



Zorggebruik, -behoefte en -tevredenheid bij kwetsbare ouderen

Bram Vermeulen & Anja Declercq

Achtergrond

Het Vlaamse Ouderenbeleidsplan 2010-2014 zet in op zelfzorg en mantelzorg. Dit is geëxpliciteerd in het woonzorgdecreet (BS 14 mei 2009) waarin staat dat voorzieningen “*maximaal een beroep moeten doen op het zelfzorgvermogen en de zelfredzaamheid van de gebruiker en zijn mantelzorgers, rekening houdend met hun draagkracht*” (art.4 §7). Daarnaast benadrukt de overheid het partnerschap tussen informele en formele zorg. Om de zorgnoden van kwetsbare ouderen in de thuissituatie op te vangen, vullen formele en informele zorgsystemen elkaar aan. De Vlaamse overheid zet daarom simultaan in op een verdere uitbouw van de thuiszorg en op een bredere ondersteuning van mantelzorgers.

Het zorgaanbod heeft zich de laatste decennia gecentreerd rond de thuissituatie. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit de projecten Protocol 3, uitgewerkt door het RIZIV in samenspraak met de verschillende regionale overheden, waarbij expliciet wordt gezocht naar innovatieve projecten die tot doel

hebben kwetsbare ouderen langer in goede omstandigheden thuis te kunnen laten blijven. Ook binnen het Vlaamse beleid worden kwetsbare ouderen ondersteund om zo lang mogelijk, zo zelfstandig mogelijk en met een hoge kwaliteit van leven thuis te kunnen blijven. De uitbouw van thuiszorgondersteunende diensten, zoals centra voor kortverblijf en nachtzorg dient dan ook om bestaande zorgbehoeften op te vangen zodat een overstap naar residentiële zorg indien mogelijk en wenselijk uitgesteld wordt.

Bestaande zorgvragen moeten met kwaliteitsvolle zorg opgevangen worden. In het Kwaliteitsdecreet van 2003 komt de inspraak van de zorggebruiker mee op de voorgrond. Daarom geeft de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin in een visienota over maatschappelijk verantwoorde zorg ook aan dat ervarings- of belevingsmetingen nodig zijn. Zo kunnen gebruikers de kwaliteit van de zorg die ze ontvangen zelf evalueren. Binnen de langetermijnzorg is dit minder ontwikkeld dan in de acute zorg, maar zorgtevredenheid wordt de laatste

decennia vaker als een uitkomst en een component van kwaliteitsvolle zorg beschouwd.

Deze SWVG Feiten & Cijfers geeft op volgende vragen een antwoord:

1. Welke zorg gebruiken kwetsbare ouderen?
2. Wat is de ongedekte zorgbehoefte bij kwetsbare ouderen?
3. Hoe tevreden zijn kwetsbare ouderen over de ontvangen zorgen?

De onderzoeksresultaten kunnen de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin inspireren bij zijn plannen om het ouderenbeleidsplan in de nabije toekomst verder te ontwikkelen en te optimaliseren.

Methodie

Onderstaande resultaten beperken zich tot uitspraken over de gebruikers van thuiszorgdiensten met gevoelens van onwelbevinden en/of cognitieve problemen. Het gaat dus niet over de oudere in het algemeen, maar over een zeer specifieke groep van kwetsbare ouderen die thuiszorg ontvangen. In het methodologische rapport vindt u een uitgebreide beschrijving van deze steekproef, waarin 487 ouderen en 320 mantelzorgers bevraagd zijn (Vermeulen et al., 2011).

Resultaten

1. Welke zorg gebruiken kwetsbare ouderen?

Het zorggebruik wordt in kaart gebracht rond 5 activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) en 7 instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven (IADL). De ADL-taken zijn zich wassen, aan- en uitkleden, verplaatsingen binnenshuis, toiletgebruik en eten. De IADL-taken zijn winkelen, eten klaarmaken, huishouden, de was doen, verplaatsingen buitenshuis, medicatiegebruik en financiën. Zo is ADL een maat voor functionele status en IADL een maat voor de zelfstandigheid.

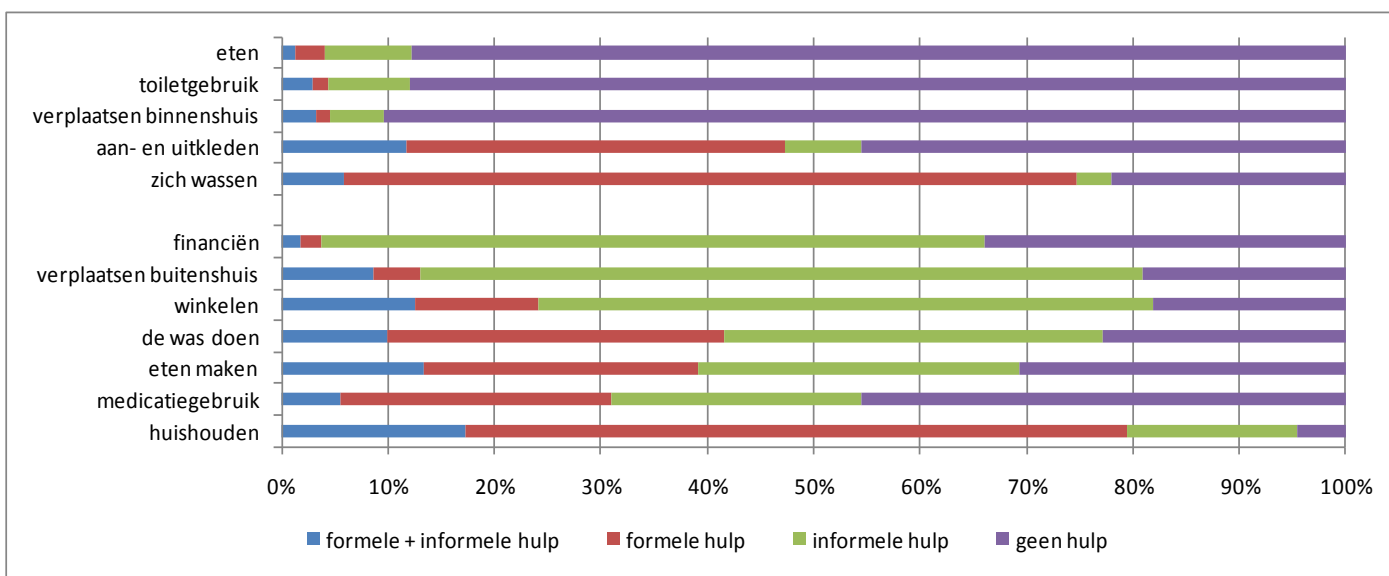
Als er hulp is voor een activiteit, dan geeft de oudere aan

wie deze hulp verleent. Hiervoor wordt een opdeling gemaakt in informele zorg (partner, dochter/zoon, schoondochter/zoon, kleinkind/achterkleinkind, ander familielid, vrienden of kennissen, burenen) en formele zorg (verpleegkundige, bejaardenhulp/gezinszorg, poetsbureau, dienst OCMW). Figuur 1 geeft voor elk van de ADL en IADL-taken aan welk aandeel respondenten hulp gebruikt. Als de oudere voor een activiteit niet meer zelfstandig is, dan wordt aangegeven of de ontvangen hulp formeel en/of informeel is.

Ten eerste valt het op dat het zorggebruik lager ligt voor de ADL-taken. Ongeveer 80% van de ouderen is voor minimum 1 ADL-taak zorgafhankelijk. Bijna 30% krijgt voor elk van de 7 ADL-taken hulp. Voor het toiletgebruik, het eten en verplaatsingen binnenshuis blijven ouderen het langst zelfstandig. Ten tweede is informele hulp cruciaal, ook bij deze specifieke subgroep, die sowieso al formele thuiszorg gebruikt. Zij werden immers door die thuiszorg gescreeend voor opname in de steekproef. Informele hulp komt voor de ADL-taken in de eerste plaats van de partner en voor IADL-taken van de kinderen. Voor hulp bij verplaatsingen buitenshuis en bij het winkelen rekt respectievelijk 18 en 12% op burenen of vrienden. Alleenwonende ouderen maken vaker gebruik van ondersteuning vanuit de buurt. Tegen 2020 zal hun aandeel in het Vlaamse Gewest met bijna de helft toenemen (Lodewijckx, 2008). Het potentieel van meer buurtondersteuning moet aangesproken worden. Tabel 1 en 2 (zie achteraan) tonen wie de informele hulpverlener is wanneer de oudere voor een activiteit hulp gebruikt.

Ten derde is het partnerschap tussen formele en informele zorg tussen en binnen zorgtaken een realiteit. In 5 à 10% van de gevallen is er sprake van complementair zorggebruik, waarbij zowel informele als formele zorg ingeschakeld wordt. Substitutievrees - dit is het idee dat de uitbouw van formele thuiszorg zal leiden tot een reductie van de zorginspanningen van familie en vrienden - lijkt onnodig. Over alle zorgtaken heen vullen formele en informele zorgsystemen elkaar aan.

Dit statische beeld zegt evenwel nog niets over de intensiteit van de zorg die mantelzorgers of formele zorg-



Figuur 1: Zorggebruik van kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken bij (I)ADL-taken

verleners verlenen. Het aantal uren mantelzorg is een belangrijke parameter om de draaglast van de mantelzorg in te schatten (Vanderleyden & Moons, 2010). Met dit doel voor ogen, is in de vragenlijst aan de mantelzorgers gevraagd om aan te geven hoeveel uren zij informele zorg verlenen. Uit de ervaringen van de enquêteurs en uit de gegeven antwoorden (bijvoorbeeld: “24 op 24, 7 op 7”) blijkt echter dat mantelzorgers het erg moeilijk vinden om hierop een precies antwoord te geven. Dit heeft uiteraard invloed op de kwaliteit van de data. Tijdmetingen zijn moeilijk, maar het is wel duidelijk dat de informele zorg essentieel is voor het zorgsysteem rond deze kwetsbare doelgroep.

De cijfers over het zorggebruik hebben betrekking op kwetsbare ouderen in de thuiszorg en zijn daarom moeilijk vergelijkbaar met ander ouderenonderzoek dat vaker een meer algemene groep ouderen betreft (Jacobs et al., 2004; Vanden Boer et al., 2001). Zo geeft een algemene toevalssteekproef bij thuiswonende 55-plussers in Vlaanderen een hogere mate van zelfredzaamheid weer. 96% kleedt zich nog zelfstandig aan, 64% maakt zelf warm eten klaar en 56% doet nog zelf de was. Bij de kwetsbare ouderen uit VoZs, die thuishulp gebruiken, zijn telkens maar half zo veel ouderen zelfstandig.

2. Wat is de ongedekte zorgbehoefte bij kwetsbare ouderen?

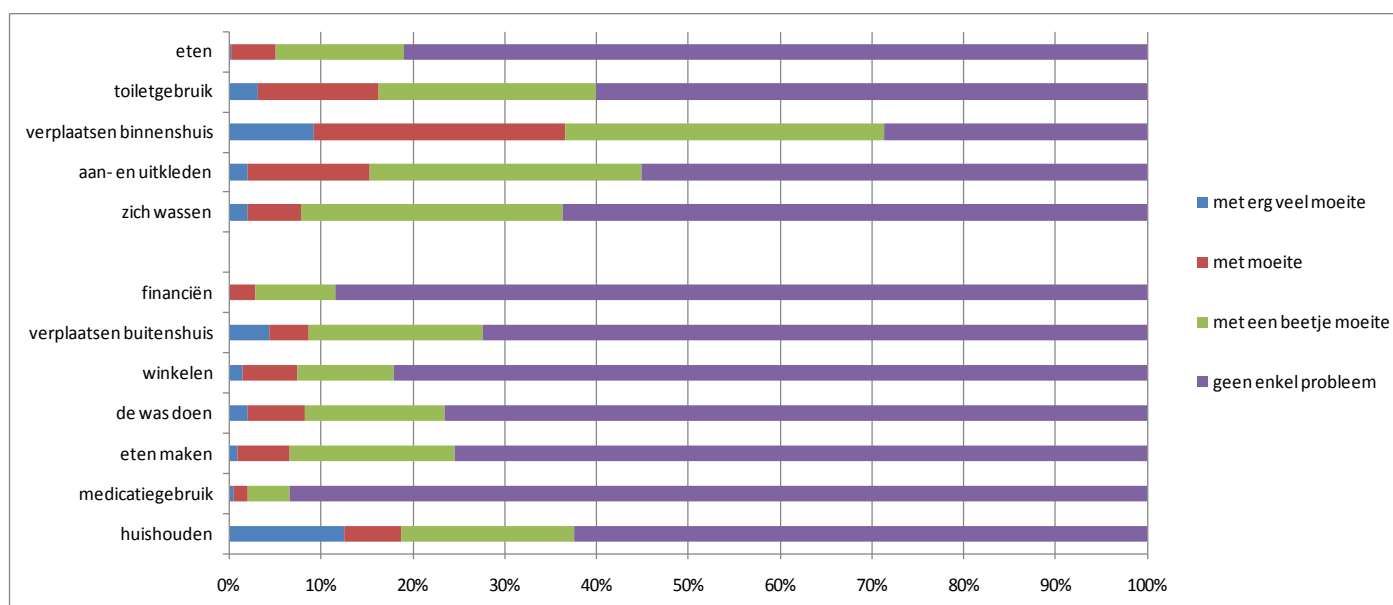
Als er voor een activiteit geen hulp is, dan geeft de oudere aan hoeveel moeite men ervaart met het zelfstandig uitvoeren. Op een 4-punten schaal van ‘geen enkel probleem’ tot ‘met erg veel moeite’ geeft figuur 2 deze inschatting weer.

Ten eerste geeft een groot aandeel van de ouderen aan dat zelfzorg zonder veel ernstige moeilijkheden verloopt. Het aandeel ouderen dat erg veel moeite ervaart bij de zelfzorg blijft voor de meeste taken beperkt tot een paar procent. De zelfstandigheid bij verplaatsingen binnenshuis en bij het huishouden kent het meeste problemen. 1 op 8 ouderen zonder hulp in het huishouden geeft aan erg veel moeite te hebben met die taak. In totaal heeft 38% van de ouderen in zekere mate moeite met deze vorm van zelfzorg. Voor de verplaatsingen binnenshuis

geeft bijna 70% aan dat dit niet zonder moeite met zelfstandigheid gaat. 9% ervaart hier wel erg veel moeite mee. Ten tweede geeft figuur 2 weer dat zelfzorg voor de IADL-taken met minder problemen verloopt dan voor de ADL-taken. Ongeveer 3 ouderen op 4 zonder hulp ervaart geen enkel probleem met het zelfstandig uitvoeren van IADL-taken, terwijl dit voor de ADL-taken minder uitgesproken probleemloos verloopt. Voor de ADL-taken ligt de drempel om hulp te vragen hoger, omdat het opgeven van deze zelfstandigheid veel ingrijpender is. Zo zal een reële zorgnood minder snel tot een zorgvraag en zorggebruik resulteren bij het aan- en uitkleden dan bij het huishouden.

Men kan het moeite hebben met het zelfstandig uitvoeren van die taak en het niet krijgen van hulp bij die taak beschouwen als een ongedekte zorgbehoefte. In het algemeen zijn de ongedekte zorgbehoeften voor dagdagelijkse activiteiten beperkt. Dankzij de ontwikkeling van de thuiszorg de afgelopen decennia worden zorgnoden en -vragen bij kwetsbare, thuiswonende ouderen goed opgevangen, althans bij deze specifieke groep ouderen. Een eerste kanttekening is dat deze steekproef enkel een beeld schetst van die ouderen bij wie reeds professionele thuiszorg opgestart is. De ongedekte zorgbehoeften bij kwetsbare ouderen die (nog) geen beroep doen op formele zorg zijn daarom een blinde vlek.

Ten tweede leidt een zorgnood niet noodzakelijk tot een zorgvraag. Bij signalen van niet-geëxpliciteerde zorgbehoeften kan het zorgsysteem outreachend optreden, maar de zelfbeschikkingsbevoegdheid moet steeds blijven primeren (SAR SWVG, 2011). Het inzetten van bemoeizorg bij zorgmijders is daarom niet altijd gewenst. Sommige zorgorganisaties doen daarom bewust niet aan bemoeizorg. Sommige ouderen vragen gewoon geen hulp, ook al ervaren ze moeite bij het uitvoeren van hun zelfstandigheid, net omdat die zelfstandigheid voor hen heel belangrijk is. Dit is niet noodzakelijk problematisch, want ook in het ouderenbeleidsplan wil men de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de ouderen juist stimuleren (Vandeuren, 2009). Naarmate ouderen meer zorgafhankelijk zijn voor (I)ADL taken neemt de levenskwaliteit immers af. Mantelzorgers die zorgen voor ouderen met een zwaarder zorgprofiel geven aan dat de



Figuur 2: Moeite met het uitvoeren van (I)ADL-activiteiten, indien er geen hulp is

ouderen dan minder om handen hebben, meer rusteloos gedrag vertonen, zich minder goed thuis voelen en een negatiever zelfbeeld hebben. Niettemin is zelfzorg niet voor alle ouderen even vanzelfsprekend. Naarmate de ernst van depressieve gevoelens toeneemt, wordt het risico op meer ervaren moeite met zelfstandigheid en meer ongedekte zorgbehoeften immers groter.

Surveybevragingen zijn waardevol omdat ze subjectieve ervaringen weergeven, maar een beleid rond langetermijnzorgplanning moet gedragen worden door objectieve parameters die gemonitord kunnen worden. Voor de planning van zorgbehoeften zijn (internationaal) gevalideerde meetinstrumenten nodig die op regelmatige basis geaggregeerde gegevens opleveren over het volledige ouderenzorgsysteem (Deven & Jacobs, 2006). België en Vlaanderen nemen daarin een voortrekkersrol op door pilootprojecten rond BelRAI op te zetten (zie: <http://wiki.belrai.be/nl>).

3. Hoe tevreden zijn kwetsbare ouderen over de ontvangen zorgen?

In de zorg wordt steeds vaker de cliënttevredenheid gemeten. Hiertoe werden zowel meer wetenschappelijke instrumenten ontwikkeld (zie bijvoorbeeld Triemstra et al. 2010), als lokale instrumenten door (groepen van) zorgorganisaties. De bestaande instrumenten verschillen in complexiteit en in lengte. Multidimensionele schalen kunnen de complexiteit van langetermijnzorgverlening genuanceerder in beeld brengen, maar zijn lastiger voor ouderen om te beantwoorden (Triemstra et al., 2010).

In VoZs is er een enkelvoudige, algemene tevredenheidmeting per zorgtaak. Nadat ouderen aangeven dat ze voor een activiteit hulp gebruiken en wie deze hulp levert, moeten de ouderen op een 5-puntenschaal van helemaal niet tevreden tot helemaal tevreden beoordelen hoe tevreden ze zijn met de ontvangen hulp. Zelfs bij deze eenvoudige vraag blijkt uit focusgroepen met enquêteurs dat zowel de ouderen als de vrijwillige enquêteurs op het spanningsveld tussen validiteit en accuraatheid in de vraagstelling botsen. “Daar is eigenlijk geen

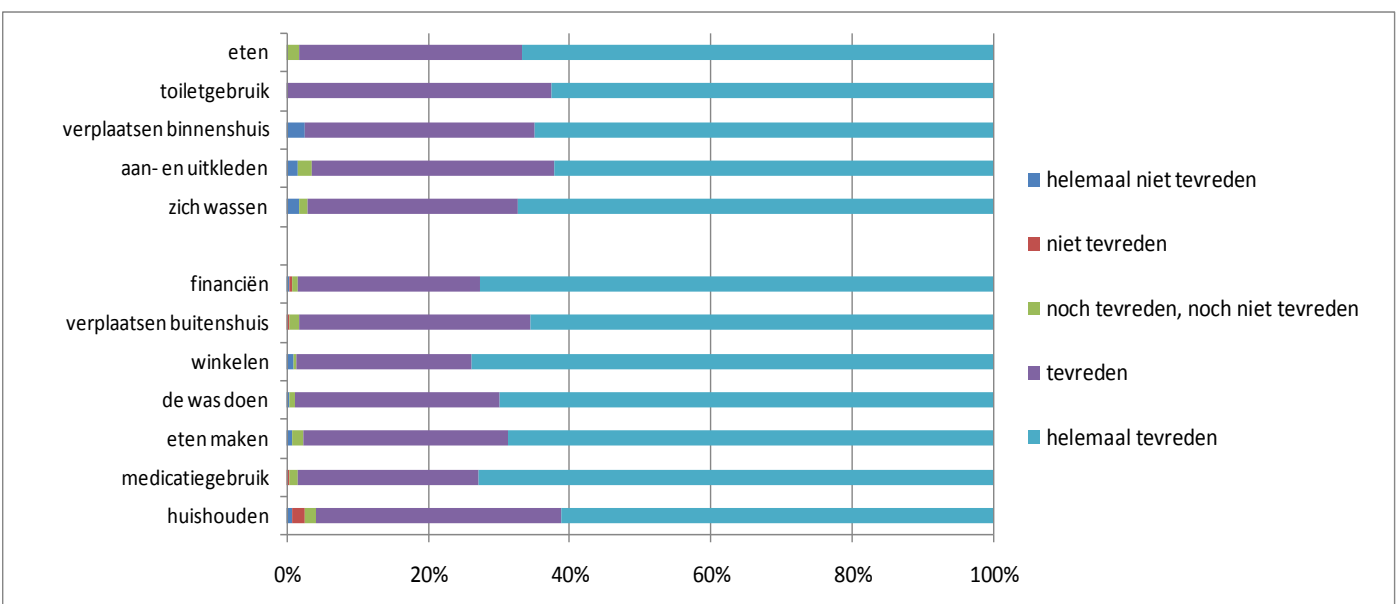
verschil in voor hen, hé, tevreden of zeer tevreden. Ik vond dat ook overbodig, zoveel gradaties. Dat is niet nodig.” (Staelens, 2010).

Figuur 3 geeft de antwoordverdelingen weer van de ouderen op de vraag “Hoe tevreden bent u met deze hulp bij het ...?”. Deze vraag wordt herhaald voor elke (I)ADL taak.

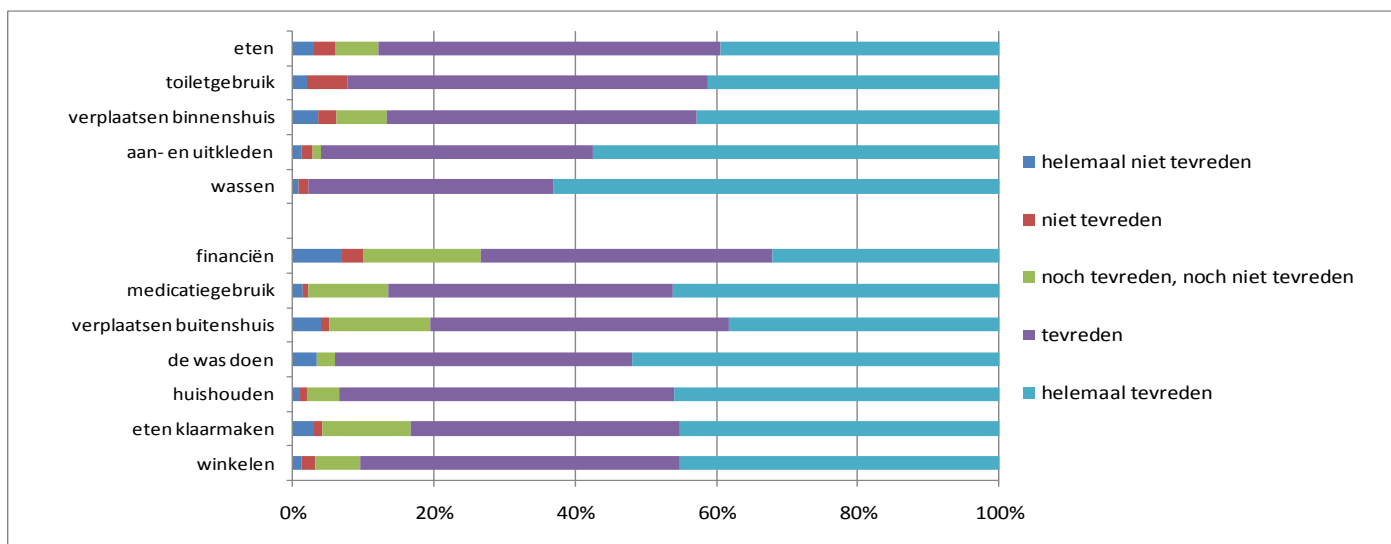
Ouderen zijn globaal zeer tevreden over de hulp die ze ontvangen. Voor elke activiteit is meer dan 95% van de ouderen tevreden over de ontvangen zorgen. Voor elke activiteit is zelfs ongeveer 65% helemaal tevreden. Dit is een opsteker voor de bestaande formele en informele zorgsystemen, al zijn er twee kanttekeningen nodig. Ten eerste speelt sociale wenselijkheid ongetwijfeld een rol, want deze vertekening zorgt voor een overdreven tevredenheid (Geron et al., 2000). Ten tweede is de psychologische betekenis van ‘tevreden zijn’ over de ontvangen zorg bij kwetsbare ouderen niet eenduidig te interpreteren, zeker niet in relatie met de ernst van de geheugenproblemen en de zorgafhankelijkheid. Ouderen berusten en aanvaarden de zorgsituatie misschien uit dankbaarheid voor de zorgen van familie, vrienden en professionals waardoor ze bestaande problemen in de zorgverlening niet signaleren.

Het is daarom maar de vraag in welke mate de formele zorg met tevredenheidmetingen de kwaliteit van hun zorgverlening kan verbeteren. De subjectieve evaluatie van de kwetsbare oudere zelf kan waardevol zijn, als deze gekoppeld wordt aan de inschatting van een mantelzorger. Zo geeft figuur 4 de antwoordverdelingen weer van de centrale mantelzorger op de vraag “Hoe tevreden bent u met deze hulp van anderen bij het ...?”.

Mantelzorgers zijn globaal ook tevreden over de hulpverlening, maar op een minder uitgesproken manier dan de oudere. Het aandeel mantelzorgers dat (helemaal) tevreden is over de hulp van anderen ligt het laagst voor de hulp bij financiën (73%), bij verplaatsingen buitenshuis (81%), bij het eten klaarmaken (83%), bij medicatiegebruik (87%) en bij verplaatsingen binnenshuis (87%). Een uitgesproken ontevredenheid komt ook bij de mantelzorgers zelden voor.



Figuur 3: Zorgtevredenheid, indien er hulp is



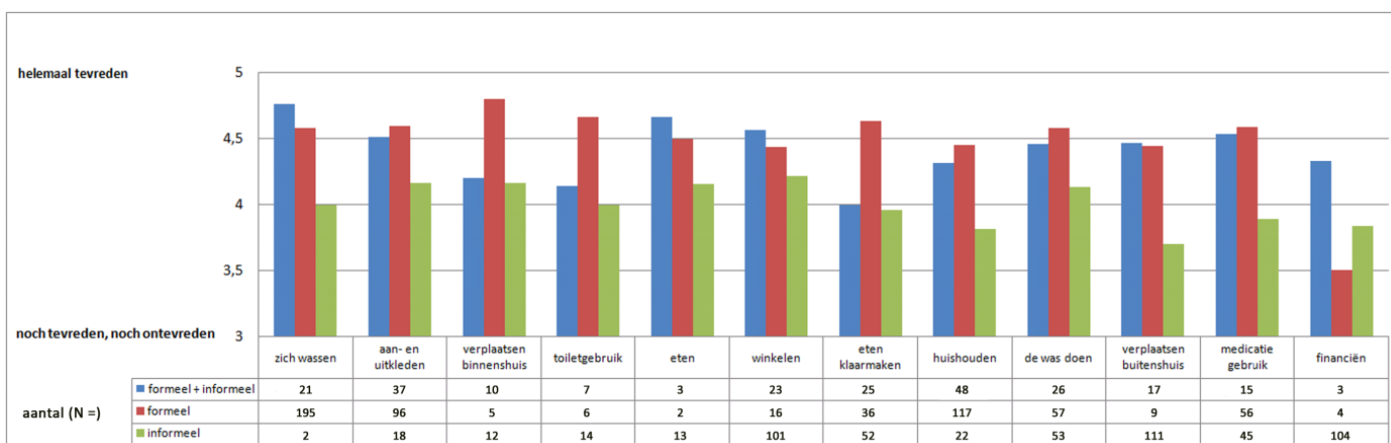
Figuur 4: Tevredenheid van de mantelzorgers over de hulp van anderen bij (I)ADL-taken

Om het verschil in tevredenheid tussen ouderen en hun mantelzorgers te kaderen is opnieuw nuancering nodig. Ten eerste hebben mantelzorgers, indien mogelijk, de vragenlijst zelf schriftelijk ingevuld. Dit in tegenstelling tot de oudere die mondeling werd geïnterviewd. Dit verschil en methode-effect kan ervoor zorgen dat eventuele pijnpunten in de zorgverlening makkelijker geuit worden. Ten tweede is de vraagstelling verschillend. Mantelzorgers evalueren expliciet de hulp van 'anderen' terwijl ouderen waarschijnlijk ook de zorgen van de mantelzorgers mee in rekening brengen. Het is zo niet duidelijk of en in welke mate de centrale mantelzorgers hun eigen aandeel in de zorg mee evalueren en over wie ze precies tevreden of ontevreden zijn. Om deze complexiteit binnen de zorgverlening enigszins te vatten, maakt figuur 5 een onderverdeling in de tevredenheid van de mantelzorgers naargelang de oudere formele en/of informele zorg gebruikt.

Mantelzorgers zijn voor alle (I)ADL-taken, behalve de hulp bij financiën, het minst tevreden wanneer er enkel informele hulp is. Voor de hulp bij het aan- en uitkleden, het eten klaarmaken en het medicatiegebruik scoort de tevredenheid bij informele hulp significant lager dan bij formele hulp. Voor de andere (I)ADL-taken zijn de aantallen per categorie vaak te klein om van significante verschillen te spreken. Er is dus niet alleen nood aan afstemming tussen formele en informele zorg-

verlening, maar ook binnen en tussen informele zorgverleners. Mantelzorgers moeten ondersteund worden bij het verdelen en regelen van zorgtaken binnen de familie- en vriendenkring. Daarnaast bedraagt de gemiddelde tevredenheid van de mantelzorgers ongeveer 4,5 op 5 wanneer er enkel formele hulp is. Deze score is quasi constant voor al de (I)ADL-taken. De professionele zorgverleners moeten bevragingen rond tevredenheid over de zorg dan ook niet als een bedreiging zien, maar als een mogelijkheid om het regelen van de zorg tussen formele zorgverleners, informele zorgverleners, mantelzorgers en ouderen beter op elkaar af te stemmen.

Zorgtevredenheid bespreekbaar maken tussen de oudere, de mantelzorgers en de professionele thuiszorg is een eerste noodzakelijke vereiste om eventuele pijnpunten in de zorgsituatie op te sporen. De bestaande Samenwerkingsinitiatieven EersteLijns gezondheidszorg (SEL) verbinden op lokaal niveau de zorgaanbieders en -gebruikers samen met de mantelzorgers en vrijwilligers (De Maeseneer & Van Pottelbergh, 2010). Een SEL is in de praktijk vooral bedoeld voor de professionele zorgverleners om in functie van de medische toestand van de oudere een hoogdringende beslissing te nemen. De mantelzorgers zou meer aangesproken moeten worden door de professionele zorgverleners om ook in niet crisissituaties samen problemen in de zorgsituatie te sporen.



Figuur 5: Tevredenheid van de centrale mantelzorgers over de hulp van anderen bij (I)ADL-taken, opgesplitst naar formeel en/of informeel zorggebruik

De tevredenheid over de bestaande zorgverlening moet niet alleen hoog zijn bij de ouderen, maar ook bij hun mantelzorgers. Naarmate de gemiddelde zorgtevredenheid over alle (I)ADL-taken heen bij mantelzorgers afneemt, nemen de negatieve zorgervaringen toe. De mantelzorger ervaart dan meer negatieve effecten op de eigen familie, meer druk om de oudere te ondersteunen, heeft vaker het gevoel van afhankelijk te zijn en van verlies. Meer ontevredenheid over hoe de zorg geregeld is, hangt ook samen met een slechtere inschatting van de kwaliteit van de relatie met de oudere. De (on)tevredenheid bij een mantelzorger wordt niet verklaard door de zwaarte van de zorgafhankelijkheid voor (I)ADL-taken. Het zorgen voor iemand die meer of minder zorgafhankelijk is, bepaalt dus niet hoe tevreden de mantelzorger over de zorgen is. Bij het zorgen voor een oudere met ernstigere depressieve gevoelens en geheugenproblemen komt de tevredenheid van de mantelzorger wel sneller onder druk te staan. Een hoge zorgtevredenheid van de mantelzorger over de zorgen voor de oudere is een belangrijke uitkomst waarop het beleid kan inzetten, omdat een tevreden mantelzorger de mantelzorg mogelijks langer kan volhouden.

Besluit

Ook bij ouderen die gebruik maken van professionele thuiszorg is informele zorg cruciaal. Voor de activiteiten van het dagelijkse leven zijn het in de eerste plaats de partners die de zorg opnemen. Voor de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven springen vooral de kinderen in. Alleenwonende ouderen krijgen vaker ondersteuning vanuit de buurt en van vrienden. Formele en informele zorgsystemen zijn op elkaar aangewezen, al is de complementariteit van de zorg binnen een (I)ADL-taak eerder beperkt. De precieze verhouding en verdeling is moeilijk te bepalen, omdat mantelzorgers de intensiteit van hun zorgen niet zomaar kunnen uitrekenen in complexe zorgsituaties.

De ongedekte zorgbehoeften bij kwetsbare, thuiswonende ouderen, die professionele hulp krijgen, zijn beperkt. Ouderen die nog zelfstandig zijn voor (I)ADL-taken ervaren hier zelden erg veel moeite mee. Zorg vragen voor ADL-taken heeft een grotere drempel, omdat het opgeven van deze zelfstandigheid veel ingrijpender is. Inzetten op het bevorderen van zelfzorg is mogelijk en belangrijk omdat een hogere mate van zorgafhankelijkheid samengaat met een lagere kwaliteit van leven. De ongedekte zorgbehoeften liggen hoger bij ouderen met ernstigere depressieve gevoelens, waardoor zelfzorg minder aangewezen wordt.

Ouderen en mantelzorgers zijn tevreden over de hulp bij de (I)ADL-taken. Enkel peilen naar tevredenheid bij de oudere is niet aangewezen omdat mogelijke problemen in de zorgverlening zo niet noodzakelijk naar boven komen. De inschatting van een centrale mantelzorger is cruciaal om mogelijke pijnpunten in de zorgverlening aan te pakken. Mantelzorgers ervaren niet enkel knelpunten bij de formele hulp, maar ook en eerder in de afstemming met andere informele zorgverleners. Niet alleen de oudere, maar ook de mantelzorger moet tevreden zijn over de zorgverlening. Ontevredenheid hangt immers samen met meer negatieve mantelzorgervarin-

gen en een minder goede inschatting van de kwaliteit van de relatie met de oudere. Bij ouderen met ernstigere depressieve gevoelens en geheugenproblemen komt de zorgtevredenheid onder druk te staan.

Aanbevelingen voor het werkveld

Voor de professionele zorgverleners in de eerste lijn is het belangrijk om:

- Het belang en het aandeel van mantelzorgers in het zorggebruik te (h)erkennen.
- Autonomie en zelfzorg bij ouderen aan te moedigen, rekening houdend met de psychosociale noden.
- Zorgtevredenheid bespreekbaar te maken tussen ouderen, mantelzorgers en professionele zorgverleners om zo knelpunten op te sporen. Niet alleen de oudere, maar ook de mantelzorger moet tevreden zijn over de zorgverlening.

Aanbevelingen voor de overheid

Voor de betrokken overheden is het belangrijk om:

- Het samengaan van de professionele zorgverleners met de nulde lijn (de mantelzorgers en ouderen) als uitgangspunt te verankeren.
- Het potentieel van buurtondersteuning aan te wenden om alleenwonende ouderen te ondersteunen.
- Zorgbehoeften structureel te monitoren voor het volledige ouderenzorgsysteem om het beleid rond langetermijnzorg te plannen.
- De mantelzorger een centralere rol te geven als onontbeerlijke informatieverstrekker in de zorgverlening.
- Zorgtevredenheid van mantelzorgers als een belangrijke uitkomst van een proces van zorgverlening te beschouwen.

Tabel 1: Informele zorg bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken voor (I)ADL-taken (in %)

	Partner	(Schoon)dochter of -zoon	(Achter) kleinkind	Een ander familieid	Vrienden of buren
zich wassen	8	4	0	0	0
aan- en uitkleden	22	13	1	1	1
verplaatsen binnenshuis	56	51	7	2	7
toiletgebruik	45	20	3	2	2
eten	44	35	5	5	5
winkelen	19	70	6	6	12
eten maken	31	33	3	2	3
huishouden	15	22	2	2	2
de was doen	19	36	1	4	2
verplaatsen buitenshuis	16	83	9	8	18
medicatiegebruik	22	31	2	2	0
financiën	24	58	2	6	2

Tabel 2: Informele zorg bij alleenwonende, kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken voor (I)ADL-taken (in %)

	Partner	(Schoon)dochter of -zoon	(Achter) kleinkind	Een ander familieid	Vrienden of buren
zich wassen	0	3	0	0	0
aan- en uitkleden	0	13	0	1	2
verplaatsen binnenshuis	0	42	0	17	17
toiletgebruik	0	14	5	5	9
eten	5	36	0	5	14
winkelen	0	69	4	10	14
eten maken	1	34	1	4	5
huishouden	1	19	2	2	2
de was doen	0	33	1	5	4
verplaatsen buitenshuis	0	76	7	13	25
medicatiegebruik	0	29	1	2	1
financiën	1	70	2	13	3

Referenties

De Maeseneer, J. & Van Pottelbergh, G. (2010). *Eindrapport Werkgroep Positionering*. In: Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, Antwerpen, 11 december 2010. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=27333>, geraadpleegd op 13 mei 2011.

Deven, F. & Jacobs, T. (2006). *Vooruitdenken over zorg in Vlaanderen*. Brussel: CBGS

Geron, S. M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, D., & Kassten, L. (2000). The Home Care Satisfaction Measure. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, S259-S270.

Jacobs, T., Vanderleyden, L., & Vanden Boer, L. (2004). *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen: Garant.

Lodewijckx, E. (2008). *Veranderende leefvormen in het Vlaamse Gewest, 1990-2007 (en 2021)*. SVR-rapport 2008/3.

Staelens, B. (2010). Het bevragen van kwetsbare ouderen via vrijwillige peer interviews: uitdagingen en spanningsvelden. Katholieke Universiteit Leuven.

Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2011). *Visie-nota – Maatschappelijk Verantwoorde Zorg*. Brussel

Triemstra, M., Winters, S., Kool, R., & Wiegiers, T. (2010). Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care. *BMC Health Services Research*, 10, 95.

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

Vanderleyden, L. & Moons, D. (2010). *Informele zorg in Vlaanderen*. SVR-Rapport 2010/3.

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

Vermeulen, B., Demaerschalk, M. & Declercq, A. (2011). *De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport, (SWVG-rapport)*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



Vrije
Universiteit
Brussel



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove