

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en
beleidsaanbevelingen voor de organisatie van ouderenzorg**

Jochen Bergs
Bianca Ceccarelli
Kim Daniels
Melissa Desmedt
Johan Hellings
Evi Lemmens
Ward Schrooten
Dorien Ulenaers



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2021/12

SWVG-Rapport 60

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van ouderenzorg

Promotor: Prof. dr. Jochen Bergs^{1,2}

Copromotor: Prof. dr. Ward Schrooten¹, Prof. dr. Johan Hellings¹

Onderzoekers: Dr. Melissa Desmedt¹, Dorien Ulenaers¹, Kim Daniels^{1,2}, Evi Lemmens³, Bianca Ceccarelli¹

¹ Universiteit Hasselt, Faculteit Geneeskunde & levenswetenschappen

² PXL

³ UCLL

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegeleverde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 60

Juli 2021

Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van ouderenzorg

Promotor: Prof. dr. Jochen Bergs^{1,2}
Copromotor: Prof. dr. Ward Schrooten¹, Prof. dr. Johan Hellings¹
Onderzoekers: Dr. Melissa Desmedt¹, Dorien Ulenaers¹, Kim Daniels^{1,2}, Evi Lemmens³, Bianca Ceccarelli¹

¹ Universiteit Hasselt, Faculteit Geneeskunde & levenswetenschappen

² PXL

³ UCLL

Samenvatting

Dit onderzoeksproject, uitgevoerd tussen 1 november 2020 en 30 juni 2021, had als doel om de zorgorganisatie van de residentiële ouderenzorg, met een focus op Limburg, te analyseren door na te gaan hoe de samenwerking rond de oudere persoon met specifieke zorgnoden in de residentiële context concreet georganiseerd wordt. Bijkomend werden actoren bevestigd over het verloop van deze samenwerkingen in de praktijk en hun betekenis tijdens de COVID-19-pandemie. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Het onderzoek bestond uit vier werkpakketten: (1) een **desk research** van beleidsdocumenten die het formele beleid met betrekking tot samenwerking rond de oudere persoon in residentiële voorzieningen beschrijven; (2) een **netwerkanalyse** aan de hand van een brede online bevestiging binnen de Limburgse woonzorgcentra om na te gaan hoe de samenwerkingen in de praktijk verlopen; (3) een **sense-making approach**, waar via interviews met diverse (zorg)actoren betekenis gegeven wordt aan de verhouding tussen het theoretisch netwerk rond de oudere persoon in de residentiële context en het effectief gecreëerde netwerk tijdens de COVID-19-pandemie; en (4) een formulering van **beleidsaanbevelingen** op basis van de resultaten uit de voorgaande werkpakketten.

Desk research

Drie beleidsdocumenten vormen het globale kader voor deze samenwerkingsverbanden. In het **zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (KB van 26/03/14)** staat de **pluridisciplinaire aanpak** centraal om **zorgcontinuïteit** te garanderen. De externe liaison wordt naar voren geschoven om transitie tussen ziekenhuis- en eerstelijnszorg te faciliteren. Het **woonzorgdecreet (15/02/19)** legt de nadruk op **autonomie en levenskwaliteit** van de oudere persoon die verblijft in gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg. Dit decreet verplicht woonzorgcentra om samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met, onder andere, een erkende geriatrische dienst van één of meerdere ziekenhuizen. Tenslotte komt in het **eerstelijnsdecreet (26/04/19)** de optimalisatie van **zorgkwaliteit**

als doelstelling aan bod. Woonzorgcentra nemen een rol op in de zorgraad van de eerstelijnszone, als belangrijke actor in deze setting. Tijdens de COVID-19-pandemie werden enkele **tijdelijke maatregelen** geïntroduceerd, gericht op specifieke, bijkomende ondersteuning voor (1) zorgondersteuning door de ziekenhuizen; (2) samenwerking binnen de eerstelijnszone; en (3) compensatiemaatregelen voor de woonzorgcentra. Deze drie beleidsdocumenten en tijdelijke maatregelen vormden tijdens de COVID-19-pandemie het **kader** waarin de **samenwerking tussen zorginstellingen** (en specifiek met de woonzorgcentra) opgestart en/of versterkt kon worden.

Netwerkanalyse

De online vragenlijst werd ingevuld door 86 respondenten uit 51 (50.5%) **Limburgse woonzorgcentra**. De deelnemers vertegenwoordigen voornamelijk directieleden (n=34, 39.5%), hoofdverpleegkundigen (n=12, 13.9%), verpleegkundigen (n=8, 9.3%) en coördinerend en raadgevend artsen (n=8, 9.3%). Twee op drie respondenten (n=56, 65.1%) rapporteerden één of meerdere samenwerkingsrelaties met actoren uit andere organisaties. Gezamenlijk beschreven deze 86 respondenten 729 rechtstreekse contacten uit 112 organisaties. Organisaties waar voornamelijk beroep op gedaan werd voor samenwerking, waren: de Limburgse ziekenhuizen (n=191, 26.2%), de lokale besturen (n=65, 8.9%), huisartsenpraktijken (n=59, 8.1%) en het Agentschap Zorg & Gezondheid (n=45, 6.2%).

Uit de resultaten blijkt bovendien dat vooral **directieleden en coördinerend en raadgevend artsen samenwerkingsrelaties aangingen met zorgprofessionals uit andere organisaties**. Het merendeel van de interacties was eenmalig (36%). Vervolgens rapporteerden respondenten maandelijkse (31%), wekelijkse (22%) en dagelijkse contacten (10%). De meerderheid van de respondenten (86%) was (zeer) tevreden over de beschreven interacties, anderen waren eerder neutraal (10%) en slechts een minderheid was (zeer) ontevreden (3.4%).

Meer dan de helft van de gerapporteerde samenwerkingsrelaties (60.5%) bleek reeds **structureel aanwezig te zijn vóór de COVID-19-pandemie**. Eén op vijf samenwerkingsrelaties (18.7%) bleken tijdelijk georganiseerd te zijn tijdens de pandemie en nogmaals één op vijf samenwerkingsrelaties (20.9%) waren **nieuwe initiatieven, waarvan respondenten potentieel zagen op lange termijn**. Er blijkt **veel diversiteit te zijn in hoe organisaties hun netwerken vormden voor de COVID-19-pandemie**. De resultaten tonen dat organisaties met reeds een uitgebreid netwerk vóór de pandemie een beperkt aantal nieuwe samenwerkingsrelaties aangingen. Ook stellen we vast dat in sommige gevallen de decretaal beschreven samenwerkingsverbanden pas geïnitieerd werden tijdens de COVID-19-pandemie. Dit was onder meer het geval voor de samenwerkingsrelaties met ziekenhuizen en voor de netwerken rond de coördinerend en raadgevend artsen.

De **inhoud van de samenwerking** bleek voornamelijk gefocust op het uitwisselen van **zorginhoudelijke expertise** (n=362, 49.7%), **infectiebestrijding** (n=299, 41.0%), **zorgorganisatie** (n=268, 36.8%) en **zorglogistiek** (n=192, 26.3%). Factoren die een (belangrijke) **positieve impact op samenwerking** hebben, zijn de **aanwezigheid van een specifieke expertise bij de gecontacteerde actor** (n=39, 92.8%) of het hebben van een **persoonlijke relatie** met de contacten (n=32, 76.2%). Twee op drie respondenten (n=26, 65%) gaven aan dat de **tijdelijke maatregelen van de Vlaamse Regering omtrent financiering van ouderenzorg (24/04/20 en 17/07/20)** een (belangrijke) positieve impact hadden op de samenwerking. De **functionele binding** met ziekenhuizen en de **geriatrische liaison functie** hadden in meer dan de helft van de samenwerkingsrelaties (n=24, 58.5%) een positieve impact op samenwerking.

Respondenten beschreven hun **samenwerkingsrelaties met (actoren in) ziekenhuizen en de eerstelijnszones als waardevol**. Ook de samenwerking met de koepelorganisatie waartoe het woonzorgcentrum

behoorde en de intrasectorale samenwerking tussen coördinerend en raadgevend artsen werden vermeld als samenwerkingen die als voorbeeld konden dienen voor de toekomst.

Sense-making approach

In de **interviews** met **19 sleutelfiguren** uit diverse sectoren binnen de gezondheidszorg werd bevestigd dat de COVID-19-pandemie zorgde voor een **intensifiëring van de samenwerking tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen**. Dit uitte zich onder de vorm van frequente multidisciplinaire online overlegmomenten, personeelsversterking ter plaatse, (online of fysieke) opleidingen en/of het aanleveren van materialen. Tijdens de COVID-19-pandemie gingen **ziekenhuizen effectief outreachend** te werk, wat voor beide organisaties een **boeiende wisselwerking** bleek te zijn. Ook binnen de **eerstelijnszones** werden stappen gezet om **intersectoraal af te stemmen**. Hoewel de structuur van eerstelijnszones zich nog in een opstartfase bevond op het moment van de COVID-19-pandemie, erkennen interviewees de potentiële meerwaarde van deze structuren. Intrasectoraal samenwerken bleek echter een uitdaging te zijn. Interviewees wijten dit aan de beperkte financiële middelen voor woonzorgcentra, waardoor voorrang wordt gegeven aan verzorgend personeel in plaats van een uitgebreider middenkader, wat een impact heeft op de professionalisering en het ontwikkelen van samenwerkingsrelaties met andere organisaties.

Beleidsaanbevelingen

Op basis van de resultaten uit voorgaande werkpakketten, werd een aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd. Op structureel niveau wordt aanbevolen om (1) bestaande samenwerkingsverbanden, waarvoor reeds een kader werd uitgewerkt, duurzaam te implementeren; (2) in te zetten op translationeel onderzoek inzake innovatie in zorgorganisatie; (3) de implementatie van systemen voor (digitale) informatieoverdracht te versnellen; (4) erkenningscriteria inzake organisatorische veerkracht te herevalueren. De aanbeveling op organisatorisch niveau focust op (5) het belang van de eerstelijnszone en regionale zorgzones als structuur om samenwerking te ondersteunen, te stimuleren en verder uit te werken. Op professioneel niveau wordt aanbevolen om (6) de verpleegkundig specialist te introduceren in de residentiële ouderenzorg en (7) de rolinvulling van de coördinerend en raadgevend arts te optimaliseren. De klinische aanbeveling tenslotte ijvert voor (8) de integratie van geestelijke gezondheidszorg in de woonzorgcentra.

Inhoud

Lijst tabellen		10
Lijst figuren		10
Hoofdstuk 1	Inleiding	11
Hoofdstuk 2	Onderzoeksdoelstelling en -vraag	13
Hoofdstuk 3	Methodologie	15
1	Design & setting	15
2	Werkpakket 1: <i>Desk research</i>	16
3	Werkpakket 2: Netwerkanalyse	16
4	Werkpakket 3: Sense-making approach	19
5	Werkpakket 4 Beleidsaanbevelingen	19
Hoofdstuk 4	Het formele beleid rond de oudere persoon in de residentiële context: resultaten uit de desk research (WP 1)	21
1	Samenvatting van de resultaten uit de <i>desk research</i>	21
2	Beschrijving van de bevindingen	21
2.1	Samenwerkingen pre-COVID-19	22
2.2	Samenwerking tijdens de COVID-19-pandemie	26
Hoofdstuk 5	De bestaande samenwerkingsverbanden rond de oudere persoon in de residentiële context: resultaten uit de netwerkanalyse (WP 2)	29
1	Samenvatting van de resultaten uit de netwerkanalyse	29
2	Beschrijving van de bevindingen	30
2.1	Karakteristieken van de respondenten	30
2.2	Organisaties waarmee samenwerking werd aangegaan	31
2.3	Actoren waarmee samenwerking werd aangegaan	32
2.4	Kenmerken van de samenwerking	33
2.5	Perceptie over de samenwerking	38
2.6	Inhoud van de samenwerking	38
2.7	Impactfactoren voor samenwerking	39
2.8	Inspirerende ervaringen en aanbevelingen voor het toekomstig beleid	40

Hoofdstuk 6	Het effectief gecreëerde netwerk rond de oudere persoon in de residentiële context: resultaten uit de <i>sense-making approach</i> (WP 3)	43
1	Samenvatting van de resultaten uit de <i>sense-making approach</i>	43
2	Beschrijving van de bevindingen	43
2.1	Karakteristieken van de respondenten	44
2.2	Hoe worden de verschillende samenwerkingsrelaties van de woonzorgcentra ingevuld in de praktijk?	44
2.3	Welke ondersteuning werd tijdens de COVID-19-pandemie op basis van de verschillende samenwerkingsverbanden concreet aangereikt aan de woonzorgcentra?	48
2.4	Wat was de toegevoegde waarde van de geriatrische liaisonfunctie en de eerstelijnszone voor de ondersteuning van de woonzorgcentra?	51
2.5	Hoe hebben de betrokken zorgprofessionals de diverse samenwerkingen tijdens de COVID-19-pandemie ervaren en geëvalueerd?	52
Hoofdstuk 7	Gerichte beleidsaanbevelingen om de organisatie van zorg rond de oudere persoon in de residentiële context te verbeteren (WP 4)	55
1	Aanbeveling 1: Een duurzame implementatie van bestaande samenwerkingsverbanden waarvoor reeds een kader werd uitgewerkt	55
2	Aanbeveling 2: Inzetten op translationeel onderzoek inzake innovatie in zorgorganisatie	56
3	Aanbeveling 3: Implementatie van systemen voor (digitale) informatieoverdracht versnellen	56
4	Aanbeveling 4: Herevaluatie van erkenningscriteria inzake organisatorische veerkracht	57
5	Aanbeveling 5: Het belang van de eerstelijnszones en regionale zorgzones als structuur om de samenwerkingen te ondersteunen, te stimuleren en verder uit te werken	57
6	Aanbeveling 6: De introductie van een verpleegkundig specialist in de residentiële ouderenzorg	58
7	Aanbeveling 7: Een optimalisatie van de rolinvulling van de coördinerend en raadgevend arts	59
8	Aanbeveling 8: Integreeren van geestelijke gezondheidszorg in de woonzorgcentra	61
Hoofdstuk 8	Discussie	63
Hoofdstuk 9	Conclusie	69

Appendices	71
1 Appendix 1: Interviewgids voor de verkennende gesprekken tijdens de <i>desk research</i>	71
2 Appendix 2: Informatie- en toestemmingsformulier voor de interviews tijdens de <i>desk research</i>	72
3 Appendix 3: Vragenlijst i.k.v. de netwerkanalyse	74
4 Appendix 4: Informatiebrief voor directieleden van de woonzorgcentra i.k.v. de netwerkanalyse	79
5 Appendix 5: Uitnodigingsmail voor respondenten i.k.v. de netwerkanalyse	80
6 Appendix 6: Poster voor respondenten i.k.v. de netwerkanalyse	81
7 Appendix 7: Informatie- en toestemmingsformulier voor respondenten i.k.v. de netwerkanalyse	82
8 Appendix 8: Interviewgids voor de interviews i.k.v. de <i>sense-making approach</i>	85
9 Appendix 9: informatie- en toestemmingsformulier i.k.v. de interviews tijdens de <i>sense-making approach</i>	86
10 Appendix 10: Overzicht van de beleidsdocumenten uit de <i>desk research</i>	88
11 Appendix 11: Lijst van organisaties waarmee respondenten samenwerkten (i.k.v. de netwerkanalyse)	89
12 Appendix 12: Frequentie van de samenwerkingsverbanden tijdens de COVID-19-pandemie (i.k.v. de netwerkanalyse)	93
13 Appendix 13: Inhoud van de samenwerkingen (i.k.v. de netwerkanalyse)	94
14 Appendix 14: Tabel voor thematisch bundelen van interviewresultaten	95
Referenties	99

Lijst tabellen

Tabel 1	Netwerkanalyse Interacties tussen zorgactoren	33
Tabel 2	Netwerkanalyse Impactfactoren bij het tot stand komen of onderhouden van samenwerking	39
Tabel 3	Sense-making Profiel van de interviewkandidaten	44
Tabel 4	Beleidsaanbevelingen Overzicht	55

Lijst figuren

Figuur 1	Desk research Overzicht van de relevante beleidsdocumenten op vlak van samenwerking	28
Figuur 2	Netwerkanalyse Profiel van de respondenten	30
Figuur 3	Netwerkanalyse Organisaties waarmee vanuit de woonzorgcentra werd samengewerkt	31
Figuur 4	Netwerkanalyse Frequentie van interactie tijdens de COVID-19-pandemie	34
Figuur 5	Netwerkanalyse Structurele samenwerking voor de COVID-19-pandemie	35
Figuur 6	Netwerkanalyse Tijdelijke samenwerking tijdens de COVID-19-pandemie	36
Figuur 7	Netwerkanalyse Samenwerking tijdens de COVID-19-pandemie met potentieel op lange termijn	37
Figuur 8	Netwerkanalyse Inhoud van de samenwerking	38

Hoofdstuk 1

Inleiding

De **COVID-19-pandemie** is een urgente en belangrijke bedreiging voor de wereldwijde gezondheidszorg. Hoewel de gevolgen voor de economie, het sociale leven en het welzijn nog niet volledig zijn vastgesteld, mag gesteld worden dat de impact van het SARS-CoV-2-virus op de samenleving groot is.

De cijfers van Sciensano spreken voor zich: **1 075 765 bevestigde COVID-19 gevallen, 79 914 ziekenhuisopnames en 25 081 mensen overleden aan de gevolgen van deze ziekte in België (dd. 13/06/2021)**. Naast de verhoogde mortaliteit en morbiditeit, zal de impact op de gezondheidszorg op lange termijn nog groter zijn door uitgestelde behandelingen, laattijdige diagnoses van belangrijke ziekten en de impact op het psychosociaal welzijn van velen. De pandemie was bovendien een stresstest voor het gezondheidszorgsysteem. De structuur en capaciteit werden flink op de proef gesteld, onder andere door de nood aan bijkomende bedden capaciteit voor intensieve zorgen, tekorten aan bepaalde apparatuur en beschermingsmiddelen, en de uitval van personeel door ziekte. Daarnaast was de impact op de zorgverstrekkers, in termen van fysieke en emotionele werkbelasting, groot. Diverse actoren binnen het gezondheidszorgsysteem (zowel zorgorganisaties als -verleners) kregen een nieuwe (taak)invulling, zo moesten woonzorgcentra zich plots als ziekenhuizen gaan gedragen. Er ontstonden ook nieuwe samenwerkingsverbanden, en het belang van een goede invulling van bestaande samenwerkingen trad naar de voorgrond.

Een doelgroep die **in de COVID-19-pandemie bijzonder kwetsbaar** bleek, was de **oudere bevolking**. Ouderen lopen, door hun toenemende kwetsbaarheid, vaak een groter risico om een ernstige ziekte en ernstige complicaties te ontwikkelen door bestaande onderliggende (chronische) aandoeningen. De door Chen *et al.*, gepubliceerde studie in 2020 heeft aangetoond dat ouderen die besmet zijn met het SARS-CoV-2-virus het hoogste sterftcijfer hebben. Sinds de start van de registratie, midden maart 2020, waren **51.2% van het totaal aantal COVID-19 sterfgevallen in België bewoners van woonzorgcentra** (Sciensano, 2021a). Bewoners en personeel van woonzorgcentra waren de eerste prioritaire groep binnen de Belgische vaccinatiestrategie tegen COVID-19 (Sciensano, 2021b). De vaccinatiecampagne voor deze groep vond plaats van einde december 2020 tot einde maart 2021. De bereikte vaccinatiegraad onder bewoners van de woonzorgcentra ligt zeer hoog (*i.e.*, nationaal gemiddelde van 89.4%). De gunstige effecten van de massale vaccinatie uitte zich in een daling van het aantal clusters van bevestigde gevallen in woonzorgcentra, maar ook in een reductie in het aantal ziekenhuisopnames en sterfgevallen onder de Belgische bewoners van woonzorgcentra.

Bij aanvang van de pandemie werd duidelijk dat **residentiële voorzieningen voor oudere personen over te weinig capaciteit** (zowel kennis, personeel en middelen) beschikken om patiënten met een ernstige COVID-19 infectie op de best mogelijke wijze te behandelen. Hierdoor nam de druk op deze organisaties en hun medewerkers beduidend toe, waardoor de kwaliteit van zorg onder spanning kwam te staan. Veranderende noden, de vergrijzing, de intensivering van zorg, het pijnlijke tekort aan personeel, de financiële houdbaarheid zorgde reeds voor de COVID-19-pandemie dat de ouderenzorgsector voor grote uitdagingen staat. De pandemie bracht de structurele onderfinanciering, en de daaraan verbonden gevolgen, op een pijnlijke manier onder de aandacht.

Uit een rapport van Artsen Zonder Grenzen (2020) uit de eerste golf van de COVID-19-pandemie bleek bijvoorbeeld dat slechts 54% van de woonzorgcentra voldoende beschermende schorten ter beschikking

had, dat slechts 64% voldoende FFP2 maskers had, dat meer dan één op de zes woonzorgcentra niet beschikte over geschikte virusdodende producten, dat de ontsmetting van het medisch materiaal in 19% van de gevallen ontoereikend was, dat slechts 53% van de woonzorgcentra vond dat hun personeel voldoende geïnformeerd was over COVID-19 en de risico's van besmetting, dat de doorverwijzing naar ziekenhuizen daalden van 86% naar 57% tijdens de pandemie en dat het personeel geconfronteerd werd met extreme werkomstandigheden die een impact hadden op onder meer het mentaal welzijn (4).

Tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie bleek een **goede samenwerking tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra van cruciaal belang**. In het licht van de COVID-19-pandemie heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van België dan ook een kader goedgekeurd om de steun van de ziekenhuissector aan de ouderensector te vergemakkelijken. Dit kader bouwt verder op de reeds voorziene geriatrische liaisonfunctie en bestaande samenwerkingsverbanden tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen én somt de verschillende vormen van ondersteuning op die de ziekenhuizen kunnen aanbieden aan de woonzorgcentra. Het voorziet erin dat ziekenhuizen onder meer steun kunnen verlenen aan woonzorgcentra door het verstrekken van expertise, bestaffing, uitrusting/producten en ondersteuning bij het proces van screening en follow-up. In de praktijk is er echter een grote variabiliteit in de implementatie ervan. De aanpak, formele en informele organisatie en de opvolging ten aanzien van de verschillende uitdagingen van COVID-19 kregen diverse invullingen, met mogelijk suboptimale impact van dergelijke beleidsbeslissingen.

In de nasleep van de eerste golf van de COVID-19-pandemie hebben verschillende deelstaten hun **ouderenzorgsector en ziekenhuissector** gevraagd om **(lokale) afspraken, plannen, akkoorden of conventies** te sluiten met betrekking tot deze samenwerking. De bedoeling daarvan was de afspraken die eventueel al bestonden, op meer formele of informele wijze, te updaten en te documenteren met het oog op een tweede en derde golf. De doelstelling was om de voorzieningen voor ouderenzorg aan te zetten om samen met de ziekenhuizen concrete afspraken te maken en dit ook beknopt en actiegericht vast te leggen, rekening houdend met de noden van de residentiële voorzieningen voor oudere personen enerzijds en de capaciteiten van de ziekenhuizen anderzijds.

Ook de **provincie Limburg werd hard getroffen door de pandemie** (Universiteit Hasselt, 2020). De getuigenissen in dit boek geven aan dat het tijdens de pandemie niet ontbrak aan goodwill of onderlinge connecties tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra. Er werd in vraag gesteld of het kader voor samenwerking voldoende duidelijk was. In crisismodus was er onvoldoende tijd om hiervoor een structuur uit te werken. De eerstelijnszone bleek een goede structuur te zijn om gezamenlijk oplossingen te zoeken voor heel concrete problemen. Tegelijkertijd maakte de crisis ook duidelijk dat de weg naar een patiëntgerichte, geïntegreerde, holistische zorg nog een lang af te leggen traject is.

Hoofdstuk 2

Onderzoeksdoelstelling en -vraag

In Vlaanderen was en is de impact van de COVID-19-pandemie groot, in het bijzonder voor de oudere bevolking. Woonzorgcentra werden hierdoor uitgedaagd om snel en daadkrachtig te handelen en samenwerkingen aan te gaan met collega's in andere woonzorgcentra, ziekenhuizen, de eerstelijnszorg, ... De doelstelling van deze studie was niet om deze processen inhoudelijk te analyseren, noch om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg. Dit onderzoeksproject had als doel om de zorgorganisatie van de residentiële ouderenzorg in Limburg te analyseren, door te kijken hoe residentiële voorzieningen voor ouderenzorg zich verhouden ten aanzien van andere zorgactoren en welke samenwerkingen hierdoor werden uitgebouwd. En dit zowel onderling, met de ziekenhuizen, met de eerstelijnszones, de huisartsen, de zorgzame buurt, ... Met andere woorden: hoe is de samenwerking rond de oudere persoon met specifieke zorgnoden in de residentiële context concreet georganiseerd, hoe verliep ze in de praktijk, wat betekende dit ten aanzien van de COVID-19-pandemie en welke beleidsaanbevelingen kunnen daaruit afgeleid worden?

Dit resulteert in volgende specifieke onderzoeksvragen:

1. Hoe zijn de verschillende samenwerkingsrelaties ten aanzien van ouderen met specifieke zorgnoden in de residentiële ouderenzorg vandaag georganiseerd?
2. Hoe worden deze verschillende samenwerkingsrelaties ingevuld in de praktijk?
3. Welke ondersteuning ten aanzien van de COVID-19-pandemie kon — op basis van de verschillende samenwerkingsrelaties — concreet aangereikt worden in de praktijk?
4. Welke impact kon ontwikkeld worden vanuit de geriatrische liaisonfunctie, de eerstelijnszones en het netwerk?
5. Welke evaluatie en ervaringen kunnen aangereikt worden door de betrokken zorgprofessionals?
6. Wat kunnen we hieruit leren en aanbevelen aan het beleid?

Hoofdstuk 3

Methodologie

1 Design & setting

Dit onderzoeksproject werd uitgevoerd in de provincie Limburg van begin november 2020 tot einde juni 2021. Om een antwoord te formuleren op genoemde onderzoeksvragen, werd een bevraging georganiseerd in de Limburgse woonzorgcentra. Daarnaast werden ook interviews afgenomen om inzicht te krijgen in de betekenis van de samenwerkingsrelaties.

De rechtvaardiging voor deze aanpak kan gevonden worden in de doelstelling van deze studie, namelijk het verkrijgen van inzicht in de algemene perceptie over samenwerkingsverbanden – in het licht van de COVID-19-pandemie – om gerichte beleidsaanbevelingen te formuleren voor de organisatie van de ouderenzorg.

Beleidsvaluatieonderzoek richt zich op de aanvaardbaarheid en effectiviteit van een regelgevend kader. Het was niet onze bedoeling om evoluties in de tijd vast te leggen, noch om de implementatie en uitvoering van individuele programma's te beoordelen. Daarbij is een brede en generalistische aanpak te verantwoorden.

Dit onderzoek omvatte **vier verschillende werkpakketten**:

- Een **desk research** van alle beleidsdocumenten die het formele beleid rond de oudere persoon in residentiële voorzieningen beschrijven. Dit geeft resulteert in het theoretisch geconstrueerd netwerk rond de oudere persoon. De focus was gericht op samenwerkingsverbanden tussen woonzorgcentra onderling, tussen woonzorgcentra en andere zorgactoren zoals de ziekenhuizen, de interactie met de eerste lijn, ... We focusten ons hierbij op de reeds bestaande samenwerkingsinitiatieven zoals omschreven in beleidsdocumenten (Koninklijke Besluiten, Decreten, ...);
- Een **netwerkanalyse** aan de hand van een brede online bevraging binnen de Limburgse woonzorgcentra om na te gaan hoe dit formele beleid en dus de bestaande samenwerkingsverbanden in de praktijk verlopen, met als doel de samenwerkingen met en van de woonzorgcentra in Limburg in kaart te brengen;
- Een **sense-making approach** om na te gaan hoe het theoretisch netwerk zich verhoudt tot het effectief gecreëerde netwerk rond de oudere persoon in de residentiële context tijdens de COVID-19-crisis aan de hand van interviews en dit met diverse (zorg)actoren;
- Een formulering van **beleidsaanbevelingen** op basis van de resultaten uit de voorgaande werkpakketten.

2 Werkpakket 1: Desk research

Dit werkpakket, uitgevoerd in november-december 2020, beoogde de zorgorganisatie rond de oudere persoon in de residentiële context te beschrijven alsook de bestaande samenwerkingsverbanden te analyseren, zoals beschreven in beleidsdocumenten. Het onderzoeksteam inventariseerde alle mogelijk relevante beleidsdocumenten: Koninklijke Besluiten, decreten, beleidsnota's... Deze documenten werden grondig geanalyseerd en tijdens de wekelijkse overlegmomenten met het voltallige onderzoeksteam besproken om relevantie en inclusie na te gaan. Tijdens het doornemen van deze beleidsdocumenten, konden bijkomende documenten worden geïdentificeerd en toegevoegd aan de lijst.

Het onderzoeksteam hield een gezamenlijk document en matrix bij waarin alle documenten werden gedocumenteerd om zo de diverse samenwerkingen rond de oudere persoon in de residentiële context samen te vatten. De resultaten werden neergeschreven/beschreven en de samenwerkingsverbanden werden gecategoriseerd onder enerzijds samenwerkingen pre-COVID-19 en anderzijds samenwerkingen die tijdens de COVID-19-pandemie zijn ontstaan. Tot slot werden de verschillende samenwerkingsverbanden ook gevisualiseerd in een samenvattende figuur (cfr. *Figuur 1*).

Aanvullend werden ook een aantal verkennende gesprekken gevoerd met diverse actoren en sleutelfiguren uit het beleid en/of de ouderenzorgsector om te toetsen in welke mate alle relevante documenten werden meegenomen in de verwerking van deze *desk research*. De interviewgids voor de verkennende gesprekken is terug te vinden in *Appendix 1*. Deze verkennende gesprekken leidden tot de inclusie van nog enkele bijkomende beleidsdocumenten en waren tevens een belangrijk toetsingsmoment om de volledigheid van de *desk research* na te gaan. Het verkennend gesprek werd digitaal georganiseerd via Google Meet en duurde maximaal 1 uur. Datum en tijdstip van het interview werden uitgekozen door de participant. De interviewees kregen de interviewgids op voorhand doorgestuurd, samen met het toestemmingsformulier (cfr. *Appendix 2*). Er namen telkens twee onderzoekers van het onderzoeksteam deel aan het verkennend gesprek, een als interviewer en een als notulist. Hierdoor kon de interviewer zich focussen op het gesprek terwijl de notulist gedetailleerd nota's kon nemen.

3 Werkpakket 2: Netwerkanalyse

Het tweede werkpakket, uitgevoerd van januari tot maart 2021, beoogde na te gaan hoe het formele beleid, en de bestaande samenwerkingsverbanden, zoals gedefinieerd uit werkpakket 1, in de praktijk verlopen. Het doel was om de samenwerkingen van en met de woonzorgcentra in Limburg in kaart te brengen, alsook na te gaan wat de kenmerken van deze samenwerkingen zijn (e.g., type, inhoud, frequentie, ...) en hoe deze gepercipieerd werden door de betrokken actoren binnen het woonzorgcentrum. Op die manier bekomen we inzichten in het functioneren van het netwerk van betrokken partners rond de oudere persoon in de residentiële context.

Social network analysis (SNA) is een wetenschappelijke methode om onderliggende netwerkstructuren te bestuderen. SNA is een krachtige techniek met als doel het karakteriseren en bestuderen hoe sociale relaties binnen een netwerk (bijvoorbeeld tussen personen, groepen of organisaties) tot stand komen en evolueren (Scott, 2016). SNA wordt veelvuldig ingezet in de sociale wetenschappen met als doel sociale netwerken te ontrafelen. Het wordt bovendien aanbevolen voor het ontwerpen en evalueren van complexe interventies met als doel complexe interacties binnen of tussen netwerken te begrijpen en te onderzoeken. Hierbij kan er gebruik gemaakt worden van zowel kwantitatieve als kwalitatieve data, maar veelal wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten om de netwerken in kaart te brengen. Een

netwerkanalyse beschouwt gezondheidszorgsystemen als sociale netwerken. Een netwerk is een sociale *graph* die bestaat uit nodes of knopen (*i.e.*, individu, groep of organisatie) en *edges* of lijnen tussen deze knopen (*i.e.*, relaties); met de mogelijkheid om gewichten toe te kennen aan deze relaties om de sterkte (of andere kwalitatieve eigenschappen) te kwantificeren. In plaats van zich uitsluitend te concentreren op de sterkte van de relaties, wordt ook nagegaan welke soorten relaties er zijn (Blanchet, 2012).

Voor de netwerkanalyse werd een vragenlijst opgesteld door het onderzoeksteam. Deze survey was gericht aan alle Limburgse woonzorgcentra en hun actoren. De vragenlijst was in het bijzonder bedoeld voor de actoren binnen het woonzorgcentrum die expliciet benoemd worden in de beleidsdocumenten en die tevens een goede kijk hebben op de bestaande samenwerkingsverbanden tussen en met de woonzorgcentra, waaronder de coördinerend en raadgevend artsen, directieleden, ergotherapeuten, (hoofd)verpleegkundigen, zorgkundigen, stafmedewerkers, maatschappelijk werkers, diëtisten en kinesisten. De vragenlijst (*cfr.* Appendix 3) bestond uit volgende delen:

- De **kenmerken van de respondent** waaronder: hoofdfunctie (e.g., coördinerend en raadgevend arts, directielid, ergotherapeut, verpleegkundige, ...), woonzorgcentrum van tewerkstelling, werkervaring (in aantal jaren) en tewerkstellingspercentage;
- Een overzicht van de **organisaties** (e.g., woonzorgcentra, ziekenhuizen, zelfstandige zorgverstrekkers, eerstelijnszones, overheidsinstanties, geestelijke gezondheidszorg, ...) waarmee de respondent minstens één keer rechtstreeks contact had in de periode van maart tot december 2020;
- Een overzicht van alle **actoren** (e.g., burgemeester, arts-specialist, huisarts, zorgcoördinator, verpleegkundige, ...) waarmee de respondent in het bijzonder contact had in kader van de gerapporteerde samenwerking(en);
- Enkele **kenmerken van de samenwerking** waaronder: de frequentie (eenmalig tot dagelijks), de inhoud (e.g., zorginhoudelijk, detachering van personeel, zorglogistiek, vorming, ...) en de aard (*i.e.*, structurele samenwerking van voor de COVID-19-pandemie, een tijdelijke samenwerking tijdens de COVID-19-pandemie of een tijdelijke samenwerking met potentieel op lange termijn);
- De **perceptie over de samenwerking**, gaande van zeer ontevreden tot zeer tevreden, alsook welke factoren de samenwerking(en) hebben ondersteund (e.g., beschikbare tijd, beschikbare capaciteit, bestaande financieringsmogelijkheden, ...);
- De **impact van bestaande factoren** (e.g., externe liaisonfunctie, organisatie van de eerstelijnszones, persoonlijke relaties, ...) en formele samenwerkingen zoals beschreven in de beleidsdocumenten (e.g., leidraad voor de zorgraden over het beheersen van COVID-19 heropflakkingen) op de samenwerking, gaande van een ernstige belemmering tot een belangrijke positieve impact;

De vragenlijst werd afgesloten met twee open vragen, enerzijds een vraag naar inspirerende voorbeelden van samenwerking (gedurende de periode maart - december 2020) en anderzijds een vraag naar aanbevelingen voor toekomstig beleid. De vragenlijst werd opgemaakt in *Qualtrics*, een gebruiksvriendelijk online platform dat door de Universiteit Hasselt wordt aangereikt, waarbij alle voorschriften en wetgeving inzake gegevensbescherming worden nageleefd. Dit platform maakt het mogelijk om online bevragingen te organiseren en tevens de technische complexiteit van deze vragenlijst en de uiteindelijke netwerkanalyse te omvatten.

Vooraleer de vragenlijst te verspreiden, werd deze getest op haalbaarheid en begrijpbaarheid door een vijftal personen uit de doelgroep (*target population*). Op basis van deze testresultaten werden enkele bijkomende actoren toegevoegd waarmee respondenten samenwerkingen aangingen en werd de optie voorzien om aan te geven dat men geen rechtstreekse samenwerkingen aanging. In de originele vragenlijst werden de dimensies van samenwerking (*e.g.*, doelstellingen, vertrouwen, connectiviteit, ...) voor elk contact bevestigd. Gezien alle testrespondenten aangaven dat de belasting hierdoor zeer hoog was, met een potentieel risico op drop-out, werd de perceptie rond samenwerking gereduceerd naar een algemene tevredenheidsscore over het contact (5-punten Likert schaal, gaande van zeer ontevreden tot zeer tevreden).

Om het onderzoek en het belang van deelname goed te kaderen bij de Limburgse woonzorgcentra werd er een informatiebrief, een uitnodigingsmail en een poster opgesteld (*cf.* Appendix 4-6). Gezien actoren in woonzorgcentra niet steeds beschikken over een professioneel e-mailadres, kon de poster gebruikt worden om meer informatie te geven over het onderzoek tot op niveau van elke afdeling binnen het woonzorgcentrum.

Er werd ook een toestemmingsformulier of *informed consent form* (ICF) opgemaakt (*cf.* Appendix 7). Deelnemers die zich akkoord verklaarden met het ICF kregen toegang tot de online vragenlijst. Een kopie van het ICF werd bijgevoegd bij de uitnodigingsmail.

De online survey werd via e-mail door één van de onderzoekers persoonlijk uitgestuurd naar alle directieleden van de Limburgse woonzorgcentra met de vraag om deze niet alleen zelf in te vullen, maar ook te verspreiden binnen de eigen organisatie, tot op het niveau van elke afdeling. De vragenlijst werd voor het eerst uitgestuurd op 22/02/2021. In de eerste week werd de vragenlijst ingevuld door 10 respondenten. Een eerste reminder werd via e-mail uitgestuurd op 01/03/2020 naar alle contactpersonen. Woonzorgcentra die reeds hadden deelgenomen, werden telefonisch gecontacteerd met de vraag om de vragenlijst nogmaals te verspreiden binnen de organisatie. Om de responsgraad te verhogen heeft het onderzoeksteam eveneens de woonzorgcentra met meerdere campussen telefonisch gecontacteerd in de week van 1/03/2021 om het onderzoek toe te lichten en het belang van deelname te onderstrepen. Deze telefonische duiding en een verificatie van de contactpersonen bleek nuttig en nodig. In de daaropvolgende week werden ook alle andere Limburgse woonzorgcentra telefonisch gecontacteerd. Een aantal woonzorgcentra gaven echter aan niet te kunnen of willen deelnemen en dit om meerdere redenen (*e.g.*, er was eerst een goedkeuring nodig binnen het lokaal bestuur, de organisatie participeerde enkel aan bevragingen vanuit koepelorganisaties, de organisatie werd op dat ogenblik overbevraagd, er was een turnover van leidinggevenden waardoor er geen ervaring was in de bevroegde periode, ...). Op 15 maart werd een laatste herinnering gestuurd naar alle woonzorgcentra die tenminste één keer deelnamen. Bijkomend werd op 16 maart een laatste oproep gelanceerd via e-mail aan alle woonzorgcentra die tot dan toe nog niet deelnamen. In functie van de zeer lage responsgraad bij de groep van de coördinerend en raadgevend artsen (namelijk 1 respondent) heeft het onderzoeksteam ook contact opgenomen met de eerstelijnszones in Limburg om de vragenlijst binnen de zone te verspreiden. In zes eerstelijnszones (*i.e.*, Haspengouw, Herkenrode, Kemp & Duin, Maasland, MidWestLim en West-Limburg) werd de uitnodiging opnieuw verspreid onder de coördinerend en raadgevend artsen, met een hogere responsgraad tot gevolg (*i.e.*, 8 bijkomende respondenten).

De antwoorden van de respondenten op de vragenlijst werden geanalyseerd in *R: A language and environment for statistical computing, version 4.0.1* (R core team, 2020). De netwerkanalyse werd uitgevoerd met het *tidygraph* pakket (Pederson, 2020). Voor de netwerkanalyse werd een gunstig

ethisch advies verleend door het Comité voor Medische Ethiek van Universiteit Hasselt (kenmerk: CME2021/011).

4 Werkpakket 3: Sense-making approach

In het derde werkpakket werd nagegaan hoe het theoretisch netwerk rond de oudere persoon (*cf. desk research*) zich verhoudt ten opzichte van het effectief gecreëerde netwerk tijdens de COVID-19-pandemie (*cf. netwerkanalyse*). De duurtijd van dit werkpakket was 3 maanden (maart-mei 2021). Er werd gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode en werden interviews georganiseerd met sleutelfiguren/actoren uit het werkveld. Er werden 19 actoren, in onderling akkoord tussen de onderzoekers en de stuurgroep van het project, gecontacteerd voor een interview. De actoren vertegenwoordigen verschillende sectoren (*e.g.*, ziekenhuizen, woonzorgcentra, ...) en functies (*e.g.*, directielid, geriatrische liaison, arts, verpleegkundige, coördinerend en raadgevend arts, ...).

Om specifieke bevindingen te kaderen, werd gebruik gemaakt van een *sense-making approach* (Weick, 1995). De argumentatie voor deze aanpak is terug te vinden in het doel van deze studie, namelijk het verkrijgen van inzicht omtrent de diverse vormen van samenwerkingen tussen zorgactoren of de afwezigheid daarvan, en dit gericht op de oudere persoon met specifieke zorgnoden in een residentiële context in tijden van de COVID-19-pandemie. Tijdens de individuele interviews met de sleutelfiguren hebben de onderzoekers geluisterd naar de ervaringen van de zorgprofessionals op het terrein, met het oog op *best practices* die betrekking hebben op de samenwerking rond de oudere persoon.

De interviewgids voor de interviews in kader van de *sense-making* is terug te vinden in *Appendix 8*. Tijdens dit interview werd in het bijzonder de focus gelegd op de toekomstige organisatie van zorg en welke beleidsaanbevelingen hieruit gedistilleerd kunnen worden. Met andere woorden: wat zijn de '*lessons learned*' uit de COVID-19-pandemie voor de toekomstige zorgorganisatie rond de oudere persoon in de residentiële context? Het interview vond online plaats via Google Meet of Microsoft Teams en duurde maximum 1,5 uren. Datum en tijdstip van het interview werden uitgekozen door de participant. De interviewgids en het toestemmingsformulier (*cf. Appendix 9*) werden op voorhand doorgestuurd naar de participanten. Er namen telkens twee leden van het onderzoeksteam deel aan het interview. Tijdens het interview namen beide onderzoekers notities aan de hand van de Cornell-methode: een notitiesysteem waarbij de kracht schuilt in de pagina-indeling met specifieke focus op: (1) duidelijke notities en aantekeningen op basis van de antwoorden van de respondenten, (2) kernwoorden/sleutelwoorden die de belangrijkste punten uit het interview kort en krachtig duiden en (3) een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit het interview en waarbij in hoofdzaak voornamelijk wordt gefocust op beleidsaanbevelingen.

5 Werkpakket 4 Beleidsaanbevelingen

Op basis van voorgaande werkpakketten werden tot slot beleidsaanbevelingen geformuleerd door het onderzoeksteam, met betrekking tot de zorgorganisatie en -organisatie rond de oudere persoon in de residentiële context.

Hoofdstuk 4

Het formele beleid rond de oudere persoon in de residentiële context: resultaten uit de desk research (WP 1)

1 Samenvatting van de resultaten uit de *desk research*

Er zijn diverse samenwerkingsverbanden rond de oudere persoon in de residentiële context beschreven. **Drie beleidsdocumenten** vormen het globale kader voor deze samenwerkingsverbanden, namelijk het 'zorgprogramma voor de geriatrische patiënt', het 'woonzorgdecreet' en het 'eerstelijnsdecreet'. In het **zorgprogramma voor de geriatrische patiënt** staat de **pluridisciplinaire aanpak** centraal om **zorgcontinuïteit** te garanderen, waarbij de externe liaison naar voren wordt geschoven om transitie tussen ziekenhuis- en eerstelijnszorg te faciliteren voor de individuele geriatrische patiënt. Het **woonzorgdecreet** legt de nadruk op **autonomie en levenskwaliteit** van de oudere persoon die verblijft in gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg. Woonzorgcentra zijn verplicht om samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met, onder andere, een erkende geriatrische dienst van één of meerdere ziekenhuizen. Tenslotte komt in het **eerstelijnsdecreet** de optimalisatie van **zorgkwaliteit** als belangrijke doelstelling aan bod, samen met de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. Woonzorgcentra nemen een rol op in de zorggraad van de eerstelijnszone, als belangrijke actor in deze setting.

Tijdens de COVID-19-pandemie werden enkele **tijdelijke maatregelen** geïntroduceerd, gericht op specifieke, bijkomende ondersteuning in volgende drie domeinen:

- Zorgondersteuning door de ziekenhuizen;
- Samenwerking binnen de eerstelijnszone;
- Compensatiemaatregelen voor de woonzorgcentra (e.g., extra personeelsinzet).

Deze drie beleidsdocumenten en tijdelijke maatregelen vormden tijdens de COVID-19-pandemie het **kader** waarin de **samenwerking tussen zorginstellingen** (en specifiek met de woonzorgcentra) tot ontplooiing kon komen (cfr. *Figuur 1*).

2 Beschrijving van de bevindingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten uit het eerste werkpakket, met name de bestaande samenwerkingsverbanden rond de oudere persoon in de residentiële context, zoals beschreven in beleidsdocumenten. Het volledige overzicht van de potentieel relevante beleidsdocumenten werd toegevoegd in *Appendix 10*. In deze lijst werden beleidsdocumenten opgenomen die dateren van voor de COVID-19-crisis (1-12) en wetteksten en besluiten die tot stand zijn gekomen tijdens de COVID-19-pandemie (13-19).

Zo werden vanuit de Federale en Vlaamse Overheid diverse nota's en besluiten opgemaakt met tijdelijke maatregelen of adviezen om de COVID-19-pandemie het hoofd te bieden. Een overzicht van alle samenwerkingsverbanden (al dan niet tijdelijk en zoals gedistilleerd uit de beleidsdocumenten) wordt weergegeven in *Figuur 1*.

2.1 Samenwerkingen pre-COVID-19

In dit werkpakket lag de focus op het in kaart brengen van mogelijke samenwerkingsverbanden die woonzorgcentra aangaan met andere actoren. Vandaar dat, na grondige analyse, geopteerd werd om de drie beleidsdocumenten te weerhouden waarin de formele verplichting tot samenwerking met woonzorgcentra aan bod komt, namelijk **(1) het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, (2) het woonzorgdecreet en tot slot (3) het eerstelijnsdecreet**. Deze documenten worden hieronder verder beschreven door telkens de doelstelling, de specifieke werkingsprincipes en de vormgeving van de samenwerking uit het respectievelijke document toe te lichten.

2.1.1 Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt

Elk algemeen ziekenhuis met een erkende dienst voor geriatrie moet beschikken over een **zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (KB van 26 maart 2014)**. Het kader voor de geriatrisch zorgprogramma's kwam tot stand nadat bleek dat het aantal geplande en geprogrammeerde geriatrische bedden in België ontoereikend werd door de vergrijzing. Het zorgprogramma bleek een belangrijke impuls te zijn in de ontwikkeling van zorgmodellen voor de geriatrische patiënt (Nelde *et al.*, 2019).

Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt	
Doelstelling	Het hoofddoel van het geriatrisch zorgprogramma bestaat erin via een pluridisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie, een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon en het garanderen van zorgcontinuïteit. Het geriatrisch zorgprogramma omschrijft het doel en de werking van de acute diensten geriatrie, de geriatrische consultatie, het geriatrische daghospitaal en de interne en de externe geriatrische liaison.
Werkingsprincipes	Op basis van de leeftijd (>75 jaar) of één of meerdere tekenen van kwetsbaarheid (<i>i.e.</i> , fragiliteit, polypathologie, psychosociale problemen, ...) zal een patiënt gescreend worden voor opname in het geriatrisch zorgprogramma. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt omvat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Een erkende (acute) dienst voor geriatrie; 2. Een geriatrische consultatie; 3. Een geriatrische daghospitalisatie; 4. Een interne liaison; 5. Een externe liaison.
Samenwerking	In het bijzonder de externe liaison moet zorgcontinuïteit garanderen voor de individuele geriatrische patiënt bij de transitie tussen het ziekenhuis enerzijds en de eerstelijnszorg anderzijds. Deze functie dient samenwerkingsverbanden op te zetten met de eerste lijn. Deze externe liaison biedt de mogelijkheid om de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid uit de ziekenhuissector ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerend en raadgevend arts en de zorgverstrekkers van de geriatrische patiënten. Deze functie streeft ernaar de continuïteit van de zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden, alsook synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen. Elk zorgprogramma gaat in het kader van de externe liaison van het zorgprogramma een formele samenwerking aan met rust- en verzorgingstehuizen, diensten voor geïntegreerde thuisverzorging, huisartsenkringen en centra voor dagverzorging.

2.1.2 Woonzorgdecreet

Het **decreet betreffende de woonzorg (15 februari 2019)** is een actualisering van het woonzorgdecreet van 2009 en kwam tot stand in samenspraak met de sector. Het decreet is vervlochten met het decreet Vlaamse sociale bescherming en het decreet eerstelijnszorg.

Woonzorgdecreet	
Doelstelling	<p>Dit decreet regelt de erkenning en subsidiëring van woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor zover deze niet geregeld is in het kader van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming. De woonzorgvoorzieningen en verenigingen hebben als doel de autonomie en levenskwaliteit van de gebruiker te waarborgen door:</p> <ul style="list-style-type: none">• De zelfzorg of de mantelzorg te ondersteunen;• Gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg te verlenen volgens de principes van maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning;• Samen met relevante partners integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning te organiseren voor de gebruiker en zijn mantelzorger.
Werkingsprincipes	<p>Gebruikersgerichte werkingsprincipes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Eerbiedigen van grondrechten uit de Grondwet, het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten, het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten en het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind;• Menselijke waardigheid en integriteit eerbiedigen;• De persoonlijke levenssfeer van de gebruiker en zijn mantelzorgers eerbiedigen en de toegankelijkheid van de woonzorg waarborgen zonder discriminatie;• De persoonlijke autonomie, keuzevrijheid en zelfverantwoordelijkheid van de gebruiker en zijn mantelzorgers ondersteunen, vrijwaren en stimuleren;• De gebruiker en zijn mantelzorgers als volwaardige partners betrekken bij zorgverlening;• De zorg en ondersteuning bieden die door de gebruiker wordt gevraagd en aanvaard;• Rekening houden met de sociale context van de gebruiker en het sociale netwerk versterken;• Aanklampende zorg bieden voor specifieke doelgroepen in uitzonderlijke omstandigheden;• De hele zorgsituatie in kaart brengen, inclusief vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg - met respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker;• Aanpassen van zorg en ondersteuning aan de behoeften van de gebruiker;• Maximaal inzetten op het zelfzorgvermogen en de zelfredzaamheid van de gebruiker en zijn mantelzorgers, rekening houdend met hun draagkracht;• De gebruiker en zijn mantelzorgers objectief en transparant informeren over de mogelijkheden en beperkingen van de volledige woonzorg en van eventuele andere zorg en ondersteuning;• Communicatie tussen gebruiker, mantelzorgers en woonzorgvoorziening stroomlijnen en eventueel verwijzen naar de gepaste zorg van hun keuze;• Meewerken aan het opstellen, uitvoeren en evalueren van het zorg- en ondersteuningsplan op aangeven van en in samenspraak met de gebruiker;

	<ul style="list-style-type: none"> • De opbouw van een vertrouwensvolle zorgrelatie met de gebruiker waarborgen. <p>Organisatiegerichte werkingsprincipes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliteren van buurtgerichte zorg; • Bijzondere aandacht besteden aan preventie en vroegdetectie; • Zorg- en ondersteuningsaanbod beschikbaar stellen, met aandacht voor kwetsbare groepen; • Expertise en ervaring in een bepaald domein inzetten buiten de context van de eigen woonzorgvoorziening; • Beleid rond ethisch verantwoorde zorg; • Diversiteitsbeleid ten aanzien van de gebruikers en de personeelsleden; • Vrijwilligerszorg stimuleren en organiseren; • Individuele en collectieve participatie van de gebruikers organiseren; • Belemmerende factoren in het aanbieden van woonzorg signaleren aan het beleid; • Beleid rond vorming, training en intervisie voor personeel en management; • De minst ingrijpende zorg bieden; • Sociale inclusie en destigmatisering als uitgangspunt; • Kwaliteit van bestuur en management garanderen; • Financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie waarborgen; • Dynamisch personeelsbeleid met het oog op werkbaar werk en zorg op maat; • Innovatie en digitalisering van zorg- en ondersteuningsprocessen en gegevensdeling; • Efficiënte en effectieve inzet van middelen.
<p>Samenwerking</p>	<p>Om erkend te worden, moeten woonzorgvoorzieningen aan bepaalde voorwaarden voldoen. Deze voorwaarden hebben betrekking op de organisatie van zorg en ondersteuning, personeelsleden, bestuurders, werking, infrastructuur, rechten en plichten van woonzorgvoorzieningen en gebruikers, behandeling van klachten van gebruikers, brandveiligheid en de strafrechtelijke voorgeschiedenis van de initiatiefnemer of zijn vertegenwoordiger. De Vlaamse regering kan een bijkomende erkenning verlenen aan woonzorgcentra die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen opneemt. Alle rust- en verzorgingstehuizen die voor 1 januari 2019 erkend zijn of een aanvraag indienden, worden van rechtswege beschouwd als woonzorgcentra met een bijkomende erkenning.</p> <p><i>Schriftelijke overeenkomst</i></p> <p>Op vlak van de organisatie van de zorg en ondersteuning zijn woonzorgcentra verplicht om een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst te sluiten met:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een erkende geriatrische dienst van een of meer ziekenhuizen met een erkende dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met psycho-geriatrische aandoeningen; • Een palliatief netwerk of een erkende dienst voor palliatieve zorgen; • Het regionale platform voor ziekenhuishygiëne van het gebied waarvan het deel uitmaakt. <p>Deze schriftelijke samenwerkingsovereenkomst bevat onder meer (1) de gedeelde visie op integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning, (2) het doel van de samenwerking, (3) de frequentie van het structurele overleg tussen de samenwerkende partners, (4) de wijze</p>

	<p>waarop expertise en ervaring op een bepaald domein gedeeld of ingezet kunnen worden en (5) de wijze waarop de samenwerking op een structurele wijze wordt geëvalueerd.</p> <p>Verder maakt het woonzorgcentrum samen met alle nabijgelegen ziekenhuizen een schriftelijke procedure op over ziekenhuisopname of -ontslag van een bewoner. Deze procedure draagt ertoe bij dat via de liaisonfiche de juiste personen op het juiste moment de juiste informatie krijgen die nodig is om de zorgcontinuïteit te verzekeren.</p> <p><i>Coördinerend en raadgevend arts</i></p> <p>In elk woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning wijst de initiatiefnemer een coördinerend en raadgevend arts aan, die erkend huisarts is en uiterlijk vier jaar na zijn aanwijzing houder is van een attest dat toegang verleent tot de functie van coördinerend en raadgevend arts.</p> <p>De coördinerend en raadgevend arts heeft volgende taken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bijscholing en vorming organiseren voor personeel van het woonzorgcentrum en de betrokken behandelende artsen; • Op geregelde tijdstippen individuele en collectieve overlegvergadering met de behandelende artsen organiseren; • De continuïteit van de medische zorg coördineren en organiseren; • De coördinatie van het opmaken en actualiseren van dossiers van de bewoners; • De medische activiteiten coördineren bij ziekte-toestanden die gevaar opleveren voor bewoners of personeel; • Het farmaceutisch zorgbeleid coördineren in overleg met behandelende artsen en apotheker; • Huisartsen die in het woonzorgcentrum werken actief informeren over rationeel voorschrijfgedrag.
--	---

2.1.3 Eerstelijnsdecreet

Het **decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (26 april 2019)**, regelt de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

Eerstelijnsdecreet	
Doelstelling	<p>Het decreet heeft als doelstelling om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De kwaliteit van de eerstelijnszorg te optimaliseren; • De gezondheid en het welzijn van de bevolking te verbeteren; met specifieke aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid; • Meerwaarde te creëren op vlak van gezondheid en welzijn; • Kwaliteitsvolle en duurzame manier van werken te verzekeren voor de zorgaanbieders.
Werkingsprincipes	<p>In de eerstelijnszorg staan volgende werkingsprincipes voorop:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het benaderen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag vanuit het principe van integrale zorg en ondersteuning; • Het centraal stellen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en uitgaan van zijn zorg- en ondersteuningsvraag, keuzes, behoeften en levensdoelen;

	<ul style="list-style-type: none"> • Het ondersteunen en versterken van het zelfzorgvermogen en de informele zorg, in overeenstemming met het subsidiariteitsprincipe; • Het maximaal inzetten op het verhogen van de zorggeletterdheid; • Het maximaal inzetten op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie; • Bij de planning, organisatie en uitvoering van de eerstelijnszorg staan de volgende doelstellingen voorop: <ul style="list-style-type: none"> ○ De kwaliteit van de eerstelijnszorg zoals de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag die ervaart, optimaliseren; ○ De gezondheid en het welzijn van de bevolking met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid verbeteren; ○ Een meerwaarde creëren op het vlak van gezondheid en welzijn voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag met de ingezette middelen; ○ Een kwaliteitsvolle en duurzame manier van werken voor de zorgaanbieders verzekeren; • Het op een kwaliteitsvolle wijze organiseren en uitvoeren van de integrale zorg en ondersteuning. Toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, geschiktheid, effectiviteit, veiligheid, rechtvaardigheid, relevantie, efficiëntie, innovatie en duurzaamheid staan daarbij voorop; <p>Het nastreven van een geïntegreerde zorg en ondersteuning.</p>
<p>Samenwerking</p>	<p>Binnen dit decreet worden de woonzorgcentra beschouwd als volwaardige partners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en kennen deze voorzieningen dan ook een belangrijke plaats binnen de zorgraden. Een zorgraad is een rechtspersoon die binnen zijn werkgebied (= eerstelijnszone van minimaal 75.000 inwoners) werkt aan kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning alsook de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. Een zorgraad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat uit minimaal: de lokale besturen, eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen en centra voor algemeen welzijn, de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en de erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers. Een zorgraad staat in voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning; • De ondersteuning van een lokaal sociaal beleid; • De ondersteuning van beroepsspecifieke verenigingen; • De ondersteuning van eerstelijnszorgaanbieders; • Medewerking aan de uitvoering van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. <p>Op niveau van de Regionale Zorgzone (= minimaal 2 eerstelijnszones en minimaal 300.000 inwoners) wordt een link gemaakt met de ziekenhuizen en ziekenhuissamenwerkingsverbanden die kunnen deelnemen als lid. Dit is echter niet verplicht en zij zijn ook niet gebonden aan de verplichtingen van een Regionale Zorgzone.</p>

2.2 Samenwerking tijdens de COVID-19-pandemie

In kader van het beheersen van de COVID-19-pandemie werden tijdens deze crisis **nieuwe samenwerkingsverbanden opgericht**, specifieke opdrachten toegewezen aan bestaande structuren en/of bijkomende steunmaatregelen ingevoerd om de kwaliteit van zorg te garanderen. Hieronder geven we een kort overzicht van de samenwerkingsinitiatieven die tot stand zijn gekomen tijdens de COVID-19-pandemie.

2.2.1 Samenwerking met en ondersteuning van de ouderenzorgvoorzieningen door de ziekenhuizen

In functie van een optimalisering van de zorg in de ouderenzorgvoorzieningen, het voorkomen of uitstellen van een ziekenhuisopname (waardoor de resident in zijn vertrouwde omgeving kan blijven) en het proberen ontlasten van de ziekenhuiscapaciteit, zijn er samenwerkingen ontstaan tussen **ouderenvoorzieningen en ziekenhuizen die vanuit de overheid werden gestimuleerd** (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2020c). Deze ondersteuning bestaat enerzijds uit:

- Residenten van ouderenvoorzieningen moeten steeds toegang hebben tot dringend medisch transport of hospitalisatie;
- Zolang een patiënt ziekenhuiszorg nodig heeft, blijft hij gehospitaliseerd. Indien dit niet langer vereist is, wordt de patiënt ontslagen. Indien het om een patiënt gaat, die terugkeert naar een ouderenzorgvoorziening, vindt overleg plaats tussen het ziekenhuis en die voorziening, om de veilige terugkeer, en een eventuele test voor de terugkeer, te bespreken;
- Indien ouderenzorgvoorzieningen met bepaalde problemen worden geconfronteerd (e.g., bij uitbraken die moeilijk onder controle te krijgen zijn, bij cohortzorg die moeilijk verloopt, tekorten zoals bijvoorbeeld oxyconcentratoren, ...) dan helpen de ziekenhuizen de ouderenzorgvoorzieningen en hun residenten zo goed als mogelijk.

Deze ondersteuning kan aangevuld worden met:

- Het leveren van expertise over infectiepreventie en -controle, noodplanning, geriatrie, palliatieve zorg, klinische farmacie, ...;
- Het ter beschikking stellen van personeelsversterking in noodsituaties, volgens duidelijke bepaalde modaliteiten en in de mate dat dit de kernopdracht van het ziekenhuis niet in gevaar brengt;
- Het ondersteunen op vlak van materiaal en producten, zoals persoonlijke beschermingsmiddelen, geneesmiddelen, ...;
- Het ondersteunen op vlak van infrastructuur;
- Samenwerking over de realisatie van de testing binnen de ouderenzorgvoorzieningen.

Vanuit de Overheid werden dan ook specifieke modellen ter beschikking gesteld om deze samenwerking te formaliseren in een overeenkomst tussen de ziekenhuizen enerzijds en de ouderenzorgvoorzieningen anderzijds.

2.2.2 Samenwerking binnen de eerstelijnszone

Vanuit de Vlaamse regering werd een leidraad ontwikkeld voor de zorgraden van de eerstelijnszones om heropflakkingen in kader van COVID-19 te beheersen en dit door drie specifieke opdrachten te definiëren voor de eerstelijnszone (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2020a):

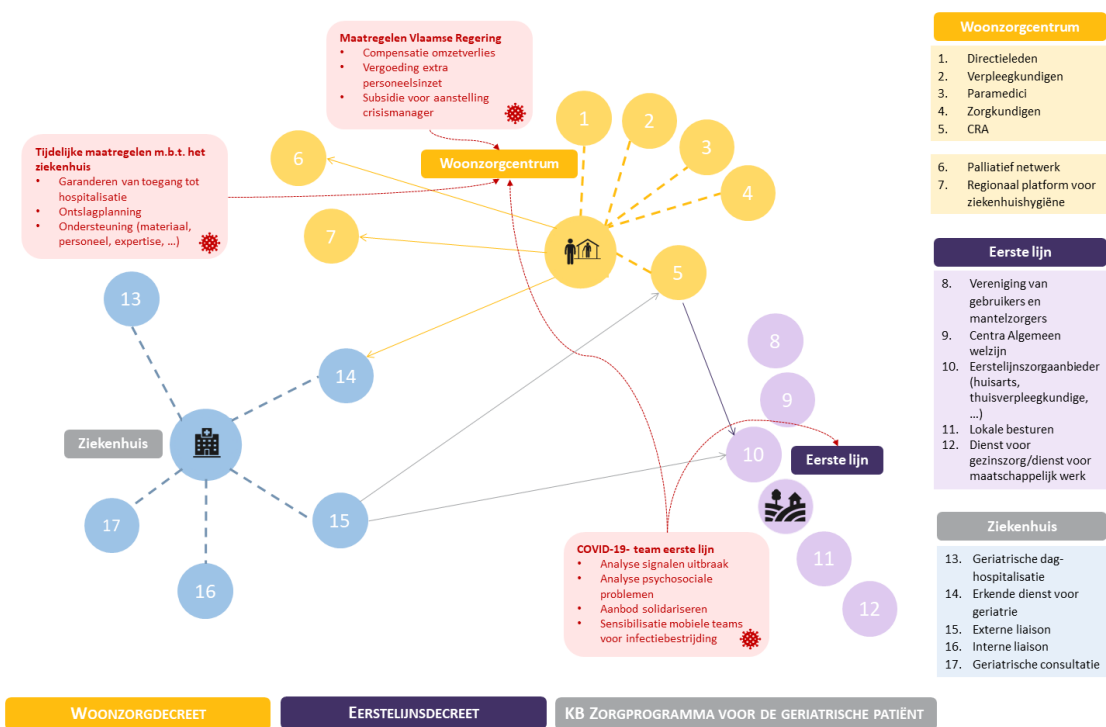
- Het onderzoeken van signalen en problemen die wijzen op een uitbraak en/of psychosociale problematieken;
- Het solidariseren van het aanbod;
- Het sensibiliseren van de populatie en de zorgaanbieders.

In functie daarvan werd er per eerstelijnszone een COVID-19 team geïnstalleerd. Dit team zorgt voor verbinding van alle lokale actoren en partners (inclusief de lokale woonzorgcentra) en zorgt voor een vlotte informatiedoorstroming. Daarnaast werden ook mobiele teams infectieziektebestrijding opgericht. Deze teams zijn multidisciplinair samengesteld met artsen, verpleegkundigen en gezondheidspromotoren en hebben als doel het proactief aanbieden van een opleiding infectiepreventie aan de personeelsleden van zorgvoorzieningen; in het bijzonder voor de woonzorgcentra.

2.2.3 Compensatiemaatregelen voor de woonzorgcentra

Doordat de woonzorgcentra mee in de vuurlinie staan van deze COVID-19-pandemie, besliste de Vlaamse Regering om extra compensatiemaatregelen te voorzien voor de woonzorgcentra (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2020b), waaronder :

- Een continuïteitsborg als compensatie voor een omzetverlies door een verminderde bezetting;
- Een vergoeding voor extra personeelsinzet om de uitval op te vangen door beroep te doen op studentenarbeid, de VDAB (werklozen en technisch werklozen), interimkrachten, detacheringen, kaderakkoorden tussen sociale partners, *project sourcing*, zelfstandige thuisverpleegkundigen, thuisverpleegkundigen in dienstverband, ...;
- Een subsidie om een crisismanager aan te stellen die de voorziening bijstaat bij het beheer.



Figuur 1 Desk research | Overzicht van de relevante beleidsdocumenten op vlak van samenwerking

Hoofdstuk 5

De bestaande samenwerkingsverbanden rond de oudere persoon in de residentiële context: resultaten uit de netwerkanalyse (WP 2)

1 Samenvatting van de resultaten uit de netwerkanalyse

De respondenten (n=86) vertegenwoordigen de **helft van de Limburgse woonzorgcentra**. De deelnemers vertegenwoordigen voornamelijk directieleden (n=34, 39.5%), hoofdverpleegkundigen (n=12, 13.9%), verpleegkundigen (n=8, 9.3%) en coördinerend en raadgevend artsen (n=8, 9.3%). Twee op drie (n=56, 65.1%) respondenten rapporteerden één of meerdere samenwerkingsrelaties met actoren uit andere organisaties.

De organisaties waar voornamelijk beroep op gedaan werd voor samenwerking, waren: de Limburgse ziekenhuizen (n=191, 26.2%), de lokale besturen (n=65, 8.9%), huisartsenpraktijken (n=59, 8.1%) en het Agentschap Zorg & Gezondheid (n=45, 6.2%).

Uit de resultaten blijkt dat vooral **directieleden en coördinerend en raadgevend artsen samenwerkingen aangingen met zorgprofessionals uit andere organisaties**, ze vertegenwoordigen samen 84.9% van alle gerapporteerde samenwerkingsrelaties. Het merendeel van de interacties was eenmalig (36%). Vervolgens rapporteerden respondenten maandelijkse (31%) en wekelijkse contacten (22%). Slechts in 10% van de interacties was er een dagelijks contact. De meerderheid van de respondenten (86%) was (zeer) tevreden over de beschreven interacties, anderen waren neutraal (10%) en een minderheid was (zeer) ontevreden (3.4%).

Meer dan de helft van de gerapporteerde samenwerkingen (**60.5%**) bleek reeds structureel aanwezig te zijn vóór de COVID-19-pandemie. Eén op vijf samenwerkingen (18.7%) bleken tijdelijk georganiseerd te zijn tijdens de pandemie en nogmaals één op vijf samenwerkingsrelaties (**20.9%**) waren nieuwe initiatieven, waarvan respondenten aangaven een potentieel op lange termijn te zien. Er blijkt veel diversiteit te zijn in hoe organisaties hun netwerken vormden voor de COVID-19-pandemie. De resultaten tonen dat organisaties met reeds een uitgebreid netwerk voor de pandemie een beperkt aantal nieuwe samenwerkingsrelaties aangingen. De inhoud van de samenwerking bleek voornamelijk gefocust op het uitwisselen van **zorginhoudelijke expertise** (n=362, 49.7%), infectiebestrijding (n=299, 41.0%), **zorgorganisatie** (n=268, 36.8%) en **zorglogistiek** (n=192, 26.3%). Factoren die een (belangrijke) positieve impact op samenwerking hebben, zijn de aanwezigheid van een specifieke expertise bij de gecontacteerde actor (n=39, 92.8%) of het hebben van een persoonlijke relatie met de contacten (n=32, 76.2%). Twee op drie respondenten (n=26, 65%) gaven aan dat de tijdelijke maatregelen van de Vlaamse Regering omtrent financiering van ouderenzorg (24 april en 17 juli 2020) een (belangrijke) positieve impact hadden op samenwerking. Het hebben van een functionele binding met ziekenhuizen en de geriatrische liaison functie hadden in meer dan de helft van de samenwerkingen (n=24, 58.5%) een positieve impact op samenwerking.

Respondenten beschreven hun **samenwerkingen met (actoren in) ziekenhuizen en de eerstelijnszones als waardevol**. Ook samenwerking met de koepelorganisatie waartoe het woonzorgcentrum behoorde en de intrasectorale samenwerking tussen coördinerend en raadgevend artsen werden vermeld als voorbeeldsamenwerkingen voor de toekomst.

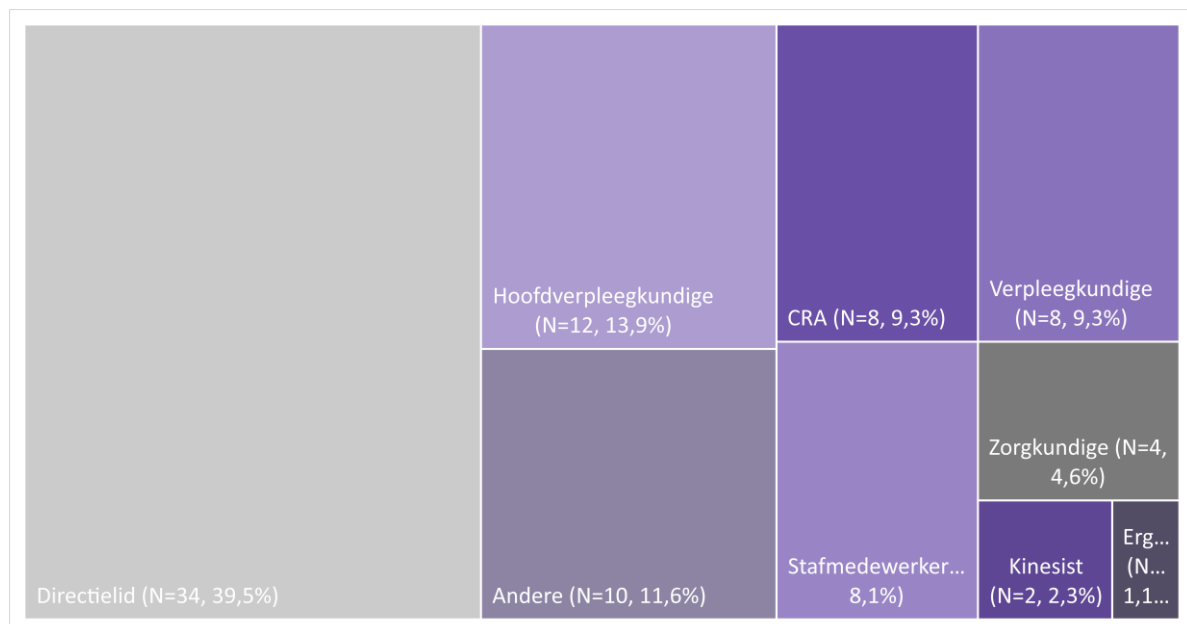
2 Beschrijving van de bevindingen

De doelstelling van werkpakket 2 was om te verkennen **hoe het formele beleid en de bestaande samenwerkingsverbanden (zoals gedefinieerd uit WP1) in de praktijk verlopen**, om dit vervolgens tijdens de interviews in werkpakket 3 verder te exploreren.

In deze netwerkanalyse werden de samenwerkingsrelaties van de woonzorgcentra in Limburg in kaart gebracht alsook de **kenmerken van deze samenwerkingen** (e.g., type, inhoud, frequentie, ...) en **hoe deze gepercipieerd werden** door de betrokken actoren binnen het woonzorgcentrum. Er werd een vragenlijst opgesteld door het onderzoeksteam om hier nadien een netwerkanalyse op toe te passen, die toelaat om op een wetenschappelijk onderbouwde manier de onderliggende netwerkstructuren te bestuderen. In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten uit deze analyse, zowel de kwantitatieve analyse van de gesloten vragen, als de kwalitatieve analyse van de open vragen in de survey.

2.1 Karakteristieken van de respondenten

Er namen **86 respondenten deel uit 51 (van de 101) woonzorgcentra in Limburg**. In *Figuur 2* wordt afgebeeld welke functies in deze steekproef vertegenwoordigd waren. De werkervaring van de respondenten varieerde van 1 jaar tot 41 jaren ervaring, met 10 jaren ervaring als mediaan. De mediaan van het tewerkstellingspercentage bij de deelnemers was 88.8%, de tewerkstelling had een range van 10% tot 100%. De respondenten vertegenwoordigen acht verschillende functies in de woonzorgcentra, namelijk directielid (n=34, 39.5%), hoofdverpleegkundige (n=12, 13.9%), coördinerend en raadgevend arts (n=8, 9.3%), verpleegkundige (n=8, 9.3%), stafmedewerker (n=7, 8.1%), zorgkundige (n=4, 4.6%), kinesist (n=2, 2.3%) en ergotherapeut (n=1, 1.1%). De overige respondenten (n=10, 11.6%) omschreven hun functie als 'andere'.



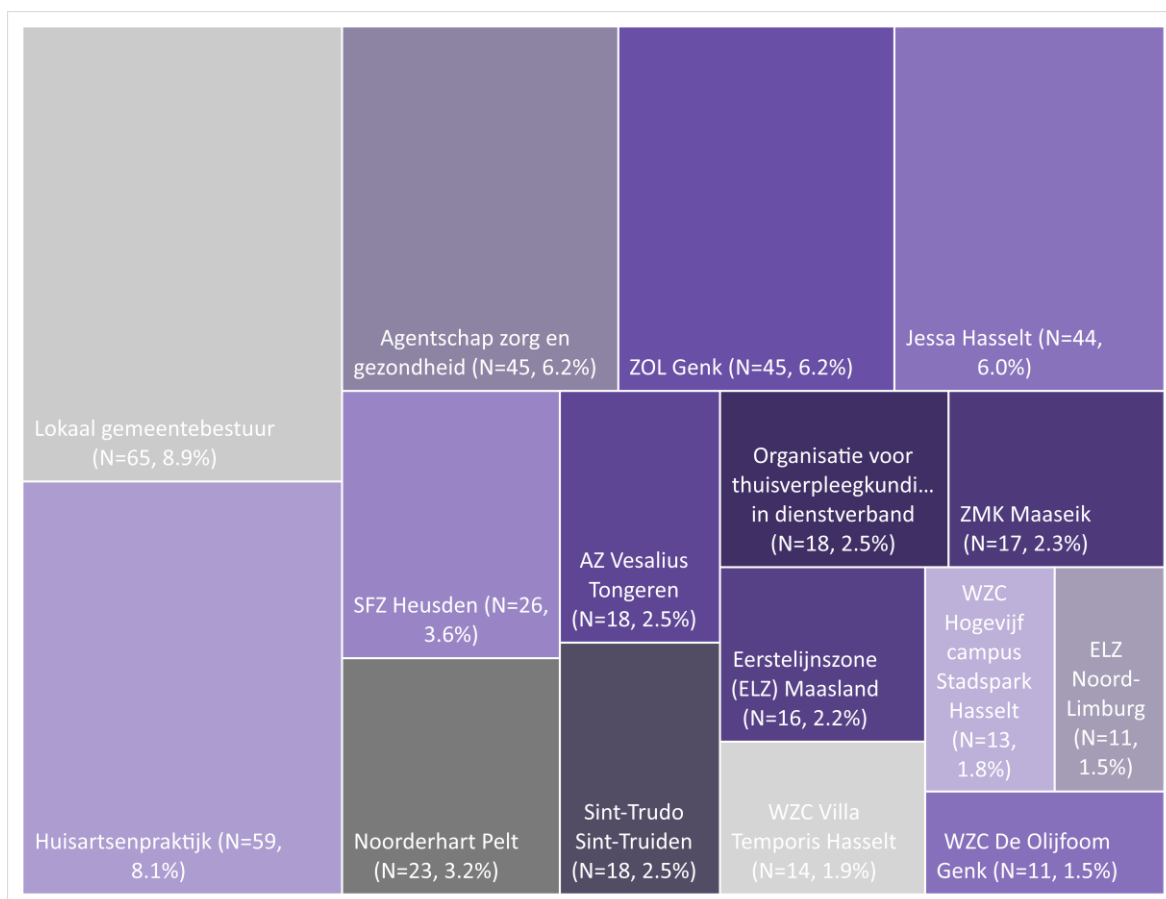
Figuur 2 Netwerkanalyse | Profiel van de respondenten

2.2 Organisaties waarmee samenwerking werd aangegaan

Eén op drie respondenten (n=30, 34.8%) gaf aan geen rechtstreekse contacten te hebben gehad met actoren uit andere organisaties. Rechtstreekse contacten werden gedefinieerd als “een persoonlijke samenwerking met een individu of groep in een andere organisatie, zonder dat er tussenpersonen bij betrokken waren”. De overige respondenten (n=56) rapporteerden één of meerdere samenwerkingsrelaties met actoren uit andere organisaties. Gezamenlijk beschreven deze 56 respondenten 729 rechtstreekse contacten uit 112 organisaties. In deze groep respondenten die samenwerkingsrelaties aangingen buiten de eigen organisatie, zijn alle bovenvermelde functies vertegenwoordigd, behalve de zorgkundige en de ergotherapeut.

De organisaties waar voornamelijk beroep op gedaan werd voor samenwerking, waren de Limburgse ziekenhuizen (n=191, 26.2%), de lokale besturen (n=65, 8.9%), huisartsenpraktijken (n=59, 8.1%), het Agentschap Zorg & Gezondheid (n=45, 6.2%), organisaties voor thuisverpleegkundigen in dienstverband (n=18, 2.5%), enkele woonzorgcentra en eerstelijnszones.

In *Figuur 3* worden de organisaties weergegeven die gezamenlijk in meer dan de helft (60.8%) van de interacties betrokken werden (*cf. Appendix 11* voor het volledige overzicht).



Figuur 3 Netwerkanalyse | Organisaties waarmee vanuit de woonzorgcentra werd samengewerkt

2.3 Actoren waarmee samenwerking werd aangegaan

Uit de resultaten blijkt dat **vooral directieleden samenwerkingen aangingen met zorgprofessionals uit andere organisaties**. In *Tabel 1* staan de frequenties van de interacties tussen de verschillende functies beschreven. Per kolom is zichtbaar met welke functies de respondenten (geaggregeerd per functie) contacten hadden. Directieleden vertegenwoordigen twee derde van alle interacties (64.3%) en bleken voornamelijk samen te werken met andere directieleden, stafmedewerkers, maatschappelijk werkers, ziekenhuishygiënist, arts-specialisten en hoofdverpleegkundigen. Eén op vijf samenwerkingsrelaties (20.6%) werd gerapporteerd door de coördinerend en raadgevend artsen. Deze artsen blijken vooral samen te werken met collega- coördinerend en raadgevend artsen, arts-specialisten, zorgmanagers, verpleegkundigen en ziekenhuishygiënist. Interacties vertrekkende vanuit verpleegkundigen uit de woonzorgcentra vertegenwoordigen 4.8% van alle gerapporteerde interacties. Deze professionals gaan samenwerkingen aan met directieleden, huisartsen en collega-verpleegkundigen. Hoofdverpleegkundigen zijn betrokken in 4.3% van alle samenwerkingsrelaties en zochten vooral contact met verpleegkundigen en arts-specialisten.

Stafmedewerkers en 'andere' functies rapporteerden samen 5.6% van alle samenwerkingsrelaties. Kinesisten vormden de minderheid met drie (0.4%) vertrekkende interacties en meldden enkel samenwerking met ergotherapeuten en een collega-kinesitherapeut.

Tabel 1 Netwerkanalyse | Interacties tussen zorgactoren

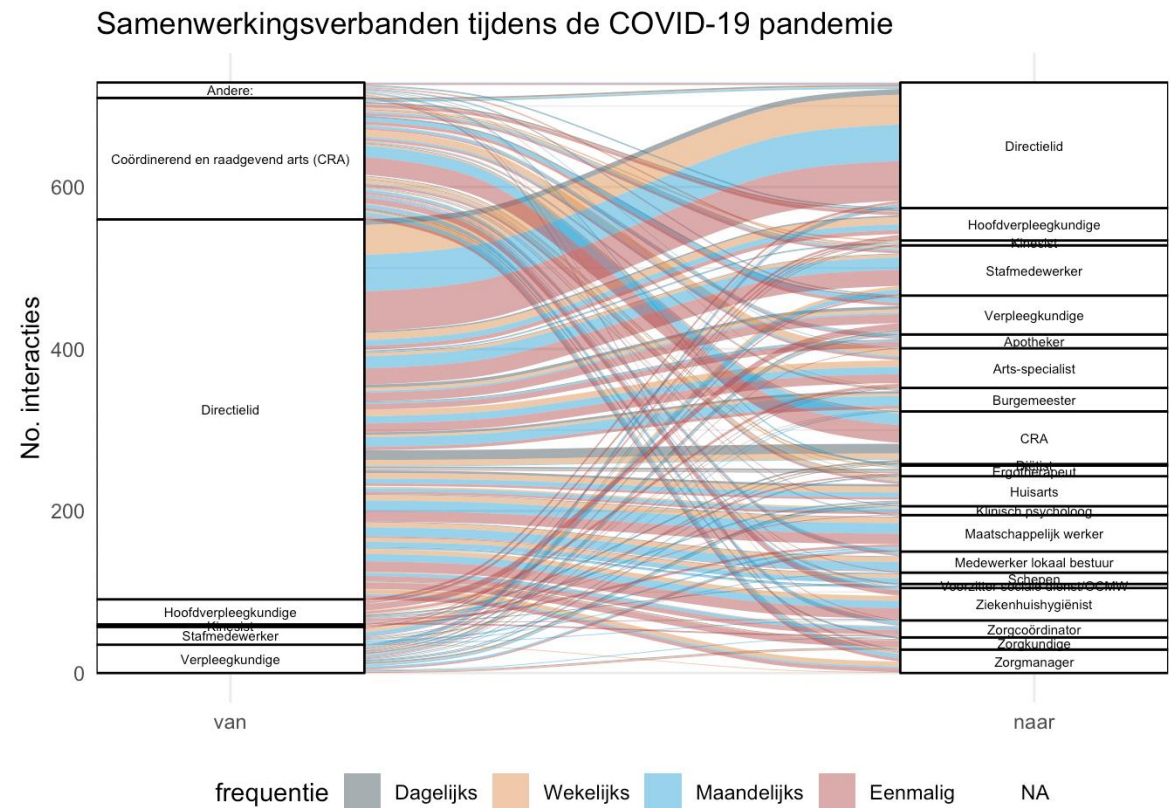
	Respondenten volgens functie							
	Directie	CRA	VPK	Hoofd VPK	Staf-MW	Andere	Kine	TOTAAL
Apotheker	10	6	1					17 (2.3%)
Arts-specialist	28	14	1	4	1	1		49 (6.7%)
Burgemeester	22	3	1	1	1	1		29 (3.9%)
CRA	20	40	1	2	2			65 (8.9%)
Diëtist		2						2 (0.3%)
Directielid	138	5	5	3	1	3		155 (21.3%)
Ergotherapeut	5	2	2			2	2	13 (1.8%)
Hoofdverpleegkundige	24	7	2	3	2	2		40 (5.5%)
Huisarts	20	9	5	2		1		37 (5.1%)
Kinesitherapeut	2	2	1				1	6 (0.8%)
Klinisch psycholoog	9	1		1				11 (1.5%)
Maatschappelijk werker	34	2	4	3	2			45 (6.2%)
Medewerker lokaal bestuur	19	6			1			26 (3.6%)
Schepen	12	1		1				14 (1.9%)
Stafmedewerker	40	8	2		10	2		62 (8.5%)
Verpleegkundige	21	11	6	8		2		48 (6.6%)
Voorzitter sociale dienst	3	2						5 (0.7%)
Ziekenhuishygiënist	28	9		1	1	1		40 (5.5%)
Zorgcoördinator	11	6	1	2		1		21 (2.9%)
Zorgkundige	10	2	3					15 (2.1%)
Zorgmanager	13	12			1	3		29 (3.9%)
TOTAAL	469 (64.3%)	150 (20.6%)	35 (4.8%)	31 (4.3%)	22 (3%)	19 (2.6%)	3 (0.4%)	729 (100%)

Legende: CRA = coördinerend en raadgevend arts, VPK = verpleegkundige, Kine = kinesitherapeut, Staf-MW = stafmedewerker

2.4 Kenmerken van de samenwerking

Het merendeel van de interacties was eenmalig (36%). Vervolgens rapporteerden respondenten maandelijks (31%) en wekelijkse contacten (22%). Slechts in 10% van de interacties was er een dagelijks contact. Figuur 4 is een schematische weergave van de interacties tussen de verschillende functies (cfr. Appendix 12 voor een grotere weergave). In de eerste kolom worden de actoren vermeld die de samenwerkingen rapporteerden, waarbij de grootte van het vlak in verhouding is met het aantal interacties dat door dat type actoren gemeld werd. Vervolgens tonen de gekleurde lijnen aan met welke profielen ze samenwerkten in de andere organisaties. Kleur en dikte duiden respectievelijk de frequentie van de samenwerking (i.e., eenmalig, dagelijks, wekelijks, maandelijks) en het aantal samenwerkings-

relaties aan. In de laatste kolom zijn de vlakken opnieuw in verhouding met het aantal inkomende interacties per functie.



Figuur 4 Netwerkanalyse | Frequentie van interactie tijdens de COVID-19-pandemie

Meer dan de helft van de gerapporteerde samenwerkingen (60.5%) bleek reeds structureel aanwezig te zijn vóór de COVID-19-pandemie. Eén op vijf samenwerkingen (18.7%) bleken tijdelijk georganiseerd te zijn tijdens de pandemie en nogmaals één op vijf samenwerkingsrelaties (20.9%) waren nieuwe initiatieven, waarvan respondenten aangaven een potentieel op lange termijn te zien. Hoe deze interacties vorm kregen is zichtbaar in de Figuren 5-7.

Voor een correcte interpretatie van deze figuren is het belangrijk om enkele concepten toe te lichten. Een **netwerkanalyse** beschouwt gezondheidszorgsystemen als sociale netwerken: dit kan helpen om de grenzen van deze systemen af te bakenen en een beter inzicht te krijgen in de correlatie tussen de prestaties van de gezondheidszorgsystemen en netwerkparameters. Een netwerk is een sociale grafiek bestaande uit knooppunten (actor) en randen tussen knooppunten (relaties). De richting van de relatie wordt aangeduid met een pijl tussen de knooppunten, de dikte van deze pijl geeft een indicatie van de frequentie van de samenwerking (*i.e.*, eenmalig, dagelijks, wekelijks, maandelijks). De kleur van het knooppunt is specifiek voor een organisatie, wat het mogelijk maakt om actoren uit dezelfde organisatie te groeperen. Populariteit en centraliteit zijn relevante indicatoren voor het beoordelen van het belang van een specifieke actor. Naarmate de populariteit (het aantal keer dat deze actor gecontacteerd werd) toeneemt, wordt het knooppunt groter afgebeeld. De mate van centraliteit van het knooppunt wordt bepaald door de invloed die een actor heeft. Hoe meer (inkomende en uitgaande) relaties een bepaalde actor heeft, hoe meer centraal dit knooppunt in de afbeelding zal worden weergegeven.

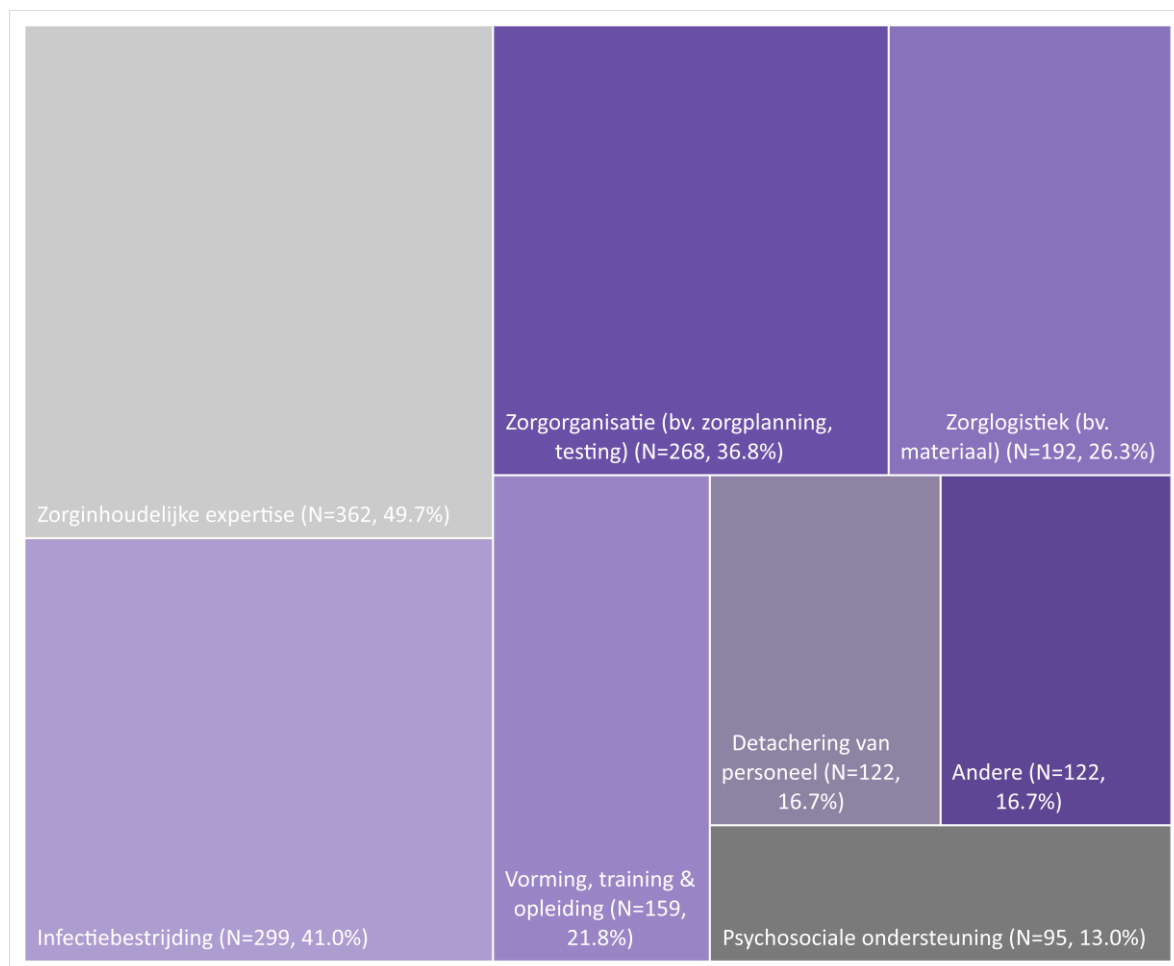
2.5 Perceptie over de samenwerking

De meerderheid van de respondenten (86%) was (zeer) tevreden over de beschreven interacties, anderen waren neutraal (10%) en een minderheid was (zeer) ontevreden (3.4%). Respondenten waren vaker tevreden van interacties die dagelijks plaatsvonden in vergelijking met de overige interacties ($P < 0.05$).

2.6 Inhoud van de samenwerking

Respondenten werden bevraagd over de inhoud van de samenwerking, waarbij ze de keuze kregen om één of meerdere thematische inhoud (e.g., zorginhoudelijke expertise, infectiebestrijding, psychosociale ondersteuning, ...) te selecteren per gerapporteerde samenwerkingsrelatie.

Samenwerkingen bleken vooral geïnitieerd te worden voor het delen van zorginhoudelijke expertise (49.7%), voor ondersteuning bij infectiepreventie (41.0%) en zorgorganisatie (36.8%). De verhoudingen per thematische inhoud worden weergegeven in *Figuur 8*. De volledige tabel met een rapportering van de betrokken actoren per thema kan geraadpleegd worden in *Appendix 13*.



Figuur 8 Netwerkanalyse | Inhoud van de samenwerking

2.7 Impactfactoren voor samenwerking

In de vragenlijst werd nagegaan welke factoren een impact hadden op het tot stand komen of verder uitbouwen van samenwerkingsrelaties. Deze vraag werd beantwoord door 42 respondenten (48.8 %). Deelnemers kregen een lijst van potentiële impactfactoren, met de vraag om voor elk van deze factoren aan te geven wat de impact op samenwerking was. Antwoordopties varieerden tussen ‘ernstige belemmering’ en ‘belangrijke positieve impact’ (score van 1 tot 5 op een 5 punten Likertschaal). Daarnaast kon ook de optie ‘ik weet het niet’ worden aangevinkt (score 0). In Tabel 2 worden de positieve (score 4-5) en de negatieve antwoordmogelijkheden (score 1-2) gebundeld weergegeven.

Uit de resultaten blijkt dat een aantal factoren een (belangrijke) positieve impact op samenwerking hebben, zoals de aanwezigheid van een specifieke expertise bij de gecontacteerde actor (n=39, 92.8%) of het hebben van een persoonlijke relatie met de contacten (n=32, 76.2%). Daarnaast bleken ook de tijdelijke maatregelen tijdens de COVID-19-pandemie een facilitator bij het tot stand komen of onderhouden van de samenwerking. Twee op drie respondenten (n=26, 65%) gaven aan dat de Besluiten van de Vlaamse Regering omtrent de financiering van ouderenzorg (24 april en 17 juli 2020) een (belangrijke) positieve impact hadden op samenwerking. Het hebben van een functionele binding met ziekenhuizen en de geriatrische liaison functie hadden in meer dan de helft van de samenwerkingen (n=24, 58.5%) een positieve impact op samenwerking. Een volledig overzicht van alle impactfactoren wordt weergegeven in onderstaande tabel (Tabel 2).

Tabel 2 Netwerkanalyse | Impactfactoren bij het tot stand komen of onderhouden van samenwerking

	Impact n (%)			
	(Belangrijke positieve impact)	Geen impact	Negatieve impact of ernstige belemmering	Ik weet het niet
Specifieke expertise van de gecontacteerde actor (n=42)	39 (92.8)	2 (4.8)	0	1 (2.4)
Persoonlijke relatie (n=42)	32 (76.2)	9 (21.4)	0	1 (2.4)
Besluit Vlaamse regering over financiering ouderenzorg (24 april 2020) (n=40)	26 (65)	8 (20)	1 (2.5)	5 (12.5)
Besluit Vlaamse regering over financiering ouderenzorg fase 2 (17 juli 2020) (n=40)	26 (65)	10 (25)	0	4 (10)
Geriatrische liaisonfunctie (n=41)	24 (58.5)	12 (29.3)	0	5 (12.2)
Schriftelijke overeenkomst tussen ziekenhuis en woonzorgcentrum in kader van de erkenning als woonzorgcentrum (n=41)	24 (58.5)	14 (34.1)	1 (2.4)	2 (4.9)
De organisatie en werking van de eerstelijnszone (n=41)	22 (53.7)	17 (41.5)	1 (2.4)	1 (2.4)
Besluit Vlaamse regering over actieplan mentaal welzijn (15 mei 2020) (n=40)	21 (52.5)	12 (30)	1 (2.5)	6 (15)
Leidraad voor zorggraden over het beheersen van COVID-19 heropflakkingen (14 juli 2020) (n=40)	19 (47.5)	13 (32.5)	1 (2.5)	7 (17.5)
De gebiedsafbakening binnen de eerstelijnszone (n=41)	18 (43.9)	19 (46.3)	1 (2.4)	3 (7.3)
Besluit Vlaamse regering over mobiele equipen infectiebestrijding (26 juni 2020) (n=39)	16 (41)	17 (43.6)	1 (2.6)	5 (12.8)
Besluit Vlaamse regering over tijdelijke ondersteuning van management in residentiële voorzieningen (3 april 2020) (n=41)	15 (36.6)	18 (43.9)	2 (4.9)	6 (14.6)
Wet over detachering van werknemers (12 juni 2020) (n=40)	13 (32.5)	18 (45)	2 (5)	7 (17.5)

2.8 Inspirerende ervaringen en aanbevelingen voor het toekomstig beleid

Respondenten hadden de mogelijkheid om hun **ervaringen met betrekking tot samenwerkingen tijdens de COVID-19-pandemie** te delen en **aanbevelingen te formuleren voor het toekomstig beleid** rond de organisatie van ouderenzorg in Vlaanderen. Van alle respondenten die samenwerkingen rapporteerden (n=56) vervulde één op drie deelnemers (n=19) deze open vragen.

De eerste open vraag was: “Had u in de periode maart tot december 2020 een samenwerking die kon dienen als voorbeeld voor andere organisaties?”. Het **merendeel van de respondenten gaf aan waardevolle samenwerkingen te hebben met** (actoren in) **ziekenhuizen**. Deze samenwerkingen bestonden voornamelijk uit het uitwisselen van expertise, het bijwonen van online overlegmomenten en het ontvangen van ondersteuning (e.g., voor testing of overname van patiënten).

*“De samenwerking met de psychologe van Jessa ziekenhuis was voor mij bijzonder waardevol” –
Coördinerend en raadgevend arts*

“De samenwerking met het ZOL Genk, waarbij zij een draaiboek voor samenwerking uitwerkten, zeer regelmatig online overleg organiseerden en altijd bereikbaar waren voor de directies van de woonzorgcentra. Je kon steeds terecht bij hen, ze zijn altijd bereid om hun expertise te delen en te ondersteunen waar ze kunnen.” – Directie Woonzorgcentrum

Daarnaast werden ook de initiatieven van hulporganisaties (i.e., Artsen Zonder Grenzen, Het Rode Kruis en het initiatief “Help de helpers”) gewaardeerd. De **samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg** kwam eveneens positief aan bod in de antwoorden. Hierbij werd ondersteuning voor testing, detachering van personeel vanuit de thuiszorg, maar ook de goede contacten met de coördinatoren van eerstelijnszones vermeld. Er werd ook een bezorgdheid geuit over de beperkte middelen die eerstelijnszones ter beschikking hebben.

“Goede contacten met de eerstelijnszone van Hasselt Herkenrode. Advies, tips en stand van zaken van collega's en getuigenissen hebben geholpen.” – Directie Woonzorgcentrum

*“Beroep kunnen doen op de eerstelijnszorg wat betreft het testen is zeker een meerwaarde” –
Directie Woonzorgcentrum*

“De eerstelijnszones hebben nog te weinig slagkracht op vlak van personeel en financiële middelen terwijl dit onze voornaamste partners zijn” – Directie Woonzorgcentrum

Eén respondent gaf bijkomend aan dat de **koepelorganisatie** een forum bood voor overleg tussen collega-directieleden in moeilijke situaties.

*“Persoonlijk heb ik veel gehad aan de koepel waartoe ik ben aangesloten. Er werd hier veelal digitaal gecommuniceerd en ervaringen gedeeld via mailing. In mijn geval dan Dotzorg. Het is dus belangrijk als organisatie dat je deel uitmaakt van een groter geheel om expertise te delen.” –
Directie Woonzorgcentrum*

Binnen de eigen organisatie de mogelijkheid hebben om contact te kunnen opnemen met een **preventieadviseur**, werd ook gezien als een belangrijke meerwaarde tijdens de pandemie. De intense samenwerking tussen de **coördinerend en raadgevend artsen** van de verschillende woonzorgcentra kwam aan bod als een voorbeeld van goede samenwerking.

Tenslotte werd aan de respondenten gevraagd wat zij belangrijk vinden bij het formuleren van beleidsadviezen omtrent de zorgorganisatie in de residentiële ouderenzorg. Respondenten pleiten voor **tijdige, overzichtelijke en beknopte richtlijnen van de overheid**, waarbij er gebruik gemaakt wordt van

één gecoördineerd “living” document dat online raadpleegbaar is, in plaats van omzendbrieven (i.e., draaiboek, tijdelijke maatregelen, ...).

“Minder regelgeving. De talrijke adviezen van Zorg en Gezondheid zijn goed bedoeld, maar eindeloos langdradig en onoverzichtelijk.” – Coördinerend en raadgevend arts

Belangrijk om in de toekomst in te zetten op **samenwerkingsverbanden met lokale overheden, (lokale) ziekenhuizen en de eerstelijnsgezondheidszorg**. Hoewel er positieve ervaringen werden gerapporteerd met betrekking tot intrasectorale samenwerking (e.g., tussen directieleden en coördinerend en raadgevend artsen), bleek dit geen standaardpraktijk te zijn.

“Woonzorgcentra onderling hebben quasi niet samengewerkt, terwijl het wel een grote meerwaarde had kunnen zijn.” – Directie woonzorgcentrum

Respondenten pleiten voor structureel **meer personeel** in de residentiële ouderenzorg en om flexibele samenwerking en ondersteuning tussen sectoren mogelijk te maken in crisissituaties. Hierover werden enkele aanbevelingen gedaan door directieleden van woonzorgcentra.

“Structureel meer verzorgend en verplegend personeel inzetten. Betere verloning, geen onderscheid op lokaal, Vlaams of federaal vlak.” – Directie woonzorgcentrum

“Vlot schakelen ter ondersteuning: detachering personeel bij crisissituaties, informatiedoorstroming naar de organisaties (cfr. VAPH, BJZ, etc). Ze kenden de mogelijkheden niet om als werknemer van een tijdelijk gesloten dagcentrum elders te gaan werken” – Directie woonzorgcentrum

Hoofdstuk 6

Het effectief gecreëerde netwerk rond de oudere persoon in de residentiële context: resultaten uit de *sense-making approach* (WP 3)

1 Samenvatting van de resultaten uit de *sense-making approach*

In de **interviews** met **19 sleutelfiguren** uit de residentiële ouderenzorg werd bevestigd dat de COVID-19-pandemie zorgde voor een **intensifiëring van de samenwerking tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen**. Dit uitte zich onder de vorm van frequente multidisciplinaire online overlegmomenten, personeelsversterking ter plaatse, (online of fysieke) opleidingen en/of het aanleveren van materialen. Tijdens de crisis heeft men de meerwaarde van transmuraal samenwerken ervaren. In het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt wordt beschreven dat een externe liaison ernaar moet streven om de continuïteit van de zorg te optimaliseren en onnodige opnames te vermijden. Voor de COVID-19-pandemie kende de externe liaisonfunctie weinig concretisering en beperkte de samenwerking zich vooral tot de organisatie van pluridisciplinair overleg tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra. **Tijdens de COVID-19-pandemie gingen ziekenhuizen effectief outreachend te werk, wat voor beide organisaties een boeiende wisselwerking bleek te zijn.** Deze ervaringen zetten interviewees aan tot reflectie over de invulling van geriatrische consulten en de mogelijkheid om deze aan te bieden in de woonzorgcentra (e.g., door verpleegkundig specialisten).

Ook binnen de eerstelijnszones werden stappen gezet om intersectoraal af te stemmen. Hoewel de structuur van eerstelijnszones zich nog in een opstartfase bevond op het moment van de COVID-19-pandemie, erkennen interviewees de potentiële meerwaarde van de eerstelijnszones. Tijdens de pandemie speelde het Agentschap Zorg & Gezondheid ook een belangrijke rol in kader van afstemming, ondersteuning en communicatie.

Intrasectoraal bleek samenwerking een belangrijke uitdaging te zijn. Interviewees wijten dit aan de beperkte financiële middelen voor woonzorgcentra, waardoor voorrang wordt gegeven aan verzorgend personeel in plaats van een uitgebreider middenkader. Dit heeft een impact op de ontwikkeling van samenwerkingen met andere organisaties, maar ook op de professionalisering. Grotere organisaties, of organisaties die behoren tot een koepel van woonzorgcentra, hebben meer mogelijkheden om personeel vrij te maken voor coördinerende functies om vervolgens (intra- en intersectorale) samenwerkingsverbanden te initiëren en te continueren.

2 Beschrijving van de bevindingen

In werkpakket 3 werd nagegaan hoe het **netwerk rond de oudere persoon** (zoals blijkt uit de netwerkanalyse) **zich verhoudt ten opzichte van het effectieve netwerk tijdens de COVID-19-pandemie**. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een **kwalitatieve onderzoeksmethode**. Na het finaliseren van de lijst van interviewkandidaten, werden **online interviews** georganiseerd met sleutelfiguren uit het werkveld (e.g., (psychiatrische) ziekenhuizen, woonzorgcentra, ...) in diverse functies (e.g., directielid, geriatrische liaison, arts-specialist in de geriatrie, verpleegkundige, coördinerend en raadgevend arts, ...). Bij de analyse van de interviews werd gebruik gemaakt van een tabel voor het thematisch bundelen

van resultaten (cfr. Appendix 14). In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten uit deze **sense-making approach**. Deze worden gerapporteerd volgens de structuur van de onderzoeksvragen:

1. Hoe worden de verschillende samenwerkingsrelaties met de woonzorgcentra ingevuld in de praktijk?
2. Welke ondersteuning werd tijdens de COVID-19-pandemie - op basis van de verschillende samenwerkingsverbanden - concreet aangereikt aan de woonzorgcentra?
3. Wat was de toegevoegde waarde van de geriatrische liaisonfunctie en de eerstelijnszone voor de ondersteuning van de woonzorgcentra?
4. Hoe hebben de betrokken zorgprofessionals de diverse samenwerkingen tijdens de COVID-19-pandemie ervaren en geëvalueerd?

2.1 Karakteristieken van de respondenten

Tabel 3 geeft een **overzicht** van de **profielen** van de deelnemende interviewkandidaten.

Tabel 3 Sense-making | Profiel van de interviewkandidaten

Setting	Functie	
Eerste lijn	Directeur organisatie voor thuisverpleging	1
Eerste lijn	Huisarts en voorzitter eerstelijnszone	1
Eerste lijn	Stafmedewerker eerstelijnszone	1
Eerste lijn	Directeur woonzorgcentrum	3
Eerste lijn	Coördinerend en raadgevend arts	1
Tweede lijn	Directeur psychiatrisch ziekenhuis	1
Tweede lijn	Verpleegkundig paramedisch directeur	1
Tweede lijn	Arts-specialist in de geriatrie	2
Tweede lijn	Hoofdverpleegkundige/zorgcoördinator/verantwoordelijke geriatrisch zorgprogramma	4
Tweede lijn	Sociaal werker	1
Andere	Expert ouderenzorg	1
Andere	Wetenschappelijk medewerker geriatrie en gerontologie	1
Andere	Directeur ouderenzorg van netwerkorganisatie van zorgorganisaties	1
TOTAAL		19

2.2 Hoe worden de verschillende samenwerkingsrelaties van de woonzorgcentra ingevuld in de praktijk?

Tijdens de interviews kwamen de **verschillende organisaties**, waar woonzorgcentra tijdens de COVID-19-pandemie beroep op deden, aan bod. Achtereenvolgens zullen de percepties van de respondenten over samenwerkingsrelaties tussen woonzorgcentra en **ziekenhuizen, eerstelijnszones, lokale besturen en andere woonzorgcentra** besproken worden.

2.2.1 Samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen

Zoals tevens blijkt uit onze *desk research*, heeft **elk woonzorgcentrum een (verplichte) functionele binding met een ziekenhuis**. Deze binding uit zich voornamelijk in het bijwonen van pluridisciplinaire comités die door ziekenhuizen georganiseerd worden. Elk trimester vindt een collectief overleg plaats tussen actoren van het ziekenhuis (arts-specialist in de geriatrie, zorgmanager geriatrie, directeur patiëntenzorg) en actoren van de woonzorgcentra (directie, coördinerend en raadgevend artsen). Thema's zoals opname- en ontslagbeleid, wilsbeschikkingen, infectiepreventie (e.g., MRSA en Norovirus) en andere kwaliteitsgerichte thema's worden binnen dit overleg besproken. Toch blijken de **bestaande samenwerkingsrelaties**, zoals beschreven in overeenkomsten, **onvoldoende geïmplementeerd** in de praktijk. Interviewees vermelden de fragiliteit van de samenwerkingsverbanden. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat er steeds andere personen uit de woonzorgcentra vertegenwoordigd zijn.

*“Je voelde wel dat de nood niet altijd heel groot was om elkaar te zien.” –
Verpleegkundig paramedisch directeur ziekenhuis*

Heel vaak blijft dit **enkel een administratief** gegeven, een **formaliteit die wordt aangetoond tijdens een inspectie**. Het kenniscentrum Welzijn, Wonen en Zorg duidt dit gegeven via volgend citaat: “Het werd pijnlijk duidelijk dat er te weinig partnerschappen zijn tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra, ondanks de wetgevende verplichting” (Geeraert, 2020). De beschreven functionele verbindingen kennen weinig inhoudelijke vormgeving en de partnerschappen worden onvoldoende ingevuld.

“Ik ontwikkelde een zeker scepticisme, zo ervaar ik het gewoon. Maar toch, op het ogenblik dat we elkaar écht nodig hebben, tijdens de crisis, kan er snel geschakeld worden” – Directeur woonzorgcentrum

“Niet netwerken om te netwerken, maar een netwerk dat inzet op continuïteit van zorg en zorg op maat. De evaluatie van netwerken gebeurt best op basis van deze inhoudelijke parameters en niet op basis van parameters op mesoniveau. Het aantal vergaderingen wil niets zeggen.” – Directeur psychiatrisch ziekenhuis

Tijdens de COVID-19-pandemie is de samenwerking tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen geïntensifieerd. Woonzorgcentra traden in overleg met de ziekenhuizen over hun nood aan ondersteuning. Vanuit de ziekenhuizen was silo-denken geen optie meer en ging men proactief en preventief de samenwerking opzoeken met woonzorgcentra. Relationele aspecten bleken hier meer doorslaggevend te zijn dan de partners met wie men een functionele binding aanging.

“In tijden van nood bel je mensen die je kent en die je vertrouwt, waarvan je weet dat je een eerlijk antwoord krijgt op je vraag. Ook al heb je structuren, daarom is het niet beter opgelost.” – Directeur organisatie voor thuisverpleging

Naast **regelmatig overleg** zorgden ziekenhuizen ook effectief voor **personeelsversterking ter plaatse**, (online of fysieke) **opleidingen en/of het aanleveren van materialen**. Tijdens de crisis heeft men de meerwaarde van transmuraal samenwerken positief ervaren. Dit werd vooral ad hoc georganiseerd: waar nodig werden teams uit de ziekenhuizen naar woonzorgcentra gestuurd om bijvoorbeeld expertise te leveren over cohortezorg en hygiënische maatregelen, of om bewoners medisch te evalueren. Zo werd er vanuit de ziekenhuizen ingezet op:

- Het samenbrengen van actoren via een wekelijks online contactmoment. Hier werden directieleden en coördinerend en raadgevend artsen samengebracht met actoren in het ziekenhuis (infectioloog, microbioloog, directie, manager, zorgcoördinator, ZH-hygiënist) voor het stellen van vragen of het delen van ervaringen en expertise;

- Het detacheren van personeelsleden naar woonzorgcentra voor het delen van kennis en kunde van het ziekenhuis. Dit kon gerealiseerd worden door de ‘liaison geriatriesch team’ en het ‘daghospitaal geriatriesch team’. Deze stonden op non-actief in de eerste COVID-19 golf omdat er geen reguliere zorg was;
- Organisatie van opleiding bij woonzorgcentra op vraag.

Woonzorgcentra werden plots omgevormd tot een acute zorgsetting. Door ziekenhuizen werd preventief **outreaching** gewerkt, om te vermijden dat ziekenhuizen in een latere fase overbelast zouden worden door de toestroom van oudere personen met ernstige complicaties ten gevolge van COVID-19.

In het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is een rol voorzien voor de externe liaison die, in haar functie als ontslagmanager, individuele zorgplannen voorstelt en coördineert in samenwerking met de eerstelijnsstructuren. Voor de COVID-19-pandemie kende de externe liaisonfunctie weinig concretisering. Dit in tegenstelling tot de interne liaisonfunctie die doorgaans wel goed uitgewerkt en geïmplementeerd is in het ziekenhuis.

“Voor de pandemie was dit bij ons misschien net te weinig. De uitbouw van het externe liaison gedeelte lijkt me een belangrijke tool bij toekomstige pandemieën” – Arts-specialist in de geriatrie

“De richtlijnen in het beleid rond de externe liaison worden heel vrij gelaten: elk ziekenhuis heeft een eigen invulling. Doordat de financiering voor interne en externe liaison zeer beperkt is, is de rol van de laatste vaak minder aanwezig, ziekenhuizen hebben de financiering nodig om alles intern rond te krijgen.” – Hoofdverpleegkundige geriatrische afdeling

De rol van de interne liaison werd geëvalueerd in een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (Deschodt *et al.*, 2015). In dit rapport kwam aan bod dat er meer aandacht nodig is voor afstemming tussen de interne en de externe liaison. De rol van deze laatste wint aan belang in onze huidige gezondheidszorg, waar transmurale zorg steeds meer de norm wordt.

2.2.2 Samenwerkingsverbanden met eerstelijnszones

Uit de interviews blijkt dat de eerstelijnszones zich nog in een opstartfase bevonden op het moment dat de crisis uitbrak. De zorgraden van de eerstelijnszones zouden immers pas officieel van start gaan in juli 2020, maar hun werking is in een versneld tempo geraakt omwille van de pandemie. Hierdoor functioneerde deze structuur niet altijd optimaal. **Samenwerking tussen de woonzorgcentra en de eerstelijnszones bleek zich veelal te beperken.** Eén van de respondenten (voorzitter van een eerstelijnszone) gaf aan een overlegplatform aangeboden te hebben aan de coördinerend en raadgevend artsen van de woonzorgcentra binnen de eerstelijnszone om afstemming en uitwisseling te faciliteren.

Verschillende interviewees **erkennen het potentieel van de eerstelijnszone**, maar ervaren de meerwaarde ervan tot op heden nog niet. De eerstelijnszone heeft als mogelijke opportuniteit als centraal aanspreekpunt te fungeren voor de woonzorgcentra. Communicatie en zorg bleken versnipperd aanwezig te zijn waardoor niet elk woonzorgcentrum op het juiste moment de nodige informatie kreeg (*e.g.*, verschillende koepelorganisaties met verschillende snelheden).

Een eerstelijnszone zou hier als communicator kunnen fungeren zodat informatie transparant en gelijktijdig over alle organisaties in de zone heen verspreid kan worden. Eén van de respondenten pleitte ook voor de rol van de eerstelijnszones in het inspelen op lokale omstandigheden voor het bepalen van maatregelen, naar analogie van het idee van de Corona barometer. Zo zouden de genomen maatregelen en bezoeksregelingen kunnen afgestemd worden op het aantal lokale besmettingen, in samenspraak met

actoren uit de eerste lijn (e.g., huisartsen). Deze respondent gaf aan dat ze deze strategie reeds toepasten gedurende de tweede en derde golf.

“Ik zocht steeds naar een evenwicht tussen veiligheid en comfort en ben dan wel eens over de streep gegaan voor het belang van bewoners. Dankzij de sterke communicatie in onze eerstelijnszone en het lokale bestuur wisten we welk risico we liepen.” – Directie woonzorgcentrum

Vanuit de woonzorgcentra (en vanuit ziekenhuizen) blijkt er **onduidelijkheid te heersen over de rol van de zorggraden**. Interviewees vragen zich af of de focus van de zorggraad op de bewoner of de intersectorale afstemming (e.g., gegevensdeling) hoort te liggen.

“De overlegstructuur binnen de eerstelijnszone is goed, ik wil in de toekomst meer in de diepte ingaan op de praktijk en de cliënt zelf” – Directie woonzorgcentrum

“Ik denk dat de eerstelijnszone vooral gericht is op (de casuïstiek rond) de bewoner. Waar ik het over heb, is een soort van overlegstructuur waar het over samenwerkingen kan gaan.” – Directie woonzorgcentrum

Deze **intersectorale afstemming** (e.g., rond personeelstekorten en –overschotten) bleek **belangrijk** te zijn, mede omwille van de fragmentatie in de zorg. Bepaalde (organisaties van) eerstelijnszorgaanbieders wisselen reeds personeel uit aan woonzorgcentra (e.g., om continuïteit te garanderen bij een noodsituatie).

Los van de potentiële meerwaarde was er **aanvankelijk een groot scepticisme over het samenwerken tussen de verschillende sectoren bij de opstart van de eerstelijnszones**, wat resulteerde in grote verschillen op vlak van vertegenwoordiging van de woonzorgcentra in de verschillende zorggraden.

Ook **zelfstandige eerstelijnszorgaanbieders blijken minder vertegenwoordigd te zijn** in de zorggraden, omdat de tijd die ze in vergaderingen doorbrengen niet rechtstreeks vergoed wordt. Zorgverleners die in dienstverband werken worden hiervoor vrijgesteld terwijl hun loon wordt doorbetaald.

2.2.3 Samenwerkingsverbanden met lokale besturen

In het decreet Lokaal Sociaal Beleid (9 februari 2018) wordt een Vlaamse beleidsdoelstelling omschreven waarin de lokale besturen een belangrijke regierol in het lokaal sociaal beleid krijgen. Dit wordt op verschillende niveaus geconcretiseerd:

- Strategisch: Het lokaal bestuur ontwikkelt een integraal en inclusief lokaal sociaal beleid dat deel uitmaakt van het meerjarenplan;
- Tactisch: Het lokaal bestuur heeft de opdracht om het aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening maximaal af te stemmen op de lokale behoeften met minstens het bevorderen van overleg en afstemming tussen de lokale actoren om te komen tot een complementair aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening;
- Operationeel: Het lokaal bestuur maakt werk van een maximale toegankelijkheid van de lokale sociale hulp- en dienstverlening voor de bevolking en besteedt daarbij bijzondere aandacht aan onderbescherming. Het samenwerkingsverband geïntegreerd breed onthaal omvat minstens het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, het erkende centrum voor algemeen welzijnswerk en de erkende diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen.

Ervaringen van de respondenten met het lokaal bestuur waren wisselend. Bepaalde respondenten hebben tijdens de COVID-19-pandemie nauwelijks tot geen steun ervaren van de lokale besturen, noch

proactieve initiatieven of evaluaties. In bepaalde woonzorgcentra was de betrokkenheid van het lokaal bestuur groot en was er ondersteuning bij:

- Het aantrekken van lokale vrijwilligers om hulp te bieden in de woonzorgcentra (e.g., Hamont-Achel);
- Het formeel bekrachtigen van maatregelen die door woonzorgcentra genomen werden door de burgemeester (e.g., Maaseik);
- Andere woonzorgcentra zochten zelf contact met het lokale bestuur om beroep te doen op personeelondersteuning vanuit Defensie.

2.2.4 Intrasectorale samenwerkingsverbanden

Een belangrijke uitdaging in de woonzorgcentra zijn de beperkte financiële middelen, waardoor voorrang wordt gegeven aan “handen aan het bed” in plaats van een uitgebreid middenkader. Dit heeft een impact op de ontwikkeling van samenwerkingen met andere organisaties. **Samenwerkingen of netwerken blijven vaak beperkt tot directieleden.** Grotere organisaties, of organisaties die behoren tot een koepel van woonzorgcentra, hebben mogelijkheden om personeel vrij te maken voor coördinerende functies om vervolgens (intersectorale) samenwerkingsverbanden te initiëren en te continueren.

Eén van de respondenten gaf aan dat het huidige Vlaams Intersectoraal Akkoord (VIA6) mogelijkheden biedt voor het bijstellen van de omkaderingsnormen in de residentiële ouderenzorg (Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021). Via dit akkoord voorziet de overheid compensatie voor de gestegen zorgzwaarte en werkdruk door naar '100% RVT' normen te gaan. Bijkomend voorziet men een 'budget kwaliteit VIA6' wat toelaat om aanwervingen te doen ter optimalisatie van professionalisering en organisatieontwikkeling (e.g., stafmedewerkers of verpleegkundigen met bijzondere expertise). Deze bijkomende financiering biedt kansen om in de toekomst het middenkader uit te breiden en daarmee ook de mogelijkheden tot het vormen van netwerken intra- en intersectoraal.

2.3 Welke ondersteuning werd tijdens de COVID-19-pandemie op basis van de verschillende samenwerkingsverbanden concreet aangereikt aan de woonzorgcentra?

Tijdens de COVID-19-pandemie werden er naast de reeds geldende formele samenwerkingsverbanden, ook **tijdelijke maatregelen** genomen, gericht op:

- **Zorgorganisatie, en -logistiek:** beschikbaarheid van materialen (PBM), personeel (detachering van ziekenhuispersoneel en (thuis)verpleegkundigen in woonzorgcentra);
- **Zorgcontinuïteit:** ontslagplanning ziekenhuis, opnameregeling woonzorgcentrum, belangrijke rol voor de schakelcentra bij transfer van patiënten en ontlasten van ziekenhuizen en woonzorgcentra;
- **Bescherming van kwetsbare ouderen in woonzorgcentra:** mobiele teams voor infectiepreventie, analyse van signalen van nakende uitbraak (toename besmettingen in de regio van het woonzorgcentrum) en analyse van psychosociale problemen;
- **Financiële compensatie** voor woonzorgcentra voor omzetverlies, vergoeding van de extra personeelsinzet en subsidie voor aanstellen van een crisismanager.

De bestaande relaties laten toe om de reguliere zorg te organiseren in normale omstandigheden. Maar, in geval van een crisissituatie met ongekeerde risico's en andere noden zoals tijdens de COVID-19-pandemie, was het **voor sommige woonzorgcentra van belang nieuwe samenwerkingen aan te gaan**, met actoren buiten hun bestaande netwerk. De ondersteuning die vanuit de verschillende actoren kon worden aangereikt aan de woonzorgcentra, wordt achtereenvolgens besproken.

2.3.1 Ondersteuning vanuit de ziekenhuizen

Ondersteuning vanuit de ziekenhuizen situeerde zich voornamelijk op:

- Samenbrengen van actoren via wekelijks of regelmatig (online) overleg om ervaringen en expertise te delen met elkaar;
- Detachering van personeel naar woonzorgcentra voor personeelsversterking of voor het delen van kennis en kunde vanuit de externe liaison;
- Ondersteuning op vlak van (beschermings)materiaal;
- Verlenen van expertise (advies en opleiding) op vlak van infectiepreventie (e.g., eLearning, 'train the trainer' opleiding op vlak van infectiepreventie, draaiboek met COVID-19 gerelateerde topics (i.e., klinische biologie, infectiepreventie, personeelsdetachering).

2.3.2 Ondersteuning vanuit de eerste lijn

Ondersteuning vanuit de eerste lijn situeerde zich voornamelijk op:

- Forum voor intersectoraal overleg via de eerstelijnsstructuren;
- Integrale communicatie naar alle woonzorgcentra (advies o.b.v. richtlijnen van de overheid en analyse van besmettingen in de regio met risico op nakende uitbraak);
- Mobiele teams voor infectiepreventie;
- Schakelzorgcentra: tijdelijke opvang van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis (in functie van bescherming van kwetsbare ouderen, zorgcontinuïteit en ontlasten van ziekenhuizen en woonzorgcentra);
- Overleg tussen de coördinerend en raadgevend arts (als medisch verantwoordelijke van het woonzorgcentrum) en de *medical single point of contact* van de eerstelijnszone, bij het signaleren van een mogelijke uitbraak in de woonvoorziening;
- Oprichting van het Consortium Thuisverpleging Limburg, bestaande uit de verschillende organisaties voor thuisverpleging en de groepen van zelfstandige thuisverpleegkundigen, i.s.m. de diensten gezinszorg. De op woonzorgcentra gerichte initiatieven vanuit dit consortium zijn:
 - Een provinciaal 0800-nummer:
 - voor het aanmelden van COVID-19-positieve patiënten voor thuis- of gezinszorg,
 - als hulplijn voor woonzorgcentra en schakelzorgcentra;
 - Detachering van thuisverpleegkundigen (zelfstandig en in dienstverband);
 - Bijstaan in de organisatie van cohortzorg;
 - Vorming (e.g., campagne omtrent handhygiëne, namelijk 'Zorgende handen zijn propere handen').

2.3.3 Ondersteuning vanuit de lokale besturen

Ondersteuning **vanuit de lokale besturen** situeerde zich voornamelijk op:

- Aanvraag van hulp bij Defensie;
- Ondersteuning bij werving van lokale vrijwilligers.

Ondersteuning vanuit de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG)

Ondersteuning **van het VVSG** situeerde zich voornamelijk op:

- Faciliteren van intrasectoraal overleg voor directieleden van openbare thuisvervangende zorg (DOTzorg);
- Delen van richtlijnen (COVID-19-draaiboek) uit de thuiszorgdiensten.

2.3.4 Ondersteuning vanuit het Agentschap Zorg & Gezondheid

Ondersteuning **van het Agentschap Zorg & Gezondheid** situeerde zich voornamelijk op:

- Communicatie:
 - Omzendbrieven;
 - Updates;
 - Revisiedocumenten;
- Financiering leegstand;
- Materiaal – testcapaciteit;
- *Outbreak* teams.

2.3.5 Ondersteuning vanuit de overkoepelende organisatie van een woonzorgcentrum

De ondersteuning **vanuit de overkoepelende organisaties** van woonzorgcentra had voornamelijk een positieve impact op:

- Voordelen op vlak van logistiek, informatie en opleidingen;
- Snelle communicatie van richtlijnen;
- Aanstelling van personen met een zekere expertise in eigen huis (onder andere ziekenhuis-hygiënist, psycholoog en preventie-adviseur);
- Uitwisseling van personeel bij tekorten;
- Bestaan van een crisisteam.

2.4 Wat was de toegevoegde waarde van de geriatrische liaisonfunctie en de eerstelijnszone voor de ondersteuning van de woonzorgcentra?

2.4.1 Geriatrische liaison

In artikel 20 van het **zorgprogramma voor de geriatrische patiënt** (KB 26 maart 2014) worden de doelstellingen van de externe liaison beschreven: *“De externe liaison is een transversale opdracht van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Deze externe liaison heeft als doel de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerend en raadgevend arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep buiten het ziekenhuis, zodat de continuïteit van de zorg wordt geoptimaliseerd en onnodige opnames worden vermeden, alsook synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken worden ontwikkeld met de zorgverstrekkers en de voorzieningen voor en na de hospitalisatie.”*

Uit de interviews blijkt dat de functie van externe liaison voor de COVID-19-pandemie **vooral focuste op het creëren van en het deelnemen aan pluridisciplinaire comités** voor de zorgcontinuïteit en het uitbouwen van samenwerkingsnetwerken met zorginstellingen (i.e., 4x/jaar interdisciplinair overleg tussen ziekenhuis en woonzorgcentra). Uit de ervaringen van interviewees uit woonzorgcentra en ziekenhuizen blijkt dat op deze overlegmomenten niet alle woonzorgcentra even goed vertegenwoordigd zijn.

*“Je voelde wel dat de nood niet altijd heel groot was om elkaar te zien.” –
Verpleegkundig paramedisch directeur ziekenhuis*

De functie van ontslagmanager en het voorstellen en coördineren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerstelijnsstructuren bleken minder goed ontwikkeld. Bovendien geven heel wat respondenten aan dat de externe liaison in de praktijk onvoldoende gekend en geïmplementeerd was, aangezien deze functie ook vaag omschreven wordt in het desbetreffende KB. Ook Nelde *et al.* (2019) vermelden dat in België het individuele ontslagmanagement veelal opgenomen wordt door sociale werkers van het ziekenhuis, maar dat er voor het opzetten van transmurale samenwerkingsverbanden met organisaties in de eerste lijn geen financiering is voorzien. Thans tonen studies over transitionele zorgmodellen, waarbij geriatrische evaluatie in het ziekenhuis gekoppeld wordt aan een individueel zorgplan voor de eerste lijn, een langere overleving gedurende de eerste zes maanden na het ontslag uit het ziekenhuis. Naast het gebrek aan financiering blijkt er ook te weinig personeel en te weinig functiedifferentiatie te zijn.

“Binnen ziekenhuizen is er een tekort aan geriatrische expertise, het gaat hierbij niet enkel om arts-specialisten in de geriatrie. Er zijn weinig middelen en weinig functies, zoals verpleegkundigen met een bijzondere expertise, om taken op te nemen. Het advanced practice nursing verhaal biedt mogelijkheden voor de focus op transitionele zorg” – Expert in ouderenzorg

De rol van de externe liaison kreeg een totaal nieuwe invulling tijdens de pandemie, namelijk het bieden van expertise en ondersteuning vanuit de ziekenhuizen in de woonzorgcentra. Dit bleek voor beide zorgorganisaties een boeiende wisselwerking. Interviewees geven aan dat de overheid zou moeten blijven stimuleren om de functie van externe liaison te optimaliseren. Ook voor de doorverwijzing van en naar ziekenhuizen of psychiatrische centra zou de externe liaison een belangrijke meerwaarde kunnen zijn, om behandeltrajecten verder te zetten of op te volgen.

“Voor de pandemie was dit bij ons misschien net te weinig. De uitbouw van het externe liaison gedeelte lijkt me een belangrijke tool bij toekomstige pandemieën” – Arts-specialist in de geriatrie

“De finaliteit van de samenwerking tussen twee zorginstellingen moet resulteren in uitwisseling van expertise en een reductie van het aantal doorverwijzingen.” – Directeur psychiatrisch ziekenhuis.

2.4.2 Eerstelijnszone

“Vandaag is er een zeer sectorale overlegstructuur. Hoe kunnen we smeerolie gieten tussen de verschillende organisaties?” – Directeur woonzorgcentrum

Het belang van overleg in de eerstelijnsgezondheidszorg staat niet ter discussie bij de respondenten.

Tot op heden werd overleg voornamelijk intrasectoraal gevoerd, waarbij directieleden uit gelijkaardige organisaties gingen netwerken. Omwille van de toegenomen fragmentatie van zorg, wordt overleg met actoren uit andere organisaties steeds belangrijker, om zorgverlening in de verschillende sectoren op elkaar af te stemmen (e.g., personeelstekorten en –overschotten). Uit de interviews blijkt dat de eerstelijnszones zich nog in een opstartfase bevonden op het moment dat de crisis uitbrak. De zorgraden van de eerstelijnszones zijn immers officieel van start gegaan in juli 2020, maar door de pandemie is hun werking in versneld tempo opgestart. Hierdoor functioneerde deze structuur niet altijd optimaal. Samenwerking tussen de woonzorgcentra en de eerstelijnszones bleek veelal beperkt te zijn. De eerstelijnszones bieden het potentieel om een forum te zijn waar zorgprofessionals uit verschillende sectoren samenkomen om te reflecteren over (potentiële) samenwerkingsrelaties en maatschappelijke noden.

Een mogelijke opportuniteit voor de eerstelijnszones is om als centraal aanspreekpunt voor de woonzorgcentra te fungeren.

Communicatie en zorg zijn momenteel versnipperd aanwezig waardoor niet elk woonzorgcentrum op het juiste moment de nodige informatie krijgt (e.g., verschillende koepelorganisaties met verschillende snelheden). Een eerstelijnszone zou hier als communicator kunnen optreden zodat informatie transparant en gelijktijdig over alle organisaties in de zone heen verspreid kan worden. Een voorbeeld hiervan, wat door één van de respondenten aangehaald werd, is dat de eerstelijnszone hun zone zou informeren over de lokale cijfers omtrent besmettingen en ziekenhuisopnames. Op deze manier zouden lokale omstandigheden bepalen welke maatregelen in die periode moeten genomen worden, naar analogie met het idee van de Corona barometer. Zo zouden de genomen maatregelen en bezoekenregelingen kunnen afgestemd worden op het aantal lokale besmettingen, in samenspraak met actoren uit de eerste lijn (e.g., huisartsen).

2.5 Hoe hebben de betrokken zorgprofessionals de diverse samenwerkingen tijdens de COVID-19-pandemie ervaren en geëvalueerd?

“In de woonzorgcentra had men de wil, de menselijke warmte en het verstand, maar de materialen ontbraken. Kennis en vaardigheden kunnen via opleiding snel worden goedge maakt, maar het medisch materiaal was ruim ontoereikend.” – Arts-specialist in de geriatrie

“De cellen ‘zorg’, ‘ziekenhuishygiëne’ en ‘materialen’ zijn opgezet tijdens COVID-19. Woonzorgcentra hebben veel te lang moeten wachten op materialen om goede zorg te leveren. Infrastructuur en materialen voor de woonzorgcentra zouden door overheid beter geregeld en gestroomlijnd moeten worden.” – Verpleegkundig directeur ziekenhuis

Geen enkele organisatie was voorbereid op een crisissituatie zoals deze COVID-19-pandemie. **Ziekenhuizen gingen outreachend werken in de woonzorgcentra** door teams van experts (e.g. ziekenhuishygiënist, verpleegkundige en geriater) te sturen om advies te verlenen over cohortezorg of om bewoners medisch te evalueren.

Het bieden van expertise uit de ziekenhuizen zette aan tot denken over de invulling van zorg voor bewoners in de residentiële ouderenzorg: moet er in de toekomst meer patiëntgericht en vraaggestuurd gewerkt worden voor bewoners in de residentiële ouderenzorg? In plaats van telkens een transfer naar het dagziekenhuis te voorzien voor bewoners uit de woonzorgcentra, **zouden de consultants door verpleegkundig specialisten ook in het woonzorgcentrum kunnen plaatsvinden**. Zo zou een bewoner in het woonzorgcentrum advies kunnen krijgen van een verpleegkundig consultant of specialist (bv. wondzorg) zonder steeds het traject naar het ziekenhuis te moeten afleggen.

“Als je patiëntgericht wil werken, zou het beter zijn om de specialist wondzorg naar het woonzorgcentrum te laten gaan, in plaats van een transfer naar het ziekenhuis te plannen. Dit is praktisch en financieel op dit moment nog heel moeilijk te verwezenlijken.” – Hoofdverpleegkundige geriatrische afdeling

Op deze manier is er ook frequente inbreng van verpleegkundigen met een specifieke expertise in de woonzorgcentra. Voor een optimale continuïteit van zorg zouden deze verpleegkundig specialisten een centraal aanspreekpunt moeten hebben in de woonzorgcentra. Dit zou de coördinerend en raadgevend arts en/of een verpleegkundig specialist of stafmedewerker in het woonzorgcentrum kunnen zijn.

In tijden van een pandemie zouden ziekenhuizen **door extramurale consultants de zorgcontinuïteit kunnen garanderen**. Nu stelde men vast dat zorg in de dagziekenhuizen vaak uitgesteld of afgezegd werd, uit angst voor het infectierisico of omwille van de implicaties nadien (e.g. een verplichte quarantaine).

“Op menselijk vlak kan je dat natuurlijk wel volgen, maar puur medisch werd het gevaarlijk” – Hoofdverpleegkundige geriatrische afdeling

Heel wat interviewees gaven aan dat de COVID-19-pandemie **'het moment van de waarheid'** was voor **vele coördinerend en raadgevend artsen** in de woonzorgcentra. De coördinerend en raadgevend arts is in vele woonzorgcentra immers vaak een losstaand persoon, waarbij de aansturing niet zo evident is. Het is heel vaak moeilijk voor de woonzorgcentra om een coördinerend en raadgevend arts te vinden door de beperkte financiering. Eveneens bleek de relatie tussen directieleden en coördinerend en raadgevend arts soms uitdagend te zijn.

“Ik denk dat de integratie tussen coördinerend en raadgevend artsen en directies van woonzorgcentra nog veel beter kan. Coördinerend en raadgevend artsen zijn niet opgeleid om beleid te voeren, maar hebben bepaalde medische inzichten die belangrijk zijn om het beleid te bepalen.” – Voorzitter eerstelijnszone

Bepaalde **eerstelijnszones** hadden reeds een bestaande **werkgroep voor coördinerend en raadgevend artsen**. Deze samenwerking werd geïntensifieerd tijdens de pandemie. Hier konden de coördinerend en raadgevend artsen ervaringen uitwisselen en problemen onderling bespreken.

Diverse interviewees gaven aan dat de **coördinerend en raadgevend arts de spilfiguur is tussen alle actoren betrokken bij de bewoner**: de huisarts, familie, woonzorgcentrum en zorgprofessionals. Deze rol bleek cruciaal in de COVID-19-pandemie, als bruggenbouwer tussen sectoren, en dit vanuit medisch perspectief. Respondenten evalueren de rol als coördinerend en raadgevend arts zeer positief en bevelen aan om deze uit te breiden. Voor een optimale zorgcontinuïteit zou de coördinerend en raadgevend arts idealiter binnen het woonzorgcentrum afstemmen met andere professionals, zoals bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist of een stafmedewerker.

In tijden van crisis bleken andere zorgorganisaties (e.g., ziekenhuizen en organisaties voor eerstelijnszorg) bereid om te ondersteunen waar mogelijk. **Relationele aspecten bleken hier meer doorslaggevend te zijn dan de partners met wie men een functionele binding aanging.**

“De implementatie van samenwerkingsverbanden is vaak persoonsgebonden, wanneer iemand netwerk minded is zal dit vlotter verlopen.” - Directeur psychiatrisch ziekenhuis

Het **valideren van samenwerkingsrelaties** gebeurt nu vaak op structuur- of procesniveau (bv. is er een overeenkomst en zijn er regelmatige overlegmomenten?). Zinvoller zou zijn om samenwerking te evalueren **op uitkomstniveau**, door na te gaan wat de tevredenheid is van de bewoner, hoe vaak bewoners wordt doorverwezen of hoeveel personeelsuitwisseling (bv. voor het delen van expertise) er geweest is. Finaal zou het doel van de samenwerking een verbetering van de zorg moeten zijn.

“De finaliteit van de samenwerking tussen twee zorginstellingen moet resulteren in uitwisseling van expertise en een reductie van het aantal doorverwijzingen.” – Directeur psychiatrisch ziekenhuis.

Een belangrijke beperking in de woonzorgcentra zijn de beperkte middelen, waardoor voorrang wordt gegeven aan 'handen aan het bed' in plaats van een uitgebreid middenkader, dit heeft effecten op professionalisering en de ontwikkeling van samenwerkingen met andere organisaties.

Omgaan met de COVID-19-pandemie, betekende **voortdurend afwegingen maken tussen welzijn van bewoners en hun fysieke veiligheid**. Eén van de respondenten stelde dat het goed zou zijn indien de overheid een kader zou voorzien om de rol van informele zorgverleners te formaliseren, omwille van hun belangrijke impact op psychosociaal welbevinden bij de bewoner. Het doel hiervan zou zijn om naasten/mantelzorgers in de toekomst rechten te geven om mee in dialoog te gaan met woonzorgcentra over beslissingen omtrent bezoeksregeling, ... Deze relevante partnerschappen kunnen dan ook omschreven worden in mantelzorgovereenkomsten.

Los van de pandemie werd er door respondenten een **bezorgdheid geuit over de betrokkenheid van woonzorgcentra bij zorginnovatie**. Bij de lancering van zorgtechnologie worden vaak lokale initiatieven genomen, waar woonzorgcentra nauwelijks in betrokken werden. Ook de implementatie van evidence-based bevindingen in de praktijk zijn extra moeilijk in de woonzorgcentra.

Tenslotte werd aangegeven dat de **samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg** heel waardevol was. De nood aan geestelijke gezondheidszorg nam enkel toe tijdens de COVID-19-pandemie.

“Er is wel wat geestelijke gezondheidszorgproblematiek in de woonzorgcentra, deze zijn door de COVID-19-pandemie nog exponentieel toegenomen” – Voorzitter eerstelijnszone

De initiatieven, waarbij **mobiele teams van ouderenzorg van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg woonzorgcentra konden ondersteunen**, waren zinvol, maar beperkt in middelen. Door deze ontoereikende financiering kon deze zorg niet overal aangeboden worden en bleken het vooral de reeds goed functionerende woonzorgcentra te zijn die deze initiatieven oppikten. Andere woonzorgcentra, waar de nood misschien nog veel groter was, werden hierdoor minder bereikt. Deze respondent pleitte dan ook voor het structureel inbedden van deze samenwerking.

Hoofdstuk 7

Gerichte beleidsaanbevelingen om de organisatie van zorg rond de oudere persoon in de residentiële context te verbeteren (WP 4)

In *Tabel 4* volgt een opsomming van de aanbevelingen, die geformuleerd werden op basis van de resultaten uit de voorgaande werkpakketten.

Tabel 4 Beleidsaanbevelingen | Overzicht

1.	Een duurzame implementatie van bestaande samenwerkingsverbanden waarvoor reeds een kader werd uitgewerkt;
2.	Inzetten op translationeel onderzoek inzake innovatie in zorgorganisatie;
3.	De implementatie van systemen om (digitale) informatieoverdracht te versnellen;
4.	Herevaluatie van erkenningscriteria inzake organisatorische veerkracht;
5.	Het belang van de eerstelijnszones en regionale zorgzones als structuur om de samenwerkingen te ondersteunen, te stimuleren en verder uit te werken;
6.	De introductie van een verpleegkundig specialist in de residentiële ouderenzorg;
7.	Een optimalisatie van de rolinvulling van de coördinerend en raadgevend arts;
8.	Integreren van geestelijke gezondheidszorg in de woonzorgcentra.

1 Aanbeveling 1: Een duurzame implementatie van bestaande samenwerkingsverbanden waarvoor reeds een kader werd uitgewerkt

Uit de *desk research* werden drie belangrijke **beleidsdocumenten** gedistilleerd waarin het **kader voor samenwerkingsverbanden met woonzorgcentra** vorm krijgt. In het **eerstelijnsdecreet** komt de optimalisatie van zorgkwaliteit als belangrijke doelstelling van de zorgraden van de eerstelijnszones naar voren, waarin woonzorgcentra, samen met andere partners uit de eerste lijn, vertegenwoordigd moeten zijn. Vervolgens wordt in het **woonzorgdecreet** beschreven dat woonzorgcentra verplicht zijn om een overeenkomst te sluiten met onder andere een erkende geriatrische dienst van één of meerdere ziekenhuizen. In het **zorgprogramma voor de geriatrische patiënt** komt aan bod hoe de externe liaison in een ziekenhuis verantwoordelijk is voor het opzetten van samenwerkingsverbanden met de eerste lijn (*i.e.*, de huisarts, de coördinerend en raadgevend arts en de zorgverstrekkers van geriatrische patiënten) en het garanderen van zorgcontinuïteit voor de individuele patiënt bij een transitie van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg.

Uit de interviews met diverse actoren uit het werkveld blijkt dat de beleidsdocumenten en de bijhorende samenwerkingsverbanden **(nog) onvoldoende geïmplementeerd zijn in de praktijk**. Zo gaven respondenten bijvoorbeeld aan dat de functie van een externe liaison weinig concretisering kent. Daarnaast zijn er in de nasleep van de COVID-19-pandemie **structurele maatregelen** genomen die nog geïmplementeerd moeten worden in de praktijk, waardoor hun effect op de organisatie van zorg nog niet ten volle kan worden beschreven. Deze maatregelen dienen, samen met een effectieve implementatie van de bestaande kaders, **geëvalueerd** te worden alvorens nieuwe structurele maatregelen uit te vaardigen.

In plaats van een nieuw beleid te definiëren, lijkt het dan ook aangewezen om eerst de decretaal beschreven samenwerkingsverbanden verder te concretiseren en te **focussen op een duurzame implementatie binnen het bestaande beleidskader**. Door te vertrekken vanuit het reeds bestaande kader kan ook aan snelheid worden gewonnen. Het is echter wel **noodzakelijk om de nodige uitvoeringsbesluiten en financiële ondersteuning te voorzien**.

2 Aanbeveling 2: Inzetten op translationeel onderzoek inzake innovatie in zorgorganisatie

Het zorglandschap is voortdurend in evolutie en wordt geconfronteerd met complexe uitdagingen, die vragen om efficiënte antwoorden. Innovatie zorgt ervoor dat zorgprofessionals creatief, efficiënt, effectief en kwalitatief zorg kunnen bieden aan de cliënt. Respondenten geven aan dat het wetgevend kader soms te rigide is, wat hen weinig mogelijkheden biedt om creatief om te gaan met bijvoorbeeld het uitdenken van nieuwe woonvormen. Daarnaast duurt het doorgaans relatief lang vooraleer innovatieve oplossingen landen in de zorgsector.

Geïntegreerde zorg wordt vandaag beschouwd als een belangrijk antwoord op enkele uitdagingen waar de gezondheidszorg mee wordt geconfronteerd. Toch blijkt het niet eenvoudig om geïntegreerde zorg vorm te geven. Om dit type zorg te faciliteren, is aandacht nodig in wetgeving, onderwijs (*e.g.*, interdisciplinair samenwerken, stage-ervaringen opdoen in andere sectoren), en onderzoek. Heel wat beleids- en visienota's zetten sterk in op de integratie van zorg voor personen met een zorg- en ondersteuningsnood en dit vanuit verschillende invalshoeken, via pilootprojecten of proeftuinen. Respondenten gaven aan dat er nood is aan gedegen, wetenschappelijke implementatie en evaluatie van pilootprojecten rond geïntegreerde zorg en het uniformiseren van eerstelijnsinitiatieven in functie van duurzame implementaties. Translationeel onderzoek kan hiervoor een meerwaarde bieden, namelijk door de resultaten te vertalen naar een praktijktoepassing.

In functie van een betere benutting van innovatie dient samenwerking over instellingen en onderzoeksgroepen heen gefaciliteerd te worden. Enerzijds door een optimale disseminatie van onderzoeksresultaten, met als doel de beeldvorming en zichtbaarheid van (wetenschappelijke) inzichten en innovaties te vergroten en om draagvlak te creëren bij een zo breed mogelijk publiek. Anderzijds door het stimuleren van onderzoek in de woonzorgcentra met focus op de implementatie van innovatieve zorgmodellen en organisatie die bijdragen tot het verbeteren van kwaliteit, veiligheid en levenscomfort van de oudere persoon in een woonzorgcentrum.

3 Aanbeveling 3: Implementatie van systemen voor (digitale) informatieoverdracht versnellen

'Innovatie, digitalisering van zorg- en ondersteuningsprocessen, en gegevensdeling' wordt vermeld als één van de organisatorische werkingsprincipes volgens het woonzorgdecreet (15 februari 2019). Uit interviews blijkt dat **er geen structurele oplossingen zijn voor het doorgeven van informatie van en naar woonzorgcentra**. Toch zijn de **snelheid en juistheid van informatiedoorstroming essentieel** in de organisatie en operationalisering van kwaliteitsvolle zorg. Zowel in de woonzorgcentra als tussen (intersectorale) zorgorganisaties. Zo gaven respondenten aan dat een beleid rond vroegtijdige zorgplanning vaak ontbreekt, wat onder meer essentieel is voor een goede samenwerking met de ziekenhuizen.

Hiervoor moet er verder worden ingezet op **eHealth toepassingen** die het delen van essentiële informatie (*e.g.*, medicatie, contactgegevens mantelzorgers en vroegtijdige zorgplanning) faciliteren. Zowel binnen zorgorganisaties als tussen zorgorganisaties.

4 Aanbeveling 4: Herevaluatie van erkenningscriteria inzake organisatorische veerkracht

De veerkracht van organisaties bleek determinerend in het succesvol kunnen omgaan met onverwachte omstandigheden. Deze studie toont aan dat **organisaties met voldoende schaalgrootte meer mogelijkheden hadden om tekorten aan te pakken** op vlak van personeel, materiaal en/of expertise tijdens de COVID-19-pandemie. Respondenten gaven aan dat deel uitmaken van een grootschalige organisatiestructuur en/of netwerkverband voordelig is om efficiënt te kunnen omgaan met mensen en middelen. Ook het kenniscentrum Welzijn, Wonen en Zorg ijvert voor een residentieel (zorg)aanbod dat bij voorkeur in een grootschalige organisatiestructuur kleinschalig wordt uitgebouwd. Een visie die ook ondersteund wordt in het investeringsplan van Zorgnet Icuuro (2020). In dit plan haalt men aan dat het toekomstige woonzorgcentrum best kleinschalig is in verschijningsvorm, maar grootschalig in organisatievorm, met een gedegen connectie met de rest van de wereld. Het is duidelijk dat schaalgrootte enkele organisatorische voordelen biedt, zonder dat er daarom noodzakelijk grootschalige woonvormen zijn.

Schaalgrootte creëren op vlak van (zorg)ondersteunende processen kan er voor zorgen dat er meer ruimte wordt vrijgemaakt voor professionalisering en het uitbouwen van een meer diepgaande expertise (bijv. op vlak van zorgkwaliteit). Hierbij wordt gedacht aan functies zoals kwaliteitszorg, ICT, klinische expertise (bv. palliatie, dementie, ...) en een liaisonfiguur in de woonzorgcentra (bv. verpleegkundig specialist).

Het strekt dan ook tot de aanbeveling om cruciale rollen en functies die de kwaliteit en veiligheid van zorg en leven verbeteren te identificeren, maar waarvoor zekere schaalgrootte nodig is voor een renderende implementatie in de praktijk.

5 Aanbeveling 5: Het belang van de eerstelijnszones en regionale zorgzones als structuur om de samenwerkingen te ondersteunen, te stimuleren en verder uit te werken

De woonzorgcentra zijn een volwaardige partner binnen de eerstelijnszones en de bijbehorende zorgraden en maken zo deel uit van een breed en lokaal netwerk voor personen met een zorg- en ondersteuningsnood. De zorgraden van de eerstelijnszones zijn sinds juli 2020 van start gegaan, maar hebben (onder meer door hun belangrijke rol in kader van de COVID-19-vaccinatiecampagne) hun nut bewezen.

De COVID-19-pandemie heeft ons geleerd dat woonzorgcentra beroep kunnen doen op laagdrempelige netwerkrelaties die zich situeren binnen de eerstelijnszones waaronder de uitwisseling van kennis en expertise, logistieke ondersteuning, vrijwilligerswerking, faciliteren van overleg, ... Om geïntegreerde zorg te realiseren en de samenwerking tussen verschillende actoren te faciliteren, zien de respondenten dan ook veel potentieel in de eerstelijnszones en de nog uit te werken regionale zorgzones. Deze eerstelijnszones kunnen immers partners uit verschillende sectoren in de eerste lijn faciliteren in het delen van ervaringen en in het detecteren van de ondersteuningsnoden die er heersen binnen de zone. Op basis hiervan kunnen dan ook gerichte samenwerkingen gestimuleerd en gefaciliteerd worden. Op het niveau van de eerstelijnszones kunnen de krachten gebundeld worden tussen diverse eerstelijns-

actoren, gericht op de specifieke noden van de populatie. Daarenboven zou de eerstelijnszone eveneens een trekkersrol kunnen spelen in het stroomlijnen van communicatie naar de diverse actoren werkzaam binnen de ouderenzorg, waardoor informatie de stakeholders niet in verschillende snelheden bereikt en daardoor beter op elkaar afgestemd kan worden. Een voorbeeld dat in een interview aan bod kwam, was de potentiële rol die de eerstelijnszone kan opnemen in het inspelen op lokale omstandigheden voor het bepalen van regionale maatregelen tijdens een pandemie.

6 Aanbeveling 6: De introductie van een verpleegkundig specialist in de residentiële ouderenzorg

Ziekenhuizen gingen tijdens de pandemie *outreaching* te werk en detacheerden personeel naar de woonzorgcentra om de kennis en vaardigheden over infectiepreventie en –controle te optimaliseren. De inzet van deze gespecialiseerde verpleegkundigen uit ziekenhuizen hebben de werking van woonzorgcentra tijdens de COVID-19-pandemie in belangrijke mate ondersteund en bleken een inspiratiebron voor de conceptualisering van nieuwe zorgmodellen.

Hoewel verpleegkundigen met een bijzondere klinische expertise (bv. wondzorg, palliatieve zorg, dementie) een meerwaarde betekenen, gaat deze aanbeveling verder dan dat. Naast de klinische specialisatie, geven respondenten aan dat er binnen woonzorgcentra een nood is aan leiderschap en integratie. Een verpleegkundig specialist kan een verscheidenheid aan rollen opnemen:

- Klinisch expert en behandelaar (gebaseerd op wetenschappelijke evidentie);
- Organisator van kwaliteitsvolle zorg en innovatieleider;
- Professioneel en klinisch leider;
- Onderzoeker;
- Samenwerker;
- Communicator;
- Gezondheidsbevorderaar.

Verpleegkundigen met dit profiel kunnen een **gedifferentieerde rol** opnemen in het woonzorgcentrum. Zo zijn ze onder andere getraind om complexe zorgvragen, binnen een multidisciplinair kader, te beantwoorden en een leidende rol op te nemen in de organisatie van innovatieve zorgmodellen. Deze nood wordt ook vertaald in verschillende modellen en (internationale) rapporten waar een verpleegkundig specialist een plaats krijgt. Zo beschrijft De Federale Raad voor Verpleegkunde in haar klinisch functiemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst verschillende verpleegkundige expertfuncties, zoals de gespecialiseerde verpleegkundige, de verpleegkundig consulent, de verpleegkundig specialist en de klinisch verpleegkundig onderzoeker. Naast heel wat internationale rapporten, beveelt ook het Belgisch rapport *Future of Nursing* de inzet van en het investeren in advanced practice nurses (ofwel verpleegkundig specialisten) aan en dit in de verschillende sectoren binnen de gezondheids- en welzijnszorg (Sermeus *et al.*, 2018). Sedert 22 april 2019 is er ook een juridisch kader binnen de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen voor de verpleegkundig specialist (WUG, 2019).

De International Council of Nursing definieert in hun recente guideline de Advanced Practice Nurse (APN) als volgt: “Een geregistreerde verpleegkundige met een masterdiploma die beschikt over expert

kennis, complexe besluitvormingsvaardigheden en klinische competenties voor een geavanceerde praktijk, waarvan de kenmerken worden bepaald door de context waarin hij/zij bevoegd is om het beroep uit te oefenen.” (International Council of Nursing, 2020). In België vertaalt zich dit naar de verpleegkundig specialist: **“Een academisch opgeleide verpleegkundige expert met een functie binnen een specialisatiedomein, en die beantwoordt aan de kenmerken van het Advanced Practice Nursing concept”** (Van Hecke et al., 2021). Er dient een kader te worden gecreëerd waarin deze verpleegkundige rol, in samenwerking met o.a. de coördinerend en raadgevend arts, structureel kan bijdrage aan de professionalisering van zorg binnen de woonzorgcentra.

7 Aanbeveling 7: Een optimalisatie van de rolinvulling van de coördinerend en raadgevend arts

In een Koninklijk Besluit van 1999 werd de functie van een coördinerend en raadgevend arts geïntroduceerd. Deze zou een verbindende functie hebben tussen directie en verpleging van de instelling enerzijds en de groep van behandelende huisartsen anderzijds. Sinds de introductie van de coördinerend en raadgevend arts is er echter heel wat discussie geweest over het nut en de invulling van deze functie binnen de woonzorgcentra.

Het scepticisme over deze functie vinden we ook terug in de resultaten van dit onderzoek. De positie en omkadering van deze functie werden dan ook vaak (opnieuw) in vraag gesteld. Zo gaven respondenten aan dat de COVID-19-pandemie ‘het moment van de waarheid’ was voor vele coördinerend en raadgevend artsen. Voor de pandemie was het immers vaak onduidelijk welke plaats de coördinerend en raadgevend arts had binnen het woonzorgcentrum en werd deze beschouwd als een ‘losse’ functie binnen het organigram. Dit resulteerde dan ook in een gebrek aan afstemming en samenwerking tussen de coördinerend en raadgevend arts enerzijds en de directie van het woonzorgcentrum anderzijds. Bijkomend werd de coördinerend en raadgevend arts vaak onvoldoende betrokken bij de uitbouw van een medisch beleid binnen de voorziening. Een goed contact tussen coördinerend en raadgevend artsen en directieleden bleek bovendien heel vaak afhankelijk te zijn van de relationele connecties tussen beide partijen. Ook de *goodwill* van de coördinerend en raadgevend arts bleek een belangrijke factor te zijn in de praktijkwerking.

Als aanbeveling pleiten we in de eerste plaats voor **meer integratie van de coördinerend en raadgevend arts in het beleid van het woonzorgcentrum**, waarbij deze zich in een kortere lijn bevindt met de directie. Respondenten gaven immers aan dat de coördinerend en raadgevend arts een dubbele rol vervult binnen de woonzorgcentra. Vooreerst is er een sterke klinische focus, die zich tijdens de COVID-19-pandemie uitte in de samenwerkingsverbanden tussen de coördinerend en raadgevend arts en arts-specialisten uit de ziekenhuizen (*e.g.*, uitwisseling van medische expertise op vlak van behandeling). Daarnaast is er ook een belangrijke focus op zorgorganisatie (*e.g.*, de organisatie van cohortzorg) en het mee vormgeven van een medisch beleid binnen het woonzorgcentrum. De coördinerend en raadgevend arts zal bijgevolg meer en meer een beleidsfunctie op zich moeten nemen. Enkele respondenten verwezen naar het Nederlands model met een ‘instellingsarts’ of vaste ‘verpleeghuisarts’ om hierop een antwoord te kunnen bieden. Uit een recent onderzoek van Domus Medica (Kool *et al.*, 2021) blijkt echter dat de praktijkwerking met zo’n instellingsarts niet veel verschilt met onze coördinerend en raadgevend arts. Slechts enkele langdurige zorginstellingen in Nederland hebben een vaste verpleeghuisarts in dienst en deze instellingen zijn bovendien vaak zeer gespecialiseerd in onder andere dementie. Bovendien lopen zij tegen dezelfde problematieken aan op vlak van taakverdeling en bevoegdheden.

Een bijkomende aanbeveling richt zich op de **financiering van het totaalpakket aan taken die een coördinerend en raadgevend arts vervult**. Het huidig financieringssysteem is immers niet meer in lijn met de zorgtaken die bovendien zijn toegenomen door de stijgende zorgzwaarte in de woonzorgcentra. Intussen werd met het Besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2021 de uitbreiding van de functie en de financiering van de coördinerend en raadgevend arts naar alle bewoners in het woonzorgcentrum en het centrum voor kortverblijf type 1 structureel verankerd in de wetgeving. Tot en met 30 juni 2020 was de financiering van de prestaties van de coördinerend en raadgevend arts immers beperkt tot bewoners die opgenomen waren in een woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning (vroegere RVT). Gezien de cruciale rol van de coördinerend en raadgevend arts in onder meer infectiebestrijding alsook in het algemeen medisch beleid is deze uitbreiding een belangrijke eerste stap.

Aanvullend lijkt het ons belangrijk dat de coördinerend en raadgevend arts in het woonzorgcentrum een sterk team kan vormen met een verpleegkundig specialist (cfr. aanbeveling 6) om het beleid mee vorm te geven, een constructieve brug te creëren met de directie van het woonzorgcentrum alsook het actief uitbouwen van samenwerkingsrelaties binnen de regio. Een **samenwerking van de coördinerend en raadgevend arts in tandem met de verpleegkundig specialist kan de (transmurale) zorgcontinuïteit garanderen** en zorg een nieuwe, geïntegreerde dimensie geven. In een samenwerking tussen Crataegus en Domus Medica, en ontstaan op basis van een reflectieproces met coördinerend en raadgevend artsen, huisartsen en vertegenwoordigers van de koepels werd een recent rapport gepubliceerd (Kool *et al.*, 2021). Dit rapport omvat enkele aanbevelingen over een ‘goede’ ouderenzorg. In het rapport werden onder meer vijf gedeelde randvoorwaarden beschreven voor een persoonsgerichte en geïntegreerde zorgaanpak in een woonzorgcentrum, dat steunt op interprofessionele samenwerking binnen een multidisciplinair zorgteam. We geven, ter aanvulling, deze randvoorwaarden graag mee:

1. Huisartsen zijn goed geplaatst om een actieve rol te spelen binnen het zorgteam in functie van individuele zorgplannen. Het multidisciplinair overleg is hierin cruciaal voor de uitwisseling van informatie;
2. De rolverdeling en verantwoordelijkheden binnen het zorgteam, alsook in de bredere netwerkrelaties zijn helder en uitgesproken. De coördinerend en raadgevend arts heeft een mandaat op populatieniveau (groep van bewoners) en veronderstelt dus onder meer het uittekenen, implementeren en continueren van een medisch beleid. De coördinerend en raadgevend arts moet huisartsen ook actief betrekken in de beleidsvorming;
3. Multidisciplinair teamwerk vraagt om een optimalisatie van de digitalisering van het woonzorgcentrum en de elektronische gegevensdeling tussen leden van het gehele zorgteam;
4. Multidisciplinair teamwerk vraagt vaardigheden die in de opleiding aan bod moeten komen via interprofessioneel onderwijs, vorming en intervisie;
5. Een werkbaar financieringsmodel faciliteert en stimuleert multidisciplinair teamwerk.

Tot slot willen we ook graag meegeven dat de respondenten uit dit onderzoek hebben aangegeven dat de **meerwaarde van een coördinerend en raadgevend arts tijdens de COVID-19-pandemie groot** bleek te zijn en dat zij zich hard hebben ingezet om kwaliteitsvolle zorg voor ouderen in de woonzorgcentra te kunnen bieden.

8 Aanbeveling 8: Integreren van geestelijke gezondheidszorg in de woonzorgcentra

Meerdere respondenten wezen op de noodzaak om de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in de woonzorgcentra in kaart te brengen, om hier een gericht plan voor op te stellen, wat nadien structureel kan worden ingebed. Ten gevolge van verschillende maatschappelijke tendensen (o.a., vermaatschappelijking van de zorg, intensifiëring van zorg in psychiatrische ziekenhuizen, vergrijzing van de bevolking) komen psychiatrische ziektebeelden meer en meer voor in woonzorgcentra. Dit vereist een andere benadering van de bewoner. Zorgprofessionals uit woonzorgcentra dienen bewoners met een psychische kwetsbaarheid immers op een andere wijze te benaderen. Ondersteuning vanuit de mobiele ouderenteams kan een meerwaarde betekenen in de kwaliteit van zorg voor de bewoner met een psychische kwetsbaarheid. Uit de interviews blijkt echter dat er nood is aan een structureel kader voor het uitbouwen van geestelijke gezondheidszorg in de woonzorgcentra, en niet enkel te werken met projecten waarbij er vanuit andere instanties psychosociale hulpverlening wordt geboden. Inzetten op mentaal welzijn en het integreren van geestelijke gezondheidszorg in woonzorgcentra is nodig en is een onderdeel van preventie en vroegdetectie - één van de organisatorische werkingsprincipes volgens het woonzorgdecreet (15 februari 2019).

Hoofdstuk 8

Discussie

De COVID-19-pandemie is een urgente en belangrijke bedreiging voor de wereldwijde gezondheidszorg. Een doelgroep die in de pandemie bijzonder kwetsbaar bleek, was de oudere bevolking. Bij aanvang van de pandemie werd duidelijk dat woonzorgcentra over te weinig capaciteit (zowel kennis, personeel en middelen) beschikten om patiënten met ernstige COVID-19 op de best mogelijke wijze te behandelen. Hierdoor nam de druk op deze organisaties, en hun medewerkers, beduidend toe. Naar aanleiding van de COVID-19-pandemie ontstonden dan ook vragen over de zorgorganisatie van de residentiële ouderenzorg in Vlaanderen. Hoe is de samenwerking rond de oudere persoon met specifieke zorgnoden in de residentiële context concreet georganiseerd, hoe verloopt ze in de praktijk, wat betekende dit ten aanzien van de COVID-19-pandemie en welke beleidsaanbevelingen kunnen daaruit afgeleid worden?

Dit project had dan ook de doelstelling om de **zorgorganisatie** van de residentiële ouderenzorg in Limburg te analyseren om zo een antwoord te bieden op genoemde onderzoeksvragen. Hierbij lag de **focus op intra- en intersectorale samenwerkingen** voor de optimalisatie van residentiële ouderenzorg.

In een eerste fase van het project werd een **desk research** uitgevoerd van alle beleidsdocumenten om de samenwerkingen die in het formele beleid werden opgenomen rond de oudere persoon in residentiële voorzieningen in kaart te brengen. Uit de analyse bleek dat drie beleidsdocumenten het globale kader vormen van samenwerkingsverbanden rond de oudere persoon, namelijk het 'zorgprogramma voor de geriatrische patiënt' (26 maart 2014), 'het woonzorgdecreet' (15 februari 2019) en het 'eerstelijnsdecreet' (26 april 2019).

In een tweede fase werd, aan de hand van een **netwerkanalyse** bij de Limburgse woonzorgcentra, geëxploreerd hoe het formele beleid en de bestaande samenwerkingsverbanden in de praktijk verlopen. In het bijzonder tijdens de eerste Corona-golf. Een veelheid aan samenwerkingen werden gerapporteerd tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen. Uit de resultaten uit de netwerkanalyse bleek er veel diversiteit te bestaan in hoe organisaties hun netwerken vormden. Het betrof in de meeste gevallen een structurele samenwerking die reeds voor de COVID-19-pandemie tot stand is gekomen. Het waren dan ook voornamelijk directieleden en coördinerend en raadgevend artsen die samenwerkingen aangingen met andere zorgprofessionals. De inhoud van de samenwerking was voornamelijk gefocust op het uitwisselen van zorginhoudelijke expertise, infectiebestrijding, zorgorganisatie en zorglogistiek. De meerderheid van de respondenten gaf aan (zeer) tevreden te zijn over de samenwerkingen. Respondenten beschreven hun samenwerkingen met (actoren in) ziekenhuizen en de eerstelijnszones eveneens als waardevol. Ook samenwerking met de koepelorganisatie, waartoe het woonzorgcentrum behoorde, en de intrasectorale samenwerking tussen coördinerend en raadgevend artsen werden vermeld als voorbeeldsamenwerkingen voor de toekomst.

In een derde fase werd, via een **sense-making approach**, gepeild naar ervaringen van actoren uit het werkveld over de samenwerkingen tijdens de COVID-19-pandemie. In de eerste plaats bleek dat de crisis een intensifiëring van de samenwerking tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen teweegbracht. Dit uitte zich in frequente multidisciplinaire (online) overlegmomenten, personeelsversterking ter plaatse, (online of fysieke) opleidingen en/of het aanleveren van materialen vanuit de ziekenhuizen. Tijdens de COVID-19-pandemie gingen ziekenhuizen ook effectief outreachend te werk, wat voor beide organisaties een boeiende wisselwerking bleek te zijn. Deze ervaringen zetten interviewees aan tot

reflectie over de invulling van geriatische consulten en de mogelijkheid om deze aan te bieden in de woonzorgcentra (e.g., door verpleegkundig specialisten). Ook binnen de eerstelijnszones werden stappen gezet om intersectoraal af te stemmen. Tijdens de pandemie speelde het Agentschap Zorg & Gezondheid eveneens een belangrijke rol in het kader van afstemming, ondersteuning en communicatie. Intrasectoraal bleek samenwerking echter een belangrijke uitdaging te zijn. Interviewees wijten dit aan de beperkte financiële middelen voor woonzorgcentra, waardoor voorrang wordt gegeven aan verzorgend personeel in plaats van aan een uitgebreider middenkader. Dit heeft een impact gehad op de ontwikkeling van samenwerkingen met andere organisaties, maar ook op de professionalisering.

Onvermijdelijk resulteerden de interviews met sleutelfiguren ook in het delen van ervaringen over inhoudelijke processen en de kwaliteit van zorg. Zo werd er bijvoorbeeld verwezen naar de richtlijn rond doorverwijzing van COVID-19-patiënten naar ziekenhuizen vanuit de woonzorgcentra, en wat de impact van deze richtlijn was op bewoners in woonzorgcentra. Deze bevindingen werden in dit rapport niet vermeld, omdat dit buiten de scope van de onderzoeksvragen valt.

Voor het beantwoorden van deze, en andere, inhoudelijke vragen verwijzen we naar een niet-exhaustieve lijst van COVID-19-gerelateerde onderzoeksresultaten en –rapporten:

- Advies nr. 78 van 9 juni 2021 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de gelijke behandeling en de autonomie van bewoners van woonzorgcentra in de context van de COVID-19-pandemie.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/210609_advies_78_def_gelijke_behandeling_en_autonomie_bewoners_wzc.pdf;
- Artsen Zonder Grenzen (2020). Overgelaten aan hun lot: De ervaring van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra tijdens de COVID-19-epidemie in België. <https://www.msf-azg.be/nl/woonzorgcentra>;
- Amnesty International (2020). Woonzorgcentra in de dode hoek: mensenrechten van ouderen tijdens de COVID-19-pandemie in België. https://www.amnesty-international.be/sites/default/files/bijlagen/amnesty_international.woonzorgcentra_in_de_dode_hoek.pdf;
- Amnesty International (2020). Belgium: Must step up efforts on human rights protection: rights of older persons in care homes (Nr EUR 14/3400/2020). <https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR1434002020ENGLISH.PDF>;
- De ZorgSamen (2020-2021). Power to care enquête. <https://www.dezorgsamen.be/power-to-care/>;
- De Koker, B., Lambotte, D., De Witte, N. (2020). Coronacrisis zet mantelzorgers onder druk. <https://www.hogent.be/nieuws-info/newsflash/coronacrisis-zet-mantelzorgers-onder-druk/>;
- Institute for the Future van de KULeuven & Instituut voor Tropische Geneeskunde (2020). Ouderenzorg in tijden van corona (tussentijds rapport). <https://rega.kuleuven.be/if/wzc-report-tussentijds-rapport-ouderenzorg-in-tijden-van-corona>;
- Van Heden, L., Maes, S., Ghesquiere, B., Vanhoren, J., Van Pottelbergh, G. (2020). De aanpak van een COVID-uitbraak in een woonzorgcentrum: Ervaringen en leerpunten van een huisartsenteam. <https://limo.libis.be/primo->

explore/fulldisplay?docid=LIRIAS3264718&context=L&vid=Lirias&search_scope=Lirias&tab=default_tab&lang=en_US&fromSitemap=1;

- KCE (2020). Het beheer van de ziekenhuiscapaciteit in België tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie. <https://kce.fgov.be/nl/het-beheer-van-de-ziekenhuis-capaciteit-in-belgi%C3%AB-tijdens-de-eerste-golf-van-de-covid-19-pandemie>;
- Leemans, K., Ringoot, I., Takhtoukh, S., van der Heide, A., de Ridder, M., van den Block, L. (2020). Levensenzorg tijdens de COVID-19-pandemie. https://www.endoflifecare.be/sites/default/files/atoms/files/Eerste%20resultaten%20onderzoek%20levensenzorg%20en%20covid_VUB%20UZ%20Brussel_totaal.pdf.
- Geeraert R. (2020). Corona, een momentum voor de woonzorgcentra.
- UHasselt (2020). Corona treft Limburgse zorg- en welzijnssector: ervaringen uit het werkveld.

Tot slot werden op basis van de resultaten uit dit onderzoek acht **beleidsaanbevelingen** geformuleerd, die in de conclusie besproken worden.

Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek had enkele beperkingen. Ten eerste werd enkel de provincie Limburg geïncorporeerd. Dit zou mogelijk een vertekend beeld kunnen geven over de samenwerkingen. Enerzijds omdat Limburg tijdens de eerste COVID-19-golf hard werd getroffen, maar ook regionale en lokale verschillen hierin een rol spelen.

Ten tweede, gezien de doelstelling van dit onderzoek is het perspectief van de actoren in de woonzorgcentra gekozen. Hierdoor werd in de netwerkanalyse enkel informatie verzameld vanuit dit perspectief. De visie op samenwerking vanuit o.a. ziekenhuizen en de eerstelijns actoren zijn daardoor enkel weerspiegeld in de sense-making fase van het onderzoek. Om de situatie uitgebreider in kaart te brengen, zou het zinvol kunnen zijn om ook andere zorgsectoren, patiënten, familie en informele zorgverleners te betrekken om zo ook hun visie en percepties te capteren rond de genoemde onderzoeksvragen.

Een derde beperking situeert zich op niveau van de responsgraad. Hoewel de helft van de Limburgse woonzorgcentra in de steekproef vertegenwoordigd waren, was de respons eerder laag. Verschillende redenen werden aangehaald door woonzorgcentra voor non-respons, waaronder: 'er was eerst een goedkeuring voor deelname nodig vanuit het lokaal bestuur', 'de organisatie participeerde enkel aan bevestigingen vanuit de koepelorganisatie', 'de organisatie werd op dat ogenblik overbevraagd', 'er was tijdsgebrek door de combinatie van COVID-19-infecties en de start van de vaccinatiecampagne', 'door een turnover van leidinggevenden had men geen ervaring met de bevestigde periode', of 'de directie vond het niet nuttig om de vragenlijst onder de klinische professionals te verspreiden'.

Het (nagenoeg) ontbreken van klinische professionals in de steekproef was een vierde beperking in dit onderzoek. Hiervoor kunnen twee verklaringen gegeven worden. Ten eerste werden klinische professionals minder goed bereikt. Zorgverleners in woonzorgcentra hebben vaak geen professioneel e-mailadres, waardoor de uitnodiging niet zo vlug verspreid kon worden. Anderzijds bleken klinische professionals beduidend minder samenwerkingsrelaties te hebben met actoren in andere organisaties dan

directieleden. Eén op drie respondenten (n=30, 34.9%) rapporteerde zelf geen samenwerkingsrelaties te hebben gehad met actoren uit andere organisaties. Hierdoor konden deze niet omschreven noch geëvalueerd worden. Bijkomend konden we door de beperkte responsgraad geen bijkomende analyses uitvoeren zoals een evaluatie op niveau van de regionale zorgzones en eerstelijnszones in Limburg.

Vooraleer de vragenlijst in de Limburgse woonzorgcentra verspreid werd, werd deze getest op haalbaarheid en duidelijkheid door een vijftal personen uit de doelgroep. Op basis van de feedback van deze testpersonen werden enkele vragen, die de samenwerking meer gedetailleerd in kaart brachten, verwijderd. Deze indicatoren van samenwerking (bv. gedeelde doelstellingen, vertrouwen, aanwezige infrastructuur voor informatie-uitwisseling, expertise over innovatie, ...) waren gebaseerd op het driedimensionale model van samenwerking van d'Amour *et al.* (2008). Uit de resultaten blijkt dat een directielid gemiddeld 13.8 samenwerkingsrelaties aanging met actoren in andere organisaties. Het uitgebreid evalueren van elke samenwerkingsrelatie zou vermoedelijk geresulteerd hebben in een hogere drop-out. Inhoudelijk kwamen deze aspecten van samenwerking nadien uitgebreid aan bod tijdens de interviews in de *sense-making approach*. Op basis van de resultaten uit de interviews, werden enkele van deze indicatoren (i.e., expertise over innovatie, infrastructuur voor informatie-uitwisseling, gedeelde doelstellingen) meegenomen in de beleidsaanbevelingen.

Een laatste beperking is dat het onderzoek zich situeerde in een snel evoluerende context. Zo zijn er reeds structurele (financiële) maatregelen genomen door de Vlaamse overheid om o.a. het personeelstekort in de woonzorgcentra op gepaste wijze bij te stellen. Het effect van deze initiatieven kan onmogelijk een weerspiegeling vinden in deze resultaten. Waardoor sommige aanbevelingen nog een inbedding moeten vinden in de reeds genomen maatregelen.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Op basis van dit onderzoek kunnen eveneens enkele aanbevelingen voor toekomstig onderzoek geformuleerd worden. Dit onderzoek werd zeer lokaal uitgevoerd, mede omdat de provincie Limburg tijdens de eerste golf hard getroffen werd door de COVID-19-pandemie. Het doel was om op basis van deze lokale ervaringen, lessen te trekken voor de organisatie van de ouderenzorg in heel Vlaanderen. Het **toetsen van deze bevindingen in Vlaanderen**, zou een belangrijke meerwaarde kunnen zijn om de zorgorganisatie rond de oudere persoon in de residentiële context te verbeteren.

Een bijkomende aanbeveling voor toekomstig onderzoek zou zijn om zich te richten op het meten van prestaties en *outcomes* (bv. tevredenheidsmeting bij bewoners of het percentage doorverwijzingen). Dit is essentieel in het kader van kwaliteitsvolle zorg. Teneinde zicht te krijgen op de faciliterende en belemmerende factoren van het beleid en de samenwerking rond de oudere persoon kunnen indicatoren op vlak van structuur, proces én resultaat een rol spelen. Tot op heden worden de **uitkomsten van bepaalde interventies te weinig in kaart gebracht**.

Zoals in het onderzoek beschreven, werden een aantal samenwerkingsverbanden concreet vastgelegd in het formele beleid. Uit de resultaten is echter gebleken dat dergelijke samenwerkingsverbanden in de praktijk onvoldoende werden geïmplementeerd. Daarnaast werden ook nieuwe samenwerkingen opgericht tijdens de COVID-19-pandemie die waardevol bleken te zijn naar de toekomst toe. Vanuit die optiek is het raadzaam deze verder te concretiseren en te focussen op een duurzame implementatie in de praktijk en binnen het bestaande beleidskader. Verder **onderzoek aangaande succesvolle implementatie van samenwerkingsverbanden** die zeer specifiek inzoomen op de samenwerking met het ziekenhuis, de eerstelijnszorg, de mobiele teams, ... en de nodige randvoorwaarden wordt aanbevolen.

Dankzij de snelle evolutie van innovaties in de zorg (e.g., zorgtechnologie, digitalisering, ...) is de nood aan wetenschappelijk onderzoek aangaande innovatie en implementatieprocessen enorm toegenomen. Niet enkel het intitiëren en testen van innovatie is belangrijk, maar ook het implementeren en evalueren. Hier is een duidelijke rol voor **translationeel onderzoek**.

Deze studie toonde aan dat organisaties met voldoende schaalgrootte meer mogelijkheden hadden om tekorten aan te pakken op vlak van personeel, materiaal en/of expertise tijdens de COVID-19-pandemie. Er werd echter geen focus gelegd op **welke factoren een impact hebben op de kwaliteit en veiligheid** van de zorg. Daarenboven zou een **econometrische analyse** inzicht kunnen verschaffen in de determinerende factoren van de rendabiliteit van woonzorgcentra, met het oog op professionalisering.

Dit onderzoek adviseert de verdere professionalisering in de woonzorgcentra en meer specifiek voor een verpleegkundig specialist en coördinerend en raadgevend arts. Toekomstig onderzoek kan zich dan ook richten tot een studie naar de **impact van deze professionalisering op zowel het klinisch als het organisatorisch niveau**.

Hoofdstuk 9

Conclusie

De aanbevelingen zijn enerzijds gebaseerd op het theoretisch kader, de netwerkanalyse van Limburgse woonzorgcentra en de perceptie en dus sense-making van belangrijke actoren op dit terrein. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat er reeds wetgevende kaders ontwikkeld zijn om samenwerking tussen de diverse actoren rond de oudere persoon te initiëren, te faciliteren en te bestendigen. Desalniettemin lijkt de implementatie van sommige richtlijnen uit beleidsdocumenten ontoereikend en is er ruimte voor optimalisatie (i.e., voorzien van de nodige uitvoeringsbesluiten en financiële ondersteuning) binnen de bestaande referentiekaders. Daarnaast blijkt ook dat er nog bepaalde hiaten op te vullen zijn in het kader van samenwerking binnen de ouderenzorg.

De aanbevelingen kunnen op verschillende niveaus gecategoriseerd worden, met name op het niveau van het beleid (structureel), op organisatorisch niveau (zorgorganisatie), op professioneel niveau (zorgcomplexiteit en -competentie) en op klinisch niveau.

Structureel:

- Aanbeveling 1: Een duurzame implementatie van bestaande samenwerkingsverbanden waarvoor reeds een kader werd uitgewerkt;
- Aanbeveling 2: Inzetten op translationeel onderzoek inzake innovatie in zorgorganisatie;
- Aanbeveling 3: De implementatie van systemen om (digitale) informatieoverdracht te versnellen;
- Aanbeveling 4: Herevaluatie van erkenningscriteria inzake organisatorische veerkracht.

Organisatorisch:

- Aanbeveling 5: Het belang van de eerstelijnszone en regionale zorgzones als structuur om de samenwerkingen te ondersteunen, te stimuleren en verder uit te werken.

Professioneel:

- Aanbeveling 6 De introductie van een verpleegkundig specialist in de residentiële ouderenzorg;
- Aanbeveling 7: Een optimalisatie van de rolinvulling van de coördinerend en raadgevend arts.

Klinisch:

- Aanbeveling 8: Integreren van geestelijke gezondheidszorg in de woonzorgcentra.

Appendices

1 Appendix 1: Interviewgids voor de verkennende gesprekken tijdens de *desk research*

- Hoe is de zorg rond de oudere persoon in de residentiële context georganiseerd?
- Welke formele samenwerkingsverbanden bestaan er?
- Welke projectinitiatieven bestaan er?
- Welke wetteksten vormen de basis voor de formele samenwerkingsverbanden?
- Welke wetteksten of conventies vormen de basis voor de projectinitiatieven?
- Hoe is de samenwerking rond de oudere persoon tijdens de COVID-19-crisis verlopen?
- Welke lessons learned neemt u mee uit de COVID-19-crisis om de samenwerking rond de oudere persoon in de residentiële context in de toekomst te verbeteren?
- Hoe zou de zorgorganisatie rond de oudere persoon in de residentiële context er volgens u moeten uitzien in de toekomst?
- Welke randvoorwaarden zijn hiervoor nodig?

2 Appendix 2: Informatie- en toestemmingsformulier voor de interviews tijdens de desk research



Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8 – bus 5310
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Evaluatie van de aanpak van de COVID-19 crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van de ouderenzorg (SWVG EF70b)

Geachte mevrouw
Geachte heer

De Vlaamse regering heeft goedkeuring gegeven tot het opstarten van beleidsgericht onderzoek over de impact van COVID-19 op de residentiële ouderenzorg in Limburg. De centrale vragen in dit onderzoek luiden: Hoe is de samenwerking rond de oudere mens met specifieke zorgnoden in de residentiële context concreet georganiseerd? Hoe verloopt deze samenwerking in de praktijk zowel op formele als informele basis en wat betekende dit ten aanzien van de COVID-19 pandemie en welke (beleids)aanbevelingen kunnen daaruit afgeleid worden?

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Universiteit Hasselt i.s.m. UCLL en PXL en wordt gecoördineerd via het steunpunt WVG (Welzijn Volksgezondheid en Gezin).

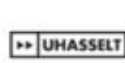
INFORMATIE

In een online interview wordt beroep gedaan op uw uitgebreide (beleidsmatige) expertise op vlak van ouderenzorg. In dit gesprek zullen o.a. de organisatie van zorg voor de geriatrische patiënt en bestaande samenwerkingsrelaties in de residentiële ouderenzorg aan bod komen.

Uw deelname aan dit interview is anoniem. De geschatte duur van dit gesprek is 45 minuten. Dit interview zal worden opgenomen en deze opname zal enkel toegankelijk zijn voor het studieteam (J. Bergs, UHasselt; B. Ceccarelli, UHasselt; K. Daniëls, PXL; M. Desmedt, UHasselt; E. Lemmens, UCLL; D. Ulenaers, UHasselt). Na verwerking van deze informatie zal de opname gewist worden.

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming op eender welk moment in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de registratie worden toegevoegd.

Als u bijkomende informatie wenst of als u vragen hebt met betrekking tot het onderzoek kan u contact opnemen met de onderzoeker (prof. J. Bergs – jochen.bergs@uhasselt.be) of een lid van het studieteam (bianca.ceccarelli@uhasselt.be of dorien.ulenaers@uhasselt.be).



HoGent

FORMULIER GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING**Te ondertekenen door deelnemer**

Met het ondertekenen van het formulier geïnformeerde toestemming, gaat u akkoord met de volgende stellingen:

1. Ik heb de informatiebrief gelezen. Ik heb voldoende mogelijkheden gekregen om eventuele vragen te stellen. Ik ben tevreden met het antwoord op eventuele vragen. Ik heb genoeg tijd gehad om te besluiten of ik wilde deelnemen aan de studie.
2. Ik begrijp dat mijn deelname volledig vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan afzien van deelname, zonder dat ik hiervoor een reden moet geven.
3. Ik begrijp dat sommige mensen toegang hebben tot mijn interviewdata. Deze personen zijn genoemd in de informatiebrief.
4. Ik stem in met het gebruik van mijn interviewdata voor de doeleinden die zijn benoemd in de informatiebrief.
5. Ik stem in met de opslag van mijn data voor maximaal tien jaar na het einde van het onderzoeksproject.
6. Ik stem in met deelname aan het onderzoeksproject.

Naam _____

Datum _____

Handtekening _____

Te ondertekenen door onderzoeker

Met het ondertekenen van het formulier geïnformeerde toestemming, gaat u akkoord met de volgende stellingen.

1. Ik heb de deelnemer volledig en naar waarheid geïnformeerd over het onderzoeksproject.
2. Mocht er naar aanleiding van dit onderzoeksproject informatie beschikbaar komen die de toestemming van de deelnemer kan beïnvloeden, dan zal ik de deelnemer hierover informeren.

Naam _____

Datum _____

Handtekening _____

3 Appendix 3: Vragenlijst i.k.v. de netwerkanalyse

Informatie- en toestemmingsformulier (cfr. Appendix 7)

Wat is uw hoofdfunctie?

Coördinerend en raadgevend arts	Maatschappelijk werker
Diëtist	Stafmedewerker
Directielid	Verpleegkundige
Ergotherapeut	Zorgkundige
Hoofdverpleegkundige	Andere
Kinesist	

In welk woonzorgcentrum bent u (het meest) tewerkgesteld?

(alfabetische rangschikking volgens gemeente)

Alken Cecilia
As Residentie Pallieter
Beringen Corsala
... (opsomming van alle Limburgse woonzorgcentra)

Hoeveel jaren werkervaring heeft u in uw huidige functie?

Wat is uw tewerkstellingspercentage in uw huidige functie?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

%

Met welke organisatie(s) heeft u minstens één keer rechtstreeks contact gehad in de periode van maart tot december 2020? Met rechtstreeks contact bedoelen we dat u persoonlijk met een persoon of groep in deze organisatie samenwerkte, zonder dat er tussenpersonen bij betrokken waren.

Ziekenhuizen

AZ Vesalius Tongeren

Sint-Trudo Sint-Truiden

Jessa Ziekenhuis Hasselt

Ziekenhuis Maas en Kempen Maaseik

Noorderhart Pelt

Ziekenhuis Oost-Limburg Genk

Sint-Franciscusziekenhuis Heusden

Zelfstandige zorgverstrekkers

Huisartsenpraktijk

Organisatie voor thuisverpleegkundigen in dienstverband

Praktijk zelfstandig thuisverpleegkundige(n)

Eerstelijnszones

Eerstelijnszone Haspengouw

Eerstelijnszone MidWest Limburg

Eerstelijnszone Herkenrode

Eerstelijnszone Noord-Limburg

Eerstelijnszone Kemp en Duin

Eerstelijnszone West-Limburg

Eerstelijnszone Maasland

Eerstelijnszone ZoLim

Geestelijke gezondheidszorg

Antenne Limburg

Centrum voor geestelijke gezondheidszorg DAGG Lommel

Centrum voor geestelijke gezondheidszorg LITP Hasselt

Centrum voor geestelijke gezondheidszorg VGGZ Hasselt

Medisch Centrum Sint-Jozef Bilzen

Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem Lanaken

Psychiatrisch Verzorgingstehuis De Passer Sint-Truiden

Psychiatrisch Verzorgingstehuis Sint-Jozef Bilzen

Psychiatrisch Verzorgingstehuis Ter Bosch Lanaken

Psychiatrisch Ziekenhuis Asster Sint-Truiden

Regionaal Limburgs Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg

Overheidsinstanties

Agentschap Zorg & Gezondheid

Lokaal bestuur gemeente

Woonzorgcentra

Alken Cecilia

As Residentie Pallieter

... (opsomming van alle Limburgse woonzorgcentra)

U geeft aan dat u samenwerkte met {invoer geselecteerde instelling(en)}. Vervolgens zullen we u vragen om per organisatie enkele vragen te beantwoorden.

Indien u meerdere organisaties heeft aangeduid, krijgt u eerst een aantal vragen over de eerste organisatie, daarna worden deze vragen hernomen voor de volgende organisatie(s).

Met welke persoon/personen uit {invoer geselecteerde instelling} had u rechtstreeks contact ?

Apotheker	Maatschappelijk werker
Arts-specialist	Medewerker lokaal bestuur
Burgemeester	Schepen
Coördinerend en raadgevend arts	Stafmedewerker
Diëtist	Verpleegkundige
Directielid	Voorzitter sociale dienst/OCMW
Ergotherapeut	Ziekenhuishygiënist
Hoofdverpleegkundige	Zorgcoördinator
Huisarts	Zorgkundige
Kinesist	Zorgmanager
Klinisch psycholoog	

U geeft aan dat u samenwerkte met {invoer geselecteerde actor} uit {invoer geselecteerde instelling}. Hierna volgen enkele vragen omtrent de samenwerking. Hoe frequent heeft u contact gehad met onderstaande persoon/personen uit {invoer geselecteerde instelling} in de periode van maart tot december 2020?

	Eenmalig (1)	Maandelijks (2)	Wekelijks (3)	Dagelijks (4)
(enkel de aangevinkte personen uit {organisatie} worden weergegeven)				

Hoe tevreden bent u over de samenwerking met onderstaande persoon/personen uit {invoer geselecteerde instelling}?

	Zeer ontevreden (1)	Ontevreden (2)	Neutraal (3)	Tevreden (4)	Zeer tevreden (5)
(enkel de aangevinkte personen uit {organisatie} worden weergegeven)					

Duid de meest passende uitspraak aan over uw samenwerking met onderstaande persoon/personen uit {invoer geselecteerde instelling}.

Structurele samenwerking daterend van vóór de COVID-pandemie (3)	Tijdelijke samenwerking tijdens de COVID-pandemie (1)	Samenwerking ontstaan tijdens de COVID-pandemie met potentieel op lange termijn (2)
--	---	---

(enkel de aangevinkte personen uit {organisatie} worden weergegeven)

Wat was de inhoud van de samenwerking met onderstaande persoon/personen uit {invoer geselecteerde instelling}?

Zorghoudelijke expertise	Infectiebestrijding	Detachering van personeel	Zorgorganisatie (bv. testing)	Zorglogistiek (bv. materiaal)	Vorming, training & opleiding	Psychosociale ondersteuning	Andere
--------------------------	---------------------	---------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------

(enkel de aangevinkte personen uit {organisatie})

Welke factoren hebben uw samenwerking met onderstaande persoon/personen uit {Invoer/Field/1} ondersteund?

Bereidheid tot samenwerking	Beschikbare capaciteit, expertise	Beschikbare tijd	Bestaande financiering mogelijkheden	Nieuwe financiering sinds maart 2020	Bestaande wetgeving	Nieuwe maatregelen sinds maart 2020	Andere
-----------------------------	-----------------------------------	------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	-------------------------------------	--------

(enkel de aangevinkte personen uit {organisatie})

{Deze vraag werd enkel weergegeven bij directieleden, coördinerend en raadgevend artsen, stafmedewerkers en hoofdverpleegkundigen}

Tenslotte willen we u vragen om te reflecteren over samenwerking in het algemeen. Wat was de impact van onderstaande factoren in het tot stand komen en onderhouden van uw samenwerking met andere actoren?

	Ernstige belemmering (1)	Negatieve impact (2)	Geen impact (3)	Positieve impact (4)	Belangrijke positieve impact (5)	Ik weet het niet (0)
Persoonlijke relatie						
Specifieke expertise van de gecontacteerde actor						
Geriatrische liaisonfunctie						
Schriftelijke overeenkomst tussen ziekenhuis en woonzorgcentrum in kader van de erkenning als woonzorgcentrum						
De gebiedsafbakening binnen de eerstelijnszone						
De organisatie en werking van de eerstelijnszone						
Besluit Vlaamse regering over tijdelijke ondersteuning van management in residentiële voorzieningen (3 april 2020)						
Besluit Vlaamse regering over financiering ouderenzorg (24 april 2020)						
Besluit Vlaamse regering over actieplan mentaal welzijn (15 mei 2020)						
Wet over detachering van werknemers (12 juni 2020)						
Besluit Vlaamse regering over mobiele equipes infectiebestrijding (26 juni 2020)						
Leidraad voor zorgraden over het beheersen van COVID-19-heropflakkingen (14 juli 2020)						
Besluit Vlaamse regering over financiering ouderenzorg fase 2 (17 juli 2020)						

Had u in de periode maart tot december 2020 een samenwerking die kan dienen als voorbeeld voor andere organisaties?

Zijn er nog andere aspecten die u belangrijk vindt in het formuleren van beleidsadviezen omtrent de samenwerking in de residentiële ouderenzorg?

4 Appendix 4: Informatiebrief voor directieleden van de woonzorgcentra i.k.v. de netwerkanalyse

Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van de ouderenzorg (SWVG EF70b)

Geachte directie van woonzorgcentrum X,

De Vlaamse regering heeft goedkeuring gegeven tot het opstarten van beleidsgericht onderzoek over de impact van COVID-19 op de organisatie van residentiële ouderenzorg in Limburg.

We nodigen u graag uit om deel te nemen aan deze vragenlijst en deze ook te verspreiden bij de medewerkers in uw woonzorgcentrum.

*Het doel van deze studie is om in kaart te brengen welke samenwerkingsrelaties woonzorgcentra aangingen met andere organisaties om te kunnen omgaan met de uitdagingen van de COVID-19-pandemie. **De vragenlijst is gericht aan directieleden, stafmedewerkers, (hoofd)verpleegkundigen, zorgkundigen, coördinerend en raadgevend artsen en paramedici.** Ook indien bepaalde medewerkers zelf geen samenwerkingen aangingen buiten de organisatie, vragen we om toch deel te nemen en dit in de vragenlijst kenbaar te maken. **De vragen gaan over kenmerken van samenwerking (bv. type, frequentie, inhoud, tevredenheid) en de vorming van netwerken.***

*We willen u vragen we om de uitnodiging (onder de stippellijn) aan uw medewerkers te bezorgen via het voor jullie gebruikelijke communicatiemedium. Op deze manier blijft de anonimiteit van alle deelnemers gewaarborgd. U kan ook de poster in bijlage afdrukken om te verspreiden in uw woonzorgcentrum. **Deelnemen neemt maximaal 15 minuten tijd in beslag,** indien deelnemers geen samenwerkingen aangingen slechts enkele minuten. Deelnemen is mogelijk met een laptop/PC (via weblink) of met een smartphone (via QR-code). Deze studie is goedgekeurd door het Comité voor Medische Ethiek in Universiteit Hasselt (CME2021/011).*

Heeft u vragen, aarzel niet om contact op te nemen. Ik ben telefonisch bereikbaar op XXX.

Alvast heel erg bedankt om uw deelname te willen overwegen. Wanneer het onderzoek is afgerond, geven we u graag duiding bij de resultaten.

Vriendelijke groeten,

Dorien Ulenaers

i.o. prof. dr. Jochen Bergs

5 Appendix 5: Uitnodigingsmail voor respondenten i.k.v. de netwerkanalyse

Geachte medewerker van woonzorgcentrum X,

***In deze uitnodiging vindt u een link naar een online vragenlijst.
Als u vragen heeft, neem dan contact op via het emailadres XXX.***

Waarom heeft u deze vragenlijst ontvangen?

Het woonzorgcentrum waar u werkt, neemt deel aan een onderzoek over de impact van COVID-19 op de organisatie van residentiële ouderenzorg in Limburg. Het doel van deze studie is om in kaart te brengen welke samenwerkingen er zijn tussen woonzorgcentra onderling, met ziekenhuizen, de eerstelijnszorg, ... Ook indien u persoonlijk geen samenwerkingen aanging met andere organisaties, willen we u vragen om dit ook aan te geven door het invullen van de vragenlijst.

Deze studie wordt in opdracht van minister Beke uitgevoerd door universiteit Hasselt, hogeschool UCLL en hogeschool PXL. Deze studie bevraagt alle medewerkers in woonzorgcentra die betrokken zijn bij zorg aan bewoners. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Uw deelname aan deze studie is anoniem, uw organisatie zal uw antwoorden nooit kunnen lezen.

Ook uw input is essentieel om tot betrouwbare resultaten te komen en gerichte beleidsaanbevelingen te formuleren.

Deelnemen kan via de link XXX of door het scannen van de QR-code met een smartphone.

Namens iedereen die bij deze studie betrokken is, willen wij u heel graag bedanken voor uw bijdrage aan dit onderzoek.

Vriendelijke groeten,

Dorien Ulenaers

i.o. prof. dr. Jochen Bergs

6 Appendix 6: Poster voor respondenten i.k.v. de netwerkanalyse



Organisatie van residentiële ouderenzorg tijdens de COVID-19 pandemie

Achtergrond van het onderzoek

Uw woonzorgcentrum neemt deel aan een onderzoek over de impact van COVID-19 op de organisatie van de residentiële ouderenzorg in Limburg. Deze studie loopt in opdracht van minister Beke.

Hoe?

U kan deelnemen door deze QR-code in te scannen:



Doel van het onderzoek

Het doel van deze studie is om in kaart te brengen welke samenwerkingen er zijn tussen woonzorgcentra onderling, met ziekenhuizen, de eerstelijnszorg, met andere actoren...

Voor wie?

Coördinerende & raadgevende artsen (CRA), (hoofd)verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, paramedici, zorgkundigen, stafmedewerkers en leden van de directie.

Uw input is essentieel om tot betrouwbare resultaten te komen en gerichte beleidsaanbevelingen te formuleren. Er zijn geen juiste of foute antwoorden.

Wanneer?

Deelnemen kan tot 31/03/2021

Wij willen u alvast bedanken voor uw bijdrage aan dit onderzoek!

Het onderzoeksteam

prof. dr. Jochen Berghs
prof. dr. Ward Schrooten
prof. dr. Johan Hellings
dr. Melissa Desmedt
mevr. Dorien Ulenaers
dr. Evi Lemmens
mevr. Kim Daniels

Deze studie werd goedgekeurd door het Comité voor Medische ethiek in Universiteit Hasselt. Uw deelname is anoniem. Uw organisatie zal uw antwoorden nooit kunnen lezen.

Wenst u meer informatie? Neem dan contact op met dorien.ulenaers@uhasselt.be.



7 Appendix 7: Informatie- en toestemmingsformulier voor respondenten i.k.v. de netwerkanalyse



Evaluatie van de aanpak van de COVID-19 crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van de ouderenzorg (SWVG EF70b)

Geachte,

De COVID-19 pandemie is een belangrijke bedreiging voor de wereldwijde zorg- en welzijnssector. Ook in Vlaanderen was en is de impact van het virus groot, in het bijzonder voor de oudere bevolking. Dit heeft woonzorgcentra uitgedaagd om snel en krachtig te handelen en samenwerkingen aan te gaan met collega's in andere woonzorgcentra, ziekenhuizen en de eerstelijnszorg.

Het doel van deze studie is om samenwerkingen van en met de woonzorgcentra in kaart te brengen. We nodigen u uit om deel te nemen aan een online bevraging om uw ervaringen te delen. Door aan te duiden in welke organisatie u werkt en met wie u samenwerkingen aanging, kunnen de gevormde netwerken in beeld gebracht worden. Andere aspecten die in deze vragenlijst aan bod komen, zijn kenmerken (bv. type, frequentie, inhoud, tevredenheid, ...) over de samenwerking(en) die u aanging. Uw deelname aan deze vragenlijst is anoniem en zal maximaal vijftien minuten duren.

Deze uitnodiging zal worden uitgestuurd naar alle woonzorgcentra in Limburg, gezien onze provincie in de eerste golf bijzonder hard getroffen werd door de COVID-19 pandemie. Na analyse en rapportering zullen er beleidsgerichte aanbevelingen geformuleerd worden aan de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding.

Wij willen u alvast bedanken om uw deelname te overwegen. Indien u nog vragen heeft, kan u terecht bij één van de leden van het onderzoeksteam.

prof. dr. Jochen Bergs | jochen.bergs@uhasselt.be
prof. dr. Johan Hellings | johan.hellings@uhasselt.be
Kim Daniëls | kim.daniels@pxl.be
dr. Melissa Desmedt | melissa.desmedt@uhasselt.be
dr. Evi Lemmens | evi.lemmens@ucll.be
prof. dr. Ward Schrooten | ward.schrooten@uhasselt.be
Dorien Ulenaers | dorien.ulenaers@uhasselt.be

Titel De organisatie van zorg voor oudere personen tijdens de COVID-19 pandemie
Opdrachtgever Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Onderzoeksinstellingen PXL, UCLL, UHasselt
Ethisch comité Comité voor Medische Ethiek, Martelarenlaan 42, 3500 Hasselt; CME@uhasselt.be
Onderzoekers prof. dr. Jochen Bergs, Kim Daniëls, dr. Melissa Desmedt, prof. dr. Johan Hellings, dr. Evi Lemmens, prof. dr. Ward Schrooten, Dorien Ulenaers

Informatie- en toestemmingsdocument versie 2, gedateerd op 08/02/2021, pagina 1 van 3

Noodzakelijke informatie

Doel en beschrijving van de studie

Het doel van deze studie is om beleidsaanbevelingen te formuleren voor de organisatie van de residentiële ouderenzorg. Aan de hand van deze vragenlijst willen we inzicht krijgen in de samenwerking tussen woonzorgcentra onderling, met de ziekenhuizen en met alle relevante betrokkenen in de eerstelijnszones. Door uw ervaringen te delen, is het mogelijk om gedetailleerd in kaart te brengen hoe de netwerken in de residentiële ouderenzorg zijn opgebouwd.

Welke gegevens worden er verzameld?

De vragenlijst verzamelt enkele demografische gegevens (functie, aantal jaren werkervaring en tewerkstellingspercentage). Verder bestaat de vragenlijst uit meerkeuzevragen en open vragen over intra- en intersectorale samenwerking tijdens de COVID-19 pandemie. Deze gegevens worden bewaard in een beveiligde digitale omgeving gedurende een periode van 10 jaren.

Duur van de studie

Deelnemen aan deze studie betekent eenmalig de vragenlijst invullen, dit duurt maximaal 15 minuten.

Intrekken van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en heeft het recht om uw deelname op eender welk moment stop te zetten, zonder hiervoor een reden te geven.

Risico's, ongemakken en voordelen

Deelnemen aan deze studie zal u op geen enkele manier blootstellen aan risico's of ongemakken. Er zijn geen persoonlijke voordelen verbonden aan deelname. Toch kan het delen van uw ervaringen, bijdragen aan het inzicht over bestaande en nieuwgevormde netwerken in de residentiële ouderenzorg.

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door het onafhankelijk ethisch comité van UHasselt dat een gunstig advies heeft uitgebracht (CME 2021/011).

Vertrouwelijkheid

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en deze gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke publicaties. Uw deelname is anoniem.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst of als u vragen hebt over het onderzoek of uw rechten als deelnemer, kan u contact opnemen met bovenvermelde onderzoekers.

Geïnformeerde toestemming

1. Ik verklaar hierbij dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel en de duur van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht.
 2. Ik heb in de uitnodigingsmail een kopie ontvangen van het informatie- en het toestemmingsformulier.
 3. Ik heb de informatie gelezen en goed begrepen en heb voldoende tijd gehad om na te denken en eventueel met een door mij gekozen persoon te praten.
 4. Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en heb een duidelijk antwoord gekregen op deze vragen.
 5. Ik verklaar dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik deze op elk moment kan stopzetten, om welke reden dan ook.
 6. Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens zullen verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake.
 7. Als mijn onderzoeksresultaten worden gebruikt in wetenschappelijke publicaties, of op een andere manier openbaar worden gemaakt, dan zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren.
 8. Als ik meer informatie wil, nu of in de toekomst, dan kan ik me wenden tot bovenvermelde onderzoekers. Voor eventuele klachten over dit onderzoek kan ik me wenden tot de Commissie Ethiek, Universiteit Hasselt, Martelarenlaan 42, 3500 Hasselt; CME@uhasselt.be.
- ik begrijp de bovenstaande tekst en ga akkoord met deelname aan het onderzoek

8 Appendix 8: Interviewgids voor de interviews i.k.v. de *sense-making approach*

- Wat betekenen de data en de resultaten uit de netwerkanalyse voor u?
 - Klopt dit met de praktijk?
 - Wat betekent dit specifiek voor uw eigen organisatie?
- Welke bestaande samenwerkingen bleken tijdens de COVID-19-pandemie in het bijzonder waardevol te zijn?
 - Waarom?
 - Welke elementen uit die samenwerkingen bleken daarvoor cruciaal te zijn?
- Welke (tijdelijke) initiatieven bleken tijdens de COVID-19-pandemie zijn voor u dermate waardevol (geweest) dat ze richting moeten geven aan het toekomstige beleid?
 - Waarom?
 - Welke elementen uit die (tijdelijke) initiatieven bleken daarvoor cruciaal te zijn?
- Hoe heeft u de invloed van het beleid in de organisatie en de operationalisering van zorg rond de geriatrische patiënt tijdens de COVID-19-pandemie ervaren?
 - Wat verliep goed?
 - Wat zijn lessons learned?
 - Wat verliep minder goed?
- Wat is voor u essentieel in een beleid voor kwalitatieve en veilige zorg voor geriatrische patiënten in residentiële voorzieningen?
- Zijn de huidige samenwerkingsverbanden zoals beschreven in de beleidsdocumenten, voldoende geïmplementeerd in de praktijk?
 - Zo ja, zijn er aanvullingen of nieuwe initiatieven tot samenwerking nodig?
 - Zo niet, wat is er nodig volgens u om deze implementatie te verbeteren, om deze samenwerkingen te realiseren?

9 Appendix 9: informatie- en toestemmingsformulier i.k.v. de interviews tijdens de sense-making approach

Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van de ouderenzorg (SWVG EF70b)

Geachte,

De COVID-19-pandemie is een belangrijke bedreiging voor de wereldwijde zorg- en welzijnssector. Ook in Vlaanderen was en is de impact van het virus groot, in het bijzonder voor de oudere bevolking. Dit heeft de woonzorgcentra uitgedaagd om snel en krachtdadig te handelen en samenwerkingen aan te gaan met collega's in andere woonzorgcentra, ziekenhuizen en de eerstelijnszorg.

Het doel van dit onderzoeksproject is het verkrijgen van inzicht omtrent samenwerkingsvormen tussen de zorgactoren, gericht op de geriatrische patiënt. Aan de hand van een netwerkanalyse werden deze samenwerkingsrelaties van en met woonzorgcentra in Limburg in kaart gebracht. In deze fase nodigen we u uit om deel te nemen aan een interview waarin we u zullen vragen om te praten over de COVID-19-pandemie en om te beschrijven hoe u deze periode heeft ervaren vanuit uw professionele context. Dit interview zal maximaal 90 minuten duren. Na analyse en rapportering zullen er beleidsgerichte aanbevelingen geformuleerd worden aan de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding.

Wij willen u alvast bedanken om uw deelname te overwegen. Indien u nog vragen heeft, kan u terecht bij één van de leden van het onderzoeksteam.

prof. dr. Jochen Bergs

prof. dr. Johan Hellings

Kim Daniëls

dr. Melissa Desmedt

dr. Evi Lemmens

prof. dr. Ward Schrooten

Dorien Ulenaers

INFORMATIE

In een online interview zullen we u vragen vanuit uw eigen ervaring te vertellen over samenwerkingen in de residentiële ouderenzorg. Uw deelname aan dit interview is anoniem. Deze studie werd geëvalueerd door het onafhankelijk ethisch comité van UHasselt dat een gunstig advies heeft uitgebracht (CME 2021/011). De gemiddelde duur van dit gesprek is 60 minuten. Dit interview zal worden opgenomen en deze opname zal enkel toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam. Na verwerking van deze informatie zal de audio-opname gewist worden.

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming op eender welk moment in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de registratie worden toegevoegd.

Als u bijkomende informatie wenst of als u vragen hebt met betrekking tot het onderzoek kan u contact opnemen met bovenvermelde onderzoekers. Voor eventuele klachten over dit onderzoek kan ik me wenden tot de Commissie Ethiek Universiteit Hasselt, Martelarenlaan 42, 3500 Hasselt; CME@uhasselt.be.

FORMULIER GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

Te ondertekenen door deelnemer

Met het ondertekenen van het formulier geïnformeerde toestemming, gaat u akkoord met de volgende stellingen:

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ik heb voldoende mogelijkheden gekregen om eventuele vragen te stellen. Ik ben tevreden met het antwoord op eventuele vragen. Ik heb genoeg tijd gehad om te besluiten of ik wilde deelnemen aan de studie.
- Ik begrijp dat mijn deelname volledig vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan afzien van deelname, zonder dat ik hiervoor een reden moet geven.
- Ik begrijp dat sommige mensen toegang hebben tot mijn interviewgegevens. Deze personen zijn genoemd in de informatiebrief.
- Ik stem in met het gebruik van mijn interviewgegevens voor de doeleinden die zijn benoemd in de informatiebrief.
- Ik stem in met de opslag van mijn data voor maximaal tien jaar na het einde van het onderzoeksproject.
- Ik stem in met deelname aan het onderzoeksproject.

Naam: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

Te ondertekenen door onderzoeker

Met het ondertekenen van het formulier geïnformeerde toestemming, gaat u akkoord met de volgende stellingen:

- Ik heb de deelnemer volledig en naar waarheid geïnformeerd over het onderzoeksproject.
- Mocht er naar aanleiding van dit onderzoeksproject informatie beschikbaar komen die de toestemming van de deelnemer kan beïnvloeden, dan zal ik de deelnemer hierover informeren.

Naam: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

10 Appendix 10: Overzicht van de beleidsdocumenten uit de *desk research*

- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
- KB van 29 januari 2007 & 18 april 2014 - Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt
- Conceptnota 2016: Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda.
- Conceptnota 2017: Residentiële ouderenzorg, een échte thuis voor kwetsbare personen. Een stevige uitdaging voor de samenleving én zorgaanbieders.
- Decreet lokaal sociaal beleid van 9 februari 2018
- Woonzorgdecreet van 15 februari 2019
- Decreet Vlaamse sociale bescherming van 18 mei 2018
- Decreet geestelijke gezondheidszorg van 5 april 2019
- Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders van 26 april 2019
- Uitvoeringsbesluit woonzorgdecreet van 28 juni 2019
- Beleidsnota Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding 2019-2024
- Regeerakkoord Vlaamse regering 2019-2024
- Tijdelijke managementondersteuning residentiële voorzieningen - Nota aan Vlaamse regering van 3 april 2020
- Financiering ouderenzorg - Nota aan Vlaamse regering van 24 april 2020
- Actieplan mentaal welzijn - Nota aan Vlaamse regering van 15 mei 2020
- Wet houdende diverse bepalingen inzake de detachering van werknemers van 12 juni 2020
- Tijdelijke capaciteitsuitbreiding infectieziektebestrijding door middel van mobiele equipes - Nota aan Vlaamse regering van 26 juni 2020
- Beheersen van COVID-19-heropflakkingen: een leidraad voor zorgraden - 14 juli 2020
- Financiering ouderenzorg fase 2- Nota aan Vlaamse regering van 17 juli 2020

11 Appendix 11: Lijst van organisaties waarmee respondenten samenwerkten (i.k.v. de netwerkanalyse)

Organisatie	N	%
Lokaal bestuur gemeente	65	8.9%
Huisartsenpraktijk	59	8.1%
Agentschap Zorg & Gezondheid	45	6.2%
Ziekenhuis Oost-Limburg Genk	45	6.2%
Jessa Ziekenhuis Hasselt	44	6.0%
Sint-Franciscusziekenhuis Heusden	26	3.6%
Ziekenhuis Noorderhart Pelt	23	3.2%
Algemeen Ziekenhuis Vesalius Tongeren	18	2.5%
Organisatie voor thuisverpleegkundigen in dienstverband	18	2.5%
Ziekenhuis Sint-Trudo Sint-Truiden	18	2.5%
Ziekenhuis Maas en Kempen Maaseik	17	2.3%
Eerstelijnszone Maasland	16	2.2%
Woonzorgcentrum Villa Temporis Hasselt	14	1.9%
Woonzorgcentrum Hogevijf campus Stadspark Hasselt	13	1.8%
Eerstelijnszone Noord-Limburg	11	1.5%
Woonzorgcentrum De Olijfboom Genk	11	1.5%
Woonzorgcentrum Uilenspiegel Genk	11	1.5%
Woonzorgcentrum Hogevijf campus Banneux Hasselt	11	1.5%
Eerstelijnszone Haspengouw	9	1.2%
Eerstelijnszone Herkenrode	9	1.2%
Eerstelijnszone ZoLim	9	1.2%
Praktijk zelfstandig thuisverpleegkundigen	9	1.2%
Woonzorgcentrum Den Akker Sint-Truiden	8	1.1%
Woonzorgcentrum Kimpenhof Oudsbergen	7	1.0%
Woonzorgcentrum Beversthuys Bilzen	6	0.8%
Woonzorgcentrum Home Elisabeth Sint-Truiden	6	0.8%
Woonzorgcentrum Cecilia Alken	5	0.7%
Woonzorgcentrum Angelahof Diepenbeek	5	0.7%

Appendices

Woonzorgcentrum t Kempken Dilsen-Stokkem	5	0.7%
Woonzorgcentrum Mandana Genk	5	0.7%
Woonzorgcentrum Kapittelhof Lommel	5	0.7%
Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem Lanaken	5	0.7%
Woonzorgcentrum De Voorzienigheid Bocholt	4	0.5%
Eerstelijnszone Kemp en Duin	4	0.5%
Eerstelijnszone MidWest Limburg	4	0.5%
Woonzorgcentrum Ter Hulst Hoeselt	4	0.5%
Woonzorgcentrum Ter Hulst 2 Hoeselt	4	0.5%
Woonzorgcentrum Het Park Neeroeteren Maaseik	4	0.5%
Woonzorgcentrum Maasmeander Maasmechelen	4	0.5%
Woonzorgcentrum Sint-Jozef Pelt	4	0.5%
Psychiatrisch Ziekenhuis Asster Sint-Truiden	4	0.5%
Woonzorgcentrum Aurora Tongeren	4	0.5%
Woonzorgcentrum De Motten Tongeren	4	0.5%
Woonzorgcentrum Seniorenhof Tongeren	4	0.5%
Woonzorgcentrum Het Dorpvelt Zonhoven	4	0.5%
Woonzorgcentrum Corsala Beringen	3	0.4%
Woonzorgcentrum Sint Jozef Bilzen	3	0.4%
Woonzorgcentrum De Visserij Diepenbeek	3	0.4%
Woonzorgcentrum Residentie Prinsenspark Genk	3	0.4%
Woonzorgcentrum Toermalien Genk	3	0.4%
Woonzorgcentrum Sint-Jan Berchmans Hamont-Achel	3	0.4%
Woonzorgcentrum Vinkenhof Houthalen-Helchteren	3	0.4%
Woonzorgcentrum Bessemerberg Lanaken	3	0.4%
Woonzorgcentrum Ludinaca Lanaken	3	0.4%
Woonzorgcentrum Reigersvliet Leopoldsburg	3	0.4%
Woonzorgcentrum Immaculata Pelt	3	0.4%
Woonzorgcentrum Triamant Sint-Truiden	3	0.4%
Woonzorgcentrum De Kleine Kasteeltjes Tongeren	3	0.4%
Woonzorgcentrum Oosterzonne Zutendaal	3	0.4%
Woonzorgcentrum Residentie Sporenpark Beringen	2	0.3%

Woonzorgcentrum Demerhof Bilzen	2	0.3%
Woonzorgcentrum Bloesemhof Borgloon	2	0.3%
Woonzorgcentrum Huize Lieve Moenssens Dilsen-Stokkem	2	0.3%
Eerstelijnszone West-Limburg	2	0.3%
Woonzorgcentrum Hof van Gan Genk	2	0.3%
Woonzorgcentrum Coham Ham	2	0.3%
Woonzorgcentrum Clarenhof Hasselt	2	0.3%
Woonzorgcentrum Salvator Hasselt	2	0.3%
Woonzorgcentrum Vinkenbosch Hasselt	2	0.3%
Woonzorgcentrum Den Boogerd Hechtel-Eksel	2	0.3%
Woonzorgcentrum Berckenbosch Heusden-Zolder	2	0.3%
Woonzorgcentrum BoCasa Heusden-Zolder	2	0.3%
Woonzorgcentrum Zorgvlied Kinrooi	2	0.3%
Woonzorgcentrum Residentie Leopoldspark Leopoldsburg	2	0.3%
Woonzorgcentrum Hoevezavel Lommel	2	0.3%
Woonzorgcentrum Het Meerlehof Lummen	2	0.3%
Woonzorgcentrum Heyvis Maasmechelen	2	0.3%
Medisch Centrum Sint-Jozef Bilzen	2	0.3%
Woonzorgcentrum Het Perrehof Peer	2	0.3%
Woonzorgcentrum Serrenhof Sint-Truiden	2	0.3%
Woonzorgcentrum Villa Rosa Sint-Truiden	2	0.3%
Woonzorgcentrum Sint-Franciscus Tongeren	2	0.3%
Woonzorgcentrum Heilige Catharina Zonhoven	2	0.3%
Woonzorgcentrum Prinsenhof Beringen	1	0.1%
Woonzorgcentrum Residentie Karen Beringen	1	0.1%
Woonzorgcentrum Kristallijn Bilzen	1	0.1%
Woonzorgcentrum Puthof Borgloon	1	0.1%
Woonzorgcentrum Gerkenberg Bree	1	0.1%
Centrum voor geestelijke gezondheidszorg LITP Hasselt	1	0.1%
Woonzorgcentrum Ter Rooierheide Diepenbeek	1	0.1%
Woonzorgcentrum De Vierde Wand Genk	1	0.1%
Woonzorgcentrum Sint-Lambertus' Buren Halen	1	0.1%

Appendices

Woonzorgcentrum Aan De Beverdijk Hamont-Achel	1	0.1%
Woonzorgcentrum Immadi Hasselt	1	0.1%
Woonzorgcentrum Katharinadal Hasselt	1	0.1%
Woonzorgcentrum Senior Gaerveld Hasselt	1	0.1%
Woonzorgcentrum Sint-Elisabeth Hasselt	1	0.1%
Woonzorgcentrum Berkenhof Heers	1	0.1%
Woonzorgcentrum De Bleuk Herk-de-Stad	1	0.1%
Woonzorgcentrum De Bloemelingen Heusden-Zolder	1	0.1%
Woonzorgcentrum 3 Eiken Lanaken	1	0.1%
Woonzorgcentrum De Bekelaar Lommel	1	0.1%
Woonzorgcentrum Frederickxhof Lummen	1	0.1%
Woonzorgcentrum Meldertshof Lummen	1	0.1%
Woonzorgcentrum de Maaspoorte Maaseik	1	0.1%
Woonzorgcentrum Ter Meeuwen Oudsbergen	1	0.1%
Psychiatrisch Verzorgingstehuis Sint-Jozef Bilzen	1	0.1%
Regionaal Limburgs Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg	1	0.1%
Woonzorgcentrum Huyse Elckerlyc Riemst	1	0.1%
Woonzorgcentrum Heuvelheem Tessenderlo	1	0.1%
Woonzorgcentrum Ocura Voeren	1	0.1%
Woonzorgcentrum De Bloken Wellen	1	0.1%
TOTAAL	729	100.0%

13 Appendix 13: Inhoud van de samenwerkingen (i.k.v. de netwerkanalyse)

	Zorg-inhoudelijke expertise		Infectiebestrijding		Zorgorganisatie (bv. zorgplanning, testing)		Zorglogistiek (bv. materiaal)		Vorming, training & opleiding		Detachering van personeel		Andere		Psychosociale ondersteuning	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contact met																
Apotheker	4	0.55	2	0.27	0	0	6	0.82	1	0.14	0	0	3	0.41	1	0.14
Arts-specialist	34	4.66	27	3.7	20	2.74	8	1.1	13	1.78	2	0.27	2	0.27	2	0.27
Burgemeester	6	0.82	7	0.96	7	0.96	13	1.78	2	0.27	8	1.1	13	1.78	7	0.96
CRA	38	5.21	42	5.76	35	4.8	10	1.37	19	2.61	12	1.65	3	0.41	18	2.47
Diëtist	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Directielid	99	13.58	77	10.56	74	10.15	52	7.13	27	3.7	42	5.76	32	4.39	19	2.61
Ergotherapeut	5	0.69	1	0.14	3	0.41	4	0.55	3	0.41	1	0.14	2	0.27	1	0.14
Hoofdverpleegkundige	20	2.74	17	2.33	18	2.47	10	1.37	8	1.1	8	1.1	3	0.41	1	0.14
Huisarts	23	3.16	23	3.16	26	3.57	6	0.82	11	1.51	6	0.82	3	0.41	6	0.82
Kinesist	3	0.41	1	0.14	1	0.14	1	0.14	1	0.14	1	0.14	1	0.14	1	0.14
Klinisch psycholoog	6	0.82	0	0	0	0	0	0	5	0.69	0	0	1	0.14	8	1.1
Maatschappelijk werker	17	2.33	5	0.69	7	0.96	1	0.14	2	0.27	0	0	24	3.29	3	0.41
Medewerker lokaal bestuur	7	0.96	9	1.23	9	1.23	15	2.06	7	0.96	5	0.69	6	0.82	3	0.41
Schepen	1	0.14	2	0.27	2	0.27	5	0.69	0	0	6	0.82	2	0.27	4	0.55
Stafmedewerker	38	5.21	27	3.7	26	3.57	21	2.88	14	1.92	6	0.82	6	0.82	11	1.51
Verpleegkundige	23	3.16	14	1.92	14	1.92	13	1.78	6	0.82	6	0.82	9	1.23	2	0.27
Voorzitter sociale dienst/OCMW	1	0.14	0	0	1	0.14	0	0	0	0	1	0.14	2	0.27	2	0.27
Ziekenhuishygiënist	21	2.88	33	4.53	11	1.51	10	1.37	25	3.43	5	0.69	1	0.14	1	0.14
Zorgcoördinator	5	0.69	3	0.41	4	0.55	6	0.82	4	0.55	3	0.41	1	0.14	1	0.14
Zorgkundige	3	0.41	2	0.27	2	0.27	2	0.27	2	0.27	2	0.27	4	0.55	1	0.14
Zorgmanager	8	1.1	7	0.96	8	1.1	9	1.23	9	1.23	8	1.1	4	0.55	3	0.41
TOTAAL	362	49.66	299	41	268	36.76	192	26.32	159	21.8	122	16.74	122	16.71	95	13.04

14 Appendix 14: Tabel voor thematisch bundelen van interviewresultaten

Dimensie	Frequentie	Actor										
		WZC		Ziekenhuis				Eerste lijn		Andere		
		Directie	CRA	Directie / Management	Geriatr	Hoofd VPK	Externe Liaison	Directie	Staf	Beleid	Wet MW	Expert
Samenwerking met ...	106											
Ziekenhuizen	39											
Periode voor COVID-19-pandemie	12	3		3	2	2	1					1
Sinds COVID-19 (meer intens)	13	3		3	2	2	1				1	1
Externe liaison: betere implementatie nodig	9	3		2		2				1		1
Reach Out Team (ondersteuning voor WZC)	5				1	2				1	1	
Eerstelijnszone	17											
Verdere uitbouw nodig	8	3		1		2		1				1
Platform voor overleg (geïnitieerd vanuit ziekenhuizen)	5	2		2	1							
Rolonduidelijkheid zorggraad	3	2		1								
Opvang door schakelzorgcentra	1						1					
Woonzorgcentra	10											
Koepelorganisatie	4	2		1								1
Centraal aanspreekpunt nodig (CRA of vpk specialist)	4	1				2				1		
Intensivering samenwerking met geestelijke gezondheidszorg	2	1						1				
CRA	40											
Nauwere samenwerking nodig met directie WZC (aangaande strategisch en medisch beleid)	14	2		2	1	1		2		2	2	2
Mandaat CRA	9	1		1	1	2		1		1	1	1
Diversiteit (beleid, invulling taken, communicatie)	6	1		1	1			1			1	1
Financiering CRA	6	1		1	1			1		1		1
Overleg met huisartsen	4							1	1	1		1

Appendices

Werkgroep CRA uit regio	1		1									
Kwaliteit van zorg en leven	35											
Focus op patiëntgerichte extramurale/transmurale zorg	12	1		4		4	1	1			1	
Onvoldoende Informatieoverdracht (ontslag/opname)	10	1		2	3		1	1	1	1		
Vroegtijdige zorgplanning	4			1	2					1		
Digitalisering	3			2	1							
Levensindezorg (hollistische benadering)	3				1		1			1		
Betekenisvolle zinvolle activiteiten	2	1								1		
Contact met de patiënt	1						1					
Vorming en educatie WZC	31											
Basiskennis WZC stimuleren	11	2		1	2	3					2	1
Training on the job	9	2		2	1	2		1			1	
VPK specialist	9	1		2	1	2		1			1	1
Draaiboek Covid (ervaringen, screening, communicatie, beschikbaarheid expertise)	4	1		2	1							
Seminaries	4			2		2						
e-learning (aanbod door ziekenhuis, o.a. infectiepreventie)	4	1		2	1							
Leerzorgspecialist	1			1								
Beleid	78											
Richtlijnen = formaliteit	8	2		3		2						1
Meer personeel nodig in WZC	7	3	1		1					1	1	
Infrastructuur en materiaal voor WZC	7	3			1	2			1			
Creativiteit toelaten	6	2		3								1
Kwaliteitscontrole in WZC	5	1		2							1	1
Samenwerking op papier	1	1										

Samenwerking tussen instellingen faciliteren	22											
Vlottere flow tussen ZH en andere woonvormen	6	1		1		2				1	1	
Contact CRA en geriater stimuleren	5	1				2		1		1		
'Data driven' beleid	3	1		1				1				
Discrepantie regelgeving ZH/WZC	3			1		2						
Stimuleren van zelfstandige zorgverleners binnen ELZ	2							2				
Fijne samenwerking met federale gezondheidsinspecteur	2	1		1								
Beleid van vertrouwen	1											1
Medewerkersbeleid (WZC)	9											
Oog voor welzijn medewerkers	5	1		1				1	1			1
Mantelzorgovereenkomsten	2	1										1
Vrijwilligers-overeenkomsten	2	1										1
Expertise delen tussen instellingen	7											
Gefinancierde opdracht aan ziekenhuizen om expertise te delen	3			2				1				
Bundeling van <i>good practices</i>	3			1				1		1		
ZH-hygiënist vanuit overheid	1			1								
Communicatie vanuit overheid	7											
Timing	5	2		1						2		
Vorm (o.a. helderheid)	2	1								1		
Succesfactoren samenwerking	58											
Expertise delen	12	2		3	2	2		1				1
Elkaar kennen/relatie	12	3		3	1	2		1	1			1
Gelijkwaardig partnerschap	9	1		3	1	2	1					1
Kortere lijn	6	1		1		2		1				1
Vertrouwen	6	2		1		2						1

Appendices

Verbondenheid door crisis	4	2				2						
Leiderschap	4			2							1	1
Geen oordeel	3	1		1								1
Regelmatigheid	2			1								1
Beperkende factoren samenwerking	16											
Weerstand (WZC die hulp weigeren, zelf oplossingen zoeken)	6			1		1			1		2	1
Gebrek aan gemeenschappelijke visie tussen CRA en directie WZC	4			1				1		1		1
Schroom (WZC die vragen niet durven stellen)	2			1		1						
Geen marge in WZC	2								1	1		
Weinig/Onduidelijke afstemming specialisten	1			1								
Vershil in disciplines ('dezelfde taal niet spreken')	1			1								
TOTAAL	336	69	2	77	29	52	10	21	11	17	18	30
Legende: WZC = woonzorgcentra, CRA = coördinerend en raadgevend arts, VPK = verpleegkundige												

Referenties

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2020a). *Beheersen van COVID-19-heropflakkingen* (Versie 1.3-01.10.2020). <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Beheersen%20van%20COVID-19%20heropflakkingen%20-%20een%20leidraad%20-%20versie%201.3.pdf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2020b). *Compensatiemaatregelen COVID-19 van 1 oktober 2020 tot en met 31 maart 2021*. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Brief%20TFO-2020-23.pdf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2020c). *Gezamenlijke brief surge capacity: Samenwerking met ouderenzorginstellingen*. https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Gezamenlijke%20brief%20Surge%20capacity%20NL%20Samenwerking%20met%20ouderenzorginstellingen_v2_200729.pdf
- Artsen Zonder Grenzen. (2020). *Overgelaten aan hun lot*. https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport%20MaisonsDeRepos/MSF_lessons%20learned%20report_NL_FINAL.pdf
- Blanchet, K., & James, P. (2012). How to do (or not to do)... a social network analysis in health systems research. *Health policy and planning*, 27(5), 438-446. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr055>
- Chen, T., Wu, D., Chen, H., et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ* 2020;368:m1091. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1091>
- D'amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martín-Rodríguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*, 8(1), 188.
- Deschodt, M., Claes, V., Van Grootven, B., Milisen, K., Boland, B., Flamaing, J., Denis, A., Daue, F., Mergaert, L., Devos, C., Mistiaen, P., Van den Heede, K. (2015). *Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatrische liaison teams*. KCE Report 245 As. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_245As_Globale_geriatrische_benadering_Synthese.pdf
- Geeraert, R. (2020). Corona, een momentum voor de woonzorgcentra. Politeia.
- International Council of Nurses (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Kool, E.M, Cordemans, K., De Lepeleire, J. (2021). *De coördinerende en raadgevende arts in woonzorgcentra - naar een nieuwe functieomschrijving binnen sterk professioneel teamwerk*. Vanuit een samenwerking met Crataegus, Domus Medica en de KU Leuven, 1-51. https://www.domusmedica.be/sites/default/files/bijlagen/Rapport_deCRAinwoonzorgcentra_naareennieuwe%20functieomschrijvingbinneneensterkinterprofessioneelteamwerk_finaal.pdf
- Nelde, A., Flamaing, J., Deschodt, M. (2019). Het Zorgprogramma voor de Geriatrische Patiënt anno 2018: nieuwe uitdagingen. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2019;74:1–6. doi:10.2143/TVG.74.00.2000000
- Pedersen, T.L. (2020). tidygraph: A Tidy API for Graph Manipulation. R package version 1.2.0. [https://www.google.com/url?q=https://CRAN.R-project.org/package%3Dtidygraph&sa=D&source=editors&ust=1624959544090000&usg=AOvVaw1O63qYtSdf5MeEVNMYc_mC" \t " blank](https://www.google.com/url?q=https://CRAN.R-project.org/package%3Dtidygraph&sa=D&source=editors&ust=1624959544090000&usg=AOvVaw1O63qYtSdf5MeEVNMYc_mC)

- R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Sciensano (2021a). Surveillance in woonzorgcentra: rapport week 23 2021.
- Sciensano (2021b). Thematisch rapport | Surveillance van de COVID-19-vaccinatie in Belgische woonzorgcentra: Resultaten van de gegevensverzameling tot en met 24 maart 2021.
- Scott J. (1988). Social Network Analysis. *Sociology*, 22(1):109-127. doi:10.1177/0038038588022001007
- Sermeus, W., Eeckloo, K., Van der Auwera, C., Van Hecke, A. (2018). *Future of Nursing: improving health, driving change: Lessen uit de internationale literatuur en studiedagen 2017*. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 26b. http://files.bvvs.be/200001309-ba31dbb2c0/future_of_nursing_rapport.pdf
- Universiteit Hasselt (2020). *Corona treft Limburgse zorg- en welzijnssector: ervaringen uit het werkveld*, 1-80. https://www.uhasselt.be/Documents/faculteiten/geneeskunde/Ervaringen_uit_het_werkveld_web.pdf
- Van Hecke, A., Courtens, A., Beeckman, D., Decoene, E., Goossens, E., Dobbels, F., Bergs, J., Embo, M., Jacobs, N., Van Bogaert, P., Verhaeghe, S., Van Achterberg, T. (2021). Verpleegkundig Specialist in de Belgische gezondheids- en welzijnszorg: Competentiekader.
- Vlaamse regering (2021). *Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021*.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations* (Vol. 3). Sage.
- Zorgnet Icuuro (2020). *Woonzorgcentra in Vlaanderen*. <https://www.zorgnet ICURO.be/sites/default/files/Investeringsplan%20Ouderenzorg%20Zorgnet-Icuuro.pdf>

