

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**De Vlaamse Ouderen Zorg Studie:
methodologisch rapport**

Bram Vermeulen
Melanie Demaerschalk
Prof. Dr. Anja Declercq



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven

Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22

E-mail: swvg@med.kuleuven.be

Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2011/04

SWVG-Rapport 15

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport.

Promotor: Prof. Dr. Anja Declercq

Onderzoekers: Bram Vermeulen, Melanie Demaerschalk

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe, Manuela Schröder

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG

Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers, Centrum voor Preventieve Gezondheidszorg

Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht

Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde

Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg

Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen

Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Rapport 15

De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport

Bram Vermeulen, Melanie Demaerschalk, Anja Declercq

Samenvatting

Dit methodologisch rapport over de Vlaamse Ouderen Zorg Studie biedt alle achtergrondinformatie die nodig is om de SWVG-Feiten en Cijfers en andere rapporten die op basis van de VoZs-data worden geschreven, te kunnen situeren en interpreteren.

Het rapport bestaat uit drie grote delen. Deel één bevat een situering van VoZs in reeds bestaand onderzoek over de zorg voor ouderen in Vlaanderen en de onderzoeksvragen die door VoZs zullen worden beantwoord. In deel twee wordt het theoretisch kader beschreven waarop VoZs is gebaseerd evenals de variabelen die worden bevraagd en de manier waarop die variabelen in vragen voor de oudere en zijn of haar mantelzorger zijn geoperationaliseerd. In het derde en laatste deel beschrijven we de steekproef en de manier waarop die steekproef werd samengesteld.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Hoofdstuk 1 Situering van het onderzoek VoZs	9
1 (Hulpbehoevende) ouderen in Vlaanderen	9
2 Wat is kwetsbaarheid?	10
3 VoZs, een longitudinaal onderzoek naar zorgtrajecten bij kwetsbare ouderen	12
3.1 Depressie en gevoelens van onwelbevinden	12
3.2 Dementie en cognitieve problemen	12
4 Vertrekkend vanuit de thuissituatie	13
5 Aandacht voor mantelzorgers	14
6 De onderzoeksvragen	16
7 Het onderzoeksteam van VoZs	17
8 Opvolging door de overheid	17
Hoofdstuk 2 Het theoretische kader van VoZs	19
1 Het zorgmodel van Andersen	19
2 Variabelen en hun operationalisering	22
2.1 De vragenlijst voor de oudere persoon	22
2.1.1 Achtergrondkenmerken	22
2.1.2 Kinderen	23
2.1.3 Studeren en werk	23
2.1.4 Geloof en waarden	23
2.1.5 Sociaal netwerk	24
2.1.6 Relatie met de mantelzorger	24
2.1.7 Gezondheid	24
2.1.8 Zorgnood en zorggebruik	25
2.1.9 Kennis en gebruik van woonzorgcentra	26
2.1.10 Financiële situatie	26
2.1.11 Vragen voor de interviewer	26
2.2 De vragenlijst van de mantelzorger	27
2.2.1 Kwaliteit van leven van de oudere	27
2.2.2 Zorgervaringen van de mantelzorger	27
2.2.3 De werksituatie van de mantelzorger	28
2.2.4 Depressieve gevoelens mantelzorger	28

2.3	Overzicht items vragenlijsten	28
Hoofdstuk 3 De samenstelling van de steekproef		33
1	Afbakening van de regio's	33
2	Selectie van ouderen	33
2.1	Het screeningsinstrument	34
2.2	Aantal screenings	36
3	Ethische commissie	39
4	Beschrijving van het veldwerk en de respons	39
4.1	De vrijwillige interviewers	39
4.2	De bevraging	40
5	Besluit	41
Referentielijst		43

Inleiding

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is een consortium dat deskundigen uit de K.U.Leuven, UGent, VUB en de Katholieke Hogeschool Kempen verenigt. Het SWVG is opgericht om de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin met wetenschappelijk onderzoek te ondersteunen bij het voeren van een slagkrachtig, vernieuwend, efficiënt en integraal beleid rond (de problemen van) welzijn, volksgezondheid en gezin. Het steunpunt realiseert dit door een gecoördineerde en multidisciplinaire wetenschappelijke benadering die toelaat de complexiteit van de huidige welzijns-, gezondheids- en gezinsproblemen ten gronde te begrijpen, te analyseren en aan te pakken.

De Vlaamse Ouderen Zorg Studie (VoZs) wordt gerealiseerd door een kernteam van experts van de Katholieke Universiteit Leuven. Hierbij kan een beroep gedaan worden op een structureel netwerk van externe consultants werkzaam bij de andere onderzoekspartners van het SWVG. VoZs wordt bij het opzet, de uitvoering en de opvolging van het onderzoek ook ondersteund door de Centrale Steunpuntwerking.

VoZs is een beleidsgericht onderzoek naar de zorgtrajecten van kwetsbare ouderen. De studie vormt een onderdeel van het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG). De zorgsituatie van ouderen met depressieve gevoelens en/of cognitieve problemen, die thuis wonen en gebruik maken van thuiszorg zijn het voorwerp van het onderzoek. Ook het perspectief van de belangrijkste mantelzorger komt aan bod.

VoZs maakt deel uit van het SWVG-programma 'Kencijfers en monitoring – Ouderen'. De eerste doelstelling van het onderzoek is dan ook om kerncijfers te verzamelen over de gezondheid en het welzijn van deze specifieke groep van ouderen (en hun mantelzorgers) in Vlaanderen en hun evolutie gedurende meerdere jaren op te volgen. Een tweede doelstelling bestaat erin om binnen de verzamelde gegevens verschillende zorgtrajecten in kaart te brengen. De gegevens die door VoZs zijn verzameld worden daarom gekoppeld met bestaande databanken van het Intermutualistisch Agentschap om een precies beeld te krijgen van het zorggebruik¹. Hiermee sluit VoZs nauw aan bij de beleidsdoelstellingen van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin die in zijn beleidsnota 2009-2014 prioriteit wil geven aan de meest kwetsbare en zwaarst zorgbehoevenden in onze samenleving.

Met VoZs bestaat er nu ook in Vlaanderen een longitudinaal onderzoek naar de combinatie en evolutie van gezondheid, welzijn en het zorggebruik bij kwetsbare ouderen. Met het cijfermateriaal uit VoZs hoopt het SWVG de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een duidelijk en genuanceerd beeld van de uitdagingen voor het beleid te kunnen presenteren. Het cijfermateriaal kan ook als voedingsbodem dienen bij toekomstige discussies en overleg tussen de verschillende bevoegde actoren in en rond het ouderenbeleid.

¹ Op voorwaarde dat hiervoor toestemming wordt verkregen van de privacycommissie. De aanvraag is hangende.

Dit introductierapport heeft als doelstelling transparantie te verschaffen in de probleemstelling, de theoretische achtergronden en het onderzoeksopzet. In het eerste hoofdstuk wordt het onderzoek gesitueerd. Het tweede hoofdstuk geeft uitleg over het theoretisch kader van waaruit VoZs werd opgezet en biedt een overzicht van de opgenomen variabelen. Het derde hoofdstuk beschrijft de selectie van de respondenten, het veldwerk en de respons. We eindigen met een sterkte-zwakte analyse.

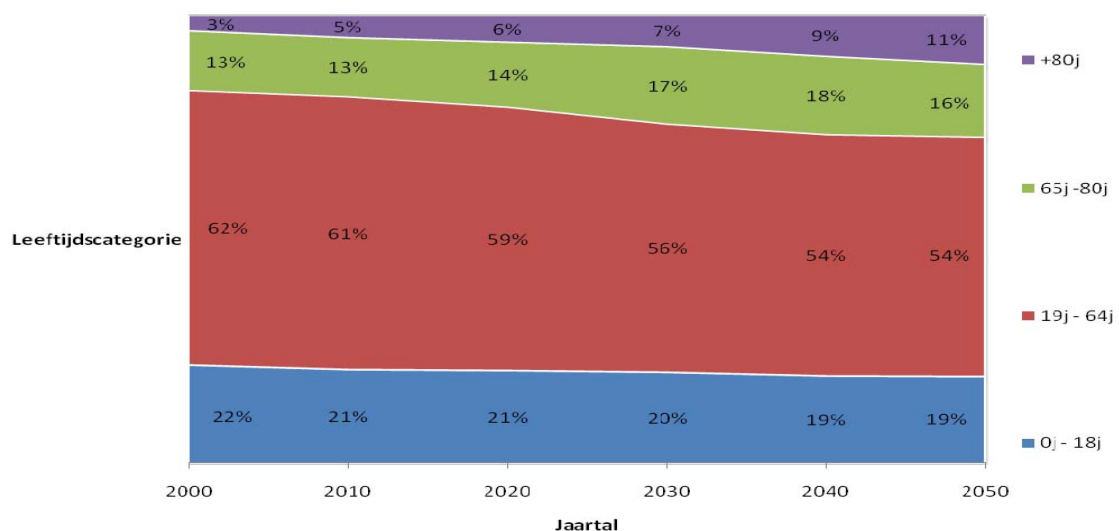
Hoofdstuk 1

Situering van het onderzoek VoZs

Dit eerste hoofdstuk heeft als doel de lezer een duidelijke achtergrond mee te geven over de ontstaansredenen van de Vlaamse Ouderen Zorg Studie. Een eerste punt omvat een overzicht van bestaand onderzoek in Vlaanderen over ouderen en situeert de doelgroep van de Vlaamse Ouderen Zorg Studie binnen dit onderzoek. De doelgroep betreft kwetsbare ouderen. Het begrip kwetsbaarheid en de afbakening ervan in VoZs komen in punt 2 en 3 aan bod. Het vierde punt geeft aan waarom VoZs ouderen in de thuissituatie bevraagt. In het vijfde punt wordt duidelijk waarom VoZs niet alleen ouderen, maar ook mantelzorgers bevraagt. Ten slotte worden de onderzoeksvragen opgelijst.

1 (Hulpbehoevende) ouderen in Vlaanderen

In 2010 is 13% van de Vlaamse bevolking tussen 65 en 80 jaar oud en 5% is ouder dan 80 jaar. Tegen 2030 loopt dit aandeel op tot respectievelijk 17% en 7%. Het segment van oudste ouderen, boven de 80 jaar, kent proportioneel de sterkste bevolkingsgroei. Zo komen er tegen 2020 in Vlaanderen 80.000 80-plussers bij. Deze veranderende demografische realiteit dwingt Vlaanderen om actief op zoek te gaan naar een aangepast beleid dat inspeelt op de bijhorende maatschappelijke veranderingen.



Figuur 1. Evolutie van de samenstelling van de bevolking in leeftijdsgroepen in het Vlaams Gewest, tussen 2000-2050 (2000 - 2007: waarnemingen, ADSEI; 2008 - 2061: Bevolkingsvooruitzichten 2007-2060, FPB-ADSEI)

Surveys bij ouderen helpen om Vlaamse beleidsmakers een breed inzicht te geven over de leefsituatie. Meten is weten, en cijfergegevens vormen bron van inspiratie bij het doorlopen van de beleidscyclus. We beschikken reeds over goede gegevens over ouderen in Vlaanderen.

Voor het LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen **LOVO** werden in de loop van 2001 en 2002 2.642 thuiswonende Vlaamse ouderen bevroegd. Publicaties op basis van dit onderzoek

(https://wvg.vlaanderen.be/applicaties/kenniscentrum/themas/ouderen/studie_id.asp?id=14) bieden een beeld van heel wat facetten van het leven en de kwaliteit van leven van de ouderen. Omwille van methodologische redenen werden ouderen met cognitieve problemen evenwel uitgesloten uit de steekproef.

Ook in het Europese **SHARE**-onderzoek worden Belgische data verzameld (www.share-project.be; www.share-project.org). De [Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe \(SHARE\)](#) is een onderzoek waarin de Europese bevolking van 50 jaar en ouder centraal staat. Vanuit verschillende vakgebieden (o.a. economie, sociologie, psychologie) worden elke twee jaar gegevens verzameld op het gebied van gezondheid (zowel geestelijk als lichamelijk), socio-economische status, sociale en familie netwerken. Het is een longitudinaal onderzoek en er gebeurden tot nu toe drie bevringsronden. Het is mogelijk om binnen de Belgische data een onderscheid te maken tussen Vlaamse en Waalse ouderen. Op het gebied van zorg gebeurden er tot nu toe vooral analyses met betrekking tot de verhouding tussen informele en formele zorg (Geerts, 2010; Geerts, 2009) en met betrekking tot de betekenis van formele zorg voor informele zorgverleners (De Koker, 2009).

Voor zover bekend is de enige Vlaamse longitudinale studie over ouderen de **Antwerp Longitudinal Study of the Elderly**, waarin drie bevringsronden werden uitgevoerd bij personen van 75 jaar en ouder in de stad Antwerpen. De studie is enigszins verouderd, aangezien de bevringsronden in 1992 (N=455), 1993 en 1995 (N=210) plaatsvonden (Geerts, 2010).

Deze drie bronnen bieden heel wat inspiratie en vergelijkingsmateriaal voor VoZs. De drie onderzoeken betreffen al dan niet representatieve steekproeven voor alle ouderen in (een deel van) Vlaanderen. Deze bestaande surveygegevens omvatten echter zowel respondenten met en zonder nood aan zorg, met of zonder kwetsbaarheid. VoZs richt zich specifiek op ouderen die kwetsbaar zijn en wel al een reële zorgnood hebben. Dit is een centraal vertrekpunt van deze studie.

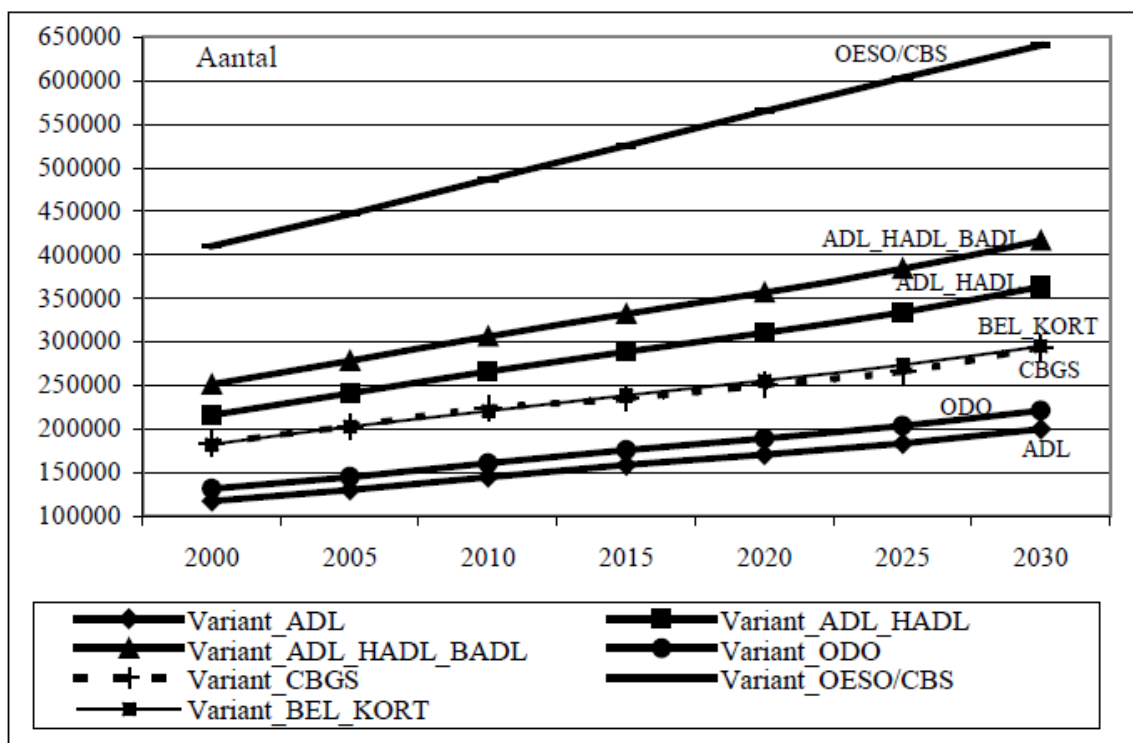
2 Wat is kwetsbaarheid?

Hulpbehoevendheid, kwetsbaarheid, frailty, vulnerability, zorgbehoevendheid... In de literatuur over ouderen en in de zorgpraktijk wordt een heel scala aan woorden gebruikt om aan te duiden dat een groep ouderen nood heeft aan hulp en zorg. Dit zorgt vaak voor verwarring. In VoZs kiezen we er voor om de term 'kwetsbaarheid' te gebruiken. We richten ons op die groep ouderen die omwille van de omstandigheden waarin ze zich bevinden en de kenmerken die ze hebben, een grotere kans hebben – en dus kwetsbaarder zijn – om een nood aan zorg en hulp te hebben.

Kwetsbaarheid of 'frailty' wordt in de literatuur op zeer veel manieren gedefinieerd en gemeten (zie onder meer Armstrong et al., 2010; Cigolle, 2009; De Lepeleire et al., 2009; Gobbens et al., 2009; Pet-Littel et al., 2009; Puts et al., 2009). Het debat rond de definitie heeft zich vooral geconcentreerd op de vraag of kwetsbaarheid enkel in

termen van biomedische aspecten moeten worden gezien, of ook in termen van psycho-sociale factoren. Tegenwoordig raakt men het er steeds beter over eens dat kwetsbaarheid multi-dimensioneel is (Grobbens et al., 2010). Dit debat weerspiegelt meteen de overgang van ziektespecifieke benaderingen naar een meer gezondheidsgebaseerde en integratieve benadering. Deze brede insteek komt ook in VoZs aan bod: niet enkel ouderen met fysieke problemen zijn kwetsbaar, maar ook zij met wellicht minder gemakkelijk te detecteren problemen zoals depressieve symptomen (psychisch onwelbevinden) of cognitieve problemen.

Op basis van de LOVO-gegevens werd ook getracht een beeld te geven van het aantal hulpbehoevende thuiswonende ouderen in Vlaanderen (Vanden Boer, 2003). Hulpbehoevendheid werd breed gedefinieerd als zowel de nood aan lichamelijke of medische (ver)zorg(ing), als nood aan hulp bij huishoudelijke karweien, financiële verrichtingen, tuinonderhoud, maaltijdbereiding en dergelijke meer. Verschillende varianten voor het meten van hulpbehoevendheid werden gebruikt. Figuur 2 geeft aan dat deze verschillende operationaliseringen (elke afkorting staat voor een andere operationalisering) tot divergerende resultaten leiden. Ze hebben echter hetzelfde gemeenschappelijke resultaat: tussen nu en 2030 zal er een stijging zijn van het aantal hulpbehoevende ouderen in Vlaanderen. Uit de gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat 15% van de 65- tot 74-jarigen beperkingen ervaart bij het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten. Bij de 75-plussers in het Vlaams Gewest loopt dit op tot 45% (Van der Heyden et al., 2010).



Figuur 2. Evolutie van het aantal matig en ernstig hulpbehoevenden onder de thuiswonende bevolking van 55 jaar en ouder in Vlaanderen, volgens diverse varianten: periode 2000 – 2030 (Vanden Boer, 2003)

3 VoZs, een longitudinaal onderzoek naar zorgtrajecten bij kwetsbare ouderen

De zorgtrajecten van kwetsbare ouderen staan centraal in VoZs. De groep kwetsbare ouderen is op basis van de integratieve benadering evenwel erg groot en divers. Daarom werd ervoor geopteerd om binnen deze doelgroep een selectie te maken van deze ouderen van wie we verwachten dat zij het meest kwetsbaar zijn, namelijk ouderen met depressie en/of dementie.

Depressie en dementie behoren tot de meest voorkomende problemen bij ouderen. Zij hebben impact op mortaliteit bij ouderen (St. John & Montgomery, 2009) en op de kans op opname in residentiële zorg (Gaugler et al., 2009; Harris, 2007; Onder et al., 2007), maar zijn moeilijker detecteerbaar dan bijvoorbeeld hartkwalen, evenwichtsproblemen en vallen of ademhalingsproblemen.

3.1 Depressie en gevoelens van onwelbevinden

Het is niet altijd vanzelfsprekend om een depressie te herkennen, zeker niet bij ouderen. De term 'gemaskeerde depressie' wijst op de moeilijkheid om een juiste diagnose te stellen tussen en naast andere uitlokkende factoren. Tijdens het verouderingsproces kunnen verschillende verlieservaringen zoals een verminderde zelfredzaamheid, chronische ziekten, het rouwproces na overlijden en beginnende Alzheimer-dementie zorgen voor langdurige emotionele klachten en zo de diagnostiek van depressie bijkomend bemoeilijken (Van Audenhove et al., 2007).

De Gezondheidsenquête van 2008 vond voor depressieve problemen een globale prevalentie van 13% bij 65 tot 74-jarigen en van 10% bij 75+'ers in het Vlaams Gewest (Van der Heyden et al., 2010). In 2007 werd aan 20% van de 75+'ers antidepressiva voorgeschreven om de grote prevalentie van emotionele ontregeling op te vangen. Hoewel niet al die ouderen voldoen aan de criteria voor een depressieve stoornis, worden psychofarmaca dus ook ingezet bij mildere vormen van depressiviteit (Casteels et al., 2010). De differentiële diagnose voor depressie is vooral bij ouderen met beginnende dementie moeilijk voor zorgverleners uit de eerste lijn.

VoZs zoomt in op de gevolgen voor het zorgtraject van ouderen met psychisch onwelbevinden en gaat na welke zorg deze ouderen gebruiken, of hiermee hun zorgnood is vervuld, hoe tevreden ze zijn over die hulp en welke impact dit alles heeft op hun kwaliteit van leven. Tevens wordt nagegaan wanneer en onder welke omstandigheden gevoelens van onwelbevinden zich ontwikkelen tot een klinische depressie.

3.2 Dementie en cognitieve problemen

Ouderen met dementie vormen een groeiende groep die nood heeft aan uitgebreide en vaak gecompliceerde zorg (Van Audenhove et al., 2009). Momenteel is er zeer weinig bekend over de trajecten die deze mensen afleggen vanaf het moment dat zij

cognitieve problemen krijgen tot op het einde van hun leven. Wel is bekend dat ongeveer 75% van de ouderen met dementie thuis verblijft, maar onbekend is welke zorg zij gebruiken en of die zorg inderdaad aan al hun behoeften voldoet. Het inzicht is ook beperkt in de omstandigheden waarin voor residentiële zorg wordt gekozen en of dit op dat moment ook werkelijk de beste optie is, zowel op persoonlijk vlak als beleidsmatig.

Leeftijd blijft de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van dementie. Uit tabel 1 blijkt dat de prevalentiecijfers voor dementie hoger zijn bij vrouwen en tussen 65- en 89-jarige leeftijd ongeveer elke 5 jaar verdubbelen om vanaf 95 jaar op bijna de helft van de vrouwen uit te komen.

Tabel 1. *Prevalentiecijfers van dementie voor mannen en vrouwen per leeftijdscategorie (European Collaboration on Dementia, 2009)*

Leeftijdscategorie	Mannen	Vrouwen
65-69	1.8%	1.4%
70-74	3.2%	3.8%
75-79	7.0%	7.6%
80-84	14.5%	16.4%
85-89	20.9%	28.5%
90-94	29.2%	44.4%
>95	32.4%	48.8%

Tegen 2020 neemt het aantal 80-plussers in Vlaanderen toe met 80.000 (ADSEI, 2008). Voorlopig bestaat er nog geen geneeskundige remedie tegen voortschrijdende dementie. In de gezondheidszorg ligt daarom de laatste decennia het accent meer op het verbeteren van de levensomstandigheden van alle ouderen dan op het verlengen van het leven zelf. Een citaat van de schrijver Clark drukt dit toenemende belang van een goede kwaliteit van leven uit: *"We should be less concerned about adding years to life, and more about adding life to years"*. De uitdagingen rond o.a. de levenskwaliteit en de zorgtrajecten bij dementie moeten een maatschappelijk draagvlak vinden. Zo stelt de beleidsnota 2009-2014 van de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin dat *"onze samenleving op een minder krampachtige manier moet leren omgaan met personen met dementie"* (Vandeurzen, 2009).

4 Vertrekkend vanuit de thuissituatie

Het Vlaamse ouderenbeleid wil ouderen ondersteunen om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen, in goede omstandigheden en met een goede kwaliteit van leven voor zowel de oudere als de eventuele mantelzorger. Dit is een fundament van het ouderenbeleid en wordt krachtig uitgedrukt in de beleidsnota: *"We gaan er echt*

voor om mensen zo lang als mogelijk zelfstandig te laten leven, binnen de grenzen van wat voor de persoon zelf, voor de mantelzorger en voor de maatschappij draagbaar is” (Vandeurzen, 2009).

Deze doelstelling van ‘ageing in place’ past binnen een langetermijn zorgbeleid waarbinnen institutionele zorg pas wordt ingezet als de zorg in de thuissituatie niet meer mogelijk is. Ouderen verkiesen zelf ook om thuis te blijven en de overstap naar residentiële zorg zo lang mogelijk uit te stellen (Vanden Boer & Vanderleyden, 2004; Van Meerbeeck, 2003). De doelstellingen van de overheid en de wensen van de ouderen vallen dus samen.

VoZs start het onderzoek in de thuissituatie omdat enerzijds de overgrote meerderheid van de Vlaamse ouderen thuis woont. Anderzijds wil VoZs zich ook richten op ouderen bij wie de cognitieve problemen of depressieve symptomen eventueel nog beginnend zijn. Het is echter niet zomaar mogelijk om thuis verblijvende ouderen met cognitieve problemen en/of depressieve gevoelens te vinden. Professionele thuiszorgdiensten kunnen ons daarbij helpen, omdat zij hun cliënteel kunnen screenen op de aan- of afwezigheid van cognitieve problemen en/of psychisch onwelbevinden.

Longitudinaal onderzoek bij ouderen is zeldzaam in Vlaanderen. Het longitudinale onderzoeksopzet maakt het opvolgen van het zorgtraject van de oudere mogelijk. VoZs start in de thuissituatie, maar eindigt daar niet noodzakelijk. Ouderen die tijdens het onderzoek de overstap maken naar residentiële zorg worden opnieuw bevroegd in hun nieuwe context. Uit onderzoek blijkt dat de belangrijkste determinanten voor een overstap uit de thuissituatie vooral zijn ingegeven door onderliggende cognitieve of functionele achteruitgang, een gebrek aan ondersteuning of onvoldoende hulp bij het uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven (Luppa et al., 2009). Bijkomende inzichten in de overstap helpen om de doelstelling van “aging in place” beter te verwezenlijken. Het meerjarenprogramma van het Steunpunt WVG maakt het mogelijk om dezelfde ouderen meerdere keren te bevroegen. Deze informatie is relevant voor het Vlaamse ouderenbeleid omdat zo evoluties en zorgtrajecten zichtbaar worden.

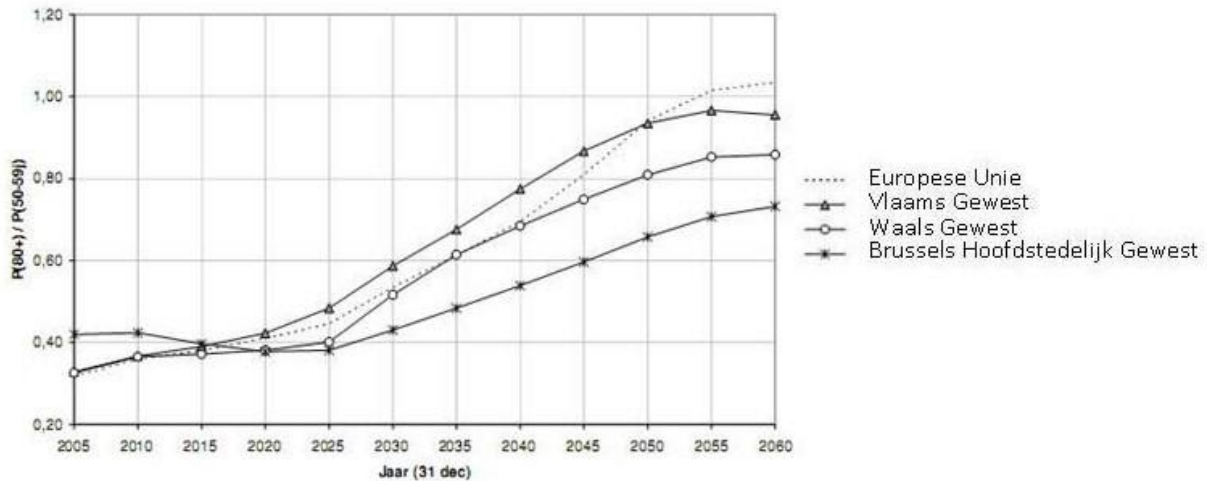
Samengevat is de doelgroep van VoZs ouderen die:

- 1. thuis verblijven,**
- 2. cognitieve problemen en/of psychisch onwelbevinden hebben en**
- 3. formele thuiszorg krijgen.**

5 Aandacht voor mantelzorgers

Het partnerschap tussen formele en informele zorg is een belangrijke pijler binnen het beleidsplan van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Formele en informele zorg zijn complementaire partners (zie ook Geerts, 2010). De volgende decennia zal de druk op bestaande informele zorgsystemen toenemen door transities

zoals de evolutie naar kleinere gezinnen, een hoger opleidingsniveau en meer buitenshuisarbeid voor vrouwen, gescheiden en meer aparte leefsituaties voor ouderen en meer flexibele arbeidscontracten. Demografische projecties voorspellen meer ouderen met dementie en een minder potentiële informele zorgverleners.



Figuur 3: Prognose familiale zorgindex

Bron: FPB & NIS/ADSEI. Eurostat: bewerking: SVR (*2005: waarneming Rijksregister voor BV07)

De familiale zorgindex die de ratio uitdrukt tussen het aantal 80-plussers en de leeftijdsgroep tussen 50 en 59 jaar, gaat vanaf 2025 sterk stijgen. In 2010 is er een familiale zorgindex van 0,37 in Vlaanderen, wat wil zeggen dat er 3 potentiële informele zorgverleners zijn tussen 50 en 59 jaar voor elke 80-plusser. Deze index stijgt tot 0,42 in 2020 en 0,59 in 2030. In vergelijking met het Waalse en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zal de druk op traditionele onbetaalde zorgsystemen sneller en sterker toenemen in het Vlaamse Gewest (Pelfrene, 2009). De krimpende pool van potentiële informele zorgverleners wordt soms als 'sandwich'-generatie omschreven. Ze moeten de zorg voor de ouders combineren met zorgen voor hun eigen gezin. Met een beleid dat bovendien vijftigplussers op de arbeidsmarkt wil houden, wordt het zoeken naar een evenwicht om de combinatie van betaald werk en informele zorg mogelijk te maken.

Het besef dat mantelzorgers een cruciale schakel zijn in de ouderenzorg wordt duidelijk uitgedrukt in de beleidsnota van de Minister van WVG. "We wensen uitdrukkelijk dat de mantelzorger voldoende aandacht krijgt in de processen van zorgverlening, niet alleen als onontbeerlijke informatieverstrekker over de toestand van de zorgbehoevende maar ook als iemand die eigen noden kan hebben" (Vandeurzen, 2009).

Naast het actief betrekken van de mantelzorger in de uitbouw van het zorgproces, is er dus ook aandacht voor het precaire evenwicht tussen de draagkracht en de draaglast bij mantelzorgers. Zo blijkt uit een overzicht van bestaande studies dat de prevalentiecijfers van depressieve stoornissen bij mantelzorgers van ouderen met dementie schommelen tussen 15 en 32% (Cuijpers, 2005). In Vlaanderen geeft de helft van de mantelzorgers van dementerende ouderen aan onvoldoende sociale steun

te krijgen (Spruytte et al., 2000). Mantelzorger van ouderen met dementie in Nederland hebben vaak een slechte kwaliteit van leven en daarom stelt een recent proefschrift voor om hen als een 'tweede onzichtbare patiënt' te betrekken (Schölzel-Dorenbos, 2011). Ook de oudere lijdt eronder wanneer het de mantelzorger te veel wordt. Dit kan immers leiden tot onnodige of vroegtijdige residentiële plaatsingen of in het ergste geval, ouderenmisbehandeling (Carretero et al., 2007). Zo neemt het risico op ouderenmisbehandeling toe als de mantelzorger weinig sociale steun ervaart, zelf psychische problemen krijgt of een te grote druk ervaart om te zorgen voor de oudere (Damman, 2006).

Voor elke oudere gaat VoZs daarom op zoek naar de centrale mantelzorger. Dit is de persoon die het meeste voor de oudere zorgt en die geen professionele zorgverlener is. We hanteren de definitie van Spruytte (2002): *“een persoon die vanuit vanzelfsprekendheid en vanuit de bereidheid tot wederkerigheid op regelmatige basis de zorg opneemt voor een hulpbehoevend individu in zijn directe omgeving, waarbij er naast de zorgrelatie ook sprake is van een verwantschaps-, vriendschaps- of buurrelatie tussen de zorgverlener en zorgontvanger en waarbij de zorgverlener niet professioneel bezig is met de zorg”*. Onder meer het welbevinden, de beleving van de zorgervaring en de gezondheidssituatie van de mantelzorger in kaart gebracht.

Het bevragen van ouderen en hun 'eigen' centrale mantelzorgers is een belangrijke troef omdat inzichten van ouderen en mantelzorgers aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Op basis van de resultaten willen we aanbevelingen formuleren voor het ondersteunen van mantelzorgers, zodat zij de zorg langer kunnen volhouden met een voldoende hoge levenskwaliteit.

6 De onderzoeksvragen

De doelstelling van VoZs is in de eerste plaats het verzamelen van kencijfers over kwetsbare ouderen, i.e. ouderen en factoren die hulpvragen versterken of verzwakken in kaart brengen. De verzamelde gegevens kunnen zo een antwoord bieden op beleidsgerichte en wetenschappelijk relevante vragen.

Op basis van de informatie van alle respondenten is het de bedoeling om:

1. Het zorggebruik, de zorgbehoefte en de zorgtevredenheid bij ouderen in kaart te brengen
2. Factoren die een overgang naar residentiële zorg beïnvloeden bepalen
3. De kwaliteit van leven bij kwetsbare ouderen in te schatten
4. Zicht te krijgen op de invloed van depressieve gevoelens en cognitieve problemen
5. De relatie tussen ouderen en hun centrale mantelzorger te onderzoeken
6. De zorgervaring en de zorgbelasting bij de mantelzorgers in te schatten

De longitudinale gegevens maken het mogelijk om meer te weten te komen over de zorgtrajecten door de evolutie in zorggebruik en zorgbehoefte in kaart te brengen. De invloed van toenemende depressieve gevoelens en ernstigere geheugenproblemen op het zorgtraject wordt onderzocht.

7 Het onderzoeksteam van VoZs

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Prof. dr. Anja Declercq. Zij is binnen de K.U.Leuven verbonden aan LUCAS, het Centrum voor zorgonderzoek en consultancy, en het Centrum voor Sociologisch Onderzoek. Zij wordt bijgestaan door een kernteam van wetenschappelijke medewerkers.

Kernteam:

- Melanie Demaerschalk (tot 31 juli 2009)
- Bram Vermeulen (vanaf 1 juni 2009)
- Bert Emmers (vanaf 1 juni 2009)

8 Opvolging door de overheid

De SWVG-stuurgroep volgt het meerjarenprogramma van het Steunpunt WVG, waaronder de Vlaamse Ouderen Zorg Studie nauwgezet op. Verder wordt aan de opdrachtgever op regelmatige basis gerapporteerd over de voortgang van het onderzoek op de beleidsplatforms. Op de beleidsplatforms worden de onderzoeksoptzet, het verloop van het onderzoek en de resultaten voorgesteld en besproken.

Hoofdstuk 2

Het theoretische kader van VoZs

“Whenever a theory appears to you as the only possible one, take this as a sign that you have neither understood the theory nor the problem which it was intended to solve” (Karl Popper)

Dit tweede hoofdstuk bespreekt het zorgmodel van Andersen (2008). Vervolgens wordt de concrete invulling van de vragenlijst besproken, zowel de vragenlijst van de oudere als van de mantelzorger. Hier worden de opgenomen variabelen ook gekaderd binnen het theoretische model van Andersen.

De belangrijkste meerwaarde van dit theoretisch kader is een bril op zetten om naar de vaak complexe factoren binnen thuiszorgsituaties te kijken. Er wordt een kader gecreëerd waarbinnen de vraagstelling en relevantie van opgenomen variabelen een duidelijke plaats hebben. Het kader is niet louter theoretisch, er is ook rekening gehouden met beleidsrelevantie.

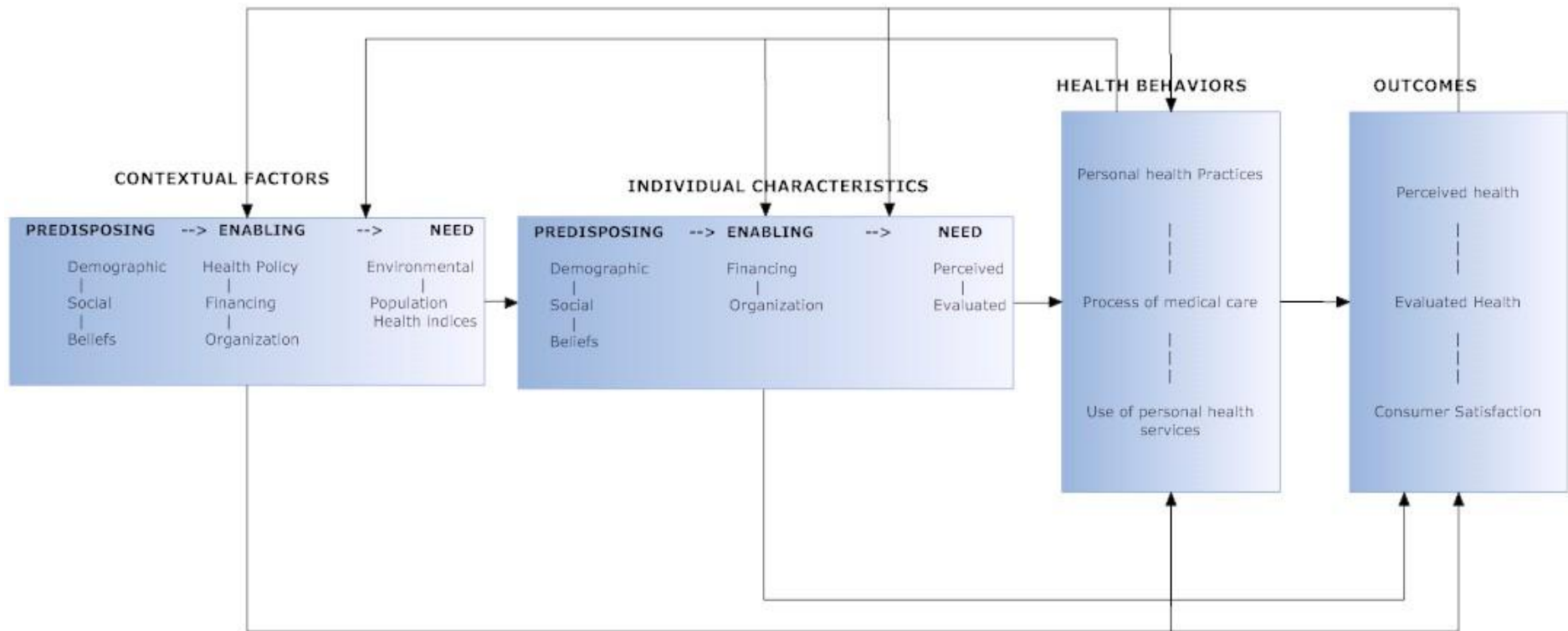
1 Het zorgmodel van Andersen

Om de onderzoeksvragen te operationaliseren wordt gebruik gemaakt van het theoretisch model van Andersen (2008; 2005; 1968), waarin het individueel gebruik van gezondheidszorg wordt beschreven in functie van individuele kenmerken en contextvariabelen. Hoewel dit theoretisch model al een halve eeuw oud is, geldt het in theoriegestuurd onderzoek naar de behoefte aan en het gebruik van gezondheidszorg nog steeds als een centraal referentiepunt. Volgens dit ‘Behavioral Model of Health Service use’ zijn de determinanten van toegang en gebruik van zorg op individueel en contextueel niveau toewijsbaar aan drie categorieën van factoren (Andersen, 1995).

De eerste, ‘**predisposing factors**’, zijn kenmerken die bestaan voorafgaand aan de manifestatie van ziekte. Een onderscheid wordt gemaakt tussen ‘demografische kenmerken’ (bvb. leeftijd, geslacht en maritale status op individueel niveau /de leeftijdsstructuur, de bevolkingssamenstelling op contextueel vlak), ‘sociaalstructurele kenmerken’ (bvb. opleidingsstatus, beroepsstatus, kwaliteit/kwantiteit van sociale relaties en huishoudomvang op individueel niveau / etniciteit, tewerkstelling, onveiligheidsgevoelens op niveau van de regio), ‘houdingen en overtuigingen’ (waarden van het individu of de regio over ziekte en gezondheid, houdingen ten opzichte van zorgvoorzieningen, kennis over ziekte).

De '**enabling factors**' verwijzen, ten tweede, naar de middelen die mensen al dan niet ter beschikking hebben om zorg te gebruiken (bvb. inkomen, kostprijs van zorg). Op contextueel vlak verwijzen deze factoren naar de gezondheids- en welzijnspolitiek die wordt nagestreefd, hoe de financiering ervan verloopt, en hoe de diensten georganiseerd zijn.

De '**need factors**' doelen, ten slotte, op de behoefte aan zorg en hebben te maken met de individuele gezondheidsstatus en functiebeperkingen. Op contextueel vlak wijzen deze op de nood die er in de bevolking heerst, op bevolkingsindexen met betrekking tot welzijn en gezondheid, en omgevingsfactoren met betrekking tot het milieu. Het model wordt weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: Behavioral Model of Health Service use (Andersen, 2008)

2 Variabelen en hun operationalisering

Een eerste deel beschrijft de variabelen die in de vragenlijst van de oudere zijn opgenomen. Een tweede deel beschrijft deze van de mantelzorger. Een samenvattende tabel geeft op het einde een overzicht van alle opgenomen variabelen.

2.1 De vragenlijst voor de oudere persoon

De vragenlijst is opgebouwd rond verschillende thema's die zijn gebaseerd op het zorgmodel van Andersen. We bespreken achtereenvolgens deze thema's zoals ze in de vragenlijst voorkomen:

- A: Achtergrondkenmerken
- B: Kinderen
- C: Studeren en werk
- D: Geloof en waarden
- E: Sociaal netwerk
- F: Relatie oudere/mantelzorger
- G: Gezondheid
- H: Zorggebruik
- I: Kennis en gebruik van rusthuizen
- J: Financieel
- K: Vragen voor interviewer

2.1.1 Achtergrondkenmerken

In eerste instantie wordt gevraagd naar het geslacht, de burgerlijke staat en de geboortedatum van de respondent. De geboortedatum wordt later om privacyredenen bij de cleaning van de data omgerekend naar de leeftijd op het moment van de bevraging. Dit zijn demografische kenmerken binnen de individuele 'predisposing' factoren in het model van Andersen.

Vervolgens wordt ook gevraagd naar de woonsituatie. Het soort huis waar iemand woont, kan een positieve of negatieve invloed hebben op het zorgen voor die persoon en op het al dan niet thuis kunnen blijven. We vragen zowel naar het soort huis (huis, appartement, serviceflat/zorgflat of een andere woonvorm), als naar de tevredenheid over die woonvorm. Tevens wordt gevraagd of de oudere eigenaar is van de woning, huurder of bewoner zonder huur. Eigenaarschap van een huis beschermt enerzijds tegen armoede (zie bijvoorbeeld Matthews et al., 2006) en anderzijds heeft huurder of eigenaar zijn wellicht ook impact op de aanpasbaarheid van de woning en de bereidheid om te

verhuizen. Dit wordt ook beïnvloed door het aantal jaar dat de oudere al in het huis woont. De items in dit deel zijn eerder individuele 'enabling' factoren in het model van Andersen.

De laatste vragen van deze sectie gaan over het aantal personen dat in het huis woont. Als de oudere met andere personen in huis woont, wordt nagegaan wie die personen zijn: geslacht, relatie met de oudere en geboortjaar (om de leeftijd te berekenen). Over elk van de inwonende personen – behalve voor de partner – wordt vervolgens gevraagd of zij een partner en/of kinderen hebben, of zij nog werken en indien ja, of zij deeltijds of voltijds werken en ten slotte of die persoon steeds bij de oudere heeft ingewoond, later is komen inwonen of of de oudere bij de persoon in kwestie is gaan wonen. Wanneer de oudere alleen woont, wordt gevraagd hoe lang dit al het geval is. Op die manier krijgen we een zicht op het aantal beschikbare mantelzorgers in huis en op een deel van het profiel van die mantelzorgers. Dit zijn individuele sociale 'predisposing' factoren.

2.1.2 Kinderen

De tweede sectie gaat over de kinderen van de oudere. We vragen of de oudere (ooit) kinderen en kleinkinderen heeft (gehad). Voor elk van de eventuele kinderen wordt vervolgens gevraagd naar het geslacht, het geboortjaar, of het kind nog in leven is en wanneer het eventueel is gestorven, waar het kind woont en of het kind nog (voltijds of deeltijds) werkt. Ook dit helpt om het aantal eventuele mantelzorgers en hun beschikbaarheid in beeld te brengen (individuele sociale 'predisposing' factoren).

2.1.3 Studeren en werk

Sectie drie betreft de socio-economische achtergrond van de oudere en zijn eventuele partner (individuele sociaal-structurele 'predisposing' factoren). Het opleidingsniveau wordt gemeten via de leeftijd waarop men met schoolgaan stopte en het hoogste diploma dat werd behaald. Vervolgens wordt nagegaan of de oudere ooit buitenshuis werkte, hoe oud de oudere toen was en wat zijn of haar beroep was. De respondenten zijn allemaal de pensioenleeftijd voorbij. We vragen bijgevolg ook op welke leeftijd zij met werken stopten en om welke reden. Ook van de partner wordt gevraagd wat zijn of haar beroep was – omdat dat ook de sociaal-economische status van de oudere bepaalt – en op welke leeftijd en om welke reden de partner stopte met werken.

2.1.4 Geloof en waarden

Naast het belang van geloof (of de oudere gelovig is, tot welke kerk of geloofsgemeenschap hij of zij eventueel behoort, hoe belangrijk dit geloof is in hun leven en of het geloof troost en kracht schenkt), wordt er gepeild naar de autonomie en plichtsbewustheid bij de ouderen. Deze waarden kunnen immers een invloed hebben op de perceptie rond zorggebruik. Om dit te meten werd de waardenschaal opgenomen die wordt gebruikt in de European Values Study (EVS)(<http://www.europeanvaluesstudy.eu/>) en

die in het Nederlands werd vertaald voor wave 9 van de Panelstudie van Belgische Huishoudens (<http://www.psbh.be/pubdocs/golf9/w9ad.pdf>) (Mortelmans et al., 2004). Dit zijn individuele 'predisposing beliefs' factoren in het model van Andersen.

2.1.5 Sociaal netwerk

Het sociaal netwerk van een oudere en de tevredenheid van die oudere met zijn of haar sociaal netwerk hebben zowel een impact op de gemoedstoestand (Bowling & Browne, 1991; Golden et al., 2009) van die oudere als op de beschikbaarheid van mantelzorg (individuele 'predisposing' sociale factoren).

VoZs bevaart zowel de frequentie van de sociale contacten met familie, vrienden en burens, als de tevredenheid over deze contacten. Zo geven de ouderen eerst voor elke categorie aan hoe vaak ze die persoon zien. Daarna kunnen de respondenten voor deze categorieën aangeven of ze de sociale contacten voldoende vinden of graag meer of minder contact zouden willen hebben.

2.1.6 Relatie met de mantelzorger

Eerst vraagt VoZs wie de centrale mantelzorger van de oudere is. Deze persoon wordt later gecontacteerd om de vragenlijst voor de mantelzorger schriftelijk in te vullen.

De kwaliteit van de relatie met de mantelzorger brengt VoZs in kaart door middel een instrument met 14 items, ontwikkeld door Spruytte et al. (2000a) (individuele 'predisposing' sociale factoren). De schaal werd getest bij mantelzorgers van personen met dementie en van personen met psychiatrische problemen. De schaal is voldoende intern consistent (Cronbach's alpha = 0.89). Een hoge score op de schaal betekent de aanwezigheid van warmte en affectie en de afwezigheid van conflict en kritiek (Spruytte et al., 2000b).

2.1.7 Gezondheid

De gezondheidstoestand van de oudere heeft uiteraard een grote impact op diens zorgnood (individuele 'need' factoren). In VoZs wordt geen medisch onderzoek gedaan, maar er wordt wel naar een subjectieve inschatting van de gezondheidstoestand van de oudere gevraagd. Dit gebeurt op een 5-puntenschaal waarin ouderen een antwoord geven op de vraag hoe het met hun algemene gezondheidstoestand gaat. Dezelfde algemene indicator wordt ook gebruikt in o.a. LOVO en SHARE, wat vergelijkingen mogelijk maakt.

Ouderen geven aan of ze het afgelopen jaar gevallen zijn en zo ja, hoeveel keer. Een derde van de thuiswonende ouderen valt minstens een keer per jaar. Dit kan verstrekende psychosociale gevolgen hebben, zoals een hoger risico op depressie en sociaal isolement. Bovendien zou slechts een vijfde van de valincidenten bij de huisarts gemeld worden, uit angst voor een opname in een rusthuis (Milisen et al., 2010).

De ernst van de depressieve gevoelens wordt gemeten aan de hand van de Geriatrische Depressie Schaal (GDS) (Sheikh et al., 1991; Sheikh & Yesavage, 1986; Yesavage et al., 1983; Brink et al., 1982). De GDS schat de ernst van depressiviteit in door middel van 15 ja-nee vragen. De ernst van depressieve gevoelens in de afgelopen week wordt op basis van deze schaal ingedeeld in 4 categorieën: minimale depressiviteit, milde, matige en ernstige depressiviteit. Bij een matige en ernstige depressiviteit kan men spreken van een indicatie dat de persoon een depressieve episode doormaakt. Een milde depressiviteit wijst op een mogelijk/lichte depressie (Nolen & Dingemans, 2004). De mate van depressiviteit in de GDS is een aanwijzing van de ernst van de depressieve klachten. Een diagnose van depressie kan echter enkel gesteld worden door een arts en/of via een gespecialiseerd klinisch psychologisch onderzoek.

2.1.8 Zorgnood en zorggebruik

Het zwaartepunt van de vragenlijst ligt bij het gedeelte rond zorggebruik en gezondheid ('need' factoren, 'health behaviour' en 'outcomes'). Het zorggebruik, de zorgbehoefte en de zorgtevredenheid worden bevraagd voor verschillende (instrumentele) activiteiten van het dagelijks leven. Er zijn 5 adl taken opgenomen, namelijk zich wassen, zich aan- en uitkleden, zich verplaatsen binnenshuis, toiletbezoek en eten. Daarnaast komen 7 iadl taken aan bod, namelijk hulp bij het winkelen, bij het eten klaarmaken, bij het huishouden, bij de was doen, bij verplaatsingen buitenshuis, bij het medicatiegebruik en bij de financiën. Voor elke activiteit geeft de oudere aan of er al dan niet hulp is. Als de oudere hulp ontvangt, dan wordt er verder gevraagd wie deze hulp verleent en hoe tevreden men over deze hulp is. Als de oudere geen hulp ontvangt voor een activiteit, dan wordt er gevraagd hoeveel moeite men heeft met het zelfstandig uitoefenen van deze taak en waarom men nog geen hulp gevraagd heeft (Declercq et al., 1995).

Vervolgens wordt een lijst met geneesmiddelen voorgelegd. Deze lijst bevat medicatie die vaak wordt voorgeschreven aan ouderen met cognitieve problemen en/of depressieve symptomen. Zij werd opgesteld met de ondersteuning van Prof. Dr. Matthieu Vandenbulcke, die psycho-geriater is. Voor elk geneesmiddel wordt gevraagd of dit geneesmiddel aanwezig is in het huis van de oudere en zo ja, of dit geneesmiddel in de laatste week of in de laatste 24 uur werd gebruikt door de oudere.

Er wordt ook aan de oudere gevraagd of hij of zij nog een andere zorgnood heeft: ervaart hij of zij problemen met het geheugen, met taal, met redeneren of met het uitvoeren van bepaalde taken? Er wordt tevens nagegaan of de oudere de telefoon opneemt en soms zelf mensen opbelt.

Ten slotte wordt gevraagd of de oudere op de wachtlijst staat voor professionele thuishulp en zo ja, welke.

2.1.9 Kennis en gebruik van woonzorgcentra

Sommige thuisverblijvende ouderen maken reeds gebruik van dagopvang en/of kortverblijf in een woonzorgcentrum. Dit heeft wellicht ook invloed op hun houding ten opzichte van woonzorgcentra ('predisposing' factoren).

Vervolgens wordt gevraagd welke woonzorgcentra de oudere kent. Van elk van die woonzorgcentra wordt vervolgens gevraagd of de oudere er, indien nodig, zou gaan wonen en waarom dat wel of niet het geval is. In een open vraag wordt daarna nagegaan hoe lang de ouderen nog thuis denkt te wonen en waarom.

In een volgende rubriek peilen we of de oudere reeds op de wachtlijst van een woonzorgcentrum staat en indien ja, sinds wanneer en waar en om welke reden. Ook wanneer een oudere niet op een wachtlijst staat, wordt naar de reden gevraagd.

2.1.10 Financiële situatie

De laatste vragen gaan over de financiële situatie van de oudere (individuele 'enabling' factoren). Het gaat zowel om een objectieve (inkomen van het huishouden per maand) als om een subjectieve indicator voor financiële kwetsbaarheid (hoe gemakkelijk of hoe moeilijk vindt men het om de eindjes aan elkaar te knopen).

Verschillende onderzoeksresultaten duiden aan dat de gezondheid een sociale gradiënt volgt, dit wil zeggen dat naarmate de sociaaleconomische positie afneemt, de gezondheidstoestand verslechtert. Armoede zorgt voor een sociale ongelijkheid, niet alleen in zorgbehoefte maar ook naar zorggebruik (Avalosse et al., 2009; Dalstra, 2005;). Het Europese SHARE onderzoek besluit dat aanhoudende armoede bij 50+'ers nauw verbonden is met een achteruitgang van de gezondheidstoestand (Börsch-Supan et al., 2008). Aangezien Europees onderzoek naar inkomens en leefsituaties (SILC) aangeeft dat 1 op 5 Vlaamse ouderen in 2008 kans heeft om in armoede terecht te komen, is het belangrijk om in dit zorgonderzoek ook de financiële situatie in kaart te brengen.

2.1.11 Vragen voor de interviewer

De interviewer geeft achteraf aan of er nog andere personen aanwezig waren bij het interview en of die eventuele aanwezigen invloed hebben gehad op de antwoorden van de oudere. Er wordt ook gevraagd naar de mate waarin de oudere meewerkte en of de interviewer de indruk had dat de oudere de vragen begreep. Dit alles helpt om de kwaliteit van de antwoorden te beoordelen.

2.2 De vragenlijst van de mantelzorger

De vragenlijst van de mantelzorger is gelijkaardig opgebouwd en peilt naar de inschatting van de situatie van de oudere en de eigen zorgbeleving. Een groot aantal vragen zijn dezelfde. Dit laat toe om vergelijkingen te maken tussen bijvoorbeeld hoe de oudere zijn of haar zorgnood inschat en hoe de mantelzorger dit doet. In 2.3. geeft een overzichtstabel weer wat juist bij ouderen en bij mantelzorgers is bevraagd. Hier geven we bondig aan welke thema's specifiek enkel bij de mantelzorger zijn bevraagd.

2.2.1 Kwaliteit van leven van de oudere

De kwaliteit van leven van de oudere wordt gemeten met de Qualidem (Quality of Life in Dementia). De Qualidem is een meetinstrument om kwaliteit van leven bij mensen met dementie vast te stellen (Ettema et al., 2005). Dit instrument is ontwikkeld voor afname door professionals in verpleeg- en verzorgingshuizen bij mensen boven de 65 jaar met lichte tot en met ernstige dementie, of door mantelzorgers in de thuissituatie. De Qualidem bestaat uit veertig items die onder te verdelen zijn in negen subschalen, namelijk zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen, en iets om handen hebben. Op elk item kan een antwoord ingevuld worden van nooit tot vaak. De totaalscores per subschaal zijn valide en betrouwbaar, maar er wordt niet gesommeerd over de subschalen heen (Ettema et al., 2007).

De oudere beoordeelt in VoZs dus niet zelf de eigen kwaliteit van leven. Omdat ouderen geïnccludeerd worden op basis van de aanwezigheid van geheugenproblemen, bevelen sommige auteurs aan om altijd gebruik te maken van de antwoorden van een proxy (Sangl et al., 2007). Dit wil zeggen dat de subjectieve inschatting van de levenskwaliteit niet door de oudere zelf, maar bij VoZs door de centrale mantelzorger wordt gegeven. Andere auteurs vinden een eenzijdig perspectief op de levenskwaliteit door enkel de bril van de professionele verzorgende, de informele zorgverlener of de oudere zelf te beperkt (Edelman et al., 2005). Om een volledig beeld te krijgen van 'de' levenskwaliteit van de oudere, maken ze de bedenking dat deze verschillende perspectieven moeten gecombineerd worden. Dit is binnen het onderzoeksofzet van VoZs helaas niet mogelijk.

2.2.2 Zorgervaringen van de mantelzorger

De beleving van de zorgrelatie door de mantelzorger wordt bevraagd via het instrument 'Experience of Caregiving Inventory' (Szmukler, 1996). De mantelzorger geeft voor 66 stellingen aan hoe dikwijls hij of zij daar de voorbije maand aan heeft zitten denken. Daaruit worden 8 negatieve en 2 positieve zorgervaringen afgeleid. De negatieve ervaringen zijn moeilijk gedrag van de oudere, negatieve symptomen, stigma, problemen met zorgverlening, effect op familie, de druk om de oudere te blijven ondersteunen, afhankelijkheid en verlieservaringen. De positieve zorgervaringen gaan over de goede aspecten van de relatie met de oudere en de verrijkende persoonlijke ervaringen. Deze schaal werd in het Nederlands vertaald en getest door De Rick et al. (2000).

2.2.3 De werksituatie van de mantelzorger

Traditioneel zijn dochters van middelbare leeftijd een belangrijke bron van informele zorg voor hulpbehoevende ouderen. De stijgende levensverwachting enerzijds, en toename van de vrouwelijke participatie op de arbeidsmarkt anderzijds, zorgen er voor dat de keuze voor het combineren van betaald werk en/of mantelzorg belangrijker wordt (Attias-Donfut, et al., 2005). Dit is niet alleen een vraagstuk voor de sandwichgeneratie, dit wil zeggen zij die zorg voor ouders combineren met zorgen voor hun eigen gezin, maar ook voor beleidsmakers. De doelstelling om 50+'ers langer op de arbeidsmarkt te houden zorgt er voor dat maatregelen nodig zijn om de combinatie van werk en mantelzorg te verzoenen.

Wanneer de gezondheidstoestand van de ouders verslechtert, heeft vooral deze doelgroep een grotere kans om het betaald werk op te zeggen (Börsch-Supan et al., 2008). Niet alleen de SHARE data, maar ook bevindingen van het European Community Household Panel bevestigen dat het debat over het verzoenen van de mantelzorg- en werksituatie zich in de eerste plaats moet richten op vrouwen boven de 50. Het verlenen van intensieve mantelzorg zorgt immers enkel bij oudere en niet bij jongere vrouwen voor een grotere kans om betaald werk op te geven (Masuy; 2009).

VoZs peilt naar de werksituatie, het werkregime en het gederfde inkomen van de mantelzorger. Dit laatste speelt ook een rol als opportuiniteitskost bij de keuze tussen werk en/of mantelzorg.

2.2.4 Depressieve gevoelens mantelzorger

Depressieve gevoelens bij de mantelzorger worden in kaart gebracht via het tweevrageninstrument van Whooley (1997), dat ook in het screeningsinstrument voor de ouderen wordt gebruikt (cf. infra).

2.3 Overzicht items vragenlijsten

In tabel 2 wordt achtereenvolgens aangegeven welk topic bevraagd is en in welk ander onderzoek deze vragen ook worden gesteld. Daarna geeft een kolom weer wie de vraag beantwoordt. Als er oudere/mantelzorger staat, dan wil dit zeggen dat zowel de oudere als de mantelzorger dezelfde vraag beantwoorden. De laatste kolom geeft aan over wie de vraag gaat. Zo beantwoordt de mantelzorger bijvoorbeeld een vraag over de aangepastheid van de woonst, maar hier gaat het over de woning van oudere en niet over de eigen woning.

Tabel 2: Overzicht van de items in de vragenlijsten

Item	Bron van de vragen	Wie beantwoordt de vraag?	Over wie gaat de vraag?
Demografische kenmerken			
Geslacht	LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Geboortedatum	LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Burgerlijke staat	LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Aantal + geslacht kinderen	LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Geloof (+ praktiserend)	European Values Study (EVS)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Sociaal economische status			
Opleiding	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Vorig beroep	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Omstandigheden waarin stopte met werken	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Woonsituatie			
In welke soort huis	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Woonarrangement (met wie woont oudere?)	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/ mantelzorger	ouderen/ mantelzorger
Eigenaar van huis?	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger

Is het huis aangepast?	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995) LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	mantelzorger	oudere
Financiële situatie			
Totaal inkomen	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Subjectieve inschatting van de financiële situatie	LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Waarden			
algemene waarden	European Values Study/PSBH	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Kwaliteit relatie oudere/ mantelzorger	Kwaliteit huidige relatie (Spruytte et al., 2000)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Tevredenheid met zorg			
Is men per gebruikte dienst tevreden met de zorg die men er krijgt?	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere /mantelzorger	oudere /mantelzorger
Kennis over de zorg			
Kent de oudere WZC?	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/ mantelzorger	oudere/ mantelzorger
Zorggebruik			
Medicatiegebruik	Expert	oudere	oudere
Zorggebruik per taak	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995) LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	oudere/mantelzorger	oudere

Diensten waar cliënt gebruik van maakt	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995) LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	oudere/mantelzorger	oudere
Hoeveel uur per week gebruikt de oudere deze diensten	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/mantelzorger	oudere
Staat oudere op de wachtlijst van een rusthuis/dagcentrum/andere vorm van zorg?	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/mantelzorger	oudere
Welke?	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995)	oudere/mantelzorger	oudere
Maakt de oudere gebruik van dagcentrum/kortverblijf?		oudere/mantelzorger	oudere
Zorgnood			
Hulp nodig bij	Aard en determinanten zorggebruik (Declercq et al., 1995) LOVO (Vanden Boer et al., 2001)	oudere/mantelzorger	oudere
Subjectieve gezondheid	LOVO	oudere/mantelzorger	oudere/mantelzorger
Depressie oudere	Geriatric Depression Scale	oudere	oudere
Depressie mantelzorger	Whooley	mantelzorger	mantelzorger
Kwaliteit van leven	Qualidem	mantelzorger	oudere

Hoofdstuk 3

De samenstelling van de steekproef

1 Afbakening van de regio's

De *steekproeftrekking* gebeurde in twee fasen, waarbij uitgegaan werd van een 'conditional random sampling plan'. In de eerste fase werden over de verschillende programma's en onderzoekslijnen van het SWVG heen *acht regio's* geselecteerd. Bij de selectie werd rekening gehouden met de principes diversiteit (sociaal economische kenmerken), stedelijkheid en provinciale spreiding. Met betrekking tot de eerste twee principes werden zowel gemiddelde als eerder uitzonderlijke regio's opgenomen (zie Hermans et al., 2008). Per provincie zijn volgende regio's geselecteerd voor inclusie in het onderzoek:

- West-Vlaanderen: Ieper, Oostende
- Oost-Vlaanderen: Gent 1, Oudenaarde
- Antwerpen: Antwerpen-Noord 1, Geel
- Limburg: Genk
- Vlaams-Brabant: Tielt-Winge

De onderzoeksgroep werd als volgt afgebakend: ouderen die in deze regio's wonen, ouder zijn dan 65 jaar en Nederlands spreken.

2 Selectie van ouderen

In tweede instantie werd bepaald dat de ouderen in de thuissituatie moeten verblijven en gebruik moeten maken van professionele thuiszorg. Het zijn vervolgens deze thuiszorgorganisaties die de ouderen screenen op psychisch onwelbevinden en cognitieve problemen. Met een kort screeningsinstrument wordt een brede inclusie beoogd van thuiswonende ouderen bij wie er een vermoeden van depressieve gevoelens en/of geheugenproblemen aanwezig is. Het grote voordeel van een screening door de thuiszorgorganisaties is dat het onderzoek zich focust op ouderen die reeds professionele thuiszorg gebruiken. Voor deze ouderen is het mogelijk om een zorgtraject in kaart te brengen. Dit voordeel is meteen ook het belangrijkste nadeel. We bereiken met VoZs enkel ouderen die reeds formele zorg gebruiken.

2.1 Het screeningsinstrument

Ouderen met al dan niet beginnende depressie en/of dementie die thuiszorg gebruiken worden door middel van de screening geselecteerd voor VoZs. De begrippen depressie en dementie worden breed gedefinieerd. Het gaat hier dus niet louter om respondenten die klinisch als depressief en/of dement gediagnosticeerd zijn. De kracht van VoZs ligt er juist in dat we deze problemen kunnen opvolgen, waardoor we de invloed van de evolutie van depressie en dementie op de oudere zelf, de mantelzorger en het zorggebruik kunnen kaderen.

Aan de thuiszorgorganisaties in Vlaanderen werd gevraagd om het cliënteel dat ouder is dan 65 jaar, in een onderzoeksregio van het SWVG woont en Nederlands spreekt te screenen met het screeningsinstrument van VoZs (zie figuur 4). Dit screeningsinstrument bestaat uit drie delen. Het eerste deel vraagt naar achtergrondgegevens van de oudere (leeftijd, geslacht en woonplaats). Het tweede deel bestaat uit het tweevrageninstrument van Whooley dat peilt naar depressieve gevoelens. De sensitiviteit hiervan bedraagt 96%, waardoor er bijna geen ouderen met depressie worden gemist (Whooley, 1997). Het instrument werd reeds eerder – met succes – in Vlaanderen gebruikt (Van Audenhove et al., 2007).

Het laatste deel van de vragenlijst bestaat uit 5 vragen over cognitieve problemen die de professionele thuisverzorger voor de oudere dient in te vullen. Uit verschillende reviews van de bestaande screeningsinstrumenten voor dementie bleek dat er geen consensus bestaat over welk instrument de 'single best test' is. Na een overlegvergadering met experts² werden 5 ja/nee vragen gekozen (zie figuur 4).

Het screeningsinstrument werd bewust zo kort mogelijk gehouden om de thuiszorgorganisaties zo min mogelijk te belasten.

Indien de oudere op een van de 7 vragen (de twee over depressie en de vijf over cognitieve problemen) met 'ja' antwoordde, werd er gevraagd of de oudere wenste deel te nemen aan de studie. De thuisverzorger bezorgde daarvoor een folder aan de oudere en gaf mondeling meer uitleg over de studie. Als de oudere dan wenste deel te nemen aan VoZs, dan werd er door de oudere een toestemmingsformulier ingevuld en gehandtekend met zijn of haar adresgegevens.

² De bevroegde experts waren Prof. Dr. Jan De Lepeleire (ACHG, K.U. Leuven), Prof. Dr. Mathieu Vandenbulcke (UZ Leuven en Fac. Geneeskunde, K.U. Leuven) en Louis Paquay (Wit-Gele Kruis).

Gelieve deze pagina in te vullen voor **elke** 65-plusser bij wie u thuis langsgaat. Dank.

Uw naam:

Naam van de thuiszorgorganisatie:

Gemeente (en deelgemeente) waar de oudere woont:.....

Geslacht van de oudere: Man Vrouw

Geboortedatum van de oudere: (dag) / (maand) / 19 (jaar)

Vraag aan de oudere of u hem/haar een twee heel korte vragen mag stellen, voor een onderzoek.

Vul zijn/haar antwoord hier in:

Ja

Neen: ik heb deze vragen reeds bij een andere thuiszorgdienst beantwoord

Neen: omdat:

Indien Neen: "...", geef deze pagina af aan uw verantwoordelijke

Indien Ja", lees de volgende 2 vragen dan letterlijk aan de oudere voor, en duid het antwoord van de oudere aan.

Heb je gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel?

Ja

Neen

Heb je gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat je doet?

Ja

Neen

Stel de volgende vragen niet aan de oudere, maar beantwoord ze zelf volgens uw oordeel over deze oudere.

Vergeet de oudere steeds welke dag het is?

Ja

Neen

Vergeet de oudere regelmatig gebeurtenissen die zich kort geleden hebben voorgedaan ?

Ja

Neen

Valt de oudere vaak in herhalingen zonder het zelf te beseffen?

Ja

Neen

Heeft de oudere moeite om een gesprek te begrijpen?

Ja

Neen

Haalt de oudere tijden door elkaar?

Ja

Neen

Als u op ten minste één van de laatste zeven vragen met “ Ja” heeft geantwoord, geef de oudere (en de mantelzorger) dan de folder, en vraag of zij willen meedoen aan het onderzoek VoZs. Zo ja, vraag hen dan, bij uw volgende bezoek, het toestemmingsformulier in te vullen en te ondertekenen, en geef dit af aan uw verantwoordelijke. Gelieve deze pagina eveneens af te geven aan uw verantwoordelijke.

Figuur 5. Het screeningsinstrument van VoZs

2.2 Aantal screenings

Zeven organisaties screenen voor VoZs in Wave 1: het Wit-Gele Kruis, Bond Moyson, KVLV, Familiehulp, Familiezorg, vzw ISIS en de OCMW's van Antwerpen en Balen. De grootste inspanningen werden geleverd door het Wit-Gele Kruis dat met 2247 screenings twee derde van het totaal aantal screenings verwezenlijkt heeft. Er werd en wordt continu gezocht naar mogelijkheden om het aantal screenings te verhogen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de screenende organisaties per regio. Er wordt achtereenvolgens een onderverdeling gemaakt in het totaal aantal screenings, het aantal positief gescreende ouderen door wie een toestemmingsformulier werd gehandtekend en het aantal ouderen dat uiteindelijk zal deelnemen aan VoZs. In de laatste kolom staat het aantal centrale mantelzorgers van deze ouderen die een toestemmingsformulier om deel te nemen, ondertekenden.

In totaal zijn er 3829 ouderen benaderd voor de screening. Bij 137 ouderen ontbraken de gegevens van de thuiszorgorganisatie of werd er buiten de afgebakende regio gescreend. Onderstaande kruistabel geeft een overzicht van het aantal benaderde ouderen per regio en per thuiszorgorganisatie. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de screeningsresultaten weer.

Tabel 3: Eindresultaat van het aantal benaderde ouderen voor de screening

Regio	WGK	CENTRA voor THUISZORG	FAMILIEHULP	OVERIGE	TOTAAL
Antwerpen	22	60	0	0	82
Geel	431	56	4	13	504
Genk	828	4	75	67	974
Gent	170	52	0	15	237
Ieper	144	84	193	0	421
Oostende	45	174	273	0	492
Oudenaarde	12	64	0	76	152
Tielt-Winge	595	213	0	22	830
Totaal	2247	707	545	193	3692

Opvallend is ten eerste dat het Wit-Gele Kruis met 2247 screenings verantwoordelijk is voor twee derde van het totaal aantal screenings. Daarnaast zijn de centra voor Thuiszorg en Familiehulp met respectievelijk 707 en 545 screenings de belangrijkste partners. De overige organisaties (vzw ISIS, Familiezorg, Solidariteit voor het Gezin, KVLV en OCMW Antwerpen) hebben samen 193 ouderen gescreend. Het motiveren van de thuiszorgorganisaties bleek niet overal vanzelfsprekend. Zo zijn er bijna 1000 ouderen benaderd in Genk, terwijl dit er in Antwerpen en Oudenaarde respectievelijk maar 82 en 152 ouderen zijn.

De screening impliceerde toch een belangrijke inspanning en tijdsinvestering voor de medewerkers van de thuiszorgdiensten. Enkel het afnemen van de 7 screeningsvragen vraagt niet veel tijd. Het vraagt echter wel een serieuze tijdsinspanning van thuisverzorgers- en verplegers om uitleg te geven over het doel en het nut van VoZs. De administratieve last is een bijkomende drempel. Daarnaast hebben de organisaties zelf geen direct voordeel bij de screening.

Ten tweede is het opgevallen dat verschillende niveaus binnen eenzelfde organisatie niet altijd even overtuigd zijn van het nut van de screening. Idealiter hadden we meer mogelijkheden gehad om de basis, de zorgkundigen, verzorgenden en verpleegkundigen, te overtuigen. Het zijn zij die uiteindelijk de screenings uitvoeren en het belang van het onderzoek moeten inzien. De vertaalslag bij de screening moet ook worden aangereikt. De academische woordenschat zoals screening, onderzoek, toestemmingsformulier en cognitieve problemen moet worden vertaald naar de praktijk. De uitleg van de thuisverzorgers en thuisverpleegkundigen aan de ouderen speelt immers een cruciale rol voor deelname aan VoZs. Vooral bij het

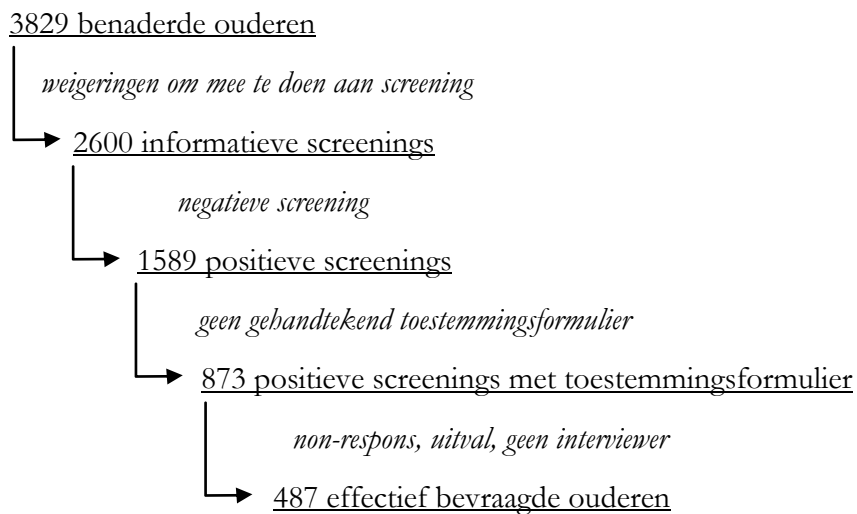
toestemmingsformulier is het zoeken naar een evenwicht tussen het droogjes informeren en het overtuigen om mee te doen.

De getrapte waterval waardoor er zoveel ouderen afvallen, bestaat uit 4 niveaus. Een eerste stap in deze cascade zijn de ouderen die weigeren om gescreend te worden. Op vraag van de Vereniging van diensten voor gezinszorg is er in het screeningsformulier expliciet de vraag voorzien "of de oudere twee heel korte vragen wil beantwoorden in het kader van een onderzoek". Van de 3829 ouderen die benaderd zijn, weigerden er 829 om mee te werken.

Ten tweede zijn er 1012 informatieve, negatieve screenings. Dit wil zeggen dat deze ouderen geen depressieve klachten en geen cognitieve problemen vertonen. Hierdoor worden zij niet geïncludeerd, ook al wilden deze ouderen meewerken aan VoZs.

Zo blijven er 873 ouderen over die na een positieve screening het toestemmingsformulier handtekenen. Het vinden van een vrijwillige interviewer duurde soms te lang, waardoor de kans op een succesvolle bevraging afnam. In bepaalde gemeenten waren er vrijwilligers klaar om te interviewen, maar waren er nog geen geschikte adressen om langs te gaan. In andere gemeenten was het juist omgekeerd. Hierdoor zijn er uiteindelijk 487 ouderen effectief bevraagd.

De matige respons is dus het gevolg van een watervaleffect van negatieve screenings en het feit dat ouderen op verschillende tijdstippen de mogelijkheid krijgen om niet mee te werken aan VoZs. Dit cascade-effect wordt hieronder schematisch voorgesteld.



Figuur 6: Overzicht screeningsproces

3 Ethische commissie

Voor elke deelnemende oudere en mantelzorger werd schriftelijke toestemming verkregen voor deelname aan het onderzoek en/of het raadplegen van externe databanken. Het onderzoeksprotocol met bijhorende vragenlijsten, infobrieven en informatie- en toestemmingsformulieren werd ter goedkeuring voorgelegd aan de ethische commissie van de K.U.Leuven (als centrale ethische commissie), met een aanvullend advies vanwege de ethische commissie van de UGent (als lokale ethische commissie). Voor het verzamelen, verwerken en analyseren van gezondheids- en persoonsgegevens of verzameld via bijkomende bevragingen en voor de koppeling van de verschillende datasets, werd goedkeuring van de commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer gevraagd (dossiernummer VT005006892).

4 Beschrijving van het veldwerk en de respons

Nadat een oudere positief gescreend is en het toestemmingsformulier heeft ondertekend, kan deze bevroegd worden. Er wordt hoofdzakelijk gewerkt met peer interviewers uit dezelfde regio, met andere woorden: ouderen bevroegen andere ouderen. We bespreken eerst kort de keuze voor en de zoektocht naar vrijwillige interviewers en beschrijven daarna de uiteindelijke respons.

4.1 De vrijwillige interviewers

VoZs kiest bewust voor vrijwillige peer interviewers als enquêteurs. Binnen de regio's is er gezocht naar oudere vrijwilligers om bij de respondenten thuis langs te gaan met de gestandaardiseerde vragenlijst. Vaak zijn dit actieve 50+'ers of jonggepensioneerden die makkelijker het vertrouwen van de oudere kunnen winnen. Deze interviewers kennen de regio, spreken het dialect en kunnen zich inleven in de zorgsituatie. Hierdoor vergroot de kans op een goede relatie tussen de oudere en de interviewer (Casman M.T. & Lenoir V., 2004). Dit is essentieel om de oudere te motiveren om ook volgende jaren mee te werken aan VoZs. De continuïteit van de interviewers kan uitval in de volgende rondes van VoZs tegengaan. Het werken met vrijwilligers is ook een praktische oplossing voor het feit dat er geen financiële middelen beschikbaar zijn om het veldwerk uit te besteden aan bijvoorbeeld een professioneel onderzoeksbureau.

In de 41 gemeentes uit de regio's werd op zeer veel verschillende manieren naar vrijwilligers gezocht. In elke gemeente werd een verantwoordelijke voor het ouderenbeleid persoonlijk bezocht. Samen werd er via formele en informele kanalen gezocht naar mogelijke vrijwilligers. Daarnaast werden organisaties van ouderen zoals Okra gecontacteerd en werd een beroep gedaan op het netwerk van de Vlaamse Ouderenraad. In lokale nieuwsbrieven en tijdschriftjes en in de ledenbladen en op de websites van de ouderenorganisaties werden advertenties geplaatst. Het was niet zo dat één model voor alle gemeentes werkte. Waar bijvoorbeeld in de ene gemeente het OCMW of de ouderenraad echte trekkers waren, vonden we in andere gemeentes

weinig enthousiasme of zelfs tegenwerking van diezelfde instanties. Dit had zowel met persoonlijke motieven of voorkeuren als met lokale omstandigheden (er was bijvoorbeeld net een plaatselijke bevraging gebeurd) te maken.

Het was ook zelden mogelijk om via een structurele insteek op grote schaal vrijwilligers te rekruteren en op pad te sturen. Mogelijke vrijwilligers moesten eerder één per één worden aangesproken en gemotiveerd. Er werd in elke gemeente minstens één opleidingsmoment voorzien om de doelstelling van het onderzoek te kaderen en de technische aspecten van het interviewen te bespreken. Een medewerker werd deeltijds ingeschakeld als aanspreekpunt en verantwoordelijke voor het interviewernetwerk.

Uiteindelijk zijn er in totaal 277 vrijwillige interviewers geregistreerd. Dit wil zeggen dat zij naar een opleidingsmoment zijn geweest en daar een formulier voor de verzekeringen hebben ingevuld. Tijdens het veldwerk hebben 69 vrijwilligers hebben afgehaakt, omdat ze te lang moesten wachten op adressen, omdat ze het een te grote inspanning vonden of omwille van persoonlijke redenen.

Daarnaast is in het voorjaar van 2009 in de regio's Tielt-Winge en Genk gewerkt met studenten ergotherapie van de Provinciale Hogeschool Limburg als interviewer. Er was een acuut tekort aan interviewers in deze regio's en het inschakelen van studenten maakte een snelle bevraging mogelijk. De samenwerking met Provinciale Hogeschool Limburg in 2009 werd positief geëvalueerd zodat deze ook in 2010 werd voortgezet. Ook voor 2011 is een verdere samenwerking gepland. Vanuit het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen zijn eind 2010 vrijwilligers-studenten ingeschakeld voor het veldwerk voor Wave 2.

4.2 De bevraging

De vrijwilligers kregen gemiddeld 2 à 3 adressen van ouderen toebedeeld om te bezoeken met de vragenlijst. Tabel 4 geeft een overzicht weer van het aantal ingevulde vragenlijsten van ouderen en mantelzorgers per regio.

Tabel 4. Regionale verdeling van de respons

	Antwerpen Noord	Geel	Genk	Gent 1	Ieper	Oostende	Oude-naarde	Tielt-Winge	Totaal
Aantal ouderen	10	58	126	23	75	60	34	101	487
Aantal mantelzorgers	3	27	97	13	58	34	20	67	320

In totaal hebben 487 **ouderen** de vragenlijst ingevuld. Dit wil zeggen dat er van de 873 potentiële respondenten na de screening 386 zijn afgevallen. Deze uitval is deels het gevolg van de tijdsperiode tussen screening en interview. Het toebedelen van de

beschikbare adressen aan vrijwilligers duurde soms te lang. In die tussenperiode zijn er 70 respondenten overleden, bij 25 ouderen was de gezondheidssituatie te slecht om de vragenlijst in te vullen, waren er 6 ouderen opgenomen in het ziekenhuis en waren er 33 respondenten verhuisd naar een rusthuis. Deze uitval van 15% geeft aan dat de screening inderdaad een groep van kwetsbare ouderen heeft geïncludeerd. Daarnaast hebben er 70 ouderen geweigerd, was er bij 23 respondenten geen contact mogelijk, 19 vragenlijsten gingen verloren met de post, bij 27 adressen heeft de interviewer afgehaakt, voor 43 adressen is er geen vrijwilliger gevonden. Bij 98 adressen is de reden van weigering onbekend.

Tussen de acht regio's is er een grote variatie. In grote steden loopt het veldwerk veel moeilijker, zowel wat betreft het overtuigen van organisaties om te screenen, als wat betreft het verkrijgen van goedkeuring tot deelname van de ouderen en wat betreft het vinden van vrijwilligers. Voor het bevragen van kwetsbare ouderen in steden zullen in de toekomst aangepaste methodieken moeten worden ontwikkeld.

Het uitbesteden van het veldwerk aan vrijwilligers impliceert ook voor een deel controleverlies over het veldwerk. Zo is het niet altijd mogelijk om te achterhalen waarom een respondent zijn vragenlijst niet heeft ingevuld. Men kan van vrijwilligers namelijk niet dezelfde technische vaardigheden verwachten als van professionele interviewers.

Het uitgangspunt was dat de **mantelzorger** zelf zijn vragenlijst schriftelijk kon invullen. In de praktijk moest de interviewer bij oudere mantelzorgers vaak toch een handje helpen en meer uitleg geven. In totaal zijn er 320 mantelzorgers bevestigd. 65 ouderen gaven aan dat zij geen mantelzorger hebben. Nog eens 16 ouderen duiden een professionele zorgverlener aan als mantelzorger, wat er waarschijnlijk ook op wijst dat zij geen informele zorgverlener hebben. Voor de overblijvende 86 ouderen hebben we geen informatie over en van de mantelzorger.

5 Besluit

De Vlaamse Ouderen Zorg Studie bevestigd een groep van kwetsbare ouderen met specifieke noden én hun mantelzorgers, waarover we in Vlaanderen weinig weten. Ouderen met dementie en ouderen met depressie zijn nochtans demografisch een sterk groeiende groep. Ook het zorgbeleid zal vandaag en in de toekomst met deze groeiende doelgroep moeten rekening houden.

Kennis over de levenskwaliteit van deze kwetsbare ouderen, over hun zorgtrajecten, over de mate waarin hun zorgbehoeftes een antwoord vinden en over hun tevredenheid over dat zorgtraject, is bijzonder belangrijk. We weten uit onderzoek dat mantelzorgers van cruciaal belang zijn wanneer ouderen langer thuis willen blijven. Hun noden en hun visie op het zorgtraject moeten mee in rekening worden gebracht wanneer men streeft naar een vraaggericht ouderenbeleid dat ouderen helpt om zo lang mogelijk thuis te blijven. Dat VoZs de 'eigen' mantelzorger van de oudere bevestigd, biedt ten op zichte van ander onderzoek in Vlaanderen een meerwaarde. De topics die VoZs aan bod komen zijn zeer uitgebreid. Dit laat toe om bij nieuwe

beleidsvragen en in het kader van nieuwe beleidsopties betreffende deze specifieke, doch groeiende bevolkingsgroep, een beroep te doen op de VoZs data.

Van de 3892 benaderde ouderen zijn er 1.589 ouderen met symptomen van depressie en/of cognitieve problemen. Daarvan waren er aanvankelijk 873 bereid om aan VoZs deel te nemen. Op het moment van de bevraging waren dat er nog 803. Door zowel redenen gerelateerd aan de oudere, de interviewers als het onderzoeksoptzet werd in de eerste bevragingronde van 487 ouderen een interview afgenomen en zijn 320 mantelzorgers bevraged. Het inzetten van vrijwilligers (zonder enige vergoeding) is niet evident en is een grote puzzel waarvan de puzzelstukjes niet altijd mooi in elkaar passen.

De matige respons kan tot gevolg hebben dat er in sommige regio's te weinig respondenten zijn om verschillen tussen individuele regio's te kunnen analyseren. Dit kan onder andere opgelost worden door regio's met gelijkaardige kenmerken samen te nemen. De grootste bedreiging voor het volhouden van het longitudinaal design is de uitval van ouderen in de tweede en derde golf. Zo zullen er ouderen zijn die niet meer deelnemen aan de volgende bevragingen door een te slechte gezondheidstoestand, door overlijden en door weigering. Dit is eigen aan de onderzoeksdoelgroep. Om de onderzoeksgroep voldoende groot te houden wordt ingezet op bijkomende screenings door thuiszorgorganisaties bij wave 2.

Beleids- en onderzoeksmatig interessante perspectieven voor VoZs zijn de koppeling van de gegevens van de ouderen met die van zijn of haar mantelzorger en - bij goedkeuring door de privacycommissie - met de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap. Zo kunnen we bijkomende wetenschappelijke en beleids- en praktijkrelevante onderzoeksvragen beantwoorden. Is het objectief zorggebruik zoals geregistreerd door de mutualiteiten overeenkomstig met de subjectieve gezondheidstoestand van de oudere? Is er sprake van medicalisering van de zorg voor ouderen? Daarnaast kunnen verdiepende studies opgezet worden. Bijvoorbeeld diepte-interviews kunnen een beter zicht kunnen geven op de beweegredenen, motieven, beleving en levenskwaliteit van ouderen die tussen twee bevragingen de overstap naar een woonzorgcentrum maakten en van hun mantelzorger.

Referentielijst

Andersen, R. (1968). *Behavioral model of families' use of health services*. Research Series No. 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioural model and access to medical care - Does it matter? *Journal of health & social behavior*, 36, 1-10.

Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical care*, 46, 647-653.

Armstrong, J.J., Stolee, P., Hirdes J.P., Poss, J.W. (2010). Examining three frailty conceptualizations in their ability to predict negative outcomes for home-care clients. *Age and Ageing*, 39(6), 755-758.

Attias-Donfut, C., J. Ogg, and F. C. Wolff (2005). Family support. In *Health, ageing and retirement in Europe -First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. A.Börsch-Supan, H. Brugiavini, H.Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, and G. Weber, eds. Mannheim: MEA, pp. 171-178.

Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis K., Mertens R. (2009). Gezondheidsongelijkheid in België: de harde cijfers. Vaststellingen op basis van de gegevens van de ziekenfondsen. *Belgisch tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1, 145-171

Bayingana, K., Drieskens, S., & Tafforeau, J. (2002). *Depressie. Stand van zaken in België* (Rep. No. D/2002/2505/20). Brussel: Dienst Epidemiologie Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Börsch-Supan, A., K. Hank, H. Jürges, M. Schröder (eds.) (2008): *Health, ageing and retirement in Europe (2004–2007)*. Starting the longitudinal dimension, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), University of Mannheim.

Bowling, A., Browne, P.D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being amongst the oldest-old in London. *Journal of Gerontology*. 46(1): S20-32

Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M.B., Rose T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1: 37-44.

Carretero, S., Garcés, J., Rodenas, F., & Sanjosé, V. (2007). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 74-79.

Casman M.T. & Lenoir V. (2004). Voorstelling van de PSBH. In Mortelmans D., Casman M.T., & Doutrelepon R. (Eds.), *Elf Jaar Uit Het Leven in België. Socio-Economische Analyses Op Het Gezinsdemografisch Panel PSBH* (pp. 21-43). Gent: Academia Press.

Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Ageing & mental health*, 9, 325-330.

Dalstra, J. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34, 316-326.

Damman, S. (2006). Preventie van ouderenmishandeling: een aanzet tot wenselijke preventie. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen. Universiteit Gent.

Declercq, A., Van Audenhove, Ch., Lammertyn, F. (1995). *Aard en determinanten van zorggebruik door dementerende bejaarden*. Leuven: Lucas.

De Koker, B. (2009). Gedeelde zorg is halve zorg? De betekenis van professionele hulp voor partners en kinderen van een zorgbehoevende oudere. In: Cantillon, B., Van den Bosch, K. & Lefebure, S. (Red.). *Ouderen in Vlaanderen en Europa. Tussen vermogen en afhankelijkheid*. Leuven: Acco, pp 191-232.

De Lepeleire, J., Iliffe, S., Mann, E., Degryse, J.M. (2009). Frailty: an emerging concept for general practice. *British Journal of General Practice*. 59(562): 364-369.

Demaerschalk, M. & Declercq, A. (2007). *Wonen en Zorg voor ouderen met dementie*. Leuven: Lucas.

De Rick, K., Opdebeeck, S., Van Audenhove C., & Lammertyn, F. (2000). *De gezinsleden van personen met langdurige psychische problemen*. Leuven: Lucas.

Edelman, P, Fulton, B. R., Kuhn, Daniel, and Chang, Chih-Hung (2005). A comparison of three methods of measuring dementia-specific quality of life: Perspective of residents, staff and observers. *The Gerontologist*, 45, 27-36.

Ettema, T. P., de Lange, J., Droes, R. M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). Handleiding Qualidem. Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1.

Ettema, T. P., Droes, R. M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.

Gaugler, J.E., Yu, F., Krichbaum, K, Wyman, J.F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Medical Care*. 47(2), 191-198.

Geerts, J. (2009). Gebruik van formele en informele zorg door ouderen. Vlaanderen/België in Europees vergelijkend perspectief. In: Cantillon, B., Van den Bosch, K. & Lefebure, S. (Red.). *Ouderen in Vlaanderen en Europa. Tussen vermogen en afhankelijkheid*. Leuven: Acco, pp 155-189.

Geerts, J. (2010). *Dynamiëken en determinanten van long-term care gebruik. Een onderzoek naar de relatie tussen formele en informele zorg vanuit een micro- en macrosociologisch perspectief*. Proefschrift. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

- Gobbens, R.J.J., Luijkx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T., Schols, J.M.G.A. (2010). In Search of an Integral Conceptual Definition of Experts: Opinions of Experts. *Journal of the American Medical Directors Association*. 11(5): 338-343.
- Golden, J., Conroy, R.M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., Lawlor, B.A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7): 694-700.
- Harris, Y. (2007). Depression as a risk factor for nursing home admission among older individuals. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 14-20.
- Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaeillie, J., Maes, L., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2008). *De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's*. (SWVG-rapport). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brahler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, afp202.
- Masuy A. J. (2009). Effect of caring for an older person on women's lifetime participation in work. *Ageing & Society*, 29, 745-763.
- Matthews, R.J., Jagger, C., Hancock, R.M. (2006). Does socio-economic advantage lead to a longer, healthier old age? *Social science & medicine*, 62, 2489-2499.
- Milisen, K., Coussement J., Vlaeyen E., Bautmans I., Bertrand I., Boonen S., Cambier D., De Coninck L., De Cuyper M., Delbaere K., De Ridder M., Descamps J., Geeraerts A., Goemaere S., Govaerts F., Hamblok T., Huysentruyt A., Moerenhout M., Peeters J., Van Croonenburg M., Van den Noortgate N., Van Laeken M., Wertelaers A., Dejaeger E. (2010) *Valpreventie bij thuiswonende ouderen. Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen*, Leuven:Acco
- Mortelmans, D., Casman, T, Doutrelepon, R. (Eds.) (2004). *Elf jaar uit het leven in België*. Gent: Academia Press.
- Onder, G., Liperoti, R., Soldati, M, Cipriani, M.C., Bernabei, R., Landi, F. (2007). Depression and risk of nursing home admission among older adults in home care in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 68(9), 1392-1398.
- Pelfrene, E. (2009). *De nieuwe bevolkingsvooruitzichten 2007-2060: een vergelijking met vorige prognoses*. Studiedienst van de Vlaamse Regering: Brussel.
- Pel-Littel, R.E.; Schuurmans, M.J., Emmelot-vonk, M.H., Verhaar, H.J.J. (2009). Frailty: Defining and measuring of a concept. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 13(4): 390-394.
- Puts, M.T.E., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Deeg, D.J.H. (2009). The meaning of frailty according tot Dutch frail and non-frail persons. *Journal of Aging Studies*, 23(4): 258-266.

Sangl, J., Buchanan, J., Cosenza, C., Bernard, S., Keller, S., Mitchell, N., et al. (2007). Development of a CAHPS instrument for nursing home residents (NHCAHPS). *Journal of Aging and Social Policy*, 19, 63-82.

Schölzel-Dorenbos, C.(2011). *Quality of life in dementia - From concept to practice*. Proefschrift Nijmegen: Universeit Nijmegen.

Sheikh, J.I., Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention*, pp.165-173, NY: The Haworth Press.

Sheikh, J.I., Yesavage, J.A., Brooks, J.O.III., Friedman, L.F., Gratzinger, P., Hill, R.D., Zadeik, A., Crook, T. (1991). Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *International Psychogeriatrics*, 3: 23-28.

St John, P., Montgomery, P. (2009). Do depressive symptoms predict mortality in older people?, *Aging & Mental Health*, 13(5): 674-681.

Spruytte, N., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (2000a). *Als je thuis zorgt voor een chronisch ziek familielid. onderzoek over de mantelzorg voor dementerende ouderen en voor psychiatrische patiënten*. Leuven: Garant.

Spruytte, N., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F (2000B). *De schaal voor de kwaliteit van de huidige relatie (KHR)Intern Document 2000/2*. Leuven: Lucas.

Spruytte, N. (2003). *Expressed emotion bij mantelzorgers van dementerende ouderen*. Leuven: Lucas.

Szmukler, G. I. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: The development of the experience of caregiving inventory. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 31, 137-148.

Stek, M. L., Gussekloo, J., BEEKMAN, A. T. F., van Tilburg, W., & Westendorp, R. G. J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*, 78, 193-200.

Van Audenhove, C., De Coster, I., van den Ameele, H., De Fruyt, J., & Goetinck, M. (2007). *De aanpak van depressie door de huisarts. Een handboek voor de praktijk*. Leuven: Lannoo Campus.

Van Audenhove, C., Spruytte, N., Detroyer, E., De Coster, I., Declercq, A., Ylief, M., Squelard, G., Misotten, P. (2009). *De zorg voor personen met dementie: perspectieven en uitdagingen*. Reeks: Naar een dementievriendelijke samenleving. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

Vanden Boer, L., Th. Jacobs, Vanderleyden, L., . Audenaert, V. & . Pauwels, K. (2001). *Het leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen (LOVO). 1. Thuiswonende 55-plussers. Onderzoeksdesign - Theoretische achtergronden -Concepten - Meetinstrumenten*. Brussel: CBGS-Werkdocument, 2001/8.

Vanden Boer, L. (2003). *Hulp nodig? Raming van het aantal hulpbehoevende thuiswonende 55-plussers*. Brussel: CBGS-Werkdocument, 2003/ 5

Van der Heyden, J. , Gisle, L. , Demarest, S. , Drieskens, K. , Hesse, E. & Tafforeau, J. (2010). [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.](#)

Vandeurzen, J. (2009) *Beleidsnota 2009-2014 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*, Brussel,, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

Whooley, M. A. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*, 12, 439-445.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37-49.

Publicaties van het

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Feiten & Cijfers

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

SWVG Feiten & Cijfers 8	Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik
SWVG Feiten & Cijfers 7	Als mama rookt, rookt de baby mee
SWVG Feiten & Cijfers 6	Een wereld van verschil. Zien baby's aantallen?
SWVG Feiten & Cijfers 5	Kleine kinderen, kleine zorgen? Ondersteuningsbehoeften van ouders met zuigelingen in relatie tot ouder-, kind- en gezinskenmerken
SWVG Feiten & Cijfers 4	Depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken
SWVG Feiten & Cijfers 3	Preventie van spina bifida en andere neuralebuisdefecten door foliumzuursuppletie tijdens de zwangerschap
SWVG Feiten & Cijfers 2	Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (I)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag?
SWVG Feiten & Cijfers 1	Depressieve klachten en suïcidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede

Rapporten

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Rapport 15	2011/04	De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport
Rapport 14	2011/03	De dienstencheque in Vlaanderen. Tot uw dienst of ten dienste van de zorg?
Rapport 13	2011/02	Evaluatie van de huidige screening van adoptieouders uitgevoerd door Diensten voor maatschappelijk onderzoek van de CAW's in het kader van de geschiktheidprocedure voor interlandelijke adoptie gevoerd voor de jeugdrechtbank
Rapport 12	2011/01	EFeKT - Evalueren van eEffecten en Kernprocessen van preventieve meThodieken, ontwikkeld binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen
Rapport 11	2010/02	JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment
Rapport 09	2009/06	Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen
Rapport 08	2009/05	Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van CGG
Rapport 07	2009/04	Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaamse gewest
Rapport 06	2009/03	Vraagverheldering in de preventieve gezinsondersteuning van Kind & Gezin: Een onderzoek naar de validering van de IJsbrekermethodiek
Rapport 05	2009/02	Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning
Rapport 04	2009/01	Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel
Rapport 03	2008/08	Evaluatie Time-outprojecten - Bijzondere jeugdbijstand
Rapport 02	2008/06	De prioriteiten op het vlak van welzijn en gezondheid: visies van betrokkenen in 8 regio's
Rapport 01	2008/03	Toekomstig ziekenhuislandschap in Vlaanderen

Werknota's

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Werknota 10	2010/04	De netwerken van Integrale Jeugdhulp geanalyseerd vanuit een keten- en netwerkmanagementperspectief - Een casestudie
Werknota 08	2009/11	Zorg op de Europese markt
Werknota 07	2009/10	Beleidsruimte van de overheid in de zorgsector
Werknota 06	2009/09	Overheidsinstrumentarium in de zorgsector – onderzoekskade
Werknota 05	2008/07	De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's
Werknota 02	2008/02	Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning
Werknota 01	2008/01	Ontwikkelingen betreffende de Europese Dienstenrichtlijn en de zorgsector"

Boeken

(te bestellen via <http://www.acco.be/uitgeverij/nl>)

Boek 2	2010/01	Modelontwikkeling voor de economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten en projectplannen (ISBN:9789033480706)
Boek 1	2009/08	Deugdelijk bestuur in de non-profit welzijns- en gezondheidssector (ISBN:9789033477980)