



De sociale kaart in de huisartspraktijk.

Een explorerend onderzoek.

Masterthesis aangeboden tot het behalen van de graad van

“Master in de Huisartsgeneeskunde”.

Academiejaar 2009-2010.

Dr. Jeroen De Naegel

Promotor: Prof. Dr. J. De Lepeleire

Dankwoord

Van dit dankwoord zou ik gebruik willen maken om de artsen te bedanken die tijd wilden vrijmaken voor de interviews. Een moment vinden in de drukke, dagelijkse praktijk was niet altijd makkelijk, maar, mits wat zoeken, toch steeds haalbaar. Hun enthousiaste medewerking was een grote bron van motivatie voor mij.

Verder dank aan mijn promotor, Prof. Dr. Jan De Lepeleire, voor zijn inspirerende inbreng bij deze soms moeilijke onderneming.

Ten slotte dank aan familie en vrienden die me tijdens deze periode steunden en motiveerden.

Jeroen

Samenvatting

Context: Als beginnende haio weet je niet altijd bij wie de patiënt terecht kan. Medische specialisten en ziekenhuizen vind je doorgaans wel vlot. Maar wat doe je met psychische stoornissen, vragen rond de thuiszorg of sociale problemen? Zelfs indien je weet bij wie de patiënt kan aankloppen dan is het soms nog een lange zoektocht naar contactgegevens. Om dit probleem te verhelpen zou een goed uitgewerkte sociale kaart een oplossing kunnen bieden.

Onderzoeksvraag: Hoe ontwikkelen huisartsen een sociale kaart? Hoe houden ze de sociale kaart actueel? Wat moet geïnventariseerd worden in de sociale kaart? Welke vorm dient die sociale kaart te hebben?

Methode: In een eerste stap werd er een literatuurstudie uitgevoerd. Dit gebeurde door middel van een zoektocht op pubmed en in de Nederlandstalige literatuur. Verder werd ook de website www.desocialekaart.be geraadpleegd. Vervolgens voerden we een kwalitatief explorerend onderzoek uit. Dit gebeurde aan de hand van semigestructureerde interviews. Twaalf artsen werden gecontacteerd. Hiervan werden er 10 geïnterviewd. Tijdens de interviews werden de artsen bevraagd over hun huidige werkwijze. Hierna werden aan de artsen 2 casussen voorgelegd. Er werd hen gevraagd hoe zij met deze casus zouden omgaan. Vervolgens werden de aangehaalde personen en organisaties opgezocht op de website www.desocialekaart.be. Ten slotte werden de artsen bevraagd over het zoeken op de website en werd hun mening gevraagd omtrent de sociale kaart die in het kader van het eerstelijnsdecreet moet worden opgesteld. De interviews werden uitgetypt en geanalyseerd.

Resultaten: De literatuurstudie leverde bitter weinig resultaat op. De meerderheid van artsen beschikken over een adressenbestand met daarin de professionelen waarmee ze het meest samenwerken. De gegevens worden zo nodig aangepast. Daarnaast wordt er soms ook gebruik gemaakt van zakboekjes. De SIT of het OCMW stellen deze ter beschikking. Sommige worden meermaals per jaar bijgewerkt, terwijl anderen de laatste jaren niet meer zijn vernieuwd. De meeste artsen gaven aan dat de sociale kaart zo uitgebreid mogelijk dient

te zijn en dus ook zelfstandige professionals moet omvatten. Hun voorkeur gaat uit naar een website.

Conclusies: De sociale kaart in de huisartsenpraktijk dient aan een aantal eisen te voldoen. De kaart dient zo volledig mogelijk te zijn. Om dit te bekomen moet men actief naar blinde vlekken op zoek gaan. Daarnaast kan men ervoor opteren om de zorgverleners toe te laten zichzelf aan de sociale kaart toe te voegen. Hiervoor dient de website voldoende bekendheid te hebben op het terrein. De kaart moet ook up-to-date zijn. Mogelijkheden hier zijn het actief opsporen van wijzigingen en een meldingsformulier opstellen voor gebruikers. Een deel van die verantwoordelijkheid kan men ook bij de zorgverleners zelf leggen. Gebruiksvriendelijkheid is ook een belangrijk punt. Opdat mensen fouten zouden melden moeten ze van de website gebruik maken.

Inhoud

Dankwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Hoofdstuk 1. Inleiding.....	7
1.1. Verantwoording onderwerp	7
1.2. Doelstelling en onderzoeksvragen	8
Hoofdstuk 2. Literatuurstudie	9
2.1. Inleiding	9
2.2. Methode	9
2.3. Resultaten.....	10
2.4. Bespreking	10
2.5. Conclusie.....	11
2.6. Discussie	11
Hoofdstuk 3. Interludium	13
Hoofdstuk 4. Hoe ontwikkelen en gebruiken huisartsen een sociale kaart?	14
4.1. Methode	14
4.1.1. Topiclijst.....	14
4.1.2. Selectie geïnterviewden	15
4.1.3. Casussen.....	15
4.1.4. Interviews	16
4.1.5. Analyse.....	16
4.2. Resultaten	17
4.2.1. Huidige situatie	17
4.2.2. Website: www.desocialekaart.be	18
Hoofdstuk 5: Advies naar de ontwikkeling in de praktijk	21
5.1. Sociale kaart in de praktijk.....	21
5.2. Adviezen over ontwikkeling sociale kaart in het kader van de SEL.....	22
5.2.1. Inleiding	22
5.2.2. Plaats in de praktijk	22
5.2.3. Conclusie.....	24
5.2.4. Discussie.....	25
Hoofdstuk 6: Andere websites	26
6.1. Theseas	26
6.1.1. Gebruik	26
6.1.2. Inhoud.....	26
6.1.3. Besluit	27
6.2. Zorgzoeker	27

6.2.1. Gebruik	27
6.2.2. Inhoud.....	28
6.2.3. Besluit	28
Hoofdstuk 7: Algemeen besluit en advies.....	29
Bijlagen.....	31
Referenties	37

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1. Verantwoording onderwerp

Als beginnend huisarts zit je met veel vragen. De patiënten komen met allerlei problemen naar je toe. Vele zaken kan je zelf wel aanpakken, maar een goede arts dient ook zijn eigen grenzen te kennen. Wanneer je op die grenzen botst is het niet altijd eenvoudig om de juiste weg te vinden voor de patiënt. Zelf merkte ik dat ik soms niet wist naar waar of naar wie ik de patiënt kon doorverwijzen. Ook was het zo dat wanneer ik het wel wist de zoektocht naar contactgegevens dikwijls lang duurde.

Om dit alles vlotter te laten verlopen zou één centrale, makkelijk doorzoekbare bron met alle nodige informatie handig zijn. Maar hoe zouden we dit ideaal kunnen verwezenlijken?

Om dit te achterhalen ging ik op zoek naar iets dat hier in de buurt van kwam. Zo ontdekte ik de sociale kaart. Dit is een instrument waarmee hulpverleners aan de nodige gegevens kunnen raken om mensen door te verwijzen.

Het belang van de sociale kaart voor de huisarts is vooral het scheppen van een brug tussen de gezondheidszorg en de welzijnssector. De huisarts dient de patiënt correct door te verwijzen.

Opdat de huisarts van dit instrument gebruik kan maken dient een sociale kaart te voldoen aan de gebruiksnoden van de arts. Andere disciplines moeten er natuurlijk ook mee kunnen werken, maar in dit onderzoek richten we ons specifiek op de huisarts.

1.2. Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is te achterhalen wat de eigenschappen zijn waaraan een sociale kaart dient te voldoen om voor de huisarts bruikbaar te zijn.

Hierbij stelde ik mij volgende vragen:

1. Hoe ontwikkelen huisartsen een sociale kaart?
2. Hoe houden huisartsen de sociale kaart actueel?
3. Wat moet geïnventariseerd worden in de sociale kaart?
4. Welke vorm dient die sociale kaart te hebben?

Hoofdstuk 2. Literatuurstudie

2.1. Inleiding

Met deze literatuurstudie willen we nagaan wat men juist onder de term sociale kaart verstaat. Tevens willen we nagaan wat de inhoud ervan dient te zijn, onder welke vorm ze moet worden opgemaakt en aan welke voorwaarden de kaart dient te voldoen.

2.2. Methode

Er werd gezocht in de Engelstalige literatuur via Pubmed. Er werd gebruik gemaakt van onderstaande MeSH (Medical Subject Heading) termen. De taal werd beperkt tot het Engels. Verder werden er geen beperkingen opgegeven:

- “patient care”: The services rendered by members of the health profession and non-professionals under their supervision for the benefit of the patient. (From Dorland, 28th ed, p269);
- “referral and consultation”: The practice of sending a patient to another program or practitioner for services or advice which the referring source is not prepared to provide;
- “family physicians”: Those physicians who have completed the education requirements specified by the American Academy of Family Physicians;
- “primary health care”: Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community (JAMA 1995;273(3):192);
- “social problems”: Situations affecting a significant number of people, that are believed to be sources of difficulty or threaten the stability of the community, and that require programs of amelioration.

In de Nederlandstalige literatuur werd specifiek naar artikels over de sociale kaart gezocht.

In het Tijdschrift voor Geneeskunde werd digitaal gezocht met de zoektermen “sociale” en “kaart”. Tevens werd er digitaal gezocht in Huisarts Nu.

Daarnaast werd er manueel gezocht in het Tijdschrift voor Welzijnswerk en Zorgwijzer.

Voorts leverde mijn promotor enkele artikels aan die met het onderwerp te maken hebben.

Verder kwam ik ook via enkele mensen die zich met het thema bezighouden terecht bij de website www.desocialekaart.be¹.

2.3. Resultaten

De zoektocht in de Engelstalige literatuur leverde één relevant artikel op². In de Nederlandstalige tijdschriften werd geen relevant artikel teruggevonden.

Verder leverde mijn promotor nog een artikel³. De website www.desocialekaart.be leverde ook wat info.

2.4. Bespreking

Uit de literatuurstudie heb ik niet veel kunnen halen. Het enige relevante artikel² gevonden via pubmed richtte zich meer op de sociale problemen in de huisartsenpraktijk. Zij verwezen naar oplossingen om blinde vlekken in het verwijzen van mensen met sociale problemen te verminderen. Dit zou dan met de hedendaagse technologische mogelijkheden mogelijk moeten zijn. Hoe dat dan concreet zou moeten zijn stond in dit artikel echter niet beschreven. Als men dit doortrekt naar de sociale kaart, dan zou dit een instrument kunnen zijn zodat de mensen sneller bij de correcte dienst of persoon terechtkomen.

Het artikel³ dat door mijn promotor aangebracht werd richtte zich op kwaliteitsindicatoren voor de huisartsenpraktijk. In dit artikel kwam een bijgewerkt adresboek met daarin de lokale zorgverleners naar voren als één van de aandachtspunten.

Op de website www.desocialekaart.be staat er ook het één en ander van informatie. Dit gaat dan concreet over dit project. Dit project gaat uit van de vijf Vlaamse provincies en de Vlaamse Gemeenschapscommissie van Brussel. Het heeft als doel een instrument te zijn dat snel en efficiënt een antwoord moet bieden op de hulpvraag van een cliënt. Alle gegevens worden verzameld in één centrale databank. Deze kan men dan via een website doorzoeken. Op de website geeft men zelf een aantal sterktes en zwaktes van het project aan.

Mogelijkheden en moeilijkheden van het project:

- *Positieve punten:*

- verankerd in het werkveld;
- enkel computer en internetverbinding nodig;
- lokaal, bovenlokaal en intersectoraal;
- administratieve functionaliteit op de website;
- erkende en niet-erkende organisaties.

- *Moeilijkheden:*

- blinde vlekken opsporen;
- actueel houden;
- bekendheid;
- informatica.

Een aantal zaken werd niet opgenomen in deze sociale kaart: commerciële initiatieven, een overzicht van de vrije beroepen, sportverenigingen, sociaal-cultureel werk,...

2.5. Conclusie

Een sociale kaart geeft een overzicht van de voorzieningen die beschikbaar zijn in een bepaalde regio op het gebied van welzijnszorg en gezondheidszorg. Tevens wordt bij elk item de doelgroep en werkwijze beschreven. De gegevens dienen actueel te zijn. De kaart bevat adressen, telefoonnummers en openingsuren. De huidige elektronische mogelijkheden lijken het meest aangewezen om dit te verwezenlijken.

2.6. Discussie

Veel informatie leverde de literatuurstudie niet op. Over de concrete uitwerking van de sociale kaart werd enkel op de website iets vermeld. Bij het opstellen van de website zijn er bepaalde keuzes gemaakt. Of dit de juiste keuzes zijn voor de huisarts is zeer de vraag. Opmerkelijk hierbij is dat men zegt dat huisartsen en andere vrije beroepen niet opgenomen worden. Maar als men in de trefwoordenlijst gaat kijken staat de term huisarts er wel in. Wanneer men dit trefwoord gebruikt krijgt men meestal geen resultaat. Een uitzondering hierop zijn wijkgezondheidscentra die wel teruggevonden worden via het trefwoord "huisarts". De aangehaalde mogelijkheden en moeilijkheden geven wel een idee van waar men op dient te letten bij het opstellen van een sociale kaart. Men moet zorgen dat er zo weinig mogelijk blinde vlekken zijn. De bedoeling is dat de patiënt bij de juiste persoon of

dienst terecht komt. Tevens dienen de gegevens actueel te zijn. Verankering in het werkveld is belangrijk, maar daarvoor is bekendheid van het project nodig.

Hoofdstuk 3. Interludium

De literatuurstudie leverde bijzonder weinig tot geen relevante gegevens op. Op dat ogenblik was het onduidelijk hoe we verder moesten. Twee opties lagen open.

1. Het eerste idee was om twee sociale kaarten met elkaar te gaan vergelijken. Omdat andere sociale kaarten slechts een beperkter gebied bestrijken en de versies die we tegenkwamen bij een eerste aanblik reeds belangrijke gebreken vertoonden zijn we hiervan afgestapt.
2. Een tweede idee was om aan de hand van een casus na te kijken of de website bruikbaar is. Bij een eerste overleg in die richting werd van een complexe thuiszorgsituatie vertrokken.

Hoofdstuk 4. Hoe ontwikkelen en gebruiken huisartsen een sociale kaart?

Uiteindelijk werd geopteerd voor een kwalitatief onderzoek. Bij deze vorm van onderzoek is het de bedoeling om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel het onderwerp te beschrijven en waar mogelijk te verklaren (Boeije H, 2005, p. 27)⁴. Uit de literatuurstudie bleek dat er over het onderwerp nauwelijks literatuur bestaat. Als er nauwelijks theorieën bestaan waaruit verwachtingen over de gegevens afgeleid kunnen worden, is het onderzoek hoofdzakelijk explorerend en beschrijvend (Billiet en Waage, 2001, p. 39)⁵.

Hierbij stelden we ons volgende vragen:

- Hoe ontwikkelen huisartsen een sociale kaart?
- Hoe houden huisartsen de sociale kaart actueel?
- Wat moet geïnventariseerd worden in de sociale kaart?
- Welke vorm dient die sociale kaart te hebben?

4.1. Methode

Het onderzoek werd gedaan aan de hand van semigestructureerde interviews. Hierbij wordt het interview vooraf reeds in zekere mate gestructureerd wat betreft inhoud van de vragen, formulering, volgorde van de vragen en antwoordkeuze (Boeije H, 2005, p. 57). Aan de hand van concrete casussen werden de eigenschappen die een sociale kaart voor de huisarts dient te hebben geëxploreerd.

4.1.1. Topiclijst

De semigestructureerde interviews werden gehouden aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 1). Een topiclijst is een interviewinstrument waarbij de onderzoeksvragen omgezet zijn naar vragen die daadwerkelijk aan participanten kunnen worden gesteld (Boeije, p. 58). Dit om te weten welke thema's tijdens het interview aan bod dienden te komen.

Na vier interviews werden de resultaten tussentijds geëvalueerd. Aan de hand hiervan werd de topiclijst bijgewerkt om zo een beter antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen.

Concreet werd er voor geopteerd om de zoekopdrachten te laten vertrekken van wat de artsen zelf aanbrachten en slechts een voorstel te doen indien ze zelf geen oplossing konden bedenken. Dit omdat de casussen door de artsen soms op zeer verschillende manieren benaderd werden. Tevens werd de bevraging uitgebreid naar de mening omtrent de sociale kaart die door de SEL (Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg) dient opgesteld te worden. Dit omdat bleek dat men overal met dit thema bezig was.

4.1.2. Selectie geïnterviewden

Via Listel (Limburgse koepelvereniging rond thuiszorg) verkregen we contactgegevens van mogelijk geïnteresseerde artsen. Zij stelden een lijst ter beschikking met daarop de 16 voorzitters van de lokale SITs (samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging). De interviews werden in de praktijk van de artsen afgenomen. Aangezien we ook wilden nagaan of de inhoud van de website overeenkwam met de werkelijkheid leek het een goed idee om artsen te contacteren die hiervan op de hoogte waren. Tevens was het belangrijk dat de artsen een notie hadden van het begrip sociale kaart.

Vervolgens werden zij telefonisch gecontacteerd door de hoofdonderzoeker. Twaalf van de zestien artsen werden gecontacteerd. Hiervan werden tien artsen geïnterviewd. Eén van de twaalf artsen wenste niet mee te werken, de andere kon zich niet vrijmaken binnen de tijdspanne waarin de interviews afgenomen werden. Vier artsen werden niet gecontacteerd omdat tijdens de laatste interviews geen nieuwe elementen op de voorgrond kwamen en bijkomende interviews weinig nut leken te hebben.

4.1.3. Casussen

De zoekopdrachten op de website www.desocialekaart.be werden gedaan aan de hand van de antwoorden van de artsen op enkele casussen. Voor de selectie van de thema's van deze casussen werd gebruik gemaakt van een schema opgesteld door dr. Lieve Seuntjens⁶.

Gebruikte thema's**Chronisch zieken****Gehandicapten****Arbeid en gezondheid****Kinderen en jongeren****Woning en huisvesting****Psychologische ondersteuning**

De concrete casussen werden gebaseerd op situaties die ikzelf en mijn praktijkopleider in de praktijk ervoeren (bijlage 4).

Per interview werd ervoor geopteerd om twee casussen aan de arts voor te leggen. Zo kon de duur van het interview beperkt worden tot een maximaal een half uur. Door de duur van de interviews te beperken hoopten we een grotere respons te bekomen.

Eén van de twee casussen betrof steeds een complex probleem bij een chronisch zieke. Dit omdat dat thema het meest frequent in de huisartsenpraktijk voorkomt. De andere casus handelde steeds over één van de andere thema's.

4.1.4. Interviews

De interviews gingen in de praktijkruimten van de artsen door. Op één interview na werden ze allemaal met een dictafoon opgenomen. Eerst werden enkele algemene vragen gesteld. Dit om de arts vertrouwd te maken met het interview en de interviewer. Vervolgens werd gepeild naar de voorzieningen waarvan de arts zelf reeds gebruik maakt.

Daarna werden enkele casussen voorgesteld. Deze werden willekeurig geselecteerd. Aan de hand van deze casussen werd er in de sociale kaart gezocht. Bij het zoeken op de website werd er gebruik gemaakt van de computer van de arts zelf. Na het zoeken werd de arts bevraagd over dit zoeken en de bekomen resultaten.

4.1.5. Analyse

De geluidsopnames werden woordelijk uitgetypt. Vervolgens werden ze geanalyseerd. De teksten werden onderverdeeld in fragmenten. De fragmenten die bij elkaar hoorden werden

bij elkaar gezocht. Elke categorie kreeg hierbij een code. Deze codes werden geplaatst in een codeboom (bijlage 2).

De interviewer merkte dat wanneer hij voorstellen deed bij het zoeken de artsen deze termen letterlijk overnamen als zoektermen. Daarom werd beslist om eerst te vragen aan de artsen wat ze zelf in het geval zouden doen. Konden ze niet onmiddellijk iets bedenken dan werd er een voorstel gedaan. Hadden de artsen zelf een voorstel, dan werd dit gebruikt als zoekopdracht.

4.2. Resultaten

4.2.1. *Huidige situatie*

De meeste artsen hebben in hun praktijk een adressenlijst op hun computer staan met daarin de mensen waarmee ze het meest samenwerken. Deze lijst groeit door de jaren heen. De gegevens op de lijst zijn zeker niet volledig, het zijn gewoon de personen waar de arts het meest frequent mee samenwerkt. De gegevens worden indien nodig aangepast.

In een aantal gemeenten bestaat er een sociale kaart in de vorm van een boekje. Hierin staan de verschillende disciplines en organisaties, per thema, alfabetisch gerangschikt. In deze boekjes staat zowat alles wat in die regio in de eerste lijn tussenkamt: onder andere verpleegkundige, huisartsen, ziekenfondsen, sociale diensten, poetshulp, juridische hulp, huisvesting, uitleendiensten, ambulancediensten, parochiepriesters, palliatieve zorgen.

Doorgaans worden deze boekjes uitgegeven door de SIT en/of het OCMW (openbare centra voor maatschappelijk welzijn). Om dit in orde te houden wordt er beroep gedaan ofwel op één persoon die belast is met het actueel houden van de gegevens, ofwel is er een redactie met mensen uit verschillende disciplines die samenzitten om de lijst bij te werken.

Een nadeel van deze boekjes is dat ze soms snel verouderen. Het bijwerken van de gegevens gebeurt op sommige plaatsen meermaals per jaar, maar op andere plaatsen is het reeds jaren geleden dat dit nog gebeurd is.

Daarnaast wordt er ook wel eens gebruik gemaakt van een naslagwerk. Enkele artsen hebben de contactgegevens ook in hun mobiele telefoon zitten. En sommigen hebben ook een map met papieren folders.

Wat websites betreft is er slechts een enkeling die een sociale kaart raadpleegt via internet.

Voor complexe problemen wat betreft thuiszorg contacteert men de zorgcoördinator om een multidisciplinair overleg te organiseren. Deze is op de hoogte van de sociale kaart van de streek.

4.2.2. Website: www.desocialekaart.be

Het was steeds de eerste keer dat de artsen van de website gebruik maakten. Slechts één van de artsen kende de site, maar had er nog nooit mee gewerkt.

4.2.2.1. Zoekopdrachten

Op de website staan er vier grote items: vrij zoeken, zoeken op ligging/locatie, zoeken op inhoudstafel en zoeken op trefwoord:

- Vrij zoeken geeft de mogelijkheid om te zoeken op organisatie, persoon of zoekterm(en).
- Bij zoeken op ligging/locatie opent er een apart venster met een kaart van Vlaanderen en Brussel met alle gemeenten. Hierop kunnen dan de gemeenten waarin men wenst te zoeken worden aangeduid.
- Zoeken op inhoudstafel opent een inhoudstafel met 17 hoofdstukken gaande van “Algemene sociale dienstverlening” tot “Gemeentelijke, provinciale, Vlaamse en federale overheden”. Elk hoofdstuk is in meerdere items onderverdeeld.
- Zoeken op trefwoord tenslotte opent een alfabetische lijst met trefwoorden.

De artsen maakten vooral gebruik van het vrij zoeken op zoekterm(en). Daarbuiten zochten ze via het vrij zoeken op organisatie. Een paar keer werd er gezocht via de inhoudstafel. Steeds werden de gewenste gemeenten aangeduid via zoeken op ligging/locatie.

De gebruikte zoektermen zijn onder te verdelen in vier grote groepen.

Een eerste groep is het zoeken op discipline. Wanneer van deze strategie gebruik gemaakt werd dan gaf dit dikwijls geen resultaat. De zoekterm verpleegkundige gaf doorgaans het wit-gele kruis als resultaat eventueel in combinatie met één van de mutualiteiten. Een enkele keer gaf dit geen resultaat. De artsen gaven hierbij steeds aan dat het gevonden

resultaat niet aan hun verwachtingen voldeed. De termen thuiszorgcoördinator, diabeteseducator, psycholoog en huisarts gaven geen resultaat.

De tweede groep is het zoeken op organisatie. Dit gaf in 75% van de gevallen het gewenste resultaat. Bij de overige 25% vond men in de helft van de gevallen niets, in de overige gevallen ontbrak een deel van de mogelijkheden. Het merendeel van de gegevens klopten. In één geval stond de juiste contactpersoon er niet bij.

Een derde groep is het zoeken op een bepaalde dienst of voorziening die men nodig heeft. Dit gaf gemengde resultaten. Rustoorden werden steeds teruggevonden. Zoeken naar opvangmogelijkheden voor ouderen en kinderen gaven geen of een onvolledig resultaat. Een enkele keer werd er gezocht op klusjesdienst. In dat geval werden naast één relevant resultaat ook twee resultaten gevonden die niet relevant waren.

Een laatste groep is het zoeken via de inhoudstafel. Hierbij werden sneller de juiste gegevens gevonden, maar deze bleken dikwijls onvolledig.

4.2.2.2. Inhoud

Het grootste probleem was het ontbreken van een belangrijk deel van de gegevens. Het meest frequent ging het hierbij om mensen die er niet instaan. Ook bepaalde organisaties ontbraken. Af en toe waren de gegevens bij de items die er wel inzaten niet correct.

Voor bepaalde, kleinere gemeenten was de kaart hierdoor niet bruikbaar. Bij zo goed als elke zoekopdracht kregen we geen resultaten.

Bij het opstellen van de kaart heeft men ervoor gekozen om zelfstandigen en privé initiatieven niet in de kaart op te nemen. Over het gebrek aan zelfstandigen in de sociale kaart waren alle artsen het eens dat dit geen goed idee is. De redenen waarom ze er wel in moeten volgens de artsen waren divers.

Hier volgen enkele:

- “al was het maar om de verzuiling niet te bevestigen”
- “Een groot deel van de zorg wordt gedragen door zelfstandigen, ze er niet insteken is een tekort doen aan de realiteit.”

- “Er is een vraag naar verwijzing buiten de gekende diensten.”
- “ik ga niet op drie verschillende plaatsen zoeken”

4.2.2.3. Gebruik

Het werken met de website werd door de huisartsen over het algemeen als vlot en snel omschreven. Een meerderheid was positief over het gebruik.

Er waren wel enkele praktische problemen die zij ervoeren.

Ten eerste is er het feit dat bijna steeds bij elke nieuwe zoekopdracht de gemeente opnieuw diende te worden aangeduid. De selectie van de gemeente gebeurt op een kaart in een apart venster, dit zorgde soms voor verwarring.

Ten tweede werden organisaties met een vestigingsplaats in een andere gemeente, maar ook werkzaam in de gemeente waar men zocht, niet gevonden.

Ten derde werden er bij het zoeken op organisatie te snel voorstellen gedaan, die bovendien geen rekening hielden met de regio. Hierdoor verkreeg men een lange, onoverzichtelijke lijst waarin men slechts zelden terugvond wat men zocht.

Hoofdstuk 5: Advies naar de ontwikkeling in de praktijk

5.1. Sociale kaart in de praktijk

Wanneer men een sociale kaart opstelt enkel voor de eigen praktijk kan men slechts beroep doen op beperkte middelen.

Aangezien die sociale kaart voor een beperkt aantal mensen bestemd is dient eerst gezien te worden met welke disciplines en organisaties men reeds samenwerkt. Het belangrijkste is de disciplines en organisaties te selecteren waarmee men het meest frequent samenwerkt. Een deel van de gegevens zal natuurlijk gekend zijn en niet iedereen zal deze moeten opzoeken. Die items kunnen echter wel handig zijn voor nieuwe collega's of huisartsen in opleiding. Disciplines en organisaties waarmee men slechts zelden contact dient op te nemen kan men zo nodig wel in uitgebreidere sociale kaarten terugvinden.

Zoals reeds eerder vermeld dienen de gegevens frequent bijgewerkt te worden. Er zijn verschillende werkwijzen om dit te bekomen. Men kan de gegevens aanpassen naargelang men fouten, veranderingen of tekorten tegenkomt. Hierbij dient voldoende zelfdiscipline aan de dag gelegd te worden. Men kan ook iemand aanduiden als verantwoordelijke voor de gegevens. Deze persoon dient dan op geregelde tijdstippen de gegevens te controleren en zo nodig aan te passen. Een derde mogelijkheid is om een tijdstip vast te stellen, bijvoorbeeld tijdens een praktijkvergadering, waarop de gegevens herbekeken worden. Hoe dikwijls de gegevens dienen bijgewerkt te worden is moeilijk te zeggen. Dit hangt immers af van de lokale situatie. Eens per jaar lijkt toch wel het minimum te zijn.

Wat de drager van de informatie betreft heeft men verschillende mogelijkheden met elk zijn voor- en nadelen. Het belangrijkste is op voorhand te weten welke gegevens men bij de hand wil hebben. Wat men niet op een juiste manier ingeeft kan men nadien ook niet terugvinden.

5.2. Adviezen over ontwikkeling sociale kaart in het kader van de SEL

5.2.1. Inleiding

De uitvoeringsbesluiten van het eerstelijnsdecreet bepalen dat één van de taken van de SEL's het opstellen is van een sociale kaart. Op basis van het onderzoek gerapporteerd in hoofdstuk 4 formuleren we adviezen over de ontwikkeling van deze sociale kaart.

5.2.2. Plaats in de praktijk

Een sociale kaart wordt door de artsen gezien als aanvulling van de reeds bij de arts bekende mogelijkheden. Het biedt de mogelijkheid om iemand of iets te zoeken wanneer de vertrouwde kanalen ontoereikend zijn of de patiënt naar iemand anders wenst doorverwezen te worden.

5.2.2.1. Vorm

Tijdens de interviews probeerden we een beeld te krijgen van hoe een sociale kaart er voor de huisarts dient uit te zien.

Alle ondervraagde artsen waren ervoor te vinden om dit door middel van een website te doen. In vergelijking met een papieren versie heeft dit medium een aantal voordelen. Op een website kan men de info snel terugvinden. Men kan uitgebreidere informatie verschaffen. Indien er wijzigingen zijn, kunnen de gegevens meteen aangepast worden. Een site hoeft niet beperkt te zijn tot een bepaald gebied. Dit is vooral handig voor huisartsen die dikwijls patiënten zien uit naburige gemeenten.

De gerapporteerde nadelen van een website waren het feit dat niet iedereen vertrouwd is met het internet en dat een website natuurlijk niet geschikt is voor mensen die niet over een internetaansluiting beschikken.

In een aantal gemeenten wordt er momenteel gewerkt met een zakboekje. Dit heeft als voordeel dat zowat alle voorzieningen binnen de gemeente hierin staan. Het is makkelijk mee op huisbezoek te nemen en snel in gebruik.

Nadeel is dat er slechts beperkte gegevens instaan, dikwijls enkel adres en telefoonnummer. Afhankelijk van hoe frequent er een nieuwe versie uitkomt zijn ze ook dikwijls snel verouderd.

5.2.2.2. Inhoud

Het ideale voor de huisartsen zou zijn als de inhoud van de sociale kaart zo uitgebreid mogelijk is. Wat er zeker moet inzitten zijn de disciplines en organisaties waarmee de huisarts samenwerkt. Wanneer een belangrijk deel ontbreekt is de kaart niet interessant voor de arts en zal deze ook niet gebruikt worden.

Wat de inhoud betreft zijn er echter een aantal praktische problemen.

Ten eerste moet men al deze gegevens verzamelen. In Limburg heeft men ervoor geopteerd om een lokale werking te behouden. Een aantal gemeenten en SITs heeft reeds een sociale kaart opgesteld. Zij zijn momenteel bezig om hun gegevens bij te werken. Elders kan de SEL aan de lokale werking reeds gegevens ter beschikking stellen die men verzameld heeft vanuit de GDT (geïntegreerde dienst thuiszorg). Deze gegevens kunnen dan nagekeken en aangevuld worden. Eén van de problemen hierbij is het in kaart brengen van de privésector. Deze is dikwijls niet georganiseerd, waardoor er geen centraal aanspreekpunt is. Wanneer de kaart opgesteld wordt door lokale mensen zullen zij waarschijnlijk wel een zicht hebben op dit onderdeel van de sector. Dit in vergelijking met één of enkele personen voor de hele SEL. Zelfs dan is het echter nog steeds moeilijk om volledig te zijn.

Een oplossing die voor dit probleem werd gesuggereerd is om de verantwoordelijkheid hiervoor bij de mensen zelf te leggen. Willen zij in de kaart staan, dan moeten zij hier zelf voor zorgen.

Een ander probleem is dat vooral in de steden een grote hoeveelheid data gecontroleerd, verwerkt en up-to-date gehouden dient te worden. Door het behouden van lokale structuren wordt dit natuurlijk wel opgesplitst.

Een onderwerp dat reeds eerder ter sprake kwam is het actueel houden van de gegevens. Momenteel zijn er lokaal een aantal manieren waarop dit gebeurt. Op sommige plaatsen is er iemand die zich hier voltijds mee bezig houdt. Een andere optie is om bijvoorbeeld jaarlijks met een redactiecomité samen te zitten om de gegevens bij te werken. Bij de geëvalueerde website heeft men een meldingsoptie voorzien om fouten en dingen die er niet instaan te door te sturen.

Bijlage 3 bevat de disciplines die het meest frequent vermeld werden als antwoord op de vraag wat er in de sociale kaart dient te zitten.

5.2.2.3. Gebruik

Bij het gebruik van de website werden een aantal structurele problemen opgemerkt. Bij het opstellen van een sociale kaart dient hiermee zoveel mogelijk rekening gehouden te worden.

Ten eerste moest telkens de locatie opnieuw aangeduid worden. Voor de arts zou het handiger zijn moest dit eenmalig voor zijn praktijk kunnen ingesteld worden.

Ten tweede dienen organisaties terug te vinden te zijn aan de hand van hun geografisch werkingsgebied. Bij de onderzochte website vond men bepaalde organisaties enkel als men ook zocht op de gemeente waar deze gevestigd is. Organisaties zijn dikwijls gevestigd in de steden. Wanneer men deze in de zoekopdracht betreft krijgt men ook een extra deel niet relevante resultaten. Tevens weet ook niet iedereen in welke stad of gemeente een bepaalde organisatie gevestigd is, waardoor deze bij het zoeken niet gevonden wordt.

5.2.3. Conclusie

Momenteel zijn er in de huisartsenpraktijk tal van hulpbronnen die de arts gebruikt bij het verwijzen van een patiënt. Tussen de verschillende gemeenten zijn er soms erg grote verschillen. Meest frequent echter maakt de arts gebruik van een aantal mensen en organisaties die hij kent en waarmee hij geregeld samenwerkt.

De website die we hebben nagekeken zou een goede aanvulling kunnen zijn op de hulpbronnen waar de arts momenteel gebruik van maakt. Op bepaalde punten zou het zelfs een verbetering kunnen zijn. Er is echter één groot struikelblok wat het gebruik voor de arts niet echt nuttig maakt. Hiermee bedoelen we de soms grote inhoudelijke gaten die erin zitten. Naast dit element zijn er nog enkele kleinere problemen die de website minder gebruiksvriendelijk maken voor artsen.

Een sociale kaart voor de huisarts dient zo uitgebreid mogelijk te zijn. Er moeten minstens alle personen en organisaties inzitten waarmee de arts frequent samenwerkt. Wat betreft de vorm zijn de twee voornaamste mogelijkheden een website en een gedrukte versie onder de vorm van een zakboekje. Hierbij gaat de voorkeur uit naar een website, al heeft een zakboekje ook zijn voordelen.

5.2.4. Discussie

Tijdens de afgelopen twee jaar kwam ik op verschillende momenten met het thema sociale kaart in contact. Eerst om erachter te komen wat er in de gemeente waar ik werkzaam ben bestaat, vervolgens in het kader van de overgang naar de SELs en de voorstelling van de zorgtrajecten voor diabetes en nierinsufficiëntie. Volgens mij zou het een goed idee zijn om een algemene databank op te stellen, die op een eenvoudige manier via een website doorzocht kan worden en waarin de gegevens die via de verschillende initiatieven verzameld worden geïntegreerd kunnen worden. Beter één zo goed als volledige database, dan dat men op verschillende plaatsen moet gaan zoeken eer men de gegevens vindt die men nodig heeft.

Om de data bijgewerkt te houden denk ik dat het melden van fouten en wijzigingen door de gebruikers een belangrijk hulpmiddel is. Deze werkwijze moet dan ook zo eenvoudig mogelijk gemaakt worden.

Tevens is het dan ook belangrijk dat de website frequent gebruikt wordt. Om dit te bevorderen dient ze te voldoen aan de behoeften van de gebruikers. Vraag blijft evenwel in hoeverre deze gebruikers de moeite zullen doen om fouten en wijzigingen te melden. Andere wegen van dataverzameling blijven dus steeds belangrijk.

Dit onderzoek was enkel een verkennend onderzoek in een gebied waar weinig of geen literatuur over bestaat. Het wil een aantal tips geven bij het opstellen van een sociale kaart. Of deze tips in de praktijk haalbaar zijn en inderdaad een beter resultaat geven voor de arts als eindgebruiker moet vanzelfsprekend nog verder onderzocht worden.

De artsen spendeerden slechts een korte tijd op de website. Misschien zijn bepaalde mogelijkheden over het hoofd gezien. De website moet wel intuïtief zijn, als men teveel moet zoeken gaat men de site links laten liggen.

Hoofdstuk 6: Andere websites

In dit hoofdstuk testen we zelf enkele andere sites uit op basis van de in hoofdstuk vier uitgevoerde zoekopdrachten. Hierbij testen we de volgende sites uit: www.theseas.be⁷ en www.zorgzoeker.be⁸.

6.1. Theseas

Theseas.be is een website die zich profileert als gids voor de geestelijke gezondheid in België. De website is nog in opbouw. Een deel van de mogelijkheden is dus nog niet beschikbaar. Wat men al wel kan is zoeken in de gegevensdatabank. Hierbij is enkel eenvoudig zoeken reeds beschikbaar.

Bij eenvoudig zoeken kan men op verschillende items zoeken. Eerst dient men de regio aan te duiden waarin men wil zoeken. Vervolgens kan men zoeken op een aantal kenmerken (bijvoorbeeld leeftijdsgroep, taal, stoornis of problematiek en therapie of activiteit).

Deze website onderzochten we aan de hand van enkele zoekopdrachten rond geestelijke gezondheidszorg uit hoofdstuk vier. De resultaten werden vergeleken met de resultaten verkregen bij het zoeken op www.desocialekaart.be.

6.1.1. Gebruik

Het werken met kenmerken zorgt dat je gericht zoekt. Het beperkt wel de vrijheid bij het zoeken. Het zoeken op gemeente geeft dikwijls te weinig resultaat. Wanneer men dan zoekt op provincie heeft men het omgekeerde probleem. In vergelijking met www.desocialekaart.be is het handig dat men geen apart scherm heeft voor het aanduiden van de locatie. Men is op deze website wel beperkt in mogelijkheden. Men kan niet een aantal gemeenten aanduiden om in te zoeken.

6.1.2. Inhoud

Positief aan deze website is dat men uitgebreide informatie heeft per item. Vooral doelgroep is dikwijls goed uitgewerkt. Enkel organisaties zijn, voor zover we hebben kunnen nagaan, opgenomen in de kaart. De inhoud is dikwijls onvolledig. Zo gaf een zoekopdracht naar CAW (centrum voor algemeen welzijnswerk) in Limburg slechts twee resultaten, bij www.desocialekaart.be gaf dezelfde zoekopdracht 142 resultaten. Een zoekopdracht naar arbeidsbemiddeling gaf bij www.theseas.be de verschillende CAW's en CLB's (centra voor

leerlingenbegeleiding) als resultaat, bij www.desocialekaart.be kregen we bij deze zoekopdracht een lijst met afdelingen van VDAB en de werkwinkel.

6.1.3. Besluit

Deze website laat toe gericht te zoeken. Het gebrek aan inhoud zorgt er echter voor dat je dikwijls bij dezelfde organisaties (namelijk CAW en CGG (centrum voor geestelijke gezondheidszorg)) uitkomt.

6.2. Zorgzoeker

Zorgzoeker.be is een website die gegevens bundelt over gezondheid en welzijn in Brussel en de Vlaamse rand. Het is een initiatief van de Vlaamse overheid en de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Over de werking van de site is er op de site zelf weinig te vinden. Het lijkt erop dat de inhoud via twee wegen verkregen wordt. De welzijnsorganisaties worden overgenomen van de databank van www.desocialekaart.be. Andere zorgverleners kunnen zelf een profiel aanmaken en zich zo in de databank laten opnemen.

Op de website zijn er zeer veel mogelijkheden om te zoeken. Men kan zoeken op zoekterm, organisatie, zorgverlener en thema's. Al dan niet in combinatie met een locatie, dit kan een gemeente zijn of een bepaalde afstand tot een adres dat men ingeeft. Daarnaast kan men bepaalde categorieën selecteren.

Deze website onderzochten we door de zoekopdrachten die eerder werden uitgevoerd in hoofdstuk vier te herhalen. Hierbij kwamen we tot de volgende vaststellingen.

6.2.1. Gebruik

Een groot voordeel is dat men hier kan zoeken op diensten of personen die werkzaam zijn in een bepaalde gemeente. Tevens kan men zoeken in een bepaalde straal (tot maximum 5km) rond een bepaald adres. De zoektermen die we gebruikten waren in de meerderheid van de gevallen bruikbaar. Indien dit toch niet het geval was werd een geschikt alternatief voorgesteld. Een uitzondering hierop waren enkele blinde vlekken, deze zullen nog worden besproken.

Er is geen knop voor het starten van een nieuwe zoekopdracht. Wanneer men op "zoekopdracht verfijnen" klikt krijgt men wel hetgeen men ingegeven heeft terug te zien. Dit kan men dan aanpassen. Een probleem hierbij is dat wanneer men bij categorie iets heeft

aangeduid men dit kan wijzigen, maar niet kan wissen. Toch niet zonder het hele zoekformulier te wissen.

De functionaliteiten die men verkrijgt als men zich registreert werden niet nagekeken.

6.2.2. Inhoud

Kinesisten en zelfstandige thuisverpleegkundigen werden steeds teruggevonden. Of de gegevens hierbij up-to-date en volledig waren kunnen we niet beoordelen aangezien we de lokale situatie niet kennen. Wat wel opviel is het grote verschil tussen verschillende steekkaarten. De gegevens worden door de personen en organisaties zelf ingegeven. Hierdoor is de doelgroep dikwijls niet aangegeven en ontbreekt dikwijls ook andere informatie. In sommige gevallen vinden we slechts een naam en telefoonnummer terug. Dit bemoeilijkt soms het gericht zoeken. Bij het zoeken naar woonzorgcentra bleek dat hier de gegevens dikwijls onvolledig waren en dat de links naar www.desocialekaart.be niet werkten. Bij het zoeken naar huisartsen kwamen we enkele keren niet relevante zoekresultaten tegen. Zo stond er een spoedgevallendienst in de lijst en een verwijzing naar de wachtdienst voor tandartsen. Het meest opvallend was het ontbreken van centra voor leerlingenbegeleiding en jongeren advies centra in de databank.

6.2.3. Besluit

Deze website is een stuk uitgebreider wat betreft inhoud. Elke zorgverlener kan zich in deze databank laten opnemen. De verantwoordelijkheid over de gegevens lijkt volledig bij de zorgverlener gelegd te worden. Dit zorgt soms voor gebrekkige informatie. Hoe de gegevens up-to-date gehouden worden en hoe blinde vlekken opgespoord worden is voor ons onduidelijk. Indien dit enkel afhangt van de gebruikers dan lijkt dit ons onvoldoende.

Hoofdstuk 7: Algemeen besluit en advies

Over de sociale kaart is er nog maar zeer weinig wetenschappelijke literatuur verschenen. Uit de gevonden bronnen kunnen we besluiten dat een sociale kaart een overzicht is van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen die beschikbaar zijn in een bepaalde regio. De sociale kaart kan in de huisartsenpraktijk gebruikt worden om patiënten correct door te verwijzen. Op deze manier kan men de kwaliteit van de zorg verhogen.

Het explorerend onderzoek toonde aan dat huisartsen momenteel verschillende hulpmiddelen gebruiken bij het doorverwijzen van patiënten. De meeste artsen beschikken over een zelf samengesteld adressenbestand op de eigen computer. Soms zijn er ook boekjes waarin de meest noodzakelijke gegevens staan. De meeste huisartsen kenden de website www.desocialekaart.be nog niet. Het merendeel van de ondervraagde artsen omschreef deze website als vlot en snel in het gebruik. Het grootste nadeel voor het gebruik in de praktijk is het ontbreken van een aanzienlijk deel van de gegevens.

Wanneer men een sociale kaart voor de eigen praktijk wenst op te stellen dient men met enkele zaken rekening te houden. Om een sociale kaart bruikbaar te houden dienen de gegevens geregeld bijgewerkt te worden. Indien men een te uitgebreide kaart opstelt dreigt dit praktisch onmogelijk te worden. Om dit te voorkomen dient men zich te beperken tot de personen en organisaties waar men het meest frequent mee samenwerkt. Men dient op voorhand te bepalen welke gegevens men wil kunnen terugvinden. Wat men niet op een correcte manier inbrengt kan men nadien ook niet terugvinden.

Bij de ontwikkeling van een sociale kaart voor de SEL beschikt men over meer middelen. Door artsen wordt het gezien als een bijkomende kaart die men kan raadplegen wanneer de eigen gegevens ontoereikend zijn. Een website kreeg bij de meeste ondervraagde artsen de voorkeur. Deze kaart dient zo uitgebreid mogelijk te zijn.

De ervaring die we opdeden bij de evaluatie van de website www.desocialekaart.be gebruikten we om enkele andere websites te bekijken. De site www.theseas.be beperkt zich tot de geestelijke gezondheidszorg. De inhoud is nog te beperkt. De rubriek doelgroep is wel goed uitgewerkt. De website www.zorgzoeker.be stelt een uitgebreide kaart van Brussel en de Vlaamse rand ter beschikking. Op deze site kan de zorgverlener zichzelf toevoegen aan de

sociale kaart. Wanneer hierbij echter niet alle rubrieken correct ingevuld worden compromitteert dit de kwaliteit.

In de eigen praktijk maken we momenteel gebruik van een adressenlijst in boekvorm. Een elektronische versie zou welkom zijn aangezien er al heel wat namen doorstreept zijn in het boekje en de namen van nieuwe mensen steeds kleiner dienen geschreven te worden om er nog in te raken. Hoe dit concreet gedaan zou worden werd tot op heden nog niet besproken. Wanneer dit boekje ontoereikend is maak ik gebruik van de website www.desocialekaart.be. Ik hoop dat de SEL een waardig alternatief ter beschikking zal stellen.

Bijlagen

Bijlage 1

Topiclijst

1: Algemene vragen

- aantal jaren praktijkervaring, gemeente

2: vragen specifiek rond sociale kaart

- Gebruikt u zelf iets in de praktijk?
- Welke vorm?
- Heeft u de website www.desocialekaart.be al eens eerder gebruikt? In de huidige vorm?

3: casus voorleggen

- Wat zou u in dit geval doen?
- Waar zou u de patiënt naartoe verwijzen?
- Vind je deze personen/organisaties op de website terug?
- Komt het resultaat overeen met wat je verwacht?
- Ken je nog andere mogelijkheden die je niet in de sociale kaart terugvindt?

Indien de arts niet meteen een idee heeft organisaties/ grote lijnen reeds aanbieden.

Let op: Arts dient te zoeken alsof het een eigen patiënt is, dus in de eigen regio.

Luidop zeggen of noteren hoe de arts zoekt en welke problemen er zich voordoen.

(zoektermen, wat aanklikken?)

4: evaluatie

Het gebruik van de site:

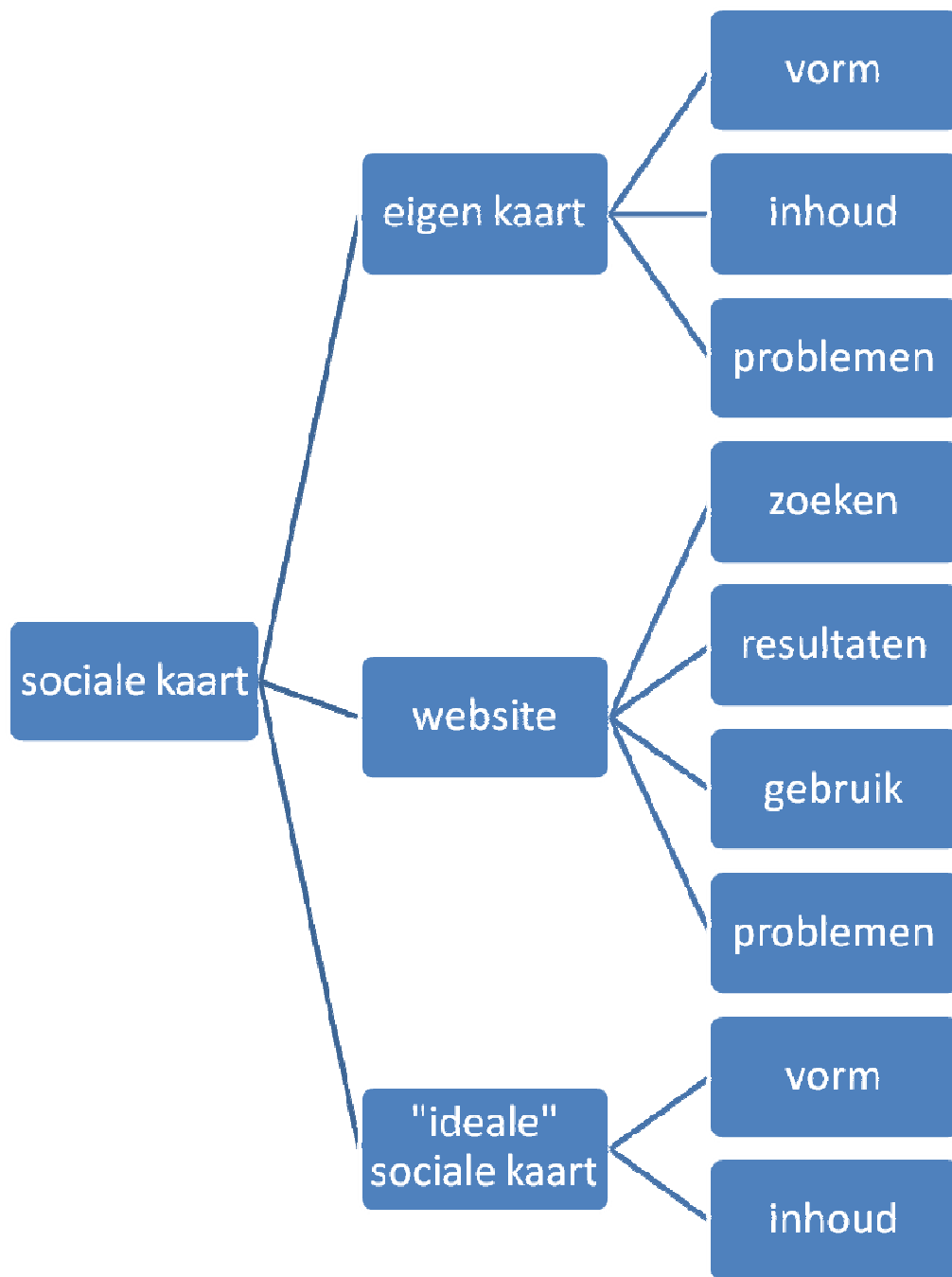
- Zoekt vlot?
- Wat is positief aan het gebruik, wat negatief?
- Zou je de site zelf gebruiken? Waarom wel/niet?

- Wat dient er te veranderen? Hoe kan het beter?

5: Sociale kaart in kader van decreet eerste lijn

- Hoe zou de sociale kaart die door de SELs zal moeten opgesteld worden er best uitzien?
- Wat moet je ermee kunnen doen?
- Wat moet er zeker inzitten?
- Wat zijn de gegevens die je per item zou willen ter beschikking hebben?

Bijlage 2. Codelijst semigestructureerd interview



Bijlage 3. Welke disciplines moeten in de sociale kaart zitten?

Verpleegkundigen
Kinesisten
Psychologen
Psychiaters
Apotheken
Bandagisten
Diabeteseducator
Diëtisten
Huisartsen
Logopedisten
Organisaties
Podoloog
Psychiatrisch ziekenhuis
Psychologisch centrum
Specialist
Zorgcoördinator

gerangschikt volgens frequentie van vermelding tijdens de interviews

Bijlage 4. Casussen.

Selectie van enkele van de gebruikte casussen.

Casus 1:

Vrouw 94j, chronische pijnproblematiek. Zij woont nog alleen. Reeds verschillende keren was er de mogelijkheid om naar een rusthuis te verhuizen, elke keer weigerde ze echter. Zelf heeft ze geen kinderen. Zij heeft een nicht die haar dagelijks bezoekt. Dikwijls doet zij 's nachts beroep op de familie wegens pijnklachten. Zij voelen zich verplicht van dan naar haar toe te komen en de dokter van wacht te laten komen. Wanneer de dokter van wacht dan komt blijkt er niets aan de hand te zijn. Deze situatie weegt zwaar op de familie.

Casus 2:

Vrouw 73j, uitbehandeld borstcarcinoom. Mevrouw is weduwe en woont alleen. Na haar thuiskomst uit het ziekenhuis is zij nog zelfredzaam en besluit geen bijkomende zorg in te schakelen. Haar 4 kinderen nemen de zorg afwisselend op.

Na enkele dagen gaat mevrouw somatisch sterk achteruit.

Na overleg wordt de volgende hulp ingeschakeld:

- Thuisverpleging (via mutualiteit, wit-gele kruis, zelfstandige)
- Gezinszorg
- Palliatieve thuiszorg

Aan de familie wordt informatie gegeven over de mogelijkheid tot het aanvragen van palliatief verlof. Als tegemoetkoming in de onkosten die de thuiszorg met zich meebrengt wordt de palliatieve premie besproken.

Casus 3:

Man, 38j, werkt reeds verschillende jaren als arbeider op hetzelfde bedrijf. Hij helpt bij het laden en lossen van goederen. De werkdruk is de laatste jaren steeds verhoogd.

Verschillende van zijn collega's zijn in een depressie geraakt en met het werk gestopt. De bedrijfsleiders lossen dit op door interim werkrachten aan te nemen. Gisteren raakten de gemoederen verhit toen er een meningsverschil was tussen de patiënt en één van de

interimkrachten. De patiënt heeft de problemen reeds verschillende keren voorgelegd aan de manager, maar dit zonder succes.

De man vraagt waar hij met zijn probleem terecht kan.

Casus 4:

Jonge vrouw, 32 jaar, gehuwd en 1 kind. Werkt halftijds als begeleider in een dagopvangcentrum voor zorgbehoevende bejaarden.

In voorgeschiedenis: operatief behandeld voor baarmoedercarcinoom. Vader behandeld voor een hersentumor en moeder voor een borstcarcinoom.

De vrouw krijgt opmerkingen van haar bazin over haar functioneren. Ze zou te weinig flexibel zijn.

Zij meldt zich aan met klachten van extreme vermoeidheid en lusteloosheid. Ze ziet er ook wat onverzorgd uit en weent bijna continu.

Casus 5:

Aanpassingen aan de woning.

Man 42j, sinds een motorongeluk is hij verlamd aan de onderste ledematen. Zijn vrouw liet hem in de steek en hij woont momenteel alleen. Om voor zichzelf te kunnen zorgen zouden er aanpassingen aan de woning dienen te gebeuren. Hij is zelf reeds begonnen met het installeren van een badkamer op het gelijkvloers.

Waar kan hij terecht voor hulp bij de werkzaamheden? Zijn er financiële tegemoetkomingen waarvan hij gebruik kan maken?

Referenties

- 1) Interprovinciale sociale kaart [online]. 2005 [geraadpleegd 2009 mei 7]. Beschikbaar via: URL: <http://www.desocialekaart.be/>
- 2) Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. J Epidemiol Community Health. 2007;61;966-971.
- 3) Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M, et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. Family Practice. 2006;23:137–147.
- 4) Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Boom onderwijs; 2005.
- 5) Billiet J, Waeye H, editors. Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2001.
- 6) Seuntjens L. Sociale problemen in de huisartsgeneeskunde [online]. 2004 [geraadpleegd 2009 april 26]. Beschikbaar via: URL: <http://www.icho.be/infotheek/index.asp>
- 7) Theseas.be [online]. 2003 [geraadpleegd 2010 april 25]. Beschikbaar via: URL: <http://www.theseas.be/>
- 8) Zorgzoeker [online]. 2010 [geraadpleegd 2010 april 25]. Beschikbaar via: URL: <http://www.zorgzoeker.be/>