

**Definitieve opnamen door de Belgische Huisartsen
Karakteristieken van
definitieve opname van volwassenen:
De resultaten van
de Belgische huisartsenpeilpraktijken**

**Final institutionalisation by Belgian GP's
Characteristics of
final institutionalisation of
adult patients: Results of the Belgian
Sentinel General Practitioners**

door

Devroey D. ¹, Van Casteren V. ¹, De Lepeleire J. ²

Abstract

The aim of this study was to estimate the number of final institutionalisations and to find out about the pre-existing diseases and housing conditions, the urgency and the procedure for institutionalisations.

Correspondentie: Dr. Dirk Devroey, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur, J. Wytmanstraat 14 1050 Brussel België, Tel: 32-2/642.54.02 Fax: 32-2/642.54.10 E-mail: dirk.devroey@iph.fgov.be

¹ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur Brussel.

² Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde – KULeuven.

During 1994 143 Belgian Sentinel General Practitioners registered all institutionalisations in their practice. This network functions since 1979 and is representative for the Belgian general practitioners. All patients were registered which were definitively placed in an institution.

During 1994 297 final placements were registered. Belgian general practitioners were involved in the institutionalisation of 1% of the Belgian population aged 60 years old or over. Most of the patients were women and living alone. At the moment of the institutionalisation dementia was the most common disease for both genders but locomotor impairment was found in more than half of all women. The institutionalisations were mostly motivated by a need of assistance with the activities of daily living. A temporary hospitalisation was necessary in 60% of all institutionalisations. Two thirds of all patients were on a waiting list. The average length of these waiting lists was shorter in Wallonia than in Flanders. Home care services were consulted in 16% of all institutionalisations (27% in Wallonia and 12% in Flanders).

Long waiting lists, intermediate hospitalisation and a sense of guilt often hampered institutionalisations. As most of the institutionalisations were motivated by a need of assistance with the activities of daily living, these problems could be avoided if the assistance of home care services was encouraged.

Key-words

Family Practice, Institutionalisation, Sentinel Surveillance.

1. Inleiding

In 1994 verbleven in België 82.000 senioren in een instelling (1). De verzorging van deze patiënten is vooral de taak van de huisarts. Meer dan 90% van de Vlaamse huisartsen verzorgt minstens één patiënt in een instelling. Gemiddeld verzorgt elke Vlaamse huisarts 2,7 patiënten die in een instelling verblijven, sommige huisartsen zelfs meer dan 50 patiënten (2). Voor de huisartsen van de Franstalige gemeenschap zijn deze cijfers niet gekend.

De definitieve opname verloopt meestal met de nodige emotionele en financiële moeilijkheden en dit zowel bij de patiënt als bij de familie.

Bovendien verkiezen de meeste patiënten in hun vertrouwde omgeving ouder te worden in de plaats van opgenomen te worden in een instelling (3, 4, 5). De rol van de huisarts bij zowel de verzorging en de opvang aan huis als bij het tot stand komen van de beslissing tot opname is één van de belangrijke parameters bij de definitieve opname van een volwassene.

Dit hypothese genererend onderzoek door de huisartsenpeilpraktijken maakt een schatting mogelijk van het jaarlijks aantal definitieve opnames en van de verdeling ervan over de rustoorden voor bejaarden (ROB) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT).

De vooraf bestaande pathologie, de reden waarom de patiënt opgenomen wordt en de motivatie van de opname kunnen bovendien informatie verschaffen over de medische en psychosociale problemen die optreden bij patiënten die niet verder kunnen verzorgd worden in hun thuisomgeving.

2. Materiaal en methoden

Het Belgische netwerk van huisartsenpeilpraktijken bestaat sinds 1979. Het bestaat uit huisartsen die homogeen verdeeld zijn over het grondgebied en die representatief zijn voor de Belgische huisartsen voor wat leeftijd en geslacht betreft. Zowel infectieuze als niet infectieuze thema's worden door middel van een wekelijks registratieformulier geregistreerd. De peilartsen doen dit op vrijwillige basis.

De gegevens voor deze studie werden ingezameld bij de 143 peilpraktijken die in de loop van 1994 deel uitmaakten van het netwerk. Daar er geen lijst van patiënten per geneesheer bestaat, wordt de populatie in de noemer geschat op basis van het aantal patiëntencontacten in de praktijk van de deelnemers. Voor 1994 wordt de peilpopulatie geschat op 144.300 inwoners hetgeen overeenkomt met 1,4% van de totale bevolking (Tabel 1).

TABEL 1
Peilpopulatie voor het ganse land en per gewest

	België	Vlaanderen	Wallonië
Totale peilpopulatie	144.300	95.786	38.593
Volwassen peilpopulatie	109.481	72.934	28.907
Peilpopulatie 60 jaar of meer	30.419	19.904	8.267

Iedere volwassene patiënt waarbij een als definitief beschouwde opname in een instelling gebeurde, werd geregistreerd. Het kon daarbij gaan om een ROB, een RVT of een psychiatrische instelling. Gezien het klein aantal opnames in psychiatrische instellingen en de specifieke problemen die hiermee gepaard gaan, worden deze opnames in deze tekst niet verder besproken. De cijfers van de definitieve opnames in psychiatrische instellingen zijn wel terug te vinden in het oorspronkelijke rapport (6). Daar deze registratie uitsluitend betrekking heeft op volwassenen en omdat de peilpopulaties in groepen per 5 jaar verdeeld werden, werd om praktische redenen een patiënt als volwassene beschouwd vanaf 20 jaar.

Het geslacht en de geboortedatum van de patiënt werd geregistreerd via het wekelijkse registratieformulier. In een aanvullende vragenlijst werd gevraagd naar het woonverband vóór de opname, de bestaande aandoeningen, de motivatie en de procedure van opname. Een aanvraag tot opname werd als dringend beschouwd indien de patiënt absoluut niet meer alleen thuis kon blijven en opvang door de familie niet mogelijk was. De opname kon verlopen via een tijdelijke passage in een algemeen ziekenhuis.

Voor de analyse en de statistische verwerking van de resultaten werd gebruik gemaakt van Epilnfo 6.02® (CDC, Atlanta, Georgia, USA) en SPSS-PC 6.1® (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). De 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% B.I.) zijn gebaseerd op een Poisson verdeling.

3. Resultaten

3.1. Leeftijd, geslacht, incidentie en verdeling volgens de instelling en grondgebied

In 1994 werden door de peilpraktijken 297 als definitief beschouwde opnames geregistreerd. Er werden 218 vrouwen en 79 mannen geregistreerd. Op een peilpopulatie van 109.481 volwassen inwoners werden 271 patiënten (95% B.I. 235-297) definitief opgenomen in een RVT of een ROB. Per 100.000 volwassen vrouwen werden er 388 (95% B.I. 325-428) opgenomen tegenover 151 mannen per 100.000 volwassen mannen (95% B.I. 119-187). Dit verschil is ook na standaardisatie voor de leeftijd significant verschillend ($P = 0,004$). Slechts 5 van de 297 geplaatste patiënten waren jonger dan 60 jaar. Op een peilpopulatie van 30.419 inwoners van 60 jaar of ouder werden dus 292 patiënten definitief geplaatst. De jaarlijkse incidentie voor deze groep bedraagt 960 plaatsingen per 100.000 inwoners (95% B.I. 847-1.070).

De opnamen gebeurden in 42% van de registraties in een RVT en in 58% in een ROB. De mediaan leeftijd was niet significant verschillend tussen beide geslachten (Kruskal Wallis $P = 0,091$) (Figuur 1). Voor de twee geslachten was na standaardisatie voor de leeftijd de verdeling over de 2 types van instellingen significant verschillend ($P = 0,004$). Vrouwen werden eerder in ROB's opgenomen en mannen in RVT's (Tabel 2). Tweeënzestig percent van de opnamen werd in Vlaanderen geregistreerd, 32% in Wallonië en slechts 5% in Brussel. De registraties in het Brusselse gewest werden niet afzonderlijk besproken, gezien het kleine aantal, maar zijn wel in rekening gebracht bij de algemene resultaten. De incidenties gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht waren niet verschillend voor Vlaanderen en Wallonië ($P > 0,05$) (Tabel 3).

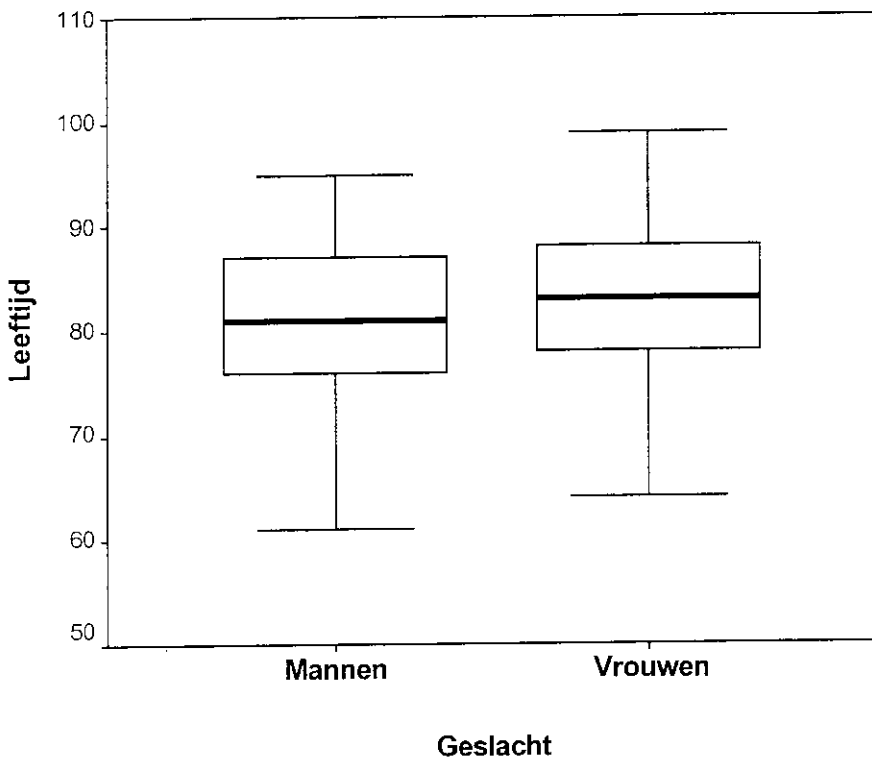


Fig. 1: Boxplots voor de leeftijd per geslacht

TABEL 2

Verdeling van de geplaatste patiënten per type van instelling, volgens geslacht (in%, gestandaardiseerd voor leeftijd)

	Mannen N = 79	Vrouwen N = 218
RVT	46%	30%
ROB	54%	70%

TABEL 3

Incidentie van opname volgens instelling en regio per 100.000 inw. van 60 jaar of ouder, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

	Vlaanderen N = 185	Wallonië N = 96
RVT	319 (254-414)*	397 (311-482)*
ROB	394 (311-482)*	503 (426-584)*

* 95% betrouwbaarheidsinterval

3.2. Woonverband en bestaande aandoeningen vóór de opname

Meer dan de helft (62%) van de patiënten woonde voor de opname alleen, al of niet met toezicht. Na standaardisatie voor leeftijd werden geen significante verschillen gevonden tussen de mannen en de vrouwen voor wat het woonverband betreft ($P > 0,05$).

De belangrijkste pathologie bij opname was zowel bij de mannen als bij de vrouwen een aandoening van het zenuwstelsel waaronder neurologische en psychiatrische aandoeningen, met dementie als belangrijkste vertegenwoordiger. Dit was het geval bij twee van de drie mannen en bij iets meer dan de helft van de vrouwen. Beperkingen van het bewegingsstelsel waren bij de vrouwen bijna even belangrijk als de psychiatrische en neurologische aandoeningen samen. Dit terwijl bij de motorische problemen slechts bij één op drie mannen voorkwamen (Tabel 4). Er konden meerdere aandoeningen per patiënt geregistreerd worden maar de pathologie bij de opname was niet gekend voor 18 patiënten.

TABEL 4

Bestaande pathologie vóór de opname volgens geslacht (in%)

	Mannen N = 75	Vrouwen N = 204
Psychiatr. en neurolog. aand. (o.a. dementie)	68%	56%
Kanker	12%	5%
Beperking bewegingsstelsel	36%	54%
Incontinentie	20%	14%
Dyspnoe	29%	12%
Andere*	23%	31%

* *Andere*: o.a. cardiovasculair, misbruik medicatie of alcohol, pathologie waarvoor zware nursing nodig, diabetes, auditieve of visuele problemen, angst, depressie of emotionele problemen.

3.3. Dringendheid en motief

Meer dan de helft (57%) van de opnames waren dringend. Na standaardisatie voor de leeftijd was de verdeling per geslacht niet significant verschillend ($P = 0,81$) voor de dringende en de niet dringende opnames. De verdeling van de dringende en de niet dringende opnames over de beide instellingen was wel significant verschillend ($P = 0,0008$). Van de dringende opnames gebeurden er 44% in de RVT's en 56% in de ROB's. De niet dringende opnames gebeurden voor 32% in de RVT's en voor 68% in de ROB's. In Vlaanderen hadden 58% van de opnames een dringend karakter en in Wallonië 55% maar het verschil was niet significant ($P = 0,61$). Bij 24 patiënten was de dringendheid van de opname niet gekend.

Gebrek aan zelfredzaamheid was het meest voorkomende motief, zowel bij mannen als bij vrouwen. Bij 76% van de registraties werd meer dan één motief geregistreerd (Tabel 5 en 6). Het motief voor de opname was onbekend voor 11 patiënten.

TABEL 5
Motief tot opname volgens geslacht (in%)

	Mannen N = 77	Vrouwen N = 209
Gebrek aan zelfredzaamheid	60%	64%
Eenzaamheid en angst	19%	33%
Somatische ziekte	30%	35%
Psychiatrische aandoeningen (o.a. dementie)	42%	34%
Verzorgingsprobleem	49%	36%
Gevaarlijk of storend gedrag	16%	14%
Overbelasting omgeving	30%	19%
Andere*	5%	7%

* Andere: v.b. ziekte partner of kind en huisvestingsprobleem

TABEL 6
Motief tot opname volgens type instelling (in%)

	RVT N = 117	ROB N = 169
Gebrek aan zelfredzaamheid	62%	64%
Eenzaamheid en angst	18%	34%
Somatische ziekte	36%	33%
Psychiatrische aandoeningen (o.a. dementie)	39%	30%
Verzorgingsprobleem	47%	34%
Gevaarlijk of storend gedrag	21%	11%
Overbelasting omgeving	24%	20%
Andere*	3%	7%

* Andere: v.b. ziekte partner of kind en huisvestingsprobleem

3.4. Procedure van de definitieve opname

De aanvraag voor de opname gebeurde beduidend meer door familieleden, al of niet-inwonend, dan door de huisarts, de patiënt zelf of de sociale dienst ($P < 0,005$) (Tabel 7). Bij meer dan de helft van de registraties was een tussenstap noodzakelijk voor kon overgegaan worden tot de definitieve opname. Deze gebeurde vooral via de somatische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Twee derde van de definitief op te nemen patiënten kwam eerst op een wachtlijst terecht (Figuur 2 en 3). De mediane duur van een tussenstap en de mediane wachttijd voor opname waren significant korter in Wallonië dan in Vlaanderen (resp. $P = 0,007$ en $P = 0,009$) (Figuur 4 en 5). Er werden geen verschillen teruggevonden tussen de RVT's en de ROB's voor wat betreft de duur van de tussenstap en de wachttijd voor de plaatsing. Voor 15 patiënten werden de parameters met betrekking de procedure van de opname niet geregistreerd.

TABEL 7
Aanvrager van de opname (in%)

	N = 346
Niet-inwonende familie	49%
Huisarts	19%
Inwonende familie	17%
Patiënt zelf	16%
Sociale dienst	10%
Buren	3%
Andere*	3%
Paramedici	1%

* Andere: v.b. specialist ziekenhuis en instelling zelf

Bij 16% der opnames werd vooraf overleg gepleegd met professionelen uit de thuiszorg. In Wallonië werd voor 27% van de patiënten vooraf contact opgenomen met de thuisgezondheidszorg tegenover 12% in Vlaanderen.

Een derde van de definitief opgenomen patiënten werd niet verder door de eigen huisarts verzorgd en dit vooral indien de instelling te ver buiten het werkgebied van de huisarts gelegen was of de instelling een eigen arts had. In Vlaanderen was dit het geval voor 37% van de definitieve opnames en in Wallonië voor 22%. In Vlaanderen werden 22% van de patiënten en in Wallonië 10% opgenomen in instellingen waar geen externe artsen toegelaten werden.

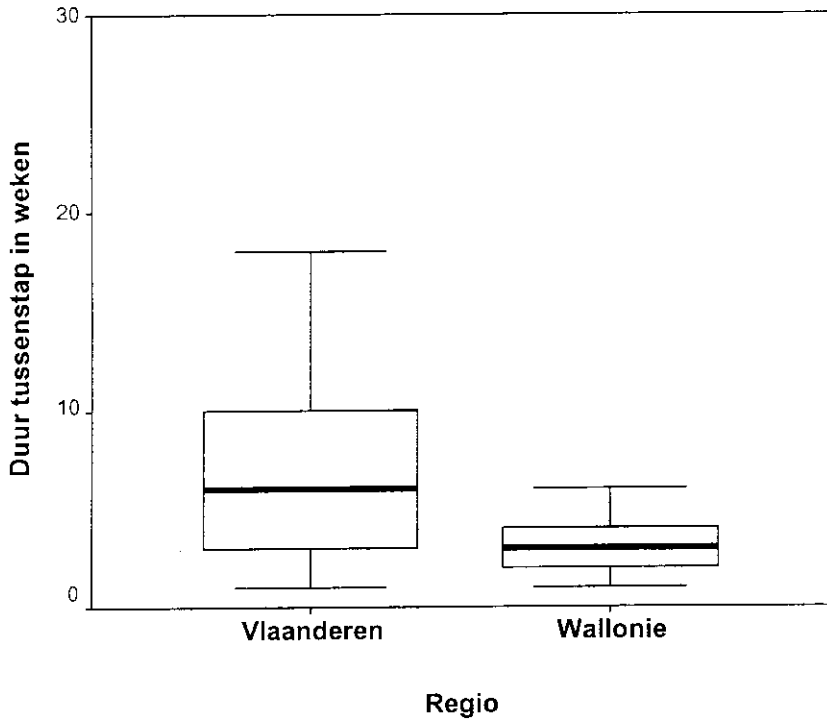


Fig. 2: Duur van de tussenstappen per regio

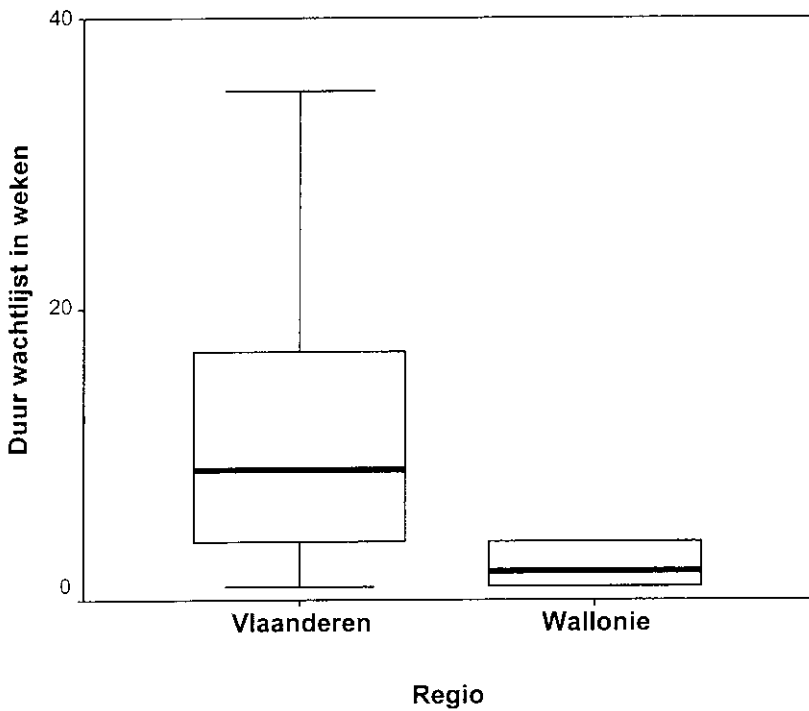


Fig. 3: Duur van de wachttijden per regio

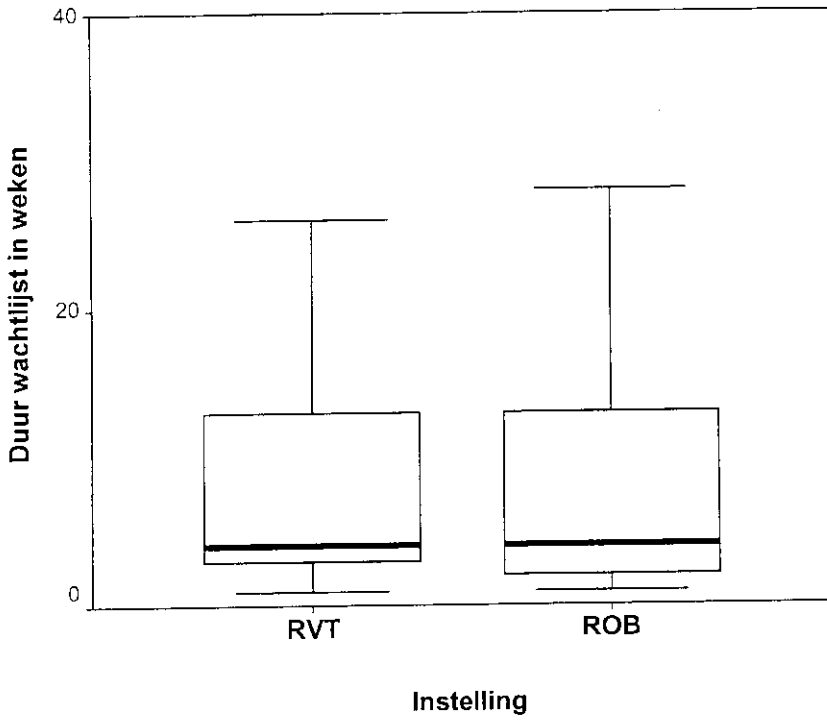


Fig. 4: Duur van de tussenstappen per instelling

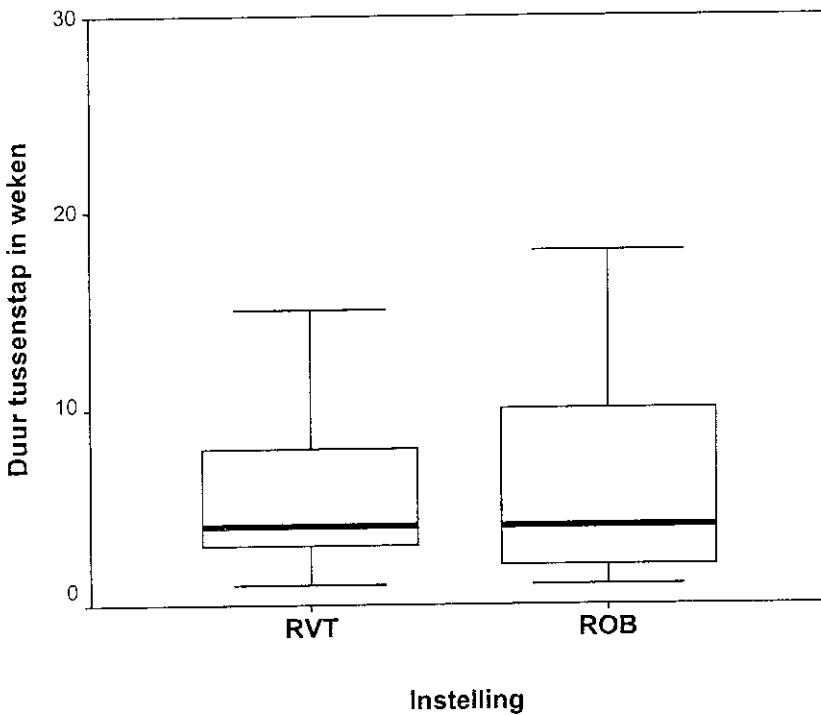


Fig. 5: Duur van de wachttijden per instelling

4. Bespreking

Per 100.000 inwoners van 60 jaar of ouder worden jaarlijks naar schatting 960 patiënten definitief opgenomen in een RVT of een ROB. Er werden significant meer mannen dan vrouwen opgenomen. Vrouwen werden eerder in ROB's opgenomen en mannen in RVT's. De leeftijdsverdeling was gelijklopend met een Nederlandse studie waarin driekwart van de patiënten die in een verpleeghuis opgenomen werden ouder was dan 75 jaar met een mediaan van 80 jaar (7).

Het merendeel van de patiënten woonde, al of niet onder toezicht, alleen. Uit buitenlandse studies blijkt trouwens ook dat alleenwonende patiënten vaker dienen opgenomen te worden, al of niet definitief (8, 9). De belangrijkste vooraf bestaande aandoening was dementie gevolgd door de overige aandoeningen van het zenuwstelsel. Gebrek aan zelfredzaamheid en verzorgingsproblemen waren de vaakst genoemde motieven voor de opname. Het is gekend dat verzorgingsproblemen een belangrijk obstakel vormen voor mantelzorg (10). Een Amerikaanse studie toonde aan dat diabetes en stoelgangincontinentie de belangrijkste prediktoren waren voor definitieve plaatsing in een instelling. Maar ook drie karakteristieken van de mantelzorg verstrekkers bleken een belangrijke voorspellende waarde te hebben, namelijk: het niet samen wonen met de patiënt, tijdsproblemen door de job van de hulpverleners en stress door de hulpverlening (10).

Ook het feit dat meer dan de helft van de opnames een dringend karakter had, is een teken dat de hulpverleners misschien tot aan het maximum van hun capaciteiten gegaan zijn. De huisarts kan hier een belangrijke taak vervullen door preventief de coping mechanismen en capaciteiten van de partner/verzorger in te schatten, in het oog te houden en te anticiperen indien nodig. Maar mogelijk werden de aanvragen vaak dringend verklaard als drukkingmiddel om lange wachttijden te verhinderen.

Een tussenstap voor de opname was noodzakelijk voor bijna 60% van de patiënten en twee derde van de patiënten kwam op een wachtlijst terecht. Betreffende de wachtlijsten en tussenstappen zou er sinds de registratieperiode misschien een belangrijke vooruitgang geboekt kunnen zijn. In de ROB's in de provincie Antwerpen en Vlaams-Brabant zou er tegenwoordig een onderbezetting van 15% bestaan: de wachtlijsten zouden opgedroogd zijn als sneeuw voor de zon, hetgeen zeker een effect zal hebben op de behoefte aan tussenstappen en het dringend karakter van de aanvragen. Hierdoor is de kans ook groter dat de patiën-

ten in hun eigen gemeente kunnen opgenomen worden en dat de vertrouwde huisarts de patiënt verder zal kunnen blijven verzorgen.

Een aantal recente evoluties kunnen bovendien een belangrijke invloed hebben op de hier voorgestelde cijfers. In tegenstelling met de hierboven vermelde inkrimping van de wachtlijsten, valt het op dat meer en meer rustoorden voorwaarden voor opname beginnen op te leggen. Zo worden patiënten die intensieve verpleegkundige verzorging nodig hebben meer en meer geweigerd. Dit zal waarschijnlijk samen gaan met de moeilijkheden die de meeste rustoorden ondervinden om geschikt personeel te vinden. Anderzijds hebben nu bijna alle rustoorden een RVT erkenning gekregen voor een aantal bedden. Dit zal in de loop van de komende vijf jaar nog progressief uitgebreid worden.

De verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië komen ook in deze studie tot uiting. De gemiddelde wachttijd was in Wallonië merkelijk korter dan in Vlaanderen. In Wallonië werd meer overleg gepleegd met professionelen uit de thuiszorg. In Vlaanderen werden, in vergelijking met Wallonië, dubbel zo veel patiënten opgenomen in instellingen waar geen externe huisarts toegelaten was.

5. Besluit

Als professionele hulpverlener is de huisarts jaarlijks betrokken bij de definitieve opname van 1% van zijn patiënten van 60 jaar en ouder. De huisarts vervult zowel een rol gedurende de periode die de opname vooraf gaat als bij de verdere zorgverstrekking in de instelling. Daardoor zou hij ook de aangewezen persoon kunnen zijn om een adviserende rol te vervullen bij het vinden van alternatieven voor de definitieve opname. Doordat de meeste patiënten vóór de definitieve opname alleen leven vormt de achteruitgang van het bewegingsstelsel een belangrijk probleem. De opnames worden dan ook vaak gemotiveerd door een gebrek aan zelfredzaamheid en verzorgingsproblemen. Deze opnames zouden kunnen vermeden of uitgesteld worden indien vooraf de thuisgezondheidszorg ingeschakeld werd. De taak van de huisarts zou erin moeten bestaan de mogelijkheden van de thuiszorg aan te brengen bij de patiënten en de andere zorgverstrekkers. Dit is een psychologische en financieel gunstige oplossing. De stress bij de verstrekkers van de mantelzorg door gevoelens van tekortkoming bij de hulpverlening of door de schuldgevoelens na de plaatsing kan hierdoor opgevangen worden. Door een betere selectie van de te plaatsen patiënten en door de thuis-

zorg een belangrijker rol toe te bedelen, zou het aantal plaatsingen kunnen teruggeschroefd worden en zo de wachttijd verkort voor de patiënten voor wie een definitieve opname de enige oplossing is. Gezien het grote aantal dringende plaatsingen, kan de huisarts ook op dit vlak een rol vervullen door aan de hulpverleners en aan de partners te leren hoe ze beter het hoofd kunnen bieden aan de gezondheidsproblemen en door deze beter te leren aanvaarden. Uit ons onderzoek blijkt dat Wallonië een voorbeeldfunctie heeft vermits de thuisgezondheidszorg er vaker geraadpleegd wordt en de wachttijden er korter zijn.

Gezien de recente evolutie betreffende onder andere de wachtlijsten en de thuisgezondheidszorg, wordt vermoed dat de herhaling van deze registratie heden ten dagen resultaten zou kunnen geven die sterk afwijken van de cijfers bekomen in deze studie. Gezien hierover echter geen recent en betrouwbaar cijfermateriaal beschikbaar is, lijkt het ons boeiend om de evolutie van de toestand met een nieuwe registratie in de nabije toekomst te evalueren.

Dankbetuigingen

De auteurs bedanken hierbij alle deelnemende peilartsen voor hun onbaatzuchtige inzet, Wim Aelvoet voor de deskundige hulp bij de statistische analyse en Francis Capet en Sophie Quoilin voor hun opbouwende commentaar.

Samenvatting

Doelstelling: Het registreren van het aantal definitieve plaatsingen bij volwassenen en de daarbij horende kenmerken zoals woonverband, vooraf bestaande aandoeningen, dringendheid en procedure van de opname.

Methode: Het Belgische netwerk van huisartsenpeilpraktijken functioneert sedert 1979. Het is representatief voor de Belgische huisartsen voor wat betreft geslacht, leeftijd en verdeling over het grondgebied. In 1994 werd door 143 huisartsenpeilpraktijken elke patiënt geregistreerd waarbij een als definitief beschouwde opname gebeurde.

Resultaten: Er werden 297 plaatsingen in rustoorden of in rust- en verzorgingstehuizen geregistreerd. Naar schatting waren de Belgische huisartsen in 1994 betrokken bij de definitieve plaatsing van 1% van de bevolking van 60 jaar of ouder. Het ging vooral om patiënt die alleen woonden en vrouwen. Dementie was de belangrijkste vooraf bestaande aandoening voor de beide geslachten maar bij meer dan de helft van de vrouwen werden beperkingen van het bewegingsstelsel geregistreerd. De plaatsingen werden meestal gemotiveerd door een gebrek aan zelfredzaamheid. Bij 60% van de plaatsingen was een tussenstap in een ziekenhuis noodzakelijk. Twee derde van de patiënten kwam op een

wachttijdst berecht voordat zij een definitieve plaats toegewezen kregen. In Wallonië waren de wachttijden merkbaar korter dan in Vlaanderen. De thuisgezondheidszorg werd slechts in 16% van de gevallen geraadpleegd (27% in Wallonië en 12% in Vlaanderen).

Conclusie: Definitieve plaatsingen werden vaak bemoeilijkt door lange wachtlijsten, tussenstappen in ziekenhuizen en schuldgevoelens bij de mantelzorgverleners. Aangezien de meeste patiënten opgenomen worden wegens een gebrek aan zelfredzaamheid en verzorgingsproblemen, kunnen deze moeilijkheden vermeden worden mits er een betere begeleiding van de zorgverstrekkers uitgewerkt wordt zodat patiënten langer thuis kunnen verzorgd worden.

Résumé

Le but de cette étude était d'estimer le nombre de placements définitifs chez les adultes. En plus les pathologies et conditions de vie préexistantes, le caractère urgent et la procédure de placements ont été analysés.

En Belgique, le réseau des médecins vigies existe depuis 1979. Les médecins qui y participent sont représentatifs des généralistes belges en ce qui concerne l'âge, le sexe et la répartition géographique. En 1994, 143 médecins généralistes ont participé à l'enregistrement des données concernant les patients qui furent l'objet d'un placement définitif.

Au cours de cette année, 297 patients furent enregistrés. D'après notre estimation, les médecins généralistes sont intervenus dans le placement définitif de 1% de la population de 60 ans et plus. Le motif de placement le plus souvent incriminé était pour les deux sexes la démence et plus de la moitié des femmes se plaignait des limitations du système locomoteur. Le placement était le plus souvent motivé par un manque d'autonomie. Dans près de 60% des cas, les placements ont dû être précédé d'une hospitalisation. Deux tiers des patients étaient mis sur une liste d'attente avant de bénéficier du placement définitif. En Wallonie, la période d'attente était sensiblement plus courte qu'en Flandres.

Les équipes de soins à domicile ne furent consultées que dans 16% des cas. Une distinction est notée entre la Wallonie où 27% des placements étaient discutés avec l'équipe soignante contre seulement 12% en Flandres.

Les placements définitifs sont souvent difficiles en raison des périodes d'attente, des hospitalisations intermédiaires provisoires et des sentiments de culpabilité chez la famille. Comme la plupart des patients sont placés pour cause de problèmes de soins et une absence d'autonomie locomotrice, ces difficultés pourraient être évitées par une expansion des soins à domicile de façon que le patient puisse être soigné plus longtemps à son domicile.

Referenties

1. ANONIEM De huisarts en de zorg voor bejaarden in instellingen. Oproep tot discussie van de commissie RVT/ROB en van de W.V.V.H. Berchem 1994: 4.

2. STEYLAERT C, VERDONCK P, BUNTINX F. Op bezoek bij bejaarden in instellingen. *Huisarts Nu* 1994; 23: 221-224.
3. BUTLER R, LEWIS M. *Aging and Mental Health* (3rd ed.) St. Louis, MO: C.V. Mosby, 1982.
4. KRAUS A, SPASOFF R, BEATTIE E et al. The Role and the Value of Foster Homes for the Elderly. *Canadian Journal of Public Health* 1976; 68: 32-38.
5. VLADECK B. *Unloving Care: The Nursing Home Tragedy*. New York: Basic Books 1980.
6. DEVROEY D, VAN CASTEREN V, DE LEPELEIRE J. Procedure van definitieve opname van een volwassene waarbij de huisarts betrokken is. Registratienet van de huisartsen-peilpraktijken. Resultaten van 1994. WIV-LP, Brussel 1998, 2505/1998/02.
7. TE WIERIK MJM, FREDERIKS CMA, VISSER AP, STURMANS F. Verpleeghuisopname; een onderzoek bij op te nemen ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1991; 22: 209-215.
8. MONTGOMERY RJV, KOSLOSKI K. A Longitudinal Analysis of Nursing Home Placement for Dependent Elders Cared for by Spouses vs Adult Children. *Journal of Gerontology* 1994; 49(2): S62-S74.
9. BERGMANN K, FOSTER EM, JUSTICE AW, MATTHEWS V. Management of demented elderly patients in the community. *Brit J Psychiat* 1978; 132: 441-449.
10. TSUJI I, WHALEN S, FINCANE TE. Predictors of Nursing Home Placement in Community-Based Long-Term Care. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 761-766.