

OPLEIDING SOCIAAL WERK

Maatschappelijk Werk

De maatschappelijk werker als regisseur

DE IMPLEMENTATIE VAN INTERDISCIPLINAIRE METHODIEKEN
TER BEVORDERING VAN COMMUNICATIE EN TEAMEFFECTIVITEIT.
EEN PRAKTIJKGERICHT ONDERZOEK BINNEN
EEN GERIATRISCHE ZIEKENHUISCONTEXT.

Scriptie van

Kay REMON

tot het behalen van
het diploma Bachelor Sociaal Werk

Academiejaar 2014-2015

Woord vooraf

Het is dan eindelijk zover. Het moment is aangebroken dat ik u met enige trots mijn bachelorproef mag voorstellen. De totstandkoming van deze eindproef is te vergelijken met een ontdekkingsreis. Het was een tocht met vallen en opstaan, nog eens vallen, waarna ik nog eens enkele keren viel vooraleer ik opnieuw kon opstaan. Het was echter doorzettingsvermogen en de wil om een scriptie te schrijven die een meerwaarde kan betekenen voor de beroepspraktijk, dat ervoor zorgde dat ik bij elke valpartij opnieuw de moed vond om op te staan. Ik heb niet enkel inzichten verworven in theoretische kaders, linken leren leggen tussen theorie en praktijk, maar ik heb vooral geleerd om *out of the box* te denken. Ik heb geprobeerd alle competenties die de Karel de Grote-Hogeschool te Antwerpen mij gedurende drie jaar heeft aangeleerd, in te zetten met de intentie om blik-verruimend aan de slag te gaan.

Deze bachelorproef had nooit kunnen zijn wat het nu is zonder de hulp en steun van enkele personen. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider, Pieter Lievens, van harte bedanken voor de steun, tips en feedback die hij gedurende mijn schrijfproces gegeven heeft. Hij had een kritische blik, maar dat is net wat ik nodig had. Bedankt om mij uit te dagen om een eindwerk te schrijven dat mij naar een hoger niveau heeft doen tillen. Vervolgens wil ik mijn stagementoren Annemie Wuytack en Kristien Smet van AZ Nikolaas bedanken voor alle steun die zij mij gegeven hebben. Zij hebben een belangrijke rol gespeeld in mijn leerproces als maatschappelijk werker, en hebben mee vormgegeven aan de hulpverlener die ik vandaag ben. Daarnaast gaan mijn oprechte bedankingen uit naar het voltallige team van Geriatrie C0 en AZ Nikolaas algemeen. Bedankt voor de medewerking aan mijn project, bedankt om mij het gevoel te geven dat ik een echt lid was van het team.

INHOUDSOPGAVE

Lijst met afkortingen	7
1 Inleiding	9
2 De geriatrie afdeling C0 van AZ Nikolaas Beveren	11
2.1 Het geriatrisch profiel	11
2.2 GC0 en multidisciplinair samenwerken	12
2.3 Positionering van de maatschappelijk werker	13
2.3.1 Van intake naar begeleidingsplan	13
2.3.2 De maatschappelijk werker als zorgcoördinator?	14
3 Ik communiceer, jij communiceert, WIJ communiceren	15
3.1 Het belang van interne communicatie	15
3.2 Een vlotte patiënten-overdracht dankzij de SBAR-methode.....	16
3.3 Digitaal communiceren via C2M en C2M Portal	18
3.4 SAMPC als communicatie- en rapportage-instrument	18
4 Samen sterk? De succesfactoren van een effectief team	19
4.1 Een team, wat is dat nu eigenlijk?	19
4.2 Het teameffectiviteit- of teamdoelmatigheidsmodel	20
4.2.1 Doelen – Wat wordt het resultaat?	21
4.2.2 Taken en rollen – Wie gaat wat doen?.....	21
4.2.3 Procedures – Hoe moet het gebeuren?.....	22
4.2.4 Persoonlijke verhoudingen – Hoe gaat het team met elkaar om?	22
5 Van multidisciplinair naar interdisciplinair	23
5.1 Het bio-psychosociaal model als basis.....	24
5.2 Theoretische kaders inzake interdisciplinariteit.....	25
5.2.1 Verschillende perspectieven samenvoegen	25
5.2.2 Patiëntgericht handelen vanuit de hulpvraag.....	25
5.2.3 Een gemeenschappelijk kader en doelstellingen hanteren	26
5.2.4 Naar consensus streven	27
5.2.5 Beroepsgeheim bewaren	28
5.2.6 Conclusie: Wat is interdisciplinair samenwerken?	29
5.3 Het interdisciplinair zorgplan.....	30
5.3.1 Doelstellingen zijn SMART-IC.....	31
5.4 Good practices en knelpunten	33
5.4.1 Goede praktijken.....	33
5.4.2 Knelpunten.....	34
6 Van theorie naar praktijk. Een innovatieproject op GC0	35
6.1 Theoretische onderbouwing van het project	35
6.2 De samenwerking vanuit een hulpverleners-perspectief	36

6.2.1	Kennis en visie over de beroepspraktijk van elke discipline	36
6.2.2	Het multidisciplinair teamoverleg.....	38
6.2.3	Persoonlijke visie over multi- en interdisciplinariteit	39
6.2.4	Good practices en uitdagingen inzake de multidisciplinaire samenwerking	40
6.3	De samenwerking vanuit het eigen perspectief.....	41
6.3.1	Observatie van het MDO	41
6.3.2	Analyse aan de hand van het teamdoelmatigheidsmodel	42
6.4	Creatieve innovaties ter verbetering van de samenwerking.....	43
6.4.1	Inzetbaarheidsmatrix	44
6.4.2	Groepsintakegesprek	44
6.4.3	InterdiSciBAR 2015: Een interdisciplinair zorgplan gebaseerd op de principes van IPSIG, SAMPC en SBAR	45
6.4.4	Multi-interdisciplinair overleg	48
6.5	Het effect op communicatie en teameffectiviteit	49
6.6	Algemene terugblik op het project	50
7	Hoe kan het beter? Tijd voor aanbevelingen!	52
7.1	Ter attentie van de hulpverleners	52
7.2	Ter attentie van de ziekenhuizen	53
7.3	Ter attentie van de beleidsmakers	53
8	Besluit	55
9	Literatuurlijst	58
10	Bijlagen	64
10.1	Beroepsprofielen van het multidisciplinair team.....	64
10.2	Leefgebiedenlijst	67
10.3	Sociaal werkers in ziekenhuizen ijveren voor meer erkenning (Zorgnet Vlaanderen, 2015).	72
10.4	SAMPC-model	74
10.5	Het verschil tussen multi- en interdisciplinariteit.....	76
10.6	IPSIG-zorgplan	77
10.7	Inzetbaarheidsmatrix	79
10.8	Groepsintakegesprek	82
10.9	InterdiSciBAR 2015	85

Lijst met afkortingen

ADL	Activiteiten van het Dagelijkse Leven
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
C2M	C-Medical Record
GCO	Geriatrische afdeling C0 (C-Blok - Benedenverdieping)
IPSIG	Interprofessioneel Samenwerken In de Gezondheidszorg
MDO	Multidisciplinair overleg
MMSE	Mini Mental State Examination
M-IDO	Multi-Interdisciplinair Overleg

1 Inleiding

“If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together.”
(P. Lievens, persoonlijke communicatie, 20 april 2015)

“Kay, zoek eens uit hoe onze geriatrie-afdeling beter kan functioneren en zet een project op poten!”. Met deze woorden van Karolien Brangers, hoofdverpleegkundige GC0 te AZ Nikolaas Beveren, wil ik deze scriptie aanvatten. Een innovatieproject om een afdeling efficiënter te maken was een hele uitdaging, maar was ook een kans om zaken uit te proberen die *out of the box* zijn. Aangezien samenwerking en teamwork belangrijke items zijn binnen de gezondheids- en welzijnssector, had ik redelijk snel beslist om interdisciplinariteit centraal te stellen binnen dit project (VBVD, 2007). Een team kan enkel een kwaliteitsvolle en patiëntgerichte hulpverlening bieden wanneer het effectief is, open communiceert en concrete doelstellingen opstelt. Vanuit deze persoonlijke visie is volgende probleemstelling ontstaan: **“Hoe kan GC0 van AZ Nikolaas Beveren een interdisciplinaire praktijk invoeren om de communicatie en teameffectiviteit te optimaliseren?”**.

Mijn bachelorproef is te vergelijken met een puzzel. Binnen elk hoofdstuk zijn puzzelstukjes terug te vinden die noodzakelijk zijn om achteraf, na het lezen van dit werk, het grotere geheel te zien. Alle puzzelstukjes worden samengelegd in het praktisch luik van dit eindwerk, en vormen gezamenlijk het antwoord op mijn probleemstelling.

Deze scriptie wordt afgetrapt met de **anamnese**. Binnen dit organisatie- en maatschappelijk werk- verkennend hoofdstuk, beschrijf ik kort de algemene werking van GC0. Zo maakt u onder andere kennis met het multidisciplinair team, en welke rol de maatschappelijk werker hierin opneemt.

Het tweede deel van dit eindwerk, de **diagnose**, vormt de uiteenzetting van mijn probleemstelling, bestaande uit drie hoofdstukken. Wanneer u mijn probleemstelling goed bekijkt merkt u drie kernelementen op, zijnde communicatie, teameffectiviteit en interdisciplinariteit. Elk van deze hoofdstukken reikt theoretische kaders aan waardoor de betekenis van deze begrippen duidelijk wordt. Uiteraard zijn deze kaders ook aangevuld met mijn eigen interpretatie en visie.

Nadat de diagnose gesteld is, duiken we het operatiekwartier in om de **behandeling** te starten. Dit deel vormt een belangrijke omschakeling in deze bachelorproef. Alle theoretische kaders die eerder beschreven zijn, komen binnen het innovatieproject-hoofdstuk allemaal samen. Aan de hand van bevestigingen aan werknemers van GC0,

en eigen observaties, heb ik interdisciplinaire methodieken uitgeschreven die tot doel hebben de communicatie en teameffectiviteit te optimaliseren. Als u wil weten of ze effectief effect hadden, dan raad ik u aan rustig verder te lezen.

Doorheen het innovatieproject heb ik mij laten beïnvloeden door verschillende managementstijlen. Dit was een zeer bewuste keuze omdat ik wil aantonen dat maatschappelijk werk en management hand in hand gaan. Het lijkt alsof beiden een totaal verschillend referentiekader hebben, maar toch is er een gemeenschappelijk raakvlak: bij beiden draait het om mensen ontwikkelen. Ik tracht u te laten inzien dat een maatschappelijk werker kan optreden als manager of regisseur, wat maakt dat zijn diversiteit, competenties en kunnen veel ruimer zijn dan verwacht. Ikzelf ben, in de context van het innovatieproject, dan de hulpverlener die principes van competentie- project- en *changemanagement* toepast.

Competentiemanagement zet sterk in op de ontwikkeling en uitbreiding van de competenties van personen (Van Beirendonck, 2013), en projectmanagement of projectmatig werken streeft naar het creëren van duidelijkheid inzake doelstellingen en resultaten (Vlaamse overheid, z.d.). Om veranderingsactiviteiten optimaal te realiseren, is het essentieel dat er win-winsituaties worden gecreëerd, waarbij medewerkers beloond en gemotiveerd worden en voor iedereen de voordelen van de innovaties duidelijk zijn (Talentontwikkelaar.be, z.d.).

Na een intensieve behandeling staat het hulpverlenersteam garant voor **nazorg**. Dit laatste onderdeel bestaat uit mijn persoonlijke adviezen, zowel op micro-, meso-, als macroniveau, en een besluit waarin het gehele proces van deze scriptie nog eens wordt samengevat.

Wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat, krijgt hij medicatie mee voor de komende drie dagen. Zoals u weet bevat elk geneesmiddel een **bijsluiter**, en laat het nu net lukken dat mijn eindwerk ook een bijsluiter bevat. Hierin is een literatuurlijst terug te vinden waarin al mijn bronnen zijn opgenomen, en zijn er enkele relevante bijlagen aan toegevoegd die het geheel nog completer maken.

2 De geriatrie afdeling C0 van AZ Nikolaas Beveren

“We krijgen dan wel te maken met sterke vergrijzing, toch mogen we dit gegeven niet eenzijdig negatief benaderen. Heel wat ouderen die reeds met pensioen zijn, zijn maatschappelijk nog heel actief en verre van zorgbehoevend.”
(Verschuere, 2014, p. 123)

AZ Nikolaas is een ziekenhuis dat streeft naar een specialistische, toegankelijke, patiëntgerichte, gepersonaliseerde en kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Dit gebeurt op een geïntegreerde manier waarbij de patiënt in zijn totaliteit wordt benaderd, wat maakt dat er rekening gehouden wordt met zijn noden en behoeften. Vanuit een curatieve, palliatieve en preventieve invalshoek streven zij naar een verbetering van de levenskwaliteit van patiënten (AZ Nikolaas, z.d.). Dit ziekenhuis telt verschillende campussen, maar binnen dit organisatie-verkennend hoofdstuk leg ik de nadruk op de campus in Beveren, en meer specifiek op **GC0**.

2.1 Het geriatrisch profiel

Niet elke oudere patiënt, is een geriatrische patiënt (K. Brangers, persoonlijke communicatie, 19 maart 2015). De beoordeling of men wel of niet geriatrisch is, gebeurt niet op basis van leeftijd, maar wordt bepaald door middel van zes criteria die samen het **geriatrisch profiel** vormen:

- **Verminderde homeostase**, waardoor ouderen kwetsbaarder worden;
- **Multipele, chronische pathologie**, waarbij het voornamelijk gaat om chronische aandoeningen die niet meer te genezen zijn;
- **Bedreigde validiteit**, wat het risico op invaliditeit groter maakt;
- **Het risico van polyfarmacie**, omwille van de multipele chronische pathologie;
- **Gewijzigde presentie en verloop van pathologie**, wat het voor hulpverleners moeilijk maakt om een duidelijke anamnese af te nemen;
- **Somato-psycho-sociale verwevenheid**, wat impliceert dat de interactie tussen lichaam en geest bij geriatrische patiënten zeer opvallend is (Pelemans, 2002).

2.2 GC0 en multidisciplinair samenwerken

GC0 heeft een **multidisciplinair team**¹, bestaande uit verschillende hulpverleners met ieders hun eigen specialisatie, dat dagelijks instaat voor de medische en paramedische zorgen van de hulpvrager. Een multidisciplinair samenwerkingsverband impliceert dat verschillende professionals, met ieders hun eigen vaardigheden en kennis, gaan samenwerken ten behoeve van de patiënt (Chierkoet, 2006). Dankzij multidisciplinair samenwerken binnen de gezondheidszorg wordt het aanbod van diensten voor patiënten en cliënten zo goed mogelijk afgestemd op de behoeften en problematieken van deze personen. Door gebruik te maken van de deskundigheid, competenties en kwaliteiten van elke betrokken actor in de hulpverlening, kan de kwaliteit van de zorg verbeterd worden (SEL Zorgregio Gent vzw, z.d.).

De term **actor**, in de context van de gezondheidszorg, verwijst naar de specialismen die betrokken zijn in het hulpverleningsproces, zoals artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, psychologen etc. Elke actor heeft in het samenwerkingsverband een gelijkwaardige positie ten opzichte van de andere actoren omdat ieder zijn eigen specialisatie bezit. De hulpverleners werken samen om een bepaald doel te bereiken, en ieder blijft verantwoordelijk voor zijn eigen discipline (Chierkoet, 2006).

In een ziekenhuis, en dus ook op GC0, betreft het meestal een structurele multidisciplinaire samenwerking. De term structureel impliceert dat het team op regelmatige basis samenkomt om het hulpverleningsproces van de patiënten te evalueren en eventueel bij te sturen (Chierkoet, 2006). Dit **MDO**, dat ook wel een rond-de-tafelgesprek genoemd wordt, heeft alsook de doelstelling de zorg af te stemmen op de noden en verwachtingen van patiënten en cliënten (SEL GOAL, 2014b).

Het **wekelijkse teamoverleg** op GC0 heeft een gemiddelde duur van twee uur. Dit MDO wordt steeds bijgewoond door de geriater, hoofdverpleegkundige, verpleegkundige, maatschappelijk werker, kinesitherapeut, ergotherapeut en klinisch apotheker. De logopedist is enkel aanwezig wanneer de problematiek dit vereist. De diëtist-voedingsdeskundige en psycholoog zijn echter nooit aanwezig.

¹ Als bijlage is per discipline een kort beroepsprofiel terug te vinden.

2.3 Positionering van de maatschappelijk werker

Maatschappelijk werk binnen een ziekenhuissetting wordt ook wel het **ingebouwd maatschappelijk werk** genoemd. Concreet betekent dit dat het maatschappelijk werk geen doel op zich is, maar eerder een onderdeel is van de hulp- en dienstverlening aan de patiënt (Chierkoet, 2006).

De kerndoelstelling van een ziekenhuis is patiënten behandelen en genezen. Daar de hulp- en dienstverlening van maatschappelijk werkers zich binnen deze setting richt op **socio-emotionele problemen die verband houden met de desbetreffende ziekte en behandelingen**, kan het maatschappelijk werk deze kerndoelstelling helpen verwezenlijken (Holstvoogd, 2008). Ook binnen de werking van AZ Nikolaas is dit aspect duidelijk aanwezig. Wanneer er bij een patiënt bijvoorbeeld een blijvende lichamelijke beperking is vastgesteld, zal de sociale dienst psychosociale hulp bieden in het leren omgaan met deze beperking. Deze hulpverlening richt zich dan niet enkel op de patiënt, maar ook op zijn sociaal netwerk. Daarnaast wordt er ook gekeken naar de veranderingen die de ziekte teweegbrengt in het leven van alle betrokken partijen.

Het zijn voornamelijk **patiënten en hun sociaal netwerk** die beroep doen op de maatschappelijk werker, maar ook andere belangrijke derden kunnen bij hem terecht. Soms is een luisterend oor bieden al voldoende, maar in andere situaties tracht hij de patiënten wegwijs te maken in het ruime spectrum van sociale voorzieningen, tegemoetkomingen, thuishulpverlening, woonzorgcentra, kortverblijven etc. (Baert, 2007).

2.3.1 Van intake naar begeleidingsplan

Door in dialoog te treden met de patiënt, kan de maatschappelijk werker een totaalbeeld vormen van de situatie en de problematieken waarmee hij in het dagelijkse leven te maken heeft. Hierbij houdt hij steeds rekening met de context waarin de patiënt zich bevindt. Dit eerste gesprek tussen hulpverlener en hulpvrager wordt ook wel het **aanmeldings- of intakegesprek** genoemd, waarbij de hulpvraag geëxploreerd wordt (Cornille, 2013).

Tijdens het intakegesprek moet de maatschappelijk werker **twee vormen van informatie** weten te verzamelen, namelijk *persoonsgegevens* en *gegevens die de situatie in beeld brengen*. De persoonsgegevens impliceren feitelijke informatie die nodig is om te weten wie de patiënt is. Voorbeelden hiervan zijn naam, geboortedatum, geslacht, en woonplaats. De gegevens die de situatie in beeld brengen daarentegen zijn noodzakelijk om een totaalbeeld van de patiënt te kunnen

vormen. Hierbij wordt ingezoomd op de verschillende levensdomeinen van de patiënt, zoals gezondheid en persoonlijk functioneren, sociaal netwerk en sociaal functioneren, woonomgeving en praktische zelfredzaamheid. Een handig hulpmiddel hierbij is de leefgebiedenlijst² (Scholte, Sprinkhuizen & van Deur, 2013). Op basis van al deze informatie kan de maatschappelijk werker een **begeleidingsplan** opstellen voor de patiënt. Hiermee wordt gedurende de gehele opname aan de slag gegaan (A. Wuytack, persoonlijke communicatie, 2 februari 2015).

2.3.2 De maatschappelijk werker als zorgcoördinator?

Maatschappelijk werkers zijn een **centrale spilfiguur** in de zorg van patiënten, maar helaas wordt dit centraal staan niet door iedereen erkend. De overheid geeft sociale diensten geen duidelijke opdracht en financiering, wat eigenlijk zeer tegenstrijdig is met wat er momenteel binnen de gezondheidszorg allemaal gebeurt. De ligdagen van patiënten in het ziekenhuis worden korter en medische hulpverlening wordt voor velen te duur, wat maakt dat het noodzakelijk is dat hulpverleners zicht hebben op de sociale omkadering, thuiscontext en mogelijkheden van de patiënt. Laat dat nu net hetgene zijn waar maatschappelijk werkers in gespecialiseerd zijn (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Ziekenhuizen hebben nood aan een **zorgcoördinator**, die een geïntegreerde zorg kan waarborgen en de toegankelijkheid en bereikbaarheid ervan kan vergroten. Maatschappelijk werkers beschikken over de ideale competenties om deze rol op zich te nemen. Enerzijds hebben zij reeds een coördinerende taak binnen het ontslagbeleid, waarbij wordt bekeken wat de mogelijkheden zijn bij ontslag naar huis, maar anderzijds zijn zij opgeleid om hulpvragers en hun netwerk te laten vertrekken vanuit hun eigen krachten en mogelijkheden³ (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

Op GC0 heeft de maatschappelijk werker deze zorg-coördinerende titel niet, hoewel hij de centrale figuur is in het ontslagbeleid van patiënten. Hij beschikt over de **competenties** om, samen met de patiënt en zijn context, te bekijken wat er allemaal mogelijk is eens hij het ziekenhuis moet verlaten. Hij ziet met eigen ogen wat de knelpunten zijn bij een terugkeer naar huis en waar patiënten nood aan hebben vooraleer zij opnieuw hun verantwoordelijkheden in het dagelijks leven kunnen opnemen. Daarom ben ik er het mee eens dat hij de geknipte persoon is om de rol van zorgcoördinator op zich te nemen.

² Deze leefgebiedenlijst is terug te vinden als bijlage.

³ Het volledige artikel van Zorgnet Vlaanderen is terug te vinden als bijlage.

3 Ik communiceer, jij communiceert, WIJ communiceren

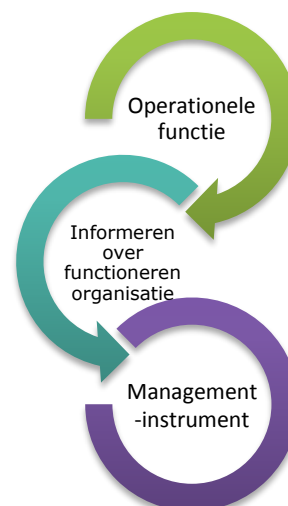
Communicatie geeft enerzijds de gelegenheid om persoonlijke visies met elkaar te delen, maar anderzijds is het ook een instrument om met elkaar te onderhandelen over de betekenissen van deze persoonlijke visies (Vandermarliere, 2014).

De Cuyper (2014) definieert communicatie als een kernbegrip binnen de gezondheidszorg. Men kan onmogelijk een kwaliteitsvolle hulpverlening garanderen wanneer er geen correcte en **efficiënte communicatiecultuur** aanwezig is binnen een organisatie. Patiënten krijgen voortdurend informatie vanuit verschillende disciplines. Net om die reden is het belangrijk dat de communicatie helder en op elkaar afgestemd is, en er een correcte informatieoverdracht plaatsvindt. Dit is één van de essenties van multidisciplinair en interdisciplinair teamwerk. Hoewel er binnen een team vaak dezelfde doelstellingen worden nagestreefd, is er nog steeds de kans dat de interne communicatie faalt.

Communicatie vormt het **eerste kernelement** in mijn probleemstelling. Omdat dit een zeer ruim begrip is, focus ik mij specifiek op interne communicatie binnen een organisatie, en de communicatie naar patiënten toe. Hierbij haal ik de communicatiecultuur binnen GC0 aan, en worden de verschillende communicatiemethoden van deze afdeling toegelicht.

3.1 Het belang van interne communicatie

Interne communicatie verwijst naar de communicatiecultuur binnen een **organisatie**, waarbij het zowel gaat om formele als informele contacten (Fedweb, 2013). Deze vorm van communiceren heeft enkele belangrijke functies in het ontwikkelen van een efficiënte en effectieve informatieoverdracht (van Delst, 2014).



Figuur 1. Functies van interne communicatie

De **operationele functie**, wat ook wel de *koude communicatie* genoemd wordt, verwijst naar het geven van informatie. Dit is voor medewerkers noodzakelijk om de taken binnen de organisatie correct te kunnen uitvoeren (van Delst, 2014). Het wekelijks MDO op GC0 is hier een voorbeeld van.

Een andere belangrijke functie is dat een goede interne communicatie ervoor zorgt dat de verschillende disciplines **geïnformeerd worden over hoe de organisatie functioneert**. Dit zorgt voor motivatie en betrokkenheid bij de hulpverleners. Hierdoor weten ze wat er zich binnen de organisatie allemaal afspeelt. Het is dan ook niet voor niets dat men deze functie ook wel de *warme communicatie* noemt (van Delst, 2014).

Ten slotte dient interne communicatie als belangrijk **managementinstrument**. Een optimale interne communicatie zorgt er namelijk voor dat veranderingsprocessen en innovaties in een organisatie tot een goed einde worden gebracht (van Delst, 2014). Dit heb ik zelf ondervonden tijdens het uitvoeren van mijn innovatieproject op GC0. Door het personeelskader op de hoogte te houden van de vorderingen, door infosessies te geven en doordat er vrij en open kon gesproken worden over het huidige functioneren van de afdeling, wisten zij wat er allemaal stond te gebeuren. Daarnaast werden zij ook betrokken bij het volledige innovatieproces, wat enkel positieve effecten had op hun motivatie. Zij wilden wel degelijk meewerken aan een betere en efficiëntere samenwerking.

Er kan besloten worden dat organisaties er baat bij hebben dat hun werknemers zo goed mogelijk geïnformeerd worden. Dit zorgt voor een **betere samenwerking** tussen de verschillende teams en afdelingen, en verhoogt de betrokkenheid en teamgeest. Hierdoor zijn positieve resultaten zeker en vast haalbaar (van Delst, 2014).

3.2 Een vlotte patiënten-overdracht dankzij de SBAR-methode
SBAR is een **communicatie- en informatieoverdrachtmethodiek** die zijn oorsprong vindt in Amerika. Het is een hulpmiddel om de communicatie over patiënten tussen verschillende hulpverleners te optimaliseren. Wat SBAR zo bruikbaar maakt is dat het een zeer eenvoudige en concrete methode is om structuur aan te brengen in de communicatie tussen de verschillende disciplines. Zo zorgt deze communicatieverbetering voor een geoptimaliseerde teamsamenwerking (VMS Veiligheidsprogramma, 2013).

SBAR is geen afkorting van een bepaald begrip, maar is een **lettercombinatie** op zichzelf. Elke letter verwijst naar een categorie van informatie of gegevens. AZ Nikolaas maakt gebruik van deze communicatiemethodiek op verschillende manieren. Enerzijds tijdens een MDO om de informatieoverdracht te structureren en vlotter te laten verlopen, maar anderzijds tijdens een gesprek tussen een

verpleegkundige en een arts (De Cuyper, 2014). In onderstaand schema is de SBAR-methodiek geschetst in de context van een multidisciplinair overleg.

<u>S</u>ituation of situatie van de patiënt	De situatie van de patiënt verwijst naar de algemene identificatiegegevens. Zo komen onder andere de kamer waar hij verblijft, opnamedatum- en reden, behandelende arts en eventuele aandachtspunten aan bod.
<u>B</u>ackground of achtergrond	De medische en paramedische, waaronder de sociale context, voorgeschiedenis van de patiënt is een hulpmiddel om de huidige situatie in kaart te brengen, en aanwezigheid van eventuele klachten te situeren.
<u>A</u>ssessment of evaluatie	Tijdens de assessment kan elke discipline zijn eigen visie over de ernst van de situatie uiten.
<u>R</u>ecommendation of aanbevelingen <u>R</u>ead back	Door middel van aanbevelingen kunnen de verschillende disciplines afspraken maken over welke zaken er dienen te gebeuren. <i>Read back</i> verwijst naar het actief bevragen of men nog vragen heeft en het samenvatten van de essentie en gemaakte afspraken.

(De Cuyper, 2014)

Wekelijks nam ik deel aan het teamoverleg. Daarom kan ik concluderen dat binnen het team van GC0 de SBAR-structuur niet helemaal geïntegreerd is/was. Hoewel ik overtuigd ben van de positieve aspecten van dit model, komt dit op de dienst (nog) niet volledig tot uiting. Voornamelijk de *assessment*, *recommendation* en *read back* zijn in zeer beperkte mate aanwezig. Er speelt een enorme tijdsdruk binnen het ziekenhuis. Hierdoor worden sommige patiënten slechts zeer vluchtig besproken. Dit is jammer, aangezien hierdoor volledige **integratie** van deze communicatiemethodiek moeilijk is.

3.3 Digitaal communiceren via C2M en C2M Portal

C2M en C2M Portal, ook wel bekend als C-eHealth, zijn binnen AZ Nikolaas de **digitale communicatiekanalen** tussen de verschillende disciplines. Deze digitale patiëntendossiers ondersteunen de zorgcontinuïteit en dienen als platform dat alle patiëntengegevens samenbrengt in een overzichtelijk geheel. Elke discipline vult vanuit zijn eigen specialisatie het dossier in, waarvan de inhoud ook raadpleegbaar wordt voor de andere hulpverleners (E. De Bock, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015).

De maatschappelijk werker maakt zowel gebruik van C2M als C2M Portal. Binnen C2M stelt hij zijn **sociale verslagen** op, maar deze zijn niet raadpleegbaar voor de andere disciplines omwille van de privacy van patiënten. Hij heeft echter wel de mogelijkheid om via een ander tabblad een beknopt sociaal verslag te schrijven, waarin enkel relevante informatie met betrekking tot de hulpvraag verwerkt is, dat wel leesbaar is voor de andere hulpverleners. Binnen C2M Portal, wat voornamelijk gebruikt wordt door de medische disciplines, kan de maatschappelijk werker de ontslagplanning van de patiënt aanvullen (A. Wuytack, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015).

3.4 SAMPC als communicatie- en rapportage-instrument

SAMPC⁴ (**S**omatisch, **A**ctiviteit/mobiliteit, **M**aatschappelijk/sociaal, **P**sychisch functioneren en **C**ommunicatie) wordt gebruikt om de problematiek van patiënten duidelijk in kaart te brengen, waarbij rekening wordt gehouden met **vijf componenten**. SAMPC maakt dus gebruik van een integrale werkwijze, die rekening houdt met de gehele context van de hulpvrager (Jansen, 2012).

Wat de SAMPC-methodiek zo interessant maakt, is dat het voor een aanzienlijke **communicatieverhoging** kan zorgen. Door de evolutie van de hulpvrager weer te geven aan de hand van dit model, is elke discipline tot in detail op de hoogte van de situatie van de patiënt. Ook het sociaal netwerk kan geïnformeerd worden aan de hand van deze rapportage. Anderzijds neemt het zeer veel tijd in beslag om SAMPC correct in te vullen (Jansen, 2012).

⁴ Een voorbeeld van het SAMPC-model is terug te vinden als bijlage.

4 Samen sterk? De succesfactoren van een effectief team

“We komen misschien van verschillende schepen, maar nu bevinden we ons in dezelfde boot” (Tsakitzidis & Van Royen, 2012, p.31).

Samenwerken wordt omschreven als het **gezamenlijk inzetten van competenties en kwaliteiten** om bepaalde doelstellingen te bereiken, waarbij minstens twee personen betrokken zijn. Elke discipline binnen een team beschikt over bepaalde vaardigheden en kennis. Om die reden is samenwerken een belangrijke schakel in het efficiënt realiseren van doelen (Ensie, 2015). Een goede samenwerking vraagt motivatie, hulpvaardigheid, het nastreven van een positieve omgang met elkaar, verbondenheid en het principe van geven en nemen (Online Talent Manager, 2012).

In onze huidige samenleving is het voor de gezondheidszorg een **grote uitdaging** geworden om kwalitatieve hulpverlening te blijven bieden daar de vraag naar zorg blijft stijgen. Innoveren in de hulpverlening is daarbij noodzakelijk geworden, en een goede samenwerking tussen teamleden is hierin een kernbegrip. Elke patiënt heeft recht op zorg op maat, en dit kan onder andere gerealiseerd worden door een goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende hulpverleners (ERSV Limburg, 2011).

Samenwerken en teameffectiviteit vormen het **tweede kernelement** van mijn probleemstelling. Binnen dit onderdeel wordt er gefocust op het belang van teamwerk en welke elementen noodzakelijk zijn om een effectief team te vormen.

4.1 Een team, wat is dat nu eigenlijk?

Een team is een groep, maar een groep is niet noodzakelijk een team. Een groep wordt gedefinieerd als een kleine hoeveelheid personen in interactie met elkaar, die zich bewust zijn van elkaar, en die samen een eenheid vormen. Binnen een groep staat het individuele en onafhankelijke centraal, wat impliceert dat de leden niet onderling afhankelijk zijn van elkaar, en betekent dat men geen verantwoordelijkheid dient te dragen voor de geleverde prestaties van de andere groepsleden. Dit is het grote verschil met een team. Een team is ook een groep, maar is tegelijk toch zoveel meer. Binnen een team is er wel een grote afhankelijkheid van elkaar, waarbij er zowel individueel als samengewerkt wordt aan gemeenschappelijke doelstellingen. De teamleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het bereiken van de vooropgestelde doelen (De Valck, 2014).

Een team dat bestaat uit meerdere disciplines heeft verscheidene mogelijkheden, maar deze zijn niet altijd een garantie tot succes. Het is dan ook voor organisaties van uiterst belang om te investeren in de ontwikkeling van teams en hen de tijd en kans te geven om zich voldoende te structureren en te organiseren. Bij een goed ontwikkeld en op elkaar ingespeeld team, ontstaat er een positieve sfeer van wederzijds vertrouwen en gelooft men erin dat elk lid op een constructieve manier met elkaar zal samenwerken. Samen zullen zij een gemeenschappelijke visie ontwikkelen (De Valck, 2014).

Het is vanzelfsprekend dat een team wordt aangestuurd door een teamleider. Deze manager neemt een coachende positie in en houdt het gehele teamproces, van doelstellingen formuleren tot persoonlijke verhoudingen, nauwlettend in de gaten (Bouman & Koopmans, 2006). Over het teamleiderschap is binnen GC0 enige onduidelijkheid. Zowel de geriater als hoofdverpleegkundige nemen de rol van teamleider op zich, hoewel er naar de werknemers toe niet echt gecommuniceerd wordt wie in feite de teamleider is. Beiden geven tijdens het teamoverleg opdrachten aan de andere disciplines, maar het is wel de geriater die beslist wanneer een patiënt het ziekenhuis mag verlaten.

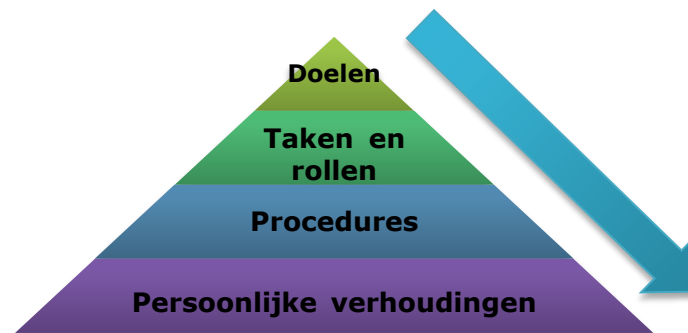
Hoewel teamwerk vele voordelen biedt, haalt De Valck (2014) ook negatieve consequenties aan. Het zogenaamde **social loafing** impliceert dat personen die in groepsverband werken, minder hard zullen presteren dan personen die zelfstandig werken. De oorzaak hiervan is dat individuele prestaties van hulpverleners die samenwerken, minder opvallen binnen een samenwerkingsverband. Daarnaast is er een risico op het ontstaan van **groepsdenken**. Er is sprake van dit fenomeen wanneer ieder teamlid zijn mening aanpast aan wat volgens hem de veronderstelde consensus is van de groep. De leden van het team hechten zoveel waarde aan unanimitieit in meningen en aan het "wij"-gevoel, dat zij de probleemsituatie niet meer kritisch onder de loep nemen (Johnson, McCann & Zimbardo, 2009).

4.2 Het teameffectiviteit- of teamdoelmatigheidsmodel

Van Dale (2015) definieert het begrip **effectief** als iets waardoor een doel bereikt wordt. Teameffectiviteit verwijst dan naar de doeltreffendheid van een team. Maar wat maakt nu dat een team effectief is? Hoe kan gecontroleerd worden of een team, een effectief en doelmatig team is?

In deze bachelorproef maak ik gebruik van het teameffectiviteit-model, ook wel het **teamdoelmatigheidsmodel** genoemd, dat door Van Heck in 1995 werd ontwikkeld. Dit model is een eenvoudige manier om te analyseren hoe effectief een team is en

welke zaken te verbeteren zijn. Het wordt weergegeven als een piramide die is opgebouwd uit vier componenten. Hoewel deze componenten in een bepaalde volgorde van belangrijkheid zijn gerangschikt, zijn ze alle vier van belang om van teameffectiviteit te kunnen spreken. De doelen worden beschouwd als het belangrijkste, maar de persoonlijke verhoudingen zijn evenzeer van belang (Bouman & Koopmans, 2006).



Figuur 2. Teamdoelmatigheidsmodel. Uit Teamleiderschap (p.25), door F. Bouman and M. Koopmans, 2006, Zaltbommel: Thema.

4.2.1 Doelen – Wat wordt het resultaat?

Een team kan pas effectief zijn wanneer de teamleden weten wat hun specifieke **opdracht** is. Dit betekent niet dat men enkel dient te weten wat de verschillende activiteiten zijn, maar het vraagt ook kennis over de eindresultaten en wat deze bijdragen aan de organisatiedoelen. Door deze gezamenlijke doelstelling creëert men betrokkenheid en verbondenheid tussen de teamleden, en weten zij waarop zij zich moeten focussen. Het is van uiterst belang dat deze doelstellingen voor ieder teamlid duidelijk zijn en geaccepteerd worden. Wanneer aan deze eis niet wordt voldaan, zal het team in verschillende richtingen beginnen werken (Bouman & Koopmans, 2006).

Binnen een ziekenhuissetting is de **teamdoelstelling** tegemoetkomen aan de hulpvraag van de patiënt in zijn context. Elk teamlid doet zijn uiterste best om de patiënt vanuit zijn specialisatie te helpen (Tsakitzidis & Van Royen, 2012).

4.2.2 Taken en rollen – Wie gaat wat doen?

Zoals eerder vermeld werkt een team samen aan een gemeenschappelijke doelstelling. Elk teamlid heeft zijn eigen competenties, kennis en kwaliteiten, en gebruikt dan ook de bril van zijn eigen specialisatie. Hoewel elke discipline zijn eigen vakgebied heeft, is er nood aan duidelijkheid over **wie welke opdracht op zich neemt** om het teamdoel te bereiken. Op die manier wordt het voor de verschillende teamleden helder wat van een bepaald lid verwacht wordt en wat hij bijdraagt om de opgestelde doelstelling te bereiken (Bouman & Koopmans, 2006).

Op vlak van taken en rollen kunnen er zich **taakconflicten** ontwikkelen (ParsTempus, 2011). Deze ontstaan ten gevolge van tegenstrijdige verwachtingen bij de andere teamleden of door een gebrek aan kennis inzake de competenties van de anderen.

4.2.3 Procedures – Hoe moet het gebeuren?

De procedures die een team hanteert zijn in principe de **infrastructuur** van het team. Het betreft de werk- en handelingswijze van het team als samenwerkingsverband, en de individuele vrijheid die elk teamlid daarbinnen heeft. Zo kunnen procedures verwijzen naar de manier van informatieoverdracht, besluitvorming en de aanpak van problemen. Het zijn zowat de spelregels van het team (Bouman & Koopmans, 2006).

4.2.4 Persoonlijke verhoudingen – Hoe gaat het team met elkaar om?

Als vierde en laatste component halen Bouman & Koopmans (2006) aan dat het binnen een nauw samenwerkend team niet onoverkomelijk is dat bepaalde teamleden een band vormen. De gevoelens die de verschillende leden ontwikkelen ten opzichte van elkaar hebben invloed op de manier van samenwerken. De **interpersoonlijke relaties** kunnen gunstig zijn voor het teamdoel wanneer er sprake is van wederzijds vertrouwen en respect, maar wanneer er echter een gebrek is aan vertrouwen, respect en wederzijdse ondersteuning, zullen persoonlijke conflicten de kwaliteit van de samenwerking doen afnemen.

Wanneer een team slecht functioneert, gaat men vaak de oorzaken zoeken binnen de persoonlijke verhoudingen. De oplossing zou dan eenvoudig zijn: neem andere hulpverleners aan of probeer de onderlinge verhoudingen opnieuw te versterken. Een grondige analyse van het model laat echter zien dat de **oorzaak van een slechte teameffectiviteit** terug te vinden is in de overige drie componenten. De frustraties die teamleden hebben ten opzichte van elkaar worden veroorzaakt door onduidelijke doelstellingen, tegenstrijdige verwachtingen en het ontbreken van afspraken. Het is niet voor niets dat het teameffectiviteit-model een bepaalde hiërarchie vertoont. Allereerst moeten er doelen bepaald worden vooraleer er een concrete taakverdeling wordt opgesteld. Wanneer er op deze twee vragen een antwoord is gegeven, kan er worden besproken hoe en volgens welke procedure de doelen worden bereikt (ParsTempus, 2011).

5 Van multidisciplinair naar interdisciplinair

“Ieder teamlid zingt zoals hij gebekt is, samen klinkt het als een symfonie”
(Tsakitzidis & Van Royen, 2012, p.127).

Multidisciplinair, multi-professioneel, interdisciplinair en interprofessioneel. Deze begrippen worden binnen een professionele setting voortdurend door elkaar gehaald waardoor ze hun **betekenis verliezen** (Tsakitzidis & Van Royen, 2012). Vele teams verklaren dat ze een interdisciplinaire werkwijze hanteren, maar in de realiteit werken ze nog steeds op een multidisciplinaire manier. Maar wat is nu het verschil tussen deze begrippen?⁵ Wat maakt dat interdisciplinair nog net een stapje verder gaat dan multidisciplinair?

Zoals ik in het eerste hoofdstuk van deze bachelorproef al aanhaalde, verwijst het begrip multidisciplinair naar een team dat samenwerkt op een **onafhankelijke** wijze. Dit impliceert dat de verschillende disciplines binnen hun eigen specialisatie en vakgebied blijven, maar er wel informatieoverdracht is inzake de situatie en evolutie van de patiënt. Toch blijft de interactie en de samenwerking tussen de verschillende actoren eerder beperkt (Tsakitzidis & Van Royen, 2012).

Interdisciplinaire samenwerking gaat een stap verder. Er bestaan binnen de literatuur vele omschrijvingen van dit begrip, maar ik heb voor volgende definitie gekozen:

Bij interdisciplinair samenwerken formuleren de verschillende disciplines een gezamenlijk doel, hanteren zij een gemeenschappelijke taal, die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is, en zien zij de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair en waardevol. De betrokken professionals leveren als het ware een stukje van hun autonomie (en soms status) in (Schuman, 2012, p.7).

Ik heb zelf ondervonden dat definities inzake interdisciplinariteit redelijk **vaag** kunnen overkomen. Men spreekt over synthetiseren, harmoniseren en dergelijke, maar wat bedoelt men daar nu eigenlijk mee? Om het belang en de betekenis van een interdisciplinaire praktijk te kunnen begrijpen, worden doorheen dit hoofdstuk enkele theoretische kaders toegelicht. Interdisciplinaire samenwerking vormt het laatste kernelement in mijn probleemstelling, en is het laatste theoretisch inzicht dat u nodig heeft om naar het praktisch luik van deze scriptie te kunnen overgaan.

⁵ Een tabel waarin het verschil tussen deze begrippen geduid wordt, is terug te vinden als bijlage.

5.1 Het bio-psychosociaal model als basis

Interdisciplinariteit vertrekt vanuit het **bio-psychosociaal model**. Dit model impliceert dat een bepaalde pathologie van een patiënt niet enkel het resultaat is van biologische factoren, maar dat er een samenhang en wederzijdse beïnvloeding is tussen zowel biologische, psychologische als sociale factoren (Tsakitzidis & Van Royen, 2012). Dit is te vergelijken met de holistische of integrale mensvisie, waarbij men er van uit gaat dat alles met elkaar verbonden is. In de context van het bio-psychosociale model betekent dit dat deze drie componenten een samenhangend geheel zijn, en onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (Knippels, 2009).

Voor een maatschappelijk werker is het bio-psychosociaal model een onderdeel van zijn generieke inschattingsproces of **assessment**. Bij een aanmeldingsgesprek bijvoorbeeld, begint de maatschappelijk werker aan een inschattingsproces van de totale leefwereld van de cliënt. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld psychische klachten ondervindt, zal hij zich wenden tot een CGG, maar zal de maatschappelijk werker binnen het CGG steeds rekening houden met de biologische en sociale componenten om de gehele probleemsituatie in kaart te brengen, ook al is het psychologische aspect het dominantst aanwezig (Cornille & Vandermarliere, 2013).

Engers, Geilen, Köke en van Wilgen (2007) stellen dat het bio-psychosociaal model de probleemsituatie of pathologie **diepgaander** bekijkt, waarbij de patiënt centraal wordt gesteld. De diagnose wordt specifiek en krijgt een nieuwe dimensie. Ik zal dit verduidelijken aan de hand van een voorbeeld tijdens mijn stageperiode op GC0:

Patiënte X werd opgenomen op GC0 omwille van ernstige doorligwonden op de stuit. Daarnaast was haar stemming zeer neerslachtig en is er sprake van een vergevorderde dementieproblematiek. Haar echtgenoot neemt de zorg al dertig jaar op zich, maar ziet de ernst van de situatie niet in. Hij blijft beweren dat hij de zorg voor de echtgenote alleen aankan, zonder extra professionele thuishulp.

In deze diagnose zijn alle drie de componenten duidelijk aanwezig. De doorligwonden verwijzen naar de biologische factoren. De neerslachtige stemming van de patiënte verwijst naar het psychologische, en ten slotte maken de echtgenoot en de thuissituatie deel uit van het sociale aspect. Ik ben van mening dat dit model hulpverleners inderdaad in staat stelt om de **gehele context** van patiënten in kaart te brengen. Doordat men zicht heeft op de volledige situatie van de patiënt, kan het team doelstellingen opstellen die rekening houden met de volledige context, waardoor de hulpverlening gericht is op elk van deze componenten.

5.2 Theoretische kaders inzake interdisciplinariteit

Er is binnen de literatuur veel informatie terug te vinden over interdisciplinaire samenwerking. In dit hoofdstuk beperk ik mij tot wat de belangrijkste uitgangspunten zijn van interdisciplinariteit.

5.2.1 Verschillende perspectieven samenvoegen

Zoals ik doorheen deze eindproef al regelmatig heb aangehaald, bezit elke discipline zijn eigen kennis, specialisatie en competenties. Een maatschappelijk werker is gespecialiseerd in het contextuele, financiële en psychosociale, en een verpleegkundige in het medische. We krijgen in onze opleidingen allemaal verschillende theoretische kaders aangereikt, doen praktijkervaring op in andere contexten, wat maakt dat iedereen **persoonlijke zienswijzen en perspectieven** ontwikkelt die totaal verschillend zijn van elkaar. Uiteraard liggen niet alle disciplines even ver uit elkaar. Zo kan men een ergotherapeut en kinesitherapeut in dezelfde cluster onderverdelen, alsook een geneesheer en verpleegkundige (Choi & Pak, 2008).

Choi en Pak (2008) zijn van mening dat het **combineren van disciplines die qua vakgebied ver uit elkaar liggen, compleet nieuwe inzichten kan doen ontstaan om een complexe zorgproblematiek aan te pakken**. Zo is de combinatie van een maatschappelijk werker en kinesitherapeut doeltreffender dan de combinatie van een ergotherapeut en kinesitherapeut. De reden hiervoor is dat elke discipline vertrekt vanuit zijn eigen denk- en handelingskader, en de neiging heeft methodieken te hanteren die hij heeft aangeleerd doorheen zijn opleiding. Wanneer men die uiteenlopende methodieken gaat combineren en situaties analyseert vanuit verschillende methoden en perspectieven, verhoogt dit de kans op een succesvolle hulpverlening (Choi & Pak, 2008). Om die reden is het belangrijk dat binnen een interdisciplinair team, elke discipline die betrokken is bij de situatie, vertegenwoordigd is.

5.2.2 Patiëntgericht handelen vanuit de hulpvraag

Binnen patiëntgericht handelen staat de **hulpvraag** van de patiënt centraal. Deze vraag is een uiting van zijn werkelijke noden en behoeften, en is hetgene waarop hij antwoorden wil krijgen. Er kan enkel een diepgaande hulpvraag geformuleerd worden door middel van hulpverleningsgesprekken waarbij de gehele context en levensverhaal van de hulpvrager in kaart wordt gebracht (Heijen & Slaats, 2009).

Een hulpvraag kan zeer **veel levensdomeinen** bestrijken waardoor het als hulpverlener zeer moeilijk wordt om de hulpvraag alleen op te vangen. Om die reden

is het binnen patiëntgerichtheid van groot belang dat er wordt samengewerkt als team (De Neve, 2015).

Patiëntgericht handelen leidt tot **patiënt empowerment** (Aertgeerts, et al, 2014). Van Regenmortel (2009, p.24) definieert empowerment als "een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie". Patiënt empowerment impliceert dat de hulpverleners mogelijkheden zoeken om de patiënten actief te betrekken bij het hulpverleningsproces. De hulpvragers nemen een actieve en participerende positie op in de hulpverleningsrelatie, waarbij hun competenties en kunnen niet onderschat worden (Aertgeerts, et al, 2014).

Doorheen het schrijfproces van deze bachelorproef heb ik een **eigen visie** over patiëntgericht handelen ontwikkeld. De patiënt centraal stellen binnen de hulpverlening impliceert in mijn ogen dat er een goede communicatie is tussen de teamleden, maar ook met de patiënt zelf. Wanneer we als teamleden allemaal op dezelfde lijn zitten, wordt de zorg voor de patiënt een gemeenschappelijk doel. Maatschappelijk werkers hebben de taak om de andere disciplines te wijzen op het nut en de waarde van het sociaal netwerk, wat naar mijn mening nog steeds te weinig gebeurt. Tijdens mijn stageperiode op GC0 heb ik opgemerkt dat de hulpvraag van patiënten niet altijd even realiseerbaar is. Om die reden vind ik het ook belangrijk om rekening te houden met de noden, wensen en behoeften van de context waarin de patiënt zich bevindt. Daarnaast plaatst men de doelen die men als team bepaalt. De doelstelling is dan om ervoor te zorgen dat er een evenwicht ontstaat tussen de belangen van de cliënt en zijn context enerzijds, en de belangen van de professionals anderzijds. Hierbij haal ik opnieuw het voorbeeld aan van de patiënte met de doorligwonden. Vanuit medisch perspectief is het prioriteit om de doorligwonden te genezen, maar vanuit sociaal perspectief kan er gesteld worden dat het prioriteit is om de echtgenoot aan te leren hoe hij zelf doorligwonden kan verzorgen of hoe er preventief kan gehandeld worden om deze te voorkomen. Op die manier wordt er ook rekening gehouden met de belangen van de echtgenoot.

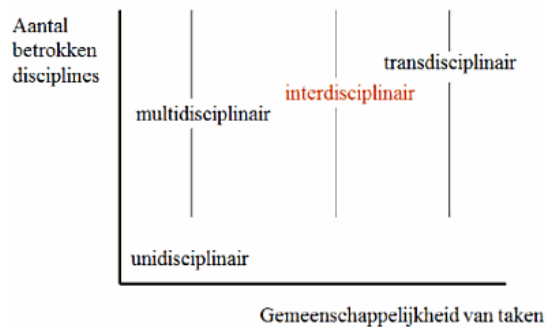
5.2.3 Een gemeenschappelijk kader en doelstellingen hanteren

Interdisciplinariteit vraagt dat een team samenwerkt volgens een **gemeenschappelijke methodiek** aan een vooropgestelde opdracht (Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg, 1997). Binnen GC0 zou deze opdracht kunnen geformuleerd worden als "een integrale hulpverlening aan de geriatrische patiënt en zijn context bieden". De algemene opdracht kan dan per patiënt aangevuld

worden met, vanuit de hulpvraag vertrekkende, doelstellingen. Bij deze gezamenlijke doelstellingen dient het team zich te focussen op een gemeenschappelijk begrippenkader en taalgebruik in verband met het menselijk functioneren (Vyt, 2012, p.13).

Door deze gemeenschappelijke opdracht kunnen er **overlappen** ontstaan in het takenpakket van de disciplines. Hoewel dit binnen een professionele context veeleer als negatief wordt beschouwd, haalt Vyt (2012) aan dat overlappen binnen een interdisciplinaire setting begrijpelijk en onvermijdelijk zijn. Er zouden rolconflicten kunnen ontstaan, maar wanneer de hulpverleners de overlappen accepteren worden deze niet als disfunctioneel beschouwd, maar daagt het de teamleden net uit tot het uitbreiden van hun competenties.

Wie schrijft voor dat enkel een maatschappelijk werker zich kan bezighouden met psychosociale ondersteuning? Wie bepaalt dat enkel een kinesitherapeut zich richt op het mobiliseren van patiënten? **Verschillende competenties bundelen** en leren kijken vanuit een ander hulpverlener-perspectief stelt een team in staat een diepgaandere en bredere zorg te kunnen bieden. Zo kan een maatschappelijk werker al wandelend een gesprek voeren met de patiënt en hierdoor de kinesitherapeut ondersteunen bij de mobilisatie van de desbetreffende patiënt. Anderzijds zou de ergotherapeut zich tijdens de ADL-training ook kunnen focussen op de sociale context van patiënten. Wanneer de disciplines enkel blijven denken en handelen vanuit hun eigen beroepspraktijk, wordt de holistische mensvisie tenietgedaan, en is er geen sprake van interdisciplinariteit. Vanaf het moment dat er een echte gemeenschappelijkheid is in taken, en men intens samenwerkt aan de vooropgestelde doelen, dan pas is er sprake van een interdisciplinair samenwerkingsverband (Vyt, 2012).



Figuur 3. Situering van interdisciplinair samenwerken. Uit Interdisciplinair en interprofessioneel samenwerken in gezondheid en welzijn (p.13), door A. Vyt, 2012, Antwerpen: Garant.

5.2.4 Naar consensus streven

Teamdiversiteit is een vereiste voor interdisciplinair samenwerken (Tsakitzidis & Van Royen, 2012). Toch heeft de aanwezigheid van verschillende hulpverleners binnen een team ook een keerzijde. Elke discipline heeft namelijk zijn eigen visie op een bepaalde problematiek, wat maakt dat het niet onoverkomelijk is dat deze verschillende visies soms niet in overeenstemming zijn met elkaar. Om die reden is

het belangrijk dat er altijd een **consensus** wordt nagestreefd (Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg, 1997).

Het begrip consensus wordt vaak verward met unanimititeit of compromis, maar niets is minder waar. Een consensus is namelijk **overeenstemming** in verschillende meningen of ideeën bereiken (Van Dale, 2015). Concreet betekent dit dat het team de verschillende standpunten van de hulpverleners grondig gaat bespreken tot wanneer er een besluit wordt gevormd waar ieder teamlid zich in kan vinden. Hierbij is het wel belangrijk dat elke discipline open staat voor het bereiken van een consensus, hoewel dit niet betekent dat hij zijn ideeën volledig achter zich moet laten (Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg, 1997).

5.2.5 Beroepsgeheim bewaren

Hubeau, et al (2013, p.11) definiëren **beroepsgeheim** als *“een verplichting tot geheimhouding voor iedere persoon die, in het kader van zijn beroep of krachtens zijn staat, vertrouwelijke informatie van de hulpvrager (cliënt, patiënt) toevertrouwd krijgt. Het gaat hier om een zwijgplicht verbonden aan een vertrouwensrelatie”*.

De **maatschappelijke positie** van een sociaal werker impliceert dat de hulpverlener de principes van vertrouwelijkheid moet handhaven ten opzichte van de hulpvrager. Dit houdt onder meer de plicht tot geheimhouding van gegevens in. In een samenwerkingsverband mag de maatschappelijk werker enkel gegevens doorgeven die betrekking hebben tot de hulpvraag van de patiënt, en wanneer de regelgeving strikt gevolgd wordt, mogen slechts enkel gegevens verzameld worden die verband houden met de hulpvraag (Stappers, 2015). Naar mijn gevoel is de wetgeving hier redelijk streng in. Wanneer wij, als maatschappelijk werkers, enkel gegevens mogen verzamelen die betrekking hebben tot de hulpvraag, blijft onze hulpverlening redelijk beperkt. Het is niet altijd eenvoudig om een constructieve vertrouwensrelatie op te bouwen met cliënten, dus kan het in een exploratieve fase handig zijn om eerst zaken te bespreken die minder relevant zijn voor de hulpverlening, maar die wel kunnen bijdragen een goede vertrouwensband op te bouwen.

Hoe vertaalt dit zich nu binnen een interdisciplinaire ziekenhuiscontext? Binnen deze setting is er sprake van het **gezamenlijk beroepsgeheim**, wat een verlengde is van gedeeld beroepsgeheim. Een voorbeeld van gedeeld beroepsgeheim is wanneer een maatschappelijk werker binnen een ziekenhuis gegevens uitwisselt met het OCMW waarbij een patiënt in schuldbemiddeling is. Beide personen treden immers op namens dezelfde patiënt en zijn in dezelfde mate gebonden aan het

beroepsgeheim. Er worden enkel gegevens uitgewisseld die noodzakelijk zijn binnen de hulpverleningscontext, mét toestemming van de patiënt (Hubeau, et al, 2013).

Een interdisciplinair team is gebonden aan het gezamenlijk beroepsgeheim. Een team heeft nood aan een totaalbeeld van de patiënt en dit kan enkel door informatieoverdracht. Doordat het beroepsgeheim zegt dat in een samenwerkingsverband enkel noodzakelijke informatie mag doorgegeven worden, is dit eigenlijk niet mogelijk. Om die reden gebruikt men binnen het gezamenlijk beroepsgeheim de term **relevante gegevens** in plaats van noodzakelijke gegevens, wat niet betekent dat alle informatie mag doorgegeven worden (Hubeau, et al, 2013). Relevante gegevens zorgen ervoor dat het team concrete inzichten kan verwerven in de problematieken van patiënten (De Pooter, 2011). Zo mag er binnen deze context wel informatie uitgewisseld worden over de gebeurtenissen in het verleden die ervoor gezorgd hebben dat de patiënt in de hulpbehoevende situatie verkeert waarin hij zich vandaag bevindt.

5.2.6 Conclusie: Wat is interdisciplinair samenwerken?

Op basis van voorgaande auteurs en eigen ervaringen met interdisciplinariteit, heb ik een **persoonlijke visie** ontwikkeld over dit begrip. Voor mij is interdisciplinair samenwerken het samenvoegen van verschillende perspectieven, en vanuit deze op elkaar afgestemde perspectieven ontwikkelt men een gezamenlijke visie die deels discipline-overschrijdend is. Hierdoor gaan de grenzen tussen disciplines een beetje vervagen, maar blijft ieder teamlid wel zijn eigen specialisatie behouden. Er wordt een gemeenschappelijke doelstelling geformuleerd waar elke discipline naartoe werkt, en die rekening houdt met de hulpvraag van de patiënt en zijn context. Hierbij is het van belang dat elke discipline voldoende kennis heeft over de competenties van de andere disciplines, en is optimale communicatie tussen de teamleden tijdens het hulpverleningsproces noodzakelijk.

Aan de hand van een voorbeeld tijdens mijn stageperiode op GC0, kan ik het begrip interdisciplinair nog duidelijker maken:

Op GC0 werd een patiënt opgenomen die zich in een terminale situatie bevond. Hij had deze situatie aanvaard, maar de echtgenote wilde zich hier niet bij neerleggen. Tijdens het wekelijks teamoverleg werd beslist dat de maatschappelijk werker, ergotherapeut en verpleegkundige met het koppel ging praten. Het doel van het gesprek zou eruit bestaan om bij de echtgenote ziekte-inzicht te verwerven, zodat ze de terminale situatie van de patiënt zou kunnen aanvaarden.

Op het moment dat de drie verschillende disciplines samen een gesprek voerden, werkten ze niet meer als individu, maar als een **discipline-overschrijdend geheel** dat hetzelfde doel nastreefde. En dat is, naar mijn gevoel, echte interdisciplinaire samenwerking.

Interdisciplinair werken doet mij anderzijds ook denken aan het begrip **job-rotatie**. De Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen geeft volgende omschrijving aan dit begrip:

Het is een systeem waarbij werknemers in eenzelfde onderneming verschillende functies opnemen of verschillende takenpakketten op zich kunnen nemen in het kader van polyvalentie. Dit kan gebeuren omwille van verschillende redenen zoals het verbeteren van de kwaliteit van de arbeid, in het kader van levenslang leren en verticale en horizontale promotie, etc. (Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen, z.d., p.5).

Hoewel job-rotatie niet toepasbaar is binnen elke organisatie, ben ik van mening dat wanneer we deze omschrijving grondig analyseren, er een **interdisciplinaire visie in verwerkt** is. Aangezien interdisciplinariteit discipline-overschrijdend is, is dit te vergelijken met *het opnemen van verschillende takenpakketten*. Uiteraard is dit binnen een ziekenhuissetting niet zo extreem toe te passen als de oorspronkelijke betekenis van job-rotatie impliceert. Binnen de interdisciplinaire gezondheidszorg gaat het dan voornamelijk om het *ondersteunen* van bepaalde disciplines in hun functies.

5.3 Het interdisciplinair zorgplan

Deze scriptie richt zich voornamelijk op het **IPSIG-zorgplan**⁶. IPSIG is een module die ontstaan is door de samenwerking tussen verschillende hogescholen en de Universiteit van Antwerpen, waarbij laatstejaarsstudenten van verschillende opleidingen binnen de gezondheidszorg een week lang op een interdisciplinaire manier leren samenwerken met elkaar. (Tsakitidis & Van Royen, 2012).

Het zorgplan is een methodisch **plandocument** waarin informatieve gegevens verwerkt zijn inzake de voorgeschiedenis van de patiënt, hoe hij functioneert in het heden, en waarin concrete doelstellingen vanuit patiëntperspectief, die men binnen de hulpverlening wil bereiken, zijn opgenomen (Triepels & van der Lee, 2000). Concreet betekent dit dat het een schriftelijk document is waarin de zorg van patiënten gepland en opgevolgd wordt.

⁶ Een voorbeeld van het IPSIG-zorgplan is terug te vinden als bijlage.

Schematisch kan de inhoud van een zorgplan als volgende worden weergegeven:

A Vraagstelling	Vraag van cliëntperspectief
B Onderzoek	Voorgeschiedenis Persoonsbeeld Onderzoek Samenvattende beeldvorming Perspectief van de cliënt Hulpvraag (vertaling door de organisatie)
C Plan	Doelen Handelingsplan
D Uitvoering	Uitvoering
E Evaluatie	Evaluatie

Tabel 1. Uit Van hulpvraag naar zorgplan (p.93), door J. Triepels en C. van der Lee, 2000, Baarn: Uitgeverij H. Nelissen.

Op basis van de hulpvraag van de patiënt worden interdisciplinaire **doelen** opgesteld, die regelmatig bijgestuurd en geëvalueerd worden, afhankelijk van de evolutie van de patiënt. Vervolgens worden deze genoteerd in het zorgplan (Tsakitzidis & Van Royen, 2012).

Interdisciplinaire doelstellingen komen tot stand tijdens een **interdisciplinair overleg**, waarbij gebruik gemaakt wordt van het zorgplan. Dankzij dit overleg en de gemaakte afspraken weet elk teamlid wat er van wie verwacht wordt. Meestal wordt er een zorgbemiddelaar of contactpersoon aangeduid die de gemaakte afspraken en overige informatie meedeelt aan de desbetreffende patiënt (Tsakitzidis & Van Royen, 2012).

5.3.1 Doelstellingen zijn SMART-IC

Een doel wordt vaak te vaag geformuleerd, wat het moeilijk maakt om het doel te bereiken. Om die reden is **SMART** een handig hulpmiddel om te bekijken hoe doelstellingen geformuleerd moeten worden (Grit, 2011).

Specifiek – Het doel is grondig en gedetailleerd beschreven, waardoor duidelijk wordt wat men precies wil bereiken.

De mobiliteit van Patiënt X moet verhoogd worden.

Meetbaar – Men moet achteraf kunnen controleren of het gewenste resultaat bereikt is.

Patiënt X moet opnieuw zelfstandig door de gang kunnen stappen.

Aanwijsbaar/acceptabel – Aanwijsbaar verwijst naar wie er verantwoordelijk is voor de doelstelling. Daarnaast moet het ook acceptabel zijn voor degene die het dient uit te voeren.

Patiënt X moet dankzij gangrevalidatie van de kinesitherapeut en ergotherapeut, opnieuw zelfstandig door de gang kunnen stappen.

Realistisch – Er moet grondig nagedacht worden of het doel realiseerbaar is.

Patiënt X moet dankzij gangrevalidatie van de kinesitherapeut en ergotherapeut, met behulp van een rolmobiel door de gang kunnen stappen. (Helemaal zelfstandig was omwille van de problematiek van de patiënt niet meer realistisch)

Tijdsgebonden – Tegen wanneer moet het doel bereikt zijn?

Patiënt X moet dankzij gangrevalidatie van de kinesitherapeut en ergotherapeut, na drie weken, met behulp van een rolmobiel door de gang kunnen stappen.

In principe kunnen er nog twee extra letters aan SMART worden toegevoegd, namelijk **I** en **C**. Ik heb mij gebaseerd op een bestaande auteur, maar daarnaast zijn de letters ook ingevuld met mijn eigen interpretatie.

Inspirerend	Inspirerende en positieve doelen geven hulpvragers extra motivatie om ervoor te gaan. <i>Patiënt X moet dankzij gangrevalidatie van de kinesitherapeut en ergotherapeut, na drie weken, met behulp van een rolmobiel door de gang kunnen stappen, wat ervoor zorgt dat een terugkeer naar huis mogelijk is.</i>
Competentie-verhogend	Competentie-verhogende doelstellingen zorgen ervoor dat er wordt gefocust op wat de patiënt nog allemaal kan. <i>Patiënt X moet dankzij gangrevalidatie van de kinesitherapeut en ergotherapeut, na drie weken, met behulp van een rolmobiel door de gang kunnen stappen, wat ervoor zorgt dat een terugkeer naar huis mogelijk is. De hulpverleners motiveren hem hierin door te focussen op wat hij nog allemaal kan.</i>

(Centrum Voor Afstandsonderwijs, z.d.)

En kan de doelstelling nu nog meer interdisciplinair?

Patiënt X moet dankzij gangrevalidatie van de kinesitherapeut en ergotherapeut, na drie weken, met behulp van een rolmobiel door de gang kunnen stappen, wat ervoor zorgt dat een terugkeer naar huis mogelijk is. De hulpverleners motiveren hem hierin door te focussen op wat hij nog allemaal kan. De maatschappelijk werker kan dit proces extra ondersteunen door tijdens gesprekken samen met de patiënt op de gang te gaan wandelen en hem extra te motiveren.

5.4 Good practices en knelpunten

Om een beeld te krijgen hoe men elders werkt, heb ik interviews afgenomen met Greet Van Mechelen, hoofd Patiëntbegeleiding te Revarte, en Tom Baert, hoofd Sociale Dienst te AZ Nikolaas.

5.4.1 Goede praktijken

Interdisciplinair werken is voor Revarte één van de kernopdrachten van het ziekenhuis. Om ervoor te zorgen dat elke betrokken discipline voldoende op de hoogte is van het takenpakket van de anderen, krijgen nieuwe medewerkers **infosessies** of lopen zij eens mee met de verschillende disciplines (G. Van Mechelen, persoonlijke communicatie, 3 april 2015).

Binnen AZ Nikolaas krijgen nieuwe medewerkers een **peter** of **meter** aangeduid die hen wegwijs maakt in de werking van het ziekenhuis en de verschillende medewerkers die er tewerkgesteld zijn.

"Het is wel een langdurig proces geweest om ervoor te zorgen dat elke discipline voldoende kennis had over de andere disciplines. Voornamelijk de afstemming tussen de maatschappelijk werker en psycholoog was niet altijd even duidelijk" (T. Baert, persoonlijke communicatie, 15 mei 2015).

Tijdens het interdisciplinair overleg hanteert Revarte het **SAMPC-model**, wat wordt gebruikt om het interdisciplinair team voor te bereiden. Het is de bedoeling dat elke discipline dit voor het overleg heeft ingevuld in het elektronisch medisch dossier. Dit is zeker een meerwaarde omdat zij op die meer kansen creëren om mogelijke doelstellingen en acties te bespreken. Het kan wel zijn dat de arts dit tijdens het overleg nog even kort overloopt, maar eigenlijk is het de bedoeling dat elke discipline dit, vooraleer het overleg start, naleest zodat zij op de hoogte zijn van de medische en paramedische evolutie van de patiënt (G. Van Mechelen, persoonlijke communicatie, 3 april 2015).

AZ Nikolaas voerde enkele jaren geleden de **SBAR-communicatiemethodiek** in om een aanzet te geven tot interdisciplinaire samenwerking. Ook werden alle multidisciplinaire teams binnen het ziekenhuis **gescreend**. Aan de hand van deze screening werden alle knelpunten, waarmee teams te maken hebben, in kaart gebracht (T. Baert, persoonlijke communicatie, 15 mei 2015).

"We merken dat SBAR een goed middel is om interdisciplinariteit te verzekeren. Het wordt nu vooral op verpleegkundig niveau gebruikt, maar we streven ernaar dit nog specifiek te gebruiken op teamvergaderingen" (T. Baert, persoonlijke communicatie, 15 mei 2015).

Uit beide interviews kan ik concluderen dat er moeite gedaan wordt om interdisciplinariteit te introduceren, maar dat dit **niet eenvoudig** is. Het is een weg met vallen en opstaan, maar wat maakt interdisciplinair samenwerken zo moeilijk?

5.4.2 Knelpunten

Tsakitzidis en Van Royen (2012, p.60) geven een aantal oorzaken die aan de basis liggen van een moeizame interdisciplinaire samenwerking:

- Teams hanteren te vaak onrealistische doelstellingen, waarbij de huidige situatie onvoldoende is geanalyseerd;
- Een gebrek aan tijd, respect en slechte timing vormen ook een obstakel;
- Sommige teams zijn niet gemotiveerd om samen te werken;
- Team zijn onvoldoende getraind en opgeleid om correct interdisciplinair samen te werken.

Wat interdisciplinariteit zo moeilijk maakt op GC0 is niet zozeer het opstellen van onrealistische doelstellingen, maar eerder het ontbreken van doelstellingen. Het algemeen doel is wel degelijk een optimale hulpverlening bieden aan de patiënt, maar dit wordt niet verder geconcretiseerd. Er wordt niet geformuleerd waar het team naartoe wil werken. De oorzaak hiervan is niet het ontbreken van de wil om ze op te stellen, maar eerder de enorme tijdsdruk waar de afdeling mee te maken heeft. Er dienen maar liefst vierentwintig patiënten besproken te worden op twee uur tijd, wat maakt dat er niet altijd tijd is om de patiënt grondig te bespreken.

6 Van theorie naar praktijk. Een innovatieproject op GCO

“Gebruik professionaliteit op een creatieve manier”
(Scholte, Sprinkhuizen & van Deur, 2013, p.46).

De anamnese is afgenomen en de diagnose is gesteld. Het is dus tijd om over te schakelen naar de **behandeling**. Dit hoofdstuk vormt een belangrijke omschakeling in mijn bachelorproef. Alle theoretische inzichten die u doorheen de vorige hoofdstukken heeft verworven, worden nu omgezet in de praktijk. De puzzel wordt stilaan compleet.

6.1 Theoretische onderbouwing van het project

Dit innovatieproject is tot stand gekomen in samenspraak met mijn stagementor, Annemie Wuytack, en hoofdverpleegkundige Karolien Brangers. Een efficiëntere aanpak van de hulp- en dienstverlening op de afdeling was een must, zowel tijdens het MDO als tijdens de hulpverlening algemeen (K. Brangers, persoonlijke communicatie, 2 februari 2015).

Afgelopen maanden heb ik met eigen ogen gezien dat wanneer zorgvragen complexer zijn, een nauwere samenwerking tussen de betrokken hulpverleners noodzakelijk is. Op basis van eigen observaties en interpretaties besloot ik om de focus te leggen op de communicatie en effectiviteit van het team, om zo de samenwerking te verhogen. Daarom heb ik bewust gekozen voor het invoeren van methodieken die gebaseerd zijn op interdisciplinaire principes. Ik wilde methodieken, die ontstaan zijn vanuit *out of the box thinking*, creatief ombuigen naar innoverende werkwijzen die patiëntgericht zijn, en tot doel hebben de communicatie en teameffectiviteit te verhogen.

Concreet kan ik stellen dat het project bestaat uit twee fases en een afsluitende evaluatieperiode.

De eerste onderzoeksvraag luidt: “**Hoe ervaren hulpverleners van GCO de samenwerking op de afdeling?**”. Via dit onderzoek peil ik naar de ervaringen binnen het personeelskader. Aan de hand van vragenlijsten en interviews onderzocht ik:

- In welke mate elke actor geïnformeerd is over de taken van de anderen;
- Hoe men het wekelijks teamoverleg ervaart;
- Wat de persoonlijke visie op multi- en interdisciplinariteit is;
- Wat de *good practices* en uitdagingen van de afdeling zijn.

Aan de hand van de vragenlijsten én persoonlijke observaties heb ik een analyse gemaakt, wat de basis vormde voor het uitschrijven van nieuwe werkwijzen. Dit brengt ons bij de tweede onderzoeksvraag, en de eigenlijke probleemstelling van deze bachelorproef: **“Hoe kan GCO een interdisciplinaire praktijk invoeren om de communicatie en teameffectiviteit te optimaliseren?”** Gedurende een maand werden deze zelf uitgewerkte methodieken uitgetest op de desbetreffende afdeling.

De derde en laatste fase van dit project is de **evaluatie** en praktische haalbaarheid. Aan de hand van persoonlijke ervaringen en bevragingen bij de participanten ga ik na of de door mij uitgeschreven methodieken wel degelijk een effect hadden op de communicatie en teameffectiviteit.

6.2 De samenwerking vanuit een hulpverleners-perspectief

Binnen dit onderdeel komen de antwoorden van het personeelskader van GCO aan bod. **Zeventien hulpverleners uit verschillende disciplines** hebben ongeveer een halfuur de tijd genomen om de vragenlijst in te vullen. Om de anonimiteit van deze personen te waarborgen, gebruik ik geen namen in de resultaten en werk ik met percentages.

6.2.1 Kennis en visie over de beroepspraktijk van elke discipline

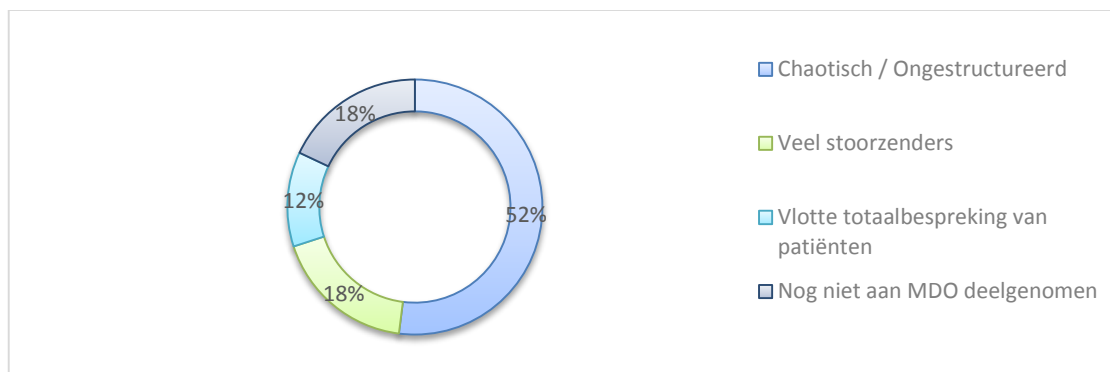
Vraag 1 – Wat zijn de kerntaken van elke discipline?

Geriaters
Een ruime 65% van de respondenten haalt aan dat een diagnose stellen de kerntaak is van de geriaters. Op basis van de diagnose zal hij de patiënt behandelen en verder opvolgen. Daarnaast is er een kleine 23% van de respondenten dat stelt dat hij de eindverantwoordelijke en leider is van het multidisciplinair team. <i>“Dokter Miguel stelt een diagnose aan de hand van onderzoeken” (Hulpverlener GCO, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i>
Verpleegkundige
Alle respondenten halen aan dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor de algemene verzorging van de patiënt. Hiertoe behoren onder meer de dagelijkse verzorging, hygiënische zorgen, medicatietoediening en bloedafnames. Vervolgens stelt 60% van de hulpverleners dat hij een belangrijke ondersteuningsbron is binnen de psychosociale begeleiding van hulpvragers. <i>“Verpleegkundigen hebben ook geregeld ondersteunende gesprekken met patiënten en hun familie” (Hulpverlener GCO, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i>

Maatschappelijk werker
<p>Maar liefst 81% van de respondenten beschouwen de maatschappelijk werker als coördinator binnen de ontslagplanning van patiënten. Hij bekijkt samen met hulpvragers en hun netwerk wat de mogelijkheden zijn bij ontslag uit het ziekenhuis, en regelt en coördineert alle praktische zaken die hierbij aan bod komen. Daarentegen haalt slechts 25% aan dat psychosociale hulpverlening één van zijn kerntaken is.</p> <p><i>"De maatschappelijk werker heeft een goed contact met de patiënt en zijn familie om een optimaal netwerk in de thuiszorg op te bouwen" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p>
Ergotherapeut
<p>Stimuleren van zelfredzaamheid binnen algemene dagelijkse activiteiten van patiënten wordt door 81% van de respondenten aangehaald als dé kerntaak van de ergotherapeut. Cognitieve <i>testing</i> aan de hand van een MMSE wordt door 43% van de hulpverleners beschouwd als andere belangrijke taak.</p> <p><i>"De ergotherapeut bevordert de zelfstandigheid van patiënten aan de hand van ADL-oefeningen en geheugentraining" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p>
Kinesitherapeut
<p>De mobiliteit van patiënten optimaliseren wordt door 82% van de respondenten aangehaald als kerntaak van de kinesitherapeut. Dit gebeurt door middel van gangrevalidatie en groepssessies in de revalidatiezaal. Slechts 19% van de hulpverleners beschouwen het bevorderen van spierkracht als andere belangrijke taak.</p> <p><i>"De kinesitherapeut biedt zorg op maat aan de patiënt en toont aan dat beweging, hoe klein deze ook is, gezond is voor hen, en hen vooruit kan helpen" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p>
Klinisch apotheker
<p>Over het takenpakket van de klinisch apotheker is er een eensgezindheid binnen het team. Elke respondent haalt aan dat alles wat met medicatie te maken heeft, de kerntaak is van de apotheker. Dit impliceert onder andere het nakijken van de thuismedicatie, vermijden van polyfarmacie en dit opvolgen gedurende de gehele ziekenhuisopname.</p> <p><i>"De klinisch apotheker volgt de medicatie van de behandeling op, in samenwerking met de arts" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p>
Logopedist
<p>Ook over het takenpakket van de logopedist is er een eensgezindheid binnen het team. Alles wat met de slikfunctie van patiënten te maken heeft, wordt door elke respondent als kerntaak beschouwd. Daarentegen wordt het behandelen van spraakproblematieken slechts door 38% erkend als kerntaak.</p> <p><i>"De logopedist begeleidt patiënten bij slikproblemen en biedt hulp bij spraakmoeilijkheden" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p>

6.2.2 Het multidisciplinair teamoverleg

Vraag 2 – Hoe ervaart u het verloop van het wekelijks teamoverleg?



Figuur 4. Ervaring verloop MDO

Uit bovenstaande grafiek is af te leiden dat een ruime **70%** van de respondenten het wekelijks teamoverleg negatief ervaart. Dit komt onder meer door een chaotisch verloop, het ontbreken van structuur en de aanwezigheid van stoorzenders.

Met het ontbreken van structuur impliceren de hulpverleners dat de verschillende disciplines niet duidelijk aan bod komen, er teveel van de kwestie wordt afgeweken en er geen concreet start uur is. De aanwezigheid van stoorzenders verwijst naar het regelmatig afgaan van telefoons.

"Frequente onderbrekingen, waaronder telefoons en persoonlijke anekdotes, kunnen de teambesprekingen flink doen uitlopen. Hierdoor is er dikwijls verslachte aandacht" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).

"Het is altijd wachten of er MDO is en wanneer, wat frustrerend is aangezien dit absoluut niet doeltreffend is. Er is geen structuur om een patiënt te bespreken, teveel stoorzenders van ons allemaal en er worden zaken besproken die totaal niets met patiënten te maken hebben" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).

Daarentegen ervaart **12%** van de respondenten het wekelijks teamoverleg wel positief. Zij halen aan dat alles correct wordt overlopen en er een totaalbeeld van de patiënten geschetst wordt. De overige **18%** van de hulpverleners was niet in de mogelijkheid deze vraag te beantwoorden, aangezien zij nog niet aan een MDO hebben deelgenomen.

6.2.3 Persoonlijke visie over multi- en interdisciplinariteit

Vraag 3 – Stel, u bent beleidsmedewerker en krijgt de kans om een nieuwe omschrijving te geven aan *multidisciplinaire* en *interdisciplinaire* samenwerking. Welke zaken zouden er dan zeker in moeten voorkomen?

Multidisciplinaire samenwerking
<p>Een goede en efficiënte communicatiecultuur wordt door 82% van de hulpverleners aangehaald als vereiste voor een multidisciplinaire samenwerking. Dit impliceert onder meer een duidelijke informatieoverdracht tijdens de wekelijkse teamvergaderingen.</p> <p><i>"Het is belangrijk dat er een goede communicatie plaatsvindt waarbij de ene discipline de andere aanvult, zodat we over een kwaliteitsvolle totaalzorg kunnen spreken" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p> <p>Ook het belang van algemene principes zoals respect voor elkaar en gemaakte afspraken wordt door 35% van de respondenten beschouwd als noodzakelijk binnen een beschrijving van multidisciplinariteit.</p> <p><i>"Multidisciplinaire samenwerking vraagt niet enkel respect voor gemaakte afspraken, maar ook respect voor ieders expertise" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p>
Interdisciplinaire samenwerking
<p>Volgens 65% van de respondenten is het bij interdisciplinariteit belangrijk om samen te werken over de grenzen van de disciplines heen. Dit vraagt onder meer open communicatie, duidelijke doelen, en het grondig opvolgen van de vooruitgang die andere disciplines boeken met de patiënt.</p> <p><i>"Alle disciplines werken met hun eigen methodiek samen om dezelfde doelstelling te bereiken. Dit gebeurt efficiënt door middel van een vlotte, regelmatige, open communicatie tussen de verschillende disciplines. Ieder heeft zijn eigen taken en verantwoordelijkheden waardoor een brede waaier van zorg wordt aangeboden aan de patiënt. Dit resulteert in een efficiënt zorgtraject waardoor de zorgvrager optimaal behandeld wordt" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p> <p>Een kleine 12% van de hulpverleners meent echter dat multi- en interdisciplinariteit identiek dezelfde betekenis hebben.</p> <p><i>"Ik twijfel altijd, maar is multidisciplinair eigenlijk niet hetzelfde als interdisciplinair?" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p> <p>De overige 23% van de respondenten kon echter geen beschrijving geven aan interdisciplinaire samenwerking.</p> <p><i>"Ik weet eigenlijk echt niet wat dit betekent" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</i></p>

6.2.4 Good practices en uitdagingen inzake de multidisciplinaire samenwerking

Vraag 4 – Beschrijf kort enkele zaken die u positief ervaart aan de multidisciplinaire samenwerking. Geef daarnaast enkele uitdagingen voor de afdeling.

Good practices
<p>Een ruime 60% van de respondenten is lovend over het sociaal-emotionele aspect van de werking op GC0. Zo wordt er onder andere aangehaald dat er een positief werkklimaat heerst op de dienst en dat iedereen op elkaar kan rekenen wanneer dit nodig is. Ook het feit dat er zowel jonge als oudere hulpverleners zijn binnen het team, wordt als positief ervaren.</p> <p><i>"We zijn een team met zowel net afgestudeerde hulpverleners als hulpverleners die al jaren in het vak zitten. Dit is een meerwaarde aangezien we van elkaar kunnen bijleren in functie van nieuwe technieken of specifieke observaties "</i> (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</p> <p>De aanwezigheid van een wekelijks MDO wordt door 24% van de hulpverleners aangehaald als meerwaarde van de afdeling. 35% van de respondenten daarentegen vindt dat er een goede onderlinge communicatie heerst tussen de verschillende disciplines.</p> <p><i>"Er is een vlotte communicatie tussen de disciplines. Iedereen weet met hun kwaliteiten waarover ze spreken"</i> (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</p>
Uitdagingen
<p>Een efficiënter MDO wordt door 47% van de respondenten aangehaald als dé uitdaging voor GC0. Dit impliceert niet enkel een duidelijkere informatieoverdracht tussen de verschillende disciplines, maar ook het wegwerken van stoorzenders en aanbrengen van structuur.</p> <p><i>"Het is een uitdaging om de informatie duidelijker te kanaliseren tussen elkaar. De inschatting van de disciplines komt nu nog te weinig naar voor, maar het is belangrijk om tegen het einde van de ziekenhuisopname toch op één lijn te zitten"</i> (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</p> <p>Daarnaast vraagt 35% van de respondenten om een nauwere samenwerking tussen verschillende disciplines. Zo kan de ergotherapeut meer ondersteuning bieden aan de verpleegkundigen en kan er naast een MDO nog een afzonderlijk overleg plaatsvinden tussen enkele disciplines om de zorg nog meer op elkaar af te stemmen.</p> <p><i>Er is nood aan een nauwere samenwerking tussen verpleegkundigen en paramedici want we werken af en toe nog teveel naast elkaar</i> (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 17 maart 2015).</p> <p>Er werden ook nog enkele andere voorstellen gedaan:</p> <ul style="list-style-type: none">- Het invoeren van een <i>white board</i> waarbij elke discipline zijn advies kan duiden;- Een betere communicatie van de geriater naar de patiënt toe.

Op basis van de vragenlijsten stel ik volgende **conclusies**:

- Men beschikt over een vrij goede kennis inzake de kerntaken van de verschillende disciplines;
- Men heeft nood aan meer structuur en efficiëntie binnen het wekelijks MDO;
- Men stelt open communicatie centraal binnen de persoonlijke visies op multi- en interdisciplinariteit;
- Men weet niet altijd even goed wat het verschil is tussen multi- en interdisciplinariteit;
- Men kaart een duidelijke informatieoverdracht aan als grootste uitdaging, maar anderzijds vindt men dat er open wordt gecommuniceerd tussen de verschillende disciplines;

6.3 De samenwerking vanuit het eigen perspectief

Gedurende vier maanden heb ik de samenwerking op GC0 nauwlettend geanalyseerd. Zo heb ik onder andere meegelopen met, en informatie gevraagd aan elke discipline, een MDO geobserveerd en een analyse opgesteld aan de hand van het teamdoelmatigheidsmodel.

6.3.1 Observatie van het MDO

Op 17 februari 2015 heb ik een teamoverleg van GC0 geobserveerd. Aangezien een vergadering een gemiddelde duurtijd heeft van twee uur, schets ik slechts één voorbeeld van het verloop.

Aanwezigen - Geriater, hoofdverpleegkundige, zoneverpleegkundigen, sociale dienst, ergotherapeut, kinesitherapeut en klinisch apotheker

Omwille van de privacy van de patiënten te beschermen en het beroepsgeheim, gebruik ik fictieve namen.

Het veronderstelde start uur van het MDO is 10.00u, maar het werkelijke aanvangsuur was 10u11. Daarnaast is er gestart vooraleer iedereen aanwezig was. Zo waren onder andere de kinesitherapeut, ergotherapeut en de zoneverpleegkundige te laat.

De hoofdverpleegkundige kondigt de patiënt aan, waarna ze zich richt naar de geriater.

"Marianne Maes, opgenomen afgelopen vrijdag, aerosol gestopt, Aricept opgestart en de thuismedicatie mag blijven doorgenomen worden. Dokter, dient daar iets speciaals mee te gebeuren?"

Het overleg wordt even onderbroken door de zone-verpleegkundige die het vergaderlokaal binnenstapt. Vervolgens starten de geriater en de klinisch apotheker een conversatie met elkaar over de medicatie, waarna de maatschappelijk werker en de ergotherapeut bijtreeden. De verschillende disciplines worden niet afzonderlijk bevraagd, waardoor iedereen een beetje door elkaar praat. De ergotherapeut voert een conversatie met de maatschappelijk werker over de patiënt, waarna de klinisch apotheker bijtreedt. Vervolgens krijgt de geriater telefoon. Hij beantwoordt deze terwijl het overleg bezig is, de anderen vergaderen verder. Vervolgens vraagt de geriater aan de ergotherapeut of zij een MMSE kan afnemen bij de patiënt, en de maatschappelijk werker dient de familie te contacteren voor contextverbreding. Daarna krijgt de klinisch apotheker telefoon en beantwoordt deze. Naar het einde van de bespreking toe, vat de hoofdverpleegkundige de gemaakte afspraken kort samen.

Uit het MDO kan ik **afleiden** dat er een duidelijke structuur ontbreekt. Hierdoor begint iedereen door elkaar te praten, wat het soms moeilijk maakt om bij de les te blijven. Drie hulpverleners waren te laat, maar ben er mij ook van bewust dat dit veroorzaakt kan worden doordat de vergadering niet op tijd was gestart. Er wordt geen concreet doel gesteld waar men met de patiënt naartoe wil werken, maar er worden wel concrete taakafspraken gemaakt. Ten slotte vormen telefoons die afgaan, een storend element binnen het teamoverleg.

6.3.2 Analyse aan de hand van het teamdoelmatigheidsmodel

Aangezien ik niet enkel de focus wil leggen op de optimalisatie van de communicatie, heb ik een analyse gemaakt aan de hand van het teamdoelmatigheidsmodel om te bekijken waar op het gebied van teameffectiviteit nog beter kan.

Doelen	Ik weet niet zeker of er binnen GC0 altijd duidelijke doelen aanwezig zijn. Ik ben ervan overtuigd dat zij optimale zorg willen bieden aan de patiënten, maar dit wordt niet verder geconcretiseerd. Er wordt niet altijd specifiek vermeld waar zij naartoe willen werken met de zorgvrager.
Taken en rollen	Hoewel concrete doelstellingen niet altijd aanwezig zijn, worden er wel regelmatig duidelijke afspraken gemaakt over wie wat gaat doen. Deze gemaakte afspraken worden ook altijd nageleefd.

Procedures	Er worden algemene procedures gehanteerd door het team, waaronder de aanmeldingsprocedure van patiënten bij een psychiatrische instelling en de procedure wanneer er een ziekenhuisbacterie is vastgesteld bij een patiënt, maar binnen het teamoverleg zijn er geen concrete spelregels aanwezig. Er is geen vast ritme in het verloop.
Persoonlijke verhoudingen	Op gebied van onderlinge relaties zit het zeker goed. Uiteraard zijn er soms meningsverschillen, maar ik ben er mij ook wel van bewust dat dit in meerdere teams zo is. Wanneer er een discussie is, denk ik niet dat dit veroorzaakt wordt door persoonlijke kwesties, maar eerder door het ontbreken van duidelijke doelstellingen en spelregels.

Ik merk dat het op gebied van communicatie en teameffectiviteit enerzijds wel goed zit, maar anderzijds zie ik ook **mogelijkheden tot verbetering**. Op basis van het MDO en het teamdoelmatigheidsmodel, wil ik het formuleren van duidelijke doelstellingen introduceren, meer structuur aanbrengen in het overleg en duidelijke spelregels opstellen voor het MDO.

6.4 Creatieve innovaties ter verbetering van de samenwerking

Op basis van de resultaten vanuit de twee eerder besproken perspectieven, heb ik een aantal interdisciplinaire methodieken uitgewerkt die tot doel hebben de communicatie en teameffectiviteit te **optimaliseren**. Daarnaast zijn deze werkwijzen ook gebaseerd op een vijftal basiscompetenties van interdisciplinair samenwerken:

- Efficiënt samenwerken en correct verwijzen via inzicht in de competenties, bevoegdheden en beperkingen, doelgroepen en werkmethoden van verschillende gezondheidswerkers;
- Goed communiceren en overleggen in een interdisciplinair team met oog voor inbreng van anderen en gericht op groepsrendement;
- Een interdisciplinair zorgplan opstellen en hierover goed communiceren met collega's en andere gezondheidswerkers;
- Interdisciplinaire communicatie, besluitvorming en zorgplanning evalueren op doelmatigheid;
- Problemen bij interdisciplinair werken anticiperen, identificeren en remediëren (Vyt, 2012, p.9).

6.4.1 Inzetbaarheidsmatrix

Opzet en doel van de methodiek

De inzetbaarheidsmatrix⁷ is gebaseerd op de principes van job-rotatie. Door zelf een matrix op te stellen wilde ik de hulpverleners van GC0 laten zien voor welke taken ze beroep kunnen doen op de andere disciplines. Bovendien heb ik de nodige creativiteit hierin verwerkt door *out of the box* te denken en grondig te bekijken waarin elke discipline de andere disciplines kan ondersteunen in taken die op het eerste zicht niet helemaal tot hun verondersteld takenpakket behoren.

Aangezien het te uitgebreid zou zijn om elke taak van elke discipline in de matrix te verwerken, heb ik mij beperkt tot de taken die de disciplines zelf aangaven als belangrijk. Hoewel ik bij de vragenlijsten geen onderscheid gemaakt heb tussen de hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen en zorgkundigen, heb ik dit nu wel gedaan.

Gedurende vier weken lang werd de inzetbaarheidsmatrix uitgehangen op verschillende locaties op de afdeling. Deze was raadpleegbaar voor iedereen.

Evaluatie van de methodiek

De inzetbaarheidsmatrix werd door de teamleden als positief ervaren. Het gaf de gelegenheid om blik-verruimend aan de slag te gaan, en het was duidelijk wat de taken waren van elke discipline.

"Het is duidelijk en stimuleert om ruimer te denken dan enkel in je eigen domein" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

"De matrix geeft een duidelijk overzicht wie met welke materie bezig is. Concrete winst: verpleegkundigen doen nu sneller beroep op de kinesitherapeut en ergotherapeut met betrekking tot transfers" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

6.4.2 Groepsintakegesprek

Opzet en doel van de methodiek

Tijdens de afname van de vragenlijsten is de vraag naar een nauwere samenwerking tussen verschillende disciplines meermaals aan bod gekomen. Aangezien ik tijdens mijn stageperiode opmerkte dat er een aantal overeenkomstige uitgangspunten zijn tussen de maatschappelijk werker en ergotherapeut, kreeg ik het idee om deze twee disciplines intenser met elkaar te laten samenwerken. Beiden focussen sterk op de

⁷ De zelf ontworpen inzetbaarheidsmatrix is terug te vinden als bijlage.

context waarin de patiënt zich bevindt, welke activiteiten hij nog zelf kan en waar hij professionele hulpverlening voor nodig heeft.

Een tijdje later ontstond het groepsintakegesprek⁸ dat enkele doelen had:

- Een duidelijker beeld creëren van het takenpakket van de andere discipline;
- Een eerste aanzet geven tot het formuleren van duidelijke doelstellingen;
- Concretere informatie kunnen uitwisselen naar patiënten, familie en teamleden toe.

Binnen het gesprek komen verschillende thema's aan bod, waaronder sociaal netwerk en omkadering, huisvesting, activiteiten in het dagelijks leven gekoppeld aan professionele thuishulpverlening en mantelzorg, formulering van de hulpvraag en toekomstvisie vanuit patiëntperspectief. Daarnaast heb ik een evaluatieluik verwerkt in het invulsjabloon. Hierdoor hadden de maatschappelijk werker en ergotherapeut enerzijds de gelegenheid om na het intakegesprek cognitieve en sociale aandachtspunten te bespreken, maar anderzijds was dit ook een moment waarop interdisciplinaire, ergotherapeutische en sociale doelstellingen werden geformuleerd.

Het groepsintakegesprek werd drie maal uitgetest, waarna telkens een verslag werd opgesteld in C2M dat zichtbaar was voor elke discipline.

Evaluatie van de methodiek

De nauwere samenwerking tussen de maatschappelijk werker en ergotherapeut werd positief ervaren door het team. Zo zorgde de combinatie van de competenties van beide disciplines niet enkel voor een deskundigere observatie, maar kreeg de patiënt ook de mogelijkheid om zelf te formuleren welk einddoel hij voor ogen heeft.

"We evalueerden het gesprek, wat ons de mogelijkheid gaf om zelf nog doelen op te stellen die het einddoel zoveel mogelijk helpen verwezenlijken" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

"Je krijgt een ruimer beeld van de patiënt, wat het grote voordeel geeft om gerichtere informatie door te geven aan collega's" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

6.4.3 InterdiSciBAR 2015: Een interdisciplinair zorgplan gebaseerd op de principes van IPSIG, SAMPC en SBAR

Opzet en doel van de methodiek

In het kader van interdisciplinariteit kon een interdisciplinair zorgplan niet ontbreken. Het had enigszins logisch geweest als ik een bestaand zorgplan had uitgekozen, zoals

⁸ Een invulsjabloon van het groepsintakegesprek is terug te vinden als bijlage.

het IPSIG-zorgplan, maar ik wilde net dat tikkeltje meer. Ik wilde een zorgplan ontwikkelen dat volledig op maat is van GC0.

Het zorgplan is gebaseerd op de principes van IPSIG, SAMPC en SBAR. Ik heb deze drie methodieken volledig uit elkaar gehaald, wat tot het ontstaan van InterdiSciBAR 2015⁹ heeft geleid. Het jaartal 2015 is erbij geplaatst om enkele redenen. Allereerst is het zorgplan ontstaan in het jaar 2015. Vervolgens ben ik van mening dat zorg bieden en hulpverlening in het algemeen een gegeven is dat voortdurend evolueert. Problematieken worden anders en er ontstaan voortdurend nieuwe methoden. Om die reden vind ik dat innoveren een proces is dat voortdurend doorgaat en nooit stopt. We moeten blijven investeren in kwaliteitsvolle en moderne hulpverlening die uitgaat van de noden en behoeften van patiënten. Het zou kunnen dat in 2016 de gezondheidszorg alweer helemaal veranderd is. Daarom dient dit zorgplan ook regelmatig aangepast te worden om zo te blijven inspelen op het voortdurend veranderende werkveld. Zo kan bijvoorbeeld iemand anders dit plan volgend jaar weer optimaliseren en kan er gesproken worden van InterdiSciBAR 2016.

Elk van de componenten waarop InterdiSciBAR 2015 gebaseerd is, is gelijkwaardig aanwezig in het zorgplan. Zo wordt SAMPC gebruikt als rapportagetechniek, maar dan aangepast aan de werkwijze van GC0. Zo werd het psychisch luik toegevoegd aan activiteit en mobiliteit, aangezien de psycholoog niet aanwezig is op het MDO en de ergotherapeut de MMSE afneemt. Het communicatieonderdeel is toegevoegd aan zowel het somatische, activiteiten en maatschappelijke luik doordat de logopedist sporadisch aanwezig is op het wekelijks overleg. De communicatiemethodiek SBAR werd toegevoegd aan de deelvragen van het zorgplan, en het IPSIG-zorgplan diende als uitgangspunt voor het formuleren van interdisciplinaire doelstellingen en taakafspraken.

Hoewel er bij de opstelling van een zorgplan ook een zorgbemiddelaar wordt aangeduid die als vaste contactpersoon van de patiënt optreedt, was het een bewuste keuze om dit binnen InterdiSciBAR 2015 niet te doen. Ik vertrek vanuit het principe dat elk teamlid de rol van zorgbemiddelaar op zich kan nemen, en zij allemaal informatie kunnen doorgeven aan de zorgvrager en zijn sociaal netwerk.

Met dit zorgplan wilde ik enkele doelen bereiken:

- Het formuleren van heldere patiëntgerichte doelstellingen;
- Het maken van duidelijke taakafspraken;
- Het creëren van een totaalbeeld van de patiënten;
- Een concretere informatieoverdracht waarborgen naar patiënten, sociaal netwerk en teamleden toe.

⁹ Het invulsjabloon van InterdiSciBAR 2015 is terug te vinden als bijlage.

Gedurende drie teamvergaderingen werd het interdisciplinair zorgplan uitgetest. Het plan werd telkens tijdens het overleg opgemaakt in C2M, wat daarna voor elke discipline raadpleegbaar was.

Evaluatie van de methodiek

InterdiSciBAR 2015 werd positief onthaald door het team van GC0, maar het was zonder twijfel de methodiek die de grootste veranderingen met zich teweegbracht. Dankzij het zorgplan werden er min of meer doelstellingen geformuleerd, maar soms werd er vergeten deze verder te concretiseren.

"Er moet zeker nog op geoefend worden. Bij de patiënten waar we dit wel deden was het duidelijk waar we met ons allen naartoe moeten werken. Toch denk ik dat velen onder ons meer op C2M moeten kijken om hier voordeel uit te kunnen halen" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

Op gebied van taakafspraken zat het vooraleer de start van het project al goed, en dat is doorheen het innovatieproces ook zo gebleven. De taken werden goed afgesproken en genoteerd in het zorgplan.

"De taakafspraken gaven ons een goed overzicht van wat er nog diende te gebeuren tegen het volgende overleg" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

InterdiSciBAR 2015 leverde een concreter totaalbeeld op van patiënten. De rapportage zorgde ervoor dat de gehele context werd bekeken en dat de patiënt systematischer werd besproken.

"Op een bepaald moment van het teamoverleg had ik echt het gevoel dat onze patiënten uitgebreid werden besproken" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

Ten slotte wilde ik met het zorgplan een betere informatieoverdracht waarborgen naar zowel patiënten, sociaal netwerk als teamleden toe. Dit is deels gelukt, maar er werd door enkele hulpverleners aangehaald dat dit enkel kan wanneer elk teamlid C2M leert openen en gebruiken. Daarentegen zijn de positieve effecten toch zichtbaar.

"De concretisering zorgde ervoor dat er naar patiënten en families toe eenduidiger gecommuniceerd werd. Ook had dit een positieve invloed binnen het verpleegkundig team. Zo was er een betere patiënt-overdracht van de middagploeg naar de late ploeg doordat de aanwezige zone-verpleegkundige de input vanuit het zorgplan bracht" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

6.4.4 Multi-interdisciplinair overleg

Opzet en doel van de methodiek

Uit de vragenlijsten van de teamleden van GC0, en vanuit mijn eigen observaties, kon ik afleiden dat het aanbrengen van structuur tijdens het wekelijks MDO noodzakelijk was. Daarom heb ik het concept *M-IDO* bedacht, wat moet bijdragen tot het creëren van structuur en spelregels die het teamoverleg doeltreffender maken. De term M-IDO verwijst naar een multidisciplinair team dat een interdisciplinaire werkwijze gaat uittesten. GC0 zit in een transitiefase en is een team dat momenteel in een overgang zit van multidisciplinair naar interdisciplinair.

Ik heb enkele spelregels opgesteld die de eigenlijke infrastructuur vormen van het vernieuwde teamoverleg:

- Wij maken gebruik van InterdiSciBAR 2015, waarbij er elke week een andere coördinator en verslaggever is;
- Wij beginnen om 10u;
- Wij beantwoorden onze telefoons niet tijdens het overleg en bellen later terug;
- Wij zijn zowel lichamelijk als mentaal aanwezig op het team;
- Wij zijn allemaal gelijkwaardig ten opzichte van elkaar;
- Wij hebben het recht onze eigen mening te uiten;
- Wij luisteren op een actieve en geïnteresseerde manier naar elkaar;
- Wij weten dat een koffieklets tijdens de pauze is, niet tijdens het overleg;
- Wij zijn op de hoogte van het takenpakket van de andere disciplines;
- Wij analyseren situaties vanuit een patiëntperspectief;
- Wij helpen de andere disciplines waar we kunnen;
- Wij weten dat het geen kwaad kan om af en toe eens tegen een collega te zeggen "Hé, ik ben blij da gij in mijn team zit!"

De spelregels werden gedurende drie teamvergaderingen ingevoerd, en elke discipline heeft een uitgeprint exemplaar gekregen bij de aanvang van het eerste M-IDO.

Evaluatie van de methodiek

Het M-IDO was een wisselend succes. Sommige zaken werden goed opgevolgd, maar andere dan weer niet. De aanwezigheid van structuur hing af van naargelang wie de coördinator was en in welke mate de betrokken aanwezigen de spelregels naleefden.

"De eerste helft van het overleg was telkens zeer goed: het was concreet en we kregen een duidelijk beeld van de patiënt. De tweede helft verliep minder gestructureerd waardoor de inhoud wat verloren ging. Op gebied van tijd is er misschien geen echte verbetering, maar qua inhoud des te meer, wat ik belangrijker vind" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

"Het is jammer dat de dokter de telefoon bleef opnemen om zaken te regelen voor patiënten. Dit stoort enorm en dan is de structuur weg. Toch werden de spelregels in grote lijnen nageleefd en wisten we hoe alles moest verlopen" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

6.5 Het effect op communicatie en teameffectiviteit

Op 12 mei 2015 heb ik een M-IDO geobserveerd om te bekijken of de communicatie en teameffectiviteit positief geëvolueerd is. Aangezien een vergadering een gemiddelde duurtijd heeft van twee uur, schets ik slechts één voorbeeld van het verloop.

Aanwezigen - Geriater, hoofdverpleegkundige, zoneverpleegkundigen, sociale dienst, ergotherapeut, kinesitherapeut en klinisch apotheker

Omwille van de privacy van de patiënten te beschermen en het beroepsgeheim, gebruik ik fictieve namen.

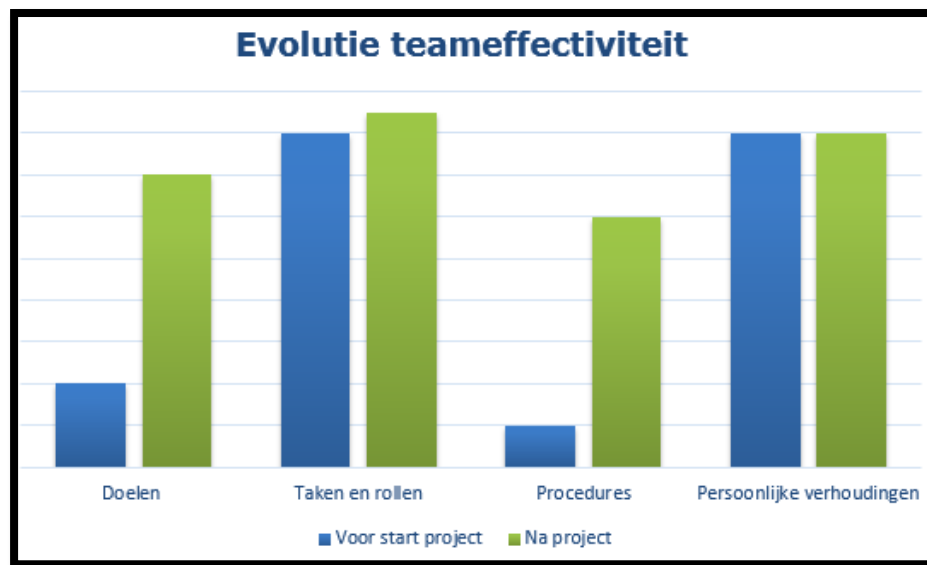
Het veronderstelde start uur van het M-DO is 10.00u, maar het werkelijke aanvangsuur was 10u19. Iedereen was aanwezig bij de start.

De kinesitherapeut kondigt de eerste patiënte aan.

"Kamer 301, Marie Polfliet, opgenomen op woensdag 6 mei omwille van een val in haar badkamer waardoor zij een heupfractuur heeft opgelopen. In het verleden is ze al verschillende keren gevallen, en daarnaast is ze diabetespatiënte. Op gebied van mobiliteit kan ik al meegeven dat mevrouw nog zeer veel pijn heeft, wat het revalideren zeer moeilijk maakt."

Ondertussen noteert de ergotherapeut alles in het zorgplan. Vervolgens vraagt de kinesitherapeut of er op medisch vlak al iets bekend is over de patiënte. De geriater, hoofdverpleegkundige, zone-verpleegkundige en klinisch apotheker geven hun bevindingen en uiten hun mening. Soms loopt dit nog een beetje door elkaar, maar het is wel al meer gestructureerd. Vervolgens vraagt de kinesitherapeut aan de maatschappelijk werker hoe de thuissituatie is van de patiënte. Zij doet haar uitleg, waarna de andere disciplines informatie geven over sociale zaken die zij nog hebben opgevangen. De telefoon van de geriater gaat af en neemt deze op, waardoor de structuur van het overleg verloren gaat. Iedereen begint door elkaar te praten, maar de kinesitherapeut weet tijdig in te grijpen. Na het beëindigen van het telefoongesprek vraagt zij wat de algemene doelstelling is van het team. Na grondig overleg wordt volgende doelstelling geformuleerd: "We houden allemaal nauwlettend de evolutie van de patiënte in de gaten, en stimuleren zoveel mogelijk naar zelfstandigheid om een ontslag naar huis te waarborgen". Vervolgens wordt er afgesproken dat de maatschappelijk werker de huidige thuiszorgdiensten contacteert om te bekijken hoe zij de thuissituatie van de patiënte ervoeren.

De teameffectiviteit is ook opnieuw beoordeeld aan de hand van het teamdoelmatigheidsmodel.



Figuur 5. Evolutie teameffectiviteit

Op basis van de analyse van het M-IDO en het teamdoelmatigheidsmodel, kan ik stellen dat de communicatie en teameffectiviteit wel degelijk **positief** zijn geëvolueerd. Er worden in de meeste situaties doelen geformuleerd, maar soms kunnen deze nog verder geconcretiseerd worden. Op gebied van taakafspraken zat het al goed, en dat is ook zo gebleven. Toch een lichte evolutie aangezien deze nu ook daadwerkelijk genoteerd worden in het zorgplan. Vervolgens zorgden de spelregels voor de aanwezigheid van een procedure, maar deze werd nog niet helemaal gevolgd. Ten slotte zijn de persoonlijke verhoudingen hetzelfde gebleven.

Op gebied van communicatie is er een betere informatieoverdracht tussen de verschillende disciplines. Er wordt een **totaalbeeld** van patiënten geschetst, waardoor de disciplines weten wat er zowel op biologisch, sociaal als psychologisch vlak speelt.

6.6 Algemene terugblik op het project

Het innovatieproject was een hele **belevenis**. Gedurende een maand werden interdisciplinaire methodieken uitgetest, maar deze methodieken konden enkel zijn wat ze nu zijn door een voorbereiding van drie maanden. Tijdens deze drie maanden diende er een goedkeuring verkregen te worden van de Commissie van Medische Ethiek voor de uitvoering van het project, zijn er een tweetal infosessies gegeven aan het team van GCO om de opzet van het project te schetsen, moesten vragen opgesteld en regelmatig bijgestuurd worden, en dienden deze vragenlijsten

zorgvuldig geanalyseerd worden. Een heel proces dus. Gedurende dit proces ben ik op enkele succesfactoren en knelpunten gebotst.

Wat heeft bijgedragen tot het succes van het innovatieproject was het **enthousiasme** van het team van GC0. Bijna elke hulpverlener wilde zich inzetten om dit project positief te laten verlopen. Daarnaast waren zij zeer **behulpzaam** door het invullen van de vragenlijsten, regelmatig feedback te geven op de methodieken en mee te evalueren wat goed ging en wat minder.

Het grootste knelpunt waar ik op gebotst ben is **tijd**. Het is moeilijk om op een maand tijd de werkwijze van een team, dat al jaren op dezelfde manier werkt, volledig te veranderen. Ik was er mij dan ook van bewust dat ik enkel een aanzet kon geven tot innovatie, en het team interdisciplinaire methodieken kon aanreiken die zij achteraf een verdere invulling kunnen geven.

De invoering van het **zorgplan** was misschien wel het moeilijkste proces van het gehele project. Hoewel het eerste deel van het eerste teamoverleg zeer goed ging, was het tweede deel dat absoluut niet. Het tweede teamoverleg verliep eveneens niet vlot, en ik merkte op dat het voor het team een hele opgave was om te wennen aan InterdiSciBAR 2015. Om die reden heb ik na het tweede overleg kleine aanpassingen gemaakt in het zorgplan, waardoor het een beetje vereenvoudigd werd. Dit had duidelijk zijn effect aangezien het derde teamoverleg opnieuw veel vlotter verliep. Er werden mooie en concrete doelstellingen opgesteld bij een deel van de patiënten. De verslaggeving daarentegen zou nog beter kunnen. C2M voorziet namelijk (nog) geen gedigitaliseerd invulsjabloon, wat ervoor zorgde dat week na week per patiënt het zorgplan moest geknipt en geplakt worden in het dossier.

De aanzet is in ieder geval gegeven, en daar ben ik heel **tevreden** over. Het is nu aan GC0 om de pijnpunten aan te pakken, en te blijven investeren in zichzelf!

"Het succes van dit project zal afhangen van de mate waarin we het nu verderzetten. Je hebt een heel goede aanzet gegeven die we gaan verderzetten en verfijnen" (Hulpverlener GC0, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

7 Hoe kan het beter? Tijd voor aanbevelingen!

Aangezien de behandeling een hele opgave was, is het moment aangebroken om de **nazorg** van deze bachelorproef aan te vatten. Aan de hand van persoonlijke ervaringen, formuleer ik adviezen, gericht op hulpverleners, ziekenhuizen en beleidsmakers, waar ze moeten op letten bij de invoering van nieuwe methodieken en hoe het nog beter zou kunnen.

7.1 Ter attentie van de hulpverleners

Ik heb een project uitgevoerd op GC0, maar eigenlijk zou elke hulpverlener die tewerkgesteld is binnen de gezondheidszorg, maar ook binnen de welzijnssector, een project kunnen uitvoeren om de teameffectiviteit en communicatie te optimaliseren. Het is vooral essentieel om te blijven **investeren in verbetering** en te kijken hoe men als team kan blijven evolueren. Daarentegen is het ook belangrijk om **zorg te dragen voor de anderen** en te **kiezen voor een geleidelijke aanpak**. Nieuwe werkwijzen zijn altijd wennen, en daarom is het verstandig om collega's tijd te geven zich hieraan aan te passen. Dit kan door de methodieken stap per stap in te voeren.

Om de inzetbaarheidsmatrix optimaal te kunnen benutten is het belangrijk dat men deze als hulpverlener **kritisch onder de loep** neemt, en kijkt of de informatie allemaal correct is. Bij twijfel is het geen schande om dit met de projectleider te bespreken. Het is zelfs positief, aangezien daaruit blijkt dat de desbetreffende persoon zich optimaal wil inzetten voor het innovatieproces.

Om voordeel te kunnen halen uit het groepsintakegesprek en interdisciplinair zorgplan, is het van belang dat **C2M correct gebruikt wordt**. De verslagen, doelstellingen en taakafspraken worden telkens opgemaakt in het elektronisch dossier, maar wanneer deze niet worden nagekeken door de andere hulpverleners, heeft dit geen gunstig effect op de communicatie naar de patiënt en zijn sociaal netwerk toe.

De spelregels van het M-IDO daarentegen hebben enkel hun effect wanneer elk teamlid deze regels respecteert. Ik besef dat het **veranderen van routineuze gedragspatronen** niet vanzelfsprekend is en veel aanpassing vraagt. Het zou interessant zijn wanneer alle hulpverleners samen rond de tafel zitten en elke spelregel kritisch bekijken. Zo kan iedereen zijn mening uiten over de regels, en kan er bij tegenstrijdige visies eventueel een consensus worden nagestreefd.

7.2 Ter attentie van de ziekenhuizen

Een échte aanzet tot interdisciplinariteit is, naar mijn gevoel, het **competentie-denken**. Wanneer ziekenhuizen meer denken in termen van competenties in plaats van termen van functies, worden werknemers uitgedaagd om meerdere taken op zich te nemen. Zoals Verschuere (2014) aanhaalt is er nood aan competentie-denken waarbij patiënten, cliënten, maar ook hulpverleners aangesproken worden op wat men nog allemaal kan, en niet op wat men niet kan. Dit kan echter enkel en alleen wanneer elke discipline over een eigen **competentieprofiel** beschikt. Ik heb opgemerkt dat er niet van elke discipline, die binnen AZ Nikolaas tewerkgesteld is, een competentieprofiel bestaat. Zo ontbreekt er onder andere een functiebeschrijving van de geriater en maatschappelijk werker. Het zou interessant zijn om met deze hulpverleners rond de tafel te zitten en, in samenspraak met hen, een competentieprofiel op te stellen. Hierdoor weten de hulpverleners wat hun specifiek mandaat is, en is het voor de andere disciplines duidelijk voor welke zaken zij beroep kunnen doen op deze hulpverleners. Dit zou onder andere het opstellen van een inzetbaarheidsmatrix aanzienlijk vereenvoudigen.

Het zou een meerwaarde zijn wanneer het zorgplan kan gedigitaliseerd worden binnen C2M. Zoals ik eerder aangaf, was het een hele opgave om elke week het plan te knippen en te plakken van het ene dossier naar het andere. Door het **uitbreiden van de mogelijkheden van C2M** kan er een invulsjabloon verwerkt worden in het medisch dossier, wat voor efficiëntie en een aanzienlijke tijdswinst zou zorgen.

Wat ik geleerd heb is dat het uitwerken en uittesten van methodieken, zoals InterdiSciBAR 2015 en het groepsintakegesprek, veel **tijd** vraagt. Daarom is het essentieel dat ziekenhuizen de nodige tijd geven aan projectleiders om een optimaal project op te starten. Het is belangrijk dat er goede resultaten worden geboekt, maar dit kan enkel wanneer de projectleiders de kans krijgen om dit grondig aan te pakken.

7.3 Ter attentie van de beleidsmakers

Het zou een meerwaarde zijn wanneer de overheid een **competentiebeleid ontwikkelt op maat van de gezondheidszorg**. Uit eigen ervaringen kan ik stellen dat het competentie-denken binnen ziekenhuizen een heuse zoektocht is dat veel energie vraagt. Niet elke discipline is bevoegd om een bepaalde taak uit te voeren, maar door wat puzzelwerk en *out of the box thinking* kan er wel uitgezocht worden hoe een bepaalde discipline een andere discipline kan ondersteunen in een bepaalde taak. Wanneer de overheid hier werk van maakt, en ik weet dat ze al enorm veel moeite gedaan hebben om dit in andere organisaties in te voeren, kan dit gunstige effecten hebben op de werking van ziekenhuizen, waarbij de werknemers worden

uitgedaagd om taken op zich te nemen waarvan ze eerst dachten dat ze dit nooit zouden kunnen doen. Een methodiek dat hier baat bij zou hebben is de inzetbaarheidsmatrix.

AZ Nikolaas kan het zorgplan digitaliseren binnen C2M, maar de beleidsmakers kunnen misschien nog een stap verder gaan door een **e-zorgplan** te implementeren binnen een ziekenhuissetting. Momenteel wordt deze tool gebruikt binnen complexe thuiszorgsituaties. De personen die betrokken zijn in de hulpverleningssituatie krijgen toegang tot het elektronisch zorgplan. Dit heeft onder meer een gunstig effect op de communicatie tussen de desbetreffende patiënt, mantelzorgers en professionele thuishulpverleners (SEL GOAL, 2014a). Naar mijn gevoel kan het een meerwaarde zijn om het e-zorgplan ook te integreren voor patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. Zo zouden het sociaal netwerk en aanwezige thuishulpverleners het hulpverleningsproces van de zorgvrager op de voet kunnen volgen door middel van een programma of website.

8 Besluit

“Ik ben blij dat jij in mijn team zit!”

Vier maanden lang heb ik mij afgevraagd hoe GC0 een interdisciplinaire praktijk kan invoeren om communicatie en teameffectiviteit te optimaliseren. Ik heb u meegenomen doorheen verschillende theoretische en praktische kaders om samen met mij het antwoord te vinden. Binnen elk hoofdstuk zaten puzzelstukjes verstopt die samen het antwoord vormen op mijn probleemstelling.

Een onderzoek kan enkel succesvol zijn wanneer er een goede **anamnese** wordt afgenomen. Zo gaf het GC0-verkennend hoofdstuk ons een beeld van de werking van de afdeling. Het multidisciplinair team, bestaande uit verschillende hulpverleners met ieders hun eigen specialisatie, staat dagelijks in voor de medische en paramedische zorgen van de hulpvrager. Ze komen wekelijks een tweetal uur samen op het MDO om het zorgproces van de patiënten te evalueren en bij te sturen. De maatschappelijk werker heeft binnen dit team een belangrijke rol als coördinator binnen het ontslagbeleid van de hulpvrager. Hij beschikt namelijk over de competenties om, samen met de patiënt en zijn context, te bekijken wat de mogelijkheden zijn bij ontslag uit het ziekenhuis.

Nadat de anamnese ons inzicht gaf in GC0, was het tijd om over te schakelen naar de **diagnose**. Hierbij was het noodzakelijk om de probleemstelling uit elkaar te halen en ons te verdiepen in de verschillende kernelementen. Er werden verschillende theoretische kaders uitgewerkt inzake communicatie, teameffectiviteit en interdisciplinariteit. Dit was noodzakelijk omdat er onmogelijk een project kan opgestart worden, dat de teameffectiviteit en communicatie verbetert door middel van interdisciplinaire praktijken, als we niet duidelijk weten wat elk van deze begrippen concreet inhoudt.

Een goede interne communicatiecultuur zorgt ervoor dat teams efficiënter kunnen samenwerken, verhoogt de betrokkenheid en teamgeest, en zorgt ervoor dat het behalen van positieve resultaten zeker en vast haalbaar is. Om dit te waarborgen maakt men binnen AZ Nikolaas gebruik van de SBAR-communicatiemethodiek. Het is een hulpmiddel om de communicatie over patiënten tussen verschillende hulpverleners te optimaliseren en structureren. Daarnaast kunnen de verschillende disciplines met elkaar communiceren via het elektronisch platform C2M, en kan de SAMPC-rapportagetechniek hierbij als hulpmiddel dienen.

Samenwerken als team vraagt motivatie, hulpvaardigheid, het nastreven van een positieve omgang met elkaar, verbondenheid en het principe van geven en nemen. Aan deze voorwaarden kan enkel voldaan worden wanneer een team effectief is. De effectiviteit van een team wordt bepaald door de mate waarin er duidelijke doelen, taken en procedures aanwezig zijn, maar ook de persoonlijke verhoudingen spelen een belangrijke rol.

Interdisciplinariteit vormde het laatste theoretisch inzicht dat nodig was om over te schakelen naar de praktijk. Het gaat een stap verder als multidisciplinariteit aangezien men als interdisciplinair team intenser samenwerkt. De perspectieven van verschillende hulpverleners worden samengevoegd, en vanuit deze op elkaar afgestemde perspectieven ontwikkelt men een gezamenlijke visie die deels discipline-overschrijdend is. De hulpverleners blijven hun eigen specialisatie behouden, maar kunnen een ondersteunende rol spelen in het takenpakket van de andere disciplines. Er wordt een gemeenschappelijke doelstelling geformuleerd waar iedereen naartoe werkt, en die rekening houdt met de hulpvraag van de patiënt en zijn context. Dit vraagt van hulpverleners dat zij voldoende kennis hebben over de competenties van de andere disciplines, en is een optimale communicatiecultuur noodzakelijk.

De diagnose gaf ons een duidelijk beeld van wat elk kernelement inhoudt. Hierdoor hadden we genoeg informatie om de **behandeling** aan te vatten. Het was tijd om alle theoretische kaders om te zetten naar de praktijk!

Tijdens het innovatieproject had ik twee onderzoeksvragen centraal gesteld. Enerzijds wilde ik te weten komen hoe de hulpverleners van GC0 de huidige samenwerking ervaren, en anderzijds wilde ik een definitief antwoord krijgen op de vraag hoe GC0 interdisciplinariteit kan gebruiken om de communicatie en teameffectiviteit te bevorderen. Op basis van vragenlijsten, interviews en persoonlijke observaties, heb ik vier methodieken uitgewerkt die, naar mijn gevoel, grotendeels het antwoord vormen op mijn probleemstelling.

Zo was er allereerst de inzetbaarheidsmatrix die de hulpverleners inzicht gaf in het takenpakket van de andere disciplines. Vervolgens werd het groepsintakegesprek ontwikkeld, dat als doel had de expertise van de ergotherapeut en maatschappelijk werker te bundelen. Het was ook een eerste aanzet tot het expliciet formuleren van interdisciplinaire doelstellingen. De grootste innovatie was InterdiSciBAR 2015, een interdisciplinair zorgplan gebaseerd op de principes van IPSIG, SAMPC en SBAR. Hierdoor werden heldere patiëntgerichte doelstellingen en taakafspraken opgesteld, een totaalbeeld van de hulpvragers geschetst, en een concretere informatieoverdracht naar patiënten, sociaal netwerk en teamleden toe

gewaarborgd. Ten slotte werden de spelregels van het multi-interdisciplinair overleg ingevoerd. Deze dienden als de *infrastructuur* van het team en moesten leiden tot meer structuur tijdens het overleg.

Deze methodieken zijn grondig geëvalueerd, waaruit ik kan besluiten dat ze wel degelijk hun effect hadden op de teameffectiviteit en communicatie. Er is een evolutie op gebied van doelen en procedures, maar bij beiden is er nog ruimte om te groeien. De interne communicatie is er alleen maar op vooruit gegaan, wat dan de communicatie naar externen toe, enkel ten goede komt. De aanzet tot innovatie is gegeven, maar nu is het aan GCO om deze werkwijzen verder te ontwikkelen.

Toch zag ik nog mogelijkheden tot verbetering. Daarom was er de **nazorg** om enkele extra adviezen te geven aan hulpverleners, ziekenhuizen en beleidsmakers. Zo is het onder andere belangrijk om als hulpverlener te blijven investeren in verbetering en te kijken hoe men als team kan blijven evolueren. Voor de overheid kan het een meerwaarde zijn om een competentiebeleid te ontwikkelen dat volledig op maat is van de gezondheidszorg. Dit zou namelijk het opstellen van een inzetbaarheidsmatrix aanzienlijk vereenvoudigen. Ook de invoering van het e-zorgplan binnen ziekenhuiscontexten kan leiden tot zeer gunstige effecten.

Alle puzzelstukjes zijn samengelegd en het antwoord op de probleemstelling is gevormd. De voornaamste zaken die ik onthoud is dat het allereerst belangrijk is om inzicht te hebben in de thema's waarrond men gaat werken. Vervolgens moet men weten hoe de huidige samenwerking wordt ervaren door de hulpverleners. Op basis van de analyse van al deze gegevens kunnen dan methodieken worden uitgewerkt die gebaseerd zijn op de principes van de verschillende kaders. Ten slotte moet men kritisch kijken naar hoe het *nog* beter zou kunnen.

9 Literatuurlijst

- Aertgeerts, B., Faber, M., Hellings, J., Pijnenburg, M., Vankrunkelsven, P., & Wollersheim, H. (2014). Patiëntgerichtheid als kernkwaliteit van de Vlaamse gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 70(3), pp. 117-122.
- Arteveldehogeschool. (2015). *Bachelor in de logopedie of audiologie*. Geraadpleegd op 28 mei 2015, <http://www.arteveldehogeschool.be/bachelor-de-logopedie-en-de-audiologie/afstudeerrichtingen>
- ArtEZ hogeschool voor de kunsten. (2012). Begrippen en definities van interdisciplinair werken. *ArtEZ finals 2012 magazine*, 1, pp. 19.
- AZ Nikolaas. (2005). *Functiebeschrijving en competentieprofiel: Hoofdverpleegkundige* [Interne nota]. Sint-Niklaas: AZ Nikolaas.
- AZ Nikolaas. (2011). *Functiebeschrijving en competentieprofiel: Verpleegkundige* [Interne nota]. Sint-Niklaas: AZ Nikolaas.
- AZ Nikolaas. (z.d.). *Missie*. Geraadpleegd op 2 maart 2015, <http://www.aznikolaas.be/missie>
- Baert, T. (2007). *Sociale dienst AZ Nikolaas* [brochure]. Sint-Niklaas: AZ Nikolaas.
- Bouman, F., & Koomans, M. (2006). *Teamleiderschap*. Zaltbommel: Thema.
- Centrum Voor Afstandsonderwijs. (z.d.). *Change management* [Cursus]. Antwerpen: Centrum Voor Afstandsonderwijs.
- Chierkoet, R. (2006). *Multidisciplinair samenwerken in het ingebouwd maatschappelijk werk*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Choi, B., & Pak, A. (2008). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, interdiscipline distance, and selection of discipline. *Clinical and Investigative Medicine*, 31(1), pp. 41-48.
- Cornille, A. (2013). *SAV II: Gespreksmethodieken* [Cursus]. Antwerpen: Karel de Grote-Hogeschool.

Cornille, A., & Vandermarliere, H. (2013). *Inleiding Maatschappelijk Werk* [Cursus]. Antwerpen: Karel de Grote-Hogeschool.

De Cuyper, K. (2014). *Communicatie in de zorg: aandacht voor overdracht, bespreking en stoorzenders* [Interne nota]. Sint-Niklaas: AZ Nikolaas.

De Neve, P. (2015). *Dankzij samenwerking kunnen we de hulpvraag van de patiënt beter opnemen*. Geraadpleegd op 17 april 2015, <http://www.desleutel.be/professionals/item/2429-dankzij-samenwerking-kunnen-we-de-hulpvraag-van-de-patient-beter-opnemen>

De Pooter, C. (2011). *Artsen en niet-artsen: een gedeeld beroepsgeheim?*. Geraadpleegd op 27 mei 2015, <http://www.ordomedic.be/data/CDP%20-%20Artsen%20en%20niet.pdf>

De Valck, K. (2014). *Organisatieontwikkeling en kwaliteitszorg* [Cursus]. Antwerpen: Karel de Grote-Hogeschool.

Engers, A., Geilen, M., Köke, A., & van Wilgen, P. (2007). *Graded Activity. Een gedragsmatige behandelmethodede voor paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ensie. (2015). *Samenwerken*. Geraadpleegd op 2 april 2015, <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/samenwerken>

ERSV Limburg. (2011). *Zorg op maat voor iedere patiënt in Limburg*. Geraadpleegd op 23 april 2015, http://www.ersvlimburg.be/upload/40157148/downloads/pom2011-1_7-zorgopmaat_4.pdf

Fedweb. (2013). *Interne communicatie*. Geraadpleegd op 28 maart 2015, http://www.fedweb.belgium.be/nl/over_de_organisatie/communicatie/over_de_federale_communicatie/interne_communicatie/#.VVpeavntmko

Grit, R. (2011). *Project management* (6de ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Heijen, H., & Slaats, I. (2009). *Professioneel hulpverleners. De gespreksmethodiek*. Assen: Van Gorcum.

- Holstvoogd, R. (2008). *Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk*. AK Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hubeau, B., Mertens, J., Put, J., Roose, R., Stas, K., & Vander Laenen, F. (2013). *Omgaan met beroepsgeheim*. Mechelen: Wolters Kluwer Belgium.
- Jansen, J.W. (2012). *Verpleegkundige overdracht: De SAMPC-methodiek*. Geraadpleegd op 4 maart 2015, <http://janwillemjansen1.blogspot.be/2012/11/verpleegkundige-overdracht-de-sampc.html>
- Johnson, L., McCann, V., & Zimbardo, G. (2009). *Psychologie: een inleiding* (6de ed.). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Knippels, L. (2009). *Holistische mensvisie in de gezondheidszorg: Behandeling van klachten*. Geraadpleegd op 4 april 2015, <http://loekknippelsacademie.nl/wp-content/uploads/2011/02/holistische-mensvisie.pdf>
- Mariaziekenhuis vzw. (2012). *Onthaalbrochure geriatrie*. Geraadpleegd op 12 februari 2015, http://www.mariaziekenhuis.be/sites/default/files/geriatrie_onthaalbrochure.pdf
- Online Talent Manager. (2012). *Samenwerken*. Geraadpleegd op 2 april 2015, <http://hetcompetentiewoordenboek.nl/mensgerichtheid/week-12-samenwerken/>
- Orde van Geneesheren. (2015). *Klinisch apotheker in een ziekenhuis*. Geraadpleegd op 28 mei 2015, <http://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/klinisch-apotheker-in-een-ziekenhuis>
- ParsTempus. (2011). *Het teameffectiviteitsmodel*. Geraadpleegd op 8 april 2015, <http://parstempus.nl/files/Teameffectiviteitsmodel.pdf>
- Pelemans, W. (2002). *Geriatrisch profiel*. Geraadpleegd op 2 maart 2015, http://www.geriatrie.be/mediastorage/FSDocument/89/deel01_hoofstuk02_nl.pdf
- Scholte, M., Sprinkhuizen, A., & van Deur, H. (2013). *DichtErBij. Wegen en overwegen in het sociaal werk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Schuman, H. (2012). *Samen sterker? Een onderzoek naar interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken op de Alk, de Ruimte en de Zevensprong*. Geraadpleegd op 14 april 2015, <http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2012/10/Samen-sterker.pdf>

SEL GOAL. (2014a). *E-zorgplan*. Geraadpleegd op 26 mei 2015, <http://www.selgoal.be/mdo/e-zorgplan/>

SEL GOAL. (2014b). *Multidisciplinair overleg*. Geraadpleegd op 26 maart 2015, <http://www.selgoal.be/mdo/>

SEL Zorgregio Gent vzw. (z.d.). *Multidisciplinair samenwerken*. Geraadpleegd op 26 maart 2015, <http://www.selgent.be/multidisciplinair-samenwerken>

Sigra. (2008). *Zorgplan volgens het SAMPC model*. Geraadpleegd op 28 mei 2015, <http://everyoneweb.com/WA/DataFilesMarja123vigopleiding/ZorgplanvolgenshetSAMPCmodel.pdf>

Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen. (z.d.). *Roteren doet je leren! Jobrotatie als inschakelingsinstrument: een handleiding*. Geraadpleegd op 15 mei 2015, http://www.werk.be/sites/default/files/Diversiteit_Roterendoetjeleren.pdf

Stappers, J. (2015). *Maatschappelijke positie van de sociaal werker* [Powerpoint]. Antwerpen: Karel de Grote-Hogeschool.

Talentontwikkelaar.be. (z.d.). *Veranderingsmanagement: op weg naar een geslaagd personeelsbeleid*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, <http://www.talentontwikkelaar.be/organisatievernieuwing-een-innovatieve-organisatie/veranderingsmanagement-op-weg-naar-een-geslaagd-personeelsbeleid>

Triepels, J., & van der Lee, C. (2000). *Van hulpvraag naar zorgplan*. Baarn: Uitgeverij H. Nelissen.

Tsakitzidis, G., & Van Royen, P. (2012). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

Vandermarliere, H. (2014). *Communicatie en gesprekstechnieken* [Cursus]. Antwerpen: Karel de Grote-Hogeschool.

- Van Beirendonck, L. (2013). *Iedereen competent. Handboek voor competentie- en talentmanagement*. Tielt: Uitgeverij LannooCampus.
- Van Dale. (2015). *Consensus*. Geraadpleegd op 15 mei 2015,
<http://www.vandale.be/en/opzoeken?pattern=consensus&lang=nn#.VVUmP Pntmko>
- Van Dale. (2015). *Effectief*. Geraadpleegd op 3 april 2015,
<http://www.vandale.be/en/opzoeken?pattern=consensus&lang=nn#.VVUmP Pntmko>
- van Delst, I. (2014). *Interne & Externe Communicatie [Cursus]*. Antwerpen: Karel de Grote-Hogeschool.
- van Linge. (2006). *Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), pp. 22-42.
- VBVD. (2007). *Interprofessioneel communiceren: Uitdagingen en Knelpunten*. Geraadpleegd op 19 mei 2015,
<http://www.mloz.be/files/medias/folder%20%283%29.pdf>
- Verschuere, B. (2014). *Welzijn in Vlaanderen: Beleid, Bestuurlijke organisatie en Uitdagingen*. Brugge: die Keure.
- Vlaamse overheid. (z.d.). *Projectmanagement*. Geraadpleegd op 11 mei 2015,
<http://www.bestuurszaken.be/toolbox/projectmanagement>
- VMS Veiligheidsprogramma. (2013). *SBAR-methode*. Geraadpleegd op 29 april 2015,
http://www.vmszorg.nl/_page/vms_inline?nodeid=4624&subjectid=6728
- Vyt, A. (2012). *Interdisciplinair en interprofessioneel samenwerken in gezondheid en welzijn*. Antwerpen: Garant.

Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. (1997). *Interdisciplinair samenwerken in een team van zorgverstrekkers*. Geraadpleegd op 17 april 2015, <http://www.fracarita.org/document/ethiek/Ethisch%20advies%20GGZ%20-%20Interdisciplinair%20samenwerken.pdf>

Zorgnet Vlaanderen. (2015). Sociaal werkers in ziekenhuizen ijveren voor meer erkenning. *Zorgwijzer*, 51(4), pp. 22-23.

10 Bijlagen

Om deze bachelorproef nog concreter te maken, worden er aan deze **bijsluiter** enkele relevante bijlagen toegevoegd.

10.1 Beroepsprofielen van het multidisciplinair team

Geriaters

“Naast het directe patiëntenwerk is er ook een belangrijke taak naar het management van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, zoals het opstellen en meewerken aan een (medisch) beleidsplan (visie, doelstellingen, acties en opvolgen van kwaliteitsindicatoren) en zorgen voor evidence based practice, waaronder bijscholen, opstellen en updaten van procedures” (E. Steeman, persoonlijke communicatie, 27 april 2015).

Als geriaters is men gespecialiseerd in de diagnose en behandeling van de pathologie die zich voordoet bij ouderen. Hij is de eindverantwoordelijke van het multidisciplinair team. Daar het vaak gaat om een combinatie van somatische, sociale en psychologische problematieken, zal de geriaters op regelmatige basis beroep doen op de competenties en kennis van andere specialisten, zoals een neuroloog of vaatchirurg (Mariaziekenhuis vzw, 2012).

Hoofdverpleegkundige

“Als hoofdverpleegkundige sta ik in voor de dagelijkse organisatie van de afdeling” (K. Brangers, persoonlijke communicatie, 19 maart 2015).

De hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van de patiëntenzorg en verpleegkundige activiteiten. Hij dient te beschikken over verschillende competenties, waaronder sensitiviteit, samenwerken, klantgerichtheid, delegeren, groepsgericht leiderschap, plannen, organiseren en dergelijke. Vanuit al deze competenties is het zijn taak om een zorgzame teamwerking en interdisciplinair overleg uit te bouwen (AZ Nikolaas, 2005).

Verpleegkundige

“Wij bieden zorg op maat en bekijken iedere patiënt als een uniek onafhankelijk persoon, een persoon die nood heeft aan hulp en zorg” (Verpleegkundige GC0, persoonlijke communicatie, 19 maart 2015).

De verpleegkundige ziet toe op het welzijn van de patiënten. Hierbij behoren onder andere de hygiënische zorgen, wondzorg, decubituspreventie, het helpen op punt stellen van medicatie en de zelfredzaamheid van patiënten bevorderen (Verpleegkundige GC0, persoonlijke communicatie, 19 maart 2015). Hij is

verantwoordelijk voor het verlenen van integrale zorg en heeft hierbij aandacht voor communicatie en kwaliteitszorg (AZ Nikolaas, 2011).

Maatschappelijk werker

De maatschappelijk werker maakt deel uit van het multidisciplinair team, waarbij hij voornamelijk instaat voor het sociale aspect van de patiënt. Voor een uitgebreide beschrijving verwijs ik naar het tweede hoofdstuk van de bachelorproef.

Kinesitherapeut

“Ik stel een behandelingsplan op, met als doel de fysieke toestand van de patiënt, van voor de ziekenhuisopname, zo snel mogelijk te herwinnen of te evenaren” (S. Lievens, persoonlijke communicatie, 13 maart 2015).

De behandeling van de kinesitherapeut is zowel analytisch als functioneel en richt zich voornamelijk op mobilisatie en gangrevalidatie. Indien nodig wordt ademhalingskinesitherapie, massage, warmte- en/of koudetherapie gegeven (S. Lievens, persoonlijke communicatie, 13 maart 2015).

Ergotherapeut

“Ik werk met revalidatietechnieken die tot doel hebben de zelfstandigheid van patiënten te verhogen of stabiliseren. Hierbij maak ik gebruik van ADL-training, transfertraining, gangrevalidatie met of zonder loophulpmiddel, evenwichtsoefeningen en dergelijke” (S. Janssens, persoonlijke communicatie, 13 maart 2015).

Naast het bevorderen en onderhouden van de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid van patiënten, heeft de ergotherapeut ook op cognitief vlak een belangrijke functie (Mariaziekenhuis vzw, 2012). Wanneer er vermoeden is van het dementieel syndroom of een andere psychische disfunctie, neemt hij een MMSE af bij de desbetreffende patiënt om de mentale functies te testen (S. Janssens, persoonlijke communicatie, 13 maart 2015).

Klinisch apotheker

“Ik volg het medicatiebeleid op tijdens de opname van de patiënt” (K. Blauwhoff, persoonlijke communicatie, 13 maart 2015).

De klinisch apotheker geeft advies in verband met de geneesmiddelen van de patiënt, zoals het bijstellen van de medicatiedosis. In samenspraak met de arts bekijkt hij wat er kan aangepast worden (Orde van Geneesheren, 2015).

Logopedist

“Ik voer een slikscreening uit bij de geriatrische patiënten, en volg ze op indien nodig” (L. Ghekiere, persoonlijke communicatie, 13 maart 2015).

De behandeling van de logopedist is gericht op het herstellen van communicatieproblematieken bij zowel kinderen als volwassenen (Arteveldehogeschool, 2015). Op GC0 beperkt zich dit voornamelijk tot slikproblematieken (L. Ghekiere, persoonlijke communicatie, 13 maart 2015).

10.2 Leefgebiedenlijst

Dit is ingekorte versie van de leefgebiedenlijst, afkomstig uit het boek *DichtErBij: wegen en overwegen in het sociaal werk*. Deze lijst reikt handvaten aan voor maatschappelijk werkers wanneer zij in gesprek gaan met hulpvragers.

Leefgebied gezondheid en persoonlijk functioneren (Je goed voelen)

Lichamelijke gezondheid en lichamelijk functioneren

- Lichamelijke gezondheid/klachten;
- Ziekte;
- Medicijngebruik;
- Lichamelijke handicap of beperking.

Psychische gezondheid en psychisch functioneren

- Psychische problemen/klachten:
 - o Gedrag;
 - o Gevoelsleven;
 - o Motoriek.
- Psychische stoornissen;
- Verslaving (drank, drugs, spel, seks, computer).

Persoonlijk functioneren

- Verstandelijke vermogens;
- Zelfbeeld;
- Eigenwaarde;
- Identiteit;
- Verwachtingen van zichzelf en anderen.

Leefgebied sociaal netwerk en sociaal functioneren (Mensen om je heen)

In hoeverre onderhoudt de cliënt sociale relaties en hoe tevreden is hij daarmee?

- Partner;
- Kinderen;
- Familie;
- Vrienden en kennissen.

Is er behoefte aan andere (nu nog niet bestaande) relaties? Zo ja, welke relaties?

- Behoefte aan een partner;
- Behoefte aan meer of beter contact met familie of vrienden;
- Behoefte aan andere vrienden.

Binnen welke systemen (sociale verbanden) functioneert de cliënt?

- Gezin;
- Familie;
- Vriendengroep;
- Buurt;
- Groep van leden van dezelfde subcultuur.

Hoe is de positie van de cliënt binnen de verschillende systemen?

- Cliënt heeft veel te zeggen (is machtig);
- Cliënt heeft weinig te zeggen (is onmachtig);
- Cliënt ervaart zichzelf als gelijkwaardig aan anderen.

Op welke manier wordt binnen deze systemen gewoonlijk omgegaan met problemen?

- Negeren;
- Vermijden;
- Confrontatie aangaan;
- Bemiddelen en onderhandelen;
- Psychische druk uitoefenen;
- Indirecte benadering (via via).

Is er sprake van risicovol gedrag in het systeem waarvan de cliënt deel uitmaakt?

- Huiselijk geweld;
- Dwang;
- Verwaarlozing (van hulpbehoevenden);
- Overmatig alcohol- en/of drugsgebruik;
- Verminking, (zelf)beschadiging, suïcidaal gedrag.

Leefgebied wonen en woonomgeving (Wonen en je buurt)

Hoe woont de cliënt en hoe tevreden is hij daarmee?

- Met wie?
- Zijn er (stief)kinderen en waar wonen die?
- Verdeling taken (huishouden, zorg).

Woon- en leefomstandigheden

- Zelfstandig/inwonend/verblijven in instelling/geen vaste woon- of verblijfplaats;
- Huurhuis/koophuis;
- Betaalbaarheid/betalingsachterstanden;
- Kwaliteit huisvesting;
 - o Grootte;
 - o Faciliteiten;
 - o Leefbaarheid (hygiëne, gevaarlijke situaties);
- Kwaliteit woonomgeving/buurt;
 - o Veiligheid;
 - o Betrokkenheid;
- Contacten in de buurt;
 - o Elkaar groeten/elkaar (van gezicht) kennen;
 - o Vriendschappelijke contacten;
- Faciliteiten in de buurt;
 - o Winkels;
 - o Huisarts;
 - o Buurthuis.

Leefgebied materiële zaken en praktische zelfredzaamheid (Je eigen boontjes doppen)

Hoe zijn de financiële omstandigheden van de cliënt en hoe gaat hij daarmee om?

- Inkomen
 - o Loon;
 - o Uitkering;
 - o Financiële afhankelijkheid van anderen.
- Betalen
 - o Bestedingspatroon en de mate van inzicht hierin;
 - o Impulsaankopen;
- Schulden
 - o Mogelijke schuldeisers;
 - o Mogelijke schuldsanering;
 - o Voorkomen van schulden (ingrijpen bij betalingsachterstand);
- Financiële administratie
 - o Betalen rekeningen;
 - o Bewaren van belangrijke documenten;
- Begroten, plannen

- Onderscheid vaste lasten en andere lasten;
- Dure aankopen;
- Sparen en lenen
 - Vervanging huisraad, 'oude dag' enzovoort;
 - Het hebben van een spaarrekening of ander spaarsysteem.

Kan de cliënt zijn zaken zelf behartigen of afhandelen?

- Taalvaardigheden;
- Administratieve vaardigheden;
- Mobiliteit.

Met welke maatschappelijke organisaties onderhoudt de cliënt contact en hoe verloopt dit contact?

- Hulp- en dienstverleningsinstellingen;
- Uitkeringsinstanties.

Leefgebied werk en opleiding (Werken en leren)

Opleiding

- Niveau van hoogst afgeronde opleiding;
- Talenten;
- Leervermogen.

Carrière en huidige baan/betaald werk

- Carrière tot heden;
- Maatschappelijke status/tevredenheid;
- Wensen/ambities;
- Ingeschatte realiteit van die ambities.

Recente veranderingen

- Perioden van werkloosheid;
- (Bedrijfs)ongeval.

Opleiding

- Niveau van hoogst afgeronde opleiding;

Leefgebied dagelijkse bezigheden (Dingen die je doet)

Hoe ziet de dagindeling eruit?

- Structuur en regelmaat;
- Activiteiten/bezigheden;

- Dag- en nachtritme;
- Afwisseling.

Wat voor bezigheden heeft de cliënt zoal en hoe tevreden is hij daarmee?

- Zorgtaken (opvoeding, mantelzorg);
- Huishoudelijke taken;
- Vrije tijd;
- Sociale contacten onderhouden (op bezoek/bezoek ontvangen);
- Hobby.

Leefgebied zingeving (Waar sta je voor?)

Hoe staat de cliënt in het leven en waar put hij kracht en energie uit?

- Doel in het leven/houvast;
- Waarden en normen;
- Toekomstperspectief.

(Scholte, Sprinkhuizen & van Deur, 2013, p. 138 – 144).

10.3 Sociaal werkers in ziekenhuizen ijveren voor meer erkenning (Zorgnet Vlaanderen, 2015).

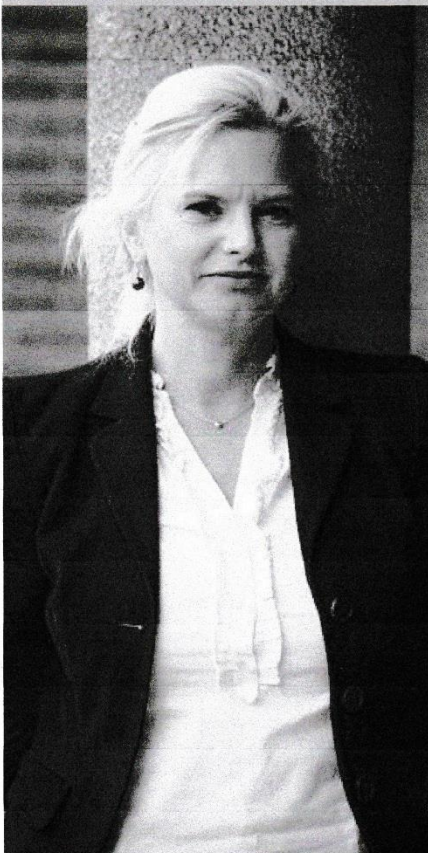
SOCIALE DIENST

SOCIAAL WERKERS IN ZIEKENHUIZEN IJVEREN VOOR MEER ERKENNING

“Rol van zorgcoördinator is ons op het lijf geschreven”

Wie is Sabine Maene?

- Sabine Maene is medisch maatschappelijk werker in AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV.
- Ze is voorzitter van de studie- en vormingsgroep medisch maatschappelijk werk West-Vlaanderen.
- In juni 2015 wordt ze voorzitter van de Beroepsvereniging Sociaal Werkers in Ziekenhuizen (BSWZ).



De sociaal werkers in de ziekenhuizen willen meer erkenning. Zij spelen immers een centrale rol in de 'geïntegreerde en continue zorg' van de toekomst. Van de overheid vragen zij een helder omschreven opdracht, duidelijke normen en een gepaste financiering. Sabine Maene van AZ Sint-Jan Brugge geeft tekst en uitleg.

“Het is een oud zeer”, begint Sabine haar verhaal. “Sociaal werkers hebben geen erkenning, geen overheidsopdracht, geen normering en geen duidelijke financiering. Tegelijk neemt het belang van sociaal werkers in ziekenhuizen toe, omdat de opnameduur korter wordt en de link met de thuiscontext belangrijker. Het gezin en het sociale netwerk vormen meer dan ooit een noodzakelijke sociale omkadering voor patiënten. Enkele maatschappelijke evoluties werken dat in de hand. Zo leidt het toenemend aantal chronisch zieke patiënten tot meer dan louter medische vragen. Denk aan een zelfstandige die werkonbekwaam wordt en groot inkomensverlies lijdt. Er is ook de gezondheidskloof die toeneemt. Ondanks sociale correcties kunnen meer en meer mensen hun factuur niet betalen, en dat geldt vooral voor alleenstaanden, gepensioneerden, laag opgeleiden en allochtonen. Ook het aantal psychische klachten groeit. Eén oorzaak is sociale isolatie: veel mensen blijken een onvoldoende sterk netwerk te hebben. Psychische problemen zoals depressies hebben vaak een sociale component. Sociaal werkers kunnen mensen motiveren om hun sociale contacten uit te bouwen in hun familie of in het verenigingsleven. Veel mensen hebben hiervoor een klein duwtje in de rug nodig.”

Zorg met twee snelheden

“Medische zorg wordt voor veel mensen alsmat duurder”, vervolgt Sabine Maene. “De technologische vooruitgang brengt ons robotchirurgie en dure

implantaten, maar de terugbetaling van deze innovaties laat vaak te lang op zich wachten. Hetzelfde geldt voor veel verbeteringen in de thuiszorg. Dat leidt soms tot absurde situaties. Vacuümtherapie of VAC-therapie voor wondzorg kan perfect in de thuiscontext plaatsvinden, maar daar wordt ze niet terugbetaald. Gevolg: deze patiënten worden onnodig lang gehospitaliseerd, want de therapie thuis krijgen zou voor hen onbetaalbaar zijn.”

“Als sociaal werkers zien we met lede ogen de commercialisering en privatisering van de gezondheidszorg oprukken. Mensen met een klein inkomen kunnen zich de dure serviceflats van vandaag niet veroorloven. Zij moeten meer dan anderen een beroep doen op gesubsidieerde voorzieningen. Zo ontstaat in de realiteit een zorg met twee snelheden en dreigen minder vermogende mensen op termijn minder goede zorg te krijgen.”

“Ook op het gebied van multiculturele zorg is er nog veel werk aan de winkel. Een aanpak op maat is nodig, want er zijn veel problemen, o.m. wat de verzekerbaarheid betreft.”

Zorgcoördinator

“Positief is dat het beleid deze evoluties onderkent en hiervoor een strategie aan het ontwikkelen is die 'continue geïntegreerde zorg' vooropstelt. Wij juichen dat toe, maar zijn er tegelijk van overtuigd dat dit niet kan werken zonder een zorgcoördinator in het ziekenhuis. Sociaal werkers zijn het best geplaatst om deze functie op zich te nemen. We zijn goed opgeleid voor het ontslagmanagement en bovendien kan de vermaatschappelijking van de zorg alleen maar slagen met de nodige ondersteuning van patiënten en mantelzorgers. Iedereen pleit voor vraaggestuurde zorg, maar wat met minder mondige cliënten? Sociaal werkers zijn het gewend



“Ook de financiering van het sociaal werk moet eens grondig worden uitgeklaard. Vandaag is de financiering minimaal en hopeloos versnipperd”, zegt Sabine Maene (rechts op de foto samen met Katrijke Foulon, voorzitter van de werkgroep Sociale diensten Algemene Ziekenhuizen van Zorgnet Vlaanderen).

om te vertrekken vanuit de krachten en de mogelijkheden van elke individuele patiënt. Ook voor preventie is de sociale component niet te onderschatten: de context, het netwerk, de huisvesting... het heeft allemaal een grote invloed op de gezondheid van mensen en de risico's die ze lopen. Als sociaal werkers kunnen wij de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de zorg vergroten en culturele en andere barrières wegwerken.”

“Er is dringend een wettelijk kader nodig dat de opdracht van de sociaal werkers in ziekenhuizen omschrijft. Vandaag vult elk ziekenhuis de functie naar eigen goeddunken in. Als de financiële middelen verminderen, dan wordt te gemakkelijk bespaard op de sociale diensten. De ziekenfondsen zullen dat wel overnemen”, hoor je weleens. Maar die bieden niet de multidisciplinaire aanpak van een ziekenhuis. Sociaal werkers in ziekenhuizen overleggen met artsen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, psychologen en andere hulpverleners om samen de meest aangewezen oplossing voor elke patiënt te zoeken. Wij werken goed sa-

men met de ziekenfondsen, maar je kan onze functie niet zomaar schrappen en overdragen. Als een patiënt een amputatie van zijn been moet ondergaan, start onze begeleiding lang vóór de operatie; de tussenkomst van het ziekenfonds komt pas na de ingreep.”

Druk van binnenuit

“We voelen als sociaal werkers ook veel druk van binnenuit”, zegt Sabine Maene. “In het ziekenhuis zijn er tal van nieuwe functies: prostaatverpleegkundigen, borstverpleegkundigen en andere zorg-experten. Ze hebben allemaal als opdracht om ook de ‘psychosociale begeleiding’ van de patiënt op zich te nemen. Dat klinkt goed, maar deze mensen voeren geen onderzoek naar de sociale en materiële netwerken van patiënten en bekommeren zich evenmin om problemen van huisvesting of uitkeringen. ‘Psychosociale begeleiding’ is veel meer dan luisteren; wij lossen *praktische* problemen op.”

“Een ander pijnpunt is de gegevensdeling. Omdat sociaal werker geen erkend

gezondheidszorgberoep is, kunnen wij onze sociale gegevens niet toevoegen aan het algemeen medisch dossier. In het kader van continue en geïntegreerde zorg zijn die gegevens nochtans broodnodig. Een bijkomend knelpunt is de huidige opleiding in de verpleging. Een afgestudeerde verpleegkundige die koos voor sociale verpleegkunde is nog nauwelijks voorbereid op het werk in een sociale dienst. Er is een bijzondere beroepstitel (BBT) sociale gezondheidszorg aangekondigd, maar die is nog niet omschreven. Bovendien zou die BBT niet toegankelijk zijn voor sociaal assistenten, wat voor ons uiteraard niet kan.”

“Ook de financiering van het sociaal werk moet eens grondig worden uitgeklaard”, zegt Sabine Maene. “Vandaag is de financiering minimaal en hopeloos versnipperd. Een deeltje van de middelen valt onder bepaalde zorgprogramma's, een andere deeltje onder RIZIV-overeenkomsten enz. Het is hoog tijd dat de sociaal werkers in ziekenhuizen de erkenning krijgen die ze verdienen als sleutelfiguren in de transmurale zorg.”

10.4 SAMPC-model

Zorgplan volgens het SAMPC model		
<u>Aspecten van zorg</u>	<u>Plan van aanpak</u> aandachtspunten, actiepunten,	<u>Uitvoering</u> afspraken:
(S)omatisch/lichamelijk		
Medische voorgeschiedenis: <ul style="list-style-type: none"> • huidige klachten • medicatie • afspraken artsen/onderzoeken • contact huisarts 	Medicamenteuze behandeling zoals: <ul style="list-style-type: none"> • anti-alzheimer-middelen, • neuroleptica, antidepressiva Afhankelijk van diagnostiek observatie punten opnemen in zorgplan. Betrouwbaarheid, veiligheid en toezicht bij medicijn inname is essentieel	<i>Coördinatie observatie door case manager</i> <i>Coördinatie informatie en onderlinge afstemming door case manager</i>
Afspraken overige betrokken paramedici / therapieën / zorgverleners (bijv : ergo, fysio, logo, revalidatie)		<i>Toezicht en ondersteuning bij naleving behandelafspraken door thuiszorg bijv. inname medicatie (minimaal niveau 3, verzorgende i.g.)</i>
(A)ctiviteiten in het dagelijkse leven		
<ul style="list-style-type: none"> • lichamelijke verzorging • eten/drinken • mobiliteit • slapen 	Bij tekorten <i>thuiszorg</i> inschakelen van: <ul style="list-style-type: none"> • Hulp bij Huishouding in combinatie met begeleiding bij regie voering over huishouding • Ondersteuning persoonlijke verzorging • Ondersteuning bij dagstructuur d.m.v. controle bezoeken • regelen van evt. hulpmiddelen in huis 	<i>Monitoren van veranderingen in de hulpvraag door case-manager</i>
(M)aatschappelijk functioneren		
<ul style="list-style-type: none"> • sociale situatie • woonsituatie • werk/dagbesteding • vervoer • boodschappen • huishouding • administratie 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiseren dagstructuur/ dagbesteding in samenwerking met thuiszorg/ welzijn • Vervoer, administratieve ondersteuning, • Recreatieve ondersteuning, 	<i>Welzijnsmedewerker in samenwerking met casemanager (monitoren veiligheid in de thuissituatie)</i>
Mantelzorg		
Belastbaarheid Mantelzorger. Inventarisatie draagkracht/draaglast	Begeleiding / ondersteuning cliëntsysteem dmv familiebijeenkomsten, Alzheimercafé,	<i>Casemanager organiseert en 'monitort'</i>

ontmoetingscentra, lotgenotencontact of gespreksgroepen Respijtzorg		
(P)psychisch functioneren		
<ul style="list-style-type: none"> • cognitie • emotie • gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontmoetingscentrum/ Dagbehandeling regelen • Psychoeducatie 	<i>Veranderingen signaleren centrale melding bij case manager Eventuele (tijdelijke) opname regelen door case manager.</i>
(C)ommunicatie/waarneming		
Beperkingen t.a.v. taal, spraak, gehoor, lezen, schrijven	Afhankelijk van diagnose zorgplan opstellen	Afhankelijk van diagnose zorgplan opstellen

10.5 Het verschil tussen multi- en interdisciplinariteit

Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een wil tot samenwerken; - Er wordt veel uitgewisseld om gebruik te maken van elkaars discipline. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een wil tot samenwerken; - Er wordt veel uitgewisseld om gebruik te maken van elkaars discipline; - Er is interactie tussen de deelnemers op basis van gelijkwaardigheid; - Het vermogen hebben tot wisseling van invalshoeken.
Doel	<ul style="list-style-type: none"> - Werken vanuit een gezamenlijke probleemstelling zonder integratie; - Het naast elkaar positioneren van disciplines 	<ul style="list-style-type: none"> - Het verweven van de disciplines tot iets nieuws; - Tot inzichten komen die zonder samenwerking tussen de disciplines niet zou ontstaan; - Over de grenzen van de eigen disciplines heen kijken.
Werkwijze	<ul style="list-style-type: none"> - De resultaten van ieders denkwijze wordt samengevoegd; - Meer aandacht voor het maken in plaats van ontwikkelen; 	<ul style="list-style-type: none"> - De disciplines stapelen, weven of vloeien in elkaar; - Meer aandacht voor het ontwikkelen in plaats van het maken; - Zoeken naar een gezamenlijke taal.
Proces- of productgerichtheid	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een voltooid eindproduct. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een collectief maakproces; - Het eindproduct is een onderdeel van het proces.
Keuze van het onderwerp	<ul style="list-style-type: none"> - Er worden verschillende invalshoeken op een probleem onderscheiden; - Het onderwerp / thema wordt vanuit verschillende perspectieven bekeken. 	<ul style="list-style-type: none"> - De inhoud/vorm is vertrekpunt; - Focus is niet hun eigen discipline, maar het samen besloten idee; - De inhoud/vorm komt door samenwerking tot stand; - De inhoud openbaart zich al werkend.
Resultaten van het proces	<ul style="list-style-type: none"> - De disciplines blijven zichtbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> - De individuele bijdrage is niet zichtbaar, alle disciplines hebben een gelijke bijdrage aan het geheel; - Er ontstaat een proces of product dat vanuit een mono-disciplinaire benadering niet mogelijk is; - De disciplines zijn niet meer direct zichtbaar.

Tabel 2. Uit "Begrippen en definities van interdisciplinair werken," door ArtEZ hogeschool voor de kunsten, 2012, ArtEZ finals 2012 magazine, 1, p. 19.

10.6 IPSIG-zorgplan

Administratief luik

Gegevens patiënt

Naam: Voornaam:
Adres: Telefoonnummers: E-mailadres:
Geboortedatum: Geboorteplaats: Geslacht:
Nationaliteit: Beroep:
Sport: Hobby:
Huisarts:
Verwijzende hulpverlener:
Apotheker:
Ziekteverzekering

Sociale gegevens

Burgerlijke staat: Contactpersoon:
Woonklimaat: Werkklimaat:
Opmerkingen:

Aanvullende gegevens

Persoonlijke medische voorgeschiedenis patiënt:
Familiale medische voorgeschiedenis patiënt:
Risicofactoren en- aandoeningen:
Allergieën/intoleranties:
Vaccinaties:
Chronische medicatie (eventueel aangevuld met een medicatiefiche):
Aanvragen premies, voorzieningen ...:

Algemene doelstellingen

Komt van (instelling, thuis ...):
Verwezen naar (instelling, thuis ...):
Functie en naam verantwoordelijke voor registratie gegevens in het dossier:
Reden van bezoek:
Hulpvraag:
Zorgdoelstelling(en)

Klinische beoordeling

Welke problemen zijn er?

- Symptomen:
- Klinische parameters uit diagnostische onderzoeken:
Bijlagen: ja/nee

Instrumenten?

- Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)
Instrumenten Activiteiten Dagelijks Leven (IADL)
Bijlagen: ja/nee
- Andere instrumenten (die in de Belgische en Vlaamse gezondheidszorg worden gebruikt)
Bijlagen: ja/nee

Behandelingen

- Zijn er behandelingen gestart?
 - o Welke?
 - o Waarom?
 - o Aan welke frequentie?
 - o Met welk doel?
- Bijlage: ja/nee

Takenafspraken

Interprofessionele zorgdoelstelling(en):

Discipline	Doelstelling	Afspraken	Continuïteit Follow-up	Opmerkingen

Communicatie

Communicator van het team naar de patiënt:

Verantwoordelijke voor het bijhouden van het interdisciplinair zorgplan:

Evolutie patiënt samengevat

Domein	Contactdatum	Resultaat behandeling	Opmerkingen

(Tsakitzidis & Van Royen, 2012, p. 147-149)

10.7 Inzetbaarheidsmatrix

Legende



= Dit is de kerntaak van de discipline

- = De discipline kan binnen deze taak een ondersteunende rol spelen**
- = De discipline is niet bevoegd om deze functie uit te oefenen**

Inzetbaarheidsmatrix Geriatricie C0

AZ Nikolaas



	GERIATER	HOOFDVERPLEEGKUNDIGE	VERPLEEGKUNDIGE	ZORGKUNDIGE	SOCIAAL WERKER	ERGOTHERAPEUT	KINESITHERAPEUT	KLINISCH APOTHEKER	LOGOPEDIST
Dagelijkse organisatie en coördinatie	👍	👍	-	-	-	-	-	-	-
Informatieve hulpverlening	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Bloedafname	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Mobilisatie	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Psychosociale ondersteuning	•	•	•	•	•	•	•	•	•
ADL-training	-	•	•	•	•	•	•	•	•
Medicatie toedienen	👍	👍	👍	•	-	-	-	•	-
Afname MMSE	-	-	-	-	👍	👍	-	-	-
Sociaal administratieve hulpverlening	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slikscreening	-	-	-	-	-	-	-	-	👍

Financieel administratieve hulpverlening	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnoses stellen		-	-	-	-	-	-	-	-	-
Transfertraining	-	-	•							
Infuus prikken	•									
Innoveren		•	•							
Zorgcoördinatie in het ontslagbeleid	•	•	•							
Nakijken thuismedicatie bij opname			•							
Signaleren en sensibiliseren			-	-						
Gangrevalidatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inspuitingen toedienen	•	•	•							
Coördinatie van het logistieke gebeuren	•									
Opvolgen en behandelen communicatie-problematieken	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hygiënische zorgen	-	-	•							-
Opmaak ontslagbrieven, zowel medisch als paramedisch										
Massage	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Opvolgen medicatiebeleid		•	•							
Helder en duidelijk communiceren										
Competentie-ontwikkeling										
Multidisciplinair teamoverleg										
Interdisciplinair werken										

10.8 Groepsintakegesprek

Patiënt + kamernummer

--

Algemene informatie en voorgeschiedenis

--

Sociaal netwerk en omkadering

- Gehuwd Weduwe(naar) Alleenstaand Samenwonend

Huisvesting

- Huis Appartement WZC/SF
 Trappen Geen trappen Lift

Activiteiten in het Dagelijks Leven (ADL) met koppeling aan professionele thuishulpverlening en mantelzorg

Mobiliteit en transfers

Het bereiden van maaltijden

Het eten van maaltijden en drinken

Boodschappen

Huishoudelijke taken (wassen, strijken en poetsen)

Medicatie

Hygiënische zorgen

Toiletbezoek en incontinentie

Kleden

Financieel beheer

Preventieve inschrijving woonzorgcentrum

**Toekomstvisie vanuit patiëntperspectief +
formulering hulpvraag**

EVALUATIE INTAKEGESPREK

Cognitieve aandachtspunten

Nood aan afname MMSE?

Cognitieve problemen met apraxie, afasie, agnosie of amnesie?

Hoe verloopt de communicatie?

Heeft de patiënt ziekte-inzicht?

Sociale aandachtspunten

Aanwezigheid sociale problematieken?

Nood aan contextverbreding met sociaal netwerk / mantelzorger?

Nood aan extra psychosociale begeleiding?

Uitbreiding thuishulpverlening wenselijk? Eventueel thuiszorgoverleg?

Plaatsing in woonzorgcentrum aangewezen?

Plaatsing in psychiatrische instelling aangewezen?

Interdisciplinaire doelstellingen

Ergotherapeutische doelstellingen

Sociaal werk doelstellingen

10.9 InterdiSciBAR 2015

Patiënt:	Kamernummer:
Somatisch en communicatie	
<i>Informatie vanuit medisch perspectief: geriater, verpleegkundigen en klinisch apotheker</i>	
Opnamedatum- en reden¹⁰	
Medische voorgeschiedenis van de patiënt¹¹	
Allergieën	
Dieet	
Protheses	
Medicatie	
Pijnklachten of medische bijzonderheden van de afgelopen 24 uur	
Medische evolutie	
Planning labo, RX etc.	
Verloop communicatie	
Eigen oordeel over de ernst van de situatie¹²	
Activiteit, mobiliteit, psychisch functioneren en communicatie	
<i>Informatie vanuit paramedisch perspectief: kinesitherapeut en ergotherapeut</i>	
<i>Bij ernstige psychische problematiek: psycholoog</i>	
ADL – mate van zelfstandigheid	
Score MMSE	
Aanwezigheid cognitieve disfuncties	
Ziekte-inzicht	
Evolutie mobiliteit en ADL	
Verloop communicatie	
Eigen oordeel over de ernst van de situatie	

¹⁰ Verwijst naar de S in SBAR. Dit staat voor SITUATION/SITUATIE

¹¹ Verwijst naar de B in SBAR. Dit staat voor BACKGROUND/ACHTERGROND

¹² Verwijst naar de A in SBAR. Dit staat voor ASSESSMENT/EVALUATIE

Maatschappelijk, sociaal en communicatie

Informatie vanuit sociaal perspectief: maatschappelijk werker

Relevante sociale gebeurtenissen in het verleden

Sociaal functioneren en aanwezigheid sociale steunbronnen

Huisvesting

Aanwezigheid professionele thuishulpverlening

Aanwezigheid mantelzorg

WachtlIJst woonzorgcentrum

Verloop communicatie

Eigen oordeel over de ernst van de situatie

Hulpvraag vanuit patiëntperspectief

Wat zijn de noden en behoeften van de patiënt?

Interdisciplinaire doelstellingen

Wat zijn onze gemeenschappelijke doelstelling(en)? Waar werken wij samen als team naartoe?

Taakafspraken en aanbevelingen¹³: wie doet wat?

Welke discipline?	Welke taak?

Het zorgplan wordt elke week niet helemaal opnieuw opgesteld. Vanaf het moment dat er een zorgplan is aangemaakt, worden wekelijks de evolutie, doelstellingen en gemaakte afspraken geëvalueerd en bijgestuurd.

¹³ Verwijst naar de R in SBAR. Dit staat voor RECOMMENDATION / AANBEVELING