



Directoraat-Generaal  
Organisatie Gezondheidsvoorzieningen

Cel Chronische, Ouderen- en Palliatieve Zorg

Victor Hortaplein 40, bus 10  
1060 Brussel

## RAPPORT

# EVALUATIE VAN DE PROEFRPROJECTEN « GERIATRISCH DAGZIEKENHUIZEN »

## PARTIM

### EXPLORATIE VAN DE BARRIÈRES EN STIMULI VOOR HET DOORVERWIJZEN NAAR DE GERIATRISCHE DAGZIEKENHUIZEN ZOALS GEPERCIPIEERD DOOR DE HUISARTSEN

Coördinatoren:     • Prof. Dr. N. Van Den Noortgate - UZ Gent  
                          • Prof. Dr. Jean Petermans - CHU Liège

Leden:             • Prof. Dr. D. Giet – ULg Université de Liège  
                          • Dr. P. Denoël – ULg Université de Liège  
                          • Dr. C. Duchesnes – ULg Université de Liège  
                          • Dr. A. Velghe – UZ Gent  
                          • Dr. S. Willems – UGent  
                          • Dr. P. Vanden Bussche – UGent  
                          • Mme F. Desmyter – UGent  
                          • Mme V. Massart – ULg Université de Liège

NOVEMBER 2008





---

# Inhoudsopgave

<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>3</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Situering en opzet van het onderzoek</b> .....	<b>8</b>
1.1    Project FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu	8
1.2    Schets van geriatrische dagziekenhuizen .....	9
1.2.1    Ontstaan geriatrische dagziekenhuizen .....	9
1.2.2    Belgische situatie.....	10
1.3    Literatuurstudie .....	12
1.4    Onderzoeksdoelstellingen .....	13
<b>2 Literatuurstudie</b> .....	<b>14</b>
<b>3 Methodologie</b> .....	<b>21</b>
3.1    Keuze van de methode: focusgroepsgesprekken .....	21
3.2    Rekrutering.....	23
3.3    Verzameling van de gegevens .....	26
3.4    Verwerking en analyse van de gegevens .....	27
3.5    Bewaring van de gegevens .....	28

3.6	Rapportering van de gegevens .....	28
3.7	Aanvraag Ethisch Comité Gent en Luik .....	29
<b>4</b>	<b>Resultaten.....</b>	<b>30</b>
4.1	Response rate van de focusgroepen .....	30
4.2	Samenstelling van de focusgroepen.....	32
4.3	Onderzoeksresultaten van de focusgroepen .....	37
4.3.1	Contextuele factoren.....	39
4.3.2	Tekort aan informatie.....	50
4.3.3	Geen nood aan geriatrische dagziekenhuizen.....	58
4.3.4	Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen .....	64
4.3.5	Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen .....	81
4.3.6	Suggesties .....	99
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen .....</b>	<b>111</b>
5.1	Conclusies ter verklaring van het doorverwijsgedrag van huisartsen bij geriatrische dagziekenhuizen.....	111
5.2	Aanbevelingen ter bevordering van het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen door huisartsen .....	117
5.3	Beperkingen onderzoek .....	122
<b>6</b>	<b>Best practice .....</b>	<b>124</b>
6.1	Het ontstaan van de conventie.....	124
6.2	De rol van de huisarts .....	125
6.3	De ‘spirit’ .....	126

---

Literatuurlijst .....	128
Bijlagen .....	130
Lijst van tabellen .....	131

# Inleiding

Uit cijfergegevens blijkt dat huisartsen niet zo vaak doorverwijzen naar geriatrische dagziekenhuizen. In opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu bekeken de Universiteit Gent/Universitair Ziekenhuis Gent en het Centre Hospitalier Universitaire de Liège deze cijfers van nabij. Er werd onderzoek verricht naar de barrières en stimuli die het doorverwijsgedrag van huisartsen naar geriatrische dagziekenhuizen beïnvloeden.

Dit rapport beschrijft deze exploratieve studie die werd uitgevoerd tussen januari 2008 en juli 2008. In het eerste hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek geschetst. De literatuur wordt onder de loep genomen in hoofdstuk 2. In het derde hoofdstuk wordt de methodologie uitvoerig uiteengezet en de keuze voor focusgroepen verantwoord. In hoofdstuk 4 wordt een weerslag gegeven van de resultaten van de focusgroepen. In hoofdstuk 5 worden de conclusies en beleidsaanbevelingen voorgesteld. Tot slot wordt een "good practice" met betrekking tot samenwerking geïllustreerd in hoofdstuk 6.

Onze dank gaat uit naar de opdrachtgever die de kans gaf het concept van nabij te onderzoeken. Alle voorzitters van de LOK's (Lokale Kwaliteitsgroepen) en verantwoordelijken van andere lokale associaties willen we bedanken voor hun hulp bij de vlotte organisatie van de focusgroepen. Onze dank gaat ook uit naar alle deelnemende huisartsen aan de focusgroeps gesprekken die hun ideeën en

ervaringen met ons wilden delen. Ze hebben enthousiast meegewerkt. We hopen dat de onderzoeksresultaten mogen bijdragen tot een sterk beleid gericht op goede samenwerking tussen de huisartsen en de geriatrische dagziekenhuizen, ten gunste van de oudere patiënt.



# Hoofdstuk 1

## Situering en opzet van het onderzoek

### 1.1 Project FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Het consortium Universitair Ziekenhuis Gent en het Centre Hospitalier Universitaire de Liège kreeg een opdracht toegekend van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu voor het uitvoeren van een evaluatie van de geriatrische dagziekenhuizen in België. Een onderdeel van deze studie, namelijk het exploreren van de barrières en stimuli voor het doorverwijzen naar de geriatrische dagziekenhuizen zoals gepercipieerd door de huisartsen, werd door het Departement Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Luik en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent in onderaanneming voor het Universitair Ziekenhuis Gent uitgevoerd.

De belangrijkste doelstelling van het project is het in kaart brengen van de stimulerende en belemmerende factoren bij de doorverwijzing naar geriatrische dagziekenhuizen vanuit het standpunt van de huisartsen.

In januari 2008 ging een onderzoeksteam in Gent en Luik van start, onder coördinatie van Prof. Dr. Nele Van Den Noortgate, geriater UZ Gent, in samenwerking met Prof. Dr. Jean Petermans, geriater CHU Luik. Andere leden van het team zijn Dr. Sara Willems, senior researcher Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UGent, dr. Piet Vanden Bussche, huisarts en praktijkassistent Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UGent, Mevr. Fien Desmyter, junior researcher Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UGent, Prof. Dr. Didier Giet, Département de Médecine Générale ULg, Mevr. Valérie Massart, researcher Département de Médecine Générale ULg en Dr. Christiane Duchesnes, researcher Département de Médecine Générale ULg.

## **1.2 Schets van geriatrische dagziekenhuizen**

### **1.2.1 Ontstaan geriatrische dagziekenhuizen**

Het concept “geriatrisch dagziekenhuis” werd in de jaren ’50-’60 in het Verenigd Koninkrijk ontwikkeld als een belangrijke pijler binnen de ouderenzorg. Het geriatrisch dagziekenhuis biedt een multidisciplinaire benadering van ambulante ouderen aan, waarbij de nadruk ligt op de groep van “frail elderly”<sup>1</sup>. Deze multidisciplinaire benadering kan zowel assessment, behandeling als revalidatie omvatten.

De belangrijkste doelstelling van een dagziekenhuis geriatrie is de functionele autonomie van kwetsbare ouderen te vrijwaren door het bieden van gespecialiseerde

---

<sup>1</sup> Kwetsbaarheid (frailty) wordt gedefinieerd als de afname van de reservecapaciteit waardoor relatief kleine veranderingen in het interne of externe milieu grote gevolgen hebben voor het lichamelijke en geestelijke functioneren. Hoewel een precieze leeftijdsgrens moeilijk is aan te geven, betreft het hier mensen van rond de 75 jaar en ouder, waarbij sprake is van een combinatie van de volgende factoren: meerdere ziekten tegelijk; storingen of tekortkomingen in de dagelijkse levensverrichtingen (wassen, kleden, e.d.); neiging tot blijvende hulpbehoefendheid en afhankelijkheid van zorg; instabiel lichamenlijk, psychisch en sociaal evenwicht. (bron: <http://www.nijsmellinghe.nl/ns/view/155.9/07/2008>)

assessment en behandeling. Hierdoor kunnen ouderen in hun eigen setting blijven wonen en wordt er een gunstige invloed uitgeoefend op de aandoening zelf of de functionele en/of sociale beperkingen die er uit voortvloeien.

Hoewel bij een meerderheid van de dagziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk rehabilitatie nog steeds de belangrijkste activiteit is, zijn er ook andere functies ontwikkeld in aansluiting op nieuwe noden die zijn ontstaan binnen de geriatrische zorg. Eén van deze functies is crisisinterventie. Assessment van kwetsbare ouderen in een spoeddienst is moeilijk, mede gezien de tijdsdruk. Een dringende assessment binnen de setting van een daghospitalisatie is vaak te verkiezen zowel voor de patiënt als voor de huisarts. Vele daghospitelen in het Verenigd Koninkrijk hebben een traject ontwikkeld waarbij subacute problemen kunnen worden gezien door een multidisciplinair team op dezelfde of de volgende dag. Dit impliceert vlotte toegankelijkheid tot andere diensten en onderzoeken en een ommekeer in de perceptie van een daghospitaal waarbij men bereid is om een onmiddellijke oplossing te bieden voor de zieke oudere. Andere gespecialiseerde trajecten richten zich op een aantal specifieke ouderdomsaandoeningen zoals val- en gangstoornissen, geheugenstoornissen, vermageren, ulcera, diabetes, incontinentie en algemene verzwakking.

Het grootste voordeel van daghospitalisatie is dat het voorziet in een “one-stop shop” benadering voor die patiënten met de meest complexe noden, die anders verschillende bezoeken zouden moeten afleggen op verschillende afdelingen of waar verschillende specialisten en behandelaars aan huis zouden moeten komen.

### **1.2.2 Belgische situatie**

In het licht van de vergrijzing van de bevolking besliste de Federale Overheid eind 2005 om in het kader van de verdere realisatie van het zorgprogramma geriatrie middelen te voorzien voor de uitbouw van het concept “geriatrisch dagziekenhuis”. De verdere ontwikkeling van het zorgprogramma geriatrie in de ziekenhuizen is bedoeld om de oudere patiënt en dan vooral de oudste oudere een gespecialiseerde,

multidisciplinaire, individuele en intensieve zorg te waarborgen zowel voor, tijdens als na hospitalisatie. Op die manier wordt er gestreefd naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit. Het schrijven van een zorgprogramma geriatrie werd bekrachtigd bij Koninklijk Besluit van 29.01.07 dat verscheen op 07.03.07 in het Belgisch Staatsblad. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt omvat vijf elementen: de dienst geriatrie, de geriatrische consultatie, het geriatrisch dagziekenhuis, de functie interne liaison en de functie externe liaison.

In 2006 werd in België een proefproject gestart met het oog op de oprichting van 46 geriatrische dagziekenhuizen. Deze projectfinanciering houdt in dat 2 VTE verpleegkundigen en 1 VTE paramedische functie gefinancierd worden vanaf 1 januari 2006. Voor onderhoud, secretariaat, artsen en infrastructuur werd geen geld uitgetrokken. In 2007 kwamen daar 15 nieuwe geriatrische dagziekenhuizen bij en sinds januari 2008 worden er bijkomend 23 nieuwe geriatrische dagziekenhuizen gesteund. Sinds 1 juli 2007 wordt er ook een vergoeding voorzien voor algemene kosten, onderhoud en secretariaat. Van de ziekenhuizen wordt onder meer verwacht dat ze instaan voor de registratie van patiëntengegevens om zo een beeld te krijgen van de werking van de dagziekenhuizen en te komen tot een structurele financiering.

Volgens het Koninklijk Besluit van 29.01.07 is het zorgprogramma geriatrie gericht op de geriatrische patiënt van gemiddeld ouder dan 75 jaar. Deze lijden vaak aan meerdere aandoeningen tegelijk en gebruiken vaak verschillende soorten medicijnen. Ze hebben een verzwakte homeostase, waardoor ze veel gevoeliger en kwetsbaarder zijn. Een probleem kan gemakkelijk een kettingreactie veroorzaken: zo kan bij ouderen een longinfectie bijvoorbeeld gemakkelijk leiden tot verwardheid. Verder bestaat er bij hen een neiging tot inactiviteit en bedlegerigheid. Hun zelfredzaamheid vermindert en er bestaat een groter risico op ondervoeding. Daardoor vergroot ook de kans dat ze noodgedwongen moeten verhuizen naar een verzorgingstehuis.

De opname in een geriatriesch dagziekenhuis gebeurt op verzoek van de huisarts, een geneesheer-specialist of na een geriatriesch consult. De doelstelling van het dagziekenhuis voor de geriatriesche patiënt is het aanbieden van diagnostische evaluatie, therapeutische oppuntstelling en revalidatie. Het ambulant diagnostisch programma kan gericht zijn op evaluatie van geheugenproblemen, valincidenten, locomotorische problemen, urinaire en fecale incontinentie, eetstoornissen, preoperatieve evaluatie, globale evaluatie in het kader van institutionalisering. Een therapeutisch programma en revalidatieprogramma dienen als antwoord op de bovengenoemde diagnostische evaluatie te worden aangeboden. Het geriatriesch dagziekenhuis maakt het voor geriatriesche patiënten mogelijk op één locatie verschillende onderzoeken en consultaties op één dag te concentreren en een evaluatie vanuit verschillende medische disciplines uit te voeren, zonder dat een hospitalisatie van de oudere noodzakelijk is. Zo wordt de drempel ook verlaagd voor patiënten die niet wensen opgenomen te worden.

Het dagziekenhuis verhoogt het comfort voor zowel de patiënt als de familie. Tijdens de dagopname beschikt de patiënt over een bed of een relaxzetel. De patiënten krijgen 's middags een warme maaltijd aangeboden en tijdens hun verblijf mogen ze worden vergezeld door een familielid of vriend. Minder mobiele patiënten die verschillende onderzoeken op één dag moeten krijgen, kunnen tussendoor comfortabel en rustig wachten in het dagziekenhuis in plaats van in een wachtzaal.

### **1.3 Literatuurstudie**

Beschikbare publicaties rond het onderzoeksonderwerp en aanverwante thema's werden gericht opgezocht en verwerkt. Het literatuuronderzoek had vooral als doel de onderzoekers voldoende achtergrond te geven bij het uitvoeren van het kwalitatief onderzoek en het interpreteren van de resultaten. De literatuur werd niet systematisch geraadpleegd daar de aandacht voor het beantwoorden van de onderzoeksdoelstellingen vooral uitging naar een kwalitatieve onderzoeksopzet en

niet naar een analyse van de literatuur. De resultaten van de literatuurstudie worden kort besproken in hoofdstuk 2.

## 1.4 Onderzoeksdoelstellingen

Aan de hand van een verkennend kwalitatief onderzoek werd onderzocht wat de attitudes zijn van huisartsen ten aanzien van geriatrische dagziekenhuizen.

Volgende onderzoeksvragen werden vooropgesteld:

- Wat zijn de stimuli voor de huisartsen om door te verwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis?
- Wat zijn de barrières voor de huisartsen om door te verwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis?
- Wat zijn de verwachtingen van huisartsen tegenover een geriatrisch dagziekenhuis?

Verder worden aanbevelingen geformuleerd om de samenwerking tussen de huisarts en het geriatrisch dagziekenhuis te bevorderen.

## Hoofdstuk 2

### Literatuurstudie

De zoektocht in de literatuur leverde weinig studies op die het doorverwijsgedrag en het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen door huisartsen beschrijven. De beschikbare relevante onderzoeksresultaten worden hier kort besproken.

Geriatrische problemen van patiënten vragen aandacht, tijd en energie van een hulpverlener. In een rapport over de evaluatie van het proefproject “Geriatrische Dagziekenhuizen” [\(1\)](#) blijkt dat de betrokkenheid van de huisarts varieert van dagziekenhuis tot dagziekenhuis. Het initiatief is bij de huisartsen vaak nog onvoldoende gekend waardoor de huisarts in minder dan de helft van de gevallen de verwijzende persoon is. De verwijzende persoon is meestal de behandelend arts (85%), welke in 60% van de gevallen een ziekenhuisarts is en in 40% van de gevallen de huisarts. Slechts 7% van de patiënten wordt verwezen door het ROB/RVT, komt op eigen initiatief of op vraag van de familie. Bij de overige 8% is de verwijzende persoon onbekend. Interne verwijzingen door diensten van het eigen ziekenhuis verlopen in grote mate via de poliklinische diensten van de G-diensten en de G-diensten, en in mindere mate door andere klinische diensten. In 85% van de gevallen is de reden voor verwijzing voornamelijk een diagnostisch motief. Slechts

---

een minderheid van de geriatrische patiënten wordt doorverwezen voor therapeutische activiteiten (18%), voor activiteiten in het kader van revalidatie (5%) of voor een andere reden (3%). Sommige dagziekenhuizen zijn terughoudend wat betreft actieve therapeutische en revalidatiemaatregelen, uit bezorgdheid om door de eerste lijn als concurrent op dat vlak te worden ervaren. Met betrekking tot ontslag komt uit de ziekenhuisregistratie naar voor dat 46% van de patiënten terugverwezen worden naar de huisarts. Follow-upactiviteiten worden dan in handen van de huisarts gelegd. Deze follow up door de huisarts is belangrijk, gezien de uitgevoerde activiteiten op het dagziekenhuis geriatrie slechts zinvol zijn bij een goede follow up van de aanbevelingen. Bij de dagziekenhuizen die wel een actieve rol nemen in de follow up, gebeurt dit slechts in 20% van de gevallen door de huisarts.

Ook vele Britse geriatrische dagziekenhuizen worden ondergebruikt. Uit een onderzoek van Donaldson, Wright, Maynard, Hamill, en Sutcliffe (2) bij zeven geriatrische dagziekenhuizen blijkt dat de meeste patiënten van een geriatrisch dagziekenhuis zijn doorverwezen door een ziekenhuisarts. Minder dan 10% van de patiënten wordt doorverwezen door huisartsen naar een geriatrisch dagziekenhuis. Volgens Hildick-Smith (3) zouden huisartsen de rol van een dagziekenhuis verwarren met de functies van een dagcentrum. Geriatrische dagziekenhuizen verlenen veeleer medische dagzorg aan patiënten voor maximaal drie maand. Geriatrische dagcentra verlenen sociale zorg aan eenzame ouderen of mentaal instabiele ouderen op permanente basis. Doch beide dienstverleningen zijn aan elkaar verwant. Patiënten van een daghospitaal die een terugval kennen, kunnen worden doorverwezen naar een dagcentrum. En omgekeerd kunnen ouderen die naar een dagcentrum komen, soms baat hebben bij een opname op een dagziekenhuis. Omdat huisartsen hier belangrijke rechtstreekse of onrechtstreekse doorverwijzers zijn, is het aangewezen de rol van geriatrische dagziekenhuizen duidelijk te communiceren zodat huisartsen patiënten selecteren die zouden kunnen profiteren van de zorg die wordt aangeboden door een geriatrisch dagziekenhuis en



opdat de huisartsen zich bewust zouden zijn van de verschillen tussen geriatrische dagziekenhuizen en dagcentra.

De onderzoekers Williams en Clementson (4) vroegen 130 Britse huisartsen naar het relatieve belang van de functies van geriatrische dagziekenhuizen. 54% van de huisartsen rangschikte revalidatie als de meest belangrijkste functie, gevolgd door diagnostiek (37%). Huisartsen die minder dan 10 jaar praktijkervaring hadden, vonden diagnostiek minder belangrijk dan huisartsen die meer dan 10 jaar in de praktijk stonden. Er werd geen significante relatie gevonden tussen het aantal partners in een praktijk en de perceptie van huisartsen ten aanzien van de relevantie van de functies van een geriatrisch dagziekenhuis. Uit hun studie bleek dat over het algemeen huisartsen geriatrische dagziekenhuizen wensen met een sterk aanbod van diagnostiek, behandeling en revalidatie.

Met betrekking tot de communicatie tussen de eerste en tweede lijn bleek uit een Nederlands onderzoek van Yildiz, Avonts, Wyffels en Smets (5) dat er te weinig aandacht is voor de uitdrukkelijke vraag van de huisarts en voor de vraag van de patiënt. In geen enkele verwijsbrief zou de huisarts duidelijk maken dat hij de verdere opvolging plant en coördineert. Toch zouden de dagziekenhuizen en huisartsen een goed afgesproken opvolgbeleid weten te waarderen.

Williams, Jesudason, en Singh (6) trachtten een antwoord te vinden op de vraag welk doorverwijssysteem de voorkeur genoot van huisartsen. De onderzoekers concludeerden dat directe doorverwijzing via een kaartsysteem (met diagnostische details, onderzoekshistoriek, medicatielijst, sociale achtergrond en redenen voor doorverwijzing van de patiënt) wordt geprefereerd boven een doorverwijzing via de consultant. Hoewel ongeveer de helft van de nieuwe patiënten van de drie deelnemende geriatrische dagziekenhuizen wordt doorverwezen door de huisarts, verwijst 60% van de huisartsen uit de studie occasioneel of nooit door. Dit wil zeggen dat een proportie van de ouderenpopulatie geen toegang krijgt tot deze vorm van

---

zorg. Huisartsen moeten een belangrijke bron van doorverwijzing worden opdat de geriatrische dagziekenhuizen ten volle zouden worden gebruikt.

Piterman en Koritsas (2005) (7) onderzochten de relatie tussen de huisarts en de specialist. In Australië blijken heel wat huisartsen hun patiënten door te verwijzen naar specialisten, in het bijzonder naar orthopedische chirurgen, oogartsen, chirurgen en gynaecologen. De doorverwijsredenen variëren van diagnose en onderzoek tot behandeling en revalidatie. Soms wordt er ook doorverwezen naar aanleiding van sociale druk die wordt ugeoefend door de patiënt of wordt er doorverwezen omwille van gerechtelijk-geneeskundige kwesties. De determinanten van doorverwijzing zijn vaak de medische vaardigheden van de specialist, vroegere ervaringen met de specialist, de kwaliteit van de communicatie tussen beide artsen, de locatie van de specialist en de voorkeur van de patiënt. De arts-specialisten op hun beurt verwachten van de huisarts adequate informatie over de problematiek en historiek van de patiënt. Een duidelijk antwoord van de huisarts met betrekking tot de diagnose en het verdere verloop wordt eveneens geapprecieerd. De patiënt houdt van duidelijke communicatie en uitleg over de diagnose, de behandeling en de follow-up. Wanneer al deze verwachtingen niet worden ingelost, blijven alle drie de partijen ontevreden achter.

Aan de hand van een vragenlijst bij huisartsen achterhaalden Kennedy en McConnell (8) onder meer welke factoren een beïnvloedende rol spelen bij de optionele, niet-urgente doorverwijzing naar een bepaald ziekenhuis. De lengte van wachtlijsten en de kennis van de huisarts over de expertise van de specialist blijken bijzondere determinanten te zijn bij het beslissingsproces om al dan niet door te verwijzen. Factoren zoals de toegang tot het geriatrisch dagziekenhuis en de keuze van de patiënt bleken minder belangrijk. In tegenstelling tot de verwachtingen, constateerden de onderzoekers dat de huisartsen aangaven meer bereid te zijn van geriatrisch dagziekenhuis te veranderen indien de wachttijden korter werden en ze regelmatig informatie ontvingen over de wachtlijsten.

Powell en Nixon (1996) (9) hebben richtlijnen ontwikkeld ter stimulering van de complexe overdracht van medische informatie tussen hulpverleners van geriatrische dagpatiënten. Geriatrische dagziekenhuizen zijn een mooi voorbeeld waar eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg elkaar ontmoeten. Het geriatrisch dagziekenhuis heeft een brugfunctie tussen het acuut ziekenhuis en de samenleving. De samenwerking tussen geriateren en huisartsen vraagt dan ook de nodige duidelijkheid over rolverdeling en verantwoordelijkheden. Patiënten kunnen worden doorverwezen naar geriatrische dagziekenhuizen door de huisarts, door de hulpverlener van de instelling waar de oudere verblijft, door een andere hulpverlener en soms door familie of vrienden. In de meeste gevallen gaat de huisarts akkoord met de doorverwijzing ongeacht wie het initiatief nam. Beide auteurs pleiten voor uitdrukkelijke communicatie aan de hand van een geschreven beleidsdocument dat de geriatrische dagziekenhuizen ter beschikking stelt aan hun team, de huisarts, de patiënt en zijn familie, waarin duidelijk de doorverwijsprocedure en de verantwoordelijkheden vermeld staan.

Thompson (10) geeft als vertegenwoordiger van huisartsen in het Verenigd Koninkrijk zijn visie op dagziekenhuizen in de geriatrie. Volgens de auteur is kennis over geriatrische geneeskunde essentieel om ouderen zolang mogelijk onafhankelijk in hun thuissetting te laten wonen, hetgeen de huisarts zoveel mogelijk kan stimuleren bij de oudere patiënt. Dagziekenhuizen voor ouderen zijn in de eerste plaats een brug tussen de maatschappij en de geriatrie. Volgens Thompson bezoeken, paradoxaal genoeg, huisartsen echter zelden of nooit een dagkliniek. Een werkbezoekje van een halfuur aan een geriatrisch dagziekenhuis zou meer betekenis en intensiteit hebben dan een ganse dag luisteren naar verschillende sprekers op een doorsnee symposium. De huisarts zou enige kennis moeten hebben over wat er gebeurt in geriatrische dagziekenhuizen, opdat hij/zij de juiste patiënten zou selecteren die deze vorm van ouderenzorg optimaal kunnen benutten. Deze selectie zou gebaseerd moeten zijn op het feit dat een opname in het geriatrisch

---

dagziekenhuis een verbetering van de patiënt beoogt, in de meest brede zin. Wanneer een patiënt wordt doorverwezen, is het belangrijk dat de huisarts een duidelijke en volledige medische status van de patiënt, alsook een specifieke reden van doorverwijzing meegeeft. Thompson pleit er ook voor dat de huisarts op de frontlinie staat opdat het geriatrisch dagziekenhuis zou evolueren en een brug zou vormen tussen het ziekenhuis en de gemeenschap. Voorts worden nog een aantal voordelen van geriatrische dagziekenhuizen opgesomd. Niet alleen een besparing van het aantal ziekenhuisbedden, alsook humanitaire voordelen vormen een meerwaarde. De patiënt kan 's avonds terug naar huis, er treedt minder verwardheid op en angst voor een opname wordt gereduceerd. Bovendien kunnen meerdere onderzoeken doorgaan op één dag in plaats van op meerdere dagen. Wanneer de oudere patiënt inwoont bij familie, is de mantelzorg voor één of twee dagen 'vrijgesteld' van zorg en verantwoordelijkheden. Dit kan een zekere opluchting betekenen of de batterij terug doen opladen bij de familie. Toch blijft een goede liaison tussen het dagziekenhuis en de thuissetting van belang. De uitbouw van regelmatige transportdiensten en een gelijkmatige geografische verdeling van de geriatrische dagziekenhuizen blijken voor verbetering vatbaar, aldus Thompson.

Dasgupta et al [\(11\)](#) bestudeerde in Canada de gezondheidsverbetering bij de geriatrische patiënten die gebruik maakten van het geriatrisch dagziekenhuis en meer bepaald van de revalidatieafdeling. De studie schuift het interessante idee naar voor om het succes van die instelling retrospectief te onderzoeken en zo te bepalen welke patiënten gebaat zouden zijn bij de aangeboden diensten.

In Groot-Brittannië analyseerde Black [\(12\)](#) de evolutie van de functies in de geriatrische dagziekenhuizen. Er werden bijvoorbeeld nieuwe rollen gecreëerd zoals de behandeling van spoedpathologieën bij ouderen en de behandeling van subacute problemen. Hij benadrukt het belang van de multidisciplinaire aanpak en de beschikbaarheid van krachtige medische apparatuur. Voorts wijst hij op de programma's voor de behandeling van chronische aandoeningen en meldt dat de

betrokken verzorgers vaak een beroep doen op de geriatrische dagziekenhuizen. Het geriatrisch dagziekenhuis wordt dus gezien als een bevoorrechte ziekenhuispartner en als een hulp voor de eerstelijnszorg.

Samengevat kan men stellen dat de oprichting van geriatrische dagziekenhuizen in de eerste plaats een toegevoegde waarde biedt aan oudere patiënten zowel met een specifieke problematiek als met multipathologie. Er zijn een aantal voordelen weggelegd voor het ziekenhuis, de eerstelijnsgezondheidszorg en de maatschappij. Verschillende programma's, zowel diagnostiek, therapie en revalidatie worden aangeboden door een gespecialiseerd multidisciplinair team, vertrekkend vanuit het idee dat een klassieke ziekenhuisopname wordt vermeden. Desondanks dient de medewerking van de huisartsen nog verder geoptimaliseerd te worden. De huisarts en andere interne en externe diensten zijn onvoldoende op de hoogte van de werking van een dagziekenhuis geriatric. Cijfers in verband met de belangrijkste doorverwijzer tonen aan dat de meerderheid van patiënten wordt doorverwezen door een ziekenhuisarts, terwijl de huisarts hier een primaire rol in zou moeten spelen. Globaal komt uit de (internationale) literatuur naar voor dat een continue aandacht voor goede communicatie en taakafspraken noodzakelijk is. Er dient veel aandacht te gaan naar bekendmaking enerzijds. Anderzijds zijn correcte geformaliseerde taakafspraken en duidelijke afbakening van de verantwoordelijkheden basisvoorwaarden voor een goede samenwerking. Een goede terugverwijzing met concrete richtlijnen voor de huisarts zorgt voor een goede continuïteit en verlaagt de drempel voor samenwerking bij nieuwe patiënten. De drempel voor gebruik van het dagziekenhuis dient zo laag mogelijk te zijn. Beperken van de wachttijden, de mogelijkheid van spoedverwijzing, en een goede technische ondersteuning en interne samenwerking met ander specialisten in het ziekenhuis zijn belangrijk.

# Hoofdstuk 3

## Methodologie

### 3.1 Keuze van de methode: focusgroepsgesprekken

Voor het in kaart brengen van de barrières en stimuli voor het doorverwijzen naar de geriatrische dagziekenhuizen zoals gepercipieerd door de huisartsen, werd geopteerd voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, meerbepaald focusgroepen.

In de maanden maart, april, mei en juni 2008 werden 5 focusgroepen met huisartsen in Vlaanderen georganiseerd en 10 focusgroepen met huisartsen in Wallonië. Deze methode van kwalitatief onderzoek beoogt een zo breed mogelijk spectrum van visies en ideeën te inventariseren. De techniek maakt gebruik van een topic list of 'interview guide'. Dit is een leidraad van gerichte (gefocuste) thema's die dient als gespreksondersteuning voor de moderator om er zeker van te zijn dat de onderwerpen allemaal aan bod komen. De vaste lijst met vragen (zie bijlage 1) werd gezamenlijk vastgelegd door beide teams en had betrekking op volgende topics: de kennis over en bekendheid van de geriatrische dagziekenhuizen, de barrières en stimuli bij de doorverwijzing, de samenwerking tussen het geriatrisch dagziekenhuis en de huisarts, en de te ondernemen acties ter promotie en verbetering van het geriatrisch dagziekenhuis.

Tijdens focusgroepsgesprekken staat niet de opeenvolging van de vragen van de gespreksleider en de antwoorden van de deelnemers centraal, dan wel de inhoud en diepgang van de antwoorden. De focusgroepen bieden de deelnemers de gelegenheid hun representatie van de werkelijkheid uit te spreken; de perceptie die zich vormt op het moment van de redevoering, dat wil zeggen de wisselwerkingen eigen aan elke discussie“ (13). Groepsdiscussies bieden het voordeel dat door actie en reactie tussen de deelnemers diepte-informatie kan worden verkregen. Achterliggende redeneringen en gedachten worden geëxploreerd waardoor er kan worden begrepen waarom mensen een bepaalde attitude hebben of een bepaald gedrag stellen ten aanzien van de topic.

Idealiter bestaat iedere focusgroep uit 6 tot 8 deelnemers, met een minimum van 4 en een maximum van 12 deelnemers. Het is belangrijk dat de omvang van de groep niet te groot is zodat alle participanten actief kunnen deelnemen en de moderator het overzicht kan bewaren, maar ook niet te klein opdat de groepsdiscussie meer informatie oplevert dan een individuele benadering.

Bij elk gesprek werden twee onderzoekers ingeschakeld: een moderator en een observator. De moderator trad op als gespreksleider en facilitator van het gesprek. De observator assisteerde de interviewer, stond in voor de technische aspecten en volgde de discussie aandachtig. De observator besteedde voldoende aandacht aan de non-verbale communicatie en noteerde de respons en non-respons, medewerking en groepsdynamiek. Tijdens de gespreksavond werd een lichte broodjesmaaltijd en een drankje aangeboden en na afloop werden de huisartsen vergoed met een aankoopbon (in Vlaanderen) of een symbolisch honorarium (in Wallonië en Brussel).

In een kwalitatief onderzoek wordt gestreefd naar ‘theoretische saturatie’ of gegevenssaturatie. Het saturatieprincipe is heel eenvoudig: de leden van de doelgroep worden zo lang ondervraagd tot er niemand nog nieuwe informatie aanreikt. (14)

Na afloop van de focusgroepen in elk onderzoeksteam en tijdens de analyses werd vastgesteld dat het punt van ‘theoretische saturatie’ was bereikt en er geen nieuwe gegevens meer rond de focus werden gevonden.

Externe validiteit of generalisatie van de uitspraken werd niet beoogd binnen de context van dit onderzoek. Er werd gestreefd zoveel mogelijk aspecten te identificeren met betrekking tot de doorverwijzing naar geriatrische dagziekenhuizen.

## 3.2 Rekrutering

In beide landsgedeelten werd een verschillend rekruteringsproces doorlopen. In het Franstalige landsgedeelte koos men voor aparte groepen: (geografisch gespreide) gebruikers en niet-gebruikers. Die scheiding bood de mogelijkheid een onderscheid te maken tussen enerzijds de mogelijke a priori’s van huisartsen ten opzichte van de geriatrische dagziekenhuizen en anderzijds de ervaringen van de huisartsen met geriatrische dagziekenhuizen. In Vlaanderen gaf men de voorkeur aan gemengde focusgroepen, waarbij het al of niet gebruiken van het dagziekenhuis niet als discriminerend criterium werd gebruikt maar wel gekozen werd voor een goede geografische spreiding. Beide rekruteringsstrategieën worden hier beschreven.

In Vlaanderen werden de huisartsen gerekruteerd via de LOK-voorzitters (Lokale Kwaliteitsgroep). Bij de selectie van de LOK’s werd min of meer gestreefd naar een geografische dekking van de vijf Vlaamse provincies. Er werd ook getracht rekening te houden met de locatie van de geriatrische dagziekenhuizen. Er werden LOK’s geselecteerd in de nabije ligging ervan en LOK’s uit een ruraal gebied.

In een eerste fase werden de voorzitters van LOK’s telefonisch aangesproken door één van de onderzoekers ter kennismaking met de studie en met het verzoek hun leden hierover aan te spreken. Na positief antwoord van de LOK-voorzitter en van zijn leden, werd in een tweede fase een uitnodigingsbrief (zie bijlage 2) verstuurd



naar de LOK-verantwoordelijke ter bevestiging van het eerste telefonisch contact. Nadien werden met de LOK-verantwoordelijke duidelijke afspraken gemaakt met betrekking tot locatie, tijd, catering en uitnodigingsbrieven bestemd voor de huisartsen. In een derde fase werden de leden van de LOK-groep gecontacteerd via een gepersonaliseerde brief (zie bijlage 3), ondertekend door de desbetreffende LOK-voorzitter, Dr. Piet Vanden Bussche, Dr. Sara Willems en Mevr. Fien Desmyter. In de brief werd de onderzoeksdoelstelling, het verloop van de gespreksavond, de vergoeding en praktische informatie vermeld en werd gepeild naar hun interesse om te participeren in de studie. Enkel bij de eerste focusgroep werden in een vierde fase de huisartsen enkele dagen na ontvangst van de brief telefonisch gecontacteerd met de vraag of zij interesse hadden in deelname aan de studie en of ze hun komst konden bevestigen. Aangezien de focusgroepen werden georganiseerd tijdens een LOK-avond en garantie bood voor een hoge opkomst van de huisartsen, werd voor de vier volgende focusgroepen twee dagen vóór de geplande gespreksavond enkel nog telefonisch contact opgenomen met de LOK-verantwoordelijke, ter bevestiging van de aanwezigheid van de huisartsen. De groepsgesprekken vonden telkens 's avonds plaats rond 20u30-21u. In totaal werden 5 LOK-avonden in Vlaanderen geagendeerd.

In het Franstalige deel van het land werden twee categorieën afzonderlijk ondervraagd: huisartsen die geen gebruik maakten van geriatrische dagziekenhuizen en huisartsen die wel gebruik maakten van geriatrische dagziekenhuizen.

De opdrachtgevers van het project wilden de specifieke opvattingen van deze twee categorieën kennen. Er werden homogene focusgroepen samengesteld; het is immers raadzaam “met homogene groepen te werken om tot vruchtbare en samenhangende gesprekken te komen”. (13)

Toch moeten we daarbij twee bedenkingen formuleren: de eerste heeft betrekking op de huisartsengroepen die geen gebruik maakten van geriatrische dagziekenhuizen. In sommige focusgroepen zaten deelnemers die al gehoord hadden van geriatrische

---

dagziekenhuizen, maar er waren er ook die zich, sinds hun rekrutering voor de studie, hadden geïnformeerd en ondertussen patiënten hadden doorverwezen naar een geriatrisch dagziekenhuis in de buurt. Ze werden dus enigszins “gebruikers” na hun korte ervaring met een geriatrisch dagziekenhuis.

De tweede bedenking heeft betrekking op de artsengroepen die wel gebruik maakten van geriatrische dagziekenhuizen. De meeste deelnemers gaven toe dat hun ervaring met de doorverwijzing van patiënten naar een geriatrisch dagziekenhuis veeleer beperkt was.

Om representatief te zijn voor het Franstalige grondgebied vonden de focusgroepen plaats in de 5 Waalse provincies. Er werden twee focusgroepen per Waalse provincie georganiseerd: één met huisartsen die wel doorverwezen naar geriatrische dagziekenhuizen en één met huisartsen die er geen gebruik van maakten. De focusgroepen kwamen bijeen tussen 19 maart 2008 en 11 juni 2008.

Men mag ervan uitgaan dat de steekproef van de geselecteerde huisartsen voldoende gevarieerd was om twee redenen. Om te beginnen is er gesproken met huisartsen uit verschillende streken van Wallonië. De onderzoekers zijn dan ook van mening dat de grote verscheidenheid aan medische praktijken, verzorgde populaties, criteria voor doorverwijzing naar de tweede lijn (kleine of grote afstand tot de ziekenhuizen) op die manier aan bod is gekomen. In kwalitatief onderzoek “ondervraagt men een beperkt aantal mensen. De vraag naar de representativiteit in de statistische betekenis van het woord is dus niet aan de orde. Het criterium dat de waarde van de steekproef bepaalt, is de mate waarin ze aansluit bij de doelstellingen van het onderzoek. De leidraad daarbij is dat de ondervraagde personen voldoende verscheiden moeten zijn en dat er geen belangrijke situaties over het hoofd mogen worden gezien.” (15). Vervolgens blijkt dat de 10 focusgroepen die in de Franstalige regio’s zijn georganiseerd, uiteindelijk te zijn uitgemond in gegevenssaturatie. Elke focusgroep werd geleid door twee personen, waaronder minstens één actieve huisarts. De mensen die de focusgroepen in goede banen hebben geleid, zijn Dr. Didier Giet, Dr. Philippe Denoël, Dr. Christiane Duchesnes

en Valérie Massart. Het startsein voor de discussies werd doorgaans gegeven om 20u30 en ze duurden gemiddeld anderhalf uur.

### 3.3 Verzameling van de gegevens

Alle deelnemers ontvingen voor aanvang van de focusgesprekken een informatiebrief en informed consent (zie bijlage 4) ter ondertekening. Aansluitend werd per focusgroeps gesprek een anonieme gegevensfiche van elke deelnemende huisarts bijgehouden om een beschrijving van de deelnemers mogelijk te maken. Hierin werden volgende gegevens bevraagd:

- socio-demografische gegevens: leeftijd, geslacht, postcode en gemeente van het werkadres
- aantal jaar werkervaring
- Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) of geen CRA
- setting: solo, duo- of groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum
- geschatte percentage van het patiëntenbestand dat bestaat uit ouderen > 65 jaar
- aantal doorverwezen patiënten naar een geriatrisch dagziekenhuis op jaarbasis (antwoordcategorieën: 0, 0-5, 5-10, >10)
- naam van de geriatrische dagziekenhuizen naar waar eventueel doorverwezen wordt/werd

In de Franstalige focusgroepen met de artsen die niet doorverwezen, werd tijdens de vergaderingen, nadat de deelnemers hun “a priori’s” hadden geformuleerd, een infofiche (zie bijlage 5) over de doelstellingen van de geriatrische dagziekenhuizen uitgedeeld om hen in staat te stellen genuanceerder te reageren op de onderwerpen uit de “topic list”.

Het focusgroepsgesprek werd opgenomen op audiotape en werd integraal getranscribeerd. Aan de deelnemers werd zowel schriftelijk als mondeling medegedeeld dat de gesprekken strikt vertrouwelijk werden behandeld en dat de audio-opnames na het einde van het project zullen worden vernietigd. De anonimiteit werd verzekerd door geen namen of verwijzingen naar een persoon op te nemen in de transcripten of in dit rapport. Alle deelnemers gaven hierover hun schriftelijke toestemming via een informed consent in dubbel exemplaar. Ook de onderzoeker ondertekende beide exemplaren. Tijdens en onmiddellijk na elk focusgroepsgesprek werden aantekeningen gemaakt die als houvast dienden bij de verwerking van de gegevens.

### **3.4 Verwerking en analyse van de gegevens**

De verwerking en analyse gebeurden in drie fases. In de eerste fase werden de opnames van de groepsgesprekken letterlijk uitgetikt via het softwareprogramma MS Word 2007. De bandopnames hadden als voordeel dat de groepsgesprekken nadien opnieuw konden worden beluisterd en dat de resultaten door een onafhankelijke derde konden worden beoordeeld. In Vlaanderen werd de analyse ondersteund door het softwarepakket voor kwalitatieve data-analyse NVivo7. In Wallonië gebeurde de dataverwerking handmatig met behulp van het softwareprogramma MS Word 2007 volgens dezelfde methode van verklarende analyse.

In een tweede fase werd quasi elke zin gecodeerd op basis van de inhoud. Soortgelijke uitspraken of zinnen met dezelfde inhoud betreffende eenzelfde relevant thema werden geclusterd tot één categorie of code. Een schema met hoofdcodes en subcodes gaf een overzichtsbild van alle thema's. Het opnemen van de codes in het schema gebeurde inclusief. Dit wil zeggen dat alle codes werden opgenomen in het overzichtsschema, maar dat deze niet noodzakelijkerwijze in alle focusgroepen voorkwamen. Verder dient te worden opgemerkt dat wanneer een

citaat betrekking had op meerdere thema's, deze onder verschillende codes werd gecategoriseerd. De onderzoeksgroepen in Gent en in Luik brachten het schema met de gecodeerde fragmenten systematisch samen opdat een uniformiteit in de gehanteerde codes werd bereikt. Op basis daarvan werd een definitief codeerschema opgesteld dat als basis diende voor de analyse. In een derde fase werd op zoek gegaan naar samenhang tussen de verschillende toegekende codes. Aan de hand van een ruwe schets werd een uitgebreide samenvatting gemaakt van de hoofdbevindingen en aanbevelingen, die resulteerde in dit rapport.

### **3.5 Bewaring van de gegevens**

Om veiligheidsredenen werden het databestand en de analyses bewaard op een computer die beveiligd was met een paswoord dat enkel gekend was door de onderzoeker die de analyses uitvoerde. De audio-tapes werden bewaard in een kast in een lokaal dat steeds werd afgesloten. Enkel de medewerkers van het project hadden toegang tot deze opnames en tot de databank. De tapes zullen worden vernietigd na het einde van het project.

### **3.6 Rapportering van de gegevens**

Analyses van de gegevens werden gerapporteerd in dit eindverslag. Persoonlijke uitspraken of gegevens waaruit deelnemers of andere personen kunnen worden geïdentificeerd, zijn niet opgenomen. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zullen identificatiegegevens strikt vertrouwelijk worden behandeld. De citaten in het eindrapport werden niet altijd letterlijk weergegeven. Overbodige elementen eigen aan de spreektaal, zoals versprekingen, herhalingen en tussenwerpsels werden weggelaten.

### 3.7 Aanvraag Ethisch Comité Gent en Luik

De onderzoeksgroep in Gent en de onderzoeksgroep in Luik dienden simultaan een verzoek tot advies van het Ethisch Comité in betreffende een onderzoeksproject bij de mens. Het Ethisch Comité van het UZ Gent was hier het centraal Ethisch Comité, het Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège was het lokaal Ethische Comité. De studie werd positief geadviseerd (EC registratienummer: B67020083854).

Vervolgens werd een elektronische aanvraag van een geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer ingediend. Deze aangifte werd geregistreerd en gepubliceerd in het Openbaar register van de Commissie (PC verwerkingsnummer: VT005005950).

## Hoofdstuk 4

# Resultaten

### 4.1 Response rate van de focusgroepen

In Vlaanderen werd verwacht dat er heel wat LOK's dienden te worden aangesproken om een voldoende respons rate te halen. Rekrutering van deelnemers bleek vlotter te lopen dan verwacht. Opvallend was het 'democratisch' karakter daar de LOK-voorzitter het voorstel eerst voorlegde aan zijn groep vooraleer toe te zeggen. Een aantal LOK's waren bereid om dit onderwerp, gezien onze krappe timing, voor te nemen en een ander onderwerp naar later te verschuiven. Via de eerste contacten met LOK-voorzitters kregen we de kans de groepsgesprekken te organiseren tijdens de LOK-vergadering. Het verwerven van deelnemers werd vergemakkelijkt omdat de focusgroepen doorgingen op de vertrouwelijke dag, locatie en uur waarop normaliter de LOK-vergaderingen plaatsvinden. Bovendien dienen de deelnemers per jaar minstens twee LOK-avonden bij te wonen in het kader van de accreditering, dus de aanwezigheid van voldoende participanten werd reeds op voorhand gedeeltelijk gegarandeerd en overtrof zelfs meestal de verwachting.

In het Franstalige deel van het land werden twee rekruteringsmethodes toegepast.

1) Voor Luik en Brussel werd gewerkt met volledig willekeurige steekproeven. Op de inschrijvingslijsten bij de provinciale Orde van Geneesheren werden de kandidaten bij toeval aangeduid. Vervolgens werden de betreffende huisartsen opgebeld door een telefoniste, die tekst en uitleg gaf bij het onderzoek en de modaliteiten. De huisartsen die instemden, werden uitgenodigd voor een bepaalde datum, naargelang ze tot de doorverwijzende of de niet-doorverwijzende groep behoorden. Daarna werd er een schriftelijke bevestiging naar de betrokken artsen gestuurd.

Van de talrijke huisartsen die opgebeld werden, waren er heel wat die niet aan het onderzoek wensten deel te nemen. De reden die het vaakst werd ingeroepen, was tijdsgebrek, en dus zeker geen gebrek aan belangstelling voor het onderzoek. Veel huisartsen die aan de telefoon hun medewerking hadden toegezegd, daagden niet op de afgesproken datum op.

De rekruteringsproblemen en het hoge aantal afwezigen hebben ertoe geleid dat de steekproeven voor de 2e Luikse focusgroep en voor de andere regio's op een andere manier werden genomen.

2) In de provincies Namen, Luxemburg en Henegouwen en voor een van de Luikse focusgroepen werd er gerekruteerd volgens het "sneeuwbalprincipe"(14). In elke regio werd naar één huisarts gezocht, die vervolgens zelf contact opnam met doorverwijzende en niet-doorverwijzende artsen. Ook de aldus geselecteerde huisartsen kregen een schriftelijke bevestiging van het secretariaat van het onderzoeksteam. Die rekruteringswijze leverde opvallend minder en soms zelfs helemaal geen weigeringen en afzeggingen op, wat waarschijnlijk te danken is aan de nauwe banden die er vooraf bestonden tussen de rekruterende huisarts en zijn lokale collega's.



## 4.2 Samenstelling van de focusgroepen

Voor de focusgroepen nodigden we huisartsen uit, die zowel gebruik maken van een geriatrisch dagziekenhuis als niet-gebruikers. In Vlaanderen werden vijf gemengde focusgroepen in volgende chronologische volgorde georganiseerd:

- Twee focusgroepen met huisartsen van een LOK-groep in Oostkamp (9 deelnemers in Oostkamp1 en 7 deelnemers in Oostkamp2)
- Één focusgroep met huisartsen van een LOK-groep in Genk (10 deelnemers)
- Één focusgroep met huisartsen van een LOK-groep in Gent (8 deelnemers)
- Één focusgroep met huisartsen van een LOK-groep in Deurne (9 deelnemers)

In het Franstalige deel van het land werden 10 homogene focusgroepen georganiseerd in 5 verschillende regio's: 5 met huisartsen die gebruik maakten van de geriatrische dagziekenhuizen en 5 met huisartsen die niet doorverwezen naar geriatrische dagziekenhuizen (Tabel 4.1). Na bevraging van de "homogene" huisartsengroepen (gebruikers en niet-gebruikers) in Wallonië en Brussel, was het niet zo moeilijk uit te maken welk woord werd uitgesproken door welke populatie van artsen.

*Tabel 4.1: overzicht van de georganiseerde focusgroepen in Wallonië en Brussel*

datum	plaats	provincie	gebruikers	niet-gebruikers
19 maart 2008	Jupille	Luik	3	
20 maart 2008	Jupille	Luik		6
22 april 2008	Chapelle-Lez- Herlaimont	Henegouwen		7
23 april 2008	Chapelle-Lez- Herlaimont	Henegouwen	8	
7 mei 2008	Anderlecht	Brussel	4	
8 mei 2008	Anderlecht	Brussel		3
27 mei 2008	Aarlen	Luxemburg	6	
28 mei 2008	Aarlen	Luxemburg		8

17 juni 2008	Hoei	Namen	9	
9 juni 2008	Hoei	Namen		9
		<b>Totaal</b>	<b>30</b>	<b>33</b>

Dit brengt de totale onderzoeksgroep op 106 deelnemende huisartsen. De deelnemers zijn zowel mannen (84% in Vlaanderen en 83% in de Franstalige regio) als vrouwen (16% in Vlaanderen en 17% in de Franstalige regio). Ze oefenen hun praktijk ofwel solo ofwel in groepsverband uit. Een aantal artsen waren tewerkgesteld in een andere setting zoals aangegeven (wijkgezondheidscentrum of spoedarts). De samenstelling van de Nederlandstalige en Franstalige focusgroepen wordt weergegeven in Tabel 4.2.

*Tabel 4.2: beschrijving van de focusgroepen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel*

	Vlaanderen (n=43)	Wallonië en Brussel (n=63)
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	50 jaar	52 jaar
<b>Geslacht</b>		
<b>Man</b>	84 %	83 %
<b>Vrouw</b>	16 %	17 %
<b>Setting</b>		
<b>Solo</b>	49 %	81 %
<b>Duo</b>	28 %	11 %
<b>Groep</b>	16 %	5 %
<b>Anders</b>	7 %	3 %
<b>Regio</b>		
<b>Stedelijk</b>	79 %	46 %
<b>Landelijk</b>	21 %	54 %
<b>Gemiddeld aantal jaar werkervaring</b>	24 jaar	26 ans
<b>Coördinerend of Raadgevend Arts</b>	0 %	0 %
<b>Gemiddeld percentage patiëntencliënteel ouder dan 65 jaar</b>	30 %	35 %

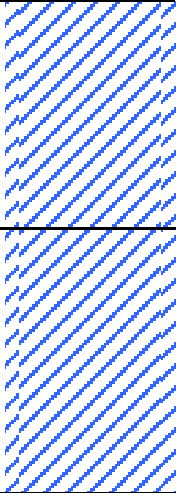
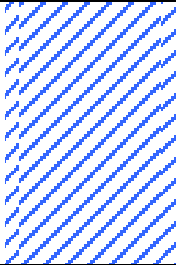

Tabel 4.3 en 4.4 tonen de karakteristieken van elk van de deelnemende huisartsen in de Vlaamse provincies.



















*Tabel 4.3: beschrijving van de deelnemende Vlaamse huisartsen*

Focusgroep	Huisarts	Geslacht	Aantal jaar werkervaring	Setting	geschat aantal patiënten > 65 jaar
<b>Oostkamp1 (n=9)</b>	HA1	Man	23 jaar	Solo	30 %
	HA2	Man	22 jaar	Solo	30 %
	HA3	Man	28 jaar	Groep	50 %
	HA4	Vrouw	3 jaar	Spoedarts	20 %
	HA5	Man	28 jaar	Groep	30 %
	HA6	Man	25 jaar	Solo	15 %
	HA7	Man	32 jaar	Duo	33 %
	HA8	Man	33 jaar	Duo	40 %
	HA9	Man	6 jaar	Groep	10 %
<b>Oostkamp2 (n=7)</b>	HA1	Vrouw	2 jaar	Duo	missing
	HA2	Man	21 jaar	Solo	20 %
	HA3	Man	17 jaar	Solo	15 %
	HA4	Vrouw	4 jaar	Spoedarts	5-10 %
	HA5	Vrouw	2 jaar	Groep	5 %
	HA6	Man	7 jaar	Solo	30 %
	HA7	Man	33 jaar	Solo	45 %
<b>Genk (n=10)</b>	HA1	Man	44 jaar	Duo	40 %
	HA2	Man	22 jaar	Solo	missing
	HA3	Man	29 jaar	Solo	missing
	HA4	Man	25 jaar	Solo	25 %
	HA5	Man	19 jaar	Solo	20 %
	HA6	Man	23 jaar	Solo	40 %
	HA7	Man	37 jaar	Solo	40 %
	HA8	Man	33 jaar	Duo	50 %
	HA9	Man	31 jaar	Solo	50 %
	HA10	Man	28 jaar	Solo	30 %
<b>Gent (n=8)</b>	HA1	Man	20 jaar	Duo	5 %
	HA2	Man	48 jaar	Solo	75 %
	HA3	Man	30 jaar	Duo	30 %
	HA4	Man	21 jaar	Duopraktijk	15 %
	HA5	Vrouw	32 jaar	Solo	7 %
	HA6	Man	22 jaar	Solo	40 %
	HA7	Vrouw	22 jaar	Duo	5 %
	HA8	Vrouw	15 jaar	Solo	50 %
<b>Deurne (n=9)</b>	HA1	Man	20 jaar	WGC	45 %
	HA2	Man	34 jaar	Groep	50 %
	HA3	Man	26 jaar	Groep	15 %

	HA4	Man	15 jaar	Groep	30 %
	HA5	Man	28 jaar	Solo	20 %
	HA6	Man	32 jaar	Duo	40
	HA7	Man	26 jaar	Duo	20
	HA8	Man	25 jaar	Duo	25
	HA9	Man	24 jaar	Solo	30

*Tabel 4.4: beschrijving van de deelnemende Franstalige huisartsen*

provincie focus- groepen	karacteris- tieken FG's	HA	geslacht	aantal jaren ervaring	setting	geschat aantal patiënten > 65 jaar	voor de gebruikers: aantal doorverwij- zingen naar GDZ
<b>Luik (n=3)</b>	gebruikers	HA1	man	25	solo	40 %	6-10
		HA2	man	36	solo	20 tot 25 %	> 10
		HA3	man	28	solo	25 %	0-5
<b>Luik (n=6)</b>	niet- gebruikers	HA1	vrouw	14	solo	20 %	
		HA2	man	20	solo	20 %	
		HA3	vrouw	5,5	groep	25 %	
		HA4	vrouw	12	groep	30 %	
		HA5	man	3	groep	25 tot 30 %	
		HA6	man	20	solo	50 %	
<b>Heneg. (n=7)</b>	niet- gebruikers	HA1	man	missing	duo	missing	
		HA2	man	28	solo	60 %	
		HA3	man	17	solo	25 %	
		HA4	man	28	solo	50 %	
		HA5	vrouw	26,5	duo	70 %	
		HA6	man	27	duo	15 %	
		HA7	man	21	solo	20 %	
<b>Heneg. (n=8)</b>	gebruikers	HA1	man	30	solo	30 %	0-5
		HA2	man	42	duo	50 %	0-5
		HA3	man	28	solo	20 %	0-5
		HA4	man	24	solo	20 %	0-5
		HA5	man	33	solo	40 %	6-10
		HA6	man	30	solo	35 %	6-10
		HA7	vrouw	25	solo	25 %	0-5
		HA8	man	29	solo	30 %	0-5
<b>Brussel (n=4)</b>	gebruikers	HA1	man	27	solo	40 %	0
		HA2	man	47	solo	35 %	0-5
		HA3	man	35	solo	50 %	0-5
		HA4	man	35	solo	40 %	> 10
<b>Brussel</b>	niet-	HA1	man	32	solo	30 %	

<b>(n=3)</b>	gebruikers	HA2	man	39	solo	> 50%	
		HA3	man	34	solo	30 %	0-5
<b>Luxemb. (n=6)</b>	gebruikers	HA1	man	25	solo	15 %	0-5
		HA2	man	30	duo	25 %	0-5
		HA3	vrouw	6	duo	20 %	0-5
		HA4	man	24	solo	40 %	0-5
		HA5	vrouw	10	solo	15 tot 20 %	0-5
		HA6	man	11	solo	30 %	0-5
<b>Luxemb. (n=8)</b>	niet-gebruikers	HA1	man	35	solo	60%	
		HA2	man	32	solo	45 %	
		HA3	man	19	missing	25 %	
		HA4	vrouw	3,5	missing	20 %	
		HA5	vrouw	14	solo	30%	
		HA6	man	21	solo	30 %	
		HA7	man	32	solo	30 tot 40 %	
		HA8	man	34	solo	40 %	
<b>Namen (n=9)</b>	gebruikers	HA1	man	15	solo	35 %	0
		HA2	man	28	solo	15 tot 25 %	6-10
		HA3	man	35	solo	35 %	0-5
		HA4	vrouw	26	solo	30 %	0-5
		HA5	vrouw	30	solo	30 %	6-10
		HA6	man	30	solo	50 %	6-10
		HA7	man	31	duo	50 %	missing
		HA8	man	30	solo	> 60 %	missing
		HA9	man	34	solo	40 %	missing
<b>Namen (n=9)</b>	niet-gebruikers	HA1	man	35	solo	35 %	
		HA2	man	38	solo	30 %	
		HA3	man	28	solo	30 %	
		HA4	man	25	solo	30 %	
		HA5	man	29	solo	40 %	
		HA6	man	30	solo	30-40 %	
		HA7	man	22	solo	30 %	
		HA8	man	40	solo	80 %	
		HA9	man	20	solo	30-40 %	

De Franstalige focusgroepen brachten 30 huisartsen samen die wel doorverwezen naar een geriatrisch dagziekenhuis en 33 huisartsen die niet doorverwezen. Het blijkt veel gemakkelijker te zijn huisartsen te rekruteren die weinig of niets afweten van de geriatrische dagziekenhuizen en nooit hebben doorverwezen, dan gebruikers van geriatrische dagziekenhuizen, die waarschijnlijk veel minder talrijk en dus moeilijker op te sporen zijn.

De bevraagde artsen zijn gemiddeld 25 jaar arts en hun patiëntenbestand bestaat gemiddeld voor 1/3 uit ouderen. De grote meerderheid van de artsen werkt solo. Een minderheid werkt in een duo- of groepspraktijk. De ervaring van de doorverwijzende artsen heeft globaal gezien betrekking op minder dan 5 patiënten.

### **4.3 Onderzoeksresultaten van de focusgroepen**

Het analytisch verslag van de focusgroepsgesprekken wordt hierna gepresenteerd per thema. Er worden zes hoofdthema's onderscheiden, met telkens subthema's. Op deze manier blijft de analysetekst overzichtelijk. De citaten illustreren de tekst die hoort bij ieder thema. De oorsprong van ieder Vlaams citaat wordt weergegeven tussen haakjes. De herkomst van de Franstalige citaten is aangegeven aan het einde van de tekst in de volgende vorm: "stad – gebruiker of niet – alineanummer in de transcriptie". A = Aarlen, Lg = Luik, B = Brussel, Ch = Chapelle-Lez-Herlaimont, H = Hoei, U = gebruikers van geriatrische dagziekenhuizen en NU = niet-gebruikers van geriatrische dagziekenhuizen.

De zes hoofdthema's staan weergegeven in onderstaand kader en zijn verder uitgewerkt in de analysetekst.

- 1. Contextuele factoren**
- 2. Tekort aan informatie**
- 3. Geen nood aan geriatrische dagziekenhuizen**
- 4. Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen**
- 5. Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen**
- 6. Suggesties**

Uit de focusgroepen komen heel wat thema's of redenen naar boven waaruit blijkt waarom huisartsen niet of zelden doorverwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis. In de eerste plaats zijn er een aantal contextuele factoren die een rol spelen. Deze worden in het eerste deel gehergroepeerd.

In de tweede instantie voelen huisartsen zich niet geïnformeerd over geriatrische dagziekenhuizen. Het tweede deel behandelt dit gebrek aan informatie dat door huisartsen wordt ervaren.

In de focusgroepen hebben bepaalde huisartsen uitgesproken dat ze voor hun geneeskundige praktijk geen nood hebben aan dagziekenhuizen geriatricie. Het derde thema gaat nader in op de discussies in verband met deze thematiek

Redenen om niet door te verwijzen en organisatorische barrières verklaren eveneens het ondergebruik van geriatrische dagziekenhuizen door huisartsen. Dat is het onderwerp van het vierde thema. De voordelen en positieve motieven om door te verwijzen worden belicht in thema vijf. Tot slot bieden in deel zes suggesties een antwoord op de voornaamste knelpunten.

### 4.3.1 Contextuele factoren

#### 4.3.1 Contextuele factoren

4.3.2 Tekort aan informatie

4.3.3 Geen nood aan geriatrische dagziekenhuizen

4.3.4 Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen

4.3.5 Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen

4.3.6 Suggesties

Naar aanleiding van de discussie rond geriatrische dagziekenhuizen delen huisartsen heel wat kritische ideeën en ervaringen over ziekenhuizen, vaak ook niet gerelateerd aan de geriatrische thematiek. De algemene indruk die overheerst, is een gebrek aan vertrouwen en een relatief negatieve perceptie die huisartsen hebben ten aanzien van ziekenhuizen. Doordat er in de realiteit heel wat zaken stroef lijken te lopen op verschillende vlakken, zijn er een aantal spanningsvelden tussen eerste en tweede lijn waarover de huisartsen misnoegd zijn. Deze contextuele achtergrond lijkt zeer algemeen en is een belangrijke stoorzender die in de meeste discussies naar voren kwam. Het biedt een eerste verklaring waarom doorverwijzing door de huisarts moeizaam verloopt.

#### ***4.3.1.1 Financieel-commercieel profijt***

De huisartsen vermoeden dat de invoering van een nieuwe structuur als het geriatrisch dagziekenhuis vooral is ingegeven door financiële overwegingen. Ze stellen zich vragen bij de echte bestaansredenen van de geriatrische dagziekenhuizen. Een van de belangrijkste hypothesen die door de huisartsen naar voren wordt geschoven, is het financiële aspect. Voor de huisartsen lijkt de oprichting van geriatrische dagziekenhuizen een subsidiërende aangelegenheid waar de tweedelijns profijt uithaalt. Ze geloven erin dat de dagziekenhuizen er gekomen zijn uit commercieel belang. Wanneer we hier dieper op ingaan, lichten de huisartsen toe



dat de ziekenhuizen zoveel mogelijk proberen het onderste uit de kan te halen. Zo wordt gerefereerd naar allerlei instanties zoals de prostaatklinieken, de borstkankerkliniek, de bedwaterkliniek, de geheugenkliniek, enzovoort... Deze instanties worden naar hun mening opgericht van zodra er geld kan worden uitgehaald en vanaf het moment er subsidies worden voorzien.

HA3: ik weet dat daar een zeer grote commerciële factor aanwezig is, en dat zij proberen nog meer van de koek bij zich te houden, dat ze ons altijd maar proberen langer en meer op buiten spel te zetten op alle gebied. (focusgroep Oostkamp2)

Hun grote kritiek is dat de huisarts vaak wordt vergeten en gepasseerd in de opzet van zulke initiatieven. Van zodra ziekenhuizen gefinancierd worden met extra premies, wordt dit binnenkamers gehouden. Huisartsen worden enkel aangesproken indien één van de voorwaarden voor die subsidiering ‘een huisarts’ is. De huisartsen pleiten ervoor dat het project hen ook ten goede zou mogen komen. “Nu worden wij financieel niet gestimuleerd, maar ondertussen worden de ziekenhuizen wel beloond”, klinkt het bij de huisartsen.

HA2: ja, de stimulans, de financiële stimulans ligt ook niet bij ons hé. Ik bedoel wij krijgen geen supplement als wij doorverwijzen naar het dagziekenhuis, maar het ziekenhuis krijgt... Maar dat hebt ge dan altijd hé, dat is het systeem een beetje. (focusgroep Oostkamp1)

Het zou voor een ziekenhuis winstgevender zijn patiënten meerdere keren gedurende korte periodes op te vangen in plaats van met lange opnames te werken. De rentabiliteit van het ziekenhuis wordt ook aangehaald door de huisartsen, die vaststellen dat de patiënten tal van onderzoeken moeten ondergaan.

Donc, l'excès d'examens qu'on peut éventuellement demander pour faire tourner la machine, c'est connu. (BU-39)

De artsen verwijzen tevens naar besparingen in de gezondheidszorg die men via de geriatrische dagziekenhuizen probeert tot stand te brengen.

C'est certainement une formule qui a été ouverte récemment pour essayer de résoudre le gouffre de l'INAMI. (BNU-32)

Ze willen ook graag weten op basis van wat de ziekenhuizen subsidies krijgen. Niettegenstaande weten huisartsen hun opinie te nuanceren door te zeggen dat de ziekenhuizen vanuit economisch standpunt handelen omdat dit hun overlevingsstrategie is.

HA2: ik denk dat misschien ook wel verklaart waarom de eerstelijns overgeslagen is, omdat uiteindelijk iemand gaat op consultatie bij de geriater. Geriater weet dat in het ziekenhuis dat financieel goed uitkomt dat die persoon voor bijvoorbeeld drie onderzoeken op een dagziekenhuis arriveert en daar komen wij niet in tussen hé. (focusgroep Oostkamp1)

Je suppose que l'hôpital touche par patient. (BU-84)

Il y a une logique très productive, effectivement. (ANU-163)

#### ***4.3.1.2 Overlap tussen 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn en een extra specialisme voor de 2<sup>de</sup> lijn***

In de ogen van sommige huisartsen is de geriatrische daghospitalisatie weer een activiteit waarmee de ziekenhuisdokters en specialisten zich ontfermen. Er wordt vastgesteld dat als er nieuwe geriateren of nieuwe ziekenhuisartsen bijkomen, ze zich niet engageren om de wachttijden in te korten of om de workload sneller te verzetten, maar dat ze zich eerder toespitsen op een nieuw braakliggend terrein. Één huisarts denkt dat de geneesheren van het ziekenhuis te weinig verloond worden en daarom ergens een nieuwe markt openen of willen openen. Bijgevolg ontstaat de schrik dat als er nog meer dagziekenhuizen geriatrie bijkomen, zich dat als een concurrent zal opdringen, ten koste van de huisartsen.

HA9: Dat kan goed zijn..., enfin ja, dat de klinieken zich allemaal op die trein hebben geworpen om te zeggen van: oké, we kunnen nog eens een deel van de huisartsenpatiënten aftrogen en die allemaal in die kliniek zelf oplossen. (focusgroep Deurne)

De huisartsen zijn van mening dat specialisten andere competenties hebben dan zij en dat de verschillende domeinen goed moeten worden afgebakend. Ze stellen diverse vragen over de afbakening tussen de eerste en de tweede lijn. Ze vragen zich meer bepaald af waar de geriateren “thuishoren”: maken ze deel uit van de tweede lijn en spelen ze in op de noden van de eerste lijn? Maken ze integendeel deel uit van de 1e lijn? Allemaal vragen waarop geen nauwkeurig antwoord wordt gegeven en die

dus een zekere twijfel over het nut van een geriatriesch dagziekenhuis, alsook een zeker wantrouwen ten opzichte van die structuur weergeven.

Un des problèmes de la gériatrie, c'est celui-là; c'est de savoir où va se situer le gériatre. Va-t-il revendiquer d'avoir un accès à la première ligne ou va-t-il accepter d'être systématiquement en deuxième ligne. Tant qu'on n'aura pas défini cela très clairement, je crains fort... on aura des problèmes. Il faut comprendre les généralistes. (BNU-92)

#### ***4.3.1.3 Hospitalocentrisme***

Huisartsen hebben schrik dat de tweede lijn hun terrein inpalmt. Een daghospitalisatie in de geriatrie en de nazorg ervan zou op hun vraag moeten gebeuren en moet niet in handen van de geriater liggen. Tijdens de gespreksavonden duikt de term 'hospitalocentrisme'<sup>2</sup> op. Men heeft de indruk dat veel disciplines in het ziekenhuis zich aan het klaarmaken zijn om te infiltreren in de eerstelijnszorg. Intramurale verpleegkundigen zoals de diabetesverpleegkundige, de psychiatrisch verpleegkundige, de geriatriesch verpleegkundige worden ter illustratie opgesomd. De huisartsen hebben sterk het gevoel dat men probeert de tweede lijn naar de eerste lijn te brengen. Er worden taken van hen afgepakt en overgenomen. Echter wanneer deze opdrachten niet meer lukken voor de tweede lijn, kunnen de huisartsen 'de boel opkuisen', reageren de huisartsen boos. Ze vrezen voor hun statuut als huisarts en voelen zich soms gebruikt.

HA1: maar toch denk ik dat de intramurale zorg klaar staat om extramuraal naar buiten te komen. Dus we kennen allerlei soorten verpleegsters, voor van alles en nog wat. 't Is volgens mij een sluike manier om nog daarin verder te gaan. Ik weet niet wat jullie opinie is.

HA7: elke specialist heeft zijn dagkliniek è

HA: hm

HA1: binnenkort zien we de geriateren aan huis gaan komen.

---

<sup>2</sup> Andere sterk georganiseerde eerstelijns werkers die het werk van de huisartsen afnemen, al dan niet in een nepstructuur die slechts dekmantel moet zijn om patiënten zo snel mogelijk bij de technologisch verworvenheden van de specialistische zorg te brengen. Het systeem kan slechts blijven draaien indien steeds meer beroep gedaan wordt op deze specialistische sector. Zo wordt kunstmatig de vraag naar specialistische zorg hoog gehouden. Daarom wordt naarstig gewerkt aan kanalen om patiënten zo snel mogelijk naar ziekenhuissector te laten vloeien (mannenklinieken en andere initiatieven). De patiënt loopt de eerstelijns voorbij, rechtstreeks naar de dure ziekenhuizen. (bron: <http://www.svh.be/specialistenscheiden20070521.htm> en powerpoint-presentatie "De plaats van een grote HUISARTSENKRING in het zorgstrategisch plan van het WAASLAND" - 23 juni 2005 - Alain Van Hevele)

HA8: ik denk het niet. Als ze op twee maanden nog geen verslag kunnen schrijven, kunnen ze niet aan huis komen.

HA1: een verslag maken brengt niet veel op, maar euh...

HA9: ze zullen de verpleegster wel sturen (focusgroep Genk)

De werking en de structuur van het geriatrisch dagziekenhuis staan volgens bepaalde artsen veraf van hun eerste bekommernissen. Het geriatrisch dagziekenhuis blijft een ziekenhuisstructuur, die soms erg gebrekkig inspeelt op de noden van de huisartsen.

Het beeld dat de huisartsen doorgaans van de ziekenhuizen hebben, wordt uitgebreid tot de geriatrische dagziekenhuizen, die gelijkgesteld worden met een klassiek ziekenhuis.

Mais on sent que la démarche à la base a été soufflée par les médecins spécialistes. Cela dénote d'une certaine méconnaissance de la médecine générale, je trouve. (BNU-99)

#### ***4.3.1.4 Gebrek aan overleg met de huisarts***

Van zodra de patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen, merkt de huisarts dat er met zijn mening weinig of helemaal geen rekening wordt gehouden. Dat communicatie- en samenwerkingsdeficit tussen ziekenhuis en huisarts wordt door deze laatste ervaren als een miskennis van de plaats die hij in de gezondheidszorg bekleedt en van zijn belang voor de patiënt. Het ziekenhuis hecht weinig belang aan de bevoorrechte relatie die de huisarts met zijn patiënt onderhoudt, aan zijn kennis van de achtergrond, de omgeving, de voorgeschiedenis van zijn patiënt. Het zou de patiënt nochtans alleen maar ten goede komen mocht het ziekenhuis over die gegevens beschikken.

Deze vrij kritische verklaringen worden door bepaalde huisartsen evenwel genuanceerd.

.... Une anémie découverte à la prise de sang. Donc j'avais programmé effectivement gastroscopie, colonoscopie, puis elle a vu la gériatre, la gériatre l'a vue, elle a dit, je pense qu'il est un peu prématuré de faire tous ces examens-là, ils n'ont pas été faits. Donc quand même, il y a eu là un petit peu ingérence. Donc, c'est vrai que j'ai vécu cette situation-là, alors qu'on jugeait que les examens étaient utiles. (ANU-159)

De toute façon, une fois que tu [= le MG] sors de l'hôpital, tu n'as quand même plus rien à dire. Ce n'est peut-être pas tout à fait vrai. Il faut savoir à qui on envoie. Si tu enverras à

n'importe qui, oui, mais si tu envoies à quelqu'un que tu connais, sur lequel tu as un petit peu de prise, je pense qu'on peut discuter avec eux et leur dire. (HuyNU-10)

HA2: aantal... onlangs wordt er een patiënt die verwezen wordt voor een totaal ander probleem, hartprobleem, die heeft al heel lang een thalassemie, da 's heel goed bekend. Nu, ik vergeet dat te vermelden en euh...dus, maar dus dat wordt tot en met drie, vier keer teruggeroepen om te onderzoeken of het nu echt thalassemie is. Ik heb van de... ja maar da 's een probleem wat al jaren bestaat, dat kennen we, dat moeten we niet behandelen, er is daar geen probleem, ja... ondertussen zijn die onderzoeken allemaal gebeurd, maar dus dat overleg...als dat een dagziekenhuis was, was het daar dan misgelopen. (focusgroep Oostkamp2)

#### ***4.3.1.5 Angst voor controleverlies over de patiënt***

Als de huisarts een patiënt laat opnemen in het ziekenhuis voor bijvoorbeeld een check-up, ervaart hij soms het gevoel van controleverlies. Indien de coördinatie enkel in handen van de geriater ligt, heeft de huisarts geen zicht meer over wat er met de patiënt gebeurt en vreest hij dat de patiënt niet meer terugkomt of niet meer wordt gezien door hem. Tenzij de huisarts ambulant ook een grotere rol blijft spelen en de zieke de dag erop terugziet.

HA6: Soms zie je patiënten zeer snel terug dat je zegt, zijn die nu al thuis, hé, want blijkbaar is er geen plaats en op andere momenten geraken ze niet thuis omdat er blijkbaar plaats genoeg is en de bedden ingevuld moeten blijven. Ik heb ook in X een jaar in het ziekenhuis op geriatrie en inwendige gewerkt en ik mocht ook weten wanneer ik ze mocht ontslaan en niet ontslaan. Dus ja, en ik heb de indruk dat dat hier nog altijd gebeurt in de ziekenhuizen. (focusgroep Oostkamp2)

Op de vraag “Waarom verwijzen huisartsen volgens u weinig door naar de geriatrische dagziekenhuizen?” wordt door verscheidene huisartsen geopperd dat ze waarschijnlijk bang zijn om patiënten te verliezen. Ze steunen daarbij op eerdere ervaringen met doorverwijzingen naar andere ziekenhuisdiensten zoals bijvoorbeeld diabetologie. Bij een doorverwijzing wordt de patiënt volgens de huisartsen onmiddellijk door die dienst “ingelijfd” en de facto onttrokken aan de follow-up van zijn behandelend geneesheer.

Donc c'est dans ce but-là, et je crois qu'on n'avait pas toujours été, à l'époque, en diabétologie, un patient diabétique c'est un patient perdu. On ne le voyait plus, il voyait le cardiologue, le pneumo, il recevait ses ordonnances, et de temps, vous aviez un courrier disant « on a bien vu votre patient, si vous souhaitez, on pourrait le revoir.... » (ChNU-42)

J'avais envoyé un mail pour inviter [à la participation au FG]. Il y en a un qui m'a répondu qu'il était hors de question qu'il vienne discuter des hôpitaux de jour gériatriques parce que c'était encore une manière de détourner les patients de son médecin traitant. (HuyNU-140)

On a l'impression, en tant que généraliste, de perdre toute une série de domaines. La gériatrie était une des rares choses qui nous restait et même là, en créant un titre de gériatre, on essaie de nous prendre une des dernières sphères d'activités qui nous restait. A part les gripes évidemment et les gastroentérites. (BNU-89)

On aurait peut-être un peu l'impression que ce genre de structure, ça va encore un petit peu nous retirer de nos compétences et de nos prérogatives. (ANU-126)

Bepaalde huisartsen zwakken die uitspraken af door aan te voeren dat de huisarts zelf moet instaan voor de follow-up van de patiënt.

On ne perd les patients dans les dédales de l'hôpital que si on n'y est pas attaché. Si on y est attaché, le spécialiste verra bien que c'est un tel qui est le médecin traitant du patient, et il ne va pas se l'approprier. Tu penses qu'il a intérêt à s'approprier des patients de 85 ans, comme on disait tantôt, il doit quand même se dire « tant mieux, si son médecin le suit de près ». (HuyNU-145)

#### ***4.3.1.6 Overmaat aan onderzoeken***

Vanuit de ervaring dat ziekenhuizen vaak overbodige onderzoeken uitvoeren, kunnen huisartsen zich voorstellen dat de komst van het geriatrisch dagziekenhuis aanleiding kan geven tot een overmaat aan onderzoeken. Ze vrezen voor een hele batterij standaardonderzoeken die misschien onnodig zijn. Bovendien worden door de huisarts reeds uitgevoerde onderzoeken, soms nogmaals overgedaan in het ziekenhuis. Vandaar dat huisartsen wensen dat in geval van geplande diagnostiek en assessment de ziekenhuizen en de geriaters gericht werken, in de hoop dat niet de hele standaardtestbatterij wordt doorgevoerd bij de patiënt. Dit betekent ook dat er rekening moet worden gehouden met datgene waarover de huisarts reeds beschikt in het dossier van de patiënt.

M: dat is toch wel iets waar vaker terugkomt hé..., ge laat hem opnemen in het dagziekenhuis en dan gebeurt daar een ganse batterij testen op die je als huisarts niet meer onder controle hebt. Dat gevoel heb ik, dat je, dat dat aangegeven wordt hè.

P2: ik denk dat dat het probleem is, ja. (focusgroep Oostkamp2)

(à l'hôpital) on fait beaucoup d'examen inutiles. L'hôpital de jour a comme avantage de dire « faisons ce qui est essentiel et utile dans le plus court laps de temps, en évitant l'hospitalisation ». (BU-17)

#### ***4.3.1.7 Lange wachttijden en wachten op resultaten***

Als de huisarts een patiënt wil doorsturen naar het ziekenhuis, wordt hij regelmatig geconfronteerd met lange wachttijden. Huisartsen vinden het zeer onprettig dat het ziekenhuis vaak vol ligt. Dit knaagt aan hun performantie, omdat de huisarts als doorgeefluik niet kan functioneren. De patiënt komt bij de huisarts, maar komt voor een lange wachttijd te staan. Tegenwoordig moet de huisarts de patiënt doorsturen via de spoedgevallendienst, wil hij de geriatrische patiënt opgenomen zien.

HA6: 't is eigenlijk zo, dat het ziekenhuis nu, in volle expansie is de laatste jaren en dus er zijn heel wat nieuwe initiatieven de laatste tijd op ons pad gekomen, maar de algemene indruk die bestaat, dat is dat naar dienstverlening en naar soepelheid voor de eerstelijns dat er vooral te veel en te lange wachttijden zijn en daardoor geraken we moeilijk vooruit en komt ge daardoor in een situatie dat ge bijna noodgedwongen moet een opname regelen of een omleiding via spoedgevallen. Dat is dan de enige weg om een opname te regelen en het gebeurt dat wanneer ge dan met de verantwoordelijke geriater belt om een geplande opname te doen, dat hij zegt van: "ja op dit ogenblik zitten we vol en we zullen zelf opnieuw contact opnemen, zodra een bed vrijkomt". Dat kunnen soms wel meerdere weken zijn. (focusgroep Genk)

HA2: maar het hele verhaal is... ge denkt dat die dementie heeft, dan belt ge voor een afspraak, dan moeten ze een tweetal maanden, misschien nog wat langer wachten. Dan worden die gezien of die zelfs een paar keer gezien en dan moet ge nog eens twee, drie maanden wachten op verslag. Ja, na een half jaar zijn die misschien aan medicatie ongeveer dan è. (focusgroep Genk)

Oui, deux semaines sont nécessaires, entre une à huit semaines. Si on veut un bilan assez rapide, c'est vrai que c'est un peu long. (ANU-108)

Mais il faut voir, effectivement, les délais, je crois que c'est vraiment très important sinon ça n'a pas de sens. (BU-169)

Volgens hen zou het geriatrisch dagziekenhuis, door de samenwerking met een zeer groot aantal specialisten, beschikbaar moeten zijn voor semi-urgente problemen. De huisartsen betwijfelen dat de geriatrische dagziekenhuizen hun dienstenaanbod zullen kunnen handhaven en denken dat de beschikbaarheid van de diensten snel te lijden zal hebben onder hun eigen succes.

Mais ça risque peut-être de saturer relativement vite si ça prend du succès, avec les six places, on va se retrouver avec des délais d'attente. Parce qu'ils mettent entre une et huit semaines. (ChNU-199)

Met betrekking tot de wachttijden onderstrepen de ondervraagde huisartsen dat ze zo snel mogelijk in het bezit moeten worden gesteld van het volledige en leesbare verslag van de ziekenhuisopname.

Donc, un rapport rapide, si possible un résumé déjà le jour même, quand la patiente revient de son hospitalisation d'un jour, ou alors très rapidement, on a quand même pas mal de moyens de communications ultra-rapides, donc on sait qu'on va être informés très vite de ce qu'on a eu comme résultats. (ChNU-140)

Donc, moi j'ai demandé un électro, j'ai demandé un écho, j'ai demandé un abdomen à blanc, un écho abdominal également, un échocardiogramme et une prise de sang. Et en principe, j'aurai, à la fin de l'hospitalisation, un rapport, tout du moins provisoire, mais je vois que, de plus en plus, on a des rapports dactylographiés qui sortent avec les patients ou alors, en gériatrie, il y a encore une assistante qui a une très belle écriture avec de belles lettres. C'est très joli, moi j'aime bien, et puis voilà, on a quand même l'essentiel. (ChNU-36)

#### ***4.3.1.8 Tekort aan rust- en verzorgingstehuizen***

Er is heel wat discussie rond de problematiek van het dringende tekort aan rust- en verzorgingstehuizen (RVT), rustoorden voor bejaarden (ROB) en andere voorzieningen voor ouderen. Het grootste probleem is de plaatsing van ouderen in dergelijke wooncentra. Deze problematiek werd in Vlaanderen behandeld. In de Franstalige focusgroepen dook er geen enkel woord betreffende deze topic op. Patiënten die niet in het ziekenhuis hoeven te zijn maar die niet meer thuis kunnen zijn en in een rustoord willen of moeten, kunnen enkel via het ziekenhuis in een rustoord geraken. Daarbovenop komt het probleem dat de ketting die komt na het ziekenhuis, niet volgt. Dit betekent dat de oudere die niet meer naar huis kan om één of andere reden, op de dienst geriatrie moet blijven, omdat er geen rusthuis, noch een kortverblijf, noch een RVT beschikbaar is. Dit roept heel wat ongenoegen op bij de huisartsen. Ze vinden het ridicul dat patiënten in de geriatrie máánden liggen te wachten op een plaats in een RVT/ROB. Huisartsen moeten bovendien veel telefoontjes plegen alvorens een plaats te vinden in een rusthuis. Volgend citaat is een mooie sprekende illustratie van bovenvermelde situatie.

HA 1: dus laat ons nu ne keer een voorbeeld nemen. Een patiënt breekt zijn heup. Ge stuurt hem binnen, nieuwe heup. Na die heup doet hij een longontsteking. Hij eet niet goed niet meer. In feite kan die mens niet meer naar huis. Hij moet naar een rusthuis, maar er is geen rusthuis, want alles is volzet. Waar blijft die mens? Ah, in de geriatrie. Ja, er is ook geen



andere mogelijkheid. Wat moet ge met die mens doen? Ge kunt hem toch niet in de voorraadkamer leggen of anders komt ge in het nieuws. (focusgroep Gent)

Veel huisartsen vinden dat er dringender zaken moeten worden georganiseerd en gesubsidieerd dan geriatrische dagziekenhuizen. En zoals eerder aangekaart door de huisartsen, er zijn genoeg alternatieven in de plaats van nieuwe dagziekenhuizen geriatric (zie paragraaf 4.3.3.2. Huidige doorverwijzingen).

#### ***4.3.1.9 Veel blabla, weinig boemboem***

Vooraf de Vlaamse huisartsen reageren nogal sceptisch tegenover het nut van een discussieavond over geriatrische dagziekenhuizen, daar men meermaals ondervonden heeft dat de huisarts als laatste wordt geïnformeerd en niet wordt gehoord. Van alle genoemde ideeën en suggesties over geriatrische dagziekenhuizen, bekommeren ze zich erover wat ervan terechtkomt.

HA5: wij vergaderen hier eigenlijk voor het nut van een dagziekenhuis, maar ik vind dat wij... Er wordt niet eens naar ons geluisterd en nu plots moeten ze ons zien als ze het al opgericht hebben om het te doen marcheren. (focusgroep Gent)

#### ***4.3.1.10 Verantwoordelijkheid van de huisarts***

Verscheidene huisartsen onderstrepen hun eigen verantwoordelijkheid, onder meer in hun communicatie met de arts van het ziekenhuis: ze geven toe dat ze zelf ook een inspanning moeten doen om nauwkeuriger te communiceren als ze in contact komen met een geriater.

Précisons bien nos demandes, et adressons les patients qui peuvent être aidés de manière... Et puis, si tout ce message passe bien auprès du généraliste, il n'aura plus peur. Il fera sa synthèse et puis, il donnera un coup de fil et s'il va voir les géiatres, ils seront très heureux, les géiatres, de pouvoir travailler comme ça. (ChU-128)

Et pour préciser nos demandes, il faut vraiment prendre contact personnellement. Une lettre ne suffit pas, un coup de téléphone est très limite, il faut vraiment s'investir, prendre son temps, et l'idéal... (ChU-129)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

#### *4.3.1.11 Conclusie contextuele factoren*

De huisartsen merken stellig op dat van zodra ziekenhuizen financieel gestimuleerd worden om nieuwe initiatieven op te bouwen, de huisartsen hierin zelden betrokken worden. In die zin percipiëren ze ook het geriatrisch dagziekenhuis als een nieuw specialisme waar de tweede lijn als nichespeler optreedt en taken van de huisarts overneemt. De tendens dat in veel specialismen extramurale zorgverleners worden ingezet, wordt door de eerste lijn als bedreigend en concurrentieel ervaren en neigt naar hospitalocentrisme.

De ziekenhuizen houden weinig of geen rekening met de specificiteit van de huisarts. De huisartsen vrezen dat de geriatrische dagziekenhuizen zich zullen profileren als spin-offs van de ziekenhuizen, met werkwijzen en reflexen die strikt op de cultuur van de ziekenhuizen zijn geschoeid.

Doorverwijzing door de huisarts zou moeten gepaard gaan met overleg tussen het ziekenhuis en de huisarts. Coördinatie zou ook een deel van de opdracht van de huisarts moeten zijn. Echter nu heeft de huisarts de indruk dat het ziekenhuis snel de molen van standaardtesten in gang zet en de patiënt onderwerpt aan heel wat dubbelonderzoeken en nodeloze testen. Het ziekenhuis, maar ook de huisarts en de patiënt worden geconfronteerd met ellenlange wachttijden, zowel voor, tijdens als na een opname.

Met enige argwaan en scepticisme vragen vooral de Vlaamse huisartsen zich af in welke mate al hun kritieken en ideeën, die ze opwerpen ter bevordering van de zorgverlening, zullen worden gehoord of geïmplementeerd.

## 4.3.2 Tekort aan informatie

### 4.3.1 Contextuele factoren

### 4.3.2 Tekort aan informatie

### 4.3.3 Geen nood aan geriatrische dagziekenhuizen

### 4.3.4 Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen

### 4.3.5 Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen

### 4.3.6 Suggesties

Een van de eerste vragen tijdens de focusgroepsgesprekken met huisartsen peilden naar hun kennis van geriatrische dagziekenhuizen. Hoewel kwalitatieve gegevens niet generaliseerbaar zijn, valt het op dat het merendeel van de participerende huisartsen niet bekend is met geriatrische dagziekenhuizen, laat staan er gebruik van maakt. Huisartsen formuleren welk beeld ze hebben van een geriatrisch dagziekenhuis en speculeren over haar bedoeling en functies.

Wegens gebrek aan kennis tijdens de Vlaamse focusgroepen, brengt de moderator hier en daar informatie en correcties aan in de visies van de deelnemende huisartsen over wat een geriatrisch dagziekenhuis en dit ter verrijking en het verdere verloop van de discussie. Op grond van dezelfde overweging werd tijdens de Franstalige focusgroepsgesprekken met “niet-doorverwijzende” artsen een informatieblad (zie bijlage 5) uitgedeeld over de doelstellingen van de geriatrische dagziekenhuizen.

#### *4.3.2.1 Geen profilering*

Vlaamse huisartsen geven aan wat betreft de oprichting en het bestaan van geriatrische dagziekenhuizen, er niet is gecommuniceerd naar hen toe of althans niet overtuigend genoeg. Ze verwonderen zich erover dat de federale overheid dit onderzoek stuurt, zonder hen te informeren. Ook de specialisten of de ziekenhuizen spreken met geen woord over de geriatrische dagkliniek. En de geriatrische

dagziekenhuizen op hun beurt profileren zich niet naar de huisartsen, aldus de deelnemende huisartsen.

HA8: in primo is het toch de federale overheid die dat in gang steekt, wij... ons niet informeert, maar blijkbaar wel naar de hospitalen die daar zelfs een structuur op gecreëerd hebben die de finances krijgen en waarvan wij nog altijd niet op de hoogte gesteld worden. Da's toch de basis van de zaak waar het grof misloopt. Waarom zijn wij dus nooit geïnformeerd? (focusgroep Oostkamp1)

HA7: ik denk dat fout geweest is dat de gerieters daar niet mee naar buiten gekomen zijn. (focusgroep Oostkamp2)

Het belangrijkste argument dat door de Franstalige huisartsen wordt ingeroepen om de niet-doorverwijzing van patiënten door hun collega's te verklaren, is dat ze niet op de hoogte zijn van het bestaan of de werking van geriatrische dagziekenhuizen. Ze hebben er geen informatie over gekregen en als ze er al gekregen hebben, was die weinig overtuigend. Sommige huisartsen dachten dat het om een nieuw gespecialiseerd centrum van het type "vaccinatiekliniek" of "menopauzekliniek" ging.

Je pense que le manque d'informations est l'obstacle majeur. Chaque médecin a dans ses patients, quelqu'un qui tôt ou tard pourrait bénéficier de ces services. (BNU-53)

C'est quoi comme type de publicité qu'on a faite? (BU-56)

On ne sait pas que ça existe. (ANU-96)

Le manque d'informations sur les possibilités surtout d'hospitalisation de jour gériatrique. (AU-79)

J'avais reçu le petit folder de T. [hôpital] en effet, je l'ai lu, j'avais considéré cela comme un gadget supplémentaire comme la vaccinologie [clinique de vaccinologie], comme leurs techniques de pied, le diabète ou ceci, cela, on peut encore leur passer les patients, on ne les reverra plus, on a peut-être un rapport, je me suis dit, on va se laisser un tout petit peu de temps, voir comment ça fonctionne et ... (ChNU-28)

Je pense à quelque chose. C'est peut-être une réaction un peu épidermique qui viendrait d'autres centres. Je pense au centre de la ménopause, au centre de ceci ou de cela, et la peur que le patient se fasse phagocyter par une série de spécialistes. (LgNU-32)

#### ***4.3.2.2 Mate van bekendheid en gebruik***

Enerzijds zijn er huisartsen die nog nooit van de term ‘geriatrisch dagziekenhuis’ gehoord hebben, anderzijds zijn er huisartsen die de term wel al hebben opgevangen.

HA8: in Brugge worden wij toch gebombardeerd via de mail van collega X en zo met allerlei informatie. Ik heb ik nog nooit iets over da geriatrisch ding gehoord. (focusgroep Oostkamp1)

HA3: ...’t is natuurlijk ook onbekend bij ons, misschien dat het daardoor ook onbemind is... (focusgroep Oostkamp2)

HA6: Ik was een beetje beschaamd toen je zei ja, je kunt naar het geriatrisch dagziekenhuis sturen en ik hoorde het in Keulen donderen, dus ik ben blij dat ik...alé ik dacht dat ik had zitten slapen, maar dat niemand dat hier weet... (focusgroep Oostkamp2)

In het Franstalige landsdeel geven de huisartsen van de doorverwijzende focusgroepen toe dat hun ervaring beperkt blijft tot slechts enkele doorverwijzingen. Na ontvangst van het informatieblad over de geriatrische dagziekenhuizen blijken de niet-doorverwijzende huisartsen toch geïnteresseerd te zijn.

Mais mon avis, c’est que si la dernière patiente que j’ai fait hospitaliser en gériatrie, si j’avais su que ça existait, je lui aurais probablement proposé ça. (ANU-100)

Bij de Vlaamse focusgroepen, zegt de mate van bekendheid meteen ook iets over de mate dat huisartsen gebruik maken van geriatrische dagziekenhuizen. De geriatrische dagziekenhuizen worden niet of ondergebruikt door de huisartsen.

HA1: ik ken het, maar ik heb er geen ervaring mee, alé, al van gehoord, maar alé, ik weet het niet echt, ik heb er geen ervaring mee. (focusgroep Oostkamp1)

HA9: Voor mij is dat bijna een nieuwe term. Door de omschrijving kan ik wel uitmaken wat dat het mogelijks kan inhouden, maar ik ken zo niets in mijn nabije omgeving of in het Antwerpse. En ik heb er totaal geen ervaring mee. (focusgroep Deurne)

De Franstalige huisartsen verwachten veel van hun eerste samenwerking met de geriatrische dagziekenhuizen.

Pour moi, c’est un phénomène nouveau. (BU-6)

Oui, enfin, on verra à l’usage. (ChNU-39)

### ***4.3.2.3 Manier van kennismaking***

In het geval dat huisartsen iets vernomen hebben van geriatrische dagziekenhuizen, is dat ofwel per toeval, ofwel via een doorverwijzing naar een specialist, via een brief, via een bijscholing, via de kring of mogelijks via een OCMW-publicatie. Meer informatie over de manier waarop huisartsen dan wel graag op de hoogte willen worden gebracht, is te vinden onder paragraaf 4.3.6.1. Suggesties voor betere informatie.

HA2: ik ben er eigenlijk deze week, gewoon de term geriatrisch dagziekenhuis, heb ik voor de eerste keer gehoord en dat was in verband met een Alzheimerpatiënt, alé iemand die dus een scan moest hebben. (focusgroep Oostkamp1)

HA6: ja, ik ben X, ik ben 8 jaar soloarts. Euhm, ik heb per toeval iemand verwezen naar het geriatrisch dagziekenhuis. (focusgroep Oostkamp2)

Soms komt de huisarts meer te weten naar aanleiding van opzoekingen die hij voor een oudere patiënt doet.

Je vois cette patiente, je dis, je voudrais savoir ce qui se passe, ça m'embête, donc, j'ai pris mon téléphone, j'ai demandé à Madame L. [gériatre] « est-ce que ça existe chez vous ? Elle m'a dit, oui, bien sûr ». (ChNU-61)

### ***4.3.2.4 Beeld***

Ondanks dat de meerderheid van de ondervraagde huisartsen niet bekend is met de geriatrische dagziekenhuizen, lijkt het erop dat sommige huisartsen toch een realistisch beeld kunnen schetsen van deze vorm van ouderenzorg. Ze stellen het voor als een centrum waar een geriatrische patiënt 's morgens binnengaat en 's avonds weer naar huis gaat, waar er geen ligdag of opname moet worden georganiseerd, waar een hele batterij onderzoeken kan worden uitgevoerd door verschillende specialiteiten op één dag en waar de geriater aan het hoofd staat als coördinator. Omgekeerd, zijn er ook huisartsen die zich helemaal geen voorstelling kunnen vormen van wat het geriatrisch dagziekenhuis inhoudt.

HA6: maar kunt ge dan misschien eerst ne keer beginnen met een omschrijving of een definitie van wat een dag geriatrische kliniek is eigenlijk? (focusgroep Deurne)

HA9: ik kan me voorstellen dat voor een aantal gevallen, techniciteiten of wat weet ik veel. Patiënten voor gewoon een dagziekenhuis, dat dat dan specifiek naar de noden van de geriatrische patiënt eventueel zou gericht kunnen zijn. En dan misschien ook op therapeutisch vlak, verzorgen van wonden, doorligwonden, bijstellen van diabetes, zo van die dingen (focusgroep Deurne)

Formule qui existe déjà pour le tout venant, hein ; les bilans dont le contenu est défini à l'avance, ça, ça existe quand même depuis un certain temps. (BNU-3)

On envoie notre patient, on le lâche et puis on le récupère après, mais une fois qu'il est là, on ne parvient pas, on a l'impression une fois qu'il est .... C'est chez ceux qui savent, qui rentrent. A l'hôpital, il est un peu comme à Walibi, il paye son droit d'entrée et puis il peut aller sur toutes les attractions. Et plus il fait d'attractions, mieux c'est. Ca, ça nous gêne quand même parfois. C'est une image. (HU-80)

#### ***4.3.2.5 Analogieën***

Uit alle focusgroepen blijkt dat huisartsen een geriatrisch dagziekenhuis associëren of verwarren met andere analoge diensten die ze kennen, zoals de geheugenkliniek, de polikliniek, de revalidatieposten, het dagcentrum, het kortverblijf, de dienst geriatrie of gewoon een klassieke daghospitalisatie. Sommigen denken dat de dagkliniek geriatrie een groepering is van een aantal bestaande initiatieven zoals hierboven opgesomd.

HA6: ik had er een heel ander beeld van. Ik dacht dat het ging om opvang, dagopvang van geriatrisch patiënten, waarbij dat ze in de thuissituatie verblijven en gedurende de dag worden opgevangen in een aangepaste omgeving. En ik dacht dat ik er één kende, zijnde bijvoorbeeld Toevlucht van Maria aan de coupure. Dat dacht ik.

HA7: ik dacht ook dat dat was (focusgroep Gent)

HA1: Nu, als ge zegt van: ge moet een geriatrisch dagziekenhuis hebben, maar ge hebt ook nog een geriatrische dienst. Alé, wat voor iets raar is dat nu? Ik bedoel, dat dat samen kan bestaan, ik kan me dat goed inbeelden, maar ik denk dat ze het zelf niet goed weten voor wat dat ze gaan kiezen. (focusgroep Gent)

C'est assez curieux parce qu'on est en train de voir réapparaître quelque chose qui existait auparavant. Moi, je me souviens très très bien de l'hôpital B., il y a 30 ans, eh bien à l'hôpital B. il existait un hôpital de jour gériatrique, bien entendu, mais qui ne portait pas ce nom-là. (BNU-4)

Quand il rentre dans le service de gériatrie, c'est le gériatre qui décide et qui fait tout, et qui me parait être fort le parent pauvre de l'hôpital... mendier des examens chez les autres qui vont faire un petit peu en dernier .... Maintenant, c'est vrai qu'un hôpital de jour qui vient d'ouvrir, moi, je n'ai aucune expérience. J'ai une grosse expérience gériatrique, je n'ai pas du tout confiance. (HuyNU-34)

#### 4.3.2.6 *Funcities, bedoeling*

Een opvallend kenmerk van de geriatrisch dagziekenhuizen in België is de verscheidenheid in aanpak, maar de functie of doelstelling van een geriatrisch dagziekenhuis is overal gelijkaardig: in de mate van het mogelijke de klassieke ziekenhuisopname vermijden of inkorten en de terugkeer van de patiënt naar de thuissetting stimuleren waardoor de patiënt zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving kan blijven. Het idee dat sommige huisartsen hebben van de bedoeling over geriatrische dagziekenhuizen hebben, leunt daar dicht bij aan.

HA1: voornamelijk om de hospitalisatieduur te verminderen, alé want meestal als je de geriatrische patiënt binnenzendt, blijft die daar vier, vijf weken meestal. (focusgroep Oostkamp1)

Er worden ook nog andere functies gesuggereerd, zoals optimalisatie in tijd, kost en ruimte. Volgens de huisartsen zouden de activiteiten van het dagziekenhuis er zijn om kosten te besparen. Nu worden de onderzoeken zo compact mogelijk gehouden en op één dag georganiseerd, terwijl men vroeger een patiënt met algemene achteruitgang binnenstuurde voor een aantal dagen observatie.

L'hôpital de jour gériatrique, en fait, c'est une structure qui permet sur 24 heures, en général, de pouvoir faire le bilan de santé d'une personne âgée de plus de 75 ans, et donc, il n'y a pas eu de traumatisme de l'hospitalisation. Souvent, une personne âgée, elle arrive, une fois, elle se perd un peu ....., une fois, elle perd un peu la mémoire, une fois, elle ne mange pas, etc. On essaye de résoudre souvent les problèmes cas par cas, et à un moment donné, on se dit, il faudrait peut-être prendre en charge de façon uniforme, revoir toute la problématique de cette personne et de la prendre en charge de façon plus globale, l'envoyer à l'hôpital c'est très déstructurant, ça coûte cher pour à la société. Donc, on l'envoie avec éventuellement un problème spécifique, comme par exemple, elle a perdu l'appétit, elle maigrit et en même temps, éventuellement, elle peut faire un bilan au niveau mental, un bilan au niveau cancérologique, ostéoporose, etc, parkinson, et voilà. (AU-1)

De huisartsen denken dat de ziekenhuizen subsidies willen binnenhalen en de overheid op die manier vooral efficiëntie wil promoten. Hoe dan ook, uit volgende twee citaten blijkt dat er vragen rijzen over de bedoeling van overheidswege.

HA8: maar heeft de federale overheid eigenlijk primair gezegd wat dat de bedoeling was van dat te creëren? (focusgroep Oostkamp1)



HA7: Wat wilt de overheid bekomen? Het zal in alle geval al minder geld kosten. (focusgroep Deurne)

Wettelijk zijn de geriatrische dagziekenhuizen verplicht drie activiteiten aan te bieden, zijnde diagnostische evaluatie, therapeutische oppuntstelling en revalidatie. De huisartsen denken dat voornamelijk assessment of diagnosestelling de meest voor de hand liggende activiteit is van een geriatrisch dagziekenhuis. Naar hun perceptie is evaluatie bedoeld voor patiënten waar men strop mee zit, waar men geen greep meer op heeft en waar men niet meer weet van welk hout pijlen te maken. Over het therapeutische aanbod en de revalidatieopdracht zijn de huisartsen minder zeker. Vooral het revalidatieprogramma wordt in twijfel getrokken omdat men vreest dat dit niet haalbaar is in één dag.

HA3: maar ik denk toch dat het voornamelijk diagnostisch is, toch hé? Waar dat er nu ook een beetje op bedoeld is, is de achteruitgang van de algemene toestand waarmee ge zeker mee geconfronteerd wordt, maar ik denk niet dat dat dan de bedoeling is om dat in één dag... (focusgroep Gent)

HA1: en revalidatie op één dag, dat gaat niet. Dat is een contradictie in terminus, denk ik. (focusgroep Gent)

HA2: is die revalidatie anders dan de revalidatie met dezelfde pathologie van jonge mensen? (focusgroep Oostkamp2)

Ils disent [dans le feuillet d'information] que les objectifs, c'est un programme diagnostique, un programme thérapeutique et un programme de rééducation fonctionnelle. C'est quand même assez complet. (BU-16)

De Franstalige huisartsen zijn op de hoogte van het bestaan van de geriatrische dagziekenhuizen, maar stellen zich heel wat vragen over hun bedoeling. Ze hebben geen idee van de werkelijke bestaansredenen van deze dagziekenhuizen. Dat moet ongetwijfeld in verband worden gebracht met het gebrek aan voorlichting waarover de huisartsen in alle focusgroepen klagen.

Andere huisartsen, een minderheid, lijkt wel degelijk te weten wat er in een geriatrisch dagziekenhuis gebeurt, vaak omdat ze kunnen terugblikken op een vruchtbare samenwerking.

C'est vrai que ça existe, mais on ne sait pas trop ce qu'ils proposent. Je ne suis pas [convaincu]... (ANU-35)

Et aussi pour évaluer un petit peu son autonomie, il y a le bilan, c'est vrai, voir si elle peut encore rester seule à la maison, quelle aide il faut lui apporter, ça, c'est important aussi, je trouve, on ne connaît pas toujours tous les tests non plus, non, ça, je trouve que c'est bien aussi. (AU-2)

#### ***4.3.2.7 Conclusie tekort aan informatie***

Gebrek aan kennis en informatie doet vermoeden dat het bestaan of het doel van geriatrische dagziekenhuizen niet eenduidig werd gecommuniceerd naar de huisartsen. De ziekenhuizen hebben zich tot nu toe ook niet geprofileerd als zijnde een ziekenhuis dat dagzorg voor de geriatrische patiënt aanbiedt. Dit verklaart meteen ook waarom huisartsen zelden of nooit doorverwijzen naar een daghospitaal geriatrie. Huisartsen die al minimum één patiënt hebben doorverwezen, hebben dat voornamelijk per toeval of via een specialist gedaan. Het beeld van huisartsen over geriatrische dagziekenhuizen benadert sterk de realiteit, doch de verwarring en associatie met de dienst geriatrie, de geheugenkliniek of een dagopvangcentrum ligt niet veraf.

### 4.3.3 Geen nood aan geriatrische dagziekenhuizen

4.3.1 Contextuele factoren

4.3.2 Tekort aan informatie

**4.3.3 Geen nood aan geriatrische dagziekenhuizen**

4.3.4 Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen

4.3.5 Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen

4.3.6 Suggesties

In de focusgroepsgesprekken zeggen de huisartsen dat ze geen behoefte hebben aan een organisatie als een geriatrisch dagziekenhuis. Ze voeren aan dat ze in hun praktijk zelden het advies van specialisten nodig hebben (te technisch en niet aangepast aan de eerstelijnszorg), dat de doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis geen reflex is, dat de huisartsen doorgaans weinig patiënten hebben die in aanmerking komen voor een bezoek aan een geriatrisch dagziekenhuis.

Bepaalde huisartsen vinden dat ze momenteel perfect in staat zijn in te spelen op de vraag van hun patiënten – met inbegrip van ouderen – naar bijkomende onderzoeken. In die omstandigheden wordt het geriatrisch dagziekenhuis niet ervaren als een structuur die beantwoordt aan een specifieke behoefte.

#### ***4.3.3.1 Geen uitgesproken nood***

Sommige deelnemende artsen zeggen dat ze geen nood hebben aan structuren zoals de geriatrische dagziekenhuizen. Dat kan waarschijnlijk gedeeltelijk worden verklaard door het feit dat de huisartsen weinig onderscheid maken tussen een geriatrisch dagziekenhuis en de klassieke ziekenhuisstructuren waarnaar ze gewoonlijk doorverwijzen. Wat is de meerwaarde van een geriatrisch dagziekenhuis en een geriater voor de praktijk van een huisarts? De opvolging van oudere patiënten stelt voor bepaalde huisartsen immers geen enkel probleem: de huisartsen houden vol dat ze pathologieën als hypertensie of diabetes bijvoorbeeld probleemloos

onder controle kunnen houden. En als ze de patiënt voor bijkomende onderzoeken moeten doorverwijzen, spreken ze zelf af met de betreffende specialisten.

Un médecin généraliste est parfaitement capable de prendre en charge le traitement de l'hypertension comme un grand. Il n'a pas besoin de l'hôpital de jour pour faire ça. S'il garde le patient, il peut prendre en charge le traitement et le schéma thérapeutique d'un diabète quel qu'il soit. (BU-86)

Nous autres, quand tu as un patient âgé, tu l'orientes quand même, soit tu l'hospitalises .... Conséquent, ou bien alors, tu lui fais des examens .... s'il a encore .... Je ne sais pas si on a vraiment besoin d'avoir un HdJ Gériatrique. (HuyNU-158)

De vraag luidt dan ook: is er een tekort of een gemis van iets dat kan gevuld worden door een geriatrisch dagziekenhuis? Ze zijn tevreden met alles wat ze nu kunnen bieden aan de patiënt. Een deel van de Vlaamse huisartsen vindt dat er meer nood is aan een soort (dag)opvang voor ouderen en dat men de soms schrijnende toestanden bij ouderen niet oplost door de oprichting van geriatrische dagziekenhuizen. Men moet dat oplossen door de voorzieningen die er zijn te laten werken zoals het hoort en geld te pompen in de uitbreiding van een organisatie die al draait in plaats van in het oprichten van een nieuw initiatief. Er is meer behoefte aan thuiszorg, mantelzorg en andere opvang voor ouderen.

HA6: eigenlijk de essentie is: de schifting van: waar stuur je de patiënt naartoe, wordt in onze handen gelegd, als je het zo uitlegt, terwijl wij dat eigenlijk, misschien niet wensen of niet willen of niet kunnen of eigenlijk de notie niet van hebben. Ik zou niet weten waar dat ik specifiek naar toe moet sturen. Ik stuur gewoon naar een ziekenhuis, naar een specialist die ik ken. N'importe de leeftijd. Is de verzorging van de geriatrische patiënt, therapeutisch of diagnostisch beter als ik hem doorstuur naar het geriatrisch dagziekenhuis, dat zou de zaak veranderen. Als ik weet dat de patiënt er op een andere manier benaderd zou worden, beter naar zijn noden, als dat echt zo is, dan opent dat een nieuw luik, anders niet. (focusgroep Gent)

HA8: wat dat ik daarbij allemaal zit te denken, is van: zouden ze niet beter geld steken in het uitbreiden van thuiszorg, de rusthuizen. Want er zijn een aantal mensen die inderdaad echt niet meer thuis kunnen blijven, waar dat geen plaats voor is. En dat zijn dramatische toestanden en op het moment dat dan zo slecht geworden zijn, dat ze naar het ziekenhuis moeten, dan is het te laat. Dan heb je niets meer te bieden. (focusgroep Gent)

Desalniettemin vindt een ander deel van de huisartsen dat er zeker ruimte is voor geriatrische dagziekenhuizen. Ze zien het als een vorm van minder acute geneeskunde die openstaat voor ouderenzorg en -hulp die nuttig kan zijn voor een

aantal patiënten. Ze geloven erin dat het zowel voor de maatschappij als voor de huisartsen een positief punt kan worden en dat er wel degelijk een markt voor is. De stemmen pro geriatrische dagziekenhuizen vinden het geriatrisch dagziekenhuis theoretisch gezien “een mooi en fantastisch concept”. Men denkt dat met het verstrijken van de tijd, het veranderen van de pathologie, en de toenemende vergrijzing, de geriatrische dagklinieken aan belang zullen winnen. De visie zit goed, maar de uitvoering kan beter.

#### ***4.3.3.2 Huidige doorverwijzingen***

Vlaamse huisartsen noemen huidige oplossingen om oudere patiënten door te verwijzen. Zo raadplegen ze zelden een geriater, maar doen ze veeleer beroep op specialisten die ze goed kennen én vertrouwen. Er zijn mogelijkheden zat om een patiënt met bijvoorbeeld respiratoire insufficiëntie, Alzheimer, Parkinson, urineverlies, enzovoort... multidisciplinair te laten onderzoeken. Ofwel sturen ze de patiënt naar een ziekenhuis voor een korte opname van een paar dagen, ofwel laten ze de patiënt opnemen voor één dag in een polikliniek. In plaats van doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis, kunnen ze de patiënt ook een week ter observatie over en weer laten gaan naar het ziekenhuis. Een andere mogelijkheid is raadpleging van specialisten zoals de pneumoloog, de neuroloog, de cardioloog, de maag-darmspecialist. In acute gevallen wordt er rechtstreeks doorverwezen naar de spoeddienst. Naar de mening van de huisartsen komt de geriater daar niet aan te pas. Ze voelen er soms weinig voor hun patiënten door te sturen naar een geriater en zien ook weinig problemen bij oudere mensen om hen naar een specifiek dagziekenhuis geriatrie te sturen. Voorstanders daarentegen denken dat de dagkliniek geriatrie heel aanvullend kan zijn, indien er bij complexe problemen snel en gericht wordt gewerkt. Hoewel de huisartsen bij voorkeur samenwerken met specialisten die ze goed kennen, hebben ze niets tegen een daghospitalisatie, die ze interessant vinden voor hun patiënten (zie hoofdstuk 4.3.5: Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen).

HA7: weet je dat ik denk dat het voordeel is, wij kennen goed ons specialisten, dat we direct onze telefoon oppakken en: ja, ik zit hier met een probleem van duizeligheid, kunt gij dat oplossen? Ik krijg een urineverlies,... Maar geriater, ge moet ne keer eerlijk zijn, iedere huisarts heeft schrik van een kinderarts, ik ga niet zeggen...niet zo erg, maar een geriater zeker hé. Eigenlijk is de geriater een huisarts die een beetje gespecialiseerd is in ouderen hé. (focusgroep Oostkamp2)

HA6: Ik heb een arsenaal aan specialisten waar dat ik de pathologie die ik zie, doorverwijs. Ik heb daar mijn voorkeur in. Ik vraag aan mijn patiënt: ken jij iemand waartoe je zou willen..., neen, dan zeg ik: ik stel die voor. Ge kiest uw mensen naar waar je doorverwijst al naargelang uw contacten. Meestal, als je 20 jaar bezig bent, hebt ge die mensen wekelijks aan telefoon en da 's bij de voornaam van: hé, ik heb... En dat werkt ideaal samen. En een collega waar dat het niet mee klikt, stuurt gij nooit niet meer naar, è. (focusgroep Gent)

De Franstalige huisartsen hebben heimwee naar de kleine ziekenhuizen in de buurt, waar ze de specialisten goed kenden.

Quand je suis arrivé dans la région, il y avait deux hôpitaux à V, un hôpital à M, un hôpital à A, avec relativement peu de médecins, et peu de médecins que l'on connaissait en général bien, et avec qui on avait facilement un contact direct. (ANU-7)

#### ***4.3.3.3 Geen reflex van de huisarts***

Bepaalde huisartsen zeggen dat ze (soms min of meer) op de hoogte zijn van het bestaan van het geriatisch dagziekenhuis, maar dat ze niet de reflex hebben om oudere patiënten die bijkomende onderzoeken moeten ondergaan, door te verwijzen.

Il faut y penser. (HU-59)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

De huisartsen poneren dat de geriater, net als andere specialisten, de gewoonte heeft om door te verwijzen. Het is dus logisch dat hij sneller dan een huisarts aan het geriatisch dagziekenhuis denkt. Dat verklaart gedeeltelijk waarom de huisartsen zo weinig doorverwijzen.

Les spécialistes ont presque une tradition de référer automatiquement; ce n'est pas dans notre tradition. (BNU-56)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

#### ***4.3.3.4 Geen nood aan specialisten***

In bepaalde focusgroepen werd aangevoerd dat de huisarts in zijn praktijk geen nood heeft aan het advies van specialisten omdat het vaak wordt beschouwd als te technisch, te “wetenschappelijk”, te weinig inspeland op de bekommernissen van de huisarts.

Mais parce qu'il y a aussi, en tous cas, dans la réflexion qu'on a parfois dans les groupes, les Dodécagroupes, etc, où on a discuté de ces problèmes de gériatrie, mais aussi le fait que peut-être le médecin traitant généraliste est plus proche de la préoccupation quotidienne et a moins besoin d'un avis, je vais dire, scientifique sur la précision de la pathologie ou sur l'implantation anatomique de la pathologie. Je ne dis pas que ça ne nous intéresse pas, mais enfin, ça nous intéresse moins que le vécu quotidien et c'est vrai, qu'en tous cas, je parle pour moi, moi j'ai eu quelques mauvaises expériences d'hospitalisation de patients âgés que j'adressais, mais de façon peu structurée, c'est vrai, que j'adressais un petit peu en urgence avec un problème spécifique, et puis qui revenait, évidemment, avec le même problème parce qu'on ne peut pas tout le soigner, mais à ce problème s'étaient ajoutés d'autres problèmes. (ChU-65)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

#### ***4.3.3.5 Weinig geschikte patiënten***

Bepaalde huisartsen voeren aan dat het geriatrisch dagziekenhuis geen wondermiddel is. Voor hen is het een hulpmiddel dat af en toe nuttig kan zijn, in welbepaalde situaties die voldoen aan de bekende criteria voor opname in een geriatrisch dagziekenhuis. De huisartsen beweren dat ze relatief weinig patiënten hebben die aan de criteria voldoen en dat ze dus relatief weinig patiënten moeten doorverwijzen.

Niet alle problemen van oudere patiënten kunnen in het geriatrisch dagziekenhuis worden opgelost, denk maar aan acute of spoedgevallen. De behandeling van acute problemen of spoedgevallen behoort volgens de huisartsen niet tot het takenpakket van het geriatrisch dagziekenhuis.

Je sais que ça existe, et que je pourrais m'en servir, mais dans la gestion de mes patients âgés, je n'ai pas éprouvé le besoin de cela jusque maintenant. (ANU-98)

Ca pourrait se présenter à l'occasion, mais à mon avis, ça restera très rare. (ANU-99)

En curatif, c'est aussi très difficile pour nous de référer à un hôpital de jour comme ça parce qu'on essaye toujours de garder les gens le plus longtemps possible dans la maison de repos s'ils y sont ou chez eux, entourés par la famille. Donc, quand on envoie des gens à l'hôpital,

des personnes âgées, en tous cas, c'est des gens qui sont déjà fort avancés dans leur pathologie. C'est quand on est débordés, donc, c'est relativement urgent. Je ne pense pas que la notion d'hôpital gériatrique de jour permette justement de référer le patient assez rapidement. Donc, je le vois plus, moi, comme un outil de prévention chez les personnes âgées, éventuellement. Je ne l'ai jamais utilisé parce que l'hôpital de jour, je ne le connais que pour tout le monde, essentiellement une chimiothérapie ici. (HuyNU-40)

Mon problème est plus celui-ci que dans la pratique de tous les jours, vous avez votre patient que vous connaissez, puis à un moment, il y a quelque chose qui se dérègle. Mais au moment où ça se dérègle, vous avez besoin de la solution. Ce n'est pas deux semaines après que vous allez dire... (LgU-72)

#### ***4.3.3.6 Conclusie geen uitgesproken nood***

Sommige deelnemende huisartsen menen dat ze er geen voordeel bij hebben patiënten door te verwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis. De huisartsen menen dat het advies van een ziekenhuisspecialist niet noodzakelijk is voor hun geriatrische praktijk en dat ze relatief weinig patiënten hebben wiens noden overeenstemmen met het "profiel" van de diensten van een geriatrisch dagziekenhuis.

Uit de verklaringen van de huisartsen menen wij te mogen afleiden dat het geriatrisch dagziekenhuis geen meerwaarde biedt in vergelijking met de bestaande klassieke structuren waarnaar ze momenteel doorverwijzen. Vooral de inschakeling van een netwerk van vertrouwde specialisten, een korte ziekenhuisopname... worden voorgesteld als de huidige alternatieven voor het gebruik van de geriatrische dagziekenhuizen.



### 4.3.4 Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrie dagziekenhuizen

4.3.1 Contextuele factoren

4.3.2 Tekort aan informatie

4.3.3 Geen uitgesproken nood

**4.3.4 Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrie dagziekenhuizen**

4.3.5 Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen

4.3.6 Suggesties

De huisartsen wijzen op tal van barrières, op aspecten die hen angst inboezemen, op moeilijkheden die gepaard kunnen gaan met de doorverwijzing van patiënten naar een geriatrie dagziekenhuis, zowel voor de patiënten als voor henzelf.

#### *4.3.4.1 Barrières vanuit het perspectief van de patiënt*

##### *a) Vermoeiend, belastend, stresserend*

Het overdreven aantal onderzoeken in een ziekenhuis is een van de barrières die door de artsen vaak wordt aangehaald. Ze vrezen dat hun patiënten ook in het geriatrie dagziekenhuis te veel onderzoeken zullen moeten ondergaan. De huisartsen zijn bang dat het allemaal wat te veel wordt voor hun oudere patiënten.

On ne peut pas traiter une personne âgée comme quelqu'un de plus jeune et le soumettre à des examens intempestifs qui n'ont aucun intérêt pour personne. (BNU-5)

Le patient doit être bien fatigué... (BU-37)

C'est peut-être même plus fatigant pour le patient, hein, s'ils doivent faire le marathon entre plusieurs médecins, ce n'est pas évident. (ANU-135)

Les bombarder comme ça dans un hôpital de jour où on va les assommer toutes les demi-heures, allez, pensez à autre chose, c'est un véritable parcours du combattant. (ANU-145)

HA3: was het niet zo dat het tempo van onderzoeken iets gespreider werd bij de geriatrie patiënten omdat ze dat ook zelf klinisch niet meer aankunnen en dat dat allemaal op één dag gaat. Bij ons is dat allemaal goed hé, gastroscopie, coloscopie, allemaal op één dag, maar

oudere mensen, ik weet niet of dit echt nog haalbaar is bij mensen die 80plus zijn, alé...  
(focusgroep Oostkamp2)

### *b) Overdreven specialisatie*

Een van de risico's in de geriatrische ziekenhuizen bestaat er volgens de huisartsen in dat de specialisatie te sterk wordt doorgevoerd, dat de aandoeningen te veel in vakjes worden gestopt en dat men het overzicht verliest.

Il est probable aussi que comme c'est .... Peut-être plus avec la gériatrie qu'avec la médecine générale, finisse par tourner avec une idée de médecine spécialisée, de médecine gériatrique. C'est une explication. (AU-12)

Oui, on est entrés aussi dans cette optique d'hyperspécialisation, on va voir le cardiologue, on va voir le pneumologue, mais on ne voit peut-être pas le côté gériatrique peut-être plus global (ChNU-56)

Si c'est pour faire ce centre de la ménopause que je trouve complètement à côté de leurs pompes. Donc voilà, est-ce qu'on va faire une journée hôpital de jour-gastro pour faire la totale et sur ..... , comment faire en sorte que ces hôpitaux de jour gériatriques ne soient pas trop hyper-spécialisés, qu'il n'y ait pas une sorte d'autonomisation un peu perverse du patient qui va faire son bilan, son hôpital de jour neuro-psy pour l'Alzheimer, puis son hôpital de jour uro pour ses incontinences, etc, vous voyez ce que je veux dire. (LgNU-107)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

### *c) Transportproblemen*

Het probleem van het vervoer wordt vaak aangehaald door de huisartsen. Ouderen zijn voor hun vervoer afhankelijk van de familie of van burens. Het zou goed zijn als er een goedkope oplossing werd gevonden om het vervoer van de patiënten naar het geriatrisch dagziekenhuis te vergemakkelijken.

On peut déborder, on peut se dire qu'il pourrait y avoir même un transport éventuellement, parce que qu'est-ce qu'on fait quand on n'a pas une famille, un voisin, le CPAS, et une nièce ou quoi que ce soit qui soit disponible, on peut faire appel à une ambulance. L'ambulance, ça coûte cher à la société, l'ambulance, c'est traumatisant, il faut bien le dire, pour le patient, une ambulance qui fait pin-pon, c'est toujours très traumatisant. Donc, je ne sais pas, est-ce qu'il n'y a pas moyen d'avoir un charroi qui serait très disponible, adapté quand c'est nécessaire, quand il n'y a pas d'autre possibilité ? (ChNU-142)

HA6: mensen zeggen van: ja maar, hoe moet ik daar geraken en als ik daar geraak, wie gaat er met mij meegaan van het ene onderzoek naar het ander? Da 's één van de grote problemen.  
(focusgroep Gent)

*d) Connotatie geriatrie*

Meerdere huisartsen citeren dat hun patiënten verbaasd zijn dat ze worden doorverwezen naar de “geriatrie”. Deze term heeft een negatieve bijklank voor mensen die zich niet “oud” voelen. Het adjectief “geriatrische” zou bepaalde patiënten kunnen afschrikken.

Pour les gens eux-mêmes, ils disent parfois, c'est assez marrant, tiens, je vais pour un bilan de cardiologie à A (ville) et je me retrouve chez des vieux à V (ville). Donc, c'est que je suis vieux maintenant. (AU-88)

La question précédente, il y a une connotation « gériatre, c'est pour les vieux ». Il y a beaucoup de patients qui ne se sentent pas vieux. On m'a envoyé en gériatrie, vous vous rendez compte, j'étais avec quatre personnes, il y avait trois vieux. Vous avez quel âge ? 87.... (HNU-95)

Tu dis qu'à côté, il y a la pédiatrie. (ChNU-96)

Donc, je crois qu'il faut voir si le patient accepte ce terme gériatrique en disant « maintenant, vous êtes dans la catégorie des plus de 70, est-ce que vous voulez vous faire soigner comme... » (ChNU-97)

HA2: ik heb andere ervaringen, ja, ik heb een andere praktijk. Maar ik heb er veel die zeggen: ik ga binnen in het ziekenhuis, ik ga mij in de geriatrie leggen. Maar ik heb dan omgekeerde mensen, die iets mankeren, die 85 jaar zijn en die reclameren dat ze in de geriatrie vliegen, want ik heb iets aan mijn hart en ze willen niet bij die oude mensen liggen. (focusgroep Gent)

*e) Kosten voor de patiënt*

De huisartsen verbaasden zich over het bedrag ten laste van de patiënt bij een bezoek aan een geriatrisch dagziekenhuis. Een honderdtal euro leek hen toch aanzienlijk voor vele ouderen (dat het bedrag zo hoog oploopt, lijkt vooral te worden veroorzaakt door het feit dat de neuropsychologische balans niet door het ziekenfonds wordt terugbetaald). Als er dergelijke structuren worden opgericht, dan moet de sociale zekerheid ook voorzien in de middelen om het remgeld voor de patiënten te beperken, aldus sommige artsen.

Il y a un obstacle majeur, c'est le prix. (HuyNU-246)

De toute façon, même en consultation externe. (HuyNU-248)

Je sais bien, mais de toute façon, si on crée une structure comme ça, il faut que ce soit dans un package de l'INAMI, avec un forfait où les gens interviendront pour un ticket modérateur moins symbolique, moins élevé que ça, ou alors, il faut supprimer le bilan neuropsychologie si on envoie les gens pour une anémie, par exemple, ferriprive. Je ne vois pas ce qu'on va faire. Oui, mais là, on a l'air de dire que ce serait fait systématiquement (HuyNU-249)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

*f) Terughoudendheid van de familie/van de patiënt*

Volgens sommige huisartsen zijn er families die hun ouder(s) niet graag laten doorverwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis, waarschijnlijk uit onwetendheid.

Réticence aussi des familles, j'ai envie de dire. Oui, parce que vous avez beau leur expliquer comment... (ChU-60)

Bepaalde huisartsen voeren ook aan dat de patiënt zich “in de steek gelaten voelt” door zijn vaste huisarts.

C'était un brave homme, et là il a été un peu sévère avec moi, il a dit « vous me lâchez docteur ». Donc certains vivent le fait d'être hospitalisés comme une espèce de refus, d'abandon. (BNU-26)

Pourquoi est-ce que vous ne vous occupez pas de ça vous-même, Docteur ? Vous m'avez envoyé là-bas, j'aurais même un petit peu peur qu'elles ne nous le reprochent. (ANU-145)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

*g) Gebrek aan samenhang tussen de rapporten van het ziekenhuispersoneel*

De huisartsen wijzen op ongerijmdheden in het discours van de ziekenhuisartsen, op het gebrek aan samenhang tussen de adviezen van de neuropsycholoog en de specialist, enzovoort. De huisartsen vinden dat de adviezen van de geraadpleegde specialisten eenduidig moeten zijn.

Il faudrait veiller à ce que la communication des informations soit relativement uniforme à l'hôpital. Parce que vous avez l'infirmière qui dit une chose, le stagiaire qui dit une chose, le premier assistant qui dit autre chose, et le patient, quand il passe, il vient encore vers autre chose, les gens sont tout à fait perdus. Mais, ça, c'est un problème structurel de l'hôpital. C'est la multiplicité des intervenants qui fait que... (HU248)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

**4.3.4.2 Barrières vanuit organisatorisch standpunt**

*a) Goede, slechte of geen communicatie*

Er werd door de huisartsen meer dan eens gewezen op de onbereikbaarheid van de ziekenhuisdiensten. Vaak slaagt de huisarts er zelfs niet in de specialist aan de lijn te krijgen (weinig doeltreffende telefooncentrale, non-beschikbaarheid van de

specialist,...) om de medische follow-up van de patiënt te verzekeren. Zowel bij de aankomst in het ziekenhuis als bij het vertrek is er weinig communicatie tussen de huisarts en de specialist, hetgeen door de huisarts sterk wordt betreurd.

Oui, l'hôpital de jour devrait structurer ses modalités d'entrée à l'hôpital de jour, et expliquer. Il faudrait qu'il y ait une meilleure accessibilité à la salle ( ?? qu'est-ce ??) téléphonique des deux hôpitaux parce que la salle 7, c'est mission impossible, aussi bien à J (ville) qu'à T (ville), donc moi, je préfère, comme ils disent, je prends ma voiture et j'y vais parce que, même si j'habite à sept kilomètres, c'est nettement plus rapide que de prendre son téléphone. (ChU-211)

Oui. Par téléphone, il faut déjà trois quarts d'heure avec la centrale téléphonique avant d'avoir le poste qui.... (HU-145)

Non, je crois que c'est vrai, il faut aller sur place, expliquer son cas, voir le dossier éventuellement. (HU-146)

HA6: nu een tweede vraag is ook, vind ik persoonlijk, dat is vanwaar moet de informatie komen, nee? Dus nummer één, komt het van de federale overheid, da 's nummer één. Als wij moeten wachten totdat het komt van het ziekenhuis, we moeten eerlijk zijn, de communicatie van, de globale communicatie van het ziekenhuis naar de huisarts als groep, vind ik nog altijd triest. In verschillende groeperingen en volgens ervaringen van de collega's hier, dat is in het algemeen triest. (focusgroep Oostkamp1)

### *b) Beperkt aantal plaatsen*

De huisartsen vrezen dat het succes van het geriatrisch dagziekenhuis de wachttijden zal verlengen en het aantal beschikbare plaatsen aanzienlijk zal verminderen.

Il faut dire qu'on a la chance de ne pas se tenir à une région, les deux hôpitaux, il y a une culture gériatrique qui se développe très fort, on sent ça très bien que de la part aussi bien de l'un que de l'autre. Ils sont malheureusement un peu dépassés par la demande. (ChU-46)

Au départ, ils étaient tout heureux de nous proposer leur hôpital de jour, mais maintenant, ils n'en parlent plus parce que... (ChU-47)

C'est tout à fait vrai, mais ils n'ont déjà plus de place, ils sont saturés. (ChU-49)

Oui, mais ils n'ouvrent que trois jours par semaine. (ChU-51)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

### *c) Beperkte openingsuren, één dag volstaat niet*

Heel wat artsen blijven sceptisch over de haalbaarheid van een oppuntstelling in één dag. Sommigen begrijpen dat er 2 dagen nodig zijn om alle noodzakelijke onderzoeken te doen.

Parfois, c'est en deux fois. D'ailleurs, ils le disent, les gériatres, vous savez, ce que vous me demandez-là, c'est complètement fou, vous savez, on travaille ici, ce n'est pas possible de gérer tout ça. Mais je dis, je ne suis pas pressé, si c'est dans dix jours, c'est dans quinze, c'est bon. (ChU-139)

HA2: maar ik denk buiten het feit van die wachttijd, dat het toch ook heel belangrijk is van hoeveel dingen kunnen er op die één dag gebeuren? Hoeveel disciplines kunnen die patiënt zien op één dag? Want als dat gaat over twee onderzoeken, dan zeg ik, ik zal het zelf wel organiseren. Ik krijg ook wel een RX thorax en een gastroscopie op één dag geregeld. Die moet toch door vier, vijf, zes disciplines gezien worden op één dag en is dat haalbaar momenteel in Genk? (focusgroep Genk)

#### *d) Beperkte keuzevrijheid van de specialist*

Volgens de huisartsen werkt het geriatisch dagziekenhuis met een groep specialisten die vast aan het ziekenhuis is verbonden. De huisarts heeft dus geen vat op de keuze van de specialist waarnaar hij zijn patiënt doorverwijst.

Il faut savoir à qui on veut envoyer le patient, évidemment aussi. (HuyNU-22)

Mais tu ne le sais pas. Toi, tu veux ça, ça et ça, et c'est elle qui choisit le médecin qui va. (HuyNU-23)

Non, si je veux que ce soit L. (médecin spécialiste) qui donne l'avis ici à H (ville) je .... Mais ce n'est peut-être pas le jour même, ça peut être deux jours après, trois jours après. Mais parfois, il faut un peu insister. (HuyNU-24)

Moi, elle me dit, vous avez ça, ça et ça. Si vous voulez tout faire sur une journée, vous devez prendre tel médecin. Sinon, ce n'est pas l'hôpital de jour, c'est de la consultation à la carte. C'est un choix limité. (HuyNU-25)

C'est facile, mais je trouve que parfois, il faut un peu insister, attendre un peu. (HuyNU-26)

HA3: maar een geriatisch dagziekenhuis is, voor zover ik begrijp, precies bedoeld voor dingen die niet dringend zijn en die dus vooraf kunnen geregeld worden op zo'n dag. En ik heb er toen de specialisten bij gekregen die ik toen wou, behalve de geriater want dan moet je wel die... er zijn er twee, dacht ik in X. Maar je moet wel die nemen die in dat centrum zit. (focusgroep Gent)

Bovendien zijn sommige deelnemende huisartsen ervan overtuigd dat als men een geriatrische patiënt stuurt naar een dienst die men kent, het ook de wens van de patiënt zou moeten zijn. Helaas is dit meestal niet het geval. Vandaar dat de huisarts ook zegt dat de patiënt in optimale omstandigheden en binnen de minimum vereiste tijd correct verzorgd zou moeten worden, volgens zijn noden en zoals afgesproken.

HA8: dat je de zaak zelf beter coördineert en de zaak kunt beter opvolgen. Ik vind alleen nadeel, laat zeggen een hoogbejaarde patiënt 's morgens sturen en zeggen 's avonds naar huis laten komen, de mensen misschien zeker geen vragende partij zijn. (focusgroep Oostkamp1)

(0 passage en Wallonie et Bruxelles)

*e) Tijd en energie voor de huisartsen*

Zelfs als de huisarts vertrouwd is met de geriatrische dagziekenhuizen, ziet hij er soms tegen op een patiënt door te verwijzen vanwege de energie en de tijd die hij moet investeren om de opname in het geriatrisch dagziekenhuis voor te bereiden. Volgens de huisartsen is voorafgaand overleg met de geriater over de verwachtingen van de huisarts en de voorstellen van de geriater noodzakelijk, maar dat neemt heel wat tijd in beslag.

Il y a tout un travail de motivation, d'encadrement etc. et ça, les médecins spécialistes, ça leur échappe complètement. (BNU-56)

Oui, mais il faut préparer tout ça. (BU-129)

Animateur: Et vous soulignez le temps de coordination que ça prend. (ChU-150)

C'est plus facile de faire un papier, tu vas à l'hôpital, ce n'est pas la même chose. (ChU-151)

Oui mais là, tu es sûr que ça foire. (ChU-152)

Là, on est sûr que ça foire. (ChU-153)

Si le gériatre était gentil, il te donnerait son numéro privé. Moi, j'en ai quelques uns dans mon GSM, et je téléphone directement, et ça marche. (ChU-154)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

*f) Kosten voor de gemeenschap*

Twee korte opnames in een ziekenhuis, ook in een geriatrisch dagziekenhuis, kosten de gemeenschap meer dan één lange opname of een behandeling door de huisarts, aldus de huisartsen.

Il vaut mieux plusieurs one-day, il vaut mieux cinq one-day qu'une hospitalisation de cinq jours, ça, il n'y a pas photo. Tu vois maintenant une appendicite et qu'ils hospitalisent un jour pour mise au point, puis tu dis, revenez vous faire opérer la semaine prochaine, ça fait deux petites hospitalisations. On a compris, ils font tous ça, il ne faut pas les critiquer. C'est le système de financement des hôpitaux qui est tel. (ChU-307)

Animateur : Oui, mais nos patients n'y perdent pas dans ce système-là. (ChU-308)

Non, il faut savoir que oui... (ChU-309)

Animateur : C'est un point de contact entre l'intérêt du patient et l'intérêt de l'hôpital ici. (ChU-310)

Oui, oui, mais ce qui est important de dire, c'est que si l'hôpital s'y retrouve, il peut investir dans ce domaine. Et là, c'est bingo. Parce que si on a une structure qui n'est pas rentable, on n'a pas du tout envie de l'agrandir. Mais si elle est rentable pour l'hôpital, il y a une possibilité de l'élargir. (ChU-311)

HA5: wat ik eigenlijk mij interesseer is eigenlijk, wat is het verschil tussen zo'n dagdinge... hoeveel kost het ons aan de maatschappij? Waarom hebben ze dat weer opgericht? Bijvoorbeeld ja, ik kan mij best voorstellen, iemand met een feacaloom of dagelijks geconstipeerd is, dat je dan daar eventueel binnenstuurt en dan een coloscopie aanvraagt, maar sowieso een feacaloom kunnen wij ook thuis verwijderen met een verpleegkundige. Dus, ik vraag mij af, wat is de kostprijs? (focusgroep Gent)

*g) Geen transparantie*

De huisartsen hebben nood aan transparantie. Deze informatiebehoefte is tweërlei: enerzijds hebben huisartsen geen zicht op hoe de patiënt wordt ingeschreven (geen zicht op registratie). Anderzijds is het voor huisartsen moeilijk om door te verwijzen zolang ze niet weten wat het initiatief inhoudt en hoe het werkt (geen zicht op werking en timing). De door de huisartsen gevraagde informatie en transparantie met betrekking tot de werking van de geriatrische dagziekenhuizen is een basisgegeven. De huisarts moet vertrouwd zijn met de modaliteiten voor contactname, de doelstellingen en de werking van het dagziekenhuis, de toelatingsvoorwaarden voor de patiënten en alle mogelijkheden.

Le problème, c'est de savoir où s'adresser. En général, j'envoie d'abord une première fois chez le spécialiste et en redemandant d'assurer la mise au point en hôpital de jour HNU17. Oui, oui, il faudrait savoir à qui on peut se référer, quel est le coordinateur à l'hôpital de l'ensemble de... (ChNU-20)

Huisartsen speculeren dat wanneer ze iemand doorsturen naar een specialist, dat dat misschien administratief wordt geregistreerd als zijnde een opname op het dagziekenhuis, zonder samenwerking met de huisarts of zonder rechtstreekse doorverwijzing van de huisarts naar het dagziekenhuis. Op die manier vreest men dat er heel wat 'valse' registraties schuilgaan in het registratiesysteem en heel wat huisartsen onbewust en zogezegd daar naartoe zenden, zonder zicht te hebben op hoe een patiënt wordt ingeschreven.

HA2: nu is dat allemaal voor ons een beetje onduidelijk, waarom weten wij niet dat wij naar daar verwijzen, omdat dat dat een mix is van dagziekenhuis en consultatie en speciaal onderzoek. Dat zit allemaal in één pot, denk ik. (focusgroep Oostkamp1)



Veel huisartsen kennen amper het dagziekenhuis geriatrie, dus ze weten niet hoe het werkt en bijgevolg weten ze ook niet binnen welke timing er welke onderzoeken kunnen gebeuren. Ze stellen zich tevens veel vragen bij de praktische regeling en werking van zo'n dagziekenhuis. Als de huisarts beter op de hoogte was van de wachttijden en van het werk dat er wordt gedaan, zou hij meer geneigd zijn te investeren in een samenwerking met het geriatrisch dagziekenhuis.

HA8: maar ik zie nog altijd niet hoe dat dat praktisch in zijn werk gaat. Zeg je dan als huisarts van: die moet dat en dat en dat onderzoek krijgen. Ik bel daar naar en zij moeten alles regelen of gaat, wordt die gezien door de geriater. Beslist die wat er allemaal moet gebeuren en wordt het volledig uit handen genomen of euhm...? Ik zie nog eigenlijk altijd niet wat gebeurt er? Mensen komen daar toe, ze worden opgevangen door verpleegkundigen? Vervoerd naar de nodige plaatsen waar dat het onderzoek gebeurt? (focusgroep Gent)

Il faut vraiment associer les médecins traitants à la formule sinon vous dépendez uniquement des gériatres, des spécialistes ce qui réduit l'impact de votre expérience. Si vous voulez associer les généralistes, il faut vraiment la transparence. (BNU-91)

#### ***4.3.4.3 Nadelen voor de 2<sup>de</sup> lijn***

##### *a) Interne concurrentie*

Bepaalde huisartsen zijn bang voor mogelijke concurrentie binnen het ziekenhuis: ze betwijfelen of de onderzoeksaanvragen van het geriatrisch dagziekenhuis voorrang zullen krijgen. Het geriatrisch dagziekenhuis wordt door sommigen als het stiefkind aanschouwd.

Quand il rentre dans le service de gériatrie, c'est le gériatre qui décide et qui fait tout, et qui me parait être fort le parent pauvre de l'hôpital... mendier des examens chez les autres qui vont faire un petit peu en dernier... Maintenant, c'est vrai qu'un hôpital de jour qui vient d'ouvrir, moi, je n'ai aucune expérience. J'ai une grosse expérience gériatrique, je n'ai pas du tout confiance. (HNU-34)

HA2: en da 's ook de reden waarom die goede..., alé die echte specialisten met lede ogen zien, want ze nemen hun veel patiënten af, è. Vergeet niet, vroeger aan een mens van 75 jaar deden ze niets hé, 40 jaar geleden. En nu is dat een oudere patiënt è. Want die komt alle drie maanden naar de cardioloog, hij heeft natuurlijk iets aan zijn hart. En naar de neuroloog gaat hij ook, enzovoort, enzovoort. Alé, ik denk..., alé ik heb die indruk. Ik ben niet veel in klinieken, maar ik zie veel mensen die in klinieken werken, dat dat kat en hond is, die geriatrie met die andere superspecialiteiten. En dat ze alleen daar willen liquideren naar de mensen die uitgedeed zijn, bij manier van spreken. (focusgroep Gent)

*b) Belasting specialisten*

Huisartsen vrezen indien er verschillende disciplines aan te pas komen, zoals een cardioloog, een gastro-enteroloog, een orthopedist,... men geen stap verder komt, want dat zou voor alle specialisten een overbelasting en flexibelere manier van werken betekenen. Mits flexibiliteit en goodwill van de ziekenhuisgeneesheren kan er inhoud worden gegeven aan een geriatrisch dagziekenhuis en kan er instroom vanuit de eerstelijnszorg komen.

HA1: maar in feite, ik vind dat concept wel goed, maar dan vraagt ge eigenlijk aan de tweede lijn om al die specialisten op een andere manier te gaan werken. Want daar komt het op neer è.

HA: ja, ja

HA1: dus in enen keer zeggen we... Wij moeten... alè, ik vind dat dat mijn petje te boven gaat. Dan moet ik zeggen: ja, meneer de cardioloog, dat uw agenda volstaat, dat trek ik mij niet aan, want ik stuur die mens naar het geriatrisch dagziekenhuis en gij moet maar zorgen dat ge daar morgen tijd voor hebt. Of dat uw agenda volstaat of niet, dat is mijn probleem niet, want die mens... zo... want dat is dus...dat is het dus. (focusgroep Gent)

Oui parce que comment ils font, ils gardent disponibles des spécialistes? Comment ils font? Il y a quelqu'un qui va se présenter avec un problème à mettre au point? Ah mais très bien, vous allez voir ce spécialiste-là à telle heure, je ne vois pas comment ils peuvent s'organiser à brûle-pourpoint. (ANU-106)

**4.3.4.4 Onduidelijkheden over coördinatie, organisatie en functioneren**

Wegens gebrek aan kennis en transparantie rijzen er een aantal vragen over de werking en dergelijke meer over geriatrische dagziekenhuizen.

*a) Welke naam, modaliteiten, entiteit, regelgeving, financiering?*

Sommige huisartsen vinden de naam slecht gekozen of verwarrend en hebben vragen over de regelgeving, de modaliteiten, de entiteit en financiering van een geriatrisch dagziekenhuis. Het geriatrisch dagziekenhuis wordt beschouwd als iets dat meer op papier bestaat dan in werkelijkheid. Huisartsen vinden een duidelijke beschrijving en structuromkadering belangrijk. Sommigen plaatsen een aantal vraagtekens bij wie de opdrachtgever is, wat de financiering of subsidie behelst, hoe lang het reeds bestaat en wie controleert welke patiënten er in het dagziekenhuis worden ingeschreven.

De huidige structuur lijkt hen nu door elkaar te lopen en de scheiding tussen geriatrie en geriatisch daghospitaal is niet te zien. Het is niet duidelijk wanneer de geriater werkt in het geriatisch daghospitaal en wanneer de geriater werkt in het hospitaal.

HA2: ja maar, de geriatische dienst, da 's ook diezelfde geriater die dat dagziekenhuis runt. En ik denk dat voor het ziekenhuis..., dat dat veel te veel kost (focusgroep Gent)

De huisartsen vragen meer duidelijkheid over de bestaansredenen, de essentie, de financiering van het geriatisch dagziekenhuis. Meer duidelijkheid, meer transparantie zou de mobilisatie van de huisartsen vergemakkelijken.

HA8: in primo is het toch de federale overheid die dat in gang steekt, wij... ons niet informeert, maar blijkbaar wel naar de hospitalen die daar zelfs een structuur op gecreëerd hebben die de finances krijgen en waarvan wij nog altijd niet op de hoogte gesteld worden. Da 's toch de basis van de zaak waar het grof misloopt. Waarom zijn wij dus nooit geïnformeerd? (focusgroep Oostkamp1)

HA4: zo'n geriatisch dagziekenhuis is dat dus zo een entiteit, een locatie waarbij al die dokters van het ziekenhuis daar in werken of moeten dat bepaalde dokters zijn? Want ik zou toch wel willen weten... ge hebt uw diabetespatiënt, die gaat dus jaar in jaar uit naar de endocrinoloog, maar vanaf een bepaalde leeftijd, boef, valt hij daar in...dat werkt toch niet? (focusgroep Genk)

Moi, je pense que si on redéfinissait convenablement le but de l'hospitalisation de jour, et à quoi cela sert, on utiliserait cet outil-là convenablement, plus souvent et on présenterait bien son bébé. (ChU-123)

Et il faudrait un peu qu'eux aussi, donnent un peu ce qu'ils sont capables de faire et comment, et quelle est la procédure d'accès, parce que ça, ça a été ..... Ils ont lancé un papier, nous ouvrons un hôpital de jour, pouf, sans donner de détails quant aux procédures.... Qu'on mettrait sur la manière... (ChU-213)

### *b) Welke planning, timing?*

De huisartsen hebben vaak twijfels bij de organisatie en de planning van de vereiste onderzoeken. Hoe lang vooraf wordt die planning opgemaakt?

Longtemps à l'avance, c'est combien de temps à l'avance? (BU-13)

Mais il faut voir, effectivement, les délais, je crois que c'est vraiment très important sinon ça n'a pas de sens. (BU-169)

HA7: maar hoe kun je dat plannen? Als ze de patiënt nog nooit gezien hebben.

HA1: ja awel da 's dat vraag hé. hoe doe je dat hé? (focusgroep Oostkamp2)

M: misschien is er eerst gewoon een consult bij de geriater?

HA7: voilà, voilà, dat denk ik

HA5: maar ja en dan kunnen ze die dag zelf nog plannen?

HA: ah maar ja, dat kan niet anders

HA7: dat kan niet anders, hebt gij toch... zonder consult kunnen zij geen hele planning doen. (focusgroep Oostkamp2)

*c) Welke openingsuren?*

Concrete inlichtingen zoals de uurroosters en de gegevens van de contactpersoon zijn belangrijk om de communicatie tussen de huisarts en het geriatrisch dagziekenhuis te vergemakkelijken.

Voir quel jour, quel téléphone employer, qui contacter. Ca, je pense que ce serait intéressant, de telle heure à telle heure, et pouvoir directement rentrer dans un service sans passer par la centrale de l'hôpital. (ChU-215)

Oui, une centrale, il y a un numéro. (ChU-216)

(0 citaten hieromtrent in Vlaanderen)

*d) Wat is de kost voor de patiënt?*

De kostprijs voor de patiënt is, zoals eerder al gezegd, een belangrijk criterium voor de algemene toegankelijkheid van het geriatrisch dagziekenhuis.

C'est quand même un facteur important. C'est la question que j'avais posée tantôt, donc, tous les actes techniques qu'on doit faire, est-ce que le patient paye un ticket modérateur là-dessus? C'est facturé comment? (BU-174)

(0 citaten hieromtrent in Vlaanderen)

*e) Hoe goed functioneert het?*

Tijdens elke gespreksavond hadden de huisartsen hun bedenkingen bij het functioneren van een geriatrisch dagziekenhuis. Ze stelden vele vragen zoals: Functioneert het? Draait het vol? Brengt het op? Wie evalueert het? Wat zijn de cijfers op jaarbasis? Is er al een audit gebeurd? Wat is de frequentie van gebruik? Hoe is het georganiseerd? Hoe slagen ze erin zoveel onderzoeken te plannen in één dag? Wat zijn de vooruitzichten voor soortgelijke structuren? Gaan ze niet verdrinken in de vraag? Sommige huisartsen gaven een positief oordeel, anderen interpreteerden het organiseren van een groepsgesprek als een signaal van

malfunctioneren van het dagziekenhuis geriatrie. Volgende citaten illustreren zowel hun kritische kijk als hun positieve evaluatie.

HA8: ja maar 't is een non-functie hé. ja maar da 's een malfunctioneren hé. Als men zegt de helft huisarts...'t is geen één die er nu iets van weet en ook doorstuurt, dus er is blijkbaar iets mis met de zaak dan zelfs hé. (focusgroep Oostkamp1)

HA6: Blijkbaar functioneert het wel, maar ze hebben ons niet nodig (focusgroep Oostkamp1)

HA6: ik denk dat dat niet uit de startblokken geraakt (focusgroep Genk)

HA4: Maar hoe functioneert het tot nu toe? Die drie jaar dat het nu al bezig is. Hoe functioneren deze die al bezig zijn? Is dat rendabel? Gaat dat? (focusgroep Gent)

HA1: maar het marcheert niet. Want anders zou er geen vergadering zijn moest het marcheren. Hahaha, dat is het antwoord. (focusgroep Gent)

Oui parce que comment ils font, ils gardent disponibles des spécialistes ? Comment ils font ? Il y a quelqu'un qui va se présenter avec un problème à mettre au point ? Ah mais très bien, vous allez voir ce spécialiste-là à telle heure, je ne vois pas comment ils peuvent s'organiser à brûle-pourpoint. (ANU-106)

J'essaye de comprendre un petit peu le cheminement parce que moi, je ne vois pas l'intérêt franchement, pour l'instant, moi c'est la manière d'envoyer mon patient, quel type de patient envoyer. (BU-94)

#### *f) Wat is de lokale situatie?*

De deelnemende huisartsen hebben weinig of geen informatie over de lokale situatie van de geriatrische dagziekenhuizen. Welk geriatrisch dagziekenhuis is verbonden aan het ziekenhuis in hun regio? De huisartsen vroegen zich ook af hoe goed de geriatrische ziekenhuizen in hun buurt functioneren. Hierbij dacht één Vlaamse huisarts dat de geriatrische dagziekenhuizen in Wallonië of Brussel het misschien beter doen dan de eigen regio. Een paar huisartsen gaven te kennen dat ze nood hadden aan informatie over de lokale situatie of over een voorbeeld van 'good practice'. Bovendien moeten de geriatrische dagziekenhuizen in hun ogen worden geëvalueerd.

A Bruxelles, est-ce que vous savez combien il y a d'hôpitaux gériatriques de jour? (BU-58)

Une personne âgée préfère aller à V. (ville) généralement parce que de V., ils ont un souvenir de ce petit hôpital plus sympa, plus accueillant peut-être dans leur tête. (ANU-10)

HA1: inderdaad dat moet ook geëvalueerd

HA9: dat moet natuurlijk geëvalueerd  
 HA8: evidence-based, ja (focusgroep Oostkamp1)

*g) Wat is geriatrie, wat is een geriatrische patiënt, wat is een geriater?*

De term ‘geriatrisch’ wordt in vraag gesteld. In elke focusgroep werd minstens één van de volgende vragen gesteld: Wat is een geriatrische patiënt? Wat is een geriatrisch profiel? Wat is een geriater? Wat is de rol van de geriater, welke functies vervult hij? Wie zijn zijn patiënten? Werkt hij voor een specifieke leeftijdsgroep? Wat is het verschil met een internist? Blijkbaar willen huisartsen hier net zoveel duidelijkheid over als over de bedoeling, de werking en het functioneren van geriatrische dagziekenhuizen. Soms wordt de geriater ook wel ‘de huisarts van oude mensen’ in het ziekenhuis genoemd. En echte pure geriatrische pathologie is er eigenlijk in stricto sensu ook niet echt, vindt een huisarts.

HA6: maar, maar wat noem je dan een geriatrische patiënt? Is dat dan een 65'er, is dat dan een 70'er, is dat dan een 80'er? Is men daar duidelijk over? (focusgroep Oostkamp1)

HA6: en een maagzweer bij een 80-jarige is hetzelfde als een maagzweer, euh... Dus echte stricto sensu geriatrische pathologie, waar dat de geriater specifiek dat behandelt, ik weet het eigenlijk niet. (focusgroep Gent)

Tout simplement quand est-ce que commence la gériatrie, parce que parfois, ce n'est pas très... (ANU-23)

... le gériatre, c'est quand même un interniste, donc... (ANU-86)

Oui, oui, mais ce n'est pas la même chose qu'un interniste général qui ne se limitait pas à faire de la gériatrie, loin de là. (ANU-87)

#### ***4.3.4.5 Rollen en verantwoordelijkheden***

*a) Rol geriater*

De huisartsen zien de geriater als een specialist voor de patiënt en iemand die de structuur van het geriatrisch dagziekenhuis coördineert. Ze vinden het essentieel dat het geriatrisch dagziekenhuis iemand in dienst neemt, een geriater of iemand anders, die de afspraken coördineert en inschat hoe lang de gevraagde onderzoeken zullen duren, iemand waarop de huisarts altijd kan terugvallen.

Il faut, pour moi, essayer de regrouper et ce n'est pas toujours... Alors, il faut jongler avec les secrétaires en disant, ma patiente a rendez-vous à telle heure, est-ce que vous pourriez

mettre le rendez-vous à telle heure chez un autre spécialiste ? Ca, ce n'est pas super évident. (ANU-41)

S'il fallait faire ça individuellement, il faut prendre des rendez-vous etc, ça prend un temps fou (BU-8)

HA9: dus ik denk wel dat wij de meeste onderzoekaanvragen kunnen coördineren en adequaat aanvragen maar dat de geriater ergens een eindverantwoordelijkheid in heeft, superviserend, dat hij dan het definitieve verslag aan ons terugkoppelt. (focusgroep Oostkamp1)

### *b) Rol huisarts*

De huisarts is de behoeder van de gezondheid van de patiënt. Hij neemt meestal de longitudinale verzorging voor zijn rekening en draagt dus een grote verantwoordelijkheid naar de patiënt en zijn familie toe. Hij vindt zelf dat hij ook verantwoordelijk is voor de communicatie met de specialisten ten behoeve van de patiënt. Zijn vraag moet duidelijk zijn, zodat ze kan worden besproken en onderhandeld en zodat het antwoord op zijn vraag voldoet aan zijn verwachtingen.

A partir du moment où on lui décrit correctement ce qu'on souhaite en matière d'exams, il structure en tous cas la journée pour qu'on ne soit pas pris dans un délai trop restreint et alors, il structure sa journée correctement, et on va faire vraiment une quantité d'exams assez incroyable sur une seule journée d'avis. C'est parfois très fatiguant aussi. (ChU-45)

Précisons bien nos demandes, et adressons les patients qui peuvent être aidés de manière... Et puis, si tout ce message passe bien auprès du généraliste, il n'aura plus peur. Il fera sa synthèse et puis, il donnera un coup de fil et s'il va voir les géiatres, ils seront très heureux, les géiatres, de pouvoir travailler comme ça. (ChU)128)

Et pour préciser nos demandes, il faut vraiment prendre contact personnellement. Une lettre ne suffit pas, un coup de téléphone est très limite, il faut vraiment s'investir, prendre son temps, et l'idéal... (ChU-129)

Et l'idéal, c'est de se déplacer. Il faut vraiment prendre contact, une lettre ne suffit pas. Je ne dis pas que c'est voué à l'échec, mais on revient dans le système urgence, de dispatching comme on l'a déjà évoqué. Il faut vraiment se mouiller pour que ça soit efficace. (ChU-132)

HA2: ik zie redelijk veel in hetgeen dat collega HA6 gezegd heeft. Zo dat je eigenlijk voor een deel zelf kunt bepalen welke onderzoeken dat er essentieel zijn, in samenspraak met de geriater eventueel. (focusgroep Oostkamp1)

HA9: dus ik denk wel dat wij de meeste onderzoekaanvragen kunnen coördineren en adequaat aanvragen maar dat de geriater ergens een eindverantwoordelijkheid in heeft, superviserend, dat hij dan het definitieve verslag aan ons terugkoppelt. (focusgroep Oostkamp1)

HA2: maar dus als het dan multidisciplinair is, dan is de huisarts één van die disciplines...

HA7: voilà, dat vind ik ook. (focusgroep Oostkamp2)

HA9: normaalgezien zou dat moeten zijn: ge stuurt de patiënt daar naartoe. Dat kan één, dat kan twee dagen zijn, dat kan drie dagen zijn. Dat dat pakket wordt afgewerkt en die patiënt komt terug en wij als huisarts beslissen wat er met die informatie gebeurt. Ze kunnen hun adviezen geven van: oké, ga er elke dag mee naar de dialyse. Maar ik beslis: die gaat wel of niet naar de dialyse. Ik zeg zomaar wat.

HA4: ja, ja

HA9: Dat wij beslissingsrecht hebben wat we met die informatie doen en krijgen van dat dagziekenhuis.

HA7: omdat we dat recht hebben. We kennen die patiënt twintig jaar en soms langer. Dat is ons recht. (focusgroep Deurne)

### *c) Rol specialisten*

De specialisten die voor het geriatrisch dagziekenhuis werken, worden door de huisartsen gezien als artsen die niet gespecialiseerd zijn in de geriatrie en die de door het geriatrisch dagziekenhuis gevraagde taken vervullen.

...mendien des examens chez les autres qui vont faire un petit peu en dernier [qui vont réaliser les examens ppur l'HdJG en dernier]... (HNU-34)

HA2: eigenlijk verwachten we een engagement van een aantal specialisten dat die een beetje ter beschikking staan om vanuit verschillende ooghoeken...

HA9: ja, maar ik denk dat inderdaad het een beetje het probleem is dat al die disciplines een beetje ter beschikking moeten staan op het moment dat dat dagklinik open is en dat die niet zeker zijn van hun werk è. Daar ligt het probleem è. Want die hebben ook nog andere dingen te doen. (focusgroep Genk)

HA9: daghospitaal zou kunnen zijn: van een patiënt waarbij je bepaalde problemen vermoedt, van eigenlijk die te omschrijven, die patiënt daar af te leveren en dat er daar een aantal specialisten klaar zitten die, waarvan gij hebt gezegd: ja, er zou eigenlijk eens moeten worden nagekeken door een cardioloog, een nefroloog, op enen dag. (focusgroep Deurne)

#### ***4.3.4.6 Conclusie barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen***

De deelnemende artsen halen verscheidene argumenten aan die een rem zetten op de doorverwijzing van patiënten naar een geriatrisch dagziekenhuis. Ze zijn in de eerste plaats bekommerd om hun patiënten. De onderzoeken worden afgenomen in een erg korte tijdsspanne en dus vrezen ze dat de oudere patiënt een uitputtende dag wacht. Overigens blijven de huisartsen sceptisch over de haalbaarheid van het opzet, met name om alle geplande onderzoeken in één dag af te ronden.

De huisartsen wijzen ook op de potentiële transportproblemen van oudere patiënten die afhangen van hun familie of extern vervoer. Nog een grote bekommernis is de



kostprijs van het geriatrisch dagziekenhuis voor de patiënt: sommige huisartsen vrezen dat die te hoog zal oplopen voor ouderen, die vaak een beperkt inkomen hebben.

Voorts kan de patiënt de geraadpleegde specialisten niet kiezen. De huisartsen vrezen voor een hyperspecialisatie van het geriatrisch dagziekenhuis ten koste van de globale benadering van de patiënt.

De huisartsen zien ook belangrijke barrières op organisatorisch vlak. De bereikbaarheid van het geriatrisch dagziekenhuis voor het maken van de afspraken en nadien voor de coördinatie tussen de huisarts en iemand van het dagziekenhuis, is essentieel. De doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis kan bovendien negatief worden beïnvloed door de energie die de huisarts moet investeren in de diverse contacten (voorbereiding van de opname van de patiënt, bespreking van de gewenste (wenselijke) onderzoeken, opmaken van de balans,...).

Voorts voeren de deelnemende artsen aan dat de oprichting van die dagziekenhuizen de maatschappij geld kost.

De huisartsen stellen zich heel wat vragen over de bestaansreden, de financiering, de werking en de doelstellingen van de geriatrische dagziekenhuizen, alsook over de respectievelijke taken van de betrokkenen (geriater, huisarts, specialist). Ze hebben ook vragen bij de inhoud van het specialisme “geriatrie” zelf, dat ze moeilijk kunnen afbakenen. Heel wat huisartsen willen nauwkeurige en concrete inlichtingen over de locaties van de geriatrische dagziekenhuizen, de modaliteiten om ze te contacteren en de gevolgen voor henzelf en hun patiënten op het vlak van organisatie, kosten...

### 4.3.5 Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen

4.3.1 Contextuele factoren

4.3.2 Tekort aan informatie

4.3.3 Geen nood aan geriatrische dagziekenhuizen

4.3.4 Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen

**4.3.5 Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen**

4.3.6 Suggesties

De huisartsen zien tal van voordelen en positieve redenen om een patiënt door te verwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis. Ze denken daarbij vooral aan de voordelen voor de patiënten, maar ook voor de huisartsen zelf, voor de tweedelijnszorg en voor de maatschappij.

#### *4.3.5.1 Voordelen voor de patiënt*

De ondervraagde huisartsen, zowel gebruikers als niet-gebruikers van het geriatrisch dagziekenhuis, halen een heleboel redenen aan waarom het interessant zou zijn patiënten door te verwijzen naar die structuur, in de eerste plaats voor de patiënten zelf. Met een doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis wordt een klassieke ziekenhuisopname met alle potentiële moeilijkheden en complicaties vermeden. Lichamelijke problemen: ziekenhuisinfecties, doorligwonden en andere complicaties die gepaard gaan met een lange bedlegerigheid... Maar ook psychosociale problemen: desoriëntatie, verwardheid, klachten die verband houden met het negatieve imago van het ziekenhuis, angst om de zelfstandigheid te verliezen, verstoring van het sociale evenwicht...

De bevraagde huisartsen geloven dat de oudere patiënt bijzonder goed opgevangen zal worden door de geriater en de medewerkers van het geriatrisch dagziekenhuis. De geriatrie wordt gezien als een discipline die zeer dicht aanleunt bij de algemene

geneeskunde, onder meer vanwege de globale benadering van de patiënt die deze twee specialismen met elkaar delen. De huisartsen vinden het namelijk erg belangrijk dat de patiënt in zijn globaliteit wordt benaderd, dat er niet alleen rekening wordt gehouden met de medische, maar ook met de sociale, economische, psychologische aspecten. Het geriatrisch dagziekenhuis wordt gezien als een plek waar het comfort van de patiënt op de eerste plaats komt en waar de verstrekte zorgen specifiek worden afgestemd en toegespitst op het individu.

De huisartsen wezen ook op de veronderstelde specialiteiten van het geriatrisch dagziekenhuis inzake pathologieën, situaties en patiënten die in aanmerking komen. Ze dachten daarbij aan chronische, latente en vaak meervoudige aandoeningen bij de oudere patiënt die een multidisciplinaire aanpak vereisen (ziekte van Alzheimer, vallen, verlies van zelfstandigheid,...). De huisartsen geloven dat de structuur van een geriatrisch ziekenhuis bijzonder goed geschikt is om de opvolging van een ziekenhuisopname te verzekeren (aanvullende onderzoeken, toezicht en follow-up,...).

Voorts wezen de huisartsen ook op de beperkingen van een geriatrisch ziekenhuis, waar acute aandoeningen of spoedgevallen veel moeilijker terecht kunnen.

Positieve redenen om door te verwijzen en voordelen:

*a) Om secundaire pathologieën te verminderen*

Door een patiënt niet te laten opnemen in een gewoon ziekenhuis kunnen belangrijke secundaire pathologieën worden voorkomen (ziekenhuisinfecties, doorligwonden, verlies van zelfstandigheid,...).

Il faut toujours garder à l'esprit que l'hôpital est un lieu où on se contamine, où il vaut mieux éviter de se trouver si on n'est pas vraiment obligé d'y être. (BNU-5)

Autant raccourcir la durée de l'hospitalisation qui n'est pas toujours très favorable. (BU-36)

HA4: dus 't is zeker ergens een tussenoplossing tussen een hospitalisatie, waar dat veel mensen tegenop zien en waar ge als huisarts ook al drie keer over nadenkt, zeker als het gaat om vage klachten, plus de nevenwerkingen van een hospitalisatie en immobilisatie daarbij. (focusgroep Deurne)

*b) Om desoriëntatie en verwarring te voorkomen*

De patiënt voelt zich tijdens zijn ziekenhuisopname vaak gedesoriënteerd, ontredderd, ontheemd. Een ziekenhuisopname heeft voor de patiënt vaak een negatieve connotatie en wordt vaak gelijkgesteld met het einde van het leven, ongemakken, beperkingen die inherent zijn aan de ziekenhuisomgeving en een eindeloze reeks onderzoeken. In een geriatrisch dagziekenhuis daarentegen mogen ze 's avonds al terug naar huis, waardoor ze zich veel meer op hun gemak voelen.

D'abord, il y a un peu un déracinement. Ils sont arrachés à leur milieu avec lequel ils sont familiers, avec tout ce qui les entoure. On les parachute là quelque part où ils ne connaissent rien. (BNU-20)

Ils sont vite perdus aussi. Quand ils arrivent dans une salle d'urgence, ils sont complètement paumés, déjà nous, mais alors eux... (ANU-46)

Je trouve que c'est un grand bien parce que les personnes âgées, on essaye de les bousculer le moins longtemps possible, c'est vrai que des hospitalisations, je dirais qu'il faut être en bonne santé pour y aller, c'est un peu scandaleux à dire .... Moins bien ou dans de moins bonnes conditions, on a déjà eu quelques catastrophes au retour. (ChNU-17)

C'est vrai, en 24 heures, on n'a pas la désorientation de la personne âgée quand elle est en chambre d'hôpital pendant quelques jours, et le déracinement, comme tu disais. (AU-3)

HA6: één van de voordelen is ook dat je het verwarrende en desoriënterende van een ziekenhuisopname, in de zin van 's nachts slapen en zo in een andere setting, eruit haalt. Dus dat het gewoon overdag wordt geregeld en 's avonds terug het rusthuis of de thuissetting hé. (focusgroep Oostkamp1)

*c) Om weerspannige patiënten te motiveren*

Oudere patiënten zijn bang om naar het ziekenhuis te gaan, bang dat ze het niet meer zullen verlaten en wijzen elke hint om zich te laten onderzoeken van de hand. Opname in een ziekenhuis heeft vaak een negatieve connotatie voor de patiënt: het vertegenwoordigt het levenseinde en het gebrek aan comfort, te wijten aan de verplichtingen aan de ziekenhuisopname en de uit te voeren onderzoeken.

Ze willen hun vaste huisarts niet inruilen voor andere artsen. Het geriatrisch dagziekenhuis biedt de mogelijkheid de patiënt te motiveren door hem te beloven dat hij 's avonds terug thuis zal zijn. Vaak maken ze zich ook zorgen over hun huisdier.

On essuie des refus « ah non, pas question, je n'y mets pas les pieds ! Surtout pas ça, surtout pas l'hôpital » et ils vous voient venir de très très loin. (BNU-19)

Vous avez des gens qui n'aiment pas aller à l'hôpital. Si on leur propose un séjour de dix heures, ils vont l'accepter peut-être. (BU-49)

S'il n'y a pas une obligation impérative pour l'hospitalisation, ce sont des discussions et quand ils y vont, ils y vont très nettement à contrecœur. (ANU-59)

Les gens veulent être pris en charge par leur médecin, ils ne veulent pas que leur médecin les envoie voir 36 autres médecins si ce n'est pas indispensable. (ANU-131)

Pour le patient aussi, le fait de savoir qu'il va rentrer le soir, je crois que ça nous aiderait à lui faire accepter des examens. (HNU 177)

HA4: zonder specifiek naar de reden te gaan, ik denk zeker een groot aantal patiënten zou daar zeker bij gebaat zijn. Je hebt toch altijd die drempelvrees van ja..., naar het ziekenhuis dat willen ze zeker niet. Langs de andere kant is het inderdaad logistiek niet altijd eenvoudig om te zeggen van: kijk, moet ik die nu een ganse wachtlijst van dingen gebeuren en allemaal afzonderlijk afspreken. Dus ik denk wel dat het tegemoet komt aan de vraag van een aantal patiënten. Dus euh, dan ben ik voor... (focusgroep Deurne)

#### *d) Om het aantal verplaatsingen te verminderen*

Het verschil tussen het geriatrisch dagziekenhuis en de ambulante oppuntstelling zit ook in de frequentie waarmee de patiënt zich moet verplaatsen. Als de oppuntstelling in het geriatrisch dagziekenhuis gebeurt, moeten de patiënt en zijn begeleiders zich slechts eenmaal verplaatsen (in plaats van meerdere keren in het ambulante circuit). Oudere patiënten kampen echt met een verplaatsingsprobleem, zoals door tal van bevraagde huisartsen is onderstreept.

Le gros problème des personnes âgées c'est qu'elles ont des difficultés à se déplacer. (BNU-5)

Ils sont quand même assez dépendants de gens qui vont les conduire. (ANU-54)

Le gros problème des personnes âgées c'est qu'elles ont des difficultés à se déplacer donc il faut trouver une formule qui leur permette de rester sur place, d'être idéalement véhiculées à un endroit précis, et d'être rentrées chez elles, via ce genre de moyen de transport qui existe déjà. Ca c'est une des motivations. (BNU-5)

C'est l'occasion de faire un bilan également sans les envoyer trois fois à l'hôpital. (AU-10)

HA2: ik kan mij voorstellen als er geriatrische patiënt een drietal onderzoeken moet hebben, in plaats van drie keer heen en weer te gaan, dat dat in één dag kan. (focusgroep Oostkamp1)

*e) Omdat de medische onderzoeken sneller verlopen en in één dag worden afgerond*

In een geriatrisch dagziekenhuis wordt “alles in één dag afgewerkt” en dat is voor de deelnemende artsen een van de belangrijkste kenmerken. Ze vinden het bijzonder interessant dat ze in een geriatrisch dagziekenhuis terecht kunnen om alle onderzoeken in één dag (of eventueel in twee halve dagen) te laten uitvoeren met het oog op een snelle medische oppuntstelling en de versnelde installatie van een behandeling.

C'est un phénomène nouveau, et qui me semble fort utile ...si on peut s'organiser pour faire beaucoup de choses en un jour, tout le monde y gagne. (BU-1)

c'est vrai que dans ce cas-ci, on peut faire de l'imagerie médicale le jour même, mais ça, je trouve que c'est extrêmement important parce que sinon, faire ça de l'extérieur, ça peut prendre un temps fou. (BU-36)

HA8: ik zou het fantastisch vinden dat je de mensen kunt sturen, dat zij op een ganse dag klaar zijn. Dat zou heel fijn zijn. (focusgroep Genk)

*f) Om de kosten voor de patiënt te drukken*

De huisartsen zijn niet erg op de hoogte van de financiële gevolgen van een verblijf in een geriatrisch dagziekenhuis voor de patiënt en dus gaan ze uit van bepaalde hypothesen. Zo zou het verblijf in een geriatrisch dagziekenhuis voor de patiënt goedkoper uitvallen dan een klassieke ziekenhuisopname. Ook het feit dat de onderzoeken in een geriatrisch dagziekenhuis worden gecoördineerd en afgewerkt in één dag zou de patiënt minder kosten dan afzonderlijke afspraken. Voorts stippen de huisartsen aan dat het beperkt aantal verplaatsingen eveneens een voordeel is voor de patiënten en hun familie in termen van tijdswinst en verplaatsingskosten.

Je suppose que l'hospitalisation de jour coûte beaucoup moins cher en terme économique, qu'une hospitalisation classique. (BNU-32)

(pendant une hospitalisation normale) Il y a à peu près une kyrielle, un commando de quinze-vingt confrères qui passent, bonjour Madame, bonjour Monsieur, et ça se solde par des notes de frais épouvantables. (BU-25)

Oui, ça coûte cher, les trajets. Une ambulance, aller-retour... (ANU-38)

Peut-être regrouper les tickets modérateurs, c'est intéressant. (HNU-169)

HA3: omdat, of mensen op die leeftijd inderdaad meestal niet zo lang in een ziekenhuis willen liggen en als dan alles op één dag kan, dan brengt dat een enorm voordeel. En ten tweede, da

's een alleenstaande, die heeft maar één dochter die voltijds werkt, dus die moet vakantie nemen. Dus die heeft maar één dag vakantie moeten nemen, maar alleszins geen vier keer moeten vakantie nemen. Er zijn een aantal voordelen aan. (focusgroep Gent)

*g) Om de familie te motiveren*

De doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis stelt de huisarts in staat bij een derde persoon te polsen naar diens mening over de pathologie of de algemene toestand van de oudere patiënt. De huisarts kan die tweede mening goed gebruiken om de familie van de patiënt te overtuigen.

Eén enkele verplaatsing is tevens een belangrijk argument voor de begeleiders van de patiënt, die zich maar één of twee keer moeten verplaatsen (in plaats van meerdere keren bij afzonderlijke afspraken) en niet hoeven worden geconfronteerd met een langdurige opname van de patiënt.

Justement, l'intérêt de l'hôpital gériatrique de jour, ce serait ... un maximum d'examens en un minimum de temps et il faut comprendre le déplacement aussi. Si les gens dépendent de la famille, ça pose un problème avec les gens qui doivent prendre des congés sur leur temps de travail. (HNU-32)

(...) ils ont l'impression qu'on va mettre leur parent dans un lit, et qu'on ne va pas s'en occuper beaucoup, donc si on dit, écoutez, elle va rentrer un jour, on va faire un check-up, on va faire des examens, on aura, à mon avis, plus rapidement l'adhésion de la famille. C'est mon impression. (ChNU-126)

HA1: ik denk voor de patiënt, ook de familie van de patiënt ook interessant kan om de zorg te kunnen overdragen, zonder dat er hij moet weg van huis zijn. (focusgroep Deurne)

*h) Om de patiënt gerust te stellen*

De goede samenwerking tussen geriater en huisarts kan een geruststellend effect hebben op de patiënt en hem het gevoel geven dat hij systematisch en volledig wordt onderzocht.

Je pense qu'on l'utilisera [l'HdJG] beaucoup plus largement, et ça rassure tout le monde, les patients d'abord. (HNU-365)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

*i) Omdat de geriater de patiënt in zijn totaliteit benadert*

Volgens de bevroegde artsen hebben geriateren bijzondere kwaliteiten in het benaderen van patiënt in zijn totaliteit en leunen ze dicht aan bij de internisten “van vroeger”. Eén van de grote voordelen van een geriatrisch dagziekenhuis is de globale beoordeling van de gezondheidstoestand van de patiënt en de multidisciplinaire beoordeling.

Maintenant, on essaie de retrouver je dirais un chef d'orchestre, qui est le gériatre, mais ça existait auparavant. Avant c'était des internistes généralistes maintenant ce sont des gens qui sont plus spécialisés dans le domaine de la gériatrie. (BNU-4)

(le gériatre) c'est quelqu'un qui va être capable de gérer tous les problèmes qu'une personne âgée peut rencontrer avec la spécificité de la personne âgée. (ANU-88)

HA6: de essentie van een geriatrisch dagziekenhuis is dat het een eigen meerwaarde heeft voor de geriatrische patiënt, wat ook de onderzoeken die er mee gebeuren en samenwerking. Dat de geriatrische patiënt apart extra zorg krijgt, dat zal 't zijn. (focusgroep Oostkamp1)

*j) Aangepaste zorgen, respect voor de oudere patiënt*

De huisartsen denken dat het geriatrisch dagziekenhuis is opgericht om in te spelen op de specifieke noden en bijzonderheden van een oudere patiënt. Ze vinden het erg belangrijk dat er voldoende tijd wordt uitgetrokken om de vereiste tests te doen, om de situatie van de patiënt grondig te onderzoeken; tijd die de huisarts niet altijd heeft. Het geriatrisch dagziekenhuis heeft wel de tijd om de patiënt grondig te onderzoeken en het onderzoek af te stemmen op de eigenschappen en de mogelijkheden van de patiënt.

On est quand même aussi beaucoup moins agressifs dans les mises au point et il faut savoir de quoi on parle, si on arrive à 95 ans, il y a un moment où il faut s'arrêter aussi. Donc, c'est bien joli, tout ça, mais il y a un moment où on va faire un ou deux examens pour exclure les choses graves et puis après,... (ANU-123)

HA6: Ik zou niet weten waar dat ik specifiek naar toe moet sturen. Ik stuur gewoon naar een ziekenhuis, naar een specialist die ik ken. N 'importe de leeftijd. Is de verzorging van de geriatrische patiënt, therapeutisch of diagnostisch beter als ik hem doorstuur naar het geriatrisch dagziekenhuis, dat zou de zaak veranderen. Als ik weet dat de patiënt er op een andere manier benaderd zou worden, beter naar zijn noden, als dat echt zo is, dan opent dat een nieuw luik, anders niet. (focusgroep Gent)



Er zijn artsen die vinden dat de geriateren vaak dicht bij hun patiënten staan, dat ze bekommerd zijn om hun lot en dat ze beschikbaar zijn voor de huisarts. Volgens sommige artsen bieden de organisatie en het principe van het geriatrisch dagziekenhuis mogelijkheden om de familie te ontmoeten en een bevoorrecht contact tot stand te brengen. Dat zou een van de sterke punten van de structuur zijn.

Cette histoire de contact avec la famille, je trouve que c'est sans doute un point fort du système parce que comme dit tout à l'heure aussi, souvent, dans nos visites parfois, on est rapides, donc c'est vrai qu'on n'a pas toujours l'occasion de voir la famille, on passe à des heures où on ne la voit pas d'office, tandis que là, c'est promotionnant pour le patient parce que souvent, la personne âgée est quand même en inquiétude par rapport à son entourage et parfois un peu isolée, et donc là, c'est très différent d'un hôpital où pour finir, je ne vais pas dire qu'on va garer la mémé à l'hôpital, ça arrive parfois quand même mais ici, c'est le contraire, si la fille reste trois-quatre heures, ça c'est peut-être de l'ordre de l'exceptionnel. Et pour nous aussi, ça nous permet aussi de parler avec la famille, alors que parfois, on n'aura pas le courage de lancer tout le truc etc parce qu'il faut que je trouve la plage, etc, et que ça remonte la journée, et donc, c'est vrai, ça vient apporter quelque chose, une interaction qui semble positive. (AU-163)

(0 fragmenten hieromtrent in Vlaanderen)

*k) Om het comfort van de geriatrische patiënt te verzekeren*

Sommige huisartsen stippen aan dat het bestaan van een geriatrisch dagziekenhuis heel wat leed en ongemak bij de oudere patiënten kan voorkomen.

L'hôpital est un traumatisme. (BU-51)

Echapper à l'enfer de ce qu'est le service de gériatrie. (HNU-172)

HA5: Overdag moet die patiënt niet per se in een bed liggen in zo'n dagziekenhuis.  
(focusgroep Deurne)

*l) Om de vele pathologieën en diverse indicaties te exploreren*

Volgens de huisartsen kan een geriatrisch dagziekenhuis een belangrijke hulp zijn bij de diagnose, de behandeling en het beheer van een groot aantal pathologieën. Het gaat daarbij vooral om langdurige en progressieve ziekten (bijvoorbeeld Alzheimer), chronische aandoeningen (bijvoorbeeld diabetes), bepaalde combinaties van patiëntspecifieke, onderling gerelateerde problemen (bijvoorbeeld verlies van zelfredzaamheid, valpartijen...). Bepaalde huisartsen denken dat het onjuist is te geloven dat geriatrische dagziekenhuizen zich voornamelijk op de zorg en de

evaluatie van dementie concentreren terwijl er tal van andere indicaties bestaan. In de focusgroepen halen de huisartsen verschillende indicaties en pathologieën aan, waaronder:

- multiple sclerose
- Alzheimer
- terugkerende darmproblemen
- diabetes en aanverwante problemen
- neurologische desoriëntatie
- Parkinson
- depressie
- beginnende pathologieën, dementie
- verlies van zelfredzaamheid
- slagaderproblemen
- osteoporose met ouderdomspijn
- diëten
- val- en gangstoornissen, duizeligheid
- patiënten voor een enigszins complexe balans
- prostaatproblemen
- PSA-dosering

Huisartsen kunnen zich eveneens tot een geriatrisch dagziekenhuis richten voor het uitvoeren van een aanvullend onderzoek of specifieke technische handelingen. Ze citeren onder meer:

- coloscopie
- bloedtransfusie
- balans van de bloedarmoede
- gastroscopie
- endoscopie
- wondzorg

C'est un peu trop axé sur une notion de démence. On a l'impression que ceux qui ont 65 ans et plus souffrent plus de démence qu'autre chose, alors que ce n'est probablement pas vrai. (HNU- 318)

HA6: wondzorg bijvoorbeeld. Dat zou ik ook handig vinden. Mensen met gecompliceerde wonden die regelmatig eens nagekeken worden, waar we geen weg mee weten. Dat zou ik ook goed vinden, zo'n dienst. (focusgroep Deurne)

La rééducation des post-infarctus cérébraux et des AVC ça, c'est vraiment le travail de gériatre (ANU-134)

Une gamme de possibilités qui ne justifient pas qu'on soit dans un hôpital. (BNU-8)

Un patient quand même qui a vraiment plusieurs types de pathologies parce que sinon, moi, je l'envoie, s'il a un problème pulmonaire, chez mon pneumologue, s'il a un problème cardiaque, chez mon cardiologue, voilà, en extérieur. (BU-37)

C'est plus des actes techniques que tu ne sais pas faire à ton cabinet... (BU-158)

HA2: zijn er therapeutisch bijvoorbeeld mensen die bloed moeten krijgen of mensen die gedehydrateerd zijn, alé, dat is misschien therapeutisch een mogelijkheid om dat in een dagziekenhuis te doen. (focusgroep Oostkamp1)

HA2: in feite kan het ook..., 't is te zien hoe het georganiseerd is hé. Als het multidisciplinair is, kan...alé, zeg nu polipathologie die eigenlijk bijvoorbeeld neurologisch en gastro-enterologisch geëvalueerd worden of zo. Dat kan ook zo'n plaats hebben hé. Als je zegt van, het kan in dat dagziekenhuis, kan er een neuroloog naar kijken en er kan een gastroscopie gebeuren tegelijkertijd. (focusgroep Oostkamp2)

Voor sommige artsen is een verslechtering van de algemene toestand van de patiënt te vaag om op zo'n korte termijn te worden onderzocht in een geriatrisch dagziekenhuis. Anderen menen dat een minimale oppuntstelling met behulp van enkele onderzoeken in een geriatrisch dagziekenhuis zou toelaten de diagnose in complexe gevallen te sturen.

Altération de l'état général, j'ai un avis un peu différent de mon confrère. Je pense que c'est une indication fréquente, qu'on peut envisager un début de mise au point dans une formule comme celle-là : une radio de thorax, échographie d'abdomen, une biologie complète, un minimum pour voir dans quelle direction s'orienter. (BNU-69)

Dégradation de l'état général, c'est vague. (BU-41)

HA2: ik denk als je zo'n specifieke complexe vraag hebt van ik wil nu dit uitklaren en daar een antwoord op hebben, want daar zit ik vast en ze houden zich daar mee bezig, dan is dat perfect.

HA6: ja (focusgroep Oostkamp2)

De huisartsen sommen een aantal pathologieën op waarvan de oppuntstelling te zwaar is om te worden onderzocht in een geriatrisch dagziekenhuis.

Insuffisance cardiaque ou respiratoire, à mon avis, ce n'est pas justiciable d'une clinique de jour; c'est clairement une hospitalisation. Ca nécessite un équipement qu'on ne peut pas avoir dans un hôpital de jour. (BNU-67)

HA3: De meeste problemen waar ge uiteindelijk niet meer aan uitkunt, als ge dan globaal neemt... Ge zult mogelijks een RX of een echo nodig hebben. (focusgroep Genk)

Het geriatrisch dagziekenhuis kan worden beschouwd als een aanvulling bij een ziekenhuisopname, die toelaat de follow-up te verlengen zonder de duur van de klassieke ziekenhuisopname te verhogen.

Ah, il y a un hôpital de jour ici, enfin voilà, et on s'est rendu compte que nos patients y étaient passés, on ne savait pas. (AU-51)

Mais dans le décours d'une hospitalisation en gériatrie, donc ils étaient soit d'abord à A (ville), on les envoyait en gériatrie en convalescence, puis à la sortie, ils sont repassés par le... (AU-52)

Un mois ou deux après, on va faire une réévaluation. (AU-53)

Oui, et on les reconvoque pendant deux mois. (AU-54)

Patiënten met een acute pathologie (bijvoorbeeld een breuk met gevaar voor inklemming, dringende coloscopie) kunnen niet worden doorverwezen naar een geriatrisch dagziekenhuis. Sommige huisartsen vinden overigens dat het niet de taak is van een geriatrisch dagziekenhuis om acute pathologieën te behandelen (wat volgens anderen wel wenselijk is) en dat de wachttijden om een afspraak te boeken dergelijke snelle behandelingen niet toelaten.

#### *m) Voor patiënten in een bijzondere sociale situatie*

De doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis hangt vooral af van de aard van de pathologie, maar soms ook van dwingende sociale aspecten. Als patiënten bv. samenleven met een partner die niet alleen wil of kan blijven, vormt het geriatrisch dagziekenhuis een interessante oplossing. De patiënt verlaat zijn woning of het rusthuis slechts enkele uren, net lang genoeg om onderzoeken te laten uitvoeren. De oppuntstelling in het geriatrisch dagziekenhuis kan ook dienst doen als extra

ondersteuning en bevestiging bij belangrijke beslissingen, bijvoorbeeld met betrekking tot de plaatsing in een rusthuis.

Souvent, ce sont des patients qui vivent encore en couple à la maison, mais qui ne sauraient pas vivre seuls. Donc, pour éviter les problèmes qu'on avait il y a quelques années en disant, écoute, j'ai Monsieur qui a tel problème, tu ne sais pas prendre son épouse avec parce que ça ne va pas être possible à la maison. Maintenant, à l'hôpital, ce n'est plus possible de faire ça. Il y a sept-huit ans, on savait encore, maintenant, on ne sait plus faire ce genre de chose et donc, à ce moment-là, il y a moyen d'organiser, d'avoir une garde malade ou quelqu'un à la journée pendant que le conjoint part faire son bilan. Ca, c'est vrai que c'est quand même un point nettement positif. (AU-145)

On ne voit pas toujours bien leur évolution et je pense notamment à la question à quel moment la maison de repos, jusqu'à quel moment les gens peuvent vivre seuls et est-ce que par rapport à cette situation-là, un bilan? (ANU-156)

HA6: ik peins, ik denk als je al die rusthuispatiënten daar al bekijkt, da 's eigenlijk voor hen al een zeer goede oplossing... (focusgroep Oostkamp1)

HA4: ik denk ook dat het interessant kan zijn, omdat je soms op de spoed ook veel patiënten ziet, alé krijgen voor opname, sociale opname die misschien inderdaad in een geriatrisch dagziekenhuis ne keer zouden onderzocht of... (focusgroep Oostkamp2)

HA8: ik denk eigenlijk dat heel veel bejaarde mensen met een aantal problemen zitten, waarvan je eigenlijk wel eens specialistisch advies zou willen, maar ge krijgt ze zo ver niet. Ik denk dat heel veel mensen daarvoor in aanmerking komen. (focusgroep Gent)

#### ***4.3.5.2 Voordelen voor de huisarts***

De huisartsen zien heel wat potentiële voordelen in een geriatrisch dagziekenhuis. De nieuwe structuur kan een belangrijke en interessante ondersteuning van hun praktijk vormen. De praktijk van de meeste huisartsen verklaart de wens van velen om bij de oplossing van een probleem aanvullend advies te krijgen van een specialist geriatricie of een multidisciplinair team. Daar de huisarts het zonder geavanceerde apparatuur moet stellen, is hij voor de oppuntstelling soms verplicht hulp te zoeken bij een ziekenhuis.

##### *a) Hulp bij de oppuntstelling*

De geriatriche dagziekenhuizen hebben de huisartsen veel te bieden. Ze zijn vooral erg nuttig voor de oppuntstelling van pathologieën, voor een diagnose of voor het opmaken van een algemene gezondheidsbalans van de patiënt. De snelle

opeenvolging van meerdere onderzoeken is een echt pluspunt: “zo veel mogelijk onderzoeken in zo weinig mogelijk tijd”.

Une mise au point rapide, l'utilisation de l'imagerie médicale. (BU-8)

Il y a des patients chez qui on cherche deux, trois réponses à des questions bien précises. (BU-31)

Ca permet de faire en un minimum de temps les examens qui devraient s'étaler, avec tous les rendez-vous, sur des semaines, si pas des mois. (BNU-27)

... Donc, de faire les trois examens requis en un jour. C'est ça, ce concept-là. Ca peut être intéressant parce que c'est vrai que parfois, on a besoin d'examens spécialisés et... (ANU-77)

... je ne connaissais pas, je ne vois pas ce que ça va m'apporter de plus si ce n'est peut-être le gain de temps. (ANU-155)

HA9: het verscherpen van een vermoede diagnose, dat zou zeer welkom zijn. Terwijl we dat nu allemaal moeten doen en wachten een week of wat weet ik veel. Als ge een aantal onderzoeken gefocust kunt bundelen op aanvraag van een huisdokter en ge kunt zeggen van: oké, een EKG en dit en bloedafname en ge kunt alles combineren op één dag, dat zou nuttig zijn voor, als steun naar de huisarts toe.

HA5: of van die vage klachten die ook voorkomen bij bejaarden, waar ge eigenlijk kop noch staart aan kunt krijgen en dat eens op een dag uit te laten plooiën waar eigenlijk de vork aan de steel zit. (focusgroep Deurne)

#### *b) Hulp van specialisten, van een multidisciplinair team*

Als de huisarts het bezoek krijgt van een geriatrische patiënt met een probleem dat hij met zijn eigen diagnoseapparatuur niet kan oplossen, kan hij dat probleem altijd voorleggen aan het geriatrisch dagziekenhuis. De huisartsen willen dat de geriater en de geriatrische dagziekenhuizen ingaan op hun vragen en hun bekommernissen met betrekking tot de – vaak polipathologische – toestand van een patiënt. Ze wensen vooraf overleg te plegen met de geriater om samen te bepalen welke onderzoeken er moeten worden uitgevoerd. Het achterliggende idee is dat de geriater de huisarts moet adviseren in functie van zijn specialisme (aangewezen onderzoeken, pathologieën,...) met respect voor de bekommernissen en de wensen van de huisarts. Er moet rekening worden gehouden met zijn kennis van de patiënt (achtergrond en voorgeschiedenis).

Il y a toute une équipe multi-disciplinaire qui fait le tour de la question complètement, en un jour. (BU-6)

Quand il y a un réseau comme ça, ça peut éventuellement nous aider sur le plan logistique. Ici, on est quand même souvent tout seul. (ANU-48)

Ce qu'on recherche quand même chez un spécialiste, c'est une compétence qu'on n'a pas, essentiellement technique, parfois intellectuelle, mais aussi technique. (ANU-131)

Il oublie, je suis fatigué, ça m'a désorienté. Je crois que c'est une solution d'avenir, moi, ce type de prise en charge. Moi, j'y crois et je pense que c'est plus facile, qu'il y aura plus de contacts entre le médecin traitant et le gériatre dans la mesure où on organise une journée comme ça que quand on envoie à l'hôpital pour une hospitalisation, je n'ai jamais eu l'impression, en tous cas, moi, d'un dialogue pour savoir exactement ce qu'on souhaitait, nous, et on va devoir plus dialoguer avec le spécialiste. (ChNU-74)

HA1: ik weet niet hoe het marcheert omdat ik heb daar geen ervaring mee, maar ik kan me inbeelden dat dat een mogelijkheid geeft voor observationele gegevens te krijgen door professionele observatie van de geriatrische patiënt. Dat zou niet oninteressant zijn. En op alle vlakken. Zowel fysisch, als mentaal, als sociaal, interactief. Op een andere manier aan informatie komen, dan de routine of van een momentopname. (focusgroep Deurne)

HA9: waarbij dat ge eventueel een bejaarde multidisciplinair eens kunt benaderen. Een neuroloog, een psycholoog, een psychiater, ik zeg nu maar iets, in een bepaalde setting, om zo snel mogelijk eigenlijk tot een diagnose, of tot een beleid te komen en dat verwoorden naar een huisarts. Dat zou kunnen. (focusgroep Deurne)

### *c) Tweede opinie*

Het geriatrisch dagziekenhuis doorbreekt het isolement van de huisarts en kan hem helpen bij het nemen van beslissingen in complexe gevallen.

Moi, je trouve que c'est positif parce que ça nous enlève de notre isolement. On se sent souvent seuls dans notre pratique. (HNU-365)

HA6: ik denk dat het tweeërlei is. Enerzijds voor uzelf als ge met vragen zit. Anderzijds als een klankbord of als een soort toetssteen naar de familie van de betrokkene of naar de autoriteiten van het rustoord bijvoorbeeld waar die patiënt verblijft. Soms is een tweede opinie belangrijk om uw positie als huisarts die daar staat met heel weinig instrumentarium om dat dus even te kunnen checken en dan wat krediet te krijgen voor de verdere toekomst want het zijn patiënten die in feite, ja toch vaak met serieuze problemen zitten. (focusgroep Genk)

### **4.3.5.3 Voordelen voor de 2<sup>de</sup> lijn**

De huisartsen geloven dat het bestaan van de geriatrische dagziekenhuizen ook voordelen heeft voor de tweedelijnsverzorgers.

### *a) Kosten drukken*

De huisartsen analyseren de kostprijs van de ziekenhuisopname en denken dat men oplossingen zoekt om de rentabiliteit van de structuren te verbeteren.

Il vaut mieux plusieurs one-day, il vaut mieux cinq one-day qu'une hospitalisation de cinq jours, ça, il n'y a pas photo. Tu vois maintenant une appendicite et qu'ils hospitalisent un jour pour mise au point, puis tu dis, revenez vous faire opérer la semaine prochaine, ça fait deux petites hospitalisations. On a compris, ils font tous ça, il ne faut pas les critiquer. C'est le système de financement des hôpitaux qui est tel. (ChU-307)

Et on en revient à dire, je pense, effectivement, c'est une observation de médecine interne sans lit. C'est peut-être travailler plus en ayant moins d'infrastructure. (ANU-115)

HA6: ja maar gewoon ter discussie. Ik zou eigenlijk willen afvragen. Indien, als het zo is dat een dagziekenhuis goed functioneert, kan dat dan budgettair een voordeel betekenen voor de gezondheidszorg waarbij zowel de patiënt, als wij, als de tweedelijns wel bij varen. (focusgroep Genk)

### *b) Ontlasting van de spoeddiensten*

Een ziekenhuisopname wordt vaak voorafgegaan door een noodzakelijk bezoek aan de spoeddienst en de huisartsen vrezen dat ook hun geriatrische patiënten die weg zullen moeten volgen en zullen worden ontvangen in een overbelaste dienst. Sommigen verklaren dat door een gebrek aan organisatie van het ziekenhuis.

C'est vrai maintenant que la personne âgée, si on l'envoie pour une hospitalisation, elle doit obligatoirement ou presque passer par les urgences. Ce n'est pas toujours très bien vécu, les gens sont bousculés. (ANU-8)

HA6: ...waarbij men de kritiek dat de spoedgevallendienst overbelast is en waar ik eigenlijk zou willen stellen als een gevolg van slechte organisatie of te laat kunnen inspelen op de vragen vanuit de tweede lijn, dat wij zouden op die manier zeggen: "oké, bied ons een oplossing waarbij dat ge eventueel patiënten via opvang daar kunt rechtstreeks laten opnemen indien het inderdaad ernstiger blijkt en dan wordt dat op die manier afgeleid van de spoedgevallen. Dan is dat ook een minder belasting van een aantal acute diensten. Dus ik denk, betere organisatie in de tweede lijn kan voor iedereen nuttig zijn en dat kan financieel ook berekend worden. (focusgroep Genk)

Bepaalde huisartsen zouden graag een beroep kunnen doen op een structuur die de acute geriatrische pathologieën en de spoedgevallen voor haar rekening neemt.

S'il est certain qu'il faut attendre plusieurs semaines avant de les faire admettre, ça ne va pas. (BU-135)



Par contre, là où on est plus demandeur, c'est une bonne prise en charge des situations urgentes. Avec une approche gériatrique, ça, c'est vraiment intéressant. (ANU-140)

Les urgences ne sont pas des urgences gériatriques et ça, c'est un problème... (ANU-143)

HA3: maar een geriatriesch dagziekenhuis is, voor zover ik begrijp, precies bedoeld voor dingen die niet dringend zijn en die dus vooraf kunnen geregeld worden op zo'n dag. (focusgroep Gent)

HA7: Maar ge kunt dat niet voor acute gevallen, alleen voor chronische gevallen. Ja, en dan zit ge vast. (focusgroep Genk)

#### ***4.3.5.4 Voordelen voor de maatschappij***

De huisartsen onderstreepten in de focusgroeps gesprekken dat de oprichting van geriatriesche dagziekenhuizen ook voor de maatschappij bepaalde voordelen heeft, onder meer op budgettair vlak. Een opname in een geriatriesch dagziekenhuis zou voor de sociale zekerheid goedkoper uitvallen dan een klassieke ziekenhuisopname.

##### *a) Kostenbesparend*

De geriatriesche dagziekenhuizen zorgen voor besparingen in de sociale zekerheid door dure ziekenhuisopnamen te voorkomen. Volgens sommige huisartsen zouden de activiteiten van het dagziekenhuis er zijn om kosten te besparen. Nu worden de onderzoeken zo compact mogelijk gehouden en op één dag georganiseerd, terwijl men vroeger een patiënt met algemene achteruitgang binnenstuurde voor een aantal dagen observatie.

C'est certainement une formule qui a été ouverte récemment pour essayer de résoudre le gouffre de l'INAMI. (BNU-32)

- Animateur : Vous avez aussi déjà évoqué un certain nombre d'avantages pour le patient. Est-ce que vous verriez d'autres avantages encore, notamment qu'il ne doive pas séjourner une longue période à l'hôpital.
- Financiers, pour l'INAMI. En journées d'hôpital. (HNU-85)

Ca va surtout aussi, à mon avis, générer des économies d'argent d'une part, mais des économies de souffrance, donc c'est quand même important. (HNU-271)

HA3: ik ben X, ik ben 17 jaar huisarts in X, in een solopraktijk. Het dagziekenhuis, alé, het enige recente wat ik ervan gehoord heb, is dat er hier in X eventueel iets ging komen en ik vind dat daar zeker wel plaats voor is, want ik heb de indruk ook, gewoon in het acute ziekenhuis heel veel patiënten liggen er daar die daar niet thuishoren, die daar eigenlijk veel te veel geld kosten aan de maatschappij en die eigenlijk zouden moeten geplaatst worden in

een centrum die minder acute geneeskunde is, maar die toch, alé voor zorg en hulp voor de mensen openstaat. (focusgroep Oostkamp2)

HA7: Wat wilt de overheid bekomen? Het zal in alle geval al minder geld kosten. (focusgroep Deurne)

### *b) Plaatsing van ouderen*

Het geriatrisch dagziekenhuis zou volgens bepaalde huisartsen ook een oplossing kunnen bieden in afwachting van een plaatsing in een rust- of verzorgingstehuis.

En gériatrie, or, on est parfois dans des impasses à domicile avec des placements prévus, mais qui ne peuvent pas se faire dans l'immédiat, et on cherche des solutions. (ANU-20)

HA3: ik denk dat dat voor de maatschappij zeker een positief punt wordt en dat dat ook wel degelijk zou kunnen gebruikt worden door ons zelf als huisartsen dan ook. Plaatsing van moeilijke mensen thuis en zo. (focusgroep Gent)

### *c) Vorm van kwaliteitscontrole*

Het geriatrisch dagziekenhuis biedt de mogelijkheid zich toe te spitsen op de nuttige en noodzakelijke onderzoeken aangezien de tijd beperkt is tot één dag of 2 halve dagen. In die zin kan het geriatrisch dagziekenhuis ook bijdragen tot een rationeel gebruik van de hulpbronnen in de gezondheidszorg.

L'hôpital de jour a comme avantage de dire « faisons ce qui est essentiel et utile » (BU-17)

HA6: indien het mechanisme zou bestaan, zou dat ook een vorm van kwaliteitscontrole kunnen zijn dat nu niet echt bestaat. Dus dat wordt uiteindelijk door iemand georganiseerd als zij een vorm van verantwoording moet afleggen voor een financiële ondersteuning van een betaald project of een bepaalde praktijkvorm die wordt opgestart. (focusgroep Gent)

#### ***4.3.3.5 Conclusie positieve redenen en voordelen doorverwijzing***

De bevroagde huisartsen sommen heel wat voordelen en positieve redenen op om een patiënt door te verwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis. Volgens hen heeft deze structuur in de eerste plaats talrijke voordelen voor de patiënt. Ze bespaart de patiënt bijvoorbeeld heel wat ongemakken zoals ziekenhuisinfecties, complicaties als gevolg van bedlegerigheid, vervreemding, desoriëntatie... De patiënt voelt zich vaak gerustgesteld als hij weet dat hij dezelfde avond terug thuis zal zijn en slechts één dag in het ziekenhuis moet blijven.

Ook de familie van de patiënt kan gebaat zijn bij de inschakeling van een geriatrisch dagziekenhuis: zij moeten zich minder vaak verplaatsen (in vergelijking met een langer verblijf in een klassiek ziekenhuis), ze hebben de zekerheid dat de oudere persoon heel de dag door begeleid wordt, er zijn contacten met de zorgverstrekkers,... De huisartsen zien bovendien ook voordelen voor zichzelf, voor de tweede lijn en meer algemeen voor de samenleving.

De huisartsen hebben met de komst van de geriatrische dagziekenhuizen de mogelijkheid samen te werken met een specialist en/of een multidisciplinair team en zo uit hun isolement te treden en een toetssteen te hebben bij complexe gevallen.

Ook de tweede lijn heeft baat bij de invoering van het geriatrisch dagziekenhuis: de ziekenhuisapparatuur wordt intensiever gebruikt en is dus winstgevender.

De samenleving en in het bijzonder de sociale zekerheid hebben financieel baat bij het bestaan van deze structuren, aangezien een klassieke ziekenhuisopname duurder is dan een dagopname. De geriatrische dagziekenhuizen kunnen bovendien een rationeler gebruik van de aanvullende onderzoeken en de spoeddiensten in de hand werken.

### 4.3.6 Suggesties

4.3.1 Contextuele factoren

4.3.2 Tekort aan informatie

4.3.3 Geen nood aan geriatrische dagziekenhuizen

4.3.4 Organisatorische barrières en vragen met betrekking tot het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen

4.3.5 Positieve redenen en voordelen om door te verwijzen

#### 4.3.6 Suggesties

In volgende paragrafen wordt besproken welke acties huisartsen suggereren ter bekendmaking van het concept ‘geriatrisch dagziekenhuis’. Er worden ideeën geformuleerd opdat geriatrische dagziekenhuizen zouden tegemoet komen aan de noden van de eerste lijn. Tot slot lichten we een aantal praktische wensen op organisatorisch vlak toe.

#### *4.3.6.1 Suggesties voor betere informatie*

Om de medewerking van de huisartsen te bevorderen dienen er verdere acties op zowel regionaal vlak als op federaal niveau te worden genomen. De huisartsen willen in de eerste instantie vlugger en beter geïnformeerd worden over de oprichting van dergelijke initiatieven. Dus bijtijds voorlichting is voor hen van belang, daar zij nu het gevoel hebben voor voldongen feiten te staan.

##### *a) Promotieacties ter bekendmaking*

De dagziekenhuizen zouden aan bekendheid en populariteit winnen door een persoonlijke voorstelling te geven in de huisartsenkring, op een LOK-vergadering of tijdens een vormingsamenkomst. Ze zijn ervan overtuigd dat men hierdoor een hele groep mensen tegelijk bereikt. Een jaarlijks symposium ter promotie van een nieuwe dienst vond in het verleden reeds aanhangers, dus iets dergelijk organiseren voor de geriatrische dagklinik zou welkom zijn. Een ‘opendeur’-moment of een rondleiding

in het geriatisch dagziekenhuis, als aanvulling op de formele voorstelling tijdens officiële inhuldigingen, spreekt een aantal huisartsen aan. Elektronische mailings, een aantrekkelijke en opvallende brief of een illustratieve informatiefolder/brochure als bijlage bij een verwijsbrief worden eveneens gesuggereerd als mogelijke promotieacties.

HA3: als een geriatisch dagziekenhuis nu een hot item is op federaal niveau, dan kan dat zelfs via een Domus Medica naar alle kringen. De structuren zijn er nu, ze zijn vereenvoudigd, ze zijn samengesmolten. De kring is en blijft toch het instrument. We hebben daar nu zo hard voor gevochten. Hoelang? Twintig jaar. Nu zijn we eindelijk zover. Het heeft bloed, zweet en tranen gekost. (focusgroep Genk)

Je reviens à ce folder qu'on a vu, enfin qu'on avait reçu, en fait, c'était l'inauguration, donc en fait, on n'est pas tenté d'apprendre comment fonctionne la structure, en fait, l'inauguration, c'est le champagne, petits fours, et le député qui vient faire son discours, et on n'apprend pas exactement comment ça va fonctionner, quelles sont les heures d'ouverture à qui elle peut téléphoner, quelle est la personne de référence ? Ca, c'est assez cérémonieux, (ChNU-129)

Un petit folder, ce serait beaucoup plus intéressant. (ChNU-130)

Oui, tout à fait, ou avec une visite de l'étage avec, en petits groupes. (ChNU-131)

Des questions plus aigues qu'on ne peut pas faire lors d'une inauguration. (ChNU-132)

On pourrait faire des GLEMS sur les hôpitaux de jour gériatriques, c'est ça que tu veux dire? (AU-71)

Oui, ce serait intéressant. (AU-72)

Oui, parce qu'on ne connaît pas assez, ça, c'est clair. (AU-73)

Het probleem is echter dat huisartsen via allerlei kanalen overstelpt worden met informatie. Een overvloed aan informatie zorgt ervoor dat de huisartsen als het ware immuun zijn geworden voor vele mededelingen. Zo is het internet niet de ideale weg om huisartsen te bereiken. Alsook de omzendbrieven van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ter kennisgeving van de oprichting van de geriatrische dagziekenhuizen deden geen belletje rinkelen.

HA10: en die brieven zijn meestal hetzelfde. Da 's gelijk dit ook, da 's allemaal hetzelfde. Zo zijn die brieven ook. Veel reden om in de vuilbak te gooien. Die zijn allemaal van hetzelfde. In plaats van een titel te gaan... "dagziekenhuizen" of zo. (focusgroep Genk)

Ils envoient quand même des lettres d'informations, tu sais, mais peut-être qu'on n'a pas l'attention attirée... (ChNU-24)

C'est comme, je vais dire, les annonces des réunions scientifiques et ce genre de choses, si on ne les met pas de côté tout de suite, c'est fini, c'est dans le paquet. (AU-68)

Eén huisarts redeneert dat er helemaal niet gestimuleerd moet worden, maar dat de geriatrische dagziekenhuizen gewoonweg hun opdracht goed moeten uitvoeren, zonder de eerste lijn daarin te moeten stimuleren.

*b) Wie moet promoten*

Niet alleen de overheid, maar ook het ziekenhuis, en meerbepaald het geriatrisch dagziekenhuis dienen bovenvermelde acties ter promotie en bevordering op zich te nemen. De huisartsenkring is voor veel huisartsen hiërarchisch gezien de oplossing bij uitstek. In Vlaanderen zouden bijvoorbeeld via de vereniging Domus Medica alle huisartsenkringen geïnformeerd kunnen worden. Ook de patiënten en zorgverleners uit de thuiszorg, zoals de RVT's en ROB's zouden voorgelicht moeten worden. In Wallonië en Brussel wordt gedacht aan informatievergaderingen in de huisartsenkringen, de GLEM's (lokale kwaliteitsgroepen) of de Dodecagroepen van de SSMG.

De huisartsen verwachten van de geriater dat ze hiermee op lokaal niveau naar buiten komen. Door middel van een persoonlijke voorstelling en klaar en duidelijk uitleg te verschaffen over de werking, de doelstelling en de mogelijkheden van de lokale geriatrische dagziekenhuizen, kan dat aan de man gebracht worden. Volgens één huisarts heeft niet alleen de geriater, maar het ganse multidisciplinaire team een informerende rol te vervullen.

HA2: 't is wel merkwaardig hé dat wij dat allemaal niet weten. Alé ja, en er zijn drie ziekenhuizen in onze nabijheid, euh dus... 't Is inderdaad zo dat we van die ziekenhuizen die uitgebreide communicatie niet moeten verwachten, maar misschien eerder van de overheid inderdaad, ja. (focusgroep Oostkamp1)

HA8: normaal zou de geriater moeten zeggen en een voorstelling moeten doen wat is de dagkliniek. En als ge met hem praat, dat die mogelijkheid bestaat. Die vraag is me nooit gesteld. Een geriater heeft me nooit gezegd: er bestaat een dagkliniek en uw patiënten kunt ge brengen. (focusgroep Genk)

Une explication d'un gériatre qui s'occupe d'un service comme ceci, d'un hôpital de jour à travers les Dodécagroupes ou les GLEM, pour connaître et savoir exactement quelle est leur position. Parce que quand on ne connaît pas, on a un préjugé justement qu'ils vont récupérer le patient, que ça va traîner, etc, etc et quand on les connaît personnellement, c'est toujours beaucoup mieux. (ChNU-224)

Lors d'un GLEM, un spécialiste [un membre de l'HdJG] vient... Ce serait peut-être une très bonne façon de faire sa publicité, on voit ... on attend ceci, ça, ça, ça et nous on propose ça, donc on sait, à ce moment-là. (HuyNU-356)

#### ***4.3.6.2 Suggesties voor transparantere werking***

Op een paar van de vragen in verband met de werking, organisatie en coördinatie zijn volgende antwoorden geformuleerd.

##### *a) Hoe is het georganiseerd?*

Een paar huisartsen hebben het er moeilijk mee dat geld wordt gestopt in alweer een deeltje van het zoveelste ziekenhuis. Als het geriatrisch dagziekenhuis een aparte (poli)kliniek of een aparte entiteit zou zijn, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, dan zou dat beter gedefinieerd zijn en meer klaarheid scheppen. Het geriatrisch dagziekenhuis en de geriater zijn dan gekend door zowel de artsen als door de patiënten.

Niet iedere huisarts deelt deze mening. Voor andere huisartsen hoeft het niet als een aparte entiteit ingericht te zijn, maar kan het evengoed binnen de bestaande geriatrie. Het gaat er hen vooral om dat de organisatie op één dag gebeurt en dat de patiënt goed opgevangen wordt.

HA1: dat is magnifiek als concept, maar ge creëert iets naast een geriatrische setting die er al bestaat en waarom kan dat niet in een gewoon geriatrische setting. Als die geriater zegt: goh, die mens, ik kan dat op twee dagen oplossen. Awel, dat hij dat dan doet! Moet dat dan een dagziekenhuis? Wat kan mij dat schelen hoe dat dat noemt. Als wij iemand doorverwijzen, dan verwachten wij dat dienen mens goed opgevangen wordt. En hoe dat dan gebeurt, praktisch, als dat op twee dagen kan, à la bonheur, iedereen tevreden. (focusgroep Gent)

Een andere voorwaarde opdat huisartsen zouden doorsturen naar een geriatrische dagkliniek is dat de opname vooraf gepland is. De huisarts moet ook aan zijn patiënt een soort van consent vragen. Hij moet met zijn patiënt, de familie en/of het rustoord duidelijk afspreken wat er al dan niet zal gebeuren tijdens opname in het dagziekenhuis.

De deelnemende huisartsen zijn bang dat bepaalde geriatrische dagziekenhuizen de vraag niet zullen kunnen volgen. De organisatie van het geriatrisch dagziekenhuis, de wachttijden voor de afspraken, maar ook voor de resultaten, beantwoorden in dat geval mogelijk niet meer aan de wensen van de huisartsen.

De huisartsen stellen zich enorm veel vragen met betrekking tot de leefbaarheid van de nieuwe geriatrische structuren. Het beperkte aantal plaatsen en het ontbreken van de gebruikelijke beschikbaarheid van de specialisten doen hen de wenkbrauwen fronsen. Ze hebben ook vragen bij de concrete organisatie van zo'n dienst en bij de rol van alle medewerkers.

Mais il faut voir, effectivement, les délais, je crois que c'est vraiment très important sinon ça n'a pas de sens. (BU-169)

Longtemps à l'avance, c'est combien de temps à l'avance? (BU-13)

J'essaye de comprendre un petit peu le cheminement parce que moi, je ne vois pas l'intérêt franchement, pour l'instant, moi c'est la manière d'envoyer mon patient, quel type de patient envoyer. (BU-94)

Et il faudrait un peu qu'eux aussi, donnent un peu ce qu'ils sont capables de faire et comment, et quelle est la procédure d'accès, parce que ça, ça a été ..... Ils ont lancé un papier, nous ouvrons un hôpital de jour, pouf, sans donner de détails quant aux procédures.... Qu'on mettrait sur la manière... (ChU-213)

HA7: ik denk dat er maar één persoon is die de patiënt ziet, dat is de geriater zelf. Dat moet een superhuisarts zijn. Dat is mijn idee.

HA5: je denkt dat één specialist in het ziekenhuis die patiënt helemaal ziet/screent?

HA7: de geriater moet dus al die domeinen beheersen. Hij is geriater voor iets.

HA5: ik heb geen idee hoe dat dat dan...? (focusgroep Deurne)

### *b) Wie coördineert?*

Aan de ene kant geven huisartsen aan dat een dagopname gecoördineerd moet worden door de geriater die aan het hoofd staat van een multidisciplinair team. Aan de ander kant lijken huisartsen geen geriater nodig te hebben en kunnen ze perfect zelf de nodige onderzoeken plannen en uitvoeren.

In een andere situatie wordt voorgesteld een dispatcher in te schakelen die dergelijke zaken regelt. Dan hoeft noch de geriater, noch de huisarts veel tijd te besteden aan bedienendewerk bij wijze van spreken. De aanstelling van een



medewerker die direct bereikbaar is om de afspraken te noteren en de duur van de onderzoeken in te schatten, vinden de huisartsen erg belangrijk.

Il faut, pour moi, essayer de regrouper et ce n'est pas toujours... Alors, il faut jongler avec les secrétaires en disant, ma patiente a rendez-vous à telle heure, est-ce que vous pourriez mettre le rendez-vous à telle heure chez un autre spécialiste ? Ca, ce n'est pas super évident. (ANU-41)

Le problème, c'est de savoir où s'adresser. En général, j'envoie d'abord une première fois chez le spécialiste et en redemandant d'assurer la mise au point en hôpital de jour. (HNU-17)  
Oui, oui, il faudrait savoir à qui on peut se référer, quel est le coordinateur à l'hôpital de l'ensemble de... (ChNU-20)

HA6: Is daar een dispatcher die dat allemaal kan regelen, dat wil zeggen als je zegt, ik wil bepaalde onderzoeken geregeld zien, gaan ze dat doen voor ons dan? Gaat die geriater...?  
HA7 zegt: de geriater gaat dat niet doen voor ons. Oké, maar als daar een verpleegster is die daar verantwoordelijk is, kan die dan zeggen van: oké, ik organiseer dat dat overdag geregeld wordt.

HA1: dat zou moeten kunnen. (focusgroep Oostkamp1)

#### ***4.3.6.3 Suggesties als antwoorden op de noden***

Op basis van ervaringen en noden van huisartsen is het duidelijk dat huisartsen heel wat verwachtingen hebben over de aanpak, communicatie en samenwerkingsaspecten van geriatrische dagziekenhuizen.

##### ***a) Overleg met de geriater en respect voor afspraken***

In Vlaanderen hebben huisartsen soms het gevoel dat er geen rekening wordt gehouden met hun vraag. Als de huisarts een patiënt binnenstuurt, dan wil hij antwoord op zijn vraag en niets meer of niets minder. De huisarts wil in interactie met de geriater de problematiek van de patiënt bespreken en mee bepalen wat er met de patiënt gebeurt. Overleg voorafgaand aan de opname zou daarom heel nuttig zijn. Bij elke stap betrokken worden is voor de huisarts de eerste garantie dat de patiënt niet verdwijnt en dat hij goed weet wat er na doorverwijzing gebeurt.

HA5: het grote voordeel zou kunnen zijn dat er ten eerste een zeer goede verwijsbrief moet zijn waarin je heel specifiek iets vraagt. Zoals jij daar: ik wil hier echt diagnose, wat is er precies aan de hand en dat ze zich daar dan ook aan houden. Nu de diagnose dat kan dan misschien een brief zijn en als misschien veel onderzoeken zijn en ze het zelf niet snel vinden, maar ik denk dat wij soms ook graag heel specifiek iets willen, dat dat zou moeten kunnen. En dat ze zich daar dan aan houden. En dan denk ik effectief dat we daar sneller bericht van willen krijgen. Dat dat dan toch hetgeen is dat we verwachten. (focusgroep Oostkamp2)

Ook de Franstalige huisartsen van hun kant bevestigen dat de doorverwijzing naar een geriatrisch dagziekenhuis gebonden is aan twee fundamentele voorwaarden (absoluut noodzakelijk, maar misschien niet voldoende): een vlotte communicatie tussen de huisarts en de geriater (en het multidisciplinaire team) en de naleving van de gemaakte afspraken. De huisartsen zien de naleving van die twee voorwaarden als een bewijs dat hun werk wordt gewaardeerd, als een erkenning van hun belang voor de patiënt en van hun specifieke competenties.

Moi, je crois qu'il faut garder cet échange, un échange préalable, je l'ai fait un peu intuitivement et de commun accord, déterminer ce qui semble important à faire, donc, on vient avec nos questions, nos propositions, on les soumet au gériatre de référence qui va, lui aussi, nous éclairer en disant, ça, je ne ferais peut-être pas ça, je ferais plutôt ceci, c'est plus direct, c'est moins contraignant et ça vous donnera peut-être autant d'informations que ce que vous avez proposé, puis alors, arrive à un consensus de ce qui sera fait, et je crois que c'est important, pour ne pas qu'on soit à la touche, donc on sait ce pour quoi on envoie et on sait ce qu'on espère recevoir en retour comme conseil. Je crois que c'est important. (ChNU-137)

... c'est lui (le gériatre) qui accueille le patient et qui un peu, est le chef d'orchestre des examens qui vont être faits. Ça se fait en collaboration, la main dans la main avec le médecin généraliste du patient. Combien de temps tu vas passer là ? Est-ce que tu pourrais libérer une matinée pour...? Non. (BU-107)

[...] c'est ça qui, pour moi, est le plus important: Qu'ils décident et le médecin généraliste a quelque chose à dire dans les décisions. Pour moi, c'est les deux points principaux. (ChNU-225)

Animateur : Pour autant que le généraliste sache qu'ils auront leur mot à dire pour décider des examens.... Si c'est vrai pour le patient ou pas, les décisions qui seront prises. C'est ça, tout à fait. (ChNU-227)

Animateur: Donc, rassurer le médecin généraliste sur la position qui sera la leur dans la préparation dans la suite.

Peut-être une collaboration étroite. (ChNU-229)

### *b) Participatie en betrokkenheid van de eerstelijnsgezondheidszorg*

De werking van een geriatrisch dagziekenhuis kan enkel slagen indien ook de eerstelijnszorg daarin betrokken wordt. Een belangrijk pijnpunt voor de huisartsen is dat ze zich nu buitenspel gezet voelen bij de zorgcoördinatie, terwijl dat toch één van die doelterreinen is waar een huisarts zeer belangrijk is. De huisarts ziet zichzelf als de spil waarrond alles draait, als de coördinator die toezicht houdt op de verzorging van de patiënt. Dat wil hij zo houden.

Omdat het geriatisch dagziekenhuis een beetje gepercipieerd wordt als een verlengstuk van de eerstelijnszorg, willen de huisartsen in die zin iets meer te zeggen hebben over het dagziekenhuis geriatrie.

De Franstalige huisartsen zijn bereid met de gerieters samen te werken voor zover die rekening houden met hun mening. Zij willen de behandelend geneesheer blijven, de arts die instaat voor de follow-up. In Vlaanderen houdt dat meer bepaald in dat er bijvoorbeeld een overlegorgaan met de lokale huisartsenkring zou moeten zijn, op voorwaarde dat de helft van de stemmen voor de huisartsen is en de helft voor de gerieters, met elk evenveel zeggenschap. Elk dagziekenhuis zou dan worden beheerd door de kring en door de gerieters. Een 'slot' op het bestuur zou er voor zorgen dat als men niet overeenkomt, er ook niets kan worden beslist zonder de huisarts.

Een panelgesprek met de gerieters en de huisartsen, dat jaarlijks of tweejaarlijks wordt georganiseerd en waarbij de noden van de lokale kringen worden ondervraagd, zou voor de huisartsen een positieve insteek betekenen.

Il faut que le gériatre qui chapeaute le truc sache exactement ce qu'on cherche et jusqu'où on veut aller. Il faut qu'il y ait un accord. (BNU-30)

HA6: is het eigenlijk niet een beetje grof dat de eerstelijns daar weer niet in overgeslaan wordt, terwijl het eigenlijk de bedoeling is dat de eerstelijns een stuk input heeft om daar iets te verrijken in een ziekenhuis of is het nu weer de tweedelijns die het zichzelf gemakkelijker wil maken euh...en eerstelijns bijna overslaat.(focusgroep Oostkamp1)

HA9: ik vind ook dat er een zeer grote garantie moet zijn als ge een patiënt aandraagt. Ge formuleert een probleem, ge wenst daar een oplossing voor, dat ge natuurlijk zelf zoveel mogelijk wordt getrokken in het oplossen van dat probleem en dat ook niet zuiver en alleen uit uw handen wordt getrokken en doorgesast wordt naar poliklinieken, allerhande en allerlande. Dus, dat ge welke vraag ge formuleert, dat ge duidelijk een antwoord krijgt, waarmee dat ge kunt werken, maar waar dat ge alleen mee verder kunt, zonder dat ge eigenlijk constant of helemaal of zo weinig mogelijk in interactie moet blijven met die dienst of andere diensten. (focusgroep Deurne)

#### ***4.3.6.4 Praktische suggesties***

Volgende concrete en praktische suggesties werden tijdens de discussieavonden door de huisartsen aangeraden.

a) *Communicatie*

Op vlak van communicatie wil de huisarts nauw en regelmatig contact onderhouden met de coördinerende geriater. Dit kan persoonlijk of telefonisch en hoeft niet per se per brief. Verwijzingen of terugverwijzingen gebeuren vooral met dokters die huisartsen goed kennen. Vandaar het idee van één referentiepersoon, die veel tijdverlies zou kunnen voorkomen. Voorts wensen huisartsen kortere wachttijden (een afspraak in het dagziekenhuis als het ware binnen de week), sneller en duidelijker verslaggeving en standaard verwijs- en ontslagbrieven voorzien van alle gebundelde informatie. Een goede leesbaarheid van de rapporten is belangrijk.

HA6: ik zou het ideaal vinden, moest elk geriatrisch dagziekenhuis zich profileren door één persoon, een aanspreekpersoon. En we kunnen onze telefoon nemen en dat we dus één persoon kunnen contacteren van: kijk, die persoon is verantwoordelijk voor de organisatie van die dagkliniek en hij heeft de agenda bij van de geriater, zodanig dat wij via die persoon snel een afspraak kunnen krijgen met de geriater voor onze patiënten. En dat we op die manier, dat we die persoon altijd kunnen aanspreken voor de follow-up, voor de stand van zaken, en dat we op die manier ook de beste samenwerking zouden kunnen krijgen. Dat is hetgeen... Anonimiteit maakt contacten en verwijzingen zeer moeilijk. Ik vind, er moet een naam plakken op de persoon, op de... laat ons zeggen, ingangspoort van de geriatrische dagkliniek, en dan kan je daarmee samenwerken. Ze moeten ook heel goed thuis zijn in de kringen van de huisartsen. En die moet op die manier zeer goed aanspreekbaar zijn. Ik zou, dat denk ik, dat de enigste mogelijkheid is om te doen functioneren vanuit ons niveau. (focusgroep Deurne)

... la personnalisation du lien est importante. Il faut référer à quelqu'un qu'on connaît, avec lequel on a l'habitude de travailler, et ça rend tout très facile. Donc, ça veut dire que si cet hôpital de jour existe, il faut qu'il y ait un titulaire qui ne change pas et qui ait un bon contact humain avec les médecins traitants aussi. (BNU-37)

Non, mais enfin, les hospitalisations chez les jeunes sont quand même moins problématiques, ou bien ils vont d'eux-mêmes aux urgences, ou bien, disons que ça ne se discute pas. Les personnes âgées, on doit beaucoup plus intervenir, les familles ne sont pas toujours là, ou on téléphone, on perd beaucoup de temps. (ANU-6)

Un contact, je pense, un contact rapide le jour même. L'envoi de rapports rapide par voie informatique, svp, donc voilà, donc, ça c'est aussi des trucs importants. (BU-137)

De huisartsen willen als eerste de door de geriatrische dagziekenhuizen verspreide informatie ontvangen. Ze willen dat de beslissing om een patiënt al dan niet te laten opnemen, ook in de toekomst bij hen berust. Zo mag de patiënt bijvoorbeeld niet uit eigen beweging en zonder medeweten van zijn behandelend geneesheer rechtstreeks

naar het geriatrisch dagziekenhuis kunnen gaan. Het is de huisarts die de zorgverlening moet blijven coördineren.

- Animateur : le patient ne prend pas l'initiative ? (ChNU-261)
- Non, non, ça ! (ChNU262)
- Laisser l'initiative au médecin. Oui. (ChN- 263)
- Animateur : dans les messages qui doivent passer, il y a notamment celui-là, c'est important. (HNU-264)
- Tout à fait, pour moi, c'est capital. (ChNU-265)

La base de l'histoire, c'est quand même le médecin traitant qui contacte le gériatre pour discuter d'un cas et décider tout ce qu'on va faire, et ce n'est pas le patient qui va dire, allez, il faut m'envoyer là, il faut faire ci. Nous, on va juste dire « oui, oui, oui » et remplir les papiers. (ChNU-260)

### *b) Globaal medisch dossier en doorverwijssysteem*

Een globaal medisch dossier waar zowel de huisarts als de specialist over dezelfde gegevens beschikt, zou heel wat betekenen voor de huisarts. De beheerder van het globaal medisch dossier (de huisarts met zijn kennis van de hele ziektegeschiedenis) zou exclusief mogen doorverwijzen. De huisarts die alle medische en achtergrondinformatie centraliseert, zou bijgevolg erkend worden in zijn werk. Deze uitwisseling van kennis zou ook heel wat dubbelonderzoeken en nodeloze testen voorkomen.

De doorverwijzing vanuit pragmatische hoek bekeken, kan volgens de huisartsen via de vertrouwelijke aanvraagformulieren waar de huisarts een aantal vakjes dient aan te kruisen. Eén Vlaamse huisarts stelt voor om de aanvraag tot dagopname volgens het elektronisch systeem BIAN<sup>3</sup> te laten verlopen.

### *c) financiële suggesties*

Subsidies zouden afhankelijk moeten worden gemaakt van hoe het geriatrisch dagziekenhuis werkt en de huisartsen willen daarin ook financieel worden

---

<sup>3</sup> Brugs Interactief Artsen Netwerk (BIAN) is een externe portaalsite waar behandelende artsen onder meer digitale patiëntgegevens uit AZ Sint-Jan AV op een veilige manier kunnen opvragen via het internet. Vanuit het patiëntendossier van de geselecteerde patiënt kan men onmiddellijk een afspraak boeken in het digitale afsprakensysteem van AZ Sint-Jan AV.

ondersteund. De suggestie om het geriatrisch dagziekenhuis door de huisartsen te laten evalueren, wordt in onderstaand citaat geïllustreerd.

HA6: ja. Indien men aan ons de vraag stelt van “hoe zou ge ’t willen hebben”, van daar ineens ook een beetje te durven op door te delen van budgettair en financieel in de enveloppe van de gezondheidszorg en de verdeling onderling, gaat dat dit of dat impact hebben en dan gaat iedereen, denk ik, zich meer betrokken voelen en gaat dat ook, ja, een minder stoeve discussie worden.

HA9: hm, ja, maar dan moet ge, daar ook een evaluatie moeten aan vastkoppelen è. Een evaluatie, eigenlijk een stuk door ons uitgevoerd è. Want als zij het evalueren, dan is het allemaal *pico bello* è. (focusgroep Genk)

Vooraleer er geld wordt gepompt in dit nieuwe project, zou er eigenlijk eerst een studie moeten bestaan die onderzoekt welke patiënten terechtkomen in een geriatrisch dagziekenhuis, hoe goed de dagkliniek functioneert, en of het kostenbesparend is. De huisartsen vinden dat het terrein onvoldoende is verkend en ze hierover niet ondervraagd zijn.

HA4: dat ze geld geven aan iets dat goed bolt è, maar geef niet eerst geld en kijk dan als het gaat bollen è. (focusgroep Genk)

(0 passages en Wallonie et Bruxelles)

*d) andere suggesties:*

- Omwille van het grote mobiliteitsprobleem bij ouderen suggereren een aantal huisartsen revalidatie thuis te laten plaatsvinden in plaats van in het dagziekenhuis. Men vindt het zinloos om voor revalidatie naar het ziekenhuis te gaan, terwijl dit iets is dat door de kinesist ook thuis kan worden gedaan.
- Het dagziekenhuis zou zich kunnen laten bijstaan door een extern expert die eventueel internationale ervaring heeft met de organisatie van geriatrische dagziekenhuizen. Dit zou de kwaliteit ten goede komen en het vertrouwen van de huisartsen en patiënten in het dagziekenhuis opdrijven.
- Een ploeg van huisartsen en geriateren die op buitenlands werkbezoek gaan naar een internationaal voorbeeld zou inspirerend werken. Dit was reeds het geval met de wachtpost in Vlaanderen, waar een delegatie van het bestuur naar de Rotterdamse wachtpost is gereisd.

#### *4.3.6.5 Conclusie suggesties*

Opdat huisartsen meer zouden doorverwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis, dienen zowel de overheid als de lokale ziekenhuizen dit initiatief te promoten. Sommigen geven de voorkeur aan een persoonlijke voorstelling, een informatiebrochure of een rondleiding op het dagziekenhuis. Anderen schuwen saai informatiebrieven, persoonlijke mailings of websites.

Het dagziekenhuis moet voldoende transparantie uitstralen. Een duidelijk omliggende en aparte entiteit waar de geriater of een dispatcher vooraf alles plant en organiseert, zou heel wat praktische zaken verlichten voor de huisarts.

Samenspraak en inspraak worden hoog in het vaandel gedragen. Vlaamse huisartsen willen bestuurlijk mee participeren en mee regeren. Zo niet, voelen ze zich niet gerespecteerd en erkend.

Naar een anonieme dokter wordt niet doorgestuurd. Dus op vlak van doorverwijzing en terugverwijzing is duidelijke profilering ook aan de orde. Een globaal medisch dossier, elektronische aanvraagssystemen en een sterk geprofileerd aanspreekpunt maken hier hun intrede. Evaluatie van de geriatrische dagziekenhuizen door huisartsen en een daarop gebaseerde financiering van het dagziekenhuis geriatrie, worden tevens door de huisartsen geopperd.

Tot slot werden nog een aantal andere interessante suggesties geformuleerd ter verbetering van de organisatie van een geriatrisch dagziekenhuis.

# Hoofdstuk 5

## Conclusies en aanbevelingen

Dit laatste deel van het onderzoeksrapport biedt antwoord op de onderzoeksvragen van deze studie. Aan de hand van 15 focusgroepen (5 in Vlaanderen en 10 in het Franstalige gedeelte) werd de mening van 106 huisartsen ten aanzien van geriatrische dagziekenhuizen onderzocht. Daarbij werden de bekendheid, de verwachtingen, de barrières en de stimuli geëxploreerd voor het doorverwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis.

Op basis van de resultaten worden een aantal conclusies weergegeven en aanbevelingen geformuleerd om de rol van de huisarts in de organisatie van geriatrische dagziekenhuizen en het beleid ervan te optimaliseren. Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek worden kort besproken.

### **5.1 Conclusies ter verklaring van het doorverwijsgedrag van huisartsen bij geriatrische dagziekenhuizen**

Studies in verschillende landen hebben aangetoond dat geriatrische dagziekenhuizen een noodzakelijke pijler in de ouderenzorg zijn.



Evaluatieonderzoek bij recent opgerichte geriatrie dagziekenhuizen in België geeft dit ook aan.

De geriatrie patiënt heeft baat bij geriatrie dagziekenhuizen. Hij krijgt gespecialiseerde, multidisciplinaire en aangepaste zorg aan zijn noden. Een geriatrie dagziekenhuis heeft als doel deze zorg aan te bieden zonder dat een klassieke opname in het ziekenhuis nodig is. Hierdoor wordt de patiënt gestimuleerd zelfstandig te blijven functioneren in de thuissetting.

Uit Belgisch onderzoek blijkt dat huisartsen weinig doorverwijzen. Om een laagdrempelige toegang tot het geriatrie dagziekenhuis te kunnen garanderen, vormt de eerste lijn nochtans een cruciale schakel. Dit exploratief onderzoek geeft aan dat er grote problemen en vragen zijn van de kant van de huisarts bij zijn betrokkenheid, de samenwerking met en het functioneren van het geriatrie dagziekenhuis en het zorgprogramma geriatrie. De gebrekkige doorverwijzing van de huisarts is het resultaat van een aantal aspecten die een rol spelen, zowel aan de kant van de eerstelijnsgezondheidszorg als de kant van de tweedelijnszorg.

Uit de resultaten blijkt een enorme **onbekendheid** te bestaan bij de huisartsen over de oprichting van geriatrie dagziekenhuizen. **Schaarse informatie** over het bestaan van de geriatrie dagziekenhuizen en **weinig profilering** vanuit de ziekenhuizen naar de huisartsen toe vormen een bron van onwetendheid en bijgevolg scepticisme tegenover het concept dagziekenhuis geriatrie. Dat tekort aan informatie maakt het soms moeilijk een onderscheid te maken tussen de geriatrie dagziekenhuizen en andere ziekenhuisafdelingen en diensten waar de patiënt wordt opgevangen (dagziekenhuis, kortverblijf, klassieke geriatrie, dagopvang,...).

Er is **verwarring** over het theoretische concept zoals het in de regelgeving werd uitgeschreven en er zijn heel wat vragen over de praktische uitwerking ervan.

De huisartsen zijn zwaar misnoegd dat ze als laatste of helemaal niet geïnformeerd zijn over een organisatie waar de rol van de huisarts toch een duidelijkere omvang

en aard moet hebben. De huisarts beschikt immers over alle medische achtergrond en zorgbehoeften van de patiënt, geïntegreerd in zijn medisch dossier. De huisartsen vinden het geriatrisch dagziekenhuis zeker een bruikbaar instrument, maar omdat men **onvoldoende kennis** beheerst over het instrument, concludeert menig huisarts dat het niet voor hem is bedoeld. Na kort te zijn voorgelicht over de werking van de geriatrische dagziekenhuizen verklaren bepaalde huisartsen dat ze geen nood hebben aan een dergelijke structuur omdat ze weinig patiënten hebben die ervoor in aanmerking komen of omdat ze een beroep doen op andere alternatieven.

De **ontevredenheid** reikt verder dan louter de geriatrische dagziekenhuizen. Huisartsen leveren heel wat commentaar over de algemene **context** waarin ze samenwerken met ziekenhuizen. Een grote kritiek en voor hen tevens mogelijke verklaring waarom de eerste lijn overgeslagen is, is dat huisartsen het geriatrisch dagziekenhuis percipiëren als een nieuw middel vanuit de tweede lijn om zich een deel van de eerste lijn toe te eigenen. De huisartsen verwijzen naar andere negatief onthaalde ziekenhuisinitiatieven zoals voor patiënten in de menopauze of diabetici.

Ziekenhuizen krijgen een extra premie om een nieuwe dienst in de zorgverlening van ouderen te organiseren, terwijl **huisartsen financieel niet extra worden gestimuleerd** om op een aangepaste manier de chronische zorg voor ouderen op te nemen. De grens tussen eerste lijn en tweede lijn is niet altijd even duidelijk te trekken. Huisartsen ervaren dit als bedreigend en concurrentieel. Deze nieuwe vorm van dagbegeleiding neigt volgens sommige huisartsen naar **hospitalocentrisme**. Bij wijze van spreken lijkt elk specialisme zijn dagkliniek te hebben en de huisarts vreest dat nu ook de geriater of geriatrische verpleegkundigen als niet te onderschatten concurrenten op de eerste lijn zullen optreden. De huisarts heeft daardoor **angst voor verlies** van zijn patiënt.

**Gebrek aan overleg** lijkt een vaak ervaren structureel probleem. De huisarts verwijt het ziekenhuis dat eens de patiënt in de kliniek is, hij daarop niets meer te zeggen

heeft. Er wordt verweten dat een ziekenhuisopname vaak gepaard gaat met een **overmaat aan onderzoeken** die de huisarts niet meer in de hand heeft. Vandaar het pleidooi voor gedeelde coördinatie, onderlinge communicatie en bijsturing waar mogelijk.

De **lange wachttijden** van ziekenhuizen vormen tevens een bron van ergernis. Efficiënte doorverwijzing vanuit de huisarts wordt hierdoor ondermijnd, meer bepaald voor dringende geriatrische situaties.

Daarenboven vinden huisartsen dat er iets moet worden gedaan aan het **urgente tekort aan rust- en verzorgingstehuizen** en dat er meer middelen moeten worden uitgetrokken voor de thuiszorg van ouderen. Dit verdient meer prioriteit dan te investeren in nieuwe initiatieven zoals het geriatrisch dagziekenhuis.

De resultaten tonen aan dat huisartsen op dit moment een geriatrisch dagziekenhuis niet als een prioritaire oplossing zien voor een aantal noden van de patiënt en de huisarts. Volgens huisartsen zijn er in de plaats van nieuwe dagziekenhuizen geriatricie voldoende alternatieven. Huisartsen werken vooral samen met **gekende en vertrouwde (ziekenhuis)specialisten** die ze goed kennen. In veel gevallen voert de huisarts zelf ook heel wat (pre-)onderzoeken uit en zo niet regelt hij de afspraken voor een gerichte doorverwijzing van de patiënt naar een arts-specialist. Het geriatrisch dagziekenhuis dient zich dan ook duidelijk te profileren en één referentiepersoon als **aanspreekpunt** naar voor te schuiven. Naar een anonieme dokter wordt immers niet doorverwezen.

Het exploreren van de behoeften en wensen van de huisartsen heeft ook heel wat **nadelen en barrières** aan het licht gebracht. Een opname in het geriatrisch dagziekenhuis kan drukbezet zijn. Het grote aantal onderzoeken dat in korte tijd wordt afgenomen, kan voor de oudere patiënt stresserend en belastend zijn. Transport naar en van het ziekenhuis is niet steeds voorzien. Beperkte openingsdagen, -uren en plaatsen kunnen een vlotte en efficiënte doorverwijzing verhinderen.

Bepaalde artsen zijn bang dat op termijn de opvangcapaciteit zal worden overschreden en dat de overleving van de geriatrische dagziekenhuizen op die manier in gevaar zou kunnen komen.

De patiënt is niet altijd vragende partij voor een opname en de arts heeft geen keuzevrijheid wat betreft de behandelende geriater en de betrokken specialisten. Incoherentie tussen eerste en tweede lijn kunnen schadelijk zijn voor het vertrouwen van de patiënt in zijn artsen. Uit de analyse blijkt dat de non- of de niet goede communicatie van de ziekenhuizen naar de huisartsen toe de doorverwijzing bemoeilijkt. Onduidelijkheden over de registratie, de werking, de regelgeving, de financiële aspecten, de planning en de terminologie van het geriatrisch dagziekenhuis, zowel op regionaal als op federaal niveau, bepalen het wantrouwen van de huisarts ten aanzien van geriatrische dagziekenhuizen.

Anderzijds zien huisartsen ook heel wat **voordelen** aan geriatrische dagziekenhuizen, zowel voor de patiënt, de eerste als de tweede lijn.

De patiënt vermijdt een klassieke opname in het ziekenhuis en beperkt daarmee ook secundaire pathologieën, zoals bedlegerigheid, verwardheid en desoriëntatie. Weerstand bij opname kan worden omzeild en alle onderzoeken worden uitgevoerd op één dag. Meerdere malen over en weer gaan naar het ziekenhuis wordt vermeden. De oudere persoon en zijn specifieke zorgbehoefte staan centraal.

Het geriatrisch dagziekenhuis lijkt bij de ondervraagde huisartsen vooral aan diagnostische noden te beantwoorden: multidisciplinaire check-up van een algemene achteruitgang of complexe problematiek, technische onderzoeken (bijvoorbeeld scan, neuropsychologisch onderzoek, gastro-enterologische evaluatie, echo) worden vaak als voorbeeld gegeven.

De huisarts krijgt hulp van een multidisciplinair team bij de oppuntstelling van zijn diagnose. De structuur biedt steun en weerklank, niet alleen voor hemzelf, maar voor alle eerstelijnsverzorgers.

In mindere mate wordt ook therapie voor minder acute problemen geciteerd (bijvoorbeeld wondzorg, bloedtransfusie intraveneuze medicatietoediening) en af en toe revalidatie, als indicaties om een geriatrische patiënt door te verwijzen naar een geriatrisch dagziekenhuis.

De huisarts denkt dat in vergelijking met een opname van verschillende dagen een dagopname minder kost aan de patiënt en aan de maatschappij. Opnames via spoeddiensten worden vermeden of omgeleid en plaatsing van ouderen in rustoorden kunnen misschien worden versneld via het geriatrisch dagziekenhuis.

Over hoe een geriatrisch dagziekenhuis er volgens de huisartsen idealiter zou moeten uitzien, is veel gezegd. Uit de houding van de huisartsen valt op te maken dat (om de aansluiting van het zorgprogramma geriatrie op de continue zorg in de thuissetting te realiseren) **het dagziekenhuis prioritair moet uitgaan van zijn taak en functie als ondersteuner van de eerste lijn**. De huisarts heeft behoefte aan specialistische zorg om zijn taak naar behoren te kunnen realiseren. Specialisten zouden zich moeten focussen op de door de huisartsen geformuleerde noden, zonder te vervallen in hun ziekenhuislogica en zonder de indruk te wekken parallelle zorgcircuits te organiseren. Vanuit dit standpunt is kennis over het initiatief en over elkaars rol en verantwoordelijkheden de basis voor een goede samenwerking tussen de ziekenhuiszorg en de zorgverstrekkers op de eerste lijn.

De overheid en de ziekenhuizen zouden het geriatrisch dagziekenhuis binnen de huisartsenkringen en/of de LOK/GLEM's (lokale kwaliteitsgroepen) moeten bekendmaken.

Tot slot zouden Vlaamse huisartsen het fijn vinden als zij meer dan louter vrijblijvende feedback zouden kunnen geven. Door **medezeggenschap en samenspraak** in de werking van het dagziekenhuis geriatrie zouden de huisartsen werkelijk kunnen ervaren dat de suggesties die ze aanhalen ook als dusdanig zouden worden geïmplementeerd en slagen.

---

## 5.2 Aanbevelingen ter bevordering van het gebruik van geriatrische dagziekenhuizen door huisartsen

Het gebruik van een geriatrisch dagziekenhuis heeft nog te weinig ingang gevonden in de eerstelijnsgezondheidszorg. De huisartsen verwijzen weinig en niet-systematisch door naar een geriatrisch dagziekenhuis. Om het concept geriatrische dagkliniek te laten aanslaan bij huisartsen, moet worden voldaan aan een aantal voorwaarden.

Er is nood aan uitgebreide kennis over geriatrische dagziekenhuizen. **Voorlichting en ondubbelzinnige profilering, zowel vanuit de overheid als vanuit de regionale collega-specialisten** moeten duidelijk maken waar het geriatrisch dagziekenhuis voor staat, wat de financiering inhoudt, hoe en wanneer kan worden doorverwezen, hoe het is georganiseerd, wie coördineert, enzoverder. Als men wil dat het aanslaat bij de huisarts, dan moet men met de **lokale huisartsenkringen** en/of de LOK/GLEM's overleggen. Bij de keuze voor een bepaalde promotieactie dient rekening te worden gehouden met het feit dat de huisartsen overstelpt worden met informatie. Persoonlijk contact via een mondelinge presentatie op bijvoorbeeld een LOK-vergadering of tijdens een vormingssamenkomst is dan ook één van de krachtigste communicatiemiddelen. De huisartsen hebben bij herhaling hun tevredenheid uitgedrukt dat ze bij dit onderzoek werden betrokken en de focusgroepen waren zoals verwacht op zich een belangrijke initiator. Dit blijkt uit onderstaande tekst van één van de deelnemers van een Vlaamse focusgroep en uit een korte telefonische rondvraag bij een 10-tal deelnemende Vlaamse huisartsen na afloop van de focusgroepen<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Na afloop van de focusgroepen werd in een telefonische rondvraag bij een 10-tal deelnemende Vlaamse huisartsen gepeild naar eventuele wijzigingen in hun ervaring met geriatrische dagziekenhuizen. Een paar huisartsen was het niet gelukt een afspraak te krijgen op het geriatrisch dagziekenhuis wegens beperkte kennis of werking van de dienst van het ziekenhuis. Een ander paar huisartsen stond nog steeds wantrouwig tegenover het initiatief, voelde niet noodzaak, noch de behoefte aan het geriatrisch dagziekenhuis en wenste aldus verder te werken volgens de huidige

Toevallig, de dag na de focusgroep, zag ik een bejaarde patiënt met aanslepende onverklaarde klachten van kortademigheid. Eerst het ziekenhuis X gebeld, “kan u mij doorverbinden met het geriatrisch dagziekenhuis” waarop ik de afdeling geriatrie aan de lijn krijg. Daar horen ze het in Keulen donderen. “Geriatrisch dagziekenhuis? Kennen wij niet, ik zal het eens vragen.” Enig gestommel later volgt de mededeling dat dit er zou komen, maar het zeker nog niet operationeel is. Dan maar gebeld naar het Ziekenhuis Y met dezelfde vraag. Ik krijg consultatie geriatrie aan de lijn. Ook enige consternatie als ik een afspraak wil voor onderzoek in het geriatrisch dagziekenhuis. “Dat gaat niet, eerst moet patiënt op consult bij prof. X, dan afspraak dagopname, de dag na deze opname dient patiënt terug te komen voor bespreking van de resultaten.” Toch niet echt eenvoudig, drie keer heen en terug is toch belastend.

Volgens deze dame worden de patiënten, die in het geriatrisch dagziekenhuis terechtkomen vrijwel altijd binnengestuurd vanuit de consultatie van prof. X, zelden of nooit door de huisarts...

Ze verbond me door met prof. X. Hij was heel coöperatief; dacht dat er al brochure over geriatrisch dagziekenhuis naar alle huisartsen was gestuurd. Ik hielp hem uit zijn droom. Hij zei dat het allemaal nog maar net (enkele maanden) opgestart was, past in het zorgprogramma geriatrie waarvoor ze een erkenning kregen. Hij wil wel eens op een LOK-groep komen spreken erover. Hij neemt zeker met de directeur contact op om het concept toch wat meer onder de aandacht van de huisartsen te brengen.

Onduidelijkheid over het theoretisch concept zoals het in de regelgeving werd uitgeschreven en in de realiteit kan de zorgverstrekkers, zowel intra- als extramuraal op het verkeerde spoor zetten. Perceptiebias en verwarring die daardoor ontstaan, kan zorgen voor misverstanden bij patiënt, huisarts en specialist over verwachtingen en aanpak van het geriatrisch dagziekenhuis. Het komt erop neer **meer transparant te zijn over de werking en regelgeving**. De drempel om een beroep te doen op het dagziekenhuis dient ook te verlagen: één referentiepersoon of contactpersoon die zich duidelijk profileert als zijnde lid en aanspreekpunt van het geriatrisch ziekenhuis, zou doorverwijzing vergemakkelijken voor de huisartsen.

Over de kwaliteit van het dagziekenhuis wordt ook gespeculeerd. Enerzijds komt de huisarts tot de vaststelling dat het goed functioneert zonder dat hij hierover is ingelicht en hierin nodig is. Anderzijds denkt men dat het dagziekenhuis niet goed draait net omdat de huisarts er nu wel over bevraagd wordt. Ter discussie vragen de

---

werkwijze van doorverwijzing. Anderen hadden de opportuniteit nog niet gehad een patiënt met een geriatrisch profiel door te verwijzen. Naar aanleiding van de discussieavond zijn ze zich toch bewuster van het bestaan van de dagziekenhuizen geriatrie en houden ze de mogelijkheid in het achterhoofd.

---

huisartsen zich af of indien het dagziekenhuis goed functioneert, dit dat dan budgettair een voordeel zou kunnen betekenen voor de gezondheidszorg waarbij zowel de patiënt, als de eerste lijn, als de tweede lijn wel bij varen? **Evaluatie van de dagkliniek geriatrie en de eerste lijn hierin betrekken** zou minder wantrouwen scheppen bij de huisartsen.

Ook de huisartsen zelf kunnen instaan voor een betere doorsijpeling van informatie over de geriatrische dagziekenhuizen. Huisartsen duiden de huisartskring aan als mogelijke informatiekanaal om hiertoe bij te dragen. De eerste lijn en de LOK/GLEM's moeten een **open houding** aannemen ten aanzien van het initiatief. **Gemakkelijke toegankelijkheid** van de geriatrische dagziekenhuizen voor de huisarts onder de vorm van geen of korte wachttijden, goede communicatie, eventueel met een specifiek aangeduide referentiepersoon, een tijdige terugkoppeling van de resultaten en een vlotte doorstroming indien de patiënt verdere zorg nodig heeft, kan eveneens inspelen op de concrete samenwerkingsnaden van de huisarts.

Informatielevering is belangrijk maar zeker onvoldoende. Uit de resultaten blijkt er nood te zijn aan een **goede samenwerking** tussen de eerste en de tweede lijn. Dit vraagt systematisch **overleg en goede coördinatie**. Het geriatrisch dagziekenhuis is volgens de huisartsen theoretisch gezien een mooi initiatief, maar is effectief indien de huisarts ook zijn deel van de opdracht mag/kan vervullen. Een absolute voorwaarde voor doorverwijzing is de **betrokkenheid van de huisarts**. Ze willen worden **betrokken** bij elke verwijzing en bij elk ontslag. Ze voelen zich nog te vaak in de kou gelaten en niet op de hoogte gebracht. Ze willen dat de geriatrische dagziekenhuizen meer openstaan voor hun noden. De organisatie van het geriatrisch dagziekenhuis moet voldoende oog hebben voor de aansluiting van haar programma op en de ondersteuning van de continue zorg thuis of het thuisvervangend milieu.



De huisarts wil **erkenning** voor de meerwaarde die hij kan betekenen omdat hij geïntegreerde informatie kan leveren over de ziekte, de gezondheid, het psychisch functioneren en de sociaal-maatschappelijke context van de patiënt. Sommige huisartsen willen niet dat de patiënten rechtstreeks toegang krijgen tot de geriatrische dagziekenhuizen. Bepaalde Vlaamse artsen gaan nog verder en pleiten voor het exclusieve **alleenrecht van de huisarts**. De toegang tot het geriatrisch dagziekenhuis zou dan zijn vergrendeld; doorverwijzing zou enkel mogelijk zijn via de huisarts (om overconsumptie te vermijden). De zogenaamde **echelonnering** (consultatie van een specialist of ziekenhuiszorg is in principe slechts mogelijk na consultatie van de huisarts) kan alvast een aanknopingspunt zijn waarbij niet voorbij kan worden gegaan aan de huisarts. In die zin kan het ook worden begrepen als een preconditionie voor een geslaagde samenwerking en een kwalitatieve verbetering van de zorg door het geriatrisch dagziekenhuis.

Tijdens een dagopname is het systematisch opvolgen van de vraag van de huisarts niet altijd even eenvoudig. Het geriatrisch team wil een zo volledig mogelijke screening van de patiënt opdat deze optimaal zou kunnen worden verzorgd. Deze uitgebreide testing kan echter leiden tot frustratie in geval van dubbele testing en indien deze voorrang krijgt op de vragen en verwachtingen van de verwijzende huisarts. De patiënt moet onderzoeken ondergaan waarvoor hij soms niet altijd even fit is. Bepaalde onderzoeken of veel onderzoeken op één dag zou voor de oudere patiënt stresserend of belastend zijn. Patiënten moeten soms later, een tweede keer terugkomen op dagkliniek. Ook hier vormen **overleg en een goede planning** met de huisarts geen overbodige luxe. Een vlotte samenwerking kan de kwaliteit van de zorg immers verder verhogen.

Uit zorg voor doeltreffendheid maar ook uit vrees om hun patiënten te verliezen, willen de huisartsen een veel actievere rol spelen in de behandeling en follow up van de voorgestelde interventies, ook als deze niet plaatsvinden op het geriatrisch dagziekenhuis. Een duidelijke **verwijsbrief** en een correcte opvolging daarvan biedt

---

hier een deel van de oplossing. Als beheerder van een **globaal medisch dossier** willen huisartsen hun deel van de patiëntgegevens aan het geriatrisch dagziekenhuis aanreiken (mits respect voor de privacy). Vlaamse huisartsen willen ook **mee besturen** in de werking van de geriatrische dagziekenhuizen. Ervaringen van huisartsen leren dat het mee mogen participeren hun rol als overlegpersoon, als coördinator en als verwijzer kan versterken. Echter, vanuit huisartsenstandpunt schuilt het probleem van overleg vaak in de teamvergaderingen. De financiering voor participatie, de verplaatsing en het tijdstip van vergaderen zijn vaak huisartsonvriendelijk. Door **financiële prikkels** zou de huisarts zijn rol als bestuurslid en zorgcoach beter kunnen uitvoeren.

De tweede lijn moet ook weten welke zorgen voor en na de opname worden verstrekt door wie en waar op de eerste lijn. De rol van de overheid bestaat erin transparante en coherente **regels** aan te reiken, vertrekkend vanuit de noden van zowel de patiënt, de eerste – en tweedelijnsgezondheidszorg. Zij geeft de richting aan, ze biedt hiervoor de stimuli aan en stelt de nodige (financiële) middelen ter beschikking.

Een eerste voorbeeld van een mooi samenwerkingsverband tussen geriatrisch dagziekenhuis en huisartsenkring is de **conventie** tussen enerzijds de Huisartsenkring vzw Izegem-Ingelmunster-Lendeledede en anderzijds de Sint-Jozefskliniek vzw te Izegem (zie Hoofdstuk 6). **Identificatie en bekendmaking van best practices** van dergelijke contracten en van geriatrische dagziekenhuizen zouden huisartsen kunnen stimuleren zelf het initiatief te nemen om een aantal regels en afspraken over het gebruik en doorverwijzing op papier te zetten. Best practices vertrekken vanuit bestaande noden bij geriateren, huisartsen en patiënten en ondersteunen goede samenwerking.

Parallel hiermee kan ook zeker worden nagedacht over inhoudelijk **regionaal overleg rond concrete zorgproblemen**, zoals geheugenstoornissen, valproblematiek bij ouderen, etc. Op basis van bestaande wetenschappelijke evidentie zouden rond deze specifieke topics duidelijke afspraken kunnen worden gemaakt over de rol van de eerste lijn, over het moment van doorverwijzing, over de aard van onderzoeken, de

oppuntstelling in het geriatrisch dagziekenhuis, de terugverwijzing en de opdrachten van de eerste lijn in de verdere follow up.

Samenwerking houdt ook in dat huisartsen **inspraak** hebben in de werking van het ziekenhuis. Het louter aanbieden van het geriatrisch dagziekenhuis met de bedoeling dat de huisartsen er gebruik van maken levert niet de meeste resultaten op. Integendeel, het duidt op weinig transparantie en laat uitschijnen dat de werking van het ziekenhuis interne keuken is. Huisartsen brengen aan dat er veel wordt gepraat, maar weinig wordt uitgevoerd. De auteurs van deze studie zijn van mening dat men de stappen met het oog op de implementatie van de internationale en Belgische aanbevelingen voor de ouderenzorg en de voorlichting van de huisartsen hieromtrent zou kunnen combineren met de initiatieven ter promotie van de geriatrische dagziekenhuizen. Dat zou een stap in de goede richting betekenen en een positieve bijdrage leveren aan werking en uitbreiding van de Belgische geriatrische dagziekenhuizen.

### 5.3 Beperkingen onderzoek

Kwalitatief en beschrijvend onderzoek is nuttig omwille van haar exploratief karakter en rijkdom aan informatie die wordt verkregen, maar er zijn ook een aantal nadelen verbonden aan deze onderzoeksopzet.

Bij kwalitatief onderzoek gaat het erom zoveel mogelijk factoren te duiden in verband met het onderwerp. Door de visies van verschillende deelnemers te exploreren, werd een beter inzicht in de factoren bekomen en konden mogelijke verklaringen voor het doorverwijsgedrag worden opgesteld. Er kan echter niets worden gezegd over het relatieve belang van elke factor en verklaring. Bepaalde thema's zoals het belang van de communicatie en het overleg tussen de huisarts en het geriatrisch dagziekenhuis, worden evenwel systematisch aangesneden.

Focusgroepsgesprekken bieden een waaier aan informatie en meningen over een bepaalde topic. Anders dan bij een diepte-interview omvat een focusgroepsgesprek veeleer opinies van een groep dan van een individu. Het groepsdenken kan het individueel denken afremmen. De moderator kan ook niet in elke discussie een vinger leggen op de groepsprocessen die een rol kunnen hebben gespeeld. Ook de moderator, hoe onbetrokken en open hij meent te zijn, kan het groepsproces hebben beïnvloed. Het kan dus zijn dat de verscheidenheid aan perspectieven niet dekkend genoeg is, maar dat wordt opgevangen door het grote aantal focusgroepen.

Verdere exploratie van de behoeften en verwachtingen van de eerste lijn en uitbreiding van het perspectief van de huisartsen naar andere zorgverstrekkers op zowel de eerste als tweede lijn zou een gedifferentieerder beeld geven en zou de uitbouw van een geïntegreerd beleid verantwoorden. Ook de mening van de patiënten zelf, zowel gebruikers als niet-gebruikers, verdient de nodige aandacht. Uitgaande van de vele factoren zal een multi-facettaire aanpak met parallelle congruente acties op meerdere niveaus tegelijk (niveau patiënt, niveau huisarts, niveau huisartsenorganisaties, niveau specialist, niveau ziekenhuis en niveau overheid) noodzakelijk zijn.

Dialogoog tussen alle partijen kan niet genoeg worden benadrukt en moet verder worden gestimuleerd. Een goed samenspel tussen de verschillende niveaus is van belang voor een beter functioneren van de (geriatrie)ziekenhuizen, van de eerstelijnsgezondheidszorg, en van de patiënt. Het laat ook toe een toekomstig instellingsbeleid te ontwikkelen en de nodige samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg en de institutionele bejaardenzorg uit te bouwen, waardoor de continuïteit van de ouderenzorg beter kan worden gegarandeerd. Aandacht voor de globale zorg van de oudere patiënt behoort tot de taken van elke zorgverlener geriatrie en daarom moet systematisch overleg tussen alle partijen aangemoedigd worden.

# Hoofdstuk 6

## Best practice

### 6.1 Het ontstaan van de conventie

In aansluiting bij de conclusies en aanbevelingen, wordt hieronder een illustratie beschreven van een conventie tussen enerzijds de Huisartsenkring vzw Izegem-Ingelmunster-Lendeledede en anderzijds de Sint-Jozefskliniek vzw te Izegem.

De huidige conventie (zie bijlage 6) werd afgesloten in uitvoering van het artikel 22 van het Koninklijk Besluit van 29 januari 2007 betreffende het zorgprogramma geriatrie, verschenen in het Belgisch Staatsblad op 7 maart 2007.

Zoals afgesproken in het contract, is het de bedoeling om tussen beide partijen een **pluridisciplinaire samenwerking** tot stand te brengen om het hoofddoel van het geriatisch zorgprogramma te realiseren. Namelijk via een multidisciplinaire aanpak streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie en naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon.

De aanleiding voor de samenwerkingsovereenkomst heeft een historisch karakter. In het verleden hebben de huisartsen van de Huisartsenkring Izegem-Ingelmunster-Lendeledede een conflictueuze situatie gekend rond het toenmalige project 'postnatale

zorg'. De huisartsen wensten de geschiedenis liever niet herhaald te zien in het huidige project 'geriatrische zorg', vandaar de conventie. Initieel was de eerste aanzet een basiscontract dat voorzien was van wettelijke bepalingen, echter exclusief verdere specificering van de rol van de huisarts en zonder voorafgaandelijk overleg. Als reactie daarop expliciteerden de huisartsen dit niet te willen tekenen, doch zeer bereid te zijn tot onderling overleg. In enkele bilaterale sessies werd tussen beide partijen onderhandeld over het akkoord. De huisartsen brachten amendementen aan in de basisdocumenten met als finaal gunstig resultaat het huidige contract. Om de medische draagkracht van het contract te verhogen, werd het getekend door de hoofdgeneesheer en de voorzitter van de Medische Raad. Om juridisch sterker te staan werd het voorstel tot conventie naar de **Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren** opgestuurd ter goedkeuring.

## 6.2 De rol van de huisarts

De perceptie van de huisartsen in deze win-win situatie is zeker 'genuanceerd' positief te noemen, gezien de duidelijke **inbreng van - en (bij-)sturing door de huisarts**, alsook de gegarandeerde blijvende interactie tussen huisartsen, specialisten en dagziekenhuis, rond het item geriatrie.

Daar waar potentieel risico heerste dat de plaats van de huisarts ondergewaardeerd zou worden, werd de term huisarts expliciet opgenomen in het akkoord. Zo werd afgesproken dat **verwijzing naar het geriatrisch dagziekenhuis enkel mogelijk is via de huisarts of een behandelend specialist, na overleg en akkoord met de huisarts**. Na ontslag engageert de geriater er zich toe binnen 72 uur na dagopname informatie terug te koppelen naar de huisarts, hetzij elektronisch, hetzij telefonisch, hetzij via brief.

De huisarts kan zich elektronisch aanmelden op de website van het ziekenhuis. Via het **aanvraagformulier** geeft hij de doorverwijsreden(en) aan en bepaalt hij welke onderzoeken dienen te gebeuren. Telefonisch contact met de geriater of met de

hoofdverpleegkundige is mogelijk. Voor elk van de opnameredenen wordt in onderling overleg met de huisarts een zorgplan ontwikkeld. De verschillende **zorgpaden**, afhankelijk van de problematiek (vallen, slikstoornis, geheugen,...) lijken in de eerste plaats een hulpmiddel voor het ziekenhuis. Afhankelijk van de invalshoek wordt een aantal standaardtesten afgenomen. Enerzijds kan de huisarts de resultaten wel meesturen, maar dan wordt hij enkel gezien als toeleverancier en dan zijn er geen afspraken gemaakt tussen de huisarts en het ziekenhuis. Anderzijds kunnen de thematische zorgpaden de nodige structuur aanbieden aan de huisarts.

In de overeenkomst staat ook geschreven dat het ziekenhuis verantwoordelijk is voor het intramurale traject en de huisarts voor het vervolgtraject in de thuiszorg.

In het kader van samenwerking met andere hulpverleners is één van de bedoelingen van de huisartsen ook het volgen van het **subsidiariteitsprincipe**. Globaal genomen zal dat vaak de huisarts zijn die de zorg verstrekt en niet de geriater die de rol van de huisarts overneemt. Samengevat geeft het de huisartsen een goed gevoel een **structurele macht** te hebben om een aantal principes te kunnen aanbrengen in het ziekenhuis.

### 6.3 De 'spirit'

Naast het feit dat de regels vastliggen in het contract, is het belangrijk dat **de 'spirit'** aanwezig is. Op papier staat vooropgesteld dat de huisarts erbij betrokken wordt, maar deze regel moet ook doordrongen zijn in de cultuur van het ziekenhuis. Deze mentaliteitsverandering (de huisarts betrekken in plaats van de huisarts passeren) vraagt energie en inspanning van beide partijen.

Het voordeel van een 'klein' ziekenhuis is dat de huisartsen de ziekenhuisspecialisten en -verpleegkundigen kennen. De bijscholing wordt bijvoorbeeld samen gegeven, waardoor constructief overleg gemakkelijker wordt en

ondersteuning vanuit de eerste lijn op de tweede lijn actiever is. **Bereidwilligheid en flexibiliteit** zijn tevens voorwaarden om dergelijke conventies te sluiten.

Kennis over het geriatrisch dagziekenhuis bij huisartsen blijft een cruciale factor in de reflex om door te verwijzen. De huisartsen uit de regio werden van de conventie op de hoogte gebracht per **e-mail** vanuit de huisartsenkring en via een **voorstelling** tijdens een bijscholing. Eén dag na ondertekening van het contract, heeft het ziekenhuis de overeenkomst met begeleidende **brief** en **informatiefolder** (zie bijlage 7) over het geriatrisch dagziekenhuis rondgestuurd naar alle huisartsen uit de buurt.

Op dit moment is het nog te vroeg om de balans op te maken, maar er zijn vergadermomenten gepland ter **evaluatie** van de samenwerking en de werking van het zorgprogramma. Ook hier zullen beide partijen overleggen en evalueren om naar de toekomst toe nog beter samen te werken en het zorgprogramma beter af te stemmen op de noden van de thuiszorg.



# Literatuurlijst

(1) VAN DEN NOORTGATE N., PETERMANS J., VELGHE A., VANDONINCK H., WOJTASIK V., GILLAIN, D.: Evaluatie van de proefprojecten Geriatrisch Dagziekenhuis. 2007

(2) DONALDSON C., WRIGHT K.G., MAYNARD A.K., HAMILL J.D., SUTCLIFFE E.: Day hospitals for the elderly. *Community Medicine* 1987; 9 (1): 55-61

(3) HILDICK-SMITH M.: General practitioners' views of geriatric day-hospitals. *Practitioner* 1981; 225 (1352): 127-131

(4) WILLIAMS E.S., CLEMENTSON G.: General practitioners' views on geriatric day hospital care. *British Journal of General Practice* 1991, 41 (344): 126

(5) YILDIZ G., AVONTS D., WYFFELS P., SMETS A.: Communicatie tussen eerste en tweede lijn: Resultaten van een kwaliteitsverbeterend praktijkonderzoek en een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2008; 64: 25-31

(6) WILLIAMS E.S., JESUDASON T.A., SINGH, S.: Referring patients to geriatric day hospitals: a survey of general practitioners' opinions. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1988; 38 (316): 498-499

(7) PITERMAN L., KORITSAS S.: Part II: General practitioner-specialist referral process. *Internal Medicine Journal* 2005; 35 (8): 491-496

(8) KENNEDY F., MCCONNELL B.: General Practitioner referral patterns. *Journal of Public Health Medicine* 1993; 15 (1): 83-87

(9) POWELL C., NIXON M.: Caring for patient in geriatric day hospitals: Guidelines on the relationship between primary care physicians and specialist/consultants. *Canadian Family Physician* 1996; 42: 110-113

(10) THOMPSON K.: A general practitioner looks at day care. *Gerontologia Clinica* 1974; 16: 258-262

(11) DASGUPTA M., CLARKE N.C.T., BUMER C.D.: Characteristics of patients who made gains at a geriatric day hospital 2005; 40: 173-184

(12) BLACK D.A.: The geriatric day hospital 2005; 34: 427-429

(13) DAVISTER C. et al.: Les groupes focalisés. APES-Université de Liège 2004.

(14) VAN DER MAREN JM.: La recherche appliquée en pédagogie, des modèles pour l'enseignement. Méthodes en sciences humaines. Editions de Boeck 2003

(15) RUQUOY D., 1995, p. 72 in ALBARELLO L. Apprendre à chercher, l'acteur social et la recherche scientifique. Méthodes en sciences humaines. Editions de Boeck: 2003

# Bijlagen

Bijlage 1: Interview guide

Bijlage 2: Uitnodigingsbrief LOK-voorzitter

Bijlage 3: Uitnodigingsbrief huisarts

Bijlage 4: Infobrief + informed consent huisarts

Bijlage 5: Infofiche geriatrische dagziekenhuizen voor niet-doorverwijzende artsen

Bijlage 6: Conventie huisartsenkring – ziekenhuis

Bijlage 7: Informatiebrochure geriatrisch dagziekenhuis voor de huisarts

## Lijst van tabellen

Tabel 4.1: Overzicht van de geplande focusgroepen in Wallonië en Brussel

Tabel 4.2: Beschrijving van de focusgroepen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel

Tabel 4.3: Beschrijving van de deelnemende Vlaamse huisartsen

Tabel 4.4: Beschrijving van de deelnemende Franstalige huisartsen