

Universiteit Antwerpen
Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen
Master Sociologie
Academiejaar 2014-2015

**Het medisch zorggebruik van hoogbejaarden in
Vlaanderen**

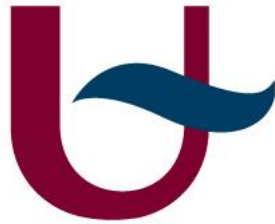
- Welke factoren dragen bij tot een hogere medische
consumptie? -

Promotor: Prof. dr. Herman Meulemans
Medebeoordelaar: Prof. dr. Guido Van Hal

Masterproef voorgelegd met het oog op het behalen van
de graad van Master Sociologie

Liesbeth Spiessens

Januari 2015



Universiteit Antwerpen
Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen
Master Sociologie
Academiejaar 2014-2015

**Het medisch zorggebruik van hoogbejaarden in
Vlaanderen**

- Welke factoren dragen bij tot een hogere medische
consumptie? -

Promotor: Prof. dr. Herman Meulemans
Medebeoordelaar: Prof. dr. Guido Van Hal

Masterproef voorgelegd met het oog op het behalen van
de graad van Master Sociologie

Liesbeth Spiessens

Januari 2015

Abstract & Sleutelwoorden

Abstract:

Literatuurstudie: Tussen 1990 en 2008 is het aantal hoogbejaarden in Vlaanderen respectievelijk gestegen van 1,39% naar 4,69%. Deze evolutie brengt veel veranderingen teweeg, waaronder een mogelijk tekort in het aantal gezondheidsvoorzieningen. Het standpunt van de dynamische evenwichtstheorie wordt in deze masterproef ingenomen, waarbij een hogere levensverwachting gepaard gaat met meer nood aan medische zorgvoorzieningen. De basis van het onderzoek is gebaseerd op het determinantenmodel van Andersen, dat uit drie belangrijke pijlers bestaat: maatschappelijke factoren, gezondheidssystemen en individuele determinanten. Verschillende punten van kritiek, zowel geformuleerd door Andersen als door andere auteurs, worden tevens aangehaald. De probleemstelling van deze masterproef is welke factoren bijdragen aan een bepaald niveau van medische consumptie voor hoogbejaarden in Vlaanderen.

Methode: De gebruikte methode voor deze masterproef is de interactieve analyseprocedure van de gezondheidsenquête 2008. Medische consumptie is de afhankelijke variabele en er wordt bestudeerd welke factoren hierop een invloed uitoefenen. Voor de variabele leeftijd is de analyse gebaseerd op de hele Vlaamse bevolking. Voor de andere variabelen is de populatie verengt en omvat deze uitsluitend de hoogbejaarden in Vlaanderen.

Resultaten & Conclusies: Er is een duidelijk verband op te merken tussen leeftijd en medische consumptie: hoe ouder een individu hoe meer gebruik hij zal maken van medische zorg. Voor de andere variabelen zijn de verbanden niet eenduidig en moet gekeken worden naar de verschillende soorten van medische consumptie. Er kan geconcludeerd worden dat bepaalde groepen opvallend meer gebruik maken van huisartsen en minder van specialisten en hospitalisatie. Ze vinden hun weg naar laagdrempelige zorg, maar stromen om een onbekende reden niet door naar verdere medische zorg. Deze meer kwetsbare groepen van hoogbejaarden zijn vrouwen, laaggeschoolden, personen met een laag inkomen en alleenstaanden.

Sleutelwoorden: Medisch zorggebruik, Hoogbejaarden, Vlaanderen, Determinantenmodel Andersen & Newman

Voorwoord

Deze masterproef is geschreven in het kader van het masterjaar Sociologie aan de Universiteit van Antwerpen. Het onderwerp van deze scriptie heb ik gekozen op basis van het actuele karakter van vergrijzing en dubbele vergrijzing in Vlaanderen. Het leek me interessant om de invloed van deze evolutie op het gebruik van de diensten van de gezondheidszorg te bestuderen en te onderzoeken welke factoren bijdragen aan een bepaald niveau van medische consumptie.

Ik zou graag enkele mensen bedanken die me sterk geholpen hebben bij het schrijven van deze thesis. Allereerst mijn promotor, Prof. Dr. Herman Meulemans, die me steeds met een kritische kijk en goede raad heeft bijgestaan.

Daarnaast wil ik Koen Pepermans bedanken, om zich als consulent inzake veiligheid op te stellen en mee te hebben geprobeerd de oorspronkelijke gegevens van de gezondheidsenquête te bemachtigen.

Als laatste wil ik mijn familie bedanken voor de steun en het geduld dat ze hebben gehad tijdens de totstandkoming van deze masterproef. Tevens wil ik hen bedanken voor het nalezen en het formuleren van hun adviezen hieromtrent.

Inhoudsopgave

Abstract & Sleutelwoorden	4
Voorwoord	5
Tabellenlijst	8
Figurenlijst.....	9
1 Inleiding	11
2 Afbakening	12
3 Demografie	13
4 Vergrijzing & dubbele vergrijzing	14
5 Grotere nood aan gezondheidsvoorzieningen	16
5.1 De expansietheorie	17
5.2 De compressietheorie	17
5.3 De dynamische evenwichtstheorie	18
5.4 Theoriegebruik in masterproef	18
5.5 Redenen van gezondheidszorggebruik.....	19
6 Determinanten van Andersen & Newman	20
6.1 Maatschappelijke factoren	20
6.2 Het gezondheidszorgsysteem.....	21
6.3 Individuele factoren.....	21
6.3.1 Predisposing of persoonlijkheidskenmerken	21
6.3.2 Enabling of situationele kenmerken	22
6.3.3 Illness level of ziekteniveau	22
7 Vergelijking teksten Andersen 1973-1995	24
7.1 Kritiek op persoonlijkheidskenmerken	24
7.2 Kritiek op situationele kenmerken.....	25
7.3 Kritiek op ziekteniveau.....	25
7.4 Algemene bedenkingen over het determinantenmodel.....	25
8 Kritiek van andere auteurs op het model van Andersen	28
9 Methode.....	29
10 Hypotheses.....	30
10.1 Populatie: Vlaamse bevolking.....	30
10.2 Populatie: Vlaamse hoogbejaarden	30
11 Onderzoek	31
11.1 Leeftijd	31

11.1.1	Leeftijd en contacten met de huisarts	31
11.1.2	Leeftijd en consultaties bij de specialist.....	32
11.1.3	Leeftijd en hospitalisatie	33
11.1.4	Overzicht leeftijd en gezondheidszorggebruik.....	34
11.2	Geslacht	35
11.2.1	Geslacht en contacten met de huisarts.....	35
11.2.2	Geslacht en consultaties bij de specialist	36
11.2.3	Geslacht en hospitalisatie.....	36
11.2.4	Overzicht geslacht en gezondheidszorggebruik.....	37
11.3	Inkomen	38
11.3.1	Inkomen en contacten met de huisarts	38
11.3.2	Inkomen en consultaties bij de specialist.....	38
11.3.3	Inkomen en hospitalisatie	39
11.3.4	Overzicht inkomen en gezondheidszorggebruik	40
11.4	Urbanisatiegraad.....	41
11.4.1	Urbanisatiegraad en contacten met de huisarts	41
11.4.2	Urbanisatiegraad en consultaties bij de specialist.....	42
11.4.3	Urbanisatiegraad en hospitalisatie	42
11.4.4	Overzicht urbanisatiegraad en gezondheidszorggebruik	43
11.5	Huishoudsamenstelling	44
11.5.1	Huishoudsamenstelling en contacten met de huisarts.....	44
11.5.2	Huishoudsamenstelling en consultaties bij de specialist	45
11.5.3	Huishoudsamenstelling en hospitalisatie.....	45
11.5.4	Overzicht huishoudsamenstelling en gezondheidszorggebruik.....	47
11.6	Educatieniveau	48
11.6.1	Educatieniveau en contacten met de huisarts.....	48
11.6.2	Educatieniveau en consultaties bij de specialist	49
11.6.3	Educatieniveau en hospitalisatie.....	49
11.6.4	Overzicht educatieniveau en gezondheidszorggebruik	51
12	Conclusie.....	52
13	Bibliografie	55

Tabellenlijst

Tabel 1: Totale residerende bevolking op 1 januari van 1990 tot 2008, per leeftijdsgroep, Vlaams Gewest	13
Tabel 2: Overzicht absolute aantallen naar leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2008	31
Tabel 3: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar leeftijdscategorie, 2008, Vlaanderen.....	32
Tabel 4: Gemiddeld aantal consultaties bij de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar leeftijdscategorie, 2008, Vlaanderen.....	32
Tabel 5: Gemiddelde aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar leeftijdscategorie, 2008, Vlaanderen	33
Tabel 6: Gemiddelde aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar leeftijdscategorie, 2008, Vlaanderen	34
Tabel 7: Overzicht absolute aantallen naar geslacht, Vlaanderen, 80+, 2008...	35
Tabel 8: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar geslacht, 80+, 2008, Vlaanderen	36
Tabel 9: Gemiddeld aantal consultaties bij de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar geslacht, 80+, 2008, Vlaanderen	36
Tabel 10: Gemiddelde aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar geslacht, 80+, 2008, Vlaanderen.....	36
Tabel 11: Gemiddelde aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar geslacht, 80+, 2008, Vlaanderen.....	37
Tabel 12: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar inkomen, 80+, 2008, Vlaanderen.....	38
Tabel 13: Gemiddeld aantal consultaties bij de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar inkomen, 80+, 2008, Vlaanderen	39
Tabel 14: Gemiddeld aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar inkomen, 80+, 2008, Vlaanderen	39
Tabel 15: Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar inkomen, 80+, 2008, Vlaanderen	40
Tabel 16: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar urbanisatiegraad, 80+, 2008, Vlaanderen	41

Tabel 17: Gemiddeld aantal consultaties met de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar urbanisatiegraad, 80+, 2008, Vlaanderen	42
Tabel 18: Gemiddeld aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar urbanisatiegraad, 80+, 2008, Vlaanderen.....	42
Tabel 19: Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar urbanisatiegraad, 80+, 2008, Vlaanderen	43
Tabel 20: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar huishoudsamenstelling, 80+, 2008, Vlaanderen	44
Tabel 21: Gemiddeld aantal consultaties met de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar huishoudsamenstelling, 80+, 2008, Vlaanderen	45
Tabel 22: Gemiddeld aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar huishoudsamenstelling, 80+, 2008, Vlaanderen.....	46
Tabel 23: Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar huishoudsamenstelling, 80+, 2008, Vlaanderen	47
Tabel 24: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar educatieniveau, 80+, 2008, Vlaanderen.....	48
Tabel 25: Gemiddeld aantal consultaties met de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar educatieniveau, 80+, 2008, Vlaanderen.....	49
Tabel 26: Gemiddeld aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar educatieniveau, 80+, 2008, Vlaanderen	50
Tabel 27: Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar educatieniveau, 80+, 2008, Vlaanderen.....	50

Figurenlijst

Figuur 1: Leeftijdspiramide van de bevolking van het Vlaamse Gewest, op 31-12-2007 en prognose voor 31-12-2020	14
Figuur 2: Veranderingen in overlevingscurves in de Verenigde Staten in de 20e eeuw.....	18
Figuur 3: Determinantenmodel van Andersen en Newman	20
Figuur 4: Individuele determinanten van Andersen en Newman	23
Figuur 5: Initiële maatstaven voor toegang tot de gezondheidszorg	26
Figuur 6: Overzicht leeftijd en gezondheidszorggebruik	35

Figuur 7: Overzicht geslacht en gezondheidszorggebruik	37
Figuur 8: Overzicht inkomen en gezondheidszorggebruik	41
Figuur 9: Overzicht urbanisatiegraad en gezondheidszorggebruik.....	44
Figuur 10: Overzicht huishoudsamenstelling en gezondheidszorggebruik.....	48
Figuur 11: Overzicht educatieniveau en gezondheidszorggebruik	51

1 Inleiding

Het aantal hoogbejaarden stijgt stelselmatig elk jaar. In Vlaanderen is er zowel sprake van vergrijzing, als van dubbele vergrijzing. De gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgt en het percentage 80-plussers neemt tevens sterk toe. Deze groei heeft sterke consequenties op allerhande politieke en maatschappelijke domeinen. Een belangrijk aspect is het gevolg van deze vergrijzing op het medisch zorggebruik. Voor beleidsmakers is het van groot belang om inzicht te verwerven in de determinanten die helpen de medische consumptie van de populatie te voorspellen. Deze context toont het belang van volgende vraag: maken hoogbejaarden in Vlaanderen significant meer gebruik van medische zorgen dan andere leeftijdscategorieën?

Het heeft tevens een sterke meerwaarde om te onderzoeken welke factoren specifiek bijdragen aan een hogere medische consumptie. Hiervoor wordt het determinantenmodel van Andersen toegepast. Dit determinantenmodel wordt gebruikt om na te gaan of de aanwezigheid van een factor leidt tot een significant verband met het medisch zorggebruik. Indien een bepaald aspect leidt tot een hogere medische consumptie, heeft het een grote meerwaarde om deze factor te lokaliseren en uit te schakelen. Indien beleidsmakers zich bewust zijn van de invloed van deze factoren op het medisch zorggebruik van hoogbejaarden in Vlaanderen, kan men het zorgbeleid hierop afstemmen.

Het eerste deel van deze masterproef omvat de demografie van de bevolking in Vlaanderen. Aan de hand van dit hoofdstuk wordt de situatie van vergrijzing en dubbele vergrijzing verduidelijkt. In het volgende deel wordt bekeken wat voor gevolgen deze evolutie met zich meebrengt voor het gebruik van de gezondheidsvoorzieningen. Het theoretische kader van deze masterproef is gebaseerd op het determinantenmodel van Andersen en Newman. Daarom wordt een aanzienlijk deel van de literatuurstudie aan de uitdieping van dit model besteed. In dit hoofdstuk wordt het model bekeken en worden de verschillende niveaus overlopen. Aangezien het model in 1973 ingevoerd werd, wordt vervolgens bekeken welke aspecten stand hebben gehouden en welke blootgesteld werden aan kritiek. Hierbij wordt zowel het standpunt van Andersen als dat van andere auteurs bekeken.

In het empirische deel worden eerst de beschikbare data en de gebruikte methode weergegeven. Vervolgens worden hypothesen opgesteld die getoetst worden in het onderzoek van deze masterproef. Er is een duidelijke koppeling gemaakt tussen het model van Andersen, de beschikbare data en de onderzoeksvraag. De masterproef sluit af met een algemene conclusie.

2 Afbakening

Om duidelijkheid te verschaffen over de concepten die in deze masterproef getheoretiseerd en onderzocht worden, is het noodzakelijk om deze af te bakenen. Medisch zorggebruik is een ruim begrip en daarom is gekozen om deze op te delen in drie aspecten. Het eerste domein omvat de consultaties bij de huisarts, ook wel de eerstelijnszorg genoemd. Deze werkt het meest laagdrempelig en is daarom belangrijk om mee in rekening te brengen. Vervolgens wordt het contact met de specialisten in kaart gebracht. Deze zorg functioneert doorgaans op basis van doorverwijzing en is daarom tevens belangrijk om na te gaan. Het laatste punt dat onderzocht wordt zijn de ziekenhuisbezoeken. Deze gegevens bestaan zowel uit dagopnames als opnames met overnachting. In de masterproef vormen deze drie aspecten samen de medische consumptie. Er is gekozen om andere zorgen zoals tandheelkunde en medicijnen niet in rekening te brengen, omdat anders te ver afgeweken zou worden en het onderzoek aan diepgang zou verliezen.

Het medisch zorggebruik en de determinanten die deze beïnvloeden zijn verkregen via de gezondheidsenquête van 2008. Deze enquête maakt gebruik van vragenlijsten door bij de steekproefleden na te vragen hoeveel zorg ze hebben gebruikt in het afgelopen jaar. De enquête is dus niet gebaseerd op zorgregistraties van hulpverleners, maar is een gegevensbron die verkregen wordt bij de respondenten zelf (Gijzen, 2014).

De gegevens die in deze masterproef aan bod komen, zijn weergegeven voor Vlaanderen. In Vlaanderen zijn de verschillen onderling kleiner dan de verschillen bekeken voor heel België. Doordat de onderzoeksregio duidelijk afgebakend wordt, kunnen deze gegevens grondig onderzocht worden.

Een laatste aspect dat afgebakend werd is de grens waarop men spreekt van hoogbejaarden. Deze is doorheen heel het onderzoek vastgelegd op 80 en ouder. Deze grens is degene die in het algemeen het vaakst gehanteerd wordt en waar veel theorieën en onderzoeken op gebaseerd zijn.

3 Demografie

Om de rol van hoogbejaarden in de gezondheidszorg te verklaren, is het noodzakelijk om de demografie in Vlaanderen te bekijken. In onderstaande tabel is zichtbaar dat de totale bevolking in Vlaanderen tussen 1990 en 2008 sterk gestegen is. Respectievelijk van 5.739.736 naar 6.161.600. Wanneer de verschillen tussen de leeftijdsgroepen bekeken worden, blijkt dat er een systematische daling is in aantallen voor de leeftijd van 0 tot 34 jaar. Tegenover deze ontgroening staat dat er voor de leeftijdsgroepen van 35 tot 95+ een stijging plaatsvond. Om dit visueel voor te stellen, is er een extra kolom toegevoegd, die deze daling en stijging weergeeft. Er is één uitzondering aan Tabel 1 en dat is bij de leeftijdsgroep 65 tot 69 jaar. Hier vindt een daling plaats, maar deze is minimaal want ze geldt maar voor 902 mensen. Als de andere jaren bekeken worden, blijkt dat hier tevens een stijging plaatsvond en 2008 dus een uitzondering is in het overzicht voor deze specifieke leeftijdscategorie. Als we de demografie van de hoogbejaarden bekijken, dan zien we dat er een toename is van 1,39%. In 1990 waren er namelijk 3,3% 80-plussers, in 2008 is dit percentage gestegen naar 4,69% (Statistics Belgium, 2013).

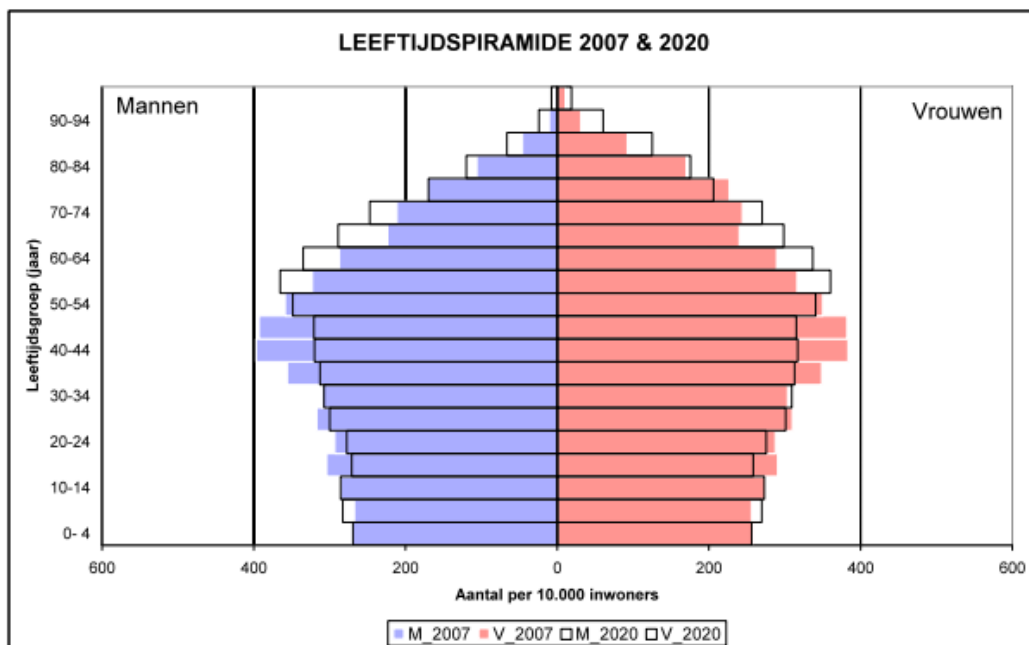
Tabel 1: Totale residerende bevolking op 1 januari van 1990 tot 2008, per leeftijdsgroep, Vlaams Gewest

Totaal	1990	1995	2000	2004	2006	2008	Vershil 1990- 2008
Alle leef-tijden	5.739.739	5.866.106	5.940.251	6.016.024	6.078.600	6.161.600	↑
0-4	330.237	346.902	320.682	307.914	312.800	325.972	↓
5-9	349.092	337.306	351.745	330.993	327.923	322.626	↓
10-14	350.572	353.660	340.340	359.595	354.044	345.065	↓
15-19	383.467	354.920	356.497	343.635	354.132	366.566	↓
20-24	434.990	388.914	359.554	370.346	361.485	357.942	↓
25-29	474.148	439.678	391.552	363.036	375.424	386.421	↓
30-34	456.191	480.516	443.457	411.308	388.462	378.301	↓
35-39	417.191	459.918	482.064	462.785	445.109	434.253	↑
40-44	398.586	417.999	458.576	480.972	487.676	480.782	↑
45-49	324.710	396.654	414.262	448.541	464.014	477.736	↑
50-54	342.021	321.110	391.148	403.847	418.954	436.777	↑
55-59	347.137	335.048	313.607	376.579	390.562	393.821	↑
60-64	315.147	334.092	322.951	299.499	313.769	355.144	↑
65-69	286.597	294.492	313.903	305.905	301.964	285.695	↓
70-74	162.910	255.120	264.867	285.075	284.142	280.632	↑
75-79	176.983	133.207	231.162	222.703	231.872	244.929	↑
80-84	115.459	126.038	96.763	151.168	163.968	170.154	↑
85-89	54.857	64.746	73.158	56.311	65.575	85.170	↑
90-94	16.432	21.517	26.235	29.081	29.497	25.625	↑
95+	3.009	4.069	5.728	6.731	7.228	7.989	↑

4 Vergrijzing & dubbele vergrijzing

Om de impact van vergrijzing en zelfs dubbele vergrijzing aan te tonen, wordt hieronder gebruik gemaakt van een bevolkingspiramide. In Tabel 1 werd beschreven dat er een sterke toename van het aantal hoogbejaarden plaatsvond in Vlaanderen. Onderstaande leeftijdspiramide toont aan dat deze trend zich verder gaat zetten, hetgeen gebaseerd is op voorspellingen van de Vlaamse overheid. In 2020 zullen er nog 84.000 80-plussers bij komen. Dit komt neer op een stijging van het percentage van 4,54% in 2007 naar een percentage van 6% in 2020 (De Bock, 2010). Als de vorm van de piramide bekeken wordt, heeft deze duidelijk het profiel van een verouderde bevolking: een smalle basis en een zware top. Als de prognose voor 2020 bekeken wordt, is merkbaar dat deze vorm zich nog sterker zal ontwikkelen (Vlaamse overheid, 2009).

Figuur 1: Leeftijdspiramide van de bevolking van het Vlaamse Gewest, op 31-12-2007 en prognose voor 31-12-2020



Het fenomeen dat het aantal 80-plussers onder de ouderen (65-plussers) sterk aan het stijgen is, wordt ook wel dubbele vergrijzing genoemd (BTSG, 2014). De FOD Sociale Zekerheid omschrijft de vergrijzing van de bevolking als een of-situatie. Ofwel is er een stijging van de gemiddelde leeftijd van de bevolking, ofwel is er een toename van het aantal ouderen op de totale bevolking. Als er aan één van deze twee situaties voldaan wordt, spreekt men van vergrijzing. Wanneer zowel de gemiddelde leeftijd van de bevolking, als het percentage ouderen stijgt, spreekt men van volgens de FOD SZ van dubbele vergrijzing, hetgeen volgens hen voor België van toepassing is (FOD SZ, 2014). Uit gegevens van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid blijkt dat het fenomeen van een dubbele vergrijzingsgolf ook van toepassing is voor Vlaanderen (Lambrix, 2012).

Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte in Vlaanderen, is dezelfde trend merkbaar. In 2000 werd een gemiddelde levensverwachting van 78,25 jaar waargenomen, hetgeen op amper zes jaar tijd, in 2006, opgeklimmen was naar 79,84 jaar (ADSEI, 2010). Voor 2020 en 2050 voorspelt men respectievelijk een levensverwachting van 82,26 en 86,74 jaar. Op slechts 50 jaar tijd, zou de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte dan zijn gestegen met 8,49 jaar (Pelfrene, 2009).

5 Grotere nood aan gezondheidsvoorzieningen

In bovenstaande hoofdstukken werden de demografie en het fenomeen van vergrijzing en dubbele vergrijzing beschreven. Deze veranderingen brengen belangrijke gevolgen met zich mee, waarvan de grotere nood aan gezondheidsvoorzieningen er één van is. Vlaanderen zal op deze evolutie moeten inspelen als het in staat wil zijn om de steeds groter wordende groep hoogbejaarden medische zorgen aan te bieden. Om te bepalen of deze groep effectief meer gebruik maakt van zorg, is het belangrijk om na te gaan in welke gezondheidstoestand de laatste levensjaren worden doorgebracht.

De hierboven omschreven stijging in levensverwachting die plaatsvond in Vlaanderen is ontstaan door een algemeen verbeterde gezondheid en een toegenomen welvaart. Uit onderzoek blijkt dat er bij hoogbejaarden een afname van het aantal chronische ziekten heeft plaats gevonden. Dit wordt wel gecompenseerd aangezien er door de vergrijzing meer mensen te kampen krijgen met ouderdomsziekten. Vroeger ging men uit van een eenvoudig lineair verband tussen gezondheid en leeftijd, waarbij de gezondheid stelselmatig achteruitging naarmate men ouder werd. Deze assumptie veronderstelt dat de toekomstige gezondheidsvraag proportioneel zal toenemen met het aantal personen in oude leeftijdscategorieën. Uit meerdere onderzoeken bleek dat deze stelling sterk overdreven was, aangezien de verbeterde gezondheid van ouderen niet in kaart werd gebracht (Cantillon, Van den Bosch & Lefebure, 2007).

Cantillon, Van den Bosch en Lefebure (2007) stellen dat er drie mogelijke hypothesen zijn:

1) Een eerste hypothese, de expansietheorie genoemd, stelt dat door de vergrijzing het aantal ouderdomsziekten sterk zal toenemen. Als gevolg van de toenemende levensverwachting zullen meer zieken langer leven en zal er een stijging zijn van het aantal jaren dat in slechte gezondheid wordt doorgebracht. Een stijgende levensverwachting gaat in deze hypothese samen met een toenemend gebruik van de gezondheidszorg.

2) Tegenover de eerste hypothese staat de compressietheorie. Deze theorie stelt dat we naast een hogere levensverwachting ook gezonder gaan leven, hetgeen een compressie van morbiditeiten met zich mee brengt. Met andere woorden, een gezondere levenswijze kan ouderdomsziekten voorkomen. Het resultaat van deze evolutie is dat zelfs bij een stijgende levensverwachting het gebruik van de gezondheidszorg zal afnemen.

3) De derde en laatste hypothese, de dynamische evenwichtstheorie, veronderstelt een gelijke groei tussen levensverwachting en stijging van jaren in goede gezondheid. Dit houdt in dat het aantal jaren in slechte gezondheid constant blijft en dus ook het gebruik van de gezondheidszorg.

5.1 De expansietheorie

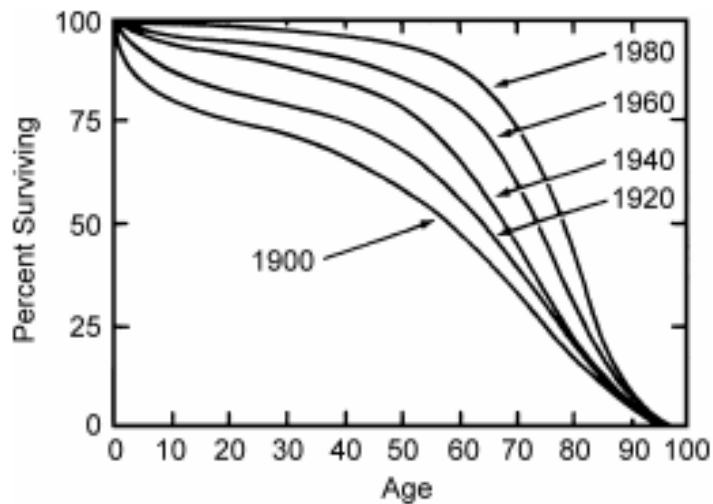
Gruenberg (1976) omschrijft in het artikel 'The Failures of Success' zijn visie over de keerzijde van de toegenomen leeftijdsverwachting. Hij was overtuigd dat de afname van sterfte door chronische ziekten zou worden gecompenseerd met een verhoogde prevalentie van ziekten. Hij vond niet dat deze daling van sterfte ontstaan was door een verlaging van het voorkomen van ziektes, maar eerder door de hogere overleving van mensen met gezondheidsproblemen, wat resulteert in meer ziekte in de bevolking. Het doel van medisch onderzoek is het "verminderen van ziekte en verrijken van leven" (Gregg, 1941). Gruenberg was niet akkoord met deze stelling en beweerde dat medisch onderzoek middelen produceerde waardoor het leven van zieke mensen verlengd konden worden en chronische ziekten hun fatale karakter verloren. Dit had als gevolg dat er een verhoging plaatsvond van het aandeel mensen met een invaliderende of chronische gezondheidstoestand in de bevolking. Een stijgende levensverwachting gaat volgens Gruenberg gepaard met een stijging van jaren in slechte gezondheid. Deze evolutie noemde hij het falen van succes (Doblhammer & Kytir, 2001).

5.2 De compressietheorie

Fries (1983) is een voorstander van de compressietheorie, hetgeen hij duidelijk weergeeft in het hoofdstuk 'The Compression of Morbidity'. Hij stelde dat de stijging van levensverwachting gepaard zou gaan met een verkorting van de duur van morbiditeiten. Fries nam aan dat dezelfde krachten die eerder resulteerden in verminderde sterfte (betere gezondheidszorgen, efficiënte medicijnen, goede levensomstandigheden,...) zouden worden gekoppeld aan een lager voorkomen van chronische ziekten en een hogere leeftijd van begin van chronische ziekte.

In onderstaande figuur is zichtbaar dat de stijgende levensverwachting gepaard is gegaan met de rectangularisatie van de curve. Dit houdt in dat de overlevingscurve steeds meer de vorm van een rechthoek aanneemt, aangezien de overleving tot op hoge leeftijd bijna universeel wordt. Fries geloofde dat dit gepaard zou gaan met een rectangularisatie van de curve van chronische ziekten. Hij beweerde dat het eerste moment waarop een chronische ziekte voorkomt, zal worden uitgesteld, maar dat de levensverwachting beperkt was tot een biologisch maximum. Daarom postuleerde hij dat de tijd waarin iemand een ongezonde levenstoestand heeft, gecompriemd zal worden tot een kortere periode aan het einde van het leven (Crimmins & Beltrán-Sánchez, 2011).

Figuur 2: Veranderingen in overlevingscurves in de Verenigde Staten in de 20e eeuw



5.3 De dynamische evenwichtstheorie

Manton (1982) stelde een positie tussen deze twee hypothesen voor, hetgeen hij de dynamische evenwichtstheorie noemde. Hij vond dat wijzigingen in de ernst en de progressie van chronische ziekte een gelijke loop zou hebben met veranderingen in mortaliteit. Op deze manier zal de verergering van ziekten worden stopgezet in een vroeg stadium, waardoor er potentieel meer ziekte in de bevolking zou zijn, maar deze ziekte verminderde gevolgen heeft. Het is dus mogelijk dat mensen met een chronische degeneratieve ziekte langer leven, omdat de snelheid van progressie van hun ziekte vertraagd wordt. Deze vertraging gebeurt voornamelijk als gevolg van de medische voortuitgang, waardoor betere behandeling en medicatie mogelijk zijn. Daarnaast vindt deze vertraging van progressie van chronische ziekte tevens plaats als gevolg van een onderliggende gezondheidsverbetering.

5.4 Theoriegebruik in masterproef

Ondanks dat bovenstaande auteurs sterk vasthangen aan hun theorie, is na al die jaren geen van bovenstaande hypothesen op onweerlegbare wijze bewezen. Er is een gebrek aan bewijsmateriaal om solide conclusies te ondersteunen over de groei of inkrimping van morbiditeit in de meeste landen in de ontwikkelde wereld (Howse, 2006). Welke hypothese van toepassing is op de ontwikkelingen in Vlaanderen is nog steeds een onderwerp van debat onder wetenschappers (Myncke & Vandekerckhove, 2007). Vele onderzoekers nemen daarom het standpunt van de derde stelling in, waarbij het dynamisch evenwicht als waarheid beschouwd wordt (Cantillon, Van den Bosch & Lefebure, 2007).

Als ervan wordt uitgegaan dat het aantal jaren in slechte gezondheid constant blijft, maar er wel een stijging plaatsvindt door de vergrijzing en dubbele vergrijzing van het aantal 80-plussers, is er in de toekomst dus meer nood aan gezondheidsvoorzieningen.

5.5 Redenen van gezondheidszorggebruik

In deze masterproef wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende redenen waarom individuen medische zorg gebruiken. Deze keuze werd gemaakt, omdat anders te ver van de onderzoeksvraag wordt afgeweken. Toch heeft het een meerwaarde om de verschillende redenen te vermelden, zodat de hele theoretische context van het medische zorggebruik weergegeven wordt. Er zijn volgens Andersen (1973) vier redenen waarom iemand gebruik maakt van zorg:

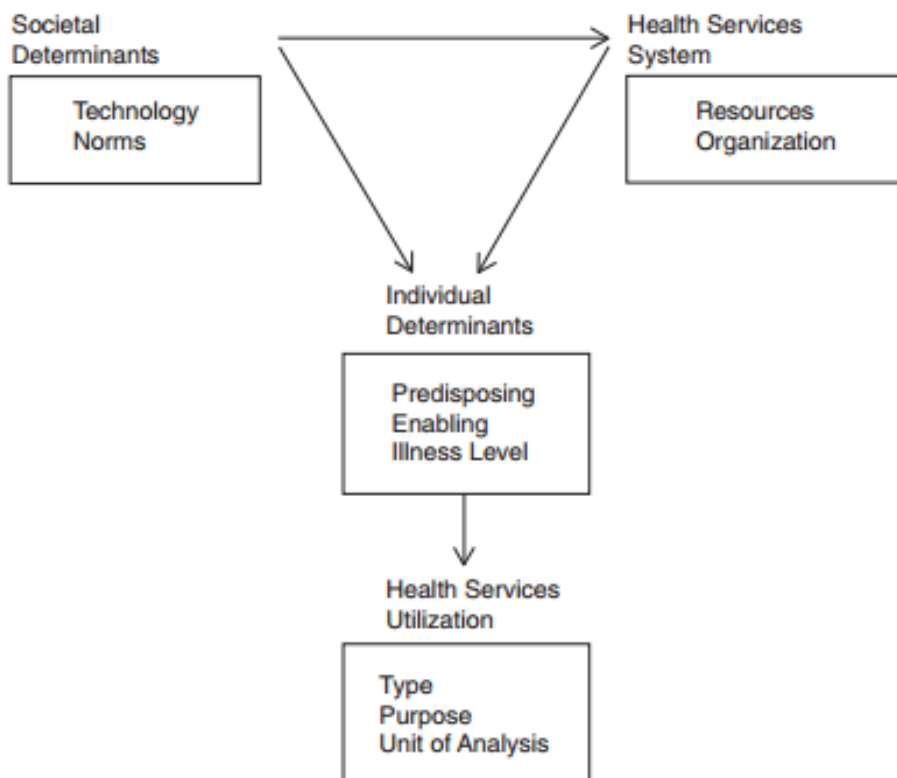
- 1) Primary care: De ziekte stoppen nog voor ze begint. Een toepassing hiervan zijn de regelmatige controles bij een huisarts.
- 2) Secondary care: De behandeling waarbij een individu terug naar zijn vorige staat van functioneren wordt gebracht. Een voorbeeld hiervan is de consultatie bij de huisarts wegens griep en de daaropvolgende behandeling.
- 3) Tertiary care: Stabilisatie van langdurige onomkeerbare ziektes zoals hartaandoeningen of diabetes.
- 4) Custodial care: Voorziet in de persoonlijke noden van de patiënt, maar doet geen moeite om de onderliggende ziektecondities te behandelen. Een voorbeeld hiervan is het wassen of voeden van een individu, omdat die wegens ziekte hier zelf niet capabel voor is.

6 Determinanten van Andersen & Newman

Om te bepalen welke factoren bijdragen aan een hoger of lager gebruik van medische zorgen, is er nood aan een determinantenmodel. In deze masterproef werd gebruik gemaakt van het model van Andersen en Newman. Dit model is ontworpen voor de Verenigde Staten, maar werd door vele onderzoekers overgenomen, omdat de bruikbaarheid van het model zeer hoog is. De doelstelling van Andersen en Newman was om een algemeen overzicht van het medisch zorggebruik van een populatie te verkrijgen.

Het determinantenmodel wordt door Andersen en Newman opgedeeld in drie pijlers. Een eerste pijler behandelt de maatschappelijke factoren en beïnvloedt de twee andere pijlers, zoals in Figuur 3 weergegeven is. De tweede pijler in het model is het stelsel van de gezondheidszorg. Deze heeft een invloed op de laatste pijler, de individuele determinanten. Deze pijler omvat persoonsgebonden factoren die leiden tot een al dan niet hoger medisch zorggebruik (Andersen & Newman, 1973).

Figuur 3: Determinantenmodel van Andersen en Newman



6.1 Maatschappelijke factoren

Andersen en Newman (1973) stellen dat de maatschappelijke determinanten bestaan uit technologie en normen. Technologische ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd dat het sterftecijfer vanaf de 20^e eeuw enorm is begonnen

afnemen. Door de technologie werden doeltreffende antibiotica uitgevonden, hetgeen ervoor zorgde dat ziektes zoals tuberculose behandeld konden worden. Daarnaast is het gebruik van ziekenhuizen enorm toegenomen door de technologische ontwikkelingen. Door onder andere de methode van anesthesie en chirurgie te perfectioneren, kon het ziekenhuis voorzien in diensten naar heel de populatie toe. Men is over het algemeen overtuigd van de sterke impact die de technologie heeft gehad op het medisch zorggebruik. De invloed van sociale normen, daarentegen, kreeg minder aandacht. De normatieve component van de maatschappelijke determinant kan worden weergegeven door middel van de formele wetgeving en een groeiende homogeniteit van waarden en overtuigingen die de samenleving doordringen. Deze normatieve veranderingen dragen bij aan de vormgeving van het gezondheidszorgsysteem en het gebruik van de medische zorg. Een toepassing van deze normverschuiving is zichtbaar wanneer we de verschillen in plaats van geboorte tussen de Verenigde Staten en Nederland bekijken. In de VS worden 98% van de baby's in een hospitaal geboren, in Nederland is dit maar 30%. In Nederland ligt de norm op thuisgeboorte en daarom is er een verschil in het zorggebruik van de ziekenhuizen op dat vlak.

6.2 Het gezondheidszorgsysteem

Het gezondheidssysteem omvat de voorziening van de goederen en diensten van de gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn ziekenhuiszorg, tandheelkundige zorg en medicijnen. Een nationaal gezondheidssysteem bestaat uit twee grote dimensies: middelen en organisatie. Samen vormen zij de voorzieningen van gezondheidszorg voor het individu. De middelencomponent heeft betrekking op de arbeid en het kapitaal dat toegewezen is voor de gezondheidszorg. Hiermee bedoelt Andersen het personeel dat werkt in de gezondheidszorg en het materiaal dat ter beschikking wordt gesteld om hun functie te kunnen uitoefenen. Het domein organisatie beschrijft hoe het systeem deze middelen inzet. Een vraag die hier gesteld moet worden is of elke patiënt dezelfde toegang tot de gezondheidszorg krijgt. Organisatie heeft tevens betrekking op hoe de structuur van de gezondheidszorg is opgebouwd. Wanneer er sprake is van een goede organisatie, worden patiënten op een vlotte en correcte manier doorverwezen naar de tweedelijnszorg.

6.3 Individuele factoren

Andersen en Newman concludeerden dat de individuele karakteristieken van mensen helpen om te bepalen hoeveel medische zorg zij gebruiken. Deze zorg wordt bepaald door drie aspecten die omschreven worden als predisposing, enabling en illness level.

6.3.1 Predisposing of persoonlijkheidskenmerken

Het eerste level heeft betrekking op de persoonlijkheidskenmerken van het individu en is opgedeeld in drie subniveaus. Een eerste factor is demografisch bepaald en geslacht en leeftijd zijn hier belangrijke voorbeelden van. Deze biologische imperatieven zijn bepalend of een individu meer of minder geneigd is

gebruik te maken van zorg. Een tweede subniveau is sociale structuur. Deze factor wordt gemeten door middel van verschillende variabelen die de status van een persoon in de gemeenschap bepalen: zijn of haar vermogen met problemen die zich voordoen om te gaan, welke middelen hij of zij heeft om deze problemen op te lossen en hoe gezond of ongezond de fysieke omgeving blijkt te zijn. De voornaamste variabelen hier zijn educatie, beroep en etniciteit. Een laatste aspect is het gezondheidszorggeloof. Deze factor omvat de attitudes, waarden en kennis die mensen hebben over gezondheid en gezondheidsvoorzieningen en die hun verdere opvattingen over de noodzaak en het gebruik van de gezondheidszorg kunnen beïnvloeden.

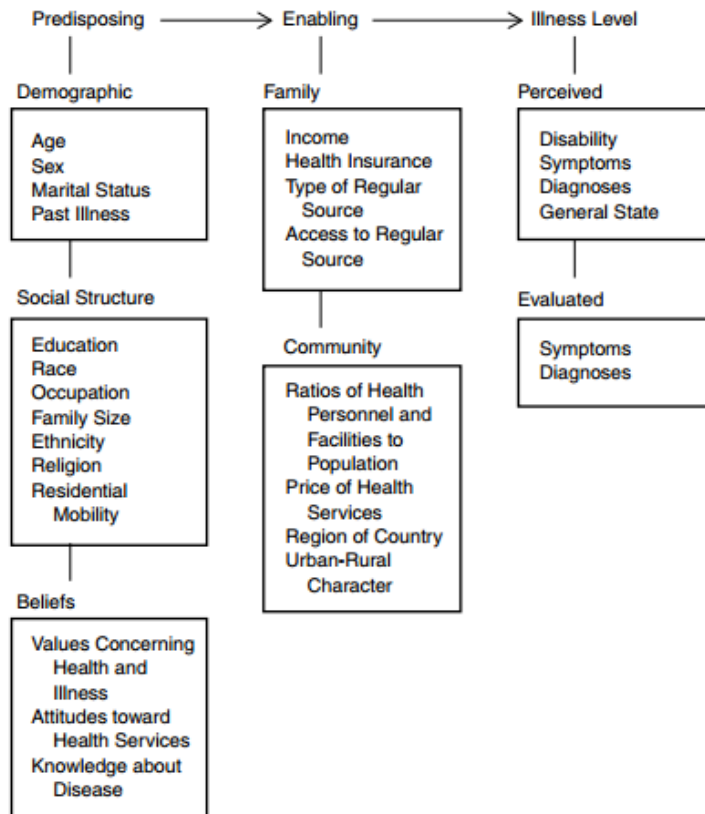
6.3.2 Enabling of situationele kenmerken

Het tweede aspect zijn de situationele kenmerken van een persoon, hetgeen op te delen is in twee subniveaus. Het eerste bedraagt gezinskenmerken en omvat de beschikbare middelen en knowhow om naast het bestaan van bepaalde voorzieningen ook effectief ervan gebruik te maken. Een voorbeeld hiervan is inkomen en ziekteverzekering. Een tweede factor is gemeenschap en gaat na of gezondheidszorgpersoneel en -faciliteiten beschikbaar zijn waar mensen wonen en werken. Voorbeelden hiervan zijn urbanisatiegraad en ratio's van gezondheidszorgpersoneel.

6.3.3 Illness level of ziekteniveau

Het laatste aspect zijn de gezondheidskenmerken of het ziekteniveau van een individu, hetgeen opgesplitst is in twee subniveaus: zelfervaren ziekte en geëvalueerde ziekte. Op beide niveaus worden symptomen en diagnoses weergegeven. Voorbeelden hiervan zijn chronische en lichamelijke ziekten en functionele beperkingen. In een perfect gelijke toegang tot de gezondheidssector, zou het ziekteniveau voorspellend moeten zijn voor het gebruik van de zorg. Echter blijkt uit onderzoek dat tevens persoonlijke en situationele kenmerken een significante rol spelen in het medisch zorggebruik (Geerlings & Deeg, 2004).

Figuur 4: Individuele determinanten van Andersen en Newman



De maatschappelijke determinanten en de kenmerken van het gezondheidssysteem die Andersen en Newman weergeven, zijn in het empirisch onderzoek van deze masterproef niet meetbaar. Daarom wordt er toegespitst op de individuele, aan de persoon gerelateerde, determinanten en wordt bekeken wat hun invloed is op het gebruik van zorg.

7 Vergelijking teksten Andersen 1973-1995

Het determinantenmodel dat hierboven beschreven is, is een model dat opgemaakt is door Andersen in 1968. In 1973 schrijft hij een belangrijk artikel waarin hij dit model toelicht. In dit model geeft hij drie factoren weer die verantwoordelijk zijn voor een impact op het gebruik van de gezondheidszorg. In zijn theorie probeert hij dit gebruik te verklaren als een combinatie van karakteristieken van het individu zelf, karakteristieken van de omgeving waarin hij leeft en interactie tussen individuele en maatschappelijke krachten (Moore, 1969).

In 1995 schrijft Andersen opnieuw een artikel over het determinantenmodel, maar deze keer werpt hij een kritische blik op de implementeerbaarheid en belang van het model 25 jaar nadat het initieel werd ontwikkeld. Het model werd gedurende deze periode onderworpen aan aanzienlijke toepassingen, verwerpingen en aanpassingen. Andersen bekijkt in dit recentere artikel de ontwikkeling en de relevantie van het model zoveel jaren later.

Het model werd initieel ontwikkeld in de late jaren '60 en had drie doelstellingen. Een eerste was het in kaart brengen waarom gezinnen gebruik maken van medische zorg. Vervolgens wou hij de gelijke toegang tot de gezondheidszorg definiëren en meten. Met als laatste doel om te helpen bij het ontwikkelen van beleid om gelijke toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen.

Het model focuste oorspronkelijk op het gezin als analyse-eenheid, omdat de medische zorg die een individu ontvangt in functie is van de sociale en economische kenmerken van het gezin als eenheid. Andersen verschoof daarna de focus naar het individu als analyse-eenheid, door de grote moeilijkheidsgraad van het ontwikkelen van metingen op gezinsniveau. De mogelijke heterogeniteit van de gezinsleden en de familiale gezondheidstoestand waren te uiteenlopend om te meten.

Er is veel discussie onder wetenschappers geweest of het model met de individuele determinanten bedoeld was om medisch zorggebruik te voorspellen of te verklaren. Volgens Andersen is het model ontworpen om aan beide aspecten te voldoen. Aan de ene kant kan elke determinant worden opgevat als onafhankelijk in het voorspellen van hun bijdrage aan het zorggebruik. Aan de andere kant suggereert het model tevens een verklarend proces.

7.1 Kritiek op persoonlijkheidskenmerken

Sociale psychologen hielden zich bezig met de vraag of geloof over gezondheid (attitudes en waarden) wel adequaat geconceptualiseerd en gemeten werd. Een gevolg hiervan is dat geloof waarschijnlijk niet als zo belangrijk wordt weergegeven als het in werkelijkheid is in het voorspellen en begrijpen van zorggebruik. Toch is dit volgens Andersen niet omdat het model hier tekort

schiet, maar omdat het een moeilijk meetbaar concept is. Hij zegt vervolgens dat geloof een rol speelt, maar dat situationele kenmerken en het ziekteniveau veel meer de variatie van het gezondheidszorggebruik verklaren. Verder werd het model bekritiseerd omdat er niet genoeg aandacht besteed werd aan de sociale netwerken, sociale interacties en cultuur (Bass & Noelker, 1987).

Om het domein persoonlijkheidskenmerken te vervolledigen stelt Andersen voor nog twee variabelen toe te voegen. Een eerste variabele zijn genetische factoren. Deze zou hij willen toevoegen om in te spelen op de explosieve ontwikkeling van het in kaart brengen van genen en erfelijkheid. Andere wetenschappers bevestigen deze aanvulling en er werd aangetoond dat genetische factoren een bijdrage leveren aan het verklaren van variatie in gebruik van gezondheidszorg (True et al, 1997). Als tweede punt zou hij psychologische karakteristieken toevoegen, waarmee mentale stoornissen, cognitieve stoornissen en autonomie bedoeld worden.

7.2 Kritiek op situationele kenmerken

Andersen heeft op dit domein slechts één opmerking, namelijk dat aan organisatorische factoren niet genoeg aandacht is besteed. Deze variabele houdt in dat individuen begrijpen hoe medische zorg georganiseerd is en welke verschillende medische zorgverleners er zijn.

7.3 Kritiek op ziekteniveau

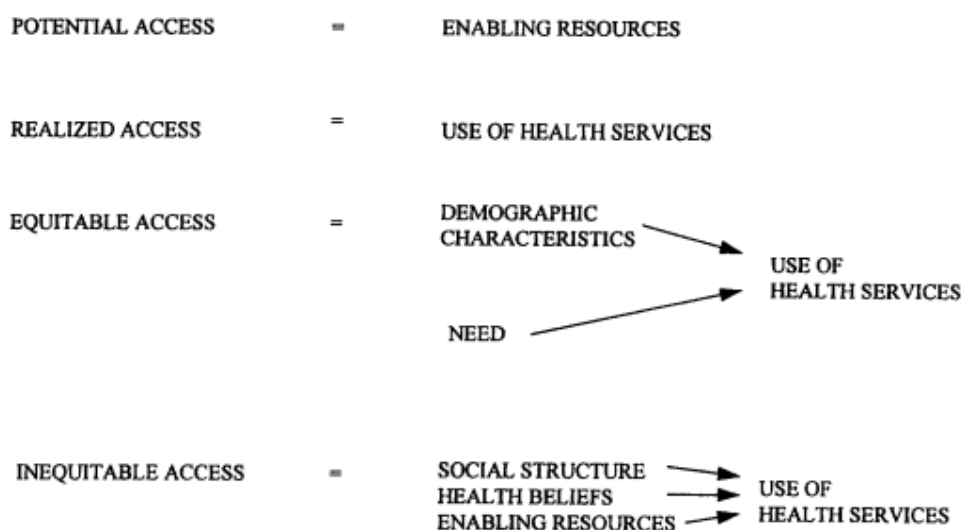
Op het vlak van ziekteniveau heeft Andersen geen kritiek. Hij formuleert wel een aanvulling om het verschil tussen zelfwaargenomen en geëvalueerde ziekte te verduidelijken. Van het model wordt verwacht dat de zelfwaargenomen ziekte het zoeken naar zorg en de naleving van een medisch regime helpt te begrijpen. Deze factor wordt beïnvloed door wat mensen denken en gaat na of mensen hun toestand als ernstig genoeg inschatten om gebruik te maken van de gezondheidszorg. Geëvalueerde ziekte is daarentegen een meer objectieve en meetbare factor. Deze omvat de aard en de hoeveelheid van de behandeling die zal worden verstrekt, nadat een patiënt op consultatie is geweest bij een medische zorgverlener.

7.4 Algemene bedenkingen over het determinantenmodel

Toen het model ontwikkeld werd in de late jaren '60, was een verhoogd medisch zorggebruik een hoofddoel van het beleid en was men nog niet bezig met de kosten hiervan zoals men dat vandaag doet. De vraag die hier opkomt is of het determinantenmodel geen ingebouwd vooroordeel heeft dat een verhoogd zorggebruik altijd beter is en moet nagestreefd worden. Andersen weerlegt deze kritiek en schrijft dat het model niet normatief geladen is op het vlak van het gebruik van zorg. Het doel van het model is om condities te zoeken die het gebruik van de gezondheidszorg vergemakkelijken of ontdekken waarom in bepaalde situaties het gebruik belemmerd wordt.

Een belangrijk doel van het determinantenmodel was om maatstaven van de toegang tot medische zorg te voorzien. In onderstaande figuur omschrijft Andersen deze verschillende criteria. Potentiële toegang is gedefinieerd als de aanwezigheid van situationele kenmerken (enabling resources). Hoe beter deze kenmerken zijn, hoe meer middelen men heeft om gebruik te maken van de medische zorg en hoe groter de kans is dat dit gebruik ook effectief zal plaatsvinden. Gerealiseerde toegang omvat het daadwerkelijk gebruik maken van medische zorgdiensten. Eerlijke (of gelijke) en oneerlijke toegang worden gedefinieerd op basis van de dominante voorspellers van gerealiseerde toegang. Waardeoordelen over welke onderdelen van het model het gebruik zouden verklaren in een eerlijk gezondheidszorgsysteem, zijn cruciaal. Eerlijke toegang is voor iedereen anders interpreteerbaar. Andersen omschrijft dat eerlijke toegang optreedt als demografische kenmerken en ziekteniveau verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de variatie in het gebruik van de medische gezondheidszorg. Er is volgens Andersen sprake van oneerlijke toegang wanneer sociale structuur, gezondheidszorggeloof en situationele kenmerken bepalen wie er gebruik maakt van medische zorg. Met gelijke toegang wordt dus niet bedoeld dat het gebruik van de gezondheidszorg tussen alle individuen gelijk moet zijn. Mensen die ziek zijn, moeten meer medische zorgen ontvangen dan mensen die een goede gezondheid hebben (Rodwin, 1988). De huidige welvaarstaten beschouwen het rechtvaardig gezondheidszorgsysteem als één van de hoogste prioriteiten. Men streeft ernaar om het bestaan van sociaal-economische verschillen tussen mensen te beperken. In een eerlijke samenleving moet het gebruik van gezondheidszorg individuele verschillen in gezondheidstoestand en behoeftes weerspiegelen en mag deze niet afhankelijk zijn van de sociaal-economische status (Hoeck et al, 2011).

Figuur 5: Initiële maatstaven voor toegang tot de gezondheidszorg



Bovenstaande figuur geeft weer hoe kan worden nagegaan of er sprake is van eerlijke of oneerlijke toegang tot de gezondheidszorg. Het aantonen van ongelijkheid is niet de eindfase, aangezien dit geen concrete verandering meebrengt. Andersen stelde een schema op, waarbij hij omschrijft welke variabelen relatief eenvoudig aan te passen zijn en welke bijna onveranderlijk zijn als het gaat over hun invloed op het zorggebruik. Om dit te duiden gebruikt hij het concept mutability of veranderlijkheid. Om beleid op te stellen moet dus eerst worden bepaald welke variabelen het zorggebruik verklaren, maar dit is niet genoeg. Om een meerwaarde te hebben op het verhogen van eerlijke toegang, moet een variabele ook een bepaalde veranderlijkheidswaarde hebben. Demografische kenmerken hebben een lage veranderlijkheid, aangezien deze factoren zoals leeftijd en geslacht omvatten, hetgeen niet gewijzigd kan worden om een invloed op gebruik te hebben. Sociale structuur wordt tevens als relatief laag beoordeeld, omdat zaken als etniciteit niet veranderlijk zijn. Daarnaast is een wijziging in onderwijs- of beroepsstructuren om de toegang te bevorderen, een strategie die niet op korte termijn haalbaar is. Gezondheidsgeloof wordt omschreven als medium mutability, omdat er de mogelijkheid is om deze te wijzigen en het soms gedragsveranderingen kan teweegbrengen. Situationele kenmerken kunnen een hoge veranderingsgraad hebben en zijn sterk geassocieerd met gebruik. Het ziekteniveau werd oorspronkelijk niet beschouwd als een veranderlijke beleidsvariabele, maar een onmiddellijke reden waarom zorggebruik plaatsvond. Echter kan de zelfervaren ziekte toenemen of dalen, naargelang programma's over gezondheidseducatie ontwikkeld worden, er aanpassingen plaatsvinden in verband met financiële prikkels van gezondheidszorg, enzovoort. Daarnaast kan geëvalueerde ziekte tevens gewijzigd worden om het gebruik te beïnvloeden. Het doel is om het oordeel van medische zorgverleners over de geëvalueerde ziekte van de patiënt te wijzigen.

8 Kritiek van andere auteurs op het model van Andersen

Tussen de periode van 1998 en 2011 werd het determinantenmodel van Andersen 328 keer geciteerd in gepubliceerde artikels. Dit hoge citatiecijfer toont aan dat het model een grote invloed heeft uitgeoefend en het de basis was van verschillende onderzoeken die het gebruik van gezondheidszorgdiensten wilden nagaan. Het model is toegepast in verschillende soorten systemen van gezondheidszorg en voor zeer uiteenlopende ziektes. (Babitsch, Gohl & von Lengerke, 2012)

Solon et al. omschreven in 1967 de moeilijkheid om de ingewikkelde realiteit van de medische zorg weer te geven in cijfers (Solon, Feeney, Jones, Rigg & Sheps). In deze periode ontstond de nood om de toenemende complexiteit van de medische zorg op betere manieren in kaart te brengen en het gebruik van medische diensten te analyseren. Het uitsluitend bekijken van het aantal consultaties volstond hier niet meer en er moest een brug gelegd worden tussen de verschillende factoren die een invloed hebben op het gebruik van de gezondheidszorg. Andersen probeert met zijn determinantenmodel deze verbinding te maken en rekening te houden met de groeiende complexiteit van de gezondheidszorg. In deze doelstelling is hij geslaagd, maar toch merken andere auteurs enkele kritiekpunten op, welke hieronder beschreven staan.

De resultaten van alle onderzoeken die gebruik maakten van het determinantenmodel zijn moeilijk te vergelijken. Het model werd als theoretische achtergrond gebruikt, maar in praktijk bleek de implementatie minder eenvoudig. Slechts een deel van de variabelen van het model werd onderzocht, met als achterliggende reden het gebrek aan datasets waar alle variabelen uit het model opgevraagd konden worden. Daarom is er nood aan meer volledige vragenlijsten om een correcter onderzoek te kunnen voeren naar het gebruik van de gezondheidszorg. Een bijkomend probleem is dat het kleine aantal gemeenschappelijke variabelen die er bestaan tussen de verschillende onderzoeken, op een uiteenlopende manier werden gecategoriseerd, waarmee bedoeld wordt dat niet elk onderzoek dezelfde variabele als persoonskenmerk of als situationeel kenmerk ziet. Daarnaast bleek tevens dat de context van het onderzoek en de kenmerken van de onderzoekspopulatie een sterke invloed hebben op het bestaan, de sterkte en de richting van de verbanden (Babitsch, Gohl & von Lengerke, 2012).

Als conclusie over het determinantenmodel kunnen we schrijven dat het model in theorie zeer volledig en van toepassing is voor het meten van het gebruik van de gezondheidszorg, maar de implementatie in de praktijk minder eenvoudig is. Toch kunnen we besluiten dat dit model het minst vertekende resultaten geeft als de consumptie van de medische zorg bestudeerd wordt, wegens het zeer sterke theoretische model. (Rebhan, 2008).

9 Methode

De methode die toegepast werd in deze masterproef is gebaseerd op de online interactieve analyseprocedures van de gezondheidsenquête van 2008. Het was oorspronkelijk de bedoeling om statistische analyses op het originele databestand te voeren, maar na ellenlange pogingen kwam de privacy commissie tot het besluit deze gegevens niet aan masterstudenten te bezorgen. Online zijn er variabelen over de gezondheidsenquête beschikbaar, maar deze zijn niet zo talrijk en diepgaand als gehoopt. Toch is er geprobeerd om zo creatief mogelijk om te springen met het beschikbare materiaal om een zo grondig mogelijk eindresultaat te leveren.

De afhankelijke variabele in deze masterproef is het medisch zorggebruik. Deze variabele wordt opgesplitst in drie deelvariabelen. Een eerste variabele zijn de contacten met de huisarts. Hiermee worden zowel de consultaties als de huisbezoeken bedoeld. Een tweede variabele zijn de consultaties bij de specialist, deze omvatten zowel raadplegingen bij de specialist in de praktijk als in het ziekenhuis. De laatste variabele is hospitalisatie, waarbij een onderscheid tussen dag- en klassieke ziekenhuisopname wordt gemaakt. De variabelen die in dit onderzoek bekeken werden zijn: leeftijd, geslacht, inkomen, urbanisatiegraad, huishoudsamenstelling en educatieniveau.

In een eerste analyse wordt de hele Vlaamse populatie onderzocht, omdat hierbij gekeken wordt naar het verband tussen leeftijd en medisch zorggebruik. Dit om aan te tonen of hoogbejaarden al dan niet meer gebruik maken van de gezondheidszorg. De volgende analyses zijn uitgevoerd met een kleinere populatie, namelijk de hoogbejaarden in Vlaanderen.

In de tabellen 3-6 en 8-11 werd de kolom 'percentages' toegevoegd om rekening te houden met de absolute aantallen van mensen in de Vlaamse bevolking. Op deze manier worden de gemiddeldes veralgemeend naar de populatie en wordt weergegeven hoe groot het aandeel van deze variabele is. Deze absolute aantallen van de Vlaamse bevolking waren enkel beschikbaar voor de variabelen leeftijd en geslacht. Voor de andere variabelen zijn geen exacte cijfers beschikbaar, dus zijn deze hier niet toegevoegd.

10 Hypotheses

Om de variabelen doelgericht te analyseren, is er nood aan het opstellen van hypothesen. Zoals hierboven vermeld is de medische consumptie de afhankelijke variabele en wordt telkens de relatie met een onafhankelijke variabele bestudeerd.

10.1 Populatie: Vlaamse bevolking

1. Leeftijd: Hoe ouder een individu, hoe meer hij gebruik maakt van medische voorzieningen.

10.2 Populatie: Vlaamse hoogbejaarden

2. Geslacht: Vrouwen hebben een hogere medische consumptie dan mannen.
3. Inkomen: Hoe hoger het inkomen van een individu, hoe meer hij gebruik maakt van medische voorzieningen.
4. Urbanisatiegraad: Hoe meer het individu in een gebied woont dat verstedelijkt is, hoe meer medische consumptie.
5. Huishoudsamenstelling: Hoe groter het huishouden, hoe lager de medische consumptie van een individu.
6. Educatieniveau: Hoe hoger opgeleid een individu is, hoe meer gebruik hij zal maken van medische diensten.

11 Onderzoek

In het onderzoek worden de hierboven omschreven hypothesen getoetst en worden verbanden tussen de verschillende variabelen aangetoond. Het is belangrijk om te vermelden dat de tabellen 3-6 de verschillende leeftijdscategorieën in de Vlaamse bevolking weergeven, zodat het verband tussen leeftijd en gezondheidszorggebruik kan aangetoond worden. In de daaropvolgende tabellen (tabel 8-27) wordt uitsluitend het verband tussen hoogbejaarden en de specifieke variabele bekeken en niet langer de volledige Vlaamse bevolking.

11.1 Leeftijd

Om uitspraken te doen over de Vlaamse bevolking, is er gebruik gemaakt van gegevens die verzameld werden door Statistics Belgium. Deze werden reeds eerder weergegeven in tabel 1. Hieronder vindt u een meer beknopt overzicht van deze tabel, opgedeeld naargelang de leeftijdscategorieën die in dit onderzoek gehanteerd worden, zodat dieper kan ingegaan worden op de beschikbare cijfers.

Tabel 2: Overzicht absolute aantallen naar leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2008

Leeftijdscategorie	Absolute aantallen
20-29	744 363
30-39	812 554
40-49	958 518
50-59	830 598
60-69	640 839
70-79	525 561
80+	288 938

11.1.1 Leeftijd en contacten met de huisarts

In onderstaande tabel is er een duidelijk verband zichtbaar tussen leeftijd en contacten met de huisarts. Hoe ouder men wordt, hoe regelmatig men gebruik maakt van de meest laagdrempelige dienst van de gezondheidszorg. Een hoogbejaarde maakt per jaar gemiddeld 12.6 keer gebruik van deze zorg, hetgeen dubbel zo hoog is als het gemiddelde over de leeftijdscategorieën heen bekeken (6.07). Om weer te geven wat het aandeel is van elke leeftijdsgroep op het totale aantal contacten met de huisarts, werd de kolom 'percentages' toegevoegd. Dit percentage is gebaseerd op de combinatie van het gemiddelde en de absolute aantallen per leeftijdscategorie uit tabel 2. Dit heeft als resultaat

dat, ondanks het feit dat het gemiddelde bij hoogbejaarden het hoogste ligt, zij toch niet het hoogste percentage behalen. Dit komt omdat er in verhouding tot andere leeftijdscategorieën minder hoogbejaarden in de populatie zijn. Van alle contacten in Vlaanderen is dit in 14.73% van de gevallen een 80-plusser. De groep 70-79 jarigen maken dus het meest gebruik van de huisarts, namelijk 18.50%.

Tabel 3: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar leeftijdscategorie, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N	Percentages
20-29	2.7	2.1-3.4	393	8.13%
30-39	3.7	3.0-4.4	457	12.16%
40-49	3.5	2.8-4.1	472	13.57%
50-59	4.7	4.0-5.4	529	15.79%
60-69	6.6	5.5-7.8	418	17.11%
70-79	8.7	7.4-10	348	18.50%
80+	12.6	11.4-13.7	560	14.73%
Totaal	6.07	5.72-6.42	3117	100%

11.1.2 Leeftijd en consultaties bij de specialist

Wanneer de combinatie leeftijd en consultaties bij de specialist bekeken wordt, is er een minder sterk verband op te merken. Het gemiddelde van de hoogbejaarden ligt boven het algemene gemiddelde, maar dit is niet van dezelfde grootteorde als in de tabel van de huisartsen. Tevens wordt er globaal gezien veel minder gebruik gemaakt van raadplegingen bij de specialist dan contacten bij de huisarts. Het gemiddelde aantal consultaties bij de specialist voor een 80-plusser bedraagt 2.5 en het algemene gemiddelde is 2.24. Wanneer de percentages bekeken worden, is zichtbaar dat de categorie 60-69 jaar het meest gebruik maakt van bezoeken bij de specialist, aangezien bijna één vijfde van de consultaties plaatsvindt door iemand uit deze leeftijdsgroep (19.76%). Hoogbejaarden scoren met 6.96% fors lager.

Tabel 4: Gemiddeld aantal consultaties bij de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar leeftijdscategorie, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N	Percentages
20-29	1.9	1.2-2.6	394	13.63%
30-39	1.9	1.3-2.4	452	14.87%

40-49	1.8	1.1-2.5	469	16.62%
50-59	2.0	1.6-2.4	527	16.01%
60-69	3.2	2.4-4.1	420	19.76%
70-79	2.4	1.8-3.0	349	12.15%
80+	2.5	1.4-3.6	545	6.96%
Totaal	2.24	1.94-2.54	3156	100%

11.1.3 Leeftijd en hospitalisatie

Ziekenhuisbezoeken bestaan uit twee grote pijlers, namelijk klassieke ziekenhuisopname, waarbij er minstens één overnachting plaatsvindt en daghospitalisatie, waarbij men een kamer en een bed toegewezen krijgt, maar diezelfde dag nog naar huis kan. Omdat dit sterk verschillende types van zorg zijn, worden deze apart uitgediept.

11.1.3.1 Leeftijd en daghospitalisatie

Deze gemiddeldes liggen in verhouding tot de consultaties met de specialist en de contacten met de huisarts sterk lager. Een individu heeft gemiddeld 0.153 daghospitalisaties per jaar. Het gemiddelde van hoogbejaarden ligt hoger, aangezien zij 0.202 keer per jaar gebruik maken van een dagopname. De leeftijdsgroep met het hoogste gemiddelde zijn de 60 tot 69 jarigen. Dit zorgt er bijgevolg ook voor dat zij het grootste aandeel daghospitalisaties voor hun rekening nemen, namelijk 27.66%, ten opzichte van de 80-plussers die slechts 8.51% hebben.

Tabel 5: Gemiddelde aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar leeftijdscategorie, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N	Percentages
20-29	0.067	0.015-0.12	398	7.27%
30-39	0.078	0.046-0.109	455	9.24%
40-49	0.127	0.074-0.18	474	17.75%
50-59	0.143	0.078-0.207	533	17.32%
60-69	0.296	0.055-0.537	421	27.66%
70-79	0.16	0.096-0.223	349	12.26%
80+	0.202	0.061-0.343	559	8.51%
Totaal	0.153	0.122-0.184	3189	100%

11.1.3.2 Leeftijd en klassieke ziekenhuisopname

Hoogbejaarden maken meer gebruik van de klassieke ziekenhuisopname dan andere leeftijdscategorieën. Het gemiddelde aantal keren dat een persoon hiervan gebruik maakt is 0.139. 80-plussers scoren met 0.285 sterk hoger. Er is een duidelijke stijging merkbaar tussen de gemiddeldes per leeftijdscategorie en de ziekenhuisopnames met minstens één overnachting. Hoe ouder, hoe meer men gebruik maakt van klassieke ziekenhuisopnames. Wanneer de percentages bekeken worden is het opnieuw de 60-69 jarigen die het grootste aandeel klassieke ziekenhuisopnames voor zich nemen, namelijk 17.89%. Bij hoogbejaarden bedraagt dit percentage 9.66%.

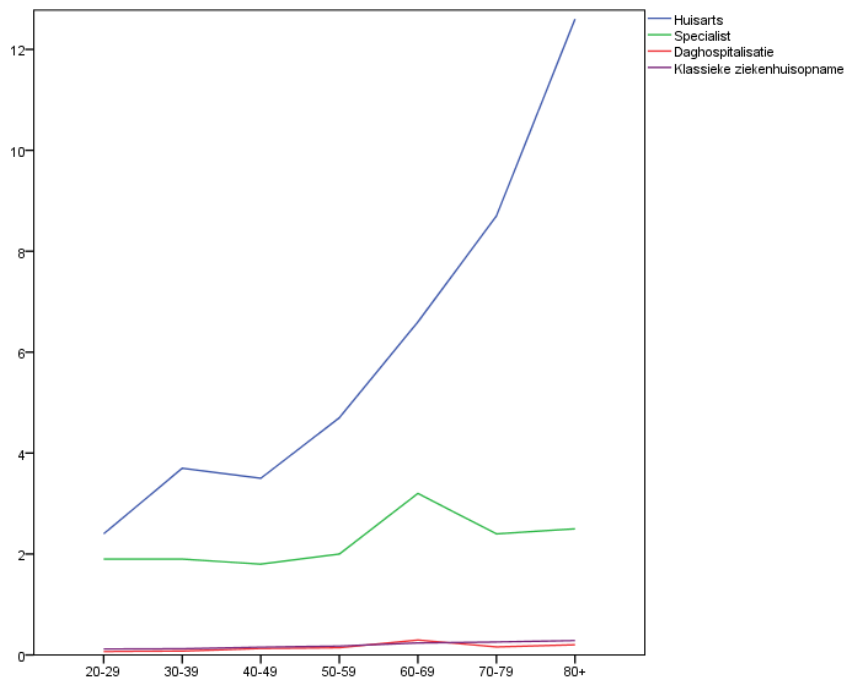
Tabel 6: Gemiddelde aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar leeftijdscategorie, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N	Percentages
20-29	0.118	0.067-0.169	397	10.3%
30-39	0.123	0.086-0.16	457	11.72%
40-49	0.155	0.084-0.226	470	17.43%
50-59	0.176	0.122-0.23	531	17.15%
60-69	0.238	0.138-0.337	425	17.89%
70-79	0.257	0.164-0.351	347	15.84%
80+	0.285	0.215-0.355	557	9.66%
Totaal	0.193	0.173-0.213	3184	100%

11.1.4 Overzicht leeftijd en gezondheidszorggebruik

In onderstaande figuur werden alle vier de soorten gezondheidszorggebruik weergegeven. Op deze manier wordt het duidelijk dat het gebruik van huisartsen zeer hoog ligt in Vlaanderen en dit zeker bij hoogbejaarden. De huisarts heeft de laagste drempel van alle soorten gezondheidszorgvoorzieningen, aangezien van deze zorg het meeste gebruik wordt gemaakt. Specialisten worden regelmatig geraadpleegd en ook hier vindt een stijging plaats naar gelang leeftijd, maar deze is veel zwakker dan die van de huisartsen. Hospitalisatie komt beduidend minder voor bij de Vlaamse bevolking. Van de klassieke ziekenhuisopname wordt wel meer gebruik gemaakt dan van de daghospitalisatie. Hier blijkt tevens een stijging naar leeftijd plaats te vinden. De hypothese 'hoe ouder een individu, hoe meer hij gebruik zal maken van medische voorzieningen' is dus correct.

Figuur 6: Overzicht leeftijd en gezondheidszorggebruik



11.2 Geslacht

Statistics Belgium heeft tevens gegevens verzameld over bevolkingscijfers waarbij de combinatie leeftijd en geslacht gemaakt wordt. Op basis hiervan kan ook voor de variabele geslacht een link naar werkelijke percentages in de Vlaamse populatie gemaakt worden. Hieronder is een overzicht van deze absolute aantallen. Het is belangrijk hierbij op te merken dat het aantal hoogbejaarde vrouwen in de Vlaamse bevolking sterk hoger ligt dan het aantal hoogbejaarde mannen.

Tabel 7: Overzicht absolute aantallen naar geslacht, Vlaanderen, 80+, 2008

Geslacht	Absolute aantallen
Mannen	101 494
Vrouwen	187 444

11.2.1 Geslacht en contacten met de huisarts

Uit onderstaande tabel blijkt dat hoogbejaarde vrouwen gemiddeld meer contact hebben met de huisarts dan mannen. In cijfers is dit respectievelijk 13 en 11.7 maal per jaar. Wanneer rekening wordt gehouden met het grote aantal hoogbejaarde vrouwen in Vlaanderen, wordt deze trend enorm versterkt. Twee derde van alle consultaties gebeurt door een hoogbejaarde vrouw. In percentages is dit 67.24% en hebben hoogbejaarde mannen slechts een aandeel van 32.76%.

Tabel 8: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar geslacht, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N	Percentages
Mannen	11.7	9.7-13.7	190	32.76%
Vrouwen	13	11.7-14.4	370	67.24%
Totaal	12.6	11.4-13.7	560	100%

11.2.2 Geslacht en consultaties bij de specialist

Wanneer geslacht en raadplegingen bij de specialist bekeken worden, is merkbaar dat hoogbejaarde mannen van deze zorg meer gebruik maken. Zij gaan jaarlijks 3.2 keer op consultatie, tegenover 2.1 keer bij vrouwen. In de percentages wordt dit verband afgezwakt door het grote aantal hoogbejaarde vrouwen in Vlaanderen. Het merendeel van de consultaties vindt plaats door een vrouwelijke 80-plusser, namelijk 54.8%.

Tabel 9: Gemiddeld aantal consultaties bij de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar geslacht, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N	Percentages
Mannen	3.2	1.9-4.6	187	45.2%
Vrouwen	2.1	0.5-3.6	358	54.8%
Totaal	2.5	1.4-3.6	545	100%

11.2.3 Geslacht en hospitalisatie

11.2.3.1 Geslacht en daghospitalisatie

Hoogbejaarde mannen maken beduidend meer gebruik van daghospitalisatie dan hun vrouwelijke leeftijdsgenoten. Vrouwen hebben gemiddeld 0.147 daghospitalisaties per jaar, mannen scoren daarentegen meer dan dubbel zo hoog met een score van 0.311. Dit wordt in werkelijkheid opnieuw rechtgetrokken door het hoge aantal hoogbejaarde vrouwen in Vlaanderen. Het hoge gemiddelde van mannen, komt in percentages neer op 53.39%.

Tabel 10: Gemiddelde aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar geslacht, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N	Percentages
Mannen	0.311	0.0-0.661	188	53.39%
Vrouwen	0.147	0.03-0.265	371	46.61%
Totaal	0.202	0.061-0.343	559	100%

11.2.3.2 Geslacht en klassieke ziekenhuisopnames

Op het vlak van klassieke ziekenhuisopnames maken mannen opnieuw meer gebruik van deze zorgvoorziening dan vrouwen. Mannen worden gemiddeld 0.348 keer per jaar opgenomen in het ziekenhuis voor minstens één nacht, hoewel dit bij vrouwen slechts 0.253 keer is. Wanneer deze gemiddeldes gelinkt worden aan de absolute aantallen 80-plussers in de Vlaamse bevolking, blijkt dat 42.69% van alle consultaties naar mannen gaan en 57.31% naar vrouwen.

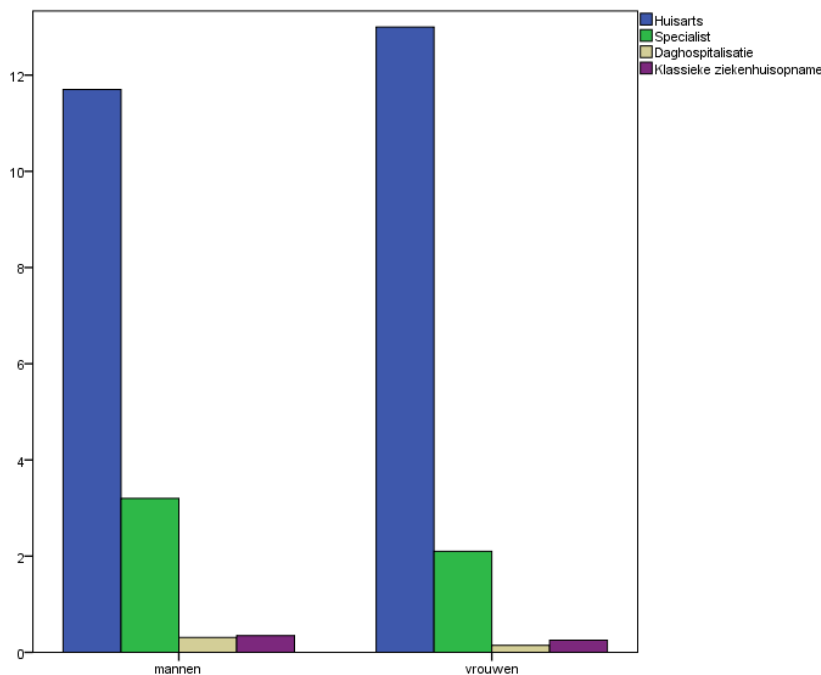
Tabel 11: Gemiddelde aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar geslacht, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N	Percentages
Mannen	0.348	0.188-0.507	188	42.69%
Vrouwen	0.253	0.179-0.328	369	57.31%
Totaal	0.285	0.215-0.355	557	100%

11.2.4 Overzicht geslacht en gezondheidszorggebruik

In de staafdiagram die hieronder wordt weergegeven, is een merkwaardig verschijnsel zichtbaar. Hoogbejaarde vrouwen maken meer gebruik van contacten met de huisarts, maar mannen maken meer gebruik van de drie andere gezondheidsvoorzieningen. De hypothese dat vrouwen meer gebruik maken van medische voorzieningen, is dus enkel van toepassing op contacten met de huisarts en niet voor andere medische zorgen.

Figuur 7: Overzicht geslacht en gezondheidszorggebruik



11.3 Inkomen

Statistics Belgium stelt geen gegevens beschikbaar over de combinatie leeftijd en volgende vier variabelen: inkomen, urbanisatiegraad, huishoudsamenstelling en educatieniveau. Bijgevolg is in de onderstaande tabellen de kolom 'percentages' weggelaten.

11.3.1 Inkomen en contacten met de huisarts

In onderstaande tabel wordt de relatie tussen inkomen en contacten met de huisarts bekeken. Het is belangrijk hierbij te vermelden dat een kleine N minder betrouwbaar is. Dit is vooral van toepassing op de categorie > €2500, aangezien slechts 9 mensen hier onderverdeeld zijn. De reden waarom zo weinig mensen in deze categorie opgenomen zijn, is omdat het wettelijk maximum pensioen voor een gezinshoofd in 2008 beperkt was tot € 2212.24 en het alleenstaandenpensioen €1769.79. Veel hoogbejaarden zitten zelfs niet aan dit bedrag, aangezien deze som gebaseerd is op de meest gunstige berekening van een volledige loopbaan zonder onderbreking voor iemand die steeds boven het loonplafond zat. Het zelfstandigenpensioen ligt nog lager dan dit bedrag (RVP, 2014). Het is ook daarom dat het betrouwbaarheidsinterval van 95% zeer breed is voor deze categorie. We kunnen wel zeggen dat de categorieën €750-€1000 en €1000-€1500 beduidend meer gebruik maken van contacten met de huisarts dan de categorie €1500-€2500. De lagere categorieën behalen respectievelijk 13.7 en 12.5, hoewel de categorie €1500-€2500 een lagere score behaalt met 8.6.

Tabel 12: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar inkomen, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
< € 750	12.1	7.3-16.9	37
€ 750- 1000	13.7	10.9-16.6	144
€ 1000- 1500	12.5	11.0-14.1	173
€ 1500-2500	8.6	6.6-10.6	64
> €2500	8.4	0.0-20.0	9
Totaal	12.6	10.9-13.4	427

11.3.2 Inkomen en consultaties bij de specialist

Wanneer gekeken wordt naar de relatie tussen consultaties bij de specialist en inkomen, is het de categorie €1000-€1500 die beduidend meer gebruik maken van raadplegingen bij de specialist. Gemiddeld gaan zij 3.4 keer per jaar op raadpleging bij de specialist. Volgens deze tabel gaat iemand die een hoger inkomen heeft dan €2500 gemiddeld nul keer per jaar naar de specialist. Dit mag

uiteraard niet op deze manier geïnterpreteerd worden, ook al wijst het betrouwbaarheidsinterval hierop, aangezien de N te klein is om te veralgemenen naar de populatie. Wanneer gekeken wordt naar de groepen die een grote N hebben (€750-€1000 en €1000-€1500) zien we dat wie een hoger inkomen heeft, meer gebruik maakt van consultaties bij de specialist.

Tabel 13: Gemiddeld aantal consultaties bij de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar inkomen, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
< € 750	2.5	0.0-5.1	38
€ 750- 1000	1.4	0.4-2.3	141
€ 1000- 1500	3.4	0.4-6.4	170
€ 1500-2500	2.2	0.7-3.8	62
> €2500	0.0	0.0-0.0	8
Totaal	2.5	1.1-3.7	419

11.3.3 Inkomen en hospitalisatie

11.3.3.1 Inkomen en daghospitalisatie

Voor inkomen en daghospitalisatie is het tevens moeilijk om duidelijke uitspraken te doen, aangezien de N in sommige categorieën te klein is. Er kan wel gezegd worden dat iemand die in de categorie €1000-€1500 zit, 3.5 keer meer gebruik maakt van daghospitalisaties dan iemand die één looncategorie lager zit, respectievelijk 0.25 en 0.07. Wie een inkomen heeft tussen de € 1500 en € 2500 behaalt een nog hogere score met 0.302.

Tabel 14: Gemiddeld aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar inkomen, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
< € 750	0.089	0.0-0.247	38
€ 750- 1000	0.07	0.013-0.126	146
€ 1000- 1500	0.25	0.01-0.49	173
€ 1500-2500	0.302	0.0-0.814	64
> €2500	0	0.0-0.0	9
Totaal	0.202	0.061-0.343	430

11.3.3.2 Inkomen en klassieke ziekenhuisopname

Wanneer de relatie tussen inkomen en klassieke ziekenhuisopname bekeken wordt, blijkt dat de categorie €1000 - €1500 het meest gebruik maakt van deze zorg, namelijk 0.327 keer. De andere looncategorieën scoren lager.

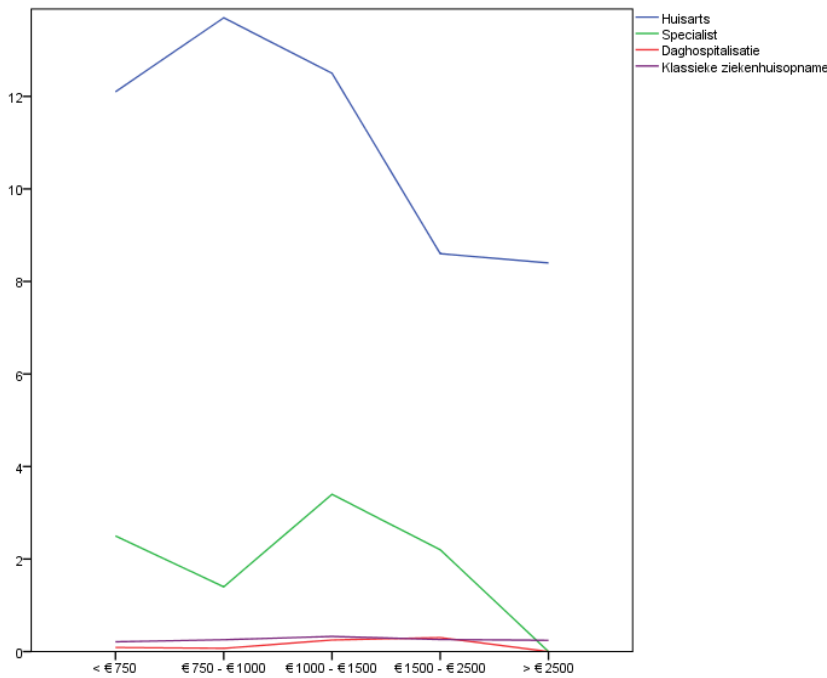
Tabel 15: Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar inkomen, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
< € 750	0.211	0.0-0.433	37
€ 750- 1000	0.256	0.155-0.356	145
€ 1000- 1500	0.327	0.21-0.444	171
€ 1500-2500	0.26	0.086-0.435	63
> €2500	0.243	0.0-0.856	9
Totaal	0.279	0.213-0.346	425

11.3.4 Overzicht inkomen en gezondheidszorggebruik

Het is belangrijk te vermelden dat er geen eenduidige uitspraken mogelijk zijn over de combinatie inkomen en gezondheidszorggebruik, aangezien voor sommige categorieën de N te klein is om een representatief beeld te geven. Respondenten bezien het inkomen als een taboevraag, hetgeen een grotere non-respons oplevert en er bijgevolg minder personen opgedeeld zijn in deze categorieën (Te Riele, 2002). Toch wordt hier een overzicht gegeven van inkomen en gezondheidszorggebruik, voor de volledigheid van het onderzoek. Over de vier soorten zorg heen bekeken maken de categorieën €750-€1000 en €1000-€1500 het meeste gebruik van medische voorzieningen. De laagste looncategorie maakt het minste gebruik van hospitalisatie. Op onderstaande figuur lijkt het of een hoogbejaarde die een inkomen heeft van meer dan €2500, weinig gebruik maakt van medische zorgen, maar dit is moeilijker interpreteerbaar, aangezien gewerkt werd met een zeer kleine N. Wanneer naar de twee categorieën gekeken wordt waar de N groot genoeg is om uitspraken te doen, kan gezegd worden dat in drie van de vier gevallen iemand die €1000-€1500 verdient, meer gebruik maakt van gezondheidszorg dan een hoogbejaarde die één categorie lager zit. Enkel voor huisartsen geldt het omgekeerde.

Figuur 8: Overzicht inkomen en gezondheidszorggebruik



11.4 Urbanisatiegraad

11.4.1 Urbanisatiegraad en contacten met de huisarts

Wanneer de combinatie tussen urbanisatiegraad en contacten met de huisarts bekeken wordt, blijkt hier een evolutie merkbaar. Hoe landelijker men woont, hoe meer men gebruik maakt van deze zorg. Hoogbejaarden die in een stedelijke regio wonen maken gemiddeld 11.6 keer gebruik van contacten met de huisarts, mensen in een sub-stedelijke regio maken 12.6 keer gebruik van deze zorg. Wie woonachtig is in een landelijke regio scoort het hoogst met 13.8 keer per jaar.

Tabel 16: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar urbanisatiegraad, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Stedelijke regio	11.6	10.0-13.2	211
Sub-stedelijke regio	12.6	10.5-14.7	175
Landelijke regio	13.8	11.3-16.3	174
Totaal	12.6	11.4-13.7	560

11.4.2 Urbanisatiegraad en consultaties bij de specialist

Voor de combinatie urbanisatiegraad en consultaties bij de specialist is er dan weer een omgekeerd verband merkbaar. Hoe stedelijker men woont, hoe meer men gebruik maakt van raadplegingen bij de specialist. In een stedelijke regio komt dit op 2.8 consultaties per jaar, in een sub-stedelijke regio zijn dit 2.4 bezoeken en mensen die in een landelijke regio wonen, maken per jaar 2.1 keer gebruik van deze zorg.

Tabel 17: Gemiddeld aantal consultaties met de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar urbanisatiegraad, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Stedelijke regio	2.8	0.3-5.4	203
Sub-stedelijke regio	2.4	1.1-3.8	170
Landelijke regio	2.1	1.3-2.9	172
Totaal	2.5	1.4-3.6	545

11.4.3 Urbanisatiegraad en hospitalisatie

11.4.3.1 Urbanisatiegraad en daghospitalisatie

In onderstaande tabel is zichtbaar dat mensen die woonachtig zijn in een stedelijke regio, beduidend minder gebruik maken van daghospitalisaties (0.101). Hoogbejaarden die wonen in een sub-stedelijke regio maken het meest gebruik van deze zorg, namelijk 0.29 per jaar. 80-plussers die woonachtig zijn in een landelijke regio hebben 0.247 keer per jaar een daghospitalisatie.

Tabel 18: Gemiddeld aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar urbanisatiegraad, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Stedelijke regio	0.101	0.034-0.167	211
Sub-stedelijke regio	0.29	0.0-0.629	175

Landelijke regio	0.247	0.0-0.555	173
Totaal	0.202	0.061-0.343	559

11.4.3.2 Urbanisatiegraad en klassieke ziekenhuisopname

Hier geldt opnieuw de trend, hoe landelijker men woont, hoe meer gebruik men maakt van klassieke ziekenhuisopnames. In een stedelijke regio maakt men 0.221 keer per jaar gebruik van residentiële ziekenhuisopname, in sub-stedelijke regio's is dit reeds 0.311 keer per jaar. Hoogbejaarden die woonachtig zijn in een landelijke regio maken het meest gebruik van deze zorg, namelijk 0.343 keer per jaar.

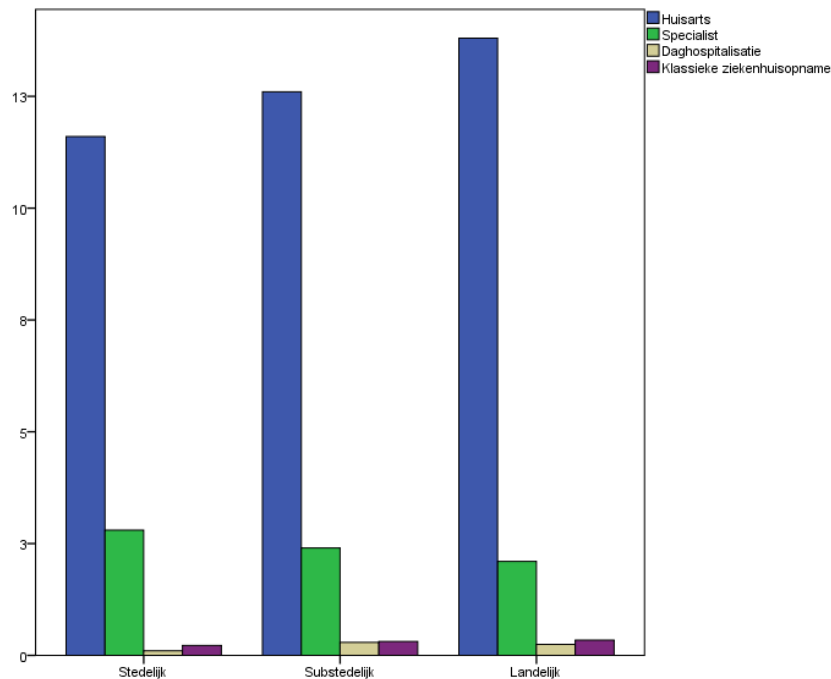
Tabel 19: Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar urbanisatiegraad, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Stedelijke regio	0.221	0.129-0.314	212
Sub-stedelijke regio	0.311	0.147-0.476	174
Landelijke regio	0.343	0.228-0.458	171
Totaal	0.285	0.215-0.355	557

11.4.4 Overzicht urbanisatiegraad en gezondheidszorggebruik

Wanneer gekeken wordt naar de vier vormen van gezondheidszorggebruik, dan maken hoogbejaarden die in landelijke regio's wonen gemiddeld meer gebruik van deze diensten. Vooral contacten met de huisarts zijn frequenter bij hoogbejaarden uit gebieden met een andere urbanisatiegraad. Voor deze variabele geldt: hoe landelijker een hoogbejaarde woont, hoe meer hij of zij gebruik maakt van contacten met de huisarts. Ze maken tevens het meeste gebruik van klassieke ziekenhuisopnames. Voor daghospitalisaties scoren hoogbejaarden die in sub-stedelijk gebied wonen het hoogst, maar komen individuen in landelijke gebied hier op de tweede plaats. Op het vlak van raadplegingen bij de specialist scoren ze het laagst en is er juist een omgekeerde trend zichtbaar: hoe stedelijker, hoe meer gebruik van specialisten. Het is dus niet mogelijk om een eenduidig verband voor urbanisatiegraad en gezondheidszorggebruik op te stellen.

Figuur 9: Overzicht urbanisatiegraad en gezondheidszorggebruik



11.5 Huishoudsamenstelling

11.5.1 Huishoudsamenstelling en contacten met de huisarts

Het is belangrijk om op te merken dat er in onderstaande tabel opnieuw sprake is van een kleine N bij sommige categorieën. Het interpreteren van de resultaten van eenoudergezin, koppel met kinderen of andere of onbekend, moet dus voorzichtig gebeuren. De reden waarom zo weinig mensen onderverdeeld zijn in deze categorieën, is omdat bij de meeste hoogbejaarden de kinderen reeds zelfstandig wonen. Wel kan gezegd worden dat een alleenstaande hoogbejaarde meer gebruik maakt van contacten met de huisarts, dan een individu die een hoogbejaard koppel vormt zonder kinderen in hun huishouden. Een alleenstaande hoogbejaarde maakt 13.1 keer per jaar gebruik van de huisarts, een persoon die een relatie heeft zonder kinderen doet dit 11.9.

Tabel 20: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar huishoudsamenstelling, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Alleenstaand	13.1	11.6-14.6	347
Eenoudergezin	17.4	10.9-23.9	20
Koppel zonder kinderen	11.9	9.8-14.0	149
Koppel met kinderen	3.0	0.0-29.8	5

Andere of onbekend	11.4	7.3-15.4	39
Totaal	12.6	11.2-13.7	560

11.5.2 Huishoudsamenstelling en consultaties bij de specialist

Uit onderstaande tabel blijkt dat een alleenstaande hoogbejaarde 1.8 keer per jaar gebruik maakt van een specialist. Bij een hoogbejaarde die een koppel vormt zonder kinderen ligt dit bijna dubbel zo hoog, met 3.5 keer per jaar. Bij een eenoudergezin bedraagt dit 1.8 en voor iemand die een koppel vormt met kinderen is dit 0. Wel belangrijk om hierbij te vermelden dat dit slechts over vijf 80-plussers gaat.

Tabel 21: Gemiddeld aantal consultaties met de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar huishoudsamenstelling, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Alleenstaand	1.8	1.1-2.5	333
Eenoudergezin	1.8	0.1-3.4	19
Koppel zonder kinderen	3.5	0.9-6.1	151
Koppel met kinderen	0.0	0.0-0.0	5
Andere of onbekend	2.3	0.0-6.3	37
Totaal	2.5	1.4-3.6	545

11.5.3 Huishoudsamenstelling en hospitalisatie

11.5.3.1 Huishoudsamenstelling en daghospitalisatie

Een hoogbejaarde die een relatie heeft zonder kinderen maakt meer gebruik van daghospitalisaties dan een alleenstaande 80-plusser. Hun gemiddeldes bedragen respectievelijk 0.25 en 0.183. Een eenoudergezin en een hoogbejaarde die in een relatie zit met kinderen maakt minder gebruik van daghospitalisaties.

Tabel 22: Gemiddeld aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar huishoudsamenstelling, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Alleenstaand	0.183	0.004-0.362	342
Eenoudergezin	0.055	0.0-0.176	20
Koppel zonder kinderen	0.25	0.0-0.519	152
Koppel met kinderen	0.046	0.018-0.075	5
Andere of onbekend	0.134	0.0-0.346	40
Totaal	0.202	0.061-0.343	559

11.5.3.2 Huishoudsamenstelling en klassieke ziekenhuisopname

In deze tabel is tevens de trend merkbaar waarbij een hoogbejaarde die een relatie heeft zonder kinderen meer gebruik maakt van klassieke ziekenhuisopnames dan een alleenstaande 80-plusser. Respectievelijk 0.324 keer per jaar ten opzichte van 0.255 keer. Het is opmerkelijk dat het aantal klassieke ziekenhuisopnames voor een eenoudergezin veel hoger ligt dan voor andere huishoudsamenstellingen, namelijk 0.6. Wel is het betrouwbaarheidsinterval van deze categorie enorm breed en dus zijn hier eigenlijk geen uitspraken over mogelijk. Een hoogbejaarde die een relatie heeft met kinderen maakt 0 keer gebruik van de klassieke ziekenhuisopname, maar hierbij moet voorzichtig omgesprongen worden, aangezien slechts vijf hoogbejaarden in deze categorie zijn opgenomen.

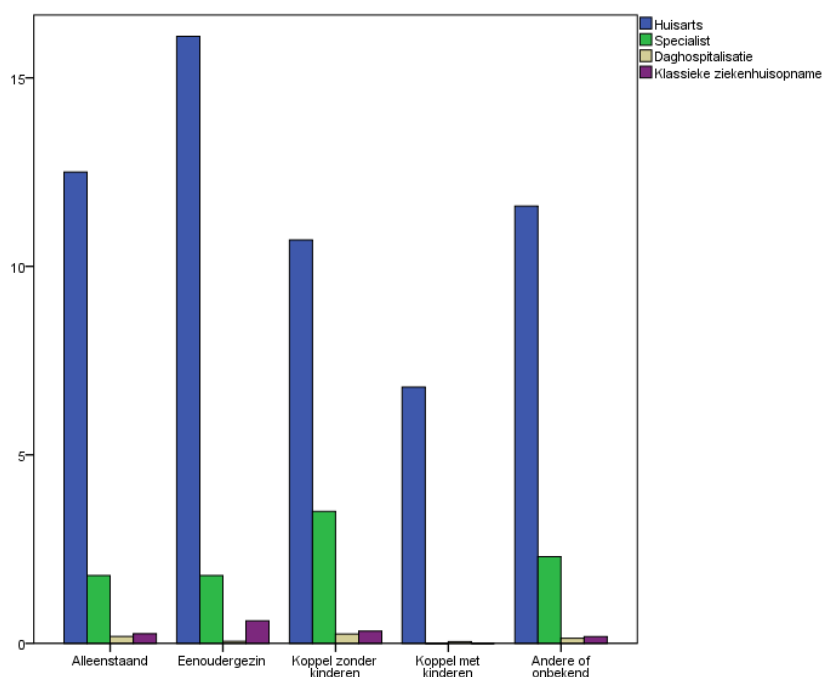
Tabel 23: Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar huishoudsamenstelling, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Alleenstaand	0.255	0.18-0.33	343
Eenoudergezin	0.60	0.016-1.18	19
Koppel zonder kinderen	0.324	0.181-0.468	150
Koppel met kinderen	0.0	0.0-0.0	5
Andere of onbekend	0.178	0.0-0.386	40
Totaal	0.285	0.215-0.355	557

11.5.4 Overzicht huishoudsamenstelling en gezondheidszorggebruik

In onderstaand overzicht is opvallend dat een hoogbejaarde die een paar vormt en kinderen heeft van alle soorten zorg minder gebruik maakt. Wel is dit de kleinste categorie, dus is het zeer moeilijk om hier eenduidige verbanden op te maken. Een eenoudergezin scoort zeer hoog op contacten met de huisarts en gebruik van klassieke ziekenhuisopnames, maar ook hier geldt dat de N te klein is om duidelijke uitspraken te doen. De N van de categorieën alleenstaande hoogbejaarden en koppel zonder kinderen zijn veel groter en dus meer voor interpretatie toegankelijk. Een alleenstaande hoogbejaarde heeft meer contacten met de huisarts dan een hoogbejaarde in een relatie zonder kinderen, maar maakt van de drie andere vormen van zorg minder gebruik. Over het algemeen bekeken maakt een hoogbejaarde die in een relatie is zonder kinderen dus het meeste gebruik van de gezondheidszorg. De hypothese hoe groter het huishouden, hoe lager de medische consumptie van een individu, is niet duidelijk aantoonbaar.

Figuur 10: Overzicht huishoudsamenstelling en gezondheidszorggebruik



11.6 Educatieniveau

11.6.1 Educatieniveau en contacten met de huisarts

In de tabel hieronder wordt de combinatie educatieniveau en contacten met de huisarts bekeken. De categorie die het meest van deze zorg gebruik maakt zijn de hoogbejaarden die geen onderwijs of basisonderwijs hebben. De 1^e graad secundair onderwijs en 2^e en 3^e graad liggen dicht bij elkaar, namelijk 10.8 en 11.4 keer per jaar. Hoogbejaarden die genoten hebben van hoger onderwijs, maken beduidend minder gebruik van contacten met de huisarts, namelijk 8.9 keer per jaar.

Tabel 24: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per persoon in de laatste 12 maanden naar educatieniveau, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Geen onderwijs of basisonderwijs	15.3	13.4-17.3	237
1 ^e graad secundair onderwijs	10.8	8.8-12.9	128
2 ^e en 3 ^e graad secundair onderwijs	11.4	8.6-14.2	92
Hoger onderwijs	8.9	6.9-10.9	68

Totaal	12.6	11.4-13.8	525
---------------	------	-----------	-----

11.6.2 Educatieniveau en consultaties bij de specialist

Wanneer het educatieniveau en de consultaties bij de specialist bekeken worden is het opmerkelijk dat de categorie die bij de huisarts het hoogste medische zorggebruik behaalde, nu het laagst scoort, namelijk 1.9. Een hoogbejaarde die een 1^e graad secundair onderwijs behaalde, gaat gemiddeld 2.1 keer naar de specialist per jaar. Eén educatieniveau hoger is dit 4.7 keer per jaar. Wie genoten heeft van hoger onderwijs maakt gemiddeld 2.3 keer per jaar gebruik van raadplegingen bij de specialist.

Tabel 25: Gemiddeld aantal consultaties met de specialist per persoon in de laatste 12 maanden naar educatieniveau, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Geen onderwijs of basisonderwijs	1.9	1.1-2.6	229
1^e graad secundair onderwijs	2.1	0.5-3.6	125
2^e en 3^e graad secundair onderwijs	4.7	0.0-9.4	92
Hoger onderwijs	2.3	0.4-4.1	67
Totaal	2.5	1.4-3.7	513

11.6.3 Educatieniveau en hospitalisatie

11.6.3.1 Educatieniveau en daghospitalisatie

Een hoogbejaarde die geen of slechts basisonderwijs gevolgd heeft, maakt beduidend minder gebruik van daghospitalisaties dan de andere categorieën, namelijk 0.088 keer per jaar. Deze categorie ligt daarmee sterk onder het gemiddelde dat 0.202 bedraagt. Een hoogbejaarde die een 1^e graad secundair onderwijs bezit, maakt gemiddeld 0.449 keer per jaar gebruik van daghospitalisatie. Het is wel belangrijk om te vermelden dat het betrouwbaarheidsinterval hier zeer breed is. Een 80-plusser die over een 2^e en 3^e graad secundair onderwijs beschikt, maakt gemiddeld 0.131 keer per jaar gebruik van daghospitalisaties. Een hoog opgeleide hoogbejaarde maakt jaarlijks 0.296 keer gebruik van deze medische zorg.

Tabel 26: Gemiddeld aantal daghospitalisaties per persoon in de laatste 12 maanden naar educatieniveau, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Geen onderwijs of basisonderwijs	0.088	0.03-0.146	234
1 ^e graad secundair onderwijs	0.449	0.0-0.97	129
2 ^e en 3 ^e graad secundair onderwijs	0.131	0.0-0.292	95
Hoger onderwijs	0.296	0.0-0.803	67
Totaal	0.202	0.065-0.36	559

11.6.3.2 *Educatieniveau en klassieke ziekenhuisopname*

De categorie 2^e en 3^e graad secundair onderwijs maakt het meeste gebruik van klassieke ziekenhuisopnames, namelijk 0.418 keer per jaar. Een hoogbejaarde die geen of een basisdiploma haalt, maakt gemiddeld per jaar 0.288 keer gebruik van deze zorg. Wie een 1^e graad secundair onderwijs heeft gebruikt iets minder zorg, namelijk 0.255. Een hoogopgeleide hoogbejaarde maakt het minste gebruik van klassieke ziekenhuisopnames met 0.118 keer per jaar.

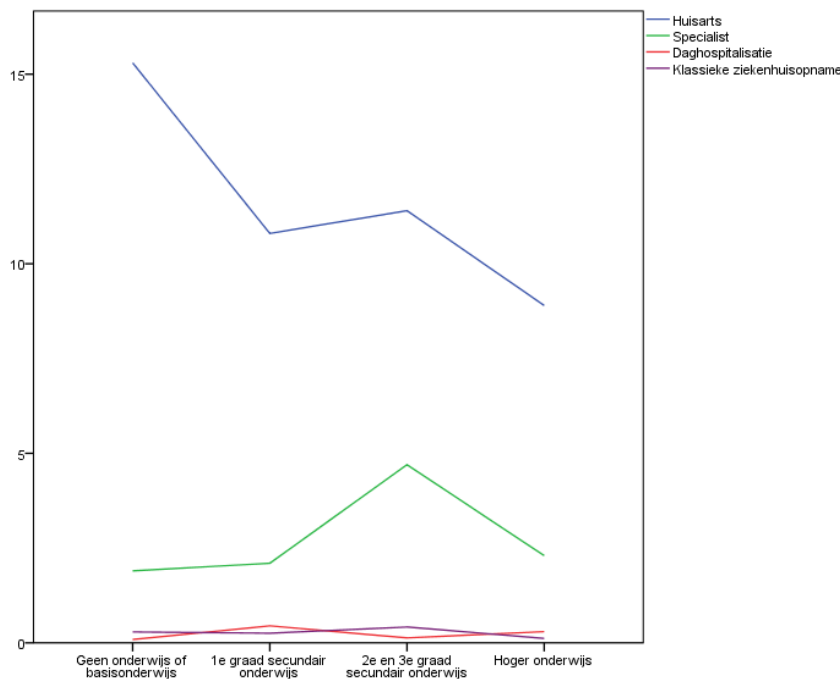
Tabel 27: Gemiddeld aantal klassieke ziekenhuisopnames per persoon in de laatste 12 maanden naar educatieniveau, 80+, 2008, Vlaanderen

	Gemiddelde	95% CI	N
Geen onderwijs of basisonderwijs	0.288	0.195-0.381	233
1 ^e graad secundair onderwijs	0.255	0.052-0.459	127
2 ^e en 3 ^e graad secundair onderwijs	0.418	0.26-0.577	94
Hoger onderwijs	0.118	0.005-0.231	68
Totaal	0.285	0.215-0.355	522

11.6.4 Overzicht educatieniveau en gezondheidszorggebruik

In onderstaande figuur is een overzicht van educatieniveau en gezondheidszorggebruik. Hierop is duidelijk zichtbaar dat een hoogbejaarde die geen of basisonderwijs genuttigd heeft, het meeste gebruik maakt van de meest laagdrempelige zorg, huisartsen. Van de raadplegingen bij de specialist en daghospitalisaties maken zij het minst gebruik. Voor klassieke ziekenhuisopnames scoren ze gemiddeld. Voor de andere educatieniveaus is het moeilijk om eenduidige verbanden op te merken. De hypothese dat hoe hoger opgeleid een individu is, hoe meer hij gebruik zal maken van medische diensten is deels waar. Voor huisartsen is dit niet van toepassing, maar voor de andere zorgdiensten maken de hogere educatieniveaus wel meer gebruik van zorg dan hoogbejaarden zonder diploma.

Figuur 11: Overzicht educatieniveau en gezondheidszorggebruik



12 Conclusie

Het actuele kader van vergrijzing en dubbele vergrijzing in Vlaanderen toont de relevantie van het onderwerp van deze masterproef aan. Om het medisch zorggebruik van hoogbejaarden te bekijken is het cruciaal om aan te tonen of 80-plussers effectief meer gebruik maken van medische zorgen dan andere leeftijdscategorieën. Als tweede belangrijke onderzoeksvraag moeten de factoren bekeken worden die bijdragen aan een bepaald niveau van medische consumptie.

In de literatuurstudie werd beschreven dat de veranderingen in demografie een grote impact hebben op verschillende maatschappelijke domeinen, waaronder het mogelijk tekort aan gezondheidsvoorzieningen. Hierbij is het belangrijk om na te gaan in welke gezondheidstoestand de laatste levensjaren worden doorgebracht. Wegens het gebrek aan onweerlegbaar bewijs voor de expansie- en compressietheorie, werd in deze masterproef, net zoals de meeste onderzoekers, gekozen voor de dynamische evenwichtstheorie. Hierbij wordt ervan uit gegaan dat het aantal jaren in slechte gezondheid constant blijft, maar er wel een stijging plaatsvindt door de vergrijzing en dubbele vergrijzing van het aantal 80-plussers. Dit heeft als gevolg dat er in de toekomst meer nood aan gezondheidsvoorzieningen zal zijn.

In deze masterproef werd gebruik gemaakt van het determinantenmodel van Andersen en Newman. Verschillende onderzoekers hebben dit model overgenomen en hiermee de grote bruikbaarheid van het model aangetoond. Het model is opgedeeld in drie grote pijlers: maatschappelijke factoren, systeem van gezondheidszorg en individuele determinanten. Vooral de derde pijler heeft een grote relevantie voor deze masterproef, aangezien Vlaanderen aanzien wordt als kleine onderzoeksregio en de verschillen op maatschappelijk vlak en het systeem van de gezondheidszorg klein zijn. Andersen en Newman diepen de individuele determinanten op in drie deelvariabelen. Persoonlijkheidskenmerken omvatten factoren van demografische aard, sociale structuur en gezondheidszorggeloof. Situationele factoren zijn gezinskenmerken en gemeenschap. De laatste factor, ziekteniveau, wordt in een eerlijke samenleving aanzien als dé beslissende factor voor het effectieve gebruik van de gezondheidszorg. Hier maken Andersen en Newman een onderscheid tussen zelfervaren ziekte en geëvalueerde ziekte.

De oorspronkelijke doelstelling van deze masterproef was om het individuele aspect van het determinantenmodel zeer diepgaand uit te werken, op basis van de originele database van de gezondheidsenquête 2008. Na ellenlange pogingen besliste de privacy commissie om deze gegevens niet aan masterstudenten te bezorgen. Het empirische gedeelte is bijgevolg gebaseerd op de interactieve procedures die online beschikbaar gemaakt werden. Het beoogde resultaat dat oorspronkelijk in gedachten was, kon niet behaald worden. Toch is er geprobeerd

om zo creatief mogelijk om te springen met het beschikbare materiaal om een zo grondig mogelijk eindresultaat te leveren.

De afhankelijke variabele in het empirische gedeelte is medisch zorggebruik. Aangezien dit concept zeer groot en uiteenlopend is, werd gebruik gemaakt van drie deelvariabelen. Een eerste variabele zijn de contacten met de huisarts, vervolgens werden de raadplegingen bij de specialist onderzocht, om af te sluiten met hospitalisatie, hetgeen zowel dagopnames als opnames met minstens één overnachting omvat.

De eerste onderzoeksvraag, hebben hoogbejaarden een hoger medisch zorggebruik dan andere leeftijdscategorieën, is duidelijk aantoonbaar in het empirische gedeelte. Zowel voor contacten met de huisarts, specialist en ziekenhuis blijkt dat hoe ouder men wordt, hoe meer men gebruik maakt van deze diensten. Vooral van contacten met de huisarts maken hoogbejaarden opvallend meer gebruik. Er kan dus geconcludeerd worden dat hoogbejaarden een hoger medisch zorggebruik dan andere leeftijdscategorieën hebben. Dit resultaat impliceert dat de vergrijzing en dubbele vergrijzing ervoor zorgen dat er meer nood is aan gezondheidsvoorzieningen, aangezien zij de leeftijdscategorie zijn die het sterkst toeneemt én de hoogste medische consumptie heeft.

Wanneer er een volgorde wordt bepaald van de verklarende kracht van de determinanten, dan heeft leeftijd de grootste impact op de medische consumptie van een individu. Voor de andere variabelen is het moeilijker om een eenduidig verband op te stellen. In sommige gevallen is de N te klein, waardoor voorzichtig moet omgegaan worden met interpretaties. Voor de volgende variabelen wordt daarom gekeken naar de verschillende soorten van medische consumptie, omdat hier wel duidelijke verbanden zichtbaar zijn.

Een volgende belangrijke variabele die een invloed uitoefent op medisch gezondheidszorggebruik is 'geslacht'. Vrouwen maken beduidend meer gebruik van huisartsen dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. Daar tegenover staat dat hoogbejaarde mannen wel meer gebruik maken van de andere soorten medische zorg. Aangezien er veel meer hoogbejaarde vrouwen dan mannen in de Vlaamse bevolking zijn, houdt dit in dat er zeer veel gebruik wordt gemaakt van contacten met de huisarts door hoogbejaarden. Aangezien de vergrijzing en dubbele vergrijzing in de Vlaamse bevolking zich enkel zal verder zetten, is het mogelijk dat er een nijpend tekort aan huisartsen ontstaat, wegens de grote medische consumptie van hoogbejaarde vrouwen op dit aspect.

De volgende variabele die effect uitoefent op het medisch zorggebruik van hoogbejaarden in Vlaanderen is educatieniveau. Een laaggeschoolde hoogbejaarde maakt meer gebruik van de huisarts dan zijn hogeropgeleide leeftijdsgenoten. Deze laatsten maken dan weer meer gebruik van de andere soorten medische zorg. Hieruit kan opgemaakt worden dat een hoogbejaarde

zonder diploma gebruik maakt van de meest laagdrempelige medische zorg, maar minder gebruik maakt van het systeem van doorverwijzingen.

Een volgende variabele die een invloed heeft op de medische consumptie is inkomen. Wegens gebrek aan een betrouwbare N kan niet over alle categorieën een uitspraak gedaan worden, maar de hoogbejaarden met een inkomen tussen €1000 en €1500 zijn talrijk genoeg om te interpreteren. Opnieuw blijkt er een onderscheid tussen contacten met de huisarts en de andere soorten medische zorg. Wie een inkomen heeft tussen €1000 en €1500 maakt meer gebruik van specialisten en hospitalisatie dan andere inkomenscategorieën. De twee groepen van hoogbejaarden die een lager inkomen hebben maken daarentegen wel meer gebruik van contacten met de huisarts.

De variabele huishoudsamenstelling moet voorzichtig worden behandeld, aangezien deze bestaat uit categorieën met een kleine N. Om toch uitspraken te kunnen doen, worden hier de categorieën alleenstaand en koppel zonder kinderen bekeken, omdat deze betrouwbaar zijn. Hier is opnieuw een onderscheid op te merken tussen contacten met de huisarts en de twee andere soorten medische zorg. Een alleenstaande hoogbejaarde maakt meer gebruik van contacten met de huisarts, maar maakt minder gebruik van specialisten en hospitalisatie dan een hoogbejaarde die een relatie heeft zonder kinderen.

Voor de variabele urbanisatiegraad is het moeilijker om een verband op te stellen met medische consumptie. Er kan besloten worden dat hoogbejaarden die in een landelijke regio wonen, gemiddeld meer gebruik maken van medische zorgen dan hun leeftijdsgenoten uit andere regio's, maar daarbuiten is er geen verband zichtbaar wanneer gekeken wordt naar de deelvariabelen van medische consumptie. Deze variabele heeft dus een zeer klein verklarend karakter.

Er kan geconcludeerd worden dat bepaalde groepen opvallend meer gebruik maken van huisartsen en minder van specialisten en hospitalisatie. Ze vinden hun weg naar de laagdrempelige zorg, maar stromen om een onbekende reden niet door naar de verdere medische zorg. Deze meer kwetsbare groepen van hoogbejaarden zijn vrouwen, laaggeschoolden, personen met een laag inkomen en alleenstaanden.

Op de demografische kenmerken, leeftijd en geslacht, kan het beleid geen verandering teweeg brengen. Wijzigingen in onderwijsstructuren hebben tevens geen grote veranderlijkheidsfactor, aangezien deze op korte termijn niet haalbaar zijn. Veranderingen in de sociale structuur aanbrengen op het vlak van huishoudsamenstelling wordt tevens gezien als laag veranderlijk. Het beleid kan wel verandering brengen door personen met een laag inkomen beter te ondersteunen. Of deze ondersteuning bestaat uit financiële middelen of het voorzien van een betere knowhow van medische zorg, moet verder onderzoek uitwijzen.

13 Bibliografie

- Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (2010). *Levensverwachting*, geraadpleegd op 2 september 2014 uit www.vlaamse-ouderenraad.be/info60+/artikel.php?pub_id=2640
- Andersen, R. (1995). *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?* *Journal of Health and Social Behavior*, 36, p. 1-10.
- Andersen, R. & Newman, J. (1973). *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*, *the Milbank Quarterly*, p. 1-24.
- Babitsch, B., Gohl, D. & von Lengerke, T. (2012). *Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011*, *Psycho Social Medicine*, 9.
- Bass, D. & Noelker, L. (1987). *The Influence of Family Caregivers on Elders' Use of In-Home Services: An Expanded Conceptual Framework*, *Journal of Health and Social Behavior*, 28, p. 184-196.
- Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (2014). *Dubbele vergrijzing*, geraadpleegd op 20 augustus 2014 uit <http://www.btsq.nl/infobulletin/dubbele%20vergrijzing.html>
- Cantillon, B., Van den Bosch, K., Lefebure, S. (2007). *Ouderen in Vlaanderen 1975-2005: Een terugblik in de toekomst*. Leuven, Acco, p. 43-59.
- Crimmins, E. & Beltrán-Sánchez, H. (2011). *Mortality and Morbidity trends : Is there compression of morbidity ?* *Psychological Sciences and Social Sciences*, 1, p. 75-86. doi: 10.1093/geronb/gbq088
- De Bock, L. (2010). Persmededeling: Generatie Nu: Het ouderenbeleidsplan van de Vlaamse regering, p.2-3.
- Doblhammer, G. & Kytir, J. (2001). *Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998*, *Social Science and Medicine*, 52, p. 385-391.
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2014). *Wat is de vergrijzing van de bevolking?: inleiding*, geraadpleegd op 20 augustus 2014 uit https://www.socialsecurity.be/CMS/nl/about/displayThema/about/ABOUT_5/ABOUT_5_1/ABOUT_5_1.xml
- Fries, J. (1983). *The Compression of Morbidity*. Stanford University School of Medicine, p. 397-416.
- Geerlings, S. & Deeg, D. (2004). *Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken*. Van Gorcum, p. 171-174.
- Gijssen, R. (2014). *Zorggebruik: nadere uitwerking*, geraadpleegd op 14 augustus 2014 uit <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/huidig-zorggebruik-nadere-uitwerking/>

- Gregg, A. (1941). *The Furtherance of Medical Research*. New Haven: Yale University Press.
- Gruenberg, E. (1976). *The Failures of Success*, the Milbank Quarterly, 83(4), p.779-800.
- Hoeck, S., François, G., Van der Heyden, J., Geerts, J., & Van Hal, G. (2011). *Healthcare utilisation among the Belgian elderly in relation to their socio-economic status*, Health policy, 99, p.174-182.
- Howse, K. (2006). *Increasing life expectancy and the compression of morbidity : a critical review of the debate*, Oxford institute of aging, p. 2-19.
- Lambrix, Y. (2012). Tekort aan opvangplaatsen voor ouderen nooit zo groot. *Het Belang van Limburg*, p.6.
- Manton, K. (1982). *Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population*, the Milbank Memorial Fund quarterly, 60(2), p. 183-244.
- Moore, W. (1969). *Social Structure and Behavior*, The Handbook of Social Psychology, 4, p. 283-322.
- Myncke, R. & Vandekerckhove, B. (2007). *Toekomstige ruimtebehoefte voor ouderen in Vlaanderen*, p. 11-13.
- Pelfrene, E. (2009). *De nieuwe bevolkingsvooruitzichten 2007-2060*, Studiedienst van de Vlaamse Regering, p. 4.
- Rebhan, D. (2008). *Health Care Utilization : Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior*, Case Western Reserve University, p. 1-19.
- Rijksdienst voor Pensioenen (2014). *Het maximumpensioen per maand, geraadpleegd op 1 november 2014 uit*
<http://www.onprvp.fgov.be/nl/profes/calculation/amount/paginas/default.aspx>
- Rodwin, V. (1988). *Inequalities in Private and Public Health Systems. The United States, France, Canada and Britain*, Ethnicity and Health, University of Wisconsin.
- Solon, J., Feeney, J., Jones, S., Rigg, R., & Sheps, C. (1967). *Delineating Episodes of Medical Care*, American Journal of Public Health, 57 (March), p. 401-408.
- Statistics Belgium (2013). *Structuur van de bevolking volgens leeftijd en geslacht: Vlaanderen*, geraadpleegd op 20 augustus 2014 uit
<http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/vlaanderen/>

- Te Riele, S. (2002). *Vertekening door non-respons, hoe nauwkeurig zijn de uitkomsten van persoonsenquêtes?*, Sociaal economische maandstatistiek 2002/4, p. 20-25.
- True, W., Romeis, J., Heath, A., Flick, L., Eisen, S., Goldberg, J. & Lyons, M. (1997). *Genetic and environmental contributions to healthcare need and utilization: a twin analysis*, Health Services Research, 32 (1), p. 37-53.
- Vlaamse Overheid (2009). *Algemene omgevingsanalyse voor Vlaanderen*, p. 25-26.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2008). *Gezondheidsenquête door interview 2008 – Rapporten*, geraadpleegd op 10 september 2014 uit <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epinl/crospnl/hisnl/table08.htm>
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2008). *Interactieve analyses gezondheidsenquête 2008*, geraadpleegd op 5 september 2014 uit <https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>

