

Rusthuis of rust-thuis?

Over de rol van de medisch maatschappelijk werker in de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg.

Academiejaar: 2008 – 2009

Scriptie voorgedragen door:
Mieke DE ZUTTER
tot het behalen van het diploma
Sociaal werk, maatschappelijk werk; waarvoor de graad van
bachelor in het sociaal werk wordt verleend.

Dankwoord



Met dit korte gedicht wil ik mijn grote dankbaarheid uitspreken. Ik draag het op aan allen die mij nabij zijn geweest gedurende de drie jaar durende opleiding tot maatschappelijk werkster.

Het is geschreven voor hen die de dauwdruppels in het eerste daglicht lieten oplichten. Het is geschreven voor hen die me met hun lied gegidst hebben, voor hen die mijn hand vasthielden en niet loslieten.

Dank jullie wel.

Bijzondere aandacht voor:

De stageplaats, stagementor en schoolbegeleider. Zowel in het tweede als in het derde jaar kreeg ik talloze leerkanen en de gelegenheid de eerste stappen in het werkveld te zetten.

De scriptiebegeleidster en Ellen, voor hun kritische geest, de inhoudelijke tips en opmerkingen.

Paul, voor het nalezen van deze scriptie op stijl- en spellingfouten en inhoudelijke suggesties.

De IBL-dienst van de gemeentelijke bibliotheek, die mij geregeld bronnen ter beschikking stelde.

Inhoudsopgave

Dankwoord

Inleiding5

1 Wie is de zorgbehoevende geriatrische patiënt en wie is zijn omgeving?7

1.1 Veel voorkomende problemen bij de patiënt	7
1.1.1 Op medisch vlak: de vijf geriatrische reuzen	7
1.1.2 Sociaal en in de thuissituatie	8
1.2 De omgeving van de patiënt: de mantelzorger	9
1.2.1 Algemeen	9
1.2.2 Een specifieke situatie: de 'sandwiched generation'	10

2 Het mandaat van de medisch maatschappelijk werker binnen de organisatie11

2.1 De positie van het maatschappelijk werk binnen de organisatie	11
2.1.1 Algemeen	11
2.1.2 De basisvisie van de medisch maatschappelijk werker	12
2.1.3 Multidisciplinaire samenwerking en consult	14
2.2 Een actuele tendens: daling van het aantal verpleegdagen en financiële responsabilisering van het ziekenhuis	15

3 Motieven en factoren die een rol spelen bij het maken van een keuze16

3.1 Is er wel een keuze?	16
3.1.1 Een greep uit het aanbod van zorgvoorzieningen voor ouderen	16
3.1.2 Waarom is het belangrijk dat mensen kunnen kiezen?	17
3.1.3 Zowel thuiszorg opstarten als stappen zetten tot plaatsing	17
3.1.4 Het opnemen van zorg voor familie	18
3.1.5 Antwoord: ja, maar.....	19
3.2 Motieven	19
3.2.1 Aanwezigheid van een pathologie als dementie	19
3.2.2 De belasting van de mantelzorgers	19
3.2.3 Systeemidealen	20
3.2.4 Bereikbaarheid van de voorzieningen	20
3.2.5 Financiële overwegingen	21
3.2.6 Andere motieven en factoren	21

4 De rol van de medisch maatschappelijk werker: psychosociale begeleiding.22

4.1 Informeren	23
4.2 Adviseren	24
4.3 Inzicht geven	25
4.4 Bemiddelen	27
4.4.1 Toeleiding	27
4.4.2 Conflictbemiddeling	27
4.5 Praktische hulpverlening	29

5 Helpende vaardigheden	31
5.1 Reflecteren	31
5.1.1 Reflectie op het persoonlijk referentiekader	31
5.1.2 Reflectie op het professioneel handelen	32
5.2 Kwaliteitsvol werken onder tijdsdruk	33
5.2.1 Doelgericht informatie verzamelen en analyseren	33
5.2.2 Prioriteiten stellen	34
5.2.3 Evenwicht tussen doelgerichtheid en relatiegerichtheid	34
5.3 Hanteren van taal	35
5.3.1 Communicatie met het patiëntstelsel	35
5.3.2 Communicatie over het patiëntstelsel	35
6 Praktijkstudie: mevrouw Janssens	37
6.1 Situatieschets	37
6.2 Vaststellingen	38
6.2.1 De geriatrische patiënt	38
6.2.2 De mantelzorg	38
6.3 De rol van de medisch maatschappelijk werker	38
6.3.1 Informeren	38
6.3.2 Inzicht geven	39
6.3.3 Adviseren	39
6.3.4 Praktische hulpverlening	40
6.4 Helpende vaardigheden: hanteren van taal	40
6.5 Beïnvloedende factoren op het hulpverleningsproces	40
6.5.1 Multidisciplinaire samenwerking	40
6.5.2 Tendens tot daling van het aantal ligdagen	41
Slotbeschouwingen	43

Inleiding

'Rusthuis of rust-thuis? Over de rol van de medisch maatschappelijk werker in de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg.' luidt de veelzeggende titel van deze scriptie. Hiermee wordt meteen het onderwerp aangegeven: de keuze tussen residentiële zorg en thuiszorg voor zorgbehoevende bejaarden, de moeilijkheden die daarmee gepaard gaan en de rol die de medisch maatschappelijk werker speelt bij het maken van deze keuze.

Doorslaggevend bij mijn voorkeur voor dit onderwerp waren de ouderen zelf. Ik maakte met hen kennis gedurende mijn stage en ze bleken een enorm boeiende doelgroep. Het feit dat mijn naaste omgeving bovendien erg positief staat ten opzichte van senioren, vormde voor mij een extra stimulans.

Daarnaast boeit het gegeven dat mensen vaak moeten kiezen tussen residentiële zorg en thuiszorg mij. Voor velen is deze keuze allerminst evident. Waarom kiest men voor het ene, dan wel voor het andere? Wat steekt achter een bepaalde keuze? Wat houdt mensen bezig?

Hiermee hangt ook de vraag samen hoe mensen omgaan met ouder worden, of hoe men kijkt naar zorgbehoevende ouderen. Dit is onrechtstreeks een beïnvloedende factor in de keuze tussen thuiszorg of thuisvervangend milieu.

Verder heeft de toenemende vergrijzing een belangrijke impact op het thema. Hierbij denk ik aan de problematiek van de lange wachtlijsten voor woonzorgcentra, maar ook voor bepaalde thuiszorgvoorzieningen als dagcentra. Gedurende de stageperiode werd ik frequent geconfronteerd met deze wachtlijsten. Het onderwerp zal in de toekomst alleen maar aan belang winnen.

Ik hoop door verdieping in deze problematiek mijn handelen als stagiaire maatschappelijk werk te verbeteren en bewuster te handelen. Aangezien dit thema veel voorkomende hulpvragen op de stageplaats betreft, ben ik er zeker van over voldoende observatiemateriaal te beschikken.

Tenslotte hoop ik om niet alleen in de schoenen van de hulpverlener te staan, maar ook meer voeling te krijgen met de beleving van cliënten en het cliëntsysteem. Dit kan mij als mens verrijken.

De keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg vormt dus de rode draad doorheen deze scriptie. De centrale vraag die in dat verband aan bod komt, is: "Hoe kan de medisch maatschappelijk werker de geriatrische patiënt en zijn omgeving begeleiden bij de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg?".

In het eerste hoofdstuk tracht ik de grote verscheidenheid aan geriatrische patiënten, hun omgevingen, en hun specifieke problemen te schetsen. Hoewel in dit hoofdstuk een aantal veralgemeningen staan, wil ik benadrukken dat elke patiënt en elke situatie uniek is.

Het tweede hoofdstuk handelt over de plaats van het medisch maatschappelijk werk binnen een ziekenhuiscontext. Het schetst een algemeen beeld van de belangrijkste

elementen die het handelen van de medisch maatschappelijk werker bepalen, met name de visie op hulpverlening, multidisciplinaire samenwerking en de tendens tot daling van het aantal ligdagen.

Het derde hoofdstuk stelt zich de vraag of er van een keuze wel sprake is. Hiertoe geef ik een opsomming van de belangrijkste bestaande ouderenvoorzieningen. De vraag waarom het belangrijk is dat mensen een keuze kunnen maken, is aan de orde. Ik ga tevens na in hoeverre het opnemen van zorgtaken als keuze of als plicht aanzien wordt. Tenslotte besteed ik uitgebreid aandacht aan de belangrijkste motieven en beïnvloedende factoren die spelen bij een keuze van dergelijke omvang. Voor de medisch maatschappelijk werker is het van groot belang hierin inzicht te hebben om hulpverlening op maat te kunnen bieden.

In het vierde en vijfde hoofdstuk keer ik terug naar de centrale vraag en probeer ik aan te tonen hoe de medisch maatschappelijk werker de geriatrische patiënt en zijn omgeving kan begeleiden in de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg. Hiertoe schets ik niet alleen de rollen die de medisch maatschappelijk werker kan opnemen, maar ga ik ook in op de vaardigheden die hierbij worden vereist. In deze eerste vijf hoofdstukken wisselen theorie en praktijkvoorbeelden elkaar af.

Het laatste hoofdstuk is een casus. Die illustreert hoe zo'n begeleiding concreet in de praktijk verloopt en waar er een discrepantie is tussen theorie en praktijk.

Ten slotte volgt een slotbeschouwing, waarin ik een aantal conclusies trek.

In de scriptie gebruik ik verschillende termen voor de geriatrische patiënt, zoals: 'senior', 'oudere', 'bejaarde', 'zorgbehoevende'... Merk op dat deze termen enkel de doelgroep aanduiden en dat ik deze gebruik om storende herhalingen in het taalgebruik te vermijden. Ik wil benadrukken dat deze begrippen in geen geval een waardeoordeel inhouden. Dit geldt tevens voor de termen 'sociaal werker', 'medisch maatschappelijk werker', 'professional', 'hulpverlener'.

Daarnaast spreek ik over 'patiënt' en 'patiëntensysteem'. Vanuit een medisch deficit model zou men kunnen denken dat ik hiermee de afhankelijkheid benadruk, dit wil zeggen het feit dat men in een medische setting vrij snel afstand doet van het zelfbeschikkingsrecht. Dit is echter geenszins mijn bedoeling. Ik hanteer deze termen omdat dit het gangbare jargon is in een ziekenhuiscontext. Ook hier is er geen sprake van een waardeoordeel.

1 Wie is de zorgbehoevende geriatrische patiënt en wie is zijn omgeving?

Het eerste hoofdstuk stelt de geriatrische patiënt en zijn omgeving, meer specifiek de mantelzorger centraal. Dit is belangrijk om zicht te krijgen op veelvoorkomende problemen. Het zou echter verkeerdelijk de indruk kunnen wekken dat er zoiets bestaat als 'de geriatrische patiënt'. Daarom is het van belang te beklemtonen dat elke patiënt, elke oudere een individu is met een uniek referentiekader, een unieke leefsituatie en een dito beleving van de wereld rondom hem. Zijn levensvisie, verleden, beleving, emoties en veronderstellingen bepalen zijn identiteit. Bovendien verwerven mensen hun relationele betekenis en waarde in relatie en verhouding tot de andere.¹ Er bestaan bijgevolg grote verschillen tussen een geriatrische patiënt van 70 en één van 85 jaar, en zelfs tussen twee patiënten die dezelfde leeftijd hebben. Hoewel in deze scriptie een aantal veralgemeningen staan, dienen we ons bewust te zijn van deze uniciteit en hiervoor open te staan.

1.1 Veel voorkomende problemen bij de patiënt

1.1.1 Op medisch vlak: de vijf geriatrische reuzen²

Eulderink onderscheidt vijf stoornissen die de gezondheid en zelfstandigheid van de oudere mens het meest bedreigen. Hij noemt ze de vijf geriatrische reuzen. Deze zijn: gestoorde mobiliteit, gestoorde stabiliteit met voornamelijk duizeligheid en vallen, gestoorde communicatie door bijvoorbeeld slecht horen of zien, een psychische stoornis zoals depressie en tenslotte incontinentie voor urine en faeces.

Veel stoornissen zijn het gevolg van al lang bestaande chronische aandoeningen. Deze kennen reeds een aanvang in de jeugd, maar vertonen op latere leeftijd een uitgesproken ziektebeeld. Denk maar aan artrose of osteoporose. Andere stoornissen manifesteren zich vooral in de ouderdom: dementie, de ziekte van Parkinson en 'iatrogene' ziekten. Deze laatste worden door medisch ingrijpen veroorzaakt, bijvoorbeeld door een geneesmiddelenintoxicatie.

De oudere patiënt stelt de arts voor bijzondere problemen. Deze worden onder andere gekenmerkt door een snelle achteruitgang, veel complicaties, vertraagd herstel, multipathologie, somato-psychosociale verwevenheid en gewijzigde reacties op geneesmiddelen. Wanneer de complexiteit te ernstig is voor een huisarts kan hij doorverwijzen naar een geriater. Voor deze laatste staat de levenskwaliteit centraal. Hij zal zich bijgevolg eerder richten op het behoud van zelfstandigheid dan op de volledige genezing van de patiënt.

Zo merkte ik tijdens mijn stageperiode dat de vijf geriatrische reuzen bij heel veel geriatrische patiënten voorkomen, maar bijna nooit de eigenlijke reden van opname zijn. Een veelgestelde opname-indicatie is bijvoorbeeld een letsel als gevolg van een

¹ Vrij naar: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 47.

² Vrij naar: RÖGELS, N., Levensloopsychologie. Soest, Nelissen, 2004, blz. 187.

val. Deze kan evenwel veroorzaakt zijn door een gebrek aan mobiliteit en stabiliteit, twee geriatische reuzen. Wegens de onmogelijkheid om deze stoornissen te genezen, zorgt de medische en sociale hulp in het ziekenhuis er daarom voor dat de letsels ten gevolge van de val helen en richt ze zich op de levenskwaliteit van de patiënt. Zo kan de medisch maatschappelijk werker de patiënt een personenalarmtoestel aanraden. De ergotherapeut kan door middel van kleine tips het risico op vallen verminderen, bijvoorbeeld door te adviseren in huis tapijten die kunnen wegschuiven te verwijderen.

1.1.2 Sociaal en in de thuissituatie ^{3 4}

In deze paragraaf bespreek ik de problemen specifiek bekeken vanuit het oogpunt van de bejaarde. De ervaring leert me dat nogal wat ouderen erg op hun autonomie gesteld zijn en zichzelf zo lang mogelijk willen beredderen. Op die manier geniet men maximale vrijheid. De senior is volledig onafhankelijk en in staat keuzes te maken op allerlei domeinen zoals vrijetijdsbesteding.

De mate waarin deze autonomie kan behouden blijven, hangt echter sterk af van de spanning tussen draagkracht en draaglast. Tijdens de ouderdom kan de draaglast sterk toenemen als gevolg van allerhande lichamelijke beperkingen, financiële problemen, verminderde zelfredzaamheid... Wanneer zelfzorg ontoereikend is geworden, dienen andere oplossingen gezocht, zoals ondersteuning door mantelzorgers. Mantelzorg is "zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening voortvloeit uit de sociale relatie."⁵ In de meeste gevallen gaat het om de partner of de kinderen; deze laatste komen samen met de schoonkinderen echter pas op de tweede plaats. Soms zorgen meerdere personen voor de zorgbehoevende bejaarde, maar meestal is er slechts één centrale verzorger. De hulp omvat voornamelijk emotionele ondersteuning, concrete hulp zoals het bereiden van een maaltijd, bemiddeling bij het verkrijgen van allerlei soorten zorg (zoals een bezoek van de huisarts) en financiële ondersteuning.

Heel wat ouderen wonen alleen en dit aantal stijgt met de leeftijd. Bijna de helft van de 80- tot 89-jarige vrouwen in Vlaanderen is alleenstaand. Hoewel de familie voor veel bejaarden een belangrijke contactbron is, kan het alleenwonen repercussies hebben met betrekking tot de beschikbaarheid van mantelzorgers. Deze ouderen doen dan ook frequenter beroep op professionele zorg, maar zijn ook vaker eenzaam en voelen zich minder gezond dan samenwonenden.

Mensen willen inderdaad zoveel mogelijk hun zelfstandigheid behouden en voor zichzelf zorgen. Hierbij zou ik graag de situatie van mijn grootmoeder aanhalen. Zij is nu 81 jaar. Toen grootvader stierf bleef zij alleen achter in een groot huis. Zij bereddert zich zo goed mogelijk en heeft nog enkele kippen en schapen waar ze voor zorgt. Ook in het huishouden is zij nog volledig zelfstandig. Zij kan echter niet met de auto rijden, dus wanneer ze boodschappen moet doen, zijn de kinderen of kleinkinderen chauffeur. In de zomer verplaatst ze zich zoveel mogelijk met de fiets. Ook voor het werk in de tuin kan ze op hulp van de kinderen rekenen. Grootmoeder wil zo weinig mogelijk afhankelijk

³ Vrij naar: Vlaams Parlement, Vlaams ouderenbeleidsplan 2006 – 2009. Ingediend onder coördinatie van mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Internet, zitting 2006 – 2007, 8 mei 2007, blz. 12 – 18.

⁴ Vrij naar: RÖGELS, N., Levensloopspsychologie. Soest, Nelissen, 2004, blz. 129.

⁵ RÖGELS, N., Levensloopspsychologie. Soest, Nelissen, 2004, blz. 129.

zijn van anderen. Wanneer ze teveel een beroep op anderen moet doen, ziet ze zichzelf als een 'last'. Maar als er hulp nodig is, weet ze deze wel naar waarde te schatten.

1.2 De omgeving van de patiënt: de mantelzorger ⁶

Bepaalde onderdelen in deze paragraaf zullen overlappen met wat reeds in punt 1.1.2 besproken werd. Toch wil ik dit hier nog wat grondiger uitwerken, vanwege het belang van een goed inzicht in wie de mantelzorgers zijn en met welke problemen zij geconfronteerd worden.

1.2.1 Algemeen⁷

Het aantal mantelzorgers in Vlaanderen wordt door de Vlaamse gezondheidsraad geraamd op 400 000. Mantelzorg is een erg ruim begrip. Men kan als mantelzorger verschillende taken uitvoeren, maar ook met een verschillende intensiteit. Om toch een beeld te geven van het profiel van de mantelzorger, geven we hier enkele kernelementen weer.

Mantelzorgers zijn van alle leeftijden, maar de grootste groep bevindt zich tussen 25 en 70 jaar. De jonge mantelzorgers zijn voornamelijk vrouwen, maar het aandeel mannelijke mantelzorgers stijgt met de leeftijd.

De meeste mantelzorgers zorgen voor hun partner, vader of moeder. Slechts één op tien ontfermt zich over een zorgbehoevend kind.

Het aantal jaren dat mantelzorgers zorg opnemen is aanzienlijk. De helft van de mantelzorgers zorgt langer dan vijf jaar voor de zorgbehoevende. Ruim een kwart doet dit tussen drie en vijf jaar. Tien procent zorgt twintig jaar voor dezelfde persoon. Meestal besteden mantelzorgers ook heel veel tijd aan hun taken. Een kwart geeft aan één tot acht uur per week zorg te verlenen. Bijna 30% besteedt meer dan 40 uur per week aan mantelzorg. Dit is te vergelijken met een voltijdse job. Een tiende verleent 84 tot 168 uur zorg per week.

De mantelzorger neemt drie soorten zorgtaken op zich: sociaal-emotionele (gezelschap houden en luisteren), huishoudelijke (boodschappen doen, afwassen, poetsen...) en persoonsverzorgende taken (zoals helpen bij het eten of toiletbezoek).

Net geen vijfde van de mantelzorgers staat als enige in voor de zorg van de zorgbehoevende. De meerderheid krijgt echter hulp van professionele zorgverleners.

Bijna 70 procent van de mantelzorgers geeft aan dat vertrouwen de belangrijkste reden is om zorg te verlenen. Op de tweede plaats volgt het vermijden van een opname (in een woonzorgcentrum) en tijd en beschikbaarheid.

Meer dan de helft van de mantelzorgers geeft aan dat de zorg voor een ziek familielid een verrijkende ervaring is en acht op de tien zou dit zo nodig opnieuw doen.

⁶ Het feit dat ik in dit onderdeel enkel inga op de mantelzorger zou een te eng beeld kunnen schetsen van de omgeving van de patiënt. Het begrip omgeving omvat naast de primaire leefgemeenschap ook het sociaal netwerk, maatschappelijke instanties en de overheid. Binnen het bestek van deze scriptie is het echter niet mogelijk om dit volledig uit te werken.

⁷ Vrij naar: CLAES, S., Te jong om oud te zijn? De kracht van ouderen in onze samenleving. Leuven, Davidsfonds, 2008, blz. 44 – 45.

1.2.2 Een specifieke situatie: de 'sandwiched generation' ⁸

De sandwichgeneratie bestaat uit "mensen van middelbare leeftijd die de zorg voor hun ouders combineren met een gezin en/of een baan".⁹

Eigenlijk is dit begrip een vergelijking die verwijst naar broodbeleg dat ingeklemd zit tussen twee sneden. De broodsneden symboliseren dan respectievelijk de eigen ouders en de eigen kinderen, die zich veelal reeds in de adolescentieperiode bevinden. De volwassenen zelf zitten tussen hen ingeklemd.

Deze generatie staat sterk onder druk. Beide groepen vragen immers zorg en aandacht.

Wat ik in de praktijk merkte was dat niet alleen echtgenoten of kinderen zorgtaken op zich nemen. Ook burens staan soms in voor mantelzorg. Ik denk dan bijvoorbeeld aan een situatie waarin de burens van de patiënte zich bereid verklaarden contactpersoon te zijn bij een personenalarmsysteem.

Daarnaast waren er geregeld situaties waarin de geriatrische patiënt ongehuwd was en een neef of nicht de centrale mantelzorger was.

De volgende situatie roept wellicht herkenning op: de ouders van een echtpaar zijn nog allen in leven en stuk voor stuk erg zorgbehoevend. Zowel de man als de vrouw van het koppel zijn enig kind, maar hebben zelf ook kinderen. Twee mensen moeten bijgevolg de zorg voor vier ouderen op zich nemen en daarnaast nog eens aandacht hebben voor het eigen kroost.¹⁰ Een dergelijke situatie is zowel fysiek, emotioneel als financieel een belasting en veelal geen bewuste keuze. Hoewel het bieden van hulp door de kinderen in eerste instantie als vanzelfsprekend wordt gezien, geven nogal wat mantelzorgers blijk van psychische en lichamelijke klachten. Hierbij gaat het om slapeloosheid, depressie, hoofdpijn, nervositeit, maag- en darmklachten. Over het algemeen vinden volwassenen het erg moeilijk om aan te geven dat de grens bereikt is.

Ik herinner me het verhaal van een bejaarde patiënt. Zijn vrouw was dementerend. De man nam alle zorg op zich en thuiszorg was zo goed als afwezig. De oudere werd opgenomen in het ziekenhuis na een val. Zijn kinderen gaven aan dat de situatie erg zwaar werd voor hun vader. De man zelf had het echter erg moeilijk om toe te geven dat de zorg voor zijn vrouw hem uitputte.

Voor de volledigheid vermeld ik nog dat de relaties tussen volwassenen en kinderen en tussen volwassenen en ouders dynamisch van aard zijn en groei en ontwikkeling voor alle betrokkenen kunnen inhouden. Gekneld zitten tussen de zorg voor de ouders en de kinderen hoeft niet per definitie negatief te zijn!

Toen mijn grootvader ernstig ziek was, namen mijn ouders hem in huis en zorgden voor hem tot het allerlaatste moment. Dit was een zware belasting, maar mijn vader en moeder denken nog steeds met heel veel liefde terug aan die periode. De zorg voor grootvader heeft de familiebanden versterkt en mijn ouders als mens laten groeien.

⁸ Vrij naar: RÖGELS, N., *Levenslooppsychologie*. Soest, Nelissen, 2004, blz. 127 – 130.

⁹ *Thesaurus zorg en welzijn. Sandwichgeneratie*. Internet, (3 februari 2009).

¹⁰ Vrij naar: Vrij naar: PERNEEL, P., (lector), *Les patiëntenbegeleiding*, Gent, Arteveldehogeschool – opleiding sociaal werk – afstudeerrichting maatschappelijk werk, 10 december 2008.

2 Het mandaat van de medisch maatschappelijk werker binnen de organisatie

Dit hoofdstuk betracht niet de taak van de medisch maatschappelijk werker tot in de kleinste details te schetsen. Het beoogt veeleer een algemeen beeld te geven van de positie van het medisch maatschappelijk werk, de visie op het hulpverlenend handelen van de sociaal werker en enkele factoren die dit alles beïnvloeden. Wat dit hulpverlenend handelen precies inhoudt en hoe de professional hierbij te werk gaat komt aan bod in hoofdstuk vier en vijf. Daar wordt een antwoord geformuleerd op de centrale vraagstelling van deze scriptie.

2.1 De positie van het maatschappelijk werk binnen de organisatie

2.1.1 Algemeen ^{11 12}

Ziekenhuismaatschappelijk werk behoort tot het zogenaamde 'ingebouwde maatschappelijk werk'. Dit betekent dat het maatschappelijk werk in dienstverband staat met een organisatie die een ander doel heeft dan psychosociale hulpverlening. Een ziekenhuis richt zich in de eerste plaats op medische problemen. Het medisch maatschappelijk werk fungeert als onderdeel van de dienstverlening door de organisatie.

Het medisch maatschappelijk werk maakt dus deel uit van een systeemwereld, het ziekenhuis, waarvan een belangrijk kenmerk het strategisch handelen is. Het intermenselijk verkeer krijgt hierin het karakter van een doel- middel relatie. In zo'n systeemwereld waarin de doel- middelen relatie voornamelijk gekleurd wordt door de relatie ziekte- genezing – en op de afdeling geriatrie meer specifiek de relatie aandoening- behoud of verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt – , is de plaats van het medisch maatschappelijk werk niet eenvoudig te bepalen.

In mijn stageorganisatie vormt het medisch maatschappelijk werk een dienst die ondersteuning biedt. Het behoort niet tot de kernactiviteiten van de organisatie, maar is noodzakelijk om de kernactiviteiten efficiënt en kwaliteitsvol te kunnen uitvoeren.

Het feit dat het maatschappelijk werk een onderdeel is van een medische organisatie, heeft tot gevolg dat het ziekenhuis de mogelijkheden en grenzen van het maatschappelijk werk bepaalt. De kans is reëel dat dit dilemma's met zich meebrengt. Door steeds verdere ontwikkelingen op het medisch-technische terrein dient de maatschappelijk werker erop toe te zien dat de balans tussen de medische mogelijkheden en de levenskwaliteit van de individuele patiënt niet overhelt in de richting van therapeutische hardnekkigheid. Al kan de sociaal assistent de medische implicaties niet overzien, hij is deskundig genoeg om de mogelijke implicaties met de patiënt te plaatsen in diens levenssituatie en op die manier de patiënt te helpen een eigen beslissing te nemen met betrekking tot voorgestelde medische ingrepen.

¹¹ Vrij naar: VAN RIET, N. en MINEUR, M.J. Maatschappelijk werk in de intramurale gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum, 1997, blz. 13 – 33.

¹² Vrij naar: MINTZERG, H., Organisatiestructuren. Amsterdam, Pearson education, 2006, blz. 18.

Hierbij wil ik het voorbeeld aanhalen van een 82 jarige patiënte met een longcarcinoom. Bij therapeutische hardnekkigheid zouden nog allerhande agressieve behandelingen gestart worden. De patiënte zou een lange lijdensweg te gaan hebben zonder de zekerheid of dit zou bijdragen aan haar levensverwachting en vooral aan de levenskwaliteit. In overleg met de patiënte en haar kinderen werd besloten geen behandelingen meer te starten, behalve ingrepen die de ongemakken veroorzaakt door de tumor zoveel als mogelijk minimaliseren.

2.1.2 De basisvisie van de medisch maatschappelijk werker ^{13 14 15}

2.1.2.1 Emanciperende hulpverlening

De houding van de maatschappelijk werker tegenover de patiënt is gebaseerd op respect voor zijn persoon en erkenning van diens verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen. Het heeft als doel de gezonde (relationele) mogelijkheden en krachten bij mensen en systemen maximaal te mobiliseren.

Emanciperende hulpverlening in het ziekenhuis beoogt vooral de mensen in staat te stellen eigen keuzes te maken met betrekking tot hun gezondheidstoestand. In een medische setting zijn patiënten immers snel geneigd afstand te doen van het zelfbeschikkingsrecht. De medisch maatschappelijk werker zorgt ervoor dat mensen dit recht behouden en gebruiken binnen het kader van hun ziekenhuistoestand. Patiënten moeten de kans krijgen zich in alle rust af te vragen hoe ze met ziekte, het verlies van mogelijkheden willen omgaan. Het zelfbeschikkingsrecht is daarnaast ook uiterst belangrijk met betrekking tot de keuze tussen thuiszorg of residentiële zorg. Emanciperende hulpverlening heeft als finaliteit de voorwaarden te scheppen om deze keuze mogelijk te maken.

Wat hierboven beschreven staat vind ik ook in de dagdagelijkse praktijk terug. Heel wat geriatrische patiënten hebben tijd nodig om een ziekenhuisopname te verwerken. Vaak stellen zij zich vragen zoals: "Hoe lang moet ik in het ziekenhuis verblijven?"; "Kan ik terug naar huis?"; "Zal ik mijn echtgenoot of kinderen niet tot last zijn?"; "Hoe snel kan professionele thuiszorg worden ingeschakeld?"; "Is het wenselijk een plaatsingsaanvraag te doen?" Het medisch maatschappelijk werk gaat samen met de patiënt op zoek naar een antwoord op deze vragen. Samen met de arts en de andere ziekenhuismedewerkers (ergotherapeuten, verpleegkundigen, kinesisten...) staat de medisch maatschappelijk werker in voor de ondersteuning van de patiënt en zijn naasten.

Naast deze visie op hulpverlening als emancipatorische hulpverlening, die een drijvende kracht is achter het handelen van de medisch maatschappelijk werker, dient de sociaal assistent nog op andere elementen een visie te hebben of te ontwikkelen.

¹³ Vrij naar: VAN RIET, N. en MINEUR, M.J. Maatschappelijk werk in de intramurale gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum, 1997, blz. 15 – 21.

¹⁴ Vrij naar: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 48.

¹⁵ Vrij naar: OOSTELAER, D. en WOLFSWINKEL, G., Ouderen in de samenleving. Basisboek voor hulp- en dienstverleners. Bussum, Coutinho, 2006, blz. 248.

2.1.2.2 Visie op ziek zijn en ouder worden

Het meest belangrijke waarmee de medisch maatschappelijk werker in de gezondheidszorgsector wordt geconfronteerd, is de ziekte van mensen, ongeacht de aard van de kwaal. Ziekte omvat immers niet alleen de aandoening zelf, maar ook en vooral de wijze waarop de ziekte en ziekenhuissituatie door de patiënt beleefd worden.

Daarnaast moet een medisch maatschappelijk werker op de afdeling geriatrie zich bewust zijn van de eigen (veelal gesocialiseerde) vooroordelen omtrent ziekte en ouderdom. Op deze thema's rusten immers nog steeds taboes, alle pogingen van patiëntenorganisaties en belangengroepen om die te doorbreken ten spijt.

De sociaal werker dient het eigen mensbeeld en de implicaties ervan telkenmale opnieuw na te gaan. Belangrijk is dat de hulpverlener met deze opvattingen rekening houdt en ze binnen zijn of haar professionaliteit kan hanteren. Een en ander heeft tot gevolg dat het accent van de hulpverlening op het aanleren van vaardigheden (coping) komt te liggen, zodat de patiënt met ziekte, ouderdom en ongemak leert omgaan en hierbij zijn waardigheid ten aanzien van derden weet te bewaren.

Op een afdeling geriatrie worden enkel ouderen opgenomen die op een of meerdere levensdomeinen problemen ondervinden. Het is van belang om na te gaan hoe de oudere dit beleeft. Ik herinner me de situatie van een geriatrische patiënt (86 jaar) die drie keer per week naar de nierdialyse moest. Het beperkte hem erg in zijn dagelijkse bezigheden. Hij had het over een verlies aan mogelijkheden, de angst zijn kinderen – tevens de belangrijkste mantelzorgers – tot last te zijn... Zijn verminderde mobiliteit baarde hem zorgen. Hij was niet bang voor de dood, wel voor het aftakelingsproces dat aan het overlijden voorafgaat.

Voorts merk ik dat de doelgroep 'ouderen' veelal niet populair is bij jonge maatschappelijke werkers. Ik zie hiervoor enkele oorzaken, waaronder een negatieve beeldvorming ten aanzien van bejaarden. Zij worden nogal eens aanzien voor 'hardhorig', 'incontinent', 'dement', 'lastig', mensen die weliswaar op pensioen zijn, maar nergens tijd voor hebben...

Een onbewust motief dat volgens mij hierbij meespeelt, is de gedachte aan de mogelijke eigen toekomst. Zeker op de afdeling geriatrie, waar de sociaal werker zich constant geconfronteerd ziet met ziekte, aftakeling, is die confrontatie misschien hard...

2.1.2.3 Holistische visie

In medische kringen overheerst veelal een dualistisch mensbeeld: men deelt de mens strikt op in lichaam en ziel/geest. De medisch maatschappelijk werker daarentegen poogt deze elementen juist als één geheel te beschouwen. Immers, slechts met elkaar geïntegreerd, vormen, bepalen en beïnvloeden deze elementen de gehele mens. Er dient bijgevolg niet alleen aandacht besteed te worden aan het lichamelijke (de kwalen); ook de psychosociale context waarbinnen het ziek-zijn en het patiënt-zijn zich voltrekt, vormt een belangrijk aandachtspunt. De medisch maatschappelijk werker vervult een brugfunctie tussen het ziekenhuis en de samenleving en heeft als expliciete taak aandacht te besteden aan het functioneren van de patiënt in zijn omgeving.

Dit is zeker op een afdeling geriatrie het geval, waar de levenskwaliteit van de patiënt centraal staat. De best mogelijke levenskwaliteit kan onmogelijk bereikt worden door eenzijdig op de medische problemen te focussen. Sommige patiënten worden opgenomen met depressieve klachten. Deze komen vaak tot stand doordat de oudere

vereenzaamd is... De beleving van de bejaarde en het (ontbreken van) intermenselijk contact spelen een grote rol bij zijn welbevinden en fysieke toestand.

2.1.3 Multidisciplinaire samenwerking en consult¹⁶

De medisch maatschappelijk werker heeft specifieke kennis van en inzicht in sociale problemen en hulpbronnen. Bij multidisciplinair consult stelt hij die informatie ter beschikking van de andere hulpverleners zodat zij deze in hun deel van de verzorging kunnen opnemen. Het betreft voornamelijk informatie over de omgang met specifieke problemen die elke individuele patiënt met zijn ziekte of handicap ondervindt.

Zo herinner ik me de situatie van een patiënte die inwoonde bij haar dochter. De patiënte was thuis gevallen en werd in het ziekenhuis opgenomen. Door het incident had de vrouw enkele kneuzingen en breuken opgelopen. Toen wij met de dochter contact namen in verband met een mogelijk ontslag, meldde ze dat ze overdag werkt en dus niet constant bij de patiënte aanwezig kon zijn. Ze vroeg of er specifieke aandacht kon gaan naar mobiliteit en transfers. Wij gaven dit door aan de kinesisten.

Een van de voorwaarden om als maatschappelijk werker in een ziekenhuis te kunnen functioneren, is de mogelijkheid tot goede samenwerking met andere disciplines of afdelingen. In deze samenwerking dient de integrale zorg- en hulpverlening aan patiënten zichtbaar te worden. Deze manier van werken concretiseert de holistische visie aangehaald in punt 2.1.2.3.

Multidisciplinaire samenwerking is echter niet eenvoudig. Vaak loopt het mis als de arts – in zijn hoedanigheid van eindverantwoordelijke van de behandeling – de andere instanties als ondergeschikt beschouwt. Desgevallend bestaat het risico dat zij zich miskend en misbruikt voelen.

Om van een goede multidisciplinaire samenwerking te kunnen spreken, moeten een aantal voorwaarden vervuld zijn. Deze zijn: bekendheid met en respect voor elkaars opvattingen en werkwijzen, een duidelijk beeld van ieders taak en rol, het uitstippelen van een gezamenlijk beleid ten aanzien van de psychosociale zorg en de wil tot samenwerking. Dit laatste komt tot uitdrukking in het 'delen' van de patiënt; het gaat om 'onze' patiënt, niet 'mijn' patiënt.

Op de stageplaats komt deze multidisciplinaire samenwerking tot uiting in wekelijkse teamvergaderingen. Het team bestaat uit de geriater (en/of de assistent), de hoofdverpleegkundige, een ergotherapeut, een kinesist en de medisch maatschappelijk werker. De doelstelling van deze vergadering is een totaalbeeld te krijgen van de patiënt. Volgende vragen komen aan bod: "wie is de bejaarde?"; "Wat is de opnamereden?"; "Welke (al dan niet medische) zorgen zijn noodzakelijk?"; "Zijn er al vooruitzichten naar ontslagplanning?"; "Hoe draaglijk is de thuissituatie?"; "Is er (uitbreiding van) thuiszorg nodig?"; "Welke impact heeft de ziekenhuisopname op het leven van de patiënt en zijn omgeving?"; "Hoe staat het met de mobiliteit van de patiënt?"; "Hoe kan revalidatie hieraan verbeteren?"

¹⁶ Vrij naar: VAN RIET, N. en MINEUR, M.J. Maatschappelijk werk in de intramurale gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum, 1997, blz. 59 - 73.

2.2 Een actuele tendens: daling van het aantal verpleegdagen en financiële responsabilisering van het ziekenhuis ^{17 18}

Wanneer men het verloop van het aantal ligdagen per patiënt bekijkt, merkt men een duidelijke tendens tot daling van het aantal verpleegdagen. Zo daalde bijvoorbeeld in de periode tussen 1985 en 1996 het gemiddeld aantal verpleegdagen per patiënt van dertien tot negen. Deze daling werd mogelijk gemaakt door efficiënte diagnostische en therapeutische aanwinsten, wat leidde tot de invoering van daghospitalisatie.

Daarnaast probeert de overheid de uitgaven voor ziekenhuiskosten te beperken. Het ziekenhuis wordt financieel geresponsabiliseerd, wat betekent dat het enkel vergoed wordt voor 'verantwoorde' ligdagen. Deze worden bepaald door de aard en ernst van de aandoening en aan de hand van het nationaal gemiddelde. Dit leidt tot een daling van het aantal verpleegdagen per patiënt.

Het spreekt voor zich dat kortere opnameduur leidt tot een hogere druk op de schouders van de patiënt (voor wie dan wel de ziekenhuisopname korter is, maar het ziektebesef niet), de artsen, de verpleegkundigen en het paramedisch personeel. Maar ook het hulpverlenend handelen van de medisch maatschappelijk werk ondervindt implicaties van deze tendens. De turn-over van patiënten kan te hoog oplopen met een toename van de werkdruk tot gevolg. Dit kan tot frustratie en burn-outs leiden. Het spreekt voor zich dat dit een nefast effect heeft op de professionele zorgverstrekker en op de kwaliteit van het hulpverlenend handelen. De tendens tot daling van het aantal ligdagen gaat trouwens lijnrecht in tegen de holistische manier van werken, door een te enge focus op het medische.

De medisch maatschappelijk werker moet bovendien de continuïteit van zorgen voor de patiënt buiten de ziekenhuismuren te garanderen. Dit doet hij door bijvoorbeeld de patiënt te informeren over de mogelijkheden van thuiszorg of de patiënt in contact te brengen met bepaalde thuiszorginstanties. Thuiszorgdiensten zijn echter veelal overvraagd en het snellere ontslag uit het ziekenhuis verhoogt nog eens de druk. Dit leidt tot wachtlijsten, moeilijkheden voor de medisch maatschappelijk werker die erop moet toezien dat de patiënt in een haalbare thuissituatie terecht komt, en vragen bij de geriatrische patiënt zelf, die zich bij gebrek aan professionele thuiszorg in de steek gelaten voelt.

De sociaal assistent in het ziekenhuis staat voor de uitdaging om de mogelijke gevolgen van deze nieuwe tendens gepast het hoofd te bieden en zorg op maat voor de patiënt te realiseren.

Ook gedurende mijn stage merkte ik de aanwezigheid van deze tendens. Algemeen geldt dat, indien er geen medische reden meer is om in het ziekenhuis te verblijven, de patiënt zo snel mogelijk naar huis moet. Hiervan kan evenwel worden afgeweken, bijvoorbeeld wanneer thuiszorg pas later kan starten of de thuissituatie met maximale hulp toch niet meer haalbaar is, maar er op korte termijn vooruitzichten zijn tot opname in een woonzorgcentrum.

¹⁷ Vrij naar: EGGERMONT, E., Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek. Advies nr. 15 d.d. 18 februari 2002 m.b.t. ethische vragen die rijzen bij de impact van de "Minimale Klinische Gegevens" (MKG) op het aantal ligdagen van patiënten. Internet, (27 februari 2009).

¹⁸ Vrij naar: KIPS, J., (johan.kips@uz.kuleuven.ac.be), Ligdagen in het ziekenhuis. E-mail aan DE ZUTTER, M., (Mieke.dezutter@student.arteveldehs.be) 27 februari 2009.

3 Motieven en factoren die spelen bij het maken van een keuze

Dit hoofdstuk behandelt de belangrijkste motieven die de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg bepalen. Tal van factoren hebben een invloed op en begrenzen de keuzevrijheid. Het is voor de medisch maatschappelijk werker van groot belang hierin inzicht te hebben om hulpverlening op maat te kunnen bieden. Vooraleer enkele motieven in kaart te brengen, wordt ingegaan op de vraag of er wel een keuze is. Hiertoe ga ik na tussen welke opties men kan kiezen en waarom het belangrijk is dat mensen een keuze kunnen maken. Tenslotte vors ik na of het opnemen van mantelzorg als keuze dan wel als plicht ervaren wordt.

Met betrekking tot de opsomming van de beïnvloedende factoren beoogt dit hoofdstuk allerminst volledigheid. Dit lijkt ons immers onmogelijk. Elke mens is namelijk uniek; het aantal motieven die de keuze voor een bepaalde zorg beïnvloeden, zijn bijgevolg legio. En vaak wordt die keuze niet beïnvloed door één, maar door meerdere factoren. Bovendien weegt eenzelfde overweging bij de ene zwaarder door dan bij de andere. De aard van deze overwegingen en hun precieze invloed dient dan ook altijd bevestigd te worden. Heel wat ouderen hebben trouwens een uitgesproken voorkeur voor zorg in de eigen vertrouwde omgeving. Hierbij doet het er niet toe of deze wordt verstrekt door formele of informele hulpverleners, of door beiden.^{19 20}

3.1 Is er wel een keuze?

3.1.1 Een greep uit het aanbod van zorgvoorzieningen voor ouderen

In de ouderdom is het opnemen van bepaalde taken niet meer zo evident. Een ziekenhuisopname bezorgt heel wat ouderen een aanleiding om hun thuissituatie te (her)evalueren. Bij sommigen groeit het besef niet meer in staat te zijn zichzelf volledig te beredderen en de noodzaak om hulp te krijgen van derden. Dit kan op termijn resulteren in een zorgbehoefte, maar betekent niet per definitie een opname in een WZC²¹.

Ook in moeilijke situaties blijven heel wat senioren thuis wonen, met hulp van mantelzorgers. Slechts 5% van de mannen van 75 jaar en 14% van de vrouwen van dezelfde leeftijd verblijft in een collectieve ouderenvoorziening.²²

Aangezien mantelzorg vrij belastend is, bestaan er talrijke voorzieningen die de mantelzorgers ontlasten, maar tegelijkertijd de zorgbehoevende ondersteunen en hem zo lang mogelijk in de vertrouwde omgeving laten verblijven.

Daarnaast bestaan er ook tussenoplossingen voor ouderen die niet meer in de thuissituatie kunnen of willen blijven, maar voor wie de stap naar een woonzorgcentrum nog een brug te ver is.

¹⁹ Vrij naar: Vlaams Parlement, Vlaams ouderenbeleidsplan 2006 – 2009. Ingediend onder coördinatie van mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Internet, zitting 2006 – 2007, 8 mei 2007, blz. 18.

²⁰ Vrij naar: DELTOUR, B., Keuzewijzer tussen thuiszorg en residentiële zorg. Leuven, Garant, 1999, blz. 11.

²¹ WZC is de afkorting van woonzorgcentrum.

²² Vrij naar: Vlaams Parlement, Vlaams ouderenbeleidsplan 2006 – 2009. Ingediend onder coördinatie van mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Internet, zitting 2006 – 2007, 8 mei 2007, blz. 11.

In wat volgt geef ik een opsomming van de belangrijkste voorzieningen. De belangrijkste diensten zijn:²³ gezins- en bejaardenzorg, maaltijdbedeling aan huis, poetsdienst, thuisverpleging, oppashulp, centrum algemeen welzijnswerk (van de mutualiteit), dagverzorgingscentra, geriatrische dagbehandeling of dagtherapie, centra voor kortverblijf, nachtopvang, lokale dienstencentra, regionale dienstencentra, boodschappendiensten, uitleendiensten, personalarmsystemen, minder mobiele centrales, diensten geestelijke gezondheidszorg, Alzheimer liga Vlaanderen, werkgroep thuisverzorgers, huisarts, zorgbemiddeling en samenwerkingsinitiatief thuiszorg (SIT), Tele-onthaal, palliatieve zorg.

Daarnaast bestaat er een aanbod aan beschermde woonvormen zoals serviceflats, woningcomplexen met dienstverlening en woon- en zorgcentra.

Ook bepaalde gespecialiseerde ziekenhuisdiensten richten zich op ouderen: het geheugencentrum, de afdeling geriatrie binnen een algemeen ziekenhuis en een gerontopsychiatrisch centrum. Ook de pijnkliniek dient hier vermeld.

Tenslotte kunnen in het geval van dementie enkele juridische maatregelen genomen worden. Deze betreffen de aanstelling van een voorlopig bewindvoerder, gerechtelijk onbekwaamverklaring en lastgeving.

3.1.2 Waarom is het belangrijk dat mensen kunnen kiezen? ²⁴

De keuze tussen thuiszorg en een nieuwe woon- en leefomgeving voor een zorgbehoevend familielid vraagt heel wat tijd en energie, wat in onze drukke samenleving allerminst evident is. Veel te vaak worden dergelijke beslissingen op de lange baan geschoven en dient in crisis vlug een besluit genomen.

Om crisisbeslissingen en onnodige ziekenhuisopnames te voorkomen is het raadzaam om al veel vroeger – dit wil zeggen op het moment dat een opname nog niet aan de orde is – op zoek te gaan naar een mogelijk nieuwe thuis. Dit is een voorzorgsmaatregel en hoeft geen voorbode van opname te zijn, maar anticipeert wel op de vraag 'wat als mij iets overkomt?'. In crisissituaties kan de zorg vrij snel worden voortgezet in een omgeving die de voorkeur geniet.

3.1.3 Zowel thuiszorg opstarten als stappen zetten tot plaatsing ²⁵

Gezien de lange wachtlijsten voor opname in een serviceflat of woonzorgcentrum is het belangrijk vroegtijdig in te schrijven op de wachtlijst. Dit houdt geen verplichting in; een opname kan ten allen tijde uitgesteld worden tot een latere datum.

Naast inschrijving uit voorzorg wordt professionele thuiszorg gestart om de mantelzorg te ondersteunen. Op die manier kan de bejaarde langer in de vertrouwde omgeving blijven. Soms kiest men voor maximale thuiszorg in afwachting van een plaats in een woonzorgcentrum.

De keuze voor thuiszorg hoeft dus niet de mogelijkheid van een thuisvervangend milieu uit te sluiten.

²³ De opsomming en volgorde ontleende ik aan: DELTOUR, B., Keuzewijzer tussen thuiszorg en residentiële zorg. Leuven, Garant, 1999, blz. 44-55. Hierin is ook een beknopte uitleg over deze diensten terug te vinden.

²⁴ Vrij naar: DELTOUR, B., Keuzewijzer tussen thuiszorg en residentiële zorg. Leuven, Garant, 1999, blz. 67-68.

²⁵ Vrij naar: DELTOUR, B., Keuzewijzer tussen thuiszorg en residentiële zorg. Leuven, Garant, 1999, blz. 67-68.

In de praktijk kiezen al heel wat senioren en mantelzorgers voor deze inschrijving uit voorzorg, naast thuiszorg. Het grote voordeel hiervan is dat bij een plotse toename van zorgbehoefte de plaats op de wachtlijst kan aangepast.

3.1.4 Het opnemen van zorg voor familie ²⁶

Zorgen voor iemand uit de directe omgeving doet men uit loyaliteit, omdat men van die persoon houdt. Toch betekent voor veel mensen de zorg voor de partner iets helemaal anders dan die voor de (schoon)ouders. Met de partner is meestal een heel leven (of een flink deel ervan) opgebouwd. Men kent hem of haar tot in de puntjes, ook wat de negatieve eigenschappen betreft. En men heeft ervoor gekozen het leven te delen.

De zorg opnemen voor de (schoon)ouders is echter niet zo vanzelfsprekend, aangezien dit voor de beide partijen betekent dat men bepaalde vrijheden moet opgeven. Bovendien keert de zorgrelatie om: voor de ouder, die zich vroeger zelf om de kinderen bekommerde, wordt nu gezorgd. Op zijn beurt ziet de (schoon)zoon/dochter, die vroeger zelf verzorgd werd, de rollen omgedraaid. Voor beide partijen betekent dit een hele aanpassing.

De vraag is echter of thuiszorg – en daarmee samenhangend mantelzorg – beschouwd wordt als een keuze, dan wel als plicht. Een aantal factoren spelen hierbij een rol.

Wanneer een oudere het steeds moeilijker krijgt om voor zichzelf te zorgen, maar niet naar een woonzorgcentrum wil of kan, is er voor de mantelzorger tijd genoeg om na te denken, informatie in te winnen en te praten met familie en professionelen. In sommige situaties kan men zich echter niet op de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg voorbereiden. In crisissituaties – wanneer een bejaard familielid plots ziek wordt – dient men snel keuzes te maken.

Een ander element betreft de relatie tussen de mantelzorger en de zorgbehoevende.

Lange tijd werd mantelzorg als morele plicht aangevoeld, zeker ten opzichte van ouders. Deze hebben namelijk altijd voor de kinderen klaargestaan; men kan hen toch niet aan hun lot overlaten?

Toch is er stilaan een verschuiving naar vrije keuze merkbaar. Steeds meer stellen kinderen zich vragen bij de zorg voor hun ouder wordende en zorgbehoevende ouders. Op hun beurt willen ouders geen last zijn voor hun kinderen. Dit alles kadert in de toenemende individualisering van de samenleving waarin persoonlijke ontwikkeling en zelfontplooiing centraal staan.

In een zorgrelatie tot een partner ligt de ervaring van keuze of plicht anders. Met een partner is een levenslang engagement aangegaan en de meesten vinden het dan ook logisch om de zorg op zich te nemen.

Tijdens de stageperiode kreeg ik de kans een bezoek te brengen aan een expertisecentrum voor dementie. Ik sprak er met een vrijwilliger die reeds negen jaar voor zijn dementerende echtgenote zorgt. Toen ik polste of hij deze zorg vanzelfsprekend vond, antwoordde hij dat ze al zoveel samen hadden meegemaakt.

²⁶ Vrij naar: CLAES, S., Te jong om oud te zijn? De kracht van ouderen in onze samenleving. Leuven, Davidsfonds, 2008, blz. 47 – 49.

3.1.5 Antwoord: ja, maar...

Uit het voorgaande merkt men een enorme waaier aan keuzemogelijkheden met betrekking tot ouderenzorgvoorzieningen. Het gevaar is echter dat potentiële gebruikers van deze voorzieningen door het bos de bomen niet meer zien.

Voorts is het cruciaal dat de keuze voor bepaalde zorgvoorzieningen tijdig gemaakt wordt. Te vaak wordt dit uitgesteld en in crisissituaties dient snel een beslissing genomen. De vraag is in hoeverre er dan nog sprake is van een keuze. Geregeld opteert men ervoor reeds thuiszorg in te schakelen, maar daarnaast al een inschrijving op een wachtlijst te doen uit voorzorg. Deze handeling laat nog alle mogelijkheden open.

Tenslotte merken we dat zorg voor de partner als evident beschouwd wordt, terwijl het opnemen van zorgtaken ten aanzien van de ouders steeds meer een bewuste keuze is.

3.2 Motieven

3.2.1 Aanwezigheid van een pathologie als dementie ²⁷

Sommige dementerende personen hebben nood aan zekerheid en houvast, vertrouwdheid en thuisgevoel, veiligheid en geborgenheid, structuur en afbakening, verzorging, aandacht...

Dit moet echter bekeken worden tegen de persoonlijke achtergrond van de dementerende persoon: levensgeschiedenis, temperament, fysieke mogelijkheden... Motieven kunnen evolueren en worden indien mogelijk best nog besproken met de dementerende persoon.

Daarnaast is het belangrijk te weten dat bepaalde argumenten gekleurd zijn door een soms hardnekkig ontkenningsmechanisme waarmee de ziekte bestreden wordt.

3.2.2 De belasting van de mantelzorgers ^{28 29}

Mantelzorg bieden is hard labour en erg tijdrovend. Zoals reeds aan bod kwam in hoofdstuk één gaat de zorgdrager niet alleen gebukt onder een zware fysieke last, maar ook onder een psychische. Daarnaast spelen schuldgevoelens een rol zoals wanneer blijkt dat de centrale verzorger naar eigen opvattingen te kort schiet in de zorg voor de hulpbehoevende. Nogal wat zorgdragers vinden het niet evident om aan te geven dat de grens bereikt is.

Veel partners van zorgbehoevende ouderen klagen bijvoorbeeld over een gebrek aan nachtrust wanneer de partner 's nachts storend gedrag vertoont. Dit betekent een fysieke belasting, wat optimaal functioneren overdag bemoeilijkt.

Het kwetsbaarst zijn mensen die in hun eentje voor hun partner zorgen. Zij bieden vele uren hulp per week en zijn vaker overbelast dan andere mantelzorgers.

²⁷ Vrij naar: DELTOUR, B., Keuzewijzer tussen thuiszorg en residentiële zorg. Leuven, Garant, 1999, blz. 57.

²⁸ Vrij naar: OOSTELAAR, D. en WOLFSWINKEL, G., Ouderen in de samenleving. Basisboek voor hulp- en dienstverleners. Bussum, Couthinho, 2006, blz. 233-234.

²⁹ Vrij naar: Zorg voor mantelzorgers van demente patiënten moet verbeteren. Zorgdragers weten op voorhand onvoldoende over de impact van de zorg. Internet, 30 juni 2008.

Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van psychogeriatrische problemen kan men veelal niet meer balanceren tussen de eigen bezigheden en de behoeften van de zorgbehoevende oudere.

Stressbestendigheid, sociale steun, talent om voor iemand te zorgen vormen dan belangrijke factoren die de draagkracht van de verzorger bepalen.

Men dient evenwel voor ogen te houden dat de zorg voor de oudere ook positieve effecten kan hebben. Sommige zorgdragers voelen een sterkere verbondenheid met hun familielid of halen voldoening uit hun taak.

3.2.3 Systeemidealen ^{30 31}

Een gezin is een systeem met een eigen visie op haar functioneren. In dat systeem stemmen de mensen zich op elkaar af. Er ontstaan systeemidealen die het denken van gezinsleden sterk beïnvloeden en mogelijkheden en grenzen stellen aan het handelen van de systeemleden. Elkeen kent de verwachtingen. In een bepaalde familie kan 'verbondenheid en zorgen voor elkaar' de belangrijkste waarde zijn. Met betrekking tot de keuze tussen thuiszorg en thuisvervangend milieu impliceert dit dat men opteert voor een combinatie van mantelzorg en professionele thuiszorg. Zo nemen sommigen de zorgbehoevende ouder in huis. In andere families vindt men eerder 'autonomie en zelfstandigheid' belangrijk. In zo'n gezin doet men dan ook weinig beroep op de hulp van andere gezinsleden. Men wil hen immers niet tot last zijn. Hierdoor zal men sneller voor een opname in een woonzorgcentrum kiezen.

3.2.4 Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de voorzieningen ^{32 33}

Bereikbaarheid betreft in de eerste plaats de geografische ligging of het werkingsgebied van bepaalde instanties. In een plattelandsomgeving heerst er weliswaar rust en stilte, maar deze is moeilijker bereikbaar voor organisaties. In een stad woont men daarentegen in de nabijheid van winkels, voorzieningen voor thuis- en residentiële zorg, een hospitaal en de huisarts. Het is echter een stuk drukker.

Van cruciaal belang is hoe belangrijk de oudere de vroegere buurt of de nabijheid van vrienden en familie vindt.

Ten slotte speelt ook psychologische toegankelijkheid een rol: kan de oudere het opbrengen om door middel van thuiszorg of residentiële opvang geholpen te worden?

³⁰ Vrij naar: VAN CRAEN, W., Omgaan met anderen. Een communicatiekunst. Leuven, Acco, 2006, blz. 15-17.

³¹ Vrij naar: MINUCHIN, S., Gezinsstructuur en therapeutische technieken. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1983, blz. 24.

³² Vrij naar: DELTOUR, B., Keuzewijzer tussen thuiszorg en residentiële zorg. Leuven, Garant, 1999, blz. 69.

³³ En RIET, N. en MINEUR, M.J. Maatschappelijk werk in de intramurale gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum, 1997, blz. 61.

3.2.5 Financiële overwegingen ^{34 35 36}

Zowel de keuze voor thuiszorg als voor thuisvervangend milieu heeft financiële repercussies. Thuisblijven – met de nodige professionele ondersteuning – brengt meestal minder kosten met zich mee dan een serviceflat of woonzorgcentrum.

De kostprijs van thuiszorgdiensten wordt veelal bepaald op basis van het inkomen van de zorgbehoevende. Men werkt ook via dienstencheques als dit voor de bejaarde voordeliger is.

De dagprijs van een verblijf in een woonzorgcentrum ligt hoog. Een opname kost gemiddeld 40 tot 45 euro per dag, in bepaalde privéruithuizen ligt de dagprijs zelfs nog hoger. Bovendien zijn niet alle kosten inbegrepen: zakgeld, een eigen kapper, soms ook kosten van drank buiten de maaltijden...

Het kostenplaatje vormt inderdaad een factor met een enorme impact. In de praktijk merk ik dat de kostprijs de keuzemogelijkheden zodanig kan beperken dat een opname in een WZC geen optie is. Dit komt bijvoorbeeld voor bij echtparen, waarbij één van de partners een hoge graad van zorgbehoevendheid bereikt. Een (echtparen)kamer in een woonzorgcentrum bekostigen is voor mensen met een laag pensioen niet evident.

De keuze voor professionele thuiszorg in combinatie met mantelzorg verdient bijzondere aandacht. Mantelzorg bieden wanneer men zelf nog aan het werk is, is immers moeilijk. Indien mensen daarentegen zorgtaken makkelijker zouden kunnen inpassen in hun dagelijkse professionele bezigheden, of een beroep zouden kunnen doen op een vorm van verlof zonder al te veel loonverlies, zou mantelzorg sneller opgenomen worden.

De overheid biedt hiertoe vandaag de dag al enkele mogelijkheden. Voorbeelden zijn: het algemeen stelsel van loopbaanonderbreking of tijdskrediet, loopbaanonderbreking in het kader van medische bijstand of loopbaanonderbreking in het kader van palliatief verlof.

De vergoedingen in het kader van tijdskrediet of loopbaanonderbreking zijn echter erg beperkt. Voor de mantelzorger is een van deze verlofmogelijkheden in de praktijk dan ook financieel niet interessant.

3.2.6 Andere motieven en factoren ^{37 38}

Er bestaan nog tal van andere motieven en factoren die invloed hebben op de keuze tussen thuiszorg en thuisvervangend milieu. Zo denken we aan clichés over en voorstellingen van de thuiszorg en residentiële zorg. Men meent bijvoorbeeld dat de kwaliteit van zorg in residentiële voorzieningen sterk te wensen over laat en dat enkel het thuismilieu de enige goede mogelijkheid biedt. Ook geloofsovertuiging, verborgen agenda's zoals een erfenis of vroegere beloftes, de kwaliteit van de relatie, medelijden, verantwoordelijkheidsgevoel... kunnen beïnvloedende factoren zijn.

³⁴ DEBAERE, L., (Luc.DeBaere@ocmwmaldegem.be), Dagprijs woon- en zorgcentra. E-mail aan DE ZUTTER, M., (Mieke.dezutter@student.arteveldehs.be), 16 maart 2009.

³⁵ Vrij naar: DE BRABANDER, B. en HINDERYCKX, I., Van thuis, naar thuis. Op zoek naar de gepaste zorg! Vorming op de stageplaats, 17 maart 2009.

³⁶ Vrij naar: CLAES, S., Te jong om oud te zijn? De kracht van ouderen in onze samenleving. Leuven, Davidsfonds, 2008, blz. 56.

³⁷ Vrij naar: SPRUYTTE, N., VAN AUDENHOVE, CH, LAMMERTYN, F. Als je thuis zorgt voor een chronisch ziek familielid. Onderzoek over de mantelzorg voor dementerende ouderen en voor psychiatrische patiënten. Antwerpen, Garant, 2000, blz. 228.

³⁸ Vrij naar: DELTOUR, B., Keuzewijzer tussen thuiszorg en residentiële zorg. Leuven, Garant, 1999, blz. 58.

4 De rol van de medisch maatschappelijk werker: psychosociale begeleiding

Psychosociale hulpverlening focust op noden en moeilijkheden in de interactie tussen de patiënt en zijn omgeving. Het is gericht op het verlichten van het menselijk lijden, op het oplossen van problemen en helpt de mensen om een meer bevredigend leven te leiden.

Hierbij schenkt de medisch maatschappelijk werker bijzondere aandacht aan de psychische en sociale componenten die van invloed zijn op het menselijk functioneren in alledaagse situaties. Hij beoogt de instandhouding, de ondersteuning, het herstel, de verbetering, de bevordering, de ontwikkeling en herstructurering van de interacties tussen de verschillende actoren. De medisch maatschappelijk werker staat dicht bij de betrokkenen.

Met betrekking tot de keuze tussen thuiszorg en thuisvervangend milieu betekent dit dat de medisch maatschappelijk werker zich bezighoudt met deze specifieke psychische en sociale elementen die de zwaarte van een zorgsituatie bepalen en de keuze voor thuiszorg of thuisvervangend milieu beïnvloeden. (Cf. ook hoofdstuk 3: motieven en beïnvloedende factoren.)

De precieze taakuitvoering wordt beïnvloed door wisselende visies op psychosociale begeleiding, wat verschillen in werkwijze en stijl teweegbrengt. Het aangrijpingspunt voor psychosociale hulpverlening varieert, maar materiële en immateriële aspecten beïnvloeden elkaar steeds.

De hulpverlening voltrekt zich in een samenwerkingsproces tussen het patiëntensysteem, de omgeving en de medisch maatschappelijk werker.

De maatschappelijk assistent intervenueert naar aanleiding van de psychische beleving of de sociale situatie.

Bij interventies vanuit de psychische beleving staat de persoonlijke beleving van sociale realiteiten, de persoonlijke ontplooiingsmogelijkheden, de unieke subjectieve verwerking van problemen en de omgang met ervaringen centraal. De hier gestelde vraag luidt: 'Hoe ervaren patiënt en centrale verzorger de situatie?'

Wanneer de sociale situatie aanleiding geeft tot de psychosociale ondersteuning, ligt de nadruk op de aangemelde probleemsituatie. Men tracht deze te verlichten, ze om te vormen in hanteerbare proporties, oplossingen te zoeken in het netwerk van het cliëntensysteem, sociale competentie te stimuleren en een positieve sociale identiteit te ontwikkelen.

De tussenkomsten zijn van ondersteunende, inzichtgevende en structurerende aard, of verlopen via de stimulering van de competentie van het cliëntensysteem in allerlei sociale gebeurtenissen en interacties. Het optreden kan rechtstreeks of via pleitbezorging worden gerealiseerd.

Met betrekking tot het thema van deze scriptie moet men beseffen dat psychosociale hulpverlening geen concreet doel voor ogen heeft. Aan het eind van de rit maken de patiënt en zijn naasten uiteraard een keuze, maar wat deze keuze inhoudt, is allerminst op voorhand te bepalen. De medisch maatschappelijk werker en het patiëntensysteem hebben van tevoren geen idee waar ze uiteindelijk zullen belanden. Men weet met

andere woorden niet of de psychosociale begeleiding in een keuze voor thuiszorg, dan wel voor residentiële zorg resulteert.

Dit hoofdstuk heeft tot doel de rol van de medisch maatschappelijk werker als psychosociale hulpverlener te belichten. Gezien de grote hoeveelheid functies die onder psychosociale hulpverlening vallen, beperken we ons enkel tot deze die voor de dagdagelijkse praktijk in een ziekenhuiscontext relevant zijn. Hierbij dient vermeld dat niet al deze functies aan bod komen gedurende het hulpverleningsproces. Er wordt van de medisch maatschappelijk werker de nodige flexibiliteit verwacht om tussen deze rollen te kunnen schakelen, afhankelijk van wat de situatie vereist.^{39 40 41}

4.1 Informeren ^{42 43 44 45 46}

Uit punt 3.1.1 blijkt een enorm aanbod aan diensten voor ouderen. Heel wat patiënten en families hebben echter onvoldoende of geen notie van de bestaande voorzieningen. Zij doen een beroep op het medisch maatschappelijk werk om mee een antwoord te zoeken op noden, vragen, moeilijkheden en problemen betreffende ziekte, thuiszorg, residentiële opvang...

De taak van de medisch maatschappelijk werker bestaat erin het patiëntensysteem te informeren. Deze inlichtingen betreffen de verschillende thuiszorgvoorzieningen voor ouderen, opvangmogelijkheden, administratieve regelingen en juridische procedures. Informatieverstrekking beoogt dat het patiëntensysteem inzicht krijgt in de wijze waarop men het best geholpen wordt en dat men zelf stappen onderneemt om de draaglast van een zware zorgsituatie te verminderen. Het is onontbeerlijk om de keuze tussen (een verdere uitbouw van) thuiszorg of residentiële opvang te kunnen maken. Inzicht en begrip bieden bijgevolg een intrinsieke mogelijkheid om iets aan de situatie te doen. Wanneer patiënt en omgeving het gevoel hebben dat ze (tijdelijk) geen greep meer hebben op de situatie, dient de medisch maatschappelijk werker kennis en inzicht bij te brengen.

Naast het geven van informatie, gaat zijn aandacht naar het corrigeren van onjuiste informatie en het aanvullen van ontbrekende of onvolledige gegevens.

Maatzorg vormt een belangrijk uitgangspunt. De gegeven informatie dient effectief te zijn en zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de hulpvraag en leefwereld van de patiënt of zijn omgeving. Dit vraagt van de sociaal werker enige flexibiliteit en soepelheid om elke individuele patiënt in zijn uniciteit centraal te stellen. Informatie op maat van de hulpvrager betekent het tempo van de hulpvrager volgen en zich toespitsen op datgene waaraan op een specifiek moment het meest behoefte is.

³⁹ Vrij naar: VVSH-OVERLEG OPLEIDINGEN MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT, Leren en werken als maatschappelijk assistent. Leuven, Garant, 2001, blz. 62-63.

⁴⁰ Vrij naar: DRYDEN, W. en FELTHAM, C., Kortdurende hulpverlening. Een praktische handleiding. Baarn, Intro, 1996, blz. 12.

⁴¹ Vrij naar: HOLSTVOOGD, R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, blz. 121.

⁴² Vrij naar: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 48, 132, 141, 162, 164 178 - 179.

⁴³ Vrij naar: VAN RIET, N. en MINEUR, M.J. Maatschappelijk werk in de intramurale gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum, 1997, blz. 59 - 64.

⁴⁴ Vrij naar: DE MÖNNINK, H., De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek multimethodisch maatschappelijk werk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, 2004, blz. 191.

⁴⁵ Vrij naar: SNELLEN, A., Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk. Een eclectisch-integratieve aanpak. Bussum, Coutinho, 2007, blz. 158, 208-209.

⁴⁶ Vrij naar: HOLSTVOOGD, R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, blz. 82-86.

De medisch maatschappelijk werker draagt een belangrijke verantwoordelijkheid om mensen te informeren en fungeert als deskundige op het gebied van maatschappelijke hulpbronnen. Informatieve dienstverlening draagt ertoe bij de zoals in hoofdstuk twee beschreven basisvisie 'emancipatorische hulpverlening' te realiseren.

Om deze kerntaak goed uit te voeren, dienen medisch maatschappelijk werkers niet alleen over een goede kennis van de sociale kaart te beschikken, ze moeten hem ook kunnen hanteren en in staat zijn vast te stellen welke diensten en dienstverlenende instanties geschikt zijn voor welke patiënt. Voor een goed inzicht in de bestaande diensten en voorzieningen, is het cruciaal een overzicht te hebben dat steeds geactualiseerd wordt. Dit omvat onder meer: namen, adressen, telefoonnummers van de instellingen en telefoonnummers van alle onderdelen, namen van contactpersonen binnen de instantie, bekendheid met de bureautijden, toelatingseisen, een overzicht van de soorten diensten die de instelling levert, het materiaal dat nodig is om een aanvraag te doen en tenslotte een inzicht in de kosten van de dienstverlening en de mogelijkheid hiervoor een tegemoetkoming te ontvangen.

Hoe gedetailleerder en actueler de aangebrachte informatie, des te waardevoller de informatieve dienstverlening. 'Praten over' leidt tot kennis en inzicht bij de patiënt en zijn omgeving.

De juiste taal is hierbij onontbeerlijk. De medisch maatschappelijk werker dient de informatie te vertalen naar de taal van het patiëntensysteem. Dit impliceert onder andere het zo concreet mogelijk benoemen van dingen en herhaaldelijk uitleggen van regelgeving of aanvraagprocedures, al dan niet op verschillende manieren. Op die manier vermijdt de medisch maatschappelijk werker dat hij vanuit zijn expertise en vakjargon de oudere of zijn omgeving onbedoeld in een bepaalde richting duwt.

Een veelgebruikt instrument op de stageplaats is het thuiszorgzakboekje. Daarin vindt men alle namen, adressen, telefoonnummers van dienstverlenende instanties uit de regio: huisartsen, thuisverpleegkundigen, diensten voor gezinszorg, voorzieningen voor palliatieve zorg... In de meest recente versie zijn ook de coördinaten van serviceflats en woon- en zorgcentra uit de regio opgenomen.

Aanvullend kan de medisch maatschappelijk werker informatieve brochures en folders ter beschikking van het patiëntensysteem stellen. Het meegeven van een ter zake doende hand-out kan voor de patiënt daadwerkelijke hulp zijn.

Bij informatieve gesprekken over de verschillende woon- en zorgcentra gaf ik geregeld een folder mee aan de patiënt of iemand van de familie. Dit bevatte een mooi overzicht van de bestaande woon- en zorgcentra uit de regio. Op die manier had men de gelegenheid thuis alles nog eens rustig na te lezen en te overwegen.

4.2 Adviseren ⁴⁷ ⁴⁸

Een andere belangrijke taak bestaat uit het formuleren van advies. Hierbij geeft de professional op basis van een overzicht van de mogelijkheden en in overleg met het

⁴⁷ Vrij naar: HOLSTVOOGD, R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, blz. 86 – 89.

⁴⁸ Vrij naar: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 165.

patiëntensysteem aan wat vanuit zijn deskundigheid als meest geschikte keuze moet beschouwd worden. Het is een oplossingsgerichte manier van werken, waarbij vragen en problemen worden benaderd door het aandragen van oplossingen. Dit impliceert een kortdurende hulpverlening en is ook noodzakelijk gezien de tendens tot daling van het aantal ligdagen, zoals beschreven in hoofdstuk twee.

Adviseren betekent dat de sociaal werker nagaat welke mogelijkheden voor het patiëntensysteem openstaan en deze helpt overwegen. Daarnaast geeft hij de mogelijke consequenties van een bepaalde keuze aan. Ten slotte raadt hij de patiënt of zijn omgeving aan hoe het best te handelen. Zonder al deze elementen is er geen sprake van advies.

Als hulpverlener mag men niet uit het oog verliezen dat het advies een duidelijke invloed heeft op de keuze die het patiëntensysteem maakt. Om het keuzeprocess zuiver te houden dient men bijgevolg veel aandacht te besteden aan alle aspecten die bij het besluitvormingsproces horen. Indien nodig wordt een vervolgspraak gemaakt, zodat het patiëntensysteem zich in alle rust kan beraden. Hierbij bestaat de mogelijkheid te opteren voor een voorlopig advies in afwachting van een definitieve uitkomst.

Het is duidelijk dat de adviestaak een pak verder gaat dan de informatietaak. De medisch maatschappelijk werker geeft eerst de nodige informatie aan de patiënt en voegt daar op basis van zijn kennis en expertise een professionele afweging over de waarschijnlijk beste handwijze aan toe. De uiteindelijke keuze om het advies op te volgen ligt bij de patiënt.

De medisch maatschappelijk werker dient echter bedacht te zijn op verborgen weerstanden. Het komt voor dat het patiëntensysteem intuïtief weet wat de beste oplossing is, maar opziet tegen de consequenties van de opvolging van het advies. Een mogelijkheid om hiermee om te gaan, komt aan bod in de volgende paragraaf.

Adviseren doet de medisch maatschappelijk werker geregeld. Hij formuleert bijvoorbeeld een advies wanneer een patiënt of zijn familie twijfelt om een aanvraag te doen voor inschrijving op de wachtlijst van een woonzorgcentrum. De sociaal werker raadt dan bijna steeds aan om reeds een inschrijving te doen. Hij kan een dergelijke suggestie doen op basis van zijn expertise. De vrijwel dagelijkse confrontatie met de problematiek van de wachtlijsten zorgt dat de professional het best geplaatst is om zo'n advies uit te brengen.

Ook naar thuiszorg worden geregeld adviezen geformuleerd. Hierbij denk ik aan het advies om een personenalarmsysteem te installeren, wanneer er sprake is van een hoog valrisico.

4.3 Inzicht geven ⁴⁹ ⁵⁰

In hoofdstuk drie kwamen een aantal elementen aan bod die een rol spelen bij het maken van een keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg. Zij kunnen echter ook een verborgen bron van weerstand zijn ten aanzien van een door de professional

⁴⁹ Vrij naar: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 132 - 135.

⁵⁰ Vrij naar: : DE MÖNNINK, H., De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek multimethodisch maatschappelijk werk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, 2004, blz. 239 - 240.

uitgebracht advies. De medisch maatschappelijk werker moet bijgevolg deze motieven en beïnvloedende factoren bij de patiënt en zijn omgeving blootleggen en hen aanzetten tot reflectie. Hierbij balanceert hij tussen enerzijds zijn eigen analyses en hypothesen en anderzijds het maximaal activeren van de patiënt en het patiëntstelsel in het overwegen van de situatie.

De medisch maatschappelijk werker analyseert bijvoorbeeld zelf wanneer blijkt dat de patiënt en zijn omgeving het gevoel hebben dat ze (tijdelijk) geen greep meer hebben op de situatie, en de realiteit niet meer kunnen bevatten.

Zo werd ik tijdens mijn stage geconfronteerd met een situatie waarin een bejaarde vrouw reeds lange tijd zonder professionele thuiszorg voor haar zorgbehoevende en verwarde echtgenoot zorgde. Deze zorg woog echter zo zwaar dat ze ontredderd en oververmoeid aan de medisch maatschappelijk werker vroeg wat ze kon doen om deze zorg draaglijker te maken. Wij analyseerden de situatie – wat zorgt ervoor dat deze persoon het zo moeilijk heeft om een stuk van de zorg uit handen te geven? – om vervolgens samen met de vrouw mogelijke oplossingen te zoeken.

Toch moet de medisch maatschappelijk werker bewust zuinigheid aan de dag leggen bij het geven van eigen verklaringsmodellen, analyses of bevrijdende perspectieven. Het komt er immers op aan de persoon en het systeem uit te dagen om te groeien in hun mogelijkheden en verantwoordelijkheid. De medisch maatschappelijk werker nodigt de patiënt en de leden van het systeem uit zelf na te denken rond de motieven die hun zienswijze ten aanzien van thuiszorg en thuisvervangend milieu beïnvloeden.

Hiervoor dient de medisch maatschappelijk werker ieders inzet en bijdrage tot het denkproces te erkennen en te bekrachtigen. Daarnaast mag hij geen sturende of remmende houding aannemen in het denkproces. Bij te veel duiding en uitleg over het probleem fnuikt hij de kundigheid en creativiteit van het patiëntstelsel. Hij kan wel ter ondersteuning inhoudelijke voorzetsen geven of open vragen stellen vanuit zijn hypothesevorming. Helpende vragen hiervoor zijn bijvoorbeeld: 'Wie heeft er winst of verlies wanneer men kiest voor thuiszorg? En voor residentiële zorg?'; 'Praat de patiënt met derden over het dilemma?'; 'Wie kan en mag de oudere bijstaan in het zoeken naar een oplossing?'; 'Welke tegenstrijdige, onbekende verklaringen leven er rond de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg?'; 'Hoe voelt de patiënt zich in de huidige situatie?'; 'Leven er verlangens en hoop op verandering?'

Daarnaast erkent de medisch maatschappelijk werker de actiebereidheid, het geleverde denkwerk, en de analyse en bespreking van de onderliggende gedachten van patiënten en systeemleden. Hij benadert hen als kundig en verantwoordelijk. Dit doet hij bijvoorbeeld door positieve feedback, bemoediging en complimenten, of door de nadruk te leggen op dingen die goed verlopen. Hij geeft tevens blijk van empathie met de ideeën en behoeften van de patiënt. Dit bevordert de motivatie.

Het is duidelijk dat deze manier van werken toch heel wat tijd, investering en aandacht voor de unieke gevoelens en beleving van patiënt en omgeving vraagt. Vaak ontbreekt deze tijd, onder meer door de vermindering van het aantal ligdagen.

4.4 Bemiddelen ^{51 52 53 54}

In de beroepsactiviteit onderhandelt de medisch maatschappelijk werker vaak. Dit proces legt nadruk op de verantwoordelijkheid van de betrokkenen voor beslissingen die het eigen leven aanbelangen en volgt uit een emanciperende visie op hulpverlening. Men onderscheidt twee vormen: toeleiding en conflictbemiddeling.

4.4.1 Toeleiding

Toeleiding betreft tussenkomsten bij organisaties en maatschappelijke voorzieningen ten voordele van het cliëntsysteem. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer de cliënt niet weet waar hij de voorziening kan krijgen die hij nodig heeft. Concreet kan deze bemiddeling bestaan uit een telefoontje of een ondersteuningsbrief gericht aan instanties.

Op de stageplaats kwam het frequent voor dat de maatschappelijk werker vanuit de afdeling geriatrie een patiënt bij de mutualiteit aanmeldde om een inschaling te doen voor de Vlaamse zorgverzekering.

4.4.2 Conflictbemiddeling

Conflictbemiddeling doelt op tussenkomsten in conflictueuze relaties. Zoals herhaaldelijke malen gesteld, vormt een opname op geriatrie voor nogal wat patiëntsystemen een aanleiding om de thuissituatie te (her)evalueren. Wanneer onder impuls van de medisch maatschappelijk werker de motieven om al dan niet voor een bepaalde zorg te kiezen aan de oppervlakte komen, worden ook breuklijnen binnen het patiëntstelsel zichtbaar. Bemiddeling kan nodig zijn bij moeilijkheden tussen ouders en kinderen, tussen familieleden onderling...

Ik verwijs naar een situatie waarin de dochter van een patiënte – en tevens de belangrijkste mantelzorger – haar moeder wilde inschrijven op de wachtlijst van een woonzorgcentrum. Een andere dochter die veel in het buitenland verbleef was hier echter sterk tegen gekant.

Wat ook vaak voorkomt, is dat de kinderen hun vader of moeder reeds uit voorzorg willen inschrijven op een of meerdere wachtlijsten, dit echter tegen de wil van de patiënt.

Een laatste probleem dat zich vrij regelmatig stelt, is dat de oudere weigert hulp van professionele instanties te aanvaarden en verwacht dat alle hulp van de kinderen komt. Wanneer de mantelzorgers dan aangeven dat dit niet meer te combineren is met hun eigen bezigheden, wordt hen luiheid en gemakzucht verweten.

⁵¹ Vrij naar: VVSH-OVERLEG OPLEIDINGEN MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT, Leren en werken als maatschappelijk assistent. Leuven, Garant, 2001, blz. 63 – 64.

⁵² Vrij naar: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 165.

⁵³ Vrij naar: DE MÖNNINK, H., De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek multimethodisch maatschappelijk werk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, 2004, blz. 192.

⁵⁴ Vrij naar: HOLSTVOOGD, R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, blz. 97, 138 - 147.

De medisch maatschappelijk werker treedt op als onpartijdige derde en stimuleert de betrokken partijen om andere mogelijkheden te ontwikkelen en alternatieven te overwegen. Dit vereist van hem de nodige flexibiliteit en empathie om mee te gaan in de visie, de belangen en beleving van de verschillende partijen. Hierbij mag hij echter zijn rol van betrouwbare bemiddelaar niet uit het oog verliezen. De sociaal werker werkt ondersteunend en houdt de relatie tussen de betrokkenen gelijkwaardig. Op die manier probeert men een akkoord te bereiken waarin iedereen zich kan vinden, zodat voor alle partijen de perspectieven gunstig blijven.

De hulpverlener moet op verschillende elementen letten vooraleer tot bemiddeling over te gaan.

Vooreerst moet de hulpverlener de grond van het conflict opsporen. Waar gaat het over? Is er sprake van uiteenlopende belangen? Zijn er problemen met rolvulling?...

De hulpvraag dient bijgevolg als bemiddelingskwestie erkend te worden. Meestal zoekt een van de partijen hulp voor zichzelf en is de verleiding groot om met deze partij in zee te gaan zonder de andere erbij te betrekken. De medisch maatschappelijk werker dient dus ook af te wegen wie de verschillende partijen zijn en of er bij elk daarvan bereidheid bestaat aan de bemiddeling deel te nemen.

Vervolgens is het van belang na te gaan waarom het conflict moet worden opgelost. Tegengestelde opvattingen of het feit dat één der betrokken partijen onder de situatie lijdt, vormen belangrijke drijfveren. De medisch maatschappelijk werker moet proberen inzicht te krijgen in het gewicht dat de problematiek tussen beide partijen voor ieder afzonderlijk heeft.

Een derde element is de mate waarin de betrokkenen met elkaar te maken krijgen. De medisch maatschappelijk werker vorst na in welke mate de partijen van elkaar afhankelijk zijn.

Tenslotte is het cruciaal dat de verschillende partijen vertrouwen hebben in de hulpverlener als bemiddelaar.

Bij bemiddeling houdt de professional rekening met het beeld dat beide partijen van elkaar hebben. Doorgaans spelen gevoelens van kwaadheid, afstand en verongelijkheid een rol. Door deze gevoelens bespreekbaar te stellen, verduidelijkt men de beeldvorming en tegenstellingen, en schept ruimte voor de volgende stap: de eigenlijke onderhandelingsfase.

In deze fase draagt de medisch maatschappelijk werker inhoudelijk bij tot de oplossing van het probleem. Hij gaat de mogelijke oplossingen van de verschillende partijen na, en hun bereidheid tot compromissen. Op basis hiervan stelt hij een of meerdere oplossingen voor. De betrokkenen kunnen het voorstel aanpassen, ermee instemmen of het verwerpen. Op deze manier kunnen meerdere onderhandelingsrondes na elkaar plaatsvinden, net zo lang tot een voor beide partijen aanvaardbare oplossing is bereikt.

Knelpunten in de bemiddeling doen zich voor wanneer de onpartijdigheid van de hulpverlener op de proef wordt gesteld. De opstelling en eisen van een van de partijen kunnen in de ogen van de bemiddelaar zo onredelijk zijn dat hij het moeilijk vindt om ten opzichte van beide partijen voldoende afstand te houden. In zo'n geval kan het zinvol zijn om de bemiddeling op een andere manier verder te zetten. Men kan bijvoorbeeld twee hulpverleners inschakelen, die voor elk van beide partijen als vertrouwenspersoon optreden. Op die manier stelt het probleem van onafhankelijkheid zich niet meer; men spreekt dan van partijdige conflicthantering.

4.5 Praktische hulpverlening^{55 56 57}

Praktische hulpverlening zijn taken die het bestaan van de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving op praktische wijze ondersteunen. Het is gericht op concrete aspecten in patiëntsituaties. Het handelen gebeurt dus met of voor het patiëntsysteem.

Wanneer de nodige handelingscompetenties of mogelijkheden bij mensen ontbreken, neemt de medisch maatschappelijk werker zelf initiatief, doch steeds in overleg. Hierbij dient de professioneel werker goed in te schatten wat vanuit het netwerk mogelijk is en wat hijzelf moet opnemen.

Vanuit het ziekenhuis valt onder deze taak voornamelijk administratieve ondersteuning. De medisch maatschappelijk werker staat mensen bij, zodat ze kunnen aansluiten bij sociale voorzieningen. Met betrekking tot de keuze tussen thuis- en residentiële zorg betekent dit bijvoorbeeld dat de professional vanuit het ziekenhuis een nieuwe aanvraag doet voor gezins- en bejaardenhulp, plaatsingsdocumenten invult en doorstuurt naar een of meerdere woonzorgcentra, formulieren voor een personalarmsysteem aan de mutualiteit of het OCMW bezorgt...

Het directe resultaat is kenmerkend voor deze vorm van hulpverlening.

Er zijn verschillende omstandigheden waardoor de patiënt of zijn omgeving afhankelijk kunnen worden van praktische hulpverlening en waardoor de medisch maatschappelijk werker taken dient over te nemen. Mogelijke oorzaken op een G-dienst⁵⁸ zijn lichamelijke tekorten door een slechte gezondheid, ziekte, uitval van lichamelijke of zintuiglijke functies.

Daarnaast kunnen tekorten van geestelijke aard zoals stoornissen in de gevoelswereld aan de basis liggen. Soms zijn mensen (tijdelijk) ontregeld door emotionele problemen veroorzaakt door bijvoorbeeld het overlijden van de partner, vrienden en kennissen...

Tenslotte kunnen maatschappelijke ontwikkelingen het beroep op praktische hulpverlening in de hand werken, zoals de toenemende individualisering van de samenleving. Een en ander betekent dat de beschikbaarheid van mensen in de naaste omgeving afneemt, wat de kans op afhankelijkheid vergroot.

Praktische hulpverlening vanuit het ziekenhuis betreft voornamelijk het helpen bij formulieren en correspondentie. Concreet betekent dit het invullen van de documenten die nodig zijn voor een aanvraag tot inschrijving op de wachtlijst van een woonzorgcentrum, formulieren noodzakelijk om een personalarmsysteem aan te vragen...

Alvorens daadwerkelijk hulp te bieden dient de medisch maatschappelijk werker echter met de patiënt of zijn omgeving te bespreken wat hij zelf kan doen. Ook is het van belang samen stil te staan bij de vraag of het patiëntsysteem wil leren de documenten in te vullen, of dat men dit aan de maatschappelijk werker overlaat.

Vereisten voor het invullen zijn zorgvuldigheid, juistheid en volledigheid.

⁵⁵ Vrij naar: HOLSTVOOGD, R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, blz. 65-69.

⁵⁶ Vrij naar: VVSH-OVERLEG OPLEIDINGEN MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT, Leren en werken als maatschappelijk assistent. Leuven, Garant, 2001, blz. 63.

⁵⁷ En: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 163.

⁵⁸ Een G-dienst is een geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Merk ook op dat praktische dienstverlening veelal onderdeel uitmaakt van een breder takenpakket in het totale hulpverleningsproces. Concrete dienstverlening gebeurt meestal pas nadat met het patiëntstelsel een hele weg is afgelegd en er een keuze voor thuiszorg of residentiële opvang is gemaakt. Zie in dit verband ook wat reeds hierboven over de rol van de medisch maatschappelijk werker geschreven is.

In de praktijk merk ik dat deze concrete dienstverlening inderdaad steeds in overleg gebeurt met de patiënt of zijn omgeving, maar dat de medisch maatschappelijk werker snel geneigd is taken over te nemen. Mogelijke verklaringen hiervoor zie ik in wat reeds in hoofdstuk twee aan bod kwam, namelijk het feit dat in een medische setting nogal wat mensen spontaan afstand doen van het recht op zelfbeschikking. Daarnaast speelt ook de tijdsdruk onder meer veroorzaakt door een permanent tekort aan geriatische bedden en de tendens tot daling van het aantal ligdagen. Vaak ontbreekt de tijd te wachten tot het patiëntstelsel zelf actie onderneemt; dit zou een ontslag te lang uitstellen. De verantwoordelijkheid van de medisch maatschappelijk werker dat de patiënt bij ontslag in een haalbare thuissituatie terecht komt is hier een beïnvloedende factor. Een laatste element is de extra belasting die een ziekenhuisopname voor patiënt en mantelzorger met zich meebrengt.

5 Helpende vaardigheden

Om de in hoofdstuk vier besproken rollen goed te kunnen spelen, zijn een aantal helpende vaardigheden vereist. In dit hoofdstuk komen de belangrijkste uitgebreid aan bod. Achtereenvolgens wordt reflecteren, kwaliteitsvol werken onder tijdsdruk en het hanteren van taal besproken. Binnen het beperkte bestek van deze scriptie is het echter niet mogelijk exhaustief te zijn.

5.1 Reflecteren^{59 60 61 62 63 64}

Reflectie vormt een integraal onderdeel van het medisch maatschappelijk werk, noodzakelijk om in de dagdagelijkse hulpverleningspraktijk te kunnen functioneren. Men onderscheidt twee vormen: reflectie op het persoonlijk referentiekader en reflectie op het professioneel handelen.

5.1.1 Reflectie op het persoonlijk referentiekader

Zoals reeds aangehaald in hoofdstuk twee, heeft de medisch maatschappelijk werker doorheen het socialisatieproces beelden meegekregen ten aanzien van ziekte en ouderdom. Omtrent deze beelden dient hij zich geregeld te bevragen. Dit is niet alleen belangrijk gedurende de opleiding, maar meer nog in het dagelijks werk, aangezien waarden kunnen veranderen en hem het zicht op de cliënt en zijn problematiek kunnen ontnemen. Reflectie op het eigen referentiekader houdt de medisch maatschappelijk werker scherp en helpt hem de eigen motieven en waarden te onderkennen. Dit vormt een eerste stap naar hantering binnen het hulpverlenend handelen. De werking van belemmeringen wordt hierdoor beperkt, wat de kwaliteit van het hulpverlenend handelen ten goede komt.

Intervisie en supervisie biedt mogelijkheden tot bewustwording van de eigen beeldvormingen, motieven en belemmeringen en wordt door nogal wat professionelen als ondersteunend ervaren.

Tenslotte kan deze bewustwording ook bereikt worden door middel van opleiding en vorming. Dit is het geval indien de bijscholing ligt op het niveau van zingeving of heersende opvattingen. Het stelt de hulpverlener in staat het aangereikte materiaal te toetsen aan het eigen referentiekader.

⁵⁹ Vrij naar: OOSTELAAR, D. en WOLFSWINKEL, G., Ouderen in de samenleving. Basisboek voor hulp- en dienstverleners. Bussum, Couthinho, 2006, blz. 248.

⁶⁰ Vrij naar: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverlenen. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 131.

⁶¹ Vrij naar: HOLSTVOOGD, R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, blz. 25 – 28, 35 - 36.

⁶² Vrij naar: VVSH-OVERLEG OPLEIDINGEN MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT, Leren en werken als maatschappelijk assistent. Leuven, Garant, 2001, blz. 67.

⁶³ Vrij naar: DRYDEN, W. en FELTHAM, C., Kortdurende hulpverlening. Een praktische handleiding. Baarn, Intro, 1996, blz. 100, 158-161.

⁶⁴ LEIJSEN, M., Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening. Leuven, Acco, 2007, blz. 38.

5.1.2 Reflectie op het professioneel handelen

Reflectie op het professioneel handelen is noodzakelijk om de openheid ten opzichte van de patiënt te garanderen. Deze openheid is een vertaling van de holistische visie, zoals besproken in hoofdstuk twee, en laat de volledige mens tot zijn recht komen. Door reflectie wordt de hulpverlener zich bewust van belemmerende factoren die bewerkstelligen dat hij zich afsluit voor bepaalde aspecten van de patiënt. Daarnaast draagt reflectie bij tot de kwaliteit van het hulpverlenend handelen.

Reflectie op de hulpverleningsrelatie vereist een goed contact met de eigen beleving van het contact met het patiëntstelsel. Het helpt de medisch maatschappelijk werker als hij zichzelf goed verstaat, de signalen en woorden van de patiënt goed verwerkt en de invloeden van de omgeving van de oudere goed taxeert. Belemmeringen die het risico inhouden dat de hulpverlener zich van de patiënt afsluit dienen door middel van reflectie nauwkeurig in de gaten gehouden te worden.

Helpende vragen bij deze reflectie zijn: 'Zijn er aspecten in de relatie met de patiënt onderdrukt?'; 'Was er sprake van een eerlijke en open omgang?'; 'Liet ik het patiëntstelsel in zijn waarde?'; 'Heb ik eigen onzekerheden opgemerkt?'; 'Zijn de afspraken voldoende duidelijk?'

Indien de medisch maatschappelijk werker vreest dat bepaalde elementen de hulpverlening belemmeren, kan hij deze door middel van een directe vraag aan het patiëntstelsel voorleggen. Een mogelijke vraag is bijvoorbeeld: 'Denk jij dat er nog iets is waar we het niet over gehad hebben, maar wat belangrijk is?'

Daarnaast mag hij niet vergeten de aandacht van het patiëntstelsel voldoende te richten op het ontwikkelen van zelfvertrouwen en zelfstandigheid. Deze zijn immers onontbeerlijk om de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg te kunnen maken.

Voor reflectie op de hulpverleningsrelatie geldt dat bovenstaande vragen aan bod kunnen komen tijdens de supervisie. Een supervisor kan de professional van nieuwe ideeën en visies voorzien.

Daarnaast kunnen opleiding en vorming ook hier een betekenisvolle rol spelen. Opleiding zet problematieken en hulpverleningsmethodieken op een andere, vernieuwende manier in de kijker. Deze vormen aanzetten tot reflectie over het professioneel handelen van de medisch maatschappelijk werker in de concrete hulpverleningspraktijk.

Tenslotte kan het bijhouden van een professioneel dagboek de medisch maatschappelijk werker helpen te reflecteren over het eigen referentiekader en het hulpverlenend handelen. Hierin kan hij eigen aantekeningen maken over gevoelens en aspecten in het contact met de patiënt. Dit helpt namelijk bij het opsporen van blinde vlekken of probleemgebieden bij de hulpverlener. Dit dagboek bevat bijgevolg vooral informatie over de professional en zegt weinig of niets over het patiëntstelsel. Het is een werkinstrument, dat dient om te reflecteren op het eigen proces en aan zelfexploratie te doen. Het dagboek kan op zijn beurt object worden van supervisie of intervisie.

5.2 Kwaliteitsvol werken onder tijdsdruk^{65 66}

Zoals reeds aangehaald, zorgt de tendens tot daling van het aantal ligdagen voor een groeiende druk op de schouders van de medisch maatschappelijk werker. Er worden meer patiënten geholpen, meer dossiers afgewerkt, meer aanvragen gedaan voor allerlei diensten/voorzieningen/tegemoetkomingen in minder tijd. Dit vereist van de medisch maatschappelijk werker een aantal vaardigheden om kwaliteitsvol te blijven werken. Onder kwaliteit verstaat men maatwerk, zorgvuldigheid en creativiteit in het hulpverleningsproces.

5.2.1 Doelgericht informatie verzamelen en analyseren

Om doelgericht informatie te verzamelen en te analyseren is het cruciaal de drijfveren van de patiënt en zijn omgeving na te gaan. De maatschappelijk werker zoekt met andere woorden uit waarom zij een beroep doen op professionele hulpverlening. Het tijdstip waarop om deze hulp wordt gevraagd, is een significant gegeven. Patiënten kunnen immers deze mogelijkheid hebben uitgesteld. Uit al deze info kan men bijgevolg reeds veel afleiden over hun motivatie en eventuele mogelijkheden om te helpen.

Een ziekenhuisopname vormt voor nogal wat patiëntsystemen een aanleiding om de thuissituatie te (her)evalueren (zie supra). Deze evaluatie kan een aangrijpingspunt voor hulpverlening zijn.

Vervolgens moet de hulpverlener zich richten tot het patiëntstelsel met de vraag naar alle relevante en bruikbare concrete gegevens die nodig zijn om een efficiënte hulpverlening te kunnen garanderen. 'Hoe zijn de sociale omstandigheden?'; 'Wie is de belangrijkste mantelzorg?'; 'Is er reeds thuiszorg aanwezig?'; 'Hoe is de huidige woonsituatie?'; 'Moet de betrokkene nog trappen doen?'; 'Is er al een inschrijving gebeurd op een of meerdere wachtlijsten van woonzorgcentra?'; ...

Dergelijke vragen tonen een gedetailleerde belangstelling voor de situatie van de patiënt en leveren vaak gegevens op die het patiëntstelsel wellicht niet uit zichzelf zou verstrekken.

De hulpverlener bepaalt echter op welke manier hij deze gegevens verzamelt. Dit kan op informele wijze in de loop van de gesprekken of op een zakelijke manier tijdens het eerste contact.

Ik probeerde steeds de meest relevante informatie reeds te verzamelen in het eerste gesprek, de intake. Hiervoor polste ik naar de thuiszorgvoorzieningen, de frequentie van de hulp... Ik stelde deze vragen meestal bij het begin van het gesprek, om daarna meer ruimte te hebben voor de relationele opbouw. Daarnaast kweekte ik de gewoonte om het patiëntstelsel ook telkenmale uit te leggen waarvoor ik die informatie nodig had.

⁶⁵ Vrij naar: VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverlenen. Mechelen, Kluwer, 2002, blz. 87-88, 201, 208.

⁶⁶ Vrij naar: DRYDEN, W. en FELTHAM, C., Kortdurende hulpverlening. Een praktische handleiding. Baarn, Intro, 1996, blz. 26-28, 39-40, 60, 76-78, 156 - 157.

5.2.2 Prioriteiten stellen

Om onder sterke tijdsdruk te kunnen functioneren, verwacht men dat de medisch maatschappelijk werker in staat is in samenwerking met het patiëntensysteem prioriteiten te stellen over welk facet van de situatie het eerst moet worden aangepakt. Hiertoe dient de hulpverlener goed te structureren, opdat hij niet in de verhalen over de problemen van de patiënt blijft hangen.

Een belangrijke leidraad hierbij is te kijken naar de ernst van de problemen. Daarnaast moet de maatschappelijk werker oog hebben voor mogelijke positieve gevolgen van de oplossing van een bepaald probleem. Succes bij de aanpak van een klein probleem kan de basis vormen voor verdere veranderingen.

Zo haal ik nog even de situatie aan van de vrouw die de zorg voor haar dementerende echtgenoot niet langer aankon. Vanuit het medisch maatschappelijk werk werd na overleg met de echtgenote besloten thuisverpleging in te schakelen. Zij stonden in voor toezicht op een correcte inname van medicatie, waardoor de patiënt minder verward was. Hierdoor werd de thuissituatie weer meer als haalbaar ervaren. Deze kleine 'ingreep' zorgde ervoor dat patiënt en echtgenote zich openstelden voor bijkomende vormen van thuiszorg zoals een poetsdienst.

5.2.3 Evenwicht tussen doelgerichtheid en relatiegerichtheid

De grootste moeilijkheid voor de hulpverlener wordt veroorzaakt door de spanning tussen doelgerichtheid en relatiegerichtheid, tussen het verkrijgen van informatie, en de nood aan empathie.

Eenzijds dient een gesprek sterk geleid worden, zodat dit alle relevante informatie oplevert.

Anderzijds moet de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt of zijn omgeving voldoende aandacht krijgen. Anders loopt men het risico te resultaatgericht te werken en de invloed van de hulpverleningsrelatie uit het oog te verliezen.

De hulpverlener moet empatisch nabij kunnen komen zodat het patiëntensysteem zich openstelt en laat kennen. Hierbij komt het er op aan professioneel te balanceren tussen vragen stellen, gericht actief luisteren om alle relevante informatie te verkrijgen en het aftasten van onzichtbare gevoelige plekken.

De maatschappelijk werker houdt rekening met de gevoelens en angsten van het patiëntensysteem. Patiënten hebben immers voorstellingen van de hulpverleningscontext. Zij stellen zich vragen. Een veelgestelde vraag is de vraag hoe de hulpverlener over de persoon voor zich denkt. Andere vragen betreffen onder meer de angst om als een nummer behandeld te worden of twijfels over de competentie en integriteit van de hulpverlener.

De medisch maatschappelijk werker dient zich van deze gevoelens bewust te zijn en ze bespreekbaar te stellen. Dit kan door het initiatief hiertoe over te laten aan het patiëntensysteem. De hulpverlener kan echter ook zelf het initiatief nemen, bijvoorbeeld door te vragen hoe de patiënt zich bij de situatie voelt.

Het bespreekbaar stellen van deze gevoelens vraagt tijd, maar komt de kwaliteit van het hulpverleningsproces ten goede.

In de hulpverleningsrelatie dienen zowel het doelgerichte als relatiegerichte aspect aan bod te komen. Welk van de twee elementen het meest nadruk krijgt, hangt evenwel af

van de werkwijze van de medisch maatschappelijk werker en de houding van de patiënt.

5.3 Hanteren van taal^{67 68 69}

5.3.1 Communicatie met het patiëntstelsel

Zoals reeds gesteld in hoofdstuk vier moet de medisch maatschappelijk werker bij het geven van informatie aandacht hebben voor de taal van het patiëntstelsel. Items dienen zo concreet mogelijk te worden benoemd, procedures en regelgeving zo eenvoudig mogelijk uitgelegd en desnoods in andere bewoordingen herhaald...

Samenvattingen en voorbeelden vertalen de informatie naar het referentiekader van het patiëntstelsel.

Omgaan met taal houdt in dat de medisch maatschappelijk werker het taalgebruik van het patiëntstelsel opmerkt en het eigen taalgebruik daaraan aanpast. Dit bevordert het contact en volgt het spoor van de belevingen van de patiënt.

De professional vermijdt vakjargon zoals diagnostische en psychologische termen dus zoveel mogelijk.

Daarnaast vraagt de wijze waarop informatie verwerkt wordt voldoende aandacht. De manieren waarop en het tempo waarmee mensen informatie verwerken lopen sterk uiteen. Het is cruciaal dat de hulpverlener het tempo van het patiëntstelsel opmerkt en hierin tracht mee te gaan. Patiënten vinden een te hoog werktempo aanstootgevend omdat ze het gevoel hebben opgejaagd te worden. Anderzijds ervaren ze het gevoel de maatschappelijk werker een paar stappen voor te zijn als erg irritant.

De medisch maatschappelijk werker dient steeds na te gaan hoe de informatie bij het patiëntstelsel wordt opgevat.

Tijdens mijn stage merkte ik het belang om de taal te verzorgen en woorden bewust te kiezen en te wegen. Ouderen hebben geen enkele notie van vakjargon. Bij het geven van informatie dient de hulpverlener bijgevolg extra aandacht te besteden aan het taalgebruik. Informatie moet in eenvoudige bewoordingen verstrekt worden en voldoende concreet zijn. Vakterminologie is hier uit den boze.

Bijkomende aandachtspunten zijn: een goede articulatie, korte en duidelijke zinnen, niet teveel informatie in een zin meegeven, nagaan of de informatie begrepen is...

5.3.2 Communicatie over het patiëntstelsel

Taal speelt echter ook een belangrijke rol bij communicatie over patiënten, zowel in schriftelijke verslaggeving - zoals het sociaal verslag bij de aanvraag van een woonzorgcentrum - als bij telefonisch contact tussen de medisch maatschappelijk werker en een externe dienst, bijvoorbeeld wanneer de hulpverlener een nieuwe aanmelding voor gezins- en bejaardenhulp doet.

⁶⁷ Vrij naar: DRYDEN, W. en FELTHAM, C., Kortdurende hulpverlening. Een praktische handleiding. Baarn, Intro, 1996, blz. 68-70.

⁶⁸ Vrij naar: SNELLEN, A., Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk. Een eclectisch-integratieve aanpak. Bussum, Coutinho, 2007, blz. 359-360.

⁶⁹ Vrij naar: LEIJSEN, M., Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening. Leuven, Acco, 2007, blz. 36-38, 63.

Communicatie over patiënten dient respectvol te zijn. De patiënt moet het verslag kunnen en mogen lezen. Een truc hiervoor is ervan uit te gaan dat de patiënt bij wijze van spreken over de schouder meeleest. Op die manier vindt men gemakkelijker de juiste toon en is men minder geneigd tot ongenueanceerde uitspraken.

Om de objectiviteit te waarborgen moet men het verslag beperken tot beschrijvende informatie zoals concrete gebeurtenissen, data, contactpersonen... Toch dient men ook hier enige discretie aan de dag te leggen. Hoewel het spreken of rapporteren over patiënten gebeurt met het oog op een betere dienstverlening, moet men zich beperken tot die gegevens waarvan het nodig en nuttig is dat ze meegedeeld worden om een goede samenwerking tot stand te brengen of de behandeling optimaal te laten verlopen. Niet relevante informatie laat men achterwege.

Gedurende de stageperiode merkte ik hoe moeilijk deze verslaggeving over patiënten voor andere diensten is. Soms dienen specifieke aspecten van patiëntsituaties vermeld, omdat dit de kans op een snellere dienstverlening verhoogt. (Zoals een snellere opname in een woonzorgcentrum.) Dit confronteert de medisch maatschappelijk werker echter ook met de vraag naar de relevantie van informatie.

Een voorbeeld van zo'n specifiek aspect in een patiëntsituatie is het gegeven dat de patiënt voor de opname nog vlot kon stappen en traplopen en deze mogelijkheid tijdens het verblijf in het ziekenhuis volledig en definitief verloren had. Hierdoor zag zijn familie een terugkeer naar huis niet langer haalbaar.

6 Praktijkstudie

In dit hoofdstuk bespreken we het geval 'mevrouw Janssens', een zaak uit de praktijk gegrepen. Mevrouw Janssens vormt een duidelijke illustratie van de moeilijke keuze tussen thuiszorg en thuisvervangend milieu. In deze casus krijgen we te maken met een aantal motieven en factoren die deze keuze beïnvloeden. Ook de psychosociale ondersteuning van de medisch maatschappelijk werker, de invloed van multidisciplinaire samenwerking... komen aan bod.

Een belangrijke reden om voor deze casus te kiezen, is de onduidelijkheid over welke richting de patiënte zou inslaan na haar vertrek uit het ziekenhuis. "Rusthuis of rustthuis?" zou een passende titel zijn.

Uit deze casus blijkt tevens dat de rol van de medisch maatschappelijk werker afhankelijk is van situatie tot situatie en dat niet al zijn taken, zoals beschreven in deze scriptie, op de voorgrond treden of in dezelfde volgorde voorkomen.

Eerst wordt de situatie van mevrouw Janssens geschetst. Daarna geven we de meest relevante verbanden met het geheel van de scriptie aan. Gezien de centrale vraagstelling gaat de meeste aandacht naar de rol van de medisch maatschappelijk werker en de beïnvloedende factoren op het hulpverleningsproces.

6.1 Situatieschets

Mevrouw Janssens is een hoogbejaarde dame. Op 10 maart 2009 werd zij voor de eerste maal opgenomen in het ziekenhuis vanwege een operatie aan haar ogen. Ze is mentaal sterk, maar fysiek heel erg zorgbehoevend. Bijkomend probleem is haar slechtziendheid, waardoor zij enkel schimmen kan onderscheiden en permanent oppas en hulp nodig heeft.

Herman, de centrale mantelzorger en neef van de patiënte, hoopte dat door een oogoperatie de slechtziendheid – en daarmee de zorgbehoevendheid van de patiënte – zou afnemen. Hij drong bij de geriater aan op een korte opname.

Vóór de opname woonde mevrouw Janssens nog alleen in een appartement. Herman, zelf reeds een man op leeftijd, woonde boven haar en hield als centrale mantelzorger samen met zijn echtgenote een oogje in het zeil.

Thuiszorg was reeds in uitgebreide mate aanwezig: twee maal per dag kwam een thuisverpleegkundige langs. Daarnaast kreeg mevrouw Janssens dagelijks vier uur hulp via een dienst voor gezins- en bejaardenzorg.

Mevrouw Janssens is ongehuwd en heeft geen levende broers of zussen meer. Naast Herman heeft ze nog wel een aantal neven en nichten, maar die wonen niet in haar onmiddellijke nabijheid. Bovendien heeft ze met hen nauwelijks of geen contact.

Tijdens de wekelijkse teamvergadering meldden de dokter en de hoofdverpleegkundige dat ze van Herman signalen opvingen rond een probleem met de organisatie van de thuiszorg. Er zou een vraag zijn naar bijkomende oppas voor de patiënte in de namiddag, eventueel vanuit de aanvullende thuiszorg.

Het ontslag naar huis vond echter al plaats op 19 maart, nog voor er enige tussenkomst vanuit het medisch maatschappelijk werk had kunnen plaatsvinden...

Op 23 maart 2009 werd mevrouw Janssens heropgenomen op de afdeling geriatrie

wegens recidiverend vallen. Ze had een volledige nacht op de grond gelegen. De hoofdverpleegkundige belde het medisch maatschappelijk werk met de melding dat Herman om een contact met de sociale dienst van het ziekenhuis vroeg.

6.2 Opvallende vaststellingen

6.2.1 De geriatrische patiënte

In hoofdstuk één beschreef ik problemen die zich bij geriatrische patiënten voordoen, de vijf geriatrische reuzen. Het is duidelijk dat mevrouw Janssens last heeft van gestoorde communicatie, één van deze vijf stoornissen. De slechtiendheid van mevrouw Janssens lag aan de basis van deze gestoorde communicatie, maar had tevens een enorme impact op haar mobiliteit. Mevrouw Janssens had bij elke handeling hulp nodig en kon zich alleen helemaal niet meer verplaatsen vanwege een hoog valrisico. Het recidiverende vallen leidde uiteindelijk tot een heropname op de afdeling geriatric.

6.2.2 De mantelzorger

De omgeving van de geriatrische patiënt en de mantelzorger werden uitgebreid besproken in hoofdstuk één. Aangezien mevrouw Janssens ongehuwd is, is de centrale mantelzorger in deze casus niet de echtgenoot of zoon van de patiënte, maar haar neef. Herman woonde in het appartement boven haar. Deze nabijheid beschouw ik als de voornaamste reden waarom hij de zorg voor mevrouw Janssens op zich nam.

Herman wordt in zijn zorgtaak echter bijgestaan door professionele thuiszorg die reeds in heel ruime mate aanwezig was. De bedoeling van de combinatie mantelzorg met professionele thuiszorg was een opname in een woonzorgcentrum te vermijden of zo lang mogelijk uit te stellen. Dit komt overeen met wat in hoofdstuk één besproken werd.

Herman maakt echter geen deel meer uit van de 'sandwiched generation'. Hij is reeds een aantal jaar op pensioen en zijn kinderen wonen niet meer thuis. Ook voor de eigen ouders moest hij geen zorgtaken meer opnemen, aangezien deze reeds een aantal jaar overleden waren.

Herman beantwoordt bijgevolg maar 'deels' aan het 'klassieke' beeld van de mantelzorger. Dit illustreert de uniciteit van de patiënt en zijn omgeving.

6.3 De rol van de medisch maatschappelijk werker

6.3.1 Informeren

In het eerste contact tussen Herman en de medisch maatschappelijk werker betrof de rol van deze laatste voornamelijk het geven van informatie. Herman sprak zijn bezorgdheid uit over de haalbaarheid van de thuissituatie. Hierop verschaftte ik hem informatie over een eventuele uitbreiding van de thuiszorg. Aangezien de mogelijkheden tot verdere uitbreiding van de thuiszorg reeds zo goed als uitgeput waren, informeerde ik Herman ook over de mogelijkheden van residentiële zorg. Hiertoe gaf ik een beschrijving van de verschillende woonzorgcentra uit de regio, de ligging, de kostprijs...

Aangezien mevrouw Janssens nog op geen enkele wachtlijst was ingeschreven, gaf ik Herman ook uitleg over de wachttijden en de wijze waarop de plaats op de wachtlijst bepaald wordt. Tenslotte ontving Herman nog een folder waarin de namen en contactgegevens van de verschillende woonzorgcentra uit de regio te vinden waren. Dit stelde hem in de gelegenheid om thuis het volledige gesprek nog eens rustig te overwegen.

Om deze informatie te kunnen geven, was een goede kennis van de sociale kaart een absolute voorwaarde. Daarnaast beschikte ik over de specifieke deskundigheid met betrekking tot de maatschappelijke hulpbronnen (in dit geval de thuiszorgdiensten en woonzorgcentra) die mevrouw Janssens zouden kunnen helpen.

Aangezien Herman en ik op het einde van het contact afspraken dat hij reeds contact zou opnemen met de maatschappelijk werkers van een of meerdere woonzorgcentra, fungeerde dit informatieve gesprek als een emanciperende factor. Het zette Herman aan tot actie.

6.3.2 Inzicht geven

Doorheen dit eerste gesprek kwam echter ook aan het licht dat zowel mevrouw Janssens als Herman niet echt gebrand waren op een inschrijving op één of meerdere wachtlijsten. Indien enigszins mogelijk, zou Herman toch proberen de patiënte in de thuissituatie op te vangen. De onderliggende motieven hiervoor waren het feit dat de patiënte erg op haar zelfstandigheid gesteld was en zo lang mogelijk thuis wilde blijven. Een woonzorgcentrum was voor haar psychologisch niet toegankelijk aangezien zij een opname associeerde met ziekte, aftakeling, afhankelijkheid... Herman respecteerte dit en van een inschrijving op de wachtlijst van een woonzorgcentrum was bijgevolg tot dan toe geen sprake geweest. Toch stelde hij zich nu reeds voorzichtig vragen bij de haalbaarheid van de thuissituatie. De zware zorg voor mevrouw Janssens vergde enorm veel van hem en zijn echtgenote. Vanuit loyaliteit ten opzichte van de patiënte wou hij echter de zware keuze voor residentiële zorg nog niet maken.

Een inhoudelijke voorzet om deze informatie te krijgen was niet echt aan de orde. De motieven kwamen spontaan naar boven als antwoord op de vraag of er reeds contacten waren geweest met een woonzorgcentrum. Ik erkende dat de zorgen die Herman ten aanzien van mevrouw Janssens opnam alles behalve evident waren. Daarnaast gaf ik blijk van empathie door de moeilijkheid van een dergelijke keuze te bevestigen.

6.3.3 Adviseren

Het tweede contact met Herman verliep telefonisch. Tijdens dit gesprek sprak ik mijn bezorgdheid, en die van die de teamleden, uit over de thuissituatie van mevrouw Janssens. Herman beaamde dat ook hij zich hier steeds meer en meer vragen bij stelde. Hij vroeg wat ik hem kon aanbevelen. Het advies raadde reeds een inschrijving op een of meerdere wachtlijsten van woonzorgcentra aan. Ik wees Herman hierbij nogmaals op de lange wachtlijsten. Herman vertelde dat hij reeds twee woonzorgcentra bezocht had en stemde toe om de plaatsing te starten.

We merken dus dat de medisch maatschappelijk werker vanuit zijn specifieke expertise advies uitbrengt. In tegenstelling tot de theorie in hoofdstuk vier, was er in dit geval nauwelijks gelegenheid om alternatieven met het patiëntensysteem te overlopen. Een verklaring hiervoor zie ik in het feit dat dit reeds in het eerste gesprek aan de orde was.

Wat opvalt, is dat het advies van de medisch maatschappelijk werker enkel de plaatsingsaanvraag zelf betreft. Hij rept met geen woord over bij welke woonzorgcentra een inschrijving moet gebeuren. Die beslissing dient door het patiëntensysteem genomen. Tenslotte is er ook geen sprake van verborgen weerstand ten aanzien van het uitgebrachte advies. Herman stemde meteen toe om een inschrijving op twee wachtlijsten te doen.

6.3.4 Praktische hulpverlening

De praktische hulpverlening hield het invullen en doorsturen van de documenten noodzakelijk voor de inschrijving op de wachtlijst in. De medisch maatschappelijk werker nam de taak van het invullen van een formulier met identificatiegegevens en het opstellen van een sociaal verslag van Herman over.

De oorzaken om deze taken over te nemen betreffen echter niet deze die reeds in hoofdstuk vier besproken werden. De belangrijkste reden werd gevormd door feit dat de inschrijving snel moest gebeuren vanwege de onzekerheid over de haalbaarheid van de thuissituatie. Daarnaast speelde in eerste instantie de onzekerheid of mevrouw Janssens in het ziekenhuis op haar opname aan het woonzorgcentrum zou kunnen wachten. De lange wachtlijsten bleken een belangrijke bepalende factor.

Omwille van de factor 'tijd' leek het ook niet relevant om Herman te leren deze documenten in te vullen. Bovendien is het opstellen van de formulieren slechts een eenmalige activiteit.

6.4 Helpende vaardigheden: Hanteren van taal

In deze casus was geen sprake van een discrepantie tussen het taalsysteem van de medisch maatschappelijk werker en dat van de mantelzorgster. Herman had een universitaire opleiding genoten en dit was te merken aan de manier waarop de gesprekken verliepen. In de hulpverleningscontacten werd weliswaar geen vakjargon gebruikt, maar het tempo van de gesprekken en het hulpverleningsproces lag vrij hoog.

Een belangrijk aandachtspunt in het hanteren van de taal was de verslaggeving over mevrouw Janssens. In het sociaal verslag – vereist om de inschrijving op de wachtlijst van een woonzorgcentrum te kunnen doen – drongen een aantal vragen zich op: mag men medische gegevens, de opname-indicatie in dit verslag vermelden? Hoe ver kan men daarin gaan? Kan het verstrekken van medische gegevens bijdragen aan een snellere opname?

6.5 Beïnvloedende factoren op het hulpverleningsproces

6.5.1 Multidisciplinaire samenwerking

Tijdens de wekelijkse teamvergadering stelden de teamleden zich grote vragen bij de haalbaarheid van de thuissituatie. Niemand leek te opteren voor een terugkeer naar de thuissituatie. Mevrouw Janssens had een nieuwe oogoperatie ondergaan, maar deze leverde onvoldoende resultaat op. De visus van de patiënte was dan wel iets verbeterd,

toch bleek deze nog steeds verre van toereikend. Als gevolg hiervan had de patiënte nog steeds hulp en toezicht nodig om zich te wassen, om te eten, voor transfers in en uit bed...

De teambeslissing om de mantelzorgster naar plaatsing te oriënteren had een grote invloed op het handelen van de medisch maatschappelijk werker. Het leidde onder meer tot het advies reeds inschrijvingen te doen op zoveel mogelijk wachtlijsten.

6.5.2 Tendens tot daling van het aantal ligdagen

In hoofdstuk twee besprak ik de tendens tot daling van het aantal ligdagen. Deze ontwikkeling zorgt onder meer voor snellere ontslagen, ook op een afdeling geriatrie van een algemeen ziekenhuis en een toenemende druk op de thuiszorgdiensten. In deze casus speelde echter deze factor geen rechtstreekse rol. Zowel de leden van het team als de mantelzorgster waren het er over eens dat een terugkeer naar de thuissituatie niet meer haalbaar was. Herman toonde tevens een enorme betrokkenheid bij de situatie van mevrouw Janssens en ondernam meteen stappen tot plaatsing. Omwille van deze redenen mocht de patiënte in het ziekenhuis blijven tot zij een definitieve plaats in een woonzorgcentrum zou betrekken.

Toch had de beslissing dat mevrouw Janssens in het ziekenhuis kon blijven een enorme impact op de verdere keuzes die Herman maakte. In hoofdstuk drie ging ik uitgebreid in op de vraag of er wel een keuze is en waarom het belangrijk is dat mensen deze keuze kunnen maken. In dit geval merkte ik dat, eenmaal de keuze voor residentiële zorg gemaakt, een opname snel moest plaatsgrijpen. Weliswaar kon mevrouw Janssens in het ziekenhuis blijven, maar om het aantal ligdagen beperkt te houden lag de druk hoog om de patiënte op zoveel mogelijk wachtlijsten in te schrijven. Dit verhoogt immers de kans op een snelle opname in een woonzorgcentrum. Herman werd aldus sterk aangemoedigd om zoveel mogelijk woonzorgcentra te bezoeken en toestemming te geven om de aanvraag te doen. Nadat Herman vier namen van woonzorgcentra had doorgegeven, bracht ik de vereiste documenten zo snel mogelijk in orde.

Dit staat mijlenver van het ideaalscenario waarin de medisch maatschappelijk werker met het patiëntensysteem alle mogelijkheden overloopt, het patiëntensysteem de kans krijgt in alle rust woonzorgcentra te bezoeken, een inschrijving te doen en waarbij de patiënte uiteindelijk wordt opgenomen in het WZC dat de absolute voorkeur geniet.

Bovendien verlengt het inschrijven op veel wachtlijsten deze lijsten onnodig, want na opname wordt de inschrijving op wachtlijsten van andere WZC's veelal niet geannuleerd.

Dit maakt het voor zowel de medisch maatschappelijk werker als voor de sociaal werkers in de verschillende woonzorgcentra erg moeilijk het overzicht te houden hoe lang de wachtlijst precies is en binnen welke termijn hulp mogelijk is.

Onrechtstreeks speelt de tendens tot daling van het aantal ligdagen in deze casus nog een andere belangrijke rol. Door het feit dat de patiënten minder lang in het ziekenhuis kunnen blijven is er een hoge turn-over. Dit heeft onder andere tot gevolg dat het voor de medisch maatschappelijk werker niet altijd mogelijk is om de patiënten allemaal te leren kennen. Bijgevolg baseert hij zich voor sommige hulpverleningscontacten bijna uitsluitend op informatie van de familieleden zelf en de teamvergaderingen...

Terecht maakte Herman dan ook de bedenking dat wij over het hoofd van de patiënte heen praatten en bezig waren met haar dossier, zonder dat we haar persoonlijk kenden.

Ik ben ervan overtuigd dat een dergelijk hoge turn-over van patiënten de kwaliteit van de hulpverlening niet ten goede komt. Ze is in tegenspraak met de holistische visie zoals beschreven in hoofdstuk twee van deze scriptie, aangezien ze de patiënt reduceert tot een nummer.

Slotbeschouwingen

“Rusthuis of rust-thuis?” luidde de titel van deze scriptie en “Hoe kan de medisch maatschappelijk werker een rol spelen ten aanzien van de geriatrische patiënt en zijn omgeving bij de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg?” was de centrale vraagstelling. We eindigen met enkele slotbeschouwingen hieromtrent.

Bij vele hulpbehoevende ouderen bestaat de wens om thuis verzorgd te worden en te sterven, al dan niet met mantelzorg en/of professionele ondersteuning. Deze droom kan echter niet iedereen realiseren. Veelal vormt een ziekenhuisopname een aanleiding om de thuissituatie te (her)evalueren en dringt een keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg zich op.

Een ziekenhuisopname kan een aanzet zijn tot het opstarten of de uitbreiding van de reeds aanwezige thuiszorg en/of een inschrijving op de wachtlijst van een woonzorgcentrum of tot een rechtstreekse opname in een residentiële setting.

Voor velen gaat de keuze tussen thuiszorg en thuisvervangend milieu gepaard gaat met gemengde gevoelens, en is ze daarom allesbehalve evident. De medisch maatschappelijk werker heeft bijgevolg de opdracht mensen in dit keuzeproses te begeleiden vanuit een emanciperende visie op hulpverlening. Hiervoor dient hij verschillende functies te vervullen, naargelang de situatie.

Ten eerste informeert de medisch maatschappelijk werker over de verschillende alternatieven en adviseert indien noodzakelijk.

Daarnaast betracht hij het patiëntstelsel inzicht bij te brengen in de onderliggende motieven en factoren die de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg beïnvloeden.

De sociaal werker wijst indien nodig mensen de weg naar de juiste voorziening (zowel voorzieningen voor thuiszorg als woonzorgcentra) en bemiddelt bij conflicten.

Ook praktische hulpverlening behoort tot de begeleidingsmogelijkheden.

Dit vraagt de nodige flexibiliteit en vaardigheden, maar vooral voldoende aandacht voor de beleving van het patiëntstelsel.

De medisch maatschappelijk werker is in staat kwaliteitsvol te handelen onder de constante druk om het aantal ligdagen zo beperkt mogelijk te houden. Hij past de taal en het tempo van de hulpverlening aan het patiëntstelsel aan en hanteert deze taal ten voordele van het patiëntstelsel.

Daarnaast is een kritisch-reflectieve houding met betrekking tot het hulpverlenend handelen en de eigen organisatie een absolute noodzaak.

Te vaak merk ik echter dat men het overwegen van de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg en het inschakelen van hulp te lang uitstelt, zelfs bij een evaluatie van de thuissituatie naar aanleiding van een ziekenhuisopname. In crisissituaties dienen snel beslissingen genomen te worden, met alle gevolgen van dien. Ik denk dan ook dat er voor de medisch maatschappelijk werker een belangrijke taak is weggelegd in voortijdige bewustmaking. Door het patiëntstelsel reeds attent te maken op de mogelijkheid tot inschrijving op de wachtlijst, lang voordat een opname aan de orde is, geeft men de patiënt en zijn omgeving voldoende tijd om in alle rust de verschillende alternatieven af te wegen en een keuze te maken. Dit hoeft niet noodzakelijk een opname in een woonzorgcentrum te betekenen, maar anticipeert op mogelijke onverwachte situaties en garandeert dat bij een plotse toename van zorgbehoefte de zorg kan worden voortgezet in een omgeving die de voorkeur geniet.

Met deze scriptie heb ik gepoogd om maatschappelijk werkers en andere hulpverleners te laten stilstaan bij de veelheid aan factoren die meespelen in de keuze tussen thuiszorg en residentiële zorg bij geriatrische patiënten en de rol die de medisch maatschappelijk werker in het keuzeproces kan spelen.

Ik hoop dat mijn scriptie een aanzet vormt om bewust te reflecteren over het keuzeproces, de beleving hiervan door het patiëntensysteem en de begeleiding vanuit het medisch maatschappelijk werk. Dit kan bijdragen aan een kwalitatief hoogstaande hulpverlening.

Tenslotte wil ik nog meegeven dat het medisch maatschappelijk werk op een geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis een mooi beroep is, waarin men voor patiënten en hun omgeving veel kan betekenen. Liefde voor het werk en voor de doelgroep biedt hierbij een significante meerwaarde.

Q.E.D.

Literatuurlijst

1 Schriftelijke bronnen

- CLAES, S., Te jong om oud te zijn? De kracht van ouderen in onze samenleving. Leuven, Davidsfonds, 2008, 144 blz.
- DELTOUR, B., Keuzewijzer tussen thuiszorg en residentiële zorg. Leuven, Garant, 1999, 87 blz.
- DE MÖNNINK, H., De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek multimethodisch maatschappelijk werk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, 2004, 464 blz.
- DRYDEN, W. en FELTHAM, C., Kortdurende hulpverlening. Een praktische handleiding. Baarn, Intro, 1996, 224 blz.
- HOLSTVOOGD, R., Maatschappelijk werk in kerntaken. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006, 265 blz.
- LEIJSEN, M., Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening. Leuven, Acco, 2007, 164 blz.
- MINUCHIN, S., Gezinsstructuur en therapeutische technieken. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1983, 341 blz.
- MINTZBERG, H., Organisatiestructuren. Amsterdam, Pearson education, 2006, 325 blz.
- OOSTELAAR, D. en WOLFSWINKEL, G., Ouderen in de samenleving. Basisboek voor hulp- en dienstverleners. Bussum, Coutinho, 2006, 272 blz.
- RÖGELS, N., Levensloopspsychologie. Soest, Nelissen, 2004, 251 blz.
- SNELLEN, A., Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk. Een eclectisch-integratieve aanpak. Bussum, Coutinho, 2007, 416 blz.
- SPRUYTTE, N., VAN AUDENHOVE, CH, LAMMERTYN, F. Als je thuis zorgt voor een chronisch ziek familielid. Onderzoek over de mantelzorg voor dementerende ouderen en voor psychiatrische patiënten. Antwerpen, Garant, 2000, 242 blz.
- VAN CRAEN, W., Omgaan met anderen. Een communicatiekunst. Leuven, Acco, 2006, 228 blz.
- VAN RIET, N. en MINEUR, M.J. Maatschappelijk werk in de intramurale gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum, 1997, 101 blz.
- VLAEMINCK, H., MALFIET, W., SAELENS, S., Social casework in de 21^e eeuw. Een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners. Mechelen, Kluwer, 2002, 254 blz.
- VVSH-OVERLEG OPLEIDINGEN MAATSCHAPPELIJK ASSISTENT, Leren en werken als maatschappelijk assistent. Leuven, Garant, 2001, 111 blz.

2 Mondelinge bronnen

DE BRABANDER, B. en HINDERYCKX, I., Van thuis, naar thuis. Op zoek naar de gepaste zorg! Vorming op de stageplaats, 17 maart 2009.

PERNEEL, P., (lector), Les patiëntenbegeleiding, Gent, Arteveldehogeschool – opleiding sociaal werk – afstudeerrichting maatschappelijk werk, 10 december 2008.

3 Elektronische bronnen

DEBAERE, L., (Luc.DeBaere@ocmwmaldegem.be), Dagprijs woon- en zorgcentra. E-mail aan DE ZUTTER, M., (mieke.dezutter@student.arteveldehs.be), 16 maart 2009.

EGGERMONT, E., Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek. Advies nr. 15 d.d. 18 februari 2002 m.b.t. ethische vragen die rijzen bij de impact van de "Minimale Klinische Gegevens" (MKG) op het aantal ligdagen van patiënten. Internet, (27 februari 2009).
(https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORG1_MENU/OVERLEGSTRUCTUREN1_MENU/COMITEES1_MENU/BIOETHISCHECOMMISSIE1_MENU/AVIS25_MENU/AVIS25_DOCS/ADVIES15-MINIMALE%20KLINISCHE%20GEGEVENS.PDF)

KIPS, J., (johan.kips@uz.kuleuven.ac.be), Ligdagen in het ziekenhuis. E-mail aan DE ZUTTER, M., (mieke.dezutter@student.arteveldehs.be) 27 februari 2009.

Zorg voor manteldragers van demente patiënten moet verbeteren. Zorgdragers weten of voorhand onvoldoende over de impact van de zorg. Internet, 30 juni 2008.
(<http://www.dementie.be/start.asp>)

Thesaurus zorg en welzijn. Sandwichgeneratie. Internet, (3 februari 2009).
(<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/sandwichgeneratie.htm>)

Vlaams Parlement, Vlaams ouderenbeleidsplan 2006 – 2009. Ingediend onder coördinatie van mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Internet, zitting 2006 – 2007, 8 mei 2007, 155 blz.
(<http://jisp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2006-2007/g1213-1.pdf>)