

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

BRUSSEL, 12/07/2001

—
Bestuur van de Gezondheidszorgen

—
Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

—
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

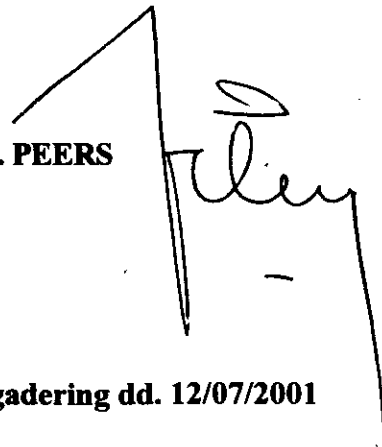
—
Afdeling "Programmatie en Erkenning".

O/Ref. : NRZV/D/PSY/197-2 (*)

**ADVIES INZAKE
"HET SOCIAAL WERK IN GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG"**

DE VOORZITTER,

Prof. Dr. J. PEERS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Peers', is written over a large, stylized bracket-like shape that spans across the text 'Prof. Dr. J. PEERS'.

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciaal Bureauvergadering dd. 12/07/2001

0. Situering

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen bracht op 2/3/2001 een gecoördineerd advies uit over de sociale dienst in het ziekenhuis. In concreto behandelt dit advies de taak van de sociale dienst in het algemeen ziekenhuis. De vaststelling dat voor de algemene ziekenhuizen geen specifieke normering bestond voor de taak en de omkadering van de sociale dienst vormde de onmiddellijke aanleiding tot het formuleren van bovenvermeld advies.

Rekening houdend met het feit dat in de normering van de psychiatrische ziekenhuisdiensten A-T-K en Sp-psychogeriatric reeds bepalingen opgenomen zijn i.v.m. omkadering van de sociale dienst en dat anderzijds de specificiteit van de hulpvraag in de geestelijke gezondheidszorg een geëigende invulling vereist van de opdracht van het sociaal werk, werd aan de permanente werkgroep psychiatrie de opdracht gegeven een aanvullend advies uit te brengen over "het sociaal werk in de geestelijke gezondheidszorg".

Deze opdracht werd toevertrouwd aan de ad-hocwerkgroep "sociaal werk in de GGZ", waarin naast leden van de permanente werkgroep psychiatrie ook experts uit het werkveld betrokken werden.

Leden van de werkgroep waren :

- De heer M. Demarsin
- De heer R. De Rycke
- De heer J.C. Frogneux
- De heer L. Geladé
- De heer G. Goyvaerts
- De heer P. Jacques
- Mevrouw M. Rohard
- De heer M. Vandervelden
- De heer J. Van Holsbeke (voorzitter)

Het secretariaat werd waargenomen door mevr. C. Jamin en L. Versluys.

De ad-hocwerkgroep vergaderde 5 maal op :

- 02/02/2001
- 14/03/2001
- 17/04/2001
- 07/05/2001
- 29/05/2001

Algemeen kader en uitgangspunten van het advies

Bij het formuleren van dit advies is uitgegaan van de realiteit en de ervaringen van vandaag en worden voorstellen geformuleerd voor aanpassing van de huidige regelgeving inzake de personeelsomkadering van het sociaal werk in zowel de psychiatrische ziekenhuisdiensten als in het psychiatrisch verzorgingstehuis en het beschut wonen.

Tegelijk worden de uitdagingen en de daarop aansluitende opdrachten geformuleerd die het sociaal werk in de toekomst zal moeten opnemen in de uitbouw van voorzieningsoverstijgende en doelgroepgerichte zorgprogramma's door GGZ-netwerken.

Tijdens de werkzaamheden van de ad-hocwerkgroep werd kennis genomen van :

- De beleidsnota voor de geestelijke gezondheidszorg van de ministers Aelvoet en Vandenbroucke onder de titel : "De psyche, mij een zorg ?!" waarin een aantal passages uitdrukkelijk pleiten voor een waardering van de sociale dimensie in de GGZ-hulpverlening, evenals voor een verdere uitbouw van het sociaal werk.
- De resultaten van de enquête die door het ministerie van Sociale Zaken, Gezondheid en Leefmilieu, bestuur van de gezondheidszorgen, in mei 2000 werd uitgevoerd bij de sociale diensten van de ziekenhuizen (inclusief psychiatrische ziekenhuizen).
- De eindtekst "sociale dienst in ziekenhuizen" die door een werkgroep binnen de federale administratie van Volksgezondheid werd opgesteld en eerstdaags zal gepubliceerd worden.

In dit advies worden de volgende aspecten behandeld:

1. De wettelijke normen m.b.t. het sociaal werk in de GGZ.
2. Probleemstelling
 - 2.1. Algemene evoluties en verwachtingen
 - 2.2. Concretisering van deze verwachtingen t.a.v. het sociaal werk in de diverse zorgstructuren
3. De enquête: sociale diensten in de ziekenhuizen
4. De sociaal werker en de sociale dimensie in de GGZ: een specifieke opdracht en bijdrage.
5. Voorstel voor de herwaardering van het sociaal werk in de GGZ.

1. De wettelijke normen m.b.t. het sociaal werk in de GGZ

- o Psychiatrische ziekenhuisdiensten

De norm ligt onveranderd vast sinds de erkenning van de A- en T-diensten in 1974 (K.B. van 15/02/1974).

- K-dienst : per 20 patiënten : 1 grad. Soc. Verpl. of maatschappelijk werker.
- A-dienst : per 60 patiënten : 1 grad. Soc Verpl. of MW-er.
- T-dienst : per 120 patiënten : 1 grad. Soc Verpl. of MW-er. (idem voor Tg)
- Voor partiële hospitalisatie in deze diensten geldt dezelfde norm

- Sp-dienst: per 90 patiënten: 1 gegrad. Soc Verpl of MW-er
 - o Psychiatrisch VerzorgingsTehuis : geen expliciete normering !
 - o Beschut wonen: geen expliciete normering
 - o Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg : expliciete verplichting om te voorzien in één of meer personeelsleden van de “sociale disciplines”

De regelgeving vermeldt de minimumnormen.

Globaal dient gesteld dat er in verhouding tot de totale groep van het normenpersoneel slechts een zeer bescheiden aandeel is voorzien voor de beroepen die specifiek zijn opgeleid voor de psychosociale begeleiding van patiënten.

De functie van het sociaal werk kan zowel ingevuld worden door een maatschappelijk assistent als door een sociaal verpleegkundige. De titel van sociaal verpleegkundige is beschermd door het ministerie van Volksgezondheid m.b.t. de uitoefening van de verpleegkunde en de bijzondere beroepstitels. De titel van maatschappelijk assistent is beschermd binnen het ministerie van Justitie door de wet van 12 juni 1945. *Verder in de tekst wordt de overkoepelende term sociaal werker gebruikt.*

Naargelang de voorziening in de GGZ wordt er gesproken over patiënten, bewoners, cliënten, gebruikers ...

Om geen verwarring te stichten, zal verder in de tekst gebruik gemaakt worden van de meer algemene term “gebruiker”, die in de verschillende sectoren van de GGZ kan gelden ...

2. Probleemstelling

2.1. Algemene evoluties en verwachtingen

Een enorme evolutie in de samenleving

- De samenleving en de regelgeving is veel complexer geworden.
We denken dan bv. aan de procedures m.b.t. de gedwongen opname, het beheer van goederen, verzekeraarheid, werkloosheidsvallen, inactiviteitsvallen...
- De toegankelijkheid van de zorg wordt beperkt door betaalbaarheidsproblemen voor de gebruikers ondanks recent genomen positieve maatregelen. De sociaal werker moet tussenkomen voor schuldbemiddeling, huursubsidie, het verwerven van de verhoogde tegemoetkoming, steunaanvragen bij OCMW ...
- Bovendien moet ook voor specifieke patiëntengroepen zoals allochtonen kunnen ingestaan worden voor aangepaste interculturele begeleiding.
- Momenteel is er de verwachting naar een grotere betrokkenheid en participatie in de zorgverlening van zowel gebruikers als van familieleden. Beiden wensen beter geïnformeerd te worden, zijn mondiger en vinden steun bij verenigingen van betrokkenen en ziekenfondsen. De overheid ondersteunt deze evolutie

nadrukkelijk in de beleidsnota, o.a. in het kader van initiatieven m.b.t. patiëntenrechten, klachtenbemiddeling, participatie...

- Ook de toenemende en noodzakelijke interacties tussen de GGZ en de zogenaamde belendende sectoren (evoluties in de arbeidsmarkt, hervormingen in justitie, de welzijnssector) hebben een impact op de aard en de hoeveelheid van het sociaal werk.

Een enorme evolutie in de zorgvraag

De sociaal werker wordt geconfronteerd met een heel andere realiteit dan deze die men 25 jaar geleden voor ogen had bij het vaststellen van de personeelsnormen. In principe moet één sociaal werker bv. in een A-dienst nog steeds zorgen voor 60 gebruikers. Kenmerkend voor alle zorgsituaties is het toegenomen verloop van gebruikers.

Anderzijds is ook de complexiteit van problemen (bv. co-morbiditeit) toegenomen en wordt verwacht dat het zorgaanbod uitgaat van de individuele zorgvraag van gebruikers en hun omgeving. Ook van de sociaal werker mag verwacht worden dat hij zal participeren aan de uitbouw van een multidisciplinaire en doelgroepgerichte werking.

De overheid wenst de kwaliteit van het zorgproces te bewaken. In aspecten van onthaal en zorgcommunicatie wordt o.a. een beroep gedaan op de inbreng van de sociaal werker. De zorg dient tevens gescoord in MPG.

Een enorme evolutie in de sector Geestelijke Gezondheidszorg

Het nieuwe concept naar inhoud en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg zal grote veranderingen meebrengen. Er worden nieuwe zorginhouden en zorgvormen gecreëerd.

Hierbij zullen netwerken van voorzieningen worden uitgebouwd, die voor doelgroepen de vereiste zorg instellingsoverschrijdend organiseren in zorgcircuits. De sociaal werker zal hierin een essentiële rol moeten spelen, zowel naar de individuele hulpvrager als in het helpen ontwikkelen van deze samenwerkingsverbanden. Het is het domein bij uitstek waarin de sociaal werkers een jarenlange ervaring hebben opgebouwd.

Bij de realisatie van de voorzieningsoverschrijdende en doelgroepgerichte zorgprogramma's wordt gekozen voor een complementaire en elkaar ondersteunende samenwerking tussen enerzijds het sociaal werk in de GGZ en anderzijds het algemeen maatschappelijk werk.

Concreet zullen bijkomende initiatieven genomen worden op het vlak van gebruikersbespreking, overleg m.b.t. de continuïteit van zorg, afstemming in de concrete sociale begeleiding en de opvolging van dossiers.

In dit overleg tussen het sociaal werk in GGZ en het algemeen maatschappelijk werk kan wederzijds specifieke kennis en deskundigheid aangereikt worden.

2.2. Concretisering van deze verwachtingen t.a.v. het sociaal werk in de diverse zorgstructuren

**** In de psychiatrische ziekenhuisdiensten (PZ en PAAZ)***

Vanuit de ziekenhuisafdelingen worden er hogere verwachtingen gesteld ten aanzien van de sociale dienst.

Er is meer interdisciplinair overleg, men verwacht dat er meegewerkt wordt in het beleid van zorgeenheden, waarin de sociaal werker specifieke accenten kan leggen. Er wordt ook verwacht dat men meewerkt in vormingsprogramma's, bv. rond sociale zekerheid, sociale vaardigheden, maar ook aan de uitbouw van psycho-educatie voor gebruikers en familieleden.

In het bio-psychosociaal denkkader van de teams is de sociaal werker een generalist, die de totale leefsituatie van de gebruiker overziet en op die manier de sociale realiteit (mogelijkheden en/of beperkingen) inbrengt in dit complex verhaal.

**** In het psychiatrisch verzorgingstehuis***

Aanvankelijk was de PVT-opdracht gekenmerkt door de populatie gebruikers, afkomstig uit de chronische afdeling van het ziekenhuis met rustige gebruikers met spaargeld. De taak van de sociaal werker beperkte zich toen tot het onderhouden van de familiale contacten.

Nu is PVT een afzonderlijke voorziening geworden met opnames van jongere gebruikers met meer acute problemen (zoals fugues, aanhoudend storend gedrag, ontslag nemen tegen advies...) en zeer veel betaalbaarheidsproblemen. Er is dan ook heel wat werk : de opnameprocedure, onderhandelen met het OCMW in verband met de betaalbaarheid, er doen zich grote problemen voor voor de gebruiker met gezinslast die naar PVT moet...

Momenteel heeft het PVT geen specifieke normering voor sociaal werk. De sociaal werkers van het psychiatrisch ziekenhuis nemen in de praktijk de zorg voor deze gebruikers nog steeds op zich. Een specifieke personeelsnorm is meer dan noodzakelijk.

**** In het beschut wonen***

Beschut wonen is door de aard van het project vaak ontstaan en gegroeid vanuit de sociale dienst. In die zin is de sociaal werker meestal sterk vertegenwoordigd in de begeleidende equipe. Bovendien werkt men hier meestal met een begeleider die verantwoordelijk is voor de integrale begeleiding van zijn gebruikers. Anderzijds is het noodzakelijk dat de equipe ook hier multidisciplinair is samengesteld opdat aan alle gebruikers de begeleiding kan geboden worden waarop ze recht hebben. De begeleider (van welke discipline ook) moet met specifieke vragen terecht kunnen bij begeleiders van andere disciplines.

De gebruiker in beschut wonen heeft niet alleen recht op een "begeleider", maar wat de psychosociale problematiek betreft, moet hij kunnen aankloppen bij een sociaal werker, die deskundig is op dit terrein. Een gegarandeerde aanwezigheid per project blijft noodzakelijk.

* In de zorgvernieuwingsinitiatieven

o *Ontslagmanagement*

Het project ontslagmanagement zit nu in zijn derde jaar. Er is nog geen duidelijkheid over de continuïteit van het project. Op heel wat plaatsen is het project mede ingevuld vanuit de sociale dienst.

De in het ontslagmanagement voorgestelde aanpak bouwt verder op de methodieken van ontslagvoorbereiding en begeleiding die reeds voordien door de sociaal werker werden toegepast.

Er is echter toch een duidelijke meerwaarde : het systematisch handelen, de aandacht voor het ontslag van bij de opname, het contacteren van de verwijzers, de nauwe samenwerking met de begeleidende verpleegkundige, leidde tot goed uitgewerkte ontslagplannen. Door de beperkte personeelsuitbreiding die het project oplevert, kan er terug wat meer werk gemaakt worden van de psychosociale begeleiding bij ontslag. Alleszins levert het project een betere ontslagvoorbereiding op, meer en beter overleg, zowel intern (met de gebruiker en zijn persoonlijke begeleider) als met de thuiszorg (huisarts en de andere actoren) en dus een hogere kwaliteit. De sociaal werkers zijn goed geplaatst om dit project mee in te vullen. In de toekomst dient deze manier van werken gevaloriseerd te worden en uitgebreid tot een specifiek aanbod voor alle gebruikers met een verhoogd risico op herval in de acute ziekenhuisdiensten.

o *Arbeid en dagactiviteiten: arbeidstrajectbegeleiding – aangepast werk - activiteitencentra*

De rehabilitatie en resocialisatie van gebruikers in de richting van arbeid en tewerkstelling is ook steeds een opdracht geweest van de sociaal werker.

In het zoeken naar aangepast werk, vorming, dagactivering en het opzetten van trajectbegeleiding kan de sociaal werker een belangrijke rol spelen, o.a. in het opstellen van aanvraagdossiers, het onderzoeken van de tewerkstellingsmogelijkheden op het terrein, het voorkomen van inactiviteitsvallen... Samenwerking met en een beroep doen op bestaande diensten en initiatieven is opnieuw erg belangrijk.

o *Psychiatrische zorg voor gebruikers in de thuissituatie*

In de realisatie van de diverse vormen van psychiatrische zorg voor gebruikers in de thuissituatie zal de sociaal werker een belangrijke rol moeten spelen. De sociaal werker zal vanuit zijn kennis van het terrein voorrang geven aan eent beroep doen op reeds bestaande initiatieven en diensten.

In algemene bewoordingen kan dan ook gesteld worden dat in de nieuwe visie op geestelijke gezondheidszorg volgende basisideeën van bijzonder belang zijn als antwoord op een complexe zorgvraag: zorg op maat, continuïteit van zorg en participatie. Om een goede zorg te bieden, is het noodzakelijk dat er een goede multidisciplinaire werking wordt opgezet in elke module van het globaal zorgprogramma. De inbreng van de specifieke deskundigheid van de sociaal werker in de realisatie van een op de psycho-medisch-sociale context gebaseerde zorg is onontbeerlijk. De opdracht van de sociale werker zal gericht zijn op de ondersteuning van zowel de gebruiker als de actoren uit zijn sociale omgeving. Daarbij zal de sociale

dienst in de GGZ streven naar een wederzijds ondersteunende en complementaire werking met het algemeen maatschappelijk werk dat actief is in de leefomgeving van de gebruikers.

3. De enquête: SOCIALE DIENSTEN IN DE ZIEKENHUIZEN()

Uit de enquête, die in mei 2000 werd opgezet vanuit het federaal ministerie, bestuur gezondheidszorgen bij alle ziekenhuizen, blijken een aantal aspecten die een aanduiding geven over de werkinhoud en noden, ook in de psychiatrische ziekenhuizen.

Bespreking van de resultaten

Globaal genomen kan voor de meeste ziekenhuizen gesteld worden dat:

- de sociale dienst een eigen opdracht en identiteit heeft.
- de huidige personeelsbezetting heel wat hoger ligt dan de norm.
- de sociale dienst mede verantwoordelijkheid draagt voor ontslagmanagement, arbeidstrajectbegeleiding, schuldbemiddeling en de facto neemt de sociale dienst ook opdrachten binnen het psychiatrisch verzorgingstehuis op zich.
- in het huidig takenpakket scoren materiële en sociale hulpverlening, psychosociale begeleiding en coördinatie intra en extra muros, het hoogst.
- opvallend is de uitgesproken wens van de sociaal werker om nog meer aandacht en tijd te besteden aan de coördinatie intra en extra muros en de psychosociale begeleiding van de gebruiker.
- belangrijkste partners van de sociale diensten in de psychiatrische ziekenhuizen zijn de ziekenfondsen, het OCMW en justitie. In het perspectief van doelgroepgerichte zorgprogramma's zullen in het kader van de ontslagvoorbereiding de contacten met de thuiszorg, huisartsen en andere partners enkel maar toenemen.

4. De sociaal werker en de sociale dimensie in de GGZ:

Een specifieke opdracht en bijdrage in de zorg

De *beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg* van de minister van Volksgezondheid Magda Aelvoet, "De psyche, mij een zorg", beschrijft de actuele toestand en geeft hierna volgende richting aan voor de verdere evoluties in de sector :

- "de toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg kan slechts begrepen worden in de context van onze snel veranderende en steeds complexer wordende samenleving." (voorwoord)
- "de problemen van de geestelijke gezondheid zijn veelvoudig. Ze zijn moeilijk vergelijkbaar omdat ze afhankelijk zijn van de sociale context waarin ze zich voordoen en van de individuele draagkracht en beleving." (blz. 5)
- "Patiëntenbegeleiding moet in elk ziekenhuis een herkenbare plaats en omkadering krijgen. Zowel bij de eerste contactname, bij het onthaal, tijdens het verblijf en bij de voorbereiding van het ontslag moet een aangepaste begeleiding geboden worden." (blz.17)

* Bijlage 1: Een samenvatting van de resultaten van deze enquête

Vooreerst kan gesteld worden dat de opdracht van de sociaal werker in de geestelijke gezondheidszorg (in casu de sociale dienst), in algemene termen gesteld, overeenstemt met de beschrijving van de opdracht in het advies over de sociale dienst in ziekenhuizen dd. 2/3/2001.

De bepalingen uit dit advies m.b.t. de taak van de sociale dienst, de methodologie, evenals de opdrachten, al dan niet specifiek gericht op de gebruiker en zijn omgeving, kunnen dan ook als uitgangspunt weerhouden worden voor de verdere uitbouw van het sociale werk in de GGZ.

In het licht van de stapsgewijze uitbouw van voorzieningsoverstijgende en doelgroepgerichte zorgprogramma's zal de sociaal werker, vanuit de specifieke opleiding die hij genoten heeft, naast en samen met de andere disciplines aandacht geven aan de sociale context, de sociale dimensie van de GGZ-hulpverlening in en doorheen de diverse zorgfasen van het zorgprogramma.

Dit kan de sociaal werker enkel realiseren als hij tegelijk integrerend en integraal deel uitmaakt van de directe hulpverlening en tegelijk kan rekenen op een organisatievorm van "een sociale dienst" die instaat voor disciplinegebonden steun, evaluatie, kwaliteitstoetsing, vorming en deskundigheidsontwikkeling, ...

De sociale dimensie, het sociaal werk in de GGZ, wordt op dit ogenblik bijna uitsluitend ondersteund via de opdracht en de werking van de psychiatrische ziekenhuisdiensten. De opdracht van deze psychiatrische ziekenhuisdiensten zal in de toekomst een onderdeel vormen van een globaal doelgericht zorgprogramma. De hospitalisatie zal daarin geen geïsoleerd element zijn en zal moeten inspelen op wat aan deze zorgfase in het programma vooraf gaat en erop volgt. Binnen een zorgprogramma zal de hospitalisatie een ingrijpende gebeurtenis blijven in het sociaal systeem van personen met psychische problemen. Tegelijk zal de horizon van het sociaal werk moeten verruimd en geheroriënteerd worden van een opdrachtsgebonden kader (hospitalisatie) naar een gebruikers- en trajectgericht perspectief.

De sociaal werker zal specifiek in de GGZ bijzondere aandacht moeten hebben voor volgende dimensies en werkmodaliteiten :

- Het sociaal rolgedrag van de gebruiker: elkeen vervult sociale rollen op de diverse terreinen van het dagelijks leven: familiaal, professioneel, cultureel, ... Door de GGZ-problematiek kunnen deze rollen aangetast zijn. Het is uiterst belangrijk op elk van deze domeinen na te gaan of ze als sterk kunnen gekwalificeerd worden (zodat men ze kan koesteren en stimuleren), dan wel als zwak (zodat men kan remediëren).
- De omgevingsfactoren: ieder individu heeft te maken met structurele gegevens in zijn omgeving: woonomstandigheden, werk, inkomen, juridische bepalingen,... Deze elementen kunnen het leven positief beïnvloeden (bv. een degelijk inkomen), dan wel een hypotheek betekenen (bv. werkloosheid). Het optimaal aanpassen van deze omgevingsfactoren betekent een verhoging van de kansen tot participatie en integratie.

Op basis van deze analyse gaat de sociaal werker na welke actoren in de samenleving reeds betrokken zijn bij deze gebruiker en zijn omgeving. Daarbij is een goede samenwerking en uitwisseling van informatie met de hulpverleners die hem in de thuissituatie bijstaan onontbeerlijk (algemeen maatschappelijk werk, huisarts, thuiszorg...). Zo nodig dient er regulerend en stimulerend opgetreden te worden. In tweede orde dienen nieuwe (ontbrekende) kanalen aangesproken en ingeschakeld te worden in het reeds bestaande sociaal netwerk.

Dit veronderstelt een expertise in de sociale kaart. Maar het vraagt ook een deskundigheid in de beïnvloedende factoren die op de diverse niveaus aanwezig zijn of ontbreken.

De uitwerking van deze planning dient te gebeuren op het tempo van de therapeutische werking en op basis van de evolutie van de gebruiker.

Deze systematische manier van werken en begeleiden op het vlak van de sociale dimensie is essentieel en dient gegarandeerd in de verschillende zorgvormen van de GGZ: het psychiatrisch ziekenhuis, de PAAZ, het CGG, het Psychiatrisch Verzorgingstehuis, het beschut wonen maar ook in de zorgvernieuwingsprojecten. Fundamenteel gaat het over dezelfde gebruiker, alhoewel er accentverschillen dienen te worden gelegd naargelang de aard en de context van de zorgvraag van de gebruiker.

Binnen alle sectoren van de GGZ hebben de meeste gebruikers nood aan concrete en informatieve dienstverlening in verband met hun sociale situatie omdat de nodige handelingscompetenties bij de gebruikers vaak ontbreken. De sociaal werker adviseert, onderhandelt, bemiddelt of verwijst. Soms moet hij ook concrete aspecten regelen, al dan niet samen met de gebruiker, maar steeds in overleg.

Er dient ook voldoende aandacht besteed te worden aan hervulpreventie, informatie en psycho-educatie, zowel naar de gebruiker, zijn omgeving als naar de betrokken hulpverleners van de eerste lijn.

De sociaal werker speelt een centrale rol in zorgbemiddeling en zorgcoördinatie. De sociaal werker organiseert en coördineert vaak het overleg tussen de verschillende betrokkenen. Hij werkt met alle rechtstreeks betrokkenen op verschillende niveaus. In die zin dient hij ook aandacht te behouden voor de totale leefsituatie. Daardoor vervult hij een brugfunctie tussen disciplines, het team, andere hulpverleners en de gebruiker.

De specifieke aandacht voor de sociale dimensie van de hulpvraag en het zorgaanbod vormen het uitgangspunt van de opdracht van de sociaal werker. Hij dient op dit vlak systematisch en doelgericht te werken. Daarbij dienen de gebruikers steeds aangesproken te worden op hun eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden (deze kunnen sterk verschillen van gebruiker tot gebruiker, ook naargelang de zorgvorm waarop men een beroep doet).

Als generalist in hulp- en dienstverlening heeft de sociaal werker vooral oog voor de totale leefsituatie van de gebruiker. Naast de individuele hulpverlening dient hij ook een beleidsgerichte rol te spelen. Er is een systematische alertheid nodig voor ontwikkelingen op micro-, meso- en macroniveau waardoor de gebruikers kansen krijgen of in de problemen komen (signaalfunctie, sensibiliseringsfunctie).

5. Voorstel voor herwaardering van het sociaal werk in de GGZ

1. Toekomstige evoluties

Gelet op de hierboven beschreven toegenomen complexiteit van de zorgvragen, de enorme evoluties in de samenleving, in de zorg... is een bijkomende ondersteuning van de sociaal werkers noodzakelijk. Het opnemen van de opdrachten, zoals beschreven in dit advies, vereist een voortdurende bijscholing en visievorming. In de komende jaren dient er bijgevolg voldoende ruimte en aandacht te zijn voor noodzakelijke en specifieke vorming en bijscholing.

In alle **adviezen** die vanuit de N.R.Z. worden gegeven in verband met de verdere concretisering van de organisatie van nieuwe zorgvormen, modules... in de GGZ dient expliciet de vraag gesteld naar de sociale dimensie in deze nieuwe zorgvorm en de noodzaak aan de specifieke inbreng van de sociaal werker. Daarbij zal telkens een concrete invulling moeten gegeven worden m.b.t. de opdracht en het aantal sociaal werkers in deze zorgvormen en dit in verhouding tot de specificiteit van elke zorgmodule.

De "ombouw of uitbouw" van een op voorzieningen gericht zorgaanbod naar een doelgroep- en zorgprogrammageoriënteerd aanbod zal in grote mate gerealiseerd moeten worden met de mensen en middelen die nu in de GGZ-sector aanwezig zijn. Voor de realisatie van o.a. de sociale dimensie in de GGZ zullen evenwel bijkomende middelen vereist zijn. Dit voor ogen houdende kan gesteld worden dat er momenteel dringend nood is aan twee herwaarderende maatregelen inzake omkadering van het sociaal werk in de GGZ in de bestaande zorg.

2. Dringend te remediëren lacunes in de bestaande normering

2.1. Het Psychiatrisch Verzorgingstehuis

In het **Psychiatrisch Verzorgingstehuis** werden voor de begeleiding 12 personeelsleden per 30 bewoners vastgelegd. Dit aantal personeelsleden is noodzakelijk voor het organiseren van een goede continuïteit in de begeleiding. Gezien de evolutie van het Psychiatrisch VerzorgingsTehuis lijkt het noodzakelijk om bovenop de personeelsnorm van 12/30 bedden 1/2 F.T.E. sociaal werker per 60 plaatsen te voorzien voor de invulling van de specifieke taken van de sociaal werker (0,25 F.T.E. per 30 bedden).

Het betreft hier een specifieke aanvulling bovenop de bestaande personeelsnorm (cf. de toevoeging van 1 orthopedagoog per 30 bewoners) in het PVT voor mentaal gehandicapten.

2.2. Versterking van het globaal personeelskader voor sociaal werk in de psychiatrische ziekenhuisdiensten

Nu reeds, maar ook in de toekomst in het kader van zorgcircuits en netwerken is er nood aan een centrale ondersteuning van het sociaal werk via een sociale dienst, dienst patiëntenbegeleiding - ... De concentratie van kennis en kunde via deze dienst waarborgt ook de onderlinge ondersteuning en stimuleert ook de uitbouw en het uitdiepen van de eigen deskundigheid.

De versterking van de omkadering en de verdere uitbouw van de dienst sociaal werk waarborgt een voldoende grote en consistente inbreng van de dimensie sociaal werk in de nieuwe matrixorganisatie van de zorg, die gerealiseerd zal moeten worden in de voorzieningsoverstijgende en doelgroepgerichte zorgprogramma's.

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 de 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.

Omdat de indeling in A- en T-diensten naar de toekomst minder pertinent zal zijn, wordt er niet gepleit voor een aanpassing van de bestaande normering, maar voor een meer globale verhoging van het personeelskader "sociale dienst".

Daarom wordt voorgesteld om alle psychiatrische ziekenhuisdiensten een éénmalige verhoging van het kader "sociale dienst" toe te kennen in verhouding tot het totaal aantal erkende bedden of plaatsen.

Het voorstel is dat er een uitbreiding zou gebeuren van de omkadering van sociaal werkers (bovenop de huidige bestaande normering) naar rato van één F.T.E. per 150 plaatsen en/of bedden.

Bijlagen : 1

Bijlage 1: Samenvatting van de resultaten uit de enquête: sociale diensten in de ziekenhuizen.

De enquête: SOCIALE DIENSTEN IN DE ZIEKENHUIZEN

Deze enquête werd in mei 2000 opgezet vanuit de bestuursdirectie gezondheidszorgbeleid bij alle ziekenhuizen.

Een aantal aspecten* uit dit onderzoek geven een aanduiding over de noden, ook in de psychiatrische ziekenhuizen.

Taken van de sociale dienst

	De belangrijkste taken die momenteel vervuld worden (v9)						De taken die onvoldoende kunnen vervuld worden (v10)					
	AZ		PZ		Totaal		AZ		PZ		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Materiële en sociale hulpverlening	98	62.0	58	85.3	197	66.6	19	12.0	16	23.5	45	15.2
Coördinatie intra-extramuros	157	99.4	55	80.9	276	93.2	26	16.5	33	48.5	69	23.3
Psycho-sociale begeleiding	120	75.9	58	85.3	226	76.4	85	53.8	31	45.6	143	48.3
Verbindu. patiënt-arts	69	43.7	22	32.4	126	42.6	58	36.7	28	41.2	116	39.2
Specifiek mw	21	13.3	1	1.5	35	11.8	107	67.7	17	25.0	156	52.7
Bewustmaking andere professies	7	4.4	4	5.9	12	4.1	104	65.8	24	35.3	163	55.1

* antwoorden op de vragen 9 en 10 van de vragenlijst (in bijlage)

Commentaren bij de resultaten

- De responsratio lag erg hoog, namelijk op 95 %. De enquête is dus zeker representatief te noemen voor wat betreft de sociale diensten in de ziekenhuizen.
- De enquête richtte zich enkel tot de sociale diensten in de ziekenhuizen. Dit houdt in dat wat de psychiatrie betreft er geen zicht is op de activiteiten in het psychiatrisch verzorgingstehuis, in beschut wonen of in andere projecten.
- Plaats binnen het organogram
 - 33 % ressorteert rechtstreeks onder de algemene directie
 - 41 % ressorteert onder de directie nursing

- **Kwalificatie van het personeel op de sociale dienst**
 - 62 % heeft het diploma van maatschappelijk assistent
 - 30 % heeft het diploma van gegradueerd sociaal verpleegkundige

- **Personeel buiten de norm:**

In de algemene ziekenhuizen is gemiddeld meer personeel buiten de norm tewerkgesteld dan in de psychiatrische ziekenhuizen. Dit wordt verklaard door het ontbreken van normen in de algemene ziekenhuizen.

- **Gemiddeld aantal bedden per F.T.E. sociaal werker.**

In algemene ziekenhuizen staat gemiddeld 1 F.T.E. sociaal werker voor 69,6 bedden.

In psychiatrische ziekenhuizen staat 1 F.T.E. sociaal werker voor 47,3 bedden. Vanuit de praktijk dient opgemerkt dat de sociaal werkers in een aantal psychiatrische ziekenhuizen ook instaan voor de psychosociale begeleiding van de PVT-bewoners. Indien dit was bevroegd dan zou blijken dat het gemiddeld aantal personen waarvoor men verantwoordelijk is nog een stuk hoger zou liggen.

- **Sociaal werkers buiten de sociale dienst**

Een beperkt aantal sociaal werkers zijn ook nog tewerkgesteld buiten het kader van de sociale dienst: ontslagmanagement, personeelsdiensten, intercultureel bemiddelaar, arbeidstrajectbegeleiding, schuldbemiddeling...

- **Taken van de sociale dienst:**

De belangrijkste taken die nu vervuld worden in de PZ-en zijn:

- Materiële en sociale hulpverlening:	85,3 %	(alg ZH 62 %)
- Psychosociale begeleiding	85,3 %	(alg ZH 75,9 %)
- Coördinatie intra – extramuros	80,9 %	(alg ZH 99,4 %)

Deze taken liggen in dezelfde lijn als in de algemene ziekenhuizen. Vooral materiële en sociale hulpverlening ligt heel wat hoger dan in de algemene ziekenhuizen. Dat zegt wellicht iets over de populatie in psychiatrie. Inschakeling in behandelprogramma's: vorming, psycho-educatie... werd in feite niet bevroegd.

- **De taken die onvoldoende kunnen vervuld worden in PZ-en zijn:**

- Coördinatie intra- extra muros	48,5 %	(alg ZH: 16, 5 %)
- Psychosociale begeleiding	45,6 %	(alg ZH 53,8 %)
- Verbinding arts- patiënt	41,2 %	(alg ZH 36,7 %)
- Bewustmaking andere professies	35,3 %	(alg ZH 65,8 %)

Blijkbaar vindt men in de ziekenhuizen dat men al zeer veel (genoeg?) materiële en sociale hulpverlening doet. Anderzijds valt op dat men in PZ veel meer nood heeft aan uitbreiding van de coördinatie intra- extramuros en van de psychosociale begeleiding.

Partners van de sociale dienst: Bij deze vraag is het spijtig dat men geen onderscheid gemaakt heeft tussen partners op het vlak van het sociaal-administratieve en partners op het vlak van reclassering: wonen, werken...

<u>Belangrijkste partners</u>	<u>PZ (%)</u>	<u>AZ (%)</u>
Mutualiteiten	94	84
OCMW	89	88
Rechtbanken-politie- advocaten	75	11
Andere ziekenhuizen	52	15
Centra Geestelijke Gezondheidszorg	35	9
Thuiszorg	34	96
Rusthuizen en RVT	28	88
Onthaalhuizen	28	5
Andere	26	9
Huisarts	23	33

- Betaalbaarheidsproblemen blijken uit de zeer hoge cijfers voor mutualiteiten en OCMW in psychiatrie.
- Contacten met justitie zullen vooral te maken hebben met procedures gedwongen opname, maar ook met de aard der problemen in psychiatrie.
- Andere contacten scoren hoog bij psychiatrie: het hele domein van reclassering naar werk, dagactiviteiten is echter niet benoemd... dat kan een verklaring zijn.
- Contacten met klassieke thuiszorg scoren in algemene ziekenhuizen uiteraard heel wat hoger.
- Het lijkt anderzijds logisch dat vanuit psychiatrie meer wordt doorverwezen naar CGG dan vanuit algemene ziekenhuizen.
- Contacten met huisartsen scoren niet zo hoog, maar worden wellicht ook vaak opgenomen door de behandelend geneesheer.

Vragenlijst

- Er dient op voorhand op gewezen te worden dat de vragen gesteld worden over de sociale dienst voor de patiënten en hun familie, niet over de sociale dienst voor het personeel.
- Als een ziekenhuis gefusioneerd is, dient er per site een vragenlijst beantwoord te worden.
- De vragen hebben betrekking op de toestand op 30 april 2000.

Algemeen

Functie van de persoon die de vragenlijst invult: _____

1. Naam en plaats (eventueel campus) van het ziekenhuis:

2. Is er een sociale dienst voor patiënten en familie in het ziekenhuis?

- Ja
- Nee (ga naar vraag 20)

3. Welke plaats neemt de sociale dienst in binnen het organigram van het ziekenhuis?

- Rechtstreeks onder de algemene directie
- Onder de directie nursing
- Geen duidelijke plaats binnen de organisatie van het ziekenhuis
- Andere (specificeer): _____

Bestaffing

4. Hoeveel personen zijn er in het totaal tewerkgesteld in de sociale dienst?

5. Hoeveel Full-Time Equivalenten (FTE) zijn er tewerkgesteld in de sociale dienst?

6. Gelieve in onderstaande tabel per personeelslid een lijn in te vullen met volgende gegevens: het diploma, of ze voltijds dan wel deeltijds zijn tewerkgesteld en de wijze van financiering. Ook administratieve en secretariaatsmedewerkers die uitsluitend voor de sociale dienst werken, dienen opgenomen te worden in de tabel. Om ze te kunnen onderscheiden van de anderen dient er een 'A' genoteerd te worden in de eerste kolom.

Als er een hoofd van de sociale dienst is, dient die aangeduid te worden met 'C', eveneens in de eerste kolom.

De codes die dienen ingevuld te worden in de tabel zijn de volgende:

Het diploma:

1. Maatschappelijk assistant
 2. Gegradueerd sociaal verpleegkundige
- Andere: specificeer

Financiering:

1. B1 en/of B4
 2. RIZIV conventie
 3. Sociale Maribel
- Andere: specificeer

Tewerkstelling:

1. Voltijds
- Deeltijds: specificeer (vb. ½, ¾,...)

A/C		Diploma	Tewerkstelling	Financiering
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
	11.			
	12.			
	13.			
	14.			
	15.			

7. Hoeveel personeelsleden zijn er tewerkgesteld buiten de erkende normen met betrekking tot specifieke ziekenhuisdiensten (A, K, Sp-psychogeriatrie en T)?

8. Hoeveel personeelsleden zijn dat uitgedrukt in FTE?

Taken

9. Duid de drie belangrijkste taken aan die op dit moment hoofdzakelijk vervuld worden door de sociale dienst.

- De materiële en sociale hulpverlening: niet-verzekerden administratief in orde brengen, ...
- Coördinatie van de intra- en extramurale zorg, het ontslag voorbereiden
- De psycho-sociale begeleiding voor de patiënten en hun omgeving
- De verbinding tussen de patiënt en zijn familie enerzijds en de arts en het verplegend personeel anderzijds
- Specifiek maatschappelijk werk dat zich richt tot bepaalde aandoeningen (hartproblemen, AIDS, ...)
- Het bewust maken van de verschillende beroepsbeoefenaars in het ziekenhuis van de sociale problemen die samenhangen met de gezondheidstoestand.
- Andere: _____

10. Welke taken kunnen op dit moment onvoldoende worden vervuld door de sociale dienst?

- De materiële en sociale hulpverlening: niet-verzekerden administratief in orde brengen, ...
- Coördinatie van de intra- en extramurale zorg, het ontslag voorbereiden
- De psycho-sociale begeleiding voor de patiënten en hun omgeving
- De verbinding tussen de patiënt en zijn familie enerzijds en de arts en het verplegend personeel anderzijds
- Specifiek maatschappelijk werk dat zich richt tot bepaalde aandoeningen of problemen (hartproblemen, AIDS, ...)
- Het bewust maken van de verschillende beroepsbeoefenaars in het ziekenhuis van de sociale problemen die samenhangen met de gezondheidstoestand.
- Andere: _____

11. Welk aandeel van de arbeidstijd van de sociale dienst wordt gemiddeld gependeed aan volgende taken? (Administratieve en secretariaatskrachten moeten hierbij buiten beschouwing gelaten worden) We zijn er ons bewust van dat dit slechts een schatting kan zijn.

Naast de feitelijke situatie wordt er ook gevraagd naar wat, volgens de mensen in het veld, de ideale situatie zou zijn.

	Feitelijke toestand	Ideale toestand
Face-to-face contact met de patiënten		
Contacten met de intra- en extramuros		
Administratief werk		
Andere:		
Totaal	100%	100%

12. Welke problemen worden momenteel als de belangrijkste ervaren? (Bij plaatsgebrek kan er altijd op de achterzijde worden geschreven)

13. Op welke doelgroep richt de sociale dienst zich vooral?

14. Hoeveel sociale dossiers werden er in 1999 opgesteld binnen de dienst?

15. Duid de vijf belangrijkste hulpverleners/instellingen aan waarmee er wordt samengewerkt.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Mutualiteiten |
| <input type="checkbox"/> OCMW | <input type="checkbox"/> Onthaalhuizen |
| <input type="checkbox"/> Thuiszorgdiensten | <input type="checkbox"/> Rechtbanken/gerechtsdeurwaarders/
politie/advocaten |
| <input type="checkbox"/> RVT's | <input type="checkbox"/> Andere ziekenhuizen |
| <input type="checkbox"/> Revalidatiecentra | <input type="checkbox"/> School/PMS |
| <input type="checkbox"/> Centra voor Geestelijke
Gezondheidszorg | <input type="checkbox"/> Andere (specifieer): |
| <input type="checkbox"/> Kind en Gezin | <hr/> |

16. Zijn er naast de sociale werkers in de sociale dienst, nog andere sociale werkers tewerkgesteld in het ziekenhuis?

- Ja
- Nee (ga naar vraag 21)

17. Hoeveel personeelsleden zijn dat?

18. Hoeveel FTE vertegenwoordigen zij?

19. Onder welke diensten werken deze sociaal werkers dan wel?

(ga naar vraag 21)

20. Hoe komt het dat uw ziekenhuis niet beschikt over een sociale dienst?

21. Zou u nog bijkomende opmerkingen willen geven in verband met deze vragenlijst of de problematiek van de sociale diensten in de ziekenhuizen?

Hartelijk bedankt voor uw medewerking