

Samen bouwen aan continue en geïntegreerde zorg

Beleidsaanbevelingen van SOCIAAL WERK IN ZIEKENHUIZEN



Beroepsvereniging Sociaal Werkers Algemene Ziekenhuizen
Werkgroep Sociale Diensten Algemene Ziekenhuizen Zorgnet Vlaanderen / ICURO

Oktober 2014

Samen bouwen aan continue en geïntegreerde zorg

Beleidsaanbevelingen van sociaal werk in ziekenhuizen

Inleiding

Het ziekenhuis neemt vandaag een heel andere plaats in binnen de gezondheidszorg dan enkele decennia geleden. Een gezondheidszorg waar niet langer de hospitalisatie de norm is, maar waar men steeds meer evolueert naar een systeem waarbij de cliënt¹ in de mate van het mogelijke behandeld wordt in zijn natuurlijke omgeving. En het is algemeen aanvaard dat ook sociale factoren en gezondheid elkaar beïnvloeden.

In Vlaanderen is sinds 2010 de Beroepsvereniging voor Sociaal Werkers in Ziekenhuizen actief. Daarnaast bestaat er binnen Zorgnet Vlaanderen een Werkgroep Sociale Diensten en is binnen de FOD Volksgezondheid de werkgroep Sociale Diensten in Ziekenhuizen opgericht. Deze organen verzamelen sociaal werkers uit de openbare en de privé ziekenhuizen, zowel de universitaire, algemene als de psychiatrische ziekenhuizen.

Naast het bieden van fora voor de uitwisseling van ervaringen en informatie, worden maatschappelijke ontwikkelingen op de voet gevolgd en is het de bedoeling te anticiperen op beleidskeuzes, telkens vanuit de betrachting te pleiten voor een optimale psychosociale zorg voor de cliënt en zijn omgeving.

¹ Cliënt: hieronder verstaan we zowel cliënt als zijn omgeving

Maatschappelijke evoluties

Onze samenleving staat voor **evoluties die de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg bedreigen** en die een tijdig en passend antwoord vergen. Zo is er een **toename van**:

- het aantal chronisch zieken en de gevolgen van de vergrijzing
- de gezondheidskloof tussen hoog opgeleiden en laaggeschoolden
- het aantal psychisch zieken
- de kost voor medische zorg
- de commercialisering en privatisering van de zorg
- de internationalisering en multiculturele diversiteit van de gezondheidszorg

Om de zorg in de toekomst betaalbaar en voor iedereen toegankelijk te houden zonder aan kwaliteit in te boeten, wordt op beleidsniveau nagedacht over de vraag hoe de zorg anders en beter kan worden georganiseerd met de beschikbare middelen.

Strategieën² als mogelijk antwoord hierop zijn:

- ontwikkelen van nieuwe zorgmodellen waarbij gestreefd wordt naar continue en geïntegreerde zorgprocessen. *Continue* staat voor een betere aansluiting van ziekenhuiszorg op thuiszorg en *geïntegreerde* zorg voor het zien van de cliënt in zijn context.
- doorgaan op de weg van de vermaatschappelijking van de zorg waarbij de cliënt zoveel mogelijk wordt behandeld in zijn natuurlijke omgeving door het stimuleren van getrapte zorg conform het subsidiariteits-principe
- evolueren van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde zorg
- aandacht voor preventie
- aandacht voor een systematische aanpak van de sociale determinanten van een gezondheidsprobleem
- wegwerken van verschillen in de toegang tot zorg op basis van sociaaleconomische positie, woonplaats, sekse, etnisch-culturele achtergrond en religie (Equity).

² Oriëntatienota 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België', Nationale conferentie Zorg voor chronisch zieken, 28 november 2013.
Conceptnota Transmurale Zorg, Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen Dienst Acute, Chronische en Ouderenzorg, juni 2011.
Rapport Slimmere zorg voorgesteld op forum Slimmer zorgen voor morgen, professor Herman Nys, 24 april 2014.
Zorgnet Vlaanderen 'GPS 2021, Nieuwe navigatie voor ouderenzorg', Acco, Leuven 2010.
Zorgnet Vlaanderen 'Together We Care', Acco, Leuven, 2013.

Sociaal werk als antwoord

De principes bij het hertekenen van de organisatie van de gezondheidszorg, vallen samen met **de fundamentele principes van het sociaal werk**.

Clïëntperspectief

Geïntegreerde zorg als strategie voor de toekomst houdt in dat de cliënt gezien wordt in zijn totale context. Dit cliëntperspectief is één van de basisprincipes van sociaal werk. Na screening vertrekken we vanuit de hulpvraag van de cliënt en zijn omgeving, kaderen we zijn vraag binnen de context van zijn leefwereld en zoeken samen met hem en zijn mantelzorgers naar duurzame oplossingen op maat, desnoods via gerichte doorverwijzing. De hulpverlening is laagdrempelig mede omdat ze gratis is voor de cliënt.

Krachtenperspectief

Dit principe wordt vandaag veelal **patient & family empowerment** genoemd. Als sociaal werkers stimuleren we het eigen probleemoplossend vermogen van de cliënt door hem aan te zetten mee te negotieren en mee te beslissen over zijn zorg. We ondersteunen **de draagkracht en optimaliseren de mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving** met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren.

De sociaal werker is opgeleid om op vlak van cliëntontwikkeling te komen van een cliënt die zich niet altijd bewust is van zijn mogelijkheden tot een daadkrachtige cliënt die zelf stappen zet. Op vlak van interactieontwikkeling evolueren we gaandeweg van een sturing door de hulpverlener naar een cliëntgestuurde hulpverlening.

Maatschappelijk perspectief

De sociaal werkers **werken preventief en beleidsbeïnvloedend om maatschappelijke ongelijkheid** en discriminatie zoveel mogelijk te verhelpen onder meer door het signaleren van tekortkomingen in wet- en regelgeving **op meso en macro niveau**. Ook wordt een breed draagvlak gecreëerd door participatie aan overkoepelende overlegstructuren en samenwerking met cliëntenorganisaties.

Bovengenoemde perspectieven lopen als een rode draad doorheen de opdrachten van de medisch sociaal werker. Hieronder een **aantal van onze dagelijkse activiteiten**:

- Zorgcoördinatie binnen en buiten het ziekenhuis door multidisciplinaire samenwerking met medewerkers van het ziekenhuis en hulpverleners van de eerstelijnsgezondheidszorg/welzijnszorg
- Ondersteunen en begeleiden van cliënten en hun sociale omgeving (met speciale aandacht voor de mantelzorgers)
- Versterken van de netwerken van de cliënt in omvang en functies
- Werken aan integratie van cliënten in het actieve beroepsleven en sociale leven
- Betrouwbare en verstaanbare informatie verstrekken over sociale wetgeving, rechten, juridische administratieve zaken, de sociale kaart, enz.
- Mee ontwikkelen van klinische en transmurale zorgpaden en andere procedures tot kwaliteitsverbetering
- Organiseren van lotgenotencontacten
- Op touw zetten van projecten van cliëntenparticipatie
- Signaleren van problemen inzake toegankelijkheid van zorg op welke basis ook
- Meewerken aan preventiecampagnes

Het **takenpakket van de sociaal werker** in het ziekenhuis sluit al decennia lang **aan op deze strategieën en evoluties**. Als beroepsgroep binnen een multidisciplinaire werking zijn we immers dé discipline die de impact van gezondheidsproblemen steevast binnen de cliëntcontext plaatst.



Aanbevelingen voor een effectievere werking van het sociaal werk in het ziekenhuis

De sociaal werkers in het ziekenhuis willen nog méér partner zijn in de realisering van een vernieuwd cliëntgericht beleid. We ervaren echter in de uitoefening van onze opdracht een aantal ernstige beperkingen. We lichten deze kort toe en formuleren een aantal **voorstellen voor een effectievere werking**.

- ❖ **Ontwikkeling van een wettelijk kader (erkenning, normering, financiering)**
- ❖ **Erkenning van de rol van zorgcoach en ontslagmanager**
- ❖ **Optimalisering van deelname aan beleidsvoorbereidende overlegplatforms**

Ontwikkelen van een wettelijk kader (erkenning, normering en financiering)

Probleemstelling en voorstel van oplossing

Er is veel **onduidelijkheid over de effectieve opdracht en het takenpakket** van het sociaal werk binnen een ziekenhuiscontext. Een algemene taakomschrijving zal de zichtbaarheid van het sociaal werk in het ziekenhuis verhogen. Daarnaast zorgt een wildgroei aan nieuwe functies voor de **uitholling** van de taak van het sociaal werk in de ziekenhuizen. Zorgcoachen, oncoverpleegkundigen, liaisonverpleegkundigen,... hebben in eerste instantie aandacht voor de medische en verpleegkundige problematiek, plaatsen de cliënt in zijn context, maar voeren zelf geen sociaal onderzoek naar sociale en materiële netwerken. Evenmin bieden zij een antwoord op problemen die verband houden met bestaansvoorwaarden zoals uitkeringen, huisvesting, enz.

Deze bezorgdheid zet de complementariteit van de verschillende functies in de verf.

Onderstaande link omvat het advies inzake een wettelijk kader voor het sociaal werk in de ziekenhuizen dat de werkgroep 'Sociale dienst in het ziekenhuis' in 2011 heeft opgemaakt. Dit advies omvat de visie van het werkveld omtrent de inhoud van een wettelijk kader voor het sociaal werk in de ziekenhuizen. We kijken uit naar een overleg met de beleidsmakers en ziekenhuisdirecties om deze adviezen te concretiseren.

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/SocialWorkInHospital/WorkGroupSocialService/index.htm>

Om tot een gezamenlijk patiëntendossier te komen, zijn ook de gegevens van een sociaal onderzoek onontbeerlijk. De sociaal werkers in ziekenhuizen vallen echter **niet** onder de **erkende zorgverstrekkers** volgens **KB nr. 78** betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Sociale gegevens zijn nochtans relevante gegevens die in het kader van de geïntegreerde zorg en zorgcontinuïteit in het algemeen medische dossier zouden moeten worden opgenomen. Een erkenning van sociaal werkers als uitoefenaars van een gezondheidszorgberoep kan dit euvel opheffen.

- Een wettelijk kader veronderstelt ook een **structurele financiering van het sociaal werk** in het ziekenhuis. Een financiering die nauw moet worden afgestemd op de vooropgestelde doelstellingen, taken en verwachtingen van het sociaal werk. Uit het advies van de Afdeling Financiering van de NRZV betreffende het budget van financiële middelen(BFM) van de ziekenhuizen op 1 januari 2010 en op 1 juli 2010, is het zeer onduidelijk welke financieringsbronnen en -budgetten er momenteel bestaan voor de sociale dienst in het ziekenhuis. Evenmin is het duidelijk of de bestaande financiering op het terrein ook effectief ten goede komt aan de sociale dienst. Naast de onduidelijkheid over de huidige situatie bestaat er nog meer onduidelijkheid over de effectieve kosten van een goed werkende sociale dienst. **Een onderzoek naar de financiering van het sociaal werk in de ziekenhuizen is dus nodig.**

De wet voorziet in een **bijzondere beroepstitel sociale gezondheidszorg** voor verpleegkundigen. Tot heden is deze bijzondere beroepstitel nog niet wettelijk omschreven. Deze bijzondere beroepstitel zou wettelijk omschreven moeten worden met openstelling voor sociaal werkers met een diploma maatschappelijk assistent. Zo niet ontstaat op het terrein een ongelijkheid tussen sociaal werkers met een diploma sociale verpleegkunde en deze met een diploma maatschappelijk assistent.

Wij vragen:

- **de ontwikkeling van een wettelijk kader voor het sociaal werk in de ziekenhuizen**
- **de erkenning van het beroep sociaal werker als gezondheidszorgberoep**
- **een onderzoek naar de financiering van het sociaal werk in de ziekenhuizen**
- **een omschrijving van de BBT sociale gezondheidszorg en het openstellen voor maatschappelijk assistenten**

Erkennen van de sociaal werker in zijn rol als zorgcoach en ontslagmanager

Probleemstelling en voorstel van oplossing

“... De zorgcoach brengt de behoeften, problemen en sterke kanten van de cliënt in kaart, maakt een op de persoon toegesneden plan en is verantwoordelijk voor de coördinatie van de hulp en de continuïteit in de hulpverlening.”³ Door zijn opdracht bekleedt de sociaal werker in het ziekenhuis een centrale plaats in het verzekeren van deze continuïteit van zorg. Het is wenselijk dat de rol van de sociaal werker als **sleutelfiguur in de transmurale zorg als dusdanig wordt erkend**. De sociaal werker moet in zijn rol van **ontslagmanager** bij de uitwerking van het opname- en ontslagbeleid betrokken worden. De ontslagmanager van een ziekenhuis is, met ondersteuning van een stuurgroep, idealiter verantwoordelijk voor de coördinatie van de implementatie, ontwikkeling en uitvoering van de methodiek ontslagmanagement op micro, meso en macro niveau.

Wij vragen:

- **de erkenning van de competenties van de sociaal werker in de rol van zorgcoach en ontslagmanager**
- **de toewijzing van de functie van zorgcoach en ontslagmanager aan de sociaal werker in het ziekenhuis op micro, meso en macro niveau**

³ Van den Heuvel, Bernadette, red. Netwerkg. Een nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe langdurige zorg- en ondersteuningsvraag. 218blz. p. 181, Acco Leuven.

Optimaliseren van onze deelname aan beleidsvoorbereidende overlegplatforms

Probleemstelling en voorstel van oplossing

We stellen een onvoldoende deelname vast van de sociaal werkers uit de ziekenhuissector in beleidsvoorbereidende overlegorganen (werkgroepen, adviesorganen, ...) en het sociaal werk wordt quasi niet opgenomen **bij de voorbereiding van de uitvoeringsbesluiten**. De overheveling van een aantal bevoegdheden naar de gemeenschappen is het uitgelezen moment om dit in positieve zin te veranderen.

Wij vragen:

- **het verhogen van de zichtbaarheid en het erkennen van het sociaal werk door de opname van vertegenwoordigers van de beroepsgroep in beleidsvoorbereidende overlegorganen op Vlaams en Federaal niveau**

Besluit

De vermaatschappelijking van de zorg en de evoluties in de samenleving vormen een belangrijke uitdaging waarin het sociaal werk in het ziekenhuis een cruciale rol heeft. Als experten in de methodiek van case- en ontslagmanagement draagt de sociaal werker in het ziekenhuis bij aan de geïntegreerde zorg en zorgcontinuïteit. De transmurale zorgorganisatie en optimalisatie van de thuis- en mantelzorg zijn een fundamenteel onderdeel van onze opdracht, zo ook de voorbereiding op verblijf in (semi)-residentiële voorzieningen.

Vanuit de principes van het empowerment helpen we de cliënt in het formuleren van een gezondheidszorg of welzijnsvraag, vertrekkende van zijn mogelijkheden i.p.v. zijn beperkingen. Als geen andere ziekenhuismedewerker kennen we de invloed van sociale determinanten op het gezondheidsprobleem en weten we hoe aan een verbetering van de bestaansvoorwaarden van een cliënt te werken. Door onze contacten met patiëntenverenigingen werken we actief mee aan projecten inzake patiëntenparticipatie.

Onze vraag is de sociaal werkers in de ziekenhuizen te faciliteren door:

- **de erkenning van de beroepstitel, inclusief normering en financiering,**
- **de rol van zorgcoach te erkennen als specifiek voor sociaal werkers,**
- **hun vertegenwoordigers op te nemen in de beleidsvoorbereidende overlegorganen.**

MANAGEMENTSAMENVATTING

Als sociaal werkers in de ziekenhuizen willen wij in het veranderende zorglandschap een uitgesproken partner zijn in de geïntegreerde zorg. Een kwaliteitsvolle invulling van deze rol noodzaakt echter een aantal faciliteiten:

- de ontwikkeling van een wettelijk kader voor het sociaal werk in de ziekenhuizen
- de erkenning van het beroep sociaal werker in het ziekenhuis als gezondheidszorgberoep.
- Een onderzoek naar de financiering van het sociaal werk in de ziekenhuizen.
- het omschrijven van de BBT sociale gezondheidszorg en het openstellen voor maatschappelijk assistenten.
- de erkenning van de competenties van de sociaal werker in de rol van zorgcoach en ontslagmanager.
- de toewijzing van de functie als zorgcoach en ontslagmanager aan de sociaal werker in het ziekenhuis, ook op micro, meso en macro niveau.
- het verhogen van de zichtbaarheid en het erkennen van het sociaal werk in het ziekenhuis door de opname van vertegenwoordigers van de beroepsgroep in beleidsvoorbereidende overlegorganen op Vlaams en Federaal niveau.

Contact

Griet De Bodt

Voorzitter ad interim en secretaris BSWZ (Beroepsvereniging Sociaal Werkers in Ziekenhuizen)

09/332 54 48

info@bswz.be

Renilde Foulon

Voorzitter Werkgroep Sociale diensten Algemene Ziekenhuizen Zorgnet Vlaanderen

016/ 20 96 47

renilde.foulon@hhleuven.be