

Integrale zorgverlening voor de chronisch zieke



Jolien Aerts

zorgcoördinator dienst Zorgcoördinatie, DeVoorzorg, provincie Antwerpen

Binnen de ziekenfondsen bestaat er een ruime hulp- en dienstverlening voor oudere nierpatiënten en dit vanuit verschillende diensten. De twee diensten die hier worden toegelicht zijn de Dienst Maatschappelijk Werk (DMW) die in elke mutualiteit aanwezig is en specifiek voor de socialistische mutualiteit in de provincie Antwerpen de dienst zorgcoördinatie.



Nancy Brocken

diensthoofd Maatschappelijk Werk, DeVoorzorg, provincie Antwerpen

De zorgcoördinatoren zijn de schakel tussen het ziekenhuis en de thuiszorgsituatie. Zij hebben op geregelde tijdstippen contacten met de sociale diensten van hen toegewezen ziekenhuizen en zullen in overleg met hen het ontslag van de patiënt mee voorbereiden. Deze medewerkers coördineren alle acties en zorgen dat alle benodigde materiaal ter plaatse is en dat de juiste professionals ingeschakeld worden bij het ontslag van de patiënt.

DMW daarentegen focust op de thuis(zorg)situatie en dit dan voornamelijk voor mensen met een chronische en/of ernstige ziekte, mensen met een beperking (handicap) en zorgbehoevende ouderen.

1. Zorgcoördinator

1.1 Wat?

De thuiszorgdiensten werken samen met als doel de cliënten de kans te bieden zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te blijven. De zorgcoördinatie is de brugfunctie tussen deze verschillende diensten.

Binnen de provincie Antwerpen bestaat het team momenteel uit 6 zorgcoördinatoren met elk een eigen regio.

We werken vooral samen met de sociale diensten van de ziekenhuizen om het ontslag van onze cliënten zo vlot mogelijk te laten verlopen. Wanneer een cliënt wordt opgenomen in het ziekenhuis, geeft de thuiszorgdienst dit door aan de zorgcoördinator. Wij nemen dan contact op met het ziekenhuis om hen op de hoogte te brengen van de thuiszorg die er voor de betreffende cliënt reeds ingeschakeld is. Zodra de cliënt klaar is om naar huis te gaan, kunnen we tijdig de hulp terug opstarten of uitbreiden indien nodig.

Voor het ziekenhuis is de zorgcoördinator één centraal aanmeldingspunt voor alle thuiszorgdiensten binnen De VoorZorg. Dat maakt het zowel voor onze leden als voor de sociale diensten gemakkelijk. Zij moeten maar één persoon contacteren om zowel thuisverpleging, materiaal, gezinszorg, poetshulp, ergotherapie aan huis of een bezoek van de maatschappelijk werker aan te vragen. Bovendien heeft De VoorZorg een gratis 0800-nummer waar je voor de inschakeling van al deze zorg terecht kunt (0800/97.520).

Als cliënten dit wensen, bezoeken we hen als zorgcoördinator in de ziekenhuiskamer. Zo kunnen we samen met hen, de familie en/of mantelzorgers bekijken waar de problemen zich situeren en hoe we hier kunnen ondersteunen in de thuiszorgsituatie.

1.2 Zorgoverleg

In bepaalde situaties is het nodig om een zorgoverleg te plannen. Dit kan als voorbereiding op de terugkeer vanuit het ziekenhuis naar huis, maar ook in een moeilijke thuiszorgsituatie. We merken dat de aanvragen voor een overleg in de thuissituatie toenemen. De thuiszorgsituaties worden complexer en meer en meer partners worden betrokken.

In principe kan iedereen een overleg aanvragen, ook de cliënt zelf of zijn mantelzorgers. In de praktijk zien we echter dat het meestal de professionele hulpverleners zijn die de vraag stellen.

Wanneer er een aanvraag voor een dergelijk overleg of MDO (multidisciplinair overleg) binnenkomt, verzamelt de zorgcoördinator zoveel mogelijk gegevens: wie zijn de betrokken partijen? Hoe ervaren zij de thuiszorgsituatie? Wat wordt er als knelpunten ervaren? Welke aandachtspunten moeten er zeker op het MDO besproken worden?

Het is een cliëntenoverleg waarbij de cliënt centraal staat. Indien hij bijvoorbeeld om medische redenen niet op het overleg aanwezig kan zijn, wordt hij vertegenwoordigd door de mantelzorgers. Ook de huisarts speelt een belangrijke rol bij het MDO.

Tijdens het overleg waakt de zorgcoördinator erover dat iedereen aan bod komt, ook zij die wat minder mondig zijn. We trachten tot een overeenkomst te komen waar iedereen achter staat.

Na het overleg maakt de zorgcoördinator een verslag op en bezorgt dit aan de betrokken partijen. Indien er in de thuissituatie verder opvolging nodig is, gebeurt dit door de collega's van DMW.

Als zorgcoördinator hebben we ook kennis van het zorgaanbod in onze regio en werken we samen met externe diensten. Zo vervullen we hier ook een brugfunctie tussen de externe partners en het ziekenfonds. We vangen signalen op en geven deze door aan ons beleid. Daarnaast nemen we ook deel aan plaatselijke initiatieven. In volgende casus wordt de rol van de zorgcoördinator verder verduidelijkt.

1.3 Casus

De cliënte is een vrouw van 79 jaar. Ze is weduwe en woont alleen. Mevrouw heeft één zoon. Ze is nierpatiënt en beginnend dementerend.

In 2012 wordt mevrouw opgenomen in het ziekenhuis. Bij ontslag neemt de sociale dienst contact op met de zorgcoördinator om gezinshulp op te starten. Ze vragen om haar 2 keer per week te helpen met boodschappen doen, wassen, strijken en een beetje poetsen.

Een jaar later, in 2013, krijgt de zorgcoördinator bericht van de dienst huishulp: mevrouw is opgenomen in het ziekenhuis. Ze krijgt nog steeds 2 keer per week gezinshulp. Het takenpakket is echter uitgebreid omdat mevrouw minder zelf kan doen. Daardoor wordt het voor de helpsters moeilijk om alles op tijd klaar te krijgen.

De zorgcoördinator brengt de sociale dienst van het ziekenhuis hiervan op de hoogte. Zodra de ontslagdatum gekend is, neemt de sociale dienst op haar beurt contact op met de zorgcoördinator: de gezinshulp mag uitgebreid worden naar 3 keer per week. Er mag dagelijks thuisverpleging opgestart worden voor toiletzorg en het klaarzetten van de medicatie. Mevrouw zal 3 keer per week opgehaald worden door het ziekenhuis voor de dialyse.

De sociale dienst had met mevrouw de plaatsing van een personenalarm (PAS) besproken. Ze was hiervan nog niet helemaal overtuigd. Er wordt een huisbezoek aangevraagd bij DMW om het verder met haar te bespreken en eventueel de aanvraag in orde te brengen.

De mobiliteit van mevrouw gaat stilaan achteruit. Het wordt bijvoorbeeld moeilijk voor haar om de trap op te gaan. Daarom bestelt de zorgcoördinator een ziekenhuisbed bij de mediotheek zodat ze beneden kan slapen.

Enkele maanden later wordt mevrouw opnieuw opgenomen in het ziekenhuis. De zorgcoördinator neemt contact op met de verschillende thuiszorgdiensten en de sociale dienst van het ziekenhuis. Er duiken verschillende problemen op: mevrouw neemt de medicatie die de verpleging klaarlegt niet correct in. Op de dagen dat ze naar de dialyse moet, is ze vaak al vertrokken naar het ziekenhuis wanneer de thuisverpleging toekomt. Warme maaltijden die klaargezet worden, blijven staan. Het lukt haar niet meer om ze op te warmen. Ze weigert regelmatig om met de chauffeur mee te gaan naar het ziekenhuis.

Voor mevrouw terug naar huis gaat, wordt op er vraag van de sociale dienst een zorgoverleg georganiseerd.

In dit overleg zijn de betrokken partijen: de mantelzorger (de cliënte is te verward om aanwezig te zijn), de sociale dienst van het ziekenhuis, thuisverpleging, huishulp, huisarts, DMW en de zorgcoördinator.

Op het overleg wordt afgesproken dat de dialyse zal verplaatst worden naar de namiddag. Zo kan de thuisverpleging uitgebreid worden naar twee keer per dag: 's ochtends en 's avonds. Zij zullen de medicatie niet alleen klaarzetten, maar ook toezien dat mevrouw ze inneemt. Op de dialysedagen kan de thuisverpleging mevrouw klaarmaken en haar eraan herinneren dat ze zal opgehaald worden.

De huishulp blijft op een frequentie van drie keer per week en zal komen op de dagen dat mevrouw niet naar de dialyse moet.

De DMW zal nog een huisbezoek plannen. Na de vorige opname is mevrouw niet ingegaan op de aanvraag voor een PAS. Dit wordt opnieuw met haar besproken. Ook zal DMW nagaan of ze in aanmerking komt voor de Mantelzorgpremie.

De mantelzorger zal mevrouw opbellen een kwartier voor ze opgehaald wordt voor de dialyse om haar eraan te herinneren dat de chauffeur bijna komt en dat ze mee moet gaan. Hij zal haar ook laten inschrijven in verschillende woonzorgcentra. De toestand van mevrouw gaat erop achteruit waardoor opname in een woon- en zorgcentrum (WZC) op termijn onvermijdelijk wordt.

Op zondag komt er geen gezinshulp bij mevrouw en gaat ze ook niet naar het ziekenhuis. Ze wordt dan door de mantelzorger opgehaald om bij hem thuis te eten.

Er kunnen bij een zorgoverleg ook nog andere partijen betrokken zijn. Denk maar aan: OCMW, zelfstandige thuisverpleging, psychiatrische thuiszorg, thuisbegeleidingsdienst, kinesist, ...

2. Dienst Maatschappelijk Werk (DMW)

2.1 Wat doet DMW?

De sociale diensten binnen de verschillende ziekenfondsen, noemen sinds 1/1/2010 allemaal Dienst Maatschappelijk Werk (DMW).

Zij zijn erkend om (basis) maatschappelijk werk op te nemen voor hun doelgroepen, maar zijn daarnaast tevens erkend als indicatiesteller zorgverzekering. Dit wil zeggen dat zij een score kunnen afnemen bij zwaar zorgbehoevenden die geen enkel attest hebben dat hen automatisch recht geeft op de mantelzorgpremie. Een derde erkenning is die van indicatiesteller voor Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), wat betekent dat ze multidisciplinaire teams hebben die mensen, onder de 65 jaar met een blijvende beperking, kunnen proberen in te schrijven bij het VAPH. Door deze inschrijving kunnen de mensen dan tussenkomsten krijgen voor hulpmiddelen zoals traplift, badlift, elektrische scooter, ... maar ook ingeschreven worden in voorzieningen of andere ondersteuningsvormen voor overdag of thuisbegeleiding evenals voor het

aanvragen van een budget om een persoonlijke assistent (PAB) in dienst te kunnen nemen.

Aangezien de DMW's onder het woonzorgdecreet ressorteren, hebben zij als opdracht om "hulp- en dienstverlening te bieden aan gebruikers en mantelzorgers, in het bijzonder als dezen door ziekte, handicap, ouderdom of sociale kwetsbaarheid blijvend of tijdelijk problemen ondervinden". Bijkomend wordt hier ook gezegd dat er zorg op maat moet geboden worden in de thuissituatie, dat er goede samenwerkingen moeten zijn in de thuiszorg en dat er moet gewerkt worden aan een vlotte overgang van een thuissituatie naar een residentiële setting en vice versa. De diensten maatschappelijk werk hebben dus de expliciete opdracht om zich in de thuiszorg te richten op ernstig of chronisch zieken, personen met een beperking, zorgbehoevende ouderen én binnen deze doelgroepen tevens specifieke aandacht te hebben voor de sociaal kwetsbaren en de personen met een klein (of geen) netwerk.

Concreet betekent dit dat mensen bij de dienst terecht kunnen met problemen en vragen rond thuiszorg in het algemeen, maar ook met allerlei vragen rond ziekte, handicap enz.

Er zal in eerste instantie altijd nagekeken worden wat nu juist de situatie is van de persoon die zich aanbiedt en welke vraag (of vragen) of problematiek aan de orde is. Dan gebeurt er een triage: is dit niet voor DMW dan wordt de cliënt doorverwezen. Is het wél voor DMW dan gaat men inschatten wat er nodig is om een antwoord op de vraag te bieden. Kan men in een aantal contacten (en de daaruit voortvloeiende acties) een antwoord formuleren, dan spreekt men van directe hulp- en dienstverlening.

Is de problematiek en/of vraag uitgebreid of is de thuissituatie (erg) complex, dan zal een begeleiding opgestart worden. Een begeleiding start met een vraagverduidelijking: "Wat is de vraag van de cliënt? Zitten daar andere vragen achter? Wat denkt de mantelzorger hierover? Hoe is de situatie nú, gaande van gezondheidstoestand over huisvesting, mobiliteit, vrije tijd enz. tot en met de beleving van de situatie. Wat is er nu (reeds) aan omkadering/hulp? Welke problemen of levensdomeinen dienen aangepakt te worden? Welke moeten nú, welke op korte termijn en welke op lange termijn ingepland worden? Wie moet dat dan opnemen? Kan cliënt zelf nog iets opnemen of is dit iets voor mantelzorger(s) of dienen er professionelen ingeschakeld te worden? Uit zo'n grondige vraagverduidelijking zal een handelingsplan voortkomen en men zal dan samen met de cliënt en mantelzorger(s), een intensiever, langduriger traject afleggen dat stopt wanneer de vooropgestelde doelen bereikt zijn.

2.2 Bereikbaarheid

De maatschappelijk assistenten werken op zituur waar cliënten zonder afspraak rechtstreeks binnen kunnen. Voor de vraagverduidelijking en de begeleiding wordt er voornamelijk op afspraak gewerkt en indien cliënten zich niet meer kunnen verplaatsen, gaan de medewerkers op huisbezoek. Heel wat vragen worden tegenwoordig ook al

telefonisch of per mail opgenomen en afgehandeld.

2.3 Besprekbare thema's

2.3.1 Thuiszorg

Info en advies geven over (en/of toeleiden tot) verpleegkundige hulp, gezinszorg, poetsdienst (eventueel met dienstencheques), mediotheek (voor huur of aankoop van materiaal), andere thuiszorgdiensten, het aanvragen van een personenalarmsysteem.

Bewaken van de grenzen van de thuiszorg en overgang naar residentiële zorg.

Ontspoorde zorg/misbehandeling (of het vermoeden er van) bespreikbaar maken en naar oplossingen zoeken ter ontlasting van de mantelzorger(s).

Vroegtijdige zorgplanning: dit is het (liefst vroeg) bespreikbaar maken van de wensen van de cliënt rond zijn/haar zorgsituatie tot en met het bespreikbaar maken van levenseinde toe (o.a. welke documenten bestaan er allemaal en hoe moet dat worden opgesteld/ingevuld).

2.3.2 Ziekte

Ziekte-uitkering, fiscale en sociale voordelen, forfaits (palliatief, incontinentie, chronisch zieken,...), maar ook tussenkomsten bij vervoerskosten, vermindering of onderbreking van loopbaan (zorgverlof, palliatief verlof), tijdelijke opvangmogelijkheden (kort verblijf, herstelkuur). Daarnaast kunnen de medewerkers van DMW sinds oktober 2013 zelf elektronisch aanvragen indienen bij de FOD Sociale zaken (inkomen vervangende tegemoetkoming en integratietegemoetkoming).

2.3.3 Handicap/beperking

Indienen van een aanvraag bij het VAPH (zie boven) voor hulpmiddelen, aanpassing woning en/of auto, om in een voorziening of andere woonvorm zoals begeleid wonen binnen te raken of thuisbegeleiding te krijgen.

2.3.4 Oudere leeftijd

Informatie rond pensioenen, inkomensgarantie ouderen, tijdelijke opvang (kort verblijf, herstelkuren, dag- en nachtopvang), definitieve opvang in woonzorgcentra of serviceflats.

3. Integrale zorgverlening

Zoals hierboven beschreven, zal men binnen DMW trachten een volledig beeld te krijgen van de cliënt, zijn mantelzorger(s), hun situatie en hun vragen. Er wordt dan gekeken welke de beste weg is om déze cliënt (en netwerk) verder te helpen. Opzet bij de werking van een DMW is dus dat er steeds een luisterend oor geboden wordt, er info en advies gegeven wordt, evenals directe hulp- en ondersteuning of (zorg)begeleiding indien nodig, afhankelijk van de situatie, het netwerk en de problematiek. Hierbij staat niet alleen de cliënt zelf centraal, maar is er daarnaast ook

aandacht voor de mantelzorger(s) en de samenwerking met professionelen. Er wordt bij de mantelzorger(s) regelmatig gepeild naar de balans tussen draagkracht en draaglast, waarbij men de mantelzorger tracht te ondersteunen zodat men kan voorkomen dat er “ontspoorde zorg” plaats zal vinden en de thuiszorg in zijn totaliteit een haalbare kaart blijft. Naast het ondersteunen in de beleving (verlies van gezondheid, functionaliteit, ...) wordt er steevast nagekeken welk “statuut” de cliënt heeft en welke voordelen, tussenkomsten en/of rechten uit zijn/haar specifieke situatie voortvloeien. De bedoeling is immers om de draagkracht (psychisch, emotioneel, financieel) te verhogen en de lasten (psychisch, emotioneel, financieel) van alle betrokkenen te verlagen. Het is dan ook interessant voor medewerkers Sociale Dienst van de ziekenhuizen in Vlaanderen om te weten dat men een cliëntensituatie kan bespreken met de maatschappelijk assistent van DMW. Dit kan voor elke patiënt, aangezien elke burger aangesloten is bij een mutualiteit en elke mutualiteit over een DMW beschikt. Let

wel: alleen bij De VoorZorg bestaan er zorgcoördinatoren die de contactpersoon zijn bij de ontslagvoorbereiding uit het ziekenhuis. Ondanks deze extra functie kunnen sociale diensten ook rechtstreeks contact opnemen met DMW. In alle andere situaties (ander ziekenfonds, andere provincie) kan men steeds terecht bij DMW. Door als sociale dienst even contact op te nemen met de maatschappelijke werker van DMW kan men belangrijke info krijgen over de “voorgeschiedenis” van de patiënt (indien DMW al een dossier heeft) en kan men ook ter voorbereiding van het ontslag info doorgeven die voor DMW nuttig is om de thuiszorg aan te passen of op te starten. Een goede samenwerking tussen de sociale diensten van ziekenhuizen en DMW is in het belang van beide partijen, maar uiteraard vooral in het belang van de patiënt zelf.

Dit artikel is een neerslag van de presentatie op de 8-ste Vlaamse nefrologiedag 2014, georganiseerd door ORPADT en NBVN