

Adviesnota

aan de Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid
betreffende

De sociale dienst in het ziekenhuis

Werkgroep ‘Sociale dienst in het ziekenhuis’

Maart 2010

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	3
EEN WETTELIJK KADER VOOR DE SOCIALE DIENST	4
1. ERKENNING EN DEFINIËRING VAN DE SOCIALE DIENST	4
A. <i>Stand van zaken</i>	4
B. <i>Knelpunten en aanbevelingen</i>	5
2. HET TAKENPAKKET VAN HET SOCIAAL WERK	6
A. <i>Stand van zaken</i>	6
B. <i>Knelpunten en aanbevelingen</i>	7
3. DE PLAATS VAN DE SOCIALE DIENST IN HET ORGANOGRAM.....	9
A. <i>Stand van zaken</i>	9
B. <i>Knelpunten en aanbevelingen</i>	10
4. ERKENNINGSNORMEN VOOR DE SOCIALE DIENST.....	10
A. <i>Stand van zaken</i>	10
B. <i>Knelpunten en aanbevelingen</i>	11
DE FINANCIERING VAN HET SOCIAAL WERK IN HET ZIEKENHUIS	15
1. STAND VAN ZAKEN	15
A. <i>Het deel B1 van het BFM</i>	15
B. <i>Het deel B4 van het BFM</i>	16
C. <i>Het deel B8 van het BFM</i>	16
D. <i>RIZIV-overeenkomsten</i>	16
2. KNELPUNTEN EN AANBEVELINGEN.....	17
REGISTRATIE	19
1. STAND VAN ZAKEN	19
2. KNELPUNTEN EN AANBEVELINGEN.....	19
ONTSLAGMANAGEMENT	22
1. STAND VAN ZAKEN	22
2. KNELPUNTEN EN AANBEVELINGEN.....	23
A. <i>MICRONIVEAU</i>	23
B. <i>MESONIVEAU</i>	25
C. <i>MACRONIVEAU</i>	26
KWALITEITSONTWIKKELING & -BEWAKING	28
1. ETHIEK EN DEONTOLOGIE	28
2. DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING	28
3. ORGANISATIE EN EVALUATIE	30
4. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK.....	31
5. NETWERKING	31

BIJLAGEN

- BIJLAGE 1: Gecoördineerd advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen m.b.t. de sociale dienst in het ziekenhuis
- BIJLAGE 2: Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake het sociaal werk in de geestelijke gezondheidszorg
- BIJLAGE 3: Overzicht van de erkenningsnormen voor het sociaal werk in het ziekenhuis
- BIJLAGE 4: Ledenlijst van werkgroep ‘Sociale dienst in het ziekenhuis’ anno maart 2010

INLEIDING

Het ziekenhuis neemt vandaag een heel andere plaats in binnen de gezondheidszorg dan enkele decennia geleden. Dankzij de technologische en farmacologische evolutie in de medische wereld is het ziekenhuis niet langer de centrale instelling, maar één van de vele spelers geworden binnen de gezondheidszorg. Een gezondheidszorg waar niet langer de hospitalisatie de norm is, maar waar men steeds meer evolueert naar een systeem waarbij de patiënt in de mate van het mogelijke behandeld wordt zonder dat hij uit zijn natuurlijke omgeving ontrokken wordt. Deze ontwikkeling heeft ook voor gevolg dat het ziekenhuis veel meer moet samenwerken met externe organisaties en instellingen. Het ziekenhuis en de externe organisaties moeten goed op elkaar afgestemd zijn om zorgcontinuïteit te kunnen waarborgen. Het verzorgen van deze brugfunctie tussen intra- en extramuros is een belangrijke taak van de sociale dienst.

Daarnaast is binnen de medische wereld het besef gegroeid dat het strikt biomedische model achterhaald is. Momenteel is het algemeen aanvaard dat ook sociale factoren een invloed hebben op gezondheid en vice versa.

Allerlei signalen geven dus aan dat het sociale aspect een steeds belangrijker plaats inneemt binnen het ziekenhuis. Het belang van het sociaal werk in het ziekenhuis is dan ook nog nooit zo groot geweest. Toch bestaat er tot op heden geen allesomvattende wettelijke erkenning, definiëring en normering, en evenmin een adequate financiering van de sociale dienst.

De werkgroep 'Sociale diensten in het ziekenhuis', die begin 2009 heropgestart is binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), heeft daarom het initiatief genomen om de belangrijkste knelpunten en behoeften van het sociaal werk in het ziekenhuis in kaart te brengen in een adviesnota.

Aangezien de problematiek van de sociale dienst vrij complex is, is het van belang dat men zich een volledig beeld kan vormen van de huidige situatie waarbinnen de sociale diensten hun werking moeten ontplooiën. Deze nota stelt zich dan ook tot doel de problematiek van de sociale dienst in een Belgisch ziekenhuis in kaart te brengen. Om in dit opzet te slagen wordt de huidige stand van zaken geschetst en belichten we verschillende aspecten met betrekking tot de sociale dienst, zijnde: het wettelijk kader, de financiering, registratie, ontslagmanagement en kwaliteitsontwikkeling en -bewaking. Deze thema's worden belicht omdat ze een leemte betekenen in het wettelijk kader van de ziekenhuizen en/of omdat het werkveld ze als belangrijk heeft aangegeven. Op basis van de beschreven stand van zaken worden de belangrijkste knelpunten omschreven en, waar mogelijk, beleidsaanbevelingen geformuleerd. Op het einde van elk onderdeel worden de belangrijkste actiepunten nog eens opgelijst.

Deze nota wil een vertrekpunt zijn voor verder beleidsacties met betrekking tot de sociale dienst in het ziekenhuis. Het is dan ook belangrijk dat de inhoud gedragen wordt door het werkveld. De werkgroep heeft daarom de tekst ter commentaar voorgelegd aan de bestaande provinciale overlegorganen van het sociaal werk in het ziekenhuis.

EEN WETTELIJK KADER VOOR DE SOCIALE DIENST

De belangrijkste behoefte van het sociaal werk is de ontwikkeling van een wettelijk kader voor de sociale dienst in het ziekenhuis, waarin duidelijk de opdracht en de taken worden omschreven en op basis waarvan een algemene normering en financiering kan worden bepaald.

Deze behoefte is niet nieuw en er zijn in het verleden reeds een aantal initiatieven genomen om er aan tegemoet te komen. Men heeft de aanbevelingen van deze initiatieven echter nooit vertaald in beleidsdaden. Het belangrijkste initiatief hieromtrent is zonder meer de studiedag ‘Sociale dienst in het ziekenhuis’ die georganiseerd werd in 1998 in opdracht van de FOD VVVL en waarop de resultaten van vier werkgroepen werden voorgesteld. Elke werkgroep had zich gebogen over een bepaalde thematiek, zijnde:

- het statuut van de sociale dienst;
- interdisciplinariteit en samenwerking;
- ethische en deontologische aspecten;
- registratie van het sociaal werk in het ziekenhuis.

Gedeeltelijk op basis van de resultaten van deze studiedag heeft de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRVZ) in 2001 een gecoördineerd advies uitgebracht met betrekking tot de sociale dienst in het ziekenhuis (zie bijlage 1). Dit advies voorziet in de oprichting van het ‘Sociaal Observatorium’ dat tot doel heeft de parameters te bepalen die continu zouden moeten geregistreerd worden en op basis waarvan de bestaffing van de sociale dienst zou kunnen worden aangepast. De oprichting van dit orgaan is totnogtoe dode letter gebleven. Binnen de FOD VVVL heeft men daarna een poging ondernomen om het advies van de NRZV om te zetten in een ontwerp van Koninklijk Besluit (KB). Het is echter bij een juridische oefening gebleven.

1. Erkenning en definiëring van de sociale dienst

A. Stand van zaken

Vanuit het werkveld bestaat er een grote vraag naar een officiële erkenning en definiëring van de sociale dienst in het ziekenhuis. De erkenning en omschrijving van de functie van de sociale dienst en van het statuut van de sociaal werker¹ zijn van essentieel belang voor het bepalen van personeelsnormen en voor de integratie van de dienst in het organogram van het ziekenhuis.

Ook op het niveau van de ziekenhuisdirectie begint men de nood aan een dergelijke definiëring in te zien. Een aantal ziekenhuizen hebben de afgelopen tijd, al dan niet op initiatief van de sociale dienst, een visietekst m.b.t. de sociale dienst opgemaakt of zijn deze aan het ontwikkelen.

Daar de sociale dienst niet, of slechts zeer vaag², wettelijk gedefinieerd wordt als een afzonderlijke dienst binnen het organogram van een ziekenhuis, wordt alles wat deze dienst aangaat enigszins

¹ In deze tekst wordt de term sociaal werker gebruikt, omdat dit de meest neutrale term is t.o.v. de twee diploma's, maatschappelijk assistent en sociaal verpleegkundige, die toegang verschaffen tot deze beroepsgroep. Daarenboven is het momenteel de meest gebruikte term in het werkveld.

² In de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, vinden we een paragraaf terug over de sociale dienst van universitaire ziekenhuizen. Met betrekking tot inhoudelijke aspecten van de sociale dienst wordt in deze paragraaf het volgende vermeld: “De dienst moet ter plaatse beschikken over een sociale dienst die afgestemd is op de geëigende

aan de ‘goodwill’ van de ziekenhuisbeheerders overgelaten en is de invulling van de opdracht sterk verschillend in elk ziekenhuis. Men ziet dan ook dat de opdracht van de sociale dienst nog te vaak verengd wordt tot administratieve taken en ontslagvoorbereiding.

De NRZV heeft in haar gecoördineerd advies m.b.t. de sociale dienst in het ziekenhuis uit 2001 de opdracht van de sociale dienst als volgt omschreven:

“De sociale dienst bevordert het welzijn van de patiënt en zijn familie in relatie tot zijn hospitalisatie, werkt nauw samen met alle andere beroepsbeoefenaars van het ziekenhuis en met de diensten en instellingen buiten het ziekenhuis.

De functie van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis bestaat erin de patiënten en hun omgeving te begeleiden om problemen en stoornissen in hun functioneren te voorkomen, op te lossen en te beheren, en dit in interactie met hun sociale omgeving en pathologie.

De begeleiding van de patiënten en hun omgeving gebeurt op het vlak van sociale, psychische en relationele moeilijkheden die samengaan met de ziekte-toestand, het verblijf en de behandeling in het ziekenhuis alsmede met nieuwe vooruitzichten en situaties die het gevolg zijn van de ziekte.

De begeleiding van de patiënten omvat het observeren, analyseren en evalueren, alsook het ingrijpen in hun sociale situatie, rekening houdend met de context van de psycho-medische vooruitzichten.

De hulpverlening situeert zich op sociaal-materieel, sociaal-administratief en psychosociaal vlak. De maatschappelijk werker handelt in overleg met de patiënt en streeft naar diens autonomie en zelfredzaamheid.”

B. Knelpunten en aanbevelingen

Als onderdeel van het ziekenhuis streeft de sociale dienst ook dezelfde hoofddoelstelling na: bijdragen tot een voor iedereen toegankelijke kwalitatieve gezondheidszorg in het algemeen en in al zijn facetten. Meer specifiek beoogt de sociale dienst binnen de context van de gezondheidszorg het welzijn te bevorderen van de patiënt en/of zijn familie. Een opdracht die zich niet beperkt tot de periode tussen opname en ontslag van de patiënt, maar die start voor de opname en eindigt met de nazorg voor de patiënt.

Het sociaal werk heeft een specifieke opdracht in het geïntegreerd zorgproces voor de patiënt. De sociaal werker dient dan ook erkend te worden als een ‘zorgverlener’⁴ met specifieke aandacht voor de sociale determinanten van het gezondheidsprobleem van patiënten, en niet als een ‘administratief werker’, ook al behoren er verschillende administratieve taken tot het takenpakket van de sociaal werker.

De omschrijving van de NRZV legt terecht de nadruk op het bevorderen van het welzijn van de patiënt en zijn omgeving. Maar men is vergeten de opdracht van de sociale dienst als bewaker van de ‘humanisering’ van het ziekenhuis (bv. bevorderen van respect voor diversiteit, voor interculturele verschillen,...) op te nemen.

problematiek van patiënten” en “De taakverdeling en de samenwerking met de sociale voorzieningen van andere intra- of extramurale diensten en organismen dient duidelijk omschreven en vastgesteld...”

³ Deze definitie is onder andere gebaseerd op de aanbevelingen van de studiedag ‘Sociale dienst in het ziekenhuis’, die georganiseerd werd op initiatief van de FOD VVVL in 1998.

⁴ In de tekst wordt de term ‘zorgverlener’ in plaats van de term ‘hulpverlener’ gebruikt, omdat de eerste beter te plaatsen is binnen de context van het ziekenhuis. De term Zorgverlener is daarenboven specifiekere dan de term hulpverlener.

Ziekenhuizen hebben niet enkel als opdracht het aanbieden van een kwalitatieve zorg; ze moeten ook financieel performant blijven. Dit betekent dat medewerkers van de sociale dienst een moeilijke evenwichtsoefening moeten maken tussen twee vaak tegenstrijdige opdrachten: enerzijds het bevorderen van het welbevinden van de patiënt en zijn omgeving en anderzijds het 'performant' blijven van het ziekenhuis. De sociaal werker wordt hier geconfronteerd met een belangenconflict; enerzijds wenst hij de belangen van de patiënten te behartigen, anderzijds moet hij de financiële doelstellingen van het ziekenhuis helpen verwezenlijken. In sommige ziekenhuizen wordt de werking van de sociale dienst te veel georganiseerd in functie van het bevorderen van deze laatste doelstelling.

Door de bestaande onduidelijkheid over de opdracht hebben andere disciplines en directies van ziekenhuizen vaak een gebrekkige kennis van de functie van de sociale dienst. Dit kan dan weer leiden tot heel wat problemen inzake interne samenwerking en communicatie, waarmee sociale diensten geconfronteerd worden. Een officiële definiëring van de sociale dienst zou de sociaal werkers een instrument geven op basis waarvan zij hun opdracht aan derden kunnen overbrengen en waarop zij zich kunnen beroepen in geval van conflict.

ACTIEPUNTEN

1. Het uitwerken van een duidelijke en omvattende omschrijving van de opdracht van de sociale dienst in het ziekenhuis in samenspraak met het werkveld, vertrekkende van de omschrijving uit het gecoördineerd advies van de NRZ uit 2001.

- Middelen:
- *Onderzoek naar de missie en de taken van de sociale dienst.*
 - *Oprichten van een specifieke werkgroep die advies opmaakt inzake omschrijving sociale dienst.*

2. *Het takenpakket van het sociaal werk*

A. Stand van zaken

Aangezien de opdracht van de sociale dienst niet officieel omschreven is, is de taakinvulling van de sociale dienst sterk verschillende van ziekenhuis tot ziekenhuis. Uit interviews afgenomen met verantwoordelijken van sociale diensten in het voorjaar van 2009 blijkt dat de huidige taakinvulling vaak historisch is gegroeid en afhankelijk is van een aantal ziekenhuisinterne (organisatie, grootte, visie directie...) en ziekenhuisexterne factoren (geografische factoren, ontwikkeling van het netwerk,...).

Momenteel is het niet duidelijk welke taken er allemaal behoren tot het takenpakket van de sociale dienst van een ziekenhuis. Het zou dan ook wenselijk zijn om een duidelijk beeld te krijgen op het huidige takenpakket en de middelen die er voor nodig zijn om dit takenpakket naar behoren te kunnen uitvoeren. Deze kennis is een noodzakelijke voorwaarde om een antwoord te kunnen bieden aan veel knelpunten die in deze tekst beschreven worden. Om tegemoet te komen aan deze lacune financiert de FOD VVVL momenteel het onderzoek 'Sociaal werk in kaart gebracht: ontwikkelen van een sturingsinstrument binnen sociaal werk in een ziekenhuis', dat tot doel heeft een gedetailleerd inzicht te krijgen op het huidige en het gewenste takenpakket van de sociaal werker in een Belgisch algemeen ziekenhuis⁵. Uit tussentijdse resultaten van het

⁵ Door een gebrek aan tijd en middelen beperkt het onderzoek zich tot de algemene ziekenhuizen. In de toekomst is een herneming van het onderzoek bij psychiatrische ziekenhuizen echter wenselijk.

onderzoek blijkt het groot aantal verschillende taken dat uitgevoerd wordt door de sociaal werker in een Belgisch ziekenhuis. De takeninventaris geeft ook een idee over de vele verschillende domeinen waarin een sociaal werker deskundig moet zijn.

Het sociaal werk heeft als taak de brugfunctie te vertolken tussen intra- en extramurale diensten. Het is dus niet voldoende om het takenpakket van de sociale dienst te omschrijven, maar dit ook af te bakenen t.o.v. andere interne en externe functies.

B. Knelpunten en aanbevelingen

Men kan stellen dat de activiteiten van de sociaal werker behoren tot de patiëntgerichte hulpverlening. Waarbij men een opsplitsing kan maken tussen patiëntgebonden taken, zoals psychosociale hulpverlening, zorgcoördinatie..., en niet-patiëntgebonden taken, zoals competentieontwikkeling, beleidsontwikkeling.... Het aantal en de samenstelling van de takenclusters van de sociale dienst zullen gedefinieerd worden in het bovenvermeld onderzoek.

De complexiteit van de zorg, de voortdurende evolutie van de sociale wetgeving en de maatschappelijke evolutie met steeds hogere verwachtingen en/of eisen heeft het takenpakket van het sociaal werk sterk uitgebreid en de intensiteit er van vergroot. Deze evoluties zorgen er voor dat de sociaal werkers genoodzaakt zijn zich meer en meer te specialiseren in een bepaald aspect van het sociaal werk. In ziekenhuizen worden vervangingen van sociaal werkers dan ook minder eenvoudig en evident.

De steeds kortere verblijfsduur van patiënten in algemene ziekenhuizen, in de hand gewerkt door het financieringssysteem (zie hoofdstuk 'De financiering van het sociaal werk'), en de daaraan gekoppelde groeiende turn-over aan patiënten in de ziekenhuizen, heeft tot gevolg dat patiënten steeds sneller op ontslag moeten. Door de grote ontslagdruk moet de sociaal werker keuzes maken, waardoor niet alle taken kwaliteitsvol kunnen worden uitgevoerd. Regelmatig wordt het sociaal werk dan ook beperkt tot de zorgcoördinatie ter voorbereiding van het ontslag, waaraan veel administratieve taken verbonden zijn, en blijft er te weinig tijd over voor andere taken, in het bijzonder voor de psychosociale begeleiding van patiënten.

In psychiatrische ziekenhuizen ziet men een gelijkaardige evolutie. Men wordt geconfronteerd met een toenemende opname- en ontslagdruk, die voornamelijk het gevolg is van doorstromingsproblemen van patiënten. De problemen die voortvloeien uit de toenemende ontslagdruk gelden dan ook voor de sociaal werkers van psychiatrische ziekenhuizen.

De laatste jaren is er in het kader van zorgprogramma's, RIZIV-overeenkomsten..., financiering voorzien binnen het ziekenhuis voor verschillende gespecialiseerde functies met een psychosociale invalshoek. Functies die voorheen reeds, geheel of gedeeltelijk, opgenomen werden door de sociale dienst. De rol van de sociale dienst wordt echter nooit omschreven in de wettelijke basis van deze nieuwe functies. Dit leidt tot een verschraving en uitholling van de psychosociale taak van het sociaal werk.

Binnen sociale diensten bestaat er frustratie over de beperkte mate waarbij men voor psychosociale hulpverlening beroep doet op het sociaal werk. Vaak wordt psychosociale hulpverlening reflexmatig, direct toegewezen aan psychologen, terwijl een sociaal werker hier een 'filterende' taak kan hebben. Emoties worden tegenwoordig door de hulpverlening en de patiënten te vaak als een 'ziekte' en niet als een normaal menselijke reactie beschouwd. Het zou wenselijk zijn om de samenwerking tussen sociaal werkers en psychologen te versterken om een psychosociale as te vormen in het ziekenhuis die de het menselijk aspect binnen de zorg bewaakt.

Eenzelfde probleem stelt zich in de verhouding tussen sociaal werkers en psychiatrisch verpleegkundigen in psychiatrische ziekenhuizen.

Algemeen kan men stellen dat het sociaal werk in de verhouding met andere disciplines van het ziekenhuis enerzijds behoefte heeft aan taakafbakening, maar anderzijds ook aan verregaande samenwerking en de bevestiging van de meerwaarde van complementariteit tussen de verschillende disciplines. De sociaal werker wenst immers in interdisciplinariteit met de andere disciplines te werken ter bewaking van de zorgcontinuïteit voor de patiënt.

De sociale dienst neemt in de ontwikkeling, de implementatie en de uitvoering van het ontslagmanagement een centrale plaats in. Eind de jaren '90 werden projecten inzake ontslagmanagement voor de geriatrische en psychiatrische patiënt ingebed in de Belgische ziekenhuizen, met als doel een geïndividualiseerde zorgplanning te voorzien, zodat de overgang van de zorgverlening van het ziekenhuis naar de thuissituatie naadloos verloopt. Ondertussen is het ontslagmanagement ingebed in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt⁶ en loopt het pilootproject 'ontslagmanagement' binnen de psychiatrische ziekenhuizen, dat gecoördineerd wordt door de FOD VVVL, reeds een tiental jaar. Dat de plaats van de sociale dienst in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt niet bepaald is, wordt als een gemiste kans ervaren. De grote verdienste van de initiatieven in zake ontslagmanagement is dat het de invoering van de methodiek in de ziekenhuizen heeft verplicht. In het hoofdstuk 'Ontslagmanagement' zal er dieper ingegaan worden op de inhoudelijke aspecten van het ontslagmanagement.

ACTIEPUNTEN

2. Het ontwikkelen van een realistische taakomschrijving van de sociale dienst, met inbegrip van een duidelijk afbakening t.o.v. zowel intra- als extramuros.

Middelen: - *Onderzoek naar de missie en de taken van de sociale dienst.*
- *Oprichten van een specifieke werkgroep die advies opmaakt inzake taakin-vulling en -afbakening van de sociale dienst.*

3. De erkenning en de profilering van de rol van de sociale dienst binnen de ontwikkelde en nog te ontwikkelen zorgprogramma's, RIZIV-overeenkomsten, ziekenhuisfuncties,...

Middelen: - *Vertegenwoordiging van de werkgroep 'Sociale dienst in het ziekenhuis' in overlegorganen voor de bijsturing en ontwikkeling van bestaande en nieuwe zorgprogramma's, RIZIV-overeenkomsten en ziekenhuisfuncties.*

4. Het herwaarderen van de psychosociale functie van de sociaal werker met respect voor de rol van andere functies binnen het ziekenhuis.

Middelen: - *Afbakenen van de psychosociale functie van het sociaal werk*
- *Sensibiliseren van andere disciplines in het ziekenhuis voor de psychosociale taak van het sociaal werk.*

⁶ Zie KB van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

3. De plaats van de sociale dienst in het organogram

A. Stand van zaken

Uit de enquête ‘Sociale diensten in de ziekenhuizen’, uitgevoerd in 2001 door de FOD VVVL, bleek dat de sociale diensten over het algemeen werken onder de leiding van de directie verpleegkunde (41%) of de algemene directie (33%). Tijdens de bevraging van diensthoofden in het voorjaar van 2009 werd dit beeld bevestigd. Over het algemeen waren de bevroegde diensthoofden redelijk tevreden over de huidige plaats van de sociale dienst in het organogram en de samenwerking met hun directe oversten. Door het ontbreken van een wettelijk kader voor de sociale dienst blijft deze dienst voor de ontwikkeling van haar werking wel heel sterk afhankelijk van de persoonlijke interesse van de hiërarchische overste voor de sociale aspecten van het zorgproces.

Recent kent men binnen een aantal psychiatrische ziekenhuizen de evolutie om de organisatiestructuur op basis van diensten te verlaten ten voordele van een autonome interdisciplinaire teamstructuur. Binnen deze laatste structuur zijn sociaal werkers niet langer verbonden aan een sociale dienst, maar wel aan een interdisciplinair team per pathologie. Het interdisciplinair team is ook de plaats waar de sociaal werker verantwoording dient af te leggen. Voor professioneel inhoudelijke aangelegenheden zijn de verschillende disciplines gegroepeerd in een vakgroep. Deze nieuwe organisatiestructuur heeft volgende voor- en nadelen:

VOORDELEN:

- De Maatschappelijk werker is door de effectieve aanwezigheid op de afdeling nauw betrokken bij het hele proces van behandeling en begeleiding.
- De maatschappelijk werkers zijn zeer aanspreekbaar voor patiënten en andere teamleden.
- Het bevordert het interdisciplinair samenwerken.

NADELEN:

- Het maatschappelijk werk is niet meer zichtbaar in het organogram.
- Door de verminderde zichtbaarheid is men als groep moeilijker aanspreekbaar om mee te denken over en mee te werken aan afdelingsoverstijgende (beleids)opdrachten / participatie.
- De spontane uitwisseling tussen collega's (het leren van elkaar) en de samenhang als groep vermindert sterk.
- De opvang van nieuwe medewerkers vraagt veel meer organisatie en boet in aan spontaniteit.
- Maatschappelijk werkers werken zeer individueel. Het wordt daarom ook moeilijker om als groep tot gemeenschappelijke standpunten te komen die eventueel op het beleid kunnen doorwegen.
- De manier van werken wordt meer bepaald vanuit de visie (therapeutisch model) van de afdeling waaraan men verbonden is. Iedere maatschappelijk werker dient binnen zijn eigen team te ‘knokken’ voor een kwalitatieve uitoefening van het sociaal werk. De mogelijkheid tot het bewaken van de inhoud van de functie door de groep valt weg.
- Het is moeilijker om te zorgen voor permanentie.

De werkgroep ‘Sociale dienst in het ziekenhuis’ vindt dat de voordelen van deze nieuwe organisatievorm niet opwegen tegen de nadelen. Men wenst dan ook het bestaande organisatie-model op basis van beroepsgroepen te behouden.

B. Knelpunten en aanbevelingen

De sociale dienst moet zijn kernopdrachten kunnen blijven realiseren onafhankelijk van de plaats die de dienst inneemt in het organogram van het ziekenhuis. De plaats van de sociale dienst in het organogram heeft immers vaak een invloed op het functioneren van de sociale dienst. Zo merkt men dat het sociaal werk bv. een sterke medische of administratieve invloed ervaart als de sociale dienst respectievelijk verantwoording moet afleggen aan de medisch of de administratief directeur. Een algemene functieomschrijving voor de verantwoordelijke van de sociale dienst voor alle ziekenhuizen zou reeds deze invloed van de hiërarchische overste helpen beperken.

Idealiter moet uit de positie van de sociale dienst in het organogram blijken dat de sociale dienst een geïntegreerde dienst is met een sterk neutraal en onafhankelijk karakter. Dit wordt waarschijnlijk het best gewaarborgd wanneer de sociale dienst een rechtstreekse toegang heeft tot het beslissingsniveau. Als voorbeeld vermelden we hier het model van het psychosociaal managementteam (PSMT) dat gebruikt wordt in Groningen. Het PSMT bestaat uit de afgevaardigd bestuurder van het ziekenhuis, de verantwoordelijken van de psychologen, de sociale dienst en de moreel consultants, aangevuld met de directeur verpleegkunde en de hoofdgeneesheer, die enkel een adviesfunctie bezitten. Dit PSMT is verantwoordelijk voor het psychosociaal beleid in het ziekenhuis en maakt een psychosociaal beleidsplan op.

Zoals reeds aangegeven wil de sociaal werker erkend worden als ‘zorgverlener’. Dit zou ook tot uiting moeten komen in het organogram. De sociale dienst zou beter ressorteren onder het ‘zorgdepartement’, aangezien het sociaal werk een specifiek onderdeel is van de patiëntenzorg in een ziekenhuis.

ACTIEPUNTEN

5. Het omschrijven van de plaats van de sociale dienst in het ziekenhuis, waarbij het neutraal en onafhankelijk karakter van de sociale dienst gewaarborgd wordt.

4. *Erkenningsnormen voor de sociale dienst*

A. Stand van zaken

In de praktijk verschilt het aantal voltijds equivalenten (VTE) sociaal werker sterk van sociale dienst tot sociale dienst. De grootte en de samenstelling van de sociale dienst is veelal historisch gegroeid en is, naast de beperkte bestaande wettelijke normering, vooral afhankelijk van de visie van de directie m.b.t. het sociaal werk. Uit het onderzoek ‘Sociale diensten in de ziekenhuizen’ uit 2001 blijkt wel dat de personeelsbezetting van de sociale diensten heel vaak hoger ligt dan de bestaande wettelijke normen.

De sociale dienst is over het algemeen samengesteld uit een mix van maatschappelijk assistenten en sociaal verpleegkundigen. In Vlaanderen bestaat er geen voorkeur voor één van beide diploma’s. In Wallonië geeft men op sommige plaatsen de voorkeur aan maatschappelijk assistenten. Dit zou te maken hebben met een iets andere invulling van de opleiding tot sociaal verpleegkundige.

De wetgeving kent geen normering voor de sociale dienst in een ziekenhuis, met uitzondering van de universitaire ziekenhuizen. De universitaire ziekenhuizen zijn verplicht om een sociale

dienst te installeren. Er moet 1 VTE sociaal werker aangenomen worden per 2000 opnames in de diensten Diagnose en heelkundige behandeling (C), Diagnose en geneeskundige behandeling (D), Materniteit (M) en Kindergeneeskunde (E) en men moet 1 VTE administratief personeel voorzien per 4 sociaal werkers.

De algemene en psychiatrische ziekenhuizen zijn niet verplicht om een sociale dienst te installeren. Wel voorziet de wetgever in een aantal VTE sociaal werker afhankelijk van het aantal bedden in de (voornamelijk psychiatrische) diensten: Neuropsychiatrie - observatie en behandeling (A), Neuropsychiatrie kinderen (K), Neuropsychiatrie behandeling (T), Intensieve behandeling van psychiatrische patiënten (IB) en sommige Revalidatie-eenheden (Sp). Deze normen gelden ook voor de universitaire ziekenhuizen. Voor alle andere diensten zijn de algemene en psychiatrische ziekenhuizen dus vrij om al dan niet te voorzien in sociaal werk (H, D, C, L, B, M, NIC, E) of wordt vermeld dat men beroep moet kunnen doen op een sociaal werker (G en sommige Sp-eenheden).

Naast bovenstaande 'klassieke' normen voor het sociaal werk zijn er in de normering van bepaalde ziekenhuisfuncties, zorgprogramma's en RIZIV-overeenkomsten voor de revalidatieverstrekkings verwijzingen opgenomen naar het sociaal werk (later de 'alternatieve' normering genoemd). Een uitgebreid overzicht met betrekking tot de bestaande normen voor het sociaal werk in het ziekenhuis is terug te vinden in bijlage 3.

In de normering voor ziekenhuisfuncties zijn bijna enkel indirecte verwijzingen naar het sociaal werk opgenomen, met uitzondering van de functie van palliatieve zorg, waarbij het multidisciplinair team aangevuld moet worden met een sociaal werker. Opvallend is dat de functie van regionale perinatale zorg enkel kan worden opgericht in een ziekenhuis dat beschikt over een sociale dienst. Dit is de enige keer dat de sociale dienst wordt vermeld binnen de normen die gelden voor alle ziekenhuizen.

Binnen de zorgprogramma's zijn er geen exacte normen voor het sociaal werk opgenomen, met uitzondering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Wel wordt er bij alle zorgprogramma's bepaald dat men beroep moet kunnen doen op het sociaal werk.

In sommige RIZIV-overeenkomsten wordt het aantal sociaal werkers exact in aantal VTE opgenomen en sommige is bepaald dat men beroep moet kunnen doen op een sociaal werker.

B. Knelpunten en aanbevelingen

Algemeen kan men stellen dat men hier te maken heeft met een ontoereikende, sterk verouderde en niet-eenvormige normering, waarbij het bestaan van de sociale dienst totaal wordt genegeerd.

De normering is niet aangepast aan de medisch-sociale evolutie van de afgelopen decennia. Een evolutie die de 'werklast' van het sociaal werk duidelijk verzwaard heeft.

Dankzij de technologische en farmacologische vooruitgang heeft er een geleidelijke verschuiving plaatsgevonden van 'klassieke' hospitalisatie naar daghospitalisatie en polykliniek. De bestaande normering houdt echter totaal geen rekening met deze evolutie. Het werk voor de ambulante patiënten wordt in de praktijk gewoon opgenomen door de bestaande equipe van sociaal werkers. Deze ontwikkeling heeft ook als gevolg dat er meer moet samengewerkt worden met andere instellingen en organisaties en het ziekenhuis zich moet integreren in een verzorgingsnetwerk. De sociaal werker speelt een belangrijke rol als brug tussen het ziekenhuis en de extramurale

partners. De nood aan meer samenwerking bevestigt de behoefte aan sociaal werkers binnen het ziekenhuis, echter zonder dat daar tot op heden extra middelen werden voor vrijgemaakt.

Daarnaast leven we momenteel in een meer individualistische maatschappij dan enkele decennia geleden, waardoor patiënten minder kunnen terugvallen op hun omgeving. Bovendien bestaat de verwachting van zowel gebruiker als zijn omgeving naar een grotere participatie en betrokkenheid in de zorgverlening. Beiden wensen beter geïnformeerd te worden en zijn mondiger. Ook zijn er tal van ‘nieuwe’ sociale problemen bijgekomen, zoals: personen zonder verzekering, daklozen, ‘mensen zonder papieren’, allochtonen, Deze evoluties dragen ook bij tot een grotere werklast voor de sociaal werker.

Bovenstaande visie komt ook tot uiting in het advies van de NRZV m.b.t. de sociale dienst in het ziekenhuis (zie later) en in het advies van de NRZV inzake ‘het sociaal werk in de geestelijke gezondheidszorg’ uit 2001 (zie bijlage 2) dat stelt: *“De uitbreiding van de personeelsomkadering is meer dan noodzakelijk, gezien enerzijds de evolutie in de zorg, de gestegen verwachtingen en anderzijds het feit dat de normering voor sociale diensten in de psychiatrische ziekenhuisdiensten nooit is aangepast. Deze middelen zijn eveneens nodig om effectief de sociale dimensie te kunnen uitwerken in de voorbereiding en uitbouw van de zorgvernieuwing.”*

Door de steeds korter wordende ligduur worden sociaal werkers steeds vaker gedwongen hun functie te beperken tot de ontslagvoorbereiding en de administratieve afhandeling van het dossier.

De NRZV stelt in haar gecoördineerd advies m.b.t. de sociale dienst in het ziekenhuis voor om in eerste instantie de norm lineair vast te leggen op 1 VTE sociaal werker per 2000 opnames (klassieke en daghospitalisatie). Deze lineaire norm heeft het voordeel dat hij uniform en duidelijk is en dat men rekening houdt met het groeiend aandeel van de daghospitalisaties. De norm heeft echter ook nog veel beperkingen. Er wordt ten eerste geen rekening gehouden met de polyklinische activiteiten van het sociaal werk. Daarnaast wordt de norm enkel bepaald door het aantal opnames, waardoor men voorbij gaat aan tal van andere parameters die invloed hebben op de werklast van een sociaal werker. Het lijkt dan ook nuttig om te onderzoeken of men in de normering rekening kan houden met andere parameters, zoals: pathologie, sociaal profiel van de populatie, verblijfsduur, zorgnetwerk,.... Het onderzoek ‘Sociaal werk in kaart gebracht: ontwikkelen van een sturingsinstrument binnen sociaal werk in een ziekenhuis’ zou ook enkele wetenschappelijk gefundeerde inzichten m.b.t. deze parameters moeten kunnen aanleveren.

De sociaal werkers van een sociale dienst hebben nood aan administratieve ondersteuning, zodat zij zich kunnen concentreren op de kerntaken van het sociaal werk. De administratief medewerkers staan in voor het algemeen administratief beheer en het onthaal van de sociale dienst: onthaal van patiënten / derden, telefooncentrale en doorverwijzing naar medewerkers van de sociale dienst, postbeheer, coördinatie tolkenservice en interculturele bemiddeling, beheer documentatiecentrum, archivering, voorraad en materiaalbeheer, opmaak standaard documenten, encodering....

Het is dus wenselijk dat er normen voorzien worden voor de toewijzing van administratief medewerkers aan de sociale dienst, zoals deze bestaan voor universitaire ziekenhuizen (zie 4.A), en dat men de taakinvulling van deze functie opneemt in de normering. Voor kleinere ziekenhuizen is het misschien meer haalbaar om de sociale dienst de mogelijkheid te geven om beroep te doen op administratief personeel.

In het gecoördineerd advies van de NRZV is opgenomen dat de verantwoordelijke van de sociale dienst houder moet zijn van een diploma maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige.

Men zou deze verplichting moeten uitbreiden tot alle sociaal werkers van de sociale dienst in een ziekenhuis.

Het zou ook wenselijk zijn om de aanstelling van een verantwoordelijke van de sociale dienst te verplichten vanaf een bepaald aantal VTE sociaal werker. Op de studiedag 'De sociale dienst in het ziekenhuis' adviseerde men de aanstelling van een verantwoordelijke van de sociale dienst vanaf 7 vte sociaal werker. Een diensthoofd is immers belangrijk voor de coördinatie van de dienst en staat tevens garant voor dat de brede opdracht van het sociaal werk blijvend vertaald wordt op meso-niveau.

Naast de hierboven omschreven nood aan personeelsnormen, zou er ook een minimum aan architecturale normen moeten worden omschreven. Zo moet de sociale dienst gemakkelijk toegankelijk zijn, moet hij kunnen beschikken over een minimum aan lokalen en vergaderzalen in functie van het aantal VTE sociaal werker; moet iedere sociaal werker over een pc kunnen beschikken en toegang hebben tot het internet,...

In de normering van de bestaande zorgprogramma's, ziekenhuisfuncties en RIZIV-overeenkomsten wordt de rol van de sociale dienst nergens beschreven. Bij een wettelijke erkenning van de sociale dienst zal men ook de rol van de sociale dienst binnen de bestaande zorgprogramma's, ziekenhuisfuncties en RIZIV-overeenkomsten moeten bepalen. Wanneer er nieuwe ontwikkeld worden dient men telkens ook de rol van de sociale dienst te beschrijven. Alle sociaal werkers van een ziekenhuis zouden, hoe ze ook gefinancierd worden, inhoudelijk aangestuurd en gesuperviseerd moeten worden door de verantwoordelijke van de sociale dienst. Dit ter bewaking van de taakinvulling en ter bevordering van de competenties van de sociaal werker.

In de praktijk blijkt vaak dat het extra aantal VTE sociaal werker afkomstig van alternatieve financiering (projecten, zorgprogramma's, RIZIV-overeenkomsten,...) niet gewoon toegevoegd wordt aan het bestaande personeelsbestand van de sociale dienst, maar dat men er geheel of gedeeltelijk reeds bestaande VTE sociaal werker van de sociale dienst mee financiert. Het gevolg is dat de sociale dienst enkel extra taken krijgt, zonder een verhoging van de personeelsmiddelen. Een goede normering zou deze praktijken onmogelijk moeten maken. Dit bewijst ook dat de 'klassieke' wettelijke normen en de 'alternatieve' normen goed op elkaar afgestemd moeten worden.

ACTIEPUNTEN

6. Het bepalen van een duidelijke en eenvormige algemene normering voor de sociale dienst in het ziekenhuis die tegemoet komt aan de huidige behoeften van de ziekenhuizen.

Middelen:

- *Onderzoek naar de missie en de taken van de sociale dienst.*
- *Berragen van de sociale diensten van ziekenhuizen m.b.t. hun samenstelling en hun financiering.*
- *Onderzoeken welke parameters er naast het aantal opnames bruikbaar zijn ter Bepaling van een normering*
- *Oprichten van een specifieke werkgroep die advies opmaakt inzake een normering voor de sociale dienst.*

7. Het afstemmen van de bestaande en nog te ontwikkelen 'alternatieve' normering op de 'klassieke' normen.

- Middelen:
- *Formuleren van oplossingen om de 'klassieke' en de 'alternatieve' normering op elkaar af te stemmen.*
 - *Vertegenwoordiging van de werkgroep 'Sociale dienst in het ziekenhuis' in overlegorganen voor de bijsturing en ontwikkeling van bestaande en nieuwe zorgprogramma's en ziekenhuisfuncties.*

8. Het ontwikkelen van een systeem ter monitoring van de validiteit van de wettelijke normen.

DE FINANCIERING VAN HET SOCIAAL WERK IN HET ZIEKENHUIS

Een tweede belangrijke nood die ervaren wordt op het werkveld, is de ontwikkeling van een wettelijk kader voor de financiering van de sociale dienst in het ziekenhuis. Deze nood hangt uiteraard nauw samen met de hierboven beschreven behoefte aan een wettelijke definiëring van de opdracht en de taakomschrijving van de sociale dienst in het ziekenhuis. De financiering moet immers afgestemd zijn op de opdracht en de taakomschrijving van de sociale dienst.

1. *Stand van zaken*

De bestaande rechtstreekse en onrechtstreekse financieringsbronnen voor de sociale dienst en bij uitbreiding het sociaal werk zijn zeer beperkt. De enige bronnen die ter zake kunnen geïdentificeerd worden zijn voornamelijk te vinden in de delen B1 en B8 van het budget van de financiële middelen (BFM) van de ziekenhuizen. De subonderdelen B2 en B4 voorzien, voor bepaalde bedindexen of zorgprogramma's, in de financiering van een specifieke omkadering voor het therapeutisch proces (zie vorig hfdst. 'Erkenningsnormen voor de sociale dienst'). Daarnaast wordt er financiering van sociaal werk voorzien in een aantal RIZIV-overeenkomsten voor de revalidatieverstrekingen.

A. Het deel B1 van het BFM

Het enige spoor van directe financiering van de sociale dienst is terug te vinden in het deel B1 van het BFM onder het onderdeel administratieve kosten:

“de personeels- en werkingskosten van de directie, ... , de sociale dienst voor de patiënten, ... ;” (KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Art.12§2)

Het totaalbudget van het deel B1 van het BFM voor de algemene en de universitaire ziekenhuizen wordt vastgelegd voor vijf groepen ziekenhuizen die ingedeeld worden op basis van het universitair karakter⁷ en het aantal bedden. Het budget wordt binnen elke groep procentueel verdeeld over de verschillende uitgavenposten, zijnde: algemene kosten, onderhoud, verwarming, administratieve kosten, was en linnen en voeding. In een derde stap wordt per uitgavenpost het beschikbare budget verdeeld over de ziekenhuizen op basis van een aantal verdeelsleutels.

Binnen de uitgavenpost administratieve kosten heeft men ter versterking van de sociale dienst een extra financiering voorzien van de sociale dienst in het kader van zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. De verdeling van de financiering gebeurt op basis van het aantal verantwoorde G-bedden en binnen de limieten van het beschikbare budget. Om een beroep te kunnen doen op deze extra financiële middelen moet het ziekenhuis het ontslagmanagement implementeren en/of ontwikkelen, overeenkomstig de beginselen bepaald door de FOD VVVL.

Het budget van het deel B1 van de BFM voor de psychiatrische ziekenhuizen is een historisch budget dat in de jaren '80 vastgelegd werd per ziekenhuis en dat in 1999 verminderd werd met 6,6%.

⁷ Universitaire ziekenhuizen hebben recht op 1 VTE sociaal werker per 2000 opnames in de diensten C,D,M en E (zie onderdeel 4.A)

B. Het deel B4 van het BFM

In het onderdeel B4 van het BFM worden is er ook financiering voorzien van sociaal werk binnen bepaalde projecten. Het kankerplan 2008-2010 voorziet in het kader van het erkende zorgprogramma oncologie 0,5 VTE sociaal werker per 250 multidisciplinaire oncologische consulten (MOC) en in het kader van het pilootproject 'Ontslagmanagement voor psychiatrische ziekenhuizen' wordt er 0,5 VTE sociaal werker gefinancierd per deelnemend ziekenhuis.

C. Het deel B8 van het BFM

In het deel B8 van het BFM van de ziekenhuizen wordt een afzonderlijk budget voorzien voor de specifieke kosten van algemene ziekenhuizen met een op sociaal-economisch vlak zeer zwak patiëntenprofiel.

Volgende parameters worden tot 2011 gebruikt om het sociaal-economisch patiëntenprofiel van de ziekenhuizen (geheel of gedeeltelijk) te bepalen:

- proportie patiënten die aan de voorwaarden voldoen om de sociale maximumfactuur te genieten;
- proportie patiënten die de maximumfactuur lage inkomens genieten en die alleenstaand zijn;
- proportie dossiers van personen zonder onderstandsdomicilie waarvan de hospitalisatiekosten door de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie terugbetaald worden aan de OCMW's.

Tussen 2007 en 2010 wordt de impact van bovenstaande parameters bij het bepalen van het sociaal-economisch patiëntenprofiel gradueel afgebouwd ten voordele van een nieuwe set parameters, die vanaf 2011 de basis zullen vormen voor de verdeling van de middelen.

Het betreft hier parameters, waarvoor de gegevens afkomstig zijn van de verzekeringsinstellingen:

- *leeftijd*: aantal opnamen voor patiënten van 75 jaar of ouder;
- *RVV*: aantal opnamen voor patiënten die de sociale MAF genieten door hun hoedanigheid als RVV;
- *ihand*: aantal opnamen voor patiënten die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten;
- *alleenstaand*: aantal opnamen voor alleenstaande patiënten, d.w.z. waarvan het MAF-gezin slechts een persoon telt (*zijzelf*);
- *forfait*: aantal opnamen voor de patiënten die het forfait B en C verpleegkundige zorg of het forfait E kinesitherapie genieten.

Er moet echter op gewezen worden dat deze middelen als compensatie dienen voor de bijkomende kosten van ziekenhuizen als gevolg van hun zwak sociaal-economisch patiëntenprofiel. Het betreft dus geen rechtstreekse financiering van de sociale dienst, wat niet wil zeggen dat het niet minimaal een deel van deze middelen ten gunste van de sociale diensten moeten gebruikt worden.

D. RIZIV-overeenkomsten

In het voorgaande hoofdstuk werd reeds aangetoond dat een aantal RIZIV-overeenkomsten voor de revalidatieverstrekkings een sociaal werker voorzien binnen de personeelsomkadering, die dan ook gefinancierd wordt door deze overeenkomst. Het betreft hier dus financiering van sociaal werkers in het kader van de behandeling van een specifieke pathologie. Het betreft dus

geen directe financiering van de sociale dienst, maar het kan dat deze middelen toegevoegd worden aan de sociale dienst.

2. Knelpunten en aanbevelingen

De wijze van financiering van algemene/universitaire en psychiatrische ziekenhuizen is verschillend. De financiering van de algemene en universitaire ziekenhuizen is voornamelijk gebaseerd op de erkenning van activiteit, terwijl men zich bij de financiering van psychiatrische ziekenhuizen voornamelijk baseert de erkenning van bedden.

Het huidige financieringssysteem van de algemene en de universitaire ziekenhuizen is gebaseerd op de verantwoorde verblijfsduur per DRG (Diagnosis Related Groups). Deze wijze van financieren heeft tot doel de kosteneffectiviteit van de ziekenhuizen te stimuleren door de performantie van de ziekenhuizen als basisparameter te gebruiken. Dit financieringssysteem heeft tot gevolg dat ziekenhuizen met een langer dan gemiddelde verblijfsduur ‘financieel gestraft’ worden.

Het financieringssysteem dwingt de algemene en universitaire ziekenhuizen te zoeken naar een evenwicht tussen enerzijds een voor iedereen toegankelijke kwaliteitszorg en het bereiken van een prestatieniveau waarmee de structurele leefbaarheid van de instelling gewaarborgd wordt. In de realiteit merkt men echter vaak dat directies van ziekenhuizen streven naar een zo kort mogelijke verblijfsduur. Om deze reden wordt ontslagmanagement vaak door directies aanzien als een middel om patiënten zo snel mogelijk uit het ziekenhuis te kunnen ontslaan. Een kwalitatieve ontslagvoorbereiding wordt dan ook vaak onmogelijk gemaakt door tijdsgebrek als gevolg van de druk op een snelle ontslagregeling.

Doordat het financieringssysteem volledig gebaseerd is op de verantwoorde verblijfsduur, houdt ook de financiering geen rekening met de evolutie van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie en polyklinische activiteit. Wat betreft de directe financiering van de sociale dienst werd het volgende op de studiedag ‘Sociale dienst in het ziekenhuis’ uit 1998 aanbevolen: *“In de toekomstige normen dienen alle activiteiten van de sociale dienst in alle diensten in de financiering opgenomen worden: hospitalisatie; raadplegingen, daghospitalisatie en de diensten voor spoedgevallen; Diensten georganiseerd door bijzondere overeenkomsten.”*

Uit onderzoek is gebleken dat sociale factoren een invloed hebben op de verblijfsduur. Sociaal kwetsbaardere patiënten kennen een langere dan gemiddelde verblijfsduur. Ook vertonen sociaal kwetsbare patiënten frequenter een diagnose waarbij hospitalisatie vermeden had kunnen worden. (Closon, M.C. e.a. 1997) Er zijn echter geen sociale indicatoren opgenomen in de berekening van de verantwoorde verblijfsduur, waardoor ziekenhuizen met een ‘sociaal profiel’ door het huidige financieringssysteem benadeeld worden. Via de B8 probeert men deze lacune te corrigeren door ziekenhuizen met een sociaal-economisch zwak patiëntenprofiel een financiële compensatie toe te kennen (zie boven). De oude criteria op basis waarvan deze compensatie uitgekeerd wordt, zijn echter gecontesteerd, omdat deze te grof zouden zijn om de omvang van de sociale opdracht te representeren. Wat de nieuwe criteria betreft is het wenselijk om hun relevantie als parameters voor het sociaal-economisch patiëntenprofiel van ziekenhuizen te onderzoeken.

Er zal moeten gezocht worden naar betrouwbare, valide en vlot beschikbare gegevens die een reële indicator zijn voor het bepalen van de omvang en de kosten van de sociale opdracht van een ziekenhuis.

Het zou wenselijk zijn ook sociale indicatoren te introduceren bij de berekening van de verantwoorde verblijfsduur om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor

maatschappelijk kwetsbare groepen te vrijwaren. Als de opname van maatschappelijk kwetsbare patiënten leidt tot financiële bestraffing, bestaat er immers het risico op selectie van patiënten op basis van hun sociaal-economische status.

In tegenstelling tot de algemene ziekenhuizen is de wijze van financiering eind de jaren negentig niet gewijzigd voor psychiatrische ziekenhuizen. De psychiatrische ziekenhuizen worden nog steeds gefinancierd op basis van het aantal bedden. Deze wijze van financiering is dan ook totaal voorbijgestreefd, omdat men voorbijgaat aan allerlei andere factoren die kostprijs van een patiënt beïnvloeden. Bij een eventuele aanpassing van de financieringswijze van psychiatrische ziekenhuizen, moet men ook hier bekijken of het niet wenselijk is om rekening te houden met een aantal sociale factoren bij de financiering.

Men kan stellen dat de financiering van de sociale dienst zo goed als niet geregeld is. In het BFM wordt de sociale dienst vermeld in het onderdeel B1, het onderdeel voor de financiering van de algemene (administratieve) diensten. Voor het vergroten van de zichtbaarheid van de sociale dienst in het financieringssysteem zouden alle bestaande financieringsonderdelen van het sociaal werk gegroepeerd moeten worden in hetzelfde onderdeel van het BFM. Het meest logische is dat de financiering van de sociale dienst wordt opgenomen in het onderdeel B8.

Als laatste moet er over gewaakt worden dat er bij de ontwikkeling van een wettelijke financiering rekening gehouden wordt met de middelen die de sociale dienst reeds ten goede kunnen komen via de RIZIV-overeenkomsten en de zorgprogramma's. Deze extra middelen moeten steeds toegevoegd worden aan een 'basisfinanciering' voor het sociaal werk en mogen niet gebruikt worden ter financiering van reeds bestaande VTE sociaal werker, zoals nu vaak het geval is.

ACTIEPUNTEN

9. Het ontwikkelen van een adequate financiering voor de sociale dienst in het ziekenhuis.

- Middelen:
- *Bevragen van de sociale diensten van ziekenhuizen m.b.t. hun samenstelling en hun financiering.*
 - *In kaart brengen van de huidige (on)rechtstreekse financieringsbronnen en -budgetten voor het sociaal werk in het ziekenhuis.*
 - *Bepalen van de criteria op basis waarvan de sociale dienst kan gefinancierd worden.*
 - *Oprichten van een specifieke werkgroep die advies opmaakt inzake de financiering van de sociale dienst.*

10. Het verbeteren van het bestaande systeem ter compensatie van een zwak sociaal-economisch patiëntenprofiel van algemene ziekenhuizen.

- Middelen:
- *Bepalen van de concrete tekortkomingen van de huidige criteria*
 - *Onderzoeken van de relevantie en de haalbaarheid van de alternatieve criteria.*

11. Afstemmen van de bestaande alternatieve financiering en de algemene financiering van de sociale dienst.

- Middelen:
- *Formuleren van oplossingen om de 'algemene' en de 'alternatieve' financiering op elkaar af te stemmen.*

REGISTRATIE

Onder registratie verstaan we een meetinstrument waarmee de activiteiten van de sociaal werker voor een bepaalde patiënt worden vastgelegd. Deze registratie is een invulformulier, op papier of elektronisch, dat een aantal items bevat die op een representatieve wijze de activiteiten van de sociale dienst weergeven. (Acta studiedag 'Sociale dienst in het ziekenhuis'. 1998)

1. Stand van zaken

Momenteel wordt er totaal niet uniform geregistreerd binnen de sociale dienst. Alle sociaal werkers houden wel een sociaal dossier per patiënt bij, dat in de meeste gevallen elektronisch beschikbaar is, maar of en wat er daarnaast geregistreerd wordt, verschilt sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis. De meeste ziekenhuizen beperken zich tot het absolute minimum, d.w.z. dat men enkel de gegevens registreert die men jaarlijks verplicht moet aanleveren aan de FOD VVVL. Omwille van de werkbelasting staan vele sociaal werkers weigerachtig tegenover nieuwe registraties.

Vele ziekenhuizen hebben op zichzelf of gezamenlijk met een aantal ziekenhuizen recent een elektronisch registratiesysteem en/of patiëntendossier, aangepast aan hun eigen noden, in gebruik genomen of men is het aan het ontwikkelen. Vaak worden sociaal dossier en registratie aan elkaar gekoppeld. Soms bieden ze ook de mogelijkheid om met andere disciplines te communiceren en geven ze inzage recht aan andere disciplines en vice versa. Het grote voordeel van een dergelijk elektronisch systeem is de toegankelijkheid van de patiëntengegevens voor collega's of andere disciplines. Daar tegenover staat dat de invoer van de gegevens zeer arbeidsintensief is, wat zorgt voor een vermindering van de bereikbaarheid van de sociaal werker voor de patiënten.

2. Knelpunten en aanbevelingen

Registratie van de activiteiten van de sociale dienst is om verscheidene redenen nuttig en belangrijk. Intern in het ziekenhuis kan het een hulpmiddel zijn om de eigen werking te evalueren om de kwaliteit van de dienstverlening te bewaken. Het is ook een zeer geschikt instrument om te communiceren met de directie, bv. onder de vorm van een jaarverslag. Voor de sociale dienst is een goede communicatie over haar activiteiten extra belangrijk, aangezien de directie vaak de inhoud van het sociaal werk niet kent. Daarnaast kan het ook gebruikt worden als middel om de sociale dienst kenbaar te maken bij andere diensten of disciplines en om de behoeften van de sociale dienst te ondersteunen met kwantitatieve gegevens.

Extramuraal is een goed en uniform registratiesysteem uitermate geschikt ter ondersteuning van de signaalfunctie van de sociaal werker. Het geeft de mogelijkheid om tekorten en gebreken in regelgeving en voorzieningen en behoeften door maatschappelijke verandering te staven. Daarnaast is het een middel om te communiceren met andere organisaties en de overheid. Het kan o.a. de basis vormen voor de evaluatie van bestaande normen.

Men moet wel sterk opletten met de interpretatie van kwantitatieve gegevens. Zo zijn de duur van een begeleiding en het aantal contacten erg relatieve begrippen in het sociaal werk en kan men er geen zaken met betrekking tot de kwaliteit van de dienstverlening uit afleiden. De cijfergegevens moeten steeds correct gekaderd worden en hebben dus een ondersteunende functie van kwalitatief verzamelde gegevens.

Op de studiedag ‘Sociale dienst in het ziekenhuis’ van 1998 is een ontwerp van registratiesysteem voorgesteld dat werd opgemaakt door mensen uit het werkveld⁸. Alvorens men echter een nieuw uniform registratiesysteem introduceert is het wenselijk dat men nagaat welke andere databanken reeds relevante gegevens bevatten m.b.t. de sociale dienst in het ziekenhuis. Dit om eventueel dubbel registreren te vermijden. Databanken die mogelijk reeds interessante gegevens kunnen bevatten betreffende de sociale dienst in het ziekenhuis zijn: Finhosta, MKG/MPG, UREG, klassieke ziekenhuisbevraging, OMNIO (RIZIV) en databanken van de mutualiteiten. Bij een uniform registratiesysteem moet ook een duidelijke handleiding voorhanden zijn om te vermijden dat iedereen volgens zijn eigen interpretatie registreert.

Registreren behoort tot het takenpakket van de sociaal werker, maar wordt vaak door tijdsgebrek onvoldoende uitgevoerd. Momenteel bestaat er bij sociaal werkers een grote aversie voor registratie, omdat het toegevoegd wordt aan al de andere taken van het sociaal werk. Het is dan ook belangrijk dat de tijd die moet geïnvesteerd worden in registratie, erkend wordt binnen de erkenningsnormen van de sociale dienst en dat er de nodige financiële middelen tegenover staan.

Het is van het uiterste belang dat men zo efficiënt mogelijk registreert. Men moet er over waken dat men enkel het hoogst noodzakelijke vraagt te registreren en dit met een zo laag mogelijke werkbelasting. Ook voor patiënten is het belastend wanneer er onnodig veel en soms bij herhaling gegevens gevraagd worden.

Om de tijd te beperken die door de sociaal werker geïnvesteerd wordt in registratie, zou het nuttig zijn om te onderzoeken of het mogelijk is een tijdsperiode per jaar af te bakenen waarin er geregistreerd dient te worden door de sociaal werkers. Als men dezelfde registratieperiode van de Minimaal Verpleegkundige Gegevens (MVG) zou nemen, zou men door het samenvoegen van de beide databanken een globaler beeld kunnen verkrijgen van de geïnvesteerde activiteit in één patiënt. Naast een constante registratie zou men ook projectmatig tijdelijke registraties moeten kunnen opzetten rond bepaalde thema's.

De gegevens die de sociale diensten verplicht moeten aanleveren voor de jaarlijkse ziekenhuisstatistieken van de FOD VVVL, worden door de diensthoofden als irrelevant beschouwd. Daarnaast zijn de vragen te weinig gedetailleerd en sterk afhankelijk van individuele interpretatie, waardoor de door de ziekenhuizen aangeleverde gegevens vaak niet vergelijkbaar zijn. Het gebrek aan feedback vanuit de FOD VVVL aan de ziekenhuizen betreffende de gegevens draagt bij tot de negatieve houding van de sociale diensten t.o.v. de jaarlijkse ziekenhuisstatistieken.

Dezelfde bedenkingen kunnen gemaakt worden voor de V-codes 60 tot 63 van de Minimale Klinische Gegevens (MKG) die ingevuld worden door algemene ziekenhuizen. Het invullen van deze V-codes is daarbij zeer arbeidsintensief. Ze worden door de meeste sociale diensten dan ook al een tijd niet meer ingevuld, zonder dat er daarop enige reactie is gekomen van de FOD VVVL. Dit laatste sterkt het vermoeden dat het registreren van de V-codes 60 tot 63 tot niets bijdraagt. Psychiatrische ziekenhuizen moeten een aantal sociale items scoren in de Minimaal Psychiatrische Gegevens (MPG). In de meeste ziekenhuizen gebeurt deze encoding geheel of gedeeltelijk door de sociaal werkers.

Naast de kwantitatieve gegevensverzameling via een uniform registratiesysteem is er ook nood aan kwalitatieve gegevensverzameling en dit zowel op regionaal als op nationaal niveau. Hiervoor zou men een officiële permanente werkgroep (Sociaal observatorium) kunnen creëren die bestaat uit vertegenwoordigers van regionaal georganiseerde platformen, waarvoor een minimum aan

⁸ Zie de Acta van de studiedag ‘Sociale dienst in het ziekenhuis’ van 16 januari 1998.

financiering wordt voorzien. Deze permanente werkgroep zou dan moeten fungeren als reflectieforum met betrekking tot gegevensverzameling rond sociaal werk in het ziekenhuis.

ACTIEPUNTEN

12. Bepalen van de tijd die de sociaal werker besteed aan registreren.

Middelen: - *Onderzoek naar de missie en de taken van de sociale dienst.*

13. Het ontwikkelen van een uniform registratiesysteem dat de evoluties binnen de sociale dienst weergeeft en op basis waarvan men de normering en de financiering van een sociale dienst kan bijsturen.

Middelen:

- *Oprichten van een permanente werkgroep die fungeert als reflectiegroep m.b.t. gegevensverzameling door en voor sociaal werk in het ziekenhuis*
- *Inventarisatie van de bestaande registratiesystemen gebruikt door de sociale diensten van ziekenhuizen.*
- *Bepalen van de doelstellingen van een uniform registratiesysteem.*
- *Selecteren van relevante criteria ter meting van de vooropgestelde doelstellingen.*

14. Advies uitbrengen over de aanpassing van de vragenlijst van de jaarlijkse ziekenhuisregistratie en V-codes 60 tot 63 van de MKG.

Middelen:

- *Bepalen van de tekortkomingen van de jaarlijkse ziekenhuisregistratie en de V-codes 60 tot 63 van de MKG*
- *Advies m.b.t. de aanpassing van de jaarlijkse ziekenhuisregistratie en de V-codes 60 tot 63 van de MKG*

15. Transparantie vanuit de FOD VVVL over het nut en gebruik van verplichte registratie.

ONTSLAGMANAGEMENT

1. Stand van zaken

Door de opdracht van de sociale dienst binnen het ziekenhuis en haar brugfunctie tussen de intra- en extramurale actoren, neemt de sociale dienst bij de implementatie, de ontwikkeling en de uitvoering van het ontslagmanagement in het ziekenhuis een centrale plaats in.

De methodiek van ontslagmanagement werd door de FOD VVVL als volgt gedefinieerd: "*de **fasische en gestructureerde** ontslagvoorbereiding die start bij opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten met een complexe of continuïteitsproblematiek en hun mantelzorgers een **geïndividualiseerd** zorgpakket, **interdisciplinair** en in **overleg** met externe hulpverleners wordt samengesteld en uitgevoerd. Dit zorgpakket omvat zowel klinische, organisatorische als financiële aspecten, en beoogt een optimale **reïntegratie** in het thuismilieu. De methodiek van dit zorgproces wordt gecoördineerd en opgevolgd door de **ontslagmanager**. (Moons et al. 2005)".*

De werkgroep 'Sociale dienst in het ziekenhuis' vindt deze definitie te beperkt, omdat ze zich beperkt tot de reïntegratie in het thuismilieu, terwijl er geen rekening wordt gehouden met alle andere soorten ontslagvoorbereidingen, bv. de transfer naar een ander ziekenhuis of naar andere residentiële woonvormen. Het doel van het ontslagmanagement is het voorkomen van rehospitalisatie en institutionalisering van patiënten.

Men kan 3 niveaus onderscheiden binnen de methodiek van ontslagmanagement. Ontslagmanagement op microniveau situeert zich rond de individuele patiënt. Hierbij wordt de patiënt volgens een gestructureerd proces in verschillende fasen opgevolgd: screening van patiënten; gegevensverzameling; het bepalen van de zorgdoelen en het opstellen van een zorgplanning; het uitvoeren van het zorgplan; en evaluatie. Ontslagmanagement op microniveau gebeurt in interdisciplinair overleg, waar elke hulpverlener zijn verantwoordelijkheden in zorg heeft.

Ontslagmanagement op mesoniveau betekent dat er ziekenhuisbreed gewerkt wordt aan het creëren van een cultuur die continuïteit van zorg bevordert en bewaakt, zodat het ontslagmanagement op microniveau efficiënt en effectief kan uitgevoerd worden.

Op macroniveau situeert het ontslagmanagement zich op het vlak van de interactie met de extramurale sector. Een goede samenwerking met de extramurale voorzieningen is cruciaal met het oog op zorgcontinuïteit en hervalpreventie.

Men stelt momenteel vast dat de implementatie van de methodiek ontslagmanagement op microniveau in de ziekenhuizen vaak al in een vergevorderd stadium zit (vooral in geriatrie en psychiatrie afdelingen), maar dat er veel te weinig werk gemaakt wordt van de implementatie op meso- en macroniveau.

Tevens bestaat er een grote verscheidenheid qua invulling van het ontslagmanagement tussen elk ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen passen de methodiek algemeen toe, andere opteren voor een enge toepassing cfr. de financiering via het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt of het pilootproject 'ontslagmanagement' voor psychiatrie ziekenhuizen. Beide initiatieven hebben in grote mate bijgedragen tot de invoering van de methodiek in de ziekenhuizen. Anderzijds is de implementatie van het ontslagmanagement in het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt, zonder opname van de rol van de sociale dienst, een gemiste kans.

De sociaal werker fungeert als coördinator tussen de intra- en de extramurale sector. Voor een efficiënte samenwerking met de extramurale sector moet men een goede kennis hebben van elkaars functie, inzicht hebben in elkaars mogelijkheden en moet er voldoende overleg en

communicatie zijn. Over het algemeen wordt de samenwerking met de extramurale partners als goed ervaren. Wel is de samenwerking nog vaak gebaseerd op persoonlijke contacten tussen hulpverleners en niet structureel georganiseerd. In de ene regio is het structureel georganiseerd overleg al sterker ontwikkeld dan in de andere. Waar het structureel overleg reeds goed ontwikkeld is, merk je wel een evolutie naar het officialiseren van afspraken via convenanten, samenwerkingsverbanden, procedures....

2. Knelpunten en aanbevelingen

De knelpunten met betrekking tot ontslagmanagement worden hieronder gegroepeerd volgens de drie niveaus: micro-, meso- en macroniveau. Onderstaande inventaris is in grote mate een samenvatting van het document 'Inventaris knelpunten ontslagmanagement' opgemaakt in 2009 door de Werkgroep 'Sociale dienst in het ziekenhuis' van de FOD VVVL.

A. MICRONIVEAU

❖ *Vroegtijdige, duidelijke en éénduidige communicatie/samenwerking tussen de verschillende disciplines zowel bij poliklinische activiteit als bij hospitalisatie*

Om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen is er nood aan poliklinische detectie van risicopatiënten. Ook zou er standaard een efficiënte screening van risicopatiënten bij opname moeten gebeuren. Momenteel gaat er in algemene ziekenhuizen immers nog vaak te veel tijd verloren, omdat problemen in een te laat stadium worden gedetecteerd.

De patiënt en zijn omgeving zouden poliklinisch of bij opname moeten kunnen beschikken over concrete en duidelijke informatie omtrent de ontslagvoorbereiding en –planning. Daarnaast dient de sociale dienst tijdig op de hoogte gebracht te worden over het ontslagmoment, zodanig dat de sociaal werker in de mogelijkheid gesteld wordt de nodige regelingen te treffen.

In psychiatrische ziekenhuizen kent men dit probleem veel minder, omdat het interdisciplinair werken er reeds goed is uitgebouwd en ingeburgerd, waardoor de sociaal werker van in het begin bij het zorgtraject van de patiënt betrokken wordt.

Er bestaat een grote nood aan een goede afstemming tussen de verschillende disciplines. Momenteel zijn nog niet alle disciplines overtuigd van het belang van interdisciplinair overleg, waardoor de zorg nog onvoldoende wordt afgestemd op de patiënt en zijn omgeving.

Op de studiedag 'Sociale dienst in het ziekenhuis' heeft men interdisciplinariteit als volgt omschreven: "*Een effectieve en efficiënte integrale zorg voor de patiënt en zijn omgeving die tot stand komt door een systematische en sterk doorgedreven samenwerking tussen alle ziekenhuiswerkers*". Men heeft ook de noodzakelijke voorwaarden opgelijst waaraan voldaan moet zijn om effectief te kunnen spreken van interdisciplinair werken:

- een bereidheid van de directie of het beleid van het ziekenhuis om deze werkmethode binnen de instelling te hanteren;
- een duidelijke taakomschrijving en taakafbakening van de verscheidene disciplines;
- bereidheid en wil van elke discipline om samen te werken in vertrouwen en respect voor elkaar;
- werken vanuit dezelfde visie naar een maatschappelijk doel;
- aanvaarden dat er overlappingen bestaan tussen de verschillende teamleden;
- de patiënt in zijn totaliteit benaderen;
- soepelheid en flexibiliteit;
- elke discipline hanteert het gedeelde beroepsgeheim;

- elke professionele hulpverlener neemt zijn verantwoordelijkheid op i.v.m. gemaakte afspraken;
- een goede communicatie om een vlotte samenwerking te bekomen;
- regelmatige contacten en wekelijks gestructureerde teamvergadering op vaste tijdstippen;
- goede kennis, communicatie en samenwerking met extramurale diensten;
- mondelinge en schriftelijke informatieoverdracht;
- voorzien in wettelijke voorwaarden voor de personeelsbezetting van de sociale dienst.

Het interdisciplinair werken veronderstelt dat het totale resultaat van het teamwerk een betere waarborg is voor de kwaliteit van de hulpverlening dan het resultaat van de hulpverlening van elke discipline afzonderlijk. Om interdisciplinair te kunnen werken is het noodzakelijk dat het team er zich van bewust is dat men rekening moet houden met de ‘totale persoon’ en niet enkel met ‘de zieke’. Sociaal werkers ervaren sterk het belang van interdisciplinair werken door hun functie binnen het ziekenhuis, maar ook door hun opleiding waarin men steeds de patiënt in zijn totaliteit benadert.

Men merkt dat het interdisciplinair werken voornamelijk goed is ingeburgerd in de afdelingen die traditioneel geconfronteerd worden met veel psychosociale problemen, zoals bv. psychiatrie, oncologie,.... Op de meer medische afdelingen, zoals bv. heelkunde, past men de methode van interdisciplinair werken niet of nauwelijks toe en werkt men nog te vaak naast elkaar. De implementatie van het interdisciplinair overleg binnen deze afdelingen wordt bemoeilijkt door bv. de lage gemiddelde verblijfsduur van patiënten, de beperkte aanwezigheid van artsen,...

Het werken in interdisciplinair team lijkt over het algemeen de erkenning en de integratie van het sociaal werk binnen een dienst te verhogen. Waar dit niet het geval is, is dit meestal het gevolg van persoonlijke opvattingen van de verantwoordelijke arts of van individuele conflicten.

❖ ***Complementariteit dient nagestreefd te worden tussen het medische aspect en het sociale luik***

Het medisch en/of psychisch welbevinden domineert nog steeds het sociale aspect. Artsen houden vaak enkel rekening met het medisch en/of psychisch welbevinden van de patiënt en baseren zich enkel daarop om het ontslagmoment te plannen, zonder rekening te houden met het sociale aspect.

De financiering van de algemene ziekenhuizen heeft (te) snelle ontslagregelingen tot gevolg (zie ‘De financiering van het sociaal werk in het ziekenhuis’). Om deze reden aanzien directies het ontslagmanagement als een ideaal instrument om patiënten zo snel mogelijk uit het ziekenhuis te kunnen ontslaan. De voornaamste doelstelling van het ontslagmanagement is echter het ontslag van patiënten beter voor te bereiden. Sociaal werkers komen dan ook vaak in een moeilijke en machteloze positie terecht, aangezien de arts de eindverantwoordelijkheid heeft over de effectieve ontslagdatum.

In tegenstelling tot de algemene ziekenhuizen worden de psychiatrische ziekenhuizen minder geconfronteerd met druk op de verblijfsduur, zijn de sociaal werkers over het algemeen snel op de hoogte van het ontslagmoment door de interdisciplinaire werking en is er bijna altijd voldoende tijd om het ontslag voor te bereiden. Een ontslag in een psychiatrisch ziekenhuis wordt over het algemeen dan ook goed voorbereid, waardoor de kans op fundamenteel herval een stuk kleiner wordt.

❖ *Opname- en doorstroomproblematiek bij specifieke patiëntenpopulaties*

Voor een aantal specifieke patiëntenpopulaties worden belangrijke knelpunten ondervonden inzake doorverwijzing. Er bestaat een groot gebrek aan aangepaste opvangmogelijkheden voor (niet limitatieve opsomming):

- daklozen;
- kinderen met ernstige medische problemen en een onhoudbare thuissituatie;
- patiënten met een complexe multiproblematiek, zoals bv. patiënten met zowel een medische als een psychiatrische problematiek, patiënten met een verstandelijke beperking en een psychiatrische (en/of gedrags-)problematiek;
- geriatrische patiënten met een O- of A-profiel die niet meer naar huis kunnen;
- 20- tot 60-jarigen die residentiële opvang behoeven;
- Terbeschikkinggestelde minderjarigen;
- Normaal begaafde personen met autisme;
- Personen met het syndroom van Korsakow of het syndroom van Huntington;
- Sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten.

Ziekenhuizen worden ook meer en meer geconfronteerd met de zogenaamde sociale opnames⁹. Sommigen 'sociale' patiënten verblijven een half jaar in het ziekenhuis alvorens er een oplossing gevonden wordt voor hun problemen. Aangezien de behandeling van deze patiënten niet tot de opdracht behoort van een ziekenhuis, brengt dit zowel financiële, organisatorische als praktische problemen met zich mee. De ziekenhuizen kunnen ook niet de gepaste omkadering voorzien om deze patiënten een aangepaste begeleiding te bieden. Dit fenomeen kan gedeeltelijk verklaard worden door een gebrek aan steunfiguren (mantelzorgers) als gevolg van de evolutie naar een meer individualistische maatschappij, een gebrek aan bepaalde voorzieningen en een overbelasting van de thuiszorg.

B. MESONIVEAU

❖ *Nood aan visie, richtlijnen en een globaal beleidsplan*

Er bestaat een grote verscheidenheid qua invulling van de methodiek ontslagmanagement tussen de ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen ontplooiën de methodiek ziekenhuisbreed, andere beperken zich tot de strikt noodzakelijke voorwaarden voor de financiering. Een meer uniforme visie en beleid omtrent de invulling van het ontslagmanagement op ziekenhuisniveau is nodig.

Tevens is de rol van de ontslagmanager, soms ook coördinator ontslagmanagement, genoemd, weinig duidelijk, zowel binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt als in het algemeen. De ontslagmanager van een ziekenhuis zou, met ondersteuning van een stuurgroep, idealiter verantwoordelijk moeten zijn voor de coördinatie van de implementatie, ontwikkeling en uitvoering van de methodiek ontslagmanagement op meso- en macroniveau. Gezien de rol van de sociale dienst binnen het ontslagmanagement zou de functie ontslagmanager moeten kunnen toegevoegd worden als staffunctie bij de sociale dienst van een ziekenhuis, onder inhoudelijke supervisie van de verantwoordelijke van de sociale dienst. Deze staffunctie moet ingevuld worden door iemand met een diploma maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige.

⁹ Een sociale opname is een ziekenhuisopname van een patiënt op basis van een sociale crisissituatie die zonder dringende behandeling ernstige gevolgen kan hebben voor het leven van de patiënt, en waarvoor er geen andere oplossing gevonden wordt dan een opname in een ziekenhuis.

In een aantal ziekenhuizen zijn er officiële richtlijnen inzake ontslagcoördinatie uitgewerkt om het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis te stroomlijnen. De uitwerking en de implementatie van dergelijke richtlijnen binnen ziekenhuizen moet gestimuleerd worden.

Om zich de methodiek van het ontslagmanagement eigen te maken zouden alle sociaal werkers van een ziekenhuis een opleiding moeten volgen. Ook intervisies op regionaal niveau over ontslagmanagement zijn zeer verrijkend voor het sociaal werk voor o.a. ervaringsuitwisseling en het detecteren van gemeenschappelijke knelpunten sociaal werk. Daarnaast zou het goed zijn mocht er reeds in de opleiding van andere disciplines binnen het ziekenhuis (bv. artsen, verpleegkundige,...) aandacht besteed worden aan de methodiek van ontslagmanagement. Op die manier zouden de disciplines die deelnemen aan het interdisciplinair overleg reeds vertrouwd zijn met de principes van het ontslagmanagement.

C. MACRONIVEAU

❖ *Blijvend constructieve dialoog vooropstellen tussen verschillende sectoren*

De uitwisseling van informatie tussen intra- en extramuros blijft een belangrijk probleem. Er is nog te vaak onvoldoende informatieoverdracht tussen diensten/instellingen. Er bestaat onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de contactname en wat hierbij de eigen verantwoordelijkheid/inspraak is van de patiënt en/of zijn familie. Het zorgoverleg rond een patiënt kan hierin een grote meerwaarde betekenen door de zorg voor een patiënt van verschillende hulpverleners op elkaar af te stemmen.

De snelheid van de werking van de thuiszorgdiensten en de ziekenhuizen is verschillend, waardoor het voor de thuiszorgdiensten vaak moeilijk is om op korte termijn een dienstverlening op te starten. Het thuiszorgdossier, wat op zich een goed initiatief is, heeft tot op heden geen meerwaarde, aangezien dit maar sporadisch aanwezig is bij opname in een ziekenhuis.

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat de uitbreiding van netwerken en (officiële) samenwerkingsverbanden noodzakelijk is om de uitstroom efficiënter te laten verlopen zonder aan kwaliteit in te boeten.

De samenwerking met extramuraal partners gebeurt vandaag de dag voornamelijk in het kader van de ontslagregeling van een patiënt. Echter, in het kader van de problematiek rond de toegankelijkheid van het ziekenhuis voor bepaalde maatschappelijk kwetsbare groepen, zoals ouderen, mensen in armoede, allochtonen..., zou het ook wenselijk zijn dat er meer samengewerkt wordt met extramuraal partners, voornamelijk met de eerstelijns hulpverlening.

❖ *Doorstroommogelijkheden naar externe diensten en -voorzieningen*

Hieronder worden de belangrijkste knelpunten opgesomd met betrekking tot de doorstroming naar externe voorzieningen:

- Lange wachtlijsten vormen vaak een struikelblok voor opname. Ook de wachtlijsten op de sociale woningmarkt zijn een groot knelpunt;
- Er bestaat een groot gebrek aan nachtopvang en de bestaande initiatieven zijn vaak duur;
- Er bestaat een groot gebrek aan rusthuizen en serviceflats met beperkte diensten;
- Er bestaat een groot gebrek aan kortverblijven;
- Instellingen hebben vaak specifieke patiëntenprofielen wat de doorverwijzing in vele gevallen bemoeilijkt.

- Specifiek voor psychiatrische patiënten bestaan er problemen in de doorstroming naar de gehandicaptensector, de sociale woningmarkt en de residentiële voorzieningen.
- Ziekenhuizen met een grote geografische actieradius worden geconfronteerd met het probleem dat zij moeten samenwerken met voorzieningen van buiten hun regio.

De installatie van een soort intermediaire zorg, waar mensen verder kunnen herstellen totdat zij terug voor zichzelf kunnen zorg, zoals bv. in Engeland, zou een oplossing kunnen bieden voor heel wat problemen in zake zorgcontinuïteit.

ACTIEPUNTEN

16. Het ontwikkelen van een duidelijke visie m.b.t. ontslagmanagement en de implementatie ervan in het ziekenhuis.

- Middelen:
- *Vertegenwoordiging van de werkgroep 'Sociale dienst in het ziekenhuis' in overlegorganen m.b.t. ontslagmanagement.*
 - *Toevoegen van de functie ontslagmanager als staffunctie aan de sociale dienst.*

17. Het ontwikkelen van een adequaat screeningsinstrument voor het detecteren van 'risicopatiënten' voor opname.

- Middelen:
- *Inventariseren van de screeningsinstrumenten die momenteel gebruikt worden door bepaalde ziekenhuizen.*
 - *Verder onderzoek naar de criteria voor een efficiënte detectie van 'risicopatiënten'.*

18. Het stimuleren van het interdisciplinair werken op elke afdeling van het ziekenhuis.

- Middelen:
- *Blijven sensibiliseren van andere disciplines binnen het ziekenhuis voor de meerwaarde van het interdisciplinair werken.*
 - *Behandelen van de methodiek ontslagmanagement in de opleiding van o.a. artsen, verpleegkundigen,...*

19. Het stimuleren van de samenwerking met de extramurale partners inzake opname en ontslag van patiënten ter bevordering van de zorgcontinuïteit.

- Middelen:
- *Het ontwikkelen van beste praktijken i.v.m. (structurele) samenwerking met externe partners.*

20. Het verhogen van de toegankelijkheid van de ziekenhuizen voor maatschappelijk kwetsbare groepen.

- Middelen:
- *Bepalen van de knelpunten inzake de toegankelijkheid van het ziekenhuis.*
 - *Stimuleren van de samenwerking met de eerstelijns hulpverlening (huisartsen, ocmw's, ...) m.b.t. de toegankelijkheid van het ziekenhuis.*
 - *Inventariseren, ontwikkelen en implementeren van projecten m.b.t. opnamecoördinatie (binnen het ziekenhuis en met de eerstelijnszorg).*

21. Het verder onderbouwen en bekend maken van de knelpunten betreffende doorstroommogelijkheden van bepaalde patiëntenpopulaties naar externe voorzieningen en diensten.

- Middelen:
- *Uitgebreid in kaart brengen van de doorstroomproblemen van bepaalde patiëntenpopulaties.*

KWALITEITSONTWIKKELING & -BEWAKING

1. *Ethiek en deontologie*

Uit de studiedag 'Sociale dienst in het ziekenhuis' in 1998 blijkt dat de problemen waarmee de sociaal werker geconfronteerd wordt over het algemeen onder te verdelen zijn in drie types:

- belangenconflicten bij het nemen van een beslissing of bij de uit te voeren handelingen;
- de tekortkomingen van het systeem;
- de algemene sociale vragen.

In moeilijke situaties wordt de sociaal werker vaak heen en weer getrokken tussen individuele en collectieve belangen, die de sociaal werker er toe dwingen een oplossing te vinden die maar gedeeltelijk voldoening schept. Dit leidt uiteraard tot een gevoel van onvoldaanheid gekoppeld aan onmacht.

De bestaande deontologische codes van het sociaal werk geven geen bevredigend antwoord op de specifieke dagdagelijkse problemen in de ziekenhuizen. De sociaal werkers komen daardoor telkens in een spanningsveld waarbij ze zaken doen die deontologisch niet correct zijn, maar waarbij er hen geen andere mogelijkheid gelaten wordt. Er is nood aan meer samenwerking en uitwisseling tussen het onderwijs en het werkveld om de bestaande deontologische codes beter af te stemmen op de praktijk.

De hoge ontslagdruk, gevolg van het financieringssysteem van de algemene ziekenhuizen (zie 'De financiering van het sociaal werk in het ziekenhuis'), heeft niet enkel impact op de kwaliteit van zorg, maar ook ethisch en deontologisch wordt er hierdoor nogal eens op een slappe koord gedanst. Gezien de positie van de sociaal werker t.o.v. het ziekenhuis en de patiënt is het misschien zijn taak om ethische problemen te benoemen en bespreekbaar te stellen.

De erkenning van de functie van de sociale dienst en van het statuut van de sociaal werker en de opname van sociale indicatoren in het financieringssysteem van de ziekenhuizen moet de hierboven omschreven belangenconflicten, waarmee sociaal werkers in de ziekenhuizen dagelijks geconfronteerd worden, beheersbaar helpen houden.

ACTIEPUNTEN

22. De samenwerking vergroten tussen de sociale diensten van ziekenhuizen en de Hoge Scholen m.b.t. de afstemming van de bestaande deontologische codes op de praktijk.

2. *Deskundigheidsbevordering*

In het onderdeel over het wettelijk kader voor de sociale dienst werd reeds gesteld dat de alle medewerkers van de sociale dienst, met uitzondering van de administratieve medewerkers, moeten beschikken over een diploma maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige. Verschillende diensthoofden gaven wel aan dat de opleiding tot sociaal verpleegkundige inhoudelijk sterk verschaald is door de recente inkorting van de opleidingsduur van vier naar drie jaar.

Een minimale kennis van ziekenhuisbeheer- en financiering is heden ten dage onontbeerlijk om de functie van verantwoordelijke van de sociale dienst naar behoren te kunnen uitoefenen. Verantwoordelijken van de sociale dienst moeten gemotiveerd worden om zich op dit vlak bij te scholen. Daarnaast zou de sociale dienst, in vergelijking met de verpleegkunde, recht moeten kunnen hebben op een staffunctie om de sociaal werkers te ondersteunen inzake o.a. kwaliteitsontwikkeling,... Momenteel valt dit allemaal op de schouders van de verantwoordelijke van de sociale dienst.

Vorming en (interne en externe) supervisie worden door de diensthoofden als zeer belangrijk ervaren voor het garanderen van een kwalitatieve hulpverlening. De nood aan vorming wordt bevestigd door de takeninventaris uit het onderzoek 'Sociaal werk in kaart gebracht: ontwikkelen van een sturingsinstrument binnen sociaal werk in een ziekenhuis'. Uit deze inventaris blijkt het groot aantal domeinen waarin een sociaal werker deskundig moet zijn. Domeinen die bovendien continu evolueren en die regelmatig een opfrissing vereisen om een kwalitatieve dienstverlening te kunnen blijven garanderen. De tijd en de middelen ontbreken echter nog te vaak om volledig aan de bestaande behoefte te kunnen voldoen. In een wettelijke normering voor de sociale dienst moeten minima voorzien worden voor opleiding, vorming en supervisie van de sociaal werker.

Vele sociale diensten organiseren interne vormingen en supervisies voor hun medewerkers. Het zou goed zijn, mocht er op dit vlak meer samenwerking komen tussen de sociale diensten, waarbij rekening wordt gehouden met de beperkte mogelijkheden en middelen van kleine(re) ziekenhuizen. Een betere samenwerking zou de deskundigheid verhogen en veel dubbel werk vermijden.

In het verleden heeft de sociale dienst van het UZ Leuven een opleiding voor de beginnende sociaal werker in het ziekenhuis ingericht. Deze opleiding stond ook open voor externe sociaal werkers. Een dergelijke opleiding is belangrijk, omdat het werken als sociaal werker in een ziekenhuis specifieke kennis en competenties vereist die men niet in het reguliere onderwijs kan verwerven. Voor het inrichten van een opleiding voor beginnende sociaal werkers zouden de sociale diensten een samenwerking moeten aangaan met de onderwijswereld, omdat deze laatste de pedagogische expertise kunnen aanleveren die het werkveld ontbeert.

Verschillende sociale diensten werken met mentoren die nieuwe medewerkers begeleiden tijdens hun inwerkperiode. In bepaalde ziekenhuizen in Nederland werkt men met het systeem van vrijgestelde mentoren voor het begeleiden van nieuwe medewerkers. Het voordeel van dit systeem is dat deze mentoren naast hun inhoudelijke kennis van het sociaal werk in het ziekenhuis ook een grote expertise kunnen opbouwen over het mentorschap voor nieuwe medewerkers.

ACTIEPUNTEN

23. De opname van kwaliteitsnormen in een wettelijk kader voor de sociale dienst in het ziekenhuis.

- Middelen:
- *Opnemen in wettelijke normen van de diploma's maatschappelijk assistent en sociaal verpleegkundige als enige kwalificaties die toegang geven tot de functie sociaal werker.*
 - *Opnemen in wettelijke normen van een minimum aan opleiding, vorming en supervisie per sociaal werker.*
 - *Opnemen in wettelijke normen van het recht op een staffunctie voor de sociale dienst.*

24. Het verbeteren van het aanbod en de kwaliteit van opleidingen en vormingen voor sociaal werkers in het ziekenhuis.

- Middelen:
- *Inrichten van een opleiding voor de beginnende sociaal werker in samenwerking met de onderwijswereld.*
 - *Verbeteren van de samenwerking tussen sociale diensten van ziekenhuizen voor de organisatie van vormingen voor sociaal werkers.*

3. *Organisatie en evaluatie*

De meeste sociale diensten beschikken over een functieomschrijving voor de sociaal werkers. In tegenstelling tot de functieomschrijving, zijn competentieprofielen nog veel minder ontwikkeld binnen de sociale diensten in het ziekenhuis. Het zijn voornamelijk de grote(re) ziekenhuizen die deze hebben ontwikkeld. Competentieprofielen omschrijven de noodzakelijke vaardigheden, kennis en attitude om een bepaalde functie te kunnen uitoefenen.

Wat opvalt is dat er voor de verantwoordelijke van de sociale dienst heel vaak geen specifieke functieomschrijving en competentieprofiel bestaat. Zij worden soms gelijkgeschakeld met de functie van hoofdverpleegkundige, maar beide functies zijn te verschillend om de functieomschrijving en het competentieprofiel van de ene functie te gebruiken voor de andere.

Voor de evaluatie van de sociaal werkers werken sommige ziekenhuizen met een persoonlijk ontwikkelingsplan bestaande uit verschillende fasen: plannen, functioneren en evalueren. In de meeste ziekenhuizen bestaat er echter geen evaluatie-instrument voor de evaluatie van de sociaal werker.

Bijna alle sociale diensten hebben voor verschillende activiteiten specifieke procedures uitgewerkt, waardoor deze activiteiten op een uniforme wijze worden uitgevoerd door alle sociaal werkers van het ziekenhuis.

Bovenstaande zaken worden door ieder ziekenhuis op zich ontwikkeld, waarbij men merkt dat vooral kleine(re) ziekenhuizen achterblijven bij de ontwikkeling van dergelijke instrumenten (functieomschrijvingen, competentieprofielen,...). Om te vermijden dat men telkens het warm water uitvindt en ter ondersteuning van de kleine(re) ziekenhuizen zou het wenselijk zijn dat sociale diensten van ziekenhuizen hieromtrent veel nauwer samenwerken. Men zou een gids met beste praktijken kunnen ontwikkelen die zich concentreert op de generieke aspecten van dergelijke instrumenten en waarbij de operationele vertaling naar de specifieke context van elk ziekenhuis op ziekenhuisniveau moet worden uitgewerkt.

ACTIEPUNTEN

25. Het stimuleren van de ontwikkeling van werkinstrumenten ter bevordering van de kwaliteit van de dienstverlening van het sociaal werk.

4. Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek is onontbeerlijk ter onderbouwing en bevordering van deskundigheids- en methodiekontwikkeling binnen het sociaal werk in het ziekenhuis en bij uitbreiding in de hele gezondheidszorg.

In België kent men echter geen traditie inzake wetenschappelijk onderzoek over sociaal werk. Vooral in Amerika wordt hieromtrent onderzoek gevoerd. Het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek heeft ook te maken met het feit dat de masteropleiding Sociaal Werk nog in zijn kinderschoenen staat. De samenwerking tussen het werkveld en de faculteiten moet duidelijk nog groeien. Ook met de hogescholen wordt er rond onderzoek momenteel veel te weinig samengewerkt, een aantal uitzonderingen niet te na gesproken.

Naast de samenwerking met de wetenschappelijke wereld, zou het sociaal werk veel meer gebruik moeten maken van de bestaande onderzoeksprogramma's die gefinancierd wordt door de overheid

ACTIEPUNTEN

26. Het stimuleren van de universiteiten tot het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek over sociaal werk in de gezondheidszorg in samenwerking met het werkveld.

5. Netwerking

Aangezien het sociaal werk in het ziekenhuis over het gehele land met sterk gelijkaardige problemen geconfronteerd wordt en de nood aan verregaande samenwerking reeds gebleken is in deze tekst, is het belangrijk dat de sociaal werkers meer werk maken van het formaliseren van plaatsen en gelegenheden waar men elkaar kan ontmoeten en nadenken over de professionele problemen en evoluties.

Er bestaan reeds verschillende informele overlegmomenten voor sociaal werkers in het ziekenhuis op verschillende niveaus, die veelal georganiseerd zijn binnen een bepaalde regio (vaak per provincie), ofwel binnen een bepaalde koepelorganisatie (bv. Zorgnet, Broeders van Liefde,...), ofwel rond een bepaald project (bv. ontslagmanagement). Soms participeren zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen aan het overleg, soms slechts één van beide types ziekenhuizen. Al deze overlegmomenten werken echter totaal onafhankelijk van elkaar, waardoor er van een algemene gemeenschappelijke aanpak geen sprake is.

Begin 2009 heeft de FOD VVVL het initiatief genomen om de werkgroep 'Sociale dienst in het ziekenhuis' nieuw leven in te blazen en te ondersteunen door het vrijstellen van een beroepskracht. Deze werkgroep werd in het leven geroepen in navolging van de studiedag 'Sociale dienst in het ziekenhuis', maar kende door de jaren heen een sterk wisselende samenstelling en kwam op zeer onregelmatige basis samen. Vooral het ontbreken van structurele ondersteuning heeft tot gevolg gehad dat deze werkgroep een stille dood gestorven is.

De FOD VVVL heeft bij de samenstelling van de 'nieuwe' werkgroep 'sociale dienst in het ziekenhuis' sterk de nadruk gelegd op representativiteit t.o.v. het Belgisch ziekenhuislandschap (zie ledenlijst in bijlage 4). De leden van de werkgroep vertegenwoordigen de ziekenhuizen binnen hun provincie. Zij hebben ook de opdracht meegekregen om het provinciaal overleg voor sociaal werkers, waar nodig, terug op te starten en de terugkoppeling te verzorgen naar het

provinciaal niveau. Op deze wijze wil men er voor zorgen dat de aanbevelingen van de werkgroep gedragen worden door de hele sector.

Het zou wenselijk zijn dat deze werkgroep een officieel karakter krijgt als reflectie- en adviesorgaan voor het beleid inzake sociaal werk in het ziekenhuis. Om een goede werking van dit orgaan te kunnen garanderen, moet er minimum aan financiering voorzien worden.

In Vlaanderen heeft men begin 2009 ook de eerste stappen gezet voor de installatie van een beroepsvereniging voor sociaal werkers binnen het ziekenhuis op Vlaams niveau.

Het zich formeel organiseren als beroepsgroep geeft meer mogelijkheden om gegroepeerd naar buiten te komen en zo de functie van sociaal werker in het ziekenhuis meer zichtbaarheid te geven. Iets wat totnogtoe veel te weinig gebeurt. Daarnaast kan een beroepsvereniging een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen en aanbieden van aangepaste opleidingen en vormingen en het organiseren van studiedagen.

ACTIEPUNTEN

27. Het stimuleren van structureel overleg van het sociaal werk in het ziekenhuis op alle niveaus (lokaal, provinciaal en nationaal)

- Middelen:
- *In kaart brengen van de bestaande overlegstructuren van het sociaal werk in het ziekenhuis.*
 - *Op elkaar afstemmen van de bestaande overlegstructuren.*
 - *Oprichten van een permanent officieel adviesorgaan voor het beleid inzake sociaal werk in het ziekenhuis.*

28. De zichtbaarheid van de beroepsgroep vergroten, zowel binnen als buiten het ziekenhuis.