

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 BelRAI¹ als gedeeld indicatiestellings-instrument². 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.

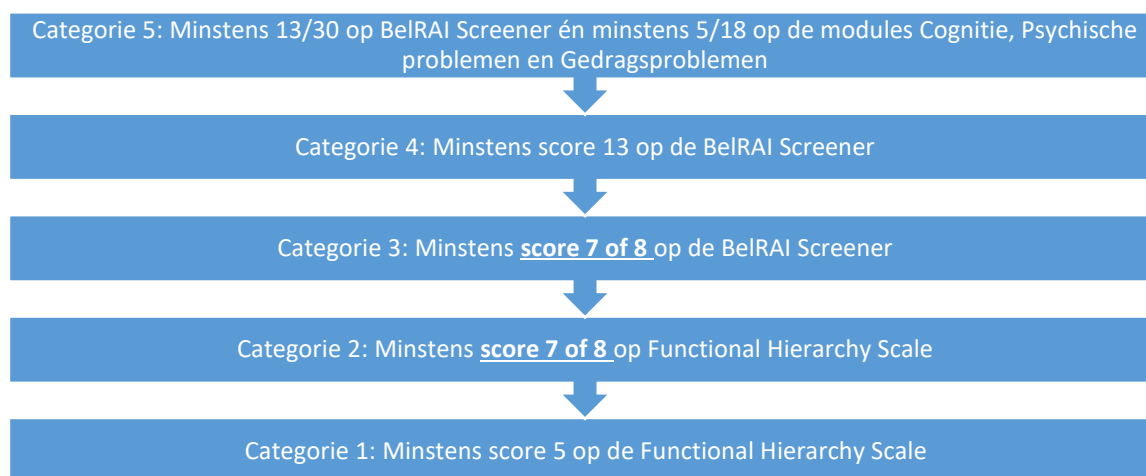
Met de derde onderzoeksvraag willen we nagaan **welke elementen de hoogte van de niet-medische kosten verklaren**. De data tonen dat meerdere elementen een impact hebben op de niet-medische kosten. De BelRAI-modules IADL, ADL en Gedragsproblemen verklaren een significant gedeelte van de verschillen in 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)³, 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

³ 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 bepaalt⁴. 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.

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