

De geriatrische patiënt en sociale hulpverlening: een noodzakelijke ‘match’



Lieve Allaer
sociaal werker, OLV zkh, Aalst

Denise Verheyden
sociaal verpleegkundige
Imeldaziekenhuis, Bonheiden



Het werk van de sociale dienst stopt niet als de patiënt het ziekenhuis verlaat. Naast het klassieke begeleiden van de patiënt wordt meer en meer het belang ingezien van de ondersteuning van de zorgende omgeving. Zowel in Nederland als in Vlaanderen ontstond hierover regelgeving op beleidsniveau. Maar de sector wil meer gerichte hulp aanreiken en blijft daarom zoeken naar objectieve parameters die de draaglast van de mantelzorg correcter inschatten.



Diane Hermans
sociaal verpleegkundige, GZA,
campus Sint-Augustinus, Wilrijk

Marleen Van Humbeeck
sociaal verpleegkundige
UZ Brussel, Jette



De titel, die mogelijk pretentief klinkt, geeft weer dat in onze huidige samenleving sociaal werk onlosmakelijk verbonden is met de zorg voor de oudere patiënt. Als sociaal werker volgen wij de tendens van de maatschappelijke evolutie en zien wij dat de problemen, waarmee wij geconfronteerd worden, gerelateerd zijn aan de veranderingen in het patiëntenprofiel (leeftijd, complexe pathologie, therapeutische hardnekkigheid, culturele verschillen...).

Binnen de gezondheidszorg is de aandacht voor de ‘vierde leeftijd’ sinds 2003 erg toegenomen door het ontwikkelen van een zorgprogramma voor de gehospitaliseerde geriatrische patiënt, aanvankelijk, binnen de dienst geriatrie, later ook in liaison met andere niet-geriatrische afdelingen.

De evolutie van de opvang op het gebied van gezondheidszorg, zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie, geeft aan dat de geneeskunde meer en meer verweven is met de sociale dimensie. Uit deze vaststelling vloeit de noodzaak om het maatschappelijk werk te integreren in interdisciplinaire teams, waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende hulpverleners, op wie in het opvangproces een beroep kan gedaan worden, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Een dialyse-afdeling, situeert zich in de tweede lijnszorg maar staat in zeer nauw contact met de professionele zorgverleners en de mantelzorg, buiten het ziekenhuis. De sociaal werker kan hierbij een coördinerende rol spelen, adviezen geven, een ondersteunende functie uitoefenen.

In volgende 3 samenvattingen wordt toelichting gegeven bij de specifieke taken van een sociaal werker op een dialyse-afdeling.

1. Wat als mensen niet meer naar huis kunnen

1.1 De voornaamste taken

- Emotionele ondersteuning bieden bij het verwerken van de ziekte, zowel aan de patiënt als aan zijn/haar omgeving.
- Bemiddelen bij de vervoerregeling in het kader van de kunstnierbehandeling.
- Informatie geven over financiële tussenkomsten en andere voorzieningen (woningaanpassing, advies i.v.m. tewerkstelling).
- Thuissituatie nakijken.

1.2 Thuissituatie nakijken

De sociaal werker dient een zicht te krijgen op volgende vragen

- Woont de patiënt(e) alleen of samen met een partner, kinderen, andere familieleden?
- Krijgt de patiënt(e) hulp van een mantelzorg?
- Woont de patiënt(e) in een toegankelijke woning?
- Heeft de patiënt(e) voldoende (professionele) thuishulp?

1.3 Ontslagmogelijkheden

- Terug naar huis of inwonend bij familie (=zorgwonen of kangoeroewonen).
- Revalidatiecentrum: dit is een tijdelijke oplossing. Er dienen goede afspraken gemaakt te worden over het revalidatieprogramma in combinatie met de dialyse. De meeste kunstnierpatiënten zijn na een dialyse-behandeling te moe om nog revalidatie-oefeningen te doen.
- Centrum voor herstelverblijf: dit is een tijdelijke oplossing. De medisch adviseur van de mutualiteit dient goedkeuring te geven en er kan medische zorg, verpleegkundige hulp, kinesithérapie en dieetvoeding voorzien worden.
- Dagverzorgingscentrum: mensen kunnen er tijdens de weekdays overdag terecht. Ze krijgen een warme maaltijd en er worden activiteiten voorzien. Kinesithérapie, logopedie, hulp bij het nemen van een bad, bezoek aan kapper of pedicure kunnen in het dagschema ingepast worden.
- Kortverblijf in een woon- en zorgcentrum: mensen, ouder dan 65 jaar, kunnen naar een kortverblijf zodat de verzorgende familie even tot rust kan komen. Dit kan maximaal 60 opeenvolgende dagen of 90 dagen per kalenderjaar.
- Serviceflats: combineren zelfstandig wonen met een zekere mate van ondersteuning zoals warme maaltijden in een restaurant, persoonlijk alarmsysteem, wassalon, gemeenschappelijke ontmoetingsruimte en bijhorende activiteiten.
- Woon- en zorgcentrum (WZC): dit is een definitieve oplossing voor zorgbehoevende mensen van 65 jaar of ouder. Een verblijf in een WZC kan erg kostelijk zijn. Als de patiënt(e) onvoldoende financiële middelen heeft, dienen de partner en/of de kinderen mee bij te dragen in de verblijfskosten. Dit zorgt dikwijls voor spanningen in de familiale relatie. Om te anticiperen op deze spanningen is een realistische kijk op de mantelzorg noodzakelijk.

2. Ondersteuning van de mantelzorg

2.1 Inleiding

Elke patiënt en zijn omgeving reageert verschillend op de gevolgen van een chronische behandeling. Er wordt heel wat geschreven in infobrochures hoe patiënten en familie hiermee kunnen omgaan. We zien partners die dit krachtig volhouden, andere die de nodige ups en downs kennen en op een bepaald moment afhaken omdat de zorg te complex en intensief wordt. Niet alleen de dialysepatiënt wordt ouder maar ook de mantelzorg die met het verstrijken van de jaren ondertussen zelf ook beperkingen oploopt. Beleidsmaatregelen brengen met zich mee dat de ligduur in het ziekenhuis kort is en gericht op diagnose en behandeling. De verantwoordelijkheid voor het zorgproces verschuift naar de patiënt en zijn omgeving. Zorgen voor een bejaarde dialysepatiënt kan niet meer zonder “het zorgen voor de zorgende omgeving” m.n. de mantelzorg. Hier kan de sociaal werker een meerwaarde zijn om een integrale hulpverlening te realiseren met aandacht voor de “zorgende omgeving”.

2.2 De behoeften van de mantelzorg

De objectivering van de behoeften van de mantelzorg is belangrijk om een gericht hulpaanbod te realiseren. In deze tekst zullen we enkele begrippen verduidelijken, meetinstrumenten voorstellen en bespreken hoe de equipe en sociaal werker deze kunnen toepassen.

2.2.1 Draagkracht versus Draaglast

Draagkracht (DK) is alles wat iemand sterk maakt op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Draaglast (DL) is alles wat op iemand afkomt als een stresserende factor en wat een impact heeft op iemand zijn leven, autonomie en zelfbeschikkingsrecht. Het evenwicht tussen draagkracht en draaglast wordt beïnvloed door verschillende factoren.

Objectief: kenmerken van de zorg

- Complexiteit van medische problemen, functiebeperkingen en gevolgen voor de Activiteiten van het dagelijks Leven (ADL)
- Nood aan bijstand voor ADL, aan hulpmiddelen, aan ondersteuning door thuiszorgdiensten

Subjectief: hoe iemand stress ervaart

Coping:

- de manier waarop met belastende omstandigheden (stress) wordt omgegaan
- wijze waarop iemand betekenis geeft aan een situatie en omgaat met problemen

Beïnvloedende factoren Draaglast (DL):

- Objectieve inschatting van de zorgsituatie, zorgnoden en prognose
- Beschikbaarheid van de mantelzorg
- Subjectieve beleving van de zorg
- Ingrijpende gebeurtenissen: overlijden, ziekte, geboorte
- Kwaliteit van de relaties: vroeger en nu
- Woonsituatie
- Sociaal draagvlak
- Financiële druk door hoge zorguitgaven

Beïnvloedende factoren Draagkracht (DK):

- Gezondheid van de mantelzorg
- Wijze waarop mensen omgaan met problemen (= coping)
 - Bij probleemgerichte coping probeert men het probleem op te lossen
 - Bij emotiegerichte coping probeert men de gevoelens die het probleem veroorzaakt te veranderen
- Sociaal draagvlak
- Compenserende (modererende) positieve reacties die de mantelzorg ervaart om verder te doen (CAVE: uitputting!)



Figuur 1: Als de balans tussen de draagkracht en draaglast verstoord wordt, kunnen er problemen ontstaan.

2.2.2 Meetinstrumenten

Wat meten om wat te weten? Er is al heel wat onderzoek gebeurd om de noden van de mantelzorg vast te stellen en gerichte acties te ondernemen.

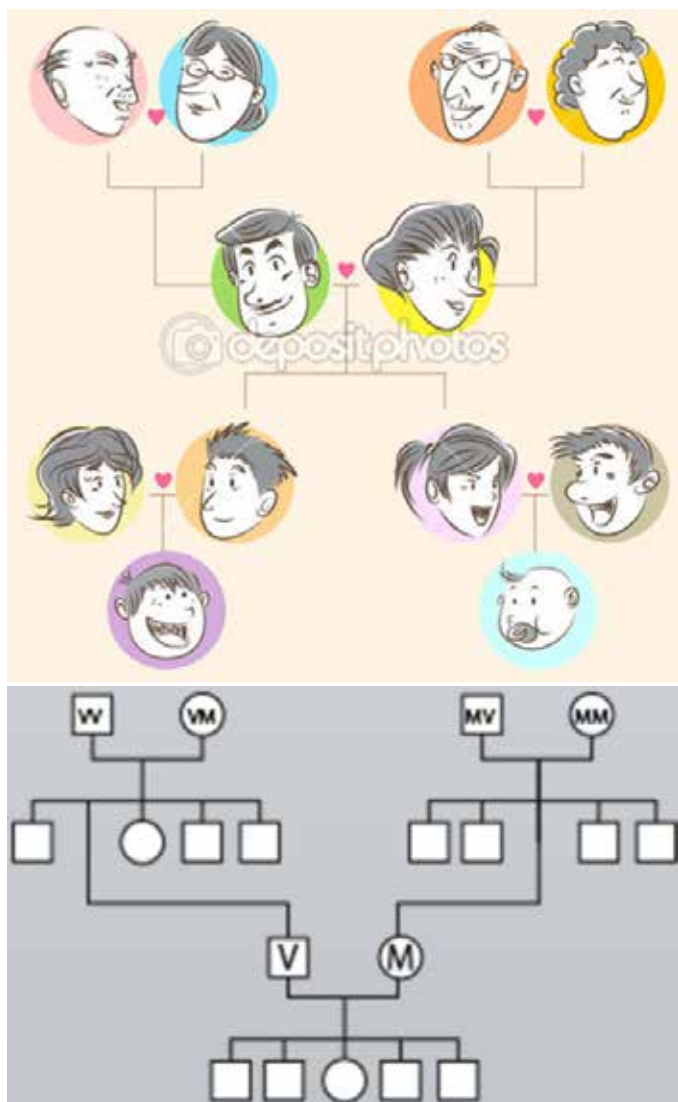
2.2.2.1 Nederland: 'mantelscan'

Nederland maakt gebruik van de "mantelscan" om het zorgnetwerk in kaart te brengen. Het geeft een beeld van de DK-DL. Men kan maar aanspraak maken op gesubsidieerde thuiszorg als de burger eerst zijn eigen zorgnetwerk heeft ingezet. Dit is hier wettelijk geregeld.

Dit instrument bestaat uit verschillende stappen:

2.2.2.1/a Genogram

Men brengt de familie in beeld via een genogram, dit is een visuele voorstelling van de stamboom van een familie in verschillende generaties en hun onderlinge relaties. Het biedt de gelegenheid om het levensverhaal te laten vertellen en zo ook de levensgeschiedenis als hulpverlener te leren kennen. Dit vraagt de nodige gespreksvaardigheden omdat dit niet zonder emoties verloopt.



Figuur 2a en 2b: Genogram.

2.2.2.1/b Belasting voor de mantelzorg meten

Men brengt de objectieve zorgsituatie in beeld. Via een vragenlijst (EDIZ-plus) meet men de belasting voor de mantelzorg.

EDIZ= 'Ervaren Druk door Informele Zorg' is ontworpen door Anne Margriet Pot en wordt gebruikt door meerdere zorginstellingen in Nederland. Waar de EDIZ is ontwikkeld voor mantelzorgers van mensen met dementie, kan de EDIZ-plus gebruikt worden voor mantelzorgers van mensen met diverse problematieken. De items zijn meer arbeid gerelateerd dan de items van de EDIZ en richten zich ook op de gezondheid van de mantelzorg.

2.2.2.1/c Sociaal netwerk

Via de opmaak van een ecogram brengt men het sociaal netwerk (relatie netwerk) in kaart. Zo kan men potentiële mantelzorgers in beeld brengen (zie figuur 3).

Op basis van deze gegevens (a, b en c) kan men een advies uitbrengen. Dit heeft te maken met wat de mantelzorg kan, weet en wil.

2.2.2.2 Vlaanderen Woonzorgdecreet

In het woonzorgdecreet (2009) expliciteert men dat er eerst voorrang wordt gegeven aan het zelfzorgvermogen en zelfredzaamheid van de zorgvrager en zijn mantelzorg. Het decreet pleit voor het detecteren van de noden van de mantelzorg, om vervolgens een gepast antwoord te bieden. Dit maakt dat in Vlaanderen er plots heel wat aandacht besteed wordt om methodieken te ontwikkelen die "wetenschappelijk onderbouwd en gevalideerd zijn" en toelaten om op een gestructureerde methodische wijze de noden van de mantelzorg in kaart te brengen.

Voorbeeld 1: 'Zicht op mantelzorg'

De Hogeschool Gent ontwikkelde binnen een Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, het instrument 'Zicht op mantelzorg'. Het biedt een leidraad aan hulpverleners om in een verdiepend gesprek de noden van de mantelzorg in kaart te brengen. Het is eenvoudig, en door elke hulpverlener, toe te passen die multidisciplinair op een professionele wijze de zorg deelt van de patiënt en ook zijn zorgende omgeving. Het instrument wordt gebruikt via een interview door een hulpverlener waarbij volgende items aan bod komen:

- Kenmerken van de zorgsituatie en aandeel van mantelzorg
- Gevolgen voor de mantelzorg en in kaart brengen van balans draagkracht-draaglast
- In kaart brengen van het sociaal netwerk
- In kaart brengen van belastende factoren, ondersteunende factoren
- In kaart brengen van specifieke noden
- In kaart brengen van beïnvloedende factoren uit de omgeving: woonsituatie, hulpmiddelen mobiliteit
- In kaart brengen van de financiële meerkost en compenserende maatregelen

Door het onderzoek heeft men vastgesteld dat er heel wat hiaten zijn:

- Welk beroepsprofiel dient de hulpverlener te bezitten om dit instrument toe te passen?

- Heeft de hulpverlener voldoende gespreksvaardigheden en zicht op de beschikbare ondersteuningsmogelijkheden?
- De visie op mantelzorg binnen het beleid is vaak weinig omschreven en methodisch onderbouwd. Er is geen duidelijkheid in visie wie hiervoor de meest geschikte partner kan zijn. Zolang deze benadering niet zal gesubsidieerd worden als een multidisciplinaire benadering zal dit afhangen van de interpretaties van de plaatselijke verantwoordelijken.

Vanuit de vaststelling van bovenstaande tekortkomingen, is door de Hogeschool Gent een vervolgonderzoek opgestart dat loopt tot 2016.

Voorbeeld 2: meetinstrument DK_DL van het VAPH

(VAPH= Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap)

Als erkend multidisciplinair team (MDT) voor het ziekenhuis zijn we actief betrokken bij het uittesten van een meetinstrument om de draagkracht en draaglast in beeld te brengen van de mantelzorger voor personen met een handicap minder dan 65 jaar. Wat is het verschil tussen een persoon die op 63 jaar start aan dialyse of een persoon die start aan 66 jaar? Voor ons was het belangrijk om deel te nemen aan deze studie omdat wij als MDT in de toekomst willen voorbereid zijn wanneer de overheid aan erkende instanties zoals het MDT voorwaarden oplegt voor subsidiering van de ondersteuning van de mantelzorg.

Belang van het “levensverhaal”(contextueel)

- Belang van op een gestructureerde en methodische wijze de noden in kaart te brengen
- Belang van tijdig en preventief de zorg voor de zorgende omgeving mee op te nemen in het zorgtraject van de nefro-patiënt
- Belang van tijdige ondersteuning in de zorg en continuering van de zorg te voorzien op kritische kantelmomenten (ondersteuning thuiszorg, respijtzorg, beschermde woonvorm) met professionele zorg

Voorbeeld 3: opdracht van diensten sociaal werk van de mutualiteit

In het woonzorgdecreet is de opdracht wettelijk vastgelegd. Zij dienen proactief risicogroepen te benaderen die nood hebben aan “zorgbegeleiding”. Dit houdt in dat zij de nood aan een zorgende omgeving in kaart moeten brengen, de nodige ondersteuningsvormen realiseren en multidisciplinaire samenwerking bewerkstelligen.

2.3 Rol van sociaal werk en equipe

De equipe is multidisciplinair samengesteld en heeft elk zijn specifieke invalshoek.

Het professioneel nabij zijn voor de patiënt maar ook voor de zorgende omgeving is een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorgbalans in evenwicht te houden. Het gebruik van parameters en meetinstrumenten kan een meerwaarde zijn om dit gestructureerd en methodisch te onderbouwen maar kan enkel resultaat geven door erkenning van ieders expertise en complementariteit.

De opdracht van sociaal werk is beschikbaar te zijn voor patiënt en familie, en voortdurend de sociale context en risico's van grenzen van thuiszorg onder de aandacht te brengen. Het is aan de sociaal werker om op een gestructureerde en methodische wijze de sociale context in beeld te brengen, een gericht advies te formuleren ter ondersteuning van de zorg en afhankelijk van de zorgnoden actief te bemiddelen bv. voor een gepaste woonvorm in combinatie met dialysebehandeling.

In het zorgtraject kan de sociaal werker ingeschakeld worden op kantelmomenten: hiervoor is er een erkenning nodig van de medisch-verpleegkundige equipe die signalen kan doorsturen.

Afhankelijk van de vraag kunnen wij:

- Gericht informatie en advies geven over de verschillende mogelijkheden ter ondersteuning van de mantelzorg
- Verwijzen naar voorzieningen die de thuiszorg ondersteunen, zowel professioneel als via vrijwilligers-werking
- Info, advies, bemiddelen en ondersteunen van sociale administratie bij het verwerven van sociale voorzieningen die de medische kosten kunnen drukken
- Info, advies, oriëntering naar, bemiddelen en ondersteunen van patiënt en familie wanneer een beschermde woonvorm moet gerealiseerd worden

Dit is een proces dat continu aandacht vraagt.

2.4 Besluit

Het blijft onze opdracht om “luisterend aanwezig te zijn”, alert te blijven voor signalen van overbelasting, gericht tijdig advies en informatie te geven en zo “zorgend aanwezig te zijn” voor de patiënt en zijn zorgende omgeving. In tijden van crisis en besparingen lijkt dit niet zo evident. Des te meer zijn wij ervan overtuigd dat het belangrijk is dat wij met het ziekenhuis actief meewerken aan studies om de noden in beeld te brengen door het ontwikkelen van een objectieve parameter. Uiteindelijk zou dit kunnen leiden tot het ter beschikking stellen van financiële middelen, liefst structureel via de ligdagprijs.



Figuur 3: Ecogram = sociaal netwerk in kaart brengen.

3. Een reflectie vanuit de praktijk

3.1 Patiëntenpopulatie UZ Brussel

Op 1/2/2014 telt het UZ Brussel 147 chronische dialysepatiënten, waarvan 73 ouder dan 75 jaar (50 %). Van deze 73 personen wonen er 15 alleen, zijn er 37 patiënten samenwonend met partner, 10 patiënten inwonend bij één van de kinderen en verblijven er 11 mensen in een Woon en Zorg Centrum (WZC).

3.2 Vaststellingen

De alleenstaande dialysepatiënt, leeft vaak geïsoleerd, komt nog zelden buiten. Het driemaal per week naar het dialysecentrum komen, geeft structuur aan zijn leven: hij moet op tijd opstaan, moet zijn toilet maken, iets eten om zijn medicatie te nemen, zich klaarmaken en wachten op zijn chauffeur die hem naar het ziekenhuis zal brengen.

De dialysebehandeling geeft aan de alleenstaande de gelegenheid om sociale contacten te leggen: hij heeft zijn babbel met lotgenoten en ze nemen samen hun middagmaal. Er ontstaat een grote solidariteit waarbij de mobiele patiënt de minder mobiele helpt.

De partner of de mantelzorger van de dialysepatiënt heeft tijdens de dialyse-uren tijd voor zichzelf om boodschappen te doen, naar de kapper te gaan, hobby's uit te oefenen... Eens de gedialyseerde terug thuis, wordt de partner volledig opgeëist en rest er nog weinig tijd voor zichzelf. Deze partner heeft een enorme last te verwerken. De draaglast is zeer zwaar. Als teamverzorger moeten wij hiervoor "oog en oor" hebben, zodanig dat de partner die "last" van zich eens kan afpraten.

De dialysepatiënt die inwoont bij één van de kinderen, is meestal van vreemde origine en van de eerste generatie. Deze personen spreken enkel hun eigen taal, zodat er zich een probleem vormt om deze patiënt degelijk te informeren over de behandeling.

3.3 Concrete hulpmiddelen

Om aan het taal- en/of cultureel probleem een oplossing te bieden, is er in het UZ Brussel de mogelijkheid om beroep te doen op de interculturele bemiddelaar. Deze tolkt, bemiddelt tussen patiënt, familie en team en doet aan gezondheidsvoorlichting en opvoeding zodat het team de patiënt kan begrijpen en omgekeerd.

Om de communicatie te bevorderen tussen het zorgteam enerzijds en de mantelzorger, de professionele verzorger

thuis of de verpleegkundige van het WZC anderzijds, wordt aan elke nieuwe dialysepatiënt een boekje gegeven dat bij elke dialyse meegebracht wordt en waarin nota's heen en weer geschreven worden.

Verder is er ook de informatiebrochure van de dialyse. Elke discipline heeft uitvoerig zijn taak neergeschreven zodanig dat de patiënt en familie weten waarop ze kunnen beroep doen en bij wie.

Ook is er een sociaal luik, dat o.a. gaat over het aanbod van de verschillende takken in de thuiszorg.

Als de thuissituatie van de dialysepatiënt onhoudbaar blijkt zal hospitalisatie aangewezen zijn. Dit is dikwijls een kantelmoment waarbij samen met de patiënt en zijn familie naar een oplossing gezocht wordt.

Naast de anamnese van de sociaal verpleegkundige van de nefrologie, wordt beroep gedaan op het verslag opgesteld door "de liaison geriatrie". De liaison geriatrie is een verpleegkundige die de 75 jarige patiënt, gehospitaliseerd op een niet-geriatrie dienst, zal testen op o.a.

zelfredzaamheid, mobiliteit etc. als de drempelwaarde van het risicoprofiel van de patiënt bereikt is.

Dit risicoprofiel is bereikt als de patiënt, na een verpleegkundige anamnese, 2 of meer punten scoort. Deze punten worden bereikt als o.a. de cognitieve toestand van de patiënt verminderd is (1 punt); als de patiënt alleenstaande is (1 punt); een mobiliteitsprobleem heeft (1 punt); meer dan 5 medicamenten neemt (1 punt) en andere parameters.

Aan de hand van het resultaat van de sociale anamnese en het verslag van de liaison geriatrie wordt door het team een ontslagbeleid besproken. Dit beleid wordt door de sociaal verpleegkundige overgebracht naar de patiënt en de familie om samen tot de meest geschikte oplossing voor de patiënt te komen: ofwel terugkeer naar huis met thuiszorg, ofwel een aanvraag voor revalidatie ofwel een opname in een WZC.

Het is belangrijk "het zelfbeslissingsrecht" van de persoon te respecteren.

3.4 Besluit

Bij een probleemsituatie zal de sociaal verpleegkundige samen met de patiënt en zijn familie zoeken naar de meeste geschikte oplossing voor het probleem.

Doch indien de patiënt zich niet bewust is van het probleem, zal hij ondanks alle argumentatie de aangeboden hulp weigeren.

Als gezondheidswerker moeten wij de mening van de patiënt aanvaarden.

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

Referenties

1. De Koker B, De Vos L. Het instrument 'Zicht op mantelzorg' als leidraad voor de behoefteanalyse bij mantelzorgers van thuiswonende ouderen. Tijdschrift voor welzijnswerk 2013; 37: 3-11
2. <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl>
3. Zicht op mantelzorg: praktijkgericht onderzoek, HoGent, 2013-2014
4. Project draagkracht – draaglast, sociaal agogisch praktijkgericht onderzoek. Prof. Maes in opdracht van VAPH en Verwijzersplatform, HUB-KAHO
5. Woonzorgdecreet maart 2009, Vlaamse overheid