonisch of schriftelijk contact</i>					
Alle	3,15	1,24	1,84	1,60	-5,46 ^d
Familie	3,70	1,22	2,22	1,86	-5,65 ^d
Kennissen	2,28	1,62	1,25	1,67	-3,48 ^d
Hulpverleners	2,71	1,63	1,55	1,44	-3,66 ^d

^a *t* = *t*-toets voor onafhankelijke steekproeven.

^c *p* < 0,01, ^d *p* < 0,001

Mobiliteit

Ouderen in het bejaardentehuis beschreven zichzelf als minder mobiel dan thuiswonende ouderen ($M = 5,19$, $SD = 3,46$ respectievelijk $M = 9,34$, $SD = 2,57$; $U = 760,50$, $p < 0,001$). Dit was voor alle items van de mobiliteitschaal zo.

Er was geen significant verband tussen leeftijd en mobiliteit binnen de hele steekproef (somscore; Tabel 2). De oudere respondenten signaleerden wel meer moeite te hebben met het zich verplaatsen binnenshuis en met het 400m aan een stuk lopen. Gelet op de woonsituatiegroepen afzonderlijk, was er een duidelijk negatief verband tussen leeftijd en mobiliteit bij thuiswonenden en helemaal geen verband bij bejaardentehuisbewoners. De variabiliteit van de scores was vergelijkbaar voor beide groepen, zowel voor de mobiliteitscores als voor leeftijd. De verschillen tussen de correlaties waren op een na, alle significant.

Sociaal netwerk

Bejaardentehuisbewoners hadden gemiddeld minder kinderen dan thuiswonenden ($t = -5,12$, $p < 0,001$). Van de bejaardentehuisbewoners waren 22 ouderen kinderloos, bij de thuiswonenden waren dat er 13. Aansluitend daarbij was er ook een verschil in het aantal kleinkinderen ($t = -5,62$, $p < 0,001$) en achterkleinkinderen ($t = -2,64$, $p < 0,05$). We vonden geen verschil tussen beide groepen wat betreft het relatieve aantal dochters en de leeftijd van het oudste kind, maar wel wat betreft de leeftijd van het jongste kind. Bij bejaardentehuisbewoners was het jongste kind gemiddeld ouder ($M = 53,00$, $SD = 9,25$) dan bij thuiswonenden ($M = 49,02$, $SD = 7,85$; $t = 2,42$, $p < 0,05$). Bejaardentehuisbewoners zegden minder

sociale contacten te hebben dan thuiswonenden, zowel bezoekcontacten als telefonische of schriftelijke contacten, en zowel met familie (kinderen, schoonkinderen, kleinkinderen, broers en zussen, en/of andere familieleden) als met kennissen (vrienden, kennissen en/of medebewoners respectievelijk burens; Tabel 3). Bejaardentehuisbewoners rapporteerden significant vaker bezoekcontacten, maar minder vaak telefonisch of schriftelijk contact te hebben met professionele hulpverleners dan thuiswonenden.

Functionele performantie en woonsituatie

Vier sets van MANOVA's werden uitgevoerd met woonsituatie en geslacht als onafhankelijke variabelen en de Algemene Functionele Performantie (AFP), IADL-, ADL- en VSA-variabelen als multiële afhankelijke variabelen. Voor rusten werd een analoge ANOVA uitgevoerd. Woonsituatie bleek een significant multivariaat effect te hebben op AFP (Wilk's lambda = 0,24, $F(5, 135) = 83,98$, $p < 0,001$). Domeinspecifiek bleek het multivariaat effect van woonsituatie significant voor IADL (Wilk's lambda = 0,28, $F(4, 146) = 93,73$, $p < 0,001$), ADL (Wilk's lambda = 0,68, $F(3, 145) = 22,52$, $p < 0,001$) en voor VSA (Wilk's lambda = 0,80, $F(3, 137) = 11,26$, $p < 0,001$). Het univariate effect van woonsituatie op rusten was niet significant.

Tabel 4 geeft een overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van de verschillende maten van functionele performantie in functie van woonsituatie. In het bejaardentehuis wonende ouderen bleken op AFP minder actief te zijn dan hun leeftijdsgenoten thuis (4 en 5). Zij deden minder activiteiten zonder hulp (1), meer met hulp (2) en gaven meer activiteiten op of lieten meer aan anderen over (3). De mate van ontvangen hulp (6) in het

Tabel 4 Functionele performantie en woonsituatie: Vergelijking tussen thuiswonenden en bejaardentehuisbewoners [Functional performance and residential status: Comparison between community dwelling and institutionalised elderly].

	Thuis		Bejaardentehuis		<i>F</i> ^a
	M	SD	M	SD	
<i>Alle activiteiten (AFP)</i>					
(1) zonder hulp	23,55	7,06	11,11	5,61	126,20 ^d
(2) met hulp	4,24	2,83	5,42	3,46	5,86 ^b
(3) opgegeven	10,61	5,50	23,09	5,01	193,34 ^d
(4) somscore	87,93	16,20	64,64	14,91	82,58 ^d
(5) aantal	27,80	6,75	16,53	5,85	111,18 ^d
(6) ontvangen hulp	9,91	4,52	21,01	4,42	216,68 ^d
<i>Huishoudelijke activiteiten (IADL)</i>					
(1) zonder hulp	10,68	3,53	2,42	2,27	303,52 ^d
(2) met hulp	2,12	1,60	0,84	0,99	36,64 ^d
(3) aan anderen overgelaten	5,66	3,72	15,59	2,70	371,39 ^d
(4) somscore	40,11	8,26	21,03	7,53	249,62 ^d
(5) aantal	12,80	3,83	3,25	2,64	338,20 ^d
(6) ontvangen hulp	7,78	3,46	16,43	2,39	328,03 ^d
<i>Zelfzorgactiviteiten (ADL)</i>					
(1) zonder hulp	5,36	0,87	3,62	1,74	58,44 ^d
(2) met hulp	0,45	0,78	2,20	1,73	65,33 ^d
(4) somscore	17,15	1,19	15,55	1,78	41,24 ^d
<i>Vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)</i>					
(1) zonder hulp	7,51	3,84	5,08	2,96	17,58 ^d
(2) met hulp	1,68	1,59	2,38	2,43	4,94 ^b
(3) opgegeven	4,95	3,05	7,49	3,60	21,73 ^d
(4) somscore	30,65	9,69	27,68	8,43	4,31 ^b
(5) aantal	9,19	3,58	7,46	3,90	7,14 ^c
<i>Rusten</i>	1,53	0,86	1,41	0,80	0,74

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

^b *p* < 0,05, ^c *p* < 0,01, ^d *p* < 0,001

dagelijks functioneren, was groter bij bejaardentehuisbewoners dan bij thuiswonende ouderen. Bij IADL, ADL en VSA zagen we ongeveer dezelfde verschillen.

Functionele performantie en leeftijd

De correlaties tussen de AFP-variabelen en leeftijd, waren, in de totale groep, op één na, alle significant (Tabel 5). Hoe ouder men was, hoe minder actief men was (4 en 5), hoe minder activiteiten men deed zonder hulp (1), hoe meer activiteiten men opgaf of overliet aan anderen (3), en hoe meer hulp men kreeg bij de dagelijkse activiteiten (6). Het aantal activiteiten dat men deed met hulp (2) hing niet samen met leeftijd. Bij de verschillende domeinen van functioneren werd hetzelfde patroon van correlaties vastgesteld. Tussen rusten en leeftijd was er geen verband.

Voor beide woonsituatiegroepen afzonderlijk, vonden we deze verbanden enkel terug bij thuiswonende bejaarden (zie Tabel 5).

Functionele performantie en geslacht

In hoger beschreven MANOVA bleek geslacht een significant effect te hebben op AFP (Wilk's lambda = 0,75, *F*(5, 135) = 9,21, *p* < 0,001), op IADL (Wilk's lambda = 0,78, *F*(4, 144) = 10,10, *p* < 0,001) en op VSA (Wilk's lambda = 0,94, *F*(3, 137) = 3,08, *p* < 0,05), maar niet op ADL. Geslacht bleek niet gerelateerd aan rusten.

Tabel 6 geeft een overzicht van de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de verschillende maten van functionele performantie in functie van geslacht. Vrouwen bleken in het algemeen (AFP) actiever dan mannen (4). Vrouwen deden significant meer activiteiten met hulp (2). Bij IADL waren de geslachtsverschillen algemeen. Vrouwen waren actiever op dit domein (4 en 5), deden meer huishoudelijke taken zonder hulp (1), meer met hulp (2) en hadden er minder opgegeven (3). Op zelfzorgvlak waren er geen significante verschillen tussen vrouwen en mannen. Wat VSA betreft, was er enkel een

Tabel 5 Correlaties tussen leeftijd en functionele performantie en verschillen hierin in functie van woonsituatie [Correlations between age and functional performance and differences between residence groups].

	Totale groep (<i>n</i> = 143-153)	Thuis (<i>n</i> = 69-74)	Bejaardentehuis (<i>n</i> = 74-79)	<i>Z</i> ^a
<i>Alle activiteiten (AFP)</i>				
(1) zonder hulp	-0,30 ^d	-0,62 ^d	-0,04	-4,15 ^d
(2) met hulp	0,07	0,12	0,02	0,00
(3) opgegeven	0,25 ^c	0,60 ^d	-0,01	4,26 ^d
(4) somscore	-0,32 ^d	-0,58 ^d	-0,10	-3,29 ^c
(5) aantal	-0,29 ^d	-0,60 ^d	-0,03	-4,02 ^d
(6) ontvangen hulp	0,23 ^c	0,55 ^d	0,01	3,68 ^d
<i>Huishoudelijke activiteiten (IADL)</i>				
(1) zonder hulp	-0,28 ^c	-0,61 ^d	-0,07	-3,87 ^d
(2) met hulp	-0,01	-0,05	0,14	-1,16
(3) opgegeven	0,23 ^c	0,58 ^d	-0,00	4,01 ^d
(4) somscore	-0,25 ^c	-0,57 ^d	-0,05	-3,62 ^d
(5) aantal	-0,25 ^c	-0,58 ^d	-0,01	-3,95 ^d
(6) ontvangen hulp	0,26 ^d	0,60 ^d	0,05	3,90 ^d
<i>Zelfzorgactiviteiten (ADL)</i>				
(1) zonder hulp	-0,11	-0,40 ^d	0,06	-2,93 ^c
(2) met hulp	0,11	0,38 ^d	-0,04	2,67 ^c
(4) somscore	-0,17 ^b	-0,37 ^d	-0,02	-2,21 ^b
<i>Vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)</i>				
(1) zonder hulp	-0,30 ^d	-0,50 ^d	-0,06	-2,96 ^c
(2) met hulp	0,06	0,09	0,02	0,42
(3) opgegeven	0,18 ^b	0,38 ^d	-0,01	2,48 ^b
(4) somscore	-0,29 ^d	-0,46 ^d	-0,09	-2,38 ^b
(5) aantal	-0,26 ^d	-0,49 ^d	-0,03	-3,07 ^c
<i>Rusten</i>	-0,00	0,03	-0,02	0,30

^a *Z* = Fisher-*Z*-toets voor verschillen tussen correlaties van onafhankelijke steekproeven.

^b *p* < 0,05, ^c *p* < 0,01, ^d *p* < 0,001

significant verschil in aantal VSA met hulp (2). Vrouwen kregen vaker hulp bij VSA dan mannen.

Het effect van geslacht bleek verder enkel voor AFP (Wilk's lambda = 0,92, $F(5, 135) = 2,36$, $p < 0,05$) en voor ADL (Wilk's lambda = 0,95, $F(3, 145) = 2,81$, $p < 0,05$) significant verschillend voor beide woonsituaties. Bij de thuiswonenden was er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het aantal activiteiten (AFP) dat men met hulp deed (2). In het bejaardentehuis deden vrouwen ($M = 6,85$, $SD = 3,60$) significant meer activiteiten met hulp ($t = -4,22$; $p < 0,001$) dan hun mannelijke medebewoners ($M = 3,87$, $SD = 2,55$). Ook voor aantal ADL dat men met hulp deed, was er in de thuissituatie geen geslachtsverschil. Terwijl vrouwelijke bejaardentehuisbewoners ($M = 2,63$, $SD = 1,77$) wel meer ADL met hulp deden dan mannen in het bejaardentehuis ($M = 1,74$, $SD = 1,59$; $t = -2,36$; $p < 0,05$).

Persoonlijke controle en woonsituatie

Vier sets van MANOVA's werden uitgevoerd met woonsituatie en geslacht als onafhankelijke variabelen en de persoonlijke controle-variabelen voor AFP, IADL, ADL en VSA als multiële afhankelijke variabelen. Woonsituatie bleek een significant multivariaat effect te hebben op AFP (Wilk's lambda = 0,83, $F(3,98) = 6,86$, $p < 0,001$). Verder bleek het multivariaat effect van woonsituatie significant voor persoonlijke controle over IADL (Wilk's lambda = 0,88, $F(3, 145) = 6,63$, $p < 0,001$) en voor persoonlijke controle over VSA (Wilk's lambda = 0,91, $F(3, 144) = 4,77$, $p < 0,01$), maar niet voor ADL.

Tabel 7 geeft een overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van de verschillende maten van persoonlijke controle over hulpverlening in functie van woonsituatie. In het algemeen (AFP) zagen we dat bejaardentehuisbewoners in vergelijking met thuiswonenden, significant minder vaak "niet (alleen) kunnen"

Tabel 6 Functionele performantie en geslacht: Vergelijking tussen mannen en vrouwen [Functional performance and sex: Comparison between men and women].

	Mannen M	SD	Vrouwen M	SD	F ^a
<i>Alle activiteiten (AFP)</i>					
(1) zonder hulp	16,88	9,24	17,36	8,61	0,03
(2) met hulp	3,79	2,69	5,81	3,37	13,17 ^d
(3) opgegeven	17,77	8,26	16,40	8,06	2,34
(4) somscore	72,88	21,22	78,51	17,36	4,27 ^b
(5) aantal	20,67	8,84	23,18	7,95	3,58
(6) ontvangen hulp	15,34	6,69	15,91	7,54	0,48
<i>Huishoudelijke activiteiten (IADL)</i>					
(1) zonder hulp	5,85	5,04	6,93	5,09	4,69 ^b
(2) met hulp	1,18	1,31	1,71	1,57	6,16 ^b
(3) aan anderen overgelaten	11,55	5,79	10,10	6,01	7,23 ^c
(4) somscore	27,30	12,77	32,95	11,45	20,77 ^d
(5) aantal	7,03	5,55	8,64	5,93	8,97 ^c
(6) ontvangen hulp	12,73	5,31	11,81	5,18	3,24
<i>Zelfzorgactiviteiten (ADL)</i>					
(1) zonder hulp	4,62	1,57	4,33	1,70	2,57
(2) met hulp	1,15	1,43	1,54	1,76	2,65
(4) somscore	16,51	1,70	16,16	1,72	2,00
<i>Vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)</i>					
(1) zonder hulp	6,41	3,94	6,11	3,31	0,47
(2) met hulp	1,47	1,62	2,56	2,33	9,11 ^c
(3) opgegeven	6,22	3,77	6,30	3,40	0,03
(4) somscore	28,66	9,79	29,51	8,60	0,24
(5) aantal	7,88	4,02	8,68	3,65	0,94
<i>Rusten</i>	1,51	0,75	1,43	0,90	0,43

^a F = F-toets voor de univariate effecten van geslacht.

^b p < 0,05, ^c p < 0,01, ^d p < 0,001

(1) als reden voor hulp bij of het over- of opgeven van een activiteit aangaven. Terwijl zij significant vaker aangaven dat de hulp of het over- of opgeven, tegen eigen willen en kunnen in, opgelegd was (3). Er was geen verschil in het aantal activiteiten waarbij beide groepen zegden zelf gekozen te hebben voor hulp (2).

Hetzelfde patroon vonden we bij IADL. Voor ADL vonden we geen significante verschillen in ervaren persoonlijke controle. Bij VSA werd in het bejaardentehuis vaker dan thuis, ontvangen hulp ervaren als “opgelegd” (3). Er was nergens een verschil tussen beide groepen in de mate waarin hulp gerapporteerd werd als “zelf gekozen”.

Persoonlijke controle en leeftijd

In het algemeen (AFP) was er een negatief verband tussen hulp uit eigen keuze (2) en leeftijd (Tabel 8). Met toenemende leeftijd, gaven ouderen minder vaak aan hulp te krijgen of een activiteit op te geven die men nog

wel zegde te kunnen, maar niet graag meer deed. Domeinspecifiek vonden we dit verband terug bij IADL en VSA, niet bij ADL. Bovendien zagen we bij IADL en VSA ook een positief verband tussen leeftijd en het krijgen van hulp of opgeven van een activiteit omdat men het niet (alleen) kon (1). Een opvallende bevinding was dat de verbanden tussen de schalen voor persoonlijke controle over hulpverlening en leeftijd alleen werden teruggevonden bij thuiswonende ouderen. Opvallend was ook dat hulp opgelegd door anderen (3), nergens samenhang met leeftijd. De variabiliteit voor deze variabelen was bij beide groepen echter aanzienlijk (Tabel 7). Het verschil tussen de correlaties van hulp opgelegd door anderen met leeftijd was enkel significant bij ADL (Tabel 8). Bij ADL was er geen verschil tussen correlaties van hulp omwille van beperkingen in capaciteit met leeftijd in beide woon-situatiegroepen. De overige verschillen tussen beide groepen wat betreft de correlaties tussen leeftijd en persoonlijke controle over hulpverlening waren wel significant.

Tabel 7 Persoonlijke controle over hulpverlening en woonsituatie: Vergelijking tussen thuiswonenden en bejaardentehuisbewoners [Personal control of received care and residential status: Comparison between community dwelling and institutionalised elderly].

	Thuis M	SD	Bejaardentehuis M	SD	F ^a
<i>Alle activiteiten (AFP)</i>					
(1) niet kunnen	230,18	59,34	190,40	78,52	5,80 ^b
(2) eigen keuze	28,30	35,62	36,31	33,46	0,99
(3) opgelegd	6,11	10,80	28,75	25,30	20,62 ^d
<i>Huishoudelijke activiteiten (IADL)</i>					
(1) niet kunnen	79,13	28,26	64,55	30,72	8,77 ^c
(2) eigen keuze	14,94	21,56	14,79	18,27	0,01
(3) opgelegd	9,77	15,75	24,67	23,10	20,12 ^d
<i>Zelfzorgactiviteiten (ADL)</i>					
(1) niet kunnen	82,22	36,86	74,89	41,11	0,84
(2) eigen keuze	4,44	19,04	1,78	12,12	1,28
(3) opgelegd	0,03	0,18	0,20	0,49	3,29
<i>Vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)</i>					
(1) niet kunnen	42,34	28,87	49,90	27,58	2,68
(2) eigen keuze	29,11	29,70	21,03	20,09	3,78
(3) opgelegd	0,95	4,56	3,91	6,84	9,46 ^c

^a F = F-toets voor de univariate effecten van de woonsituatie.

^b $p < 0,05$, ^c $p < 0,01$, ^d $p < 0,001$

Persoonlijke controle en geslacht

In hoger beschreven MANOVA bleek geslacht een significant effect te hebben op persoonlijke controle over AFP (Wilk's lambda = 0,91, $F(3, 98) = 3,27$, $p < 0,05$) en IADL (Wilk's lambda = 0,95, $F(3, 145) = 2,82$, $p < 0,05$), maar niet op persoonlijke controle over ADL en VSA. Tabel 9 geeft een overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van de verschillende maten van persoonlijke controle over hulpverlening in functie van geslacht. In het algemeen (AFP) gaven mannen vaker dan vrouwen aan zelf gekozen te hebben voor de hulp die ze kregen (2). Domeinspecifiek vonden we enkel geslachtsverschillen bij IADL. Vrouwen gaven vaker "niet kunnen" (1) als reden voor ontvangen huishoudelijke hulp, terwijl mannen vaker zegden zelf gekozen te hebben voor deze hulp (2). Het effect van geslacht was nergens significant verschillend voor beide woonsituaties.

Discussie

Het bejaardentehuis compenseert, overcompenseert en homogeniseert

Gezondheid, mobiliteit en sociaal netwerk. In vergelijkende studies waarin fysieke gezondheid en cognitieve mogelijkheden gemeten worden aan de hand van objectieve metingen, wordt doorgaans een significant verschil

gevonden tussen thuiswonenden en bejaardentehuisbewoners.¹⁸ Fysieke en cognitieve beperkingen zijn dan ook een belangrijke risicofactor voor institutionalisering van de oudere. In deze studie waarin fysieke gezondheid en daaraan gekoppelde beperkingen in dagelijkse bezigheden in een subjectieve zelfrapportering bevraagd werden, vonden we geen verschil tussen beide groepen. Bovendien vonden we, hoewel we met de leeftijd een toenemend verlies van fysieke en cognitieve mogelijkheden verwachtten, geen enkel verband met leeftijd in de totale onderzoeksgroep, noch in beide woonsituaties. Dit kan een aanwijzing zijn voor het feit dat het bejaardentehuis erin slaagt het verlies in gezondheid en de beperkingen in dagelijks functioneren te compenseren, zodanig dat deze in de beleving van de oudere niet doorwegen. Daarnaast zijn ouderen geneigd hun gezondheid en beperkingen te beoordelen in vergelijking met leeftijdsgenoten uit hun omgeving. Bejaardentehuisbewoners vergelijken zich met hun medebewoners die in eenzelfde of mogelijk slechtere lichamelijke conditie verkeren dan zijzelf, en niet met zelfstandig thuiswonende leeftijdsgenoten. De vergelijkingsgroep die de basis vormt voor de beoordeling van de gezondheid, is voor beide groepen verschillend. Bovendien omvat de steekproef een relatief jonge en relatief valide groep bejaardentehuisbewoners, wat dit effect nog versterkt. In deze studie hebben we geen objectieve indicator van fysieke en cognitieve mogelijkheden van de respondenten. We kunnen deze vergelijking op het niveau van subjectief ervaren dus niet toetsen

Tabel 8 Correlaties tussen leeftijd en persoonlijke controle over hulpverlening en verschillen hierin in functie van woonsituatie [Correlations between age and personal control of received care and differences between residence groups].

	Totale groep (n = 104-151)	Thuis (n = 69-72)	Bejaardentehuis (n = 75-79)	Z ^a
<i>Alle activiteiten (AFP)</i>				
(1) niet kunnen	0,10	0,39 ^b	-0,04	1,98 ^b
(2) eigen keuze	-0,19 ^b	-0,52 ^c	-0,04	-2,34 ^b
(3) opgelegd	-0,01	0,33	0,04	1,32
<i>Huishoudelijke activiteiten (IADL)</i>				
(1) niet kunnen	0,16 ^b	0,38 ^d	0,01	2,35 ^b
(2) eigen keuze	-0,23 ^c	-0,43 ^d	-0,01	-2,71 ^c
(3) opgelegd	0,06	0,11	0,00	0,66
<i>Zelfzorgactiviteiten (ADL)</i>				
(1) niet kunnen	-0,03	0,21	-0,13	1,52
(2) eigen keuze	-0,06	-0,47 ^c	0,15	-2,93 ^c
(3) opgelegd	0,02	-0,33	0,11	-2,01 ^b
<i>Vrijetijds- en sociale activiteiten (VSA)</i>				
(1) niet kunnen	0,30 ^d	0,48 ^d	0,10	2,54 ^b
(2) eigen keuze	-0,36 ^d	-0,49 ^d	-0,18	-2,12 ^b
(3) opgelegd	0,11	0,11	0,10	0,06

^a Z = Fisher-Z-toets voor verschillen tussen correlaties van onafhankelijke steekproeven.

^b p < 0,05, ^c p < 0,01, ^d p < 0,001

Tabel 9 Persoonlijke controle over hulpverlening en geslacht: vergelijking tussen mannen en vrouwen [Personal control of received care and sex: Comparison between men and women].

	Mannen M	SD	Vrouwen M	SD	F ^a
<i>Alle activiteiten (AFP)</i>					
(1) niet kunnen	194,76	80,37	207,04	71,59	0,75
(2) eigen keuze	43,76	40,57	26,10	25,34	8,16 ^c
(3) opgelegd	21,64	21,28	23,08	26,88	0,01
<i>Huishoudelijke activiteiten (IADL)</i>					
(1) niet kunnen	65,70	31,07	76,66	28,95	5,11 ^b
(2) eigen keuze	19,78	22,25	10,49	16,36	8,42 ^c
(3) opgelegd	18,26	18,99	16,95	23,13	0,14
<i>Zelfzorgactiviteiten (ADL)</i>					
(1) niet kunnen	77,30	40,10	76,72	40,09	0,13
(2) eigen keuze	2,84	15,27	2,30	13,77	1,28
(3) opgelegd	0,15	0,51	0,16	0,37	0,07
<i>Vrijetijds- en sociale activiteiten (VSA)</i>					
(1) niet kunnen	45,33	29,60	47,12	27,37	0,16
(2) eigen keuze	28,20	27,62	21,95	23,01	2,27
(3) opgelegd	3,10	7,12	1,94	4,81	1,47

^a F = F-toets voor de univariate effecten van geslacht.

^b p < 0,05, ^c p < 0,01

aan een vergelijking op het niveau van objectief vastgestelde gezondheid en beperkingen.

Wel in lijn met voorgaand onderzoek over fysieke beperkingen bij beide groepen, waren de verschillen in mobiliteit.¹⁸ Beperking in mobiliteit door verlies van fysieke capaciteiten, is inderdaad een belangrijke factor

die de overgang naar het bejaardentehuis voorspelt. Toch kan minstens een deel van dit verschil ook te maken hebben met het feit dat mobiliteit in het bejaardentehuis vaak niet gestimuleerd wordt of gewoon niet nodig is. Er hoeven geen boodschappen gedaan te worden, er zijn liften, maaltijden en drank worden vaak naar

de kamer gebracht. Deze diensten zitten meestal in het zorgpakket dat aan elke bewoner wordt aangeboden, ongeacht diens leeftijd en gezondheidstoestand. Dit vermoeden werd ook bevestigd door de resultaten, waar het bij thuiswonenden vastgestelde negatief verband tussen leeftijd en mobiliteit bij bejaardentehuisbewoners volledig verdween.

Zowel de gegevens over gezinssituatie als over sociale contacten, bevestigden dat een kleiner *sociaal netwerk*, en dus beperktere informele hulpmogelijkheden, een belangrijke factor is bij de overgang naar het bejaardentehuis. Bovendien leek dit effect nog verder door te werken tijdens het verblijf in het bejaardentehuis. Hoe ouder men was, hoe minder sociale contacten men zei te hebben in het bejaardentehuis, ook met professionele hulpverleners. Nochtans zouden we, net als bij thuiswonenden, ook in het bejaardentehuis verwachten dat, met het ouder worden en dus met een toenemende hulpbehoefte, ook het aantal contacten met hulpverleners zou toenemen. Ook de leeftijd van het sociaal netwerk bleek relevant te zijn. Als het jongste kind van de bejaarde zelf al op leeftijd was, werd het risico op institutionalisering groter.

Functionele performantie en woonsituatie. Zoals verwacht waren ouderen in het bejaardentehuis vooral op het vlak van *huishoudelijke taken en zelfzorgactiviteiten* minder actief dan thuiswonenden en kregen zij hierbij meer hulp. De meeste tehuisbewoners hebben immers ook gekozen voor het bejaardentehuis omdat zij hulp wilden en/of nodig hadden bij minstens enkele van deze taken. In dit opzicht biedt het bejaardentehuis dus de compenserende omgeving waarvoor (al dan niet door de oudere zelf) gekozen werd.

Opvallend, maar niet verrassend, was dat bejaardentehuisbewoners, in vergelijking met thuiswonenden, minder huishoudelijke activiteiten met hulp deden, maar deze activiteiten vaker actief of passief hadden overgelaten aan anderen. In bejaardentehuizen is er voor de meeste huishoudelijke taken niet de mogelijkheid deze nog zelf te doen, al dan niet met hulp. Het tehuis zorgt voor alles, boodschappen doen is dus niet nodig, er wordt gekookt en er wordt gepoetst, ook al liggen vele van deze activiteiten vaak nog wel binnen de mogelijkheden van de bewoners. Het zorgpakket van het bejaardentehuis biedt, naast compensatie voor reëel verlies, vaak ook onnodige en soms zelfs ongewenste hulp (overcompensatie). Thuiswonenden zullen meestal zelf bepalen voor welke huishoudelijke en/of zelfzorgtaken ze hulp nodig hebben of willen, en op wie ze daarvoor beroep doen (mantelzorgers, thuiszorgdiensten of commerciële diensten). En ze zullen daar meestal ook zo lang mogelijk mee wachten.

Ook op het vlak van *vrije tijds- en sociale activiteiten* waren bejaardentehuisbewoners minder actief. Ze kregen

vaker hulp bij deze activiteiten dan thuiswonenden. Het bejaardentehuis biedt ook op dit vlak compensatiemogelijkheden, meestal in de vorm van door het tehuis georganiseerde en begeleide groepsactiviteiten. Bejaardentehuisbewoners hadden ook, meer dan thuiswonenden, vele van deze activiteiten opgegeven. Deze activiteiten zijn het minst essentieel voor de overleving en voor een zelfstandig leven en ouderen, geconfronteerd met verlies, laten deze dan ook, meestal als eerste vallen. Het is dus blijkbaar niet zo dat de tijd en energie die mogelijk vrijkomt door de hulp die men in het bejaardentehuis krijgt bij activiteiten die wel gerelateerd zijn aan overleven en zelfstandig leven, besteed wordt aan vrije tijds- en sociale activiteiten. Nochtans zouden we dit in een omgeving waarin optimalisatie gestimuleerd wordt, wel kunnen verwachten. Om dit te toetsen is echter een intraindividuele vergelijking voor en na de overgang naar het bejaardentehuis nodig. Meer dan bij huishoudelijke- en zelfzorgactiviteiten, is het hier echter ook geraden de aard van de meting in acht te nemen. Het niet in rekening brengen van frequentie en duur van de activiteiten, maakt dat de meting van functionele performantie een indicator is van hoeveel verschillende activiteiten men doet, eerder dan van hoe actief men is. Het is dus goed mogelijk dat bejaardentehuisbewoners meer tijd spenderen aan vrije tijds- en sociale activiteiten dan thuiswonenden, maar dat er minder variatie is in wat zij doen. Het is inderdaad zo dat de waaier van mogelijkheden die het bejaardentehuis op dit vlak kan bieden, minder breed is dan de waaier van vrijetijdsbestedingen en sociale activiteiten die in de gemeenschap aanwezig zijn en die bewoners mogelijk interesseren. Bovendien blijft de vraag of bepaalde vormen van vrije tijdsbesteding die tehuizen aanbieden (hobbygroepen e.d.) wel tegemoet komen aan de behoeften en wensen van de bewoners. Mogelijk zou het voor vele bewoners meer bijdragen tot de kwaliteit van leven, als ze de kans zouden krijgen actiever en zelfstandiger te zijn op huishoudelijke en zelfzorgvlak. Bijvoorbeeld door te helpen bij het bereiden of bedienen van de maaltijden, door zelf in de eigen kamer te mogen stoffen, door te helpen bij klusjes of in de tuin, afhankelijk van de eigen mogelijkheden en interesses. Wat zelfzorg betreft, het zelf in handen nemen van de dagelijkse en/of wekelijkse wasbeurt, al was het bijvoorbeeld maar het zelf bepalen van het moment waarop een en ander gebeurt. Hierover hopen we meer aanwijzingen te vinden wanneer we de impact van de verschillende domeinen van functioneren nagaan op het welbevinden.

We vonden in onze onderzoeksgroep geen verschil tussen bejaardentehuisbewoners en thuiswonenden wat *rusten* betreft. Dit heeft meer dan waarschijnlijk eveneens te maken met het feit dat we frequentie en duur niet in de analyses betrokken hebben. In beide groepen waren er

evenveel mensen die regelmatig rusten en/of slapen gedurende de dag, maar waarschijnlijk spenderen bejaardentehuisbewoners hieraan meer tijd dan thuiswonenden.¹² Behalve voor rusten, vonden we voor alle domeinen van functioneren gelijkaardige resultaten als Baltes en haar collega's, die frequentie en duur wel hadden opgenomen in hun meting van activiteitsniveau.

Functionele performantie en leeftijd. Het verwachte negatieve verband tussen functionele performantie en leeftijd werd voor de totale groep in alle domeinen van functioneren teruggevonden. Bij thuiswonenden vonden we deze verbanden nog meer uitgesproken terug. Maar hoewel er binnen beide groepen aanzienlijke verschillen waren in functionele performantie, hingen deze verschillen in het bejaardentehuis niet samen met leeftijd. Dit bevestigt de impact van de zorg als pakket op het dagelijks functioneren van de oudere. Ongeacht de leeftijd en dus ongeacht de beperkingen en mogelijkheden van de oudere, worden vele huishoudelijke taken sowieso door het personeel van het bejaardentehuis verricht, worden ouderen geholpen bij zelfzorgactiviteiten en zijn de mogelijkheden voor vrije tijds- en sociale activiteiten beperkt. Een alternatieve verklaring is dat de groep bejaardentehuisbewoners een selectie is van ouderen die qua functionele capaciteit wel ongeveer op hetzelfde niveau zitten, ongeacht hun leeftijd, en dat bijgevolg in deze groep de hypothese dat leeftijd een goede indicator is voor fysieke en cognitieve mogelijkheden, niet opgaat. Beide verklaringen sluiten elkaar uiteraard niet uit.

Bovendien zal ook het hulp bieden bij en overnemen van meer activiteiten dan nodig, de deterioratie van functionele performantie in de hand werken. Niet alleen door de selectie van zorgbehoevende ouderen, maar ook door het 'rust roest'-principe, homogeniseert de bejaardentehuispopulatie op het vlak van functionele capaciteit.

Functionele performantie en geslacht. Zoals verwacht waren er vooral verschillen tussen mannen en vrouwen in het huishoudelijke domein. Het gaat hier immers om een generatie ouderen waar mannen in de regel kostwinners waren en vrouwen voor het huishouden zorgden. Zowel bij bejaardentehuisbewoners als thuiswonenden waren vrouwen op dit vlak actiever dan mannen. Dit verschil lijkt dus ook binnen het zorgpakket stand te houden. Wel kregen vrouwen in het algemeen meer hulp bij activiteiten dan mannen in het bejaardentehuis, en vooral bij zelfzorgtaken, terwijl we bij thuiswonenden hierin geen verschil vonden. Mogelijke verklaring hiervoor is dat vrouwen eerder vanuit een hulpbehoefendheid op zelfzorgvlak de overgang naar het bejaardentehuis maken. Maes vond hiervoor enige aanwijzingen.¹⁹ Voor mannen zou hulpbehoefendheid op huishoudelijk vlak een belangrijkere reden zijn om naar een bejaardentehuis te verhuizen. Zelf vonden we (post hoc) echter geen

verschillen tussen mannen en vrouwen in de voorkeur om naar een bejaardentehuis te verhuizen bij beperkingen op huishoudelijk- dan wel zelfzorgvlak.

Persoonlijke controle en woonsituatie. Dat sommige van de verschillen in functionele performantie tussen bejaardentehuisbewoners en thuiswonenden te wijten zijn aan de structuur en organisatie van de zorgverlening in het bejaardentehuis, eerder dan aan verschillen in functionele capaciteit, blijkt uit de ervaren persoonlijke controle over de hulpverlening bij beide woonsituatiegroepen. In beide groepen en voor alle domeinen van functioneren, werden beperkingen in capaciteit het vaakst als reden voor het krijgen van hulp of het opgeven of overdragen van een activiteit aangeduid. Toch werd deze reden, tegen alle verwachtingen in, minder vaak aangehaald bij bejaardentehuisbewoners dan bij thuiswonenden. De ontvangen hulp was in beide woonsituaties ongeveer even vaak het resultaat van de eigen keuze van de oudere. Thuiswonenden kunnen blijkbaar in hun breder sociaal netwerk en met de uitgebouwde thuiszorgmogelijkheden, even vlot beroep doen op hulp als zij dat willen en/of nodig hebben, als ouderen in het bejaardentehuis. Dit zal ook de reden zijn voor het feit dat zij de overgang naar het bejaardentehuis (nog) niet gemaakt hebben: zij vinden in hun eigen omgeving voldoende compensatiemogelijkheden.

Opgelegde hulp kwam zowel in de thuissituatie als in het bejaardentehuis voor, bij alle domeinen van functioneren, maar vooral bij huishoudelijke taken. Opvallend is echter wel dat bejaardentehuisbewoners vaker dan thuiswonenden aangaven dat de hulp bij of opgave van een activiteit werd opgelegd door anderen en geen eigen keuze en/of noodzaak was. Dit bevestigt dat in het bejaardentehuis, waar eerder een zorgpakket dan zorg op maat geboden wordt, minder ruimte is voor persoonlijke controle. De selectie- en compensatiemogelijkheden lijken in het bejaardentehuis even groot als in de thuissituatie, als men genooddaakt door verlies van functionele capaciteit of uit eigen keuze hulp wil bij een activiteit. In het bejaardentehuis is het echter blijkbaar makkelijker te kiezen voor hulp dan voor geen hulp. Samen met nodige en gewenste hulp, wordt er ook onnodige en ongewenste hulp gegeven (overcompensatie), veel vaker dan in de thuissituatie.

Persoonlijke controle en leeftijd. Bovendien zagen we dat bij thuiswonenden beperkingen in functionele capaciteit, als reden voor hulp, zoals verwacht, belangrijker werden met de leeftijd, terwijl het belang van de eigen keuze afnam. Bij bejaardentehuisbewoners vonden we echter ook deze verbanden niet terug. Hulp opgelegd door anderen, vertoonde noch in de thuissituatie, noch in het bejaardentehuis, verband met de leeftijd van de bejaarde. Beide eerder genoemde tendensen blijven

echter plausibel. Als de perceptie van incompetentie bij de zorgverlener toeneemt met de leeftijd van de oudere, en tegelijkertijd met de leeftijd van de oudere ook meer en meer van de opgelegde hulp toch als nodig en gewenst ervaren wordt, heffen beide processen elkaar op. In dit onderzoek kunnen beide niet van elkaar onderscheiden worden. Hiervoor zouden ook de zorgverleners moeten bevraagd worden over hun perceptie en zou een objectieve meting van functionele capaciteit moeten worden afgenomen. Een belangrijke beperking van deze meting van persoonlijke controle is verder dat het enkel gaat over persoonlijke controle over hulpverlening in navolging van het ‘self-regulated dependency’-concept van Baltes.¹¹ Over activiteiten die de ouderen zelfstandig doen, weten we niet of dat al dan niet naar eigen keuze is. Nader onderzoek naar deze vraag zou interessant kunnen zijn.

Persoonlijke controle en geslacht. Hoewel bij zowel mannen als vrouwen beperkingen in functionele capaciteit de belangrijkste reden voor hulp bij huishoudelijke taken waren, gaven mannen vaker aan zelf gekozen te hebben voor hulp, terwijl vrouwen vaker dan mannen “niet kunnen” aangaven als reden voor huishoudelijke hulp. Dit sluit opnieuw aan bij de taakverdeling die typisch is voor deze generatie ouderen. Voor mannen is zelfstandigheid op huishoudelijk vlak minder essentieel, terwijl vrouwen deze activiteiten meestal niet graag opgeven, tenzij het niet anders meer kan.

Beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek en beleid

In dit onderzoek hebben we getracht persoonlijke controle en functionele performantie zo breed mogelijk (alle domeinen van functioneren samen met een brede waaier van mogelijke correlaten) en zo grondig mogelijk (persoonlijke maar toch gestructureerde interviews) te bevragen. Toch blijven er beperkingen aan dit onderzoek. Het interview levert subjectieve zelfrapporteringen en geen objectieve indicatoren van de concepten. ‘Proxy-report’ en/of observatie zouden interessante aanvullingen kunnen bieden. Ook ontbreken objectieve indicatoren van gezondheid, fysieke en cognitieve mogelijkheden en/of functionele capaciteit van de respondenten. Bovendien leidt deze zelfrapportering tot mogelijke vertekening door sociale wenselijkheidstendensen, vooral in het bejaardentehuis. Om dit te beperken werd de vertrouwelijkheid en anonimiteit van de gegevens extra benadrukt en werd aan de respondenten gegarandeerd dat deze niet aan de directie van de instelling zouden worden gegeven.

Omdat we ervoor kozen beide woonsituatiegroepen gelijk te stellen voor leeftijd en geslacht, is deze steekproef niet representatief voor de Vlaamse bejaardentehuispopulatie, die voor driekwart uit vrouwen en voor driekwart uit 80-plussers bestaat.²⁰ Bovendien vormde de voorwaarde dat deelnemers een vrij uitgebreid interview moesten kunnen doorstaan een impliciet, maar onvermijdelijk extra selectiecriterium.

In verder onderzoek zou een intra-individuele vergelijking voor en na de overgang naar het bejaardentehuis interessante informatie kunnen opleveren. De meting van ervaren persoonlijke controle over hulpverlening zouden we dan ook verder uitbreiden naar persoonlijke controle over functionele performantie in het algemeen.

Op beleidsniveau is er volop sprake van een verschuiving van een aanbodgerichte (zorgpakket) naar een vraaggerichte ouderenzorg, ook binnen de residentiële zorgverlening.⁹ Bij vraaggerichte zorg of zorg op maat bepaalt de oudere welke hulp, die tegemoet komt aan zijn noden en wensen, maar ook effectief en doelmatig is, hij of zij wenst te ontvangen. Men wil de grenzen tussen thuiszorg en zorg op maat laten vervagen en de oudere meer verantwoordelijkheid en controle geven over de eigen leefsituatie en de hulp die hij ontvangt. Zoals uit de resultaten van dit onderzoek blijkt, is hierin nog een hele weg af te leggen op het vlak van het dagelijks functioneren.

Bijlage 1. Lijst van activiteiten bevraagd in het ActiviteitenInterview

Huishoudelijke activiteiten (IADL)

1. Warme maaltijd klaarmaken
2. Klaarmaken van een broodmaaltijd
3. Koffie of thee zetten
4. Tafel dekken en afruimen
5. Afwassen
6. Dagelijkse boodschappen doen
7. Zware boodschappen
8. De was doen
9. Strijken
10. “Lichter” poetswerk: afstoffen, stofzuigen, keren, ...
11. “Zwaarder” poetswerk: dweilen, schuren, ramen wassen, grote schoonmaak, ...
12. Bed opmaken
13. Kleding kopen
14. Planten verzorgen
15. Tuinieren
16. Klusjes in en rond de woning
17. Financiële en administratieve zaken regelen

18. Telefooneren
 19. Medicatie beheren
- Zelfzorgactiviteiten (ADL)*
1. Eten
 2. Opstaan en naar bed gaan
 3. Naar toilet gaan
 4. Uzelf aan- en uitkleden
 5. Uzelf wassen
 6. Bad of douche nemen

Vrijtijds- en sociale activiteiten (VSA)

1. TV kijken
2. Muziek/radio luisteren
3. Krant of tijdschrift lezen
4. Boeken lezen
5. Denksporten of andere spelletjes die je alleen speelt
6. Kaarten of andere gezelschapsspelletjes
7. Schrijven
8. Praten met mensen
9. Op bezoek gaan bij mensen: familie, kennissen, ... (buiten bejaardentehuis)
10. Café bezoeken (een pintje gaan drinken, een tas koffie of thee gaan drinken, een pannenkoek of ijsje gaan eten, ...)
11. Restaurant bezoeken
12. Creatieve activiteiten (naaien, breien, tekenen, schilderen, muziek maken, ...)
13. Wandelen
14. Fietsen
15. Andere sporten (lopen, gymnastiek, zwemmen, ...)
16. Sportmanifestaties bijwonen (naar voetbalwedstrijd of andere sportwedstrijd gaan kijken)
17. Educatieve activiteiten
16. Politieke manifestaties
18. Kerkelijke of religieuze activiteiten
19. Culturele activiteiten (film, theater muziekconcert, ...)
20. Uitstappen
21. Reizen
22. Werken met de computer (programmeren, internet, spelletjes, ...)¹

Rusten

1. Slapen gedurende de dag
2. Niet actief zijn (rusten)

¹ Deze activiteit werd niet in de analyses betrokken omdat slechts 5 van de 153 respondenten deze activiteit deden (n = 3) of ooit gedaan hadden (n = 2).

Bijlage 2. Vragen over functionele performantie en persoonlijke controle

Functionele performantie

Huishoudelijke activiteit x. Doet u dat zelf of wordt dat door iemand anders gedaan?

Zelfzorgactiviteit x, krijgt u daar hulp bij of doet u dat helemaal zelfstandig?

- Vrije tijds- of sociale activiteit x. Is dat iets dat u doet?
- (3) ja, zonder hulp
 - (2) ja, met hulp
 - (1) nee, niet meer
 - (0) nee, nooit gedaan

Persoonlijke controle

Om welke reden helpt men u met activiteit x?

Om welke reden doet iemand anders activiteit x voor u?

- (a) ik kan het niet (alleen)
- (b) ik zou het wel kunnen, maar ik doe het niet graag (alleen) (zelf gekozen voor hulp)
- (c) ik zou het kunnen en zou het ook graag doen, maar ik word nu eenmaal geholpen / het wordt nu eenmaal voor mij gedaan

Literatuur

- Wahl H-W. Environmental influences on aging and behaviour. In Birren JE & Schaie KW, Eds. Handbook of the psychology of aging Fifth edition. San Diego: Academic Press, 2001: 215-237.
- Wahl W-H, Weisman GD. Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist*, 2003; 43: 616-627.
- Lawton MP. The impact of the environment on aging and behavior. In: Binstock RL, Shanas E, Eds. Handbook of the psychology of aging. Second edition. New York: Van Nostrand Reinhold, 1978: 276-301.
- Lawton MP. Three functions of the residential environment. *Journal of Housing for the Elderly*, 1989; 5: 35-50.
- Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, Eds. Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press, 1990: 1-34.
- Baltes MM, Wahl H-W, Reichert M. Successful aging in long-term care institutions? In: Schaie KW, Lawton MP, Eds. Annual review of gerontology and geriatrics. New York: Springer, 1991: 311- 337
- Baltes MM. Aging well and institutional living: A paradox? In: Abeles RP, Gift HC, Ory MC, Eds. Aging and Quality of Life. New York: Springer, 1994: 185-201.
- Horgas AL, Wilms HU, Baltes, MM. Daily life in very old age: Everyday activities as expression of successful living. *Gerontologist*, 1998; 38: 556-568.
- Vanden Boer L. Thuis is waar men zich goed voelt. De stap naar transmurale of residentiële opvang. In: Platvorm Wonen van Ouderen, Ed. Handboek wonen van ouderen. Een veelzijdige kijk op het wonen van een nieuwe generatie ouderen. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1998: 141-147.
- Naafs J. Leven in tehuizen: Een leven waard? (Cahiers Ouderdom en Levensloop 14). Deventer: Van Loghum Slaterus, 1987.
- Baltes MM. The many faces of dependency in old age. New York: Cambridge University Press, 1996.

- Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytic framework. *Nurs Res*, 1994; 43: 196-202.
- Van Roosmalen, G. Functionele status van ouderen: Integratie van onderzoeklijnen en onderzoeksproject. *Wijs over Grijs*, 2002; 2: 8-11.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 1963; 185: 914-919.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 1969; 9: 179-186.
- Vanden Boer L, Jacobs T, Vanderleyden L, Audenaert V, Pauwels K. Het Leefsituatieonderzoek Vlaamse Ouderen (LOVO). Onderzoekdesign, theoretisch achtergrond, concepten, meetinstrumenten. Document 2001/8 van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, 2001.
- Dittmann-Kohli F, Kohli M, Künemund H, Motel A, Steinleitner C, Westerhof G. Lebenszusammenhänge, Selbst- und Lebenskonzeptionen: Erhebungsdesign und Instrument des Alters-Survey (juni 1997). Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL), Freie Universität Berlin, 1997.
- Linden M, Horgas AL, Gilberg R, Steubageb-Thiessen E. The utilization of medical and nursing care in old age. In Baltes PB, Mayer KU, Eds. *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press, 1999: 430-449.
- Maes MJ. De relatie serviceflat-rusthuis: Een empirisch onderzoek naar de preferenties van aspirant- en huidige bewoners inzake beleid en dienstverlening. Ongepubliceerd doctoraatsproefschrift Katholieke Universiteit Leuven, 1996.
- Pauwels K, Vanden Boer L. Rusthuisbewoners krijgen een stem, mede dankzij de inzet van senioren. *Wijs over Grijs*, 2004; 8: 3-6.