



Het sociaal netwerk en het gebruik van zorg door ouderen (55+) in Limburg

Onderzoek onder ouderen naar de relatie tussen het sociaal netwerk en het gebruik van formele zorg en mantelzorg

Inleiding

De relatie tussen het sociaal netwerk en zorggebruik

Het landelijke beleid op het gebied van gezondheid en zorg is erop gericht dat mensen met een ziekte of beperking eerst hun eigen kracht aanspreken en proberen voor zichzelf te zorgen. Wie toch hulp nodig heeft, zal een beroep moeten doen op zijn sociale netwerk voordat hulp van professionele zorgverleners of de overheid in beeld komt. Voor Zuid-Limburg valt op dat de inwoners een veel groter beroep doen op formele zorg dan gemiddeld in Nederland, voor Noord-Limburg is deze tendens minder sterk aanwezig.

Verondersteld wordt dat het gebruik van formele zorg door ouderen beperkt kan worden in geval van een groot en sterk sociaal netwerk. Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen het sociaal netwerk en het gebruik van formele en informele zorg is daarom dit aanvullende onderzoek uitgevoerd.

Vraagstelling

Centrale vraagstelling

In welke mate is het sociaal netwerk van invloed op het gebruik van formele zorg en mantelzorg bij ouderen in de provincie Limburg?

Deelvragen

1. Hoe vaak komen de verschillende netwerken voor?
2. -Wat is de relevantie van het sociaal netwerk bij het gebruik van formele zorg en mantelzorg?
-Hoe is het sociaal netwerk gerelateerd aan het gebruik van formele zorg?
-Hoe is het sociaal netwerk gerelateerd aan het krijgen van mantelzorg?
3. In welke mate kan het sociaal netwerk bijdragen aan het verminderen van het gebruik van formele zorg en wat zijn hiervan de consequenties?

Methode

De 55+-monitor

De doelgroep van deze studie betreft inwoners van de 33 Limburgse gemeenten vanaf 55 jaar die zelfstandig wonen. Het onderzoek heeft plaats gevonden in het kader van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid uit 2012. Deze monitor bestaat uit een landelijke vragenlijst die door de Limburgse

GGD'en is uitgebreid met onder meer thema's over het gebruik van formele zorg, mantelzorg en zelfredzaamheid.

Het sociaal netwerk is gemeten met een standaardvraagstelling en ingedeeld in vijf typen: van een groot netwerk dat sterk geworteld is in de naaste omgeving tot een klein netwerk met weinig contacten¹.

Tabel 1. Definitie van het type sociaal netwerk

Lokaal geïntegreerd	Intensieve contacten met familie, vrienden en buren in de naaste omgeving: Ouderen met dit type netwerk hebben goede contacten met de gemeenschap, sociale verbanden en onderlinge hulp zijn sterk. Veel vrienden zijn ook buren, meestal gebaseerd op een langdurig verblijf in dezelfde woonomgeving.
Familie-afhankelijk	Nauwe familiebanden (meestal met een dochter) met dichtbij wonende verwanten, beperkt contact met buren en vrienden.
Lokaal gereserveerd	Onregelmatige contacten met minstens één familielid en nauwe relaties met buren. Ouderen in deze groep participeren meestal niet in gemeenschapsactiviteiten. Bij deze netwerken gaat het vaak om mensen die alleenstaand zijn, in een eenpersoons-huishouden zonder kinderen of broers en zussen.
Gericht op bredere samenleving	Beperkt contact met verre familie, nadruk op contacten met vrienden en minder met buren.
Privacy-gericht	Geen familie en vrienden in de naaste omgeving, beperkt contact met buren, weinig contacten in de lokale gemeenschap.

Bij mantelzorg gaat het om zorg die men krijgt van een bekende, zoals familie, buren of vrienden. Hierbij gaat het om (onbetaalde) zorg voor iemand die langdurig ziek is, een beperking of handicap heeft en daarbij hulpbehoevend is. Over zorgvrijwilligers is in dit onderzoek geen informatie beschikbaar.



Formele zorg is in dit onderzoek professionele zorg van de huisarts, de medisch specialist, paramedische zorg (zoals van een diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist), maatschappelijk werk/geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg.

Analyse

De analyse bestaat uit twee delen: (1) Kruistabellen zijn gemaakt waarmee de samenhang wordt beschreven van het sociaal netwerk met formele zorg en mantelzorg; (2) Logistische regressie-analyses zijn uitgevoerd binnen de module Complex Samples van SPSS 21. Hiermee wordt geanalyseerd of het sociaal netwerk daadwerkelijk een effect heeft op het gebruik van formele zorg en mantelzorg: in de analyse wordt rekening gehouden met geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, inkomen, opleiding, chronische aandoeningen, geestelijke gezondheid, eenzaamheid, beperkingen in het dagelijks leven, beperkingen in huishoudelijke levensverrichtingen en beperkingen in gebruik van vervoer. Bij beperkingen in het dagelijks leven gaat het om beperkingen met betrekking tot lezen, horen en spreken, bij beperkingen in huishoudelijk functioneren gaat het om maaltijden bereiden, boodschappen doen, kleren wassen, bedden verschonen en schoonmaken.

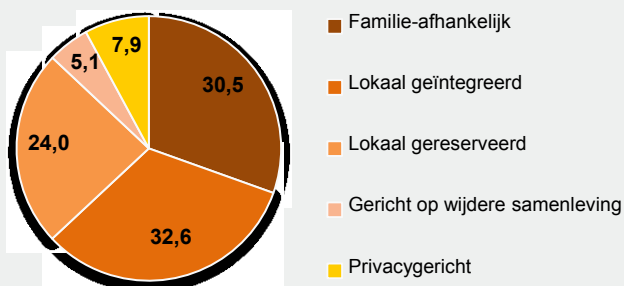
Resultaten

Hoe vaak komen verschillende sociale netwerken voor?

De mate waarin de vijf verschillende typen sociaal netwerk voorkomen verschilt sterk. Ongeveer een derde heeft een lokaal geïntegreerd sociaal netwerk, iets minder dan een derde heeft een sociaal netwerk afhankelijk van lokale familie. Ongeveer één op de 20 ouderen heeft een sociaal netwerk gericht op de bredere samenleving (zie figuur 1).

N.B. voor goed begrip van de verschillende typen is een bijlage opgenomen met de score op de diverse netwerkvragen.

Figuur 1. Het sociaal netwerk in Limburg (in %)



Gebruik van zorg en het sociaal netwerk

Tussen het type sociaal netwerk en het krijgen van mantelzorg is een duidelijk verschil (zie tabel 2). Ouderen met een privacygericht sociaal netwerk krijgen het vaakst mantelzorg, ouderen met een sociaal netwerk gericht op de bredere samenleving krijgen het minst vaak mantelzorg. Uit tabel 2 blijkt dat ouderen met verschillende sociale netwerken ongeveer even vaak naar de huisarts gaan. Daarnaast is er weinig tot geen verschil tussen verschillende typen sociaal netwerk en het gebruik van medisch specialistische zorg en met het gebruik van paramedische zorg.

Verschillen worden gevonden tussen het sociaal netwerk en steun vanuit maatschappelijk werk of de geestelijke gezondheidszorg en met het gebruik van thuiszorg. Ouderen met een privacygericht sociaal netwerk krijgen vaker steun van het maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg, ouderen met een dergelijk sociaal netwerk krijgen ook vaker thuiszorg. De steun van maatschappelijk werk en gebruik van geestelijke gezondheidszorg is het laagst bij ouderen met een lokaal geïntegreerd sociaal netwerk. Gebruik van thuiszorg is het laagst bij ouderen met een sociaal netwerk gericht op de bredere samenleving en het hoogst bij hen met een privacygericht netwerk.



Tabel 2. Het sociaal netwerk en zorggebruik bij ouderen (%)

Gewogen steekproefpopulatie N= 380.586						
Verschillende soorten zorg	Familie-afhankelijk	Lokaal geïntegreerd	Lokaal gereserveerd	Gericht op bredere samenleving	Privacygericht	Totaal
Kreeg mantelzorg de afgelopen 12 maanden	12,4	11,3	9,9	7,4	15,8	12,0*
Tenminste 1 huisartsbezoek de afgelopen 2 maanden	45,6	48,6	45,9	48,1	52,5	47,6*
Bezoekt medisch specialist in de afgelopen 12 maanden	52,5	55,0	54,3	56,0	55,9	54,3
Gebruikte paramedische zorg in de afgelopen 12 maanden	33,7	36,0	35,3	35,3	34,5	35,0
Gebruikte maatschappelijk werk of geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen 12 maanden	5,5	3,9	5,9	5,2	11,4	5,6*
Kreeg thuiszorg de afgelopen 12 maanden	9,8	10,8	10,4	7,4	16,8	11,0*

* P < .05

Mogelijke effecten van het sociaal netwerk op zorggebruik

De invloed van het sociaal netwerk is nader onderzocht met behulp van een zgn. multivariate analyse. In deze analyse van het zorggebruik wordt rekening gehouden met de mogelijke effecten van gezondheid en achtergrondkenmerken.

Mantelzorg

De gezondheid is een belangrijke directe determinant voor het krijgen van mantelzorg. Bij de achtergrondkenmerken wordt een effect gevonden van geslacht, leeftijd en opleiding. Het effect van het sociaal netwerk op het krijgen van mantelzorg is duidelijk: ouderen met een familie-afhankelijk sociaal netwerk krijgen vaker mantelzorg dan ouderen met een ander type sociaal netwerk. Ook valt op dat ouderen met een lokaal geïntegreerd netwerk vaker mantelzorg krijgen dan ouderen met een netwerk gericht op de bredere samenleving. Geen verschillen zijn gevonden in het gebruik van mantelzorg tussen ouderen met een privacygericht netwerk, een netwerk gericht op de bredere samenleving en een lokaal gereserveerd netwerk.

Huisartsenzorg

Bezoek aan de huisarts wordt grotendeels bepaald door de gezondheid. Daarnaast zijn ook leeftijd en opleiding van invloed. Het sociaal netwerk heeft geen effect op huisartsbezoek.

Medisch specialistische zorg

Behalve door gezondheid wordt het gebruik van medisch specialistische zorg ook beïnvloed door geslacht, leeftijd en het opleidingsniveau. Tussen het sociaal netwerk en het gebruik van medisch specialistische zorg is geen verband gevonden.

Paramedische zorg

Naast gezondheid zijn geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en inkomen van invloed op het zorggebruik. Het sociaal netwerk laat een effect zien op het gebruik van paramedische zorg. Ouderen met een privacygericht netwerk gebruiken deze zorg minder vaak dan ouderen met alle andere typen sociaal netwerk. Daarnaast gebruiken ouderen met een familie-afhankelijk netwerk minder paramedische zorg dan ouderen met een lokaal geïntegreerd netwerk.

Maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg

Het gebruik van deze zorg wordt behalve door gezondheid, ook beïnvloed door leeftijd en opleiding. Er is geen effect van het sociaal netwerk op het gebruik van maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg.

Thuiszorg

Gezondheid en de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd en inkomen zijn van invloed op het gebruik van thuiszorg. Het sociaal netwerk heeft ook in enige mate invloed op het gebruik van thuiszorg: ouderen met een netwerk gericht op de bredere samenleving krijgen minder vaak thuiszorg dan ouderen met een ander type netwerk.

Conclusies

Het sociaal netwerk van 55-plussers is van invloed op het zorggebruik als het gaat om mantelzorg, paramedische zorg en thuiszorg. Maar het sociaal netwerk is niet relevant als het gaat om gebruik van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg en gebruik van maatschappelijk werk of geestelijke gezondheidszorg; indien rekening wordt gehouden met de gezondheid en achtergrondkenmerken is er geen effect van het sociaal netwerk.

Vanuit het perspectief van het sociaal netwerk:

- De resultaten voor ouderen met een lokaal geïntegreerd netwerk wijzen uit dat zij meer paramedische zorg gebruiken dan gemiddeld en met name meer dan ouderen met een privacygericht sociaal netwerk. Bij dit type netwerk is er geen effect op het gebruik van thuiszorg. Ze krijgen meer mantelzorg dan alle andere typen sociaal netwerk, met uitzondering van ouderen met een familie-afhankelijk sociaal netwerk.
- Ouderen met een familie-afhankelijk sociaal netwerk hebben een gemiddeld gebruik van thuiszorg en paramedische zorg. Echter, zij krijgen meer mantelzorg dan ouderen met een ander type sociaal netwerk.
- Bij degenen met een lokaal gereserveerd sociaal netwerk is het gebruik van paramedische zorg, thuiszorg en mantelzorg gelijk aan het gemiddelde.
- Een privacygericht sociaal netwerk heeft bij ouderen geen effect op het krijgen van mantelzorg en thuiszorg. Het gebruik van paramedische zorg is echter lager dan bij ouderen met een ander type sociaal netwerk.
- Bij ouderen met een sociaal netwerk gericht op de bredere samenleving is het gebruik van paramedische zorg gemiddeld, maar het gebruik van mantelzorg en thuiszorg is minder dan bij ouderen met een ander type sociaal netwerk.

Discussie en aanbevelingen voor vervolg

Een actueel punt voor discussie is of het sociaal netwerk kan leiden tot minder gebruik van zorg, bijvoorbeeld omdat die zorg wordt verkregen in het sociaal netwerk of dat door het sociaal netwerk wordt voorkomen dat zorg nodig is: deze studie geeft daarvoor geen aanwijzingen.

Personen met een bepaald type netwerk verschillen niet in gezondheid en achtergrondkenmerken maar wel in het krijgen van mantelzorg. Wat betekent dit? Krijgen ze geen mantelzorg terwijl ze die wel nodig hebben? En lukt het dan niet om het sociaal netwerk te activeren voor deze zorgbehoefte? Heeft dat dan een negatief effect op hun kwaliteit van leven? Iets soortgelijks geldt voor paramedische zorg en thuiszorg. Deze groepen verdienen daarom meer aandacht van de wijkverpleegkundige, de huisarts en van de gemeente wat betreft de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid en de verdeling van zorg. Het roept vragen op die in de toekomst nog eens onderzocht kunnen worden.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

- _ Onderzoek of er sprake is van negatieve gevolgen op de kwaliteit van leven van ouderen met bepaalde typen sociaal netwerk.
- _ Onderzoek op welke manieren ouderen hun sociaal netwerk kunnen versterken.
- _ Onderzoek of ouderen met een bepaald type sociaal netwerk meer in het vizier van de wijkverpleegkundige moeten komen.

Colofon

Dit onderzoek is in het kader van een masterthesis uitgevoerd door Anne Wüffel, Masterstudent Healthcare Policy, Innovation and Management van de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht gedurende de periode april-juli 2014, onder begeleiding van KlaasJan Hajema (epidemioloog, GGD Zuid Limburg) en Milena Pavlova (Universiteit Maastricht).

Meer info?

Kijk op www.ggdzl.nl,
www.academischewerkplaatslimburg.nl
of schrijf naar
academischewerkplaats@ggdzl.nl

Voor vragen kunt u contact opnemen met het secretariaat afdeling Kennis en Innovatie van de GGD Zuid Limburg, telefoon: 046 - 850 55 05

Gelezen, juni 2016

Literatuur

¹Wenger, G.C. A Network Typology: From Theory to Practice. *Journal of Aging Studies*, 1991;5(2):147-162.

Bijlage 1. Scores op de netwerkvragen per type netwerk

		Netwerktipe				
		lokaal familie afhankelijk	lokaal geïntegreerd	lokaal gereserveerd	gericht op wijdere samenleving	privacy gericht
		%	%	%	%	%
Afstand kind of ander familielid dat dichtstbij woont	in hetzelfde huishouden	23,4	8,0	5,7	5,7	5,1
	< 1,5 km	62,6	28,8	14,2	10,1	8,7
	1,5 - 8 km	13,2	55,0	32,4	5,1	15,3
	9 - 24 km	0,3	7,2	31,9	1,8	3,7
	25 - 80 km	0,2	0,5	14,5	12,9	8,8
	> 80 km	0,3	0,4	1,2	62,4	39,9
	nvt, ik heb geen familieleden	0,0	0,1	0,1	2,1	18,6
Afstand dichtstbijwonende kind	in hetzelfde huishouden	21,6	7,6	2,4	1,3	3,2
	< 1,5 km	52,8	28,8	8,0	3,5	5,8
	1,5 - 8 km	19,0	48,7	20,0	3,0	10,9
	9 - 24 km	0,9	7,9	28,2	1,4	2,2
	25 - 80 km	0,7	1,0	16,6	9,3	6,0
	> 80 km	1,5	1,9	5,0	70,7	33,5
	nvt, ik heb geen kinderen	3,6	4,1	19,8	10,8	38,6
Afstand dichtstbijwonende broer of zus	in hetzelfde huishouden	0,6	0,4	0,2	0,1	0,2
	< 1,5 km	38,8	28,0	8,5	7,1	4,9
	1,5 - 8 km	33,0	34,7	34,1	9,1	6,1
	9 - 24 km	6,8	16,4	22,7	5,1	3,9
	25 - 80 km	6,9	6,6	21,2	12,9	8,0
	> 80 km	7,5	7,5	7,8	48,8	39,7
	nvt, ik heb geen broers of zusters	6,4	6,3	5,6	16,9	37,3
Contacten met kinderen of andere familieleden	dagelijks	36,5	20,4	1,0	0,5	2,6
	2 tot 3 keer per week	35,1	38,0	5,0	1,6	5,0
	ten minste wekelijks	19,6	31,0	56,3	9,1	9,9
	ten minste maandelijks	5,9	7,0	30,2	48,9	9,3
	minder vaak dan 1x per maand	2,5	3,1	6,8	37,4	48,2
	nooit	0,3	0,4	0,7	0,4	6,7
	nvt, ik heb geen familie	0,0	0,1	0,1	2,0	18,2
Contacten met vrienden of kennissen	dagelijks	10,7	19,6	8,2	12,3	9,4
	2 tot 3 keer per week	23,0	39,0	19,7	28,8	13,7
	ten minste wekelijks	31,0	37,9	39,7	50,8	20,8
	ten minste maandelijks	18,2	1,6	18,6	5,6	9,6
	minder vaak dan 1x per maand	12,1	0,9	9,8	2,1	21,3
	nooit	2,0	0,3	1,6	0,2	10,1
	nvt, ik heb geen vrienden of kennissen in deze buurt	3,0	0,7	2,4	0,2	15,1
Contacten met burens	dagelijks	9,5	21,9	7,3	7,8	8,5
	2 tot 3 keer per week	18,7	35,6	15,0	17,8	15,1
	ten minste wekelijks	21,3	34,9	48,3	45,5	13,8
	ten minste maandelijks	22,0	3,4	18,5	20,7	8,0
	minder vaak dan 1x per maand	17,8	2,6	6,7	5,6	30,9
	nooit	9,6	1,3	3,7	2,4	21,9
	nvt, ik heb geen burens	1,0	0,2	0,3	0,1	1,7
Bezoek kerkelijke bijeenkomsten	ja, regelmatig	5,9	36,2	4,7	28,3	6,6
	ja, af en toe	46,2	29,5	27,3	46,0	7,5
	nee	47,9	34,2	67,9	25,7	85,9
Bezoek groepsbijeenkomsten	ja, regelmatig	7,9	52,1	9,4	56,1	7,7
	ja, af en toe	39,3	21,7	38,9	29,3	16,4
	nee	52,8	26,2	51,7	14,6	75,9