Het traject van de complexe thuiszorg voorafgaand aan een opname in een woonzorgcentrum: kritisch bekeken

Dr. Tim De Peuter, K.U. Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, K.U. Leuven

Praktijkopleider: Dr. Sofie Reubens

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2014

abstract

context
Gestuurd door de dubbele vergrijzing stijgt het aantal zorgbehoevende ouderen. Als huisarts in opleiding ondervind ik hindernissen in de multidisciplinaire begeleiding van de patiënt doorheen de complexe thuiszorg. De organisatie van de thuiszorg is versnipperd, mede door de verzuiling. Er is gebrek aan cöordinatie en de communicatie verloopt moeilijk. De wachtlijsten voor opname in een woonzorgcentrum nemen toe. De overheid moet niet alleen investeren in een betere thuiszorg maar in heel het zorgcontinuüm van de oudere patiënt.

onderzoeksvraag
Wat is de rol van de huisarts in de begeleiding van een oudere patiënt binnen het traject van de complexe thuiszorg voorafgaand aan een opname in een woonzorgcentrum? Hoe pakt de doorsnee huisarts dit aan? Welke rol moet de huisarts opnemen in de toekomst?

methode
Aan de hand van semi-gestructureerde interviews gebeurt een kwalitatief onderzoek. Er wordt gepeild naar attitudes, ervaringen en opinies van de 26 huisartsen uit de wachtkring Groot-Lubbeek. De interviews worden per topic samengevat in tabellen. Per topic wordt een discussie gevoerd om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag.

resultaten
9 huisartsen uit 7 praktijken van de in totaal 26 huisartsen uit 15 praktijken nemen deel aan het onderzoek. De huisarts en mantelzorger geven de aanzet voor uitbreiding van de thuiszorg. De patiënt is hier eerder terughoudend voor. Het contacteren van de verschillende thuiszorgdiensten, laat de huisarts liever aan de mantelzorger over. Een lokaal onafhankelijk aanspreekpunt zou hiervoor een hulpmiddel kunnen zijn. De samenwerking met paramedici verloopt vlot, met de andere thuiszorgdiensten is minder contact. De huisarts werkt multidisciplinair maar er is zelden officieel overleg. Er is nood aan een beveiligde elektronische communicatieweg. Er is nood aan een herdefiniëring van de zorgregio's. Dit moet bottom-up gebeuren want de ondervraagde huisartsen vinden dat de huidige SEL en LMN te ver van het microniveau staat. 2 huisartsen vinden dat wij louter instaan voor de medische zorg. De andere huisartsen vinden dat wij de thuiszorg moeten coördineren, eventueel met behulp van case managers. Die mag vooral niet te veel uit handen nemen volgens 3 huisartsen. Het woonzorgcentrum is vooral bedoeld voor zwaar zorgbehoevenden volgens de ondervraagde artsen. Sociale isolatie vermelden 5 artsen ook als geldige reden. 4 artsen zijn voorstander van een strenger toegangsbeleid, eventueel via centrale wachtlijsten. Centrale wachtlijsten mogen geen extra administratieve belasting met zich meebrengen.

conclusies
De zorg verstrekt steeds vanuit de nood van de patiënt. Gezien de drempels bij de patiënt, moet de huisarts in samenwerking met de mantelzorger tijdig actie ondernemen voor uitbreiding van de thuiszorg. De praktische organisatie kan beter via een lokaal neutraal aanspreekpunt gebeuren. De paramedici kiest de huisarts uit zijn eigen netwerk. De zorgcoördinatie behoort tot het takenpakket van de huisarts. Bij complexe situaties moeten we beroep kunnen doen op neutrale case managers. De artsenopleiding moet meer aandacht besteden aan multidisciplinaire samenwerking. Dit moet gefaciliteerd worden via een beveiligd elektronisch communicatieplatform. De herstructurering van de zorgregio's moet bottom-up gebeuren. Het woonzorgcentrum staat aan de rand van het zorgcontinuüm van de oudere patiënt. Centrale wachtlijsten zijn een meerwaarde. De criteria voor opname in een woonzorgcentrum moeten strenger worden, mits voldoende alternatieven voor bijvoorbeeld sociaal geïsoleerden.

dankwoord

Een masterproef maak je nooit alleen.

Ik wil dan ook graag mijn promotor, Prof. Dr. Jan De Lepeleire bedanken voor het begeleiden van dit werk, waarvoor hij het nodige geduld moest oefenen.
Ten tweede gaat mijn dank uit naar mijn praktijkopleider en collega's: Dr. Sofie Reubens, Dr. Marina Sente en Dr. Kris Dhondt, voor het bieden van de nodige flexibiliteit.
Bedankt aan alle huisartsen die deelnamen aan het onderzoek, voor hun kostbare tijd.
Speciale dank gaat uit naar al mijn vrienden die mij chocolade brachten.

Aan mijn meest dierbaren: duizendmaal dank voor jullie onvoorwaardelijke steun en nachtelijke proefleessessies.
Mama, ondanks moeilijke tijden.
Filip, tu sei per me l'essenziale.

inhoudsopgave

keuzeverantwoording **5**
1. introductie **5**
1.1 dubbele vergrijzing: nood aan multidisciplinaire chronische zorg 5
1.2 barrières in de multidisciplinaire samenwerking 5
1.3 residentiële ouderenzorg 6
1.4 woonzorgdecreet 7
2. onderzoeksvraag **8**
3. methode **8**
4. resultaten **10**
4.1 thuiszorg 10
4.1.1 praktische organisatie thuiszorg 10
4.1.2 samenwerking thuiszorgteam 13
4.1.3 netwerk 13
4.2 samenwerking geriatrie 15
4.3 woonzorgcentrum 15
4.4 rol van de huisarts 18
5. discussie **18**
5.1 praktische organisatie van de thuiszorg 18
5.2 multidisciplinaire samenwerking thuiszorg 19
5.3 rol van de huisarts 19
5.4 samenwerking 2e lijn 20
5.5 woonzorgcentrum 20
6. besluit **21**
referenties **22**
bijlage 1: geïnformeerde toestemming **23**
bijlage 2: transcriptie interviews **23**

keuzeverantwoording

Ik ben gebeten door ouderenzorg. Als toekomstige huisarts wil ik in staat zijn om mijn thuiswonende oudere patiënten optimaal te begeleiden doorheen het traject van de complexe thuiszorg – woonzorgcentrum. Welke rol kan de huisarts hierin opnemen? Daarvoor is eerst een schets nodig van de huidige situatie en verwachtingen naar de toekomst.

1. introductie

1.1 dubbele vergrijzing: nood aan multidisciplinaire chronische zorg

In België en Vlaanderen is er een toenemende vergrijzing. Voor heel België wordt verwacht dat het aandeel 65-plussers zal stijgen van 17% in 2010 naar 26% in 2050. Daarmee gepaard gaande is er een toenemende verzilvering, een groeiend aandeel oudste ouderen. Het aandeel van de 85-plussers zal stijgen van 2,2% in 2010 naar 5,8% in 2050.[1] Dat is meer dan een verdubbeling. Ter vergelijking voor Vlaanderen wordt verwacht dat het aandeel van de 65-plussers zal stijgen van 17,9% in 2008 naar 24% in 2030. Voor de verzilvering in Vlaanderen, hier het aandeel van de 80-plussers, is de prognose een toename van bijna 5% in 2008 naar 7% in 2030.[2]

Multimorbiditeit neemt toe met de leeftijd en brengt een grotere afhankelijkheid met zich mee.[3]
De dubbele vergrijzing zorgt dus voor een groeiend aantal zorgbehoevenden. De focus van de geneeskunde schuift meer en meer op van acute naar chronische zorg. Deze zorg dient op maat van de oudere te zijn, individueel gericht. Een multidisciplinaire aanpak helpt de oudere langer en veilig thuis te laten wonen en is te verkiezen boven een unidisciplinaire aanpak.[4] Het gaat om een holistische aanpak die vooral gericht moet zijn op behoud van zelfstandigheid.

Medische problemen worden opgelost met het oog op functionaliteit. De huisarts werkt hiervoor samen met de eerste lijn in de brede zin van het woord: paramedici zoals de kinesitherapeut en de thuisverpleegkundige, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, lokale dienstencentra, apotheek,… en misschien wel als belangrijkste de mantelzorger. Die mantelzorgers zien we maar al te vaak als partners maar zij zijn eigenlijk verborgen patiënten.[5]

1.2 barrières in de multidisciplinaire samenwerking

Als huisarts in opleiding en kleinkind van grootouders die steeds meer zorg vragen, wil ik in staat zijn om thuiswonende oudere patiënten optimaal te begeleiden. In de dagelijkse praktijk ondervind ik hindernissen in de multidisciplinaire samenwerking met de thuiszorg. Het is moeilijk voor een startende huisarts om de sociale kaart te doorgronden. De organisatie van de thuiszorg in Vlaanderen en België is complex en versnipperd, mede door de historische verzuiling. Ik mis een centraal aanspreekpunt voor hulp bij organisatie en coördinatie van de thuiszorg bij een specifieke patiënt: zorgbegeleiding door een casemanager.[3]

gebrek aan coördinatie

Tussen de diensten onderling is er gebrek aan coördinatie. Qua beleid zijn er zowel vanuit de Federale als Vlaamse overheid reeds inspanningen gedaan voor een betere coördinatie via een uitgebouwd mesoniveau. Op het vlak van de thuiszorg heb je de Vlaamse SEL's (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg) en de federale GDT's (Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging).[6] Aan de kant van de huisartsen zijn er de federale LMN's (Lokale Multidisciplinaire Netwerken) die met de zorgtrajecten als pilootproject een multidisciplinaire samenwerking met onder andere specialisten en de GDT's rond een specifieke patiënt en zijn mantelzorger promoten.

Met de zesde staatshervorming zullen normaal de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg (waaronder Impulseofonds, Huisartsenkringen, LMN, GDT) aan de deelstaten worden overgedragen. De financiering van de prestaties door zorgverstrekkers blijft federaal gebeuren.[7] Een belangrijk onderdeel hiervan is een mogelijke herstructurering van het mesoniveau. Domus Medica kreeg in december 2012 van minister Vandeurzen de opdracht de creatie van een geïntegreerd mesoniveau op de eerste lijn te bestuderen, en

dit ter ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidswerkers op het micro- of praktijkniveau.[8] Een voorlopige conclusie uit het project is dat de zorgregio's best bottom-up worden gecreëerd, wat veel overleg en tijd vergt. Het van bovenuit opleggen van zorgregio's leidt tot niet-functionerende mesoniveau's. De huisartsenkringen opteren ook eerder voor optie 3 uit het groenboek van de zesde staatshervorming: structurering van het mesoniveau op zowel zorgregioniveau 'regionale stad' (15 eenheden) als 'kleine stad' (60 eenheden).[7] De 'regionale stad' vormt een goed niveau om taken uit te voeren zoals de organisatie van vorming, samenwerkingsovereenkomsten met de tweede en derde lijn, expertisefuncties, sensibilisatie van de bevolking en zorgaanbieders en preventieve doelstellingen. De coördinatie en continuïteit van de zorgverlening rond een patiënt wordt beter op het zorgregioniveau 'kleine stad' gesitueerd, evenals de lokale samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders (inclusief de woonzorgsector) op de eerste lijn.

gebrek aan goede communicatiekanalen
Een voorwaarde voor multidisciplinaire samenwerking is een goede communicatie. Vandaag gebeurt dit o.a. via telefoon, via een geschreven thuisdossier en via mondeling multidisciplinair overleg. Om de samenwerking nog vlotter te laten verlopen, is er nood aan een beveiligde elektronische communicatieweg voor het delen van medische en vertrouwelijke gegevens tussen de zorgverleners. Een project dat verder bouwt op de federale e-Health fundamenten is het Vlaamse Vitalink: gericht op multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg via beveiligde gegevensdeling.[9] Op 31/1/2014 keurde de Vlaamse Regering het ontwerp van decreet over het netwerk voor digitale gegevensdeling in de zorg goed.[10]

1.3 residentiële ouderenzorg

Vroeger was een rusthuis een huis waar ouderen letterlijk op rust gingen. Ook nu kan in principe al wie 65 of ouder is in de huidige woonzorgcentra terecht. In de praktijk zijn ze voornamelijk bedoeld voor personen die permanent hulp nodig hebben en bij wie de mogelijkheden voor thuiszorg zijn uitgeput.[11] Woonzorgcentra verplaatsen zich dus nog meer naar de rand van het zorgcontinuüm: bedoeld voor de zwaar zorgbehoevende ouderen. Op federaal beleidsniveau wordt dit onder andere gestimuleerd door een hogere financiering toe te kennen aan woonzorgcentra met een erkenning als rust- en verzorgingstehuis via de RVT-bedden. Ter illustratie: in Vlaanderen steeg het aantal RVT-bedden van 17 931 RVT-bedden eind 1999 tot 42 151 op 1 oktober 2011.[12] Ook de verhouding van het aantal zwaardere zorgforfaits neem toe t.o.v. het aantal lichtere zorgforfaits in de woonzorgcentra in Vlaanderen.[13]

Volgens het koninklijk besluit dat de normen voor de bijzondere erkenning als RVT vastlegt, moeten personen aan 4 criteria voldoen voor een opname in een RVT-bed.[14]
"1. Deze personen moeten na multidisciplinaire diagnostische evaluatie, alle actieve en reactiverende behandelingen hebben ondergaan zonder dat zulks een volledig herstel van de functies met betrekking tot het dagelijks leven voor gevolg had en zonder dat een dagelijks medisch toezicht en een permanente medisch-gespecialiseerde behandeling vereist is.
2. Uit een multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie moet blijken dat alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, zodanig dat opname in een RVT aangewezen is.
3. De algemene gezondheidstoestand van deze personen moet, naast de medische zorg van de huisarts en de verpleegkundige zorg, paramedische en/of kinesitherapeutische zorg evenals hulp bij de dagelijkse levensactiviteiten vereisen.
4. Ze moeten sterk afhankelijk zijn van de hulp van derden om de dagelijkse levenshandelingen te kunnen verrichten en ze moeten voldoen aan één van de hierna vermelde zorgbehoevendheidscriteria:
- fysisch afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of om te eten en/of wegens incontinentie;
- psychisch afhankelijk zijn: zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden."
Dit vierde criterium komt overeen met patiënten uit categorie B, C, Cd of D beoordeeld op de KATZ schaal.

wachtlijsten
Aangestuurd door de vergrijzing en verzilvering blijven de wachtlijsten voor opname in een woonzorgcentrum toenemen. Volgens een onderzoek van onderzoeksbureau Ablecare en de vakgroep Verpleegkunde en Vroedkunde van de Universiteit Antwerpen stonden er in 2012 een kwart meer mensen op de wachtlijst dan in 2008.[15] Absolute cijfers hebben weinig zin: dubbele en preventieve inschrijvingen maken het moeilijk om de daadwerkelijke nood aan plaatsen in te schatten. Toch ervaar ik als jonge huisarts in spe deze wachtlijsten als een obstakel in de zorg voor ouderen. Als het zover komt dat de patiënt klaar en geschikt is voor opname in een woonzorgcentrum, verhinderen de wachttijden ons om de patiënt een vlotte overgang te bieden. Wanneer de situatie thuis dan ook echt niet meer houdbaar is, zien we geen andere tussentijdse oplossing dan de patiënt naar het ziekenhuis te sturen. Via die weg proberen we druk uit te oefenen op het systeem om een plaats in een woonzorgcentrum te bespoedigen.

Centrale wachtlijsten zijn voorgesteld om dit probleem aan te pakken.[16] Ze kunnen ons een beter idee geven van de daadwerkelijke nood: geen dubbele inschrijvingen. Bovendien kunnen ze ook een tool zijn om strengere criteria voor woonzorgcentra toe te passen. Nu is de residentiële ouderenzorg een gedeelde federale en Vlaamse bevoegdheid, na de 6e staatshervorming wordt dit Vlaams. In de praktijk is het momenteel zo dat ouderen die in een woonzorgcentrum worden opgenomen steeds meer zorgbehoevend zijn.[7] Er wordt dan ook gesproken over een gedeeltelijke uitbreiding van de RVT-normen (nu nog federaal) naar het hele woonzorgcentrum. Deze criteria zouden kunnen toegepast worden door een strengere bewaking van de toegang tot de wachtlijst, dit kan alleen vlot via centrale wachtlijsten.

1.4 woonzorgdecreet

Is het probleem van een tekort aan plaatsen in de woonzorgcentra simpelweg op te lossen door strengere criteria via centrale wachtlijsten? Met andere woorden, door meer in te zetten op de thuiszorg. Het antwoord is teleurstellend: als we de thuiszorg 50% zouden uitbreiden, bovenop de uitbreiding die sowieso nodig is omwille van de vergrijzing, dan zou er nog een nood zijn aan 1600 bedden extra per jaar in België ten opzichte van 1800-3500 bedden per jaar in andere scenario's.[1] Gedwongen door de dubbele vergrijzing, moet er dus ingezet worden op het hele continuüm van thuiszorg – dagcentrum – kortverblijf – serviceflats – woonzorgcentrum. Dit begint bij een betere organisatie en coördinatie van de thuiszorg, we moeten de mantelzorg ondersteunen en er moeten striktere opnamecriteria komen.[3]

Op Vlaams niveau wordt hiervoor een poging gedaan met het woonzorgdecreet van 13 maart 2009.
"In dat decreet worden bestaande en nieuwe vormen in de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende- en aanvullende zorg en de residentiële ouderenzorg gecombineerd. Het decreet heeft 3 prioritaire doelstellingen:
- zorg op maat bieden aan de gebruiker en een kwaliteitsvol zorgcontinuüm creëren, door zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg correct en individueel aangepast in te zetten;
- de regelgeving actualiseren met als doel de samenwerking tussen thuiszorg, thuiszorgondersteunende zorg en residentiële zorg te vergemakkelijken en aan te moedigen;
- de kwaliteit van wonen en zorg verhogen door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische noden van de zorgvrager, met voldoende aandacht voor sociale inclusie en het welbehagen van de zorgbehoevende" [17]

Het zorgcontinuüm wordt daarin geconcretiseerd als het woonzorgnetwerk:
"Een woonzorgnetwerk is een buurtgericht functioneel samenwerkingsverband waarin de in de buurt actieve erkende voorzieningen uitgenodigd worden tot participatie en waarin naast een huisarts of huisartsenkring, minstens de volgende voorzieningen effectief participeren :
1° een erkend woonzorgcentrum;
2° een erkend centrum voor kortverblijf;
3° een erkende groep van assistentiewoningen;
4° een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of een andere erkende thuiszorgvoorziening die zorg aan huis levert." [18]

"Een woonzorgnetwerk heeft als opdracht om de ouderenzorg te optimaliseren door middel van samenwerking en afstemming tussen de leden van het woonzorgnetwerk. Een woonzorgnetwerk moet ten minste : 1° afspraken maken tussen tenminste de verschillende leden van het woonzorgnetwerk met het oog op doelmatigheid, doeltreffendheid en continuïteit van de ouderenzorg; 2° een gezamenlijk aanbod van ouderenzorg organiseren; 3° de toegang tot de ouderenzorg faciliteren met behulp van één aanmelding; 4° acute zorgvragen beantwoorden; 5° ervoor zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk in onderling overleg en in voorkomend geval gezamenlijk personeel en expertise inzetten; 6° ervoor zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk onder elkaar de informatie uitwisselen die noodzakelijk is voor het verlenen van ouderenzorg aan elke gebruiker in het werkgebied van het woonzorgnetwerk."[18]

Wat dat betreft is Genk een regio om in de gaten te houden. Zij trachten een praktisch werkbaar antwoord te bieden aan de herstructurering van het mesoniveau en het woonzorgdecreet. Het lopend project 'dwarsverbindingen op mesoniveau' van Huisartsenkring Prometheus vzw probeert een geïntegreerd mesoniveau te creëren in de zorgregio 'kleine stad' Genk-As-Opglabbeek-Zutendaal.[19] In het kader van een masterproef toetste Dr. Geert Olaerts reeds de haalbaarheid af van een toekomstig woonzorgnetwerk in deze regio en zij gaf reeds een eerste aanzet door concrete topics voor verdere aanpak te formuleren.[20] Die projecten inspireerden dan ook voor een deel het onderzoeksopzet van deze masterproef.

2. onderzoeksvraag

Vertrekkend vanuit mijn eigen ervaringen in de opleidingspraktijk en na bestudering van de organisatie en valkuilen in de begeleiding van een patiënt doorheen de thuiszorg, kom ik tot de onderzoeksvraag: 'Wat is de rol van de huisarts in de begeleiding van een oudere patiënt binnen het traject van de complexe thuiszorg voorafgaand aan opname in een woonzorgcentrum?'

Voor mijn onderzoek wil ik dit opsplitsen in deelvragen:
1. Hoe gaat de huisarts in realiteit (op microniveau) hier mee om? Met andere woorden: wat zijn de huidige attitudes, ervaringen en opinies rond dit topic?
2. Welke rol kan de huisarts opnemen in de toekomst? Met andere woorden: waar ziet de huisarts zijn plaats en wat zijn de randvoorwaarden hiervoor?

Uiteindelijk tracht ik dan aan de hand van de in de inleiding verwerkte literatuurstudie en het uitgevoerde onderzoek, een mening te vormen over de ideale rol van de huisarts. Hoe kunnen we hiervoor zelf aan de slag en waar zijn aanpassingen nodig op beleidsniveau?

3. methode

design

Het doel van het onderzoek is niet het verzamelen van getallen maar het bestuderen van attitudes, ervaringen en opinies. Het gaat dus om een kwalitatief onderzoek.[21]

populatie

Opdat het onderzoek haalbaar zou zijn, is het belangrijk om met een duidelijk afgebakende populatie te werken. Om de medewerking te garanderen, is een reeds gekende doelgroep een meerwaarde. Het onderzoek richt zich op microniveau. Ik vertrek vanuit mijn ervaringen in de opleidingspraktijk van Dr. Sofie Reubens in Kortrijk-Dutsel, deelgemeente van Holsbeek. De groep huisartsen van de wachtkring Groot-Lubbeek voldoet aan de voorwaarden van haalbaarheid, lokaal niveau en artsen waarmee goede contacten zijn. Op het moment van het onderzoek bestaat de wachtkring Groot-Lubbeek uit 27 huisartsen inclusief mezelf.[22] Deze wachtkring dekt de deelgemeenten Binkom, Kortrijk-Dutsel, Linden, Lubbeek, Nieuwrode, Pellenberg en Sint-Pieters-Rode. De wachtkring is onderdeel van de grotere huisartsenkring Khobra vzw (Kring Huisartsen Oost-Brabant). Op mesoniveau valt dit onder LMN Groot-Leuven met als belangrijke partner op vlak van de thuiszorg de SEL/GDT Goal vzw (GezondheidsOverleg Arrondissement Leuven).

steekproef

Er wordt een selectie gemaakt van de populatie omwille van de beperkte tijd voor het schrijven van deze masterproef en omdat er vermoedelijk verzadiging zal optreden van de resultaten. Er is een bewuste selectiebias om gevarieerde en relevante resultaten te verkrijgen. Huisartsen met minder dan 3 jaar praktijkervaring in de kring worden daarom geëxcludeerd. Artsen die geëngageerd zijn in de huisartsenkring en LMN of die Cra (coördinerend en raadgevend arts) zijn, worden daarom geïncludeerd. 3 personen worden hierdoor geëxcludeerd en 3 personen worden bewust geïncludeerd. Uit de overige populatie wordt minimum 1 huisarts per artsenpraktijk geselecteerd. Bij weigering tot deelname wordt een andere arts gecontacteerd in geval van een groepspraktijk. De eerste benadering gebeurt via e-mail. Daarin staat informatie over het doel van het onderzoek, het opzet van het onderzoek en hoeveel tijd het interview in beslag neemt. Er wordt ook beschreven dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dit om de medewerking te garanderen. Deze e-mail is terug te vinden in bijlage 1. Nadien wordt telefonisch contact opgenomen om hun geïnformeerde toestemming te verkrijgen en meteen een afspraak vast te leggen.

gegevensverzameling

Er wordt gekozen voor het semi-gestructureerde interview. Deze methode heeft als voordeel dat de huisartsen voldoende ruimte hebben om zelf te vertellen. Als er een onduidelijk of onvolledig antwoord volgt, kan er worden doorgevraagd.[23] Via een Google search 'semi-gestructureerde interview' worden 2 documenten bekomen die gebruikt worden als leidraad bij opstellen en afnemen van het interview.[23-24] Vertrekkend vanuit de onderzoeksvraag wordt een topiclijst met subtopics opgesteld. Hieruit worden vragen geformuleerd in vaste volgorde maar tijdens het interview kan deze volgorde wijzigen om het gesprek zo natuurlijk mogelijk te houden. Eerst gebeurt er een proefinterview waarna de vragen worden bijgesteld. De leidraad voor afnemen van de interviews is terug te vinden in bijlage 2.

De beschikbare apparatuur laat geen telefonische interviews toe en de software om gesprekken op te nemen met bijv. Skype is niet langer beschikbaar. Er wordt gekozen voor een face-to-face interview bij de huisarts ter plaatse, zonder aanwezigheid van derden. Deze methode neemt meer tijd in beslag maar is superieur voor het semi-gestructureerde interview. Na gesproken toestemming worden de gesprekken geregistreerd met behulp van een dictafoon en tegelijk worden notities genomen.

gegevensverwerking

De transcriptie gebeurt achteraf in een tekstbestand in Word, terug te vinden in bijlage 2. De notities worden gebruikt als hulp bij transcriptie en bij de interpretatie hiervan. De interviews worden nagelezen en de relevante tekst wordt weerhouden. Een tabelstructuur voor uitwerking van de resultaten wordt opgesteld, de relevante tekst wordt gelabeld volgens deze structuur en ingevuld in de tabellen. Nadien worden de relevante resultaten van deze tabellen besproken om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag.

4. resultaten

2 huisartsen werden uitgesloten o.b.v. het exclusiecriterium. 8 huisartsen weigerden mee te werken aan het onderzoek. Hiervoor werden diverse redenen opgegeven: te druk, te jonge praktijkpopulatie. 3 huisartsen werden niet gecontacteerd omdat telkens de collega uit de duo-praktijk al deelnam. De overige 4 huisartsen werden niet gecontacteerd omwille van tijdgebrek en een voldoende grote steekproef. Uiteindelijk gaven 9 huisartsen hun geïnformeerde toestemming tot medewerking aan het onderzoek. Deze steekproef bestaat uit 9 artsen werkzaam in 7 verschillende huisartsenpraktijken uit een populatie van 26 artsen verdeeld over 15 praktijken.

Op de volgende pagina's worden de resultaten in tabellen weergegeven en kort samengevat. Een leeg veld betekent dat dit niet werd besproken. Dit is te verklaren doordat de labels per onderwerp pas achteraf werden toegekend. Op de horizontale as van de tabel worden de antwoorden weergegeven op chronologische volgorde van afname van interview 1 tot en met 9. Op de verticale as worden de antwoorden per onderwerp gerangschikt a.d.h.v. volgende structuur:

- thuiszorg:
  - praktische organisatie
    - plaatsbepaling: wanneer, hoe
    - barrières bij patiënten en diensten
  - samenwerking thuiszorgteam
    - communicatie: hoe, meerwaarde via elektronisch medisch dossier (EMD)
    - multidisciplinair: barrières, ervaringen MDO, zorgplan
  - netwerk
    - sociale kaart
    - ervaringen SEL, LMN
    - hiaten
- samenwerking geriatrie:
  - ziekenhuis ➔ eerste lijn
  - huisarts ➔ ziekenhuis
- woonzorgcentrum:
  - plaatsbepaling: wanneer, hoe
  - wachtlijsten: aanvraag, meerwaarde centrale lijsten
  - 4 criteria koninklijk besluit RVT normen
- rol van de huisarts

4.1 thuiszorg

4.1.1 praktische organisatie thuiszorg (tabel 1, p11)

De belangrijkste signalen voor het uitbreiden van thuiszorg zijn functionele problemen: moeite met huishouden/maaltijden/hygiëne, gangproblemen, moeite met inname medicatie. De artsen merken dit vaak zelf, bijvoorbeeld via een stijgende frequentie aan telefoons en huisbezoeken. Zes artsen wijzen de mantelzorger aan als belangrijke signaalgever. Andere aanleidingen zijn: sociale isolatie, wegvallen van de mantelzorg of een crisissituatie zoals een ziekenhuisopname.

Vijf van de 9 artsen contacteert de paramedici sowieso zelf. Acht van de 9 artsen laten de praktische organisatie van de andere diensten in eerste instantie over aan de familie, de dienst voor thuishulp wordt bij voorkeur altijd door de familie gecontacteerd. Alle artsen werken liefst met een vaste groep thuisverpleging. Voor de andere diensten wordt bij 3 van de 9 artsen beroep gedaan op een maatschappelijk werker. De hulpverleners worden dus meestal rechtstreeks gecontacteerd.

Patiënten zijn terughoudend voor een uitbreiding van de thuiszorg. Volgens de ondervraagde huisartsen willen ze geen onbekenden in huis, de controle behouden en hun zelfstandigheid niet verliezen. Sommige patiënten vrezen voor een slechte zorgkwaliteit of vrezen dat ze met de thuiszorg de eerste stap richting woonzorgcentrum zetten. Hulp wordt soms radicaal geweigerd. De artsen gaan hiermee stapsgewijs om: ze laten het onderwerp even rusten en starten bij de zorg waarvoor ze de minste weerstand ondervinden. Voor 3 artsen is dit de verpleging, voor 2 artsen is dit de thuishulp. Andere barrières kunnen zijn: wachtlijsten, een kluwen aan diensten en veel verschillende hulpverleners binnen de diensten

tabel 1: praktische organisatie van thuiszorg

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Plaatsbepaling - wanneer	Ik merk: slechte hygiëne, maaltijden lukt niet, valgevaar, sociale isolatie. Of familie signaleert.	Familie signaleert of je ziet het zelf als huisarts. Reeds aanwezige hulpverlener wijst op nood tot uitbreiding.	Ik merk: moeilijk stappen, vaker bellen. Of familie signaleert. Of ziekenhuis opname is aanleiding.	Ik merk: minder hygiëne, moeilijk huishouden en maaltijden. Of familie signaleert.	Verwaarlozing huishouden en persoonlijke hygiëne. Medicatie niet correct ingenomen.	Intuïtie huisarts: patiënt belt vaker, is minder verzorgd, minder therapietrouw, warme maaltijd overslaan.	Therapietrouw vermindert, vereenzaming. Of familie signaleert.	Slechte inname medicatie, slechte hygiëne. Of familie signaleert.	Klinische achteruitgang, mentale achteruitgang, wegvallen mantelzorg
- hoe	Wij spreken hulpverleners aan waarmee goed contact is.	Ik bel zelf niet. Familie/patiënt moet naar maatschappelijk werker mutualiteit stappen.	Verpleging en kiné contacteer ik zelf. Familiehulp doet de familie.	Ik laat de familie contact opnemen. Bij dringendheid of moeite hiermee doe ik het zelf.	Familie doet praktische regeling meestal, ik zeg waar ze terechtkunnen.	Eerste stap is de verpleging, die bel ik meestal zelf. Thuishulp regelt de familie.	Familie regelt of wij bij gebrek hieraan. Gekende hulpverleners of via sociaal assistent OCMW	Medische zorg-verleners contacteer ik zelf. Thuishulp door familie.	Familie belt, anders bel ik maatsch. werker Landelijke Thuiszorg. Verpleging daar los van, is er al.
Barrières - patiënten	Vreemden in huis, afhankelijk worden, geen baas meer in eigen huis.	Vreemden in huis. Niemand heeft problemen met de verpleging.	Verlies van autonomie, patiënt weigert soms radicaal! Vrees slechte kwaliteit zorg.	Verlies van zelfstandigheid.	Verlies van zelfstandigheid. Drempel lijkt het grootst voor verpleging.	Vreemde in huis, verlies controle. Angst: 1e stap naar WZC? Thuishulp is grotere drempel.	Vreemden. Controle verliezen. Patiënten weigeren soms echt.	Patiënt verzwijgen nood. Verlies controle. Laten wassen is serieuze drempel.	Afhankelijkheid tonen, weinig flexibiliteit van diensten. Verpleging is minst grote drempel.
- diensten	Wachtlijsten voor toegang tot de thuiszorg.	Verzuiling, 'ik zie door de bomen het bos niet meer'. Veel verschillende hulpverleners.	Wachttijd. Wisselende kwaliteit (bv. maaltijden) Kostprijs is geen drempel.	Ik weet niet of er een financiële drempel is, soms wel denk ik.	Wisselsysteem bij thuishulp OCMW: vertrouwen is moeilijker.	/	/	Financieel en wachttijden lijken me geen echte drempel.	/
Oplossing?	Laten rusten, later opnieuw voorstellen. Soms eerst crisissituatie nodig.	Vaste groep zelfstandige verpleging: vaker dezelfde mensen.	Inzicht bieden aan de patiënt.	/	/	Ik start met verpleging 1a2x per week. Van daar uitbreiden. Zeg erbij: doel = pt thuis houden	/	Kennen soms al hulpverlener van vroeger, hiermee starten.	Klein starten: bijv. via wondzorg uitbreiden naar toilet, kennen de mensen dan al.

tabel 2: samenwerking thuiszorgteam

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Communicatie - hoe	Mondeling, telefonisch, e-mail. Papieren dossier thuisverpleging!	Vnl. verpleging via papieren dossier. Ook mondeling, e-mail. Andere hulpverleners weinig contact.	Mondeling, telefonisch, e-mail, losse briefjes. Papieren dossier verpleging en thuishulp apart.	Hoofdzakelijk geschreven dossier verpleging. Telefonisch, mondeling. Nooit e-mail.	Boekje verpleging en thuishulp. Telefonisch bij opstart. Weinig via e-mail.	Mondeling, e-mail, telefoon. Heen-en-weer boek: goed met verpleging, minder met thuishulp.	Telefonisch, soms e-mail. Schriftje: verpleging, thuishulp, familie, collega huisarts.	Telefonisch, e-mail, losse briefjes, verpleegdossier. Vnl. kiné en verpleging gaat goed.	Telefonisch, losse briefjes kiné, verpleeg-dossier. Weinig e-mail. Contact thuishulp is informeel.
- meerwaarde via EMD?	Als het gemakkelijk is in gebruik en toegankelijk voor alle hulpverleners.	Misschien. Vraag het eens aan de verpleging.	Betere voorbereiding van huisbezoek Hulpmiddel onderlinge communicatie thuiszorg.	Ik vind dat niet persoonlijk genoeg.	Sneller en doelgerichter overleg.	Als gemakkelijk hanteerbaar en het dus geen extra tijdsverlies betekent.	Op voorwaarde dat iedereen zijn dossiers in orde houdt, moeilijk zonder laptop op huisbezoek.	Zeker! Als er geen overload van nutteloze informatie komt (wassen, scheren,...)	Rechtstreeks (!) via EMD kunnen communiceren zou efficiënter zijn.
Multidisciplinair - barrières	Weinig onderlinge communicatie diensten.	Verzuiling. Elke dienst apart wil zich profileren (casus: “het is hier juist een duivenkot”).	Tijdgebrek! Geen onderlinge communicatie diensten. Veel wisselende hulpverleners (terugkomen op zaken).	Tijdgebrek. Weinig financieel vergoed.	Wisselsysteem thuishulp OCMW. Administratieve rompslomp voor MDO.	Tijdgebrek. Goede samenwerking is heel persoons-gebonden.	Tijdgebrek. Administratie (anekdote dubbel werk e-Health). Financieel minder belangrijk.	Vooral tijdgebrek. Financieel krijg je er weinig voor.	Tijdgebrek. Financieel heeft minder belang voor mij. Organisatie, versnippering thuiszorg is een puinhoop.
- ervaringen MDO	Als iemand van het team aan de alarmbel trekt. Soms officieel, vaker niet officieel (kleinere groep).	Bij problemen. Zelden officieel overleg. Kleinere groep soms beter. Initiëren is onze taak, verpleging durft niet altijd.	Aanvraag via mutualiteit, tool Mediwacht werkt niet. Moeizaam, soms 2 maanden wachten voor acuut probleem.	Zelden formeel MDO en ik werk nooit via officiële instanties.	Zelden, steeds minder. Bij erg complexe situaties. Patiënt niet aanwezig. Officieel overleg. Traag proces.	Officieel MDO via verpleging, vaker niet-officieel. Soms weinig nut: ieder eigen agenda, patiënt wordt ‘vergeten’.	Gebeurt weinig en zelden officieel. Ik contacteer zelf hulpverleners bij problemen. Zo is al veel opgelost: communiceren!	Zelden. 1x officieel via verpleging. Tijdrovend en weinig nut: zaken besproken waar wij weinig boodschap aan.	Als hulpverlener van het team een probleem ziet. Officieel via organisatie thuishulp of verpleging. Ook officieus.
- zorgplan	Eventueel aanspreekpunt, communicatie via e-mail. Op lange termijn verwatering contact, samenwerking.	Geen echt zorgplan. Verder werken via boekje van de verpleging.	Concrete afspraken, ik volg op. Geen evaluatie moment. Geen e-zorgplan.	Ik volg de praktische afspraken op, geen echte evaluatie. Geen e-zorgplan.	Nooit e-zorgplan. Wel praktische afspraken die snel terug wijzigen dus zorgplan weinig zin.	Geen e-zorgplan, er worden vooral praktische afspraken gemaakt.	e-zorgplan niet actief gebruikt. Wel concrete afspraken, verslag, persoon die opvolgt en evalueert	Geen echt zorgplan, voornamelijk praktische afspraken.	Bedoeling MDO is zorgplan, er worden toch taken afgesproken. Verslag? Geen e-zorgplan.

4.1.2 samenwerking thuiszorgteam (tabel 2, p12)

De communicatie gebeurt doorgaans informeel: mondeling als de hulpverlener toevallig aanwezig is, telefonisch, via losse briefjes en via e-mail. Formele communicatie kan via diezelfde wegen en iedere arts maakt gebruik van het papieren verpleegdossier. Bij slechts 3 artsen wordt het papieren dossier ook gebruikt voor de communicatie met andere hulpverleners, voornamelijk met de thuishulp. Dit kan een gemeenschappelijk dossier zijn voor paramedici en andere hulpverleners of een apart schriftje. Vooral het contact met de verpleging wordt als goed ervaren.

Acht van de 9 huisartsen delen gegevens met andere hulpverleners via e-mail De vraag naar meerwaarde van een beveiligde rechtstreekse communicatie vanuit het elektronisch medisch dossier (EMD) wordt door 7 artsen positief beantwoord. Het overleg kan dan sneller en doelgerichter gebeuren. Het kan een hulpmiddel zijn ter voorbereiding van huisbezoeken en het zou een meerwaarde kunnen betekenen voor de communicatie van de hulpverleners onderling, los van de huisarts. Randvoorwaarden zijn: gemakkelijk in gebruik, geen extra tijdverlies - dus rechtstreeks uit EMD -, geen overload aan nutteloze informatie en alle hulpverleners moeten het dossier correct bijhouden.

Zes huisartsen rapporteren tijdgebrek als een barrière in de multidisciplinaire samenwerking. Ook het administratieve werk wordt als een belasting ervaren. De financiële compensatie is te laag, al hecht het merendeel van de artsen hier minder belang aan. De kwaliteit van samenwerking is persoonsgebonden en is moeilijker bij diensten met veel wisselende hulpverleners waardoor zaken dubbel moeten worden besproken. Daarom werken sommige huisartsen bewust samen met een groep zelfstandige verpleegkundigen. Andere relevante hindernissen zijn een versnippering van de thuiszorg, weinig onderlinge communicatie en een gebrek aan coördinatie. Eén arts vertelt hierover een schrijnende anekdote bij een palliatieve patiënt waarbij de diensten elkaar voor de voeten kwamen lopen.

Alle artsen melden dat een officieel multidisciplinair overleg (MDO) amper gebeurt. Alleen bij erg complexe situaties die via de dagelijkse communicatiewegen niet kunnen opgelost worden. Een MDO kan op initiatief van de huisarts of een andere hulpverlener aangevraagd worden via de organisatie van de verpleging/thuishulp. Eén arts regelt zelf de aanvraag via de mutualiteit van de patiënt, via de tool op Mediwacht krijgt hij geen antwoord. Het organiseren van een MDO wordt ervaren als een moeizaam en traag proces. Het nut wordt ook in vraag gesteld: iedere hulpverlener komt met zijn eigen agenda waardoor de noden van de patiënt soms worden vergeten. Eén arts zegt zelfs dat de patiënt zelden aanwezig is op een MDO omdat hij niet akkoord zou gaan met de beslissingen. Zes van de 9 artsen doen vaker en sneller een officieus overleg met 1 of 2 hulpverleners en mantelzorgers bij de patiënt thuis. Na een officieus of officieel overleg wordt geen echt zorgplan opgesteld. Er worden voornamelijk praktische afspraken gemaakt. Twee huisartsen melden follow-up en evaluatie. Achteraf is er verwatering van het contact en 1 arts zegt dat een zorgplan weinig zin heeft omdat de afspraken toch snel terug wijzigen. Niemand werkt met het e-zorgplan.

4.1.3 netwerk (tabel 3, p14)

Alle huisartsen maken gebruik van hun eigen netwerk hulpverleners waarmee ze een goede samenwerking hebben. Vooral een vaste groep thuisverpleging vinden ze belangrijk. 3 van de 9 huisartsen roepen soms een maatschappelijk werker in voor de organisatie van de thuiszorg.

Niemand doet in de praktijk beroep op structuren op het mesoniveau: SEL Goal, LMN Groot-Leuven met promotor zorgtraject. De huisartsen van de kring Groot-Lubbeek weten niet via welke weg en wanneer ze er terecht kunnen.

Enkele huisartsen hebben nood aan een neutraal aanspreekpunt op lokaal niveau. Als hulp bij organisatie en eventuele coördinatie van de thuiszorg, of een soort chronisch huis waar ze terecht kunnen met vragen over complexe situaties.

tabel 3: netwerk

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sociale kaart	Ik doe beroep op de personen uit verschillende disciplines waarmee goed contact en samenwerking is.	Vaste groep verpleging!! Rest: via maatschappelijk werkers OCMW, CM, Landelijke Thuiszorg	Eigen sociale kaart, contact met iedere hulpverlener apart, niet via maatschappelijk werker.	Huisarts bouwt eigen netwerk uit, hier groei je in.	Eigen netwerk loopt vlot.	Eigen mensen waarmee vlotte samenwerking. Vaste groep zelfstandige verpleging.	Hulpverleners waarmee ik veel samenwerk. Anders via sociaal assistent OCMW.	Eigen hulpverleners waar ik tevreden van ben en goed mee samenwerk.	Maatsch. werker Landelijke Thuiszorg. Vaste verpleging.
Ervaringen SEL, LMN	Nog nooit beroep op gedaan. Bij een MDO contacteert iemand anders de dienst. Panal wel.	Ik weet niet wanneer en waarvoor ik hier beroep op mag doen.	Weinig. Voor een MDO via mutualiteit. Geen antwoord via Mediwacht.	Ik weet niet wat zij voor mij kunnen doen en bij wie ik terecht kan.	Weet niet wanneer ik er beroep op kan doen. Staat te ver van lokale praktijk.	Weet te weinig bij wie ik terecht kan, uitzoeken kost tijd. Verpleging regelt MDO aanvraag.	Ik ken de kanalen niet echt dus ik maak er geen gebruik van.	Ik ken mij weg hierin onvoldoende, wil er geen tijd in steken om het uit te zoeken.	Theoretisch zijn er structuren, ik weet niet bij wie ik terechtkan.
hiaten	/	Chronisch huis	Chronische nummer. Herdefiniëring zorgregio's nodig vertrekken van lokaal niveau	/	/	Op kringniveau: neutraal (!) aanspreekpunt. Mag zorg niet uit onze handen nemen (drempel voor patiënt).	/		Regionale persoon neutraal, voor praktische organisatie thuiszorg. Mee eindverant-woordelijk.

tabel 4: samenwerking geriatrie

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ZH ➔eerste lijn	Zelden telefoon arts of sociaal assistent. Geen overleg, eerder overdracht. Brief.	Geriater belt zelden, bv. geronto-psychiater. Meestal enkel brief.	Slecht. Geen inspraak. Thuiszorg wordt wel opgestart, soms te snel WZC opname.	Verbetering laatste jaren. Geriater of maatsch. werker belt. Soms zelfs geen brief.	Goed, maatsch. werker belt: kunnen zo soms te vroege thuiskomst afwenden.	Slecht. Geen inspraak. Soms maatsch. werker die belt. Aanzet uitbreiding thuiszorg wel.	Soms geen brief, te snel naar huis. Er is verbetering: arts belt ter verwittiging geen overleg.	Zelden contact, soms telefonisch: dan doorduwen wil geriatrie, geen overleg.	Ontslagbrief. Telefoon: niet nodig patiënt nog binnen te sturen. Geen overleg.
huisarts ➔ ZH	Ik bel zelf soms bij langdurige opnames.	Ik bel niet, ik weet niet wat hun planning is.	Ik schrijf altijd uitgebreid op mijn verwijsbrief welke zorg al aanwezig is, de sociale situatie.	/	Ik adviseer de familie bij elke opname contact op te nemen met de sociale dienst van het ziekenhuis	Soms goede maatsch. werker waar we bij terecht kunnen.	Overleg kan ook beter vanuit onze hoek, te beginnen bij de verwijsbrief.	/	/

4.2 samenwerking geriatrie (tabel 4, p14)

Eén arts spreekt over een goede samenwerking. Hij motiveert de familie bij elke opname contact op te nemen met de maatschappelijk werker. Die belt dan voor overleg waardoor een vroegtijdige thuiskomst kan worden vermeden. De samenwerking wordt door de 8 andere artsen als slecht ervaren. De laatste jaren is er wel verbetering: soms belt de arts of maatschappelijk werker en meestal is er een ontslagbrief. Het contact geldt dan wel eerder als overdracht, verwittiging. Er is geen sprake van inspraak. Indien nodig wordt vanuit het ziekenhuis wel de aanzet gegeven voor uitbreiding van de thuiszorg.

Sommige huisartsen bellen zelf, motiveren de familie contact op te nemen met de sociale dienst of schrijven de sociale situatie uitgebreid in de verwijsbrief. 1 arts zegt dat het overleg ook vanuit de hoek van de huisarts beter kan.

4.3 woonzorgcentrum (tabel 5, p16)

Alle ondervraagde huisartsen plaatsen het woonzorgcentrum (WZC) aan het einde van het zorgcontinuüm, bedoeld voor zwaar zorgbehoevenden. Ze zien dit als laatste oplossing wanneer de thuissituatie niet langer houdbaar is en permanente zorg nodig is. Eén huisarts vindt dat een WZC ook geschikt is voor lichtere zorgbehoevenden, zo moeten die patiënten bij een verdere achteruitgang niet nogmaals verhuizen. Vijf van de 9 artsen vermelden spontaan ‘sociale isolatie’ als geldige reden voor opname. Eén arts vond het jammer dat zijn patiënt omwille van deze reden werd opgenomen in een WZC en had liever een alternatieve oplossing gezien.

Bij 8 van de 9 artsen worden de patiënten meestal via het ziekenhuis opgenomen in een WZC, zeker als de huisarts de opname wil bespoedigen omwille van een acute verslechtering. Een WZC opname rechtstreeks vanuit de thuissituatie gebeurt steeds minder en verloopt moeizaam. Uiteindelijk heeft 1 huisarts hiervoor in overleg met het WZC de KATZ-score moeten aanpassen. Eén arts zegt dat het ziekenhuis de patiënten soms te snel laat opnemen in een WZC, een andere arts zegt dan weer dat het ziekenhuis altijd eerst probeert om de patiënten terug in hun thuissituatie te krijgen.

Een aanvraag tot inschrijving op de wachtlijst van een WZC wordt door 7 van de 9 huisartsen gebruikt om dieper in te gaan op het waarom van de aanvraag en eventueel om de thuissituatie te herevalueren. Het gaat vooral om preventieve inschrijvingen ‘voor als het ooit nodig zou zijn’. De wachtlijsten geven een verkeerde perceptie volgens één arts: de patiënt kan niet meteen naar het WZC wanneer nodig. Het jaarlijks invullen van de aanvraag is een administratieve belasting

De meningen over centrale wachtlijsten zijn verdeeld. Ze kunnen nuttig zijn op voorwaarde dat de patiënt kan kiezen voor een WZC in de buurt. Centrale wachtlijsten kunnen een beter overzicht geven over regionale tekorten aan de overheid. Ze kunnen ook een hulpmiddel zijn om de criteria voor toelating in een WZC strenger te bewaken. Elektronische centrale wachtlijsten kunnen de administratieve belasting voor de huisarts verminderen: eenmalig in te vullen, gemakkelijk te wijzigen.

Amper 2 huisartsen hadden ooit al gehoord van andere criteria voor opname dan de KATZ-schaal. Drie artsen gaan niet akkoord met het strenger toepassen van die criteria: ‘niemand gaat voor zijn plezier, soms moeten we eerder moeite doen om patiënten de stap te laten zetten’. Vier artsen zijn wel voorstander van een strenger toegangsbeleid voor WZC opname en één arts zegt hier meteen bij dat de toegang tot thuiszorg(premies) eenvoudiger moet zijn. Twee van die 4 artsen vinden dat een neutraal persoon deze criteria moet bewaken omdat de huisarts soms wordt gemanipuleerd en om extra administratieve belasting te vermijden. Vier artsen merken op dat we eigenlijk nu al onbewust de criteria toepassen: het uitvoeren van een multidisciplinaire diagnostische evaluatie en een multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie is ons dagelijks werk in de begeleiding van een thuiswonende oudere. ‘Moet dit wel vertaald worden in een extra formulier?’

tabel 5: woonzorgcentrum

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Plaatsbepaling - wanneer	Lichamelijke afhankelijkheid. Psychische afhankelijkheid. Permanente zorg nodig.	Complexe gevallen, thuis niet houdbaar. Ook minder zorgbehoevende: einde levensfase dan niet nog eens verhuizen.	Laatste stap, thuis niet houdbaar, permanente zorg nodig. Sociale isolatie: serviceflat beter?	Thuis niet langer houdbaar, thuiszorg niet meer uit te breiden. De wachtlijsten vormen dan een probleem.	Zwaar zorg-behoevend: psychisch en/of lichamelijk. Permanent toezicht nodig. Vereenzaming als reden = zonde	Gaat thuis niet meer ondanks thuiszorg. Continu hulp nodig. Sociaal geïsoleerde bloeit soms open.	Meer zorgbehoevende patiënten. Eenzaamheid moet ook kunnen.	Situatie thuis niet meer haalbaar, ondanks bijv. serviceflat. Permanente zorg nodig. Ook erge vereenzaming.	Als laatste alternatief. Alleenwonend, veel zorg nodig. Eenzame mensen bloeien soms open in een WZC.
- hoe	Meestal via het ziekenhuis. Ik ken maar 1 patiënt die rechtstreeks van thuis is gegaan.	Via het ziekenhuis om te versnellen. Minder vanuit thuissituatie (lagere KATZ)	Vaak via het ziekenhuis. Onlangs iemand van thuis.	Bijna altijd via het ziekenhuis, o.a. om het sneller te laten gaan.	Meestal via ziekenhuis owv versnelling nodig. Soms vanuit thuis via wachtlijst.	Via ziekenhuis bij acute verslechtering. Van thuis uit aantal jaar geleden.	Via ziekenhuis na val. Vanuit thuissituatie: zelf veel rondgebeld, druk uitoefenen.	Meestal via ziekenhuis, lukt moeilijk rechtstreeks vanuit de thuissituatie.	Ziekenhuis probeert ze altijd eerst naar huis te krijgen vooraleer WZC. Van thuis en via ziekenhuis.
Wachtlijsten - aanvraag	Sowieso invullen om kans te maken in de toekomst. Moment om andere opties te exploreren	'voor als het ooit nodig is'. Foute perceptie: denken dat ze meteen plaats hebben wanneer nodig. Moment aangrijpen: faalt onze thuiszorg?	Nagaan van waar vraag komt, angsten voor toekomst bespreken. Meestal louter preventieve aanvraag.	Altijd invullen, wachtlijsten laten ons geen keuze. Ik gebruik het moment om de thuissituatie aan te pakken.	Zelden aanvraag onterecht. Ik doe dit ook proactief bij alleenwonende zorgbehoevende, Alleen dan WZC van eigen keuze mogelijk.	Waarom van de aanvraag meestal 'voor als het ooit nodig is'. Nooit patiënt zelf, altijd zoon of dochter. Niemand gaat graag.	Stilstaan bij reden voor aanvraag. Preventief soms. 1 casus KATZ scores moeten aanpassen om kans te maken.	Stilstaan bij het waarom van de aanvraag: aanpassing thuis mogelijk? Administratieve belasting: jaarlijks invullen.	Meestal is dit het laatste alternatief, sta niet echt stil bij reden. De wachtlijst is toch enkele jaren.
- meerwaarde centrale lijsten?	/	Absoluut: 1x inschrijving, indicatie lengte lijst, overzicht tekorten regio. Belang vrijheid van keuze WZC.	Zo criteria strenger bewaken op voorwaarde: neutraal iemand bewaakt toegang, zoals bij een parkeerkaart.	Hoe voorkom je dat iemand aan de andere kant van het land geplaatst wordt?	Patiënten moeten in een WZC in de buurt komen, waar ze mensen kennen.	/	Ik weet het niet, ik zit er niet meteen op te wachten.	/	Centraal te raadplegen, formulieren maar 1 keer invullen, gemakkelijk te wijzigen.
4 criteria KB	Niet gekend. Lijkt soms natte vinger werk in realiteit. Beter strikte criteria.	Niet gekend. NIEMAND gaat met plezier, altijd uit noodzaak. Moeten eerder moeite doen om mensen stap te laten zetten.	Gekend. Eerste 2 zijn subjectief. Beter strenger toepassen. Mantelzorg-premie: bundel papieren = contrast WZC.	Niet gekend. Elke aanvraag is terecht. De eerste 2 criteria zijn ons dagdagelijks werk.	Niet gekend. Niet onze taak dit te bewaken. Sowieso nu al alleen zwaarder zorgbehoevenden	Niet gekend. Goede huisarts doet sowieso die beoordeling: hulp van andere disciplines en thuiszorg exploreren.	Deels gekend. Er geraken mensen te vroeg in een WZC. Eerste 2 criteria gebeuren ook, moeilijk te vertalen in een formulier.	Niet gekend. Kan strikter toegepast door neutraal persoon. Wij gemanipuleerd en pas op voor extra papierbelasting.	Niet gekend. Denk dat we ze onbewust evalueren, hebben ideale positie hiervoor.

tabel 6: rol van de huisarts

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Huisarts kent noden patiënt maar niet alle mogelijkheden thuiszorg: wij 1e stap zetten, praktische regeling door sociaal assistent?	Huisarts heeft langstlopende relatie met patiënt: kent situatie, wensen en gevoelens. Wij moeten team thuiszorg durven leiden, initiatief nemen voor MDO. Zorg oudere patiënten niet uit handen geven. Praktische organisatie doet maatsch. werker mutualiteit.	Patiënt komt op de eerste plaats, altijd strijden in het belang van de patiënt. Andere hulpverleners moeten werken met respect voor het team huisarts-patiënt. Soms te weinig tijd voor management: praktische regeling uit handen geven?	Wij kennen de patiënt het langst, moeten zijn belangen bewaken. Wij moeten thuiszorg team afstemmen op noden patiënt. Management vraagt soms te veel tijd: onafhankelijke personen voor complexe gevallen?	We staan middenin het thuiszorgteam, maar hebben de leiding over de medische zorg. Praktische organisatie thuiszorg is voor maatsch. werker: dan komt arts-patiënt relatie minder in gevaar bij problemen in organisatie/ coördinatie.	Huisarts moet zich profileren om chronische zorg en thuiszorg in handen te nemen. Doel = patiënten zo lang mogelijk thuis houden. Hiervoor is bijscholing nodig en gemakkelijk hanteerbare hulpmiddelen krijgen, bijv. neutraal aanspreekpunt. Mag niks uit handen nemen: extra persoon is drempel voor patiënt.	Controle en coördinerende functie. Deze taak uit handen geven betekent nog meer overleggen. Ik vang tijdgebrek op door bijv. MDO in verlof te plannen en patiëntenstop voor nieuwe chronische huisbezoeken.	Wij medisch advies. Niet heel thuissituatie coördineren. Dat is een logistieke functie, een lokale persoon onafhankelijk van specifieke diensten, die advies van alle hulpverleners samenlegt. Pas op voor ellenlange vergadering als gevolg.	Huisarts moet eindverant-woordelijkheid nemen. Zorgen dat patiënt beste zorg krijgt. Manager, niet dirigeren. Praktische organisatie beter door maatsch. werker, liefst een neutrale regionale persoon.

4.4 rol van de huisarts (tabel 6, p 17)

De meeste huisartsen vermelden spontaan dat de zorg moet vertrekken vanuit de noden van de patiënt en dat het onze taak is om de belangen van de patiënt te bewaken. Voor 6 artsen betekent dit dat de huisarts het thuiszorgteam moet coördineren. Soms kruipt hier te veel tijd in, daarom zou bij erg complexe gevallen iemand deze taak kunnen overnemen. Drie van die 6 artsen vinden dat wij duidelijk de leiding moeten nemen over het team en de zorgcoördinatie nooit uit handen mogen geven. Hiervoor moeten we bijscholing en hulpmiddelen zoals een neutraal regionaal aanspreekpunt krijgen. Als alternatieve oplossing voor tijdgebrek wordt een patiëntenstop voorgesteld.

Twee van de 9 huisartsen vinden dat wij alleen verantwoordelijk zijn voor de medische zorg.

Zeven van de 9 artsen vinden dat de praktische organisatie van de thuiszorg beter door iemand anders kan gebeuren omdat wij onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden of omwille van tijdgebrek. Dat kan bijvoorbeeld door een maatschappelijk werker van de mutualiteit of het OCMW gebeuren. Enkele artsen stellen eerder een persoon voor op lokaal niveau, onafhankelijk van een specifieke thuiszorgdienst of zuil.

5. discussie

Deze masterproef legt de focus op het organiseren en coördineren van de zorg voor een thuiswonende oudere. Dat wil niet zeggen dat de huisarts hoofdzakelijk manager moet zijn. We moeten evenveel aandacht schenken aan de medische lichamelijke en psychische problemen. De chronische zorg moet steeds vertrekken vanuit het biopsychosociaal model.

Het onderzoek is uitgevoerd bij een kleine specifieke populatie: de huisartsen van de wachtkring Groot-Lubbeek. Niet alle resultaten zijn dus representatief voor ‘de huisarts’ in het algemeen omdat sommige ervaringen gebonden zijn aan de organisatie van de thuiszorg in deze specifieke regio. Toch denk ik dat het onderzoek een goede kijk geeft op de werkwijze en ideeën van de doorsnee huisarts.

Op 10 april 2014 zijn er wijzigingen gepubliceerd in het koninklijk besluit dat de normen voor RVT erkenning bepaalt. Het 2e criterium is gewijzigd: *‘een pluridisciplinaire medisch-sociale evaluatie, waarvan de inhoud en modaliteiten worden bepaald door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, moet aantonen dat alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, en dat bijgevolg opname in een rust- en verzorgingstehuis vereist is. Een maand na opname in het rust- en verzorgingstehuis gaan de behandelende arts en het multidisciplinair team over tot de actualisering van deze evaluatie.’* Het onderzoek vond plaats voor deze datum.

In de interviews wordt gezegd dat de 4 criteria van toepassing zijn voor alle opnames in een WZC. Dit klopt niet, ze zijn alleen van toepassing voor RVT-bedden. Dit heeft geen gevolg voor de resultaten. Er wordt gevraagd of deze criteria strikter moeten worden toegepast voor heel het WZC, dat is één van de opties in het groenboek van de zesde staatshervorming.

5.1 praktische organisatie van de thuiszorg

De huisarts plaatst de patiënt centraal en vertrekt vanuit de noden van de patiënt. De nood aan uitbreiding van thuiszorg wordt vooral duidelijk bij functionele achteruitgang van ouderen. De huisarts duidt de mantelzorger aan als belangrijke partner. Wegvallen van die zorg – sociale isolatie – is een aanleiding om de thuissituatie te herevalueren en kan een reden voor WZC-opname zijn. Onderzoek wijst uit dat de mantelzorger eigenlijk een verborgen patiënt is. We moeten hiervoor waakzaam zijn en moeten ze ondersteunen waar mogelijk, gezien hun belangrijke positie.[25]

De huisarts laat het contacteren van de thuiszorgdiensten liever over aan de patiënt of zijn mantelzorger, uitgezonderd de paramedici. Alle huisartsen hebben hun eigen netwerk van hulpverleners. Ze doen zelden beroep op een maatschappelijk werker. Toch geven ze toe dat ze niet bekend zijn met alle mogelijkheden voor thuiszorg en dat het versnipperde landschap hiervoor een

hindernis vormt. Er is dan ook nood aan een lokaal onafhankelijk aanspreekpunt, los van de verzuiling. Het is mij niet duidelijk waar dit aanspreekpunt zich zou moeten bevinden. Dit zou heel lokaal georganiseerd kunnen worden, bijvoorbeeld per woonzorgnetwerk een maatschappelijk werker die vanuit het WZC de thuiszorg mee organiseert. Deze persoon zou ook gebonden kunnen zijn aan het zorgregioniveau 'kleine' stad of de LMN's. Aangezien geen enkele arts uit het onderzoek beroep doet op het LMN Groot-Leuven, denk ik dat deze contactpersoon best zo lokaal mogelijk werkt.

5.2 multidisciplinaire samenwerking thuiszorg

De samenwerking met de paramedici verloopt vlot. De communicatie gebeurt zowel informeel als formeel. De huisarts maakt actief gebruik van de verpleegmap hiervoor. Met de andere thuiszorgdiensten is er weinig formeel contact.

Het is opmerkelijk dat de meeste huisartsen via e-mail medische gegevens met de andere hulpverleners delen. Er is dan ook nood aan een beveiligde elektronische communicatieweg. Die moet gemakkelijk zijn in gebruik en mag geen extra tijdverlies betekenen (dus rechtstreeks vanuit hun eigen EMD). Een andere voorwaarde is dat iedere hulpverlener het dossier correct moet bijhouden, wat het eenvoudigst kan door het EMD mee op huisbezoek te nemen. Er werd niet nagevraagd in de interviews welke huisartsen het EMD op huisbezoek gebruiken.
Dit beveiligd elektronisch platform kan ook een hulpmiddel zijn voor de communicatie tussen de thuiszorgdiensten onderling. Ik kijk dan ook met spanning uit naar de integratie van Vitalink in het EMD en ben benieuwd of aan deze voorwaarden is voldaan.

Het organiseren van een officieel MDO wordt ervaren als een moeizaam en tijdrovend proces. Ze doen sneller een officieus MDO met 1 à 2 hulpverleners, de patiënt en zijn mantelzorger. Het officieel MDO reserveren ze voor erg complexe situaties. Iedere hulpverlener komt met zijn eigen agenda naar het MDO waardoor de noden van de patiënt soms worden vergeten. Er wordt geen echt zorgplan opgesteld en er is weinig follow-up. Niemand vindt het e-zorgplan handig in gebruik, het wordt dan ook niet gebruikt. Naar mijn mening is de (huis)artsenopleiding voornamelijk unidisciplinair gericht. Een multidisciplinaire aanpak wordt theoretisch gepromoot maar we krijgen er weinig of geen tools voor in handen. De opleiding kan meer aandacht besteden aan het organiseren van een MDO, al dan niet officieel. We moeten beter leren vergaderen, we moeten een MDO beter voorbereiden en we moeten leren hoe we een zorgplan kunnen opstellen én gebruiken.

De versnippering van de thuiszorg en het gebrek aan coördinatie tussen de diensten is voor de huisarts een hindernis in de multidisciplinaire samenwerking. Er is dus nood aan de voorgestelde herdefiniëring van de zorgniveau's. Geen enkele van de ondervraagde huisartsen doet beroep op de SEL of de LMN. Ze weten niet bij wie ze een officieel MDO moeten aanvragen en ze willen een lokaal onafhankelijk aanspreekpunt voor de organisatie van de chronische thuiszorg. De herstructurering moet dus bottom-up gebeuren, zoals voorgesteld door Domus Medica.

5.3 rol van de huisarts

De meeste artsen uit het onderzoek vinden dat de coördinatie van de thuiszorg de taak is van de huisarts. Het afstemmen van de zorg op de noden van de patiënt en het bewaken van zijn belangen is onze verantwoordelijkheid. Toch vinden 2 huisartsen uit het onderzoek dat dit beperkt blijft tot puur medische problemen.

De grootste barrière hiervoor is een gebrek aan tijd. Een lokaal aanspreekpunt voor complexe gevallen kan een meerwaarde zijn. Het is niet duidelijk of die dan ook de zorgcoördinatie (gedeeltelijk) uit handen moet nemen. Volgens onderzoek is een volledige zorgcoördinatie niet altijd de taak van de huisarts.[25] We moeten de controle uit handen kunnen geven aan case managers voor complexe gevallen. Randvoorwaarden zijn dat deze case managers hiervoor de juiste opleiding en ondersteuning krijgen. Ik ben van mening dat deze case managers onderdeel moeten zijn van de kleinstedelijke zorgregio, onafhankelijk van de verzuiling.

5.4 samenwerking 2e lijn

Met de oprichting van het geriatrisch daghospitaal en de externe liaison zijn in het verleden inspanningen gedaan om de samenwerking tussen huisarts en geriater te bevorderen. Hoewel er verbetering wordt gerapporteerd, vinden 8 van de 9 huisartsen de samenwerking nog steeds slecht. Er is geen echt overleg, de huisartsen hebben weinig inspraak. De huisarts kan zelf ook extra inspanningen doen om de samenwerking te bevorderen.

De aanzet voor uitbreiding van de thuiszorg gebeurt wel meestal vanuit het ziekenhuis. Een case manager zoals hierboven beschreven, zou voor de externe liaison als contactpersoon kunnen dienen voor een betere samenwerking.

5.5 woonzorgcentrum

De huisarts vindt dat het woonzorgcentrum vooral bedoeld is voor de zwaarder zorgbehoevenden. Sociale isolatie vinden 5 van de 9 bevraagde artsen ook een geldige reden voor WZC opname. Dit komt overeen met gebrek aan mantelzorg. In het onderzoek werd niet gevraagd naar alternatieve oplossingen voor sociale isolatie, bijvoorbeeld serviceflat en lokaal dienstencentrum. In het woonzorgdecreet krijgen deze oplossingen een grote rol toegekend.

De aanvraag tot inschrijving op de wachtlijst wordt doorgaans preventief ingevuld. Toch geeft dit de verkeerde perceptie want wanneer een WZC opname effectief nodig is, kan de patiënt er niet meteen terecht. De meeste huisartsen uit het onderzoek proberen via het ziekenhuis de opname te bespoedigen.

De helft van de ondervraagde artsen zijn voorstander van een strenger toegangsbeleid voor WZC opname. De meeste huisartsen evalueren sowieso de criteria van het koninklijk besluit. Ze vinden dat dit onze dagelijkse taak is. Ze staan weigerachtig tegenover een extra formulier voor deze beoordeling. De administratieve taken van de huisarts worden nu al ervaren als een belasting. Ze stellen voor dat de toegang tot het woonzorgcentrum bewaakt wordt door een neutraal persoon. Dit kan via centrale wachtlijsten. Die moeten elektronisch beschikbaar zijn, eenmalig in te vullen en gemakkelijk te wijzigen.

6. besluit

Het gemeenschappelijk doel van patiënt, huisarts en overheid is om ouderen zo lang en zo goed mogelijk thuis te laten wonen. De manier waarop de huisarts de zorg voor zijn thuiswonende ouderen in realiteit aanpakt, is heel verschillend en sterk afhankelijk van het persoonlijk enthousiasme van de arts.

Waar zie ik nu de rol van de huisarts in het traject complexe thuiszorg – woonzorgcentrum?

De zorg moet steeds vertrekken vanuit de noden van de patiënt. Gezien er drempels bij de patiënten zijn voor uitbreiding van de thuiszorg moet de huisarts zelf tijdig actie ondernemen. We hebben respect voor de rol van de mantelzorger. De huisarts moet aanzet geven voor de praktische organisatie van de thuiszorg. In een ideale situatie kunnen we hiervoor beroep doen op een lokaal neutraal aanspreekpunt. De huisarts is ervoor verantwoordelijk dat zijn patiënt de best mogelijk zorg krijgt. Dit wil zeggen dat de coördinatie van de thuiszorgdiensten ook onze taak is. In een ideale situatie krijgen we hiervoor hulp van case managers, los van de verzuiling. De huisarts moet meer getraind worden voor multidisciplinaire samenwerking. We moeten ons overleg beter voorbereiden. Een beveiligde elektronische communicatie weg, gemakkelijk en snel in gebruik, is onontbeerlijk voor een goede multidisciplinaire samenwerking. Ik zie het woonzorgcentrum als laatste oplossing, wanneer alle andere mogelijkheden zijn uitgeput.

beleidsadviezen

De criteria voor opname in een woonzorgcentrum moeten strenger bewaakt worden en tegelijk moet geïnvesteerd worden in de werking van de thuiszorg via

- Een gemakkelijk hanteerbaar, beveiligd elektronisch communicatieplatform: verdere investering en evaluatie Vitalink.
- Meer aandacht besteden in de artsenopleiding aan multidisciplinair werken.
- De organisatie en coördinatie van de eerste lijn moet beter. Ik ben voorstander van een herdefiniëring van de zorgregio’s, optie 3 van het groenboek van de zesde staatshervorming. Dit moet wel bottom-up gebeuren.
- Er moet een lokaal neutraal aanspreekpunt komen voor organisatie en coördinatie van de thuiszorg, met case managers voor complexe gevallen.
- De criteria voor opname in een woonzorgcentrum mogen strenger worden. Dit kan best via centrale wachtlijsten. Welke criteria er dan juist moeten worden toegepast en wie deze moet evalueren, vind ik minder duidelijk.

referenties

1. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J et al. Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 167A. D/2011/10.273/63
2. Pelfrene E, Van Peer C. Resultaten van de Bevolkingsprojecties. In: Willems P, Lodewijckx E, redacteurs. SVR-Projecties van de bevolking en de huishoudens voor Vlaamse steden en gemeenten, 2009-2030. Studiedienst van de Vlaamse regering; 19/1/2012.
3. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190As. D/2012/10.273/82
4. Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2008;371(9614):725-35.
5. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care 2009;27:31-40.
6. Internetsite Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg. Beschikbaar via: *www.vlaamsesels.be*. Laatst geraadpleegd op 28/4/2014
7. Groenboek zesde staatshervorming - deel 2 gezondheiszorg, ouderenzorg en hulp aan personen. Departement diensten voor het algemeen regeringsbeleid - afdeling kanselarij; 16/9/2013.
8. Nuyens Y. De eerste lijn in beweging? Voortgangsrapport 2010-2013. Symposium Eerstelijnsgezondheidszorg; 7/12/2013; Brussel.
9. Internetsite Vitalink. Beschikbaar via: *www.vitalink.be*. Laatst geraadpleegd op 28/4/2014.
10. Nieuws. Internetsite Flanders' care. Beschikbaar via: *www.flanderscare.be/nl/nieuws/goedkeuring-ontwerp-van-decreet-over-digitale-gegevensdeling-de-zorg*
11. Woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen. Internetsite Vlaams agentschap zorg en gezondheid. Beschikbaar via: *www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Residentiele-ouderenzorg/Woonzorgcentra-en-rust--en-verzorgingstehuizen/*. Laatst geraadpleegd op 28/4/2014.
12. Programmacijfers voor rust- en verzorginstehuizen. Internetsite Vlaams agentschap zorg en gezondheid. Beschikbaar via: *www.zorg-en-gezondheid.be/programmatiervt*. Laatst geraadpleegd op 28/4/2014.
13. Zorgzwaarte in de ouderenzorg. Internetsite Vlaams agentschap zorg en gezondheid. Beschikbaar via: *www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Cijfers-over-residentiële-ouderenzorg.* Laatst geraadpleegd op 28/4/2014.
14. 21 september 2004 Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging. Publicatie Belgisch Staatsblad; 28/10/2014.
15. Van Buggenhout M, Van Rompaey B, Dierckxsens S. De weg naar meer transparantie, wachtlijsten in Vlaamse woonzorgcentra. Ablecarebvba, Universiteit Antwerpen; 29/6/2012.
16. Van Den Broeck S. De wachtlijst als lokaas? Weliswaar.be, welzijns- en gezondheidsmagazine voor Vlaanderen. 2011 febr-maart;98:32-34
17. Basisregelgeving ouderenzorg. Internetsite Vlaams agentschap zorg en gezondheid. Beschikbaar via w*ww.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Ouderenzorg/Basisregelgeving-ouderenzorg*. Laatst geraadpleegd op 28/4/2014.
18. Woonzorgdecreet; 13/3/2009. Beschikbaar via *www.juriwel.be*. Laatst geraadpleegd op 28/4/2014.
19. Dwarsverbindingen op mesoniveau. Internet site huisartsenkring prometheus vzw. Beschikbaar via: *www.huisartsenprometheus.be/nl/dwarsverbindingen-op*-mesoniveau. Laatst geraadpleegd op 28/4/2014.
20. Olaerts G. Van het huidig ouderenzorglandschap naar een toekomstig woonzorgnetwerk in Genk: een kritische analyse. Masterproef voor Master in het management en het beleid van de gezondheidszorg. KU Leuven; 2013.
21. Van Driel M. Verklarende woordenlijst van Evidence-Based Medicine. Derde, herziene druk. Gent: Minerva; 2008.
22. *www.mediwacht.be*
23. Het interview: face-to-face, telefonisch, computergestuurd. In: 'Bouwstenen Online' digitaal studiecentrum universiteit Utrecht. Beschikbaar via: http://studion.fss.uu.nl/Bouwstenenonline/3d2interview.doc
24. Bruneel S, Hannes K. Workshop kwalitatief interview 13/10/2011; KU Leuven. Beschikbaar via: *https://associatie.kuleuven.be/altus/seminaries/1112/131011/interviews.pdf*
25. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care 2011;19:369-389.

bijlage 1: e-mail geïnformeerde toestemming

Beste collega,

ik ben Tim De Peuter, huisarts in opleiding bij Sofie Reubens.

Als onderdeel van mijn manamathesis 'Het traject van de complexe thuiszorg voorafgaand aan een opname in een woonzorgcentrum: kritisch bekeken' zou ik enkele interviews willen afnemen bij de huisartsen in onze wachtkring Groot-Lubbeek. De interviews worden anoniem verwerkt. Het zou gaan om een gesprek face-to-face, aan de hand van een aantal vragen/topics i.v.m. de begeleiding van een oudere patiënt, de samenwerking met de thuiszorg, de aanvraag tot opname in een woonzorgcentrum,...

De focus ligt niet op medische aanpak maar wel de organisatie. Met dit deel van het onderzoek wil ik vooral een realistisch beeld scheppen van de huidige aanpak/ervaringen/opinies. Ik zou toch een tiental huisartsen van onze kring willen bereiken. **In de loop van de week zal ik u dan ook telefonisch contacteren** om te horen of u het ziet zitten om mij hierbij te helpen en een afspraak te maken. Ik schat 30-45 minuten nodig te hebben voor het interview, afhankelijk van de interesse in het topic.

ik hoop alvast op een enthousiaste medewerking,

mvg,

Tim De Peuter

bijlage 2: transcriptie interviews

blanco interview

- gegevens
  - naam, voornaam, leeftijd
  - aantal jaren aan de slag als huisarts in de wachtkring
  - solo/duo/groep, andere medewerkers of samenwerkingsverbanden
  - nevenactiviteiten, functies
- Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…
  - Hoe verloopt de communicatie?
  - In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?
  - Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?
  - Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking?
  - Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?
- Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?
- Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?
- Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?
  - Drempels bij u?
- Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?
- In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?
- Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?
- Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?

- Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?
- *Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.* Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)
- Tot slot: Wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?
- Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?

interview 1

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…
Er is geen schema van samenwerking. Bij elke patiënt is het anders, afhankelijk van de noden van de patiënt. Afhankelijk van de gekende gezondheidswerkers.

- **Hoe verloopt de communicatie?**

In geval van 1 andere hulpverlener: telefonisch, via e-mail. Als er een heel thuiszorgteam bij de patiënt komt, is er weinig onderlinge communicatie. Er wordt wel meer gecommuniceerd bij bepaalde patiënten omdat de hulverleners elkaar persoonlijk beter kennen dan bij andere patiënten. Er is geen systematiek. Met de thuisverpleging wordt er met een papieren dossier gewerkt. Heel uitzonderlijk schrijft ook familiehulp hier iets in. De communicatie met hun gebeurt eerder mondeling als zij toevallig aanwezig zijn, of op een afgesproken moment.

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

Er is al enkele keren een MDO geweest. Dit gebeurt omdat iemand van het team (bijvoorbeeld huisarts, kiné, verpleegkundige) aan de alarmbel trekt. Dus als er iets misloopt. Als alles vlot loopt en de patiënt geen grote problemen stelt, gebeurt er geen MDO. In geval van SIT zorgt de initiatiefnemer voor officieel MDO. Meer gebeurt het dat je met 1 of 2 hulpverleners overlegt in plaats van met het hele team. De voorwaarden voor overleg zijn dan ook niet voldaan.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Als er overleg gebeurt, wordt er soms een aanspreekpunt afgesproken en bijvoorbeeld via e-mail gecommuniceerd. Bij langlopende casus verwatert het contact, de samenwerking opnieuw.

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking? /**
- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Ja. Maar randvoorwaarden zijn wel dat iedereen er gemakkelijk aankan en mee kan werken. Het Wit-Gele kruis werkt bijvoorbeeld al met een elektronisch dossier intern. Ik weet niet of het haalbaar/praktisch is voor kiné en familiehulp om ook met een elektronisch dossier te werken. Het zou wel nuttig zijn.

Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?
Soms beseffen we ook de noden niet van de patiënten, we hebben slechts korte contacten. Vaak door aangeven van de familie of bij een crisissituatie. Gebrekkige hygiëne. Indruk dat de patiënt niet meer voor zijn maaltijden kan zorgen. Gevaar voor vallen. Sociale isolatie, fel nood aan een gesprek.

Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?
Wij hebben met de praktijk enkele personen (kine, verpleegkundige, thuishulp) waarmee er goede contacten zijn en die we als eerste aanspreken als er een nood is bij een patiënt.
Uit deze groep zoek je de sterkere persoonlijkheden die een goed contact met patiënt en ons hebben wanneer er nood is aan overleg.

Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?
Bij heel veel patiënten zijn er drempels om externen/vreemden in huis te halen. Je moet dit dan even laten rusten en regelmatig opnieuw voorstellen, soms is er een crisissituatie nodig om de drempel te

overwinnen. Drempels zijn: vreemden in huis, er wordt op de patiënt zijn vingers gekeken, afhankelijk zijn van derden, geen baas meer in eigen huis

Drempels bij u?

Wachtlijsten voor toegang van de zorg.

Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?

Zelf nog nooit beroep gedaan op SEL Goal. Wel in geval van MDO, maar verpleegkundige of sociaal werker contacteert de dienst. Panalvzw in palliatieve setting.

In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?

Wisselende ervaringen. Zelden krijgen we telefoon van de arts op het einde van een hospitalisatie als overdracht, planning. Meestal blijft het bij een brief en soms is er geen opvolging. Vaak is er een gebrekkige communicatie en zijn we niet op de hoogte van een thuiskomst of worden ze op vrijdagmiddag naar huis gestuurd en hebben we niet kunnen organiseren/voorbereiden. Soms bel ik zelf als huisarts naar de dienst geriatrie als een patiënt langdurig is opgenomen en ik mij afvraag hoe het ermee gaat. De sociaal assistent belt soms naar ons als er aan WZC opname wordt gedacht. Er wordt zeker niet systematisch bevraagd welke thuiszorg al aanwezig is en hoe de situatie thuis, of toch niet via de huisarts. Dit zou meer moeten gebeuren.

Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?

De patiënt was alleenwonend, het ging al een tijdje slecht. Meerdere ziekenhuisopnames op korte tijd. Hij is naar het rusthuis gegaan via het ziekenhuis na overleg met familie en mijzelf. Met als grootste reden: onhoudbare thuissituatie. De patiënt die ik voor ogen heb had alleen thuisverpleging en stond erg weigerachtig tov andere hulpverleners. Ook liet hij weinig hulp van de kinderen toe. Het liep scheef thuis maar ik kon er mijn vinger niet opleggen en zag zelf geen mogelijke oplossing. Dat gebeurt soms nog. Ik heb maar 1 patiënt geweten die vanuit de thuissituatie via de wachtlijst naar een WZCopname is gegaan. Verder iedereen via het hospitaal.

Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?

Lichamelijke afhankelijkheid: sterk beperkte mobiliteit, medische zorgen nodig, permanent toezicht/verzorging nodig (dus als enkele keren per dag niet volstaat), hoog valrisico. Psychische afhankelijkheid: bijvoorbeeld dement en alleenwonend.

Soms dringt de familie van een thuiswonende oudere aan op een WZC opname omdat ze schrik hebben dat er iets zou gebeuren. Daar heb ik het moeilijker mee. Zeker niet iedere patiënt is geschikt voor opname. Het zou handig zijn moesten hier duidelijke richtlijnen/criteria voor bestaan.

Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?

Als de vraag van de patiënt komt vul ik sowieso de aanvraag in. Heel vaak niet omwille van een acute nood maar om kans te maken in de toekomst. Als de vraag als een verrassing komt voor mij ga ik zeker in op de redenen. Ook als ik de patiënt goed ken en de redenen begrijp maar het niet echt nodig vind, probeer ik concrete voorstellen te doen zoals serviceflat, personenalarm,… Het is een goed moment om andere opties te exploreren.

Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.

Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)

Ik ben niet op de hoogte van de criteria. Er zijn op dit moment geen duidelijke richtlijnen voor wie in aanmerking komt. Lijkt soms natte vinger werk, patiënt en familie die het grootste woord heeft.

Tot slot: Wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?

Zou handig zijn als we als huisarts adhv die strikte criteria kunnen beslissen dat de patiënt geschikt is voor een WZCopname en dat dit er dan ook daadwerkelijk van komt.

Als huisarts heb je toch een goed beeld wat de noden zijn van de patiënt maar ken je niet alle mogelijkheden. Idealiter zou je als huisarts de eerste stap kunnen zetten en dan bijvoorbeeld door een sociaal assistent de praktische organisatie laten doen.
Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?
Nee

interview 2

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…
Ik ben er nu zo lang in bezig en soms zie ik door de bomen het bos niet meer. Een van de moeilijke punten is de verzuiling. De christelijke zuil vind ik duidelijk en goed uitgewerkt maar als de patiënt bij de socialistische zuil is aangesloten, weet ik moeilijker wat kan en wat niet. Als een patiënt bijvoorbeeld een ziekenhuisbed nodig heeft en hij niet is aangesloten bij de CM, is het al meteen minder duidelijk waar dit geregeld moet worden. Dit kan dan bijvoorbeeld bij de apotheek maar dat is ook weer duurder. Ik doe nogal eens beroep op het OCMW voor poetshulp/thuishulp maar je hebt ook de Landelijke Thuiszorg, is dat dan alleen voor CM-leden? Ik weet het nog altijd niet. Daar is nog werk aan de winkel. Voor verpleging gaat dit voor mij niet op, ik kies hier om samen te werken met een neutrale zelfstandige groep. Het Wit-Gele Kruis komt op de tweede plaats. Onlangs had ik een complexe thuissituatie waar nachtzorg nodig was. En daar was plots een veelvoud van diensten die voor mekaars voeten begonnen te lopen. Er was al thuishulp, dan kwam er Panal vzw bij, en dan ook licht en liefde want de man was slechtziende. Elke dienst apart wilde zichzelf profileren en een vergadering doen, een maatschappelijk werker inschakelen voor elk zijn formulieren en de subsidies eraan gekoppeld. Ik heb het idee dat er vanuit de overheden een aantal initiatieven naast mekaar lopen die elkaar dan tegenkomen op het veld en dat zorgt voor problemen. De patiënt zelf vond het een vervelende situatie: “Wat is dat hier allemaal? Wat zitten die hier allemaal binnen en buiten te lopen? Dat is hier juist een duivenkot.” Het werd onoverzichtelijk.

- **Hoe verloopt de communicatie?**

De zelfstandige verpleging werkt met een geschreven map. Dit is enorm belangrijk voor de communicatie, dat is onze brievenbus. Het Wit-Gele Kruis heeft ook zo’n map maar dit wordt in de praktijk weinig gebruikt, op den duur kijk je er dan ook niet meer in omdat ik er niks meer van verwacht. De andere hulpverleners werken niet met deze of een andere map. Met die mensen heb je eigenlijk nauwelijks communicatie. Het is de verpleging waar ik vooral mee communiceer en die brengen vaak dingen aan vanuit de thuishulp enzoverder. Er gebeurt soms een afgesproken overleg maar heel veel zaken worden sneller besproken bij het passeren of soms zelf wanneer je hen tegenkomt bij een andere patiënt. Per e-mail worden er ook al eens taken gesignaleerd en afgesproken. Ik vind het heel belangrijk dat een huisarts met een vaste verpleging werk en dat je die mensen kent, daar staat of valt de thuiszorg mee. Dat werkt gemakkelijker, je bent geruster, je weet wat je van elkaar mag verwachten, je hoeft dan ook minder te overleggen in de loop der jaren.

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

Als het moeilijk wordt, moet je op een bepaald moment altijd samen aan tafel gaan zitten, liefst met de familie erbij. Ik doe dit meestal niet via officiële wegen. Liefst met zo weinig mogelijk papieren. Gewoon, een professioneel vertrouwen in elkaar. Dat hoeft niet per se met alle hulpverleners, de kinesist bijvoorbeeld hoeft er zeker niet altijd bij te zijn. Het initiatief tot overleg komt meestal van mij, ik heb de indruk dat de verpleging niet altijd durft het zelf eisen. Ik vind dit ook de taak van de huisarts, we moeten niet alles zomaar uit handen geven.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Nee, er wordt niet echt met een zorgplan gewerkt. Het loopt eigenlijk verder met het boekje van de verpleging.

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking?**

Door de bomen het bos niet meer zien, zoals hierboven gezegd. Ik geraak in de war van de verzuiling.

- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Eigenlijk zou je dit aan de verpleging moeten vragen of zij dit missen. Ik denk dat ik de meeste informatie nu al doorgeef. Maar het zou een meerwaarde kunnen zijn.

Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?
Dat kan vanuit de familie komen, je kan het ook zelf zien.
Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?
Dit komt eerder vanuit de professionele hulpverleners, als er als verpleging is, signaleren zij vaak als er nood is aan uitbreiding. Ik bel zelf niet rond. Ik zeg tegen de patiënt familie dat ze bijvoorbeeld naar de maatschappelijk werker van hun mutualiteit moeten stappen. Zoals eerder gezegd werk ik samen met een vaste groep verpleegkundigen. Ik vind het heel belangrijk om de andere hulpverleners persoonlijk te kennen.
Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?
Niemand heeft problemen met de verpleging, dat vinden ze normaal en dat opent de blik van de patiënten. Doorgaans wordt het vanaf dan vrij goed geaccepteerd. Ze staan er zeker niet op te roepen om meerdere vreemden in hun huis te laten. Daarom is de zelfstandige thuisverpleging een meerwaarde omdat het vaak dezelfde mensen zijn
Drempels bij u?
Nee integendeel. Ik heb niet liever dat er thuiszorg komt voor medicatie toezicht, signaleren van problemen naar ons,…
Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?
Ik weet eigenlijk niet wanneer ik er beroep mag op doen. Naar wie moet ik bellen, welke persoon moet ik aanspreken met welke achtergrond, welke informatie moet ik meegeven. Het zou leuk zijn moest er een echt chronisch huis komen waar je terecht kan.
In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?
Er is weinig overleg. Het gebeurt wel, telefonisch, het is meestal de arts die dan belt. Wij kunnen moeilijk zelf eerst bellen omdat we niet weten wat de planning is, wanneer de patiënt terug naar huis kan. Vanuit het UZ Leuven wordt er eigenlijk nooit gebeld vanuit de geriatrie, er is enkel een brief, soms op vrijdagavond of zaterdag. Vanuit de gerontopsychiatrie wordt er wel vaker gebeld.
Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?
Het gaat over de complexe situatie zoals eerder verteld, de man is ondertussen gestorven, de vrouw blijft alleen achter, meer dan 90 jaar oud. Er was al 24 op 24 uur mantelzorg met behulp van de kinderen. Ze is gevallen 3 dagen voor haar man overleden is en dan naar het ziekenhuis gegaan met een bekkenfractuur. Ze is via het ziekenhuis naar het rusthuis gegaan, omdat het moest versneld worden. Er komt niet zomaar plaats in een rusthuis, je kiest niet wanneer iemand daar sterft. Het systeem van de wachtlijsten is niet zo schitterend, maar wat is het alternatief? Er gaan nog patiënten vanuit de thuissituatie naar het rusthuis, maar het rusthuis wil vooral hun aantal verzorgingsbedden invullen en de patiënten die vanuit het ziekenhuis komen scoren meestal hoger op de KATZ schaal en komen zo bovenaan de wachtlijst.
Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?
Ik vind een rusthuis niet alleen voor de zwaarder zorgbehoevenden. Het is net goed dat er patiënten kunnen gaan die nog minder zorg nodig hebben en dan in het rusthuis kunnen blijven wanneer ze achteruitgaan. Zodat ze in de laatste fase van hun leven nog eens niet naar ergens anders hoeven te gaan.
Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?
De patiënt of familie of ziekenhuis is het formulier al in het rusthuis gaan halen. Wij komen pas op het einde om dat in te vullen, dat is meestal al goed onderzocht geweest in het rusthuis of de aanvraag geldig is. Als de vraag komt kan je je wel de vraag stellen of we niet falen in onze zorg thuis. Het is er wel bij de mensen ingelepeld dat ze hun papieren goed op tijd moeten laten invullen want dat als het ooit zou nodig zijn, ze anders geen kans maken. Ik heb mensen die al jaren elk jaar de papieren laten invullen omdat het rusthuis dit telkens opnieuw vraagt. We zouden moeten kunnen zeggen: de toestand is ongewijzigd gebleven, niet heel de cinema opnieuw. Dit geeft soms de verkeerde perceptie aan de mensen. Want als de patiënt of zijn familie denkt, ‘nu is er iets voorgevallen, nu is het tijd om

binnen te gaan'. Dan denken ze dat het snel vooruit gaat gaan want ze hebben al 5 jaar lang de papieren trouw ingevuld. Die wachtlijsten geven een verkeerd beeld aan de bevolking.

Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.

Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)

Nee, ik wist niet dat deze criteria bestaan. Vind ik het onze taak? Allez, zeg nu zelf, wie gaat er voor zijn plezier naar een rusthuis? Wie? Niemand! Dat is altijd omwille van een nood, dat is eigenlijk heel evident. Voor elke mens is het een enorme stap om zijn huis te verlaten en naar een vreemde omgeving te gaan en zich aan te passen. De wetgever moet beter nadenken. We moeten eerder moeite doen soms om mensen de stap te laten zetten wanneer het nodig is, dan om ze tegen te houden. Centrale wachtlijsten zouden een goede tool kunnen zijn voor de overheid, maar het is heel belangrijk dat er vrijheid van keuze moet blijven voor een rusthuis. Het zou een gemak zijn voor de rusthuizen. Een centrale databank waarin elk rusthuis met hun eigen login de mensen kan oproepen die zich voor dat specifieke rusthuis hebben ingeschreven, maar geen andere mensen. Dat het rusthuis dan de KATZ schalen uit de database kan halen en er duidelijk bijstaat wie ze heeft ingevuld (patiënten zelf, huisarts, verpleging, ziekenhuis?), dat kan nog een belangrijker gewicht geven aan de KATZ schaal. Dan moeten de mensen zich maar 1 keer inschrijven, dit kan zelf via een vragenlijst waar punten aan gekoppeld zijn, eigenlijk een aangepaste KATZschaal. En dat al de patiënt sterft, die ook automatisch uit de wachtlijst verdwijnt. Dan krijg je ook een duidelijk overzicht of de tekorten in de regio, en patiënten zelf kunnen ook een indicatie krijgen van lengte van de wachtlijst.

Tot slot: Wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?

We moeten ons goed realiseren dat wij de eerste hulpverlener zijn die de thuissituatie ken voordat er andere actoren op het veld komen. Dat is een geweldige troef! We kennen de mensen soms als 30 jaar, je kent hun gevoelens, je hebt al eens over de toekomst en over een rusthuis gesproken, je kent de familie. We moeten ons dus niet te snel laten opzij zetten als er een andere organisatie komt. Wij moeten voor een stukje durven leiden en dat mogen we niet uit handen geven. Er wordt de laatste tijd sowieso al veel uit de handen van de huisarts genomen, bijvoorbeeld op het vlak van diabetes, pediatrie,…

Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?

Nee

interview 3

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…

De contacten met iedere dienst apart lopen goed, ondertussen heb ik mijn eigen sociale kaart gevormd en weet ik bij wie ik terecht kan. Als huisarts ben je een spilfiguur in het team. Maar er is geen platform voor communicatie tussen de thuiszorg onderling, wanneer dit niet via de huisarts gebeurt. Er is geen praktisch werkbaar elektronisch dossier.

- **Hoe verloopt de communicatie?**

Die verloopt dus meestal via de huisarts. Zowel informeel als formeel. Dit kan mondeling, via e-mail, via telefoon, via losse briefjes. Meestal is er een papieren communicatieschriftje. Apart voor de thuisverpleging en de thuishulp. Ik gebruik dit zeer actief als communicatiemiddel. Voor dringende zaken gebeurt de communicatie meestal telefonisch. Als huisarts ben je hier dus spilfiguur. Recent was er een casus waar er discussie was tussen de kinesist en de thuisverpleging, ik probeerde om iedereen aan tafel te krijgen maar hier gingen 6 tot 8 weken over. Ondertussen was ik degene die de problemen moest oplossen met heel wat telefoonverkeer en bemiddeling met grote tijdsbelasting voor mij. Ik vroeg me dan ook af of dit wel mijn taak was? Het was zeker nodig in het belang van de patiënt. Het had ook nuttig geweest om zoals bij een officieel MDO een neutrale bemiddelaar te hebben, omdat de relatie huisarts-thuiszorg in gevaar kwam.

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

De organisatie van een MDO verloopt soms moeizaam. Je vertrekt vaak vanuit een acute vraag maar er gaat soms 2 maanden over vooraleer we iedereen samen rond tafel krijgen. Voor acute problemen kan er op deze manier niet altijd worden ingegrepen en kan een ziekenhuisopname niet vermeden worden. Het MDO wordt soms georganiseerd op vraag van thuiszorg, soms op mijn vraag. Meestal vraag ik het aan, via de mutualiteit. Er is ook een tool via Mediwacht, maar hier krijg ik nooit antwoord op. Het MDO gebeurt niet systematisch bij elke patiënt hoewel dit een ideale situatie zou zijn om bijvoorbeeld jaarlijks sowieso samen te komen.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Ik gebruik zelf het e-zorgplan niet. Het enige wat er wordt opgezet is het verslag dat ik ook via mail krijg toegestuurd. Er worden wel concrete afspraken gemaakt tijdens het overleg en ik kijk bij de daaropvolgende huisbezoeken na of deze worden gerealiseerd. Er gebeurt geen evaluatie.

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking?**

Er kruipt soms onnodig veel tijd in het oplossen van problemen zoals eerder gezegd.
Als huisarts, als spilfiguur heb je wel communicatie met elke dienst apart maar er is weinig of geen rechtstreekse communicatie tussen de andere hulpverleners onderling. Gebrek aan een beveiligd dossier voor de communicatie is ook een hindernis. Een kleine hindernis is dat bij sommige thuiszorgdiensten omwille van vakanties en dergelijke, er veel verschillende hulpverleners komen i.p.v. altijd dezelfde of een team van 2,3 personen dat afwisselt. Hierdoor kan je moeilijker een relatie opbouwen met een hulverlener en moet je steeds terugkomen op zaken die vroeger al werden besproken. Wat ik de grootste hindernis vind, is het tijdgebrek. Je gaat als huisarts 1x per maand langs bij je chronische patiënten. Je hebt dan relatief weinig tijd om een complexe materie te bekijken. Je moet eigenlijk 4 ogen en 10 oren hebben om alle signalen op te vangen. Alle leden van het team, ook wij als huisarts, durven soms te weinig communiceren, te signaleren. Wanneer er dan effectief wordt gesignaleerd loop je soms achter de feiten aan. Bijvoorbeeld een patiënt die een heupfractuur doet, waar eigenlijk op voorhand een ergotherapeut aan huis had kunnen komen en de val misschien vermeden had kunnen worden.

- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Absoluut! Bijvoorbeeld bij medicatie aanpassingen is dit een grote meerwaarde. Cfr. supra andere voordelen. Het kan ook een hulpmiddel zijn voor de onderlinge communicatie tussen de diensten. Nu werken we soms met het geschreven thuisdossier maar dat is weinig beveiligd, iedereen kan alle gegevens inkijken. De huisbezoeken bij chronische patiënten zijn meestal geplande bezoeken. Toch gaan we er als huisarts meestal onvoorbereid naar toe. Een goed functionerend gedeeld EMD zou kunnen betekenen dat die huisbezoeken ook beter kunnen worden voorbereid. Praktische vragen, een attest dat moet vernieuwd worden,…

Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?

De familie signaleert vaak. Voor ons als huisarts kan een algemene achteruitgang van de klinische toestand een signaal zijn: je ziet bijvoorbeeld dat een patiënt moeilijker begint te stappen, de patiënt belt vaker naar de praktijk en vraagt sneller een huisbezoek aan. Ook een ziekenhuisopname kan een signaal zijn.

Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?

Ikzelf neem meestal het initiatief tot opstart, uitbreiding van de thuiszorg. De thuisverpleging of kinesist contacteer ik meestal zelf omdat hier medische uitleg bij hoort. De thuishulp laat ik door de familie/kinderen contacteren. Ik bel niet naar een maatschappelijk werker maar maak gebruik van mijn eigen sociaal netwerk om de hulpverleners (persoonlijk) te contacteren.

Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?

Verlies van autonomie: sommige patiënten weigeren hierdoor soms radicaal thuiszorg. Het is dan mijn taak om de patiënt te laten inzien dat het zo niet verder kan. De wachttijd kan ook een drempel vormen. Soms wordt het dan nog extra moeilijk de patiënt de hulp te laten aanvaarden omdat de kinderen in tussentijd meer bijspringen de situatie tijdelijk verbeterd. Maar dit lukt niet voor altijd. De

vrees voor onvoldoende kwaliteit van de zorg kan ook een drempel zijn. Zeker bij maaltijden aan huis laten brengen. Daar is ook effectief verschil in.
De kostprijs lijkt mij weinig of geen drempel.

Drempels bij u?

geen

Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?

Ik doe beroep op de mutualiteit om een MDO te organiseren. Geen regionale structuren.

In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?

Over het algemeen is die samenwerking tamelijk slecht. Als ik een patiënt laat opnemen zet ik altijd op mijn verwijsbrief welke zorg thuis al aanwezig is. Vanuit het ziekenhuis wordt dan wel de nodige (extra) hulp opgestart of contactgegevens aan de familie gegeven, maar hier is geen overleg over, we hebben hier geen inspraak in. Ik heb soms ook de indruk dat er vanuit het RZ Tienen nogal snel wordt overgegaan naar een WZC opname, en hier word ik als huisarts eigenlijk niet over geconsulteerd.

Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?

Vaak via een ziekenhuisopname, meestal was de thuiszorg dan al optimaal. Er was dan verdere achteruitgang waardoor de situatie thuis niet meer houdbaar was, bijvoorbeeld door een val. Meestal gaat de patiënt via het ziekenhuis maar onlangs had ik ook een patiënt met dementie en een slikproblematiek, waarbij de thuiszorg reeds optimaal was. Ik had hem al op de wachtlijst laten inschrijven. Toen de algemene toestand van de patiënt verslechterde en de situatie niet meer houdbaar was voor de echtgenote en de familie, stond hij op de eerste plaats op de wachtlijst en is hij vanuit de thuissituatie naar het WZC kunnen gaan.

Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?

Ik zie een opname in een WZC echt als de laatste stap, nodig wanneer er door een verslechtering de situatie thuis niet langer houdbaar is. Een doorslaggevende factor is vaak wanneer er permanentie nodig is, ook ‘s nachts, en het personenalarm niet meer volstaat.
Vereenzaming, sociale isolatie kan een reden zijn, maar hiervoor is een serviceflat een betere oplossing wanneer er geen permanente zorg nodig is.

Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?

Als patiënten weten dat ze (in de toekomst) niet weigerachtig staan t.o.v. een WZCopname, en zeker als ze een voorkeur hebben voor 1 of 2 woonzorgcentra, vul ik zonder problemen de aanvraag in. Ik exploreer dan wel vanwaar de vraag komt en ga hierop verder. Vaak is het louter een preventieve maatregel omwille van de lengte van de wachtlijsten, maar het is een goed moment om hun angsten voor achteruitgang in de toekomst te bespreken.

Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.

Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)

Als Cra weet ik dat dit wettelijk bepaalt is. Maandelijks bekijken we in het WZC de KATZ-scores en worden mensen geweigerd omdat ze nog te goed zijn. Die eerste 2 criteria zijn moeilijker te beoordelen, ze zijn erg subjectief. Naar de toekomst toe moet het beleid zeker zijn om mensen zoveel mogelijk thuis te houden, dus ik ben akkoord om de criteria voor opname strenger toe te passen. Een centrale wachtlijst kan een meerwaarde hiervoor zijn. Op voorwaarde dat de toegang tot de wachtlijst wordt bewaakt door een neutraal iemand. Bijvoorbeeld zoals nu de patiënten bij een onafhankelijk arts moeten langsgaan voor een parkeerkaart. Nu wordt eigenlijk enkel de KATZ schaal geëvalueerd. In contrast voor een mantelzorgpremie moet een hele bundel formulieren worden ingevuld een voor een WZCopname volstaat een inschrijvingsformulier met KATZschaal. Misschien moet dit worden omgedraaid!

Tot slot: Wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?

Als huisarts komt de patiënt op de eerste plaats, die staat centraal, je vormt een team met je patiënt en vandaar uit start je. De andere zorgverleners die er dan bijkomen staat op een gelijk niveau maar moeten werken met respect voor het team huisarts-patiënt. Wij hebben de langste relatie met de patiënt. Zo moeten we dan een kader vormen waarin de patiënt zich het beste voelt. Het is soms een moeilijk evenwicht, zeker met de thuisverpleging. Je krijgt soms klachten dat de patiënt moeilijk is of zeurt. Wij mogen de patiënt echter nooit laten vallen en dus ook op een MDO steeds in het belang van de patiënt strijden. Er kruipt te veel tijd in management, invullen van papieren, enzoverder waardoor er soms weinig tijd voor de patiënt zelf overschiet. Het zou handig zijn moest iemand dit gedeeltelijk uit handen kunnen nemen: de praktische regeling, organisatie van de thuiszorg. EN de evaluatie van de thuiszorg.

Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u er graag nog iets aan toevoegen?

Ik hoop dat er snel duidelijkheid komt wat komt er Vlaams en wat komt Federaal. En dat er snel werk gemaakt wordt van de herdefiniëring van de zorgregio's, de SEL's en LMN's. Investeren, vertrekken van uit het kleinstedelijk, lokaal niveau. Dat er vanuit dat niveau bijvoorbeeld een soort van 'chronische nummer' is waarnaar je kan bellen met je vragen i.v.m. chronische zorgbegeleiding. Desocialekaart.be en zorgzoeker.be zouden binnenkort ook voor onze regio perfect moeten functioneren.

interview 4

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…

Er is vooral een vlotte samenwerking met de thuisverpleging. Zowel het Wit-Gele Kruis als een zelfstandige groep. Ook met familiehulp en kinesist is een goede samenwerking.

- **Hoe verloopt de communicatie?**

De communicatie met de thuisverpleging gebeurt hoofdzakelijk via een geschreven dossier en telefonisch. Ik overleg vaak telefonisch, zeker voor dringende zaken. Nooit via e-mail.
Het overleg met de familiehulp gebeurt persoonlijk wanneer zij bijvoorbeeld aanwezig zijn als ik op huisbezoek ben bij de patiënt. Sommige thuishulp werken ook met een schriftje, apart van de verpleging. Hier werk ik dan ook mee.Het overleg met de mantelzorger/familie gebeurt ook meestal wanneer die aanwezig is bij de patiënt

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

Een formeel multidisciplinair overleg gebeurt niet zo vaak. Ik denk ongeveer 1x per jaar in totaal, niet per patiënt. Dit gebeurt op initiatief van 1 van de hulpverleners, zowel huisarts als verpleging als thuishulp. Het MDO gebeurt wanneer er iets misloopt qua samenwerking, of verhoogde nood bij de patiënt, niet systematisch. Ik werk niet via officiële instanties maar ga samenzitten met bijvoorbeeld patiënt, mantelzorger, verpleging, thuishulp en soms kiné.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Er worden praktische afspraken gemaakt, waarbij ik opvolg of ze worden nageleefd. Er is geen officieel evaluatiemoment of 2e overleg. Een systematisch zorgplan wordt niet gebruikt. Ik werk nooit met het e-zorgplan.

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking?**

De grootste hindernis is tijdgebrek. In ideale omstandigheden gebeurt bij iedere patiënt waar meerdere hulpverleners zijn een overleg maar dit is niet haalbaar wegens tijdgebrek.
Een andere factor is geen of te kleine financiële vergoeding voor de tijd die je eraan spendeert.

- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Niet echt, misschien ben ik nog van de oude stempel maar ik vind dat niet persoonlijk genoeg.

Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?

Meestal merk je het zelf als huisarts. Je merkt dat de hygiëne achteruit gaat, dat het huishouden niet goed meer lukt. Dan exploreer ik bijvoorbeeld door te vragen hoe het lukt om de maaltijden te voorzien enzoverder.

Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?

Die vraag, opstart komt meestal vanuit de familie of mijzelf. Ik stel de specifieke dienst voor en laat meestal de patiënt of de familie hun contacteren. Bij dringendheid of wanneer het hun niet lukt, neem ik zelf de organisatie op mij.
Als huisarts bouw je je eigen netwerk uit en weet je na een aantal jaar bij wie je terecht kan.

Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?

De grootste drempel is volgens mij het uit handen moeten geven van hun werk, het verlies van zelfstandigheid. Ik weet niet of er nog een financiële drempel is, soms wel denk ik.

Drempels bij u?

geen

Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?

Alleen Panal in de palliatieve situatie. De andere structuren zijn voor mij alleen maar benamingen maar ik weet eigenlijk niet wat zij juist voor mij kunnen doen en bij wie ik terecht kan. Ik doe dit dus zelf.

In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?

De laatste 5 jaar is hier vooruitgang bij geboekt. Nu krijg ik toch geregeld telefoon van de geriater en soms de maatschappelijk werker. Vooral met het Heilig Hart Leuven is er goed overleg. Bij het UZ Leuven is dit niet zo en gebeurt het nog dat patiënt soms zelfs zonder brief naar huis komt.

Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?

De laatste patiënten zijn via het ziekenhuis naar een WZC gegaan, zodat het sneller kon gaan. De meeste patiënten gaan via deze weg. Ik kan me nu geen patiënten herinneren die vanuit de thuissituatie rechtstreeks zijn gegaan. Onlangs had ik wel 2 patiënten die mochten gaan nadat ze een tijdje (preventief) op de wachtlijst stonden, ze hebben dit toen echter geweigerd en nu al spijt van wegens achteruitgang van hun gezondheid. De toestand thuis was niet langer houdbaar. Het gaat bijvoorbeeld om een 85jarige patiënte die samenwoonde met haar schoonzus van 92 jaar. Er was al thuisverpleging, familie die de boodschappen deed, maaltijden werden gebracht. Er was weinig mogelijkheid tot uitbreiden van de thuiszorg, de inwonende schoonzus is zelf hulpbehoevend en kon de zorg niet langer dragen.

Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?

Zeker niet alle (hoog)bejaarde patiënten. Eigenlijk degene die waar de thuissituatie niet langer houdbaar is. De wachtlijsten vormen hiervoor wel een groot probleem.

Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?

Sowieso vul ik de papieren in, de wachtlijsten laten ons geen andere keuze. De verpleging vult meestal de KATZ schaal in. Wanneer een patiënt komt met vraag tot inschrijven op een wachtlijst exploreer ik verder. Meestal gebruik ik dat moment: ‘in tussentijd kunnen we die of die dienst laten komen, dat probleem aanpakken’

Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.

Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)

Ik was niet op de hoogte van deze criteria. Er is niemand die met plezier zijn eigen woonst achterlaat. Elke vraag is terecht. Dit wil zeggen dat het voor de patiënt thuis niet meer gaat en dat kan omwille van diverse redenen. De eerste 2 criteria kijken we inderdaad niet na met een formulier maar eigenlijk is dit ons dagdagelijks werk, doen we dit sowieso, gewoon niet via een formulier. Centrale wachtlijsten lijken mij praktisch moeilijk haalbaar. Hoe voorkom je dat iemand aan de andere kant van het land geplaatst wordt?

Tot slot: wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?

Als huisarts sta je het dichtste bij de patiënt. Je kent hem het langst van alle hulpverleners en weet ondertussen hoe het huishouden in elkaar steekt. Het is dus onze taak om de belangen van de patiënt te bewaken. We staan dus tussen de patiënt en de thuiszorg met als doel die laatste af te stemmen op de noden van de patiënt. Je groeit in die rol, je praktijk groeit met je mee, ik neem graag deze taak op. Dit wil inderdaad zeggen dat er veel tijd in kruipt in het managen, soms te veel. Een onafhankelijk persoon waar je beroep op kan doen voor complexe gevallen zou niet slecht zijn.

Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?

Nee

interview 5

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…

De samenwerking verloopt over het algemeen goed, behalve met de thuishulp van het OCMW omdat zij sinds vorig jaar een nieuw wisselsysteem hebben waarbij ze maar een paar maanden bij de zelfde patiënt mogen komen. Dat geeft toch een aantal problemen, vooral wat betreft het vertrouwen.

- **Hoe verloopt de communicatie?**

Via een boekje. Zowel thuisverpleging als thuishulp. Bij de opstart wordt er soms ook telefonisch overlegd. Weinig via e-mail.

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

Dit gebeurt heel zelden. Alleen bij erg complexe situaties waarbij een acuut probleem/achteruitgang is. Bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname waarna er plots een opstart is van de thuiszorg. Aanwezig zijn de thuisverpleging, de thuishulp, familie en soms de kinesist. De patiënt is zelden aanwezig omdat er soms dingen moeten worden afgesproken waarmee de patiënt anders niet akkoord zou zijn. Het initiatief komt van de andere hulpverleners. Het gaat dan om een officieel overleg, ik weet niet via welke instanties. Zo'n overleg gebeurt steeds minder en minder, ik doe dit niet jaarlijks. Ik zie er zelf soms weinig nut van in, er is een hoop administratieve rompslomp en de communicatie via de reeds bestaande wegen/contactpersonen gaat veel sneller. Er is dus steeds overleg maar niet met alle hulpverleners samen.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Er worden praktische afspraken gemaakt maar die wijzigen vaak nog binnen de maand. Ik zal zelf het initiatief dus niet nemen voor zo'n plan omdat de situatie te snel wijzigt. Ik werk nooit met het e-zorgplan

- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Dat is zeker een pluspunt! Het overleg kan dan veel sneller, gerichter gebeuren

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking? /**

Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?

Verwaarlozing van het huishouden. Verwaarlozing van de persoonlijke hygiëne, of de medicatie wordt niet meer correct ingenomen.

Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?

Ik ga een gesprek aan met de familie en laat de familie de praktische regeling doen van de thuiszorg. Als de familie weinig meewerkt of niet aanwezig is, neem ik zelf contact op met de thuiszorg. Ik heb hiervoor mijn eigen aanspreekpunten, bijvoorbeeld verpleging waar ik goed mee samenwerk. Dit netwerk loopt vlot voor mij.

Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?

Ja. Poetshulp of thuishulp lukt meestal goed. Maar de drempel voor de thuisverpleging lijkt mij groter omdat dit een groter verlies van zelfstandigheid betekent. Patiënten zijn wel altijd tevreden eens er hulp in huis is.

Drempels bij u?

Nee. Ik hoef alleen de aanzet te geven aan de familie: de nodige contactgegevens en eventueel formulieren. Zij regelen de rest verder.

Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?
Nee. De LMN ken ik wel, ik zit mee in bepaalde vergaderingen maar bijvoorbeeld de SEL Goal is al meermaals uitgelegd en ik weet nog altijd niet goed hoe en wanneer ik er in de praktijk op beroep kan doen. Het lijkt mij te ver af te staan van de lokale praktijk hier.
In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?
De laatste tijd gaat dit redelijk goed. Als er contact wordt opgenomen is het de maatschappelijk werker. Soms worden we tijdens de opname gecontacteerd en kunnen we een (te vroege?) thuiskomst afwenden hierdoor. Als een patiënt wordt opgenomen zeg ik ook altijd tegen de partner of de kinderen dat ze actief zelf moeten contact opnemen met de sociale dienst van het ziekenhuis. Er is weinig verschil tussen de ziekenhuizen, maar vooral het UZ Leuven zorgt voor goed overleg.
Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?
De laatste patiënt is vanuit de thuissituatie via de wachtlijst opgenomen, met als voornaamste reden hoogbejaardheid. De andere recente patiënten die werden opgenomen, hadden meestal een acute verslechtering en zijn dan via het ziekenhuis versneld naar het WZC gegaan. De meeste patiënten worden via het ziekenhuis opgenomen en stonden niet altijd op voorhand al op de wachtlijst. De thuiszorg was meestal al goed uitgebouwd en sommige patiënten hadden misschien nog langer thuis kunnen blijven. Vereenzaming is soms een reden. Of nood aan permanent toezicht, ook ‘s nachts. Er was dan al een personenalarm aanwezig.
Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?
Zwaar zorgbehoevenden. Psychische afhankelijkheid, bijvoorbeeld dementie. Of lichamelijke problemen. Ik had een heel aantal jaar geleden een relatief jonge patiënt die omwille van vereenzaming werd opgenomen in een WZC. Dit heb ik altijd zonde gevonden. Sowieso geraken alleen zwaar zorgbehoevenden (met een hoge score op de KATZ schaal) nu nog binnen in een WZC.
Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?
Ik vul de vragenlijst altijd in. Ik doe dit ook proactief: ik motiveer mijn alleenwonende, meer zorgbehoevende patiënten om zich in te schrijven op de wachtlijst. Samenwonde koppels eigenlijk niet. Alleen dan kunnen ze terechtkomen in het WZC van hun keuze. Ik heb eigenlijk zelden een patiënt gehad die een aanvraag deed die onterecht was, behalve het voorbeeld hierboven. Ik hoef dus niet verder in te gaan op de reden.
Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.
Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)
Ik was niet op de hoogte van deze criteria. Ik vind het ook onze taak niet om die te bewaken. De patiënten die nu worden opgenomen, zijn al de zwaarder zorgbehoevenden, ze hebben allemaal een hoge score op de KATZ schaal. Centrale wachtlijsten vind ik geen meerwaarde, patiënten moeten in een WZC komen in de buurt, waar ze al mensen kennen.
Tot slot: Wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?
Wij staan als huisarts middenin het team. We hebben wel de leiding over de medische zorg, maar het kan evengoed de verpleegkunde zijn die een voorstel doet voor uitbreiding van de thuiszorg via bijvoorbeeld een poetshulp. Het praktisch regelen van de thuiszorg vind ik meer een taak voor de maatschappelijk werker. Het komt ook de relatie met de patiënt ten goede als wij niet alles regelen. Zo kan het ook niet onze fout zijn als het minder goed loopt maar kunnen we er wel op ingrijpen wanneer nodig.
Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?
Nee.

interview 6

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…

De samenwerking loopt tamelijk goed. Ik hecht hier zelf veel belang aan omdat ik mijn patiënten zo lang en zo goed mogelijk wil thuis houden. Ik breng een opstart van de thuiszorg zachtjes aan. Ik laat de verpleging in eerste instantie komen en in tweede instantie familiehulp. Ik praat met de patiënt over de mantelzorgers: welke familie of buren of … zijn hun mantelzorgers?

- **Hoe verloopt de communicatie?**

De communicatie met de thuisverpleging en thuishulp loopt goed, maar er is ruimte voor verbetering. Soms gebeurt er ook een SIT (MDO). De communicatie gebeurt zowel telefonisch als via mail. Of als ze toevallig aanwezig zijn bij de patiënt wanneer ik op huisbezoek ga. Er is ook een geschreven dossier, een 'heen-en-weer' boek. Dit verloopt voornamelijk goed met de groep zelfstandige verpleegkundigen waar wij vaak mee samenwerken. Met de thuishulp loopt dit minder vlot, wordt minder gebruik gemaakt van een boek. Dit is heel persoonsgebonden. Er zijn enkele familiehelpsters waarmee een beter contact is.

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

Dit gebeurt ofwel als de communicatie met de thuiszorg niet goed is ofwel als er met de familie geen goede communicatie is. De familie heeft soms andere verwachtingen van de zorg dan dat wij hebben. Mijn ervaring met een MDO is dat dit soms heel nuttig is maar even vaak haalt het weinig uit, omdat er soms naast mekaar gepraat wordt. Ieder wil zijn eigen ding zeggen, heeft zijn eigen agenda. Terwijl het eigenlijk moet gaan over hoe kan het hier het beste georganiseerd worden in functie van de patiënt, die wordt soms wat vergeten. Het zou daarom beter zijn moest er voor een MDO al worden afgesproken waarover het gaat gaan.

Een MDO wordt meestal georganiseerd op aansturen van de verpleging. Als zij dit organiseren gaat het om een officieel MDO. Ik doe gemakkelijker een niet-officieel overleg met de familie, al dan niet met de patiënt bij. De organisatie van een officieel MDO duurt soms te lang. De noodzaak is soms verdwenen, of de patiënt is niet meer gemotiveerd hiervoor.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Er worden vooral praktische afspraken gemaakt. Ik werk eigenlijk niet met het e-zorgplan.

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking?**

Tijdgebrek. Zeker voor een MDO is dit van toepassing. Er kruipt soms te veel tijd in verhouding tot wat het oplevert.

- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Ik denk dat dit een meerwaarde zou zijn als dit een goed werkbaar instrument is en dus geen extra tijdsverlies betekent.

Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?

Het draait niet meer goed. De patiënt is minder verzorgd, de medicatie wordt niet meer correct ingenomen, de warme maaltijd wordt overgeslagen. Ze bellen ook vaker voor kleine dingen.

Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?

Ik neem zelf vaak het initiatief omdat je dit als huisarts aanvoelt, intuïtief. Het vergt dan wel wat tijd om de mensen hier klaar voor te maken. Ik bel meestal zelf de verpleging. De thuishulp laat ik de familie regelen. Ik heb mijn eigen mensen waarmee ik goed samenwerk, waarvan ik denk dat de patiënt tevreden gaat zijn, waarvan ik weet dat de communicatie goed loopt.

Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?

De grootste drempel is 'een vreemde in huis'. De patiënt wil baas over zichzelf blijven en zich niet laten commanderen. Voor hun betekent die vreemde soms terug een stap achteruit.

Er is schrik voor verdere uitbreiding, de deur openzetten voor nog meer vreemden in huis. En er is ook een zekere angst dat dit de eerste stap zou betekenen dat ze het huis zouden moeten verlaten. (serviceflat, WZC) De familie is soms ook een drempel. De eerste stap is bij mij altijd de verpleging. Het start dan met 1 of 2x per week toilet, hier wordt de patiënt aan gewoon, en dan kunnen we verder uitbreiden. Dit valt meestal goed mee en dan kan de familiehulp ook ingeschakeld worden. Ik vind dat

dit een grotere drempel is, omdat ze denken dat de hulp zich komt moeien in hun huishouden, komt zeggen hoe ze moeten koken en wat ze wel of niet mogen eten.

Drempels bij u?

Nee. Ik zeg tegen de mensen dat ik van hun huis een soort serviceflat wil maken zodat ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven. Hier bouw ik op voort en telkens opnieuw breng ik het aan: het doel is om de patiënt thuis te houden.

Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?

De verpleging regelt de organisatie van een MDO. Ikzelf doe niet echt beroep op deze structuren. We weten te weinig voor wat we bij wie terecht kunnen. Dit uitzoeken kost ons nu teveel tijd. Daarom doen we het op onze manier. Ik heb mijn eigen mensen waarmee ik goed samenwerk, waarvan ik denk dat de patiënt tevreden gaat zijn, waarvan ik weet dat de communicatie goed loopt.

In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?

Over het algemeen slecht. Als er een goede sociaal assistent aanwezig is in het ziekenhuis nemen zij zelf contact op, of weten wij dat we bij hun terecht kunnen. De communicatie van de artsen zelf is zeer slecht. Er is ook weinig verbetering de afgelopen jaren. De houding in het ziekenhuis is soms: 'wij hebben geen plaats, ga maar naar huis en regel het met uw huisarts'. Wij hebben geen inspraak om de patiënt langer in het ziekenhuis te houden wanneer nodig. De sociaal assistent van het ziekenhuis geeft wel de aanzet tot uitbreiding van de thuiszorg wanneer nodig.

Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?

Als er een acute verslechtering is van de situatie en er is een opname nodig, gebeurt dit meestal via het ziekenhuis. Een aantal mensen vanop de wachtlijst geeft toe aan een opname in een WZC wanneer ze aanvoelen dat het thuis niet langer gaat, dit is wel al een aantal jaar geleden dat dit nog gebeurd is. De grootste hoop van onze patiënten gaat (na een acute verslechtering) via het ziekenhuis naar een WZC, maar dit is niet altijd het geval. De reden van opname is omdat het thuis niet meer gaat ondanks de thuiszorg die er al is. Dit is het geval wanneer ze continu hulp nodig hebben.

Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?

Voor zwaarder zorgbehoevenden, wanneer er permanent hulp nodig is en het thuis niet langer haalbaar is. Een WZC is ook een meerwaarde voor mensen die sociaal geïsoleerd geraken, je ziet die patiënt dan openbloeien omdat ze na zoveel jaar nog eens samen aan tafel kunnen zitten, contacten hebben, naar een 'show' kunnen gaan.

Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?

Eerst toets ik bij de patiënt naar het waarom van de aanvraag. Voel je je minder goed, gaat het minder goed? Vaak is het antwoord: 'voor als het ooit nodig zou zijn, dan staan we toch al op de wachtlijst'. Ik vul het formulier in maar zeg er meteen bij: zolang een opname niet nodig is zal ik jullie proberen thuis te houden met de nodige hulp erbij. Eigenlijk is het altijd zoon of dochter die mij de papieren laat invullen, de patiënt zelf nooit. Niemand gaat graag.

Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.

Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)

Ik was niet op de hoogte van deze criteria. Ik denk dat het onze taak is om te kijken of een WZC opname echt nodig is. Of je nu echt met een formulier die 4 punten moet gaan aftoetsen? Je heb als huisarts een goede band met de patiënt, je kent zijn dossier en zijn omgeving goed: je weet wanneer een opname nodig is. Eigenlijk doet een goede huisarts sowieso die beoordeling, ook de eerste 2 criteria. Multidisciplinair: we roepen hulp in van de kinesist en verpleging. En zoals ik eerder zei, ga ik altijd de mogelijkheid op thuiszorg exploreren. Ik vind het onze taak om te bewaken dat niemand te vroeg naar een WZC gaat, maar ook dat niemand te laat gaat: dat gebeurt ook vaak, omdat de patiënt niet wil.

Tot slot: wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?
Patiënten hebben meestal een groot vertrouwen in de huisarts. Onze band is heel goed, we kennen niet alleen hun fysiek maar ook hun psyche. We mogen als huisarts ons dus (nog meer) profileren om de chronische zorg voor thuiswonende ouderen in handen te nemen en dus ook de thuiszorg te organiseren. We zouden er alleen meer hulpmiddelen mogen voor krijgen, gemakkelijk hanteerbare hulpmiddelen, waarbij we vanuit specifieke patiëntensituaties kunnen vertrekken. Een aanspreekpunt in Groot-Lubbeek (de huisartsenkring) zou niet slecht zijn; één of meerder personen die ons concreet voor 1 patiënt kan zeggen bij wie we terechtkunnen voor bijvoorbeeld psychische ondersteuning, oppasvrijwilligers, verpleging,… De organisatie moet in onze handen blijven, onder meer omdat patiënten het veel beter zullen aannemen als het vanuit de huisarts komt. Een nieuwe vreemde persoon die de thuiszorg gaat uitbouwen is een extra drempel, wordt moeilijker aanvaard. Dit is dus een taak voor de huisarts, maar we zouden er meer in bijgeschoold mogen worden en een aanspreekpunt zou een grote hulp zijn. Eén keer de thuiszorg is opgestart en er meerdere hulpverleners zijn is het belangrijk om als het nodig is een overleg te doen, eventueel met de aanspreekpersoon erbij. Maar als alles goed loopt is dit niet altijd nodig.
Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?
Er is voor de huisarts nog veel weggelegd in de ouderenzorg. Ik vind dit plezant en uitdagend. We moeten hier voor opkomen en we mogen dit niet zomaar uit handen geven. Wij hebben als huisarts de langstlopende relatie met de patiënten. Maar een neutraal punt, los van de verzuiling, gebonden aan de lokale regio is een absolute meerwaarde.

interview 7

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…
Er zijn geen grote problemen, maar in hoeverre is er echt samenwerking. Heel veel dingen gebeuren automatisch. De thuiszorg loopt over het algemeen vlot zonder dat hiervoor persoonlijk wordt afgesproken.

- **Hoe verloopt de communicatie?**

Ik communiceer veel via een schriftje met de thuisverpleging, familiehulp, de familie. Ik gebruik dit ook voor de communicatie over de patiënt met mijn collega huisarts. Eigenlijk iedereen mag daar iets inschrijven. Ik gebruik dit bewust meer en meer bij onze chronische patiënten. Familiehulp heeft uiteraard ook hun eigen schriftjes, ik blader hier wel eens in maar gebruik dit niet echt als communicatiemiddel. Telefonisch contact is er met de familie, met de apotheek, de verpleging en ook familiehulp belt wanneer ze zich bijvoorbeeld zorgen maken om een patiënt die zelf geen huisbezoek aanvraagt. Via e-mail werk ik minder met andere hulpverleners. Af en toe mailt de kinesist of apotheek. De familie mailt meer.

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

Dat gebeurt weinig. Ik ben niet meteen vragende partij hoewel het zeker zijn voordelen kan hebben. Binnenkort heb ik wel een MDO gepland. Als er problemen zijn neem ik zelf contact op met de patiënt/familie en betrokken hulpverleners. Door op die manier te gaan communiceren kunnen we al veel oplossen zonder een MDO. Als de verpleging of maatschappelijk werker de vraag tot MDO stelt ga ik er wel in mee. De vraag komt meestal van de thuishulp, soms vanuit de thuisverpleging. Het gaat niet altijd om een officieel overleg. Zo vaak komt het voor mij niet voor dat het noodzakelijk is.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Er worden concrete afspraken gemaakt en er is een verslag. Het e-zorgplan wordt niet actief gebruikt. Ik denk zelfs dat ik mijn gegevens opnieuw in orde moet brengen omdat het zo lang geleden is. Na een MDO wordt wel een persoon aangeduid die evalueert of de afspraken worden nageleefd en dan eventueel een verslag stuurt na een aantal maanden.

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking?**

Ik denk dat de grootste hindernis een gebrek aan tijd is. Wij en de andere hulpverleners willen wel goed samenwerken maar een moment afspreken voor een overleg is soms moeilijk. Financieel is een MDO niet voldoende vergoed, maar dat vind ik niet het belangrijkste. Ik vind het erger dat ik tijd

'verlies' waarop ik geen andere consultaties of huisbezoeken kan doen. Het komt erop neer dat ik het MDO binnenkort bewust in mijn verlofperiode gepland heb. De administratie die het meebrengt is soms ook teveel. Ik moet nu bijvoorbeeld mijn gegevens terug gaan aanvullen e.d. terwijl dit allemaal ooit gebeurd is via e-Health.

- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Dat zou handig kunnen zijn. Op voorwaarde dat iedereen zijn dossiers in orde houdt. Ik nam vroeger een laptop mee op huisbezoek maar nu typ ik ze altijd achteraf in. Dan vergeet je soms wel eens medicatie in de fiche aan te passen. In het schriftje staat het dan meestal wel.

Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?

Therapietrouw vermindert, dit merk je bijvoorbeeld wanneer je een voorschrift schrijft dat de patiënt niet goed weet wat hij neemt. Of je merkt dat de patiënt vereenzaamt. Soms zien we het zelf niet en is het de familie die het aangeeft.

Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?

Als er familie is die ik zelf ken en/of weet dat ze een goede band hebben met de patiënt, dan laat ik het dikwijls aan hen over om de verpleegkundige, het OCMW, enzoverder te contacteren. Als er weinig mantelzorg is, regelen wij het, zowel de verpleging als de thuishulp. Voor de organisatie van de thuiszorg heb ik hulpverleners waar ik veel mee samenwerk maar doe ik ook beroep op de sociaal assistent van het OCMW die ook aan huis langskomt en dan van alles in gang zet.

Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?

Het gebeurt zeker dat ik vind dat de patiënten hulp zou kunnen gebruiken maar dat ze weigeren. Bij onze generatie later zal dit misschien anders zijn omdat we het tegen dan meer gewoon zijn. Veel bejaarden zeggen: dat is hier mijn thuis, en hier moet niemand vreemd mijn huishouden komen overnemen, niemand moet mij controleren. Er zijn patiënten die de hulp echt weigeren en je kan het hen ook niet opdringen.

Drempels bij u?

Als er drempel is, is het (gebrek aan) tijd.

Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?

Ik ken de kanalen niet echt wat maakt dat ik er geen gebruik van maak.

In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?

Soms ontbreekt de samenwerking volledig. Ik denk dat dit ook afhangt van de drukte in het ziekenhuis, er is geen verschil in de ziekenhuizen onderling. Het UZ Leuven stuurt eerder sneller (te snel?) de patiënt naar huis. Soms is er zelfs geen ontslagbrief bij terugkeer naar huis, de verpleging is niet verwittigd dat de patiënt terug thuis is, enzoverder. Er is verbetering t.o.v. enkele jaren geleden. Als er wordt gebeld is het dikwijls de arts zelf. Het gaat dan vooral om een verwittiging: we sturen de patiënt terug naar huis en we zien het zo of zo verder. Het overleg kan ook beter vanuit onze hoek, te beginnen met onze verwijsbrief voor spoedgevallen.

Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?

Een recente opname is via het ziekenhuis gebeurd, de vrouw zat al in een serviceflat. We waren al langer vragende partij voor een WZC opname. Uiteindelijk is ze na een val en een ziekenhuisopname binnengeraakt in het WZC. Een andere patiënte is kunnen gaan omdat ik zelf heel actief contact heb opgenomen met WZC's om druk te zetten. Er was een tijdelijke opvang in een serviceflat en eigenlijk heb ik de KATZ score een klein beetje moeten aanpassen.

Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?

De meer zorgbehoevende patiënten. Maar eenzame patiënten waarbij er geen mantelzorg is en de thuiszorg niet volstaat, moet soms ook kunnen.

Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?

De KATZ schaal wordt ingevuld door mij of door de verpleging, dat wisselt. Als een patiënt een aanvraag wil doen, praat ik met hun er even over: hoe komt het dat je nu de aanvraag wil doen?

Onlangs had ik een koppel dat preventief een kijkje wilde gaan nemen in enkele rusthuizen en wilde weten hoe de procedure werkt. In de WZC hebben ze hun ook gezegd dat het nog te vroeg is.
Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.
Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)
Ik wist dat er een aantal criteria zijn extra dan de KATZ schaal maar ik kende ze niet in detail. Ik weet niet of centrale wachtlijsten een oplossing zou kunnen zijn, ik zit er niet meteen te wachten maar ik weet het niet goed. Ik denk dat wij de nood voor een WZC opname goed kunnen inschatten maar er zijn ook enkele personen die binnen geraken en er eigenlijk nog niet moeten zijn. Ik denk dat die eerste criteria, die multidisciplinaire evaluaties nu al gebeuren maar moeilijk te vertalen zijn in een formulier.
Tot slot: wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts. Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?
Ik denk niet dat het zoals vroeger moet: dat de huisarts alles bepaalt. We moeten open staan voor de mening van de andere hulpverleners. Wij hebben meer een coördinerende/controle functie of alles wel goed loopt, maar dit moeten de andere hulpverleners ook deels doen. Er kruipt wel wat tijd in, maar ik weet niet goed wie deze taak zou kunnen overnemen. Er gaat dan meer tijd kruipen in de overdracht, het briefen. Iemand extra inschakelen betekent meer vergaderen en overleggen. Wij hebben in onze praktijk een heel aantal bejaarden. Omdat we deze zorg goed willen aanpakken en voldoende tijd willen insteken, hebben we momenteel een patiëntenstop wat betreft chronische huisboeken. Ik vind niet dat we dit uit handen moeten geven.
Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?
Niet direct nee.

interview 8

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…

- **Hoe verloopt de communicatie?**

De samenwerking met de thuisverpleging en kinesist loopt goed, de communicatie verloopt vooral telefonisch, soms via e-mail. Schriftelijk gebeurt dit op losse briefjes met de kinesist. Met de thuisverpleging is er een verpleegdossier waarlangs we communiceren.

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

Dit gebeurt eerder zelden. Als dit gebeurt is het omdat de huidige situatie niet meer haalbaar is. 1 keer heb ik een officieel overleg gedaan, de verpleging regelde toen de aanvraag. De andere keren was dit niet officieel. Ik weet zelf niet waar ik terecht kan om dit officieel aan te vragen. Er worden op het overleg vaak zaken besproken waar je als huisarts weinig boodschap aan hebt. Als het nodig is om te overleggen gaat het sneller als je zelf de bevoegde personen aanspreekt. Een MDO is over het algemeen tijdrovend in vergelijking met wat het opbrengt.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Er worden vooral praktische afspraken gemaakt, geen echt zorgplan.

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking?**

Vooral een tekort aan tijd. Zeker bij een gepland overleg is het moeilijk om iedereen aan tafel te krijgen hierdoor. Financieel krijg je er weinig voor terug, zelfs bij een officieel zorgoverleg.

- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Dat zou zeker handig zijn, op voorwaarde dat er geen overload komt van nutteloze informatie (bijvoorbeeld of de patiënt gewassen/geschoren is vandaag). Als dit wordt gerespecteerd zou het wel voor elke thuiszorgdienst nuttig zijn.

Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?

Slechte medicatie-inname, slechte hygiëne. De familie die vertelt dat er problemen zijn, de patiënten verzwijgen het vaak.

Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?

Eerst pols ik bij de patiënt wat hij zelf wil. Vaak kennen ze al een hulpverlener en vraag ik hoe hun relatie is. Ikzelf of de patiënt neemt dan contact op met de hulpverlener. Als ze de hulpverlener nog niet kennen doe ik het liever zelf. Familiehulp laat ik door de patiënt of de familie regelen. De medische zorgverleners (kinesist, verpleging) contacteer ik eerder zelf. Er is geen overkoepelend aanspreekpunt. Als de patiënt zelf geen voorkeur heeft, heb ik mijn eigen hulpverleners waar ik tevreden van ben, goed mee samenwerk.

Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?

De meest mensen willen de controle behouden en willen niet dat iemand hen controleert. Zeker als het gaat over zich laten wassen, is er een serieuze drempel. De zelfredzaamheid hebben ze het liefst zelf in handen. Financieel, wachttijden lijken me geen echte drempel.

Drempels bij u?

nee

Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?

Nee. Panalvzw wel in de specifieke setting. Voor de andere ken ik mijn weg hierin onvoldoende. Ik heb ook weinig zin om er tijd in te steken om het uit te zoeken omdat ik er zelden nood aan heb. (cfr. zelden MDO)

In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?

Er is zelden contact. Als dit gebeurt is het meestal het doorduwen van de wil van de geriatrische dienst naar de eerste lijn toe, geen overleg. Als er contact is, gebeurt dit telefonisch, soms de arts, soms de maatschappelijk werker. Er is weinig verschil tussen de ziekenhuizen in de regio.

Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?

Die patiënten zijn naar het WZC moeten gaan omdat de situatie thuis niet meer haalbaar was. Het gaat om een koppel, de man had een vergevorderde dementie en de vrouw was zelf fysisch beperkt waardoor zij de zorg niet langer kon dragen. Ze zaten al in een serviceflat met de nodige hulp. Een andere patiënte die onlangs is opgenomen in een WZC woonde nog thuis met uitgebreide thuiszorg maar door een acute verslechtering van de gezondheidstoestand was ook dit niet langer haalbaar, zij had permanente zorg nodig. Ik heb de indruk dat mensen moeilijk vanuit de thuissituatie via de wachtlijst naar een WZC kunnen. Meestal gebeurt dit via een ziekenhuisopname.

Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?

Voor alle patiënten die hulp nodig hebben en het thuis niet meer aankunnen. Persoonlijk vind ik het ook een goede oplossing voor mensen die volledig vereenzamen, maar die zijn zelf niet altijd te vinden voor een WZC.

Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?

Dat is wisselend. Ik vind dat de KATZ schaal beter door de verpleging of familie kan worden ingevuld omdat we er niet altijd zicht op hebben. Het is spijtig dat je deze procedure in veel WZC's jaarlijks moet herhalen, ook als er niets verandert in de toestand van de patiënt, dat is een belasting voor ons. Het is een goed moment om stil te staan bij het waarom van de aanvraag, waarom wil de patiënt naar een WZC, wat hoopt hij daar te vinden? Dus wat kan er thuis veranderen?

Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.

Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)

Ik kende deze criteria absoluut niet. Ik vind het ook niet meteen onze taak om die te evalueren in het kader van een WZC opname. Die criteria zouden strikter kunnen worden toegepast op voorwaarde dat de evaluatie door een onafhankelijk persoon gebeurd. Als huisarts wordt je nu soms al gemanipuleerd

bij het invullen van de papieren. Een uitgebreider formulier met die criteria is een extra papierbelasting en ik zie er niet meteen de wachtlijsten door afnemen.
Tot slot: Wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?
Ik denk niet dat wij heel de thuissituatie moeten coördineren. Wij kunnen medisch advies geven maar moeten niet alles op ons nemen, alles regelen. Ik vind dit eerder een logistieke functie, waar wij een deel van kunnen uitmaken, door uitspraken te doen over het medisch functioneren, maar het dagdagelijks functioneren kan beter worden ingeschat door de verpleging of de familie. Een logistiek iemand die het advies van de verschillende personen samenlegt zou nuttig zijn, een lokale persoon, onafhankelijk van specifieke diensten. Het mag ook niet uitdraaien in ellenlange vergaderingen.
Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?
Nee.

interview 9

Uw thuiswonende oudere patiënten, hoe verloopt over het algemeen daar de samenwerking met de thuiszorg? Met thuiszorg bedoel ik de mantelzorger, verpleging, kinesist, familiehulp/poetsdienst, maatschappelijk werker, apotheek, lokaal dienstencentrum,…

- **Hoe verloopt de communicatie?**

De communicatie met de verpleging verloopt via een communicatiemap. Ik heb ook telefonisch contact met de verpleging en als er problemen zijn spreken we op een bepaald moment samen af bij de patiënt thuis. De kinesist belt als er een probleem is, of laat een briefje achter bij de patiënt thuis. Het contact met de thuishulp is eerder informeel, die zie je soms thuis bij de patiënten. Via e-mail wordt weinig gecommuniceerd.

- **In geval van MDO: reden? Officieel? Wie initieert?**

Dit wordt aangevraagd als een hulpverlener van het team een probleem ziet. Dat kan vanuit iedere hulpverlener komen en wordt verder geregeld via de organisatie van de verpleging of de thuishulp. Het gaat dan om een officieel overleg.

- **Wordt er dan een systematisch zorgplan opgesteld? Werkt u soms met het e-zorgplan?**

Het is de bedoeling dat er een zorgplan wordt opgesteld, er worden in ieder geval taken voor iedereen afgesproken. Het is nu wel een tijdje geleden dat ik zo'n overleg gehad heb, ik weet niet zeker of het dan ook op papier komt. Er worden praktische dingen geregeld. Het e-zorgplan wordt niet als communicatiemiddel gebruikt. Er is ook soms niet-officieel overleg bijvoorbeeld wordt er dan met een verpleegkundige afgesproken bij de patiënt thuis.

- **Hindernissen in multidisciplinaire samenwerking?**

Ik heb niet het idee dat er te weinig overleg gebeurt in de praktijk. Organisatorisch is het soms moeilijk om een datum te vinden voor overleg. Een gebrek aan tijd is een probleem, waardoor het soms meer dan 4 weken duurt voor je allemaal samen aan tafel zit terwijl het om een acuut probleem gaat. Financieel maakt mij niet zoveel uit.

- **Zou het een meerwaarde zijn als de communicatie kon gebeuren via uw EMD met verpleging, familiehulp, kinesist,…?**

Een rechtstreekse communicatie vanuit het EMD zou soms veel efficiënter zijn.
Stel: u heeft en patiënt waar er nood is aan uitbreiding van de thuiszorg. Wat zijn signalen voor u om de thuiszorg op te starten/uit te breiden?
Achteruitgang van de klinische toestand, mentale achteruitgang, de mantelzorg die wegvalt.
Wie initieert, organiseert, coördineert? Maakt u gebruik van een sociale kaart? Heeft u bepaalde aanspreekpunten?
Ik stimuleer de familie om de thuiszorg te regelen. In principe belt de familie, maar als die er niet is of weinig aanwezig is, dan zorgen wij dat iemand van de thuisdienst aan huis komt en gaat kijken wat er nodig is. Als ik het zelf regel werk ik gemakkelijk samen met Landelijke Thuiszorg, vanuit die dienst komt een maatschappelijk werker aan huis bij de patiënten. De verpleging staat daar wel los van, die is meestal al geregeld. Ik vind organisatie, versnippering van de thuiszorg in België een puinhoop.
Zijn er drempels bij patiënten om thuiszorg te initiëren, uit te bouwen?
Patiënten moeten hun afhankelijkheid dan tonen. Meestal zijn ze achteraf wel tevreden. Ook het gevoel dat ze dan nog meer aan hun huis vastzitten omdat ze zeker thuis moeten zijn op die

momenten. De thuishulp/poetsdienst is een grotere drempel dan de verpleging. Die komen meestal vlugger binnen via bijvoorbeeld wondzorg en dan kan je uitbreiden naar bijvoorbeeld toilet, ze kennen de mensen dan al.

Drempels bij u?

Nee

Doet u soms beroep op regionale structuren/netwerken zoals de SEL Goal, LMN (huisartsenkring, promotor zorgtraject), Panal vzw, andere?

Panal wel, de rest, nee, ik zou daar een keer tijd moeten maken om dat eens uit te werken bij wie ik terechtkan. Theoretisch zijn er allerlei structuren, we krijgen soms wel dingen hierover via e-mail maar daar lijkt het bij te blijven.

In een crisissituatie moet de patiënt soms worden opgenomen in het ziekenhuis. Hoe verloopt de samenwerking met de geriatrie/externe liaison?

De communicatie gebeurt vooral via een ontslagbrief. Er wordt ook wel eens gebeld met de boodschap: "het is niet meer nodig om die patiënt door ons te laten opvolgen, we laten het aan u over". Er is eigenlijk geen overleg. Van het UZ Leuven is er meestal altijd een duidelijke brief, bij het Heilig Hart Leuven ontbreekt die soms zelfs. Ook de maatschappelijk werker in het ziekenhuis doet zijn job en kijkt hoe het gaat in het ziekenhuis, maar verder weinig.

Kan U zich de laatste patiënten voor de geest halen die naar een woonzorgcentrum zijn gegaan? Hoe is dit gegaan?

Een hoogbejaarde alleenstaande vrouw is onlangs gegaan. Ze woonde al een tijdje bij haar dochter in huis maar dit ging ook nog moeilijk. We hadden de aanvraag al een tijdje gedaan en dan is er plaats gekomen. Soms gaan de patiënten ook via het ziekenhuis. Het ziekenhuis probeert de patiënten altijd wel eerst nog naar huis te krijgen, alleen als het echt niet gaat, wordt aan een WZC gedacht.

Voor welk type patiënten vindt u een WZC geschikt?

Een WZC is voor mensen die veel zorg nodig hebben, er alleen voor staan. Het hoeven niet altijd zware medische problemen te zijn, ook door ouderdom kan je hulp nodig hebben. Of bijvoorbeeld mensen die altijd alleen zitten, die bloeien soms open in een WZC.

Dus, als u een vraag krijgt tot inschrijven op de wachtlijst, hoe pakt u dit aan?

Meestal als ze met die vraag komen zitten de patiënten al op hun eindpunt, het is het laatste alternatief. Ik heb het nog niet gebruikt als een moment om even stil te staan, de wachtlijst is toch enkele jaren. De KATZ schaal kan door verpleging of de huisarts worden ingevuld.

Er zijn 4 criteria volgens een koninklijk besluit waaraan een persoon moet voldoen voor een opname in een WZC. Multidisciplinaire diagnostische evaluatie en behandelingen, multidisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarin alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, nood aan paramedische zorg/hulp bij ADL, fysisch en psychisch afhankelijk zijn.

Kent u deze criteria? Vindt u dit onze taak om te evalueren? Dat ze zouden moeten worden toegepast en hoe? (centrale wachtlijsten?)

Nee, ik kende ze niet. Ik denk wel dat we de criteria onbewust evalueren, we zitten in een ideale positie om dit te doen. Centrale wachtlijsten zouden een meerwaarde zijn, zodat dit centraal valt te raadplegen en de formulieren maar 1 keer moeten worden ingevuld en gemakkelijk gewijzigd worden.

Tot slot: Wat zou uw advies zijn aan mij als startende huisarts? Waar ziet u de huisarts binnen de begeleiding van een oudere patiënt? Welke rol neemt u op in de multidisciplinaire begeleiding, in het team van de thuiszorg? Wat is de ideale rol van de huisarts?

Ik zie onze positie in de begeleiding van een oudere patiënt als een soort manager. Ik wil niet alles in handen houden, iedere groep op zich moet zijn deel doen en heeft zijn inspraak en staat sterk. Wij moeten eerder de uiteindelijke verantwoordelijkheid nemen, niet dirigeren. Wij staan in voor de zorg van de patiënt, wij moeten zorgen dat die de beste zorg krijgt. De andere hulpverleners kennen de patiënten enorm goed, zij hebben vaak dagelijks contact, maar de vergelijking gaat op zoals in een ziekenhuis, de arts heeft de eindverantwoordelijkheid. Het praktisch regelen, organiseren vind ik niet onze taak, dat kan bijvoorbeeld een maatschappelijk assistent beter doen, die is daar beter voor gekwalificeerd. Een lokale, regionale persoon, los van de verzuiling zou hiervoor goed zijn. Die zou mee de eindverantwoordelijkheid kunnen dragen voor de zorg van de patiënt.

Bedankt voor dit boeiende gesprek! Wil u hier nog iets aan toevoegen?

Nee, ik denk dat ik het belangrijkste heb gezegd.