

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Ontwikkelen van afkappunten in BelRAI Screener  
voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood  
(vroeger THAB genoemd)**

Evelien Moors  
Prof. dr. Anja Declercq



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32  
E-mail: swvg@kuleuven.be

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

Publicatie nr. 2019/08

SWVG-Rapport 24

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Ontwikkelen van afkappunten in BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (vroeger THAB genoemd)

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq

Onderzoekers: Evelien Moors

Met dank aan Liza Van Eenoo en Bojoura Schouten voor hun bijdrage tot de realisatie van dit project.

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

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.



#### Het consortium SWVG

| <i>Deelnemende instellingen</i>  | <i>Dagelijks bestuur</i>   |
|--|--|
| <b>KU Leuven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy</li><li>· Instituut voor Sociaal Recht</li><li>· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving</li><li>· Leuven Instituut voor Gezondheidsbeleid</li><li>· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen</li></ul> | Prof. dr. Chantal Van Audenhove<br>Prof. dr. Anja Declercq<br>Prof. dr. Johan Put<br>Prof. dr. Tine Van Regenmortel<br>Prof. dr. Erik Schokkaert |
| <b>UGent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement</li><li>· Vakgroep Publieke Governance, Management &amp; Financiën</li><li>· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg</li></ul>   | Prof. dr. Paul Gemmel<br>Prof. dr. Joris Voets<br>Prof. dr. An De Sutter   |
| <b>Vrije Universiteit Brussel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen</li></ul>   | Prof. dr. Dominique Verté  |
| <b>Universiteit Antwerpen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum OASes, Departement Sociologie</li></ul>  | Prof. dr. Peter Raeymaeckers   |
| <i>Partnerinstellingen</i>   |  |
| <b>Universiteit Hasselt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum voor Statistiek</li></ul>  |  |
| <b>Thomas More Hogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Opleiding Toegepaste Psychologie</li></ul>   | dr. Peter De Graef   |
| <b>Arteveldehogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Dienst onderzoek en dienstverlening</li></ul>   |  |
| <b>Hogeschool Gent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Mens en Welzijn</li></ul>   |  |
| <b>UC Leuven-Limburg</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Groep Gezondheid en Welzijn</li></ul>   |  |

## Rapport 24

Mei 2019

### Ontwikkelen van afkappunten in BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (vroeger THAB genoemd)

Onderzoeker: Evelien Moors

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq

## Samenvatting

De Vlaamse overheid wil voor de verschillende pijlers van de Vlaamse Sociale Bescherming werken aan een gefaseerde invoering van BelRAI<sup>1</sup> als gedeeld indicatiestellings-instrument<sup>2</sup>. Een van deze pijlers is het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. Dit budget maakt sinds 2017 onderdeel uit van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). Het was vroeger gekend als de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB). Met dit zorgbudget wil de Vlaamse Regering een financiële tegemoetkoming voorzien voor de bijkomende niet-medische kosten die zorgbehoevende ouderen met een beperkt inkomen hebben vanwege een verminderde zelfredzaamheid. Net zoals voor de andere onderdelen van de VSB, wil de Vlaamse Overheid voor dit budget toewerken naar een gefaseerde invoering van BelRAI als gedeeld indicatiestellingsinstrument. Vermeulen & Declercq (2016) tonen in hun onderzoek aan dat de BelRAI Screener een geschikt instrument is om de huidige medisch-sociale schaal te vervangen. Afkappunten enten op de BelRAI Screener aan de hand van de medisch-sociale schaal is daarentegen niet aangewezen aangezien voor eenzelfde score op de medisch-sociale schaal er zeer uiteenlopende scores zijn te vinden op de BelRAI Screener (Vermeulen et al., 2016).

In dit onderzoek bepalen we potentiële afkappunten op de BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood op basis van een kostenanalyse en een gelijktijdige afname van de BelRAI Screener bij de huidige populatie rechthebbenden. Vierentwintig procent van de onderzoekspopulatie woont in een residentiële voorziening. Bij personen die in een residentiële voorziening verblijven, bestaat de extra kost wellicht uit de eigen bijdrage die in die voorziening moet worden betaald. We beperken ons bij de bevraging daarom tot thuiswonende personen. Met dit onderzoek kunnen we dus geen uitspraken doen over oudere rechthebbenden in woonzorgcentra. Er wordt geopteerd om de kosten rechtstreeks te bevragen bij de betrokken doelgroep, aangezien we een overwegend oudere doelgroep bevragen over relatief ingewikkelde thema's zoals inkomsten en kosten. De kostenbevraging en inschaling van de BelRAI Screener worden uitgevoerd door de diensten maatschappelijk werk van de verschillende mutualiteiten. In het onderzoek van Vermeulen et al. (2016) waren personen in de hoogste categorieën (IV en V) ondervertegenwoordigd in de steekproef. Om dit probleem te omzeilen, maken

1 BelRAI = verzamelnaam Belgische vertaling & informatisering van interRAI instrumenten

2 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/belrai-één-inschaling-voor-beter-toegankelijke-zorg>

we in dit onderzoek gebruik van een disproportionele quotastEEKproef. In totaal levert de data-verzameling 700 ingevulde vragenlijsten op, waarvan er 648 meegenomen konden worden in de analyses.

Aan de hand van de verzamelde gegevens formuleren we eerst een antwoord op drie verwante deelonderzoeksvragen. Zo gaan we ten eerste na **of de bestaande forfaitaire vergoeding effectief (alle) niet-medische kosten dekt**. Op basis van onze kostenstudie stellen we vast dat de bestaande forfaitaire vergoeding voor het merendeel van de respondenten (alle) gerapporteerde niet-medische kosten dekt. Hier maken we wel de veronderstelling dat iedereen recht heeft op de maximale maandelijkse vergoeding voor zijn categorie. De 46 respondenten voor wie de vergoeding niet alle gerapporteerde niet-medische kosten dekt, zijn vooral personen die momenteel recht hebben op het zorgbudget uit de laagste categorie (op basis van een score op de medisch-sociale schaal). Voor deze groep vallen ons twee dingen op. Ten eerste zien we dat voor de meeste van deze mensen de totale kosten voor meer dan 75% bestaan uit kosten voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen. Ten tweede stellen we vast dat er een positieve samenhang is tussen de zorgnood (gemeten aan de hand van de BelRAI Screener) en de hoogte van de niet-medische kosten. Dit wordt voor de hele steekproef bevestigd, wat een antwoord geeft op onze tweede onderzoeksvraag, namelijk **dat de niet-medische kosten stijgen naarmate de zorgnood toeneemt**. Een hogere zorgnood zou bijgevolg recht moeten geven op een hogere tegemoetkoming. Het is evenwel ook zo dat zowel de BelRAI Screener als de medisch-sociale schaal slechts een beperkt deel van de niet-medische kosten verklaren.

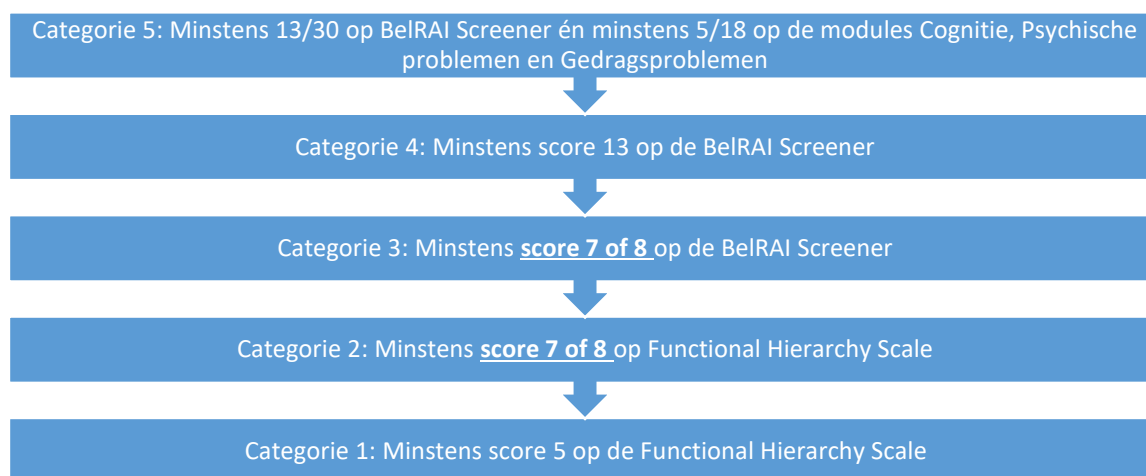
Met de derde onderzoeksvraag willen we nagaan **welke elementen de hoogte van de niet-medische kosten verklaren**. De data tonen dat meerdere elementen een impact hebben op de niet-medische kosten. De BelRAI-modules IADL, ADL en Gedragsproblemen verklaren een significant gedeelte van de verschillen in niet-medische kosten voor deze doelgroep. Een vergelijking van de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten leert ons dat de 'Module 1: IADL' de grootste verklaringskracht heeft, gevolgd door 'Module 2: ADL' en 'Module 5: Gedragsproblemen'. We zien evenwel ook dat er respondenten zijn met hoge kosten per maand, maar een lage score op de BelRAI Screener. Op basis van deze vaststellingen beantwoorden we onze **centrale onderzoeksvraag** en koppelen we de vijf categorieën die de huidige regelgeving voorziet – aan de hand van ROC-analyses - aan **vijf afkappunten op de BelRAI Screener** (zie onderstaande Figuur):

- **Categorie 5 (hoogste zorgbudget):** Ouderen met een score van minstens 13 op 30 op de BelRAI Screener, in combinatie met minstens een 5 op 18 op de modules cognitie, psychische problemen en gedragsproblemen. Deze score duidt op een zeer zware en complexe zorgnood.
- **Categorie 4:** Ouderen met een score 13 op de BelRAI Screener. Een score van 13 wijst op een zware zorgnood en opent ook het recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevende.
- **Categorie 3:** Ouderen met een score 7 of 8 op de BelRAI Screener.
- **Categorie 2:** Voor de laatste twee afkappunten voor categorie 1 en 2 maken we gebruik van de Functional Hierarchy Scale. Deze schaal laat toe om op een betrouwbare manier gradueel verlies om ADL- en IADL-activiteiten uit te voeren, te beoordelen met een score tussen 0 tot 11. We stellen vast dat 63% van de respondenten in de steekproef een score van 8 of meer behalen op de Functional Hierarchy Scale. Het verschil tussen een score 7 en 8 zit in de mate dat men nog in staat is om ADL-activiteiten uit te voeren. Een score 8 geeft aan dat er minimaal 'uitgebreide hulp' nodig is bij activiteiten die we linken aan persoonlijke hygiëne en het toiletgebruik (en er is enige hulp vereist bij het eten en het zich verplaatsen). Bij een score 7 zal men dus minder

zorgbehoevend zijn. Een score 7 of 8 op de Functional Hierarchy Scale als beginnend afkappunt zou te veel zorgbehoevende respondenten die nu de THAB ontvangen, een uitkering ontzeggen. Daarom linken we één van deze potentiële afkappunten aan categorie 2.

- *Categorie 1 (laagste zorgbudget)*: Ouderen met een score 5 op de Functional Hierarchy Scale. Een score van minder dan 5 op de Functional Hierarchy Scale wijst op een beperkte, beginnende zorgnood.

Voor het afkappunt dat we linken aan categorie 2 en 3 zijn er dus twee scenario's mogelijk. Voor beide scenario's gingen we na wat de impact zou zijn op verdeling in de huidige steekproef. Een afkappunt 7 op de Functional Hierarchy Scale voor categorie 2 en de BelRAI Screener voor categorie 3 zorgt voor een grote groep respondenten in categorie 3 en een zeer beperkt aantal in categorie 2. Een afkappunt 8 op zowel de Functional Hierarchy Scale voor categorie 2 als de BelRAI Screener voor categorie 3 verdeelt nog steeds de grootste groep respondenten in categorie 3, maar minder extreem als met de twee scores op 7. Het aantal respondenten in categorie 1 en 2 zou in dat geval ook gelijk verdeeld zijn.



Figuur 1 Overzicht potentiële afkappunten voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood

De sterkte van dit onderzoek ligt in de directe verbinding van functioneringsproblemen en (gemeten) niet-medische kosten. Dit leidt tot een objectivering van de indicatiestelling en een meer gelijke behandeling van personen. Het is echter belangrijk om de kenmerken van de personen die in het nieuwe systeem uit de boot zouden vallen - maar die toch significante niet-medische kosten hebben - nader te bestuderen. We zien dat de kosten van deze groep vaak gaan over investeringen voor duurzame hulpen ondersteuningsmiddelen (bijvoorbeeld aanpassingen aan het huis). Deze investeringen leiden wellicht tot een beter functioneren. Deze verbetering kan maken dat de score op de BelRAI Screener daalt en het recht op het zorgbudget verdwijnt. Het is in dergelijke gevallen wel noodzakelijk dat er voldoende tussenkomst is voor kosten die gemaakt worden, we denken hierbij met name aan grotere investeringen. Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood is vrij besteedbaar en aankopen voor kleinere hulpmiddelen kunnen hiermee ook gefinancierd worden. Investeringen in duurzame hulp- en ondersteuningsmiddelen dienen via andere kanalen dan het zorgbudget voorzien te worden. We denken hierbij aan het streven naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid waarbij de leeftijdsgrens van 65 jaar de toegang tot een tegemoetkoming in bepaalde hulpmiddelen niet belet.

Een eerste en tevens de voornaamste beperking van dit onderzoek betreft de steekproeftrekking in de onderzoekspopulatie. We hebben in dit onderzoeksopzet gekozen voor een quota-steekproef. Zo zijn alle categorieën vertegenwoordigd, maar het maakt ook dat we niet zeker kunnen zijn dat deze

onderzochte groep een correcte afspiegeling is van de hele populatie. We weten ook niet wie met de medisch-sociale schaal niet en met BelRAI wel in aanmerking zou komen. Dit bemoeilijkt enerzijds het inschatten van de impact van de twee scenario's en anderzijds het inschatten van de budgettaire impact. Ook de grote spreiding tussen de scores op de BelRAI Screener voor eenzelfde score op de medisch-sociale schaal bemoeilijkt elke voorspelling. Een tweede beperking is dat we in onze kostenstudie noch zicht hebben op het exacte bedrag dat elke individuele zorgvrager maandelijks ontvangt, noch weet hebben van kosten die gedekt worden vanuit andere tegemoetkomingen.

Ongeacht het scenario waarvoor wordt gekozen, zullen er heel wat verschuivingen optreden in wie wel of geen recht heeft en op welk niveau. De BelRAI Screener focust op het functioneren, terwijl bij gebruik van de medisch-sociale schaal vaak met diagnoses rekening wordt gehouden. Dat verklaart wellicht waarom ongeveer 17% van de personen in de steekproef op basis van de medisch-sociale schaal wel recht hebben, maar toch minder dan vijf scoren op de Functional Hierarchy Scale. Deze score wijst op zeer beperkte functioneringsproblemen.

Het zorgbudget heeft tot doel kosten te vergoeden die voortvloeien uit een verminderde zelfredzaamheid in het dagelijkse leven. Meer specifiek focust men op het (1) uitvoeren van huishoudelijke activiteiten, (2) in de mogelijkheid zijn om sociale contacten te leggen, zich te ontplooien en (3) zich oriënteren in tijd en ruimte (Jaarverslag Vlaamse Sociale Bescherming, 2017). Het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten en het zich oriënteren in tijd en ruimte zijn items die expliciet bevestigd worden in de BelRAI Screener onder 'Module 1: IADL' en 'Module 3: cognitieve problemen'. Het tweede aspect 'zich in de mogelijkheid bevinden om sociale contacten te leggen en zich te ontplooien' is impliciet aanwezig in alle items, maar niet expliciet. Om tegemoet te komen aan dit probleem wordt er momenteel gewerkt aan een sociale module voor de BelRAI Screener en de andere BelRAI-instrumenten. Het zou een meerwaarde kunnen vormen om in de toekomst ook de output van dit instrument mee in rekening te brengen om te bepalen of iemand al dan niet recht heeft op het zorgbudget van ouderen met een zorgnood.

Op basis van bovenstaande bevindingen komen we tot vijf aanbevelingen.

**Aanbeveling 1:** De BelRAI Screener meet wel de basale en de instrumentele ADL, maar niet, of onvoldoende, de geavanceerde ADL. Het Sociaal Supplement dat wordt ontwikkeld bij de BelRAI Screener en bij andere BelRAI instrumenten meet de geavanceerde ADL echter wel en gaat dieper in op de beoordeling van de woonomgeving, maatschappelijke participatie, psychosociaal welzijn en informele zorg en steun. Met de combinatie BelRAI Screener – BelRAI Sociaal Supplement wordt wellicht wel afdoende zelfredzaamheid gemeten. In tegenstelling tot bij de medisch-sociale schaal gebeurt dat ook op een gestructureerde en gevalideerde manier. We adviseren daarom in een vervolgonderzoek na te gaan welke elementen uit het sociaal supplement een bijdrage leveren in het verklaren van verminderde zelfredzaamheid. In dit vervolgonderzoek raden we ook aan om nieuwe aanvragen en/of bij aanvragen tot herziening van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood het sociaal supplement, de BelRAI Screener en de medisch-sociale schaal in te schalen. Op die manier komen we ook te weten wie met de medisch-sociale schaal niet en met de BelRAI Screener wel in aanmerking komt.

**Aanbeveling 2:** Vierentwintig procent van personen die recht hebben op een zorgbudget verblijft in een residentiële voorziening en werden niet mee opgenomen in bevraging. De niet-medische kosten in residentiële voorziening zijn moeilijk te achterhalen en bestaan wellicht uit de eigen bijdrage die in de voorziening betaald moet worden. We kunnen onze resultaten dus niet veralgemenen naar ouderen die verblijven in een residentiële setting. Bij het inschalen van een BelRAI Screener moeten ook IADL-items

gescoord worden. Deze zijn hier in principe niet van toepassing omdat de uitvoering van deze activiteiten gewoonlijk door het woonzorgcentrum worden opgenomen. Een correcte inschaling op de IADL-items is echter wel nodig om het correcte afkappunt te bepalen op de BelRAI Screener. De vraag is of we voor personen in woonzorgcentra aan de idee moeten blijven vasthouden dat een hogere zorgzwaarte leidt tot hogere kosten, omdat de dagprijs voor iedereen in een woonzorgcentrum gelijk blijft, ongeacht zijn zorgbehoefte. Een hogere bijdrage krijgen omdat het inkomen lager is, is dan logischer vanuit de idee dat het zorgbudget bedoeld is voor ouderen met een zorgnood die financieel kwetsbaar zijn. Hun verblijf in een woonzorgcentrum wijst op een zorgnood, hun beperkt inkomen wijst op een financiële kwetsbaarheid die gecompenseerd moet worden. Hierbij komt de financiële draagkracht van bewoners meer op de voorgrond. Indien we toch blijven vasthouden aan de idee dat een zwaardere zorgbehoefte recht moet geven op een hogere tegemoetkoming (aansluitend bij het decreet Vlaamse sociale bescherming dat de nadruk legt op persoonsvolgende financiering), dan moeten we ook hier de zorgbehoefte op een correcte manier kunnen meten. Zoals reeds aangegeven zijn de IADL-items in principe niet van toepassing in woonzorgcentra omdat de uitvoering van deze activiteiten gewoonlijk door het woonzorgcentrum worden opgenomen. Daarom stellen we voor om na te gaan of we het recht op een bepaalde categorie van het zorgbudget kunnen linken aan bepaalde zorgzwaartecategorieën (RUG - Resource Utilization Groups). Aan de hand van een indicatiestelling via BelRAI LTCF kunnen we in de toekomst elk individu via een bestaand algoritme linken aan een bepaalde zorgzwaartecategorie.

**Aanbeveling 3:** Het is aangewezen om in een onderzoek na te gaan of 'moeite' doen op een gevalideerde manier een onderdeel kan zijn van 'Module 1: IADL' en 'Module 2: ADL' naast de reeds bestaande antwoordmogelijkheden die pijlen naar de uitvoering (zelf doen) en de mogelijkheden (zelf kunnen doen) van cliënten. Dit item zou dan ook een impact kunnen hebben op de totaalscore op de BelRAI Screener. Op deze manier vermijden we dat mensen die veel moeite doen om een activiteit zelf uit te voeren, hiervoor financieel gestraft worden.

**Aanbeveling 4:** We hebben met dit onderzoek geen zicht op wie hoog genoeg zou scoren op de BelRAI Screener, maar omwille van een te hoog inkomen toch geen recht heeft. De inkomensgrenzen zijn relatief laag, terwijl de kosten wel oplopen naarmate de functioneringsproblemen stijgen. We stellen immers vast dat 115 van 648 respondenten aangeven niet-medische hulp te beperken omwille van financiële redenen. Het lijkt er ook op dat deze respondenten mogelijk hun vrij besteedbaar budget gebruiken om te voorzien in hun meest prioritaire noden en dit dus niet kunnen aanwenden voor hun niet-medische kosten. Ook Op de Beeck et al. (2018), die in hun onderzoek focussen op een ander zorgbudget binnen de Vlaamse sociale bescherming met name het BasisOndersteuningsBudget (BOB)<sup>3</sup>, stellen vast dat er af en toe toch personen zijn die het vrij besteedbaar deel gebruiken om te voorzien in hun meest prioritaire noden en dit vooral bij personen met een lager inkomen. Dit zou ook voor bepaalde gevallen in onze steekproef het geval kunnen zijn. Wij stellen daarom voor om de gevolgen van die inkomensgrenzen ook opnieuw te bekijken en ze eventueel naar boven aan te passen. We raden aan om ook de knelpunten te bekijken en de bestaande onrechtvaardigheden in het inkomensonderzoek

---

<sup>3</sup> Vrij besteedbaar zorgbudget voor zorg en ondersteuning richt zich op personen met een handicap (<http://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-mensen-met-een-handicap>)

dat de toegang tot het zorgbudget mee bepaalt<sup>4</sup>. We denken hierbij onder meer aan het al dan niet verkopen van de eigen woning.

**Aanbeveling 5:** Monitor, als overheid, bij de invoering van de nieuwe regeling het eerste jaar goed de veranderingen die de nieuwe regeling met zich meebrengt, zowel wat de rechtvaardigheid van de toekenning betreft, als wat betreft de budgettaire impact van de nieuwe regeling.

---

<sup>4</sup> <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/wat-denken-we/welzijn-zorg/advies-20184-over-de-knelpunten-het-inkomensonderzoek-van-het-zorgbudget>



## Inhoud

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Inleiding</b>  | <b>19</b> |
| <b>Hoofdstuk 1      Situering onderzoek en doelstelling</b>   | <b>21</b> |
| 1      Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood in Vlaanderen   | 21        |
| 2      Resultaten en aanbevelingen voorafgaand THAB onderzoek   | 23        |
| <b>Hoofdstuk 2      Onderzoeksopzet</b>   | <b>27</b> |
| 1      Onderzoeksvragen   | 27        |
| 2      Methode: Opbouw van de vragenlijst   | 27        |
| 2.1      Socio-demografische items  | 28        |
| 2.2      Kostenbevraging  | 28        |
| 2.3      'In te vullen door indicatiesteller'   | 33        |
| 2.4      BelRAI Screener  | 33        |
| 3      Onderzoekspopulatie  | 34        |
| 4      Steekproeftrekking   | 34        |
| <b>Hoofdstuk 3      Voorbereiding data-analyse: data cleaning</b>                                     | <b>37</b> |
| 1      Open vragen  | 37        |
| 2      Niet-medische hulp   | 38        |
| 3      Ondersteuning van mantelzorger(s)  | 41        |
| 4      Kosten voor ondersteuning van vrijwilligers  | 41        |
| 5      Niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen  | 41        |
| <b>Hoofdstuk 4      Resultaten</b>  | <b>43</b> |
| 1      Beschrijving van de steekproef   | 43        |
| 2      Beschrijvende statistieken   | 45        |
| 2.1      Socio-demografische kenmerken  | 45        |
| 2.2      Score BelRAI Screener  | 45        |
| 2.3      Ondersteuning van mantelzorger(s)  | 51        |
| 2.4      Niet-medische kosten   | 53        |
| 2.5      Link bestaande afkappunten BelRAI Screener   | 67        |
| 2.6      Empirische vergelijking van scores medisch-sociale schaal en BelRAI Screener                 | 70        |
| 2.7      Zelfredzaamheid  | 72        |
| 3      Resultaten: antwoord op de onderzoeksvragen  | 74        |
| 3.1      Deelvraag 1: Dekt de bestaande forfaitaire vergoeding effectief (alle) niet-medische kosten? | 74        |
| 3.2      Deelvraag 2: Stijgen de niet-medische kosten naarmate de zorggraad stijgt?                   | 79        |

|   |  |            |
|---|--|------------|
| 3.3   | Deelvraag 3: Welke elementen verklaren de hoogte van de niet-medische kosten?  | 84         |
| 3.4   | Centrale onderzoeksvraag: Wat zijn op basis van de data mogelijke afkappunten op de BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood? | 88         |
| 4   | Impact van nieuwe afkappunten  | 99         |
| 4.1   | Vergelijking met de afkappunten op basis van de medisch-sociale schaal   | 99         |
| 4.2   | Geen recht meer op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood  | 102        |
| 4.3   | Budgettaire impact voor respondenten   | 106        |
| 4.4   | Budgettaire impact overheid  | 114        |
| 5   | Spontane feedback van de indicatiestellers   | 116        |
| 5.1   | Feedback op het instrument   | 116        |
| 5.2   | Feedback op het onderzoek  | 116        |
| 5.3   | Feedback op basis van praktijkervaring   | 117        |
| 6   | Afkappunten zorgbudget data Protocol 3 en pilootproject BelRAI Screener regio Dendermonde  | 117        |
| 6.1   | Afkappunten zorgbudget data Protocol 3   | 117        |
| 6.2   | Afkappunten pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde  | 120        |
| 6.3   | Conclusie  | 123        |
| <b>Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen</b> |  | <b>125</b> |
| 1   | Conclusie  | 125        |
| 1.1   | Beperkingen van het onderzoek  | 125        |
| 1.2   | Antwoord op onderzoeksvragen   | 127        |
| 2   | Aanbevelingen  | 129        |
| <b>Referenties</b>                            |  | <b>133</b> |
| <b>Bijlagen</b>                               |  | <b>137</b> |

## Lijst Tabellen

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Tabel 1  | Overzicht totaal aantal rechthebbenden Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood van 2013 tot 2017                                 | 22 |
| Tabel 2  | Punten op medisch-sociale schaal gelinkt aan maximale tegemoetkoming per maand  | 22 |
| Tabel 3  | Vragen voor de mantelzorger   | 30 |
| Tabel 4  | Vragen pre-module BelRAI Screener   | 33 |
| Tabel 5  | Overzicht aantal inschalingen per Zorgkas   | 35 |
| Tabel 6  | Overzicht opgenomen en niet opgenomen antwoorden op de open vragen over niet-medische hulp  | 37 |
| Tabel 7  | Overzicht al dan niet weerhouden kosten van vraag 13  | 38 |
| Tabel 8  | Overzicht aantal variabelen te wijzigen met referentieprijis  | 39 |
| Tabel 9  | Overzicht extreme waarden eigen bijdrage van niet-medische hulp   | 40 |
| Tabel 10 | Overzicht extreme waarden eigen bijdrage kosten voor ondersteuning van vrijwilligers  | 41 |
| Tabel 11 | Overzicht onder- en bovengrens waarden berekend op basis van OLR ( $g=2,2$ )  | 42 |
| Tabel 12 | Verdeling van effectief opgenomen vragenlijsten over de vijf categorieën heen   | 44 |
| Tabel 13 | Overzicht socio-demografische kenmerken   | 45 |
| Tabel 14 | Overzicht gemiddelde schaalscore (0-6) BelRAI Screener en deelmodules   | 46 |
| Tabel 15 | Overzicht van de modulecombinatie die voorkomen in de steekproef  | 48 |
| Tabel 16 | Overzicht kosten respondenten die nul score op BelRAI Screener  | 49 |
| Tabel 17 | Samenhang totaalscore BelRAI Screener & modules   | 50 |
| Tabel 18 | Totaal aantal geschatte uren mantelzorg in een 'gewone' week (N =647)   | 51 |
| Tabel 19 | Pearson's correlatie tussen deel- en totaalscores op de BelRAI Screener en het totaal aantal uren mantelzorg in een 'gewone' week | 51 |
| Tabel 20 | Gebruik en niet-gebruik van niet-medische hulp en mogelijke redenen van niet-gebruik  | 54 |
| Tabel 21 | Pearson's correlatie tussen deel- en totaalscores op de BelRAI Screener en bevraagde niet-medische hulp                           | 56 |
| Tabel 22 | Overzicht aantal respondenten dat input gaf bij beperkt of geen gebruik maakt van de bevraagde niet-medische hulp                 | 57 |
| Tabel 23 | Overzicht gemiddelde, minimum en maximum kosten die respondenten zouden maken indien ze voldoende financiële middelen hadden.     | 60 |
| Tabel 24 | Totale kost niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen per maand   | 61 |
| Tabel 25 | Bevraagde redenen waarom men geen gebruikmaakt van hulp- en ondersteuningsmiddelen  | 63 |

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Tabel 26 | Pearson's correlatie tussen deel- en totaalscores op de BelRAI Screener en niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen   | 64 |
| Tabel 27 | Samenhang deel- en totaalscores op de BelRAI Screener met enerzijds totale kosten niet-medische hulp en anderzijds totale kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen | 65 |
| Tabel 28 | Verband tussen het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en het nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling   | 67 |
| Tabel 29 | Samenhang tussen het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en het nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling   | 67 |
| Tabel 30 | Geopende modules voor respondenten die nood hebben aan volledige BelRAI & recht op zorgbudget.   | 69 |
| Tabel 31 | Vergelijking van medisch-sociale schaal en BelRAI Screener   | 70 |
| Tabel 32 | Socio-demografische kenmerken respondenten met maandelijks tekort (N = 46)   | 75 |
| Tabel 33 | Overzicht maandelijks tekort per categorie en per schijf van €50 (N = 46)  | 76 |
| Tabel 34 | Maandelijks tekort voor respondenten die aanpassingen deden aan hun wagen.   | 76 |
| Tabel 35 | Niet-medische kosten van respondenten die het laagste scores op de BelRAI Screener   | 82 |
| Tabel 36 | Maandelijkse kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen voor personen met een lage score op de BelRAI Screener   | 83 |
| Tabel 37 | Meervoudige lineaire regressie: Model Summary (Totaalscore BelRAI Screener)  | 84 |
| Tabel 38 | Meervoudige lineaire regressie: Model Summary (modules BelRAI Screener)  | 85 |
| Tabel 39 | Meervoudige lineaire regressie: Model Summary (met aparte modules BelRAI Screener als onafhankelijke variabele)  | 85 |
| Tabel 40 | Coëfficiënten regressie model  | 86 |
| Tabel 41 | Meervoudige lineaire regressie: Model Summary (met medisch-sociale schaal als onafhankelijke variabele)  | 87 |
| Tabel 42 | Coëfficiënten regressie model <sup>a</sup>   | 88 |
| Tabel 43 | Scoring regels Functional Hierarchy Scale – gebaseerd op ADL Hierarchy Scale (kolommen) en IADL Hierarchy Capacity Scale (rijen)   | 90 |
| Tabel 44 | Frequentietabel nieuwe variabele sFUNH_1   | 91 |
| Tabel 45 | Area Under the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale  | 93 |
| Tabel 46 | Area Under the Curve, ROC-analyse score 5 op Functional Hierarchy Scale  | 94 |
| Tabel 47 | Percentielen som Functional Hierarchy Scale en Module 5: Gedragsproblemen  | 95 |
| Tabel 48 | Frequentietabel nieuwe variabele sFUNH_1   | 95 |
| Tabel 49 | Area Under the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale en Module 5 Gedragsproblemen   | 96 |

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| Tabel 50 | Area Under the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale en Module 5 Gedragsproblemen  | 97  |
| Tabel 51 | Gemiddelde, minimale en maximale score BelRAI Screener voor score op Functional Hierarchy Scale van 0 tot en met 4.   | 102 |
| Tabel 52 | Gemiddelde, minimale en maximale score per module BelRAI Screener voor score op Functional Hierarchy Scale van 0 tot en met 4   | 103 |
| Tabel 53 | Scores BelRAI Screener tussen 6,9 en 3,8 per module die geen recht meer hebben op een tegemoetkoming  | 104 |
| Tabel 54 | Verdeling respondenten met een score op Functional Hierarchy Scale van 0 tot en met 4 over categorie medisch-sociale schaal   | 105 |
| Tabel 55 | Scores BelRAI Screener en deelmodules respondenten die uitkering verliezen en zich momenteel volgens medisch-sociale schaal in categorie 4 en 5 bevinden  | 105 |
| Tabel 56 | Inkomsten dekken de gemaakte niet-medische kosten   | 107 |
| Tabel 57 | Inkomsten dekken de gemaakte niet-medische kosten (niet) (N= 612)   | 110 |
| Tabel 58 | Overzicht gewenste gebruik of meer gebruik per maand voor respondenten die aangeven geen of beperkt gebruik te maken van niet-medische hulp en niet langer recht hebben op het zorgbudget in scenario 1 en 2 (N = 25)   | 112 |
| Tabel 59 | Overzicht totale gewenste kosten niet-medische hulp per maand, totaal effectief gemaakte kosten per maand, totaalscore BelRAI Screener en score Functional Hierarchy Scale voor respondenten die aangeven geen of beperkt gebruik te maken van niet-medische hulp en niet langer recht hebben op het zorgbudget in scenario 1 en 2 (N = 25) | 113 |
| Tabel 60 | Afkappunten WZC en thuiszorg pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde  | 123 |
| Tabel 61 | Overzicht initiële en uiteindelijke tijdseenheid van de opgenomen kosten variabelen   | 141 |
| Tabel 62 | Chi-Square Tests  | 155 |
| Tabel 63 | Test of Normality   | 157 |
| Tabel 64 | Pearson's correlatie afhankelijke en onafhankelijke variabelen in model   | 159 |
| Tabel 65 | Test of Normality log transformatie   | 161 |
| Tabel 66 | Overzicht VIF-waarde  | 167 |
| Tabel 67 | Coordinates of the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale   | 171 |
| Tabel 68 | Coordinates of the Curve, ROC-analyse score 5 op Functional Hierarchy Scale   | 177 |
| Tabel 69 | Coordinates of the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale en Gedrag   | 183 |
| Tabel 70 | Coordinates of the Curve, ROC-analyse score 13 op BelRAI Screener   | 189 |

|                      |  |     |
|----------------------|--|-----|
| Tabel 71             | Verdeling inschalingen BelRAI Screener – scenario 1 - over categorieën medisch-sociale schaal (MSS)  | 195 |
| Tabel 72             | Verdeling inschalingen BelRAI Screener – scenario 2 - over categorieën medisch-sociale schaal (MSS)  | 195 |
| <b>Lijst Figuren</b> |  |     |
| Figuur 1             | Stappenplan dataverzameling  | 34  |
| Figuur 2             | Overzicht controle inclusie critica verzamelde data  | 43  |
| Figuur 3             | Illustratie spreiding totaalscores BelRAI Screener voor eenzelfde score op de medisch-sociale schaal   | 44  |
| Figuur 4             | Aantal geopende modules op de BelRAI Screener  | 46  |
| Figuur 5             | Boxplot per aantal geopende modules  | 47  |
| Figuur 6             | Verband leeftijd (x-as) en zorgafhankelijkheid in functie van de BelRAI Screener (y-as)  | 50  |
| Figuur 7             | De relatie tussen het totale aantal uren mantelzorg en de score op totaalscore BelRAI Screener   | 52  |
| Figuur 8             | Totale kosten niet-medische hulp (inclusief kosten voor vrijwilligers) per maand & score op BelRAI Screener  | 55  |
| Figuur 9             | Aantal uren, dagen, keren per week of per jaar dat respondenten van deze niet-medische dienstverlening zouden gebruik willen maken indien ze de financiële middelen zouden hebben. | 58  |
| Figuur 10            | Aantal uren, dagen, keren per week of per jaar dat respondenten meer gebruik zouden willen maken van bepaalde niet-medische dienstverlening.                                       | 59  |
| Figuur 11            | Totale maandelijkse kosten die men zou maken indien men meer financiële middelen had, weergegeven aan de hand van de effectieve en gewenste maandelijkse kosten.                   | 59  |
| Figuur 12            | Totale kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen* (inclusief meerkost omwille van verminderde zelfredzaamheid) per maand versus score op BelRAI Screener                | 65  |
| Figuur 13            | Uitgaven respondenten (in %) per schijf van €50  | 66  |
| Figuur 14            | Totale niet-medische kosten per totaalscore op de BelRAI Screener (N=648)  | 66  |
| Figuur 15            | Totale niet-medische kosten van respondenten die geen recht op zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden   | 68  |
| Figuur 16            | Totale niet-medische kosten van respondenten die recht hebben op zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.  | 68  |
| Figuur 17            | Totale niet-medische kosten van respondenten die nood hebben aan een volledige BelRAI beoordeling  | 69  |

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| Figuur 18 | Spreidingsdiagram Totaalscore medisch-sociale schaal (y) vs. Totaalscore BelRAI Screener (x)   | 71  |
| Figuur 19 | Niveaus in de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) (Reuben et al., 1990; Devi, 2018)  | 73  |
| Figuur 20 | Overzicht Tekort/Overschot niet-medische kosten op basis van inschaling medisch-sociale schaal   | 74  |
| Figuur 21 | Overzicht Tekort/Overschot niet-medische kosten (berekend aan de hand van gemiddelde uitgekeerde bijdrage per categorie per maand in 2017) | 77  |
| Figuur 22 | Overzicht Tekort/Overschot niet-medische kosten met verrekening mogelijke vervangings-kost mantelzorg                                      | 78  |
| Figuur 23 | Spreidingsdiagram tussen totale kosten per maand (y) vs. Totaalscore BelRAI Screener (x)   | 79  |
| Figuur 24 | Spreidingsdiagram tussen totale kosten per maand voor niet-medische hulp en vrijwilligers (y) vs. Totaalscore BelRAI Screener (x)          | 80  |
| Figuur 25 | Spreidingsdiagram tussen totale kosten per maand voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen vs. Totaalscore BelRAI Screener (x)    | 81  |
| Figuur 26 | Spreidingsdiagram tussen totale kosten per maand (y) vs Totaalscore medisch-sociale schaal (x)   | 81  |
| Figuur 27 | Verdeling ADL Hierarchy Scale en de IADL Hierarchical Capacity Scale   | 89  |
| Figuur 28 | Verdeling Functional Hierarchy Scale   | 91  |
| Figuur 29 | ROC-Curve afkappunt score 8 op Functional Hierarchy Scale  | 92  |
| Figuur 30 | ROC-Curve afkappunt score 5 op Functional Hierarchy Scale  | 94  |
| Figuur 31 | ROC-Curve afkappunt score 8 Som ADL-IADL FUNCT en Gedrag   | 96  |
| Figuur 32 | ROC-Curve afkappunt score 13 op BelRAI Screener  | 97  |
| Figuur 33 | Categorieën zorgbudget voor zorgbehoevende ouderen gelinkt aan items op BelRAI Screener - Scenario 1                                       | 98  |
| Figuur 34 | Categorieën zorgbudget voor zorgbehoevende ouderen gelinkt aan items op BelRAI Screener- Scenario 2  | 99  |
| Figuur 35 | Verdeling respondenten in steekproef over categorieën op basis van score op BelRAI Screener - scenario 1                                   | 99  |
| Figuur 36 | Frequentie medisch-sociale schaal over nieuwe categorieën op basis van BelRAI Screener - scenario 1  | 100 |
| Figuur 37 | Verdeling respondenten in steekproef over categorieën op basis van score op BelRAI Screener - scenario 2                                   | 101 |
| Figuur 38 | Frequentie medisch-sociale schaal over nieuwe categorieën op basis van BelRAI Screener - scenario 2  | 101 |

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| Figuur 39 | (Gedeeltelijke) verlies/status quo/toename van tegemoetkoming na toepassen van nieuwe categorieën op basis van BelRAI Screener (N = 642)                     | 106 |
| Figuur 40 | Aantal categorieën waar tegemoetkoming toeneemt of afneemt na invoering nieuwe regeling ten opzichte van oudere regeling op basis van medisch-sociale schaal | 107 |
| Figuur 41 | Bedrag dat men tekort komt op basis van nieuwe regelgeving, rekening gehouden met de huidige gemaakte kosten.  | 108 |
| Figuur 42 | (Gedeeltelijke) verlies/status quo/toename van tegemoetkoming na toepassen van nieuwe categorieën op basis van BelRAI Screener (N = 627)                     | 109 |
| Figuur 43 | Aantal categorieën tegemoetkoming toeneemt of afneemt na invoering nieuwe regeling ten opzichte van oudere regeling op basis van medisch-sociale schaal      | 109 |
| Figuur 44 | Bedrag dat men tekort komt op basis van nieuwe regelgeving, rekening gehouden met de huidige gemaakte kosten   | 110 |
| Figuur 45 | Overzicht totale effectief gemaakte kosten en totale gewenste kosten niet-medische hulp per maand  | 111 |
| Figuur 46 | Verdeling totaal aantal lopende dossiers per categorie – medisch-sociale schaal (02/2018)  | 114 |
| Figuur 47 | Voorspelling kosten zorgbudget voor ouderen met een zorgnood op basis van scenario 1 en 2 in vergelijking met medisch-sociale schaal                         | 115 |
| Figuur 48 | Verdeling totaalscore BelRAI Screener data Protocol 3  | 118 |
| Figuur 49 | Verdeling van de Functional Hierarchy Scale data Protocol 3  | 119 |
| Figuur 50 | Vergelijking verdeling afkappunten scores scenario 1 en 2 - data Protocol III  | 119 |
| Figuur 51 | Leeftijdsdistributie   | 121 |
| Figuur 52 | Verdeling scenario 1 en 2 data pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde   | 122 |
| Figuur 53 | Verdeling totaalscore BelRAI Screener pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde  | 122 |
| Figuur 54 | Verdeling scores Functional Hierarchy Scale data pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde   | 123 |
| Figuur 55 | Overzicht potentiële afkappunten voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood   | 129 |
| Figuur 56 | Boxplot eigen bijdrage gezinszorg  | 143 |
| Figuur 57 | Boxplot Eigen bijdrage poetshulp   | 143 |
| Figuur 58 | Boxplot Eigen bijdrage klusjesdienst   | 144 |
| Figuur 59 | Boxplot Eigen bijdrage oppasdienst (overdag)   | 144 |
| Figuur 60 | Boxplot eigen bijdrage oppasdienst ('s nachts)   | 145 |
| Figuur 61 | Boxplot eigen bijdrage boodschappendienst per uur  | 145 |



|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| Figuur 62 | Boxplot eigen bijdrage residentiële opvang per dag   | 146 |
| Figuur 63 | Boxplot eigen bijdrage personenalarm per maand   | 146 |
| Figuur 64 | Boxplot eigen bijdrage per maaltijd  | 147 |
| Figuur 65 | Boxplot eigen bijdrage dagcentrum per dag  | 147 |
| Figuur 66 | Boxplot eigen bijdrage personenalarm per maand   | 148 |
| Figuur 67 | Boxplot eigen bijdrage bijkomende vervoerskomsten per maand  | 148 |
| Figuur 68 | Boxplot eigen bijdrage dagcentrum per dag  | 149 |
| Figuur 69 | Boxplot totale kostprijs tuinman per maand   | 149 |
| Figuur 70 | Totale kost pedicure per maand   | 150 |
| Figuur 71 | Extra kost voor incontinentie per maand  | 151 |
| Figuur 72 | Aankoopkost duurzame hulpmiddelen in de afgelopen 10 jaar  | 151 |
| Figuur 73 | Totale onderhoudskost voor aangekochte hulpmiddelen per jaar                                       | 152 |
| Figuur 74 | Totale huurprijs van alle gehuurde hulpmiddelen per maand  | 153 |
| Figuur 75 | Totale eigen uitgaven woningaanpassingen in de afgelopen 10 jaar                                   | 153 |
| Figuur 76 | Totale meerkosten per maand omwille van verminderde zelfredzaamheid                                | 153 |
| Figuur 77 | Histogram afhankelijke variabele 'totale niet-medische kost'                                       | 157 |
| Figuur 78 | Histogram variabele TK na tweestapsnormaliteitstransformatie                                       | 158 |
| Figuur 79 | Logaritmische transformatie afhankelijke variabele Totale niet-medische kost                       | 161 |
| Figuur 80 | Normal probability plot Standardized Residual  | 163 |
| Figuur 81 | Spreidingsdiagram controle assumptie homoscedasticiteit  | 165 |
| Figuur 82 | Functional Hierarchy (Scale 0-11)  | 169 |
| Figuur 83 | Overzicht aantal uren mantelzorg in boxplots per samengestelde totaalscore op de BelRAI Screener   | 197 |
| Figuur 84 | Overzicht boxplots totale niet-medische kosten per samengestelde totaalscore op de BelRAI Screener | 199 |



## Inleiding

Het Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood maakt sinds 2017 onderdeel uit van de Vlaamse Sociale Bescherming en was vroeger gekend onder de naam Tegemoetkoming Hulp Aan Bejaarden (THAB). Met dit zorgbudget wil de Vlaamse Regering een financiële tegemoetkoming voorzien voor de bijkomende niet-medische kosten die zorgbehoevende ouderen met een beperkt inkomen hebben vanwege een vermindering in hun zelfredzaamheid. Net zoals voor de andere onderdelen van de VSB wil de Vlaamse overheid toewerken naar een gefaseerde invoering van BelRAI als gedeeld indicatiestellingsinstrument. Vermeulen & Declercq (2016) tonen in hun onderzoek reeds aan dat de BelRAI Screener een geschikt instrument is om de huidige medisch-sociale schaal te vervangen. Afkappunten van de BelRAI Screener enten op de scores op de medisch-sociale schaal is niet aangewezen, aangezien er een lage samenhang is tussen de scores op de medisch-sociale schaal en de scores op de BelRAI Screener (Vermeulen et al., 2016). Via de gelijktijdige afname van een bevraging van de niet-medische kosten en van de BelRAI Screener bij de huidige populatie rechthebbenden, bepalen we potentiële afkappunten op de BelRAI Screener voor dit zorgbudget. Aan de hand van de empirische gegevens onderbouwen we vanaf welke afkappunt zorgbehoevende ouderen in aanmerking zouden kunnen komen voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. We linken ook elk afkappunt aan één van de vijf bestaande categorieën.

Dit rapport is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk één schetsen we een beeld van de huidige beleidscontext waarin dit zorgbudget tot stand komt en lichten we de onderzoeksdoelstellingen toe. In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op de onderzoeksopzet. We behandelen met name de onderzoeksvragen, de methode waarmee we deze vragen gaan beantwoorden, de samenstelling van de onderzoekspopulatie en de steekproeftrekking. In hoofdstuk 3 bespreken we hoe de bevroegde variabelen geoperationaliseerd worden. Hoofdstuk 4 geeft de resultaten van het onderzoek weer. In hoofdstuk 5 formuleren we onze conclusies en aanbevelingen.



# Hoofdstuk 1

## Situering onderzoek en doelstelling

### 1 Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood in Vlaanderen

De zesde staatshervorming brengt meerdere bevoegdheden naar de deelstaten waaronder de Tegemoetkoming Hulp Aan Bejaarden (THAB). De doelstelling van THAB om de kosten te vergoeden die voortvloeien uit een verminderde zelfredzaamheidsgraad blijft ook na de staatshervorming behouden.

Sinds de overheveling op 1 januari 2017 is de THAB een onderdeel van de Vlaamse Sociale Bescherming. THAB behoort tot de pijler 'Zorgbudgetten' in het decreet Vlaamse Sociale Bescherming. De benaming voor de 'Tegemoetkoming Hulp Aan Bejaarden' werd recent geactualiseerd naar het 'Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood'. Doorheen dit rapport zullen we dus niet langer verwijzen naar 'THAB' maar naar 'Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood'. De maandelijkse uitbetalingen en nieuwe aanvragen worden nu afgehandeld door de Vlaamse Zorgkassen. Van de 798 miljoen euro die de Vlaamse Sociale Bescherming aan zorgbudgetten besteedt in 2017, gaat 45% naar het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, 46% naar de Vlaamse Zorgverzekering (Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden)<sup>5</sup> en 5% naar het BasisOndersteuningsBudget (zorgbudget voor mensen met een handicap). Tot slot is 4% van de middelen voorzien voor werking, investeringen en indicatiestellingen. Daarmee is het budget voor ouderen met een zorgnood bijna even groot als het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. THAB blijft dus een belangrijk beleidsinstrument in het kader van de financiering van zorg op latere leeftijd.

De overheveling van de bevoegdheid biedt de opportuniteit om onderbescherming tegen te gaan door over te stappen naar een systeem van automatische rechtentoekenning. De Vlaamse Ouderenraad wijst ons erop dat het zorgbudget nog steeds onvoldoende gekend is door 65-plussers en hun omgeving. Ook hulp- en dienstverleners zouden niet altijd de mogelijkheden en voorwaarden omtrent het zorgbudget kennen. Dit euvel kan vermeden worden door de inschalingen van Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood aan een centrale databank te koppelen, zoals het Agentschap Zorg en Gezondheid voorstelt<sup>6</sup>.

Begin 2017 hadden 104.405 personen met een zorgbehoefte recht op het Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. We zien een daling in het totale aantal ontvangers sinds 2016. In de periode tussen 2010 en 2015 groeide jaarlijks het aantal rechthebbenden in het Vlaams Gewest (Vermeulen & Declercq, 2016). Het percentage rechthebbenden in de residentiële settings bleef echter vrij stabiel gedurende de afgelopen vijf jaar: rond de 23% à 24%.

---

<sup>5</sup> PowerPoint-presentatie bedragen VSB, Vlaamse Regering: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Decreet%20Vlaamse%20sociale%20bescherming%20-%20Persvoorstelling.pdf>

<sup>6</sup> <https://www.zorg-en-gezondheid.be/belrai-één-inschaling-voor-beter-toegankelijke-zorg>

Tabel 1 Overzicht totaal aantal rechthebbenden Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood van 2013 tot 2017

| Overzicht totaal aantal rechthebbenden van 2013 tot 2017 |         | Percentage rechthebbenden in residentiële voorziening |
|--|---------|---|
| 01/2013  | 104.724 | 22,73%  |
| 01/2014  | 106.054 | 23,69%  |
| 01/2015  | 107.077 | 24,09%  |
| 01/2016  | 105.857 | 23,99%  |
| 01/2017  | 104.405 | 23,68%  |

Bron: Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017, Conceptnota Residentiële ouderenzorg<sup>7</sup> en Agentschap Zorg & Gezondheid, 2018.

De huidige regelgeving, die geldt als overgangmaatregel, beschrijft nog steeds vijf categorieën die gelinkt zijn aan een bepaald aantal punten op de medisch-sociale schaal. De maximale tegemoetkoming die men per maand kan ontvangen, stijgt per categorie (zie Tabel 2). In de laagste categorie I, met 7 of 8 punten op de medisch-sociale schaal, ontvangt men €85 per maand. In de hoogste categorie V, met 17 of 18 punten, loopt dat op tot €571 per maand. De daadwerkelijk uitgekeerde bedragen liggen gemiddeld lager aangezien naast de zorgnood ook de gezinssamenstelling en het gezinsinkomen in rekening worden gebracht. Met betrekking tot het inkomen wordt onder meer gekeken naar de hoogte van het pensioen, de beroepsinkomsten, het vervangingsinkomen, spaargelden, beleggingen, eigendommen (huis, bouwgrond, weiland, ...), de verkoop of de schenking van eigendommen, enz. Het Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood wordt maandelijks uitbetaald. De middelen die hieruit verworven worden, zijn vrij te besteden. De kosten moeten dus niet bewezen worden.

Tabel 2 Punten op medisch-sociale schaal gelinkt aan maximale tegemoetkoming per maand

| Regelgeving   |  |  |
|---------------|--|--|
| Categorie     | Punten op medisch-sociale schaal (min 0 -max 18) | Maximale tegemoetkoming per maand <sup>8</sup> |
| Categorie I   | 7 – 8 punten                                     | €85  |
| Categorie II  | 9 – 11 punten                                    | €325   |
| Categorie III | 12 – 14 punten                                   | €395   |
| Categorie IV  | 15 – 16 punten                                   | €465   |
| Categorie V   | 17 – 18 punten                                   | €571   |

Bron: FOD Sociale Zekerheid

<sup>7</sup> [http://jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/Residentiele%20ouderenzorg%20-%20Conceptnota\\_0.pdf](http://jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/Residentiele%20ouderenzorg%20-%20Conceptnota_0.pdf)

<sup>8</sup> Maximale tegemoetkomingen vanaf 1 juni 2017

## 2 Resultaten en aanbevelingen voorafgaand THAB-onderzoek

In juni 2016 ronden Bram Vermeulen en Anja Declercq een studie af over het gebruik van de BelRAI Screener als instrument om het recht op de Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden (THAB) te bepalen. De centrale vraag luidde ‘kan de medisch-sociale schaal in Vlaanderen vervangen worden door de BelRAI Screener voor het bepalen van de zelfredzaamheid in het kader van de toekenning van de THAB.’ Deze centrale onderzoeksvraag werd opgesplitst in de volgende deelonderzoeksvragen:

- (1) Kan de medisch-sociale schaal worden vervangen door de BelRAI Screener?
- (2) Welke totaalscores op de BelRAI Screener komen overeen met de categorieën o.b.v. de medisch-sociale schaal?
- (3) Wat is de meerwaarde van de medische component binnen de THAB?
- (4) Wat is de meerwaarde van zelfevaluatie binnen de THAB?

Over een periode van 3 maanden werden data verzameld bij 254 personen. De dataverzameling vond plaats bij personen die in de periode van de dataverzameling een THAB-aanvraag indienden. Bij hen werd, naast de gewone behandeling van hun dossier met de medisch-sociale schaal, ook een BelRAI Screener afgenomen door de diensten maatschappelijk werk van een aantal ziekenfondsen. Deze scores op de BelRAI Screener werden vervolgens vergeleken met de scores op de medisch-sociale schaal. De score op de medisch-sociale schaal werd gegeven door een arts van de FOD Sociale Zekerheid.

Het volledige rapport is beschikbaar op:

[https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi\\_upload/rapport-thab-en-belrai-screener](https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/rapport-thab-en-belrai-screener)

We herhalen hier de besluiten uit dat rapport:

1. Kan de medisch-sociale schaal worden vervangen door de BelRAI Screener?
  - a) Volstaan de items in de BelRAI Screener?
  - b) Indien niet, welke items moeten worden toegevoegd?

(a) De zes items van de medisch-sociale schaal komen ook aan bod in de Screener, met dat verschil dat de interpretatie binnen de medisch-sociale schaal veel breder gaat dan in de Screener. De Screener scoort wat iemand nog of niet (meer) kan. In de medisch-sociale schaal is er meer expliciet een beoordeling van de hoeveelheid moeite die iets kost ten opzichte van andere personen zonder beperking.

Wat niet specifiek bevraagd wordt in de Screener op vlak van het dagelijks leven zit reeds voldoende gecapteerd in de gebruikte items. In vergelijking met de medisch-sociale schaal is de BelRAI Screener een grote stap vooruit op vlak van wetenschappelijke onderbouwing en beschikbare documentatie.

(b) Het scoren van hulpmiddelen is voor de THAB-doelgroep een heikel punt. BelRAI kijkt op een andere manier naar hulpmiddelen dan de medisch-sociale schaal. De BelRAI Screener kijkt naar wat een persoon nog zelf kan zonder noodzakelijk hoger te scoren in functie van gebruikte hulpmiddelen. Voorlopig zien we geen bruikbare pisten om het gebruik van hulpmiddelen en van aanpassingen aan de woning te bevragen.

Verder onderzoek moet duidelijk maken of er geen ongewenste neveneffecten optreden door personen te benadelen die zelf kosten maken voor hulpmiddelen of voor aanpassingen aan de woning. Dat zijn grotere vragen die begin 2018 automatisch meer op de voorgrond zullen komen aangezien Vlaanderen dan ook instaat voor o.a. mobiliteitshulpmiddelen en revalidatie. Specifiek voor de THAB is het vandaag

helemaal niet duidelijk in welke mate de bestaande forfaitaire vergoedingen niet-medische kosten zoals hulpmiddelen dekken. Een kostenstudie kan daar duidelijkheid in brengen.

2. Welke totaalscores van de BelRAI Screener komen overeen met de 5 categorieën van de medisch-sociale **schaal**?

- a) Welke cutoff scores kunnen we bepalen voor de THAB met de BelRAI Screener?
- b) Hoe verhouden deze cutoff scores zich ten opzichte van de reeds bepaalde cutoff's voor de Vlaamse Zorgverzekering en voor de nood aan een volledig assessment?
- c) Wat zijn de gevolgen van deze cutoff scores: wie wint, wie verliest en wat zijn hun profielen?

(a) In deze steekproef van 247 nieuwe THAB-aanvragers bedraagt de correlatiecoëfficiënt tussen de totaalscore op de BelRAI Screener en de medisch-sociale schaal 0,52. Dat is beperkt. Ter vergelijking, de samenhang tussen de BelRAI Screener en de BEL-foto bedraagt 0,82. Via regressie is voor elke score op de medisch-sociale schaal een overeenkomstige score geschat op de BelRAI Screener. De overeenkomstige scores op de BelRAI Screener liggen laag en voor eenzelfde score op de medisch-sociale zijn er zeer uiteenlopende scores te vinden op de BelRAI Screener. Daarom is het niet aangewezen om i.k.v. THAB BelRAI Screener scores of afkappunten te enten op de medisch-sociale schaal.

De doelstelling van die afkappunten moet zijn niet-medische kosten ten gevolge van zorgbehoefte te capteren. Vandaag weten we niet in welke mate de bestaande forfaitaire THAB-vergoedingen effectief niet-medische kosten dekken. Een kostenstudie kan de keuze voor een bepaalde indeling onderbouwen. Daarbij moet de link tussen de zorgzwaarte en de zorgkosten worden onderzocht. Discussie over de link tussen afkappunten voor THAB en het afkappunt voor de zorgverzekering is nodig.

(b) In deze steekproef van nieuwe THAB-aanvragen zou 57% ook de zorgverzekering krijgen o.b.v. het voorgestelde afkappunt op de BelRAI Screener van minstens 13 punten op de totaalscore of minstens 6 punten op de som van de modules IADL en ADL. In de THAB-categorieën 1 tot en met 5 zou respectievelijk 16%, 51%, 74%, 100% en 100% de zorgverzekering krijgen.

Op basis van een totaalscore van minstens 13 punten en minstens 5 op de som van de modules cognitie, psychische problemen en gedragsproblemen zou 12% van de nieuwe THAB-aanvragen een volledige BelRAI-beoordeling nodig hebben. In de THAB-categorieën 1 tot en met 5 is dat respectievelijk 0%, 6%, 12%, 57% en 83%.

(c) Verder onderzoek is nodig over de verdeling van de beschikbare THAB-middelen tussen verschillende zorgprofielen.



3. De vermindering van zelfredzaamheid wordt voor het THAB deels bepaald op basis van medische informatie aangeleverd door de behandelende arts of via een bijkomend onderzoek door een arts van het Centrum voor Medische Expertise.
- a) In welke mate vormt de medische component een meerwaarde ten opzichte van de BelRAI Screener?
  - b) Verschilt de inschatting van de artsen van die van andere beroepsgroepen en kan deze eventuele meerwaarde ook worden gecapteerd door de BelRAI Screener (eventueel ingevuld door een arts)?
  - c) Kan met de BelRAI Screener ook worden vastgesteld of verbetering nog mogelijk is?
  - d) Indien het antwoord op (c) positief is, hoe vaak wordt vastgesteld dat verbetering nog mogelijk is?

(a) De huidige focus op medische gegevens binnen THAB is niet noodzakelijk een meerwaarde, aangezien het gebruik van die medische gegevens door de controleartsen uiteenloopt. Grote hoeveelheden medische gegevens doorgeven zorgt niet automatisch voor een uniforme beoordeling van aanvraagdossiers. Hoewel dit eerder een politiek dan een wetenschappelijk vraagstuk is, lijkt het niet logisch om de BelRAI Screener aan te vullen met een medische component. Ten eerste is het niet duidelijk welke medische gegevens dat dan zouden moeten zijn. Uitgebreide medische secties komen wel aan bod in een volledige BelRAI-beoordeling. Ten tweede kunnen ouderdomskwalen ook tot beperkingen leiden zonder dat er sprake is van een duidelijke medische diagnose. De zorgverzekering houdt ook geen rekening met een medische component of medische diagnoses, maar focust op de beperkingen op vlak van zelfredzaamheid in het dagelijkse leven.

(b) Met dit onderzoeksopzet kunnen we niet bepalen of de inschaling van artsen verschilt van andere beroepsgroepen. Misschien is dat ook niet de belangrijkste vraag, aangezien er binnen één beroepsgroep ook ongeoorloofde variatie bestaat op vlak van inschaling. Meer inzetten op opleiding en intervisie is belangrijk bij elk inschalingsinstrument - of het nu artsen, verpleegkundigen of maatschappelijk werkers zijn die de inschaling doen.

(c en d) De scoring op de medisch-sociale schaal houdt meer rekening met de te verwachten evolutie van de gezondheid van de aanvrager. De aanvraagprocedure doorlopen kan immers meerdere maanden in beslag nemen. De medisch-sociale schaal kan ook voor onbepaalde duur toegekend worden. Bij het scoren van de BelRAI Screener mag niet worden geanticipeerd op mogelijke verslechtering of verbetering van de zorgafhankelijkheid. Zorgbehoefte is niet statisch, maar dynamisch. De stuurgroep wijst daarom op de mogelijkheid om op basis van de BelRAI Screener een erkenning van bepaalde duur toe te kennen en daarna opnieuw in te schalen in die gevallen waar er een evolutie in de situatie verwacht wordt.

Bij een plotse verslechtering van de situatie, waarbij de betrokkene mogelijk in een hogere categorie terecht komt, moet de herziening dan wel gebeuren op vraag van betrokkene zelf (zoals dit nu bij THAB reeds het geval is). Proactieve dienstverlening door BelRAI Screener ook als werkinstrument te gebruiken zal daarbij belangrijker worden.

4. De vermindering van zelfredzaamheid wordt voor de THAB deels bepaald op basis van een zelfevaluatie door de gebruiker.
- a) In welke mate vormt de zelfevaluatie een meerwaarde?
  - b) Indien het antwoord op (a) positief is, kan deze meerwaarde eventueel worden opgevangen in de BelRAI Screener door het toevoegen van items of door het mee laten invullen door de gebruiker?

Voor elke activiteit uit de medisch-sociale schaal is er de mogelijkheid om zelf aan te geven of er beperkingen zijn, met een beschrijving, welke hulp(middelen) men gebruikt en zichzelf te scoren. Vandaag is de meerwaarde van die zelfevaluatie beperkt. Er zijn vier problemen met de zelfevaluatie zoals die vandaag wordt gebruikt. Die elementen bemoeilijken een uniforme behandeling van de aanvraagdossiers en werken mogelijk ongelijkheid in de hand.

- (1) Het gaat niet altijd over zelfevaluatie.
- (2) De manier waarop de aanvrager zichzelf moet evalueren is in beperkte mate gestandaardiseerd.
- (3) Controleartsen hebben onvoldoende tijd om de schriftelijke zelfevaluatie vooraf te lezen of te bespreken tijdens het onderzoek.
- (4) Het verband tussen de zelfevaluatie en de uiteindelijke scoring door de arts is onduidelijk.

Zelfevaluatie zou een hefboom moeten zijn, maar vandaag is dat niet het geval. De huidige zelfevaluatie zorgt niet voor meer transparantie omtrent het inschalen en de beslissing. De zelfevaluatie betreft de gebruiker ook niet bij het zorgplan en geeft niet aan wat de oudere zelf belangrijk vindt.

Binnen BelRAI, en dus ook de BelRAI Screener, is er tot op heden nog geen zelfevaluatie voorzien. Dat is een gebrek. Het perspectief van de cliënt zal in de toekomst meer naar de voorgrond komen. Daarbij moet het inschalingsinstrument niet louter fungeren als toegangspoort maar ook als werkinstrument. Dit is niet alleen binnen Vlaanderen een vraag, ook in andere landen is vraag naar (meer) zelfevaluatie-instrumenten. De interRAI-groep onderzoekt daarom op dit moment hoe (delen van) de interRAI assessments ook als zelfevaluatie-instrument kunnen worden aangeboden. De ontwikkeling hiervan zal nog enige tijd in beslag nemen, maar Vlaanderen kan in 2017 eventueel al deelnemen aan een test van een eerste versie. Op basis van de resultaten kunnen we vervolgens op middellange termijn ook een zelfevaluatie-module uitbouwen binnen BelRAI.

## Hoofdstuk 2

### Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk lichten we de onderzoeksopzet van deze studie toe. Eerst beschrijven we de onderzoeksvragen. Daarna bespreken we de gehanteerde methode en gaan we dieper in op de opbouw van de vragenlijst. Ten slotte behandelen we de onderzoekspopulatie en de steekproeftrekking.

#### 1 Onderzoeksvragen

De Vlaamse overheid wil met het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood de bijkomende niet-medische kosten ten gevolge van een verminderde zelfredzaamheid vergoeden. De afkappunten moeten bijgevolg een weerspiegeling zijn van de veronderstelde stijging in niet-medische kosten naarmate de zorggraad of de zorgafhankelijkheid stijgt.

De centrale onderzoeksvraag heeft bijgevolg betrekking op het bepalen van afkappunten en luidt als volgt: “Welke afkappunten op de BelRAI Screener weerspiegelen correct de stijgende zorggraad met bijbehorende niet-medische kosten in het kader van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood?” Naast deze centrale onderzoeksvraag behandelen we ook drie verwante vragen die moeten helpen om de hoofdvraag te beantwoorden:

- (1) Dekt de bestaande forfaitaire vergoeding effectief (alle) niet-medische kosten?
- (2) Stijgen de niet-medische kosten naarmate de zorggraad stijgt?
- (3) Welke elementen verklaren de hoogte van de niet-medische kosten?

#### 2 Methode: Opbouw van de vragenlijst

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, moeten we zicht krijgen op enerzijds de zorgbehoefte en anderzijds de niet-medische kosten van personen die recht hebben op het zorgbudget. De mate van zorgafhankelijkheid wordt ingeschaald aan de hand van de BelRAI Screener. Dit instrument legde reeds een wetenschappelijk onderbouwde weg af en werd ontwikkeld in samenspraak met stakeholders uit de woonzorg en vervolgens empirisch gevalideerd in de woonzorg. Dit deed men door bij eenzelfde cliënt éénmalig, gelijktijdig en elektronisch drie instrumenten te scoren, namelijk de BelRAI Screener, de Katz-schaal en de BEL-profielschaal om vervolgens deze instrumenten met elkaar te vergelijken (Vermeulen, Van Eenoo, Vanneste & Declercq, 2015). Dankzij de inspanningen van Vlaamse thuiszorgdiensten en woonzorgcentra werden 1353 respondenten ingeschaald. Op basis van deze empirische gegevens werd onderzocht: (1) of de BelRAI Screener inhoudelijk volstaat om de zorgzwaarte te meten, (2) vanaf welke cutoff score iemand een volledig BelRAI-beoordeling nodig heeft, en (3) vanaf welke cutoff score iemand in aanmerking komt voor de Vlaamse zorgverzekering (nu het zorgbudget voor zorgbehoevenden). Tot slot werd ook in het kader van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood empirisch gevalideerd door deze te vergelijken met de medisch-sociale schaal voor deze populatie (Vermeulen et al, 2016).

Om zicht te krijgen op de kosten die verbonden zijn aan een verminderde zelfredzaamheid, is er behoefte aan micro-informatie. Deze informatie werd in eerder onderzoek (Pacolet et al., 2008, 2010,

2011) verzameld door middel van een cross-sectioneel survey (gestructureerde vragenlijst). Hierbij werden de kosten rechtstreeks bevraagd bij de betrokken doelgroep, al dan niet in combinatie met een huishoudboekje en/of onrechtstreekse gegevensverzameling. Een dergelijk grootschalig onderzoek is in het beperkte tijdsbestek van dit project niet mogelijk. We construeren daarom een beperkte vragenlijst die zich focust op de specifieke doelstelling van het zorgbudget.

Pacolet et al. (2008) wijzen erop dat bij het bevragen van een overwegend oudere doelgroep, over een relatief ingewikkeld thema als inkomsten en kosten, de wijze van bevraging een grote impact heeft op de data. Face-to-face interviews die worden afgenomen binnen de huiselijke context van de ouderen geven de laagste non-respons (Simonsick et al., 1997). Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek (Vermeulen, 2012) naar de 'effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen' dat bij personen met een handicap de schriftelijke bevragingen niet altijd door de respondent zelf werden ingevuld. Bij 8,3% vulde de wettelijk vertegenwoordiger de vragenlijst in. 13,8% van de respondenten duidde een proxy aan en net geen 27% kreeg hulp van een vertrouwenspersoon. De doelgroep van dit onderzoek bestond uit respondenten tussen de 21 en 65 jaar met een handicap. Ondanks het feit dat het niet over exact dezelfde doelgroep gaat, kunnen we verwachten dat ook hier een aantal respondenten moeite zullen hebben met een schriftelijke vragenlijst. We opteren bijgevolg voor gestructureerd face-to-face interviews in de thuiscontext.

Het gestructureerd face-to-face interview met ontvangers van het zorgbudget bestaat uit drie delen: (1) een kostenbevraging, (2) een inschaling met de BelRAI Screener en (3) een gedeelte in te vullen door de indicatiesteller (zie Bijlage 1). De samenstelling van de vragenlijst wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

### **2.1 Socio-demografische items**

De definitieve kostenbevraging start met drie socio-demografische items. Deze geven ons informatie over de leeftijd en het geslacht van de respondent en de samenstelling van het huishouden waarin de rechthebbende woont.

### **2.2 Kostenbevraging**

Met aandacht voor de doelstelling van het onderzoek, de doorgenomen wetenschappelijke literatuur, en de beschikbare tijd en budget voor dit onderzoek, wordt voor de kostenbevraging een ad hoc vragenlijst samengesteld. Op inhoudelijk vlak is deze kostenbevraging voornamelijk gebaseerd op eerdere kostenstudies van het HIVA (Pacolet et al., 2011; 2010; 2008; Vermeulen et al. 2012).

Een exhaustieve lijst of definiëring van wat vervat zit in niet-medische kosten is noch in de literatuur, noch in administratieve bronnen eenduidig terug te vinden (Pacolet, Merckx & Spruytte, 2008). De uiteindelijke items voor de kostenbevraging zijn enerzijds gebaseerd op bovenstaande studies en anderzijds op aanvullingen die in de stuurgroep werden gesuggereerd. Nieuwe items werden gecreëerd aan de hand van richtlijnen van Morrison et al. (2008).

### 2.2.1 Niet-medische hulp

Indien zelfzorg niet meer mogelijk is, ontstaat de behoefte aan het inschakelen van andere zorg (Dedry, 2001). Onder andere op het vlak van niet-medische hulp kan er nood zijn aan ondersteuning. Deze kan verleend worden door professionele en/of informele ondersteuning. Voor beide hebben we aandacht in dit onderzoek.

De diensten niet-medische hulp die expliciet bevraagd worden zijn: gezinszorg, klusjesdienst, oppasdienst (overdag), oppasdienst ('s nachts), boodschappendienst, tijdelijke residentiële opvang, personenalarm, maaltijden aan huis, dagcentrum en bijkomende vervoerskosten ten gevolge van verminderde zelfredzaamheid. Daarnaast zijn er ook twee antwoordopties waarin de cliënt zelf nog aanvullingen kan doen wat betreft niet vermeldde kosten voor niet-medische hulp.

Voor de niet-medische hulp worden zowel het aantal keer dat men er gebruik van maakt, als de eigen bijdragen bevraagd. Daarnaast kan men aangeven of het gebruik ervan beperkt wordt omwille van financiële redenen en hoeveel keer deze beperking voorkomt. Indien de respondent aangeeft van deze dienst gebruik te maken, maar geen zicht heeft op de eigen bijdragen, wordt de gemiddelde eigen bijdrage (met vooraf verwijderde uitschieters (cf. infra)) ter vervanging genoteerd.

### 2.2.2 Hulp door vrijwilligers

Naast het bevragen van het gebruik van professionele diensten die niet-medische hulp verlenen, kijken we ook apart naar welke ondersteuning de rechthebbende krijgt van vrijwilligers. Er wordt enkel nagegaan of kosten worden gemaakt voor het vrijwilligerswerk dat hij of zij ontvangt. Indien de kost voor een vrijwilliger gelinkt kan worden aan niet-medische hulp die reeds wordt bevraagd, dient deze kost daar genoteerd te worden. Zo kan een vrijwilliger tegen betaling boodschappen doen, een maaltijd bereiden, klusjes doen of de persoon vervoeren.

### 2.2.3 Mantelzorg

Mantelzorg is de zorg die voortkomt uit de reeds bestaande sociale relatie tussen de persoon die zorg nodig heeft en de mantelzorger. Het gaat met andere woorden over de extra bijkomende zorg en steun die iemand in een directe relatie tot de rechthebbende geeft. Het gaat bij mantelzorg dus om “de onderlinge, vanzelfsprekende, onbetaalde, niet-georganiseerde zorg binnen sociale netwerken.” (Verschure, 1983; Vollenga, Duijnstee & Tielen, 2001).

De taken die een mantelzorger uitvoert zijn divers en kunnen opgesplitst worden naar dagelijkse activiteiten (ADL) zoals zich aankleden en zich wassen en instrumentele activiteiten (IADL) zoals boodschappen doen en beheer van geld. We baseren ons voor de vragen over het aantal uren mantelzorg op drie vragen uit de iVICQ (iMTA Valuation of Informal Care Questionnaire) (Hoefman et al., 2011) (zie Tabel 3).

Tabel 3 Vragen voor de mantelzorger

|  |
|--|
| <p>Hoeveel tijd heeft u in de afgelopen week besteed aan ondersteuning bij huishoudelijke taken die zij/hij bij normale gezondheid zelf had gedaan of niet nodig waren geweest? Denk hierbij aan klaarmaken van eten en drinken, schoonmaken van het huis, wassen, strijken en naaien van kleding, verzorgen van de (klein)kinderen, boodschappen doen of kleine klussen in huis of in de tuin.</p> <p>_____ uren in de afgelopen week</p>   |
| <p>Hoeveel tijd heeft u de afgelopen week besteed aan verzorging van haar/hem? Denk hierbij aan persoonlijke verzorging (aan-/uitkleden, wassen, kammen, scheren) en hulp bij naar het toilet gaan, verplaatsen binnenshuis, eten, drinken en toedienen medicatie.</p> <p>_____ uren in de afgelopen week</p>  |
| <p>Hoeveel tijd heeft u de afgelopen week besteed aan praktische ondersteuning van haar/hem die zij/hij bij normale gezondheid zelf had gedaan of niet nodig waren geweest? Denk hierbij aan verplaatsen buitenshuis (ondersteunen bij wandelen of rolstoelgebruik), maken van uitstapjes en bezoeken aan familie of vrienden, contacten met de gezondheidszorg (mee naar bijvoorbeeld de huisarts, het ziekenhuis, therapie), het regelen van hulp, hulpmiddelen en/of woningaanpassingen, en het regelen van financiële en administratieve zaken.</p> <p>_____ uren in de afgelopen week</p> |

Bron: Hoefman et al., 2011

Deze vragen bieden ons de mogelijkheid om in een latere fase van het onderzoek mantelzorg monetair te waarderen (cf. infra). Hierbij moeten we aandachtig zijn voor het onderscheid tussen ‘gewone’ taken en effectief verleende informele zorg, ook benoemd als het onderscheid tussen gebruikelijke zorg en bovennatuurlijke niet-gebruikelijke zorg (Bronselaer et al., 2018). De verzamelde data hebben dus betrekking op de bovennatuurlijke niet-gebruikelijke zorg, informele zorg die de rechthebbende extra krijgt bij taken die hij of zij bij normale gezondheid of zonder beperking zelf zou uitvoeren. Zorg die met andere woorden de gebruikelijk zorg overstijgt.

Hoefman et al. (2011) bevragen het aantal uren in de afgelopen week. Op vraag van de stuurgroep wordt dit gewijzigd in het aantal uren ondersteuning dat men krijgt in een ‘gewone’ week. Zo heeft de dag waarop of de periode waarin (bijvoorbeeld zomer versus winter) de indicatiesteller langsgaat minder impact. De focus van de vraag gaat naar een alledaagse ‘normale’ week, om een meer accurate weergave te krijgen van de dagelijkse realiteit.

### 2.2.3.1 Economische waardering van mantelzorg

Er is steeds meer aandacht voor het becijferen van de economische waarde van mantelzorg (Bronselaer et al., 2017). Mantelzorg monetair waarderen vergemakkelijkt het opnemen van mantelzorg in een economische evaluatie met een maatschappelijk perspectief. De resultaten kunnen immers op een eenvoudig manier worden opgenomen aan de kostzijde van de evaluatie. Van alle zorg die gegeven wordt, is mantelzorg dikwijls een minder zichtbaar deel. Hierdoor wordt het vaak niet opgenomen in kosten-/batenanalyses (Bronselaer et al., 2017). Ook in het Vlaams Mantelzorgplan is hiervoor consideratie (Vandeurzen, 2017).

In de berekening van de totale niet-medische kosten verbonden met een verminderde zelfredzaamheid, houden we dus rekening met hulp en ondersteuning die mantelzorgers geven aan de ontvanger van het zorgbudget. Taken die mantelzorgers op zich nemen dienen immers niet door professionals opgenomen te worden. Indien zij wegvallen, brengt dit kosten met zich mee voor de cliënt. We includeren mantelzorg op basis van surveygegevens van de individuele mantelzorgers.

Gezien het doel van het zorgbudget, de niet-medische zorg vergoeden voor ouderen met een zorgnood, opteren we voor de proxy good methode (Faria et al., 2012; Hoefman et al., 2013; Bronselaer et al., 2017; de Meijer et al. 2010). De geldwaarde van de tijdsinvestering van een mantelzorg wordt bepaald op basis van de (gemiddelde) loonkost van een professional wanneer hij of zij deze activiteiten zou verrichten (Pacolet et al., 1999). Ook Bronselaer et al. (2017) maken gebruik van de proxy good methode om de tijdsinvestering van mantelzorgers te valoriseren. Bij deze methode wordt het aantal uren mantelzorg vermenigvuldigd met een waarde per uur, ook een schaduwprijs genoemd. Een schaduwprijs van mantelzorg is in dit geval het uurloon van een professionele zorgverlener die de mantelzorg dient te vervangen. Inzicht in de specifieke mantelzorgtaken die een mantelzorg verricht en het aantal uren is dan ook noodzakelijk voor deze methode. De iVICQ vragenlijst kan ons daarbij helpen (cf. supra). We nemen dezelfde schaduwprijs in acht voor alle activiteiten: zowel huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging als praktische ondersteuning. De Vlaamse overheid heeft echter niet de doelstelling om mantelzorg te vergoeden als professionele zorg. De effectieve kost van professionele zorg ligt bovendien hoger dan de eigen bijdrage. Op basis van bovenstaande informatie besliste de stuurgroep mantelzorg te waarderen als het gemiddelde van de eigen bijdrage voor niet-medische professionele zorg van andere respondenten.

#### 2.2.4 Niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen

De niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen die worden opgenomen in de bevraging zijn kosten voor dieetvoeding, incontinentiemateriaal, duurzame hulpmiddelen, kosten voor aanpassingen aan de woning en eventuele meerkosten die de rechthebbenden hebben omwille van hun verminderde zelfredzaamheid. Deze kosten werden apart bevraged en worden hieronder verder toegelicht.

##### 2.2.4.1 *Dieetvoeding*

Onder dieetvoeding verstaan we in dit onderzoek alle specifieke en noodzakelijke voeding die door de cliënt aangekocht wordt om gezondheidsredenen. We vragen of ze er gebruik van maken of niet. Als ze er geen gebruik van maken, geven we drie antwoordmogelijkheden, namelijk 'Ik heb het niet nodig', 'Ik wil het niet' en 'Ik beperk het gebruik omwille van financiële redenen'. Indien men het gebruik beperkt, kan men het bedrag per maand opgeven waarop men beperkt.

Wanneer de respondent aangeeft gebruik te maken van dieetvoeding vragen we naar de gemiddelde kost per maand. Hier geven we ook de mogelijkheid om aan te duiden of deze omwille van financiële redenen beperkt wordt, en over welk bedrag het per maand gaat.

##### 2.2.4.2 *Incontinentiekosten*

Kosten voor incontinentiemateriaal kunnen vergoed worden door een incontinentieforfait van €162,30 of €497,24 per jaar voor zwaar zorgbehoevenden. In eerste instantie wordt nagegaan of men hierop recht heeft. In tweede instantie wordt nagegaan of het forfait alle kosten dekt. Ook indien men geen gebruikmaakt van een incontinentieforfait wordt nagegaan of er maandelijkse kosten zijn die gerelateerd zijn aan incontinentie.

##### 2.2.4.3 *Duurzame hulpmiddelen*

Onder duurzame hulpmiddelen verstaan we alle hulpmiddelen die bij normaal gebruik lang mee gaan. In deze vraag willen we de aankoop van specifieke duurzame hulpmiddelen achterhalen. Een ruim aantal voorbeelden wordt onder de vraag opgelijst, in 6 categorieën.

Duurzame hulpmiddelen zijn o.a. om:

1. Zich te verplaatsen: een rolstoel, een rollator, looprekje, glijdlaken, autoslide, extra handgrepen, orthopedische schoenen...
2. Zelfstandig te eten of te koken: aangepast keukengerief, antislipmat...
3. In te staan voor de persoonlijke hygiëne en zich te kleden: toilethulpmiddelen, verlengde haarborstel, haarwasbak, douchezit, douche stoel, toiletverhoger, antislipstrips, antislipmatje, extra handgrepen...
4. De woning te onderhouden en huishoudelijk werk te verrichten: meubelverhoger...
5. Te leven zonder toezicht, zich bewust te zijn van gevaar en gevaar te kunnen vermijden: fixatiebanden voor bed en zetel, handgrepen, positioneringskussen, oprijplaat, oprijplatform, drempelbrug...
6. Te communiceren en sociaal contact te onderhouden: aangepaste telefoon, gehoorversterker voor telefoon, hoorapparaat...

De bovenstaande onderverdeling is gebaseerd op de 6 categorieën die de basis vormden voor de evaluatiesurvey van de medisch-sociale schaal. De voorbeelden dienen enkel ter illustratie. Andere niet opgesomde duurzame hulpmiddelen mogen eveneens opgenomen worden in de kosten zolang het duurzame hulpmiddel bijdraagt tot een grotere zelfredzaamheid van de ontvanger van het zorgbudget. De kosten voor specifieke duurzame hulpmiddelen die voor meerdere personen gemaakt werden, worden volledig opgenomen. Mocht deze persoon alleen zijn, dan waren de kosten immers gelijk.

Indien men geen gebruikmaakt van duurzame hulpmiddelen zijn er opnieuw drie antwoordmogelijkheden, namelijk 'Omdat u dit niet nodig hebt', 'Omdat u dit niet wilt', 'Omdat u het gebruik ervan beperkt omwille van financiële redenen'. Indien men het gebruik beperkt vanwege financiële redenen, kan men aangeven over welk bedrag het gaat per maand.

Indien men wel gebruikmaakt van duurzame hulpmiddelen, zijn er drie vragen over mogelijke kosten: (1) totale aankoopprijs van alle hulpmiddelen aangekocht in de afgelopen 10 jaar, (2) totale onderhoudskost voor aangekochte hulpmiddelen per jaar en (3) de totale huurprijs van alle gehuurde hulpmiddelen/maand.

#### *2.2.4.4 Woningaanpassingen*

Een verminderde zelfredzaamheid kan ook aanpassingen vereisen aan de woning. Aanpassingen impliceren ook extra kosten. Hierbij gaat het over aanpassingen aan de woning in de afgelopen 10 jaar waar de rechthebbende geen of geen volledige financiële tussenkomst voor kreeg. Als de tussenkomst onvolledig was, wordt het verschil tussen het totale bedrag van de investering en de financiële tussenkomst genoteerd.

Ook indien aanpassingen aan de woning voor meerdere personen gemaakt werden, nemen we het volledige bedrag mee in rekening (cf. supra). Kosten voor aanpassingen door een verminderde zelfredzaamheid gemaakt in een eerdere woonst, meer dan 3 jaar geleden, mogen eveneens mee worden opgenomen. De kosten zijn immers gemaakt wegens de zorgbehoefte, onafhankelijk van het feit of men die aanpassingen nu nog kan gebruiken.

#### *2.2.4.5 Meerkosten omwille van verminderde zelfredzaamheid*

In deze vraag willen we de meerkosten omwille van hun verminderde zelfredzaamheid in het huishouden/dagelijks leven van de respondenten achterhalen. Deze meerkosten kunnen betrekking hebben op het vlak van voeding, huishouden, het onderhouden van sociale contacten en maatschappelijke participatie.



Deze meerkosten mogen geen betrekking hebben op reeds eerder vernoemde niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen of niet-medische hulp. Kosten die bijvoorbeeld betrekking hebben op aangepast vervoer om deel te kunnen nemen aan sociale of culturele activiteiten (o.a. naar de bibliotheek gaan) zien we als vervoerskosten. Deze dienen hier niet meegerekend te worden. Deze moeten immers in rekening worden gebracht bij de vraag naar niet-medische hulp. Een voorbeeld van een kost die wel onder deze categorie valt, is de extra kost die iemand heeft omdat hij of zij de was niet langer zelf kan doen en deze daarom naar een wasserette doet.

#### 2.2.4.6 *Andere niet-medische hulp- of ondersteuningsmiddelen*

Hierbij wordt er nagegaan of de ontvanger van het zorgbudget nog andere niet-medische hulp- of ondersteuningsmiddelen gebruikt die hiervoor niet besproken werden. De rechthebbende kan hier aan de indicatiesteller aangeven over welke kost(en) dit gaat en wat de kost is per (tijds)eenheid.

### 2.3 'In te vullen door indicatiesteller'

Elementen die niet rechtstreeks bevraagd worden aan de rechthebbende, maar die wel relevant zijn voor het onderzoek worden in een derde deel 'In te vullen door indicatiesteller' opgenomen. In dit deel wordt aan indicatiesteller gevraagd om de datum waarop de survey wordt afgenomen te noteren, alsook de score op de medisch-sociale schaal, de huidige categorie waaronder de persoon valt en de maand en het jaar van de vorige indicatiestelling. Deze gegevens zijn terug te vinden in het document waarin de indicatiestellers de contactgegevens van de respondent raadplegen. Indien dit niet het geval is, wordt dit rechtstreeks bevraagd aan de respondent of door de indicatiesteller opgevraagd via Handiweb.

### 2.4 BelRAI Screener

Tot slot wordt de BelRAI Screener afgenomen. Dit inschalingsinstrument werd in eerder onderzoek gevalideerd voor onze onderzoekspopulatie (Vermeulen et al., 2015; 2016). De BelRAI Screener bestaat uit twee onderdelen: een pre-module en elaboratie-modules. De pre-module bestaat uit vijf vragen met telkens een ja/nee antwoordmogelijkheid (zie Tabel 4). Deze vragen hebben betrekking op (1) Instrumentele Activiteiten van het Dagelijkse Leven (IADL), bv. maaltijdbereiding, (2) Activiteiten van het Dagelijkse Leven (ADL), bv. persoonlijke hygiëne, (3) cognitieve problemen, (4) psychische problemen, bv. depressieve symptomen, (5) gedragsproblemen, bv. rondlopen. Enkel indien er 'ja' wordt geantwoord, gaat de elaboratie-module met extra vragen open.

Tabel 4 Vragen pre-module BelRAI Screener

|  |
|--|
| <p>MODULE 1: IADL Heeft deze cliënt problemen met instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (maaltijdbereiding, huishoudelijk werk, financieel beheer, geneesmiddelenbeheer, telefoongebruik, trappen, boodschappen of vervoer)?</p> <p>MODULE 2: ADL Heeft deze cliënt problemen met activiteiten van het dagelijks leven (baden, persoonlijke hygiëne, kleden boven, kleden onder, wandelen, zich verplaatsen, toilettransfer, toiletgebruik, beweeglijkheid in bed of eten)?</p> <p>MODULE 3: COGNITIEVE PROBLEMEN. Heeft deze cliënt cognitieve problemen (niet-pluis of dementie)?</p> <p>MODULE 4: PSYCHISCHE PROBLEMEN. Heeft deze cliënt psychische problemen?</p> <p>MODULE 5: GEDRAGSPROBLEMEN. Heeft deze cliënt gedragsproblemen?</p> |
|--|

Bron: <https://wiki.belrai.org/nl/>

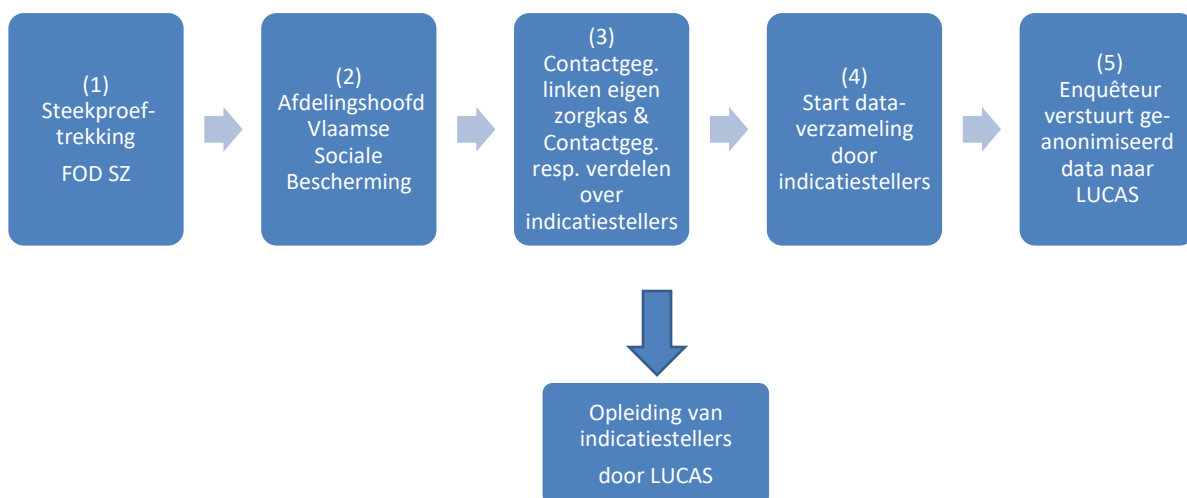
### 3 Onderzoekspopulatie

Tot onze onderzoekspopulatie behoren alle ouderen in Vlaanderen die bij het begin van dit onderzoek recht hebben op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en die effectief een tegemoetkoming krijgen. In het Vlaamse Gewest ontvingen in 2017 104.405 ouderen deze tegemoetkoming (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017). 24% van hen woont in een residentiële voorziening (cf. supra). Bij personen die in een residentiële voorziening verblijven bestaat de extra kost wellicht uit de eigen bijdrage die in die voorziening moet worden betaald. We beperken ons bij de bevraging daarom voornamelijk tot thuiswonende personen. Enkel indien de cliënt toch recentelijk (in de afgelopen 3 maanden) werd opgenomen in een woonzorgcentrum kan hij of zij nog deelnemen. Dit impliceert dat de resultaten van de studie niet van toepassing zijn op personen in de residentiële ouderenzorg.

Uit het voorgaande onderzoek van Vermeulen et al. (2016) bleek dat de hoogste categorieën (IV en V) ondervertegenwoordigd waren in de data. Daarom maken we in dit onderzoek gebruik van een disproportionele quotasteekproef. Dit type steekproef is vergelijkbaar met een (aselecte) gestratificeerde steekproef. De onderzoekspopulatie wordt in een aantal subgroepen verdeeld die elkaar onderling uitsluiten op basis van bepaalde kenmerken. Per subgroep wordt dan een quotum voor het vereiste aantal respondenten vooropgesteld. In dit geval gaat het over het kenmerk 'behoren tot één van de vijf THAB-categorieën'. Vooraf bepalen we een minimum aan respondenten per categorie - namelijk 125 - bij wie de BelRAI Screener en bijbehorende niet-medische kostenbevraging wordt afgenomen. We laten Brussel om organisatorische redenen buiten beschouwing. De bevraging gebeurt door de indicatiestellers van de verschillende diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen die deelnemen aan het onderzoek (cf. infra).

### 4 Steekproeftrekking

Om de privacy van de respondenten te vrijwaren wordt er een vooraf bepaald stappenplan van het traject van dataverzameling vastgelegd (zie Figuur 1). Dit traject komt tot stand in samenspraak met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, de FOD Sociale Zekerheid, LUCAS en alle betrokken zorgkassen. De dataverzameling van dit transversaal (cross-sectioneel) onderzoek startte in oktober 2017. De laatste vragenlijsten werden afgenomen eind maart 2018.



Figuur 1 Stappenplan dataverzameling

In stap (1) neemt de FOD Sociale Zekerheid van alle ontvangers van het zorgbudget een steekproefpopulatie die aan de volgende voorwaarden voldoet. De respondenten dienen ten eerste gedomicilieerd te zijn in Vlaanderen, ten tweede 65 jaar of ouder te zijn, ten derde thuiswonend te zijn en dus niet in een residentiële instelling verblijvend en ten vierde dienen er per categorie 200 personen geselecteerd te worden om uiteindelijk aan minimaal 125 effectieve inschalingen te komen. Van deze personen worden de volgende gegevens in een Excel bestand verzameld: 1. de contactgegevens (voornamen achternaam, adres, telefoonnummer), 2. het rijksregisternummer, 3. de categorie van het zorgbudget en 4. de exacte score op de medisch-sociale schaal. Deze gegevens worden daaropvolgend bezorgd aan het afdelingshoofd Vlaamse Sociale Bescherming via SharePoint (stap 2).

Vervolgens bezorgt het afdelingshoofd Vlaamse Sociale Bescherming deze gegevens aan de verantwoordelijke per Zorgkas zodat de respondenten gelinkt kunnen worden aan hun eigen Zorgkas (stap 3). Het IMO Zorg bepaalt in overleg hoe de dossiers verdeeld worden over de maatschappelijk werkers van de ziekenfondsen heen. Er wordt geopteerd om 750 dossiers te verdelen om zeker aan voldoende inschalingen te komen. De verdeling vindt plaats op basis van het huidige aantal dossiers per Zorgkas. Tabel 5 geeft het aantal en het percentage van dossiers per Zorgkas weer. Daarnaast zien we ook het totaal aantal inschalingen per Zorgkas en het totaal aantal inschalingen per categorie.

Tabel 5      Overzicht aantal inschalingen per Zorgkas

| Zorgkas                                     | Aantal dossiers /Zorgkas | Percentage dossiers/Zorgkas | Totaal aantal inschalingen voor het onderzoek/Zorgkas | Totaal aantal inschalingen per categorie/Zorgkas |
|---|--------------------------|-----------------------------|---|--|
| CM-Zorgkas                                  | 66 922                   | 60,00%                      | 450   | 90   |
| Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten | 27 622                   | 24,80%                      | 186   | 38   |
| Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen       | 8 989                    | 8,10%                       | 60  | 12   |
| Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen | 5 075                    | 4,60%                       | 34  | 7  |
| Neutrale Zorgkas Vlaanderen                 | 2 867                    | 2,60%                       | 19  | 4  |
| Totaal                                      | 111 475                  | 100%                        | 750   | 755 (151x5)                                      |

Bron: IMO Zorg

De zorgkassen bepalen zelf hoe ze de contactgegevens van hun eigen leden verdelen over de verschillende indicatiestellers van hun dienst maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Een overzicht met de contactgegevens van de indicatiestellers en de verantwoordelijke per ziekenfonds wordt eveneens bezorgd aan LUCAS voor de opleiding en om de nodige documenten over te kunnen maken.

De effectieve start van de dataverzameling gebeurt idealiter nadat de indicatiestellers een opleiding volgden rond de BelRAI Screener (waarin ook het doel van het onderzoek gekaderd wordt) (stap 4). Indien de indicatiestellers deze opleiding reeds volgden, wordt de bevraging elektronisch verstuurd met

begeleidende brief en de nodige handleidingen. Alle indicatiestellers van de verschillende diensten maatschappelijk werk nemen vervolgens contact op met de geselecteerde respondenten. Alvorens de indicatiesteller de bevraging start dient hij of zij de geïnformeerde toestemming aan de respondent voor te leggen. Door deze te ondertekenen geeft de respondent toestemming de data van de BelRAI Screener, kostenstudie en gegevens ingevuld door de indicatiesteller geanonimiseerd te gebruiken in het kader van dit onderzoek. De (aangestelde) verantwoordelijke van elk ziekenfonds wordt mee in cc geplaatst bij het verzenden van de ingevulde vragenlijsten naar de onderzoeker, of wordt geïnformeerd bij het verzenden van de vragenlijsten per post (stap 5). De (aangestelde) verantwoordelijke volgt de dataverzameling mee op en staat in direct contact met LUCAS.

Na de steekproeftrekking blijkt dat zowel thuiswonende rechthebbende als diegene die in een woonzorgcentrum verblijven geselecteerd werden. Enkel indien de cliënt recentelijk werd opgenomen in een woonzorgcentrum (dit wil zeggen in de afgelopen 3 maanden) kan hij of zij nog deelnemen. Daarnaast wordt aan de indicatiestellers meegedeeld dat, indien één of meerdere contactpersonen niet kunnen deelnemen omwille van overlijden, opname in het ziekenhuis of verblijf in een woonzorgcentrum (>3 maanden), deze (indien mogelijk) vervangen mogen worden door een persoon die lid is van hetzelfde ziekenfonds, die reeds het zorgbudget ontvangt en tot dezelfde categorie behoort als de persoon die deel kan of wil nemen. De steekproef is immers niet random. Het is vooral van belang dat we voldoende personen per categorie hebben in het onderzoek. Ondanks bovenstaande maatregelen blijkt dit ontoereikend om voldoende potentiële respondenten uit categorie IV en V te rekruteren. Vanuit de diensten maatschappelijk werk komt dan ook de vraag naar een meer actuele lijst. Eind januari 2018 wordt op dezelfde wijze als voorheen een nieuwe steekproef getrokken van 200 respondenten voor categorie IV en V. Deze wordt eveneens bezorgd via SharePoint.

## Hoofdstuk 3

### Vorbereiding data-analyse: data cleaning

Om een antwoord te formuleren op bovenstaande onderzoeksvragen, wordt in deze paragraaf de operationalisering van de gebruikte variabelen toegelicht. Voor alle variabelen gaan we drie zaken na. Allereerst kijken we of de kosten werden toegewezen aan de correcte variabelen. Hierbij focussen we vooral op de antwoorden op de open vragen. Passen ze onder één van de al gedefinieerde categorieën of zijn ze werkelijk ‘anders’? In de tweede plaats worden voor alle variabelen de extreme waarden (uitschieters) geïdentificeerd en kijken we hoe we best met deze extreme waarden omgaan. Het identificeren van extreme waarden is van belang voor de interpretatie van de regressieanalyse die we zullen uitvoeren. Ten derde zetten we alle kosten om in eenzelfde tijdseenheid. Alle kosten bekijken we per maand (zie Bijlage 2, Tabel 62). Indien we een nieuwe variabele dienen te construeren, lichten we toe op welke manier we dat doen.

#### 1 Open vragen

Met vraag 4 (zie Bijlage 1) gaan we na van welke niet-medische hulp de respondenten al dan niet gebruikmaken. De vraag luidt als volgt: ‘Duid aan per opgesomde vorm van niet-medische hulp of u deze ontvangt of niet. Vul vervolgens de bijhorende deelvragen in.’ Naast de expliciet bevraagde antwoordmogelijkheden zijn er ook twee antwoordopties waarin de respondent zelf nog aanvullingen kan doen. Voor elk van deze genoteerde antwoorden wordt in overleg met de stuurgroep nagegaan of ze al dan niet moeten worden opgenomen.

Tabel 6 geeft een overzicht van de antwoorden die al dan niet weerhouden worden. Kosten worden niet opgenomen omdat ze bijvoorbeeld elders worden terugbetaald, niet verbonden zijn aan de beperking of eerder vallen onder medische kosten dan niet-medische kosten.

Tabel 6 Overzicht opgenomen en niet opgenomen antwoorden op de open vragen over niet-medische hulp

| Kosten niet opgenomen     | Kosten opgenomen maar in andere categorie                      |
|---------------------------|--|
| Ergotherapeut, kine, logo | Strijkcentrale   |
| Diëtist                   | Ruitenwasser   |
| Kapper aan huis           | Kosten wasserij  |
| Dagprijs woonzorgcentrum  | Hulp in huishouden   |
| Serviceflatkosten         | Betalingen voor mantelzorgers (aparte categorie geconstrueerd) |
| Verpleging                | DAGG: wordt opgenomen onder gezinszorg                         |
| Schilderkosten            | (Medische) pedicure  |

Ook voor vraag 13 (zie Bijlage 1) wordt nagegaan of de kosten die hier vermeld worden wel degelijk andere kosten zijn dan diegene die reeds bevraagd werden. Indien dit toch het geval is, zullen deze kosten toegewezen worden aan de categorie waarop de desbetreffende kost betrekking heeft. Tabel 7 geeft een overzicht van de niet opgenomen en de verplaatste kosten.

Tabel 7      Overzicht al dan niet weerhouden kosten van vraag 13

| <b>Kosten niet opgenomen</b>   | <b>Kosten opgenomen maar in andere categorie</b>                  |
|--|---|
| Steunkousen  | Infraroodlamp   |
| Haargroeimiddel omwille van haaruitval   | Stomamateriaal bij incontinentie                                  |
| Parlofoon  | Aanpassingen om in woonkamer te slapen                            |
| Aangepast rijbewijs  | Eenmalige jaarlijkse vervoerskosten                               |
| Glucosesticks, neurostimulator uitwendig, naalden diabetes, medisch niet opgenomen | Mantelzorg  |
| 'To walk again', bijdrage aan vereniging   | Zetelbed  |
| Seksuele dienstverlening   | Stoelen met wielen  |
| Aanpassing aan spiegelkast   | Aangepaste zetel  |
| Overgeefbakjes (omwille van maagbreuk)   | Vergrootglas  |
| Diëtist  | Aangepaste wagen  |
| Hometrainer  | Aankoop gemakkelijk zittende of gemakkelijk aan te trekken kledij |
| Gashaard ter vervanging houtkachel   |   |

## 2 Niet-medische hulp

Om te komen tot de totale kostprijs per maand voor alle bevraagde vormen van niet-medische hulp, vermenigvuldigen we de prijs ( $p$ ) met de verbruikte hoeveelheid ( $q$ ) per tijdseenheid. Indien nodig hervormen we de tijdseenheid naar de totale kost per maand.

De totale kost per maand kunnen we enkel berekenen indien zowel  $p$  als  $q$  opgegeven zijn. In Tabel 8 staat  $N$  voor het aantal personen voor wie zowel  $p$  als  $q$  beschikbaar zijn. In een aantal gevallen kennen we echter wel  $q$ , maar niet  $p$ . Daarom gaan we ook na of we een referentieprij voor deze kostenposten kunnen vinden. De 'gecorrigeerde  $N$ ' geeft het aantal eenheden weer dat we winnen indien we dit toepassen.

Het is niet mogelijk om een referentieprij te vinden voor alle kostenposten waarvoor de prijs niet is opgegeven. De variabele die gaat over de 'extra vervoerskost omwille van een verminderde zelfredzaamheid', is hier een eerste voorbeeld, aangezien de kosten voor vervoer erg uiteenlopend kunnen zijn. De niet-medische hulp die door de respondenten zelf worden opgegeven bij de antwoordoptie 'andere' - zoals de kosten voor een tuinman en de kost voor (medische) pedicure - is een volgend voorbeeld omdat deze niet steeds op eenzelfde systematische manier wordt genoteerd.

Tabel 8      Overzicht aantal variabelen te wijzigen met referentieprij

| Type ondersteuning      | N   | Gecorrigeerde N | Initieel gemiddelde | *Referentieprij | Gemiddelde met referentieprij |
|-------------------------|-----|-----------------|---------------------|-----------------|-------------------------------|
| Gezinszorg              | 131 | +16             | 7,20/uur            | 7,17/uur        | 7,17/uur                      |
| Poetshulp               | 327 | +17             | 8,76/uur            | 8,51/uur        | 8,51/uur                      |
| Klusjesdienst           | 53  | +1              | 11,44/uur           | 11,44/uur       | 11,49/uur                     |
| Oppasdienst (overdag)   | 19  | +2              | 4,60/uur            | 3,67/uur        | 3,67/uur                      |
| Oppasdienst ('s nachts) | 3   | +1              | 28,53/nacht         | 28,53/nacht     | 28,53/nacht                   |
| Boodschappendienst      | 9   | +3              | 10,89/uur           | 10,89/uur       | 11,26/uur                     |
| Residentiële opvang     | 34  | +4              | 56,98/dag           | 56,98/dag       | 56,77/dag                     |
| Personenalarm           | 87  | +20             | 13,41/maand         | 12,84/maand     | 12,84/maand                   |
| Maaltijden aan huis     | 88  | +6              | 7,53/keer           | 7,14/keer       | 7,14/keer                     |
| Dagcentrum              | 55  | +2              | 23,32/dag           | 22,59/dag       | 22,59/dag                     |

\*Gemiddelde bijdrage van alle gebruikers zonder extreme waarden, vervangen door bovengrensgetal

Als referentieprij hanteren we de gemiddelde bijdrage van alle gebruikers, zonder de extreme waarden. Deze extreme waarden worden vervangen door een maximumwaarde, een bovengrensgetal. Om deze referentieprij te kunnen berekenen dienen we dus eerst de extreme waarden te detecteren. We gaan de extreme waarden na voor de eigen bijdrage die de respondenten voor elke bevroegde vorm van niet-medische hulp opgaven. Voor elke variabele wordt een boxplot gemaakt (zie Bijlage 3). Deze grafische voorstelling geeft ons de mogelijkheid om extreme waarden te detecteren. De horizontale strepen/uiteinden (whiskers) geven de hoogste en laagste waarden aan, binnen een interkwartielafstand van 1,5 (IKA<sup>9</sup>) tot aan de box. Mogelijke uitschieters worden weergegeven op twee manieren. Cirkeltjes (°) geven aan dat deze waarde ligt tussen de 1,5 en 3 IKA. Sterretjes (\*) betekenen dat deze waarde op meer dan 3 IKA ligt. Hoaglin en Iglewicz (1987) geven aan dat een 2,2 IKA een goed indicator is om uitschieters al dan niet te verwijderen - ook wel bekend als de Outlier Labeling Rule (OLR).

<sup>9</sup> Interkwartielafstand: is een spreidingsmaat die berekend wordt als het verschil te maken tussen het eerste en derde kwartiel van de variabele (Neels, 2017)

Tabel 9 Overzicht extreme waarden eigen bijdrage van niet-medische hulp

|                         | Q1    | Q3    | G   | Ondergrens | Bovengrens | Aantal mogelijks te wijzigen observaties |
|-------------------------|-------|-------|-----|------------|------------|--|
| Gezinszorg              | 5,97  | 8,20  | 2,2 | 1,06       | 13,11      | 2  |
| Poetshulp               | 8,50  | 9,00  | 2,2 | 7,40       | 10,10      | 14                                       |
| Klusjesdienst           | 6,25  | 15,00 | 2,2 | -13,00     | 34,25      | 4  |
| Oppasdienst (overdag)   | 2,60  | 4,50  | 2,2 | -1,58      | 8,68       | 2  |
| Boodschappendienst      | 5,00  | 10,00 | 2,2 | -6,00      | 21,00      | 0  |
| Residentiële opvang     | 51,22 | 65,27 | 2,2 | 20,31      | 96,18      | 0  |
| Personenalarm           | 10,00 | 15,00 | 2,2 | -1,00      | 26,00      | 3  |
| Maaltijden aan huis     | 6,23  | 8,00  | 2,2 | 2,336      | 11,89      | 3  |
| Dagcentrum              | 21,00 | 25,80 | 2,2 | 10,44      | 36,36      | 3  |
| Bijkomende vervoer kost | 10,00 | 52,00 | 2,2 | -82,4      | 144,40     | 12                                       |
| Tuinman*                | 200   | 672,5 | 2,2 | -839,5     | 1712       | 5  |
| Pedicure                | 17,23 | 33,50 | 2,2 | -18,56     | 69,29      | 0  |

\* Niet op basis van prijs maar op totale kost per maand

Tabel 9 geeft een overzicht van de berekende onder- en bovengrenzen voor elke vorm van niet-medische hulp waarvoor extreme waarden waren te zien in de boxplot. Het aantal waarden dat zich boven de berekende bovengrens bevindt, is terug te vinden in de laatste kolom 'aantal mogelijks te wijzigen observaties'. In samenspraak met de stuurgroep wordt beslist om de extreme waarden van de variabelen 'gezinszorg' en 'tuinman' te verwijderen en te vervangen door het bovengrensgetal indien de extreme waarde boven de bovengrens (met  $g=2,2$ ) gelegen is. Voor de overige extreme waarden wordt er geopteerd om de extreme waarden te koppelen aan de mate van zorgnood en na te gaan of een hoge zorgkost ook gepaard gaat met een hoge zorgnood. Met uitzondering van 'bijkomende vervoerskosten' worden de extreme observaties vervangen door het berekende bovengrensgetal. Enkel bij de variabele 'bijkomende vervoerskosten' gaan de observaties gepaard met hoge zorgnooden.

Na het wijzigen van de extreme waarden naar de berekende bovengrens waarden kan per variabele opnieuw het gemiddelde berekend worden. Dit gemiddelde zullen we hanteren als referentieprij (zie Tabel 8). Het initiële gemiddelde en de berekende referentieprij sluiten nauw bij elkaar aan. Voor de meeste variabelen is de referentieprij ietsje lager dan of gelijk aan het initiële gemiddelde.



### 3 Ondersteuning van mantelzorg(er)s

Ook het aantal uren mantelzorg dat de respondenten ontvangen wordt mee opgenomen in onze analyse. Hoefman et al. (2013) geven aan dat het 24u/24u en 7 op 7 bieden van mantelzorg geen realistische weergave is van de zorg en ondersteuning gegeven door mantelzorgers. Dit antwoord is uiteraard wel een expressie van de inspanningen en de betrokkenheid van de mantelzorg(er)s, maar niet van het aantal uren effectief verleende ondersteuning. Mantelzorgers besteden ook tijd aan zichzelf. Zo hebben mantelzorgers ook slaap nodig en dienen ze te voorzien in hun persoonlijke verzorging. Net zoals Hoefman et al. (2013) begrenzen we het aantal uren mantelzorg dat maximaal gegeven kan worden op 18u/dag of 126u per week (maximaal 1080 minuten per dag of 7560 minuten per week). We tellen dus alle uren ondersteuning voor huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging en praktische ondersteuning op. Bij drie observaties brengen we het aantal minuten mantelzorg per week terug naar 7560. Het antwoord van de betrokken mantelzorg(er) geeft wel een beeld van de mate van betrokkenheid van de mantelzorg(er). Het geeft een expressie van de constante mentale druk die hij/zij ondervindt om op elk moment van de dag bereikbaar en beschikbaar te zijn.

### 4 Kosten voor ondersteuning van vrijwilligers

Ook voor de kostenvariabelen gelinkt aan vrijwilligers gaan we na of er extreme waarden zijn aan de hand van de Outlier Labeling Rule (OLR). Hiermee stellen we vast dat twee observaties zich boven de bovengrens van 157,8 bevinden (zie Tabel 10). Deze observaties worden gewijzigd naar het hiervoor berekende bovengrensgetal.

Tabel 10 Overzicht extreme waarden eigen bijdrage kosten voor ondersteuning van vrijwilligers

|                           | Q1 | Q3 | g   | Ondergrens | Bovengrens | Aantal mogelijks te wijzigen observaties |
|---------------------------|----|----|-----|------------|------------|--|
| Kosten voor vrijwilligers | 1  | 50 | 2,2 | -106,8     | 157,8      | 2  |

### 5 Niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen

Zoals bij bovenstaande variabelen controleren we ook hier de antwoorden van de respondenten op extreme variabelen aan de hand van de Outlier Labeling Rule (OLR) en maken we een boxplot voor elke variabele (zie Bijlage 4). Alvorens de OLR toe te passen worden alle 0 waarden gecodeerd om vertekening van de kosten te voorkomen. Een nul betekent dat de persoon zelf geen kosten heeft. Dit wil echter niet zeggen dat er geen kosten zijn gemaakt. Deze kunnen bijvoorbeeld vergoed zijn door andere overheidsinstanties (bijvoorbeeld in VAPH-tegemoetkomingen voor hulpmiddelen, woningaanpassingen).

Tabel 11 geeft een overzicht van de berekende onder- en bovengrenzen voor alle variabelen die gelinkt worden aan het onderdeel niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen. Alle extreme observaties worden vervangen door het berekende bovengrensgetal, met als uitzondering de extreme observaties voor de 'huurprijs hulpmiddelen'. Voor deze variabelen stellen we vast dat personen met extreme waarden op deze variabele telkens een hoge score hebben op de BeIRAI Screener. Dit illustreert nogmaals de hoge druk die sommige mantelzorgers ervaren.

Tabel 11    Overzicht onder- en bovengrens waarden berekend op basis van OLR ( $g=2,2$ )

|                                      | Q1   | Q3    | g   | Ondergrens | Bovengrens | Aantal mogelijks te wijzigen observaties |
|--------------------------------------|------|-------|-----|------------|------------|--|
| Dieetvoeding                         | 33,5 | 92,25 | 2,2 | -95,75     | 221,5      | 4  |
| Extra kost incontinentie*            | 15   | 60    | 2,2 | -84        | 159        | 24                                       |
| Eénmalige aankoop kost hulpmiddelen  | 120  | 2000  | 2,2 | -4016      | 6136       | 26                                       |
| Huurprijs hulpmiddelen               | 15   | 65    | 2,2 | -95        | 175        | 5  |
| Onderhoudskost hulpmiddelen          | 46,5 | 237   | 2,2 | -372,6     | 656,1      | 1  |
| Woningaanpassingen                   | 1000 | 9000  | 2,2 | -16600     | 26600      | 7  |
| Meerkost verminderde zelfredzaamheid | 20   | 100   | 2,2 | -156       | 276        | 5  |

*\*Om de (extra) kost voor incontinentie na te gaan voor alle respondenten, wordt een nieuwe variabele gemaakt via de somscore van de twee variabelen die kosten bevatten met betrekking tot incontinentie. Zo zitten de kosten voor incontinentie van alle respondenten samen in één variabele.*

Na het wijzigen van de extreme waarden naar de bovengrens waarden - bepaald aan de hand van OLR (met  $g=2,2$ ) - gaan we na of de variabelen in de gewenste tijdseenheid staan. De kostenvariabelen dieetvoeding, incontinentie, kosten omwille van een verminderde zelfredzaamheid, en het onderdeel 'huurprijs hulpmiddelen' van duurzame hulpmiddelen, worden omgezet naar kosten per maand. Bij de overige drie variabelen 'kosten voor woningaanpassingen' en de overige onderdelen van mogelijke kosten voor duurzame hulpmiddelen, namelijk 'de éénmalige kosten in afgelopen 10 jaar' en 'onderhoudskost per jaar', is dit niet het geval. Voor de eenmalige kosten wordt er een nieuwe variabele gemaakt. Deze kosten worden lineair afgeschreven over een afschrijvingstermijn van 10 jaar voor kosten gemaakt aan de woning en 5 jaar voor kosten gelinkt aan duurzame hulpmiddelen. Ook voor de onderhoudskost voor duurzame hulpmiddelen wordt een nieuwe variabele aangemaakt: de oorspronkelijke variabele wordt gedeeld door twaalf om de kosten per maand te kunnen rapporteren.

## Hoofdstuk 4

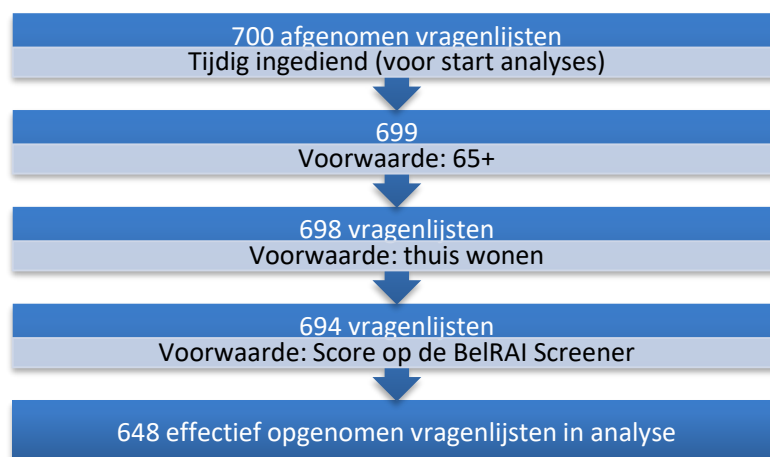
### Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de steekproef en de resultaten van het onderzoek. Vervolgens geven we een antwoord op de onderzoeksvragen en bespreken we de verschillende scenario's om afkappunten te bepalen voor het zorgbudget op basis van de BelRAI Screener.

#### 1 Beschrijving van de steekproef

De dataverzameling levert 700 ingevulde vragenlijsten op. We kunnen echter niet alle vragenlijsten opnemen in onze analyses. Normaliter worden bij de steekproeftrekking van de FOD Sociale Zekerheid enkel effectief rechthebbenden opgenomen. Toch laten enkele indicatiestellers van de diensten maatschappelijk werk weten dat er personen bevraagd werden die wel een voldoende hoge zorgnood hebben, maar geen tegemoetkoming ontvangen omwille van een te hoog inkomen. Aangezien we deze respondenten niet kunnen identificeren op basis van de gegevens waar we over beschikken, worden zij opgenomen in de analyses.

Figuur 2 geeft de inclusiecriteria weer die we hanteren. Ten eerste moeten de vragenlijsten tijdig ingediend zijn. Vragenlijsten die ontvangen worden na 30 juni 2018 worden niet meer verwerkt. Ten tweede moeten de respondenten 65 jaar of ouder zijn om voor het zorgbudget in aanmerking te komen. Eén respondent is jonger dan 65 en wordt daarom verwijderd. Een derde vereiste is dat respondenten thuis wonen. Respondenten die maximaal 3 maanden in een woonzorgcentrum verblijven mochten aanvankelijk participeren aan het onderzoek. Hun gegevens bleken echter onbruikbaar. We konden immers geen kosten detecteren buiten deze gelinkt aan het verblijf in het woonzorgcentrum. Daarom zijn deze vragenlijsten uit de steekproef verwijderd. Tot slot is het van belang dat we een eindscore op de BelRAI Screener kunnen berekenen via het bestaande algoritme. Van de 694 vragenlijsten die aan bovenstaande voorwaarden voldoen blijven er na het berekenen van de BelRAI score nog 648 over.



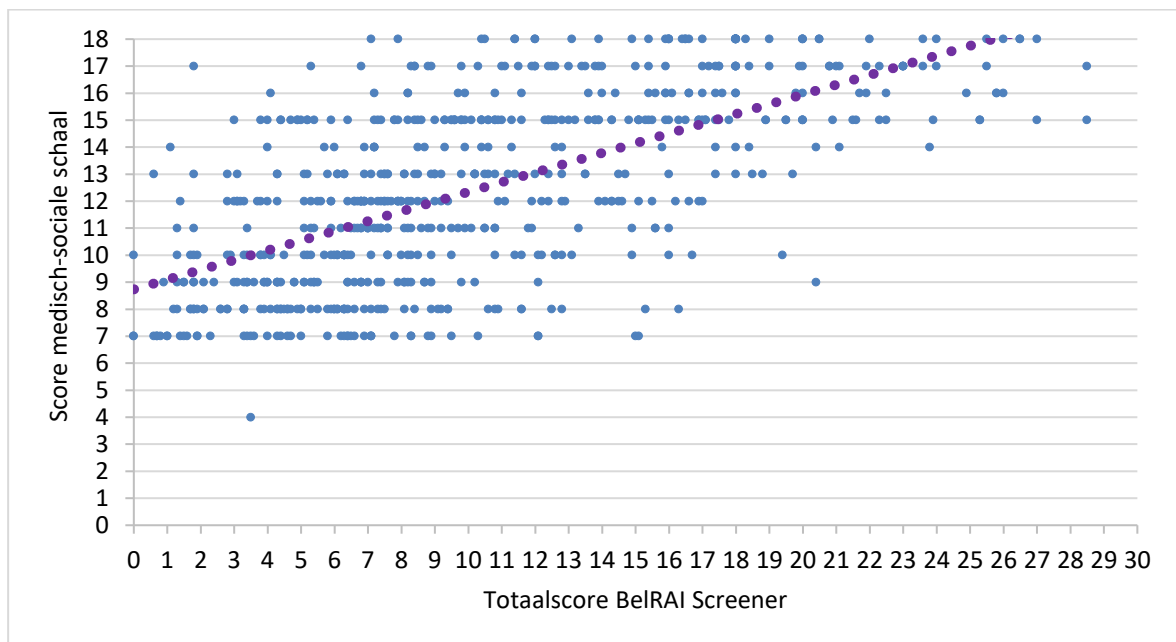
Figuur 2 Overzicht controle inclusie critica verzamelde data

Tabel 12 geeft de verdeling weer van de 648 vragenlijsten over de 5 categorieën. Het grootste aantal personen bevindt zich in de categorieën 2 (23%) en 3 (22%). De twee uiterste categorieën, categorie 1 en 5 zijn het minst vertegenwoordigd met 17,6% in categorie 1 en 16% in categorie 5. Eén respondent bevindt zich in categorie 0. Met een score 4 op 18 heeft de respondent geen recht op een tegemoetkoming op basis van de huidige indeling in categorieën.

Tabel 12 Verdeling van effectief opgenomen vragenlijsten over de vijf categorieën heen

| Categorie     | N          | %           |
|---------------|------------|-------------|
| Categorie 0   | 1          | 0,2%        |
| Categorie 1   | 114        | 17,6%       |
| Categorie 2   | 149        | 23,0%       |
| Categorie 3   | 143        | 22,1%       |
| Categorie 4   | 131        | 20,2%       |
| Categorie 5   | 104        | 16,0%       |
| Missing       | 6          | 0,9%        |
| <b>Totaal</b> | <b>648</b> | <b>100%</b> |

Net zoals in het eerste onderzoek van Vermeulen et al. (2016) stellen we ook voor deze steekproef (zie Figuur 3) een grote spreiding vast tussen de totaalscores op de BelRAI Screener voor eenzelfde score op de medisch sociale schaal. Wel zien we dat we, dankzij de proportionele steekproeftrekking, een betere spreiding hebben over de verschillende categorieën heen.



Figuur 3 Illustratie spreiding totaalscores BelRAI Screener voor eenzelfde score op de medisch-sociale schaal

## 2 Beschrijvende statistieken

Dit deel bevat een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de respondenten. We starten met een beeld van de socio-demografische kenmerken van de respondenten. Daarna beschrijven we de zorgnood van de respondenten bepaald op basis van de BelRAI Screener en de mate waarin men ondersteuning ontvangt via mantelzorg. Vervolgens onderzoeken we de niet-medische kosten die de respondenten hebben. We gaan dieper in op het gebruik/niet-gebruik van en kosten voor medische hulp en vrijwilligers, het gebruik van niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen en de mogelijke meerkost(en) verbonden met een verminderde zelfredzaamheid. Deze gegevens geven ons een eerste inzicht in de kosten van de respondenten en vormen de basis voor het vervolg van het onderzoek.

### 2.1 Socio-demografische kenmerken

Tabel 13 biedt een overzicht van de drie bevroegde socio-demografische kenmerken: geslacht, leeftijd en samenstelling van het huishouden. We stellen ten eerste vast dat iets meer dan de helft van de respondenten vrouw is (56,5%). Ten tweede zien we dat de gemiddelde leeftijd net geen 80 jaar is en dat de grootste groep respondenten - net geen 50% - tussen de 75 en 85 jaar oud is. Tot slot zien we dat een minderheid van de respondenten samenwoont met één of meerdere van zijn of haar kinderen. Net geen derde van de respondenten woont alleen. Het merendeel van de zorgbehoevende respondenten, bijna tweede derde, woont samen met zijn of haar partner.

Tabel 13 Overzicht socio-demografische kenmerken

| Variabele                                   | N          | %            | $\bar{x}$   |
|---|------------|--------------|-------------|
| <b>Vrouw</b>                                | <b>367</b> | <b>56,6%</b> | -           |
| <b>Leeftijd</b>                             | <b>647</b> | -            | <b>79,7</b> |
| 65-74,9                                     | 160        | 24,7%        |             |
| 75-84,9                                     | 317        | 48,9%        |             |
| 85-94,9                                     | 158        | 24,4%        |             |
| 95- 98                                      | 12         | 1,9%         |             |
| <b>Samenstelling huishouden</b>             | <b>647</b> | <b>99,8%</b> | -           |
| Woont alleen                                | 187        | 29,9%        |             |
| Woont met partner                           | 398        | 60%          |             |
| Woont met één of meerdere kinderen          | 44         | 6,8%         |             |
| Woont met partner en één/ meerdere kinderen | 12         | 1,9%         |             |
| Andere                                      | 15         | 2,3%         |             |

### 2.2 Score BelRAI Screener

De mate van zorgafhankelijkheid wordt ingeschaald aan de hand van de BelRAI Screener. De gemiddelde totaalscore op de BelRAI Screener in deze steekproef bedraagt 10,28 op 30 met een minimale score 0 en een maximale score van 28,5 op 30. Dit is meer dan de gemiddelde totaalscore uit vorig onderzoek in 2015 (Vermeulen et al., 2015). Daar bedraagt de gemiddelde totaalscore 8,6 op 30 met minimumscore

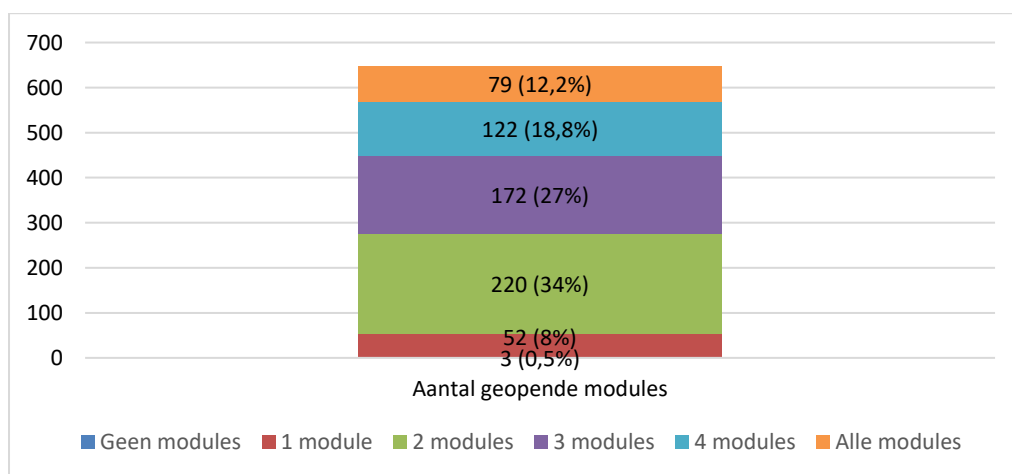
0. De gemiddelde scores voor elke module apart in deze steekproef bedragen 4,27 op 6 voor IADL, 2,75 op 6 voor ADL, 1,83 op 6 voor cognitie, 0,71 op 6 voor psychische problemen en 0,71 op 6 voor gedragsproblemen (zoals te zien in Tabel 14). Het gemiddelde dat het meest verschilt met dat uit 2015 is de gemiddelde score voor module 1 (IADL). Ook voor de overige scores zien we een hogere score dan deze in 2015 met als uitzondering psychische problemen (dit gemiddelde is gelijk gebleven). Aangezien er bij onze steekproef meer personen uit categorie 4 en 5 zijn opgenomen dan in 2015 verwachten we nu een hogere zorgnood dan in de steekproef van 2015. De totaalscores op de BelRAI Screener variëren van 0 tot 28,5. Een totaalscore van nul betekent dat er respondenten werden ingeschaald die volgens de indicatiesteller geen zorgnood hebben op basis van de BelRAI Screener.

Tabel 14 Overzicht gemiddelde schaalscore (0-6) BelRAI Screener en deelmodules

|                                | Min | Max   | $\bar{x}$ | SD   | $\bar{x}$ 2015* |
|--------------------------------|-----|-------|-----------|------|-----------------|
| Module 1: IADL                 | 0   | 6     | 4,27      | 1,44 | 3,8             |
| Module 2: ADL                  | 0   | 6     | 2,75      | 1,70 | 2,3             |
| Module 3: Cognitie problemen   | 0   | 6     | 1,83      | 2,11 | 1,3             |
| Module 4: Psychische problemen | 0   | 6     | 0,71      | 1,29 | 0,7             |
| Module 5: Gedragsproblemen     | 0   | 6     | 0,71      | 1,58 | 0,5             |
| Totale score BelRAI Screener   | 0   | 28,50 | 10,28     | 6,10 | 8,5             |

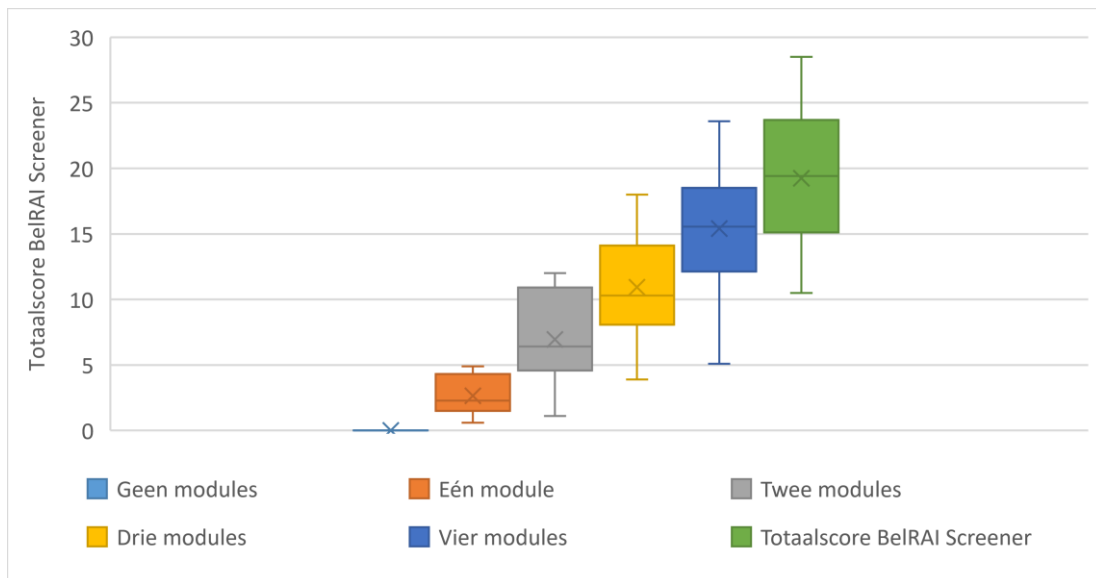
\*Bron: Vermeulen et al. (2016)

Via Figuur 4 krijgen we een indicatie van het aantal modules dat geopend wordt aan de hand van de scores op de BelRAI Screener. Hieruit leiden we ten eerste af dat er drie personen zijn in de steekproef die op basis van de BelRAI Screener geen zorgnoden hebben maar momenteel wel een vergoeding ontvangen. De scores op de medisch-sociale schaal die we hiermee kunnen verbinden zijn twee keer een score 7 (categorie 1) en eenmaal een score 10 (categorie 2). Ten tweede stellen we vast dat het merendeel van de respondenten een zorgbehoefte heeft die gelinkt is aan twee of meerdere modules van de BelRAI Screener. Slechts in 8% van de gevallen wordt maar één module geopend. Het vaakst worden er twee modules geopend, vervolgens drie en vier en tot slot vijf.



Figuur 4 Aantal geopende modules op de BelRAI Screener

Het aantal modules dat geopend wordt geeft ons nog geen zicht op wélke modules geopend worden en welke totaalscores op de BelRAI Screener hiermee verbonden zijn. De boxplots in Figuur 5 geven ons een samenvattend overzicht van het minimum, het eerste kwartiel, de mediaan, het derde kwartiel en het maximum van de waargenomen totaalscores op de BelRAI Screener per geopende modules. We zien dat zowel het minimum, het eerste kwartiel, de mediaan, het derde kwartiel als het waargenomen maximum per module stijgt naarmate er meer modules worden geopend. Daarnaast zien we binnen de geopende modules grote variaties in minimum- en maximumscores.



Figuur 5 Boxplot per aantal geopende modules

Een meer gedetailleerd overzicht van de combinaties van modules vinden we terug in Tabel 15. Hier stellen we vast dat - ongeacht het aantal modules dat geopend wordt - 'Module 1: IADL' altijd geopend wordt. Indien de zorgbehoefte zich enkel situeert rond IADL-noden, ligt de gemiddelde score op de BelRAI Screener redelijk laag, namelijk 2,29 op 6 met een minimale score van 0,6 en een maximale score van 4,9 (op 6).

Wanneer twee modules geopend worden komt de combinatie van IADL en ADL zorgnoden het vaakst voor. In onze steekproef was dit het geval voor 203 van 220 respondenten. De totaalscore op de BelRAI Screener varieert sterk binnen deze groep, tussen 1,1 en 12 (op 12) met een gemiddelde van 6,41. De overige modules die geopend worden combineren een IADL-zorgbehoefte met cognitieve, psychische en gedragsproblemen. IADL-zorgnoden in combinatie met cognitieve problemen komt iets vaker voor dan IADL-noden in combinatie met psychische en gedragsproblemen.

De maximale score bij het openen van drie modules is een score van 18. Deze maximale score vinden we terug bij een combinatie van IADL, ADL en cognitieve zorgnoden. Dit is ook de combinatie van zorgnoden die het vaakst voorkomt: bij drie vierde van de respondenten situeren hun zorgnoden zich binnen deze drie modules: IADL, ADL en cognitieve problemen. Voor de overige combinaties komt een combinatie van IADL, ADL en psychische problemen het vaakst voor.

Indien de zorgnoden zich situeren binnen vier modules, komen twee combinaties ongeveer even vaak voor. Het gaat enerzijds over de combinatie van de modules IADL, ADL, cognitieve en psychische problemen en anderzijds IADL, ADL, cognitieve problemen en gedragsproblemen. Voor beide combinaties is er een aanzienlijk verschil tussen de minimale en maximale score die behaald wordt.

Tabel 15 Overzicht van de modulecombinatie die voorkomen in de steekproef

| Aantal geopende modules       | N   | Minimum Score BelRAI Screener | Minimum Score BelRAI Screener | Gemiddelde score BelRAI Screener |
|-------------------------------|-----|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <i>Eén module (N = 52)</i>    |     |                               |                               |                                  |
| IADL <sup>10</sup>            | 52  | 0,6                           | 4,9                           | 2,29                             |
| <i>Twee modules (N = 220)</i> |     |                               |                               |                                  |
| IADL-ADL <sup>11</sup>        | 203 | 1,1                           | 12                            | 6,41                             |
| IADL- COGN <sup>12</sup>      | 14  | 1,3                           | 9,6                           | 3,96                             |
| IADL-PSY <sup>13</sup>        | 2   | 3,4                           | 4,6                           | 4                                |
| IADL-GEDR <sup>14</sup>       | 1   | 1,3                           | 1,3                           | 1,3                              |
| <i>Drie modules (N = 172)</i> |     |                               |                               |                                  |
| IADL- ADL – COGN              | 129 | 3,9                           | 18                            | 10,29                            |
| IADL- ADL – PSY               | 32  | 4,4                           | 13,8                          | 8,79                             |
| IADL - ADL – GEDR             | 6   | 7,2                           | 12,8                          | 9,16                             |
| IADL - COGN – PSY             | 3   | 5,8                           | 8,2                           | 7,37                             |
| IADL - PSY – GEDR             | 1   | 5,8                           | 5,8                           | 5,8                              |
| IADL - COGN – GEDR            | 2   | 4,6                           | 4,6                           | 4,6                              |
| <i>VIJF modules (N = 122)</i> |     |                               |                               |                                  |
| IADL - ADL- COG – PSY         | 61  | 5,1                           | 21                            | 14,29                            |
| IADL - COGN - PSY – GEDR      | 4   | 6,3                           | 12,3                          | 9,85                             |
| IADL - ADL- PSY – GEDR        | 3   | 8,9                           | 15,6                          | 11,83                            |
| IADL -ADL - COGN – GEDR       | 53  | 10,6                          | 23,6                          | 16,89                            |
| <i>VIJF modules (N = 79)</i>  |     |                               |                               |                                  |
| IADL -ADL - COGN – PSY - GEDR | 79  | 10,5                          | 28,5                          | 19,51                            |

Drie respondenten kregen een score nul toegewezen op de BelRAI Screener. Een score nul geeft aan dat de indicatiesteller geen IADL, ADL, cognitieve, psychische of gedragsproblemen detecteerde bij deze respondenten. Op vraag van de stuurgroep wordt nagegaan welke kosten deze respondenten - die op basis van de BelRAI Screener geen zorgnoden hebben – opgegeven hebben. Tabel 16 geeft hiervan een gedetailleerd overzicht. De kosten die deze respondenten maken zijn zeer beperkt. Slecht één respondent heeft incontinentiekosten van €10 per maand en kosten voor een beperkt aantal duurzame hulpmiddelen, met name een wandelstok en een kniebrace. De andere twee respondenten hebben geen niet-medische kosten.

<sup>10</sup> IADL: 'Module 1: IADL'

<sup>11</sup> ADL: 'Module 2: ADL'

<sup>12</sup> COGN: 'Module 3: Cognitieve problemen'

<sup>13</sup> PSY: 'Module 4: Psychische problemen'

<sup>14</sup> GEDR: 'Module 5: Gedragsproblemen'



Tabel 16 Overzicht kosten respondenten die nul score op BelRAI Screener

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score medisch-sociale schaal = 7 (cat.1) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geen niet-medische hulp, geen ondersteuning van vrijwilligers</li> <li>○ 1u mantelzorg/week bij praktische ondersteuning</li> <li>○ Incontinentiekosten: €10/maand</li> <li>○ Kosten duurzame hulpmiddelen: wandelstok, kniebrace (kost niet gekend)</li> </ul> </li> <li>• Score medisch-sociale schaal = Score: 7 (cat.1) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geen niet-medische hulp, geen ondersteuning van vrijwilligers</li> <li>○ Geen mantelzorg</li> <li>○ Geen kosten hulp- en ondersteuningsmiddelen</li> </ul> </li> <li>• Score medisch-sociale schaal score: 10 (cat.2) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geen niet-medische hulp, geen ondersteuning van vrijwilligers</li> <li>○ Geen kosten hulp- en ondersteuningsmiddelen</li> <li>○ Geen ondersteuning mantelzorger(s)</li> <li>○ Wel nood aan stomamateriaal maar krijgt dit via ziekenhuis</li> <li>○ Doel alles zelfstandig: stomamateriaal vervangen</li> <li>○ Wel dagelijks ondersteuning bij het wassen in bad</li> </ul> </li> </ul> |
|---|

Vervolgens bekeken we welke samenhang er is tussen de totaalscore op de BelRAI Screener en de verschillende deelmodules. De onderlinge samenhang is uiteraard hoog tussen alle totaalscores op de BelRAI Screener en de deelmodules. De correlatie tussen de afzonderlijke modules onderling is het sterkst ( $r=0,717$ ) tussen 'Module 1: IADL' en 'Module 2: ADL' en vervolgens tussen 'Module 1: IADL' en 'Module 3: cognitieve problemen' ( $r=0,622$ ). De modules die het minst sterk met elkaar correleren zijn 'Module 2: ADL' en 'module 4: Psychische problemen'.

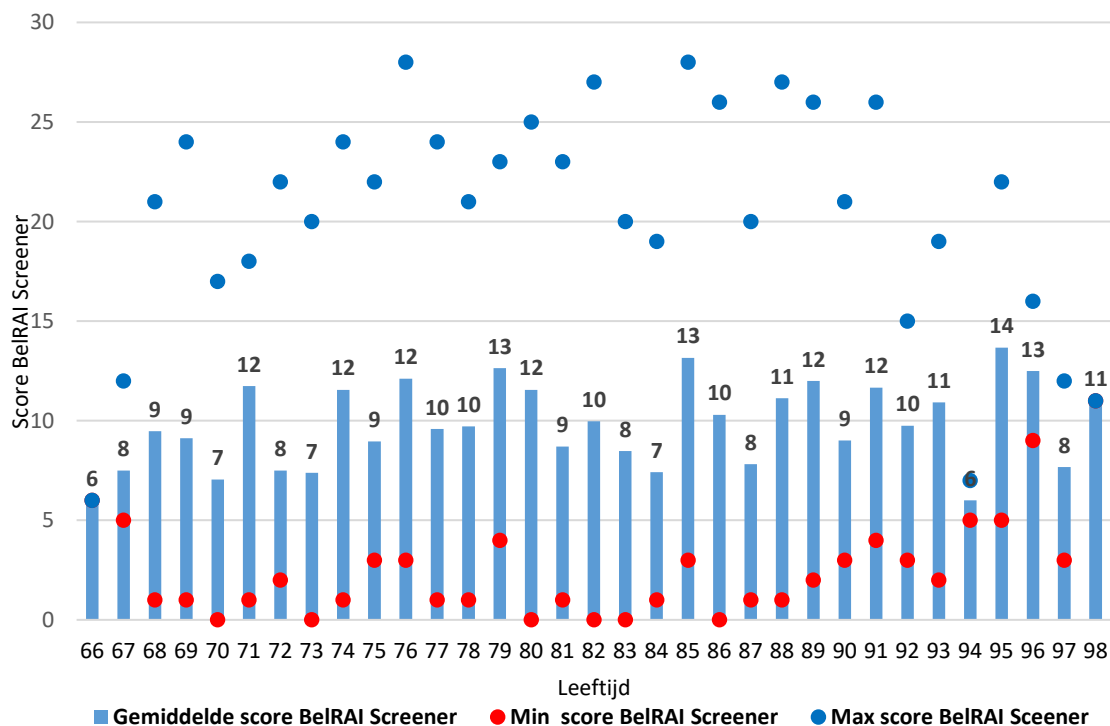
Tabel 17 Samenhang totaalscore BelRAI Screener & modules

|                                       | TOT     | IADL    | ADL     | Cog     | Psy     | Gedrag |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| <b>Totaalscore BelRAI Screener</b>    | 1       |         |         |         |         |        |
| <b>Module 1: IADL</b>                 | 0,812** | 1       |         |         |         |        |
| <b>Module 2: ADL</b>                  | 0,721** | 0,717** | 1       |         |         |        |
| <b>Module 3: Cognitieve problemen</b> | 0,857** | 0,622** | 0,480** | 1       |         |        |
| <b>Module 4: Psychische problemen</b> | 0,601** | 0,313** | 0,155** | 0,441** | 1       |        |
| <b>Module 5: Gedragsproblemen</b>     | 0,701** | 0,357** | 0,279** | 0,525** | 0,459** | 1      |

Sign op 0,01 (2-tailed)

\* Sign op 0,05 (2-tailed)

We zagen reeds dat de leeftijd van de respondenten varieert van 66 tot 98 jaar. Figuur 6 linkt de leeftijd van alle respondenten met hun totaalscore op de BelRAI Screener. Deze grafiek geeft ten eerste voor alle respondenten met dezelfde leeftijd hun gemiddelde score op de BelRAI Screener weer. Ten tweede worden de minimum- en maximumscores op de BelRAI Screener op deze leeftijd afgebeeld in de grafiek. Zo hebben alle respondenten van 80 jaar samen een gemiddelde BelRAI Screener score van 12, de laagste score die voorkomt bij deze 80-jarigen is een score 0, de hoogste score is 25. Ook voor alle andere leeftijden zien we grote verschillen in de minimum- en maximumscores. De gemiddelde scores per leeftijd variëren minder: de laagste gemiddelde score op de BelRAI Screener is 6 en komt voor bij de leeftijden 66 en 94, de hoogste is 14. Er is geen patroon te zien. Lage gemiddelde scores op de BelRAI Screener komen bij alle leeftijdsgroepen voor.



Figuur 6 Verband leeftijd (x-as) en zorgafhankelijkheid in functie van de BelRAI Screener (y-as)

### 2.3 Ondersteuning van mantelzorger(s)

Slechts 2% van de respondenten geeft aan geen ondersteuning te krijgen van een mantelzorger (zie Tabel 18). De overgrote meerderheid krijgt wel ondersteuning van één of meerdere mantelzorgers. Het gemiddeld aantal uren opgegeven mantelzorg is bijna drie keer hoger bij personen bij wie de mantelzorger aanwezig is gedurende het gesprek dan bij personen waar dit niet het geval is. Ook het maximaal aantal uren verschilt. Indien er geen mantelzorger aanwezig is, is het maximaal aantal uren hulp 50 uren per week. Indien er wel een mantelzorger aanwezig is bij het gesprek dan zien we 126 uren per week - wat meer dan een verdubbeling is - als maximum. Deze 126 uren ontvangen mantelzorg is de bovengrens die we in dit onderzoek hanteren (voor meer informatie zie paragraaf 3.3).

Tabel 18 Totaal aantal geschatte uren mantelzorg in een 'gewone' week (N =647)

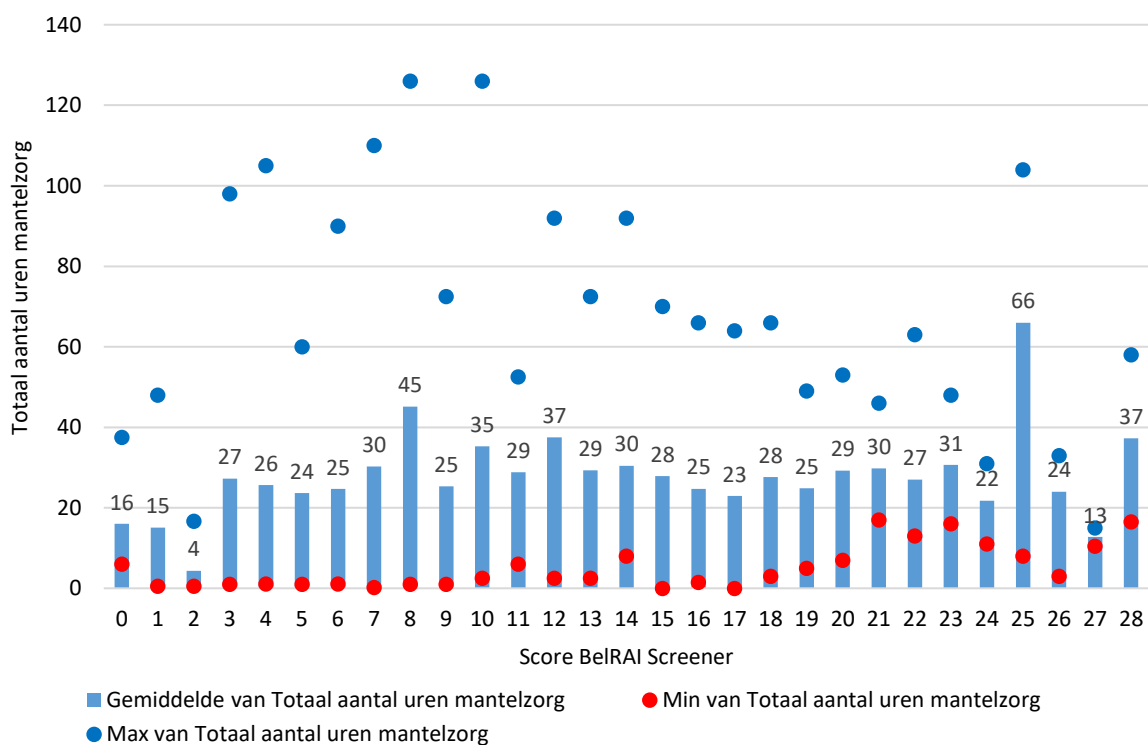
|   | N   | %   | min | Max | $\bar{x}$ | SD |
|---|-----|-----|-----|-----|-----------|----|
| <i>A. Ondersteuning van mantelzorger</i>      | 632 | 86% |     |     |           |    |
| Mantelzorg aanwezig                           | 467 | 74% | 0   | 126 | 34        | 22 |
| Mantelzorg niet aanwezig                      | 165 | 26% | 0,2 | 50  | 12        | 11 |
| <i>B. Geen ondersteuning van mantelzorger</i> | 15  | 2%  |     |     |           |    |

Vervolgens (Tabel 19) gaan we na in welke mate het aantal uren mantelzorg dat men ontvangt samenhangt met de totaalscore en de modulescores van de BelRAI Screener. Het aantal uren dat men mantelzorg ontvangt hangt logischerwijs het sterkst samen met de totaalscore op de BelRAI Screener. Ook alle deelmodules correleren significant met het totale aantal uren mantelzorg dat iemand ontvangt. We vinden ook samenhangcorrelatie terug bij de modules IADL, ADL en cognitieve problemen. De samenhang met de modules psychische problemen en gedragsproblemen is veel lager. De absolute waarde van de berekende correlatiecoëfficiënten geeft de sterkte van de correlatie weer. Een waarde van 1 wijst op een perfecte positieve samenhang, nul op geen correlatie en een waarde van -1 op perfecte negatieve correlatie. Met andere woorden, hoe meer de correlatiecoëfficiënt verwijderd is van nul, hoe sterker de samenhang. Een absolute waarde van 0,507 is dus geen sterke maar eerder een middelmatige correlatie. De correlatiecoëfficiënten met IADL, ADL en cognitieve problemen categoriseren we onder lage correlatie en we spreken van geen of nauwelijks correlatie bij de modules psychische problemen en gedragsproblemen. De richting van de correlatie is voor alle variabelen positief. Dit wil zeggen dat hoge scores op de ene variabele samengaan met hoge scores op de andere variabelen. Een hogere zorgzwaarte gaat zoals verwacht gepaard met een hoger aantal uren mantelzorg.

Tabel 19 Pearson's correlatie tussen deel- en totaalscores op de BelRAI Screener en het totaal aantal uren mantelzorg in een 'gewone' week

|                                | Totaal aantal uren mantelzorg |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Totaalscore BelRAI Screener    | 0,507**                       |
| Module 1: IADL                 | 0,484**                       |
| Module 2: ADL                  | 0,459**                       |
| Module 3: Cognitieve problemen | 0,429**                       |
| Module 4: Psychische problemen | 0,194**                       |
| Module 5: Gedragsproblemen     | 0,284**                       |

Figuur 7 linkt het totaal aantal uren mantelzorg aan de gehele<sup>15</sup> score op de BelRAI Screener. De eerder beschreven positieve correlatie tussen het aantal uren mantelzorg en de totaalscore op de BelRAI Screener kunnen we hieruit niet afleiden. Het is onduidelijk of een hogere zorgzwaarte steeds gepaard gaat met een hoger aantal uren mantelzorg. Zowel bij lagere als hogere BelRAI scores zien we uitschieters in het gemiddelde aantal uren mantelzorg. De hoogste maxima (uitschieters) van de uren mantelzorg vinden we terug aan de linkerkzijde van de grafiek, dus eerder bij de 'lagere' scores en de scores in het midden. Een verklaring kan zijn dat er vanaf een zekere hogere zorgbehoefte meer professionele niet-medische hulp wordt ingeschakeld. Toch zien we dat het gemiddelde aantal uren mantelzorg per totaalscore<sup>16</sup> op de BelRAI Screener redelijk gelijklopend is over alle scores heen, met een paar uitschieters. Voor een overzicht van de data gepresenteerd in onderstaande figuur in boxplots: zie Bijlage 17.



Figuur 7 De relatie tussen het totale aantal uren mantelzorg en de score op totaalscore BelRAI Screener

<sup>15</sup> Alle individuele scores met komma's worden samengebracht in één gehele score op de BelRAI Screener. Een totaalscore van 0,5 op de BelRAI Screener wordt toegewezen aan score 0, een totaalscore van 1,1 wordt toegewezen aan score 1.

<sup>16</sup> Zie uitleg voetnoot 14.

## 2.4 Niet-medische kosten

In dit deel gaan we dieper in op het (niet-)gebruik van en de kosten voor medische hulp en vrijwilligers, het gebruik van niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen en de mogelijke meerkost(en) verbonden met een verminderde zelfredzaamheid.

### 2.4.1 Kosten voor ondersteuning van vrijwilligers

Een beperkt aantal respondenten heeft kosten met betrekking tot de ondersteuning die hij of zij krijgt van vrijwilligers. Van de 648 respondenten geven 86 respondenten aan ondersteuning te krijgen van vrijwilligers. 62,5% van deze respondenten krijgt ondersteuning van vrijwilligers voor diensten die reeds bevraagd werden in vraag 4, namelijk het doen van boodschappen, het uitvoeren van klusjes, het bereiden van een maaltijd, ondersteuning bij vervoer of in de vorm van een oppasdienst. De overige 37,5% krijgt ondersteuning van vrijwilligers voor andere taken, die niet specifiek werden bevraagd. Op die manier hebben we zicht op de totale kost per maand voor deze ondersteuning van vrijwilligers. De totale kost per maand varieert van €0 tot €157,8 per maand met een gemiddelde kost van €34,70 per maand.

### 2.4.2 Niet-medische hulp

Een algemeen overzicht van het gebruik en het niet-gebruik van de niet-medische hulp staat in Tabel 20. Bij de expliciet bevraagde vormen van niet-medische hulp, is 'ondersteuning bij het poetsen' de enige vorm die meer dan de helft van de respondenten benut. Respondenten die gebruikmaken van deze dienst doen dit gemiddeld voor 3u36 per week aan een gemiddelde bijdrage van €8,51 per uur. De eerstvolgende ondersteuningsvorm met een hoog percentage zijn de 'bijkomende kosten voor vervoer'. Net geen 40% van de respondenten heeft bijkomende kosten voor vervoer aan een gemiddelde eigen bijdrage van €41,28/maand. De top drie van meest gebruikte niet-medische hulp wordt afgesloten door 'gezinszorg'. Hiervan maakt net geen vierde van de respondenten gebruik. Het gemiddeld gebruik van 7u36 per week ligt vier uur hoger dan bij poetsing, met een gemiddelde eigen bijdrage van €7,17 per uur gezinszorg. Een vierde dienst waar bijna één op vijf respondenten gebruik van maakt is een 'personalarms'. De gemiddelde eigen bijdrage is €13,41/maand.

Respondenten maken het minst gebruik van oppasdiensten die 's nachts ondersteuning bieden (slechts vier personen). Ook van boodschappendiensten en tijdelijke residentiële opvang wordt maar beperkt gebruikgemaakt. Tijdelijke residentiële opvang kan door een zorgbehoevende persoon maximum 60 opeenvolgende dagen en maximum 90 dagen verspreid over een kalenderjaar benut worden. In onze steekproef stellen we een gemiddeld gebruik vast van net geen 35 dagen/jaar aan €56,98/dag. Dit is maar een derde van het maximaal aantal dagen die men ter beschikking heeft.

Er zijn verschillende redenen waarom respondenten geen gebruik maken van bepaalde diensten. In dit onderzoek bevragen we drie redenen die combineerbaar zijn: geen gebruikmaken van ondersteuning omdat (1) men vindt dat men de dienst niet nodig heeft, (2) men geen hulp wil of (3) men de middelen er niet voor heeft. Voor elk van de bevraagde diensten stellen we vast dat het meest voorkomende antwoord is dat men geen hulp nodig heeft. De reden die het minst wordt opgegeven is dat de hulp beperkt wordt omwille van financiële redenen. Dit wil evenwel niet zeggen dat er geen nood is aan hulp, wel dat de respondent deze niet nodig acht of niet wil. Ook hiervoor zijn er verschillende redenen mogelijk: hij of zij vindt dat dit niet moet gebeuren, iemand anders neemt deze taak op zich, men heeft geen weet van het bestaan van de diensten, enz. De diensten die men het vaakst beperkt omwille van

financiële redenen zijn gezinszorg (net geen 20%) en poetshulp (net geen 16%). Het aantal personen dat geen gebruikmaakt van een bepaalde dienst omwille van financiële redenen is groter bij personen die totaal geen gebruikmaken van diensten dan bij personen die er wel gebruik van maken. Dit is het geval voor alle diensten, behalve voor poetshulp.

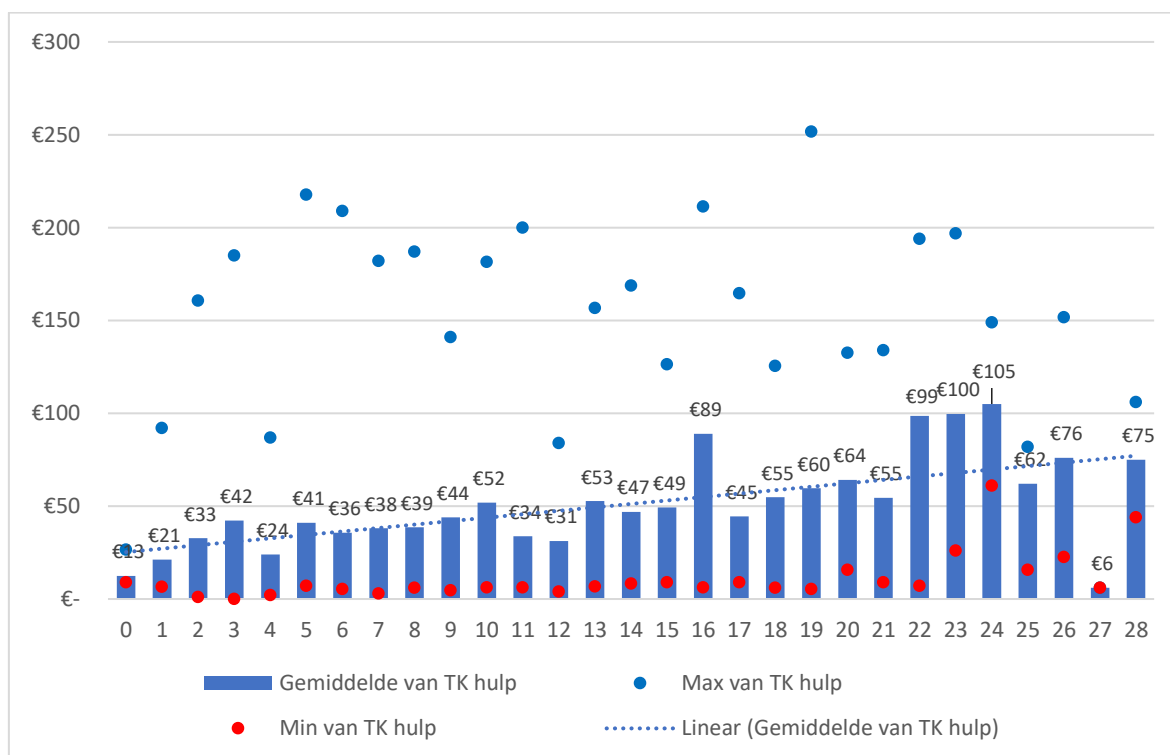
We weerhouden ook twee niet expliciet benoemde kosten uit de vragenlijst, namelijk kosten voor een tuinman en kosten voor een (medische) pedicure. De kost voor een tuinman is de grootste kostenpost die we kunnen detecteren voor de niet-medische hulp en ondersteuning die respondenten ontvangen. Slechts 57 respondenten (8,8%) maken hier evenwel gebruik van aan een gemiddelde eigen bijdrage van €43,75/maand. Twaalf respondenten gaven aan gebruik te maken van (medische) pedicure. De gemiddelde kost hiervan bedraagt €26/maand.

Tabel 20 Gebruik en niet-gebruik van niet-medische hulp en mogelijke redenen van niet-gebruik

| Niet-medische hulp           | A.<br>Maakt<br>gebruik<br>(N/%) | A1.<br>Gemiddelde<br>gebruik | A2.<br>Gemiddelde<br>eigen bijdrage | A3.<br>Beperkt<br>gebruik<br>o.w.v<br>financiële<br>redenen<br>(N/%) | B.<br>Maakt<br>geen<br>gebruik<br>(N/%) | B1.<br>Geen<br>hulp<br>nodig<br>(N/%) | B2. Wil<br>geen<br>hulp<br>(N/%) | B3. Geen<br>gebruik<br>o.w.v<br>financiële<br>redenen<br>(N/%) |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| Gezinszorg                   | 156                             | 7,26<br>uur/week             | €7,17/uur                           | 25   | 476                                     | 305                                   | 87                               | 48   |
|                              | 24,10%                          |                              |                                     | 19,50%   |   |                                       |                                  |  |
| Poetshulp                    | 351                             | 3,36<br>uur/week             | €8,51/uur                           | 48   | 296                                     | 179                                   | 45                               | 40   |
|                              | 54,20%                          |                              |                                     | 15,80%   |   |                                       |                                  |  |
| Klusjesdienst                | 63                              | 1,1<br>uur/week              | €11,44/uur                          | 5  | 568                                     | 465                                   | 49                               | 22   |
|                              | 9,70%                           |                              |                                     | 11,40%   |   |                                       |                                  |  |
| Oppasdienst<br>(overdag)     | 22                              | 5,68<br>uur/week             | €4,6/uur                            | 0  | 622                                     | 494                                   | 67                               | 15   |
|                              | 3,40%                           |                              |                                     | -  |   |                                       |                                  |  |
| Oppasdienst                  | 4                               | 1,83<br>keer/week            | €28,53/nacht                        | 0  | 637                                     | 526                                   | 68                               | 0  |
|                              | 0,60%                           |                              |                                     | -  |   |                                       |                                  |  |
| Boodschappendienst           | 14                              | 1,25<br>keer/week            | €10,59/uur                          | 1  | 632                                     | 515                                   | 64                               | 12   |
|                              | 2,20%                           |                              |                                     | 8,30%  |   |                                       |                                  |  |
| Residentiële opvang          | 42                              | 34,4<br>dagen/jaar           | €56,98/dag                          | 1  | 596                                     | 467                                   | 94                               | 3  |
|                              | 6,50%                           |                              |                                     | 3,00%  |   |                                       |                                  |  |
| Personenalarm                | 110                             | -                            | €13,41<br>/maand                    | 11   | 531                                     | 401                                   | 75                               | 11   |
|                              | 17,00%                          |                              |                                     | 0,021  |   |                                       |                                  |  |
| Maaltijden aan huis          | 97                              | 4,9<br>dagen/week            | €7,14/keer                          | 0  | 521                                     | 407                                   | 73                               | 6  |
|                              | 15,00%                          |                              |                                     | -  |   |                                       |                                  |  |
| Dagcentrum                   | 60                              | 2,5<br>dagen/week            | €22,59/dag                          | 1  | 581                                     | 441                                   | 99                               | 4  |
|                              | 9,30%                           |                              |                                     | 1,30%  |   |                                       |                                  |  |
| Bijkomende<br>vervoerskosten | 247                             | -                            | €41,28/maand                        | 4  | 379                                     | 295                                   | 29                               | 3  |
|                              | 39,30%                          |                              |                                     | 2,30%  |   |                                       |                                  |  |
| Tuinman                      | 57                              | -                            | €43,75/maand                        | -  | 591                                     | -                                     | -                                | -  |
|                              | 8,8%                            |                              |                                     | 91,2%  | -                                       | -                                     | -                                | -  |
| (Medische) pedicure          | 12                              | -                            | €26/maand                           | -  | 636                                     | -                                     | -                                | -  |
|                              | 1,90%                           |                              |                                     | 98,10%   | -                                       | -                                     | -                                | -  |

Zoals te zien in Tabel 21, stellen we voor een beperkt aantal kostenvariabelen gelinkt aan niet-medische hulp een significante samenhang vast met de totaalscore op de BelRAI Screener en/of één of meerdere deelmodules. Dit is het geval voor kosten voor (1) gezinszorg, (2) klusjesdienst, (3) personenalarm en (4) vervoerskosten. Voor (1) gezinszorg zien we een beperkte, maar significante correlatie met de totaalscore op de BelRAI Screener en met de score op de deelmodules IADL, ADL, cognitieve problemen en gedragsproblemen. Voor de kosten voor (2) klusjesdiensten zien we een sterkere samenhang dan bij gezinszorg. Enkel met module 5 (gedragsproblemen) is er geen significante correlatie. Bij (3) personenalarm is er wel een significante, maar zeer kleine samenhang met de (deel)scores op de BelRAI Screener. Tot slot nemen we nog significante maar eveneens zeer lage samenhang waar tussen de variabele (4) vervoerskosten en de totaalscore op de BelRAI Screener, de score op 'Module 1: IADL' en de score op 'Module 3: cognitieve problemen'.

Wanneer we vervolgens de som maken van alle bevraagde vormen van niet-medische hulp en de kosten die de respondenten hebben voor vrijwilligers en deze linken aan de score op de BelRAI Screener, krijgen we een zicht op de verdeling van de totale kosten over de verschillende scores op de BelRAI Screener. Hierbij kunnen we vaststellen (zie Figuur 8) dat de kosten voor alle scores op de BelRAI Screener hoog kunnen zijn. Ook bij personen met een lage zorgbehoefte komen hoge kosten voor. Wel zien we dat (in de meeste gevallen) de gemiddelde kosten lager liggen bij een lage score op de BelRAI Screener dan bij een hogere score. De gemiddelden nemen gestaag toe met de zorgbehoeften.



Figuur 8 Totale kosten niet-medische hulp (inclusief kosten voor vrijwilligers) per maand & score op BelRAI Screener

Tabel 21 Pearson's correlatie tussen deel- en totaalscores op de BelRAI Screener en bevraagde niet-medische hulp

|                                | Gezinszorg | Poets hulp | Klusjesdienst | Oppasdienst (overdag) | Oppasdienst ('s nachts) | Boodschappendienst | Residentiële opvang | Personenalarm | Maaltijden aan huis | Dagcentrum | Vervoerskosten | Tuinman | Pedicure |
|--------------------------------|------------|------------|---------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|---------------|---------------------|------------|----------------|---------|----------|
| Score BelRAI Screener          | 0,300**    | 0,059      | 0,394*        | -0,431                | 0,108                   | 0,23               | 0,253               | 0,277*        | 0,088               | 0,205      | 0,158*         | 0,224   | -0,164   |
| Module 1: IADL                 | 0,370**    | 0,070      | 0,367*        | -0,416                | 0,804                   | 0,296              | 0,12                | 0,091         | 0,208*              | 0,151      | 0,143*         | 0,14    | 0,06     |
| Module 2: ADL                  | 0,328**    | 0,078      | 0,309*        | 0,009                 | -0,113                  | 0,182              | 0,166               | 0,210*        | 0,036               | 0,15       | 0,051          | 0,022   | 0,096    |
| Module 3: Cognitieve problemen | 0,246**    | 0,088      | 0,328*        | -0,468*               | -0,113                  | 0,17               | 0,072               | 0,209*        | 0,01                | 0,182      | 0,192**        | 0,177   | -0,134   |
| Module 4: Psychische problemen | 0,013      | -0,029     | 0,429**       | -0,243                | 0,595                   | 0,339*             | 0,339*              | 0,237*        | 0,092               | -0,026     | 0,101          | 0,166   | -0,020   |
| Module 5: Gedragsproblemen     | 0,127*     | -0,023     | 0,186         | -0,292                | -0,917                  | 0,151              | 0,151               | 0,027**       | 0,013               | 0,207      | 0,111          | 0,279*  | -0,252   |

\*\*Sign op 0,01 (2-tailed), \* Sign op 0,05 (2-tailed)



### 2.4.2.1 Geen of beperkt gebruik omwille van financiële redenen

Tabel 20 geeft naast het gebruik of niet-gebruik van de bevroegde niet-medische hulp ook aan of respondenten hun gebruik beperken omwille van financiële middelen, of er geen gebruik van maken omwille van het gebrek aan financiële middelen. Figuur 9 geeft ons een eerste overzicht van de verdeling van het aantal uren of dagen dat respondenten gebruik willen maken van bepaalde niet-medische diensten, maar dit niet doen omwille van financiële redenen.

Voor gezinszorg en residentiële opvang zien we de grootste verschillen. Voor deze diensten liggen het aantal uren gezinszorg en het aantal dagen residentiële opvang waarvan men gebruik zou willen maken het verst uiteen. Voor gezinszorg varieert dit van 2 tot 20 uren extra per week. Met een gemiddelde van 5 uren/week, een derde kwartiel van 8 uren/week en een range van 19, kunnen we zeggen dat eerder een beperkt aantal respondenten meer dan 8 uren/week extra gezinszorg zouden willen ontvangen. In totaal gaven 46 respondenten aan geen gebruik te maken van gezinszorg omwille van financiële redenen (zie Tabel 22).

Tabel 22 Overzicht aantal respondenten dat input gaf bij beperkt of geen gebruik maakt van de bevroegde niet-medische hulp

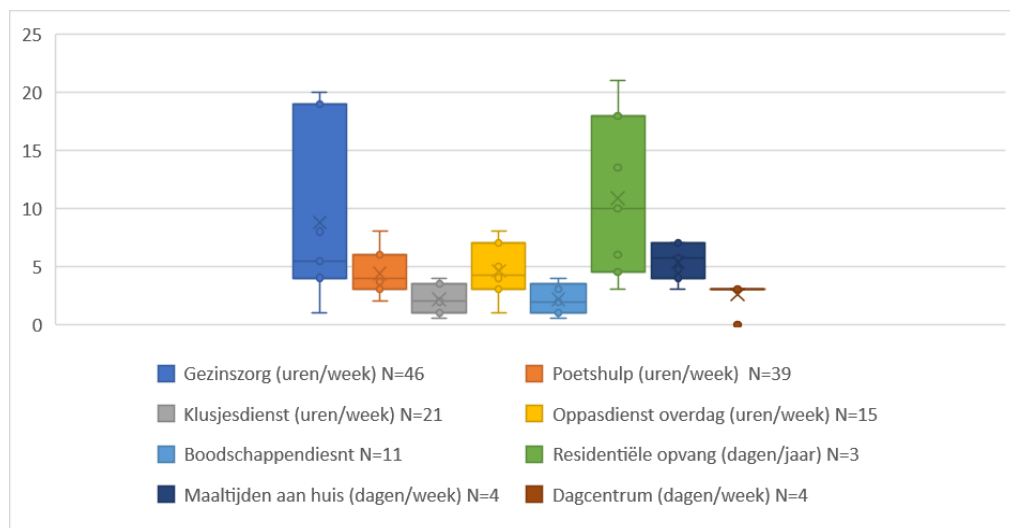
| Niet-medische hulp  | Gezinszorg | Poetsdienst | Klusjesdienst | Oppasdienst Overdag | Oppasdienst ('s nachts) | Maaltijden aan huis | Boodschappen-dienst | Residentiële opvang | Dagcentrum |
|---|------------|-------------|---------------|---------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------|
| Aantal personen die gebruik beperken o.w.v. financiële redenen          | 22         | 46          | 3             | 0                   | 0                       | 0                   | 1                   | 1                   | 1          |
| Aantal personen geen gebruik maakt van dienst o.w.v. financiële redenen | 46         | 39          | 21            | 15                  | 0                       | 4                   | 11                  | 3                   | 4          |

Drie respondenten zouden gebruik maken van residentiële opvang als ze er de middelen voor hadden. Het aantal dagen varieert van 3 tot 21 dagen per jaar, met een mediaan van 6. De boxplots voor poets-hulp, oppasdienst (overdag) en boodschappendienst verschillen veel minder. Het aantal respondenten dat er geen gebruik kan van maken omwille van financiële middelen ligt echter sterk uiteen. Voor poets-hulp (39) ligt dit meer dan dubbel zo hoog als voor oppasdienst (overdag) en zelfs tien keer zo hoog als voor maaltijden aan huis. Vier respondenten die wensen maaltijden aan huis te laten leveren willen dit gemiddeld 6 dagen in de week (of bijna dagelijks). Vijftien respondenten zouden, indien ze de financiële mogelijkheden hadden, gebruik willen maken van oppasdienst (overdag). Dit varieert van 1 uur in de week tot maximum 8 uren in de week, met een gemiddelde van 4 uur per week. Poets-hulp is, na gezinszorg, de dienst waarvan het grootste aantal respondenten gebruik zou willen maken. Het aantal uren varieert van 2 tot maximum 8 uren poets-hulp per week, met een gemiddelde van 4 uren per week.

De verdelingen op de boxplots voor klusjesdienst en boodschappendienst zijn zeer gelijkaardig. Het minimumaantal uren klusjesdienst waarvan men gebruik wil maken is een half uur per week. Het

maximumaantal is 4 uur per week met een gemiddelde van 2 uur per week. Het minimale aantal keren boodschappendienst waarvan men gebruik wil maken is 0,5 (tweewekelijks). De minste variatie vinden we bij een dagcentrum. Elk van de vier respondenten die er vaker gebruik van zou willen maken, zou drie dagen in de week willen gaan.

Gezinszorg, poetshulp en klusjesdiensten zijn de drie diensten waarvan het grootste aantal respondenten geen gebruik maakt omwille van financiële redenen. Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuis zorg bieden naast gezinszorg ook poetshulp en klusjesdiensten aan (via aanvullende thuiszorg). Deze eigen bijdrage hangt af van het inkomen en de gezinslasten. Het gebrek aan kennis over de inkomensafhankelijkheid van deze dienst of een te hoog inkomen, waardoor de eigen bijdrage te hoog is om te dragen kunnen verklarende factoren zijn waarom respondenten geen gebruik maken van deze diensten. De hoogte van het zorgbudget wordt immers ook afgetoet in functie van het inkomen. Voor de variabelen personenalarm en bijkomende vervoerskosten hebben we geen gegevens beschikbaar. Van deze vormen van niet-medische hulp kunnen we enkele aangeven of men het gebruik al dan niet beperkt omwille van financiële maar niet over welk bedrag dit gaat per maand (zie Tabel 20).

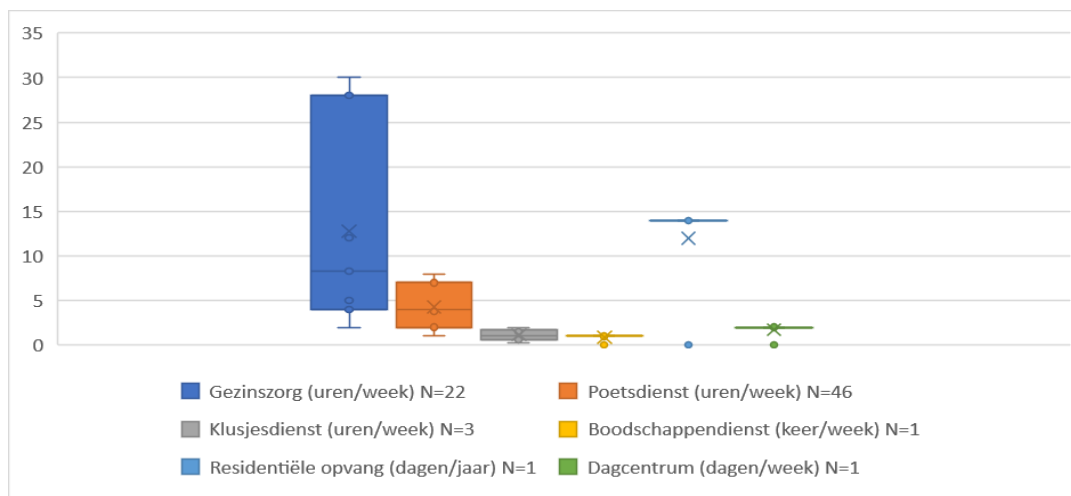


Figuur 9 Aantal uren, dagen, keren per week of per jaar dat respondenten van deze niet-medische dienstverlening zouden gebruik willen maken indien ze de financiële middelen zouden hebben.

In Figuur 10 gaan we na of en hoeveel respondenten die reeds van deze dienst gebruik maken, meer gebruik zouden willen maken, indien hun financiële situatie het toeliet. We stellen vast dat de verdeling van de boxplots onderling erg verschilt. Er is een range<sup>17</sup> van 28 en de grootste spreiding in het gewenste meer-gebruik is te zien bij het aantal uren gezinszorg per week. Met een gemiddelde van 8, een mediaan van 5 en een derde kwartiel van 12 kunnen we stellen dat 75% van de opgegeven uren kleiner dan of gelijk zijn aan 12. Een veel kleinere spreiding vinden we terug bij de 46 respondenten die meer gebruik willen maken van poetshulp. De range bedraagt hier 7. Gemiddeld genomen wensen respondenten 4 uren meer poetshulp per week. Drie respondenten wensen meer uren gebruik te maken van een klusjesdienst. Hierbij stellen we een beperkte range vast van 1,75 en een gemiddelde van 1 uur/week. Voor de overige diensten zijn er geen respondenten of slechts één respondent die meer hulp wenst. Het

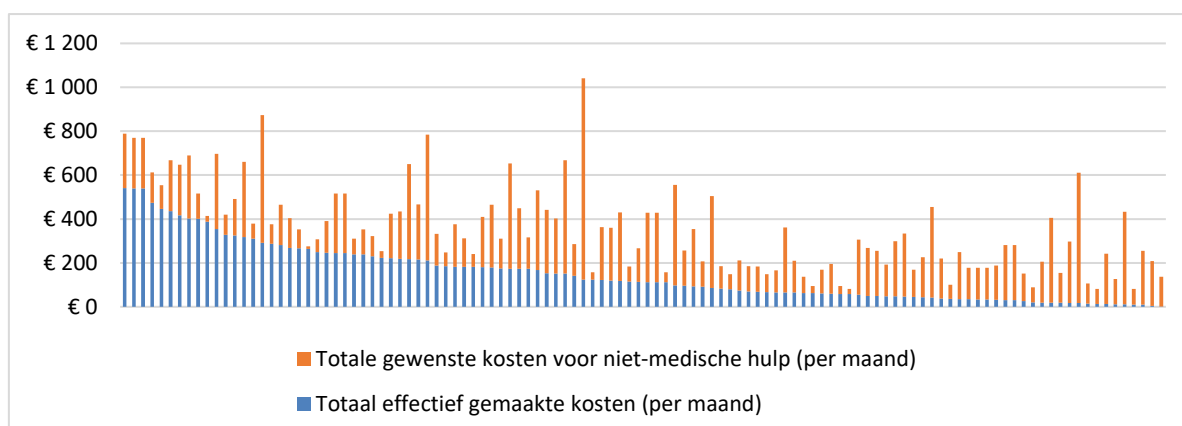
<sup>17</sup> Maximum – minimum = 30 – 2 = 28

gaat hierbij over boodschappendienst, residentiële opvang en het gaan naar een dagcentrum (zie Tabel 22).



Figuur 10 Aantal uren, dagen, keren per week of per jaar dat respondenten meer gebruik zouden willen maken van bepaalde niet-medische dienstverlening.

Voor de respondenten die aangeven dat ze geen of slechts beperkt gebruik maken van bepaalde niet-medische hulp omwille van financiële redenen gaan we na wat hun totale kosten zouden zijn indien ze er wel gebruik van zouden maken. We vermenigvuldigen de prijs die ze nu betalen (of de berekende referentieprijs (zie Tabel 8)) met het opgegeven aantal uren of dagen hulp die ze graag meer zouden krijgen. Voor respondenten die nog geen gebruikmaken van een bepaalde ondersteuning maar wel aangeven hoeveel ze hiervan gebruik wensen te maken, gebruiken we de berekende referentieprijs om de totale kosten te berekenen. Alvorens alle kosten te sommeren brengen we ze terug tot kosten per maand. De respondenten geven immers het gewenste aantal keer per week of per jaar weer. Figuur 11 geeft voor de 115 respondenten die geen of beperkt gebruik maken van diensten zowel hun totaal effectief gemaakte kosten weer, als het totaal van de kosten die men zou wensen te maken indien men de financiële middelen had. Respondenten met de hoogste effectieve kosten vinden we links in de figuur. We merken op dat zowel respondenten met hoge effectieve maandelijkse kosten, als respondenten met lage effectieve maandelijkse kosten, (meer) gebruik wensen te maken van de bevraagde niet-medische hulp.



Figuur 11 Totale maandelijkse kosten die men zou maken indien men meer financiële middelen had, weergegeven aan de hand van de effectieve en gewenste maandelijkse kosten.

Ten slotte bekeken we voor deze groep respondenten de kosten die men zou willen maken indien men hiertoe de financiële middelen had samen met hun totaalscore op de BelRAI Screener. Tabel 23 geeft voor elke score op de BelRAI Screener het aantal respondenten en de gemiddelde, de minimum en de maximum gewenste kosten. We stellen hierbij vast dat we voor de totaalscores op de BelRAI Screener uiteenlopende gewenste kosten vinden. We vinden zowel hoge als lage bedragen terug bij hoge en lage scores op de BelRAI Screener.

Tabel 23 Overzicht gemiddelde, minimum en maximum kosten die respondenten zouden maken indien ze voldoende financiële middelen hadden.

| Totaalscore BelRAI Screener | Aantal respondenten | $\bar{x}$ | Min      | Max      |
|-----------------------------|---------------------|-----------|----------|----------|
| 0                           | 2                   | € 440,84  | € 288,00 | € 593,68 |
| 1                           | 7                   | € 151,25  | € 100,68 | € 229,44 |
| 2                           | 4                   | € 255,64  | € 144,00 | € 316,32 |
| 3                           | 5                   | € 76,05   | € 32,00  | € 144,00 |
| 4                           | 8                   | € 190,43  | € 45,96  | € 417,52 |
| 5                           | 8                   | € 184,92  | € 72,00  | € 364,00 |
| 6                           | 9                   | € 169,55  | € 91,92  | € 285,42 |
| 7                           | 4                   | € 168,16  | € 68,08  | € 421,64 |
| 8                           | 8                   | € 170,77  | € 64,00  | € 295,92 |
| 9                           | 11                  | € 269,61  | € 36,00  | € 582,20 |
| 10                          | 8                   | € 288,93  | € 247,32 | € 343,08 |
| 11                          | 2                   | € 149,28  | € 114,72 | € 183,84 |
| 12                          | 6                   | € 147,44  | € 34,04  | € 250,88 |
| 13                          | 3                   | € 195,89  | € 125,44 | € 231,12 |
| 14                          | 3                   | € 368,27  | € 129,86 | € 517,44 |
| 15                          | 3                   | € 38,45   | € 22,98  | € 63,00  |
| 16                          | 4                   | € 155,36  | € 58,72  | € 216,00 |
| 17                          | 3                   | € 116,88  | € 91,92  | € 144,00 |
| 18                          | 5                   | € 424,45  | € 108,00 | € 917,76 |
| 20                          | 3                   | € 140,44  | € 88,08  | € 240,16 |
| 22                          | 2                   | € 98,72   | € 58,72  | € 138,72 |
| 23                          | 2                   | € 229,44  | € 229,44 | € 229,44 |
| 24                          | 1                   | € 26,20   | € 26,20  | € 26,20  |
| 25                          | 2                   | € 271,08  | € 271,08 | € 271,08 |
| 28                          | 2                   | € 103,18  | € 12,84  | € 193,52 |

### 2.4.3 Niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen & meerkosten omwille van verminderde zelfredzaamheid

In Tabel 24 presenteren we een overzicht van de variabelen die we categoriseerden onder niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen en de kostenvariabele voor verminderde zelfredzaamheid. Voor al deze variabelen geeft deze tabel (1) het aantal respondenten weer dat aangeeft kosten te hebben voor deze kostenvariabelen, (2) de minimumwaarde en (3) de maximumwaarde verbonden met deze variabele, (4) het gemiddelde en (5) de standaarddeviatie.

Bij de bevroegde niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen heeft slechts een beperkt aantal respondenten (9%) kosten voor dieetvoeding. Deze kosten variëren van €10 tot €222 per maand. De meeste respondenten (82%) maakte in de afgelopen 10 jaar kosten die betrekking hebben op duurzame hulpmiddelen. Het vaakst (84%) zijn deze kosten gelinkt aan een effectieve aankoop, 21% van de respondenten huurt één of meerdere hulpmiddelen. Slechts 8% van deze respondenten heeft hiervoor onderhoudskosten, met een gemiddelde van €13,49 per maand.

De tweede veel voorkomende kost is deze verbonden met incontinentie. Net geen 50% van de respondenten geeft aan (bijkomende) kosten te hebben voor incontinentie. De gemiddelde kost bedraagt €49 per maand met een minimale kost van €2 en maximale kost van €159.

De totale opgegeven kosten die de respondenten in de afgelopen 10 jaar maakten om aanpassingen aan te brengen in hun woning, worden lineair afgeschreven over 10 jaar en vervolgens verrekend naar een bedrag per maand. De maandelijkse kost varieert hierdoor van een zeer kleine bijdrage (€0,16) per maand tot een meer aanzienlijk bedrag, namelijk €222 per maand.

Respondenten konden ook een meerkost aangeven met betrekking op kosten die men heeft omwille van de verminderde zelfredzaamheid. Deze kunnen dus zeer uiteenlopend zijn. De maandelijkse meerkost omwille van verminderde zelfredzaamheid varieert van minimum €2 tot maximum €276 per maand, met een gemiddelde van €72 per maand. Er zijn dus duidelijk verschillen in de meerkosten die personen ervaren. We hebben er geen zicht op over welke kosten dit specifiek gaat.

Tabel 24 Totale kost niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen per maand

|  | N   | %   | Min   | Max  | $\bar{x}$ | SD |
|--|-----|-----|-------|------|-----------|----|
| <i>A. Kost dieetvoeding</i>                                | 60  | 9%  | €10   | €222 | €74       | 59 |
| <i>B. Kost incontinentie</i>                               | 305 | 47% | €2    | €159 | €49       | 46 |
| <i>C. Kosten duurzame hulpmiddelen</i>                     | 528 | 82% |       |      |           |    |
| 1. Aankoopkost   | 445 | 84% | €0,01 | €102 | €22       | 30 |
| 2. Onderhoudskost  | 44  | 8%  | €0,5  | €54  | €13       | 11 |
| 3. Huurprijs   | 113 | 21% | €1    | €175 | €47       | 47 |
| <i>D. Kost woningaanpassingen</i>                          | 137 | 21% | €0,16 | €222 | €60       | 61 |
| <i>E. Meerkost omwille van verminderde zelfredzaamheid</i> | 139 | 21% | €2    | €276 | €72       | 71 |

Voor alle niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen stellen we vast dat enerzijds de minimum- en maximumbedragen sterk uit elkaar liggen, en dat anderzijds de gemiddelde kosten per maand eerder laag zijn. Indien men geen kosten heeft kunnen hiervoor meerdere redenen zijn. In dit onderzoek bevragen we er drie. Men maakt geen gebruik van hulp- en ondersteuningsmiddelen omdat (1) men vindt dat men ze niet nodig heeft, (2) men geen hulp wil of (3) men er geen gebruik van kan maken

omdat men de middelen er niet voor heeft. Bij kosten voor woningaanpassingen bekijken we ook of men er op het moment van de bevraging al dan niet voor kan sparen.

Zoals te zien in Tabel 25, geeft het merendeel van de respondenten aan geen kosten te hebben voor dieetvoeding, duurzame hulpmiddelen en/of woningaanpassingen omdat men deze niet nodig heeft. Dit percentage is het grootst voor dieetvoeding, namelijk net geen 95%. Voor de overige twee variabelen ligt dit percentage rond de 75.

Vooraf bij de kostenvariabele woningaanpassingen valt op dat 44 van de 648 respondenten (12%) geen woningaanpassingen kan doen omdat men de middelen er niet voor heeft en men er niet voor kan sparen. Een beperkt aantal respondenten geeft aan momenteel te sparen voor toekomstige aanpassingen. Zowel in relatieve als absolute termen is het aantal respondenten dat gebruik beperkt omwille van financiële redenen veel kleiner bij dieetvoeding en duurzame hulpmiddelen, dan bij de woningaanpassingen. Bij aanpassingen aan de woning gaat het vaker over grotere kosten, investeringen dan bij dieetvoeding en duurzame hulpmiddelen. De kosten die bij woningaanpassingen komen kijken zijn volgens onderzoek van Stoeckel, (2011) en Tabbarah, Silverstein, & Seeman (2000) een belangrijke reden voor ouderen om af te zien van woningaanpassingen. Naast het financiële zijn er nog andere factoren die een impact hebben op het al dan niet uitvoeren van aanpassingen aan de woning. Naast de grootte van de investering brengt men ook wijzigingen aan in het huis. Amerikaans onderzoek van Stoeckel (2011) toont aan de eigendomssituatie van de woning ook een effect heeft op de mate waarin mensen bereid zijn te investeren in woningaanpassingen. Ouderen die huren opteerden er vaker voor te verhuizen naar een andere woning, geschikt voor ouderen, dan hun huidige woning aan te passen. Toch stellen Aplin, de Jonge, & Gustafsson (2013) dat ook sommige eigenaars minder geneigd zijn om aanpassingen uit te voeren aan hun woning omdat dit mogelijk een negatief effect kan hebben op de waarde van hun woning. Naast de financiële aspecten, de eigendomsstructuur, persoonskenmerken (leeftijd en huishoudgrootte) speelt ook de kennis van de voordelen van woningaanpassingen een rol (Stoeckel, 2011).

Voor België kwam De Neels (2015) op basis van de 'Belgian Ageing Studies' enerzijds tot de conclusie dat de houding van 60-plussers ten opzichte van woningaanpassing hoofdzakelijk negatief is. 48,6% van de zestigplussers die participeerden staat uiterst negatief of eerder negatief ten opzichte van het uitvoeren van aanpassingen aan de woning. Anderzijds werd ook nagegaan welke factoren de houding (positief of negatief) van de 60-plussers beïnvloeden. De factoren die werden nagegaan zijn socio-demografische kenmerken, socio-economische kenmerken, gezondheid, huisvesting en woon- en leefomgeving. Inkomen en al dan niet eigenaar zijn van de woning lijkt geen impact te hebben in tegenstelling tot de bevindingen van (Stoeckel, 2011). De Neels geeft aan dat de leeftijd van de ouderen en aangepastheid van de huidige woning wel van belang zijn. Ouderen die positief staan tegenover woningaanpassing zijn vaker jonger dan zij die negatief staan tegenover woningaanpassingen en ze zijn vaker eigenaar van hun woning. Deze woning is ernstig onaangepast aan hun noden en zij ervaren een tekort aan vrijetijds- en toegankelijkheidsvoorzieningen in hun buurt. Ouderen die negatief staan tegenover woningaanpassing zijn vaker 70-plussers. Hun woning is matig onaangepast aan hun noden.

Ook Beirnaert en Frenier (2017) stellen in hun onderzoek vast dat een eerder beperkt deel van de bevroegde ouderen reeds aanpassingen deden aan hun woning. Ze wijzen net als Stoeckel (2011) op de nood aan meer bewustwording en sensibilisering van de huidige ouderen. Vooral 'jongere ouderen' maken sneller investering in het meer toegankelijk maken van hun woning. De meer positieve houding van 'jongere ouderen' die De Neels vaststelt, sluit hierbij aan. De 'oudere ouderen' overwegen sneller

de overstap naar een woonzorgcentrum, omdat men de last van verbouwingswerken niet meer ziet zitten.

Tabel 25 Bevraagde redenen waarom men geen gebruikmaakt van hulp- en ondersteuningsmiddelen

|                                     | Niet nodig |      | Niet wil |      | Spaart er momenteel voor |     | Geen gebruik o.w.v. financiële redenen |      |
|-------------------------------------|------------|------|----------|------|--------------------------|-----|--|------|
|                                     | N          | %    | N        | %    | N                        | %   | N                                      | %    |
| <b>Kost dieetvoeding</b>            | 400        | 94,1 | 18       | 4,2  | -                        | -   | 5                                      | 1,2  |
| <b>Kosten duurzame hulpmiddelen</b> | 66         | 72,5 | 15       | 16,5 | -                        | -   | 8                                      | 8,8  |
| <b>Kosten woningaanpassing(en)</b>  | 290        | 75,3 | 36       | 9,4  | 3                        | 0,8 | 44*                                    | 11,4 |

\* Beperkt gebruik o.w.v. financiële redenen (en men kan er niet voor sparen)

We gaan na of we een statistische (lineaire) samenhang kunnen vaststellen tussen de beschreven variabelen in Tabel 26, de totaalscore op de BelRAI Screener en de totaalscores op de modules. De sterkte van de samenhang tussen deze variabelen onderling wordt in Tabel 26 beschreven aan de hand van een Pearson's correlatiecoëfficiënt<sup>18</sup>. We stellen een significante correlatie vast tussen de totaalscore en alle deelmodules van de BelRAI Screener bij de kostenvariabele incontinentie. Richtlijnen (Hinkle et al., 1988) leren ons dat we spreken van een lage correlatie bij een correlatiecoëfficiënt tussen de 0,30 en 0,50. Een lage correlatie komt het vaakst voor bij incontinentie, met als uitzondering 'Module 4: Psychische problemen'. Deze variabele heeft nauwelijks of geen correlatie met de kosten voor incontinentie. Een tweede variabele die significant correleert met de totaal- en deelscores van de BelRAI Screener is deze die aangeeft wat de hoogte is van de huurprijs van duurzame hulpmiddelen. Bij de overige variabelen die we linken aan duurzame hulpmiddelen vinden we nauwelijks een significante samenhang terug. Met een correlatiecoëfficiënt van 0,121 (significatieniveau 0,05) en 0,111 (significatieniveau 0,05) wijst dit op geen of nauwelijks samenhang tussen beide variabelen. Bij de andere variabele die we linken aan duurzame hulpmiddelen, met name 'onderhoudskosten' vinden we geen significante correlatie terug, net zoals voor de variabelen 'meerkost' en 'woningaanpassingen'. Kosten voor dieetvoeding correleren enkel significant met 'Module 1: IADL', maar deze correlatie is zo laag dat we kunnen zeggen dat er nauwelijks een is.

<sup>18</sup> Een score nul wijst op het gebrek aan samenhang tussen variabelen. We kijken naar de absolute waarden voor de interpretatie van de sterkte van de correlatiecoëfficiënt.

Tabel 26 Pearson's correlatie tussen deel- en totaalscores op de BelRAI Screener en niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen

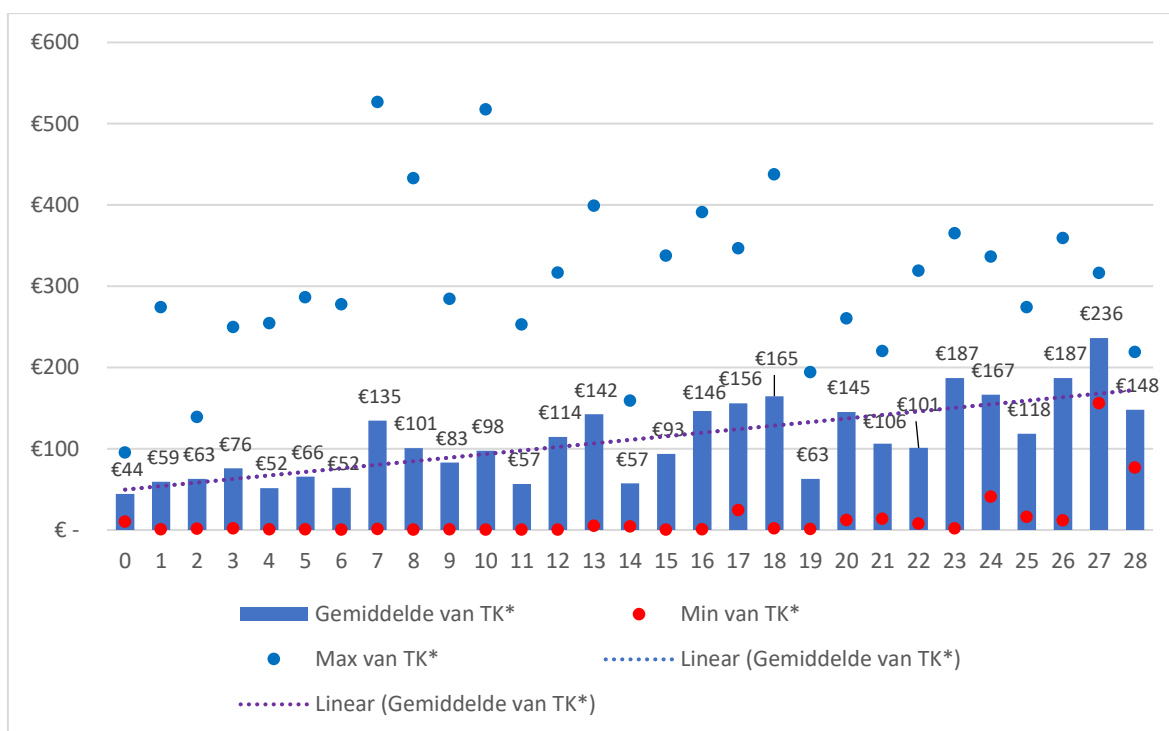
|                                | Dieetvoeding | incontinentie | Duurzame hulpmiddelen |                 |           | Woning-aanpassingen | Meerkost |
|--------------------------------|--------------|---------------|-----------------------|-----------------|-----------|---------------------|----------|
|                                |              |               | Aankoop-kost          | Onderhouds-kost | Huurprijs |                     |          |
| Score BelRAI Screener          | 0,144        | 0,444**       | 0,053                 | -0,002          | 0,303**   | 0,130               | -0,054   |
| Module 1: IADL                 | 0,297*       | 0,389**       | 0,121*                | -0,132          | 0,293**   | 0,128               | 0,014    |
| Module 2: ADL                  | 0,218        | 0,345**       | 0,111*                | -0,108          | 0,380**   | 0,102               | -0,062   |
| Module 3: Cognitieve problemen | 0,074        | 0,410**       | -0,021                | -0,084          | 0,203*    | 0,162               | -0,034   |
| Module 4: Psychische problemen | -0,152       | 0,183**       | 0,039                 | 0,195           | 0,058     | 0,019               | -0,077   |
| Module 5: Gedragsproblemen     | -0,102       | 0,315**       | -0,032                | 0,151           | 0,196*    | 0,032               | -0,044   |

\*\*Sign op 0,01 (2-tailed)

\* Sign op 0,05 (2-tailed)

Wanneer we vervolgens de som maken van alle bevraagde kosten voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen (inclusief meerkost omwille van een verminderde zelfredzaamheid) en deze som linken aan de score op de BelRAI Screener krijgen we een zicht op de verdeling van de totale kosten over de verschillende scores op de BelRAI Screener. Hierbij zien we (zie Figuur 12) dat de hoogste gemelde kosten voor alle scores op de BelRAI Screener hoog zijn. De trendlijn in de grafiek geeft aan dat respondenten met een lage zorgbehoefte gemiddeld genomen minder hoge kosten hebben dan zij met hogere zorgbehoeften. Toch zien we dat dit niet voor iedere score het geval is. Ook bij hogere BelRAI scores zoals een score 11, 14 of 19 vinden we een eerder lage gemiddelde kost terug, in vergelijking met de andere hoge scores op de BelRAI Screener. Wel nemen we mee dat (in de meeste gevallen) de gemiddelde kosten lager liggen bij een lage score op de BelRAI Screener dan wanneer men een hogere score heeft op de BelRAI Screener.





Figuur 12 Totale kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen\* (inclusief meerkost omwille van verminderde zelfredzaamheid) per maand versus score op BelRAI Screener

#### 2.4.4 Totale kosten niet-medische hulp

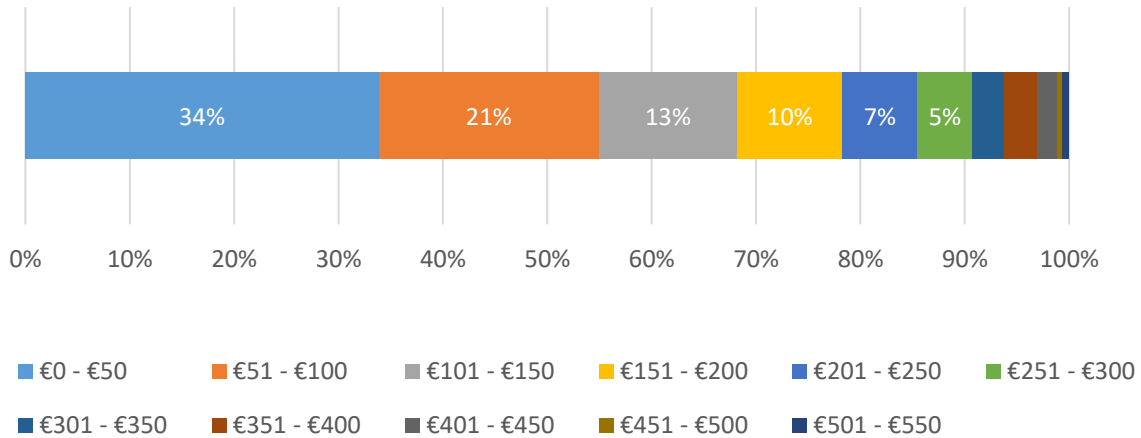
Hier bekijken we de correlatie tussen de deel- en totaalscores op de BelRAI Screener. Voor de totale kosten voor niet-medische hulp stellen we een lage tot zeer lage significante correlatie vast. Dit is ook het geval voor de totale kosten voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen. Enkel met 'Module 4: Psychische problemen' is er geen significante correlatie terug te vinden (zie Tabel 27).

Tabel 27 Samenhang deel- en totaalscores op de BelRAI Screener met enerzijds totale kosten niet-medische hulp en anderzijds totale kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen

|                                | Totale kosten niet-medische hulp | Totale kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen |
|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Score BelRAI Screener          | 0,247**                          | 0,263**   |
| Module 1: IADL                 | 0,216**                          | 0,308**   |
| Module 2: ADL                  | 0,179**                          | 0,278**   |
| Module 3: Cognitieve problemen | 0,234**                          | 0,219**   |
| Module 4: Psychische problemen | 0,094*                           | 0,056   |
| Module 5: Gedragsproblemen     | 0,286**                          | 0,101*  |

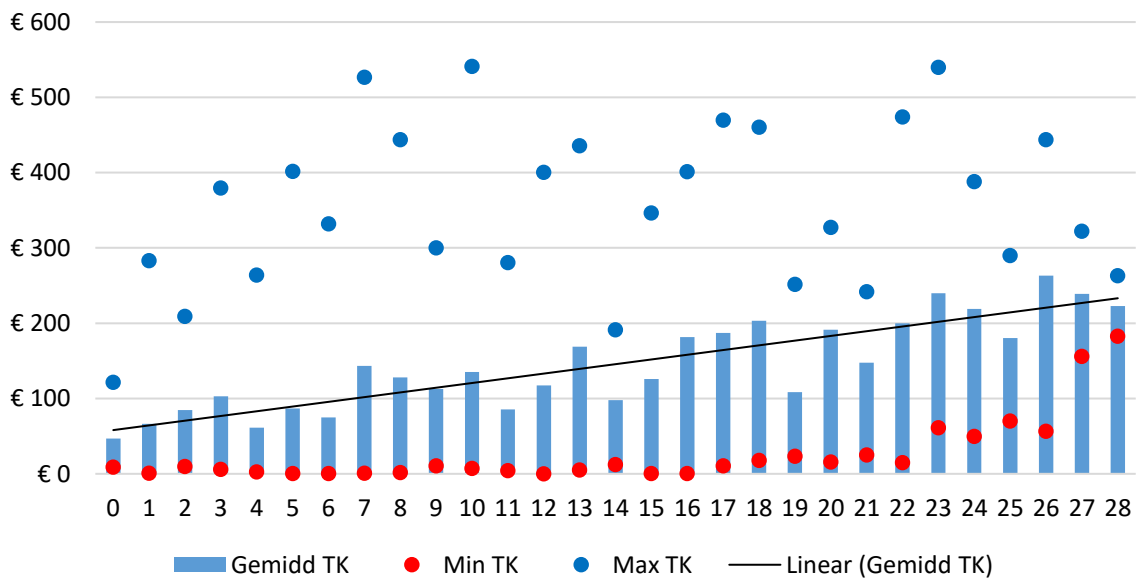
Tot slot tellen we alle kosten samen. Enerzijds bekijken we wat het totale bedrag is dat men per maand uitgeeft en anderzijds bekijken we hoe deze totale kosten zich relateren tot de scores op de BelRAI Screener. Voor ongeveer een op drie respondenten ligt het uitgavebedrag onder de €50 per maand en 55 % van de respondenten spendeert maandelijks minder dan €100. Voor de overige 45% van de

respondenten varieert dit bedrag van €100 tot €550 per maand. Een minderheid van de respondenten (4 %) geeft meer dan €400 uit per maand (zie Figuur 11).



Figuur 13 Uitgaven respondenten (in %) per schijf van €50

Wanneer we vervolgens de totale kosten linken aan de score op de BelRAI Screener, dan zien we een stijgende trend in de kosten, zoals te zien in Figuur 14. Toch zien we nog grote variatie in kosten tussen personen met eenzelfde score op de BelRAI Screener. Voor een overzicht in de vorm van box plots op basis van onderstaande data zie Bijlage 18.



Figuur 14 Totale niet-medische kosten per totaalscore op de BelRAI Screener (N=648)

## 2.5 Link bestaande afkappunten BelRAI Screener

De eindscore op de BelRAI Screener van de respondenten kunnen we in verband brengen met reeds eerder gevalideerde afkappunten. We denken hierbij enerzijds aan het afkappunt voor zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en anderzijds aan het afkappunt dat bepaalt wanneer iemand nood heeft aan een volledige BelRAI-beoordeling.

Respondenten komen in aanmerking voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden indien ze minimaal 13 op 30 scores of minstens 6 punten op de som van module 1 (IADL) en module 2 (ADL) (Vermeulen et al., 2016). Door deze tweede, extra conditie toe te voegen hebben ook zorgvragers met ernstige lichamelijke problemen toegang tot dit zorgbudget. Van de 648 personen die deelnamen aan het onderzoek hebben 440 (67,9%) recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden van €130 per maand.

Een volledige BelRAI-beoordeling is zinvol indien men minimum een totaalscore van 13 punten heeft op de BelRAI Screener en minstens 5 punten scoort op de som van de modules cognitie, psychische problemen en/of gedragsproblemen (Vermeulen et al., 2016). Voor deze steekproef zou een volledige BelRAI-beoordeling zinvol zijn voor 175 personen. We moeten hier wel aan toevoegen dat dit afkappunt in de praktijk als (zeer) streng wordt ervaren.

Via een kruistabel krijgen we zicht op de samenhang tussen deze twee afkappunten. Zoals te zien in Tabel 28 hebben alle personen, voor wie een volledige BelRAI-beoordeling zinvol zou zijn, recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevende. Via  $\chi^2$ -toets stellen we vast dat er een samenhang is. Met een p-waarde kleiner dan  $\alpha$  (.05) verwerpen we de nulhypothese (zie Bijlage 5). Een  $\chi^2$ -toets zegt echter niets over de richting of de sterkte van de samenhang. Hiervoor dienen we de Cramer's V te berekenen. Een p-waarde kleiner dan  $\alpha$  (.05) met een waarde van 0,435 wijst op een redelijk positief significant verband tussen beide variabelen (zie Tabel 29).

Tabel 28 Verband tussen het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en het nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling

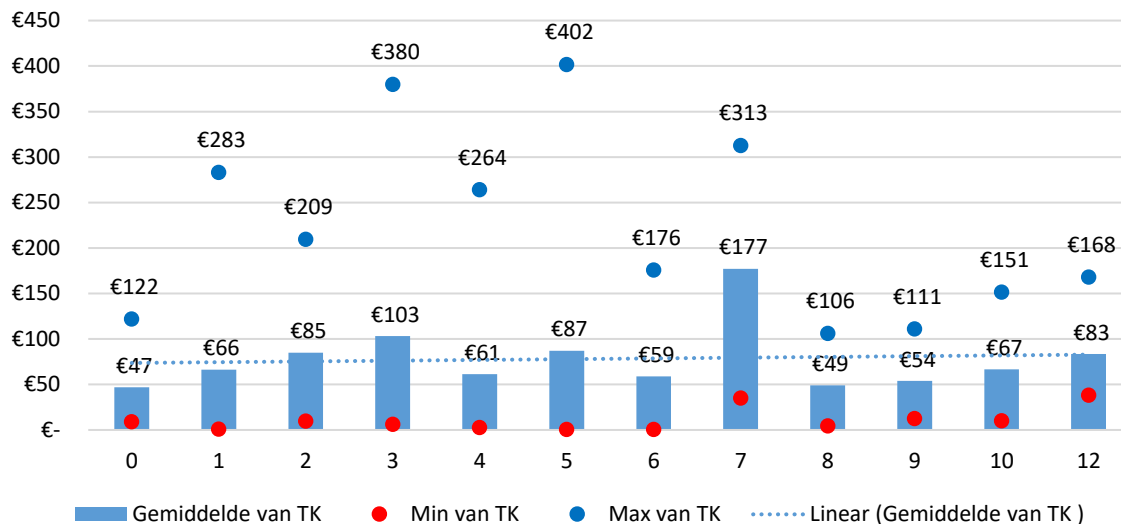
|   |               | Nood aan volledige BelRAI-beoordeling |            |            |
|---|---------------|---------------------------------------|------------|------------|
|   |               | Neen                                  | Ja         | Totaal     |
| Recht op zorgbudget voor zwaar zorgbehoevende | Neen          | 208                                   | 0          | <b>208</b> |
|   | Ja            | 247                                   | 175        | <b>422</b> |
|   | <b>Totaal</b> | <b>455</b>                            | <b>175</b> | <b>630</b> |

Tabel 29 Samenhang tussen het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en het nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling

|                    |            | Value | Approx. Sig. |
|--------------------|------------|-------|--------------|
| Nominal by Nominal | Phi        | 0,435 | 0,000        |
|                    | Cramer's V | 0,435 | 0,000        |
| N of Valid Cases   |            | 630   |              |

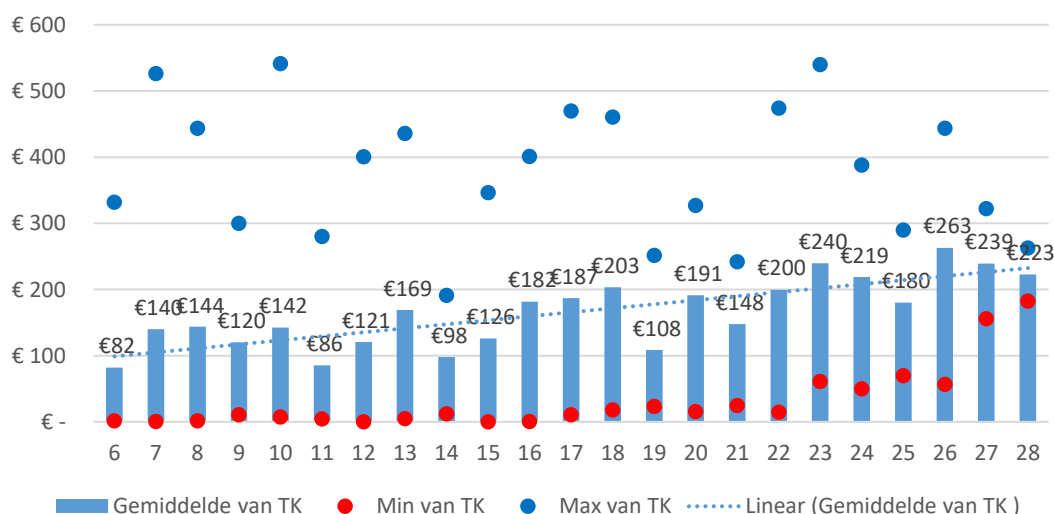
Zoals blijkt uit Tabel 28 hebben 208 respondenten geen recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevende personen en ook geen nood aan volledige BelRAI-beoordeling. Informatie over de kosten van respondenten uit de steekproef die geen recht hebben op een zorgbudget voor zwaar

zorgbehoevende personen en geen nood aan een volledige BelRAI-beoordeling vinden we terug in Figuur 13. Respondenten die tot deze groep behoren, scoren minder dan 6 op de som van 'Module1: IADL' en 'Module 2: ADL'. Net zoals we uit andere grafieken zullen kunnen vaststellen (cf. infra) liggen de minimum- en maximumkosten sterk uiteen, zeker voor de scores tussen 1 en 7 in Figuur 15. Hier zien we geen stijgende, maar een eerder vlakke trendlijn.



Figuur 15 Totale niet-medische kosten van respondenten die geen recht op zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden

422 respondenten uit onze steekproef hebben recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (zie Tabel 28). Figuur 16 geeft voor deze groep respondenten - volgens hun score op de BelRAI Screener - de gemiddelde, minimale en maximale niet-medische kosten weer. De trendlijn kent een stijgend verloop en duidt hiermee op een positief verband tussen de totale niet-medische kosten en de score op de BelRAI Screener. Op enkele uitzonderingen na bij een score 14 en 19 op de BelRAI Screener, neemt de gemiddelde kost toe naarmate de zorgbehoefte stijgt. De minimum totale kosten (weergegeven door een rode stip) voor elke score op de BelRAI Screener liggen lange tijd zeer laag. Past vanaf een score 23 op de BelRAI Screener zien we deze stijgen.



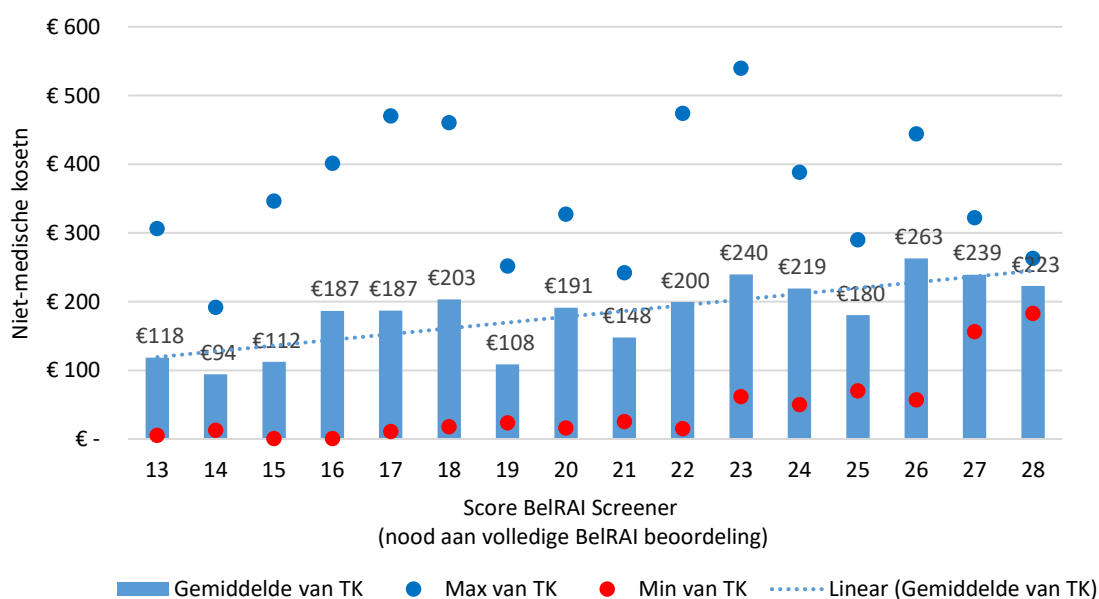
Figuur 16 Totale niet-medische kosten van respondenten die recht hebben op zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

Van deze 422 respondenten zijn er 175 respondenten die zowel nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling als recht hebben op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (zie Tabel 28). De gemiddelde totaalscore op de BelRAI Screener voor de respondenten die recht hebben op het zorgbudget en nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling bedraagt 18,52 op 30 (zie Tabel 30). De minimum score voor deze respondenten bedraagt 13,1 en de maximum score 28,5. Bij 27 personen worden er 3 modules geopend. 77 openen met hun zorgbehoeften 4 modules. Voor 71 personen werden alle modules geopend.

Tabel 30 Geopende modules voor respondenten die nood hebben aan volledige BelRAI & recht op zorgbudget.

| Aantal geopende modules | Aantal respondenten | Minimum score BelRAI Screener | Maximum score BelRAI Screener | Gemiddelde score BelRAI Screener |
|-------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 3 modules               | 27 (15,4%)          | 13,9                          | 21,9                          | 16,4                             |
| 4 modules               | 77 (44%)            | 13,1                          | 23,6                          | 17,6                             |
| 5 modules               | 71 (40,6%)          | 13,6                          | 28,5                          | 20,3                             |
| Totaal                  | 175 (100%)          | 13,1                          | 28,5                          | 18,5                             |

De gemiddelde en maximale niet-medische kosten voor deze groep respondenten liggen een stuk hoger (zie Figuur 17) dan de kosten voor respondenten die geen nood hebben aan een volledige BelRAI Screener en geen recht hebben op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (zie Figuur 15). Het gaat hierbij over 208 respondenten (zie Tabel 28). Wel zien we in Figuur 15 bij een score van 7 op de BelRAI Screener een hoge gemiddelde score. Ook de trendlijn is sterk verschillend: in Figuur 17 kent de trendlijn een stijgend verloop, terwijl deze in Figuur 15 eerder een vlak verloop kent. We kunnen hier dus niet uit afleiden dat een hogere zorgnood gepaard gaat met hogere zorgkosten voor respondenten die geen recht hebben op een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en geen nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling. Dit is wel het geval voor de respondenten die wel nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling.



Figuur 17 Totale niet-medische kosten van respondenten die nood hebben aan een volledige BelRAI-beoordeling

## 2.6 Empirische vergelijking van scores medisch-sociale schaal en BelRAI Screener

Vermeulen et al. (2016) stellen in hun onderzoek vast dat de samenhang tussen de BelRAI Screener en de medisch-sociale schaal 0,52 bedraagt. Dat is dus een eerder beperkte en lage correlatie. In de huidige steekproefpopulatie stellen we een iets sterkere samenhang vast van 0,641<sup>19</sup>. Dit is te interpreteren als een middelmatige correlatie. Het verschil is wellicht toe te schrijven aan het feit dat in het eerste onderzoek enkel mensen, die voor het eerste de THAB aanvroegen, werden opgenomen terwijl in het voorliggende onderzoek de steekproef meer verscheiden is. De beperkte correlatie impliceert in elk geval dat beide schalen niet exact hetzelfde meten. Vermeulen et al. (2016) wezen reeds op de inhoudelijke verschillen van beide schalen zoals te zien in Tabel 31 en reeds uitvoerig toegelicht in Vermeulen & Declercq (2016). Ten eerste bevat de medisch-sociale schaal minder items dan de BelRAI Screener en kunnen de antwoordmogelijkheden breder worden geïnterpreteerd. Ten tweede scoort de Screener wat iemand nog of niet (meer) kan. In de medisch-sociale schaal is er meer expliciet een beoordeling van de hoeveelheid moeite die iets kost ten opzichte van andere personen zonder beperking. Ten derde is ook de benadering anders. De BelRAI Screener heeft geen medische insteek terwijl dat bij de medische-sociaal schaal bij de inschaling van de schaal en de beoordeling van de score wel een impact heeft.

Tabel 31 Vergelijking van medisch-sociale schaal en BelRAI Screener

|                            | medisch-sociale schaal   | BelRAI Screener  |
|----------------------------|--|--|
| Inhoud                     | 6 items<br>1. zich verplaatsen<br>2. voeding nuttigen te bereiden<br>3. persoonlijke hygiëne en zich kleden<br>4. woning onderhouden en huishoudelijk werk verrichten<br>5. leven zonder toezicht, bewust zijn van gevaar en gevaar kunnen vermijden<br>6. communicatie en sociaal contact | 27 items verdeeld over 5 modules<br>1. IADL<br>2. ADL<br>3. cognitieve problemen<br>4. psychische problemen<br>5. gedragsproblemen |
| Scoring items              | 4-puntenschaal   | Variabel   |
| Berekening totaalscore     | somscore   | Algoritme  |
| Range                      | 0-18 punten  | 0-30 punten  |
| Doel schaal                | Tegemoetkoming THAB en IT  | in de toekomst Vlaamse zorgverzekering en mogelijks THAB   |
| Afkappunt                  | vanaf 7 punten op totaalscore  | te bepalen   |
| Wie scoort zelfredzaamheid | controlearts van, of aangesteld door FOD SZ<br>➔ <b>medische benadering</b>  | ➔ <b>niet-medische benadering</b>  |
| Scoring op basis van       | medisch onderzoek of beslissing op basis van stukken   | observaties van zorgprofessional, scoring binnen 6-tal weken   |

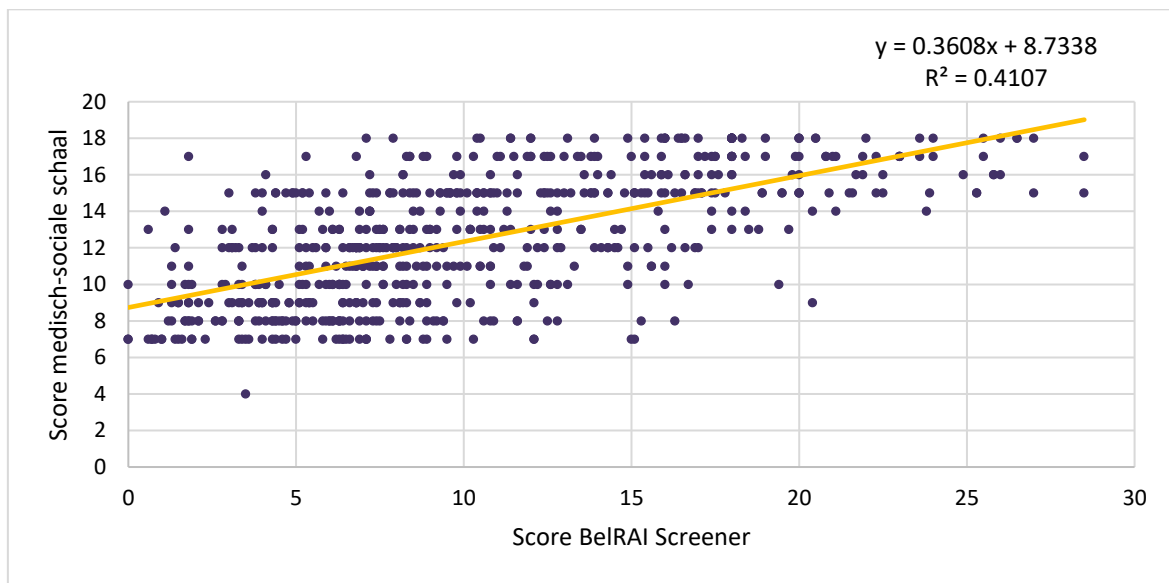
Bron: Overgenomen uit Vermeulen & Declercq (2016)

De samenhang tussen de modules van de BelRAI Screener en de deelitems van de medisch-sociale schaal kunnen we niet nagaan, aangezien we hier geen informatie over hebben. Vermeulen & Declercq (2016) konden dit wel en vonden dat de score op de medisch-sociale schaal het sterkst correleert met de module IADL in de BelRAI Screener ( $r=0,6$ ). Met de module psychische problemen is de samenhang het zwakste ( $r=0,1$ ). De modules rond cognitieve en gedragsproblemen hingen vooral samen met het item rond

<sup>19</sup> Significant op level 0.01 (2-tailed).

‘leven zonder toezicht’ en ‘zich bewust te zijn van gevaar’ en met het item rond ‘communicatie en sociaal contact’.

Ook de verklaarde variantie van de BelRAI Screener en de medisch-sociale schaal ligt in dit onderzoek hoger. Vermeulen & Declercq (2016) kwamen tot de conclusie dat de BelRAI Screener ongeveer 25% van de variantie in de scores op de medisch-sociale schaal verklaarde, terwijl we nu een verklaarde variantie ( $R^2$ ) van 0,4107 vaststellen (zie Figuur 18). De BelRAI Screener verklaart dus ongeveer 41% van de variantie in de scores op de medisch-sociale schaal. Dat is nog steeds niet heel hoog.



Figuur 18 Spreidingsdiagram Totaalscore medisch-sociale schaal (y) vs. Totaalscore BelRAI Screener (x)

Voor zowel de berekende correlatie als de verklaarde variantie dienen we in het achterhoofd houden dat in dit onderzoek een andere steekproef getrokken is. De steekproef van Vermeulen & Declercq (2016) bestond uit nieuwe THAB-aanvragers, waardoor de hoogste THAB-categorieën ondervertegenwoordigd waren en de laagste categorieën oververtegenwoordigd. Dit onderzoek gaat uit van een quotasteekproef waardoor alle categorieën ongeveer evenredig vertegenwoordigd zijn. Ook het tijdsinterval waarbinnen beide schalen werden ingeschaald, verschilt tussen beide onderzoeken. In het onderzoek van Vermeulen en Declercq (2016) kon de medisch-sociale schaal soms maanden later worden gescoord dan de BelRAI Screener. In dit onderzoek kon het tijdsinterval zelfs enkele jaren zijn, aangezien er geen nieuwe inschalingen op de medisch-sociale schaal plaatsvonden. Ook indicatiestellers wezen hierop (zie Hoofdstuk 4 – 5. Spontane feedback van de indicatiestellers).

## 2.7 Zelfredzaamheid

Uit de voorgaande paragraaf kunnen we concluderen dat de BelRAI Screener en de medisch-sociale schaal niet hetzelfde meten. We kunnen ons de vraag stellen in welke mate beide schalen zelfredzaamheid meten. Zelfredzaamheid is een breder concept dan zorgnood.

Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg geeft aan dat zelfredzaamheid op verschillende manieren ingevuld kan worden. Bij een enge benadering ligt de focus op de verantwoordelijkheid van het individu om zelfredzaam te zijn. Enge definiëringen van zelfredzaamheid focussen zich op de mate waarin iemand in staat is om voor zichzelf te zorgen. Zelfredzaamheid in brede zin neemt ook de hulp van anderen, het informele netwerk in rekening. Zelfredzaamheid focust dan op de mate waarin iemand in staat is om de 'normale' activiteiten van het dagelijkse leven zelfstandig te kunnen doen en allerlei problemen zelf te kunnen aanpakken, al dan niet met ondersteuning van professionele of informele hulp. Personen die beroep doen op informele of formele hulp worden ook als 'zelfredzaam' beschouwd (Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg, 2015; Bredewold, 2018). Zowel de BelRAI Screener als de medisch-sociale schaal gaan, elk geoperationaliseerd op een andere manier, na in welke mate iemand in staat is bepaalde activiteiten van het dagelijkse leven zelfstandig uit te voeren, ongeacht wie ondersteuning biedt.

Literatuur leert ons dat activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) een indicatie zijn van zelfredzaamheid.<sup>20</sup> De ADL vormen een totaalpakket van het dagelijkse gedrag van een persoon, waardoor hij of zij zelfstandig kan leven, geïntegreerd kan zijn in zijn of haar omgeving en er een betekenisvolle sociale rol kan vervullen. Deze gedragsvormen kunnen worden onderverdeeld in drie niveaus (zie Figuur 19), afhankelijk van hun mate van complexiteit (Devi, 2018; Reuben et al., 1990; Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg, 2015)<sup>21</sup>. Het eerste niveau betreft de basale ADL of zelfzorg en werden reeds in 1963 door Katz et al. beschreven. Basale ADL-activiteiten hebben betrekking op activiteiten die nodig zijn om in leven te blijven. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over zich wassen, kleden en eten.

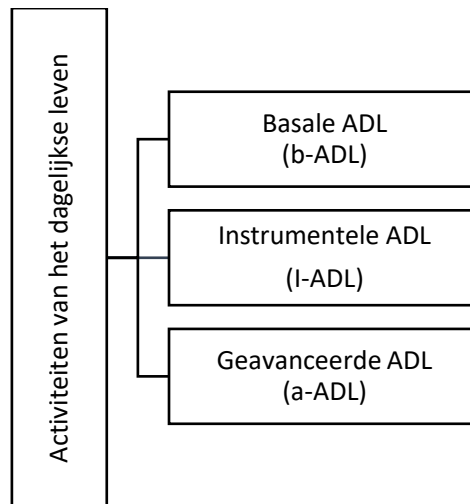
Instrumentele ADL – het tweede niveau – hebben betrekking op het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten (Lawton & Brody, 1969). Dit zijn activiteiten die nodig zijn om onafhankelijk te blijven leven, zoals winkelen, eten klaarmaken, de was doen en medicatie-inname. Het gaat over activiteiten die iemand in staat stellen om zich aan zijn omgeving aan te passen en zijn onafhankelijkheid in de gemeenschap te behouden (Lo et al., 2015). Ze brengen een meer complex niveau van menselijk gedrag met zich mee. Het laatste niveau dat we onderscheiden is geavanceerde ADL. Dit werd later door Reuben et al. (1990) toegevoegd. Deze geavanceerde ADL associëren we met zelfontwikkelingsactiviteiten. Ze gaan verder dan datgene wat noodzakelijk is om te leven. Het gaat over vrije tijd, ontspanning, zelfontwikkeling, iemands persoonlijke voorkeuren, maar ook over culturele aspecten (Boschmans, 2015; Devi, 2018). Hieronder vallen activiteiten die van belang zijn om zelfstandig te kunnen leven. We denken hierbij aan rijvaardigheid, digitale communicatiemiddelen kunnen gebruiken (bv. internet, gsm, enz.) en afspraken kunnen maken en naleven<sup>16</sup>. Tezamen vormen deze niveaus een indicator van de mate waarin iemand zelfredzaam is op het vlak van basale, instrumentele en geavanceerde ADL-activiteiten. Zelfredzaamheid als het vermogen van ouderen om hun leven zelf vorm te geven, linken we dan vooral aan het laatste ADL-niveau, namelijk de geavanceerde ADL.

---

<sup>20</sup> Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg, wetenschappelijke Informatiebrief: "Zelfredzaamheid", Brussel, juli 2015

<sup>21</sup> [http://www.arteveldehogeschool.be/ahsgezondheidszorg/ergotherapie/kronkels/wp-content/uploads/2017/06/140403\\_WS3\\_evaluatie-ADL.pdf](http://www.arteveldehogeschool.be/ahsgezondheidszorg/ergotherapie/kronkels/wp-content/uploads/2017/06/140403_WS3_evaluatie-ADL.pdf)





Figuur 19 Niveaus in de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) (Reuben et al., 1990; Devi, 2018)

Zowel de BelRAI Screener als de medisch-sociale schaal bevragen basale en instrumentele ADL-activiteiten. De medisch-sociale schaal gaat met 'voeding nuttigen en te bereiden' en 'persoonlijke hygiëne en zich kleden' en 'zich verplaatsen' in op basale ADL. De BelRAI Screener focust op basale ADL in module 2 en in module 1 op de instrumentele ADL. Voor de medisch-sociale schaal linken we 'woning onderhouden en huishoudelijk werk verrichten' aan instrumentele ADL. De manier waarop dit bevestigd wordt, is echter anders. Tegenover de brede antwoordmogelijkheden op de medisch-sociale schaal staat de BelRAI Screener met items die meer strikt volgens een vooraf bepaalde definitie moeten worden beoordeeld. De modules in de BelRAI Screener rond cognitieve, psychische en gedragsproblemen gaan breder en dieper dan de items in de medisch-sociale schaal omtrent 'leven zonder toezicht, u bewust te zijn van gevaar en het gevaar te kunnen vermijden' en rond 'communicatie en sociaal contact' (Vermeulen & Declercq, 2016). Dit zijn items die we in verband brengen met geavanceerde ADL.

Ook het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap neemt activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) op om een indicatie van zelfredzaamheid te maken. Eén van de vijf schalen die men bevestigd om een inschatting te maken van hoeveel ondersteuning een persoon met een handicap nodig heeft om zijn leven te kunnen organiseren, heeft betrekking op zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid komt aanbod via de 'vragenlijst zelfredzaamheid' die bestaat uit twee zelfredzaamheidsschalen: de Barthel ADL-index en de ELIDA. De Barthel ADL-index gaat na in welke mate iemand afhankelijk is voor activiteiten van het dagelijkse leven. Het instrument meet activiteiten zoals eten, drinken, zich wassen, zich aankleden, een eind wandelen, ... en is sterk gelinkt aan de interRAI ADL-schalen. Onderzoek toonde aan dat er een hoge correlatie (0,74) is tussen Barthel en de ADL-schaal van interRAI (Landi et al., 2000; Challiner et al., 2003). De ELIDA (Estimation of Loss of Independence in Daily Activities) gaat de basiszelfredzaamheid na voor elementen die we linken aan instrumentele en geavanceerde zelfredzaamheid (50 items in 10 domeinen zoals toilet, lichaamsverzorging, voedselbereiding, dagelijkse huishoudelijke activiteiten, niet dagelijkse huishoudelijke activiteiten, regulatie woonomgeving, activiteiten buiten de woning, communicatie en basisvaardigheden) (Heymans & Molleman, 2013).

Samengevat kunnen we stellen dat de BelRAI Screener wel de basale en de instrumentele ADL meet, maar niet of onvoldoende de geavanceerde ADL. Het Sociaal Supplement dat wordt ontwikkeld bij de BelRAI Screener en bij andere BelRAI-instrumenten, meet de geavanceerde ADL echter wel. Dit instrument, dat onaf is en nog moet worden getest in de loop van 2019, bevat momenteel items over vier thema's: beoordeling van de woonomgeving, maatschappelijke participatie, psychosociaal welzijn

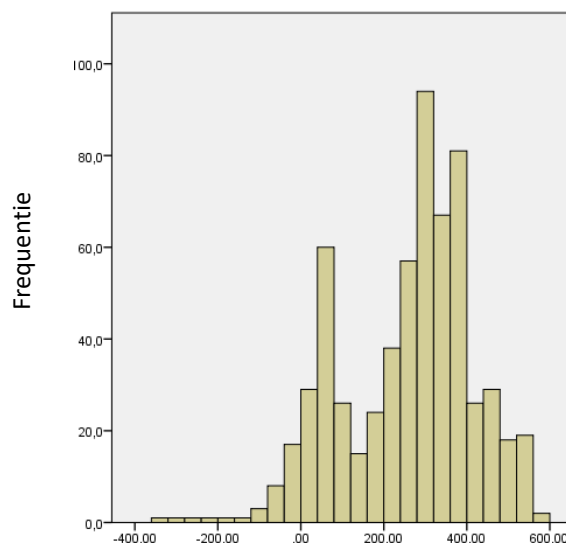
en informele zorg en steun. Met de combinatie BelRAI Screener – BelRAI Sociaal Supplement wordt wellicht wel afdoende zelfredzaamheid gemeten. In tegenstelling tot bij de medisch-sociale schaal gebeurt dat ook op een gestructureerde en gevalideerde manier.

### 3 Resultaten: antwoord op de onderzoeksvragen

In deze paragraaf formuleren we een antwoord op deelvragen en de centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek op basis van de beschikbare data. De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt: “Wat zijn op basis van de data mogelijke afkappunten op de BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood?” Alvorens deze centrale onderzoeksvraag te beantwoorden, behandelen we eerst drie voorafgaandelijke vragen: (1) Dekt de bestaande forfaitaire vergoeding effectief (alle) niet-medische kosten? (2) Stijgen de niet-medische kosten naarmate de zorggraad stijgt? (3) Welke aspecten hebben een impact op de niet-medische kosten van een score op de BelRAI Screener?

#### 3.1 Deelvraag 1: Dekt de bestaande forfaitaire vergoeding effectief (alle) niet-medische kosten?

Om deze eerste onderzoeksvraag te beantwoorden tellen we alle bevroegde niet-medische kosten op. Vervolgens berekenen we het verschil tussen de tegemoetkoming waarop de respondent maandelijks recht heeft (op basis van zijn score op de medisch-sociale schaal) en de totale kost die die respondent per maand spendeert voor niet-medische zorg. Figuur 20 geeft weer in welke mate de bijdrage die men ontvangt de bevroegde niet-medische kosten dekt. We zien dat het merendeel van de respondenten zich rechts van het nulpunt bevindt. Dit impliceert dat de tegemoetkoming voor deze respondenten de gemaakte kosten dekt. Een beperkt aantal respondenten (7%) bevindt zich links van het nulpunt, wat wijst op een tekort. Opvallend is dat de tegemoetkoming (zie Figuur 20) de gemaakte kosten in ruime mate maandelijks zou dekken voor 92% van de respondenten, terwijl we zouden verwachten dat er zich meer respondenten op en rond het nulpunt zouden bevinden.



Figuur 20 Overzicht Tekort/Overschot niet-medische kosten op basis van inschaling medisch-sociale schaal

In totaal bevinden zich 46 respondenten links van het nulpunt. Het maandelijkse tekort van deze respondenten varieert aanzienlijk tussen €1,92 en €315,67 per maand. Voor deze 46 respondenten gaan we enerzijds na wat hun socio-demografische kenmerken zijn en anderzijds welke niet-medische kosten ze maken. We stellen vast via Tabel 32 dat twee derden van deze groep respondenten vrouw is, één derde alleen woont en bijna de helft van de respondenten tussen de 67 en 85 jaar oud is.

Tabel 32 Socio-demografische kenmerken respondenten met maandelijks tekort (N = 46)

|                     | N  |
|---------------------|----|
| <b>Geslacht</b>     |    |
| Vrouw               | 29 |
| Man                 | 17 |
| <b>Woont alleen</b> |    |
| Ja                  | 16 |
| Neen                | 30 |
| <b>Leeftijd</b>     |    |
| 66-75               | 13 |
| 76-85               | 22 |
| 86-90               | 11 |

Voor elke categorie van het zorgbudget gaan we, per schijf van €50, na hoeveel respondenten zich hierin bevinden, wat het minimaal, maximaal en gemiddeld maandelijks tekort is binnen deze groep en voor hoeveel respondenten meer dan 75% van de totale maandelijkse kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen betreffen (zie Tabel 33). De meeste respondenten met een tekort krijgen momenteel een tegemoetkoming gelinkt aan categorie 1. Het maximale bedrag dat men hier dus kan ontvangen is €85 per maand. Het maandelijkse tekort voor deze groep varieert, zoals eerder gesteld, van €1,92 tot €336,75 per maand. Voor de meeste respondenten – 19 van de 33 – is dit tekort beperkt tot minder dan €50 per maand. Het gemiddelde tekort bedraagt €23,88. Opvallend is dat bij 10 van deze 19 respondenten meer dan 75% van de totale kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen betreffen. Ook voor 12 van de 14 overige personen in categorie 1 die een tekort hebben groter dan 50€, maken de kosten voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen de grootste maandelijkse uitgavenpost uit. We zien dat de maandelijkse tekorten dalen naarmate de maandelijkse tegemoetkoming toeneemt. Vijf van de zes respondenten in categorie 2 hebben voor het merendeel maandelijkse kosten voor niet-medische hulp. Voor categorie 3 en 4 hebben telkens twee van de drie respondenten voornamelijk kosten (meer dan 75%) voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen.

Tabel 33 Overzicht maandelijks tekort per categorie en per schijf van €50 (N = 46)

|                            | N  | Minimaal tekort | Maximaal tekort | Gemiddeld tekort | ≥ 75% van totaal tekort gaat naar niet-medische hulp - en ondersteuningsmiddelen (N) |
|----------------------------|----|-----------------|-----------------|------------------|--|
| Categorie 0 - €0 (N = 1)   | 1  | 9               | 9               | 9                | 0  |
| Categorie 1 - €85 (N = 33) |    |                 |                 |                  |  |
| €0-€50                     | 19 | 1,92            | 43,83           | 23,88            | 10   |
| €51-€100                   | 7  | 52,63           | 95,5            | 75,6             | 7  |
| €101-€150                  | 2  | 103,17          | 181,95          | 142,56           | 0  |
| €201-€250                  | 2  | 203,34          | 227,62          | 215,48           | 2  |
| €300-€350                  | 1  | 256,67          | 256,67          | 256,67           | 1  |
| €251-€301                  | 2  | 315,67          | 357,83          | 336,75           | 2  |
| Categorie 2 -€325 (N=6)    |    |                 |                 |                  |  |
| €0-€50                     | 3  | 28,8            | 49,42           | 41,48            | 0  |
| €51-€100                   | 3  | 54,8            | 76,17           | 61,92            | 1  |
| Categorie 3 -€395 (N = 3)  |    |                 |                 |                  |  |
| €0-€50                     | 3  | 2,51            | 38,6            | 15,95            | 2  |
| Categorie 4 -€465 (N = 3)  |    |                 |                 |                  |  |
| €0-€50                     | 1  | 4,98            | 4,98            | 4,98             | 0  |
| €51-€100                   | 2  | 61,58           | 76,28           | 68,93            | 2  |

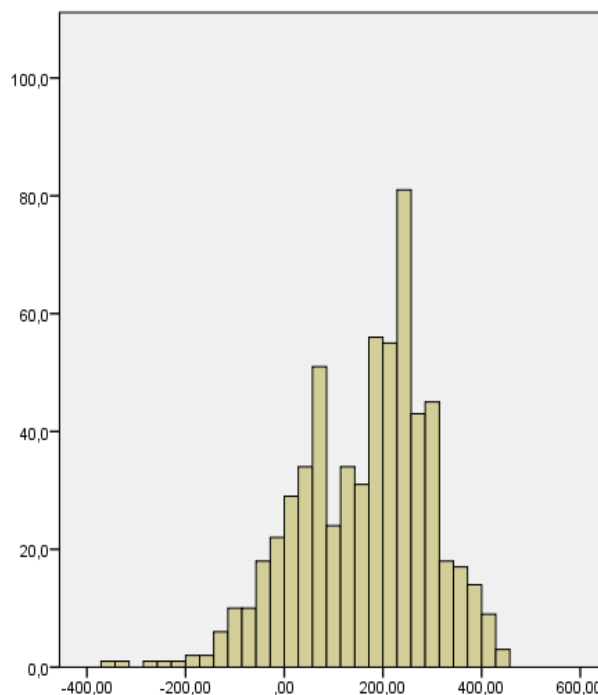
Slechts drie respondenten uit de hele steekproef gaven ‘aanpassingen aan de wagen’ op als bijkomende niet-medische kost. Deze drie respondenten behoren tot de 46 respondenten voor wie we een tekort vaststelden. Voor twee van de drie respondenten maakt deze kost een aanzienlijk deel uit van hun maandelijkse niet-medische kosten voor hulp- en ondersteuningsmiddelen (zie Tabel 34).

Tabel 34 Maandelijks tekort voor respondenten die aanpassingen deden aan hun wagen.

| Tegemoetkoming in € (Categorie) | Totale niet-medische kosten (€) | Tekort (€) | Totale kost niet-medische hulp (€) | %   | Totale kost niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddel en (Kost aanpassingen aan de wagen) (€) | %   |
|---------------------------------|---------------------------------|------------|------------------------------------|-----|---|-----|
| 85 (1)                          | 442,83                          | -357,83    | 10                                 | 2%  | 432,83 (266,67)   | 98% |
| 465 (4)                         | 541,28                          | -76,28     | 24                                 | 4%  | 517,26 (408,33)   | 96% |
| 395 (3)                         | 401,74                          | -6,74      | 217,8                              | 54% | 183,94 (17,60)  | 46% |

Toch zijn er een aantal aandachtspunten die we in het achterhoofd moeten houden bij het interpreteren van deze grafiek. Ten eerste kennen we de hoogte niet van het effectieve uitgekeerde bedrag. Dit bedrag

is enerzijds afhankelijk van de individuele zorgnood en anderzijds van het inkomen van de persoon met zorgnood en zijn of haar partner<sup>22</sup>. Bij elke van de vijf zorgzwaartecategorieën behoort met andere woorden een maximaal maandelijks bedrag dat afgetopt kan worden na controle van het inkomen<sup>23</sup>. Hoe hoger het inkomen van de gezinsleden, hoe meer er wordt afgetrokken van het maximumbedrag dat men kan ontvangen op basis van zijn of haar zorgnood. We hebben voor dit onderzoek geen gegevens over het inkomen en daardoor geen zicht op het effectieve bedrag dat de respondent ontvangt. Het bedrag dat men ontvangt kan dus lager zijn dan het bedrag dat wij berekenen op basis van de categorie waartoe de zorgbehoevende persoon behoort. In het jaarverslag van 2017 van het Agentschap Vlaamse Sociale bescherming vinden we dit ook terug. Het gemiddelde uitgekeerde bedrag per categorie per maand is lager dan het vooropgestelde maximale bedrag dat men maandelijks kan ontvangen (zie 4.4 Budgettaire impact overheid). Wanneer we dit gemiddelde uitgekeerde bedrag in 2017 per categorie nemen in plaats van het maximaal uitgekeerde bedrag per maand voor elke categorie stellen we vast dat het aantal respondenten met een maandelijks tekort toeneemt van 46 respondenten naar 75 respondenten. Ook het maximale maandelijkse overschot daalt van €600 per maand naar maximaal €433,47 (zie Figuur 21). De hoogte kennen van het effectief uitgekeerde maandelijkse bedrag van elke respondent zou onze berekeningen meer accuraat maken.



Figuur 21 Overzicht Tekort/Overschot niet-medische kosten (berekend aan de hand van gemiddelde uitgekeerde bijdrage per categorie per maand in 2017)

Ten tweede moeten we in acht nemen dat onze respondenten sowieso een beperkt inkomen hebben en men slechts kan uitgeven wat er maandelijks binnenkomt. We moeten dan ook voorzichtig zijn met de stelling dat de uitkering alle niet-medische kosten zou dekken. Verder merken we op dat

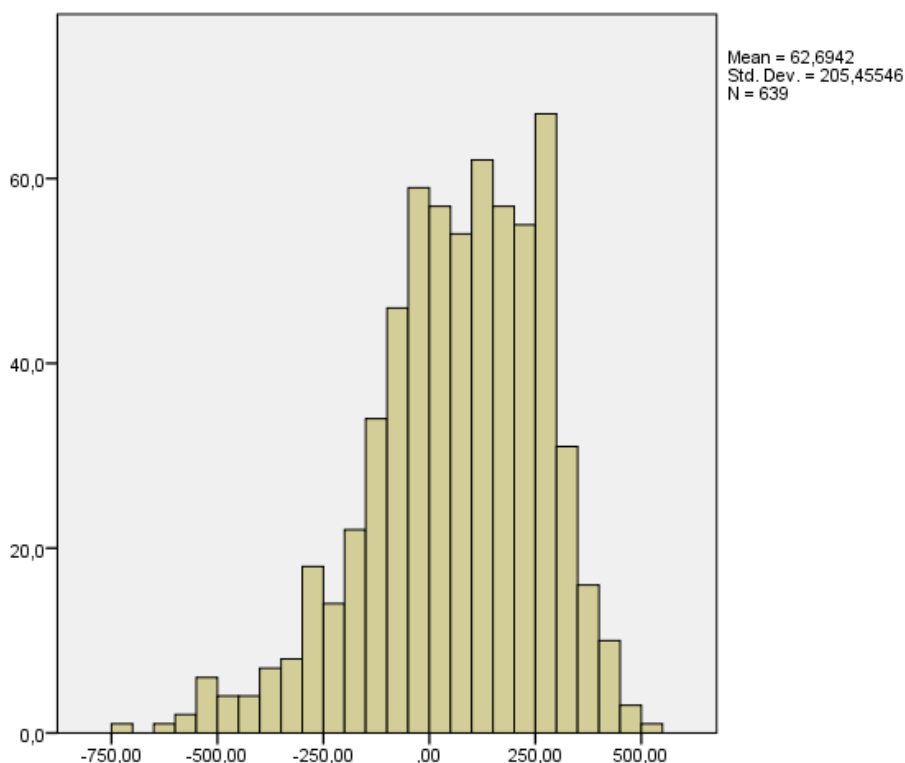
<sup>22</sup> Specificering partner: ten eerste op hetzelfde adres woont (ingeschreven is) en ten tweede geen bloed- of aanverwant is in de eerste (bv. kind, ouder, schoonouder), tweede (broer, zus, grootouder, schoonbroer, schoonzus) of derde graad (bv. oom, tante)

<sup>23</sup> Pensioen, Inkomen uit arbeid, Vervangingsinkomen, Spaargelden, Beleggingen, Eigendommen (huis, bouwgrond, weiland, ...), Verkoop of schenking van eigendommen (via CM.be)

respondenten voor verschillende diensten hun gebruik van bepaalde diensten beperken of er helemaal geen gebruik van maken omwille van financiële redenen. Ook geven respondenten aan dat ze bepaalde aankopen (met betrekking tot hun zorgnood) uitstellen omdat ze ervoor moeten sparen. Daarnaast geven indicatiestellers aan dat er, omwille van de beperkte middelen, minder beroep wordt gedaan op betalende diensten en dat er op creatieve manieren naar oplossingen wordt gezocht door de respondenten en hun omgeving om aan de zorgbehoeften te voldoen. Tot slot wordt er noch in Figuur 20 noch in Figuur 21 rekening gehouden met het aantal uren mantelzorg dat men ontvangt.

Via de gestructureerde vragenlijsten konden de respondenten en hun mantelzorg(er)s een indicatie geven van het totale aantal uren mantelzorg dat zij ontvangen of geven. We hebben zowel informatie over het aantal uren huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging nodig, als over het aantal uren praktische ondersteuning. Zoals eerder vermeld, heeft de Vlaamse overheid niet de doelstelling om mantelzorg te vergoeden als professionele zorg. De effectieve kost van professionele zorg ligt bovendien hoger dan de eigen bijdrage (zie 3.2.3 Mantelzorg).

Het merendeel van de taken kunnen we toewijzen aan taken die ook gezinszorg aanbiedt. De gemiddelde eigen bijdrage (met referentieprijzen voor uitschieters) gezinszorg bedraagt €7,17/uur. Dit bedrag vermenigvuldigen we met het totale aantal uren hulp dat geboden wordt door mantelzorg(er)s. In vergelijking met Figuur 20 zien we dat in Figuur 22 meer personen zich aan de linkerkant van de nul zouden bevinden en dus een tekort aan financiële middelen zouden hebben indien al de aangegeven uren mantelzorg door professionals zouden moeten opgenomen worden. Wel zien we dat een bepaalde groep personen zelfs indien mantelzorg betalend zou zijn aan €7,17 per uur, voldoende middelen zouden overhouden.

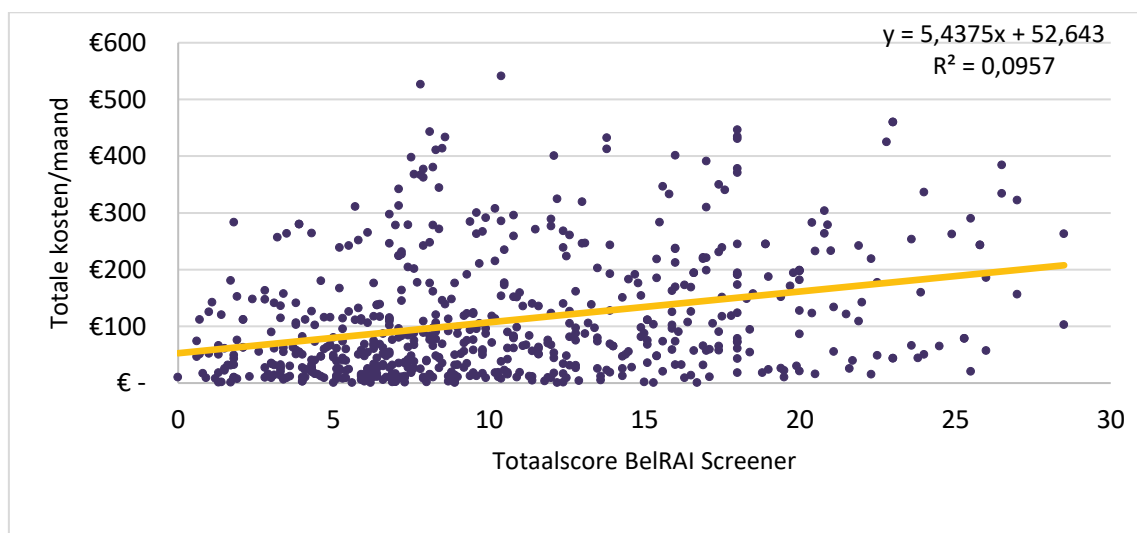


Figuur 22 Overzicht Tekort/Overschot niet-medische kosten met verrekening mogelijke vervangingskost mantelzorg

Voor de 115 respondenten (zie 2.4.2.1) die aangeven geen of beperkt gebruik te maken van niet-medische hulp gaan we na of hun uitkering de niet-medische kosten dekt. Voor deze 115 respondenten berekenen we aan de hand van de maximale uitkeringen een gemiddeld overschot van €200. Ook hier dienen we te vermelden dat dit niet in de hoogte dient te zijn van het effectieve uitgekeerde bedrag. Dit bedrag is immers ook afhankelijk van het inkomen van de persoon met zorgnood en zijn of haar partner. Een gemiddeld overschot kan erop wijzen dat respondenten dit vrij besteedbaar budget gebruiken om te voorzien in hun meest prioritaire noden en dit dus niet kunnen aanwenden voor hun niet-medische kosten. Ook Op de Beeck et al. (2018) die in hun onderzoek focussen op een ander zorgbudget binnen de Vlaamse sociale bescherming, het BasisOndersteuningsBudget (BOB)<sup>24</sup>, stellen vast dat een aantal personen het vrij besteedbaar deel gebruiken om te voorzien in hun meest prioritaire noden en dit vooral bij personen met een lager inkomen.

### 3.2 Deelvraag 2: Stijgen de niet-medische kosten naarmate de zorggraad stijgt?

Om na te gaan of de niet-medische kosten stijgen naarmate de zorggraad stijgt, maken we gebruik van spreidingsdiagrammen. Een spreidingsdiagram of scatterplot is een grafiek die de relatie tussen twee of meer variabelen weergeeft. Figuur 23 geeft het spreidingsdiagram weer voor de totale kosten per maand (y) en Totaalscore BelRAI Screener (x) met bijhorende trendlijn. Deze trendlijn is stijgend en wijst dus op een positieve samenhang tussen de totale kosten per maand (y) en de totaalscore op de BelRAI Screener (x). Deze positieve samenhang zien we ook in de correlatie tussen beide variabelen 0,330 (significant tot 0,01 niveau (2-tailed)). Deze correlatie is net zoals de verklaarde variantie laag, namelijk slechts 9,57% ( $R^2 = 0,0957$ ). Er zijn dus nog andere verklarende variabelen, buiten de score op de BelRAI Screener die de gemaakte kosten kunnen verklaren.

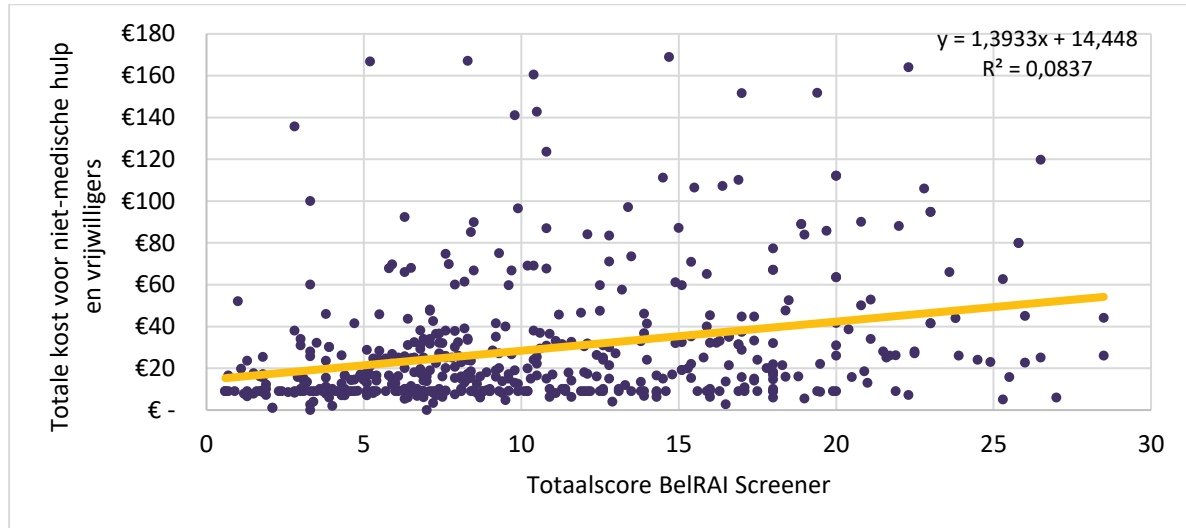


Figuur 23 Spreidingsdiagram tussen totale kosten per maand (y) vs. Totaalscore BelRAI Screener (x)

Ook wanneer we het spreidingsdiagram bekijken voor de totale kosten voor niet-medische hulp en kosten voor ondersteuning van vrijwilligers zien we een positieve samenhang. Wanneer de totaalscore op de BelRAI Screener toeneemt, stijgen de niet-medische kosten voor niet-medische hulp en

<sup>24</sup> Vrij besteedbaar zorgbudget voor zorg en ondersteuning richt zich op personen met een handicap (<http://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-mensen-met-een-handicap>)

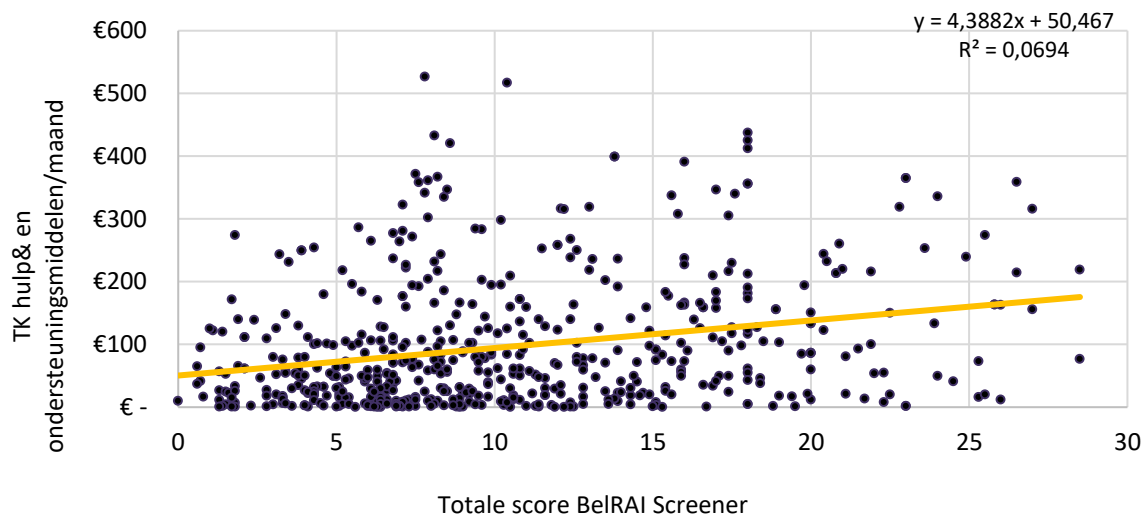
ondersteuning van vrijwilligers. De verklaarde variantie is lager dan deze in Figuur 24, namelijk slechts 8,3% ( $R^2 = 0,0837$ ). Wanneer we de overige kosten (voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen) opnemen in een spreidingsdiagram (zoals te zien in Figuur 25) zien we een nog lagere verklaarde variantie dan in Figuur 23 en Figuur 24. De samenhang blijft ook hier positief met een verklaarde variantie in beide grafieken van ongeveer 7%. De totale kosten voor niet-medische hulp en voor hulp- en ondersteuningsmiddelen stijgen naar mate de zorgzwaarte stijgt.



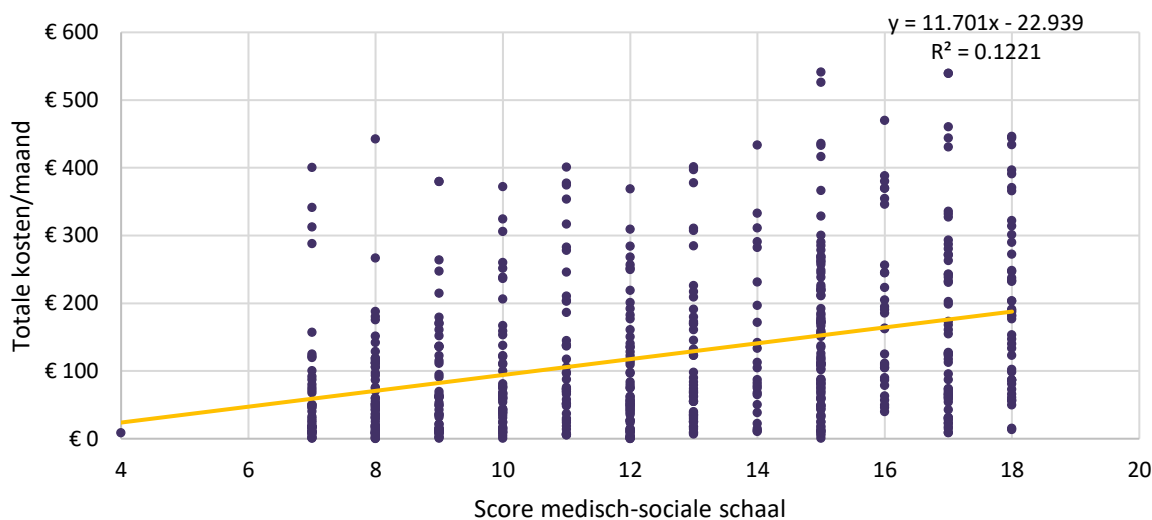
Figuur 24 Spreidingsdiagram tussen totale kosten per maand voor niet-medische hulp en vrijwilligers (y) vs. Totaalscore BelRAI Screener (x)

Gezien de zeer lage verklarende kracht van de BelRAI Screener op de niet-medische kosten, gaan we na of dit ook het geval is voor de medisch-sociale schaal. De medisch-sociale schaal verklaart 12,21% van de totale geregistreerde niet-medische kosten of 2,64% meer dan de BelRAI Screener (zie Figuur 26). Dat is nog steeds erg laag. De scores op beide instrumenten hangen met andere woorden slechts beperkt samen met de niet-medische kosten. Hierbij dienen we ook nog in het achterhoofd te houden dat Vermeulen & Declercq (2016) vaststellen – en zo ook dit onderzoek – dat er geen sterke correlatie is tussen de medisch-sociale schaal en de BelRAI Screener en dat beide schalen dus niet hetzelfde meten.





Figuur 26 Spreidingsdiagram tussen totale kosten per maand voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen vs. Totaalscore BelRAI Screener (x)



Figuur 25 Spreidingsdiagram tussen totale kosten per maand (y) vs Totaalscore medisch-sociale schaal (x)

Er zijn dus nog andere variabelen die de stijging in de niet-medische kosten verklaren. In deelonderzoeksvraag 3 controleren we voor een beperkt aantal andere variabelen.

Voor de 25% laagste scores op de BelRAI Screener gaan we na welke niet-medische kosten deze respondenten maken. Het 25<sup>ste</sup> percentiel ligt op een score 5,9. Zo willen we zicht krijgen op de niet-medische kosten die respondenten maken met een lage zorgbehoefte op de thema's die de BelRAI Screener meet.

Tabel 35 Niet-medische kosten van respondenten die het laagste scoren op de BelRAI Screener

|           | N  | Totale kost per schijf van €50 (€) |        |           | Niet-medische hulp (€) |       |           | Niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen (€) |        |           | ≥ 55% van kosten gaat naar niet-medische hulp - en ondersteuningsmiddelen | ≥ 75% van totaal tekort gaat naar niet-medische hulp - en ondersteuningsmiddelen | BelRAI Screener |     |     |
|-----------|----|------------------------------------|--------|-----------|------------------------|-------|-----------|---|--------|-----------|---|--|-----------------|-----|-----|
|           |    | Min                                | Max    | $\bar{x}$ | Min                    | Max   | $\bar{x}$ | Min   | Max    | $\bar{x}$ |   |  | N               | N   | Min |
| €0-€50    | 79 | 0                                  | 50,55  | 22,02     | 0                      | 43    | 10,76     | 0   | 50,33  | 11,26     | 36  | 24   | 0               | 5,9 | 3,6 |
| €51-€100  | 33 | 51,51                              | 100,2  | 71,39     | 0                      | 73,53 | 22,97     | 0   | 79,65  | 46,32     | 23  | 19   | 0,6             | 5,9 | 3,5 |
| €101-€150 | 23 | 101,79                             | 142,01 | 120,27    | 0                      | 69,58 | 36,76     | 14,67   | 125    | 83,5      | 17  | 14   | 0,7             | 5,9 | 3,9 |
| €151-€200 | 11 | 151,89                             | 188,17 | 168,61    | 0                      | 166,8 | 60,83     | 0   | 180    | 107,88    | 8   | 6  | 1,7             | 5,5 | 3,5 |
| €201-€250 | 2  | 209,3                              | 238,74 | 224,02    | 20,89                  | 100   | 60,44     | 109,3   | 217,85 | 163,58    | 1   | 1  | 2,8             | 5,2 | 4   |
| €251-€300 | 5  | 256,91                             | 288,34 | 271,9     | 9                      | 70,7  | 32,07     | 196,25  | 274,17 | 239,83    | 5   | 5  | 1,8             | 5,5 | 3,7 |
| €301-€350 | 2  | 310,75                             | 311,08 | 310,91    | 24,67                  | 185   | 104,83    | 125,75  | 286,42 | 206,08    | 1   | 1  | 3,1             | 5,7 | 4,4 |
| €350-402  | 3  | 379,80                             | 401,74 | 387,11    | 130,12                 | 217,8 | 249,68    | 378,80  | 401,74 | 387,11    | 3   | 0  | 3,9             | 5,8 | 4,5 |

De grootste groep respondenten met een score lager dan 5,9 op de BelRAI Screener heeft een maandelijks kost tussen de €0 en €50 voor niet-medische kosten (zie Tabel 35). Voor 36 van de 79 respondenten (minder dan de helft) gaat meer dan 55% van de totale kosten naar niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen. Hoe hoger de totale maandelijks kosten van de respondenten zijn, hoe meer respondenten - binnen eenzelfde schijf van €50 - besteden het merendeel van hun uitgaven voor niet-medische zorg aan niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen. 118 van deze 158 respondenten hebben kosten voor duurzame hulpmiddelen (zie Tabel 36). Dit is ook zo in de hele steekproef. Toch is dit niet de kost met het hoogste maximale bedrag of het hoogste gemiddelde. Achtendertig respondenten geven aan meerkosten te hebben omwille van een verminderde zelfredzaamheid met €276 als maximaal maandelijks bedrag en net geen €70 als gemiddelde maandelijks kost. Ook de kosten voor woningaanpassingen en incontinentie liggen hoger dan deze voor duurzame hulpmiddelen.

Tabel 36 Maandelijks kosten niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen voor personen met een lage score op de BelRAI Screener

|   | N   | Min<br>(€/maand) | Max<br>(€/maand) | $\bar{x}$<br>(€/maand) |
|---|-----|------------------|------------------|------------------------|
| A. Kost dieetvoeding                                | 6   | 10               | 47               | 24,5                   |
| B. Kost incontinentie                               | 18  | 2,21             | 130              | 40,51                  |
| C. Kosten duurzame hulpmiddelen                     | 118 |                  |                  |                        |
| 1. Aankoopkost                                      | 101 | 0,17             | 102,27           | 17,93                  |
| 2. Onderhoudskost                                   | 13  | 1,67             | 54,48            | 15,03                  |
| 3. Huurprijs  | 10  | 2                | 49               | 14,66                  |
| D. Kost woningaanpassingen                          | 34  | 0,17             | 221,67           | 41,31                  |
| E. Meerkost omwille van verminderde zelfredzaamheid | 38  | 10               | 276              | 69,48                  |

Onderzoek leert ons dat meerdere elementen een impact hebben op het al dan niet gebruik maken van bepaalde hulpmiddelen, maar ook op het aantal hulpmiddelen dat men gebruikt. De Klerk et al. (1997) onderzochten het gebruik van hulpmiddelen bij ouderen in Nederland. Ze stelden vast dat het al dan niet gebruikmaken van hulpmiddelen bij ADL-activiteiten ook afhangt van elementen andere dan de zorgnood (functioneren, het hebben van een chronische ziekte). Er zijn ook risicofactoren zoals geslacht en huisvesting. Ook het aantal hulpmiddelen waarvan men gebruik maakt kan verklaard worden door meerdere factoren. Ten eerste heeft de zorgnood van de cliënt een impact op het aantal hulpmiddelen dat men gebruikt. Ten tweede zijn er ook pre-existente risicofactoren zoals de leeftijd, de huisvesting en het onderwijsniveau van de cliënt die een significante verklaringskracht hebben. Tot slot zijn er ook faciliterende factoren zoals inkomen en het al dan niet ontvangen van hulp met een positieve impact op het aantal hulpmiddelen waarvan men gebruik maakt.

### 3.3 Deelvraag 3: Welke elementen verklaren de hoogte van de niet-medische kosten?

Om een antwoord te formuleren op onderzoeksvraag 3 maken we gebruik van een lineaire meervoudige regressieanalyse. Regressieanalyse is een techniek die gebruikt wordt om het oorzakelijk verband tussen één afhankelijke variabele en meerdere onafhankelijke variabelen te bepalen. Hierbij wordt de invloed die de onafhankelijke variabelen uitoefenen op de afhankelijke variabele bekeken. De algemene modelstructuur die hiermee verbonden is ziet er als volgt uit (Janssens, Wijnen, De Pelsmacker, & Van Kenhove, 2008):

$$y_i = \alpha + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_m X_m + \varepsilon_i$$

$y$  staat voor de afhankelijke variabele,  $X_{mi}$  voor de onafhankelijke variabelen en  $\varepsilon_i$  voor de toevalsfactor of errorterm.  $\alpha, \beta_1, \beta_2, \dots$  zijn de parameters in dit model, terwijl  $\beta_1, \beta_2, \dots$  de regressiecoëfficiënten zijn in de populatie. Voor iedere onderzoekseenheid zijn dit dezelfde waarden. Wanneer we dit model toepassen op onderzoeksvraag 3, gaan we dus na in welke mate ‘de mate van zorgnood’ ( $X_{1i}$ ) - gemeten aan de hand van de BelRAI Screener - een impact heeft op de niet-medische kosten van een ontvanger van het zorgbudget ( $y_i$ ) met als controlevariabelen leeftijd, geslacht, het al dan niet samenwonen met een persoon en het totaal aantal uren mantelzorg dat men ontvangt.

Alvorens de regressieanalyse uit te voeren dienen we na te gaan of er aan een aantal assumpties voldaan is, zodat we onze resultaten kunnen veralgemenen van de getrokken steekproef naar de gehele populatie (Neels, 2017). Indien we dit niet doen kan dit gemakkelijk leiden tot moeilijk interpreteerbare resultaten. Het is daarom van belang om eventuele schendingen van deze assumpties preventief op te sporen (Zie Bijlage 6). Na het controleren van de assumpties gaan we over tot een stapsgewijze methode voor regressieanalyse. Dit wil zeggen dat we per stap één onafhankelijke variabele aan het model toevoegen. De onafhankelijke variabele met de hoogste F-waarde (laagste significantieniveau) (met andere woorden die de hoogste relatieve invloed heeft op de afhankelijke variabele) wordt als eerste toegevoegd in het model (Neels, 2017). Andere variabelen met een significantieniveau dat hoger is dan 0,05 worden niet in het model mee opgenomen. Het eerste model dat we testen met de onafhankelijke variabelen ‘Eindscore BelRAI Screener’, leeftijd, geslacht, samenstelling huishouden en het totaal aantal uren mantelzorg per week geeft een verklaarde variantie van 11,5% (zie Tabel 37). We zien dat enkel de variabele ‘Eindscore BelRAI Screener’ als significant invloedrijke variabele wordt opgenomen. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt van ‘Eindscore BelRAI Screener’ bedraagt 0,331.

Tabel 37 Meervoudige lineaire regressie: Model Summary (Totaalscore BelRAI Screener)

| Model Summary <sup>b</sup> |                   |          |                   |                            |                   |          |     |     |               |               |
|----------------------------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----|-----|---------------|---------------|
| Model                      | R                 | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Change Statistics |          |     |     |               | Durbin-Watson |
|                            |                   |          |                   |                            | R Square Change   | F Change | df1 | df2 | Sig. F Change |               |
| 1                          | ,339 <sup>a</sup> | ,115     | ,108              | 113,50989                  | ,115              | 15,716   | 5   | 604 | ,000          | 1,688         |

a. Predictors: (Constant), Eind score BelRAI Screener, leeftijd2, Geslacht, Samenstelling huishouden, MTZ totaal

b. Dependent Variable: getransf TK

De eindscore op de BelRAI Screener blijkt de enige significante en de grootste gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt te hebben (0,331) (zie Tabel 38). Dat betekent dat de BelRAI Screener de

belangrijkste voorspeller van de kosten is. De andere variabelen die we testen in het model worden niet mee opgenomen en dragen geen significante verklarende kracht bij aan het model.

Tabel 38 Meervoudige lineaire regressie: Model Summary (modules BelRAI Screener)

|         |                           | Unstandardized Coefficients |            | Standardized Coefficients | t      | Sig.  | Correlations |         |
|---------|---------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|--------------|---------|
|         |                           | B                           | Std. Error | Beta                      |        |       | Zero-order   | Partial |
| Model 1 | (Constant)                | 102,837                     | 9,218      |                           | 11,156 | 0,000 |              |         |
|         | Eindscore BelRAI Screener | 6,562                       | 0,758      | 0,331                     | 8,653  | 0,000 | 0,331        | 0,331   |

*a Dependent Variable: getransf TK*

Wanneer we bovenstaand model aanpassen door de variabele 'Eindscore BelRAI Screener' uit het model te halen en te vervangen door de eindscores op de vijf verschillende modules, zien we dat in het uiteindelijk model er drie predictoren zijn die een significante impact hebben op de voorspelling van niet-medische kosten. Ook de overige onafhankelijke variabelen (leeftijd, geslacht, samenstelling huishouden en het totale aantal uren mantelzorg per week) worden stapsgewijs toegevoegd aan het model. 'R-kwadraat' geeft aan hoeveel van de variantie in de kosten door de set predictoren wordt verklaard. We zien in Tabel 39 dat voor elke bijkomende predictor die wordt opgenomen in het model de verklaarde variantie toeneemt. De output laat zien dat in het eerste model 10,5% van de variantie in niet-medische kosten wordt verklaard door de predictor IADL. In model 3 met module IADL, ADL en gedrag als significante predictoren is de verklaarde variantie het hoogst. De overige opgenomen variabelen dragen dus geen significante verklarende kracht aan het model bij.

Tabel 39 Meervoudige lineaire regressie: Model Summary (met aparte modules BelRAI Screener als onafhankelijke variabele)

|         | R                  | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Change Statistics |          |     |     |               |
|---------|--------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----|-----|---------------|
|         |                    |          |                   |                            | R Square Change   | F Change | df1 | df2 | Sig. F Change |
| Model 1 | 0,327 <sup>a</sup> | 0,107    | 0,105             | 113,6678                   | 0,107             | 72,685   | 1   | 608 | 0             |
| Model 2 | 0,348 <sup>b</sup> | 0,121    | 0,118             | 112,8501                   | 0,014             | 9,842    | 1   | 607 | 0,002         |
| Model 3 | 0,358 <sup>c</sup> | 0,128    | 0,124             | 112,5029                   | 0,007             | 4,753    | 1   | 606 | 0,03          |

*a. Predictors: (Constant), Totaal IADL*

*b. Predictors: (Constant), Totaal IADL, Totaal ADL*

*c. Predictors: (Constant), Totaal IADL, Totaal ADL, Totaal gedrag*

Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten maken het mogelijk om verschillende significante predictoren onderling te vergelijken. Wanneer we dit doen voor modellen 1, 2 en 3 zien we in Tabel 40 dat module IADL de grootste verklarende kracht heeft in model 1 en ook de grootste verklarende kracht blijft hebben in modellen 2 en 3. De verklarende kracht daalt echter bij de toevoeging van module ADL in model 2 en de module gedrag in model 3. Alle overige predictoren (geslacht, leeftijd, aantal uren

mantelzorg, psychische problemen en cognitie) leveren geen significante bijdrage en zijn dus niet opgenomen in het model.

Tabel 40 Coëfficiënten regressie model

|         |               | Unstandardized Coefficients |            | Standardized Coefficients | t     | Sig.  | Correlations |            |         |
|---------|---------------|-----------------------------|------------|---------------------------|-------|-------|--------------|------------|---------|
|         |               | B                           | Std. Error |                           |       |       | Beta         | Zero-order | Partial |
| Model 1 | (Constant)    | 48,211                      | 15,23      |                           | 3,166 | 0,002 |              |            |         |
|         | Totaal IADL   | 28,464                      | 3,339      | 0,327                     | 8,526 | 0,000 | 0,327        | 0,327      | 0,327   |
| Model 2 | (Constant)    | 58,95                       | 15,503     |                           | 3,802 | 0,000 |              |            |         |
|         | Totaal IADL   | 18,12                       | 4,675      | 0,208                     | 3,876 | 0,000 | 0,327        | 0,155      | 0,147   |
|         | Totaal ADL    | 12,087                      | 3,853      | 0,168                     | 3,137 | 0,002 | 0,315        | 0,126      | 0,119   |
| Model 3 | (Constant)    | 66,056                      | 15,795     |                           | 4,182 | 0,000 |              |            |         |
|         | Totaal IADL   | 15,547                      | 4,808      | 0,178                     | 3,234 | 0,001 | 0,327        | 0,13       | 0,123   |
|         | Totaal ADL    | 11,805                      | 3,843      | 0,164                     | 3,072 | 0,002 | 0,315        | 0,124      | 0,117   |
|         | Totaal gedrag | 6,604                       | 3,029      | 0,089                     | 2,18  | 0,03  | 0,2          | 0,088      | 0,083   |

Op basis van bovenstaande analyses komen we ten eerste tot de conclusie dat we een positieve samenhang vaststellen tussen zorgnood (BelRAI Screener) en de hoogte van de niet-medische kosten. Ten tweede zien we dat de modules IADL, ADL en gedrag een significant gedeelte - maar zeer beperkt - van de niet-medische kosten verklaren voor onze doelgroep. Bij vergelijk van de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten stellen we vast dat 'Module 1: IADL' de grootste verklaringskracht heeft op de gemaakte niet-medische kosten, gevolgd door 'Module2: ADL' en tot slot 'Module 5: gedragsproblemen' met een zeer beperkte verklaringskracht. Andere factoren dan de reeds bevraagde elementen hebben impact op de hoogte van de niet-medische kosten waaronder het feit dat de respondenten in onze steekproef reeds over een beperkt inkomen beschikken, waardoor men bepaalde uitgaven niet kan doen omwille financiële redenen.

### 3.3.1 Regressieanalyse met als onafhankelijke variabelen de medisch-sociale schaal

In onderstaande regressieanalyse halen we de variabele 'Eindscore BelRAI Screener' uit het model en vervangen we deze door de eindscores op de medisch-sociale schaal om na te gaan wat de verklaaringskracht van de huidige schaal is ten opzichte van de gemaakte niet-medische kosten van de respondenten. Ook de overige onafhankelijke variabelen (leeftijd, geslacht, samenstelling huishouden en het totale aantal uren mantelzorg per week) voegen we stapsgewijs toe. De output van het eerste model (zie Tabel 41) geeft aan dat 13,7% van de variantie in niet-medische kosten wordt verklaard door de eindscores op de medisch-sociale schaal. In model 2 met de eindscores op de medisch-sociale schaal en het aantal uren mantelzorg als significante predictoren is de verklaarde variantie het hoogst. Samen verklaren ze 14,4% van variantie in niet-medische kosten. Tabel 42 geeft aan dat het vooral de medisch-sociale schaal is die de grootste verklaaringskracht heeft, de verklaaringskracht van het aantal uren mantelzorg is maar zeer zwak. De overige opgenomen variabelen geven dus geen significante verklaaringskracht aan het model.

Tabel 41 Meervoudige lineaire regressie: Model Summary (met medisch-sociale schaal als onafhankelijke variabele)

| Model | R                 | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Change Statistics |          |     |     |               |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----|-----|---------------|
|       |                   |          |                   |                            | R Square Change   | F Change | df1 | df2 | Sig. F Change |
| 1     | ,370 <sup>a</sup> | ,137     | ,135              | 111,56788                  | ,137              | 93,093   | 1   | 588 | ,000          |
| 2     | ,379 <sup>b</sup> | ,144     | ,141              | 111,19521                  | ,007              | 4,948    | 1   | 587 | ,027          |

a. Predictors: (Constant), Totaalscore medische-sociale schaal (mss)

b. Predictors: (Constant), Totaalscore medische-sociale schaal (mss), MTZ totaal

c. Dependent Variable: getransf TK.

In vergelijking met hetzelfde model met als onafhankelijke variabelen de totaalscore van de BelRAI Screener verklaart de medisch-sociale schaal 2,2% meer. In vergelijking met het tweede model - met het totaal aantal uren mantelzorg als bijkomende predictor - is de verklaaringskracht nog ietsje groter (2,9%). Van de medisch-sociale schaal hebben we enkel de totaalscore ter beschikking en niet de deelscores op de verschillende deelvragen. We kunnen dus niet nagaan welk deelaspect van de medisch-sociale schaal de grootste verklaaringskracht heeft voor de gemaakte niet-medische kosten.

Tabel 42 Coëfficiënten regressie model<sup>a</sup>

| Model | Unstandardized Coefficients   |            | Standardized Coefficients | T    | Sig.  | Correlations |         |      |      |
|-------|-------------------------------|------------|---------------------------|------|-------|--------------|---------|------|------|
|       | B                             | Std. Error | Beta                      |      |       | Zero-order   | Partial | Part |      |
| 1     | (Constant)                    | 8,923      | 17,534                    |      | ,509  | ,611         |         |      |      |
|       | Totaalscore mms <sup>25</sup> | 13,010     | 1,348                     | ,370 | 9,648 | ,000         | ,370    | ,370 | ,370 |
| 2     | (Constant)                    | 11,126     | 17,503                    |      | ,636  | ,525         |         |      |      |
|       | Totaalscore mms               | 11,740     | 1,460                     | ,334 | 8,041 | ,000         | ,370    | ,315 | ,307 |
|       | MTZ totaal                    | ,484       | ,218                      | ,092 | 2,224 | ,027         | ,223    | ,091 | ,085 |

a. Dependent Variable: getransf TK

We stellen vast dat zowel de medisch-sociale schaal als de BelRAI Screener een significant, maar zeer beperkt deel van de niet-medische kosten verklaren in onze steekproef. Nog andere factoren dan leeftijd, geslacht, de samenstelling huishouden en het totale aantal uren mantelzorg per week hebben impact op de hoogte van de niet-medische kosten.

### 3.4 Centrale onderzoeksvraag: Wat zijn op basis van de data mogelijke afkappunten op de BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood?

De afkappunten kwamen stapsgewijs tot stand. In wat volgt lichten we dit proces toe. In een eerste stap gaan we dieper in op de modules IADL en ADL, omdat die de hoogste significante verklaringskracht hebben voor de bevraagde niet-medische kosten. Hiervoor maken we gebruik van de Functional Hierarchy Scale. Deze twee modules staan ook nauw in verband met basale ADL en instrumentele ADL, twee niveaus die we linken aan het functioneren van de personen en hun zelfredzaamheid (cf. supra). In een tweede stap gaan we potentiële afkappunten na via ROC-analyses. Zo komen we uiteindelijk tot een voorstel van mogelijke afkappunten op de BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood.

De vorige paragraaf leert ons dat de modules IADL en ADL de hoogste verklaringskracht hebben voor de bevraagde niet-medische kosten. Deze modules geven ons informatie over het functioneren van de respondenten. Eerder onderzoek toonde aan dat het verlies aan capaciteit om ADL -en IADL-activiteiten uit te voeren een hiërarchisch patroon volgt (Morris et al, 2013; Katz, 1963). Er kan namelijk een 'normale volgorde' vastgesteld worden van progressief functioneel verlies. Wat betreft de ADL-activiteiten in de BelRAI Screener zal men dus eerst ondersteuning nodig hebben bij activiteiten gelinkt aan 'persoonlijke hygiëne' en pas later bij activiteiten die onder het item 'eten' vallen. Ook zal men eerst een vermindering in capaciteiten om IADL-taken uit te voeren vaststellen, alvorens men een daling ziet in het vermogen om ADL-activiteiten uit te voeren (Morris et al, 2013; Spector et al.,1987). Om dit hiërarchische patroon meer duidelijk te maken, berekenen we de Functionele hiërarchieschaal die door

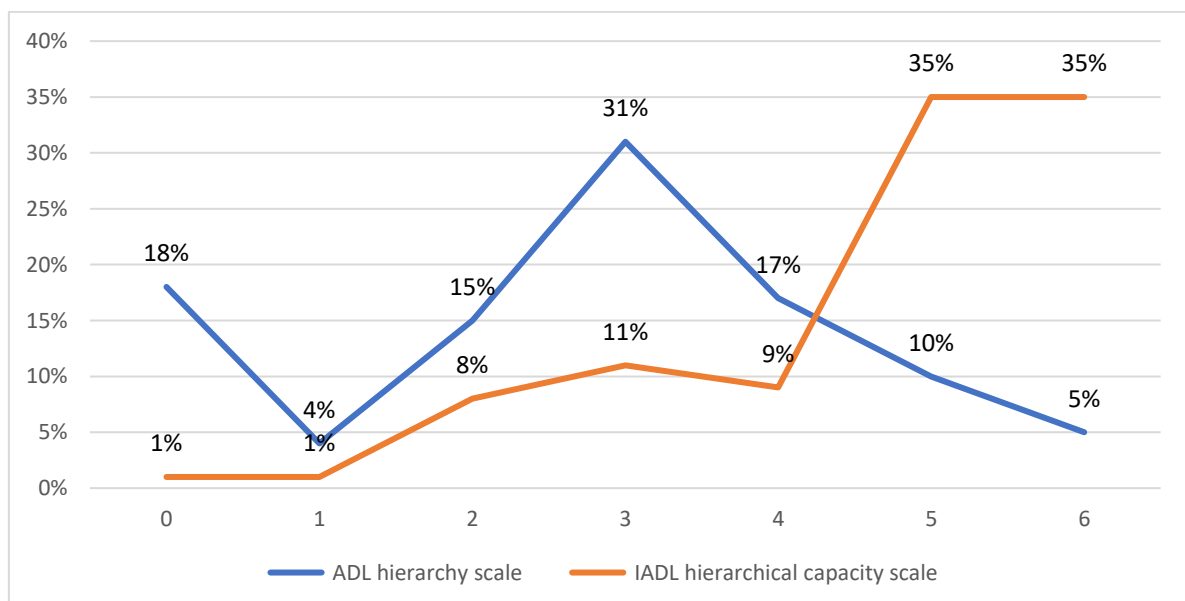
<sup>25</sup> mms = medische-sociale schaal



Morris et al. in 2013 ontwikkeld werd. Zij tonen in hun onderzoek duidelijk de relatie aan tussen (1) het toenemende functionele verlies van personen en de hoeveelheid zorg die ze ontvangen, (2) de cognitieve status van deze persoon en (3) het niet langer thuis kunnen wonen. Met andere woorden, een hoger score op de Functional Hierarchy Scale wijst op een grotere achteruitgang om ADL- en IADL-activiteiten uit te voeren.

Deze Functional Hierarchy Scale laat ons niet enkel toe om het gradueel verlies van ADL- en IADL-capaciteiten op een betrouwbare wijze te beoordelen op basis van een score van 0 tot 11 (zie Figuur 84, Bijlage 11), de schaal maakt het interpreteren van de resultaten ook eenvoudiger. Er zijn negen items nodig om de Functional Hierarchy Scale te berekenen. De vier ADL's (hygiëne, toiletgebruik, voortbeweging en eten) vormen samen ook de hiërarchische ADL-schaal. Deze vier items omvatten een brede waaier aan activiteiten, waaronder enerzijds activiteiten waarbij veel mensen vaak slechts in uiterste nood hulp willen (zoals ondersteuning bij persoonlijke hygiëne of toiletbezoek) en anderzijds ook activiteiten waarvan de persoon de capaciteit om ze uit te voeren het langst behoudt, zoals bijvoorbeeld eten. ADL-functies die in een eerder stadium verminderen (bijvoorbeeld persoonlijke hygiëne) krijgen hier een lagere score dan ADL-functies die langer behouden blijven (bijvoorbeeld eten). De schaal meet dus de mate van ADL-afhankelijkheid. Een hoge score geeft met grote zekerheid aan dat de cliënt meer hulpbehoevend is dan wanneer de score lager zou zijn.

Het merendeel van de respondenten in onze steekproef (63%) heeft een score van 3 of hoger op de ADL hierarchy scale (zie Figuur 27). De grootste groep respondenten (31%) scoort een drie op de ADL hierarchy scale. Dit wil zeggen dat uitgebreide hulp vereist is bij de activiteiten 'persoonlijke hygiëne' en 'toiletgebruik' en men maximaal beperkte hulp scoort op activiteiten die betrekking hebben op 'eten' en 'zich verplaatsen'. Vervolgens neemt het aantal respondenten met een score van 3 of meer stelselmatig af. De grootste hulpbehoevendheid, een score 6, komt voor bij 5% van de respondenten. 38% scoort dus een nul, één of twee. Een score nul duidt op volledige zelfstandigheid voor alle ADL-activiteiten (hygiëne, toiletgebruik, voortbeweging en eten). Dit is het geval voor 18% van de respondenten in de steekproef. 4% scoort een twee op de schaal en 15% een één, wat wijst op lage hulpbehoevendheid.



Figuur 27 Verdeling ADL Hierarchy Scale en de IADL Hierarchical Capacity Scale

De overige vijf van de negen items die nodig zijn om de Functional Hierarchy Scale te berekenen, zijn IADL-items: maaltijdbereiding, huishoudelijk werk, boodschappen doen, financieel beheer en geneesmiddelenbeheer. Ook deze items vormen samen een schaal, de IADL hierarchical capacity scale. Deze set van IADL<sup>26</sup>- items werd weerhouden omdat het enerzijds items zijn die taken weergeven waarvoor het gebruik van verschillende capaciteiten - zowel fysiek als cognitief - nodig zijn om ze uit te voeren en anderzijds zijn het items die op verschillende locaties plaatsvinden, zowel binnens- als buitenshuis. Ook deze items geven ons informatie over het patroon van capaciteitsverlies bij IADL-items. Zoals te zien in Figuur 27 komen de hoogste IADL-scores het vaakst voor. 70% van de respondenten behaalt een score van 5 (afhankelijkheid bij de meeste IADL-items) of 6 (totale afhankelijkheid op alle IADL-items). Slechts 2% van de respondenten is totaal onafhankelijk (score 0) of heeft in beperkte mate moeite met één item (score 1). De overige 29% heeft een score tussen twee en vier. Zoals reeds aangehaald, stelt men eerst een vermindering in capaciteiten om IADL-taken uit te voeren vast alvorens men een daling ziet in het vermogen om ADL-activiteiten uit te voeren (Morris et al, 2013; Spector et al.,1987). Hier stellen we eveneens hogere scores vast bij de IADL Hierarchy Capacity Scale dan bij de ADL Hierarchy Scale. 70% van de respondenten behaalt een score van 5 of 6 IADL Hierarchy Capacity Scale, tegenover 15% op de ADL Hierarchy Scale.

Het algoritme dat wordt gebruikt om tot een score op de Functional Hierarchy Scale te komen vertrekt van de hiërarchische ADL-score. Zoals te zien in Tabel 43 wordt er bij een ADL-score groter of gelijk aan 3 niet naar de hiërarchische IADL-score gekeken (Vermeulen et al., 2015; Morris et al. 2013).

Tabel 43 Scoring regels Functional Hierarchy Scale – gebaseerd op ADL Hierarchy Scale (kolommen) en IADL Hierarchy Capacity Scale (rijen)

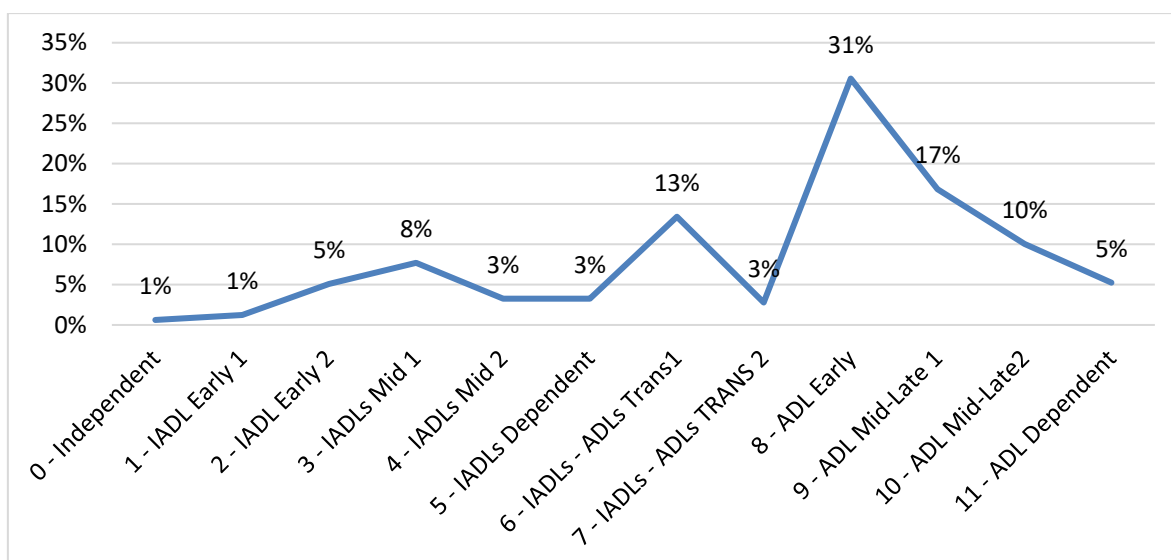
|          | H-ADL-0 | H-ADL- 1 | H-ADL- 2 | H-ADL- 3 | H-ADL- 4 | H-ADL- 5 | H-ADL- 6 |
|----------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| H-IADL-0 | 0       | 0        | 2        | 8        | 9        | 10       | 11       |
| H-IADL-1 | 1       | 1        | 2        | 8        | 9        | 10       | 11       |
| H-IADL-2 | 2       | 2        | 6        | 8        | 9        | 10       | 11       |
| H-IADL-3 | 3       | 5        | 6        | 8        | 9        | 10       | 11       |
| H-IADL-4 | 3       | 5        | 6        | 8        | 9        | 10       | 11       |
| H-IADL-5 | 4       | 5        | 6        | 8        | 9        | 10       | 11       |
| H-IADL-6 | 5       | 7        | 7        | 8        | 9        | 10       | 11       |

Bron: Morris et al. (2013)

Dit wil dus zeggen dat enkel voor een score op de ADL Hierarchy Scale tussen nul en twee de IADL Hierarchy Capacity Scale gehanteerd wordt om een score op de Functional Hierarchy Scale te bepalen. Dit is in onze steekproef het geval voor 237 respondenten, wat overeenkomt met net geen 37%.

In Figuur 28 is te zien dat 63% van de respondenten een score van 8 of meer heeft. Zoals reeds aangehaald en te zien in Tabel 38 wordt er na een score 8 niet meer naar de hiërarchische IADL-score gekeken. De score op de ADL Hierarchy Scale wordt hier doorslaggevend. Van alle scores komt een score '8 – ADL Early' het vaakst voor. Dit is het geval voor bijna één op drie respondenten. Van de overige 8 mogelijke scores tussen 0 en 7 komt een score '6 – IADLs – ADLs Trans1' het vaakst voor, vervolgens een score '3 – IADLs Mid 1' en tot slot een score '2 – IADL Early 2'. De andere scores komen voor bij minder dan 3% van de respondenten.

<sup>26</sup> Enkel de score op mogelijkheden en niet op uitvoering worden mee opgenomen.



Figuur 28 Verdeling Functional Hierarchy Scale

Een score 8 wijst op beginnende ADL-problemen. Een zorgbehoevende persoon met een score 8 kan ook IADL-problemen hebben, maar een score op de IADL Hierarchy capacity Scale heeft geen verdere impact op de Functional Hierarchy Scale. We zien in de steekproef dat 63% van de respondenten in de steekproef een score van 8 of meer behalen. Aan de hand van de Receiver Operating Characteristic (ROC)-analyse gaan we na of een score 8 op de Functional Hierarchy Scale een mogelijk afkappunt kan zijn op de BelRAI Screener.

Alvorens een ROC-analyse te kunnen uitvoeren om na te gaan of een score 8 op de Functional Hierarchy Scale een goed afkappunt is, dienen we een nieuwe variabele (sFUNH\_1) aan te maken waarbij we een score van 0 tot 7,99 op de Functional Hierarchy Scale hercoderen naar score 0 en een score van 8 tot 11 naar 1. Een ROC-analyse kan immers enkel met een dichotome variabele<sup>27</sup> gebeuren. Zoals reeds blijkt uit Figuur 28 geeft Tabel 44 aan dat net geen tweede derde van de respondenten een score 1 krijgt bij de hercodering. 37% van de respondenten scoort 0 en heeft dus een score die lager of gelijk is aan 7,99.

Tabel 44 Frequentietabel nieuwe variabele sFUNH\_1

|         | Frequentie | Percentage |
|---------|------------|------------|
| Score 0 | 242        | 37,3%      |
| Score 1 | 406        | 62,7%      |
| Totaal  | 648        | 100%       |

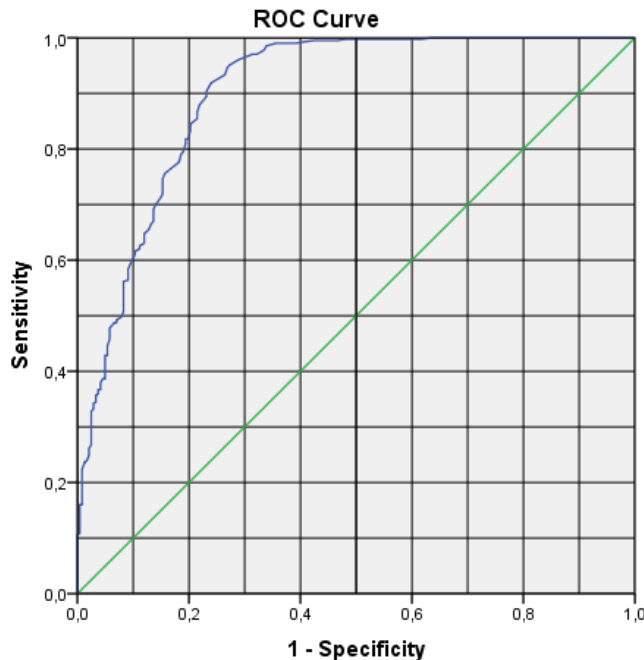
De output van een ROC-analyse bestaat onder meer uit een ROC-curve. Deze grafiek geeft voor alle mogelijke afkapwaarden de sensitiviteit<sup>28</sup> van de test weer op de y-as en op de x-as de 1 - specificiteit<sup>29</sup> (zie Figuur 29). De gevoeligheid van de test (sensitiviteit) wordt uitgedrukt in functie van hoe specifiek de test is (1 - specificiteit). Naast deze curve loopt er ook een rechte door de grafiek van de linker onder- tot de rechter bovenhoek (de groene lijn). Het uiterste punt linksonder op de curve wijst op een sensitiviteit van 0% en een specificiteit van 100%. Het uiterste punt rechtsboven wijst dan weer op een

<sup>27</sup> Dit is een variabele die twee waarden kent, bijvoorbeeld 0 en 1.

<sup>28</sup> Sensitiviteit is een maat voor de "gevoeligheid" van de test, (terecht-positieven)

<sup>29</sup> Specificiteit bepaalt hoe "specifiek" de test is; vals-positieven

sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 0%. Om een correct afkappunt te bepalen is de onderlinge relatie tussen sensitiviteit, specificiteit en het afkappunt van belang.



Figuur 29 ROC-Curve afkappunt score 8 op Functional Hierarchy Scale

Sensitiviteit betekent dus de mate waarin we personen identificeren die recht hebben op basis van hun zorgnood. Specificiteit heeft betrekking op de waarschijnlijkheid van het correct identificeren van personen die geen recht hebben. Het doel is dat iedereen die recht heeft op basis van zorgbehoefte, zeker aanspraak kan maken op een uitkering (terecht-positieven) en dat het aantal vals-positieven zo laag mogelijk is. Bij de totstandkoming van een screeningstest is het dus belangrijk dat de sensitiviteit voldoende hoog ligt: een sensitiviteit die hoger of gelijk is aan 0,80. Zo verkleint de kans dat personen die wel recht hebben op een uitkering niet geïdentificeerd worden. Normaliter wordt bij het toepassen van de ROC-analyses een externe variabele gebruikt om het voorgestelde afkappunten te testen. Dit is hier niet het geval. We gebruiken variabelen van de BelRAI Screener om afkappunten te testen. Het gebruik van een ROC-analyse zonder externe 'gouden standaard' is onorthodox, maar methodologisch niet verkeerd. Een ROC-analyse is 'onverschillig' tegenover de aard van het criterium. We moeten er wel rekening mee houden dat door het gebruik van BelRAI Screener variabelen, de berekende Area under Curve-waardes sowieso hoger zijn. De meest optimale afkapwaarde ligt in de linkerbovenhoek van de ROC-curve waar er een hoge proportie terecht-positieven zijn en een lage proportie fout-positieven (Zweig & Campbell, 1993; Pepe, 2013). Ter validatie van het afkappunt kan ook de Youden-index gebruikt worden in een ROC-analyse (Schisterman et al., 2005). Hoe meer de curve zich in de linkerbovenhoek bevindt, hoe meer combinaties er zijn van hoge sensitiviteit en hoge specificiteit. Daarom kijken we ook naar de oppervlakte onder de curve, ook wel benoemd als 'Area under the Curve' (AUC). Deze maat geeft de predictieve validiteit van het instrument weer. De Area under the Curve-waarden kunnen variëren van 0,50 tot 1,0. Daarbij staat een waarde 0,50 voor toeval en 1,0 voor een perfecte voorspelling (Burger & Holtman, 2016). Waarden hiertussen verklaren we als volgt: 0,90-1 = Uitstekende voorspeller; 0,80-0,90 = Zeer goede voorspeller; 0,70-0,80 = Goede voorspeller; 0,60-0,70 = Weinig voorspellend; 0,50-0,60 = Onbruikbaar. De Area under the Curve - waarde van 0,901 (zie Tabel 45) voor afkappunt 8 op de Functional Hierarchy Scale wijst op een uitstekende predictieve validiteit.

Deze hoge predictieve validiteit is niet onlogisch aangezien we het afkappunt bepalen op basis van items die reeds een onderdeel vormen van de BelRAI Screener.

Tabel 45 Area Under the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale

| Test Result Variable(s): | Eind score BelRAI Screener |                              |                                    |             |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------|
| Area                     | Std. Error <sup>a</sup>    | Asymptotic Sig. <sup>b</sup> | Asymptotic 95% Confidence Interval |             |
|                          |                            |                              | Lower Bound                        | Upper Bound |
| ,901                     | ,013                       | ,000                         | ,874                               | ,927        |

*The test result variable(s): Eindscore BelRAI Screener has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.*

*a. Under the nonparametric assumption*

*b. Null hypothesis: true area = 0.5*

Via Figuur 29 stellen we een sensitiviteit van rond 0,91 vast en een 1 - specificiteit van ongeveer 0,22. Tabel 67 (zie Bijlage 12) toont in detail de resultaten voor de sensitiviteit en specificiteit voor elke waarde van de BelRAI Screener. Hier zien we dat een sensitiviteit van 0,91 en een 1 - specificiteit van ongeveer 0,22 verbonden kunnen worden met een score op de BelRAI Screener tussen 6,850 en 6,950. Dit komt overeen met 6,85 (sensitiviteit van 0,919 en een specificiteit van 0,76), het afkappunt dat door de Youden index<sup>30</sup> als het optimale afkappunt wordt beschouwd. Het 'optimale afkappunt' ligt dus bij een score 7 op de Functional Hierarchy Scale. Een score 7 op de Functional Hierarchy Scale wijst op totale afhankelijkheid op voor alle IADL-activiteiten en ten minste toezicht bij een of meer ADL-functies. Toch kan het effectieve afkappunt ook 1 score hoger liggen. Dit wil zeggen een score 8 op de Functional Hierarchy Scale. Door dit te doen zorgen we ervoor dat de sensitiviteit weliswaar afneemt (tot op 0,80), maar nog steeds zeer aanvaardbaar is, terwijl de specificiteit toeneemt.

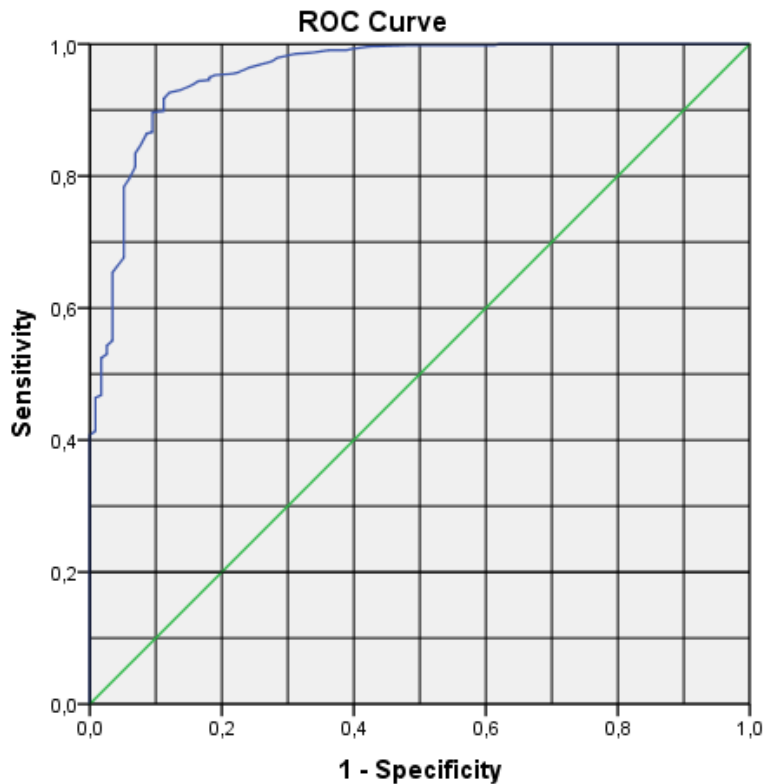
Een score 8 op de Functional Hierarchy Scale wijst op redelijke afhankelijkheid voor ADL-taken, namelijk een score 3 op de ADL Hierarchy Scale. Deze score geeft aan dat er minimaal 'uitgebreide hulp' nodig is bij activiteiten die we linken aan persoonlijke hygiëne en het toiletgebruik (en er is enige hulp vereist bij het eten en het zich verplaatsen) (Bron: <https://wiki.belrai.org>). Een score 7 of 8 als beginnend afkappunt zou te veel zorgbehoevende respondenten die nu het zorgbudget ontvangen een uitkering ontzeggen. Een 8 op de Functional Hierarchy Scale kan dus geen eerste afkappunt zijn. Wanneer we de overige punten bekijken op de Functional Hierarchy Scale zien we dat een combinatie van IADL als ADL zorgnoden leiden tot een score 5 of hoger op de Functional Hierarchy Scale. Personen die een score hebben lager dan 5, hebben weinig of geen nood aan ondersteuning bij ADL-activiteiten. Hun beginnende zorgnood situeert zich vooral op het vlak van IADL-activiteiten. Een score van minder dan 5 op de Functional Hierarchy Scale wijst dus op een beperkte beginnende zorgnood.

Ook voor een score 5 op de Functional Hierarchy Scale gaan we aan de hand van de ROC-analyse na of ook dit een optimaal afkappunt is zodat iedereen die recht heeft op basis van deze zorgbehoefte zeker aanspraak kan maken op een uitkering (terecht-positieven) en dat het aantal vals-positieven zo laag mogelijk is. Voor een score 5 op de Functional Hierarchy Scale leiden we uit Figuur 30 een sensitiviteit af van ongeveer 0,92 en een specificiteit van 0,11. In Tabel 68 (zie Bijlage 13) wijzen deze scores op een

<sup>30</sup> Youden index: optimale afkapwaarde bepalen van een test aan de hand van Formule Youden index:  $J = \text{sensitiviteit} + \text{specificiteit} - 1$

score tussen 5,3 en 5,5 op de BelRAI Screener. De Youden index duidt een score van 5,25 aan als het meest optimale afkappunt met een sensitiviteit van 0,927 en een specificiteit van 0,879.

Door voor een score 5 te kiezen, zorgen we ervoor dat de sensitiviteit van de test verhoogt. Hiervoor verliezen we aan specificiteit. We zorgen er zo wel voor dat personen met een zorgnood zeker toegang krijgen tot het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. Een Area under the Curve -waarde van 0,957 wijst op een uitstekende predictieve validiteit (zie Tabel 46).



Figuur 30 ROC-Curve afkappunt score 5 op Functional Hierarchy Scale

Tabel 46 Area Under the Curve, ROC-analyse score 5 op Functional Hierarchy Scale

| Test Result Variable(s): | Eind score BelRAI Screener |                              |                                    |             |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------|
| Area                     | Std. Error <sup>a</sup>    | Asymptotic Sig. <sup>b</sup> | Asymptotic 95% Confidence Interval |             |
|                          |                            |                              | Lower Bound                        | Upper Bound |
| ,957                     | ,010                       | ,000                         | ,937                               | ,977        |

*The test result variable(s): Eindscore BelRAI Screener has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.*

*a. Under the nonparametric assumption*

*b. Null hypothesis: true area = 0.5*

Zo komen we tot een eerste categorie. Een minimale score van 5 op de Functional Hierarchy Scale is nodig om aanspraak te maken op een zorgbudget voor zorgbehoevende ouderen. Personen met een score 8 op de Functional Hierarchy Scale vallen niet meer binnen deze eerste categorie.

Vermeulen et al. (2015) tonen met Vlaamse data van het project 'Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener' reeds aan dat de Functional Hierarchy Scale zinvol is voor de screening voor

een grote groep gebruikers in de thuiszorg maar wijst ons er ook op dat deze schaal niet zinvol is om te berekenen voor zwaardere zorgprofielen. Het antwoord op deelvraag 3 leert ons dat naast de modules IADL en ADL ook 'Module 5: Gedragsproblemen' een significante verklaringskracht heeft voor de bevroegde niet-medische kosten. Daarom maken we een nieuwe variabele. Deze variabele combineert de score op de Functional Hierarchy Scale - die zowel IADL- als ADL-activiteiten mee in rekening brengt - met de score op 'Module 5: Gedragsproblemen'. Via Tabel 47 stellen we vast dat 50% van alle scores boven een score 8 liggen. 5% van de respondenten scoort meer dan een 14 op de 17<sup>31</sup>.

Tabel 47 Percentielen som Functional Hierarchy Scale en Module 5: Gedragsproblemen

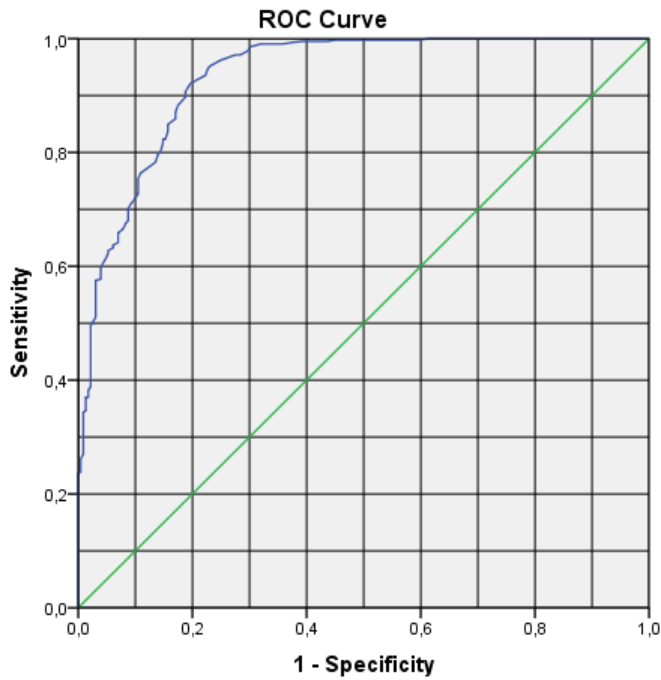
|                  |                             | 5   | 10  | 25  | 50  | 75   | 90   | 95   |
|------------------|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|
| Weighted Average | SomADL-IADL FUNCT en Gedrag | 2,0 | 3,0 | 6,0 | 8,0 | 10,0 | 12,0 | 14,0 |
| Tukey's Hinges   | SomADL-IADL FUNCT en Gedrag |     |     | 6,0 | 8,0 | 10,0 |      |      |

Ook voor deze score 8 gaan we na of dit een potentieel afkappunt kan zijn op de BelRAI Screener. De variabele 'Som ADL-IADL FUNCT en Gedrag' wordt gehercodeerd. Scores op deze variabele van 0 tot 7,99 krijgen een score 0, scores van 8 en hoger krijgen een score 1. Twee derden van de respondenten scoort 1 (Tabel 48). Vervolgens lezen we in Figuur 31 een sensitiviteit af van ongeveer 0,93 en een specificiteit van 0,20. In Tabel 69 (zie Bijlage 14) wijzen deze scores op een score tussen 6,750 en 6,850 op de BelRAI Screener. De Youden index wijst als optimaal afkappunt 6,85 (sensitiviteit van 0,921 en specificiteit van 0,197) aan. Het 'optimale afkappunt' ligt dus bij een score 7. Toch zetten we voor de zekerheid het effectieve afkappunt 1 afkappunt hoger. Dit wil zeggen een score 8 op de BelRAI Screener. Door dit te doen zorgen we ervoor dat de sensitiviteit afneemt (tot op 0,80) maar de specificiteit neemt toe - zodat het aantal fout-positieve daalt. Net zoals bij de vorige ROC-analyses, stellen we hier een Area under the Curve-waarde vast die hoger is dan 0,90 (zie Tabel 49).

Tabel 48 Frequentietabel nieuwe variabele sFUNH\_1

|         | Frequentie |
|---------|------------|
| Score 0 | 229        |
| Score 1 | 419        |
| Totaal  | 648        |

<sup>31</sup> Schaal Functional Hierarchy Scale van 0 tot 11. Schaal Module 5: Gedragsproblemen van 0 tot 6.



Figuur 31 ROC-Curve afkappunt score 8 Som ADL-IADL FUNCT en Gedrag

Tabel 49 Area Under the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale en Module 5 Gedragsproblemen

| Test Result Variable(s): | Eind score BelRAI Screener |                              |                                    |             |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------|
| Area                     | Std. Error <sup>a</sup>    | Asymptotic Sig. <sup>b</sup> | Asymptotic 95% Confidence Interval |             |
|                          |                            |                              | Lower Bound                        | Upper Bound |
| ,933                     | ,010                       | ,000                         | ,913                               | ,953        |

*The test result variable(s): Eindscore BelRAI Screener has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.*

*a. Under the nonparametric assumption*

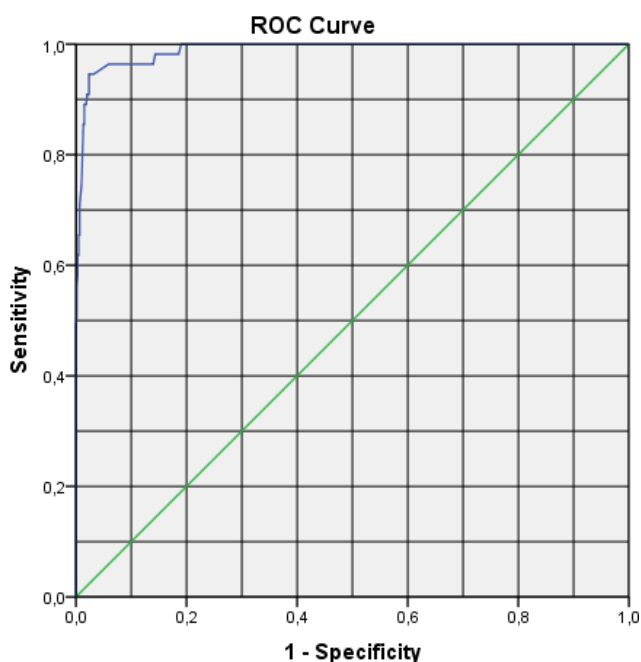
*b. Null hypothesis: true area = 0.5*

Zoals reeds aangegeven is een volledige BelRAI-beoordeling enkel nodig indien er sprake is van complexe zorg en er bij die zorg verschillende zorgverleners betrokken zijn. Eerder onderzoek van Vermeulen et al. (2016) bepaalde reeds dat een volledige BelRAI beoordeling nodig is bij een totaalscore op de BelRAI Screener van 13 punten waarbij minstens 5 punten behaald worden door de som van de modules cognitie, psychische problemen en/of gedragsproblemen. Ook analyses op data uit het proefproject BelRAI Screener in Dendermonde wijst uit dat een minstens 13/30 in totaal en minstens 5/18 als som bij de modules cognitie, psychische problemen en gedragsproblemen, duidt op een zeer zware zorgnood (eigen analyses). Voor onze steekproef zou een volledige BelRAI-beoordeling zinvol zijn voor 175 respondenten (cf. supra). Wanneer we dit afkappunt<sup>32</sup> controleren via een ROC-analyse stellen we een Area under the Curve-waarde vast van 1,0. Dit staat voor een perfecte voorspelling. Alle respondenten met een zeer zware zorgnood worden geïdentificeerd zonder fout-positieven met dit afkappunt.

<sup>32</sup> Totaalscore op de BelRAI Screener van 13 punten en minstens 5 punten scoort op de som van de modules cognitie, psychische problemen en/of gedragsproblemen



Vervolgens controleren we de score 13 op de BelRAI Screener als potentieel afkappunt. Een 13 is één van de twee mogelijke afkappunten om recht te hebben op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Via een ROC-analyse stellen we allereerst vast dat slechts een beperkt aantal respondenten positief testen, namelijk slechts 55 van 648. Vervolgens zien we een Area under the Curve-waarde van 0,989. Dit is een zeer hoge waarde (zeer dicht bij 1) wat duidt op een uitstekende - bijna perfecte - voorspelling. Tot slot zien we via Figuur 32 een sensitiviteit van ongeveer 0,96 en een 1- specificiteit van minder dan 0,1. Wanneer we deze scores van sensitiviteit en 1- specificiteit opzoeken in Tabel 70 (zie Bijlage 15) komen uit bij een score van 17,7 op de BelRAI Screener. Een exacte berekening met de Youden Index wijst een score aan van 18,85 op de BelRAI Screener als meest optimaal afkappunt met een sensitiviteit van 0,945 en een 1-specificiteit van 0,024. Dit is veel hoger dan de vooropgestelde 13. Een zeer hoge sensitiviteit wijst dus op grote gevoeligheid van de test voor de onderzochte respondenten. Met een sensitiviteit van 1 bij een score 13 op de BelRAI Screener ligt de kans zeer hoog dat iemand die daadwerkelijk een zorgnood heeft, een positieve testuitslag heeft. Er zijn dus weinig vals-negatieve uitslagen.



Figuur 32 ROC-Curve afkappunt score 13 op BelRAI Screener

Tabel 50 Area Under the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale en Module 5 Gedragsproblemen

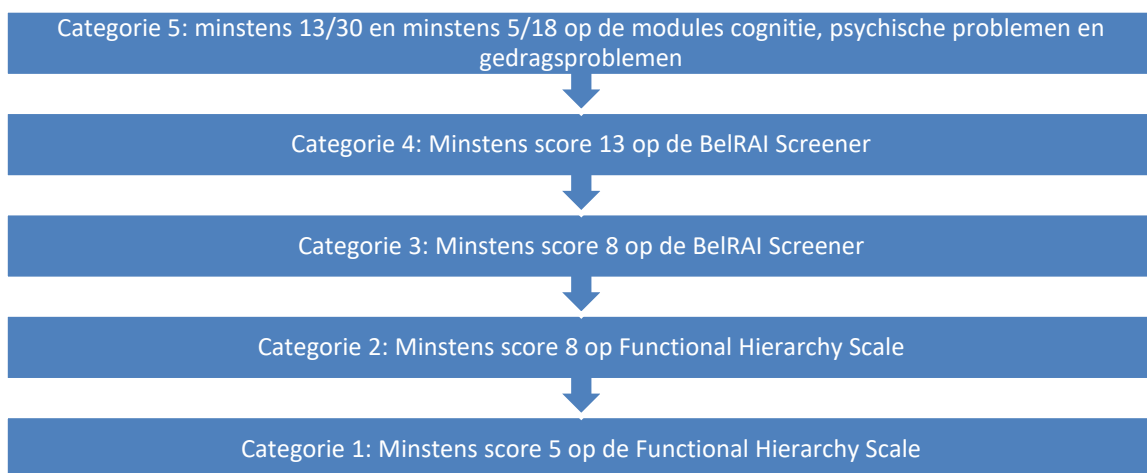
| Test Result Variable(s): | Eind score BelRAI Screener |                              |                                    |             |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------|
| Area                     | Std. Error <sup>a</sup>    | Asymptotic Sig. <sup>b</sup> | Asymptotic 95% Confidence Interval |             |
|                          |                            |                              | Lower Bound                        | Upper Bound |
| ,989                     | ,005                       | ,000                         | ,980                               | ,998        |

*The test result variable(s): Eindscore BelRAI Screener has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.*

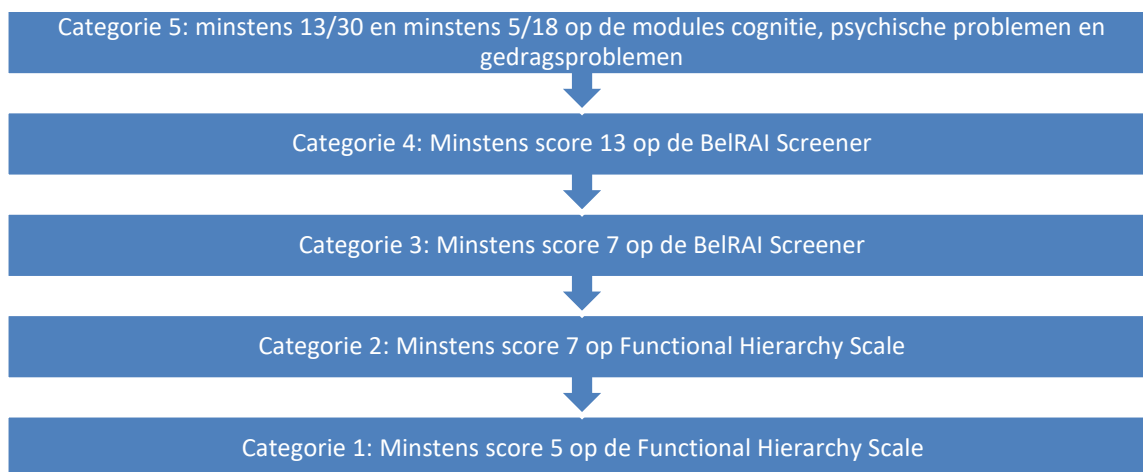
*a. Under the nonparametric assumption*

*b. Null hypothesis: true area = 0.5*

De huidige regelgeving rond het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevende ouderen voorziet vijf categorieën. Aan elke van deze vijf categorieën is een bepaald bedrag gelinkt. Hoe hoger de zorgnood van de zorgbehoevende oudere, hoe hoger de categorie waartoe hij of zij behoort. Ook in de toekomst zullen personen met een hogere zorgnood recht hebben op een hogere tegemoetkoming voor hun verminderde zelfredzaamheid. Op basis van bovenstaande analyse linken we de hoogste zorgnood aan de hoogste categorie. Dit wil zeggen dat een persoon met een score van minstens een 13 op 30 op de BelRAI Screener in combinatie met minstens een 5 op 18 op de modules cognitie, psychische problemen en gedragsproblemen recht heeft op een tegemoetkoming die gelinkt is aan categorie 5. We kwamen reeds eerder tot de conclusie dat deze score duidt op een zeer zware zorgnood. Aan categorie 4 linken we vervolgens een score van 13 op de BelRAI Screener. Minstens een score 7 of 8 op de BelRAI Screener zal nodig zijn om aanspraak te maken op de tegemoetkoming verbonden met categorie 3. Tot slot kijken we voor de twee laagste categorieën naar de score op de Functional Hierarchy Scale. Deze schaal geeft op een betrouwbare manier een indicatie van het verlies van ADL- en IADL-capaciteiten van de zorgbehoevende ouderen aan de hand van een score van 0 tot 11 (zie Figuur 84, Bijlage 11). Bij een score van 7 of 8 op de Functional Hierarchy Scale maakt de zorgbehoevende aanspraak op een tegemoetkoming gelinkt aan categorie 2. Het verschil tussen een score 7 en 8 zit er in de mate dat men nog in staat is om ADL-activiteiten uit te voeren. Een score 7 linken we aan een score 1 of twee op ADL Hierarchy Scale. Terwijl een score 8 enkel mogelijk is vanaf een score 3 op de ADL Hierarchy Scale. Deze score geeft aan dat er minimaal ‘uitgebreide hulp’ nodig is bij activiteiten die we linken aan persoonlijke hygiëne en het toiletgebruik (en er is enige hulp vereist bij het eten en het zich verplaatsen). Voor een score 7 moet men dus minder zorgbehoevend zijn. Bij een zorgnood lager dan een 7 (IADLs - ADLs Trans 2) of een 8 (8 – ADL Early) op de Functional Hierarchy Scale kan men enkel aanspraak maken op een tegemoetkoming – gelinkt aan categorie 1 – indien er minstens een 5 (IADLs Dependent) gescoord wordt op deze schaal. Een score minder dan 5 wijst op een zeer beperkte zorgnood (cf. supra) en geeft geen recht op een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. Uiteindelijk komen we dus tot twee scenario’s zoals te zien in Figuur 33 en Figuur 34.



Figuur 33 Categorieën zorgbudget voor zorgbehoevende ouderen gelinkt aan items op BelRAI Screener - Scenario 1



Figuur 34 Categorieën zorgbudget voor zorgbehoevende ouderen gelinkt aan items op BelRAI Screener- Scenario 2

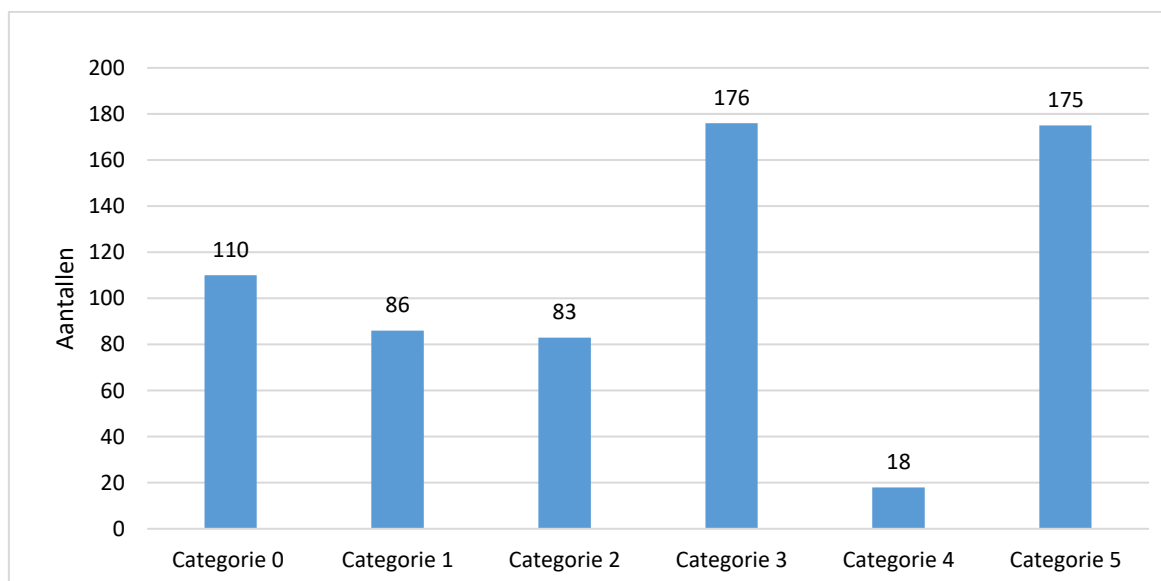
## 4 Impact van nieuwe afkappunten

### 4.1 Vergelijking met de afkappunten op basis van de medisch-sociale schaal

Aan de hand van bovenstaande informatie kunnen we alle respondenten in de steekproef toewijzen aan één van de categorieën op basis van hun score op de BelRAI Screener. Dit doen we voor beide scenario's.

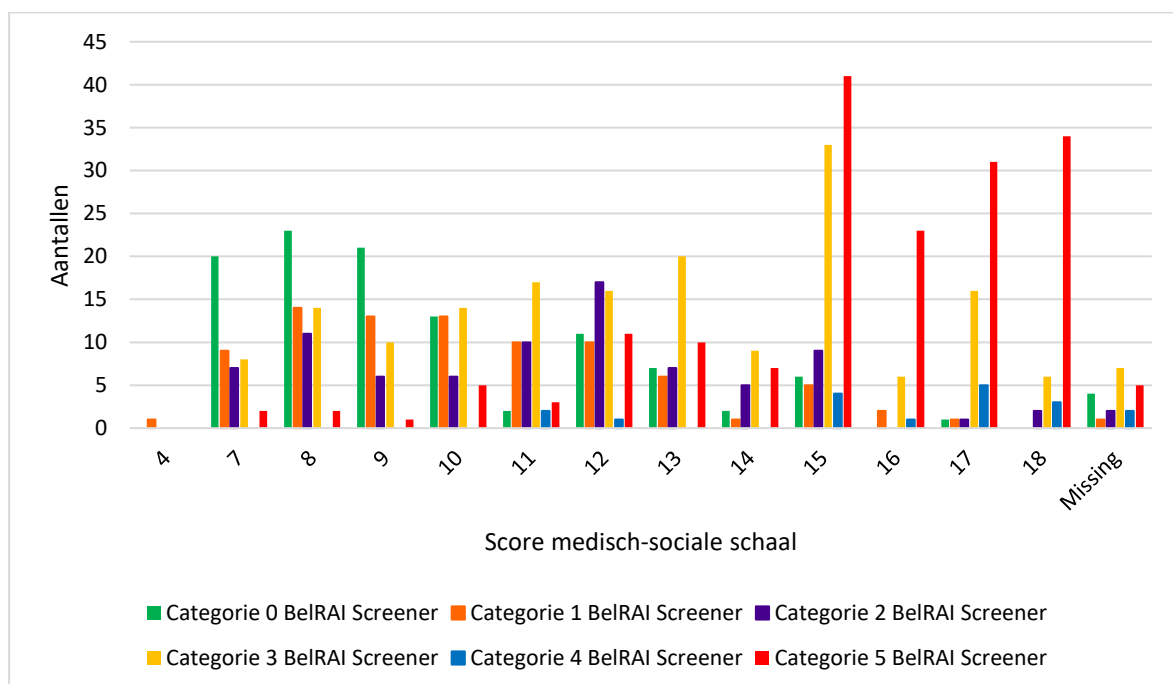
#### 4.1.1 Scenario 1

In Figuur 35 valt allereerst op dat slechts een zeer klein aantal respondenten zich in categorie 4 bevindt en dat een groep respondenten (17%) in de toekomst op basis van zijn of haar score op de BelRAI Screener geen aanspraak meer kan maken op een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (cf. infra). Daarnaast vinden we een grote groep respondenten (27%) terug in categorie 5.



Figuur 35 Verdeling respondenten in steekproef over categorieën op basis van score op BelRAI Screener - scenario 1

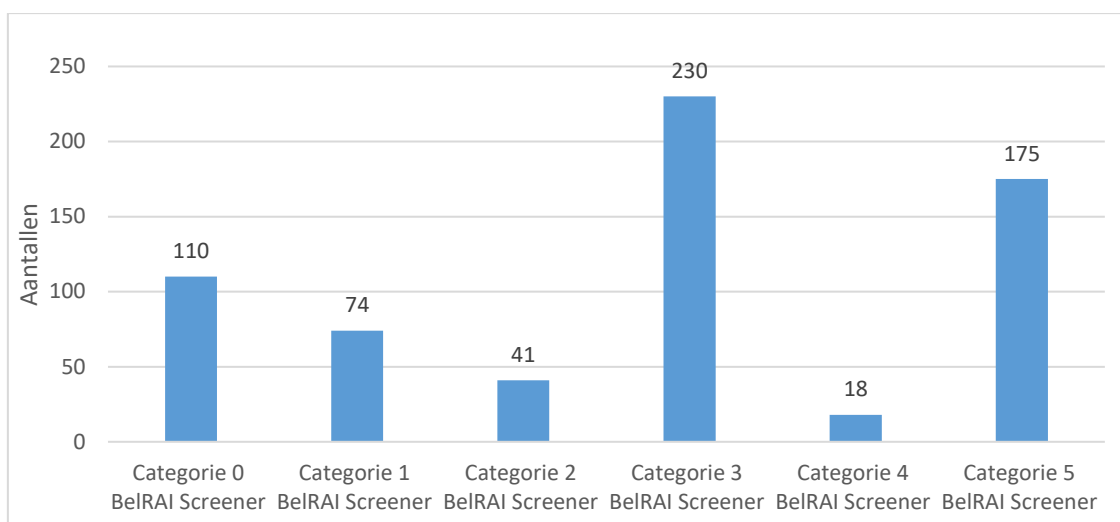
Vervolgens gaan we na welke scores op de medisch-sociale schaal we binnen elke categorie op basis van BelRAI terugvinden. Via Figuur 36 stellen we vast dat de verschillende kleuren - die elke een categorie weergeven - voorkomen bij bijna alle scores op de medisch-sociale schaal. Toch zien we een zeker patroon. De groene staven (categorie 0) zijn het hoogst bij lage scores op de medisch-sociale schaal: scores tussen 7 en 10. Deze groene staven komen ook voor bij middelhoge scores: scores tussen 12 en 15; en in beperktere mate bij de hoogste scores op de medisch-sociale schaal. Hetzelfde zien we bij categorie 1 (de oranje staven) en categorie 2 (de paarse staven). Deze kleuren komen eveneens het vaakst voor bij de lage en middelhoge scores op de medisch-sociale schaal. Het tegenovergestelde vinden we terug bij categorie 5. De rode staven (categorie 5) zijn het hoogst bij de hoogste scores op de medisch-sociale schaal: scores tussen 15 en 18. Bij de laagste scores vinden we in beperktere mate de rode staven terug. Categorie 3 (geel) vinden we terug bij alle scores op de medisch-sociale schaal. Tot slot is er nog categorie 4 (blauw). Deze kleur komt enkel bij een score op de medisch-sociale schaal van 11, 12, 15, 17 en 18 voor.



Figuur 36 Frequentie medisch-sociale schaal over nieuwe categorieën op basis van BelRAI Screener - scenario 1

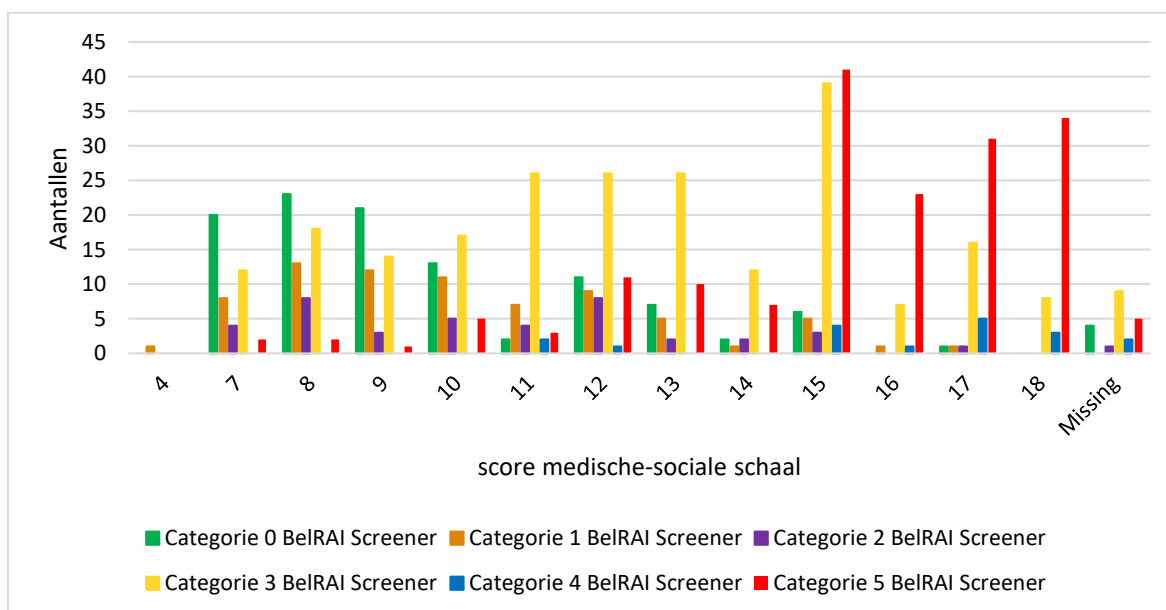
#### 4.1.2 Scenario 2

Het verschil tussen scenario 1 en 2 situeert zich op het afkappunt voor categorie 2 en 3. In plaats van een score 8 op de op de Functional Hierarchy Scale voor categorie 2 en een score 8 op de BelRAI Screener voor categorie 3 start dit scenario telkens van een score 7 zowel voor de Functional Hierarchy Scale als voor de BelRAI Screener (zie Figuur 37). Voor deze steekproef komt dit tweede scenario neer op een toename van respondenten in categorie 3 en een afname van respondenten in zowel categorie 1 als 2. De overige categorieën blijven ongewijzigd.



Figuur 37 Verdeling respondenten in steekproef over categorieën op basis van score op BelRAI Screener - scenario 2

Scenario 2 wijst dus meer respondenten toe aan categorie 3 BelRAI Screener (gele staven, zie Figuur 38). Op de medisch-sociale schaal linken we deze toename binnen categorie 3 BelRAI Screener het duidelijkst aan een toename van het aantal respondenten met een score 11 tot en met 15 op de medisch-sociale schaal. Voor de categorieën waarin zich minder respondenten bevinden (categorie 1 en 2 BelRAI Screener) zien we voor categorie 1 BelRAI Screener (oranje staven) vooral een afname op de score 10 tot en met 13 op de medisch-sociale schaal. De afname bij categorie 2 BelRAI Screener situeert zich op de scores 11 tot en met 15 op de medisch-sociale schaal.



Figuur 38 Frequentie medisch-sociale schaal over nieuwe categorieën op basis van BelRAI Screener - scenario 2

## 4.2 Geen recht meer op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood

Het aantal respondenten dat niet langer recht heeft op een tegemoetkoming blijft in scenario 1 en 2 ongewijzigd. Om een beter zicht te krijgen op de groep respondenten die geen recht meer zouden hebben op een tegemoetkoming, bekijken we allereerst hun zorgbehoefte op basis van de BelRAI Screener om vervolgens een inschatting te maken van het budget dat men verliest (op basis van de score op de medisch-sociale schaal). Bij een score lager dan 5 op de Functional Hierarchy Scale zou men niet langer recht hebben op een tegemoetkoming. Dit wil dus zeggen dat men een score van 0, 1, 2, 3 of 4 heeft op de Functional Hierarchy Scale in combinatie met een totaalscore op de BelRAI Screener lager dan 8.

Tabel 51 Gemiddelde, minimale en maximale score BelRAI Screener voor score op Functional Hierarchy Scale van 0 tot en met 4.

|                                  | Functional Hierarchy Scale |         |         |         |         |
|----------------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
|                                  | Score 0                    | Score 1 | Score 2 | Score 3 | Score 4 |
| Gemiddelde score BelRAI Screener | 0,18                       | 1,51    | 3,73    | 4,23    | 4,63    |
| Minimum score BelRAI Screener    | 0                          | 0,60    | 0,70    | 1,30    | 3,00    |
| Maximum score BelRAI Screener    | 0,70                       | 3,80    | 5,10    | 6,30    | 6,90    |

Tabel 51 geeft voor elke score op de Functional Hierarchy Scale die geen recht geeft op een tegemoetkoming de gemiddelde, minimale en maximale score op de BelRAI Screener weer. Zoals te verwachten nemen de (gemiddelde, minimale en maximale) scores toe naar mate de score op de Functional Hierarchy Scale toeneemt. Toch zijn de gemiddelde BelRAI scores eerder laag met een gemiddelde van 4,63 als hoogste gemiddelde score bij een score 4 op de Functional Hierarchy Scale. Bij de maximum scores zien we dat vanaf een score 2 op Functional Hierarchy Scale de totaalscores op de BelRAI Screener groter zijn dan 5. De hogere maximale scores geven ons nog geen inzicht in de samenstelling van deze scores, en welke modules een impact hebben op deze scores. Aan de hand van Tabel 52 gaan we voor elke module na wat de scores zijn op de Functional Hierarchy Scale. We zien vooral maximum scores van 3 of meer terugkomen bij 'Module 1: IADL' en 'Module 3: Cognitieve problemen'. Bij de overige modules zijn de gemiddelde scores zeer laag, de minimum scores nul en de maximum scores kleiner of gelijk aan twee. De zorgnoden situeren zich voor deze groep dus vooral op 'Module 1: IADL' en 'Module 3: Cognitieve problemen'.

Tabel 52 Gemiddelde, minimale en maximale score per module BeIRAI Screener voor score op Functional Hierarchy Scale van 0 tot en met 4

|                                      |                        | Score Functional Hierarchy Scale |                               |                                 |                                |                                |
|--------------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|                                      |                        | Score 0<br>Independent<br>(4)    | Score 1<br>ADL Early 1<br>(8) | Score 2<br>IADL Early 2<br>(33) | Score 3<br>IADLs Mid 1<br>(45) | Score 4<br>IADLs Mid 2<br>(20) |
| Module 1:<br>IADL                    | Gemiddelde score       | 0,17                             | 0,85                          | 1,48                            | 2,78                           | 3,88                           |
|                                      | Minimum score          |                                  | 0,25 (3)                      | 0,50 (1)                        | 1,25 (1)                       | 2,81 (1)                       |
|                                      | Maximum score (aantal) | 0,70 (1)                         | 1,88 (1)                      | 2,43 (1)                        | 3,81 (1)                       | 5,25 (1)                       |
| Module 2:<br>ADL                     | Gemiddelde score       |                                  |                               | 0,15                            |                                |                                |
|                                      | Minimum score          |                                  |                               |                                 |                                |                                |
|                                      | Maximum score          |                                  |                               | 2,00 (2)                        |                                |                                |
| Module 3:<br>Cognitieve<br>problemen | Gemiddelde score       |                                  | 0,50                          | 0,36                            | 0,37                           | 0,65                           |
|                                      | Minimum score          |                                  | 1,00 (1)                      |                                 |                                |                                |
|                                      | Maximum score          |                                  | 3,00 (1)                      | 2,00 (4)                        | 3,00 (1)                       | 4,00 (1)                       |
| Module 4:<br>Psychische<br>problemen | Gemiddelde score       |                                  |                               | 0,05                            | 0,26                           | 0,08                           |
|                                      | Minimum score          |                                  |                               |                                 |                                |                                |
|                                      | Maximum score          |                                  |                               | 1,50 (1)                        | 1,50 (8)                       | 1,50 (1)                       |
| Module 5:<br>Gedrags-<br>problemen   | Gemiddelde score       |                                  | 0,13                          |                                 | 0,11                           |                                |
|                                      | Minimum score          |                                  |                               |                                 |                                |                                |
|                                      | Maximum score          |                                  | 1,00 (1)                      |                                 | 1,00 (5)                       |                                |
| Score ≤ 1                            |                        |                                  |                               |                                 |                                |                                |
| Score 1 < score ≤ 2                  |                        |                                  |                               |                                 |                                |                                |
| Score 2 < score ≤ 3                  |                        |                                  |                               |                                 |                                |                                |
| Score 3 < score ≤ 4                  |                        |                                  |                               |                                 |                                |                                |
| Score 5 < score 6                    |                        |                                  |                               |                                 |                                |                                |

Zoals te zien is in Tabel 52 komen de hoogste scores voor bij 'Module 1: IADL' en 'Module 3: Cognitieve problemen' en vinden we maar in zeer beperkte mate scores terug bij 'Module 2: ADL' en 'Module 5: Gedragsproblemen'. Via onderstaande Tabel 53 zien we wel dat 9 respondenten 1,5 scores op 'Module 4: Psychische problemen'. Opvallend is dat ondanks scores van 3 of meer op 'Module 3: Cognitieve problemen' er toch geen problemen worden vastgesteld bij ADL-activiteiten. Eerder onderzoek ging al dieper in op de link tussen cognitieve en functionele achteruitgang. Meer cognitieve achteruitgang gaat gepaard met een toenemende achteruitgang op functioneel vlak (IADL- en ADL-activiteiten) (Njegovan et al., 2001). Het is dus opvallend dat voor de scores van 3 of meer op 'Module 3: Cognitieve problemen' er enkel scores terug te vinden zijn bij 'Module 1: IADL' en niet bij 'Module 2: ADL'.

Tabel 53 Scores BelRAI Screener tussen 6,9 en 3,8 per module die geen recht meer hebben op een tegemoetkoming

| Module 1:<br>IADL | Module 2: ADL | Module 3:<br>Cognitieve<br>problemen | Module 4:<br>Psychische<br>problemen | Module 5:<br>Gedrags-<br>problemen | Totaalscore<br>BelRAI<br>Screener |
|-------------------|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 3,9375            |               | 3                                    |                                      |                                    | 6,9                               |
| 2,8125            |               | 4                                    |                                      |                                    | 6,8                               |
| 3,375             |               | 3                                    |                                      |                                    | 6,4                               |
| 2,8125            |               | 1                                    | 1,5                                  | 1                                  | 6,3                               |
| 3,6875            |               | 1                                    | 1,5                                  |                                    | 6,2                               |
| 2,25              |               | 2                                    | 1,5                                  |                                    | 5,8                               |
| 3,3125            |               |                                      | 1,5                                  | 1                                  | 5,8                               |
| 5,25              |               |                                      |                                      |                                    | 5,3                               |
| 3,6875            |               |                                      | 1,5                                  |                                    | 5,2                               |
| 3,1875            |               | 2                                    |                                      |                                    | 5,2                               |
| 2,125             |               | 3                                    |                                      |                                    | 5,1                               |
| 1,625             |               | 2                                    | 1,5                                  |                                    | 5,1                               |
| 5                 |               |                                      |                                      |                                    | 5                                 |
| 0,875             | 2             | 2                                    |                                      |                                    | 4,9                               |
| 4,875             |               |                                      |                                      |                                    | 4,9                               |
| 3,6875            |               | 1                                    |                                      |                                    | 4,7                               |
| 3,125             |               |                                      | 1,5                                  |                                    | 4,6                               |
| 2,5625            |               | 1                                    |                                      | 1                                  | 4,6                               |
| 2,5625            |               | 1                                    |                                      | 1                                  | 4,6                               |
| 0,5               | 2             | 2                                    |                                      |                                    | 4,5                               |
| 2,875             |               |                                      | 1,5                                  |                                    | 4,4                               |
| 4,375             |               |                                      |                                      |                                    | 4,4                               |
| 2,25              |               | 2                                    |                                      |                                    | 4,3                               |
| 4,25              |               |                                      |                                      |                                    | 4,3                               |
| 4,25              |               |                                      |                                      |                                    | 4,3                               |
| 3,25              |               | 1                                    |                                      |                                    | 4,3                               |
| 3,0625            |               |                                      |                                      | 1                                  | 4,1                               |
| 4                 |               |                                      |                                      |                                    | 4                                 |
| 4                 |               |                                      |                                      |                                    | 4                                 |
| 4                 |               |                                      |                                      |                                    | 4                                 |
| 2,4375            |               |                                      | 1,5                                  |                                    | 3,9                               |
| 2,875             |               | 1                                    |                                      |                                    | 3,9                               |
| 2,875             |               | 1                                    |                                      |                                    | 3,9                               |
| 3,8125            |               |                                      |                                      |                                    | 3,8                               |
| 0,75              |               | 3                                    |                                      |                                    | 3,8                               |
| 3,75              |               |                                      |                                      |                                    | 3,8                               |

Score ≤ 1

Score 1 &lt; score ≤ 2

Score 2 &lt; score ≤ 3

Score 3 &lt; score ≤ 4

Score 5 &lt; score 6



Tot slot gaan we na in welke categorieën deze respondenten zich bevinden op de medische-sociale schaal. Zo krijgen we zicht op het inkomensverlies dat deze personen ondervinden indien de nieuwe regeling van kracht wordt. We zien, in Tabel 54, dat naarmate we in een hogere de categorie op de medische-sociale schaal te rechtkomen, het aantal respondenten daalt. Een respondent verliest het maximale bedrag van €571 per maand. 7 respondenten verliezen € 465 per maand. 21 personen hebben niet langer recht op hun €395 per maand gelinkt aan categorie 3 op de medisch-sociale schaal. De laagste twee categorieën bevatten de meeste respondenten. Dit wil zeggen dat 26 personen €325 per maand verliezen en de grootste groep, 45 personen €85 per maand.

Tabel 54 Verdeling respondenten met een score op Functional Hierarchy Scale van 0 tot en met 4 over categorie medisch-sociale schaal

|                         | Aantal | Cat 1<br>MSS** | Cat 2<br>MSS | Cat 3<br>MSS | Cat 4<br>MSS | Cat 5<br>MSS |
|-------------------------|--------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Score 0 – Independent   | 4      | 3              | 1            | 0            | 0            | 0            |
| Score 1 – IADL Early 1  | 8      | 3              | 3            | 1            | 0            | 1            |
| Score 2 – IADL Early 2* | 32     | 18             | 11           | 3            | 0            | 0            |
| Score 3 – IADLs Mid 1   | 45     | 16             | 17           | 12           | 0            | 0            |
| Score 4 – IADLs Mid 2   | 20     | 5              | 4            | 5            | 6            | 0            |
| *Missing                | 1      |                |              |              |              |              |
| Totaal                  | 110    | 45             | 36           | 21           | 6            | 1            |

\*\* Medisch-sociale schaal

Voor de hoogste 2 categorieën op de medisch-sociale schaal bekijken we ook de scores op de deelmodules en de totaalscore op de BelRAI Screener. We stellen vast (Tabel 55) dat de hoogste twee categorieën allemaal - op twee na - enkel scoren op 'Module 1: IADL' en dat de hoogste totaalscore gelijk is aan 5,2. Hoge scores op de medisch-sociale schaal komen dus niet overeen met hogere scores op de BelRAI Screener. We kunnen dus niet zeggen dat deze respondenten een zware zorgbehoefte hebben zoals hun score op de medisch-sociale schaal aangeeft.

Tabel 55 Scores BelRAI Screener en deelmodules respondenten die uitkering verliezen en zich momenteel volgens medisch-sociale schaal in categorie 4 en 5 bevinden

| Module 1:<br>IADL | Module 2:<br>ADL | Module 3:<br>Cognitieve<br>problemen | Module 4:<br>Psychische<br>problemen | Module 5:<br>Gedrags-<br>problemen | Totaalscore<br>BelRAI<br>Screener | Functional<br>Hierarchy<br>Scale | Categorie op<br>basis van<br>medisch-<br>sociale schaal |
|-------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| 1,75              | 0                | 0                                    | 0                                    | 0                                  | 1,8                               | 1                                | 5   |
| 3,1875            | 0                | 2                                    | 0                                    | 0                                  | 5,2                               | 4                                | 4   |
| 5                 | 0                | 0                                    | 0                                    | 0                                  | 5                                 | 4                                | 4   |
| 4,875             | 0                | 0                                    | 0                                    | 0                                  | 4,9                               | 4                                | 4   |
| 4,375             | 0                | 0                                    | 0                                    | 0                                  | 4,4                               | 4                                | 4   |
| 3,75              | 0                | 0                                    | 0                                    | 0                                  | 3,8                               | 4                                | 4   |
| 3                 | 0                | 0                                    | 0                                    | 0                                  | 3                                 | 4                                | 4   |

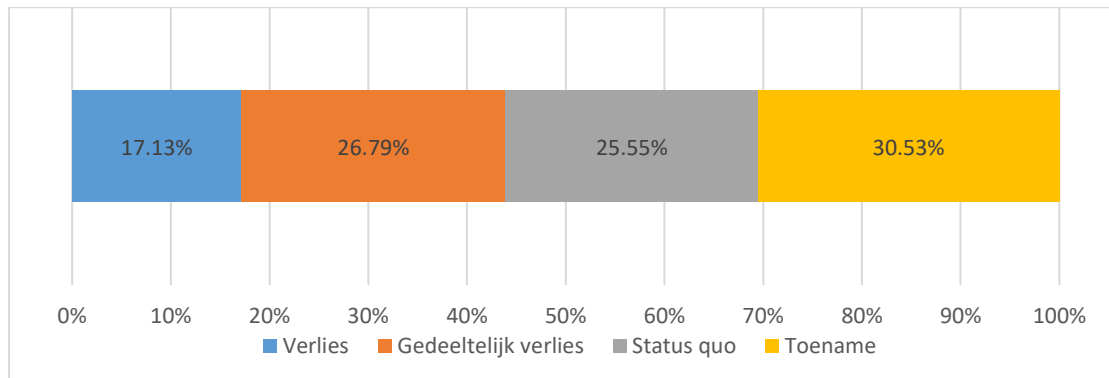
In dit onderzoek kunnen we enkel nagaan wie zou verliezen bij de invoering van de BelRAI Screener. Het is echter ook mogelijk dat er personen zijn die op basis van de Medisch Sociale Schaal geen recht zouden

hebben, maar bij gebruik van de BelRAI Screener wel. Met deze steekproef konden we dat evenwel niet onderzoeken.

### 4.3 Budgettaire impact voor respondenten

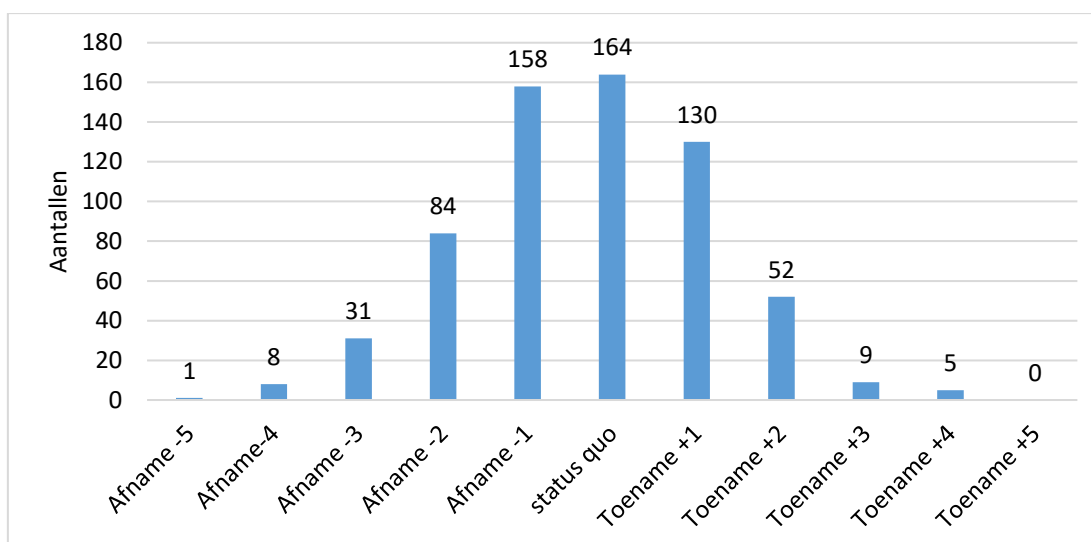
#### 4.3.1 Scenario 1

Naast de 110 personen – 17,13% van de respondenten in de steekproef - die geen recht meer zouden hebben op een tegemoetkoming zijn er nog 172 (26,79%) personen die een stukje van hun uitkering verliezen op basis van de nieuwe regeling (Zie Figuur 39).



Figuur 39 (Gedeeltelijke) verlies/status quo/toename van tegemoetkoming na toepassen van nieuwe categorieën op basis van BelRAI Screener (N = 642)

Voor de meeste respondenten die erop achteruitgaan, is dit verlies beperkt tot één of twee categorieën (zie Figuur 40). Voor één op vier van de respondenten in de steekproef verandert er niets. De hoogte van hun uitkering wijzigt niet, ongeacht het instrument waarmee de inschaling gebeurt. Dertig procent van de respondenten ziet zijn tegemoetkoming stijgen. Een inschaling op basis van de BelRAI Screener geeft voor hen een gunstigere uitkomst dan met de medisch-sociale schaal. Zoals te zien in Figuur 41 stijgen de meeste met 1 categorie, een kleinere groep met 2 categorieën en een zeer beperkte groep stijgt meer dan 3 categorieën. De schommelingen in de toename of daling in de categorieën lijkt eerder beperkt. Slechts een beperkte groep respondenten ziet een categorie met meer dan twee categorieën stijgen of dalen. Toch kan een stijging of daling met één categorie een aanzienlijke financiële impact hebben op de uiteindelijk uitgekeerde tegemoetkoming. Dit is het geval voor alle categorieën maar vooral bij de overgang van categorie 1 naar 2. Het verschil is namelijk €240 per maand.



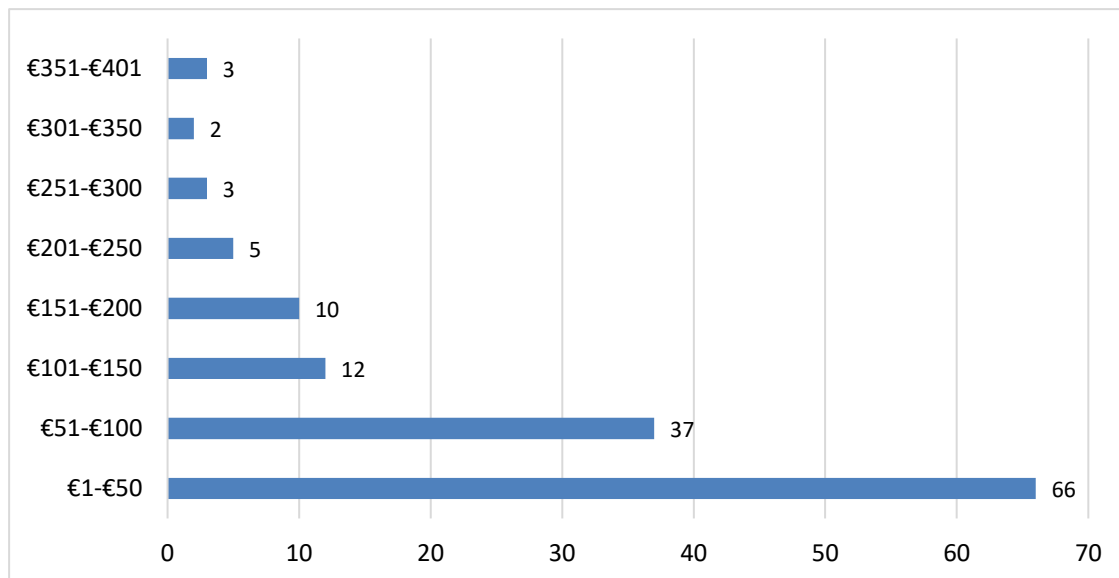
Figuur 40 Aantal categorieën waar tegemoetkoming toeneemt of afneemt na invoering nieuwe regeling ten opzichte van oudere regeling op basis van medisch-sociale schaal

Omdat we zicht hebben op de totale maandelijkse niet-medische kosten van elke respondent en zijn huidige en mogelijk toekomstige maandelijkse tegemoetkoming kunnen we nagaan wat de impact is van de nieuwe regeling. Voor elke respondent nemen we enerzijds het verschil tussen zijn huidige tegemoetkoming en zijn totale niet-medische kosten en anderzijds het verschil tussen zijn mogelijke toekomstige tegemoetkoming en zijn totale niet-medische kosten. Deze twee scores vergelijken we vervolgens met elkaar. Indien beide getallen positief zijn, zijn zowel de huidige als de toekomstige tegemoetkoming voldoende hoog om de kosten te dekken. Ook een negatief getal voor de oude regeling en een positief getal bij de nieuwe regeling wijzen op een voldoende hoge tegemoetkoming in de toekomst. Bij een positief getal bij de oude regeling en een negatief getal bij de nieuwe regeling duidt dit op een tekort. Ook twee negatieve getallen wijzen op een (blijvend) tekort.

Tabel 56 Inkomsten dekken de gemaakte niet-medische kosten

|  | Aantal (%)         | Min (€) | Max (€) | $\bar{x}$ (€) |
|--|--------------------|---------|---------|---------------|
| <b>Inkomsten dekken de kosten</b>      | <b>476 (77,6%)</b> |         |         |               |
| <b>Inkomsten dekken de kosten niet</b> | <b>137 (22,3%)</b> |         |         |               |
| Tekort ontstaat door nieuwe regeling   | 104                | 0,6     | 310,75  | 64,77         |
| Tekort neemt toe                       | 19                 | 72,51   | 401,74  | 190,36        |
| Tekort blijft ongewijzigd              | 11                 | 2,5     | 227,61  | 71,17         |
| Tekort blijft maar vermindert          | 3                  | 5,67    | 47,83   | 23,39         |

Voor 476 (77,6%<sup>33</sup>) respondenten is de nieuwe regeling voldoende om hun kosten te dekken (zie Tabel 56). Onder deze 77,6% vallen ook respondenten die hun tegemoetkoming zien dalen maar op basis van hun totale aangegeven maandelijkse kosten toch nog voldoende krijgen om die kosten te kunnen betalen. Voor 137 respondenten (22%) is dit niet het geval. In eerste instantie gaan we na of het tekort te wijten is aan de nieuwe regeling dan wel een bestaand tekort is dat nog steeds niet is opgelost. Voor 104 van de 138 respondenten is het tekort te wijten aan de nieuwe regeling. Dit tekort varieert €0,6 tot €310,75 per maand met een gemiddelde van €64,77. Voor 19 personen varieert het van €72,51 tot €401 per maand, met een gemiddelde van €190,36. Bij 11 respondenten blijft hun tekort gelijk en varieert dit van €2,5 tot €227,61 per maand. Drie personen gaan erop vooruit, maar onvoldoende om het bestaande tekort met de nieuwe regeling weg te werken. Het maximale bedrag dat men nog tekort komt is €47,83/maand. Vervolgens bekijken we de grootte van het bedrag dat men te kort komt, in schijven van €50. Figuur 41 geeft aan de 66 van 138 respondenten maandelijks een tekort zal hebben tussen de €1 en €50. Dit is net geen 50%. Naarmate de bedragen toenemen, neemt het aantal respondenten stelselmatig af.

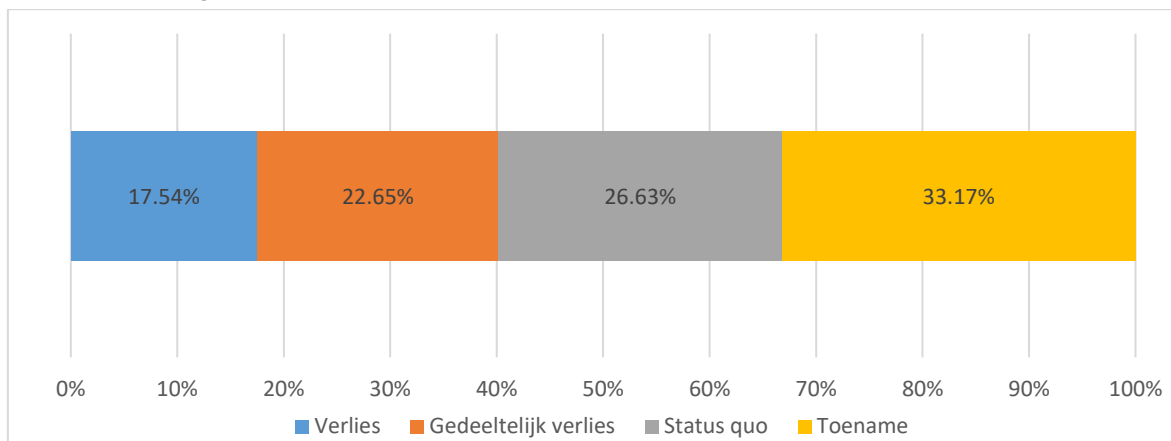


Figuur 41 Bedrag dat men tekort komt op basis van nieuwe regelgeving, rekening gehouden met de huidige gemaakte kosten.

<sup>33</sup> Voor 35 personen kunnen we door een gebrek aan gegevens geen berekening maken. Percentage berekend op 613 respondenten.

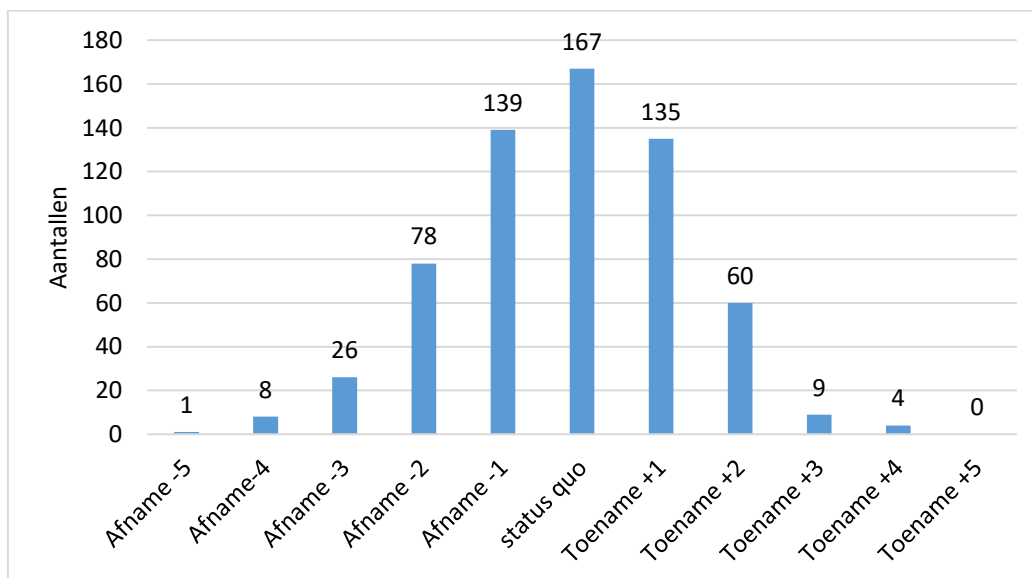
## 4.3.2 Scenario 2

Voor scenario twee zien we een gelijkaardige verdeling. Het aantal personen dat verliest blijft zoals verwacht gelijk. Doordat het aantal personen dat gedeeltelijk verliest daalt met ongeveer 4 zien we een stijging van 1% bij het aantal personen voor wie niets verandert met de nieuwe regeling en een stijging van net geen 3% bij het aantal personen dat met deze nieuwe regeling zijn tegemoetkoming ziet toenemen (zie Figuur 42).



Figuur 42 (Gedeeltelijk(e)) verlies/status quo/toename van tegemoetkoming na toepassen van nieuwe categorieën op basis van BelRAI Screener (N = 627)

Ook in dit scenario zien we dat indien de nieuwe regeling zorgt voor een stijging in categorieën, de stijging in de meeste gevallen beperkt is tot 1 categorie of 2 categorieën. Ook bij een verlies aan inkomsten is de daling het vaakst beperkt tot 1 of twee categorieën (zie Figuur 43). Ook in dit scenario verandert er voor één vierde van de respondenten in de steekproef niets. 33% van de respondenten, in plaats van 30% van de respondenten in scenario 1, zien hun tegemoetkoming stijgen.

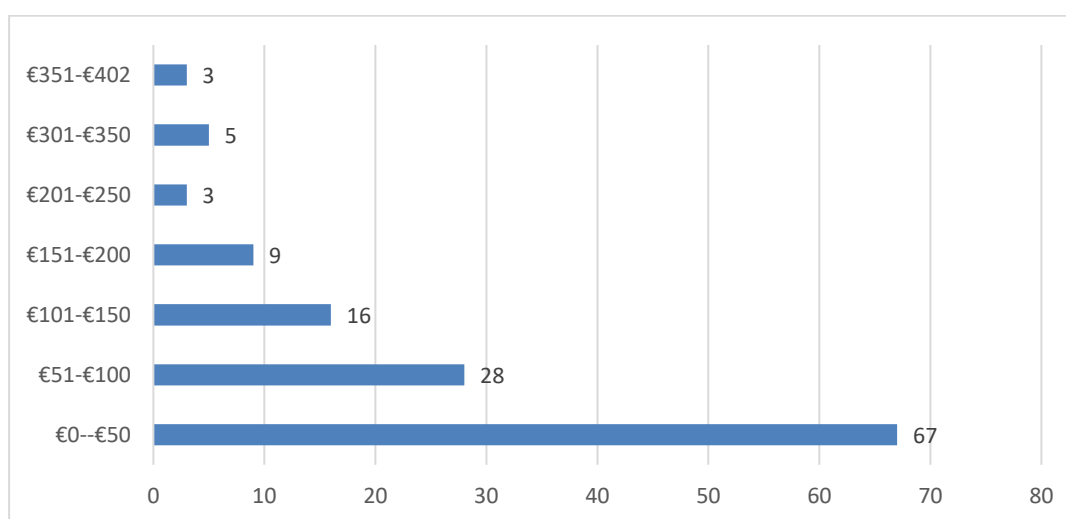


Figuur 43 Aantal categorieën tegemoetkoming toename of afname na invoering nieuwe regeling ten opzichte van oudere regeling op basis van medisch-sociale schaal

Tabel 57 Inkomsten dekken de gemaakte niet-medische kosten (niet) (N= 612)

|  | Aantal (%)         | Min (€) | Max (€) | $\bar{x}$ (€) |
|--|--------------------|---------|---------|---------------|
| <b>Inkomsten dekken de kosten</b>      | <b>475 (78,4%)</b> |         |         |               |
| <b>Inkomsten dekken de kosten niet</b> | <b>131(21,6%)</b>  |         |         |               |
| Tekort ontstaat door nieuwe regeling   | 103                | 0,60    | 310,75  | 64,40         |
| Tekort neemt toe                       | 14                 | 92      | 401,75  | 160,90        |
| Tekort blijft ongewijzigd              | 12                 | 2,50    | 379,80  | 105,40        |
| Tekort blijft maar vermindert          | 2                  | 5,67    | 47,83   | 26,75         |

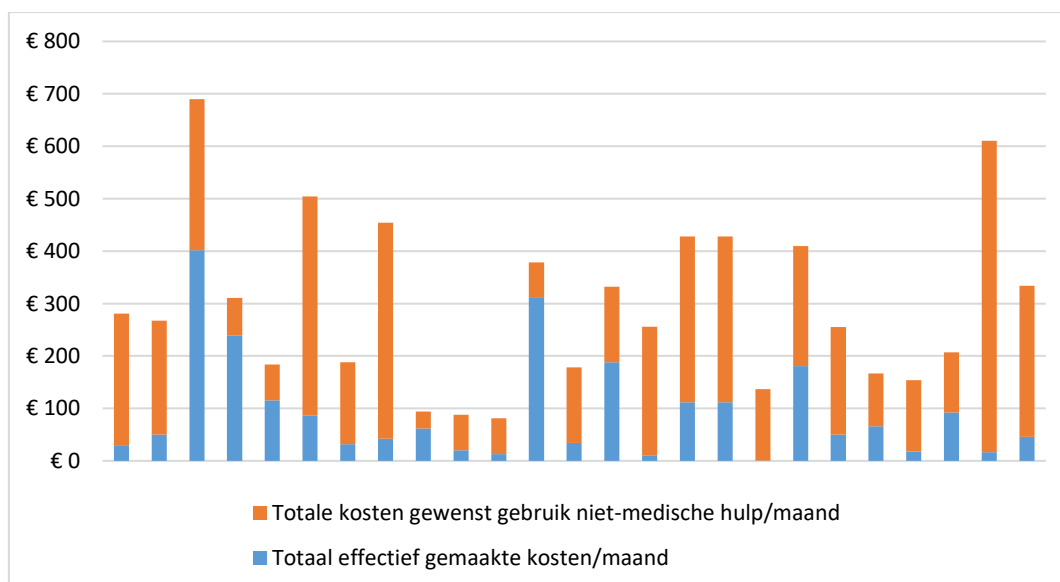
In scenario 2 zien we - vergelijkbaar met scenario 1 - enerzijds een gelijkaardig aantal respondenten voor wie de nieuwe regeling voldoende is om hun kosten te dekken (zie Tabel 57) en anderzijds een gelijkaardig aantal voor wie dit niet het geval is. Ook hier is voor de grootste groep respondenten het tekort te wijten aan de nieuwe regeling. We vinden een minimum tekort van €0,60, een maximum van €310,75 en een gemiddelde van €64. Voor 14 in plaats van 19 (in scenario 1) personen neemt het maandelijks tekort aan middelen verder toe. Het maximum tekort blijft gelijk aan dat van scenario 1. Het minimum tekort neemt toe en het gemiddelde tekort daalt in vergelijking met scenario 1. Voor 11 in plaats van 12 respondenten blijft het maandelijks tekort gelijk. Wel zien we dat het maximale tekort stijgt van €227,61 per maand naar €379,80/maand. Ook het gemiddelde tekort van deze groep respondenten neemt toe van €71,17 naar €105,40/maand. Twee personen in plaats van 3 (in scenario 1) zien hun bestaande tekort met de nieuwe regeling afnemen. Het minimum, maximum en gemiddelde tekort in deze groep blijft in beide scenario's haast ongewijzigd. We stellen voor dit scenario een lichte verschuiving vast in de grootte van het bedrag dat men te kort komt (zie Figuur 44). We vinden nog steeds slechts een beperkt aantal respondenten terug in de hoogste vier schijven, al is dit wel toegenomen van 13 respondenten naar 20. Net geen 50% van de respondenten heeft nog steeds een tekort tussen de €1 en €50.



Figuur 44 Bedrag dat men tekort komt op basis van nieuwe regelgeving, rekening houdend met de huidige gemaakte kosten

#### 4.3.3 Respondenten die geen of beperkt gebruik maken van niet-medische hulp en niet langer recht hebben op het zorgbudget op basis van scenario 1 & 2

In deel 2 van hoofdstuk 4 beschreven we dat 115 respondenten hun gebruik van niet-medische hulp beperken omwille van financiële redenen. Van deze 115 respondenten zijn er 26 respondenten<sup>34</sup> die op basis van de nieuwe afkappunten (ongeacht het scenario) niet langer recht zullen hebben op een zorgbudget. De onderste staven (het blauwe gedeelte) in Figuur 45 geven de totale kosten weer die respondenten maandelijks maken (voor alle bevraagde kosten in de vragenlijst). Voor de meeste respondenten (68%) liggen deze kosten tussen €0,75 en €92 per maand. Voor 8 van de 25 respondenten liggen deze kosten veel hoger, namelijk tussen de €111,67 en € 401,74. Wanneer we echter kijken naar de kosten die men wenst te maken indien men de financiële middelen had, zien we dat alle 25 respondenten maandelijks aanzienlijk meer kosten wensen te maken. De bedragen variëren echter sterk, met een minimum van €32/maand en maximum van €549/maand. Zes respondenten zitten onder de €100 euro, 7 respondenten wensen een bedrag tussen de €100 en €200 extra in de maand. Eenzelfde aantal wenst extra maandelijks uitgaven te doen van €200 en €300. Voor de overige vijf respondenten stellen we een gewenste maandelijks kost vast tussen de €300-€400, twee tussen de €400 en €500, met €549 als grootste gewenste maandelijks bijdragen.



Figuur 45 Overzicht totale effectief gemaakte kosten en totale gewenste kosten niet-medische hulp per maand

Gezien de respondenten in vele gevallen meer dan het dubbel aan niet-medische kosten wensen uit te geven, bekijken we in Tabel 58 over welke niet-medische hulp dit specifiek gaat. We zien dat de meeste respondenten vooral meer gebruik wensen te maken van poetshulp, zowel als men al van deze dienst gebruik maakt als wanneer men nog niet van deze dienst gebruik maakt. Het maximale bedrag van €288/maand dat we vaststellen bij personen die meer gebruik zouden willen maken komt neer op 8 uren meer per week. Na poetshulp is gezinszorg de meest gevraagde dienst om (meer) gebruik van te maken. Eén vijfde van de respondenten wil gebruik maken van een klusjesdienst met een referentieprij

<sup>34</sup> 25 respondenten opgenomen in tabel omwille van missing. Respondent geeft aan het gebruik te beperken maar geeft niet aan hoeveel hij/zij dit beperkt.

van €11,49 gaat dit maximaal over 2 uren per week en bedraagt de maandelijkse kost hiervoor €92 per maand.

Tabel 58 Overzicht gewenste gebruik of meer gebruik per maand voor respondenten die aangeven geen of beperkt gebruik te maken van niet-medische hulp en niet langer recht hebben op het zorgbudget in scenario 1 en 2 (N = 25)

|                                   | Aantal | Min<br>(€)/maand | Max<br>(€)/maand | $\bar{x}$<br>(€)/maand |
|-----------------------------------|--------|------------------|------------------|------------------------|
| Meer gebruik maken van gezinszorg | 3      | 52               | 144              | 84                     |
| Meer gebruik maken van poetshulp  | 10     | 32               | 288              | 114,4                  |
| Gebruik maken van gezinszorg      | 11     | 29               | 287              | 128                    |
| Gebruik maken van poetshulp       | 14     | 68               | 272              | 122                    |
| Gebruik maken klusjesdienst       | 5      | 46               | 92               | 85                     |
| Gebruik maken oppasdienst         | 1      | 59               | 59               | 59                     |
| Gebruik maken boodschappendienst  | 3      | 45               | 180,2            | 135,12                 |

Net zoals in Figuur 45 maakt Tabel 59 een vergelijking mogelijk tussen de kosten die men extra wenst te maken en de kosten die men effectief maandelijks maakt. Tabel 59 geeft ook bijkomende informatie over de gemeten zorgnood aan de hand van de BelRAI Screener en de score op de Functional Hierarchy Scale. Personen die een score hebben lager dan 5 op de Functional Hierarchy Scale hebben weinig of geen nood aan ondersteuning bij ADL-activiteiten. Hun beginnende zorgnood situeert zich vooral op het vlak van IADL-activiteiten. Respondenten die hun gebruik beperken of geen gebruik van bepaalde diensten willen vooral (meer) gebruik maken van gezinshulp en poetshulp (IADL-activiteiten). De hogere totaalscores op de BelRAI Screener bij de respondenten die geen of beperkt gebruik maken van niet-medische hulp en niet langer recht hebben op het zorgbudget geven aan dat er naast beperkte nood aan IADL ook andere lichtere zorgnoden aanwezig kunnen zijn op cognitief, gedrag of psychisch vlak.



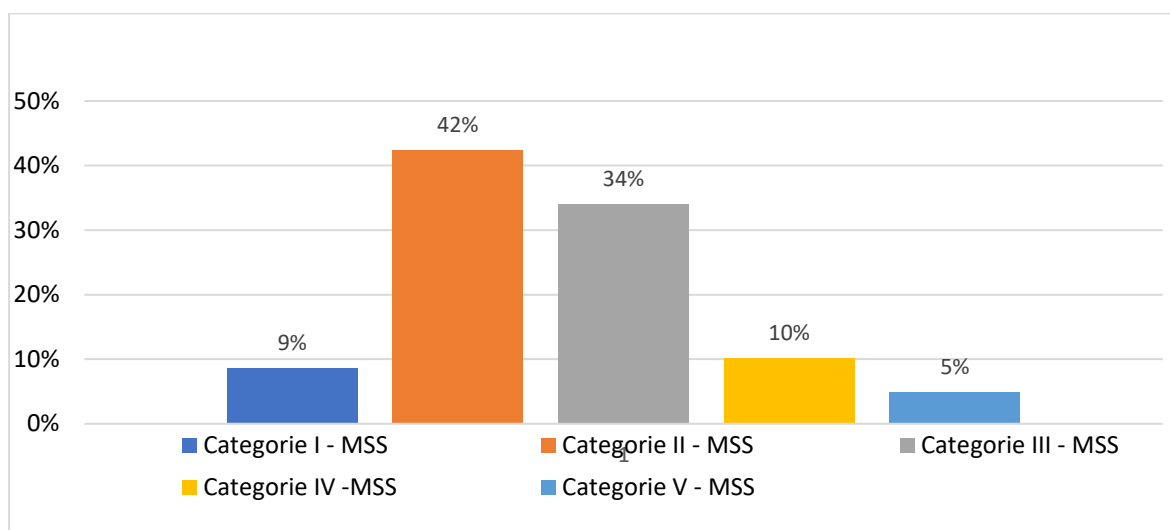
Tabel 59    Overzicht totale gewenste kosten niet-medische hulp per maand, totaal effectief gemaakte kosten per maand, totaalscore BelRAI Screener en score Functional Hierarchy Scale voor respondenten die aangeven geen of beperkt gebruik te maken van niet-medische hulp en niet langer recht hebben op het zorgbudget in scenario 1 en 2 (N = 25)

| Totale gewenste kosten niet-medische hulp | Totaal effectief gemaakte kosten | Totaalscore BelRAI Screener | Functional Hierarchy Scale |
|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 251                                       | 30                               | 6,4                         | 4                          |
| 288                                       | 401,74                           | 5,8                         | 3                          |
| 217                                       | 50                               | 5,8                         | 3                          |
| 72  | 238,74                           | 5,2                         | 3                          |
| 418                                       | 86,5                             | 4,9                         | 4                          |
| 68  | 115,54                           | 4,9                         | 2                          |
| 156                                       | 31,86                            | 4,3                         | 3                          |
| 412                                       | 42,43                            | 4,1                         | 3                          |
| 32  | 62                               | 3,4                         | 2                          |
| 68  | 20                               | 3,3                         | 3                          |
| 68  | 13                               | 3,3                         | 2                          |
| 68  | 310,75                           | 3,1                         | 3                          |
| 144                                       | 34                               | 3                           | 4                          |
| 246                                       | 9,7                              | 2,8                         | 3                          |
| 144                                       | 188,17                           | 2,8                         | 3                          |
| 316                                       | 111,67                           | 2,1                         | 3                          |
| 316                                       | 111,67                           | 2,1                         | 3                          |
| 229                                       | 180,5                            | 1,7                         | 2                          |
| 136                                       | 0,75                             | 1,7                         | 2                          |
| 205                                       | 50                               | 1,5                         | 2                          |
| 136                                       | 18                               | 1,3                         | 2                          |
| 101                                       | 66                               | 1,3                         | 1                          |
| 115                                       | 92                               | 1                           | 2                          |
| 594                                       | 16,67                            | 0,8                         | 1                          |
| 288                                       | 46                               | 0,6                         | 1                          |

#### 4.4 Budgettaire impact overheid

Op basis van de verkregen input proberen we een inschatting te maken van de budgettaire impact van de voorgestelde afkappunten. Hierbij worden we geconfronteerd met een aantal beperkingen die een impact hebben op de accuraatheid van onze berekeningen.

Ten eerste baseren we onze analyses op een disproportionele quotasteekproef. Dit wil zeggen dat we geprobeerd hebben om elke categorie evenveel te vertegenwoordigen in de data. Op basis van het eerste onderzoek van Vermeulen et al. (2016) bleek immers dat de hoogste categorieën (IV en V) ondervertegenwoordigd waren in de data en de overeenkomstige scores op de BelRAI Screener en de medisch-sociale schaal sterk van elkaar verschillen. Figuur 46 laat de huidige verdeling over de categorieën zien op basis van de medisch-sociale schaal (MSS).



Bron: Data Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming 2018

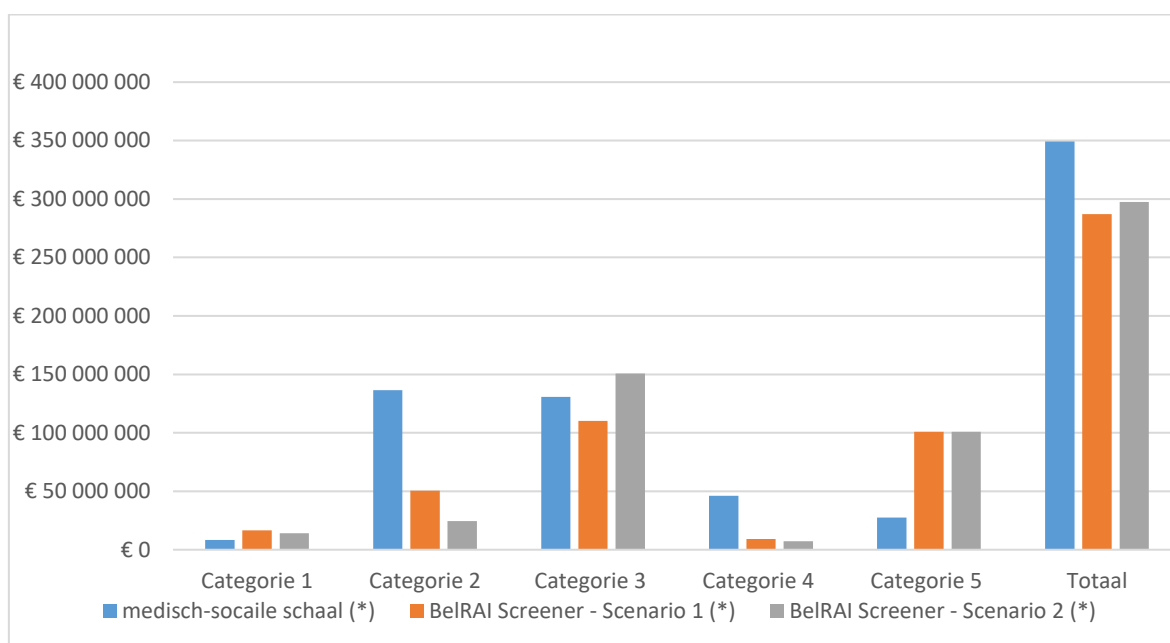
Figuur 46 Verdeling totaal aantal lopende dossiers per categorie – medisch-sociale schaal (02/2018)

Wanneer we deze percentages van elke categorie op de medisch-sociale schaal vergelijken met de percentages uit onze steekproef (zie Tabel 12) zien we dat dit niet overeenkomt. Slechts 5% van de huidige populatie maakt aanspraak op het hoogste zorgbudget. Het zorgbudget gelinkt aan categorie 2 en categorie 3 wordt het vaakst uitgekeerd. Ten tweede varieert het exacte budget dat elke rechthebbende krijgt uitgekeerd in functie van zijn inkomen. Om niet met de maximale bedragen te moeten rekenen maken we gebruik van het gemiddeld uitgekeerde bedrag per categorie per maand dat terug te vinden is in het jaarverslag van 2017 van het Agentschap Vlaamse Sociale bescherming. Voor categorie 1 wordt gemiddeld €76,09/maand uitgekeerd en niet het maximale bedrag van €85/maand. Voor categorie 2 is dit €252,34. Dit is gemiddeld €301,23/maand voor categorie 3 en voor categorie 4 en 5 gaat dit over respectievelijk €356,55/maand en €442,47/maand.

Voor elk scenario dat we berekenen, delen we het aantal respondenten dat zich in elke nieuwe categorie bevindt door het totale aantal respondenten dat zich bevindt in de 'oude categorie' (op basis van medisch-sociale schaal). Door dit getal vervolgens te vermenigvuldigen met het totale aantal personen dat in februari 2018 recht had op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood binnen elke categorie, krijgen we een zicht op het totaal personen dat zich binnen elke nieuwe categorie zal bevinden, indien we ervan uit gaan dat deze steekproef representatief is voor de gehele populatie. Tabel 72 en Tabel 73 (Zie Bijlage 16) geven het exacte aantal personen weer per categorie. Het totale aantal respondenten in

elke categorie van de BelRAI Screener vormde de input voor de berekeningen in Figuur 47. Dit getal werd vervolgens vermenigvuldigd met het gemiddeld uitgekeerd bedrag per maand in 2017 en vervolgens met 12 om zo te komen tot een voorspelling op jaarbasis. Deze berekening werd ook gemaakt voor het aantal respondenten dat zich in elke categorie bevindt op basis van de medisch-sociale schaal. Het uiteindelijke totale budget dat we berekenen op basis van de medisch-sociale schaal is hoger dan dat totaal voor de overige twee scenario's. Deze laatste twee scenario's bevatten dan ook 20.000 minder rechthebbenden.

Ook we weten niet hoeveel personen met de nieuwe afkappunten wel recht hebben op een zorgbudget. De totale kost van de nieuwe afkappunten kan dan ook groter uitvallen dan het huidige budget dat uitgekeerd wordt. De verschillen voor scenario 1 en 2 op basis van de BelRAI Screener zitten zoals verwacht in vooral categorie 2 en 3 en in mindere mate bij categorie 1. Voor categorie 1 zien we maar een klein verschil tussen scenario 1 en 2. In totaal gaat het om €2 miljoen euro. Categorie 4 en 5 blijven ongewijzigd. Op basis van onze provisoire berekeningen is scenario 2 duurder dan scenario 1. Het scheelt ongeveer 10 miljoen euro.



Figuur 47 Voorspelling kosten zorgbudget voor ouderen met een zorgnood op basis van scenario 1 en 2 in vergelijking met medisch-sociale schaal

(\*) Berekend aan de hand van gemiddelde uitbetaald zorgbudget per categorie in 2017 Bron: Jaarverslag 2017 Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming

## **5 Spontane feedback van de indicatiestellers**

Er werd geen structurele feedback gevraagd aan alle indicatiestellers. Toch kregen we zowel schriftelijk of telefonisch feedback van een aantal indicatiestellers. We groepeerden deze feedback in feedback op het instrument, feedback op het onderzoek en feedback op basis van praktijkervaring.

### **5.1 Feedback op het instrument**

Bij het inschalen van 'Module 1 (ADL)' en 'Module 2 (IADL)' worden de aanwezige hulpmiddelen mee in rekening gebracht bij het bepalen van een score op het element 'uitvoeren'. Dit wordt door twee indicatiestellers als onfair ervaren. Een indicatiesteller vindt dat zowel de module psychische problemen als de module gedragsproblemen ruimer moeten bevroegd worden. Enkel antwoord optie '1. Ja' bij psychische problemen wordt als onvoldoende ervaren.

### **5.2 Feedback op het onderzoek**

Zowel cliënten als indicatiestellers vinden het moeilijk om een raming te maken van het aantal uren mantelzorg dat de cliënt ontvangt. Men geeft aan dat het aantal uren mantelzorg onder andere in functie is van de snelheid waarmee iemand bepaalde taken uitvoert. Daarnaast geeft men aan dat het moeilijk is om het aantal uren mantelzorg van de inwonende partner te schatten wanneer de cliënt aangeeft dat thuiszorg niet haalbaar is zonder deze partner. Tot slot wordt gesuggereerd om het mantelzorgnetwerk meer te bevragen ((klein)kinderen, kennissen).

Indicatiestellers stellen vast dat het tijdsinterval tussen de inschaling op de BelRAI Screener (die op hetzelfde moment als de kostenbevraging wordt afgenomen) en de inschaling aan de hand van de medisch-sociale schaal te groot is om op basis van beide schalen afkappunten te bepalen. Dit is ook niet het geval. Afkappunten op de BelRAI Screener worden niet bepaald op basis van overeenkomstige score van de cliënt op de medisch-sociale schaal.

Indicatiestellers betreuren dat er geen inkomensonderzoek gekoppeld werd aan dit onderzoek maar enkel een kostenonderzoek. De link tussen de totale beschikbare budgetten en de effectief gemaakte kosten kan zo minder gemaakt worden. De indicatiestellers geven aan dat de gemaakte kosten, in hun ogen, lijken af te hangen van de mogelijkheden van mensen om effectief kosten te kunnen maken.

De bevraging wordt als positief ervaren door de participerende cliënten. Enerzijds omdat hun kosten bevroegd worden, men voelt zich beluisterd en anderzijds omdat men zelf meer zicht krijgt op de hulpen ondersteuningsmiddelen die beschikbaar zijn. Voor cliënten is het inschatten van de kosten wel geen evidentie. Cliënten hebben in vele gevallen geen factuur meer.

### 5.3 Feedback op basis van praktijkervaring

Meerdere elementen worden door indicatiestellers naar voren geschoven als elementen die een impact lijken te hebben op de gemaakte kosten van de cliënten:

- het aanpassingsvermogen van de cliënt aan de nieuwe situatie;
- de capaciteiten van de cliënt en zijn of haar netwerk om tot creatieve oplossingen te komen om tegemoet te komen aan de noden van de cliënt;
- het sociale netwerk van de cliënt en de mogelijkheid om bepaalde spullen te lenen of te krijgen van dit netwerk;
- de woonplaats van de cliënt: cliënten wonend op een appartement hebben sowieso geen 'kosten voor de tuin', mensen die dichtbij winkels wonen hebben minder vervoerskosten;
- kosten die reeds gemaakt werden voor de inwonende nog ziekere partner;
- de kennis van de cliënten over bestaande ondersteuningsmogelijkheden;
- weigerachtig staan ten opzichte van hulp en ondersteuning;
- het hebben van een beperkter inkomen, dit heeft meer impact op een alleenstaande om hulp of hulpmiddelen aan te schaffen dan op een samenwonende.

## 6 Afkappunten zorgbudget data Protocol 3 en pilootproject BelRAI Screener regio Dendermonde

We bekijken in deze paragraaf wat de impact is van de voorgestelde afkappunten op andere databronnen die we ter beschikking hebben. Noch de data die we ter schikking hebben van Protocol 3, noch de data uit het pilootproject BelRAI Screener regio Dendermonde kunnen we classificeren als een representatief staal van de populatie die het zorgbudget vandaag de dag ontvangt. We kunnen dus ook niet detecteren wat de impact is van de voorgestelde afkappunten. Wel geven analyses op die data ons een idee van de verdeling over de afkappunten voor een bepaalde populatie ouderen in Vlaanderen en België.

### 6.1 Afkappunten zorgbudget data Protocol 3

Meer dan zestig zorgvernieuwingsprojecten werden opgezet met als doel om kwetsbare ouderen langer thuis te laten wonen door hen innovatieve vormen van zorg aan te bieden. Het effect van deze interventies werd wetenschappelijk geëvalueerd in het project Protocol III. Voor het merendeel van de kwetsbare ouderen<sup>35</sup> (65-plussers) die deelnamen hebben we voldoende informatie ter beschikking om hun score op de BelRAI Screener te berekenen. Ouderen werden opgenomen indien ze voldeden aan onderstaande inclusiecriteria:

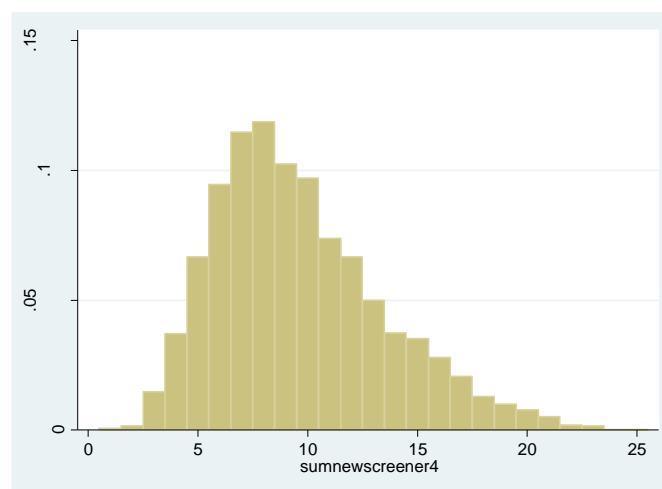
- Thuiswonend;
- Minimum 60 jaar<sup>36</sup>;
- Een score van 6 of meer op de Edmonton Frail Scale OF met een profiel van functionele afhankelijkheid: Katz A, B, C OF met diagnose dementie, gesteld door geriater, neuroloog of psychiater

<sup>35</sup> Minstens Katz B OF Edmonton Frail Scale (kwetsbaarheid): 6 ↔ 17

<sup>36</sup> Enkele 65- plussers werden weerhouden in onze berekeningen.

In totaal konden we voor 11.455 respondenten een score op de BelRAI Screener berekenen. Aangezien we enkel items van de BelRAI HC ter beschikking hebben, werd module 4: psychische problemen berekend via 4 proxy-variabelen die items van geestelijke gezondheid meten. De totaalscore van de BelRAI Screener blijft 30 maar wordt gemeten aan de hand van twee variabelen minder. De score van de respondenten op module 4: psychische problemen is dus een onderschatting. Van deze 11.455 respondenten is het merendeel vrouw (68,1%) en stellen we een gemiddelde leeftijd vast van 81,6 jaar met een standaarddeviatie van 7,1 en een mediaan van 82 jaar.

Figuur 48 geeft de verdeling weer van de totaalscores op de BelRAI Screener voor de 11.455 respondenten voor wie we een totaalscore konden berekenen. Voor deze specifieke onderzoekspopulatie, thuiswonende kwetsbare ouderen, stellen we een gemiddelde totaalscore op de BelRAI Screener vast van 9,63 ( $SD^{37} = 3,85$ ) en een mediaan van 9. Ten minste 25% van de respondenten heeft een totaalscore onder 7 (eerste kwartiel). Ten minste 75% van de totaalscores is niet groter dan 12.



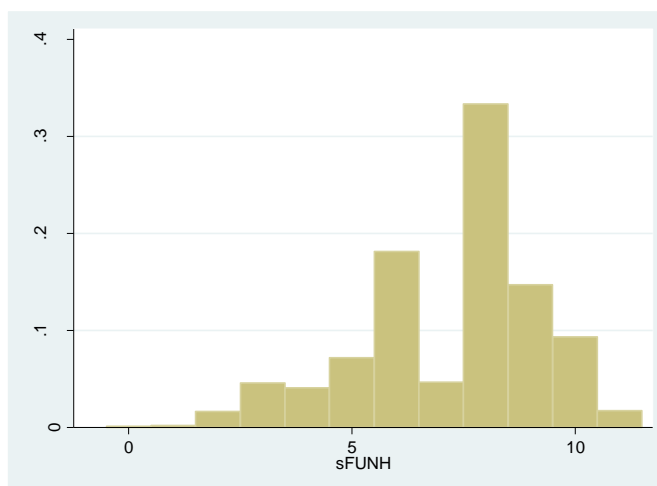
Figuur 48 Verdeling totaalscore BelRAI Screener data Protocol 3

De gemiddelde totaalscore van 9,63 ( $SD = 3,85$ ) van deze specifieke doelgroep is lager dan het gemiddelde in de huidige steekproef. Hier stellen we een gemiddelde totaalscore vast van 10,28 ( $SD = 6,10$ ) (zie Tabel 14). Met een standaarddeviatie bijna dubbel zo groot kunnen we stellen dat we een grotere spreiding hebben in de totaalscores van de BelRAI Screener dan in de data van Protocol III.

De score op de Functional Hierarchy Scale is bepalend voor de afkappunten die we linken aan categorie 1 en 2. Figuur 49 geeft de verdeling weer voor de Protocol III data. We stellen een gemiddelde score op de Functional Hierarchy Scale van 7,24 ( $SD = 2,03$ ), een mediaan van 8 en een interkwartielafstand van 3<sup>38</sup>. Een score 7 op de Functional Hierarchy Scale wijst op een totale afhankelijkheid voor alle IADL-activiteiten en ten minste nood aan toezicht bij het uitvoeren van een of meer ADL-activiteiten. Een score 6 en 8 op de Functional Hierarchy Scale komen het vaakst voor, net zoals in de quota-steekproef van dit onderzoek (zie Figuur 28).

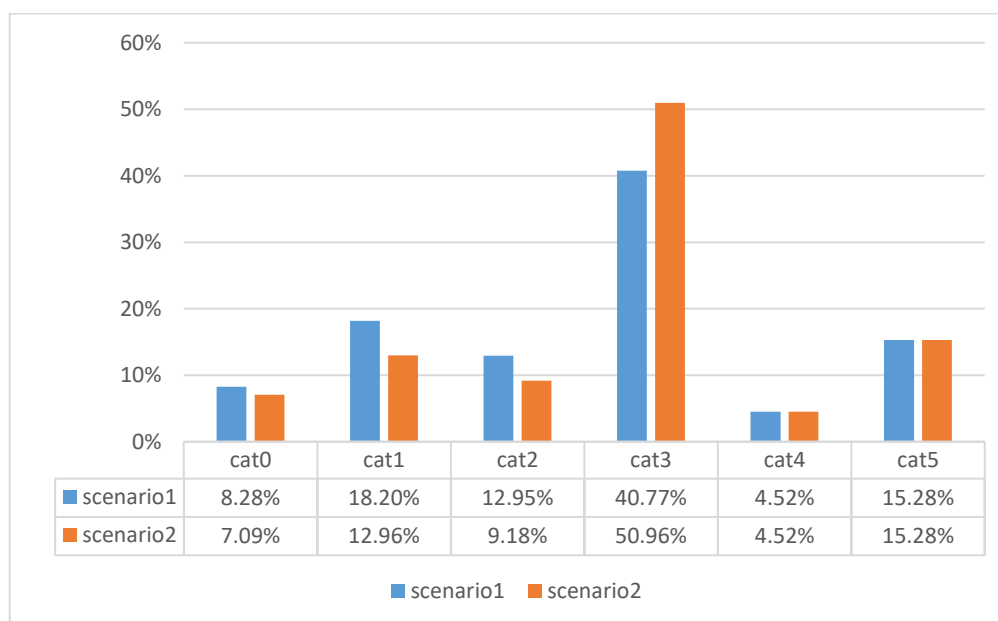
<sup>37</sup> Standaarddeviatie

<sup>38</sup> Interkwartielafstand = derde kwartiel - eerste kwartiel = 9 - 6.



Figuur 49 Verdeling van de Functional Hierarchy Scale data Protocol 3

Wanneer we vervolgens beide scenario's op deze data (N=11.455) toepassen komen we tot de volgende resultaten, zie Figuur 50. Net zoals in de steekproef van dit onderzoek (zie Figuren 35 en 37) zien we een gelijkaardig verschil tussen de twee scenario's. Categorie 4 is ook in de data van Protocol III een stuk kleiner (één derde) dan categorie 5. Toch zitten er procentueel gezien minder personen in categorie 5 (15%) dan de 27% in de huidige steekproef. Net als in de steekproef van dit onderzoek is categorie 3 de grootste categorie, ongeacht het scenario. In scenario 2 vinden 50% van de 11.455 respondenten terug in categorie 3.



Figuur 50 Vergelijking verdeling afkappunten scores scenario 1 en 2 - data Protocol III

Van de 11.455 respondenten voor wie we een BeIRAI Screener score konden berekenen, heeft 8.3% ofwel 949 respondenten geen recht op het zorgbudget (categorie 0) op basis van scenario 1. In scenario 2 is het aantal respondenten dat geen recht heeft op het zorgbudget lager, namelijk 812 (7,1%). Doordat in scenario 2 respondenten reeds vanaf een totaalscore van 7 op de BeIRAI Screener recht hebben op een zorgbudget, hebben 137 respondenten meer recht op een zorgbudget in vergelijking met scenario 1. Wanneer we de zorgnoden van de respondenten bekijken die geen recht hebben op het zorgbudget

valt vooral op dat – in scenario 1 – 28% van deze respondenten cognitieve problemen<sup>39</sup> hebben, maar geen zware IADL en ADL noden<sup>40</sup>. Zevenentwintig procent heeft depressiesymptomen<sup>41</sup>, maar geen cognitieve problemen. Kwetsbare ouderen die momenteel geen recht hebben op een zorgbudget en vooral cognitieve problemen of depressieve symptomen vertonen vallen uit de boot omdat men weinig of geen IADL en/of ADL-problemen heeft. We hebben geen idee of deze personen vandaag recht hebben op het zorgbudget op basis van de medisch-sociale schaal. We kunnen dus niet zeggen of ze hun zorgbudget verliezen of nog steeds geen recht hebben op het zorgbudget. Bepaalde Protocol III projecten focusten zich specifiek op kwetsbare ouderen met depressieve symptomen, wat het hogere aantal personen met depressiesymptomen verklaart. Tot slot dienen we nog te vermelden dat het aantal personen dat geen recht heeft in beide scenario's waarschijnlijk een overschatting is, aangezien we module 4: psychische problemen niet exact konden berekenen. Het aantal respondenten dat uit de boot valt voor een zorgbudget op basis van de Protocol III data is kleiner dan de 17% in de huidige steekproef. Hierbij dienen we in het achterhoofd te houden dat de Protocol III projecten zich richtten op een specifieke groep kwetsbare ouderen.

## 6.2 Afkappunten pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde

We kunnen beide scenario's ook berekenen op basis van data van het pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde. We selecteren uit deze data alle respondenten (N = 1667) die 65-plussers<sup>42</sup> zijn en voor wie we voldoende informatie ter beschikking hebben om de totaalscore op de BelRAI Screener te berekenen. De BelRAI Screeners werden ingeschaald door (1) diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg bij elke intake, herziening en elke wijziging van de zorgbehoefte van een cliënt voor wie een herscoring nodig was en (2) diensten maatschappelijk werk en OCMW's voor personen die een aanvraag indienden voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van de Vlaamse sociale bescherming. Tot slot (3) konden ook woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf bij de intake van elke nieuwe bewoner een BelRAI Screener afnemen. Voor de deelnemende woonzorgcentra was het invullen van de module IADL facultatief (Vernimmen et al, 2018).

In totaal kunnen we zo 1667 respondenten selecteren, van wie 66,6% vrouwen zijn. De leeftijds-distributie wordt gepresenteerd in Figuur 51. Deze is gelijkend op de verdeling in onze steekproef (zie Tabel 13). Ongeveer 25% is tussen de 66 en 75 jaar oud, ook hier bevindt de grootste groep (47%) zich tussen 76 en 85, ongeveer 25% tussen de 86 en 95 jaar en een beperkter aantal personen (2%) is ouder dan 95.

---

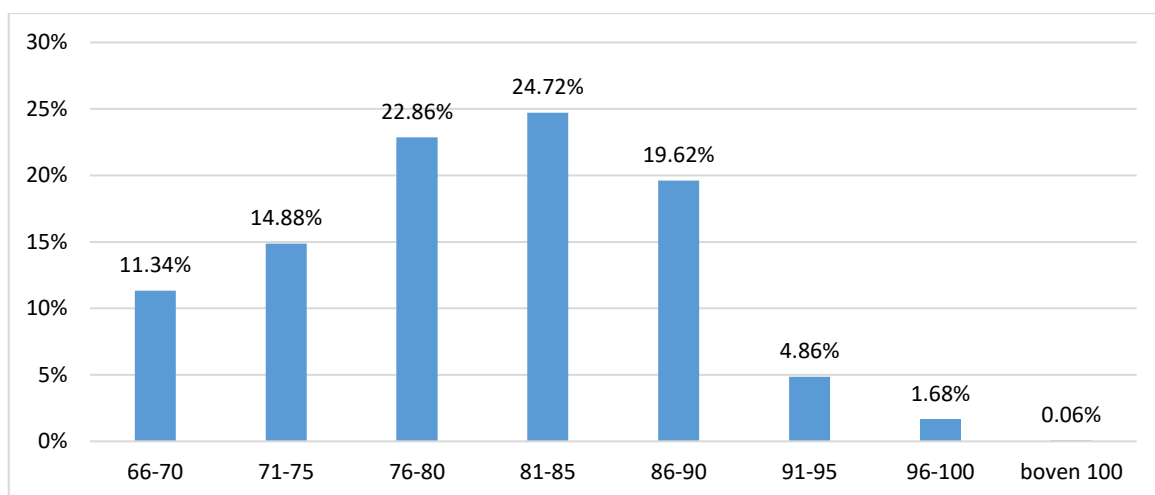
39 Een score groter of gelijk aan twee op de Cognitive Performance Scales 2(CPS)

40 Een score van minder dan 6 op de som van module ADL en IADL

41 Een score groter of gelijk aan 3 op de Depression Rating Scale (DRS)

42 Geen absolute getallen voor leeftijd beschikbaar, maar categorieën.





Figuur 51 Leeftijdsdistributie

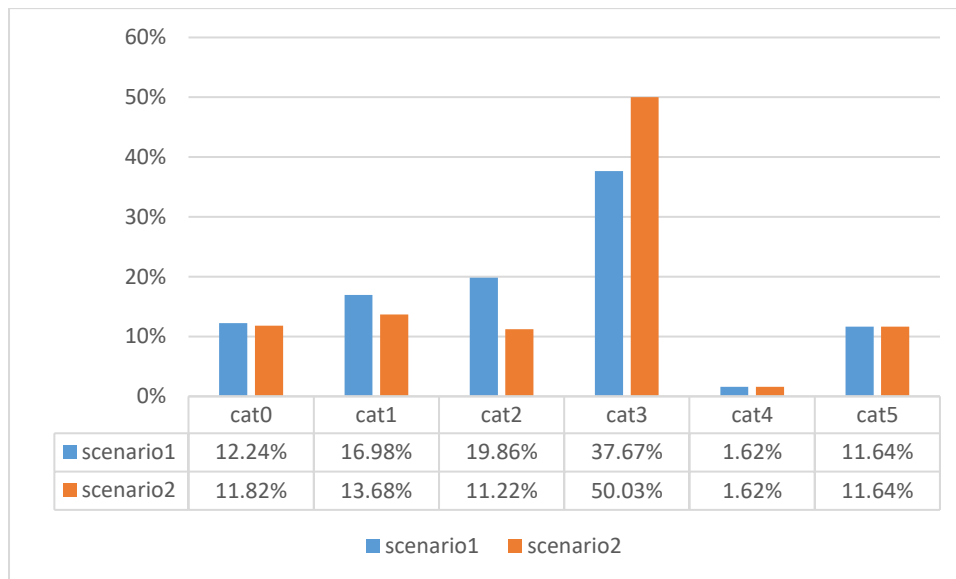
Wanneer we beide scenario's toepassen, bekomen we tot onderstaande resultaten (zie Figuur 52). In scenario 1 hebben 204 personen (12,2%) geen recht op het zorgbudget, in scenario 2 zijn dat er 197 (11,8%). Van de 204 respondenten die geen recht hebben op basis van scenario 1, hebben 12% cognitieve problemen<sup>43</sup> maar geen zware IADL en ADL noden<sup>44</sup>. 17% van de personen vertoont psychologische problemen zonder cognitieve problemen. Het aantal personen met cognitieve problemen<sup>45</sup> maar geen zware IADL en ADL noden<sup>46</sup> is in scenario 2 – met 4% - een stuk kleiner dan de 12% die we vaststelden in scenario 1. Het aantal personen dat psychologische problemen vertoont zonder cognitieve problemen is met 16% gelijklopend met scenario 1. Scenario 2 zorgt ervoor dat personen met cognitieve problemen toch nog recht hebben op het zorgbudget indien ze ook IADL en ADL-noden hebben.

<sup>43</sup> Een score groter of gelijk aan twee 2 op de Cognitive Performance Scales 2(CPS).

<sup>44</sup> Een score kleiner dan 6 op de som score van module ADL en IADL.

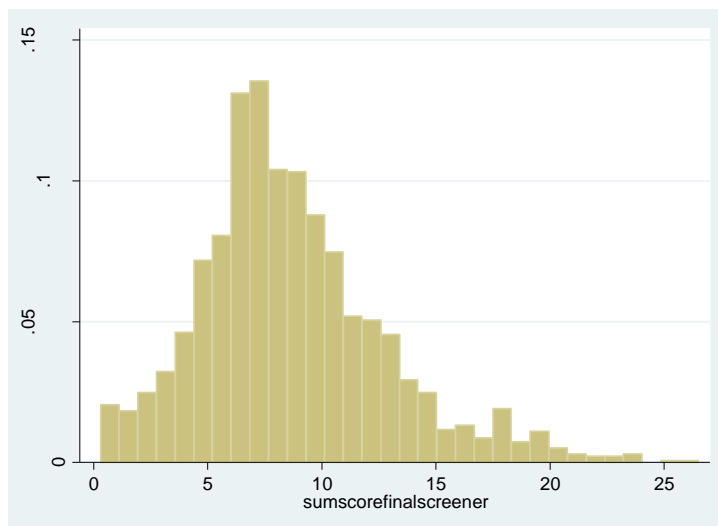
<sup>45</sup> Een score groter of gelijk aan twee 2 op de Cognitive Performance Scales 2(CPS).

<sup>46</sup> Een score kleiner dan 6 op de som score van module ADL en IADL.



Figuur 52 Verdeling scenario 1 en 2 data pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde

Het percentage personen die geen recht hebben op een zorgbudget is 3 à 4% groter dan de percentages die we vonden in de data van Protocol III, maar is minder dan de 17% die we vaststelden in de steekproef van het huidige onderzoek. Procentueel gezien hebben we in de huidige steekproef meer personen (27%) die zich in categorie 5 bevinden, tegenover ongeveer 12% in de data van Dendermonde en 15% in de data van Protocol III. Een mogelijke verklaring kan de quota-steekproef zijn die in het huidige onderzoek getrokken is, waardoor we waarschijnlijk in verhouding met de andere data een oververtegenwoordiging hebben van hoge zorgprofielen.



Figuur 53 Verdeling totaalscore BelRAI Screener pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde

Met een gemiddelde van 8,67 (SD = 4,11) en een mediaan van 8 stellen we een lager gemiddelde en een lagere mediaan (zie Figuur 53) vast dan in de data afkomstig uit Protocol III en in de huidige steekproef. Ook de scores op het eerste en derde kwartiel liggen met een 6 en 10,8 lager dan bij Protocol III. De doelgroep is dan ook verschillend. BelRAI Screener scores werden in Dendermonde in beperkte mate ook afgenomen in woonzorgcentra (WZC) (N = 117). Hier stellen we vast dat de meeste respondenten zich in categorie 3 of hoger bevinden en slechts vier respondenten geen recht hebben op het zorgbudget

(zie Tabel 60). Woonzorgcentra kunnen ook dagopvang en kortverblijf aanbieden. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor deze 4 respondenten die zich in categorie 0 bevinden met een totaalscore op de BelRAI Screener tussen de 1,8 en 2,8.

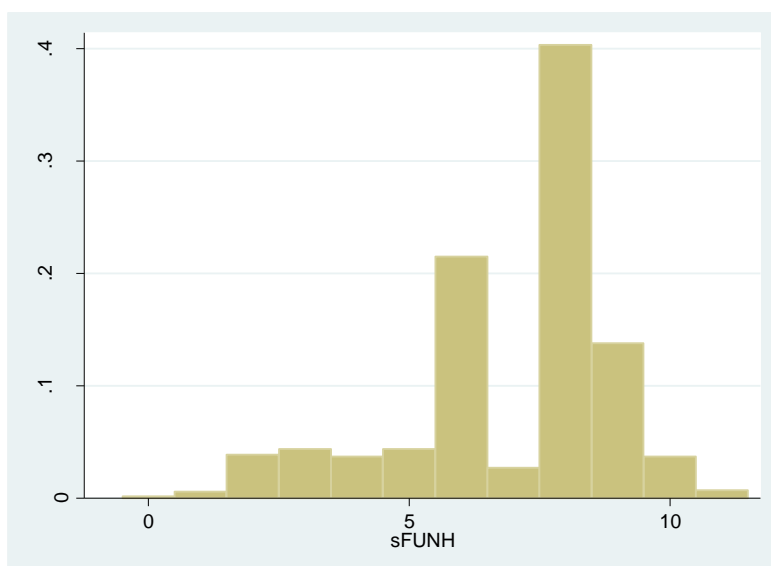
Tabel 60 Afkappunten WZC en thuiszorg pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde

|           | Afkappunten |     |     |     |    |     | Totaal |
|-----------|-------------|-----|-----|-----|----|-----|--------|
|           | 0           | 1   | 2   | 3   | 4  | 5   |        |
| WZC       | 4           | 5   | 7   | 53  | 8  | 40  | 117    |
| Thuiszorg | 189         | 218 | 173 | 728 | 11 | 114 | 1433   |
| Totaal    | 193         | 223 | 180 | 781 | 19 | 154 | 1550*  |

\* 117 van de 1667 respondenten konden we niet toewijzen aan thuiszorg dan wel aan een WZC.

De scores op de Functional Hierarchy Scale die we in Figuur 54 vaststellen, zijn gelijkaardig aan deze in Protocol III. Het gemiddelde van 6,98 (SD = 2,03) sluit nauw aan bij het gemiddelde 7,24 (SD 2,03) uit Protocol III. Ook de mediaan en het eerste kwartiel zijn gelijk. De score op het derde kwartiel ligt in de data van Protocol III ietsje hoger namelijk op 9 tegenover een 8 in de data uit Dendermonde.

Zoals te zien in zowel Figuur 49 (data Protocol III), Figuur 54 (data pilootproject BelRAI Screener) als Figuur 28 (huidig onderzoek) stellen we een piek vast bij een score 6 op de Functional Hierarchy Scale en bij een score 8 op de Functional Hierarchy Scale. Na een score 8 zien we steeds een dalend verloop van de verdere scores (9 tot en met 11).



Figuur 54 Verdeling scores Functional Hierarchy Scale data pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde

### 6.3 Conclusie

Uit bovenstaande gegevens leren we dat categorie 4 zowel in de data van Protocol III, de data van pilootproject Dendermonde als in onze steekproef, de categorie met het minst aantal respondenten is en daarmee een stuk kleiner dan categorie 5. Het aantal respondenten in categorie 4 is procentueel groter in de data van Protocol III dan in de data van Dendermonde en het aantal respondenten in onze steekproef. Gezien de specifieke doelgroep binnen Protocol III kan dit misschien een verklaring zijn voor het iets grotere aantal respondenten in deze categorie. Het aantal respondenten in categorie 5 is

procentueel gezien lager in zowel Protocol III (15,28%) als Dendermonde (11,64%) dan de 27% in de huidige steekproef. Een mogelijke verklaring kan de quota-steekproef zijn die in het huidige onderzoek getrokken is, waardoor we waarschijnlijk in verhouding met de andere data een oververtegenwoordiging hebben van hoge zorgprofielen.

Net als in de steekproef van dit onderzoek is categorie 3 de grootste categorie. Zowel in de Protocol III data als de data van Dendermonde bevindt 50% van de respondenten zich in categorie 3 bij scenario 2. In onze steekproef is dit voor scenario 2, ietsje minder namelijk 35,49% van de totale steekproef. In de data van Dendermonde zien we dat afhankelijk van het scenario categorie 1 dan wel categorie 2 de grootste is. Dit is niet het geval bij Protocol III. Daar is ongeacht het scenario categorie 1 steeds het grootst.

Het aantal respondenten dat geen recht heeft (categorie 0) is zowel voor Protocol III als Dendermonde het kleinst in scenario 2. Doordat in scenario 2 respondenten reeds vanaf een totaalscore van 7 op de BelRAI Screener recht hebben op een zorgbudget, hebben meer respondenten er recht op dan in scenario 1. Voor de data van Protocol III valt op dat kwetsbare ouderen, die momenteel geen recht hebben op een zorgbudget en vooral cognitieve problemen of depressieve symptomen vertonen, uit de boot vallen omdat men weinig of geen IADL en/of ADL-problemen heeft. We hebben geen idee of deze personen vandaag recht hebben op het zorgbudget op basis van de medisch-sociale schaal. We kunnen dus niet zeggen of ze hun zorgbudget verliezen of nog steeds geen recht hebben op het zorgbudget. Bepaalde Protocol III projecten focusten zich specifiek op kwetsbare ouderen met depressieve symptomen, wat het hogere aantal personen met depressiesymptomen verklaart. Ook in de data van Dendermonde stellen we vast dat scenario 2 ervoor zorgt dat personen met cognitieve problemen toch nog recht hebben op het zorgbudget indien ze ook IADL en ADL-noden hebben.

Tot slot bekeken we de scores op de Functional Hierarchy Scale. Deze schaal is bepalend voor de afkappunten die we linken aan categorie 1 en 2. Voor alle drie de datasets stellen we een gelijkaardig verloop vast namelijk een piek bij een score 6 op de Functional Hierarchy Scale en een piek bij een score 8 op de Functional Hierarchy Scale. Na een score 8 zien we steeds een dalend verloop van de verdere scores (9 tot en met 11).

## Hoofdstuk 5

### Conclusie en aanbevelingen

#### 1 Conclusie

We beschrijven eerst de beperkingen en de sterktes van het onderzoek, omdat het belangrijk is deze beperkingen en sterktes in het achterhoofd te houden bij het interpreteren van de resultaten. Vervolgens geven we kort het antwoord op de onderzoeksvragen weer. We eindigen met een aantal aanbevelingen.

##### 1.1 Beperkingen en sterktes van het onderzoek

Een eerste beperking van dit onderzoek is gelinkt aan de keuzes die zijn gemaakt bij het opzetten van het onderzoek. Enerzijds is er gekozen om enkel thuiswonende ouderen te bevragen, terwijl 24% van onze onderzoekspopulatie verblijft in een residentiële voorziening. We zijn er hierbij vanuit gegaan dat bij personen in een residentiële voorziening de extra kost wellicht bestaat uit de eigen bijdrage die in de voorziening betaald moet worden. Daarom kunnen we onze resultaten niet veralgemenen naar ouderen die verblijven in een residentiële setting. Ook is het inschalen van de IADL-items hier in principe niet van toepassing, omdat de uitvoering van deze activiteiten gewoonlijk door het woonzorgcentrum worden overgenomen. Daarnaast hebben we in dit onderzoek gekozen voor een quota-steekproef. Dit heeft als voordeel dat personen in alle categorieën vertegenwoordigd zijn. Het nadeel van deze keuze is dat we niet zeker kunnen zijn dat onze steekproef een correcte afspiegeling biedt van de hele populatie. Dit bemoeilijkt enerzijds het inschatten van de impact van de afkappunten in de twee scenario's op de potentiële rechthebbenden en anderzijds ook het inschatten van de budgettaire impact voor de overheid.

Een tweede beperking is dat we aan de hand van onze kostenstudie noch zicht hebben op het exacte bedrag dat elke individuele zorgvrager maandelijks ontvangt, noch op de kosten die gedekt worden vanuit andere domeinen. Dit maakt onze berekeningen minder accuraat. Dat een persoon aangeeft dat hij €0 kosten heeft gemaakt, betekent niet per se dat er geen kosten zijn. De kosten kunnen bijvoorbeeld vergoed zijn door andere overheidsinstanties (bijvoorbeeld VAPH-tegemoetkomingen voor hulpmiddelen, woningaanpassingen). Het is eveneens mogelijk dat de resultaten in dit onderzoek gekleurd zijn door een mogelijk verband tussen de niet-medische kosten en de financiële situatie van de gebruiker. Wie weinig middelen heeft, zal ook minder kosten (kunnen) maken. Het inkomen bepaalt mee de hoogte van de kosten. Indicatiestellers geven dit zelf ook aan.

Een derde beperking is dat we bij het toepassen van de ROC-analyses geen externe variabele hebben opgenomen waaraan we onze afkappunten kunnen toetsen. We gebruikten immers enkel de variabelen van de BelRAI Screener om de afkappunten mee te bepalen. Dat is methodologisch niet fout, maar het zorgt wellicht wel voor hogere cijfers dan wanneer er een externe gouden standaard zou worden gebruikt.

Een sterkte van dit onderzoek is evenwel de directe verbinding van functioneringsproblemen en (gemeten) niet-medische kosten. Dit leidt tot een objectivering van de indicatiestelling en een meer gelijke behandeling van personen. Wel is het belangrijk om de kenmerken van de personen die in het

nieuwe systeem uit de boot zouden vallen, maar die toch significante niet-medische kosten hebben, wat nader te bestuderen. Het lijkt nu vaak over investeringen te gaan voor hulpmiddelen (bijvoorbeeld de aankoop van duurzame hulpmiddelen), die er wellicht tot leiden dat men beter kan functioneren, waardoor de score op de BelRAI Screener daalt en het recht op het zorgbudget verdwijnt. Het is in dergelijke gevallen wel noodzakelijk dat er tussenkost is in de kosten voor de aanpassingen. Met het zorgbudget kan men aankopen voor kleinere hulpmiddelen financieren. Tegemoetkomingen voor investeringen in duurzame hulp- en ondersteuningsmiddelen dienen via andere kanalen dan het zorgbudget voorzien te worden. We denken hierbij aan het streven naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid waarbij de leeftijdsgrens van 65 jaar de toegang tot een tegemoetkoming in bepaalde hulpmiddelen niet belet.

In tegenstelling tot de medisch-sociale schaal neemt de BelRAI Screener geen medische gegevens in rekening bij het bepalen van de zorgnood. Medische input zal op directe wijze in de toekomst dus niet meer mee in rekening worden genomen, maar gezondheidsproblemen zullen wel indirect impact blijven hebben. Wanneer deze elementen het functioneren van de ouderen met een zorgnood beïnvloeden, zal dit weerspiegeld worden in hun score op de BelRAI Screener. Daarmee sluit de BelRAI Screener ook beter aan bij het doel van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood.

Ongeacht het scenario waarvoor wordt gekozen, zullen er heel wat verschuivingen optreden in wie wel of niet recht heeft en op welk niveau. De BelRAI Screener focust op het functioneren, terwijl men bij de medisch-sociale schaal vaak met diagnoses rekening houdt. Dat kan een verklaring zijn voor het feit dat 17% van de respondenten in de steekproef op basis van de medisch-sociale schaal wel recht heeft, maar toch minder dan 5 scoort op Functional Hierarchy Scale. Deze score wijst op zeer beperkte functioneringsproblemen.

Het zorgbudget heeft tot doel kosten te vergoeden die voortvloeien uit een verminderde zelfredzaamheid in het dagelijkse leven. Meer specifiek focust men op het (1) uitvoeren van huishoudelijke activiteiten, (2) in de mogelijkheid zijn om sociale contacten te leggen, zich te ontplooiën en (3) zich oriënteren in tijd en ruimte (Jaarverslag Vlaamse Sociale Bescherming, 2017). Het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten en het zich oriënteren in tijd en ruimte zijn items die expliciet bevraagd worden in de BelRAI Screener onder 'Module 1: IADL' en 'Module 3: cognitieve problemen'. Het tweede aspect 'zich in de mogelijkheid bevinden om sociale contacten te leggen en zich te ontplooiën' is impliciet aanwezig in alle items, maar niet expliciet. Elementen die de sociale context, de mate van informele zorg en de levensomstandigheden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood bevragen, zijn niet expliciet opgenomen. Om tegemoet te komen aan dit probleem wordt er momenteel gewerkt aan een sociaal supplement voor de BelRAI Screener en de andere BelRAI-instrumenten. Het zou een meerwaarde zijn om in de toekomst ook de output van dit instrument mee in rekening te brengen om te bepalen of iemand al dan niet recht heeft op het zorgbudget van ouderen met een zorgnood.

Verder worden er in de BelRAI Screener enkel verplaatsingen binnenshuis ingeschaald. Verplaatsingen buitenshuis worden niet op een directe wijze bevraagd, maar komen wel indirect aanbod bij de bevraagde IADL-items. Eerder onderzoek (Vermeulen et al., 2015) toont aan dat de correlatie tussen de scores op verplaatsingen binnenshuis en buitenshuis voldoende hoog correleerden om dit maar via één item te bevragen.

Een terechte kritiek op de BelRAI Screener is dat bij 'Module 1: IADL' en 'Module 2: ADL' de mate waarin iemand al dan niet moeite doet om een activiteit uit te voeren geen impact heeft op de totaalscore op de BelRAI Screener. Enkel in bepaalde situaties (IADL) kan dit wel bij 'mogelijkheden' gescoord worden.

Meer tijd en energie steken in het uitvoeren van taken wordt niet weerspiegeld in de score 'uitvoering'. interRAI erkent dat deze kritiek legitiem is en werkt aan een antwoordcategorie 'difficulty' (moeite). De ontwikkeling en het testen ervan zullen echter nog enige tijd in beslag nemen, gezien het definiëren van antwoordcategorieën niet vanzelfsprekend is. Deze kritiek is overigens eveneens van toepassing voor het toekennen van het Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevende personen (de vroegere Zorgverzekering).

## 1.2 Antwoord op onderzoeksvragen

De Vlaamse overheid wil met het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood de bijkomende niet-medische kosten ten gevolge van een verminderde zelfredzaamheid vergoeden voor ouderen met een beperkt inkomen. Om te komen tot onderbouwde afkappunten op de BelRAI Screener – onze centrale onderzoeksvraag – formuleren we eerst een antwoord op drie verwante deel onderzoeksvragen.

Ten eerste gaan we na of de bestaande forfaitaire vergoeding effectief (alle) niet-medische kosten dekt. Op basis van onze kostenstudie bij 648 Vlaamse ouderen stellen we vast dat de bestaande forfaitaire vergoeding voor het merendeel van de respondenten (alle) gerapporteerde niet-medische kosten dekt wanneer we veronderstellen dat iedereen recht heeft op het maximaal maandelijks bedrag voor zijn categorie. Deze maximale vergoeding wordt echter niet voor iedereen uitgekeerd. Het agentschap geeft in zijn jaarrapport aan dat de gemiddelde effectieve uitbetaalde zorgbudgetten per categorie een stukje lager liggen. Ook bij het rekenen met de maximale maandelijks financiering per categorie dekt de forfaitaire vergoeding echter niet voor alle respondenten alle gerapporteerde niet-medische kosten. Dit zijn vooral respondenten die momenteel recht hebben op Zorgbudget uit categorie 1 (op basis van de medisch-sociale schaal). Daarnaast stellen we vast dat de maandelijks tekorten dalen naarmate de maandelijks tegemoetkoming toeneemt. Opvallend is dat in totaal bij 27 van 46 respondenten meer dan 75% van de totale kosten bestaan uit kosten voor niet-medische hulp- en ondersteuningsmiddelen. Toch stellen we geen correlatie vast tussen deze hulpmiddelen (behalve voor huurprijs) en scores op de BelRAI Screener. Het gebruik maken van hulpmiddelen weegt niet noodzakelijk zwaarder door bij de inschaling. Dit zou een verklarende factor kunnen zijn voor het feit dat deze respondenten niet hoog scoren op de BelRAI Screener, maar wel kosten hebben voor duurzame hulpmiddelen.

De tweede onderzoeksvraag bevestigt dat de niet-medische kosten stijgen naarmate de zorgnood toeneemt, maar dit resultaat duidt er ook op dat er nog andere verklarende factoren zijn die een impact hebben op de nood aan een hogere tegemoetkoming buiten zorgnood (zowel gemeten aan de hand van de BelRAI Screener als de medisch-sociale schaal). De medisch-sociale schaal verklaarde maar 2,5% meer van variantie in niet-medische kosten. De BelRAI Screener doet het dus niet beter wat betreft de samenhang met de niet-medische kosten dan de medisch-sociale schaal.

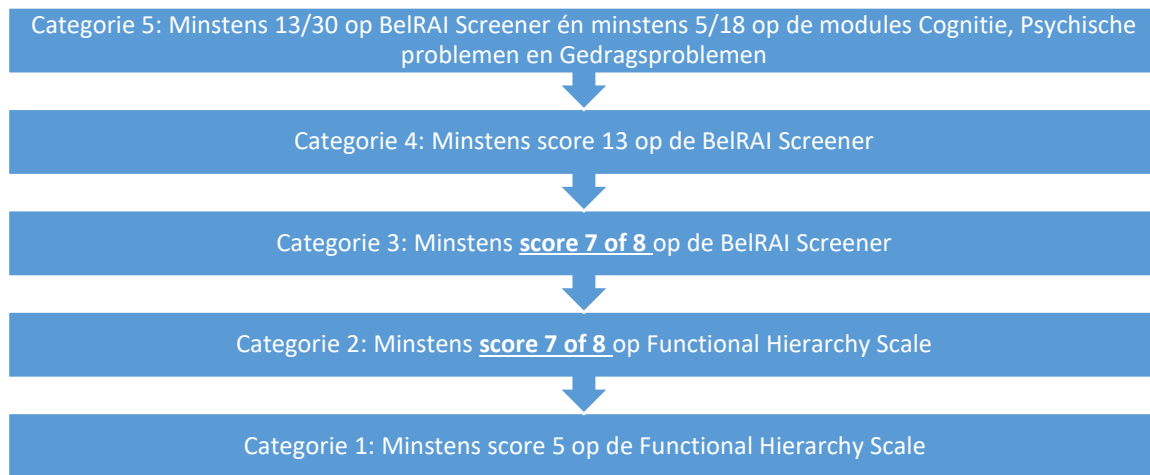
Met de derde onderzoeksvraag willen we nagaan welke elementen de hoogte van de niet-medische kosten verklaren. We concluderen dat de zorggraad maar een beperkte verklarende factor is voor de stijging van de niet-medische kosten. Nog andere factoren dan leeftijd, geslacht, samenstelling huishouden en totaal aantal uren mantelzorg per week hebben impact op de hoogte van de niet-medische kosten. Ook de medisch-sociale schaal verklaart maar een zeer beperkt deel van de niet-medische kosten in onze steekproef. Het Sociaal Supplement bij de Screener zou hier misschien een oplossing voor kunnen bieden, door na te gaan in welke mate de BelRAI Screener in combinatie met het Sociaal Supplement de verklaringskracht kan verhogen.

Op basis van de analyses stellen we vast dat de BelRAI-modules IADL, ADL en Gedrag een significant, maar zeer beperkt gedeelte van de verschillen in niet-medische kosten verklaren voor onze steekproef. Een vergelijking van de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten leert ons dat de 'Module 1: IADL' de grootste verklaringskracht heeft, gevolgd door 'Module 2: ADL' en 'Module 5: Gedragsproblemen'. De verklaringskracht van vooral de module gedrag is zeer zwak. Op basis van deze vaststellingen beantwoorden we onze centrale onderzoeksvraag en koppelen we de vijf categorieën die de huidige regelgeving voorziet, aan vijf afkappunten op de BelRAI Screener (zie Figuur 55):

- Categorie 5 (hoogste zorgbudget): Ouderen met een score van minstens 13 op 30 op de BelRAI Screener, in combinatie met minstens een 5 op 18 op de modules cognitie, psychische problemen en gedragsproblemen. Deze score duidt op een zeer zware en complexe zorgnood.
- Categorie 4: Ouderen met een score 13 op de BelRAI Screener. Een score van 13 wijst op een zware zorgnood en opent ook het recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.
- Categorie 3: Ouderen met een score 7 of 8 op de BelRAI Screener.
- Categorie 2: voor de laatste twee afkappunten voor categorie 1 en 2 maken we gebruik van de Functional Hierarchy Scale. Deze schaal laat toe om gradueel verlies van ouderen om ADL- en IADL-activiteiten uit te voeren op een betrouwbare manier te beoordelen met een score tussen 0 tot 11 (Morris et al, 2013). We stelden vast dat 63% van de respondenten in de steekproef een score van 8 of meer behalen op de Functional Hierarchy Scale. Het verschil tussen een score 7 en 8 zit in de mate dat men nog in staat is om ADL-activiteiten uit te voeren. Een score 7 linken we aan een score 1 of 2 op ADL Hierarchy Scale, terwijl een score 8 enkel mogelijk is vanaf een score 3 op de ADL Hierarchy Scale. Deze score geeft aan dat er minimaal 'uitgebreide hulp' nodig is bij activiteiten die we linken aan persoonlijke hygiëne en het toiletgebruik (en er is enige hulp vereist bij het eten en het zich verplaatsen). Voor een score 7 moet men dus minder zorgbehoevend zijn. Een score 7 of 8 op de Functional Hierarchy Scale als beginnend afkappunt zou te veel zorgbehoevende respondenten die nu het zorgbudget ontvangen een uitkering ontzeggen. Daarom linken we één van deze potentiële afkappunten aan categorie 2.
- Categorie 1: We gaven aan dat inhoudelijk score 5 een interessant afkappunt is omdat scores lager dan 5 duiden op weinig of geen nood aan ondersteuning bij ADL-activiteiten. Hun beginnende zorgnood situeert zich vooral op het vlak van IADL-activiteiten. Een score van minder dan 5 op de Functional Hierarchy Scale wijst dus op een beperkte beginnende zorgnood.

Voor het afkappunt dat we linken aan categorie 2 en 3 zijn er twee scenario's mogelijk. Voor beide scenario's gingen we na wat de impact zou zijn op verdeling in de huidige steekproef. Een afkappunt 7 op de Functional Hierarchy Scale voor categorie 2 en de BelRAI Screener voor categorie 3 zorgt ervoor dat er zeer veel respondenten in categorie 3 vallen en een zeer beperkt aantal respondenten in categorie 2. Een afkappunt 8 op zowel de Functional Hierarchy Scale voor categorie 2 als de BelRAI Screener voor categorie 3 verdeelt nog steeds de grootste groep respondenten in categorie 3 maar minder extreem als met de twee scores op 7. Het aantal respondenten in categorie 1 en 2 zou gelijkaardig zijn, terwijl met afkappunt 7 op de Functional Hierarchy Scale voor categorie 2 en de BelRAI Screener voor categorie 3, categorie 1 bijna dubbel zo groot wordt als categorie 2. We pasten de voorgestelde scenario's ook toe op de beschikbare data van Protocol 3 en het pilootproject BelRAI Screener - regio Dendermonde. Geen van beide steekproeven kunnen we classificeren als een representatief staal van de populatie die het zorgbudget vandaag de dag ontvangt. Voor zowel de data van Protocol III als Dendermonde zien we dat met scenario 2 meer personen met cognitieve problemen toch nog recht hebben op het zorgbudget indien ze ook IADL en ADL-noden hebben dan in scenario 1.





Figuur 55 Overzicht potentiële afkappunten voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood

## 2 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande bevindingen komen we tot vijf aanbevelingen.

**Aanbeveling 1:** De BelRAI Screener meet wel de basale en de instrumentele ADL, maar niet of onvoldoende de geavanceerde ADL. Het Sociaal Supplement dat wordt ontwikkeld bij de BelRAI Screener en bij andere BelRAI-instrumenten meet de geavanceerde ADL echter wel en gaat dieper in op de beoordeling van de woonomgeving, maatschappelijke participatie, psychosociaal welzijn en informele zorg en steun. Met de combinatie BelRAI Screener - BelRAI Sociaal Supplement wordt wellicht wel afdoende zelfredzaamheid gemeten. In tegenstelling tot bij de medisch-sociale schaal gebeurt dat ook op een gestructureerde en gevalideerde manier. We adviseren daarom, in een vervolgonderzoek na te gaan welke elementen uit het sociaal supplement een bijdrage leveren in het verklaren van verminderde zelfredzaamheid. In dit vervolgonderzoek raden we ook aan om nieuwe aanvragen en/of bij aanvragen tot herziening van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood het sociaal supplement, de BelRAI Screener en de medisch-sociale schaal in te schalen.

**Aanbeveling 2:** Vierentwintig procent van de personen die recht hebben op een zorgbudget verblijft in een residentiële voorziening en werden niet mee opgenomen in bevraging. De niet-medische kosten in een residentiële voorziening zijn moeilijk te achterhalen en bestaan wellicht uit de eigen bijdrage die in de voorziening betaald moet worden. We kunnen onze resultaten dus niet veralgemenen naar ouderen die verblijven in een residentiële setting. Bij het inschalen van een BelRAI Screener moeten ook IADL-items gescoord worden. Deze zijn hier in principe niet van toepassing omdat de uitvoering van deze activiteiten gewoonlijk door het woonzorgcentrum worden opgenomen. Een correcte inschaling op de IADL-items is echter wel nodig om het correcte afkappunt te bepalen op de BelRAI Screener. Bij één van de drie andere zorgbudgetten, het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, opent<sup>47</sup> het verblijf in een erkend woonzorgcentrum (WZC), rust- en verzorgingstehuis (RVT) of psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) in Vlaanderen of Brussel, het recht op dit zorgbudget. In tegenstelling tot het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, bestaat het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood niet uit één vast

<sup>47</sup> Een verblijfsattest van de residentiële zorgvoorziening is het bewijs van zorgbehoefte.

bedrag, maar uit meerdere categorieën met verschillende bedragen. Het recht op een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood enkel koppelen aan een verblijfsattest is dan niet mogelijk indien men het onderscheid in categorieën wenst te behouden.

De vraag is of we voor personen in woonzorgcentra aan de idee moeten blijven vasthouden dat een hogere zorgzwaarte leidt tot hogere kosten, omdat de dagprijs voor iedereen in een woonzorgcentrum gelijk blijft, ongeacht zijn zorgbehoefte. Een hogere bijdrage krijgen omdat het inkomen lager is, is dan logischer vanuit de idee dat het zorgbudget bedoeld is voor ouderen met een zorgnood die financieel kwetsbaar zijn. Hun verblijf in een woonzorgcentrum wijst op een zorgnood, hun beperkt inkomen wijst op een financiële kwetsbaarheid die gecompenseerd moet worden. Hierbij komt de financiële draagkracht van bewoners meer op de voorgrond.

Indien we toch blijven vasthouden aan de idee dat een zwaardere zorgbehoefte recht moet geven op een hogere tegemoetkoming (aansluitend bij het decreet Vlaamse sociale bescherming dat de nadruk legt op persoonsvolgende financiering), dan moeten we ook hier de zorgbehoefte op correcte manier kunnen meten. Zoals reeds aangegeven zijn de IADL-items in principe niet van toepassing in woonzorgcentra omdat de uitvoering van deze activiteiten gewoonlijk door het woonzorgcentrum worden opgenomen. Daarom stellen we voor om na te gaan of we het recht op een bepaalde categorie van het zorgbudget kunnen linken aan bepaalde zorgzwaartecategorieën (RUG - Resource Utilization Groups). Aan de hand van een indicatiestelling via BelRAI LCTF kunnen we in de toekomst elk individu via een bestaand algoritme linken aan een bepaalde zorgzwaartecategorie. Via het Consortium BelRAI LCTF zullen er over een periode van twee jaar 3500 inschalingen in de participerende Vlaamse woonzorgcentra verzameld worden om na te gaan of de bestaande algoritmes – om bewoners te linken aan zorgzwaartecategorieën - ook van toepassing zijn in Vlaanderen. Indien we van deze bewoners ook hun categorie van het zorgbudget weten, kunnen we nagaan welke koppelingen mogelijk zijn tussen de zorgzwaartecategorieën die we zullen onderscheiden en de categorieën van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. Op die manier komen we ook te weten wie met de medisch-sociale schaal niet en met de BelRAI Screener wel in aanmerking komt.

**Aanbeveling 3:** Het is aangewezen om in een onderzoek na te gaan of ‘moeite’ doen op een gevalideerde manier een onderdeel kan zijn van ‘Module 1: IADL’ en ‘Module 2: ADL’ naast de reeds bestaande antwoordmogelijkheden die pijlen naar de uitvoering (zelf doen) en de mogelijkheden (zelf kunnen doen) van cliënten. Dit item zou dan ook een impact kunnen hebben op de totaalscore op de BelRAI Screener. Op deze manier vermijden we dat mensen die veel moeite doen om een activiteit zelf uit te voeren, hiervoor financieel gestraft worden.

**Aanbeveling 4:** We hebben met dit onderzoek geen zicht op wie hoog genoeg zou scoren op de BelRAI Screener, maar omwille van een te hoog inkomen toch geen recht heeft. De inkomensgrenzen zijn relatief laag, terwijl de kosten wel oplopen naarmate de functioneringsproblemen stijgen. We stellen immers vast dat 115 van 648 respondenten aangeven niet-medische hulp te beperken omwille van financiële redenen. Het lijkt er ook op dat deze respondenten mogelijk hun vrij besteedbaar budget gebruiken om te voorzien in hun meest prioritaire noden en dit dus niet kunnen aanwenden voor hun niet-medische kosten. Ook Op de Beeck et al. (2018), die in hun onderzoek focussen op een ander

zorgbudget binnen de Vlaamse sociale bescherming met name het BasisOndersteuningsBudget (BOB)<sup>48</sup>, stellen vast dat er af en toe toch personen zijn die het vrij besteedbaar deel gebruiken om te voorzien in hun meest prioritaire noden en dit vooral bij personen met een lager inkomen. Dit zou ook voor bepaalde gevallen in onze steekproef het geval kunnen zijn. Wij stellen daarom voor om de gevolgen van die inkomensgrenzen ook opnieuw te bekijken en ze eventueel naar boven aan te passen. We raden aan om ook de knelpunten te bekijken en de bestaande onrechtvaardigheden in het inkomensonderzoek dat de toegang tot het zorgbudget mee bepaalt<sup>49</sup>. We denken hierbij onder meer aan het al dan niet verkopen van de eigen woning.

**Aanbeveling 5:** Monitor, als overheid, bij de invoering van de nieuwe regeling het eerste jaar goed de veranderingen die de nieuwe regeling met zich meebrengt, zowel wat de rechtvaardigheid van de toekenning betreft, als wat betreft de budgettaire impact van de nieuwe regeling.

---

<sup>48</sup> Vrij besteedbaar zorgbudget voor zorg en ondersteuning richt zich op personen met een handicap (<http://www.vlaamsoecialebescherming.be/zorgbudget-voor-mensen-met-een-handicap>)

<sup>49</sup> <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/wat-denken-we/welzijn-zorg/advies-20184-over-de-knelpunten-het-inkomensonderzoek-van-het-zorgbudget>



## Referenties

- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (2017). Jaarverslag 2017. Geraadpleegd via: [http://www.vlaamsoesocialebescherming.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20VSB%202017\\_0.pdf](http://www.vlaamsoesocialebescherming.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20VSB%202017_0.pdf)
- Aplin, T., de Jonge, D., & Gustafsson, L. (2013). Understanding the dimensions of home that impact on home modification decision making. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(2), 101-109.
- Bootsma-Van Der Wiel, A., Van Exel, E., De Craen, A. J. M., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., Knook, D. L., & Westendorp, R. G. J. (2002). A high response is not essential to prevent selection bias: results from the Leiden 85-plus study. *Journal of clinical epidemiology*, 55(11), 1119-1125.
- Boschmans, K. (2015). Zorg Proeftuin Vlaanderen: 'The proof of the pudding is in the eating'?. *Geron*, 17(3), 40-43.
- Bredewold, F. H., Duyvendak, J. W., Kampen, T. G., Tonkens, E. H., & Verplanke, L. H. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt.*
- Bronselaer, J., Demeyer, B., Vandezande, V., & Boer, L. V. (2018). *Wat weten we (niet) over informele zorg in Vlaanderen?*
- Bronselaer, J., Festraets, D., Moons, D., Vandezande, V. (2017). *Het economisch welzijn en de economische waarde van Vlaamse mantelzorgers.*
- Burger, H., & Holtman, G. (2016). De ROC-curve. *Huisarts en wetenschap*, 59(5), 199-199.
- Challiner, Y., Carpenter, G.I., Potter, J., Maxwell, C. (2003). Performance indicators for hospital services for older people. *Age and Ageing*, 32(3), 343-346.
- De Almeida Mello, J., Vermeulen, B., Declercq, A. (2016). *Project Vlaamse Sociale Bescherming - Vergelijkend onderzoek van cliënten in de thuiszorg en residentiële zorg.*
- De Klerk, M. M., Huijsman, R., & McDonnell, J. (1997). The use of technical aids by elderly persons in the Netherlands: An application of the Andersen and Newman model. *The Gerontologist*, 37(3), 365-373.
- de Meijer, C., Brouwer, W., Koopmanschap, M., van den Berg, B., & van Exel, J. (2010). The value of informal care—a further investigation of the feasibility of contingent valuation in informal caregivers. *Health economics*, 19(7), 755-771.
- De Neels, A. (2015). De houding van onze zestig plussers ten aanzien van woningaanpassing. Een positief of negatief verhaal?, HoGent. Geraadpleegd via <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/sites/default/files/downloads/2018-03/Annouk%20abstract%20masterproef%20-%20woningaanpassingen.pdf>
- Dedry, A. (2001), *Mantelzorgers, doorbloeiërs in het zorglandschap*. Leuven: VZW Ons Zorgnetwerk.
- Devi, J. (2018). The scales of functional assessment of Activities of Daily Living in geriatrics. *Age and Ageing*, 47 (4), 500–502.
- Faria, R., Weatherly, H., & van den Berg, B. (2012). A review of approaches to measure and monetarily value informal care. *Unit Costs Health Soc Care* 2012, 22-31.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (And sex, drugs and rock 'n' roll)*. London: SAGE Publications.

- Frenier, I., & Beirnaert, A. (2016). Aangepast langer thuis wonen, een optie?. In *kostprijvergelijking woonvormen voor ouderen*, Date: 2016/01/22-2016/01/12, Location: Vives. Vives; Vives.
- Hakkaart-van Roijen L, Van der Linden N, Bouwmans CAM, Kanters TA, Tan SS (2015). *Kostenhandleiding. Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. Zorginstituut Nederland. Geactualiseerde versie.
- Heymans, S., & Molleman, C. (2013). Het VAPH Zorgzwaarte-instrument: een voorstelling. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 37, 17-26.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (1988). *Applied statistics for the behavioral sciences*.
- Hoaglin, D. C., & Iglewicz, B. (1987). Fine-tuning some resistant rules for outlier labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 82(400), 1147-1149.
- Hoefman RJ, Van Exel NJA, Brouwer WBF. iMTA Valuation of Informal Care Questionnaire (iVICQ). Version 1.0 (December 2011). Rotterdam: iBMG / iMTA, 2011. [retrieved from [www.bmg.eur.nl/english/imta/publications/manuals\\_questionnaires/](http://www.bmg.eur.nl/english/imta/publications/manuals_questionnaires/) on dd/mm/yyyy]
- Hoefman, R. J., Van Exel, N. J. A., & Brouwer, W. B. F. (2013). iMTA Valuation of Informal Care Questionnaire (iVICQ). Version 1.1 (May 2013). Rotterdam: iBMG/iMTA, 2013.
- InterRAI. (July 2016). New Outcomes Measures For Home Care and Community Health Assessments: Geraadpleegd via: <https://www.interrai.co.nz/assets/Documents/ESS-Information-for-Assessors/New-Outcomes-Measures-for-HC-and-CH-assessments.pdf>
- Janssens, W., De Pelsmacker, P., Wijnen, K., & Van Kenhove, P. (2008). *Marketing research with SPSS*. Pearson Education.
- Katz, S. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biologic and psychologic function. *JaMa*, 185, 94-99.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). EVANNE JURATOVAC. *Journal of the American medical association*, 185, 914-919.
- Landi, F., Tua, E., Onder, G., Carrara, B., Scadari, A., Rinaldi, C., Gambassi, G., Lattanzio, F., Bernabei, R. (2000). Minimum Data Set for Home Care. A Valid Instrument to Assess Frail Older People Living in the Community. *Medical Care*, 38(12), 1184-1190.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, 9(3\_Part\_1), 179-186.
- Lo, A. X., Donnelly, J. P., McGwin Jr, G., Bittner, V., Ahmed, A., & Brown, C. J. (2015). Impact of gait speed and instrumental activities of daily living on all-cause mortality in adults  $\geq$  65 years with heart failure. *The American journal of cardiology*, 115(6), 797-801.
- Morris, J. N., Berg, K., Fries, B. E., Steel, K., & Howard, E. P. (2013). Scaling functional status within the interRAI suite of assessment instruments. *BMC geriatrics*, 13(1), 128.
- Morrison, R. L., Stokes, S. L., Burton, J., Caruso, A., Edwards, K. K., Harley, D., ... & Proudfoot, S. (2008). Writing and Revising Questionnaire Design Guidelines. *US Census Bureau*.
- Neels, K. (2016). *Inleiding multivariate analyse*. Leuven: Acco.

- Njegovan, V., Man-Son-Hing, M., Mitchell, S. L., & Molnar, F. J. (2001). The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(10), M638-M643.
- Op de Beeck, L., Schepers, W., Van Regenmortel, T. (2018). Inzet van het vrij besteedbaar gedeelte van het persoonsvolgend budget voor personen met een handicap.
- Pacolet, J., De Coninck, A., Hedebouw, G., Cabus, S., & Spruytte, N. (2011). *De medische en niet-medische kosten van kankerpatiënten*.
- Pacolet, J., Hedebouw, G., & Misplon, S. (1999). Kostprijs en inzet van middelen voor de zorg van personen met dementie'. F. Buntinx, O. Fontaine J. De Lepeleire M. Ylieff (ed.), *Qualidem eindverslag, 2002*.
- Pacolet, J., Merckx, S., Spruytte, N., & Cabus, S. (2010). Naar een verbeterde tenlasteneming van de kosten van niet-medische zorg thuis. Leuven: HIVA.
- Pacolet, J., Spruytte, N., & Merckx, S. (2008). Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoeftige zieken thuis: belang van de Vlaamse Zorgverzekering. HIVA.
- Pepe, M. S. (2003). The statistical evaluation of medical tests for classification and prediction. *Medicine*.
- Reuben D.B., Laliberte L., Hiris, J., et al. (1990). A hierarchal exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatrics Society*; 38: 855-861.
- Schisterman EF, Perkins NJ, Liu A, Bondell H. Optimal cut-point and its corresponding Youden index to discriminate individuals using pooled blood samples. *Epidemiology*. 2005 Jan;16(1):73-81.
- Simonsick, E. M., Maffeo, C. E., Rogers, S. K., Skinner, E. A., Davis, D., Guralnik, J. M., & Fried, L. P. (1997). Methodology and feasibility of a home-based examination in disabled older women: the Women's Health and Aging Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 52(5), M264-M274.
- Spector, W. D., Katz, S., Murphy, J. B., & Fulton, J. P. (1987). The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of chronic diseases*, 40(6), 481-489.
- Stoeckel, K. J. (2011). The role of home environments in residential adjustment decision making in later life.
- Tabbarah, M., Silverstein, M., & Seeman, T. (2000). A health and demographic profile of non-institutionalized older Americans residing in environments with home modifications. *Journal of aging and health*, 12(2), 204-228.
- Tan, S. S., Bouwmans-Frijters, C. A., & Hakkaart-van Roijen, L. (2012). Handleiding voor kostenonderzoek: methoden en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90(6), 367-372.
- Tilburg University [Website] (z.j.). SPSS: Correlaties. Geraadpleegd op augustus 2018 via <https://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/studie/colleges/spsshelpdesk/edesk/correlat/dag>
- van Lier, L. I., van der Roest, H. G., van Hout, H. P., Van Eenoo, L., Declercq, A., Garms-Homolová, V., ... & Bosmans, J. E. (2016). Convergent validity of the interRAI-HC for societal costs estimates in comparison with the RUD Lite instrument in community dwelling older adults. *BMC health services research*, 16(1), 440.

- Vermeulen, B., & Declercq, A. (2016). Gebruik van BelRAI Screener in plaats van medisch-sociale schaal voor Tegemoetkoming voor Hulp Aan Bejaarden. Leuven: Lucas.
- Vermeulen, B., Van Der Niet, M., Demaerschalk, E., Van Audenhove, Ch., Hermans, K. (2012). *HANDILAB - Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen*.
- Vermeulen, B., Van Eenoo, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). *Naar een getrappt gebruik van de BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven: Lucas.
- Verschure, H.: een veelzijdig mens. in G. Schrijvers & J. M. Boot (Eds.), 1950-2000, *Een halve eeuw gezondheidszorg* (pp. 9-54). Lochem: De tijdstroom.
- Vernimmen, B., Taelman, M., Brusselaers, W. namens het consortium, opgericht ter uitvoering van het MB van 11 december 2015 houdende de toekenning van een subsidie aan de koepelorganisaties ouderenzorg, gezinszorg en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen voor de implementatie van het gebruik van de BelRAI Screener in de kleinstedelijke regio Dendermonde. (2018). *Pilootproject BelRAI Screener – Eindrapport*.
- Vollenga, I., Duijnste, M., Tielen, L., & Keesom, Y. (2001). *Mantelzorg van morgen. Een verkenning van toekomstbeelden*. NIZW: Utrecht.
- Zweig, M. H., & Campbell, G. (1993). Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical chemistry*, 39(4), 561-577.



## **Bijlagen**

|                   |            |
|-------------------|------------|
| <b>Bijlage 1</b>  | <b>139</b> |
| <b>Bijlage 2</b>  | <b>141</b> |
| <b>Bijlage 3</b>  | <b>143</b> |
| <b>Bijlage 4</b>  | <b>151</b> |
| <b>Bijlage 5</b>  | <b>155</b> |
| <b>Bijlage 6</b>  | <b>157</b> |
| <b>Bijlage 7</b>  | <b>161</b> |
| <b>Bijlage 8</b>  | <b>163</b> |
| <b>Bijlage 9</b>  | <b>165</b> |
| <b>Bijlage 10</b> | <b>167</b> |
| <b>Bijlage 11</b> | <b>169</b> |
| <b>Bijlage 12</b> | <b>171</b> |
| <b>Bijlage 13</b> | <b>177</b> |
| <b>Bijlage 14</b> | <b>183</b> |
| <b>Bijlage 15</b> | <b>189</b> |
| <b>Bijlage 16</b> | <b>195</b> |
| <b>Bijlage 17</b> | <b>197</b> |
| <b>Bijlage 18</b> | <b>199</b> |



## **Bijlage 1**

De vragenlijst kan per mail aangevraagd worden via [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)



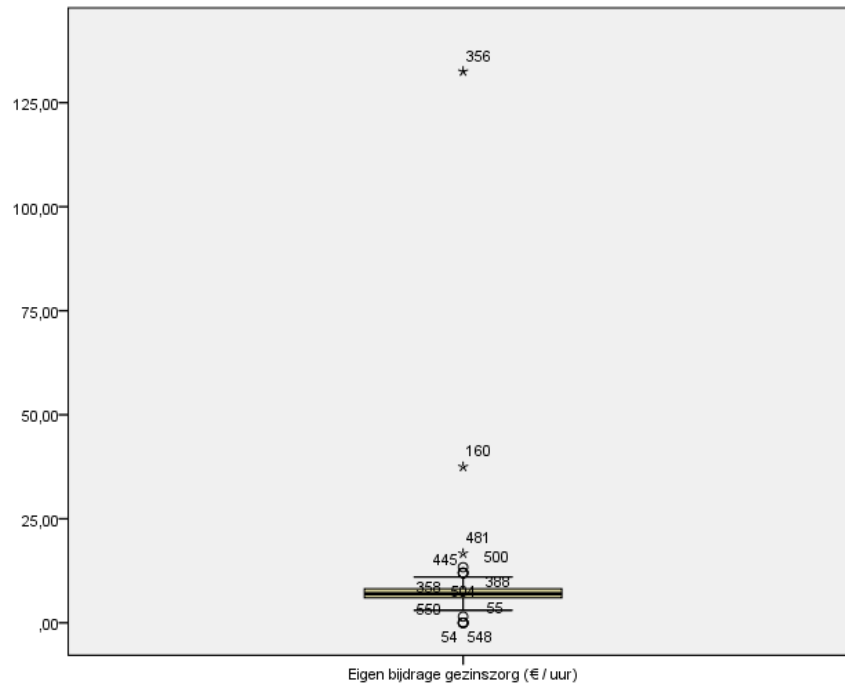
## Bijlage 2

Tabel 61 Overzicht initiële en uiteindelijke tijdseenheid van de opgenomen kosten variabelen

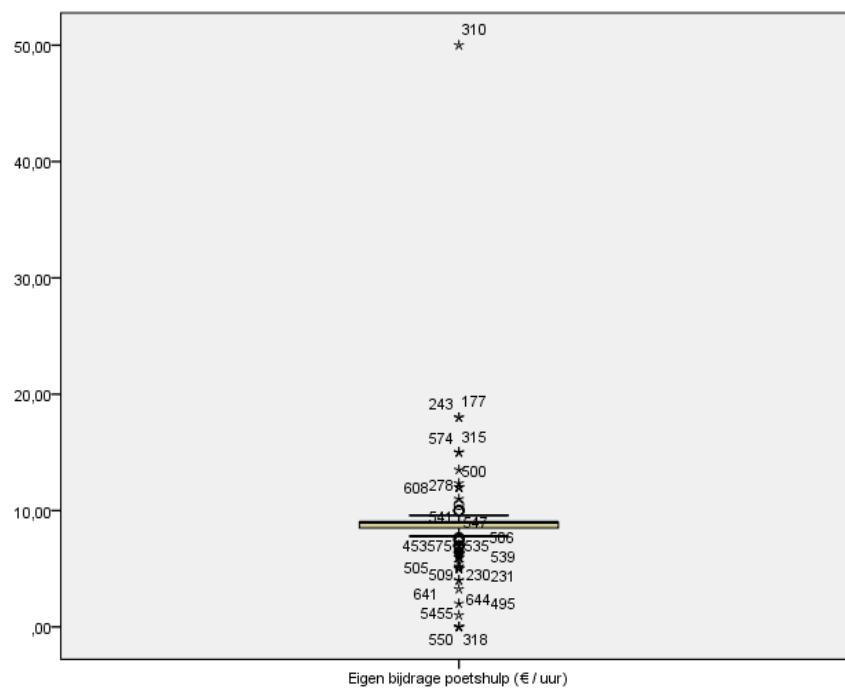
| Variabele                                     | Initiële tijdseenheid                                 | Uiteindelijke tijdseenheid |
|---|---|----------------------------|
| Mantelzorg                                    | <i>Uren een 'gewone' week</i>                         | <i>Uren per maand</i>      |
| Vrijwilligers                                 | <i>Kost/maand</i>                                     | <i>Kost/maand</i>          |
| Niet-medische hulp                            |   |                            |
| Gezinszorg                                    | <i>Uur/week</i>                                       | <i>Uren per maand</i>      |
| Poetshulp                                     | <i>Uur/week</i>                                       | <i>Uren per maand</i>      |
| Klusjesdienst                                 | <i>Uur/week</i>                                       | <i>Uren per maand</i>      |
| Oppasdienst (overdag)                         | <i>Uur/week</i>                                       | <i>Uren per maand</i>      |
| Oppasdienst ('s nachts)                       | <i>Uur/week</i>                                       | <i>Uren per maand</i>      |
| Boodschappendienst                            | <i>Uur/week</i>                                       | <i>Uren per maand</i>      |
| Residentiële opvang                           | <i>Dagen/jaar</i>                                     | <i>Dagen/maand</i>         |
| Personenalarm                                 | <i>Kost/maand</i>                                     | <i>Kost/maand</i>          |
| Maaltijden aan huis                           | <i>Dagen/week</i>                                     | <i>Dagen/maand</i>         |
| Dagcentrum                                    | <i>Dagen/week</i>                                     | <i>Dagen/maand</i>         |
| Bijkomende vervoerskosten                     | <i>Kost/maand</i>                                     | <i>Kost/maand</i>          |
| Andere  | -   | -                          |
| Niet-medische hulp- & ondersteuningsmiddelen  |   |                            |
| Dieetvoeding                                  | <i>Kost/maand</i>                                     | <i>Kost/maand</i>          |
| Kosten voor incontinentie                     | <i>Kost/maand</i>                                     | <i>Kost/maand</i>          |
| Duurzame hulpmiddelen                         | A. <i>Éénmalige kost aankoop in afgelopen 10 jaar</i> |                            |
|   | B. <i>Onderhoudskost/jaar</i>                         | <i>Kost/maand</i>          |
|   | C. <i>Huurprijs hulpmiddelen/maand</i>                | <i>Kost/maand</i>          |
| Woningaanpassingen                            | <i>Éénmalige kost aankoop in de afgelopen 10 jaar</i> |                            |
| Meerkosten o.w.v. verminderde zelfredzaamheid | <i>Kost/maand</i>                                     | <i>Kost/maand</i>          |



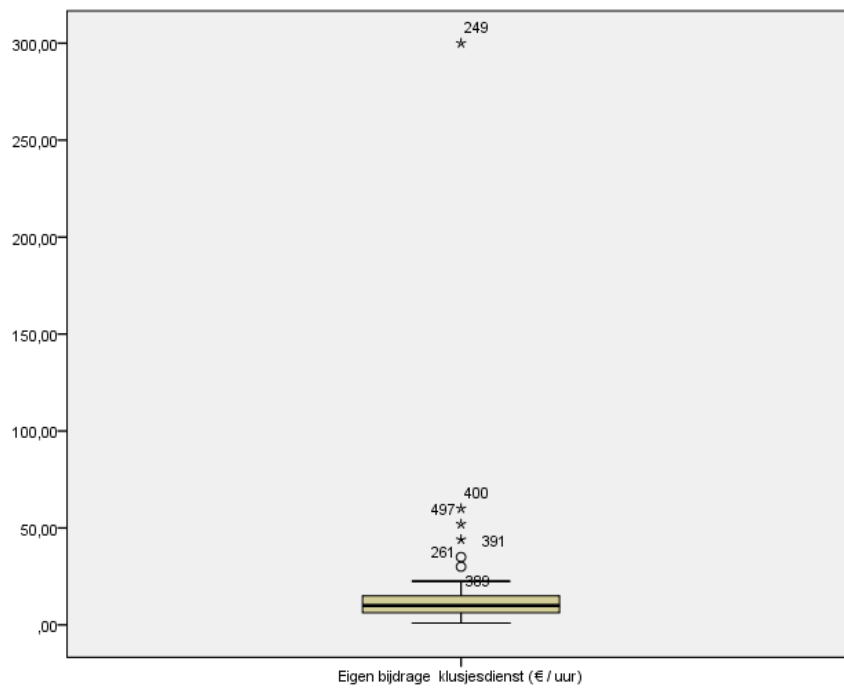
## Bijlage 3



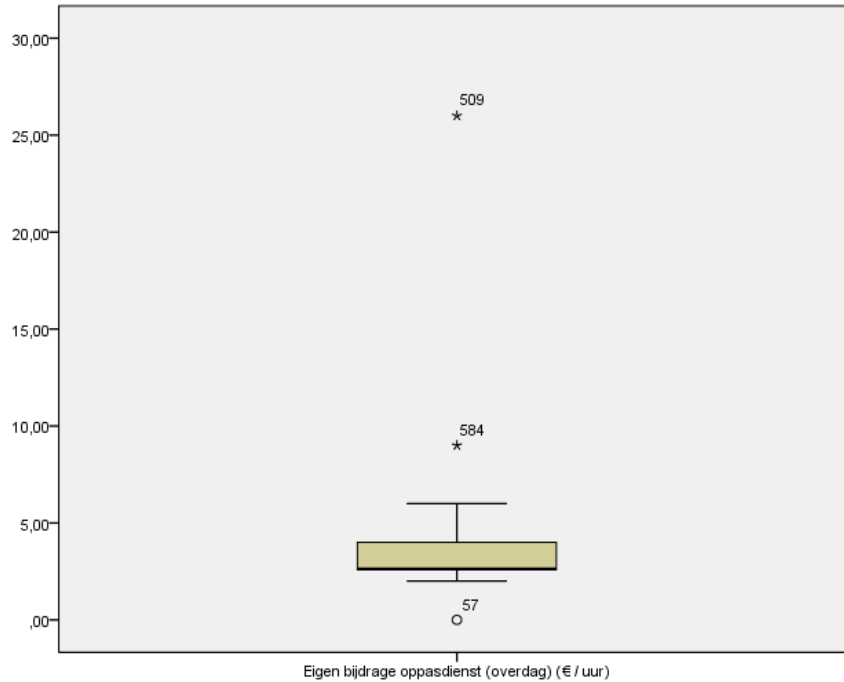
Figuur 56 Boxplot eigen bijdrage gezinszorg



Figuur 57 Boxplot Eigen bijdrage poetshulp

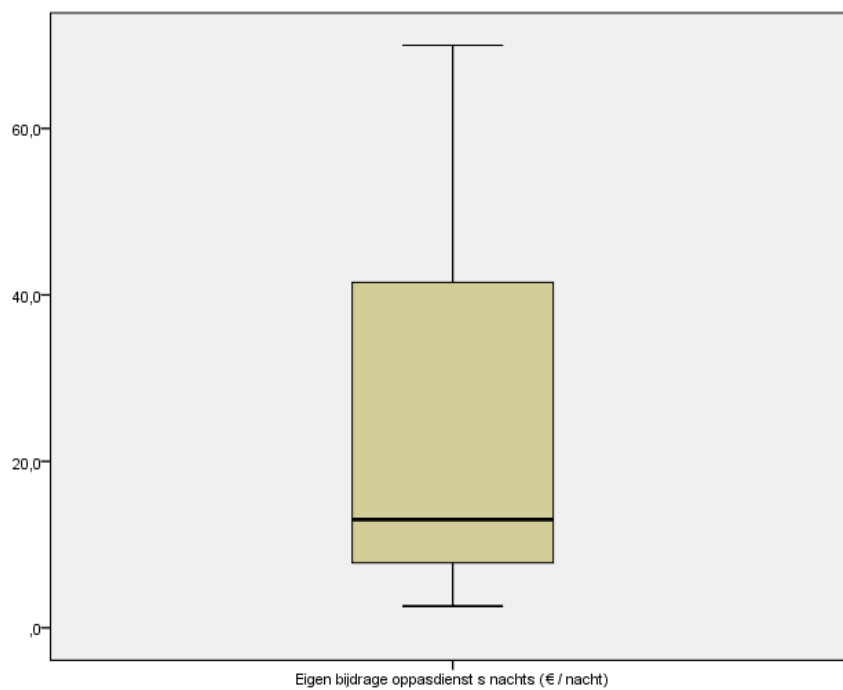


Figuur 58 Boxplot Eigen bijdrage klusjesdienst

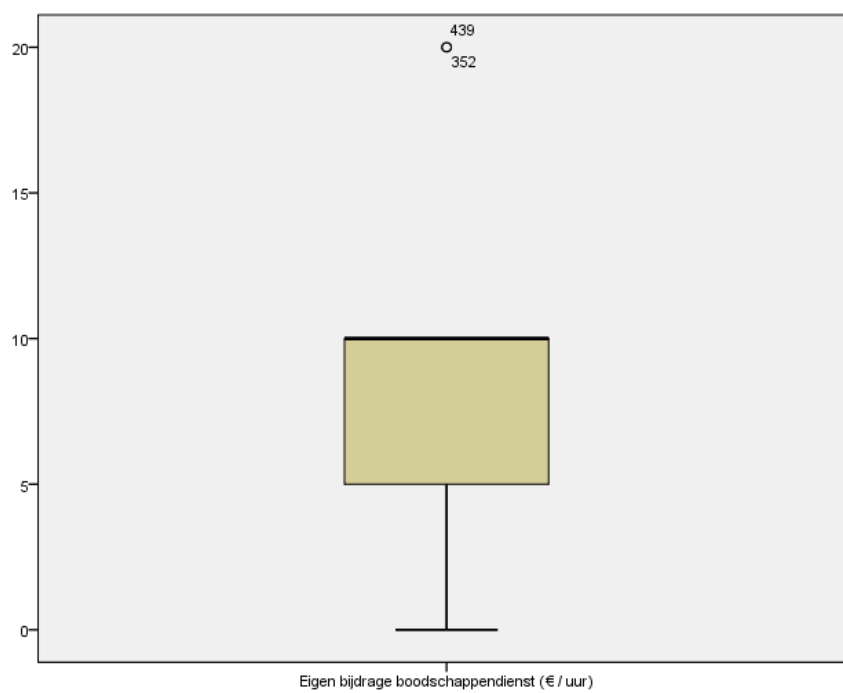


Figuur 59 Boxplot Eigen bijdrage oppasdienst (overdag)

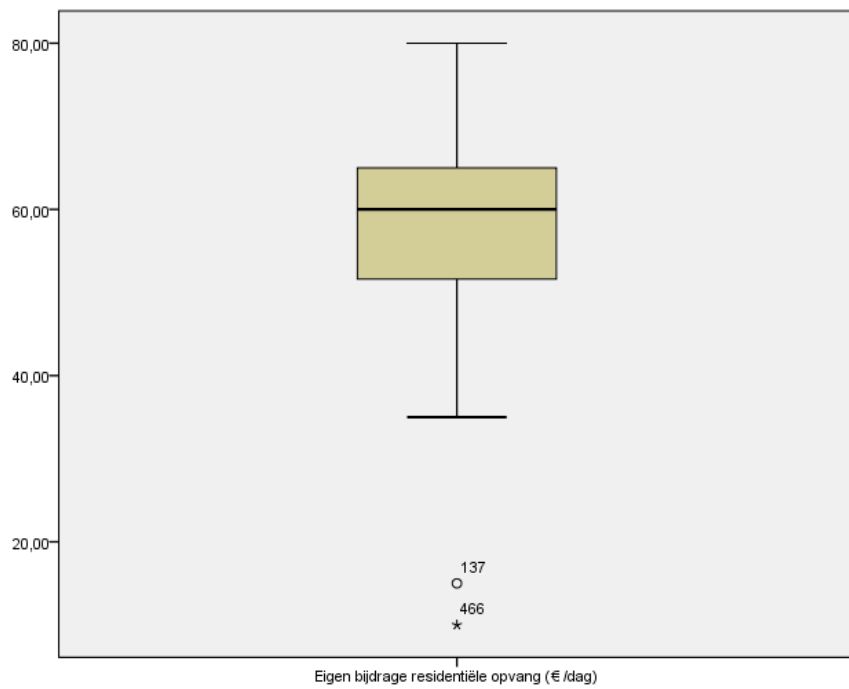




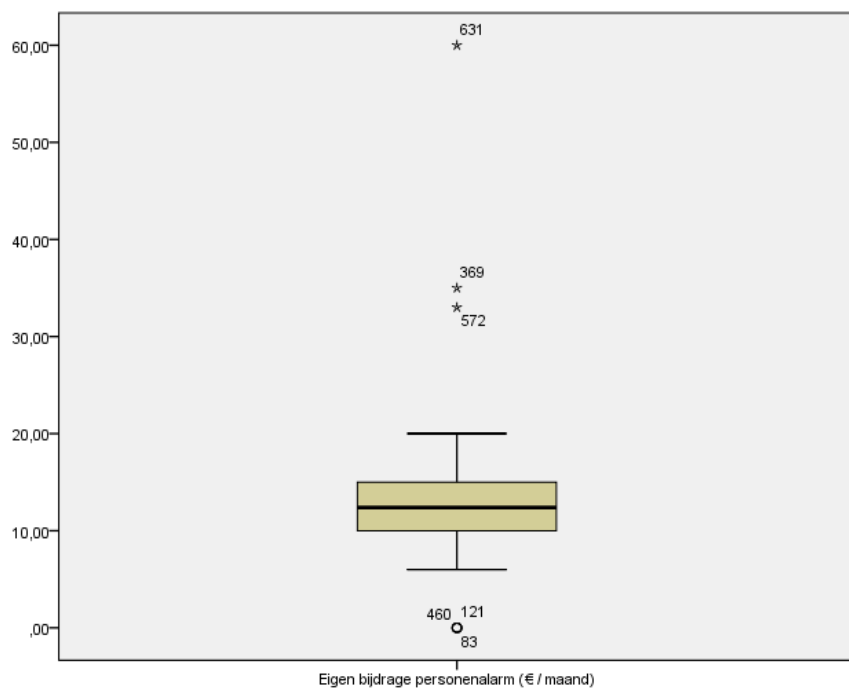
Figuur 60 Boxplot eigen bijdrage oppasdienst ('s nachts)



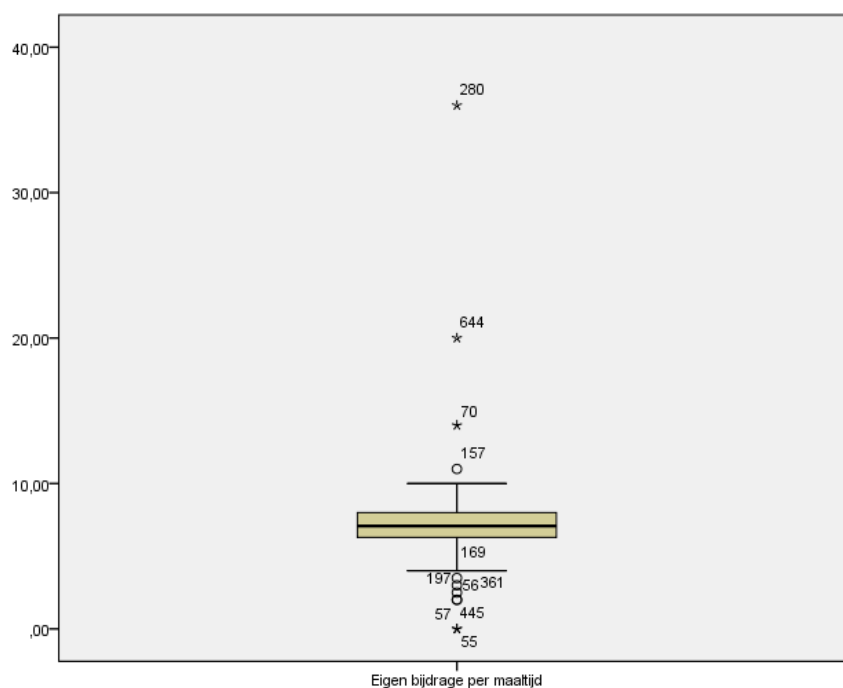
Figuur 61 Boxplot eigen bijdrage boodschappendienst per uur



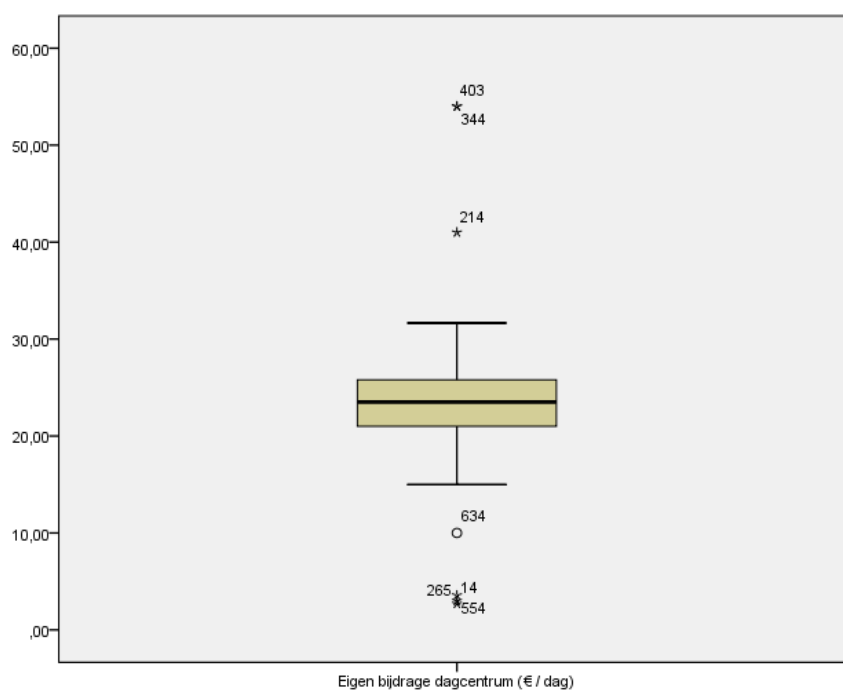
Figuur 62 Boxplot eigen bijdrage residentiële opvang per dag



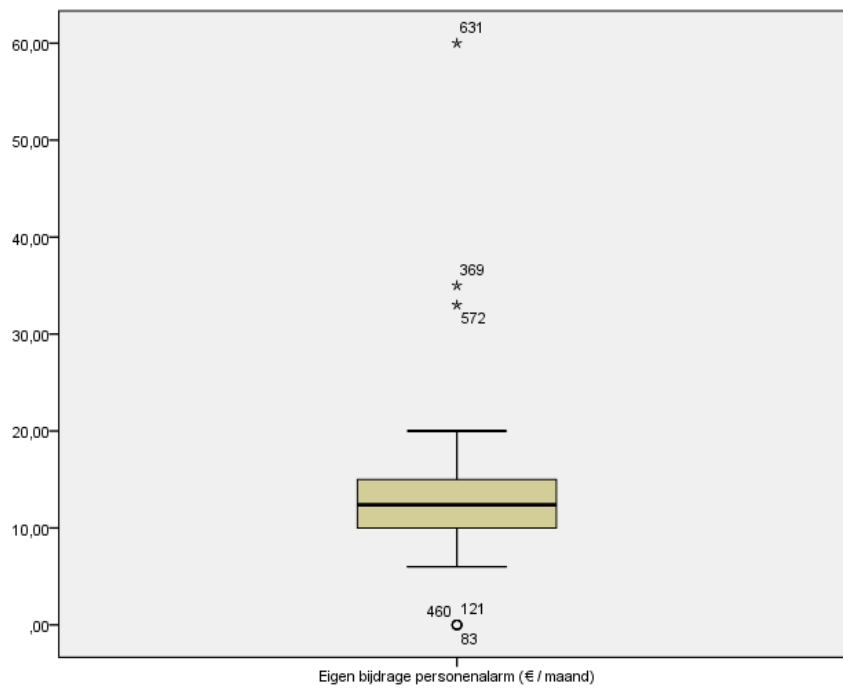
Figuur 63 Boxplot eigen bijdrage personaalalarm per maand



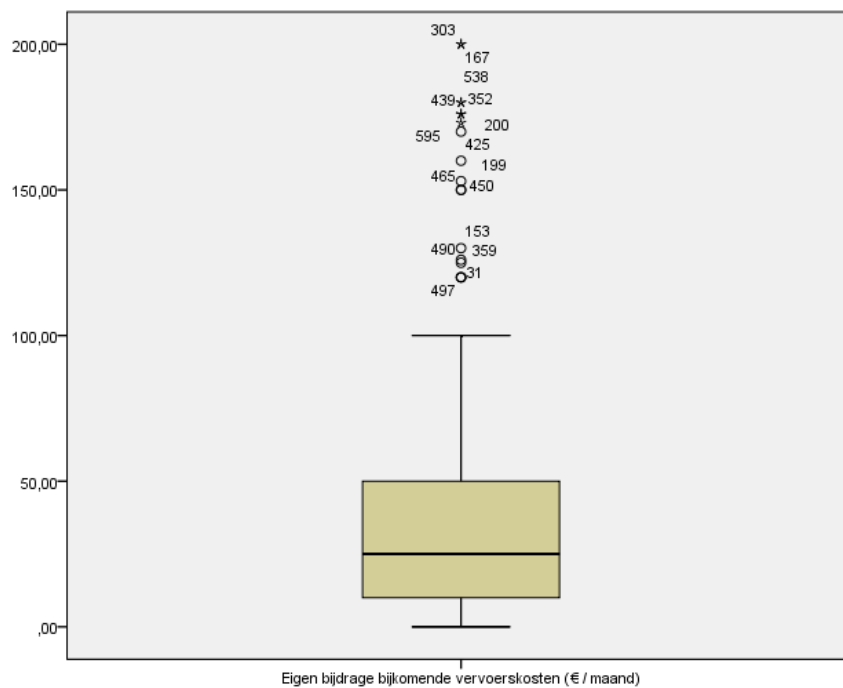
Figuur 64 Boxplot eigen bijdrage per maaltijd



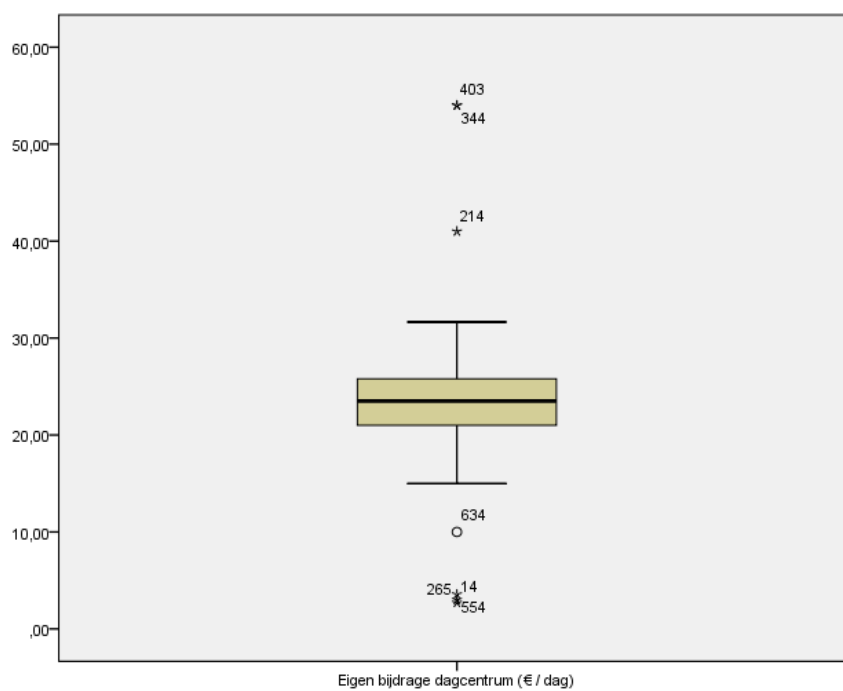
Figuur 65 Boxplot eigen bijdrage dagcentrum per dag



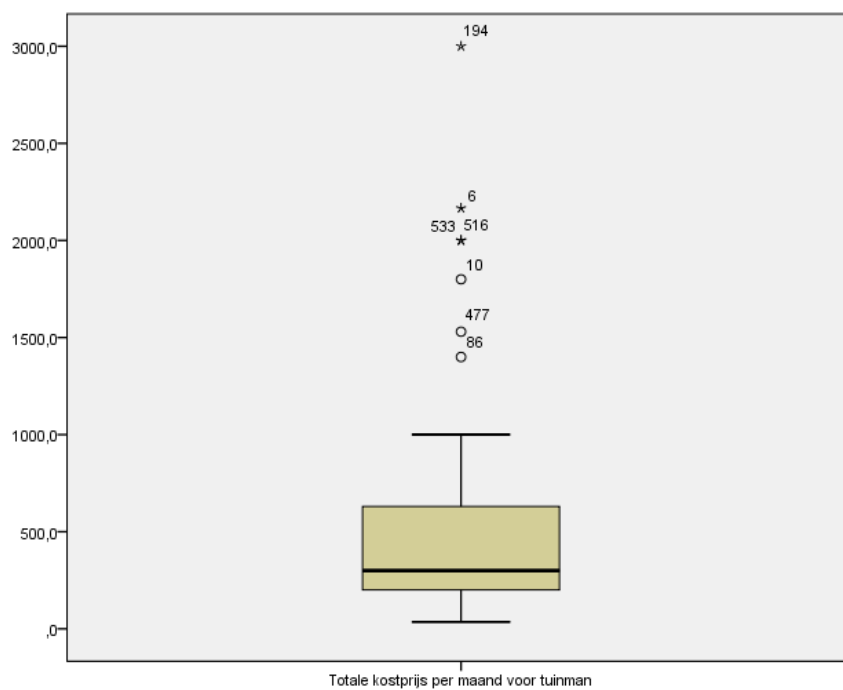
Figuur 66 Boxplot eigen bijdrage personalarm per maand



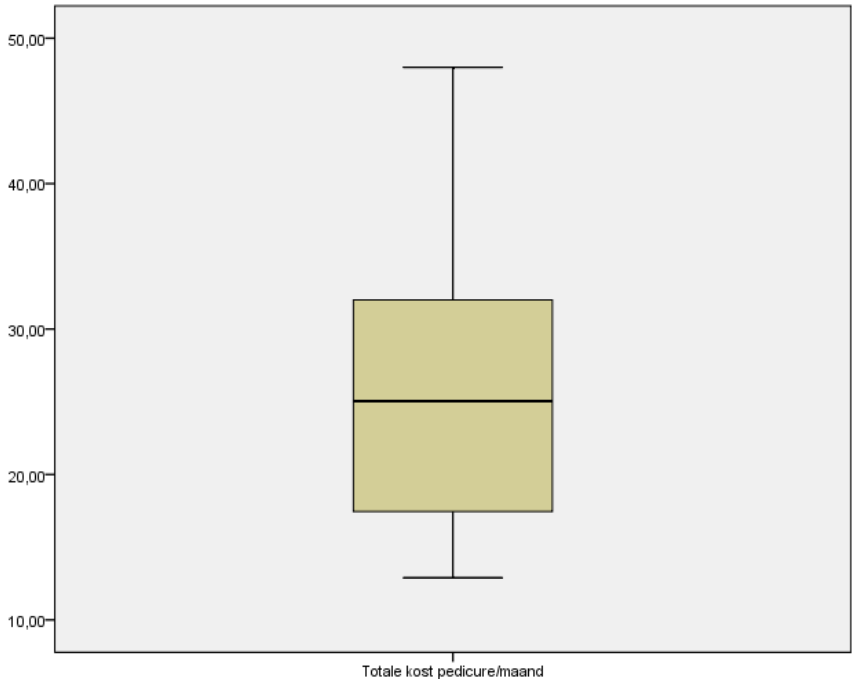
Figuur 67 Boxplot eigen bijdrage bijkomende vervoerskosten per maand



Figuur 68 Boxplot eigen bijdrage dagcentrum per dag

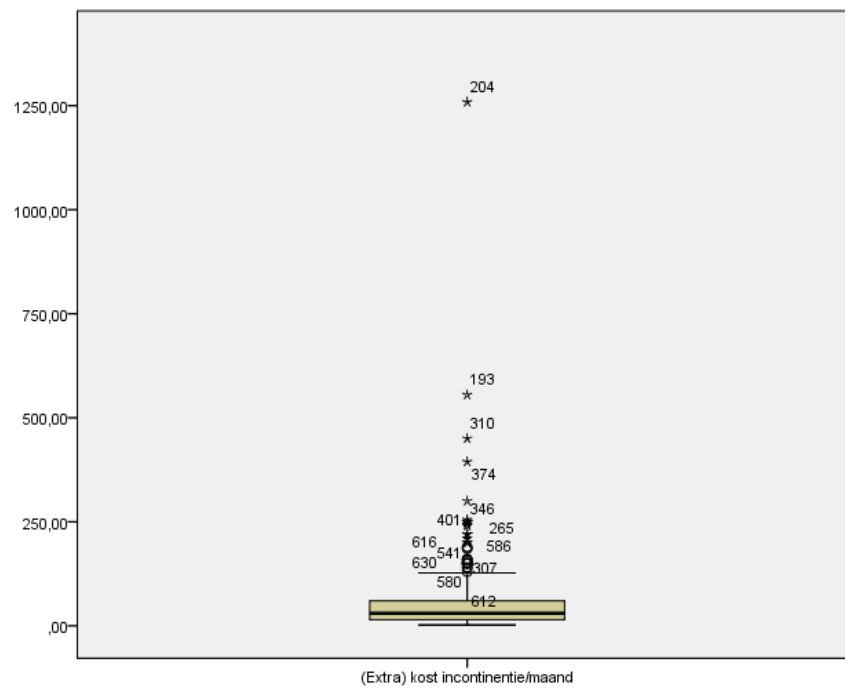


Figuur 69 Boxplot totale kostprijs tuinman per maand

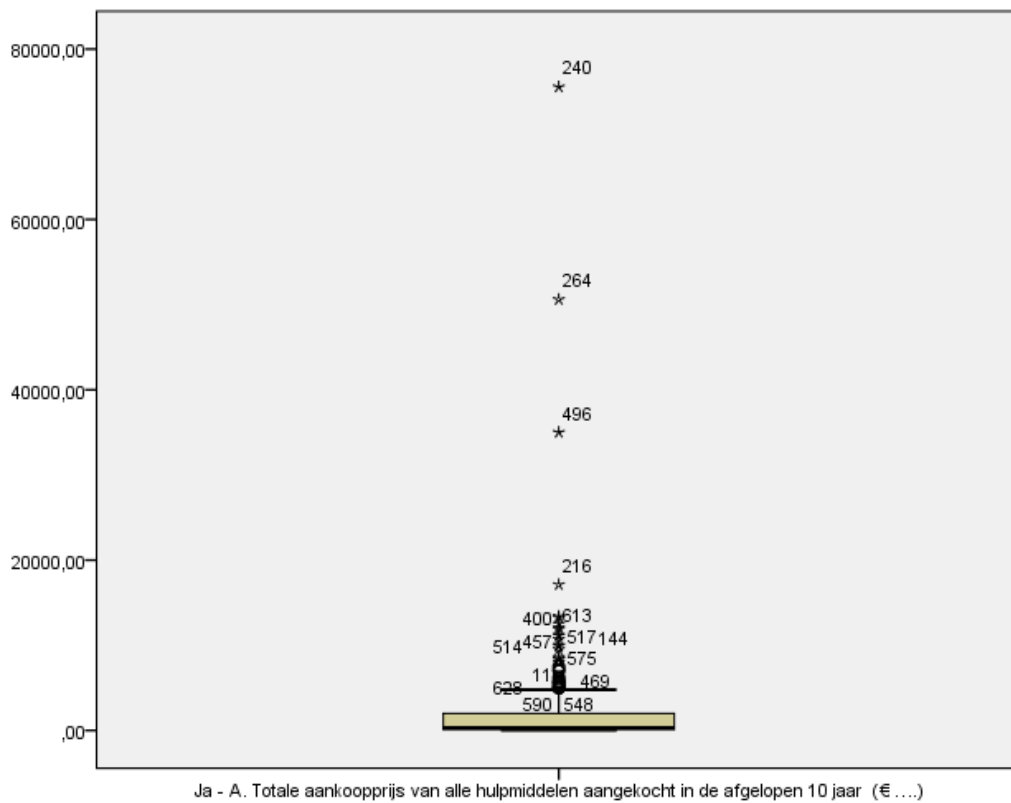


Figuur 70 Totale kost pedicure per maand

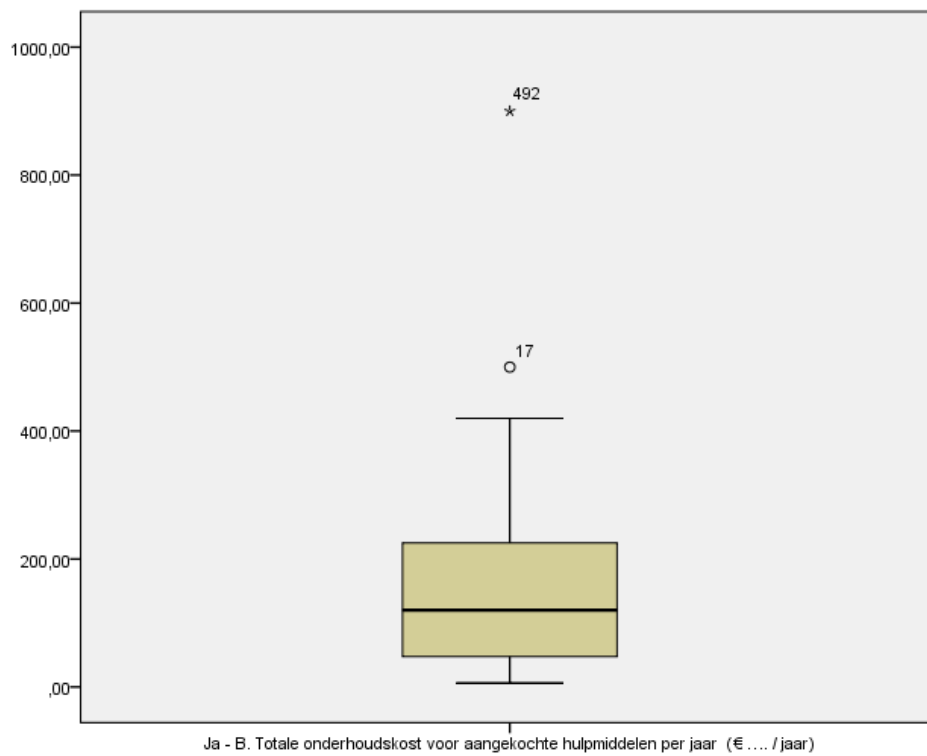
## Bijlage 4



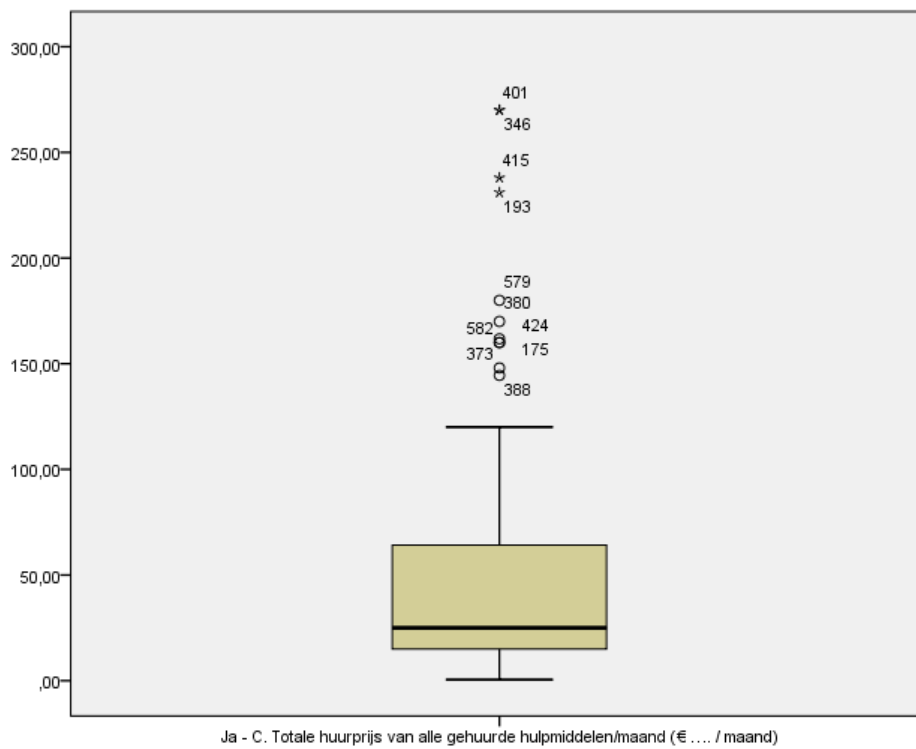
Figuur 71 Extra kost voor incontinentie per maand



Figuur 72 Aankoopkost duurzame hulpmiddelen in de afgelopen 10 jaar

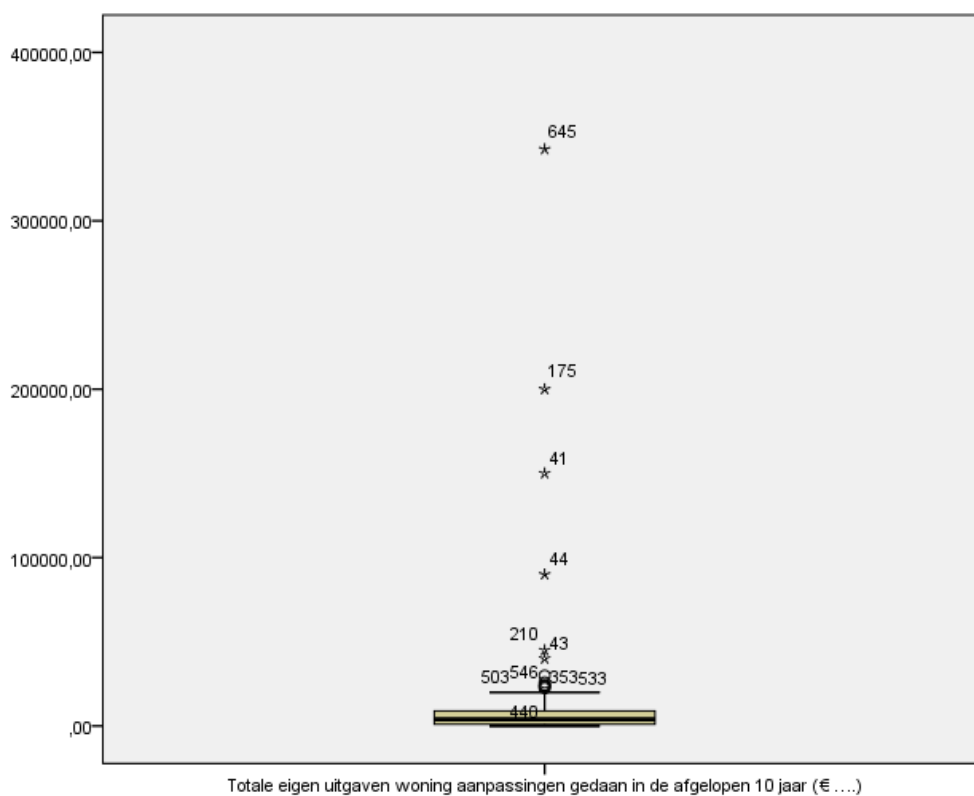


Figuur 73 Totale onderhoudskost voor aangekochte hulpmiddelen per jaar

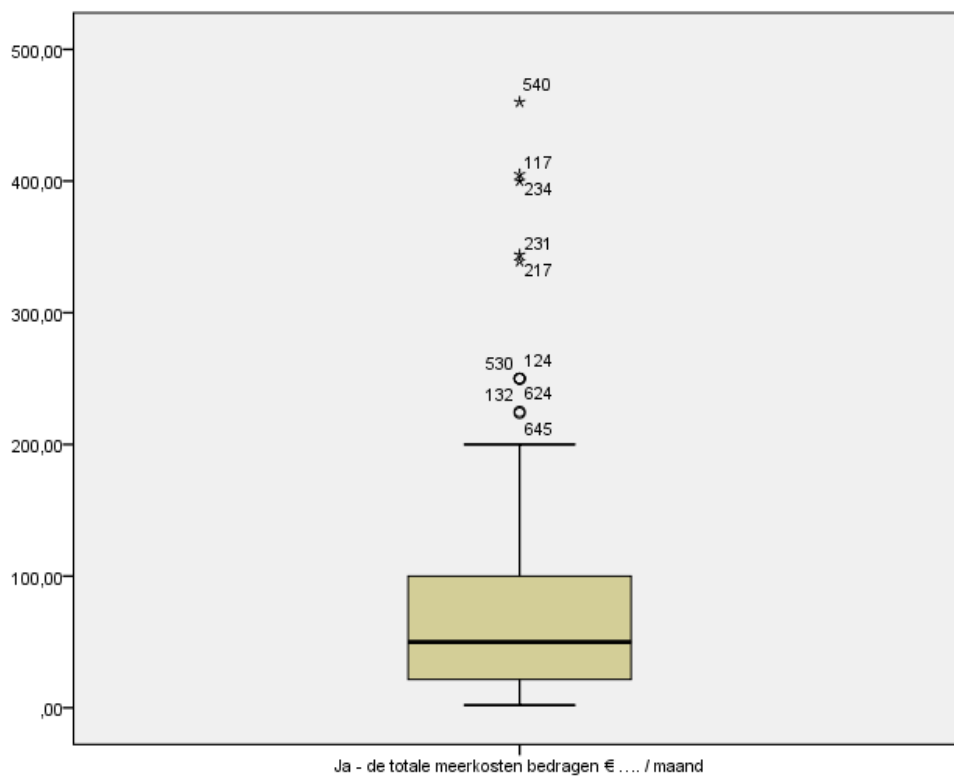




Figuur 74 Totale huurprijs van alle gehuurde hulpmiddelen per maand



Figuur 75 Totale eigen uitgaven woningaanpassingen in de afgelopen 10 jaar



Figuur 76 Totale meerkosten per maand omwille van verminderde zelfredzaamheid



## Bijlage 5

Tabel 62 Chi-Square Tests

| Chi-Square Tests                   |                      |    |                       |                      |                      |
|------------------------------------|----------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                    | Value                | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square                 | 119,431 <sup>a</sup> | 1  | ,000                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 117,373              | 1  | ,000                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 171,790              | 1  | ,000                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                      |    |                       | ,000                 | ,000                 |
| Linear-by-Linear Association       | 119,242              | 1  | ,000                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 630                  |    |                       |                      |                      |

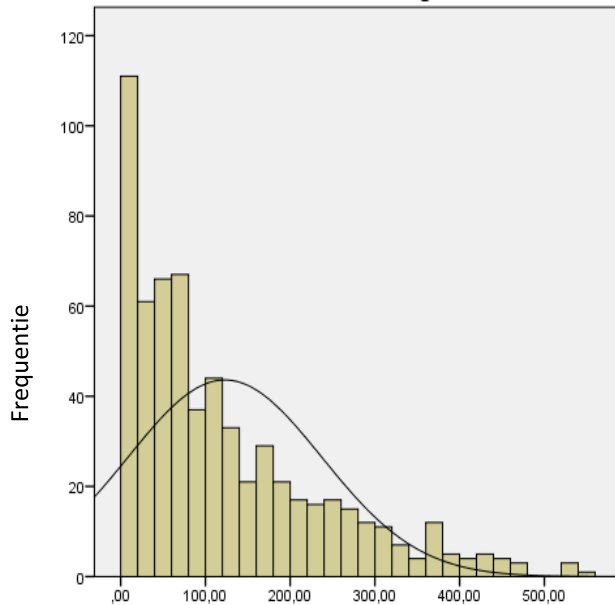
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 57,78.

b. Computed only for a 2x2 table



## Bijlage 6

Allereerst gaan we na of er voldaan is aan de **normaliteitsvereiste** van de afhankelijke variabele. We gaan met andere woorden na of de afhankelijke variabele normaal verdeeld is.



Figuur 77 Histogram afhankelijke variabele 'totale niet-medische kost'

Dit kan zowel grafisch via een histogram als via de Shapiro-Wilk test en de Kolmogorov-Smirnov test. In Figuur 77 zien we dat de afhankelijke variabele eerder linksscheef verdeeld is en vlakker is dan een normaal verdeling. Ook in de Shapiro-Wilk test en de Kolmogorov-Smirnov test geven aan dat de geteste gegevens niet normaal verdeeld zijn, zie Tabel 63 (1.TK). De nulhypothese van deze test stelt immers dat de populatie normaal verdeeld is. Een niet-statistisch significant resultaat voor beide testen wijst op een normaal verdeelde afhankelijke variabele. De resultaten in Tabel 63 verwerpen deze assumptie en geven aan dat de p-waarde statistisch significant is. We kunnen dus niet aannemen dat we te maken hebben met een normaal verdeelde afhankelijke variabele via deze testen.

Tabel 63 Test of Normality

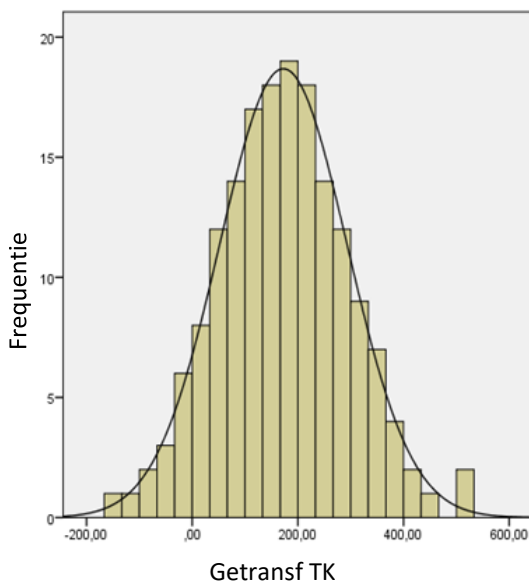
| Tests of Normality |                                 |     |       |              |     |       |
|--------------------|---------------------------------|-----|-------|--------------|-----|-------|
|                    | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |     |       | Shapiro-Wilk |     |       |
|                    | Statistic                       | Df  | Sig.  | Statistic    | df  | Sig.  |
| 1.TK               | ,142                            | 626 | ,000  | ,869         | 626 | ,000  |
| 2.Ln(TK)           | ,086                            | 626 | ,000  | ,930         | 626 | ,000  |
| 3.Getransf TK      | ,009                            | 625 | ,200* | ,999         | 625 | 1,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance

De aanname van normaliteit is vooral van belang in kleine steekproeven zoals de onze. In grote steekproeven speelt dit minder omdat via de Centrale Limietstelling kan worden aangenomen dat aan de normaliteitsvereiste is voldaan. Aan de assumptie van normaliteit kan voldaan worden door een geschikte transformatie toe te passen op de afhankelijke variabele. Op deze manier wordt een niet-

lineaire variabele "gelineariseerd". Een vaak gehanteerde manier om een verdeling die initieel rechtsscheef is te normaliseren, is het toepassen van een logaritmische transformatie. Door deze afhankelijke variabelen te transformeren (zie Figuur 79, Bijlage 7), zien we nu een verdeling die meer aansluit bij een normale verdeling. De hoge uitschieters aan de linkerzijde van een rechtsscheve verdeling worden door de logaritmische transformatie er beter bij getrokken. In het histogram van de logaritme van de geplote kosten zien we nu een verdeling die er veel meer uitziet als een normale verdeling. Toch geeft dit nog geen perfecte normaalverdeling. Ook de Shapiro-Wilk test en de Kolmogorov-Smirnov test geven aan dat deze logaritmische variabele niet normaal verdeeld is, (zie Tabel 63 (Ln(TK))). Daarom wordt naast een logaritmische transformatie ook de tweestapsnormaliteits-transformatie van Templeton (2011) toegepast. Deze TwoStep-benadering kan niet-normaal verdeelde continue variabelen transferen in een variabele die statistisch wel normaal verdeeld is. Wanneer we deze variabele, die de tweestapsnormaliteitstransformatie onderging, bekijken zien we in Tabel 63 (3.Getransf TK) dat de Shapiro-Wilk test en de Kolmogorov-Smirnov test aangeven dat deze variabele (getransf TK) nu wel normaal verdeeld is. Dit kunnen we ook visueel afleiden uit onderstaand histogram (Zie Figuur 78).



Figuur 78 Histogram variabele TK na tweestapsnormaliteitstransformatie

Met deze tweestapsgetranformeerde afhankelijke variabele gaan we vervolgens voor de volgende assumpties na of aan de voorwaarden is voldaan om een regressie uit te voeren. De assumptie van de **onafhankelijkheidsvereiste**, stelt dat de errortermen van verschillende respondenten niet met elkaar mogen correleren. Een schending van deze assumptie kunnen we vaststellen via de Durbin-Watson test. Een score op deze test kan een waarde aannemen die ligt tussen 0 en 4. Waarden die lager dan 1 liggen of hoger dan 3 wijzen op gecorreleerde errortermen. Met een waarde van 1,688 op de de Durbin-Watson test mogen we aannemen dat er met ons model voldaan is aan de onafhankelijkheidsvereiste.

Aan de hand van een normal probability plot kunnen we een derde assumptie nagaan, namelijk deze van **normaliteit van de residuen**. De data uit de speekproef wordt afgezet tegen een theoretische normale verdeling (45°graden lijn) zodat de punten een benaderende rechte lijn vormen. Punten die afwijken van deze 45 graden rechte wijzen op afwijkingen van de normaliteit. Zoals te zien in Figuur 80 (zie Bijlage 8) is er bijna geen afwijking vast te stellen. Er is een sterk lineair

patroon te zien. Met andere woorden, de normale verdeling lijkt een goed model te zijn voor deze gegevens.

Figuur 81 (zie Bijlage 9) geeft op de y-as de gestandaardiseerde residuen en op de X-as de gestandaardiseerde voorspelde waarden weer. Aan de hand van deze figuur controleren we of een vierde assumptie is voldaan: deze van **homoscedasticiteit**. Hieraan is voldaan omdat de punten in dit spreidingsdiagram volstrekt willekeurig verdeeld zijn. De aanwezigheid van een bepaald patroon in het spreidingsdiagram zou wijzen op heteroscedasticiteit. Tot slot testen we op **multicollineariteit**. Dit wil zeggen dat we bekijken of er te sterke correlatie is tussen de onafhankelijke variabelen onderling. Dit kan aan de hand van het berekenen van correlaties en aan de hand van de Variance Inflation Factor (VIF). Onafhankelijke variabelen correleren onderling best laag maar sterk met de afhankelijke variabelen. In Tabel 65 zien we de onafhankelijke variabelen nauwelijks<sup>50</sup> of weinig<sup>51</sup> met elkaar correleren, noch sterk correleren met de afhankelijke variabelen (totale kosten).

Tabel 64 Pearson's correlatie afhankelijke en onafhankelijke variabelen in model

|                                  | 1.       | 2.      | 3.      | 4.     | 5.      | 6. |
|----------------------------------|----------|---------|---------|--------|---------|----|
| 1. Geslacht                      | 1        |         |         |        |         |    |
| 2. Samenstelling huishouden      | -,233 ** | 1       |         |        |         |    |
| 3. Totaal aantal uren mantelzorg | -,119 ** | ,375 ** | 1       |        |         |    |
| 4. Leeftijd                      | 0,075    | -,079 * | -0,03   | 1      |         |    |
| 5. Score BelRAI Screener         | -0,071   | ,332 ** | ,507 ** | ,086 * | 1       |    |
| 6. Getransf TK                   | -0,043   | ,141 ** | ,226 ** | 0,001  | ,340 ** | 1  |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Ook wanneer we de Variance Inflation Factor (VIF) berekenen, kunnen we geen multicollineariteit detecteren aangezien de VIF-waarden voor alle onafhankelijke variabelen zich tussen 1,026 en 1,448 bevinden (Zie Bijlage 10). Enkel bij VIF-waarde lager dan 0,20 of 0,10 en/of een waarde hoger dan 5 of 10 duidt op een probleem van multicollineariteit (Field, 2005; Neels, 2017). Outliers detecteerden we als de gestandaardiseerde residuen groter zijn dan 3 of kleiner dan -3. Er wordt slecht één outlier gedetecteerd met een gestandaardiseerde waarde van het residu van 3,392. Deze wordt toch opgenomen in de analyses.

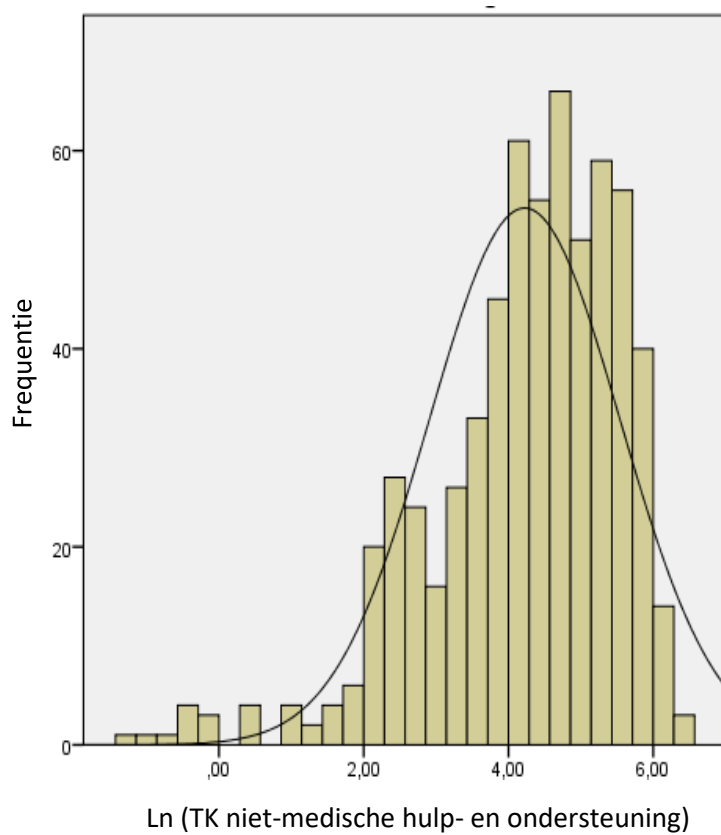
<sup>50</sup>  $0.00 < r < 0.30$ : nauwelijks of geen correlatie (Tilburg University, 2018)

<sup>51</sup>  $0.30 < r < 0.50$ : lage correlatie





## Bijlage 7



|          |        |      |
|----------|--------|------|
| Skewness | -1,098 | ,098 |
| Kurtosis | 1,593  | ,195 |

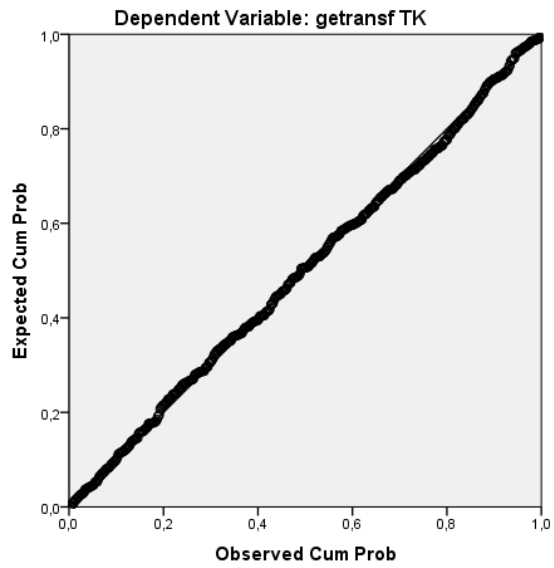
Figuur 79 Logaritmische transformatie afhankelijke variabele Totale niet-medische kost

Tabel 65 Test of Normality log transformatie

| Tests of Normality                    |                                 |     |      |              |     |      |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----|------|--------------|-----|------|
|                                       | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |     |      | Shapiro-Wilk |     |      |
|                                       | Statistic                       | Df  | Sig. | Statistic    | df  | Sig. |
| Ln(TK)                                | ,086                            | 626 | ,000 | ,930         | 626 | ,000 |
| a. Lilliefors Significance Correction |                                 |     |      |              |     |      |



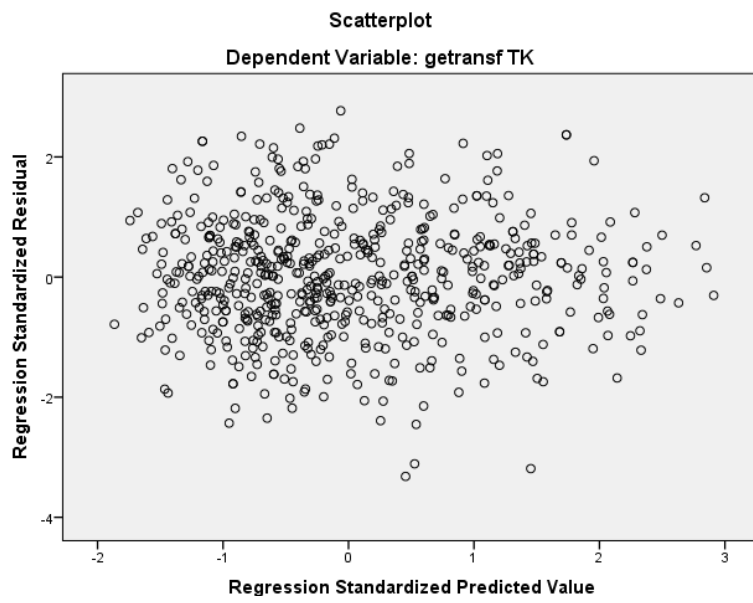
## Bijlage 8



Figuur 80 Normal probability plot Standardized Residual



## Bijlage 9



Figuur 81 Spreidingsdiagram controle assumptie homoscedasticiteit



## Bijlage 10

Tabel 66 Overzicht VIF-waarde

| Model                              |                            | Collinearity Statistics |       |
|------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------|
|                                    |                            | Tolerance               | VIF   |
|                                    | (Constant)                 |                         |       |
|                                    | Geslacht                   | ,936                    | 1,068 |
|                                    | Samenstelling huishouden   | ,788                    | 1,268 |
|                                    | MTZ totaal                 | ,691                    | 1,448 |
|                                    | leeftijd2                  | ,975                    | 1,026 |
|                                    | Eind score BelRAI Screener | ,713                    | 1,403 |
| a. Dependent Variable: getransf TK |                            |                         |       |





## Bijlage 11

Figuur 82 Functional Hierarchy (Scale 0-11)

| DESCRIPTION          | Functional Hierarchy score | Algorithm used to achieve score  |
|----------------------|----------------------------|--|
| No issues            | 0                          | ADL hierarchy score = 0 ;IADL Capacity Hierarchy = 0   |
| IADL early loss 1    | 1                          | ADL hierarchy score = 0<br>IADL Capacity hierarchy = 1 <b>OR</b><br><b>ADL hierarchy score = 1</b><br><b>IADL Capacity Hierarchy = 1,0</b>   |
| IADL early loss 2    | 2                          | ADL hierarchy score = 1,0<br>IADL Capacity hierarchy = 2 <b>OR</b><br><b>ADL hierarchy score = 2</b><br><b>IADL Capacity hierarchy = 1,0</b> |
| Some IADL loss mid 1 | 3                          | ADL hierarchy score = 0 + IADL hierarchy = 4,3   |
| IADL loss late 1     | 4                          | IADL hierarchy = 5 + ADL hierarchy score = 0   |
| IADL dependent       | 5                          | ADL hierarchy score = 1 + IADL Capacity Hierarchy = 5,4,3, <b>OR</b><br><b>ADL hierarchy score = 0</b><br><b>IADL Capacity hierarchy = 6</b> |
| 4 IADL-ADL Trans 1   | 6                          | ADL hierarchy score = 2 + IADL Capacity Hierarchy = 5,4,3,2  |
| IADL-ADL Trans 2     | 7                          | ADL hierarchy score = 1,2 + IADL Capacity Hierarchy = 6  |
| Early ADL            | 8                          | ADL hierarchy score = 3  |
| 1 Mid-Late ADL       | 9                          | ADL hierarchy score = 4  |
| 2 Mid-Late ADL       | 10                         | ADL hierarchy score = 5  |
| ADL dependent        | 11                         | ADL hierarchy score = 6  |



## Bijlage 12

Tabel 67 Coordinates of the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale

| Coordinates of the Curve                             |                               |                    |
|--|-------------------------------|--------------------|
| Test Result<br>Variable(s):                          | Eind score BelRAI<br>Screener |                    |
| Positive if Greater<br>Than or Equal To <sup>a</sup> | Sensitivity                   | 1 -<br>Specificity |
| -1,000   | 1,000                         | 1,000              |
| ,300   | 1,000                         | ,988               |
| ,650   | 1,000                         | ,979               |
| ,750   | 1,000                         | ,971               |
| ,850   | 1,000                         | ,967               |
| ,950   | 1,000                         | ,963               |
| 1,050  | 1,000                         | ,955               |
| 1,150  | 1,000                         | ,950               |
| 1,250  | 1,000                         | ,946               |
| 1,350  | 1,000                         | ,930               |
| 1,450  | 1,000                         | ,921               |
| 1,550  | 1,000                         | ,909               |
| 1,650  | 1,000                         | ,905               |
| 1,750  | 1,000                         | ,893               |
| 1,850  | 1,000                         | ,860               |
| 2,000  | 1,000                         | ,843               |
| 2,200  | 1,000                         | ,826               |
| 2,350  | 1,000                         | ,822               |
| 2,500  | 1,000                         | ,818               |
| 2,700  | 1,000                         | ,810               |
| 2,850  | 1,000                         | ,789               |
| 2,950  | 1,000                         | ,785               |
| 3,050  | 1,000                         | ,769               |
| 3,150  | 1,000                         | ,752               |
| 3,250  | 1,000                         | ,748               |
| 3,350  | 1,000                         | ,715               |
| 3,450  | 1,000                         | ,694               |
| 3,550  | 1,000                         | ,686               |
| 3,650  | 1,000                         | ,678               |
| 3,750  | 1,000                         | ,674               |
| 3,850  | 1,000                         | ,653               |
| 3,950  | 1,000                         | ,636               |
| 4,050  | ,998                          | ,616               |
| 4,200  | ,998                          | ,599               |
| 4,350  | ,998                          | ,562               |

---

|       |      |      |
|-------|------|------|
| 4,450 | ,998 | ,537 |
| 4,550 | ,998 | ,529 |
| 4,650 | ,998 | ,512 |
| 4,750 | ,998 | ,500 |
| 4,850 | ,998 | ,492 |
| 4,950 | ,998 | ,479 |
| 5,050 | ,995 | ,467 |
| 5,150 | ,995 | ,442 |
| 5,250 | ,995 | ,426 |
| 5,350 | ,993 | ,405 |
| 5,450 | ,990 | ,393 |
| 5,550 | ,990 | ,380 |
| 5,650 | ,990 | ,376 |
| 5,750 | ,990 | ,368 |
| 5,850 | ,990 | ,355 |
| 5,950 | ,985 | ,339 |
| 6,050 | ,978 | ,335 |
| 6,150 | ,970 | ,322 |
| 6,250 | ,970 | ,314 |
| 6,350 | ,961 | ,289 |
| 6,450 | ,951 | ,273 |
| 6,550 | ,946 | ,269 |
| 6,650 | ,933 | ,264 |
| 6,750 | ,931 | ,260 |
| 6,850 | ,919 | ,240 |
| 6,950 | ,904 | ,231 |
| 7,050 | ,894 | ,231 |
| 7,150 | ,879 | ,219 |
| 7,250 | ,867 | ,215 |
| 7,350 | ,855 | ,215 |
| 7,450 | ,845 | ,202 |
| 7,550 | ,833 | ,202 |
| 7,650 | ,818 | ,198 |
| 7,750 | ,818 | ,194 |
| 7,850 | ,810 | ,194 |
| 7,950 | ,796 | ,190 |
| 8,050 | ,791 | ,186 |
| 8,150 | ,776 | ,182 |
| 8,250 | ,766 | ,169 |
| 8,350 | ,756 | ,157 |
| 8,450 | ,746 | ,153 |
| 8,550 | ,734 | ,153 |
| 8,650 | ,729 | ,153 |
| 8,750 | ,719 | ,153 |
| 8,850 | ,712 | ,149 |
| 8,950 | ,700 | ,140 |
| 9,050 | ,692 | ,136 |
| 9,150 | ,690 | ,136 |

|        |      |      |
|--------|------|------|
| 9,250  | ,680 | ,136 |
| 9,350  | ,670 | ,136 |
| 9,450  | ,665 | ,132 |
| 9,550  | ,655 | ,128 |
| 9,650  | ,648 | ,120 |
| 9,750  | ,643 | ,120 |
| 9,850  | ,631 | ,120 |
| 10,000 | ,626 | ,112 |
| 10,150 | ,621 | ,112 |
| 10,250 | ,616 | ,103 |
| 10,350 | ,611 | ,103 |
| 10,450 | ,601 | ,099 |
| 10,550 | ,594 | ,095 |
| 10,700 | ,584 | ,091 |
| 10,850 | ,564 | ,091 |
| 10,950 | ,562 | ,083 |
| 11,050 | ,554 | ,083 |
| 11,150 | ,549 | ,083 |
| 11,250 | ,547 | ,083 |
| 11,350 | ,542 | ,083 |
| 11,450 | ,532 | ,083 |
| 11,550 | ,530 | ,083 |
| 11,700 | ,517 | ,083 |
| 11,850 | ,515 | ,083 |
| 11,950 | ,507 | ,083 |
| 12,050 | ,498 | ,079 |
| 12,150 | ,493 | ,070 |
| 12,250 | ,488 | ,070 |
| 12,350 | ,488 | ,066 |
| 12,450 | ,478 | ,058 |
| 12,550 | ,470 | ,058 |
| 12,700 | ,458 | ,058 |
| 12,850 | ,446 | ,054 |
| 12,950 | ,443 | ,054 |
| 13,050 | ,438 | ,054 |
| 13,150 | ,433 | ,054 |
| 13,250 | ,431 | ,054 |
| 13,350 | ,429 | ,054 |
| 13,450 | ,429 | ,050 |
| 13,550 | ,419 | ,050 |
| 13,700 | ,411 | ,050 |
| 13,850 | ,404 | ,050 |
| 13,950 | ,392 | ,050 |
| 14,050 | ,387 | ,050 |
| 14,200 | ,387 | ,045 |
| 14,350 | ,379 | ,041 |
| 14,450 | ,377 | ,041 |
| 14,550 | ,372 | ,041 |

---

|        |      |       |
|--------|------|-------|
| 14,650 | ,369 | ,041  |
| 14,750 | ,367 | ,041  |
| 14,850 | ,367 | ,037  |
| 14,950 | ,360 | ,037  |
| 15,050 | ,357 | ,033  |
| 15,200 | ,345 | ,033  |
| 15,350 | ,342 | ,029  |
| 15,450 | ,333 | ,029  |
| 15,550 | ,328 | ,025  |
| 15,700 | ,320 | ,025  |
| 15,850 | ,318 | ,025  |
| 15,950 | ,305 | ,025  |
| 16,050 | ,288 | ,025  |
| 16,150 | ,286 | ,025  |
| 16,250 | ,283 | ,025  |
| 16,350 | ,278 | ,025  |
| 16,450 | ,276 | ,025  |
| 16,550 | ,268 | ,025  |
| 16,650 | ,261 | ,021  |
| 16,800 | ,259 | ,021  |
| 16,950 | ,249 | ,021  |
| 17,050 | ,239 | ,017  |
| 17,150 | ,236 | ,012  |
| 17,300 | ,234 | ,012  |
| 17,450 | ,224 | ,008  |
| 17,550 | ,217 | ,008  |
| 17,700 | ,214 | ,008  |
| 17,900 | ,212 | ,008  |
| 18,150 | ,170 | ,008  |
| 18,350 | ,167 | ,008  |
| 18,450 | ,163 | ,008  |
| 18,650 | ,160 | ,008  |
| 18,850 | ,160 | ,004  |
| 18,950 | ,155 | ,004  |
| 19,200 | ,150 | ,004  |
| 19,450 | ,145 | ,004  |
| 19,600 | ,140 | ,004  |
| 19,750 | ,138 | ,004  |
| 19,850 | ,135 | ,004  |
| 19,950 | ,133 | ,004  |
| 20,200 | ,113 | ,004  |
| 20,450 | ,108 | ,004  |
| 20,650 | ,106 | 0,000 |
| 20,850 | ,101 | 0,000 |
| 20,950 | ,099 | 0,000 |
| 21,050 | ,096 | 0,000 |
| 21,300 | ,091 | 0,000 |
| 21,550 | ,089 | 0,000 |

|        |       |       |
|--------|-------|-------|
| 21,650 | ,086  | 0,000 |
| 21,800 | ,084  | 0,000 |
| 21,950 | ,079  | 0,000 |
| 22,150 | ,076  | 0,000 |
| 22,400 | ,071  | 0,000 |
| 22,650 | ,067  | 0,000 |
| 22,900 | ,064  | 0,000 |
| 23,300 | ,054  | 0,000 |
| 23,700 | ,049  | 0,000 |
| 23,850 | ,047  | 0,000 |
| 23,950 | ,044  | 0,000 |
| 24,250 | ,039  | 0,000 |
| 24,700 | ,037  | 0,000 |
| 25,100 | ,034  | 0,000 |
| 25,400 | ,030  | 0,000 |
| 25,650 | ,025  | 0,000 |
| 25,900 | ,020  | 0,000 |
| 26,250 | ,015  | 0,000 |
| 26,750 | ,010  | 0,000 |
| 27,750 | ,005  | 0,000 |
| 29,500 | 0,000 | 0,000 |

The test result variable(s): Eind score BelRAI Screener has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group.

a. The smallest cutoff value is the minimum observed test value minus 1, and the largest cutoff value is the maximum observed test value plus 1. All the other cutoff values are the averages of two consecutive ordered observed test values.





## Bijlage 13

Tabel 68 Coordinates of the Curve, ROC-analyse score 5 op Functional Hierarchy Scale

| Coordinates of the Curve                             |                               |                    |
|--|-------------------------------|--------------------|
| Test Result<br>Variable(s):                          | Eind score BelRAI<br>Screener |                    |
| Positive if Greater<br>Than or Equal To <sup>a</sup> | Sensitivity                   | 1 -<br>Specificity |
| -1,000   | 1,000                         | 1,000              |
| ,300   | 1,000                         | ,974               |
| ,650   | 1,000                         | ,957               |
| ,750   | 1,000                         | ,940               |
| ,850   | 1,000                         | ,931               |
| ,950   | 1,000                         | ,922               |
| 1,050  | 1,000                         | ,905               |
| 1,150  | 1,000                         | ,897               |
| 1,250  | 1,000                         | ,888               |
| 1,350  | 1,000                         | ,853               |
| 1,450  | 1,000                         | ,836               |
| 1,550  | 1,000                         | ,810               |
| 1,650  | 1,000                         | ,802               |
| 1,750  | 1,000                         | ,776               |
| 1,850  | 1,000                         | ,707               |
| 2,000  | 1,000                         | ,672               |
| 2,200  | 1,000                         | ,638               |
| 2,350  | 1,000                         | ,629               |
| 2,500  | 1,000                         | ,621               |
| 2,700  | ,998                          | ,612               |
| 2,850  | ,998                          | ,569               |
| 2,950  | ,998                          | ,560               |
| 3,050  | ,998                          | ,526               |
| 3,150  | ,998                          | ,491               |
| 3,250  | ,998                          | ,483               |
| 3,350  | ,996                          | ,422               |
| 3,450  | ,992                          | ,397               |
| 3,550  | ,991                          | ,388               |
| 3,650  | ,991                          | ,371               |
| 3,750  | ,991                          | ,362               |
| 3,850  | ,987                          | ,336               |
| 3,950  | ,985                          | ,310               |
| 4,050  | ,979                          | ,284               |
| 4,200  | ,974                          | ,276               |
| 4,350  | ,964                          | ,241               |
| 4,450  | ,957                          | ,224               |
| 4,550  | ,955                          | ,216               |

---

|       |      |      |
|-------|------|------|
| 4,650 | ,953 | ,190 |
| 4,750 | ,949 | ,181 |
| 4,850 | ,945 | ,181 |
| 4,950 | ,944 | ,164 |
| 5,050 | ,938 | ,155 |
| 5,150 | ,930 | ,138 |
| 5,250 | ,927 | ,121 |
| 5,350 | ,917 | ,112 |
| 5,450 | ,910 | ,112 |
| 5,550 | ,904 | ,112 |
| 5,650 | ,902 | ,112 |
| 5,750 | ,898 | ,112 |
| 5,850 | ,897 | ,095 |
| 5,950 | ,885 | ,095 |
| 6,050 | ,878 | ,095 |
| 6,150 | ,867 | ,095 |
| 6,250 | ,865 | ,086 |
| 6,350 | ,848 | ,078 |
| 6,450 | ,835 | ,069 |
| 6,550 | ,829 | ,069 |
| 6,650 | ,818 | ,069 |
| 6,750 | ,814 | ,069 |
| 6,850 | ,797 | ,060 |
| 6,950 | ,784 | ,052 |
| 7,050 | ,776 | ,052 |
| 7,150 | ,759 | ,052 |
| 7,250 | ,748 | ,052 |
| 7,350 | ,739 | ,052 |
| 7,450 | ,726 | ,052 |
| 7,550 | ,716 | ,052 |
| 7,650 | ,703 | ,052 |
| 7,750 | ,701 | ,052 |
| 7,850 | ,695 | ,052 |
| 7,950 | ,682 | ,052 |
| 8,050 | ,677 | ,052 |
| 8,150 | ,665 | ,043 |
| 8,250 | ,654 | ,034 |
| 8,350 | ,641 | ,034 |
| 8,450 | ,632 | ,034 |
| 8,550 | ,622 | ,034 |
| 8,650 | ,618 | ,034 |
| 8,750 | ,611 | ,034 |
| 8,850 | ,603 | ,034 |
| 8,950 | ,590 | ,034 |
| 9,050 | ,583 | ,034 |
| 9,150 | ,581 | ,034 |
| 9,250 | ,573 | ,034 |
| 9,350 | ,566 | ,034 |

|        |      |       |
|--------|------|-------|
| 9,450  | ,560 | ,034  |
| 9,550  | ,551 | ,034  |
| 9,650  | ,543 | ,026  |
| 9,750  | ,539 | ,026  |
| 9,850  | ,530 | ,026  |
| 10,000 | ,524 | ,017  |
| 10,150 | ,521 | ,017  |
| 10,250 | ,513 | ,017  |
| 10,350 | ,509 | ,017  |
| 10,450 | ,500 | ,017  |
| 10,550 | ,492 | ,017  |
| 10,700 | ,483 | ,017  |
| 10,850 | ,468 | ,017  |
| 10,950 | ,464 | ,009  |
| 11,050 | ,459 | ,009  |
| 11,150 | ,455 | ,009  |
| 11,250 | ,453 | ,009  |
| 11,350 | ,449 | ,009  |
| 11,450 | ,442 | ,009  |
| 11,550 | ,440 | ,009  |
| 11,700 | ,430 | ,009  |
| 11,850 | ,429 | ,009  |
| 11,950 | ,423 | ,009  |
| 12,050 | ,414 | ,009  |
| 12,150 | ,408 | 0,000 |
| 12,250 | ,404 | 0,000 |
| 12,350 | ,402 | 0,000 |
| 12,450 | ,391 | 0,000 |
| 12,550 | ,385 | 0,000 |
| 12,700 | ,376 | 0,000 |
| 12,850 | ,365 | 0,000 |
| 12,950 | ,363 | 0,000 |
| 13,050 | ,359 | 0,000 |
| 13,150 | ,355 | 0,000 |
| 13,250 | ,353 | 0,000 |
| 13,350 | ,352 | 0,000 |
| 13,450 | ,350 | 0,000 |
| 13,550 | ,342 | 0,000 |
| 13,700 | ,336 | 0,000 |
| 13,850 | ,331 | 0,000 |
| 13,950 | ,321 | 0,000 |
| 14,050 | ,318 | 0,000 |
| 14,200 | ,316 | 0,000 |
| 14,350 | ,308 | 0,000 |
| 14,450 | ,306 | 0,000 |
| 14,550 | ,303 | 0,000 |
| 14,650 | ,301 | 0,000 |
| 14,750 | ,299 | 0,000 |

---

|        |      |       |
|--------|------|-------|
| 14,850 | ,297 | 0,000 |
| 14,950 | ,291 | 0,000 |
| 15,050 | ,288 | 0,000 |
| 15,200 | ,278 | 0,000 |
| 15,350 | ,274 | 0,000 |
| 15,450 | ,267 | 0,000 |
| 15,550 | ,261 | 0,000 |
| 15,700 | ,256 | 0,000 |
| 15,850 | ,254 | 0,000 |
| 15,950 | ,244 | 0,000 |
| 16,050 | ,231 | 0,000 |
| 16,150 | ,229 | 0,000 |
| 16,250 | ,227 | 0,000 |
| 16,350 | ,224 | 0,000 |
| 16,450 | ,222 | 0,000 |
| 16,550 | ,216 | 0,000 |
| 16,650 | ,209 | 0,000 |
| 16,800 | ,207 | 0,000 |
| 16,950 | ,199 | 0,000 |
| 17,050 | ,190 | 0,000 |
| 17,150 | ,186 | 0,000 |
| 17,300 | ,184 | 0,000 |
| 17,450 | ,175 | 0,000 |
| 17,550 | ,169 | 0,000 |
| 17,700 | ,167 | 0,000 |
| 17,900 | ,165 | 0,000 |
| 18,150 | ,133 | 0,000 |
| 18,350 | ,132 | 0,000 |
| 18,450 | ,128 | 0,000 |
| 18,650 | ,126 | 0,000 |
| 18,850 | ,124 | 0,000 |
| 18,950 | ,120 | 0,000 |
| 19,200 | ,117 | 0,000 |
| 19,450 | ,113 | 0,000 |
| 19,600 | ,109 | 0,000 |
| 19,750 | ,107 | 0,000 |
| 19,850 | ,105 | 0,000 |
| 19,950 | ,103 | 0,000 |
| 20,200 | ,088 | 0,000 |
| 20,450 | ,085 | 0,000 |
| 20,650 | ,081 | 0,000 |
| 20,850 | ,077 | 0,000 |
| 20,950 | ,075 | 0,000 |
| 21,050 | ,073 | 0,000 |
| 21,300 | ,070 | 0,000 |
| 21,550 | ,068 | 0,000 |
| 21,650 | ,066 | 0,000 |
| 21,800 | ,064 | 0,000 |

|        |       |       |
|--------|-------|-------|
| 21,950 | ,060  | 0,000 |
| 22,150 | ,058  | 0,000 |
| 22,400 | ,055  | 0,000 |
| 22,650 | ,051  | 0,000 |
| 22,900 | ,049  | 0,000 |
| 23,300 | ,041  | 0,000 |
| 23,700 | ,038  | 0,000 |
| 23,850 | ,036  | 0,000 |
| 23,950 | ,034  | 0,000 |
| 24,250 | ,030  | 0,000 |
| 24,700 | ,028  | 0,000 |
| 25,100 | ,026  | 0,000 |
| 25,400 | ,023  | 0,000 |
| 25,650 | ,019  | 0,000 |
| 25,900 | ,015  | 0,000 |
| 26,250 | ,011  | 0,000 |
| 26,750 | ,008  | 0,000 |
| 27,750 | ,004  | 0,000 |
| 29,500 | 0,000 | 0,000 |

The test result variable(s): Eind score BelRAI Screener has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group.

a. The smallest cutoff value is the minimum observed test value minus 1, and the largest cutoff value is the maximum observed test value plus 1. All the other cutoff values are the averages of two consecutive ordered observed test values.



## Bijlage 14

Tabel 69 Coordinates of the Curve, ROC-analyse score 8 op Functional Hierarchy Scale en Gedrag

**Coordinates of the Curve**

Eind  
score  
BelRAI  
Screener

Test Result Variable(s):

| Positive if Greater Than or Equal<br>To <sup>a</sup> | Sensitivity | 1 -<br>Specificity |
|--|-------------|--------------------|
| -1,000   | 1,000       | 1,000              |
| ,300   | 1,000       | ,987               |
| ,650   | 1,000       | ,978               |
| ,750   | 1,000       | ,969               |
| ,850   | 1,000       | ,965               |
| ,950   | 1,000       | ,961               |
| 1,050  | 1,000       | ,952               |
| 1,150  | 1,000       | ,948               |
| 1,250  | 1,000       | ,943               |
| 1,350  | 1,000       | ,926               |
| 1,450  | 1,000       | ,917               |
| 1,550  | 1,000       | ,904               |
| 1,650  | 1,000       | ,900               |
| 1,750  | 1,000       | ,886               |
| 1,850  | 1,000       | ,852               |
| 2,000  | 1,000       | ,834               |
| 2,200  | 1,000       | ,817               |
| 2,350  | 1,000       | ,812               |
| 2,500  | 1,000       | ,808               |
| 2,700  | 1,000       | ,799               |
| 2,850  | 1,000       | ,777               |
| 2,950  | 1,000       | ,773               |
| 3,050  | 1,000       | ,755               |
| 3,150  | 1,000       | ,738               |
| 3,250  | 1,000       | ,734               |
| 3,350  | 1,000       | ,699               |
| 3,450  | 1,000       | ,677               |
| 3,550  | 1,000       | ,668               |
| 3,650  | 1,000       | ,659               |
| 3,750  | 1,000       | ,655               |
| 3,850  | 1,000       | ,633               |
| 3,950  | 1,000       | ,616               |
| 4,050  | ,998        | ,594               |
| 4,200  | ,998        | ,576               |
| 4,350  | ,998        | ,537               |
| 4,450  | ,998        | ,511               |

---

|       |      |      |
|-------|------|------|
| 4,550 | ,998 | ,502 |
| 4,650 | ,998 | ,485 |
| 4,750 | ,998 | ,472 |
| 4,850 | ,998 | ,463 |
| 4,950 | ,998 | ,450 |
| 5,050 | ,995 | ,437 |
| 5,150 | ,995 | ,410 |
| 5,250 | ,995 | ,393 |
| 5,350 | ,993 | ,371 |
| 5,450 | ,990 | ,358 |
| 5,550 | ,990 | ,345 |
| 5,650 | ,990 | ,341 |
| 5,750 | ,990 | ,332 |
| 5,850 | ,990 | ,319 |
| 5,950 | ,986 | ,301 |
| 6,050 | ,979 | ,297 |
| 6,150 | ,971 | ,284 |
| 6,250 | ,971 | ,275 |
| 6,350 | ,962 | ,249 |
| 6,450 | ,952 | ,231 |
| 6,550 | ,947 | ,227 |
| 6,650 | ,936 | ,223 |
| 6,750 | ,933 | ,218 |
| 6,850 | ,921 | ,197 |
| 6,950 | ,907 | ,188 |
| 7,050 | ,897 | ,188 |
| 7,150 | ,883 | ,175 |
| 7,250 | ,871 | ,170 |
| 7,350 | ,859 | ,170 |
| 7,450 | ,850 | ,157 |
| 7,550 | ,838 | ,157 |
| 7,650 | ,823 | ,153 |
| 7,750 | ,823 | ,148 |
| 7,850 | ,816 | ,148 |
| 7,950 | ,802 | ,144 |
| 8,050 | ,797 | ,140 |
| 8,150 | ,783 | ,135 |
| 8,250 | ,773 | ,122 |
| 8,350 | ,764 | ,109 |
| 8,450 | ,754 | ,105 |
| 8,550 | ,742 | ,105 |
| 8,650 | ,737 | ,105 |
| 8,750 | ,728 | ,105 |
| 8,850 | ,721 | ,100 |
| 8,950 | ,709 | ,092 |
| 9,050 | ,702 | ,087 |
| 9,150 | ,699 | ,087 |
| 9,250 | ,690 | ,087 |



|        |      |      |
|--------|------|------|
| 9,350  | ,680 | ,087 |
| 9,450  | ,675 | ,083 |
| 9,550  | ,666 | ,079 |
| 9,650  | ,659 | ,070 |
| 9,750  | ,654 | ,070 |
| 9,850  | ,642 | ,070 |
| 10,000 | ,637 | ,061 |
| 10,150 | ,632 | ,061 |
| 10,250 | ,628 | ,052 |
| 10,350 | ,623 | ,052 |
| 10,450 | ,613 | ,048 |
| 10,550 | ,606 | ,044 |
| 10,700 | ,597 | ,039 |
| 10,850 | ,578 | ,039 |
| 10,950 | ,575 | ,031 |
| 11,050 | ,568 | ,031 |
| 11,150 | ,563 | ,031 |
| 11,250 | ,561 | ,031 |
| 11,350 | ,556 | ,031 |
| 11,450 | ,547 | ,031 |
| 11,550 | ,544 | ,031 |
| 11,700 | ,532 | ,031 |
| 11,850 | ,530 | ,031 |
| 11,950 | ,523 | ,031 |
| 12,050 | ,511 | ,031 |
| 12,150 | ,504 | ,026 |
| 12,250 | ,499 | ,026 |
| 12,350 | ,499 | ,022 |
| 12,450 | ,484 | ,022 |
| 12,550 | ,477 | ,022 |
| 12,700 | ,465 | ,022 |
| 12,850 | ,451 | ,022 |
| 12,950 | ,449 | ,022 |
| 13,050 | ,444 | ,022 |
| 13,150 | ,439 | ,022 |
| 13,250 | ,437 | ,022 |
| 13,350 | ,434 | ,022 |
| 13,450 | ,432 | ,022 |
| 13,550 | ,422 | ,022 |
| 13,700 | ,415 | ,022 |
| 13,850 | ,408 | ,022 |
| 13,950 | ,396 | ,022 |
| 14,050 | ,391 | ,022 |
| 14,200 | ,389 | ,022 |
| 14,350 | ,382 | ,017 |
| 14,450 | ,379 | ,017 |
| 14,550 | ,375 | ,017 |
| 14,650 | ,372 | ,017 |

---

|        |      |       |
|--------|------|-------|
| 14,750 | ,370 | ,017  |
| 14,850 | ,370 | ,013  |
| 14,950 | ,363 | ,013  |
| 15,050 | ,358 | ,013  |
| 15,200 | ,346 | ,013  |
| 15,350 | ,344 | ,009  |
| 15,450 | ,334 | ,009  |
| 15,550 | ,327 | ,009  |
| 15,700 | ,320 | ,009  |
| 15,850 | ,317 | ,009  |
| 15,950 | ,305 | ,009  |
| 16,050 | ,289 | ,009  |
| 16,150 | ,286 | ,009  |
| 16,250 | ,284 | ,009  |
| 16,350 | ,279 | ,009  |
| 16,450 | ,277 | ,009  |
| 16,550 | ,270 | ,009  |
| 16,650 | ,263 | ,004  |
| 16,800 | ,260 | ,004  |
| 16,950 | ,251 | ,004  |
| 17,050 | ,239 | ,004  |
| 17,150 | ,236 | 0,000 |
| 17,300 | ,234 | 0,000 |
| 17,450 | ,222 | 0,000 |
| 17,550 | ,215 | 0,000 |
| 17,700 | ,212 | 0,000 |
| 17,900 | ,210 | 0,000 |
| 18,150 | ,169 | 0,000 |
| 18,350 | ,167 | 0,000 |
| 18,450 | ,162 | 0,000 |
| 18,650 | ,160 | 0,000 |
| 18,850 | ,158 | 0,000 |
| 18,950 | ,153 | 0,000 |
| 19,200 | ,148 | 0,000 |
| 19,450 | ,143 | 0,000 |
| 19,600 | ,138 | 0,000 |
| 19,750 | ,136 | 0,000 |
| 19,850 | ,134 | 0,000 |
| 19,950 | ,131 | 0,000 |
| 20,200 | ,112 | 0,000 |
| 20,450 | ,107 | 0,000 |
| 20,650 | ,103 | 0,000 |
| 20,850 | ,098 | 0,000 |
| 20,950 | ,095 | 0,000 |
| 21,050 | ,093 | 0,000 |
| 21,300 | ,088 | 0,000 |
| 21,550 | ,086 | 0,000 |
| 21,650 | ,084 | 0,000 |

|        |       |       |
|--------|-------|-------|
| 21,800 | ,081  | 0,000 |
| 21,950 | ,076  | 0,000 |
| 22,150 | ,074  | 0,000 |
| 22,400 | ,069  | 0,000 |
| 22,650 | ,064  | 0,000 |
| 22,900 | ,062  | 0,000 |
| 23,300 | ,053  | 0,000 |
| 23,700 | ,048  | 0,000 |
| 23,850 | ,045  | 0,000 |
| 23,950 | ,043  | 0,000 |
| 24,250 | ,038  | 0,000 |
| 24,700 | ,036  | 0,000 |
| 25,100 | ,033  | 0,000 |
| 25,400 | ,029  | 0,000 |
| 25,650 | ,024  | 0,000 |
| 25,900 | ,019  | 0,000 |
| 26,250 | ,014  | 0,000 |
| 26,750 | ,010  | 0,000 |
| 27,750 | ,005  | 0,000 |
| 29,500 | 0,000 | 0,000 |

The test result variable(s): Eind score BelRAI Screener has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group.

a. The smallest cutoff value is the minimum observed test value minus 1, and the largest cutoff value is the maximum observed test value plus 1. All the other cutoff values are the averages of two consecutive ordered observed test values.



## Bijlage 15

Tabel 70 Coordinates of the Curve, ROC-analyse score 13 op BelRAI Screener

| <b>Coordinates of the Curve</b>                      |                                     |                    |
|--|-------------------------------------|--------------------|
| Test Result Variable(s):                             | Eind<br>score<br>BelRAI<br>Screener |                    |
| Positive if Greater Than or Equal<br>To <sup>a</sup> | Sensitivity                         | 1 -<br>Specificity |
| -1,000   | 1,000                               | 1,000              |
| ,300   | 1,000                               | ,995               |
| ,650   | 1,000                               | ,992               |
| ,750   | 1,000                               | ,988               |
| ,850   | 1,000                               | ,987               |
| ,950   | 1,000                               | ,985               |
| 1,050  | 1,000                               | ,981               |
| 1,150  | 1,000                               | ,980               |
| 1,250  | 1,000                               | ,978               |
| 1,350  | 1,000                               | ,971               |
| 1,450  | 1,000                               | ,968               |
| 1,550  | 1,000                               | ,963               |
| 1,650  | 1,000                               | ,961               |
| 1,750  | 1,000                               | ,956               |
| 1,850  | 1,000                               | ,943               |
| 2,000  | 1,000                               | ,936               |
| 2,200  | 1,000                               | ,929               |
| 2,350  | 1,000                               | ,927               |
| 2,500  | 1,000                               | ,926               |
| 2,700  | 1,000                               | ,922               |
| 2,850  | 1,000                               | ,914               |
| 2,950  | 1,000                               | ,912               |
| 3,050  | 1,000                               | ,906               |
| 3,150  | 1,000                               | ,899               |
| 3,250  | 1,000                               | ,897               |
| 3,350  | 1,000                               | ,884               |
| 3,450  | 1,000                               | ,875               |
| 3,550  | 1,000                               | ,872               |
| 3,650  | 1,000                               | ,868               |
| 3,750  | 1,000                               | ,867               |
| 3,850  | 1,000                               | ,858               |
| 3,950  | 1,000                               | ,852               |
| 4,050  | 1,000                               | ,841               |
| 4,200  | 1,000                               | ,835               |
| 4,350  | 1,000                               | ,820               |
| 4,450  | 1,000                               | ,809               |

---

|       |       |      |
|-------|-------|------|
| 4,550 | 1,000 | ,806 |
| 4,650 | 1,000 | ,799 |
| 4,750 | 1,000 | ,794 |
| 4,850 | 1,000 | ,791 |
| 4,950 | 1,000 | ,786 |
| 5,050 | 1,000 | ,779 |
| 5,150 | 1,000 | ,769 |
| 5,250 | 1,000 | ,762 |
| 5,350 | 1,000 | ,752 |
| 5,450 | 1,000 | ,745 |
| 5,550 | 1,000 | ,740 |
| 5,650 | 1,000 | ,739 |
| 5,750 | 1,000 | ,735 |
| 5,850 | 1,000 | ,730 |
| 5,950 | 1,000 | ,720 |
| 6,050 | 1,000 | ,713 |
| 6,150 | 1,000 | ,703 |
| 6,250 | 1,000 | ,700 |
| 6,350 | 1,000 | ,683 |
| 6,450 | 1,000 | ,669 |
| 6,550 | 1,000 | ,664 |
| 6,650 | 1,000 | ,654 |
| 6,750 | 1,000 | ,651 |
| 6,850 | 1,000 | ,634 |
| 6,950 | 1,000 | ,621 |
| 7,050 | 1,000 | ,614 |
| 7,150 | 1,000 | ,599 |
| 7,250 | 1,000 | ,589 |
| 7,350 | 1,000 | ,580 |
| 7,450 | 1,000 | ,568 |
| 7,550 | 1,000 | ,560 |
| 7,650 | 1,000 | ,548 |
| 7,750 | 1,000 | ,546 |
| 7,850 | 1,000 | ,541 |
| 7,950 | 1,000 | ,530 |
| 8,050 | 1,000 | ,524 |
| 8,150 | 1,000 | ,513 |
| 8,250 | 1,000 | ,501 |
| 8,350 | 1,000 | ,489 |
| 8,450 | 1,000 | ,481 |
| 8,550 | 1,000 | ,472 |
| 8,650 | 1,000 | ,469 |
| 8,750 | 1,000 | ,462 |
| 8,850 | 1,000 | ,455 |
| 8,950 | 1,000 | ,444 |
| 9,050 | 1,000 | ,437 |
| 9,150 | 1,000 | ,435 |
| 9,250 | 1,000 | ,428 |

|        |       |      |
|--------|-------|------|
| 9,350  | 1,000 | ,422 |
| 9,450  | 1,000 | ,417 |
| 9,550  | 1,000 | ,408 |
| 9,650  | 1,000 | ,400 |
| 9,750  | 1,000 | ,396 |
| 9,850  | 1,000 | ,388 |
| 10,000 | 1,000 | ,381 |
| 10,150 | 1,000 | ,378 |
| 10,250 | 1,000 | ,371 |
| 10,350 | 1,000 | ,368 |
| 10,450 | 1,000 | ,359 |
| 10,550 | 1,000 | ,352 |
| 10,700 | 1,000 | ,344 |
| 10,850 | 1,000 | ,331 |
| 10,950 | 1,000 | ,325 |
| 11,050 | 1,000 | ,320 |
| 11,150 | 1,000 | ,317 |
| 11,250 | 1,000 | ,315 |
| 11,350 | 1,000 | ,312 |
| 11,450 | 1,000 | ,305 |
| 11,550 | 1,000 | ,304 |
| 11,700 | 1,000 | ,295 |
| 11,850 | 1,000 | ,293 |
| 11,950 | 1,000 | ,288 |
| 12,050 | 1,000 | ,280 |
| 12,150 | 1,000 | ,273 |
| 12,250 | 1,000 | ,270 |
| 12,350 | 1,000 | ,268 |
| 12,450 | 1,000 | ,258 |
| 12,550 | 1,000 | ,253 |
| 12,700 | 1,000 | ,245 |
| 12,850 | 1,000 | ,234 |
| 12,950 | 1,000 | ,233 |
| 13,050 | 1,000 | ,229 |
| 13,150 | 1,000 | ,226 |
| 13,250 | 1,000 | ,224 |
| 13,350 | 1,000 | ,223 |
| 13,450 | 1,000 | ,221 |
| 13,550 | 1,000 | ,214 |
| 13,700 | 1,000 | ,209 |
| 13,850 | 1,000 | ,204 |
| 13,950 | 1,000 | ,196 |
| 14,050 | 1,000 | ,192 |
| 14,200 | 1,000 | ,191 |
| 14,350 | ,982  | ,185 |
| 14,450 | ,982  | ,184 |
| 14,550 | ,982  | ,180 |
| 14,650 | ,982  | ,179 |

---

|        |      |      |
|--------|------|------|
| 14,750 | ,982 | ,177 |
| 14,850 | ,982 | ,175 |
| 14,950 | ,982 | ,170 |
| 15,050 | ,982 | ,167 |
| 15,200 | ,982 | ,159 |
| 15,350 | ,982 | ,155 |
| 15,450 | ,982 | ,148 |
| 15,550 | ,982 | ,143 |
| 15,700 | ,964 | ,140 |
| 15,850 | ,964 | ,138 |
| 15,950 | ,964 | ,130 |
| 16,050 | ,964 | ,118 |
| 16,150 | ,964 | ,116 |
| 16,250 | ,964 | ,115 |
| 16,350 | ,964 | ,111 |
| 16,450 | ,964 | ,110 |
| 16,550 | ,964 | ,105 |
| 16,650 | ,964 | ,098 |
| 16,800 | ,964 | ,096 |
| 16,950 | ,964 | ,089 |
| 17,050 | ,964 | ,081 |
| 17,150 | ,964 | ,078 |
| 17,300 | ,964 | ,076 |
| 17,450 | ,964 | ,067 |
| 17,550 | ,964 | ,062 |
| 17,700 | ,964 | ,061 |
| 17,900 | ,964 | ,059 |
| 18,150 | ,945 | ,032 |
| 18,350 | ,945 | ,030 |
| 18,450 | ,945 | ,027 |
| 18,650 | ,945 | ,025 |
| 18,850 | ,945 | ,024 |
| 18,950 | ,909 | ,024 |
| 19,200 | ,909 | ,020 |
| 19,450 | ,891 | ,019 |
| 19,600 | ,891 | ,015 |
| 19,750 | ,873 | ,015 |
| 19,850 | ,855 | ,015 |
| 19,950 | ,855 | ,013 |
| 20,200 | ,745 | ,010 |
| 20,450 | ,727 | ,008 |
| 20,650 | ,709 | ,007 |
| 20,850 | ,673 | ,007 |
| 20,950 | ,655 | ,007 |
| 21,050 | ,655 | ,005 |
| 21,300 | ,618 | ,005 |
| 21,550 | ,618 | ,003 |
| 21,650 | ,600 | ,003 |



|        |       |       |
|--------|-------|-------|
| 21,800 | ,582  | ,003  |
| 21,950 | ,564  | ,002  |
| 22,150 | ,545  | ,002  |
| 22,400 | ,509  | ,002  |
| 22,650 | ,491  | 0,000 |
| 22,900 | ,473  | 0,000 |
| 23,300 | ,400  | 0,000 |
| 23,700 | ,364  | 0,000 |
| 23,850 | ,345  | 0,000 |
| 23,950 | ,327  | 0,000 |
| 24,250 | ,291  | 0,000 |
| 24,700 | ,273  | 0,000 |
| 25,100 | ,255  | 0,000 |
| 25,400 | ,218  | 0,000 |
| 25,650 | ,182  | 0,000 |
| 25,900 | ,145  | 0,000 |
| 26,250 | ,109  | 0,000 |
| 26,750 | ,073  | 0,000 |
| 27,750 | ,036  | 0,000 |
| 29,500 | 0,000 | 0,000 |

The test result variable(s): Eind score BelRAI Screener has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group.

a. The smallest cutoff value is the minimum observed test value minus 1, and the largest cutoff value is the maximum observed test value plus 1. All the other cutoff values are the averages of two consecutive ordered observed test values.



## Bijlage 16

Tabel 71 Verdeling inschalingen BelRAI Screener – scenario 1 - over categorieën medisch-sociale schaal (MSS)

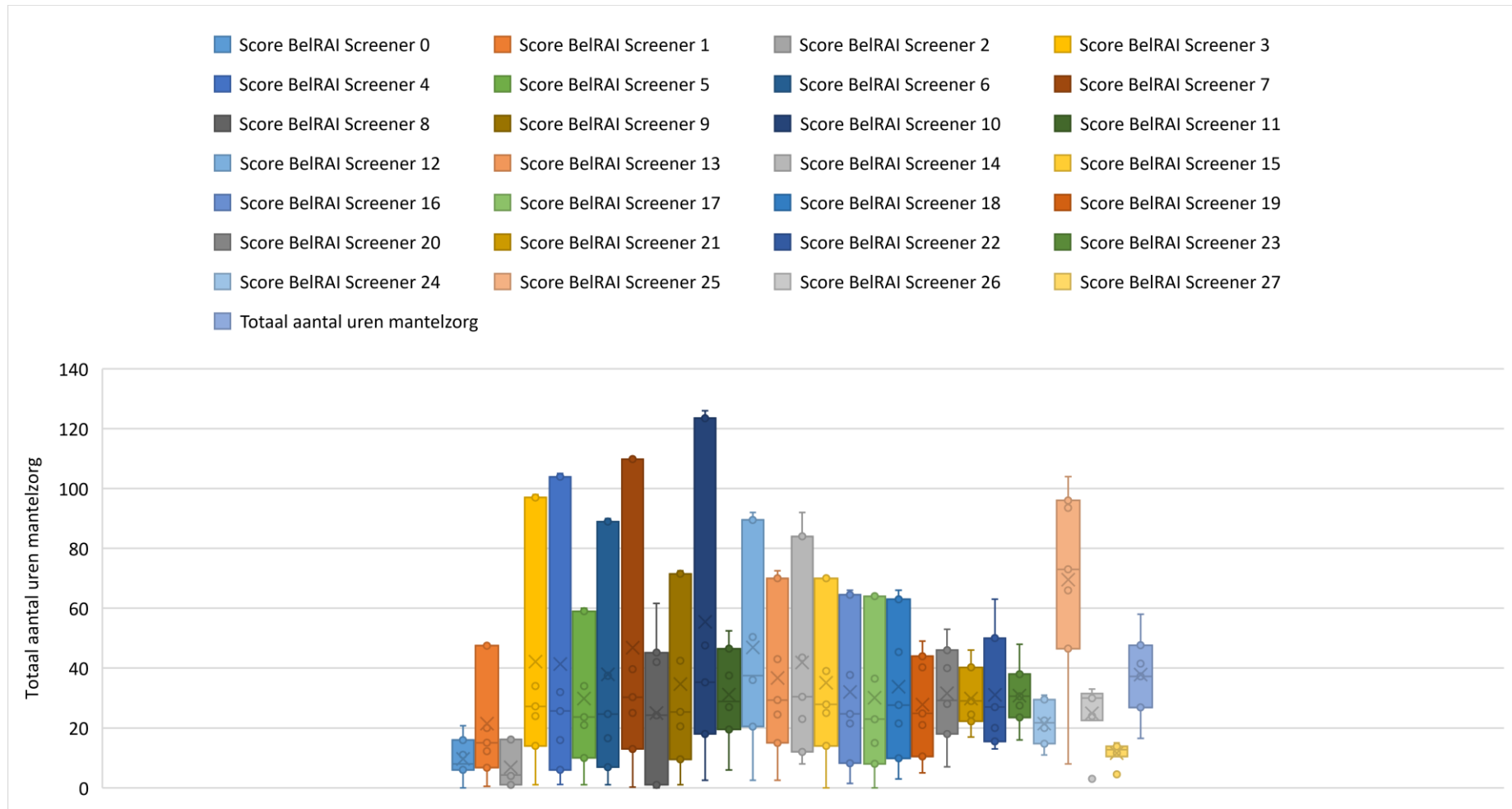
|                 | Categorie 0<br>BelRAI<br>Screener | Categorie 1<br>BelRAI<br>Screener | Categorie 2<br>BelRAI<br>Screener | Categorie 3<br>BelRAI<br>Screener | Categorie 4<br>BelRAI<br>Screener | Categorie 5<br>BelRAI<br>Screener | Totaalaantal<br>op<br>aantal lopende<br>dossiers |
|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Categorie 1 MSS | 3.550                             | 1.899                             | 1.486                             | 1.816                             | 0                                 | 330                               | 9.082  |
| Categorie 2 MSS | 11.108                            | 11.108                            | 6.788                             | 12.651                            | 617                               | 2.777                             | 45.049   |
| Categorie 3 MSS | 5.170                             | 4.395                             | 7.497                             | 11.633                            | 259                               | 7.238                             | 36.190   |
| Categorie 4 MSS | 497                               | 579                               | 745                               | 3.228                             | 414                               | 5.298                             | 10.761   |
| Categorie 5 MSS | 52                                | 52                                | 156                               | 1.146                             | 417                               | 3.385                             | 5.208  |
| Totaal          | 20.377                            | 18.033                            | 16.672                            | 30.474                            | 1.706                             | 19.028                            | 106.290  |

Tabel 72 Verdeling inschalingen BelRAI Screener – scenario 2 - over categorieën medisch-sociale schaal (MSS)

|                 | Categorie 0<br>BelRAI Screener | Categorie 1<br>BelRAI Screener | Categorie 2<br>BelRAI Screener | Categorie 3<br>BelRAI Screener | Categorie 4<br>BelRAI Screener | Categorie 5<br>BelRAI Screener | Totaalaantal<br>op<br>aantal lopende<br>dossiers |
|-----------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Categorie 1 MSS | 3.550                          | 1.734                          | 991                            | 2.477                          | 0                              | 330                            | 9.082  |
| Categorie 2 MSS | 11.108                         | 9.257                          | 3.703                          | 17.588                         | 617                            | 2.777                          | 45.049   |
| Categorie 3 MSS | 5.170                          | 3.878                          | 3.102                          | 16.544                         | 259                            | 7.238                          | 36.190   |
| Categorie 4 MSS | 497                            | 497                            | 248                            | 3.808                          | 414                            | 5.298                          | 10.761   |
| Categorie 5 MSS | 52                             | 52                             | 52                             | 1.250                          | 417                            | 3.385                          | 5.208  |
| Totaal          | 20.377                         | 15.417                         | 8.096                          | 41.666                         | 1.706                          | 19.028                         | 106.290  |



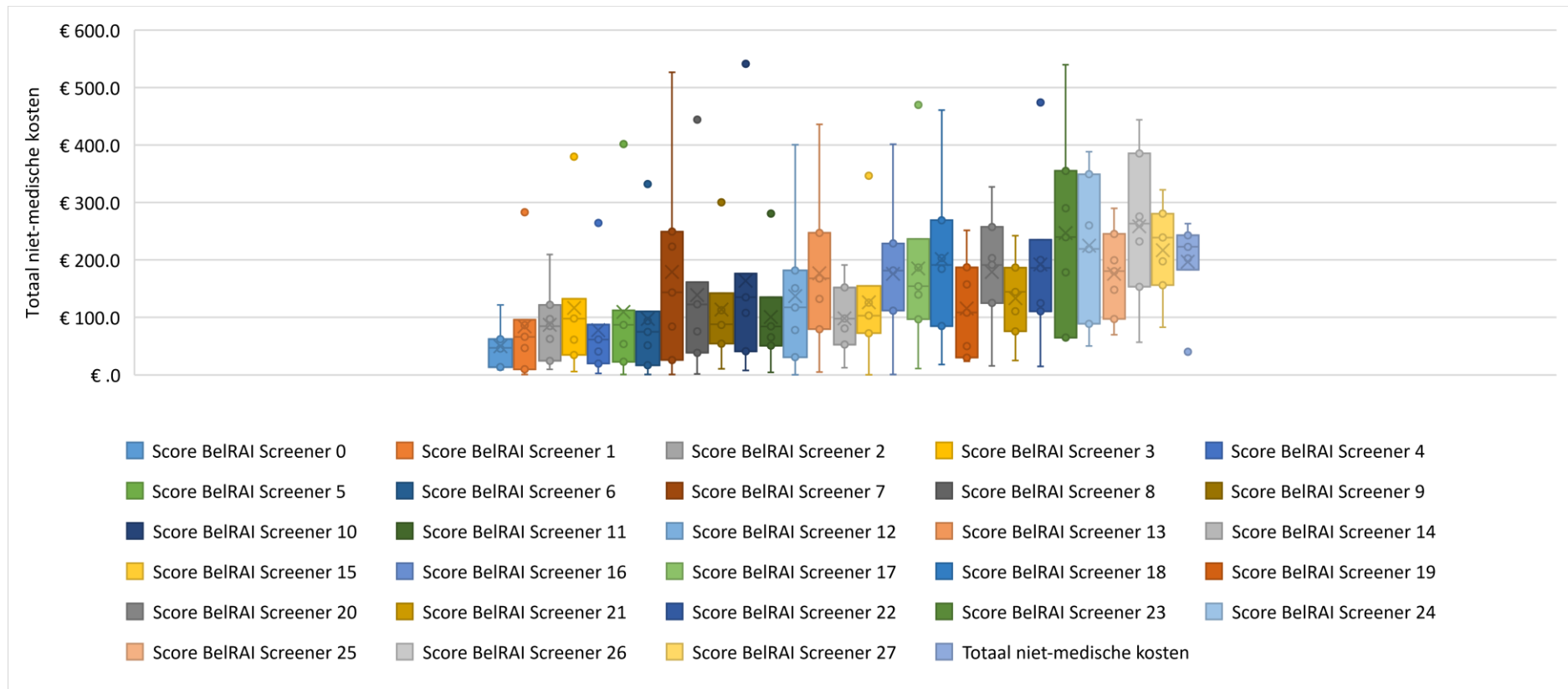
## Bijlage 17



Figuur 83 Overzicht aantal uren mantelzorg in boxplots per samengestelde totaalscore op de BeRAI Screener



## Bijlage 18



Figuur 84 Overzicht boxplots totale niet-medische kosten per samengestelde totaalscore op de BelRAI Screener

