

Wachtlijsten in woonzorgcentra: de weg naar meer transparantie

Details

Category: Management (/index.php/26-nieuws/management)

Published: 24 May 2010

Hits: 24215



(/index.php?id=76)**Wachtlijsten in woonzorgcentra: De weg naar meer transparantie**

De dienst Welzijn en Gezondheid van de provincie Antwerpen voerde in het najaar van 2006 een exploratief onderzoek uit naar de wachtlijsten van de woonzorgcentra in de Provincie Antwerpen (Vleeshouwers, 2008). Meer dan 90% van de voorzieningen gaven aan dat ze een onderscheid maakten tussen actieve en passieve wachtlijsten.

Het aantal personen op de wachtlijsten schommelde tussen 4 en 800. Eveneens concludeerde de onderzoeker toen dat woonzorgcentra moeilijk onmiddellijk het hoofd konden en kunnen bieden aan crisissituaties.

Daarnaast ontbreekt een duidelijk zicht op hoeveel mensen er effectief wachtende zijn wanneer we rekening

houden met een aantal nuances. Zo bestaat natuurlijk het vermoeden dat het aantal personen dat effectief een opname in het rusthuis wenst, beduidend lager ligt dan de naar schatting 27.000 personen die momenteel op de wachtlijsten staan in de provincie Antwerpen. Daarnaast zijn er een aantal personen die op meerdere wachtlijsten ingeschreven staan.

Transparantie is dé ontbrekende factor in het ganse verhaal en keuzes dringen zich op. Moeten we misschien evolueren naar één gecentraliseerde wachtlijst? Moet die dan op Vlaams niveau georganiseerd worden, per provincie of per gemeente? In dit artikel gaan we verder in op de huidige situatie en polsen we in de Antwerpse regio naar de meningen die leven bij de aanbieders van residentiële ouderenzorg.

Onderzoeksopzet

In de periode juni 2009 kregen de erkende woonzorgcentra in de provincie Antwerpen (n=202) een éénmalige uitnodiging om in te tekenen op een online survey die bestond uit tien duidelijk geformuleerde stellingen aangaande de wachtlijsten in de woonzorgcentra. De respondenten konden antwoorden met helemaal niet akkoord, niet akkoord, akkoord en helemaal akkoord. 86, hoofdzakelijk directeurs van woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen gaven hun mening. 43 Respondenten gaven aan dat ze verbonden waren aan een vzw-voorziening, 36 waren tewerkgesteld bij een openbaar bestuur en 3 werkten in een commerciële organisatie (nv, bvba). De data werden verwerkt met SPSS© 16.0.

Wie moet wat organiseren?

Elke voorgestelde organisatie beschikt over tal van voor- en nadelen. Om meer inzicht in deze controversie te verkrijgen, werden twee stellingen opgenomen in de bevraging die specifiek handelden over dit topic.

Zo werd er gesteld dat lokale besturen reeds zelf aanbieder zijn van ouderen-zorg en daarom nooit een centrale wachtlijst kunnen beheren omdat ze betrokken partij zijn. Driekwart (75%) van de respondenten die verbonden waren aan een openbaar bestuur waren het hier niet mee eens. (zie tabel 1) Bij de respondenten verbonden aan een vzw structuur of een commerciële voorziening stelden we net het omgekeerde vast (significant verschil: $p < 0.001$).

79% van deze respondenten gaf aan dat lokale besturen inderdaad niet geschikt zijn voor het beheer van de wachtlijsten omwille van het feit dat ze zelf zorgen organiseren en verstrekken.

Op dit ogenblik organiseert elke voorziening een eigen wachtlijst. Dit zorgt zoals reeds in de inleiding aangegeven voor erg weinig transparantie. Sedert enkele jaren worden door allerhande belangengroepen een aantal alternatieven opgeworpen.

Eén ervan is de centrale wachtlijst waarbij we ons meteen de vraag kunnen stellen: wie gaat dit beheren? De Vlaamse overheid, het gemeentelijk of provinciaal niveau of de koepels van de woonzorgcentra?

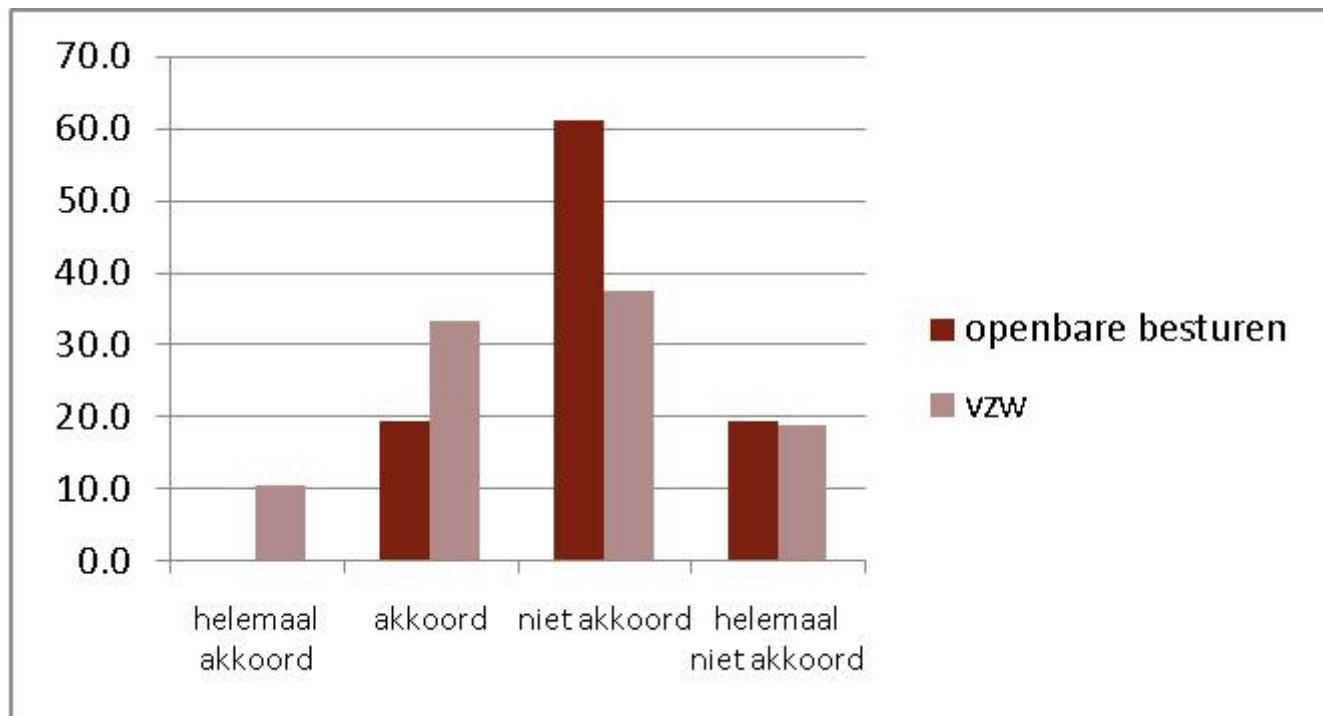
Tabel 1. Vergelijking stellingen akkoord versus niet akkoord in % (openbare besturen / vzw)

	Statistiek	Openbaar bestuur (akkoord/nt akkoord)	Vzw (akkoord/nt akkoord)
1 Omdat lokale besturen aanbieder zijn van ouderenzorg kunnen zij nooit centrale wachtlijsten beheren?	Chi ² = 0.000 p<0.001	25/75	79/21
2 Een bovenlokale (provinciale of Vlaamse) overheid is het best geplaatst om een wachtlijst te centraliseren?	Chi ² =0.011 p=0.013	19/81	44/56
3 Zich laten registreren op een wachtlijst kan maar na het volgen van bepaalde criteria die de overheid vastlegt?	Chi ² =0.061 p=0.077	53/47	31/69
4 Een opname in een woonzorgcentrum kan enkel na een advies en doorverwijzing van de huisarts die het globaal medisch dossier beheert?	Chi ² =0.593 p=0.980	22/78	21/79
5 Bij de programmatie van Woonzorgcentra zou rekening gehouden moeten worden met de informatie van wachtlijsten die opgesteld werden a.d.h.v. opgelegde criteria?	Chi ² =0.507 p=0.837	64/36	58/42
6 Elke 65+'er zou in een woonzorgcentrum mogen verblijven als hij dat wenst?	Chi ² =0.034 p=0.042	31/69	56/44
7 Voor de residentiële ouderenzorg dienen geen programmatiënormen opgelegd te worden?	Chi ² =0.542 p=0.890	25/75	25/75
8 De organisatie van de residentiële ouderenzorg mag niet gestuurd worden vanuit een centrale toewijzing?	Chi ² =0.447 p=0.662	83/17	87/13
9 Een eventuele centrale wachtlijst zou enkel gebruikt mogen worden om de zorgvraag in kaart te brengen?	Chi ² =0.412 p=0.576	89/11	85/15
10 Een opname in een woonzorgcentrum kan enkel als de zorgvraag niet beantwoord kan worden door de thuiszorg. Dit wordt onderzocht door een commissie die samengesteld is uit verschillende zorgaanbieders?	Chi ² =0.207 p=0.298	44/56	31/69

Alternatieven in de maak?

Een alternatief kan zijn om de Vlaamse overheid of het provinciale niveau een wachtlijst te laten centraliseren. Meer dan 8 op tien respondenten verbonden aan een openbaar bestuurd waren hiermee niet akkoord. Gematigder waren de uitbaters van de vzw-voorzieningen (significant verschil: $p < 0.013$), al was ook hier de meerderheid (56%) tenminste niet akkoord. Een wachtlijst centraliseren en beheren is één ding, maar waarvoor moet deze wachtlijst dienen? Kan deze bijvoorbeeld aangewend worden om de programmatie te regelen? Moet deze wachtlijst bijvoorbeeld plaatsen toewijzen aan ouderen met specifieke problemen of kan een centrale wachtlijst voor meer zicht zorgen op eventuele noodopvangplaatsen? Onderzoek toont immers aan dat er zeer veel mensen op meerdere wachtlijsten staan ingeschreven. Een centraal beheerde wachtlijst zou deze personen er makkelijk kunnen uitfilteren zodat we een objectief beeld krijgen van de zorgvraag in gans Vlaanderen of per regio.

Grafiek 1. Een bovenlokale (provinciale of Vlaamse) overheid is het best geplaatst om een wachtlijst te centraliseren?



Het hoger doel

Met de informatie die een centraal georganiseerde wachtlijst kan opleveren kan men ook véél verder gaan. Men zou deze bijvoorbeeld kunnen toetsen aan de huidige programmatienormen zodat deze in vraag gesteld kunnen worden. Maar programmatienormen zijn nodig volgens de respondenten, los van de inrichtende macht zegt 75% van de bevroegde zorgverstrekkers dat programmatienormen in de zorg voor ouderen nodig zijn. (zie tabel 1) 83 tot 87% van de respondenten geven duidelijk aan dat de organisatie van de residentiële ouderenzorg geenszins mag gestuurd worden vanuit een centrale toewijzing. De respondenten geven duidelijk weer dat een centraal beheerde wachtlijst inzichten mag en kan verstrekken, gegevens kan objectiveren en een aantal beleidsvragen kan oplossen.

De wetenschappelijke literatuur gaf ons al eerder een aantal inzichten mee. De stap zetten naar een woonzorgcentrum is immers erg ingrijpend. Een goede begeleiding kan alvast een aantal moeilijkheden uit de weg ruimen. We kunnen ons de vraag stellen wie er zich op een wachtlijst inschrijft? Heel wat onderzoekers (Stevens et al., (2000); Van Bilsen et al., (2002); Van Campen et al., (2003)) deden reeds onderzoek naar welke factoren er bepalend zijn in de vraag naar zorg.

Er volgde zelfs een theoretisch model waarmee we voorspellingen konden maken. Van Bilsen et al. (2006) deed uitgebreid onderzoek in 2006 naar de determinanten die in dit model waren opgenomen en ging op zoek naar 'waarom ouderen zich op een wachtlijst zetten'. Hij interviewde daarom een aantal ouderen die op een wachtlijst stonden. Van Bilsen startte met een wachtlijst met daarop 200 ouderen. Er werd bijvoorbeeld gevraagd 'of de oudere bereid was meteen toe te happen moest het woonzorgcentrum vandaag bellen met de melding dat er een vrije kamer was voor de oudere'. 65% van de respondenten gaf aan waarschijnlijk op de vraag te zullen ingaan, 35% stelde dat ze het aanbod meteen zouden weigeren. Er staan dus een heel aantal mensen op zo'n wachtlijst die eigenlijk niet te intentie hebben om wel degelijk een verhuis te overwegen.

Wie mag er nu wel of niet op de lijst? In ons onderzoek stelden we de vraag of iedere 60+er zich kan komen inschrijven op een wachtlijst? We stelden een klein significant verschil ($p=0.042$) vast tussen de voorzieningen die ingericht werden door een openbaar bestuur (slechts 31% akkoord) en deze met een vzw statuut (56% akkoord). Wie er wel of niet op een wachtlijst mag is één zaak, maar veel belangrijker is de vraag op welke manier een wachtlijst moet opgebouwd worden. Welke elementen moeten er gegenereerd om zo'n wachtlijst samen te stellen?

Wie beslist?

We merken in de dagdagelijkse praktijk dat ADL steeds wordt bevroegd wanneer ouderen worden ingeschreven op een wachtlijst, de zorglast of de draagkracht van de mantelzorgers komt nauwelijks aan bod.

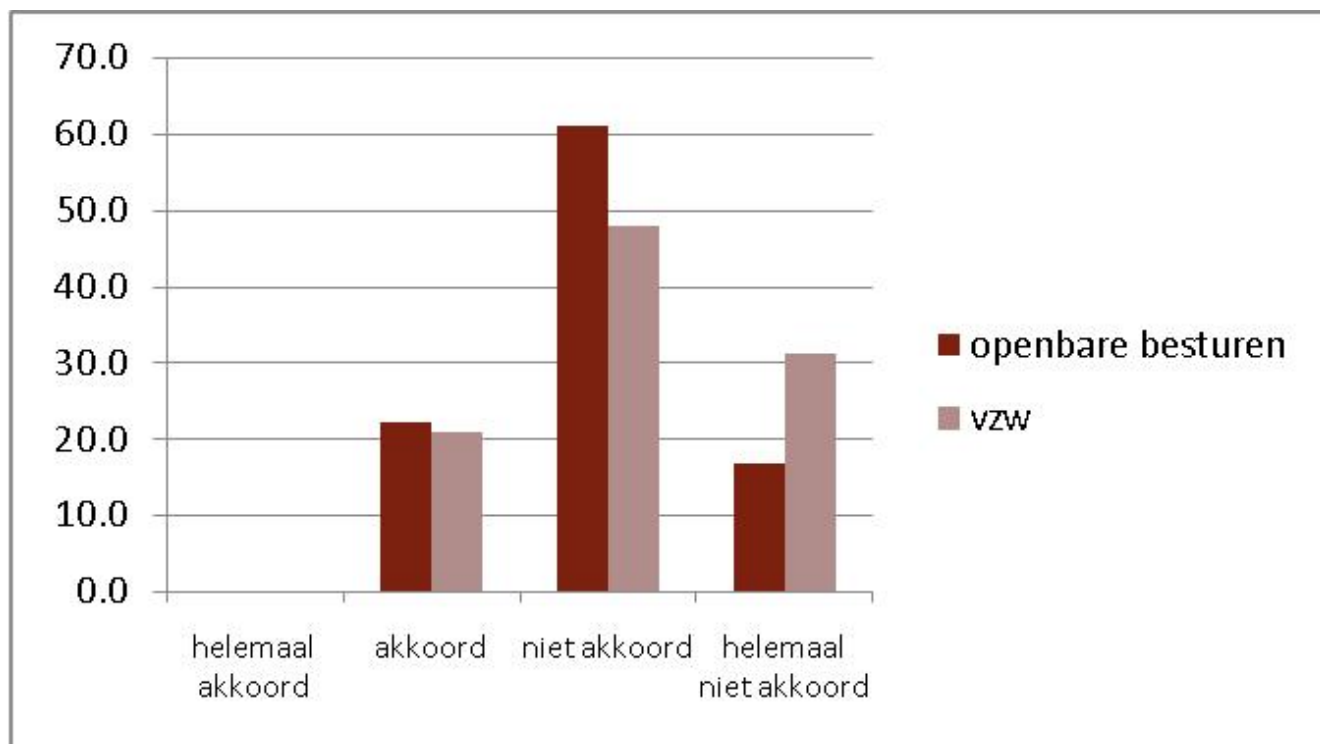
Het onderzoek van Bilsen et al. (2006) geeft aan dat het sociale netwerk wel degelijk een cruciale factor is. Wetenschappelijk onderzoek geeft aan dat ouderen die meteen bereid waren tot een opname wanneer het woonzorgcentrum aangaf dat er een plaats was vrijgekomen, een gelimiteerd sociaal netwerk hadden (weinig tot geen mantelzorgers, zij die leven in isolement...) ($p<0.03$) en die tevens fysieke beperkingen ondervonden om de alledaagse levensactiviteiten (ADL) ($p<0.05$) te kunnen uitvoeren. Voor beiden was er een significant verschil waar te nemen met de groep ouderen die een opname weigerden. (Bilsen et al., 2006) Gwendolen Buhr stond in haar artikel in The Gerontologist in 2006 nog stil bij de subjectieve redenen die mantelzorgers aangaven

om toch te kiezen voor een opname op een wachtlijst van een woonzorgcentrum. Ze noemde de mantelzorgers de 'key decision makers' en riep op om aandacht te geven voor de schuldgevoelens en zorglast die de mantelzorgers met zich meedragen. Ook andere onderzoekers staan stil bij mantelzorgers en institutionalisering. 60% van alle mantelzorgers zouden ten minste één keer in hun leven geconfronteerd worden met een plaatsing van een zorgvrager in een woonzorgcentrum (Colerick et al., 1986; Lieberman et al., 1991) Zeker wanneer we het wijzigende maatschappijbeeld in gedachte nemen met wijzigingen in familiesamenstelling, hoge werk-druk en gezinnen met tweeverdieners, sociale isolatie enz... (Assumpta et al., 2000; Schoenmakers et al., 2008)

Autonomie versus samenwerking

Terwijl men op het organisatieniveau van de voorzieningen de mond vol heeft van multidisciplinaire en inter-disciplinaire samenwerking, merken we naar buiten toe een heel ander verhaal op. Woonzorgcentra willen duidelijk autonomie behouden wat betreft het opnamebeleid. Eén van de stellingen wierp het idee op om een opname te laten afhangen van een commissie die samengesteld is uit verschillende zorgaanbieders. Hierin zouden de partners van de eerste lijn zetelen die de zorgvrager kennen. Er kan dan van meet af aan rekening gehouden worden met de noden en behoeften, hiaten in de dagdagelijkse zorg en de mantelzorgsituatie en daarbij-horende zorglast voor het formuleren van een advies. De meningen hierover waren erg verdeeld. 56% (voor de openbare besturen) en 69% (voor de vzw's) waren het hier niet mee eens. Een minder drastisch voorstel was het inschakelen van de huisarts die het globaal medisch dossier beheert. Hier merken we een eenduidig antwoord op van de groepen voorzieningen. In beide gevallen is bijna 80% van de respondenten van oordeel dat de huisarts niet de geschikte persoon is om te beslissen over een opname. (zie grafiek 1) We kunnen dus duidelijk besluiten dat de woonzorgcentrumdirecties zelf de touwtjes in handen willen houden wat betreft de opnames in hun voorziening.

Grafiek 2. Een opname in een woonzorgcentrum kan enkel na een advies en doorverwijzing van de huisarts die het globaal medisch dossier beheert?



Besluit

Uniforme criteria lijken een noodzaak voor gans de sector. Doch, uit het gevoerde onderzoek blijkt dat de sector zelf erg verdeeld is over deze materie. De verdeeldheid start reeds van bij het bepalen van de cliënten, is dat elke 65+er die dat wenst of moeten er criteria bepaald worden? Over een aantal zaken is men het - over de grenzen van de inrichtende macht heen - grondig eens.

Programmatienormen zijn noodzakelijk en als er al een centrale wachtlijst komt, mag men dit volgens de respondenten louter gebruiken om de zorgvraag in kaart te brengen. De ganse organisatie van de ouderenzorg mag zeker niet gestuurd worden vanuit een eventueel centraal georganiseerde wachtlijst.

Er is duidelijk niemand voorstander van het resoluut invoeren van drastische wijzigingen van de huidige regelgeving wat betreft wachtlijsten in de ouderenzorg. Wel lijkt er een consensus te bestaan over een héél aantal belangrijke fundamentele zaken. Wie wat moet organiseren evenwel erg onduidelijk, wel zien een heel aantal partners duidelijk een meerwaarde zien op het vlak van transparantie. Zij wensen duidelijke afspraken mét behoud van autonomie. Een klein aantal, duidelijk afgebakende en goed

begeleidde regionale proefprojecten zou de juiste richting kunnen aangeven welke men moet uitgaan voor een optimalisering van de organisatie van de ouderenzorg met benefits voor zowel de zorgverstrekkers als de zorgontvangers.

Binnen deze projecten kan er aandacht gaan naar de organisatie van acute noodopvang en samenwerking met de partners van de eerstelijnszorg. Voor de organisatie van zulke proefprojecten zou het provinciale niveau als katalysator en opdrachtgever kunnen fungeren.

Michael Van Buggenhout

Bestuurder, Gerontoloog

Ablecare (<http://www.ablecare.be/>)

Reacties kan u hier (</index.php/component/fireboard/?Itemid=56&func=view&catid=3&id=2882>) kwijt.

Literatuur

Assumpta AR, Scullion HF (2000) *Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers*, *Journal of advanced nursing*, 32(5), 1187-1195

Buhr GT, Kuchibhatla M, Clipp EC (2006) *Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition*, *The gerontologist*, 46(1), 52-61

Colerick EJ, George LK (1986) *Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease*. *J Am Geriatr Soc*, 34(7), 493-498

Lieberman MA, Kramer JH (1991) *Factors affecting decisions to institutionalize demented elderly*. *Gerontologist*, 31(3): 371-374

Schoenmakers B, Buntinx F, Devroey D, Van Casteren V, DeLepeleire J.(2009) *The process of definitive institutionalization of community dwelling demented vs non demented elderly: data obtained from a network of sentinel general practitioners*. *Int J Geriatr Psychiatry*. May;24(5):523-31

Van Bilsen PMA, Hamers JPH, Groot W, Spreeuwenberg C (2006) *Demand of elderly people for residential care: an exploratory study*, *BMC Health Services Research*, 6: 39

Van Buggenhout M, Duquet V. (2009) *Wachten op het woonzorgcentrum, het gerontologisch perspectief*. *Verpleegkundig Kader*, 28/3 – mei/juni: p13-16.

Van Campen C, Woittiez IB. (2003) *Client demands and the allocation of home care in the Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals*. *Health Policy*. May;64(2):229-41

Vleeshouwers W. (2008) *Nood aan objectieve cijfers voor wachtlijsten in woonzorgcentra*. *Provinciaal Domein Welzijn*, 3e jaargang, september 2008