

Rapport 54

Effectieve gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen

Onderzoeker: Monia Vereecken, dr. Inge Neyens, Valérie Carrette
Met dank aan Bram Vermeulen voor de statistische verwerking van de gegevens.

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Copromotor: Prof. dr. Bea Maes, prof. dr. Anja Declercq

Samenvatting

De vermaatschappelijking van de zorg is een belangrijke evolutie, ook in Vlaanderen. Hierbij wordt geprobeerd om mensen met beperkingen, chronische zieken, kwetsbare ouderen, mensen in armoede, etc. een eigen, zinvolle rol in de samenleving te laten opnemen. Deze beweging werd reeds op verschillende manieren gestimuleerd vanuit het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Echter, in de huidige organisatie en financiering van de gezondheids- en welzijnszorg, is dit erg gefragmenteerd op basis van doelgroep, sector, levensbeschouwing, bevoegdheidsniveau, type aanbieder en professionele discipline. In dit onderzoek gaan we op zoek naar de gemeenschappelijke, evidence-based aspecten binnen deze verschillende aftakkingen. We gaan na hoe de zorg in de thuissituatie voor kwetsbare groepen in Vlaanderen geoptimaliseerd kan worden.

Hiervoor gaan we, aan de hand van een literatuurstudie, op zoek naar de generieke sleutelementen van programma's van effectieve gemeenschapsgerichte zorg uit verschillende sectoren, i.c. de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor personen met een verstandelijke beperking. Deze zoekactie resulteerde in 1104 artikels, waarvan er 18 werden geïncludeerd in dit onderzoek. Hierin stonden 14 sleutelementen beschreven in 6 effectieve programma's. Van deze 14 sleutelementen werden er 7 generiek gevonden in de drie sectoren: hulpverlening in de omgeving van de cliënt, een team-based werking, het voorkomen van drop-outs, kiezen in overleg, het uitwerken van een medicatiebeleid, betrokkenheid van de sociale omgeving van de cliënt en vaardigheidstraining. Aangezien de doelgroepen personen met een verstandelijke beperking en ouderen met een dementie ondervraagd waren in de eerste fase van het literatuuronderzoek, deden we een aanvullende literatuurstudie. Hierin werd de selectie van de zeven generieke sleutelementen bevestigd.

Vervolgens gingen we bij 30 Vlaamse thuiszorginitiatieven na in hoeverre de zeven generieke sleutelementen in hun dagdagelijkse werking aanwezig zijn. Dit deden we aan de hand van een audit, die bestond uit een groepsinterview en observaties tijdens een huisbezoek en/of een teamvergadering, waar mogelijk. Uit deze resultaten kunnen we twee conclusies trekken. De eerste conclusie luidt dat alle deelnemende thuiszorginitiatieven een matige tot een zeer goede score behalen. Zij hebben reeds sleutelementen van effectieve gemeenschapsgerichte zorg geïmplementeerd in hun werking. De tweede conclusie gaat over de mate waarin de verschillende sleutelementen geïmplementeerd zijn. Drie sleutelementen zijn reeds goed geïmplementeerd, nl. 'drop-out beperken', 'het betrekken van de sociale

omgeving' en 'vaardigheidstraining'. Eén sleutelement is matig geïmplementeerd, nl. een werking die 'team-based' georganiseerd is. De overige drie sleutelementen, 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt', 'kiezen in overleg' en 'het uitwerken van een 'medicatiebeleid', zijn het zwakst geïmplementeerd. Zij worden weerhouden voor de volgende fase van dit onderzoek.

In die volgende fase wordt een interventie ontwikkeld en geëvalueerd op haalbaarheid, die de (verdere) implementatie van de drie zwakst geïmplementeerde sleutelementen stimuleert bij de thuiszorginitiatieven die hebben deelgenomen aan de audit. De interventie bestaat uit drie onderdelen: de studiedag, het uitwerken van een implementatieplan en de terugkomdag. Hierbij staan kennisoverdracht, reflectie over de implementatie binnen hun team en het faciliteren van onderlinge kennisuitwisseling tussen de deelnemers uit de verschillende sectoren centraal, en dit voor alle drie de sleutelementen 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt', 'kiezen in overleg' en 'medicatiebeleid'.

Deze sleutelementen werden in een vragenlijst vertaald naar 20 actiepunten. Op microniveau peilden we naar deze actiepunten op vier domeinen: het *belang* dat wordt toegekend per actiepunt, de mate waarin de respondent zich competent voelt om dit actiepunt uit te voeren (*eigen effectiviteit*), hoe vaak dit actiepunt werd uitgevoerd (*realisatie*), en hoe vaak de respondent dit actiepunt plant uit te voeren (*intentie*). Deze vragenlijst werd op drie verschillende meetmomenten ingevuld. Zo verkregen we een beeld van de evolutie van deze domeinen voor de verschillende actiepunten en werden er discrepanties berekend. We stelden vast dat personen die hebben deelgenomen aan het volledige traject (studiedag, het uitwerken van het implementatieplan en de terugkomdag) meer belang hechtten aan de actiepunten, en dat hun intentie tot het verwezenlijken van de actiepunten toenam. De respondenten vertonen nauwelijks discrepanties tussen de domeinen 'belang' en 'eigen effectiviteit', waaruit we kunnen afleiden dat er weinig tot geen behoefte is aan vorming en opleiding bij de deelnemers. De grootste discrepanties stelden we vast tussen de domeinen 'belang' en 'realisatie', en dan vooral bij de sleutelementen 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt' en 'medicatiebeleid'. Doorheen het traject neemt het totale aantal discrepanties tussen deze domeinen sterk af. Nader onderzoek van de resultaten leerde ons dat dit het gevolg is van een verbeterde realisatie. De discrepanties tussen de domeinen 'intentie' en 'realisatie' nemen toe aan het einde van de opleidingsdag t.o.v. ervoor, waaruit we kunnen concluderen dat het mogelijk is om respondenten te prikkelen om aan de slag te gaan rond de sleutelementen.

Daarnaast werd de audit opnieuw afgenomen bij 27 van de 30 thuiszorginitiatieven. De resultaten op deze tweede audit werden vergeleken met de resultaten op de eerste audit. Hieruit kunnen we afleiden dat het merendeel van de thuiszorginitiatieven een betere score behaalde op de tweede audit: de mediaan steeg met 14%, het gemiddelde met 9%. Thuiszorginitiatieven die vertegenwoordigd waren op de studiedag gaan er significant met een grotere sprong op vooruit dan initiatieven die niet vertegenwoordigd waren. Zij verbeterden hun score met gemiddeld 12%, waar dat bij initiatieven die niet vertegenwoordigd waren op de studiedag 5% is. Er werden significante verbeteringen vastgesteld voor de sleutelementen 'kiezen in overleg', 'medicatiebeleid', 'betrokkenheid van de sociale omgeving' en training van de 'praktische vaardigheden'. Enkel de eerste twee kwamen aan bod tijdens de interventie. De significante verbetering op deze laatste twee sleutelementen kan te wijten zijn aan het feit dat die initiatieven die hebben deelgenomen aan dit onderzoek gegroeid zijn doorheen de tijd enerzijds, en aan het feit dat deze sleutelementen onlosmakelijk verbonden zijn met sleutelementen die wel aan bod zijn gekomen op de studiedag anderzijds.

Naast de vaststellingen op basis van de resultaten op de vragenlijst en de audits, kwamen doorheen dit proces een aantal kwalitatieve bevindingen naar boven die eveneens van belang zijn. Een eerste hiervan

is dat er meer zal moeten worden ingezet op de samenwerking tussen organisaties en diensten. Een belangrijke spilfiguur in deze samenwerking is de huisarts, maar ook andere zelfstandigen zoals bv. een kinesist of een apotheker kunnen hierin bijdragen. Daarnaast dienen ook reguliere diensten (bv. OCMW, huisvestingsdiensten, VDAB, politie, ...) beter betrokken te worden, net als de mantelzorgers en vrijwilligers. Om gemeenschapsgerichte zorg waar te kunnen maken, moet ook de maatschappij klaargemaakt worden op het leven en functioneren van kwetsbare personen in de samenleving. Hierbij moet enerzijds aandacht geschonken worden aan de sociale aspecten, zodat alle burgers ervoor openstaan om onbevooroordeeld naast en met elkaar te leven. Anderzijds moeten ook fysieke aspecten ingevuld worden: zo moeten er maatregelen getroffen worden om de rol van een volwaardig burger uit te kunnen oefenen, ook als kwetsbare persoon. Zo moeten zij toegang hebben tot een betaalbare woning, en moet er extra aandacht uitgaan naar hun mobiliteit. Een regionale aanpak kan beter beantwoorden aan de noden die in een bepaalde regio heersen. Tenslotte dient de zelfsturing van de cliënt optimaal benut te worden, hoewel begeleiding op maat aangewezen is.

Op basis van deze studie kwamen we tot de volgende aanbevelingen:

1. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën wat betreft het omgaan met doelgroepen met meerdere problematieken;
2. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën op het vlak van leren;
3. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën op het vlak van organiseren;
4. Naast de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners uit thuiszorgsectoren, is het faciliteren van de samenwerking met anderen binnen het gehele netwerk van de cliënt een meerwaarde;
5. Nood aan een sterke ondersteuning van samenwerkingen;
6. Implementatieonderzoek in een grotere steekproef.