



Departement Social Work
Afstudeerrichting maatschappelijk werk

Initiatie van de zorg en de noden van de zorgvrager
In het kader van ZZEN

Door Tessa Brouns

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen
van het bachelor diploma sociaal werk
(maatschappelijk assistent)

Hasselt
Academiejaar 2016-2017



Departement Social Work
Afstudeerrichting maatschappelijk werk

Initiatie van de zorg en de noden van de zorgvrager
In het kader van ZZEN

Door Tessa Brouns

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen
van het bachelor diploma sociaal werk
(maatschappelijk assistent)

Hasselt
Academiejaar 2016-2017

Woord vooraf

Deze bachelorproef is geschreven als eindopdracht voor de opleiding Social Work, afstudeerrichting maatschappelijk werk aan de Hogeschool PXL.

Dankzij mijn stageplaats bij Familiehulp heb ik de kans gekregen om mee te participeren in het onderzoek van 2ZEN. Het is heel leerrijk geweest en ik ben Familiehulp en 2ZEN daar dankbaar voor deze kans.

Voor mijn bachelorproef richt ik mij specifiek op de initiatie van de zorg.

Ten slotte wil ik iedereen bedanken die mij tijdens dit onderzoek heeft bijgestaan.

In de eerste plaats wil ik Seppe Vanhex bedanken. Zijn begeleiding vanuit stage voor mijn bachelorproef en zijn enthousiasme, hebben mede gezorgd voor een goede afloop.

Daarnaast bedank ik mijn promotor, Feia Vancuyck, voor de begeleiding, het nalezen van mijn bachelorproef en de bruikbare feedback.

Mijn stagebegeleidster, Kirsten Somers, wil ik ook heel zeker bedanken. Voor haar steun en het nalezen van mijn bachelorproef.

Zonder de steun van mijn ouders en familie was dit niet gelukt. Dus hen wil ik zeker niet vergeten.

Tessa

Abstract

Het onderzoek voor mijn bachelorproef vloeit voort uit het project 2ZEN. De onderzoeksvragen zijn : in hoeverre is de initiatie van de zorg afgestemd op de noden van de zorgvrager? En in welke mate biedt 2ZEN een efficiënte manier die is afgestemd op de noden van de zorgvrager?

Er is gekozen om diepte-interviews af te nemen, bijgevolg is het een kwalitatief onderzoek. Door de werkgroep van 2ZEN zijn vragenlijsten opgemaakt die als leidraad dienen voor de bevragingen.

In totaal zijn negen diepte-interviews afgenomen.

Uit het onderzoek is gebleken dat er nog veel moeilijkheden zijn die zorgvragers tegenkomen wanneer zij op zoek zijn naar hulp.

De doelstelling van 2ZEN zou een oplossing kunnen zijn voor die moeilijkheden.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	9
Abstract	10
Inhoudsopgave	11
Lijst met afkortingen/tabellen/figuren	13
Inleiding	14
1. Probleemstelling en onderzoeksvragen	15
2. Bespreking stageplaats	16
2.1 Missie	16
2.2 Visie	16
2.3 Regio Genk	16
2.3.1 Aangeboden diensten	16
2.3.2 Medewerkers	18
2.3.3 Sectoren	19
3. Theoretisch kader	20
Inleiding	20
3.1 2ZEN	21
3.1.1 Enkele verklarende definities	21
3.1.2 Het project	21
3.2 Een glimp van het huidige zorglandschap	23
3.2.1 Belangrijke maatschappelijke evoluties	23
3.2.2 Privacy	27
3.2.3 De sociale kaart	28
3.2.4 Geïnterviewde zorgactoren	28
Besluit	32
4. Praktijkgedeelte	33
Inleiding	33
4.1 Onderzoeksmethode	34
4.2 Dataverzameling	36
4.3 Resultaten	38
4.3.1 Thuiszorgdiensten	38


4.3.2	Mantelzorgorganisaties	42
4.3.3	Mutualiteiten	48
4.4	Conclusies en aanbevelingen	54
	Besluit	56
5.	Kritische reflectie	57
5.1	Onderzoekscyclus	57
5.1.1	Probleemstelling en onderzoeksvraag	57
5.1.2	Literatuurstudie	57
5.1.3	Type onderzoek	57
5.1.4	Populatie	57
5.1.5	Dataverzamelmethode	57
5.1.6	Analyse van de gegevens	58
5.1.7	Resultaten en conclusies	58
5.2	Kritische reflectie inzake het eindproduct	58
5.3	Kritische reflectie inzake het doorlopen proces	58
	Bibliografie	60
	Bijlagen	63
	Bijlage 1 :beleidsplan 2014-2019 Jo Vandeurzen	64
	Bijlage 2 : 5 functies van Artikel 107	66
	Bijlage 3 : Vragenlijsten	69

Lijst met afkortingen/tabellen/figuren

2ZEN	Toegankelijk Zorg Economisch Netwerk
BOB	Basisondersteuningsbudget
CADO	Collectieve Autonome DagOpvang
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
DMW	Dienst Maatschappelijk Werk
FPC	Forensisch-Psychiatrisch Centrum
LCO	Lokaal Cliënt Overleg
NIB	Nieuw Industrieel Beleid
NOAH	Nabijheid-Opvang-Aandacht-Huiselijkheid
Noolim	Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Limburg
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PIT	Professioneel In Thuisondersteuning
PVB	Persoonsvolgend Budget
PVF	Persoonsvolgende Financiering
Reling	Regionaal Limburgs Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg
RIZIV	Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekeringen
SD	sociale dienst
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
WGK	Wit-Gele Kruis
WZC	woonzorgcentra
ZH	ziekenhuis

Figuur 1 : Sectoren zorgregio Genk (Biesmans, sd.)

Figuur 2 : Huidige en gewenste situatie (Claes, 2014, pp. 17-18)

 : Cliënt

 : Zorgactor

Figuur 3 : 5 functies binnen Artikel 107 (Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, sd.)

Inleiding

Vanuit mijn stageplaats kreeg ik de kans om mee te werken aan het project van 2ZEN. Vanaf de start leek het mij heel boeiend aangezien het kadert in de noden van de zorgvrager.

In het veranderende zorglandschap is het belangrijk dat we de cliënt zeker niet uit het oog verliezen, maar is het ook de taak van de zorgactoren om de hulp zo goed mogelijk te laten verlopen.

De doelstelling van 2ZEN daarin, om regionale netwerken uit te willen bouwen over heel Vlaanderen, is een reactie daar op.

Omdat er inzicht moet komen in hoe het proces tegenwoordig verloopt, zijn er verschillende actoren. Ze zijn bevroegd in het kader van de initiatie van de zorg. In geval van dit onderzoek zijn de zorgactoren thuiszorgdiensten, mantelzorgorganisaties en mutualiteiten.

1. Probleemstelling en onderzoeksvragen

De doelstelling van 2ZEN is regionale netwerk te creëren over heel Vlaanderen tussen de verschillende zorgaanbieders en economische instanties. In die netwerken kunnen personen met een chronische meer-lagige zorgbehoefte op een efficiënte manier geholpen worden.

Om deze doelstelling te kunnen bereiken moet er eerst inzicht verworven worden in de problematieken en vragen waarmee personen : cliënten, mantelzorgers, maar ook zorgaanbieders zelf, geconfronteerd worden. Dit is aangewezen om uiteindelijk de zorgvraagstellers zo optimaal mogelijk te kunnen helpen.

Voor mijn bachelorproef hebben we er voor gekozen om ons te verdiepen in een deel van het onderzoek, namelijk de initiatie van de zorg. We willen kijken met welke problemen zorgvraagstellers en zorgvragers geconfronteerd worden. Mijn eerste onderzoeksvraag luidt als volgt : In hoeverre is de initiatie van de zorg afgestemd op de noden van de zorgvrager?

Omdat het onderzoek kadert in het project van 2ZEN, zullen we bekijken welke rol 2ZEN kan spelen in het zorglandschap. Bovendien willen we aftoetsen of de doelstelling(en) van 2ZEN haalbaar zijn. Bijgevolg is mijn tweede onderzoeksvraag : in welke mate biedt 2ZEN een efficiënte aanbod dat is afgestemd op de noden van de zorgvrager?

2. Bespreking stageplaats

2.1 Missie

“Aan Familiehulp kan iedereen zijn vraag naar thuisondersteunende diensten zorgeloos toevertrouwen. Met haar jarenlange ervaring, is Familiehulp in staat een gepast antwoord te bieden op elke vraag. Competente medewerkers zorgen voor een kwaliteitsvolle integrale dienstverlening. Daarbij heeft Familiehulp bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen. Familiehulp garandeert elke cliënt een optimale levenskwaliteit in zijn eigen omgeving” (Familiehulp vzw, sd., p. 3).

2.2 Visie

Familiehulp zet in op maatschappelijke evoluties door te innoveren en aandacht te hebben voor kwetsbare groepen.

Om te voldoen in de noden van de cliënten werkt Familiehulp op maat en streeft het naar een continuïteit tussen de verschillende diensten. Ze nemen hun signaal- en doorverwijsfunctie serieus op, door op elke vraag een passend antwoord te vinden.

Familiehulp beschikt over competente en deskundige medewerkers die op regelmatige basis bijscholing volgen.

Aangezien Familiehulp een vzw is, wordt winst opnieuw in de organisatie geïnvesteerd. Ze letten er dan ook op dat personeel, materiaal en de financiële middelen op een maatschappelijk verantwoorde manier worden ingezet (Familiehulp vzw, sd.).

2.3 Regio Genk

2.3.1 Aangeboden diensten

Familiehulp heeft een aanbod voor iedereen die nood heeft aan hulp : gezinnen, oudere personen, zieke personen, personen met een handicap, kwetsbare personen .

Er worden verschillende diensten aangeboden door Familiehulp, ik zal enkel deze uitleggen die van toepassing zijn op mijn stageplaats.

Kraamzorg

Kraamzorg is een dienst waarvan gezinnen tijdens de zwangerschap en/of na de bevalling gebruik kunnen maken. Hierbij komt een verzorgende aan huis.

De kostprijs van kraamzorg wordt berekend op het inkomen van de cliënt. Er is wel een richtprijs vastgelegd van €7,58 per uur. Dit om de hulp betaalbaar te houden voor de jonge gezinnen.

Gezinszorg

Gezinszorg is een dienst waarvan iedereen die hulp nodig heeft, gebruik kan maken. Een verzorgende komt aan huis en kan verschillende taken uitvoeren. Ondersteuning bieden in het huishouden, hulp bieden bij hygiënische verzorging, boodschappen doen, wassen, strijken. Ook psychosociale ondersteuning, observatie van de cliënt of andere gezinsleden, opletten bij medicatiegebruik, gezelschap houden, etc. .

De bijdrage die de cliënt moet betalen, wordt berekend op basis van het inkomen van de cliënt.

Net als bij kraamzorg kan hier een afwijking in de bijdrage toegekend worden.

NOAH dagverzorging

NOAH is een dagverzorgingshuis waar zorgbehoevende personen naartoe kunnen gaan. Enerzijds als zinvolle dagbesteding en het behouden van sociale contacten. Anderzijds kan NOAH een verlichting betekenen voor de mantelzorgers.

Als daginvulling worden activiteiten georganiseerd zoals knutselen, spelletjes spelen, helpen met koken,...

NOAH staat voor Nabijheid, Opvang, Aandacht en Huiselijkheid. De dagverzorgingshuizen zijn zo veel mogelijk ingericht in de huiselijke sfeer. Per dag wordt geprobeerd het aantal personen tot een maximum van tien per huis te beperken. Tot zes personen is er één verzorgende van Familiehulp aanwezig, bij meer dan zes personen zijn er twee verzorgenden aanwezig. Elke werkdag zijn twee vaste verzorgenden ingepland, dit zorgt voor routine bij de cliënten van NOAH. Voor zorgregio Genk zijn er drie NOAH's : Lanaken, Opglabbeek en Kinrooi.

De kostprijs van NOAH is een vaste bijdrage van €3,37 per uur. Hierin is alles behalve de maaltijd inbegrepen. Voor een middagmaal wordt €5,50 aangerekend.

Huishoudhulpen

De huishoudhulpen staan in voor ondersteuning in het onderhoud van de woning. Zij voeren taken uit als poetsen en ramen wassen. Bij uitzondering kan de was gedaan worden en gestreken.

De bijdrage die de cliënt moet betalen, wordt net zoals gezinszorg berekend op het inkomen van de cliënt.

Dienstencheques : PIT

Naast de huishoudhulpen die ondersteuning bieden in het onderhoud van de woning, zijn er vanuit Familiehulp ook de medewerkers van PIT. Zij kunnen dezelfde taken uitvoeren als de huishoudhulpen, maar dienen betaald te worden met dienstencheques. Het verschil ligt

in het feit dat PIT niet behoort tot de thuiszorgdiensten, maar een aparte afdeling is (Familiehulp vzw, sd)

2.3.2 Medewerkers

Permanentieverantwoordelijken

Wanneer je telefonisch contact opneemt met Familiehulp, kom je terecht bij de permanentieverantwoordelijken. Zij zijn het eerste aanspreekpunt en zullen hulp bieden als het gaat om wijzigingen in de planning, ziekte van cliënten en medewerkers, problemen die voorvallen, etc. . Bij persoonlijke vragen voor de sectorverantwoordelijken zal je worden doorverbonden met de desbetreffende persoon.

Daarnaast zullen de permanentieverantwoordelijken een aanvraagfiche voor hulp invullen als een aanvraag tot hulp komt. Op de aanvraagfiche staan de belangrijkste gegevens van de aanvrager en de potentiële cliënt. Vervolgens zullen ze de aanvraag in het computersysteem ingeven, zodat de sectorverantwoordelijke deze later verder kan afwerken.

Sectorverantwoordelijken

De sectorverantwoordelijken hebben verschillende taken.

Ze gaan op huisbezoek als er een nieuwe aanvraag om hulp is, ook staan ze in voor de jaarlijkse herzieningen. Deze twee soorten huisbezoeken zijn voor een groot deel gelijklopend.

Bij een nieuwe aanvraag wordt er gepeild naar de verwachtingen van de cliënt en wordt daarop ingepikt door de infobrochure van Familiehulp uit te leggen. Daarna wordt er bepaald welke taken de basiswerker zal moeten uitvoeren. Vervolgens wordt het cliëntensysteem en de woonsituatie in kaart gebracht. De B.E.L.-foto wordt ook ingevuld om te kijken of de cliënt in aanmerking komt voor de zorgverzekering. Ten slotte wordt een bijdrageberekening gedaan aan de hand van rekeninguittreksels of het aanslagbiljet van de belastingbrief.

Bij een herziening wordt gekeken of al deze aspecten nog up-to-date zijn. Daarnaast wordt opnieuw een bijdragebepaling gedaan, aangezien het inkomen van de cliënt veranderd kan zijn.

Na de huisbezoeken moeten alle gegevens verwerkt worden in het computersysteem. Daarna worden de documenten tweemaal afgedrukt, één voor de cliënt zelf en één voor Familiehulp. Ze worden ten slotte naar de cliënt opgestuurd om te ondertekenen.

De sectoren zijn onderverdeeld in wijkteams. Eens per twee weken vindt er een vergadering van een wijkteam plaats. Hier wordt de planning overlopen, nieuwe aanvragen meegedeeld, wijzigingen meegedeeld, informatie doorgegeven. Ook kunnen de basiswerkers melden als er opmerkingen zijn over gezinnen,... .

Naast de administratie voor de cliënten, moet er ook voor de basiswerkers administratie gedaan worden. De verlofchies zijn hier een onderdeel van.

Continuïteitsverantwoordelijken

De continuïteitsverantwoordelijke heeft grotendeels dezelfde taken als een sectorverantwoordelijke. Alleen ligt het verschil in het feit dat de continuïteitsverantwoordelijke geen eigen sector heeft om te beheren, maar inspringt wanneer een sectorverantwoordelijke voor een korte periode afwezig is.

Daarnaast zal deze ondersteuning bieden aan de sectorverantwoordelijken in hun taken.

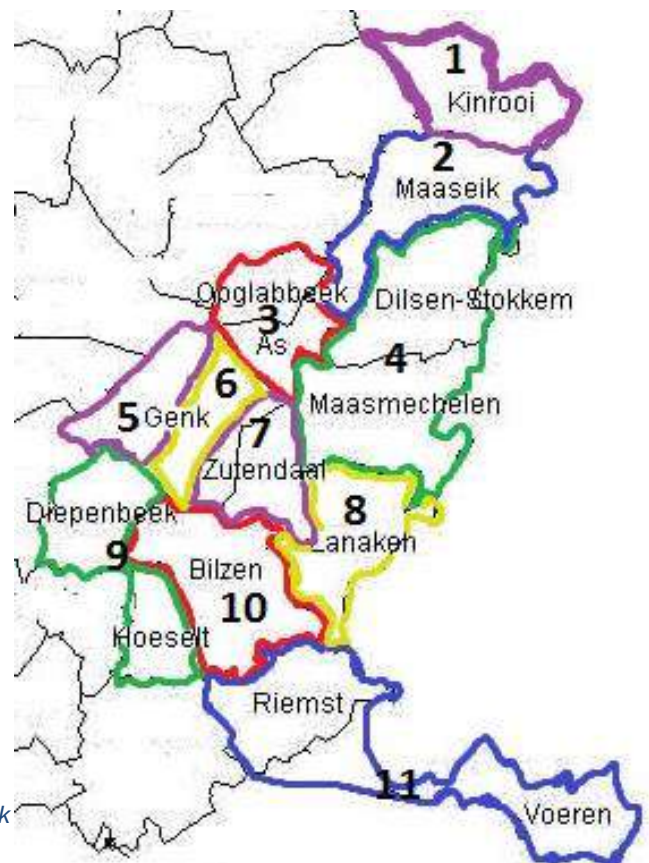
Naast de ondersteuning van sectorverantwoordelijke staat de continuïteitsverantwoordelijke ook in voor de ondersteuning van de permanentieverantwoordelijken.

Het inplannen van vormingen en stagiairs is een andere taak. De continuïteitsverantwoordelijke zorgt ervoor dat alle werknemers aan de vormingen deelnemen. In verband met de stagiairs wordt gekeken welke stagiair in welke sector stage zal lopen.

2.3.3 Sectoren

Regio Genk is opgedeeld in elf sectoren. Dit om de hulp- en dienstverlening werkbaar te houden.

De kleuren hebben geen specifieke betekenis. Ze zijn willekeurig gekozen om de verschillende sectoren duidelijk af te lijnen.



Figuur 1 : Sectoren zorgregio Genk

3. Theoretisch kader

Inleiding

In het theoretisch kader vindt u eerst een subparagraaf over ZZEN. Hier zullen enkele inleidende definities worden uitgelegd die belangrijk zijn in functie van het project. Vervolgens vindt u de informatie over het project zelf.

Daarnaast is er een deel van het huidige zorglandschap toegelicht.

Ten eerste kan u enkele belangrijke maatschappelijke evoluties terugvinden. Hier zijn onder andere vermaatschappelijking en individualisering in opgenomen.

Omdat uit de interviews bleek dat enkele thema's uit het onderzoek als belangrijk werden beschouwd door de respondenten, zijn deze ook opgenomen in het theoretisch kader. Dit heeft betrekking op de privacy en de sociale kaart.

Ten slotte vindt u de geïnterviewde zorgactoren, met de nodige bijkomende informatie. Er zit geen logica in de opsomming, deze is willekeurig gekozen.

Na het theoretisch kader kan u het besluit vinden.

3.1 2ZEN

3.1.1 Enkele verklarende definities

Zorgvrager

Een zorgvrager is de persoon die een zorgbehoefte heeft. Hij/zij is niet in staat om in zijn eigen zorg te voorzien. Dit kan op verschillende vlakken zijn : lichamelijk, mentaal, of een combinatie van beide (Den Haag Mantelzorg, 2017) (Betekenis.be, 2015).

Zorgvraag

Een vraag die gesteld wordt in functie van de zorgbehoefte of noden die er is/zijn (Woorden.org, 2016) (Zorgbelang Noord-Holland, sd).

Zorgvraagsteller

Een zorgvraagsteller is de persoon die een zorgvraag stelt. Dit hoeft niet perse de zorgvrager te zijn. Dit kan ook een familielid of kennis zijn van de zorgvrager, of een zorgaanbieder

3.1.2 Het project

2ZEN staat voor Toegankelijke Zorg Economisch Netwerk. Het project is opgestart met steun van het Nieuw Industrieel Beleid (NIB) van de Vlaamse Overheid.

Het NIB is één van de projecten dat is voortgevloeid uit de Zorgeconomie van de Vlaamse Overheid. De Zorgeconomie staat in voor de begeleiding van ondernemers in de zorgsector die internationale projecten en samenwerkingen wensen op te starten (Vlaamse Overheid, 2013) (Vlaamse Overheid, 2013).

Om het project te onderzoeken en realiseren werken er verschillende actoren uit de zorg- en industriesector samen :

- Welzijns-campus Huize Sint-Anne vzw, Lanaken ;
- Woon- en Zorgcentrum Sint Jozef, Neerpelt ;
- Essec Telecom Systems, Paal ;
- Familiehulp vzw, Brussel ;
- Patrona Pharma Group N.V., Brussel ;
- H. Essers en zonen internationaal transport N.V., Genk ;
- Wit-Gele Kruis vzw Limburg, Genk ;
- AKS Benelux, Nieuwerkerken.

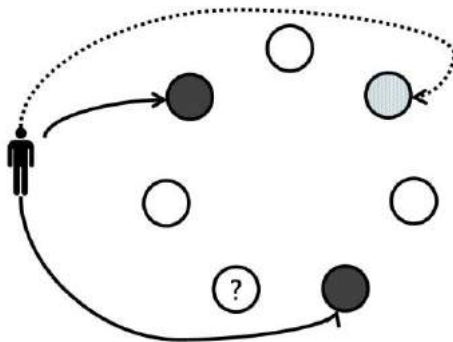
De doelstelling van 2ZEN is het streven naar regionale netwerk in heel Vlaanderen tussen zorgactoren en economische instanties, waarbij er één centraal aanspreekpunt is waar personen met een meer-lagige zorgbehoefte terecht kunnen met hun zorgvragen. De

bedoeling van het netwerk is dat deze personen op een zo goed mogelijke manier geholpen worden binnen het netwerk. De noden van de persoon staan dus centraal.

In principe kan iedere zorgactor die een C³- dienst aanbiedt, zich aansluiten bij het netwerk. C³ staat voor care, cure en comfort. Diensten die dus bezig zijn met behandelen, genezen, zorg dragen en comfort bieden aan zorgbehoevenden.

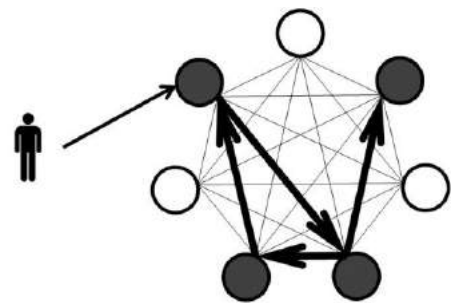
Op dit moment is 2ZEN bezig met het bevragen van alle actoren die in contact komen met zorgvragen en zorgvraagstellers, deelonderzoek "AS IS". Dit om te kijken hoe de initiatie van de zorg op dit moment verloopt en met welke zorgvragen de zorgactoren geconfronteerd worden. dit zal begin januari afgerond worden. Eind januari zullen de resultaten hiervan bekend gemaakt worden binnen de werkgroep (Claes, 2014).

Figuur 2 : Huidige en gewenste situatie



Huidige situatie (AS IS)

Een zorgvrager of mantelzorger probeert zelf haar/zijn zorgvraag te vertalen in een zorgoplossing en deze zorgoplossing zelf samen te stellen uit de beschikbare zorgcomponenten. Zij/Hij neemt hiertoe autonoom contact op met verschillende actoren en dient hierbij telkens profielgegevens op te geven. De zorgvrager of mantelzorger bereikt niet alle nodige zorgcomponenten of kent van bepaalde componenten het bestaan niet. Dit resulteert in een suboptimaal C³-traject.



Gewenste situatie (TO BE)

Een zorgvrager of mantelzorger neemt via een bekende medewerker van een zorgactor contact op met een regionaal netwerk van onderling verbonden zorgactoren, op een plaats naar keuze. De zorgvraag wordt binnen het netwerk vertaald naar een uitdaging waarvoor de zorgactoren onderling samenwerken en gegevens uitwisselen om dynamische en gepersonaliseerde oplossingen aan te bieden, rekening houdend met nieuwe evoluties en ontwikkelingen. De zorgvrager beslist autonoom over de aangeboden trajecten en bereikt vlotter een meer optimaal C³-traject. De zorgvrager of gemandateerde mantelzorger blijft te allen tijde in de mogelijkheid dit traject bij te sturen (Claes, 2014, pp. 17-18).

3.2 Een glimp van het huidige zorglandschap

3.2.1 Belangrijke maatschappelijke evoluties

3.2.1.1 Vermaatschappelijking van de zorg

Definitie

“Het streven om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven,, een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen” (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2013).

Beleidsplan 2014-2019 Jo Vandeurzen

In bijlage 2 vindt u de delen van het beleidsplan die besproken zijn.

De overheid wil ruimte maken voor nieuwe organisatiemodellen en particuliere initiatiefnemers die projecten willen opstarten die in de maatschappelijke evoluties kaderen.

Mede dankzij dat beleid is het project van ZZEN mogen starten.

Valkuil

“...

I. Inleiding

In een geïndividualiseerde samenleving is het cruciaal te blijven inzetten op een stevig en dragend sociaal weefsel, ook in welzijn en zorg. Dat veronderstelt een samenleving die mee zorg draagt en waar zorg in de maatschappij is ingebed en waaraan iedereen kan participeren. Hierbij streven we ernaar om mensen zo lang als mogelijk te ondersteunen in hun thuisomgeving [*sic*]. De participatie realiseren van kwetsbare burgers (ouderen, personen met een fysieke of mentale beperking, personen met een psychiatrische problematiek, kinderen en jongeren in de jeugdhulp, mensen geconfronteerd met armoede,...) vanuit hun eigen krachten en positie staat daarbij centraal. Voorbeelden van deze vermaatschappelijkte zorg zijn community building, formules van participatief cliëntoverleg, zorgnetwerken, pleegzorg, mantelzorg enzovoort, allen investeren ze in de relaties tussen mensen. In elk geval vereist dit zorgmodel een creatief samenspel tussen de zelfredzame burger, zijn gezins- en sociale context, het vrijwilligerswerk, en de reguliere en de gespecialiseerde professionele hulp, waarbij de noden van de cliënt centraal staan. Dat structureel waarmaken veronderstelt het faciliteren van een netwerkbenadering van de hulp- en dienstverlening en de ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligers.

...” (Kabinet van Jo Vandeurzen, 2014, p.8-9).

Het is een mooi uitgangspunt, dat de mensen in de maatschappij zo veel mogelijk zorg dragen voor elkaar. Maar de realiteit is jammer genoeg niet zo.

Enerzijds kan het dat kwetsbare personen (denk aan armoede bijvoorbeeld) of personen met een klein netwerk hier het slachtoffer van zijn.

Anderzijds is de maatschappij zelf hier niet op gericht. De personen in het netwerk van hulpbehoevenden, hebben vaak een eigen leven : een job, kinderen, hobby's,... . Dat leven is niet gericht op het instaan voor een hulpbehoevende. Als deze zorg er bij komt, kan dat voor personen zwaar beginnen doorwegen (De valkuilen van de vermaatschappelijking van de zorg, 2014).

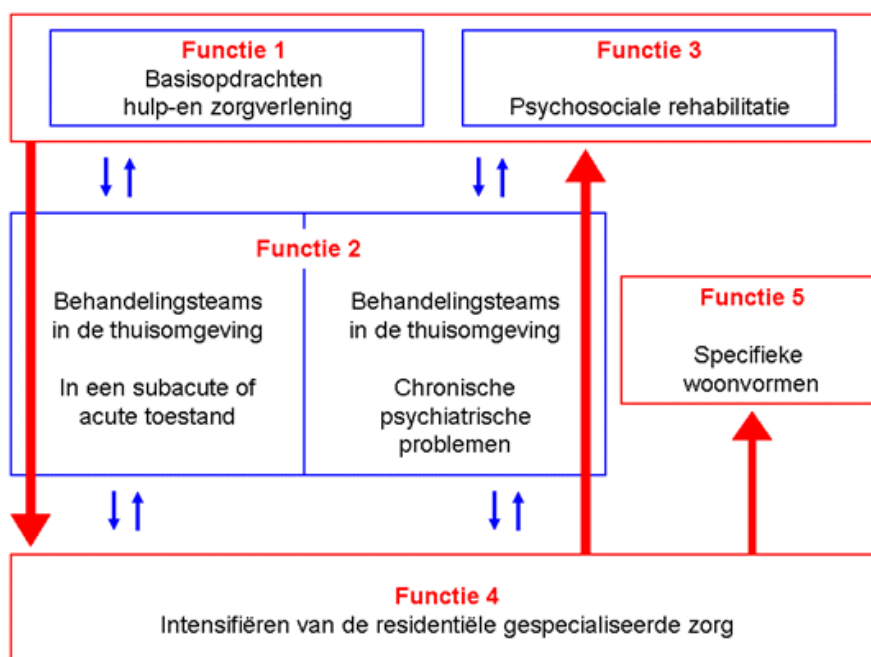
Voorbeeld

Artikel 107

Het doel van Artikel 107 is dat budget vanuit ziekenhuizen, residentiële instellingen,... wordt vrijgemaakt, zodat mensen in hun eigen omgeving geholpen kunnen worden in plaats van in een zorginstelling. Dit moet waargemaakt worden door samenwerkingen en netwerken tussen de verschillende zorginstellingen (Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant - vzw Logistiek Vlabo , sd) (Netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen , 2013-2017).

Binnen Artikel 107 zijn er vijf functies die gerealiseerd moeten worden. De functies zijn er om te voldoen aan de noden van de cliënten en om de continuïteit van de zorg zo veel mogelijk te garanderen.

In bijlage 3 is de informatie over de vijf functies terug te vinden (Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, sd.).



Figuur 3 : 5 functies binnen Artikel 107

In Limburg zijn 2 projecten opgestart vanuit de geestelijke gezondheidszorg, namelijk Reling (Regionaal Limburgs Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg) en Noolim (Netwerk geestelijke gezondheidszorg Oost-Limburg).

In het kader van de vermaatschappelijking, krijgt elke cliënt krijgt een vaste begeleider uit het team aangewezen. De begeleider is er om de cliënt te ondersteunen in zijn dagdagelijks functioneren, zoals het in een residentiële omgeving ook gedaan zou worden. Het verschil is dat de cliënt zich bevindt in zijn eigen leefomgeving. Het doel is stabiliteit bereiken en behouden, en daarnaast een opname te vermijden (Regionaal Limburgs Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg, 2017) (Noolim, sd).

3.2.1.2 Vermarkting

Enkele definities

Producten of diensten geschikt maken voor commerciële doeleinden (Encyclo, 2013).

“Vermarkting is een evolutie waarbij het aantal verschillende actoren op de zorgmarkt toeneemt, met de intrede van competitie of concurrentie tot gevolg” (Hermans, sd.)

Vermarkting in de zorg betekent dus dat privé-organisaties een plekje krijgen in het zorglandschap.

Voorbeelden

De vermarkting is niet tegen te houden in de maatschappij van vandaag. Het feit dat Europa het vrij verkeer van goederen, diensten en personen mogelijk maakt, speelt hier een grote rol in.

Een voorbeeld van vermarkting is het Forensisch-Psychiatrisch Centrum (FPC) in Gent. Dit wordt uitgebaat door de Franse multinational Sodexo en de Nederlandse zorggroep Parnassia.

Daarnaast zijn nog tal van andere organisaties en diensten gecommmercialiseerd. Denk maar aan WZC of de begeleiding van werkzoekenden door uitzendbureau's.

Vermarkting is voor een deel het gevolg van het feit dat de overheid minder inspraak opneemt, door onder andere besparingen in de zorgsector. Toch zal de overheid een cruciale rol blijven behouden door het opstellen en opleggen van voorwaarden en criteria, en de controle hierop (Bogaerts & Goris, 2014).

Schaalvergroting

De schaalvergroting is het antwoord van de zorgsector op de vermarkting. Kleine en middelgrote ondernemingen gaan fusioneren. Dit leidt tot grote ondernemingen binnen de sociale- en gezondheidssector. Zij gaan, net zoals de ondernemingen die ontstaan uit de

private sector, commerciële managementprincipes toepassen. Dit om te kunnen concurreren.

De groep Emmaüs bijvoorbeeld. Zij zijn actief op het vlak van algemene ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, kinderopvang, ouderenzorg, bijzondere jeugdzorg en de ondersteuning van mensen met een beperking.

Daarnaast is het Zorgbedrijf Antwerpen ook een voorbeeld. Zij baten WZC, serviceflats en ook centra voor jeugdzorg uit (Bogaerts & Goris, 2014).

3.2.1.3 Individualisering en profilering

Individualisering en profilering zijn onlosmakend met elkaar verbonden. Het feit dat personen meer op zichzelf gericht zijn (maar ook verplicht worden dit te zijn), hun eigen behoeften en noden meer centraal gaan stellen, maakt dat zorgaanbieders zich moeten gaan profileren. Ze moeten hun eigen organisatie vooropstellen en laten uitblinken tegenover andere, zodat potentiële cliënten hun zouden uitkiezen (Van Dale Uitgevers, 2017) (Sweers, 2013) (Encyclo, 2013).

De individualisering, profilering en het feit dat personen de dag van vandaag mondiger zijn dan vroeger, heeft tot gevolg dat er bijna geen andere uitweg is dan meer vraaggestuurd te gaan werken. Het dwingt de organisaties om te veranderen, want hun aanbod is niet afgestemd op het principe van vraaggestuurd werken. De flexibiliteit die zeker en vast meer en meer gevraagd gaat worden omtrent avond- en weekendwerk, is hier maar één voorbeeld van (Hermans, sd.).

Persoonsvolgende financiering

De persoonsvolgende financiering (PVF) hangt samen met de vermaatschappelijking van de zorg en profilering van organisaties. Dankzij de PVF kunnen personen met een handicap op een zelfstandige manier, keuzes maken in functie van de zorg die ze nodig hebben.

De PVF omvat twee delen : basisondersteuningsbudget (BOB) en persoonsvolgend budget (PVB). De ontvanger kan nooit beide tegemoetkomingen samen ontvangen.

Het BOB is een vaste tegemoetkoming van €300 per maand, dat niet wordt gezien als inkomen. Het wordt tot 2018 automatisch toegewezen en het wordt uitbetaald door de ziekenfondsen. Deze kan vrij besteed worden binnen de rechtstreeks toegankelijke hulp, zonder verantwoording te moeten af te leggen. Hier kan dus poetshulp, thuiszorg, ... mee aangevraagd worden. Het BOB is voor personen met een erkende handicap, die een vastgestelde ondersteuningsnood hebben.

Binnen het PVB zijn verschillende budgetcategorieën op maat van de aanvrager die de tegemoetkoming ontvangt. Deze wordt ook niet gezien als inkomen. De toewijzing en uitbetaling wordt gedaan door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Er kan hulp mee aangevraagd worden die valt onder de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg. Dit betekent bijgevolg dat enkel personen met een handicap waarbij de ondersteuningsnood hoger is dan de rechtstreeks toegankelijke hulp kan bieden, beroep kunnen doen hier op.

Er zijn 3 bijstandsorganisaties (Absoluut vzw, Alin vzw en Onafhankelijk leven vzw) die de personen met een handicap ondersteunen in het wegwijs maken en de uitbesteding van deze tegemoetkoming (Van Meeuwen, 2016).

3.2.2 Privacy

3.2.2.1 *Wet op de Privacy*

“De Privacywet is de Wet van 8 december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Deze wet wil de burger beschermen tegen misbruik van zijn persoonlijke gegevens. Zowel de rechten en plichten van de persoon wiens gegevens verwerkt worden als de rechten en plichten van de verwerker zelf zijn in de Privacywet vastgelegd” (Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, 2016).

“De betrokken burger heeft door deze wet ook rechten. Zo moet de betrokkene in principe vooraf in kennis gesteld worden, en kan hij weigeren, als het over direct marketing gaat. Die kennisgeving is niet vereist voor wetenschappelijk onderzoek, en voor de overheid (art. 9, wet 8/12/1992).

De betrokkene heeft ook, mits bepaalde voorwaarden, recht op inzage en correctie van de gegevens die hem betreffen (art. 10 en 12, wet 8/12/1992), behalve wanneer de gegevensverwerking gebeurt door politie, justitie of de fiscus (art. 3, wet 8/12/1992)” (Privacywet, 2016)

3.2.2.2 *Beroepsgeheim*

Beroepsgeheim betekent dat personen in bepaalde functies geen informatie over cliënten mogen bekendmaken. Dit gaat van wat hun cliënt heeft verteld, de gegevens van de cliënt, tot wat er te zien is tijdens contactmomenten. Het beroepsgeheim geldt tijdens de hulpverlening, maar ook als deze is beëindigd.

Personen die in de zorgsector werken, vallen onder het beroepsgeheim (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2017).

Het beroepsgeheim vervalt in spreekrecht als er bij de politie aangifte gedaan moet worden van mishandeling van een persoon, of van partnergeweld bijvoorbeeld. In deze gevallen mag het beroepsgeheim verbroken worden.

In gevallen van daadwerkelijk en onmiddellijk gevaar kan het niet anders dan het beroepsgeheim te doorbreken. Dit wordt de spreekplicht genoemd. Wanneer de cliënt dreigt zichzelf te verwonden bijvoorbeeld.

Een uitzondering is het gedeeld beroepsgeheim. Hierbij geldt het recht dat je informatie over de cliënt mag delen met andere personen die betrokken zijn in de hulpverlening én onder het beroepsgeheim vallen. Zodat een goede hulpverlening gegarandeerd kan worden. De cliënt moet hier voor in alle gevallen toestemming geven. Bijvoorbeeld tijdens een vergadering waarbij verzorgenden en een verantwoordelijke aanwezig zijn (De Chaosstemmer, sd).

3.2.3 De sociale kaart

De sociale kaart is een website waar alle hulpaanbieders en hun gegevens verzameld zijn. Om dit te verwezenlijken en up-to-date te houden, werken de 5 Vlaamse provincies en de Vlaamse Gemeenschapscommissie van Brussel samen. Er is een grote keuze uit zoekmogelijkheden om uiteindelijk tot de geschikte organisatie(s) te komen. Iedereen kan gebruik maken van dit instrument : hulpverleners, cliënten,... . Lokale besturen kunnen dit gebruiken om een overzicht van de organisaties in hun regio te bekomen (De sociale kaart, sd) (De sociale kaart, sd).

3.2.4 Geïnterviewde zorgactoren

3.2.4.1 *Thuiszorgdiensten*

Thuiszorg bestaat uit een heel ruim aanbod van hulp. Er wordt gestreefd om mensen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen, maar ook mensen sneller naar huis te laten terugkeren na bijvoorbeeld opname in het ziekenhuis. Deze hulp kan kortdurend of langdurend van aard zijn (Zorg en Gezondheid, sd).

3.2.4.1.1 Familiehulp

Familiehulp is één van de geïnterviewde zorgactoren. Hun aanbod is eerder aan bod gekomen in de bespreking van de stageplaats.

3.2.4.1.2 Landelijke Thuiszorg

De diensten die Landelijke Thuiszorg aanbiedt, komen grotendeels overeen met de diensten van Familiehulp.

Ze beschikken over 4 diensten waarvan de bijdrage is gebaseerd op het inkomen. Dit zijn **Gezinszorg, Poetshulp, Nachtzorg en Kraamzorg**. Tijdens de nachtzorg voert een medewerker dezelfde taken uit als een medewerker van Gezinszorg. Enkel de werkuren zijn verschillend.

Daarnaast zijn er 3 diensten die een vaste bijdrage vragen : **Klus- en Groendienst** (€16,50 per uur), **dagopvang CADO** (Collectieve Autonome DagOpvang) (€3,50 per uur en €2,00 of €4,00 per maaltijd) en **Gastopvang in een gezin** (€2,50 per uur). Bij Gastopvang in een gezin, gaan cliënten bij personen thuis om activiteiten te doen in een huiselijke omgeving. De **Gastopvang op een boerderij** is volledig gratis. Hier werk je mee met de eigenaars van de boerderij.

De bijdrage van de **dienst Woningaanpassing** ten slotte, hangt af van de aanpassing die uitgevoerd wordt (Landelijke Thuiszorg vzw, sd).

3.2.4.1.3 OCMW Thuiszorgdiensten

Binnen de Thuiszorgdienst van het OCMW dat we hebben geïnterviewd, zijn er verschillende diensten aanwezig.

De bijdrage van **gezinszorg** wordt berekend op basis van het inkomen.

Handige Harry is een klusjesdienst waarbij er vrijwilligers werken in huis komen uitvoeren. Enkel personen met een beperkt inkomen kunnen beroep doen op deze dienst en betalen een bijdrage van €5,00 per uur (Stad Maaseik, sd).

De **Minder Mobielen Centrale** is een soort taxidienst die werkt met vrijwilligers. Om beroep te kunnen doen op de MMC moet je verplaatsingsproblemen en een beperkt inkomen hebben. Je betaalt €10,00 per jaar lidgeld of €7,50 als een samenwonend koppel er gebruik van maakt. Daarnaast moet er een kilometervergoeding betaald worden van €0,30/km, met een minimum van €5,00 (Stad Maaseik, 2017).

De **Maaidienst** is een dienst die werkt met vrijwilligers die klusjes in de tuin uitvoeren. Personen die ouder zijn dan 65 jaar en een inkomen en kadistraal inkomen onder een bepaald maximum hebben, kunnen beroep doen op de maaidienst. De bijdrage is afhankelijk van de uitgevoerde taken.

Bij de thuiszorgdienst van het OCMW kan er ten slotte **zorgbemiddeling** en ook **een lokaal cliënt overleg (LCO)** worden aangevraagd. Deze diensten zijn ook volledig gratis (Stad Maaseik, sd).

3.2.4.2 Mantelzorgorganisaties

Definitie mantelzorger

Een mantelzorger is een persoon uit de directe omgeving van een zorgvrager die instaat voor de zorg van deze persoon. Dit kan een familielid zijn, maar evengoed een kennis of een goede buur. Zolang er sprake is van een sociale relatie en een bepaalde frequentie van de zorg.

De zorg die een mantelzorger biedt, kan heel verschillend zijn per situatie. Dit kan gaan om bijvoorbeeld hulp met de financiële administratie, boodschappen of begeleiden naar afspraken.

Het verschil met vrijwilligerswerk is dat mantelzorgers vaak niet bewust kiezen om deze taak te vervullen, het overkomt hun (Ziekenzorg, sd) (Bond Moyson West-Vlaanderen, sd).

De geïnterviewde mantelzorgorganisaties

Om mantelzorgers te ondersteunen en versterken in hun taak, bestaan er verschillende organisaties.

S-Plus is een seniorenvereniging die een partner is van de Voorzorg. Zij hebben een aanbod van activiteiten en staan in voor de verdediging van de rechten van senioren (S-Plus, sd).

S-Plus heeft ook een afdeling **S-Plus Mantelzorg**. De activiteiten die worden aangeboden zijn gratis of aan verlaagde prijs voor de personen die aangesloten zijn bij de Voorzorg. Daarnaast biedt S-Plus informatie en een luisterend oor. Het staat in voor de verdediging van de rechten van mantelzorgers (S-Plus, sd).

Samana is een mantelzorgorganisatie die samenwerkt met de Christelijke Mutualiteit (CM). Ze bieden infosessies, activiteiten, cursussen en vakanties aan. Daarnaast hebben ze een mantelzorgtelefoon. Samana's grootste taak is aan belangenbehartiging van de mantelzorgers doen (Samana, 2016).

OKRA is een organisatie die zich richt op 55+-ers. Net als de andere organisaties hebben zij een aanbod van activiteiten. Bovendien hebben ze de belangrijke taak van belangenbehartiging (OKRA, 2017).

OKRA-ZORGRECHT is een afdeling van OKRA. Ze hebben dezelfde werking als OKRA, maar zijn specifiek gericht op de (zorg)gebruikers en mantelzorgers (OKRA-ZORGRECHT, sd).

Gemeentelijke mantelzorgpremie

Dit is één van de tegemoetkomingen die aangevraagd kan worden. De mantelzorgpremie wordt aangevraagd bij de gemeente om tegemoet te komen in de kosten van **mantelzorg**. De beschikbaarheid en hoogte van de premie hangt van gemeente tot gemeente af, net zoals de voorwaarden om de premie te ontvangen (Samana, 2017).

3.2.4.3 Mutualiteiten

De mutualiteiten of ziekenfondsen worden geleid door het Rijksdienst voor Ziekte en Invaliditeitsverzekeringen (RIZIV). Het ziekenfonds is een verplichte basisverzekering voor elke inwoner van België die :

- begint te werken als bediende of arbeider
- geniet van een werkloosheidsuitkering of vanaf de leeftijd van 25 jaar als deze nog studeert (Ziekenfonds (België), 2016).

Jaarlijks moet er een bijdrage betaald worden om aangesloten te zijn. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van het ziekenfonds waarbij je aangesloten bent. Alsook de terugbetaling (gedeeltelijk of volledig) van sommige ziektekosten (Wat is een ziekenfonds?, 2017).

Verzuiling

Verzuiling is het verschijnsel waarbij de maatschappij is onderverdeeld op basis van de levensbeschouwelijke overtuigingen. De verschillende strekkingen zijn meestal op zichzelf werkende, afgescheiden organisaties en werken langs elkaar. Een voorbeeld hiervan is de verzuiling in de sociale sector. Een groot deel van de zorginstanties is ontstaan uit de werking van mutualiteiten (Verzuiling, 2016).

Ontzuiling is het tegenovergestelde. Hierbij gaat de structuur van de verzuiling wegvallen. Personen zullen geen keuzes meer maken die uitsluitend verbonden zijn aan hun levensbeschouwelijke overtuiging (Ontzuiling, 2011).

Besluit

Het zorglandschap is heel uitgebreid en divers. Het is niet mogelijk om dit helemaal te bespreken. Daarom zijn er de onderwerpen uit gehaald die belangrijk zijn in functie van het onderzoek.

Er zijn enkele belangrijke maatschappelijke evoluties aan de gang in de sociale sector. Het is in het belang van de cliënt dat de overheid en de zorgactoren hierin hun verantwoordelijkheid gaan nemen en op gaan inspelen.

De privacy is een heel belangrijk gegeven in het zorglandschap, aangezien er geen hulp gegeven kan worden als er geen informatie van de cliënt bekend is. Het is dus noodzakelijk dat hieromtrent wetten zijn, maar de wetten zijn niet altijd even toepasbaar in de sociale sector en zijn werkingen.

4. Praktijkgedeelte

Inleiding

In het praktijkgedeelte kan u eerst de onderzoeksmethode vinden. Hier wordt uitgelegd welk onderzoek er uitgevoerd is en hoe het onderzoek is uitgevoerd.

Vervolgens vindt u de dataverzameling. In de dataverzameling kan u terug vinden welke respondenten er bevraagd zijn tijdens het onderzoek.

Ten derde zijn er de resultaten. Deze zijn opgedeeld in de zorgactoren die geïnterviewd zijn : thuiszorgdiensten, mantelzorgorganisaties en mutualiteiten. Er zit geen redenering achter hoe de resultaten verwerkt zijn.

Na de resultaten zijn de conclusies en aanbevelingen verwerkt.

Ten slotte vindt u het besluit.

4.1 Onderzoeksmethode

Mijn onderzoek is een kwalitatief onderzoek, omdat er relatief weinig voorkennis is. Het gaat om het verwerven van inzicht en het beschrijven van een proces. Daarom is er gekozen om semi-gestructureerde ofwel diepte-interviews af te nemen.

Door de werkgroep van ZZEN zijn er reeds op voorhand vijf vragenlijsten opgesteld. Deze vragenlijsten dienen als een leidraad. De structuur hoeft niet gevolgd te worden en wanneer de respondent bijkomende nuttige informatie verstrekt, zal hier op worden ingegaan door middel van verdieping.

De vijf vragenlijsten bestaan uit :

- initiatie van de zorg ;
- wonen ;
- medicatie ;
- hulpmiddelen ;
- sociaal contact en vrije tijd.

De vragenlijsten zijn opgesteld en gekozen op basis van een inschatting van de componenten waarvoor personen hulp willen.

Het onderzoek levert kennis op voor praktijkproblemen, bijgevolg is mijn onderzoek een toegepast onderzoek.

Mijn onderzoeksvragen : “in hoeverre is de initiatie van de zorg afgestemd op de noden van de zorgvrager?” En “in welke mate biedt ZZEN een efficiënte manier die is afgestemd op de noden van de zorgvrager?”

hebben een explorerend of verkennend karakter. Ik ga de verschillende zorgactoren analyseren en onderling vergelijken om tot een theorie te komen.

De populatie van het onderzoek bestaat uit zorgactoren in Vlaanderen. Voor deze analyse is een doelgerichte steekproef gedaan. De organisaties die wensen te participeereren aan het onderzoek, zullen geïnterviewd worden. De zorgactoren zijn verdeeld onder de participanten van de werkgroep. Voor Seppe Vanhex, de begeleider van mijn bachelorproef vanuit stage, zijn het thuiszorgorganisaties, mantelzorgorganisaties en mutualiteiten.

Met mijn stage is het niet mogelijk om alle interviews bij te wonen. Bijgevolg is er afgesproken met Seppe Vanhex, mijn begeleider voor de bachelorproef vanuit stage, dat ik de verwerking van de interviews zal doen. Zo ontwikkel ik voldoende voeling om mijn bachelorproef tot een goed einde te brengen.

De verwerking van de interviews houdt enerzijds in transcripties maken van de afgenomen diepte-interviews om deze te kunnen analyseren. Anderzijds de rapportering van de resultaten naar de werkgroep van 2ZEN.

4.2 Dataverzameling

We hebben in totaal negen diepte-interviews uitgevoerd.

Seppe Vanhex heeft er zeven gedaan, waarvan ik aanwezig was bij drie. Ikzelf heb twee interviews zelfstandig gedaan.

van de OCMW Thuiszorgdiensten te Maaseik. Het vond plaats op 13 december 2016.

We hebben de structuur van de vragenlijst niet altijd gevolgd. De reden hiervan is dat niet alle vragen die opgenomen zijn in de vragenlijsten, van toepassing waren tijdens de diepte-interviews. Als de geïnterviewde persoon geen zorgvragen ontvangt over een bepaalde zorgcomponent, kan deze zorgcomponent niet bevraagd worden.

Het eerste diepte-interview vond plaats op 8 november 2016 . Dit was met een sectorverantwoordelijke van Landelijke Thuiszorg, gelegen te Sint-Truiden.

Het eerste zelfstandig-uitgevoerde interview was van een sectorverantwoordelijke van Familiehulp. De sectorverantwoordelijke is actief in de gezinszorg van zorgregio Genk. Het diepte-interview vond plaats op 14 november 2016 .

Op 21 november 2016 is een medewerker van De Zorglijn van de CM te Hasselt geïnterviewd.

De maatschappelijk assistent van de DMW van de CM hebben we diezelfde dag ook geïnterviewd. Deze DMW is gelegen te Beringen.

Bij zowel de interviews van S-Plus als Samana waren telkens 2 medewerkers aanwezig, een diensthoofd en een verantwoordelijke. Beide interviews hebben plaatsgevonden in hun provinciale kantoren te Hasselt. Het interview van S-Plus vond plaats op 15 november 2016. Dat van Samana op 21 november 2016.

Op 22 november 2016 vond het interview met OKRA-ZORGRECHT plaats. Dit interview vond plaats in Schaarbeek en hierbij waren 2 verantwoordelijken aanwezig.

De verantwoordelijke van de Dienst Maatschappelijk Werk (DMW) van de Liberale Mutualiteit is geïnterviewd op 28 november 2016 . De dienst is gelegen te Hasselt.

Ten slotte is er bewust voor gekozen dat ik het laatste interview zelfstandig zou uitvoeren. Op deze manier kon mijn begeleider vanuit mijn stageplaats evalueren of ik daadwerkelijk geëvolueerd ben doorheen het proces. Het interview was met een sectorverantwoordelijke van de Thuiszorg van het OCMW te Maaseik. Het interview vond plaats op 13 december 2016.

Normaal vond er ook nog een interview plaats met een medewerker van de sociale dienst van De Voorzorg. De persoon die geïnterviewd zou worden, heeft moeten afzeggen voor persoonlijke redenen.

4.3 Resultaten

4.3.1 Thuiszorgdiensten

Van wie ontvangt u zorgvragen?

Landelijke Thuiszorg geeft aan meer zorgvragen te ontvangen van externe partners, 60%, dan van mantelzorgers, cliënten zelf en collega's intern, 40%. De externe partners bestaan voor het merendeel uit het Wit-Gele Kruis (WGK), de Christelijke Mutualiteit, sociale dienst (SD) van het ziekenhuis (ZH), een psychiatrische instelling en instellingen voor personen met een mentale beperking. Daarnaast komen er af en toe zorgvragen van Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), woonzorgcentra en huisartsen.

Van de 40% mantelzorgers, cliënten en interne collega's is het in 10% van de gevallen een interne collega die een zorgvraag stelt. Van de resterende 30% zullen mantelzorgers instaan voor 70% van de zorgvragen en de cliënten zelf voor 30%.

Bij Familiehulp wordt er aangegeven dat er ongeveer een evenredige verdeling is van de zorgvraagstellers. Dit kan een mantelzorger of cliënt zelf zijn, maar ook het OCMW, verpleegkundigen, de Christelijke Mutualiteit, een sociale dienst van het ziekenhuis, huisartsen, Beschut Wonen of een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn.

Ten slotte geeft de thuiszorgdienst van het OCMW aan dat de zorgvraagsteller heel verschillend is, afhankelijk van de situatie. Als er een top 5 gemaakt moet worden, zal deze bestaan uit Beschut Wonen, familie/mantelzorger, mobiele teams van de psychiatrie, de cliënt zelf en een sociale dienst van het ziekenhuis.

Waarom worden zorgvragen gesteld?

Het antwoord op deze vraag is bij alle 3 de thuiszorgdiensten hetzelfde : omdat er een ongerustheid is, om de mogelijkheid te hebben langer thuis te blijven wonen of terug naar huis te kunnen komen en puur informatief.

Over welke zorgcomponenten krijgt u vragen?

Landelijke Thuiszorg ontvangt vragen over de zorgcomponent Eten, Sociale contacten en vrije tijd en Vrije tijd in het algemeen. Over de zorgcomponent Verzorging ontvangen ze vooral vragen in het kader van huisartsenbezoeken. Hulp met de verplaatsing naar de afspraken en de begeleiding op de afspraak zelf. Dit omdat niet alle cliënten er toe in staat zijn om de verkregen informatie goed te begrijpen. Bij Wonen komen vooral zorgvragen over de thuiszorg en de poetsdienst aan bod. Ergonomische hulpmiddelen worden vooral bevraagd in de zorgcomponent Mobiliteit.

De vragen die Familiehulp krijgt komen grotendeels overeen met de vragen die Landelijke Thuiszorg ontvangt. Het enige verschil is dat op vlak van de zorgcomponent Mobiliteit, Familiehulp bijna geen vragen ontvangt over hulpmiddelen, maar wel verplaatsingen ten behoeve van de cliënt.

Het antwoord van de thuiszorgdienst van het OCMW komt ook weer grotendeels overeen met de andere 2 thuiszorgdiensten. Hier ligt het verschil in het feit dat ze nauwelijks vragen krijgen over de zorgcomponent Verzorging, en dat de aspecten van de zorgcomponent Sociale contacten en vrije tijd en Vrije tijd, meestal door de sectorverantwoordelijke zelf worden aangebracht. Het is uitzonderlijk dat de zorgvraagsteller een concrete vraag stelt hieromtrent.

Hebben zorgvraagstellers altijd een duidelijk beeld van welke oplossing passend/noodzakelijk is in hun situatie?

Het antwoord op deze vraag is een heel eenduidige “neen”.

Als de zorgvraagstellers mantelzorgers of cliënten zelf zijn, hebben ze vaak nood aan hulp en nemen contact op met een dienst waarvan ze denken dat deze een antwoord kan bieden op hun vraag. Dit is omdat ze niet weten wat er precies op de markt is en welke dienst voor welke hulp instaat. De hulpverleners moeten tijdens het verhaal van een mantelzorger of cliënt vaak aan vraagverheldering doen, om tot de kern van het probleem te komen. Het kan ook zijn dat zorgvraagstellers komen met een heel simpele zorgvraag, maar wanneer wordt doorgevraagd komt er een heel andere zorgvraag aan bod.

Als de zorgvraagstellers externe diensten zijn is het verschillend. Sommige diensten hebben een heel goed inzicht in de werking van de diensten. Andere niet. Het is heel divers.

Via welke kanalen worden de zorgvragen gesteld?

Bij Landelijke Thuiszorg komt er vrijwel nooit een zorgvraag rechtstreeks bij een sectorverantwoordelijke, aangezien Landelijke Thuiszorg met Zorgwijzers werkt. Dit is een centrale permanentiedienst waar je telefonisch terecht kan, maar zij behandelen ook de zorgvragen die via de website of per mail gesteld worden. Bij de Zorgwijzers wordt er een filtering gedaan van de zorgvragen en dan wordt er een doorverwijzing gedaan van welke zorgvragen bij wie terecht komen.

De communicatiekanalen van Familiehulp zijn telefonisch, per mail en via de website. Bij Familiehulp is er een regionale permanentiedienst die instaan voor het telefonisch contact en voor de e-mails die via het algemeen adres binnen komen. Daarnaast ontvangen ze e-mails die van de Christelijke Mutualiteit worden doorverwezen.

De sectorverantwoordelijke van de thuiszorgdienst van het OCMW geeft aan dat er meestal nog telefonisch zorgvragen worden gesteld, “omdat de zorgvraagstellers toch altijd een beetje de neiging hebben om het uit te leggen. Zo van : “zo en zo zit dat ...”. Toch komen er ook zorgvragen per mail binnen, maar dit is aanzienlijk minder.

Worden alle zorgvragen geregistreerd? Hoe worden ze geregistreerd?

Binnen de drie thuiszorgdiensten wordt een zorgvraag enkel geregistreerd wanneer die zorgvraag van toepassing is op het aanbod van de thuiszorgdienst. Als de thuiszorgdienst bijvoorbeeld een zorgvraag krijgt voor poetsdienst, waarover ze niet beschikken, wordt de zorgvraagsteller doorverwezen en wordt dit niet geregistreerd. Wanneer de thuiszorgdienst een zorgvraag krijgt voor gezinszorg, dan wordt die vraag altijd geregistreerd door middel van een dossier aan te maken in een ICT-applicatie.

Er moeten wel 2 nuanceringen gemaakt worden.

Alle zorgvragen die via de permanentiedienst terecht komen bij Familiehulp, worden altijd in de meldingenboeken genoteerd.

De thuiszorgdienst van het OCMW registreert de zorgvraag niet als er op dat ogenblik een wachtlijst is om de thuiszorg op te starten én de persoon er voor kiest om niet geholpen te worden door de dienst.

Ervaart u moeilijkheden omtrent de zorgvragen?

Hier moet een onderscheid gemaakt worden tussen moeilijkheden met de zorgvraag zelf en moeilijkheden met het ontvangen van de zorgvraag.

Landelijke Thuiszorg ervaart moeilijkheden op beide vlakken. Op het vlak van ontvangen van de zorgvraag omdat Landelijke Thuiszorg niet zo'n bekende dienst is, zorgvraagstellers vinden niet zo snel hun weg naar de dienst. Op het vlak van moeilijkheden met de zorgvraag zelf, gaat het vooral om de gevoeligheid en de privacy. (Potentiële) cliënten hebben het vaak moeilijk met de gedachte dat er iemand vreemd in huis komt. En het financiële aspect speelt ook een rol. De bijdrage voor gezinszorg wordt berekend op het inkomen. Hoe hoger het inkomen, hoe hoger de bijdrage. Zorgvrager zijn hier niet altijd van op de hoogte, maar doorverwijzers ook niet.

Bij Familiehulp spelen vooral moeilijkheden met de zorgvraag vanuit de dienst zelf een rol. Het gaat dan over haalbaarheid, dit hangt samen met de urgentie. Ze geven aan over niet genoeg personeel te beschikken, wat voor sommige personen nadelig kan zijn wanneer zij dringend hulp nodig hebben. Deze hulp kan dan niet gerealiseerd worden. Daarnaast speelt net zoals bij Landelijke Thuiszorg, het financiële aspect een rol bij de cliënten.

Vooral urgentie en het financiële aspect spelen een rol bij cliënten van de thuiszorgdienst van het OCMW. De urgentie kan wel gekoppeld worden aan het niet-realistisch beeld dat een cliënt kan hebben over de wachttijden die er zijn voor ze hulp kunnen ontvangen.

Bent u altijd in staat om een oplossing aan te reiken/te formuleren voor de zorgvraag?

Hier is het antwoord ook weer een eenduidige “neen”. Dit ligt dan vooral aan het feit dat de zorgvraag geen betrekking heeft op de taken van de thuiszorgdiensten of dat er op dat moment geen mogelijkheid is om de zorgvraagsteller verder te helpen omwille van wachtlijsten. Het feit ook dat niet elke situatie hetzelfde is en sommige situaties complexer zijn dan andere, speelt een rol.

Wat doet u in het geval dit niet kan?

Op deze vraag komen 2 antwoorden heel sterk naar voor. Dat zijn : doorverwijzen naar andere gepaste diensten of zelf informatie opzoeken.

Wanneer er wordt doorverwezen is dit vooral telefonisch.

Landelijke Thuiszorg verwijst extern vooral door naar thuiszorgdiensten en mutualiteiten. Intern verwijst het door naar de meest geschikte dienst, bv. Woningaanpassingen.

Familiehulp verwijst extern door naar andere thuiszorgdiensten, verpleegkundigenorganisaties en het OCMW. Maar ook intern tussen de thuiszorgdiensten, en onder de overkoepelende organisatie naar de Christelijke Mutualiteit en de thuiszorgwinkel.

De thuiszorgdienst van het OCMW verwijst intern door naar de Sociale Dienst bijvoorbeeld omtrent tegemoetkomingen etc. . Dit specifieke OCMW beschikt zelf niet meer over veel diensten, wat maakt dat ze veel extern moeten verwijzen naar thuiszorgdiensten bijvoorbeeld. Daarnaast wordt er extern doorverwezen naar het CGG, de SD van ZH, de SD van WZC, verpleegkundigenorganisaties en de dienst Welzijn van de gemeente.

Wordt de privacy van de betrokkene altijd verzekerd?

Alle 3 de thuiszorgdiensten geven aan uit te gaan van het gedeeld beroepsgeheim.

Daarnaast geeft de sectorverantwoordelijke van de Landelijke Thuiszorg aan dat ze zich ervan bewust is dat het niet altijd even eenvoudig is om de privacy van de betrokkene te verzekeren. “Stel, ik krijg een aanvraag en ze zeggen aan de telefoon : “dat is iemand die al hulp heeft gehad van Familiehulp en dat is misgelopen”. Wat doe ik dan? Mijn telefoon pakken en naar Familiehulp bellen om te vragen wat daar is misgelopen. Dan heb ik die mensen hun privacy niet gerespecteerd”.

Familiehulp geeft aan heel aandachtig te zijn dat ze niet zomaar gegevens doorgeven aan derden. Anderzijds dat ze zelf niet in de hand hebben wat mensen die delen in het beroepsgeheim met de informatie doen.

De thuiszorgdienst van het OCMW vraagt in de meeste gevallen op voorhand aan de cliënt of zijn gegevens/informatie mogen worden doorgegeven. Is dit niet het geval, dan wordt de casus anoniem behandeld. Of dan laten ze die cliënt zelf contact opnemen met een andere dienst indien dit nodig is.

Tegen wanneer verwacht de zorgvraagsteller een oplossing voor zijn zorgvraag?

Bij deze vraag kan er ook voor alle thuiszorgdiensten een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen 2 antwoorden. Hulpvragen die inplanbaar zijn enerzijds en waar niet direct een termijn op staat. Dit zijn hulpvragen die te maken kunnen hebben met een operatie bijvoorbeeld of situaties die niet heel dringend zijn. Anderzijds zijn er de situaties waarbij er een dringende nood is aan hulp door bijvoorbeeld een onhoudbare situatie. Deze personen verwachten onmiddellijk een oplossing.

Enkel de verhoudingen zijn anders.

Landelijke Thuiszorg heeft een verhouding van 40% onbepaalde termijn, tegenover 60% onmiddellijk een oplossing.

Familiehulp en de thuiszorgdienst van het OCMW geven aan een hoger percentage te hebben van personen die onmiddellijk een oplossing nodig hebben. Hier wordt de verhouding 80% tegenover 20%.

Beschikt u over een sociale kaart of bepaalde scenario's die u kan volgen?

Landelijke thuiszorg en Familiehulp beschikken niet over een sociale kaart. Zij werken vanuit hun ervaringen en netwerk.

De desbetreffende OCMW thuiszorgdienst beschikt wel over een sociale kaart die systematisch wordt bijgehouden door het diensthoofd.

4.3.2 Mantelzorgorganisaties

Van wie ontvangt u zorgvragen?

De medewerkers van de geïnterviewde mantelzorgorganisaties geven overwegend hetzelfde antwoord. Ze krijgen voor het merendeel (90-95%) vragen van senioren, die zowel lid als geen lid zijn van de mantelzorgorganisatie. De senioren stellen hun vraag in functie van hunzelf, maar ook als mantelzorger. De resterende 5-10% vragen komt van andere diensten. Deze diensten zijn heel divers.

Daarnaast geven S-Plus en OKRA-ZORGRECHT aan dat ze in de meeste gevallen wel weten in wiens naam een vraag wordt gesteld.

S-Plus : “In ons contact met de senioren zijn we over het algemeen goed op de hoogte van de situatie. Er wordt onderling heel wat gebabbeld”.

OKRA zorgrecht : “In de meeste gevallen vertellen de zorgvraagstellers dit zelf in hun verhaal. We gaan dat ook heel vaak nagaan. Als we concrete vragen of klachten krijgen, gaan we toch nog proberen contact met de zorggebruiker zelf op te nemen”.

Waarom worden zorgvragen gesteld?

De reden waarom een zorgvraag gesteld wordt, is opvallend verschillend tussen de mantelzorgorganisaties.

Bij S-Plus is de verdeling evenredig. Enerzijds komen er zorgvragen binnen omwille van een ongerustheid. Anderzijds om te bereiken dat de situatie draaglijker wordt, zodat de zorgvrager langer thuis kan blijven wonen.

De medewerker van Samana geeft andere redenen waarom zorgvragen worden gesteld. Hier komen ook zorgvragen binnen omwille van een ongerustheid, maar het percentage is hier 20%. Daarnaast komen 40% informatieve zorgvragen. Ten slotte geeft ze aan dat toch 40% van de zorgvragen bij hun terecht komen omdat Samana het laatste contactpunt is voor de zorgvraagsteller. “De reden is dat ze mantelorganisaties vaak als laatste hulpmiddel zien, omdat ze op andere plaatsen niet de geschikte hulp hebben gevonden.”

Ten slotte geeft OKRA-ZORGRECHT meerdere redenen. Ze ontvangt 40% informatieve vragen en 40% om een zorgcomponent te verwerven. De resterende 20% is verdeeld onder de categorieën complexiteit () en ongerustheid. Complexiteit omdat de zorgvraag vaak situaties al een hele weg heeft afgelegd zonder dat er een geschikte oplossing is gevonden. In de situaties van ongerustheid is het meestal zo dat het crisissituaties zijn, waar de hulp vaak dan ook te laat wordt ingeroepen.

Over welke zorgcomponenten krijgt u vragen?

De antwoorden op deze vraag zijn ongeveer hetzelfde binnen de drie organisaties. Enkel van OKRA-ZORGRECHT kreeg ik één extra antwoord.

De zorgcomponenten Hulpmiddelen, Sociaal contact en vrije tijd en Wonen komen aan bod, de verhoudingen liggen anders.

S-Plus krijgt 20% vragen over Hulpmiddelen, 40% over Sociaal contact en vrije tijd en 40% over Wonen. De vragen over wonen komen in eerste instantie wel nooit rechtstreeks. De vraagstellers laten dit op een andere manier merken : “Wel wordt aangegeven dat een situatie doorweegt of niet meer houdbaar is”.

Bij Samana is het zo dat de zorgvragen voor de zorgcomponent Sociaal contact en vrije tijd, door middel van vraagverheldering komen (60%). Als er zorgvragen komen in verband met hulpmiddelen en aanpassing van hulpmiddelen (30%), is dit vooral waar de zorgvrager recht op heeft en waar hij/zij terecht kan voor hulpmiddelen. De resterende 10% zorgvragen hebben te maken met de zorgcomponent Wonen.

Zoals eerder vermeld hebben we van de medewerkers van OKRA-ZORGRECHT een extra antwoord ontvangen. Zij geven aan dat 30% van de inkomende zorgvragen te maken heeft met de zorgcomponent Medicatie. Deze zorgvragen komen bijna uitsluitend van mantelzorgers uit Limburg. Het heeft ook te maken met het feit dat mantelzorgers zich vaak aan de kant geschoven voelen na al die jaren zorg gedragen te hebben. Als er dan problemen voorvallen, zullen ze dat beginnen te controleren. Heel vaak hebben deze zorgvragen te maken met het feit dat er verkeerd of te veel medicatie wordt toegediend (bijvoorbeeld verdovende medicatie bij cliënten tijdens de nacht), of dat er te veel wordt aangerekend in WZC.

Van de resterende 70% zorgvragen, heeft 30% te maken met de zorgcomponent Wonen. 30% met de zorgcomponent Sociaal contact en vrije tijd. De resterende 10% zorgvragen heeft te maken met Hulpmiddelen, maar dan vooral rond de tegemoetkomingen ervan.

Hebben zorgvraagstellers altijd een duidelijk beeld van welke oplossing passend/noodzakelijk is in hun situatie?

De medewerkers van S-Plus en Samana geven aan dat ongeveer de helft van de zorgvraagstellers (als dit mantelzorgers of cliënten zelf zijn) wel weet wat hij/zij ongeveer wil, maar dat ze niet precies weten wat nodig hebben.

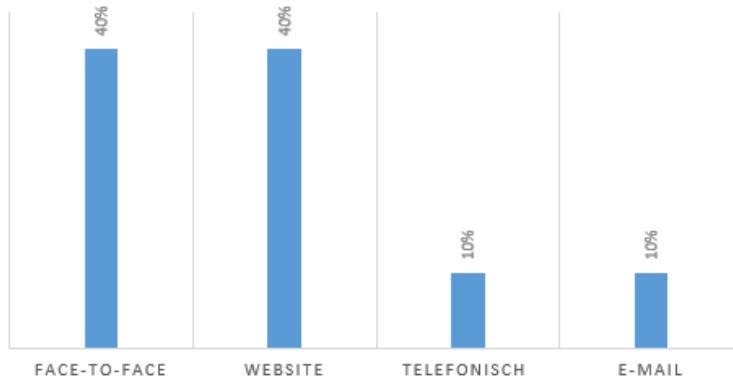
Samana : “Als het gaat over iets dat ze in hun hoofd hebben, bijvoorbeeld mantelzorg, heb ik daar recht op? Dan hebben ze in hun hoofd die €130 per maand, maar dan weten ze bijvoorbeeld niet dat er nog een gemeentelijke mantelzorgpremie bestaat, hoeveel dat is,...

De geïnterviewden van OKRA-ZORGRECHT denken dat dit vooral te maken heeft met de complexiteit van de zorgvraag. Hoe complexer de vraag, hoe meer zorgcomponenten betrokken zijn, wat het moeilijker maakt.

Via welke kanalen worden de zorgvragen gesteld?

S-Plus :

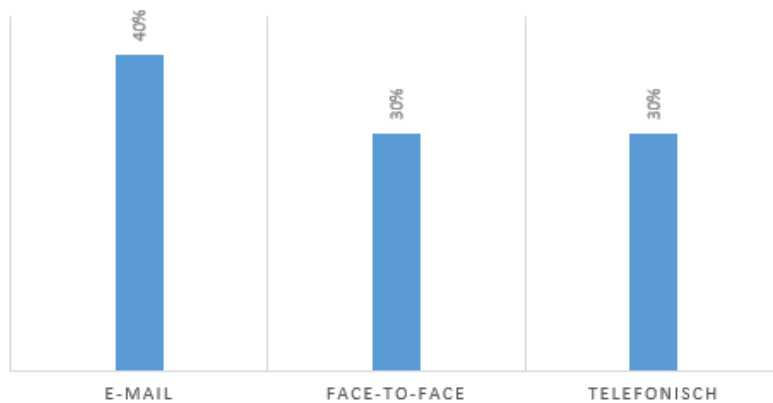
COMMUNICATIEKANALEN



Op de grafiek is te zien dat het merendeel van de zorgvragen face-to-face komen tijdens activiteiten van S-Plus, en via de website van de Voorzorg.

Samana :

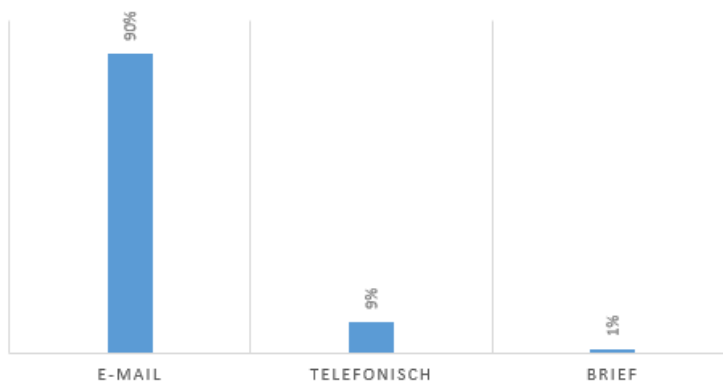
COMMUNICATIEKANALEN



Bij Samana zijn de gebruikte communicatiekanalen volgens de medewerkers ongeveer evenredig verdeeld.

OKRA-ZORGRECHT :

COMMUNICATIEKANALEN



Bij OKRA-ZORGRECHT is het heel duidelijk dat het grootste gebruikte communicatiekanaal voor zorgvragen te stellen, via e-mail is.

Worden alle zorgvragen geregistreerd? Hoe worden ze geregistreerd?

Bij alle drie de organisaties wordt door de geïnterviewden aangegeven dat elke zorgvraag geregistreerd wordt.

S-Plus doet dit via een computerprogramma. Ze houden de aangeboden hulp bij en het resultaat ervan.

De medewerker van Samana bundelt de vragen in een mapje. Ze probeert zo de opvolging te verzekeren.

OKRA-ZORGRECHT registreert ten slotte ook via een computerprogramma.

Ervaart u moeilijkheden omtrent de zorgvragen?

De medewerkers van S-Plus geven aan dat gevoeligheid de grootste moeilijkheid is die ze ervaren : “Je kan veel op je afkrijgen, maar je moet het ook ergens kunnen plaatsen. En je moet niet meegesleurd worden in de verhalen van mensen. Dus die afstand nemen is vaak ook wel niet zo gemakkelijk”. Daarnaast denken ze dat taal vooral naar de toekomst toe een moeilijkheid zal zijn omdat er toch veel anderstaligen zijn.

Bij Samana kregen we de werkdruk en het feit dat veel zorgvragen niet van toepassing zijn op de mantelzorgorganisatie, als moeilijkheden.

Buiten werkterrein : “een van de kernopdrachten van onze mantelzorgvereniging is belangenbehartiging. In zich is het beantwoorden van vragen waarmee mantelzorgers mee zitten. Dan vind ik dat we daar ook tijd voor moeten maken. En ook als dat niet onze hoofdplicht is, het doorsluizen van die vragen. Ik vind het heel belangrijk om mensen die vaak van het kastje naar de muur worden gestuurd en het gevoel hebben van “ze gaan het mij hier niet op ene plateau komen aanbieden”, dan vind ik het toch belangrijk om daar de tijd voor te nemen en mensen een correct antwoord te bieden”.

Werkdruk : “2 ook, mijn workload is vrij hoog, ik heb het vrij druk. Dus ik vind het soms een uitdaging om die dingen die er nog naast komen, zo dat type vragen of die zorgvragen, om die er bij te nemen en de nodige aandacht te geven die die vragen verdienen. Dat vind ik soms ook wel een uitdaging”.

Ten slotte geven ze aan dat budget ook een element is dat vaak meespeelt voor de cliënten.

OKRA-ZORGRECHT geeft aan dat vooral gevoeligheid een moeilijkheid is. Ze hebben de indruk dat mensen niet zo snel op een hulpverlener zullen afstappen om hun verhaal te doen. Het feit dat ze digitaal bereikbaar zijn, verlaagt de drempel wel.

Bent u altijd in staat om een oplossing aan te reiken/te formuleren voor de zorgvraag?

Het antwoord op deze vraag was binnen de organisaties hetzelfde : neen. Ze zullen altijd proberen zo snel mogelijk contact te krijgen met de zorgvraagsteller om een duidelijk beeld

te krijgen. Daarnaast gaan ze proberen de situatie draagbaar te maken tot dat de geschikte hulp voorzien kan worden.

Wat doet u in het geval dit niet kan?

S-Plus geeft aan vooral intern naar de geschikte dienst door te verwijzen. Enkel als er geen andere mogelijkheid is, of de persoon zelf een andere optie wil, wordt er extern doorverwezen.

“Maar we zijn een dermate groot huis, dat we mits doorverwijzing, wij niet zelf een antwoord kunnen bieden, dikwijls. Maar toch wel een persoon denk ik, uiteindelijk verder kunnen helpen. Als we het over die domeinen hadden. Denk ik, zelfs kregen we vragen rond medicatie. Ale, we hebben eigen apotheken binnen de voorzorg. Maar ook thuiszorg, kuishulp, vrije tijd. Dat hebben we allemaal in huis. Maar ook rond pensioen, of welke vragen hebben ze nog allemaal. Ik denk uiteindelijk dat we iedereen wel verder kunnen helpen.”

Van communicatiekanalen om door te verwijzen gebruikt men in 70% van de gevallen e-mail. De resterende 30% verwijst men telefonisch door : “omdat je dan weet dat ze het sowieso ontvangen, dan tegen dat je 10x moet bellen ofzo. “je weet dat dat aankomt ook al is die er niet”.

Samana verwijst intern en extern door. “Een aantal vragen komen bij ons binnen en zijn terecht en daar kunnen we mee verder. Een aantal dingen zijn wij de eerste toegangspoort maar kunnen we dan doorsluizen.”

In de eerste plaats intern naar de Zorglijn, Dienst Maatschappelijk Werk van de CM, de Zorgverzekering. (30)

Onder de overkoepelende organisatie naar Familiehulp en de Thuiszorgwinkel. (30)

Extern verwijst het ten slotte door naar websites (30), thuiszorgdiensten wanneer Familiehulp geen hulp kan bieden op dat moment en ten slotte huisartsen.(10)

Het middel van doorverwijzen is verbonden met het feit of er intern of extern wordt doorverwezen. Wanneer er intern wordt doorverwezen worden alle mogelijke kanalen gebruikt die voor handen zijn. Extern wordt er voornamelijk telefonisch doorverwezen.

Ten slotte geeft OKRA-ZORGRECHT, net als de andere mantelzorgorganisaties, aan op de eerste plaats intern naar de geschikte diensten door te verwijzen. Daarnaast verwijst het vaak naar ziekenfondsen door : “wij gaan heel vaak naar de ziekenfondsen doorverwijzen toch nog altijd, omdat daar dan concreet volledig... wij horen mensen maar aan de telefoon of per e-mail, wij zien niet de hele situatie”. Ze verwijzen extern ook door naar het OCMW, SD van het ZH, SD van WZC en huisartsen. In verband met klachten wordt er doorverwezen naar het Agentschap Zorg en Gezondheid. Als het gaat om simpele, puur informatieve vragen, verwijzen ze ook door naar websites.

Wanneer OKRA-ZORGRECHT doorverwijst is dit hoofdzakelijk telefonisch. Ze geven aan vaak in naam van de zorgvraagsteller contact op te nemen met de geschikte dienst. Wanneer de zorgvraagsteller zelf contact opneemt, zullen ze dit in de meeste gevallen blijven opvolgen. Bovendien zetten ze alles (in de mate van het mogelijke) op mail. Ookal hebben ze een telefonisch contact gehad. De e-mail bevat meestal : adres, afspraken,... .
Wordt de privacy van de betrokkene altijd verzekerd?

We hebben tijdens de drie interviews het zelfde instemmend antwoord gekregen.

De medewerkers van S-Plus geven aan altijd toestemming te vragen van de persoon in kwestie om gegevens door te geven. Dit is ook de werkwijze bij OKRA-ZORGRECHT.

Tegen wanneer verwacht de zorgvraagsteller een oplossing voor zijn zorgvraag?

Op deze vraag is het antwoord ook gelijklopend.

S-Plus schat dat 20% van de zorgvraagstellers onmiddellijk een antwoord verwacht. Het feit dat 80% van de zorgvraagstellers het antwoord niet binnen bepaalde termijn verwacht, ligt aan het feit dat : “ons publiek ook wel weet waar ze terecht kunnen he, ze stellen op tijd hun vraag”.

De medewerker van Samana schat dat de termijn zich binnen de maand situeert. Ze probeert het altijd binnen de week op te lossen.

Ten slotte gaven de medewerkers van OKRA- zorgrecht dezelfde schatting als deze van S-Plus. De termijnen zijn onmiddellijk en onbepaalde termijn. Ook al is het een zorgvraag dat op onbepaalde termijn een antwoord verwacht, ze gaan sowieso proberen binnen de 48 uur contact op te nemen met de zorgvraagsteller.

Beschikt u over een sociale kaart of bepaalde scenario's die u kan volgen?

Op deze vraag krijgen we ook van alle medewerkers hetzelfde antwoord. Ze hebben geen vast scenario dat ze volgen, maar wel een eigen opgebouwd netwerk waarbinnen ze de geschikte hulp kunnen vinden voor de zorgvraagsteller.

4.3.3 Mutualiteiten

Van wie ontvangt u zorgvragen?

De Dienst Maatschappelijk Werk van de CM ontvangt van 3 grote groepen vragen : cliënten (20%), mantelzorgers (60%) en andere organisaties (20%).

Waarbij de cliënten vooral door middel van doorverwijzing van loketbedienden, indicatiestellers die op huisbezoek gaan en de medewerkers van de zorglijn contact opnemen met de DMW.

De andere organisaties bestaan uit voornamelijk uit overkoepelende partnerorganisaties (IN-Z, Familiehulp en Wit-Gele Kruis), OCMW's en SD van ZH.

De Zorglijn van de CM ontvangt van dezelfde groepen vragen, maar heeft een andere verhouding. Dit zal 60% cliënten, 20% mantelzorgers en 20% andere organisaties zijn. In de groep van de cliënten moet een onderscheid gemaakt worden : cliënten die zelf contact opnemen en cliënten die proactief benaderd worden. Niet alle cliënten nemen zelf contact op met de zorglijn i.v.m. vragen. Als de Zorglijn hiervan op de hoogte is, worden deze personen opgebeld met de vraag hoe het met hun gaat. Dit zijn dan 100% leden van de CM. Zorgvragen die wel rechtstreeks komen, komen voor 95% van CM-leden. De voornaamste organisaties die vragen stellen bestaan uit : SD van ZH, diensten voor personen met een handicap, thuiszorgdiensten en Wit-Gele Kruis.

De DMW van de Liberale Mutualiteit ontvangt van dezelfde 3 groepen vragen als de andere 2 diensten. Hier ook weer met een andere verhouding. Het zijn ongeveer 30% vragen van cliënten, 30% vragen van mantelzorgers en 40% vragen van andere organisaties. Vanuit de cliënten komen de effectieve vragen vaak niet rechtstreeks, maar vloeit meestal vanuit een andere zorgvraag.

De groep van andere organisaties bestaat voor het grootste deel uit doorverwijzing vanuit eigen interne diensten. Daarnaast krijgen ze ook vragen van externe diensten : huisartsen, CAW, OCMW,...

Waarom worden zorgvragen gesteld?

De antwoorden van de geïnterviewden zijn hetzelfde. Ze ontvangen allemaal zorgvragen in het kader van langer thuis te kunnen blijven en om informatie te verwerven.

De geïnterviewde van de Zorglijn van CM geeft hierin wel aan dat zorgvraagstellers die in eerste instantie bellen voor puur informatieve redenen, later vaak terugkeren met een effectieve zorgvraag om een zorgcomponent te verwerven.

Over welke zorgcomponenten krijgt u vragen?

De DMW van de CM ontvangt voornamelijk zorgvragen over de componenten Sociaal contact en vrije tijd (40%) en Wonen (40%). Omtrent Verzorging worden er 5% zorgvragen gesteld. De zorgcomponent Mobiliteit beslaat 15% van het aandeel van de zorgvragen.

De Zorglijn van CM ontvangt vragen over alle zorgcomponenten. Mobiliteit heeft hier het grootste aandeel in (40%). Dan volgt Verzorging met 30% van de zorgvragen, Wonen met 20%. Sociaal contact en vrije tijd sluit af met een aandeel van 10% van de zorgvragen.

De DMW van de Liberale Mutualiteit ontvangt ook zorgvragen over alle zorgcomponenten, enkel de verhoudingen liggen anders. Waarbij er een evenredige verdeling is tussen de zorgcomponenten Wonen, Verzorging en Mobiliteit. Sociaal contact en vrije tijd wordt in mindere mate bevraagd (10%).

Hebben zorgvraagstellers altijd een duidelijk beeld van welke oplossing passend/noodzakelijk is in hun situatie?

De geïnterviewde van de DMW de CM geeft aan dat 60% van de zorgvraagstellers (zowel cliënten, als mantelzorgers en andere zorgactoren) geen duidelijk beeld heeft. "Ik denk wel dat ze wel goed weten met welke vraag ze komen. Ik denk alleen dat vooral dat wij daarin over in gesprek gaan, veel meer vragen nog rijzen. En dat heeft te maken dan met het gesprek op zich. Het is niet zo dat ze niet weten waar het probleem zit. Kwestie gewoon van het soms wat te nuanceren en wat doelen te stellen en wat prioriteiten te stellen."

De Zorglijn van CM beaamt dit, met een schatting dat 50% van de zorgvraagstellers geen duidelijk beeld heeft.

De DMW van de Liberale Mutualiteit ten slotte, geeft aan dat hij het idee heeft dat geen enkele zorgvraagsteller echt een duidelijk beeld heeft van welke oplossing passend is.

Via welke kanalen worden de zorgvragen gesteld?

De medewerker van de DMW van de CM geeft aan dat de kanalen heel divers zijn. Intern wordt vooral het computerprogramma gebruikt of komen de vragen telefonisch bij haar terecht. Als de vragen van externe actoren komt, is dit telefonisch, via e-mail of tijdens overlegmomenten.

Aangezien de Zorglijn een telefoontoepassing is, is het meest logische dat zij het merendeel van de zorgvragen telefonisch ontvangen (85%). Daarnaast merkt ze dat meer en meer zorgvraagstellers via e-mail contact zoeken (10%). De resterende 5% zorgvragen komt binnen via de website van de CM.

Worden alle zorgvragen geregistreerd? Hoe worden ze geregistreerd?

De DMW van de CM: "ik denk als het gewoon een korte vraag is naar informatie, dat ik dat niet altijd registreer. Omdat dat niet zinvol is." Als er zorgvragen komen die verband houden met een dossier, worden deze geregistreerd in het computerprogramma. Dit is in 95% van de situaties.

De Zorglijn van CM registreert alle zorgvragen die binnen komen. Als dit gaat om leden van CM, wordt het aangevuld in de dossier. Voor niet-leden is er een apart systeem om de zorgvragen te registreren.

De medewerker van de Liberale Mutualiteit geeft ook aan dat alle zorgvragen worden geregistreerd in hun computerprogramma.

Ervaart u moeilijkheden omtrent de zorgvragen?

De medewerker van de DMW van de CM geeft de volgende moeilijkheden aan :

- Onbekendheid van het zorglandschap door zorgvraagsteller en buiten werkerrein ;
- De staat waarin mensen zich dus bevinden, de fysieke en mentale staat, dat zijn moeilijkheden waar ze soms tegen aan lopen ;
- Budget : “Voor mensen speelt budgetbeperking heel erg mee. Wij zijn een gratis dienstverlening en dat is voor mensen al heel fijn dat ze voor ons niks moeten betalen als we op huisbezoek komen of op gesprek gaan. Maar voor mensen zelf, ja, stel dat we dan willen doorverwijzen he. Als het dan gaat naar bijvoorbeeld FH, of bijvoorbeeld een dienst vanuit het CGG of het CAW of professionele hulp in het kader van psychosociale begeleiding. Als mensen daar voor moeten betalen merken we ook vaak dat dat een drempel is. voor ons niet zo zeer, omdat we vrij flexibel kunnen werken vanuit onze dienst. Maar voor mensen, als ze die vraag stellen naar zorg, dat dat zeker een probleem is. zeker naar mensen die dan niet in aanmerking komen voor bepaalde tussenkomsten door omstandigheden en toch hulp nodig hebben”.

De Zorglijn geeft aan dat er vier onderwerpen zijn waar ze moeilijkheden mee ervaart :

- Gevoeligheid : sommige personen zijn meer open over hun situatie dan andere ;
- Budgetbeperkingen : hier geeft ze aan dat ze wel een belangrijke rol kunnen spelen aangezien er bekeken kan worden of de persoon in kwestie recht heeft op tegemoetkomingen ;
- Urgentie ;
- Taal : maar dan in het kader van “praten en horen”. Vooral bij oudere personen is het niet altijd even makkelijk om ze telefonisch verder te moeten helpen.

De geïnterviewde van de DMW van de Liberale Mutualiteit geeft ten slotte volgende moeilijkheden aan :

- Privacy : in samenwerkingen met huisartsen is het niet altijd eenvoudig om informatie uit te wisselen ;
- Onbekendheid van het zorglandschap : ook bij andere diensten die vraagsteller zijn ;
- Budgetbeperkingen ;

- Het gebrek aan mantelzorg en de grote druk die op de mantelzorgers ligt om goede zorg te dragen.

Bent u altijd in staat om een oplossing aan te reiken/te formuleren voor de zorgvraag?

Op deze vraag hebben we van alle geïnterviewden hetzelfde antwoord gekregen : neen.

Van de medewerker van de DMW van CM kregen we het volgende antwoord : “Nee, ik denk dat wij een heel goed netwerk hebben. En dat proberen we ook wel een beetje te vermijden vanuit de dienst. Om rechtstreeks al met oplossingen te komen. Ik denk dat het onze sterkte is vanuit de dienst om het goed duidelijk te krijgen wat is nu eigenlijk de vraag? Want soms hebben wij als hulpverlener ideeën over hoe dat het best loopt en hoe dat de zorg het best georganiseerd wordt, maar is dat daarom niet altijd wat de mensen willen of kunnen gebruiken. Ik denk dat wij daar eerst een duidelijke vraagverheldering doen en dan kijken wat is de meest geschikte oplossing?

Ik denk dat we altijd proberen een oplossing te vinden, maar niet onmiddellijk.

Niet als er concrete vragen zijn natuurlijk. Als mensen een vraag hebben naar poetsdienst dan verwijzen wij ook door.

Maar dat is niks vergeleken met andere vragen waar wij mee te maken hebben”.

Als u niet in staat bent om zelf een oplossing te vinden en er voor kiest de zorgvraagsteller door te verwijzen, naar wie verwijst u dan door?

Zoals in de vorige vraag werd vermeld, wordt binnen de Dienst Maatschappelijk Werk van de CM er voor gekozen om eerst de meest geschikte oplossing te zoeken voor een zorgvraag, in plaats van de zorgvraagsteller zo snel mogelijk een antwoord te bieden.

Als er doorverwezen wordt, is dat hoofdzakelijk telefonisch en via e-mail (50%-50%)

De Zorglijn van de CM verwijst intern door naar de DMW.

Daarnaast verwijst het onder de overkoepelende organisatie door naar Familiehulp.

Extern verwijst het door naar andere thuiszorgdiensten, sociale diensten, het CAW, het CGG en de VDAB.

In 85% van de gevallen wordt er telefonisch doorverwezen. Daarnaast gebeurt 10% van de doorverwijzingen via e-mail. De resterende 5% gebeurt via contactformulieren op websites.

De DMW van de Liberale Mutualiteit verwijst zowel intern als extern en ook zuiloverschrijdend door : “zolang de cliënt maar geholpen wordt”. Dit zijn dus interne diensten, en extern voornamelijk OCMW, CAW en thuiszorgdiensten.

Wordt de privacy van de betrokkene altijd verzekerd?

Alle geïnterviewden geven aan dat ze heel aandachtig zijn voor de privacy van de cliënt. Ze zullen altijd hun best doen om de toestemming van de cliënt te hebben om gegevens te delen. Daarnaast geven ze aan dat ze zich er van bewust zijn dat het met de regelgeving niet altijd even makkelijk is.

Tegen wanneer verwacht de zorgvraagsteller een oplossing voor zijn zorgvraag?

De DMW van de CM geeft aan dat het merendeel binnen de 1 à 2 weken een oplossing verwacht. In sommige situaties verwachten de zorgvraagstellers onmiddellijk een antwoord.

De geïnterviewde van de Zorglijn van CM, geeft aan dat het bij hun moeilijker ligt, aangezien zij het eerste aanspreekpunt zijn voor de zorgvraagstellers. Vaak lijken hun zorgvragen een urgente oplossing nodig te hebben. Na vraagverheldering en de situatie aangehoord te hebben, kan die termijn toch wel op minder dan een maand liggen.

Ten slotte geeft de medewerker van de DMW van de Liberale Mutualiteit aan dat de verhoudingen gelijk verdeeld zijn tussen zorgvraagstellers die onmiddellijk een antwoord wensen en zorgvraagstellers waar de termijn rond een maand ligt.

Beschikt u over een sociale kaart of bepaalde scenario's die u kan volgen?

De Zorglijn en de DMW van de CM beschikken over een eigen sociale kaart die beheerd wordt door de Zorglijn.

Daarnaast spreekt de medewerker van de DMW van de CM ook vaak haar eigen opgebouwde netwerk aan.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

Wanneer de vragen van cliënten zelf of mantelzorgers komen, dan komt de aanvankelijke zorgvraag in de meeste gevallen niet overeen met de effectieve zorgvraag. Dit wordt duidelijk doordat aan vraagverheldering wordt gedaan door de hulpverleners.

Is dat proces te verhelpen door meer bekendheid te verwerven naar de zorgvragers vanuit de zorgactoren zelf? Kan de overheid hier een rol in spelen? Is het zo dat dit proces overbodig wordt als er een transparant zorglandschap is?

Als de zorgvraag van toepassing is voor de thuiszorgdienst, zal deze geregistreerd worden in het systeem. Na de registratie wordt de cliënt, mantelzorger,... verder geholpen binnen de thuiszorgdienst door een afspraak in te plannen om de hulp te kunnen opstarten.

Als de zorgvraag niet van toepassing is voor de thuiszorgdienst, wordt deze zorgvraag niet geregistreerd.

Een groot deel van de zorgvraagstellers weet niet precies welk aanbod er is in het zorglandschap, ze weten niet welke hulp het meest geschikt is. Ze zijn akkoord met de oplossing die hun geboden wordt, omdat ze er van uit gaan dat dat de meest geschikte oplossing is. Uit de interviews blijkt dat bijna alle zorgactoren in eerste instantie binnen hun eigen netwerk verwijzen en daarnaast naar hun eigen opgebouwde netwerk.

Maar is de geboden oplossing, in geval van doorverwijzing op eigen kennis, wel de meest geschikte?

In het kader van 2ZEN. Hoe zal de doorverwijzing binnen dat netwerk gebeuren? Het zal heel belangrijk zijn om hieromtrent richtlijnen vast te leggen, want er zullen zorgactoren zijn die dezelfde diensten aanbieden.

Daarnaast wordt aangegeven dat het grootste deel van de doorverwijzingen telefonisch gebeurt. Het is een van de snelste manieren, gebruiksvriendelijk omdat er uitleg gegeven en direct overleg gepleegd kan worden.

In een van de interviews wordt aangegeven dat personen toch wel graag weet hebben over de beschikbaarheid van diensten. Misschien moet hier op ingespeeld worden bij de opstart van de netwerken in het kader van 2ZEN.

De geografische plaats speelt mee in de vraag van wie er zorgvragen ontvangen worden. Als er een grote vertegenwoordiging is van een specifieke doelgroep, van bijvoorbeeld instellingen voor personen met een mentale beperking of de psychiatrie, blijkt dat op deze plaatsen meer vragen komen van deze specifieke doelgroep dan op andere plaatsen.

Wanneer urgentie van de zorgvraag een moeilijkheid is, kan er een nuance gemaakt worden. Er zijn vragen die hoge urgentie hebben door de situatie waarin personen zich

bevinden. Daarlangs kan de urgentie niet echt urgent zijn, omdat de aanvankelijke vraag niet overeenstemt met de effectieve vraag.

Een andere moeilijkheid is het feit dat vragen buiten het werkkterrein van de hulpvrager liggen. Dit heeft als gevolg voor de zorgvraagsteller, dat hij zijn verhaal minstens twee keer gesteld heeft voor dat de geschikte hulp opgestart kan worden. Ik denk dat 2ZEN hier een grote meerwaarde in kan bieden.

Het voorzien van een opvolgsysteem binnen het netwerk van 2ZEN, kan dubbel werk vermijden. Er kan nagegaan worden of en welke stappen eerder zijn genomen in het dossier van de zorgvrager.

De verwevenheid van de zorgcomponenten is ook iets opvallends. Een zorgvraag is vaak niet eenduidig. Personen hebben vaak een vraag over één zorgcomponent maar na vraagverheldering hebben ze eigenlijk nood aan hulp vanuit meerdere zorgcomponenten. Bijvoorbeeld een bejaard persoon die de hulp van een thuiszorgdienst nodig heeft om alleen thuis te kunnen blijven wonen (zorgcomponent wonen), gaat ook thuislevering krijgen van warme maaltijden (zorgcomponent eten) en daarbij gaan er aanpassingen in huis gebeuren om het veiliger te maken (mobiliteit).

Opvallend bij de zorgcomponenten is dat de meerderheid van de geïnterviewden aangeeft dat zorgvragen rond medicatie nauwelijks gesteld worden. De geïnterviewden van OKRA-ZORGRECHT maken de schatting dat 30% van de zorgvragen over medicatie gaan. Waarvan de meeste te maken hebben met klachten in verband met WZC uit Limburg.

Uit de interviews blijkt dat geen enkele van de 9 geïnterviewde medewerkers de provinciale sociale kaart gebruikt. Ze spreken hun netwerk aan, of volgen een sociale kaart die is opgesteld binnen de organisatie. Waarom wordt dit niet gebruikt? Ligt het aan het instrument zelf? Kan die provinciale sociale kaart niet gebruikt en gepersonaliseerd worden indien dit nodig is?

Iedereen vertrekt vanuit het principe van gedeeld beroepsgeheim en een sterk netwerk waarin gegevens gedeeld kunnen worden. Met gevolg dat ieder volgens zijn eigen interpretatie en intuïtie, zo zorgvuldig mogelijk om zal gaan met de gegevens van de cliënt. Maar tegelijkertijd weet niemand hoe de ander met de informatie omspringt.

2ZEN wil regionale netwerken uitbouwen. Op dit moment zijn de WZC hier de leidende figuur in. Maar door wie zal het na de proefperiode beheerd worden? Blijven de WZC dit doen? Zou een OCMW hier ook een rol in kunnen spelen? Zij zijn tenslotte neutrale zorgactoren. Of worden er voor het platform gehele nieuwe diensten

Besluit

Zorgvraagstellers maar ook zorgactoren zelf, botsen de dag van vandaag nog altijd op bepaalde grenzen. Budget, beschikbaarheid, bekendheid van het zorglandschap etc. .

Mijn mening is dat 2ZEN hier een goed antwoord op kan bieden, als zij er in slagen de netwerken goed uit te bouwen, mits de juiste ondersteuning. Dit zal alleen maar in het voordeel zijn van de zorgvraagstellers en de zorgactoren.

5. Kritische reflectie

5.1 Onderzoekscyclus

5.1.1 Probleemstelling en onderzoeksvraag

Net omdat 2ZEN een vast gegeven is, was in onderling overleg met mijn begeleider snel gekozen wat de probleemstelling zou zijn.

De onderzoeksvragen daarentegen zijn doorheen het onderzoek een aantal keren veranderd. Er werd nuttige informatie uit de interviews vergaard, wat maakte dat mijn initiële onderzoeksvragen te afgebakend waren.

5.1.2 Literatuurstudie

Door de literatuurstudie uit te voeren, leer je meer over de elementen die in je onderzoek aan bod komen. Ik vond dit een heel moeilijk onderdeel om te doen.

Er is veel informatie te vinden, maar de bronnen zijn niet altijd even betrouwbaar. Ik heb mijn best gedaan hier zo veel mogelijk op te letten.

Daarnaast is veel informatie te vinden uit Nederland, naar mijn mening heel weinig uit België.

Ten slotte vond ik het heel moeilijk om te bepalen welke informatie relevant is in functie van het onderzoek.

5.1.3 Type onderzoek

Net zoals de probleemstelling lag het type onderzoek al vast. Een kwalitatief onderzoek, omdat er weinig voorkennis is over het project 2ZEN.

5.1.4 Populatie

In het geval van mijn onderzoek was de populatie al bepaald door de werkgroep van 2ZEN. Dit zijn zorgactoren in Vlaanderen.

De respondenten zijn ook op voorhand bepaald. Wat maakt dat als ik in een andere context stage had gelopen en een andere begeleider had gekregen, mijn bachelorproef helemaal anders was geweest.

5.1.5 Dataverzamelmethode

In totaal zijn er 9 diepte-interviews afgenomen. Op basis van deze diepte-interviews kunnen de resultaten en conclusies bepaald worden.

Zoals in mijn onderzoek zelf ook vermeld is, was het niet altijd mogelijk om mijn stage te combineren met de vastgelegde interviews. Dit maakte het bij de verwerking soms wel moeilijk, omdat ik enkel kon afgaan op de audiofragmenten.

Als ik terug kijk, was het in functie van mijn resultaten beter geweest moesten er meer interviews afgenomen zijn. Dan had ik nog beter kunnen vergelijken of er verschillen vastgesteld konden worden tussen de zorgactoren.

Een opmerking omtrent de vragenlijsten kan zijn dat de validiteit niet altijd juist zat. Ik vond de vragen niet altijd even duidelijk in het begin van het onderzoek. Sommige vragen zijn tijdens de interviews verduidelijkt moeten worden.

5.1.6 Analyse van de gegevens

Om de gegevens te kunnen analyseren, heb ik eerst transcripties moeten maken van de audiofragmenten. Dit was niet altijd even makkelijk. Dat onderdeel heeft ook veel langer geduurd dan ik ingeschat had.

De vragenlijsten die opgesteld zijn door de werkgroep, zijn een grote hulp geweest tijdens het analyseren. Zo kon ik kijken of ik alle vragen had besproken. Aangezien tijdens de interviews de vragenlijsten als leidraad zijn gebruikt, en de volgorde van de vragen vaak niet gevolgd is. Daarnaast is het zo dat sommige vragen met elkaar te maken hebben en dan vertellen de respondenten soms informatie die ook met een andere vraag te maken heeft. Hiervoor moest ik aandachtig zijn, zodat ik geen informatie zou vergeten.

5.1.7 Resultaten en conclusies

Het onderzoek heeft enkele resultaten en conclusies opgeleverd. Sommige van de resultaten vond ik echt verrassend.

Ik vond het niet zo eenvoudig om de conclusies en aanbevelingen te schrijven.

5.2 Kritische reflectie inzake het eindproduct

Ik ben niet helemaal tevreden over het eindproduct. Als ik een beter planning had opgesteld, was de verdeling van het werk beter uit gekomen.

Daarnaast vind ik het heel moeilijk om in te schatten of mijn bachelorproef goed is.

5.3 Kritische reflectie inzake het doorlopen proces

Van mezelf weet ik dat ik het moeilijk heb met planningen maken en deadlines stellen. Dus als ik terugkijk op het doorlopen proces, ben ik blij dat ik Seppe Vanhex als begeleider had vanuit mijn stageplaats. Samen hebben we hieromtrent altijd afspraken gemaakt. De begeleiding met mijn promotor van school had veel beter kunnen verlopen als ik aandachtiger geweest was omtrent de planningen en deadlines. Achteraf bekeken heb ik hier uit geleerd en is dit alleen voor mezelf nadelig geweest want ik had meer uit de begeleiding kunnen halen.

Hier heb ik dan ook uit geleerd dat ik een doorzetter ben. Ik heb heel hard moeten werken om mijn bachelorproef op tijd af te hebben. Het gevolg is dat ik nog meer heb geleerd om

zelfstandig te werken. Je kan een goede aanzet en basis krijgen om een onderzoek te doen, maar je moet het zelf tot een goed einde brengen.

Als ik iets zou veranderen, dan zou het zeker zijn dat ik een realistische planning zou opstellen, rekening houdend met deadlines.

Bibliografie

- Belgische Federale Overheidsdiensten. (2017). *Beroepsgeheim*. Opgehaald van belgium.be: <http://www.belgium.be/nl/justitie/privacy/beroepsgeheim>
- Betekenis.be. (2015). *Zorgvrager*. Opgehaald van Betekenis.be: <http://www.betekenis.be/woord/zorgvrager>
- Biesmans, B. (sd.). Sectoren zorgregio Genk.
- Bogaerts, N., & Goris, P. (2014, september 27). *Vlaanderen weet valkuilen van schaalvergroting in zorg en welzijn wél te omzeilen*. Opgehaald van Sociale Vraagstukken: <http://www.socialevraagstukken.nl/vlaanderen-weet-valkuilen-van-schaalvergroting-in-zorg-wel-te-omzeilen/>
- Bond Moyson West-Vlaanderen. (sd). *Ben ik mantelzorger?* Opgehaald van Bond Moyson West-Vlaanderen: <http://www.bondmoyson.be/wvl/zorg-comfort/Mantelzorg/wat-is-mantelzorg/Pages/ben-ik-mantelzorger.aspx>
- Claes, P. (2014). *Aanvraagformulier 2ZEN*. Hasselt: Huize Sint-Anna.
- De Chaosstemmer. (sd). *(Gedeeld) beroepsgeheim, spreekrecht en spreekplicht*. Opgehaald van De Chaosstemmer: <http://www.chaosstemmer.be/content/gedeeld-beroepsgeheim>
- De sociale kaart. (sd). *Doelstelling sociale kaart*. Opgehaald van De sociale kaart: <https://www.desocialekaart.be/doelstelling-sociale-kaart>
- De sociale kaart. (sd). *Over ons*. Opgehaald van De sociale kaart: <https://www.desocialekaart.be/over-ons-0>
- De valkuilen van de vermaatschappelijking van de zorg*. (2014, april 8). Opgehaald van DeWereldMorgen.be: <http://community.dewereldmorgen.be/blog/denktanknovapol/2014/04/08/de-valkuilen-van-de-vermaatschappelijking-van-de-zorg>
- Den Haag Mantelzorg. (2017). *Wat is een zorgvrager?* Opgehaald van Den Haag Mantelzorg: <https://www.denhaagmantelzorg.nl/zorgvragers>
- Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2013, december). *De kracht van het engagement, de vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk*. Opgehaald van Vlaamse Overheid: <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/de-kracht-van-het-engagement-de-vermaatschappelijking-van-de-zorg-in-de-dagelijkse-praktijk-1>
- Dienst Psychosociale Gezondheidszorg. (sd.). *5 sleutelfuncties*. Opgehaald van Psy107: <http://www.psy107.be/index.php/nl/2014-09-28-21-32-42/5-sleutelfuncties>
- Encyclo. (2013). *Opzoeken : individualisering*. Opgehaald van Encyclo: <http://www.encyclo.nl/2013/begrip/individualisering>

Encyclo. (2013). *Opzoeken : VERMARKTEN*. Opgehaald van Encyclo:
<http://www.encyclo.nl/2013/begrip/VERMARKTEN>

Familiehulp vzw. (sd). *Aanbod*. Opgehaald van Familiehulp:
<http://www.familiehulp.be/diensten/>

Familiehulp vzw. (sd.). *Stap in voor een rondleiding*. Opgehaald van Familiehulp:
<http://www.familiehulp.be/public/docs/brochure/corporate%20brochure%20familiehulp.pdf>

Hermans, L. (sd.). *De invloed van de tendens van vermarkting op de job van de sociaal werker*. Opgehaald van E-thesis:
http://www.thesis.net/sociaal_werker/sociaal_werker.htm

Kabinet van Jo Vandeuren. (2014, oktober). Beleidsnota 2014-2019. *Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. afdeling Communicatie, Departement Diensten voor het Algemeen Regeringsbeleid.

Landelijke Thuiszorg vzw. (sd). *Zorg*. Opgehaald van Landelijke Thuiszorg:
<http://www.landelijkethuiszorg.be/Zorg/tabid/8392/language/nl-NL/Default.aspx>

Netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen . (2013-2017). *Wat wordt bedoeld met Artikel 107 & de 5 functies?* Opgehaald van Netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen :
<http://www.netwerkggzregionw-vl.be/visie/>

Noolim. (sd). *Teams*. Opgehaald van Noolim: <http://noolim.net/noolim/teams.html>

OKRA. (2017, januari 18). *Wie zijn we?* Opgehaald van OKRA:
<http://www.okra.be/page?page=wiezijnwij>

OKRA-ZORGRECHT. (sd). *Over OKRA-ZORGRECHT*. Opgehaald van OKRA-ZORGRECHT: http://www.okrazorgrecht.be/page?page=Zorgrecht_home

Ontzuiling. (2011, januari 14). Opgehaald van Wikipedia:
<https://nl.wikipedia.org/wiki/Ontzuiling>

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant - vzw Logistiek Vlabo . (sd). *Artikel 107*. Opgehaald van Vlabo:
<https://www.vlabo.be/?action=onderdeel&onderdeel=648&titel=Artikel+107>

Regionaal Limburgs Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg. (2017). *Home*. Opgehaald van Reling: <http://www.reling.be/>

Samana. (2016). *Belangenbehartiging*. Opgehaald van Samana:
<http://www.samana.be/mantelzorger/belangenbehartiging>

Samana. (2017). *Tegemoetkomingen voor mantelzorgers*. Opgehaald van Ma-zo:
<http://www.ma-zo.be/mazopedia/tegemoetkomingen/>

S-Plus. (sd). *S-Plus Mantelzorg*. Opgehaald van S-Plus: <http://www.s-plusvzw.be/mantelzorg/pages/default.aspx>

S-Plus. (sd). *Wie zijn we*. Opgehaald van S-Plus: <http://www.s-plusvzw.be/pages/wie-zijn-we.aspx>

- Stad Maaseik. (2017). *Minder Mobielen Centrale*. Opgehaald van Stad Maaseik:
<http://www.maaseik.be/minder-mobielen-centrale>
- Stad Maaseik. (sd). *Thuiszorg*. Opgehaald van Stad Maaseik:
<http://www.maaseik.be/thuiszorg>
- Stad Maaseik. (sd). *Thuiszorg*. Opgehaald van Stad Maaseik:
<http://www.maaseik.be/thuiszorg>
- Sweers, A. (2013, mei 14). *Vijf tips om te profileren met pit*. Opgehaald van Zorgwelzijn:
<https://www.zorgwelzijn.nl/welzijnswerk/nieuws/2013/5/vijf-tips-om-te-profileren-met-pit-1253037w/>
- Van Dale Uitgevers. (2017). *Betekenis 'Profilering'*. Opgehaald van Van Dale:
<http://vandale.nl/opzoeken?pattern=profileren&lang=nn>
- Van Meeuwen, E. (2016, december 5). Powerpoint. *Van PAB naar PVF*.
- Verzuiling*. (2016, december 16). Opgehaald van Wikipedia:
<https://nl.wikipedia.org/wiki/Verzuiling>
- Vlaamse Overheid. (2013). *Nieuw Industrieel Beleid*. Opgehaald van Vlaio:
<http://www.vlaio.be/nieuw-industrieel-beleid>
- Vlaamse Overheid. (2013). *Zorgeconomie*. Opgehaald van Vlaio:
<http://www.vlaio.be/themas/zorgeconomie>
- Wat is een ziekenfonds?* (2017). Opgehaald van Ziekenfondsen vergelijken:
<http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/wat-is-een-ziekenfonds/>
- Woorden.org. (2016). *Zorgvraag*. Opgehaald van Woorden.org:
<http://www.woorden.org/woord/zorgvraag>
- Ziekenfonds (België)*. (2016, mei 3). Opgehaald van Wikipedia:
[https://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekenfonds_\(Belgi%C3%AB\)](https://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekenfonds_(Belgi%C3%AB))
- Ziekenzorg. (sd). *Mantelzorg definitie*. Opgehaald van Ziekenzorg:
<http://www.ziekenzorg.be/cmz/nl/100/index.jsp>
- Zorg en Gezondheid. (sd). *Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg*. Opgehaald van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/thuiszorg/diensten-voor-gezinszorg-en-aanvullende-thuiszorg>
- Zorgbelang Noord-Holland. (sd). *Z*. Opgehaald van Zorgbelang Noord-Holland:
<http://www.zorgbelang-noordholland.nl/woordenlijst/#wdlz>

Bijlagen

Bijlage 1 : Beleidsplan Jo Vandeurzen 2014-2019

Bijlage 2 : 5 functies van Artikel 107

Bijlage 3 : Vragenlijsten 2ZEN

Bijlage 1 :beleidsplan 2014-2019 Jo Vandeurzen

“1. Vergrijzing, verzilvering, vergroening en verdunning

...

1.2. We realiseren, ingebed in de samenleving, laagdrempelige eerstelijns hulp om mensen met vragen en problemen snel te kunnen helpen

Vrijwilligers spelen een sleutelrol in de vermaatschappelijking van de zorg. De meerwaarde van hun inzet ligt in hun complementariteit t.o.v. de professionele hulp- en zorgverlening. We willen het vrijwilligerswerk dan ook nog meer ingang doen vinden.

...”

“2. We willen, vertrekkend van de mogelijkheden van mensen, zorg op maat realiseren

...

2.2. We zetten voor personen met een beperking, geënt op de persoonsvolgende financiering en conform Perspectief 2020, verder in op innovatie en uitbreiding zodat zij hun zorg maximaal in eigen regie vorm kunnen geven

We maken ook ruimte voor nieuwe organisatiemodellen die uitvoering geven aan het sociaal ondernemerschap en de vermaatschappelijking van de zorg. Zo kunnen particuliere initiatiefnemers eigen (woon- of andere) projecten realiseren. Ze kunnen zich hierbij laten ondersteunen door coaching-instanties zoals GiPSO (Gids voor inclusieve Projecten en Sociaal ondernemen). Ook samenwerking met reguliere en VAPHpartners is daarbij mogelijk. Personen met een beperking kunnen bij deze private initiatieven zorg en ondersteuning inkopen met hetzij hun basisondersteuningsbudget, hetzij hun persoonsvolgend budget niet-rechtstreeks toegankelijke hulp.”

“2.3. We stroomlijnen het aanbod van onder meer zorgactoren op de eerste lijn, ziekenhuizen, revalidatiecentra, woonzorgcentra, thuiszorgdiensten en diensten geestelijke gezondheidszorg, om mensen vanuit een netwerk gedeelde zorg te kunnen bieden

...

Aanvullende thuiszorg wordt in de toekomst voorbehouden voor wie zwaar zorgbehoevend is of voor situaties waarin het in combinatie met gezinszorg wordt ingezet. We zorgen ook voor afstemming met de het systeem van de dienstencheque. Aanvullende thuiszorg en dienstencheques zijn complementair maar toch duidelijk van elkaar gescheiden. Conform het Vlaams Regeerakkoord zien we de dienstencheque in eerste instantie als een instrument om de combinatie gezin-arbeid mogelijk te maken.

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg moeten de hulpvragen van zorgbehoevenden flexibel kunnen beantwoorden, ook 's avonds, 's nachts en in het weekend, We nemen maatregelen die meer continuïteit en flexibiliteit mogelijk maken. Daarnaast zal het aanbod van gezinszorg aan specifieke doelgroepen zoveel mogelijk gefaciliteerd worden.

...”

“ ...

Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg betekent het versterken van personen met psychische stoornissen en het werken aan inclusie van deze doelgroep door sociale re-integratie en het stimuleren van een volwaardig burgerschap. Mensen met psychische aandoeningen hebben nood aan ondersteuning en revalidatie op het gebied van wonen, werk, onderwijs en vrije tijd en sociaal leven. Hiervoor is nood aan afstemming tussen de verschillende sectoren en beleidsdomeinen. Binnen de geestelijke gezondheidszorg willen we in het bijzonder aandacht hebben voor mensen met kansarmoede. Hiervoor kunnen we verder bouwen op de expertise uit de gezamenlijke projecten van CAW, CGG en de Verenigingen waar armen het woord nemen.

...”

“2.4. We implementeren, voortbouwend op de integrale jeugdhulp, het actieplan jeugdhulp, zodat de minderjarige en zijn context de hulp krijgen die zij nodig hebben

Het thema ‘vermaatschappelijking’ wordt daarom gekoppeld aan de hernieuwde procedure voor innovatieve initiatieven. Die houdt in dat we via gerichte, intersectorale oproepen nieuwe initiatieven willen stimuleren die in de praktijk bruggen slaan tussen de hulpverlening en de belendende sectoren wonen, onderwijs, werk,...

...” (Kabinet van Jo Vandeurzen, 2014).

Bijlage 2 : 5 functies van Artikel 107

De eerste functie: activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling

De eerste functie heeft betrekking op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie.

Dat impliceert: ingaan op een aanmelding, diagnose en indicatiestelling, eerste interventies en dit, bij voorkeur, in de woonplaats van de patiënt. Indien nodig, zal de therapeutische continuïteit op lange termijn verzekerd worden.

Vanuit de ambulante sector, in casu de cgg, wordt outreaching voorzien naar belendende sectoren om deze eerste functie mogelijk te maken.

Bij de uitwerking van deze functie is het tevens belangrijk dat ook de eerstelijnszorg (in casu de huisarts) mee betrokken wordt.

De tweede functie: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen

De tweede functie heeft betrekking op de behandelteams in de thuisomgeving. Dat zijn enerzijds de teams die zich richten naar personen in een subacute of acute toestand. Anderzijds zijn het de teams die zich richten naar personen met chronische psychiatrische problemen.

Deze functie introduceert een nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg. Die zal sneller toegankelijk zijn en aangepaste zorg aanbieden aan mensen in hun thuisomgeving.

Het betreft dus de oprichting van een mobiele dienst die in crisissituaties onmiddellijk en intensief kan optreden. De intensiteit en de duur van een interventie door zo'n dienst zal worden aangepast voor patiënten met een chronische problematiek. Zo biedt deze mobiele dienst dus een alternatief voor een ziekenhuisopname.

Deze nieuwe zorgvorm zal zijn acties laten aansluiten bij de eerste functie en voegt daar mobiliteit en expertise aan toe. Die samenwerking gebeurt gestructureerd en kadert in een algemene aanpak.

Op basis van de individuele noden van de zorgvrager en in functie van zorgcontinuïteit kunnen ook de verder beschreven functies hierop aansluiten.

De derde functie: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

De derde functie behoort tot het domein van de psychosociale revalidatie. Het komt er bij deze functie op neer bepaalde programma's aan te bieden aan mensen met psychiatrische problemen die zich in een specifiek stadium van hun ziekte bevinden.

Psychosociale revalidatie is een dynamisch en langdurig proces. Het stelt de patiënten in staat om zich opnieuw in de maatschappij en het beroepsleven te integreren. Om dit te kunnen realiseren is er een inclusief en transversaal beleid nodig.

Het programma is op maat gemaakt en zorgt ervoor dat deze patiënten vaardigheden kunnen ontwikkelen vb. sociale vaardigheden, nodig om autonoom in het dagdagelijkse leven te functioneren.

Die vaardigheden worden aangeleerd via het terug opnemen van een leven (sociaal, cultureel) in de gemeenschap. Ook worden aangepaste beroepsmogelijkheden uitgewerkt. Deze specifieke programma's kunnen worden opgestart naar aanleiding van of aanvullend bij de basisopdrachten uit de eerste functie. De programma's kunnen ook een vervolg zijn op de interventies in de leefomgeving door de mobiele teams uit de tweede functie.

De vierde functie: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is

De vierde functie betreft het intensifiëren van de residentiële gespecialiseerde zorg. Deze functie is bedoeld voor personen die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving tijdelijk niet aangewezen is.

Deze units kunnen specifieke residentiële, intensieve observatie en behandeling aanbieden. Het accent ligt daarbij op acute zorg, indicatie- en diagnosestelling en intensieve behandeling.

Kenmerkend voor deze kleinschalige units zijn een korte verblijfsduur, een hoge intensiteit en frequentie van zorg, en dit aangeboden door gespecialiseerd personeel. Zodra een persoon opgenomen wordt, dient men al rekening te houden met alle aspecten van de zorgcoördinatie. Belangrijk hierbij zijn het ontslagmanagement met het oog op (vroeg)tijdig ontslag, filters voor opname (minstens een gecoördineerde aanmeldingsprocedure), en follow-up na de acute fase (zo mogelijk door de hulpverlener/ het team dat het dichtst bij de patiënt staat).

Dankzij een constante communicatie met de andere functies wordt de link met het sociale netwerk van de patiënten behouden. Zo wordt de mogelijkheid op een terugkeer naar de thuisomgeving en op integratie in de maatschappij zo groot mogelijk gehouden.

Een crisis vereist steeds een gespecialiseerde diagnostiek met een medische somatische, psychologische en psychiatrische benadering die verzekerd moet kunnen worden binnen elke functie van het netwerk.

Een psychiatrische noodsituatie bevat een aspect van urgentie betreffende psychiatrische pathologieën waarvoor specifieke residentiële opvangmodaliteiten noodzakelijk zijn.

De vijfde functie: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is

De vijfde functie heeft betrekking op de ontwikkeling van specifieke woonplaatsen voor personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek. Het gaat om personen met beperkte mogelijkheden tot integratie in de maatschappij.

Deze woonvormen hebben als doel de organisatie van het dagelijkse leven te ondersteunen.

Uiteindelijk is het de bedoeling om de integratie van deze patiënten in de maatschappij te vergemakkelijken. Dat gebeurt via geïndividualiseerde programma's die rekening houden met de autonomiebehoeften van de personen in kwestie.

Deze programma's zijn geïntegreerd in de samenleving. Ze worden georganiseerd in de vorm van beschermde woonplaatsen/beschut wonen, gesuperviseerde appartementen of elke andere aangepaste woonvorm (Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, sd.).

Bijlage 3 : Vragenlijsten

Initiatie zorg

Van wie ontvangt U vragen met betrekking tot een zorgbehoefte? Met andere woorden : wie zijn de zorgvraagstellers?

Apotheker
Behandelende specialist
Beschut Wonen-organisatie
CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg)
Ergotherapeut
Familielid (v.d. zorgvrager)
Gemeentelijke diensten
GTB (Gespecialiseerde Traject Begeleiding)
Huisarts
Huisartsenkring
Kennis (v.d. zorgvrager)
Kinesist
Leverancier Bandagist
Leverancier Hulpmiddelen
Leverancier Sociale Contacten en Vrije Tijd
Mantelzorger
Mantelzorgorganisatie
Mobiele Teams
Patiënt / Cliënt
Patiëntenorganisatie
Provinciale Overheid
Service Flat-organisatie
Sociale Dienst Ziekenhuis
Sociale Dienst OCMW
Sociale Dienst Psychiatrie
Sociale Dienst Woonzorgcentrum
Team Ziekenhuis
Team Woonzorgcentrum
Verpleegkundigenorganisatie
Verpleegkundige
Verzorger
Verzorger regio
(Voorlopig) bewindvoerder

Zorgverzekering

Andere :

Indien de zorgvraagsteller niet de patiënt/cliënt is, weet u dan in wiens naam de vraag gesteld is?

Apotheker

Behandelende specialist

Beschut Wonen-organisatie

CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg)

Ergotherapeut

Familieid (v.d. zorgvrager)

Gemeentelijke diensten

GTB (Gespecialiseerde TrajectBegeleiding)

Huisarts

Huisartsenkring

Kennis (v.d. zorgvrager)

Kinesist

Leverancier bandagist

Leverancier Hulpmiddelen

Leverancier Sociale Contacten en Vrije Tijd

Mantelzorger

Mantelzorgorganisatie

Mobiele Teams

Patiënt / Cliënt

Patiëntenorganisatie

Provinciale Overheid

Service Flat-organisatie

Sociale Dienst Ziekenhuis

Sociale Dienst OCMW

Sociale Dienst Psychiatrie

Sociale Dienst Woonzorgcentrum

Team Ziekenhuis

Team Woonzorgcentrum

Verpleegkundigenorganisatie

Verpleegkundige

Verzorger

Verzorger regio

(Voorlopig) bewindvoerder

Zorgverzekering

Andere :

Wordt de privacy van de betrokkene verzekerd?

Ja

Neen

Niet altijd

Waarom wordt de zorgvraag gesteld?

Om een zorgcomponent te verwerven

Om informatie te verwerven

Om langer thuis te blijven

Om sociaal contact te verwerven

Omwille van een ongerustheid

Andere :

Registreert u de zorgvraag?

Logboek

ICT applicatie lokaal

ICT applicatie web

Zonder registratie

Andere :

Via welk communicatiekanaal wordt de zorgvraag gesteld?

Brief

E-mail

Facebook

Face-to-face

Sms

Telefonisch

Twitter

Website

Whatsapp

Andere :

Voor welke zorgcomponenten krijgt u vragen?

Eten

Drank

Kookhulp

Thuisleveringen

Warme maaltijden

Alle

Mobiliteit

Hulpmiddelen

Aanpassingen hulpmiddelen

Taxidiensten

Alle

Sociale Contacten en Vrije Tijd

Dagcentrum

Hobbyclub

Vrienden

Wijkcentra

Alle

Vrije Tijd

Activiteiten

In&uit

Uitstappen

Vermaak

Alle

Verzorging

Apparatuur

Huisartsbezoek

Medicatie

Thuisverpleging

Verbruiksgoederen

Alle

Wonen

Huisvesting

Poetshulp

Thuiszorg

Alle

Alle

Heeft de zorgvraagsteller al een duidelijk idee over de verschillende zorgcomponenten waarvoor hij/zij een oplossing zoekt?

Ja

Neen

Niet altijd

Bent u zelf in staat om voor de zorgvraag onmiddellijk een oplossing te formuleren?

Ja

Neen

Niet altijd

Wat onderneemt u wanneer u zelf niet in staat bent een oplossing te formuleren?

Doorverwijzen

Naar wie verwijst u dan door?

Apotheker

Behandelende specialist

Beschut Wonen-organisatie

CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg)

Ergotherapeut

Familielid (v.d. zorgvrager)

Gemeentelijke diensten

GTB (Gespecialiseerde TrajectBegeleiding)

Huisarts

Huisartsenkring

Kennis (v.d. zorgvrager)

Kinesist

Leverancier Bandagist

Leverancier Hulpmiddelen

Leverancier Sociale Contacten en Vrije Tijd

Mantelzorger

Mantelzorgorganisatie

Mobiele Teams

Patiënt / Cliënt

Patiëntenorganisatie

Provinciale Overheid

Service Flat-organisatie

Sociale Dienst Ziekenhuis

Sociale Dienst OCMW

Sociale Dienst Psychiatrie

Sociale Dienst Woonzorgcentrum

Team Ziekenhuis

Team Woonzorgcentrum

Verpleegkundigenorganisatie

Verpleegkundige
Verzorger
Verzorger regio
(Voorlopig) bewindvoerder
Zorgverzekering
Andere :

Hoe verwijst u door?

Brief
E-mail
Facebook
Face-to-face
Sms
Telefonisch
Twitter
Website
Whatsapp
Andere :

Later opzoeken
Onbeantwoord laten
Andere :

Niet van toepassing

Tegen wanneer verwacht de zorgvraagsteller een oplossing?

Onmiddellijk
Geplande termijn < 1 maand
Geplande termijn > 1 maand
Onbepaalde termijn
Andere :

Ervaart u moeilijkheden met het ontvangen van de zorgvraag?

Ja
Neen
Niet altijd

Welke moeilijkheden ervaart u?

Aanwezigheid
Budgetbeperkingen
Buiten werkkerrein

Communicatiekanaal
Gevoeligheid
Haalbaarheid
Jargon
Kwaliteit
Privacy
Taal
Urgentie
Andere :
Niet van toepassing

Hulpmiddelen

Hebt u rechtstreeks contact met de patiënt/cliënt i.v.m. een behoefte aan hulpmiddelen?

Ja
Neen
Niet altijd

Met wie hebt u dan wel contact?

Apotheker
Behandelende specialist
Beschut Wonen-organisatie
CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg)
Ergotherapeut
Familielid (v.d. zorgvrager)
Gemeentelijke diensten
GTB (Gespecialiseerde TrajectBegeleiding)
Huisarts
Huisartsenkring
Kennis (v.d. zorgvrager)
Kinesist
Leverancier Bandagist
Leverancier Hulpmiddelen
Leverancier Sociale Contacten en Vrije Tijd
Mantelzorger
Mantelzorgorganisatie
Mobiele Teams
Patiënt / Cliënt

Patiëntenorganisatie
Provinciale Overheid
Service Flat-organisatie
Sociale Dienst Ziekenhuis
Sociale Dienst OCMW
Sociale Dienst Psychiatrie
Sociale Dienst Woonzorgcentrum
Team Ziekenhuis
Team Woonzorgcentrum
Verpleegkundigenorganisatie
Verpleegkundige
Verzorger
Verzorger regio
(Voorlopig) bewindvoerder
Zorgverzekering
Andere :

Heeft de zorgvraagsteller een duidelijk beeld van welke hulpmiddelen noodzakelijk zijn voor de patiënt/cliënt?

Ja
Neen
Niet altijd

Is er een duidelijke definitielijst (=nomenclatuur) voor alle hulpmiddelen?

Ja
Neen
Niet altijd

Wordt het voorstel van hulpmiddel steeds aanvaard door de patiënt/cliënt?

Nooit (0%)
Soms (<20%)
Meestal (>70%)
Regelmatig (20%-70%)
Altijd (100%)

In hoeverre is de wens van de zorgvrager sturend om het type hulpmiddel?

Nooit (0%)
Soms (<20%)
Meestal (>70%)
Regelmatig (20%-70%)

Altijd (100%)

Wordt er rekening gehouden met de wensen van de zorgvrager?

Ja

Neen

Niet altijd

In hoeverre is de gekozen oplossing afhankelijk van gemaakte keuzes voor andere zorgcomponenten?

Eten

Drank

Kookhulp

Thuisleveringen

Warme maaltijden

Alle

Mobiliteit

Hulpmiddelen

Aanpassingen hulpmiddelen

Taxidiensten

Alle

Sociale Contacten en Vrije Tijd

Dagcentrum

Hobbyclub

Vrienden

Wijkcentra

Alle

Vrije Tijd

Activiteiten

In&uit

Uitstappen

Vermaak

Alle

Verzorging

Apparatuur

Huisartsbezoek

Medicatie

Thuisverpleging

Verbruiksgoederen

Alle

Wonen

Huisvesting

Poetshulp

Thuiszorg

Alle

Alle

Hoe wordt het aanbod van hulpmiddelen georganiseerd?

Per regio

Per zuil

Andere :

Hebt u een volledig overzicht van de aanbieders van de betrokken hulpmiddelen?

Ja

Neen

Niet altijd

Hebt u up-to-date inzicht over de beschikbaarheid van het hulpmiddel?

Ja

Neen

Hoe komt u dan te weten wat er beschikbaar is?

Niet altijd

Hoe hoog is de beschikbaarheid van het aanbod?

Nooit (0%)

Soms (<20%)

Meestal (>70%)

Regelmatig (20%-70%)

Altijd (100%)

Hebt u up-to-date inzicht in de kostprijs van het aanbod?

Ja

Neen

Niet altijd

Hebt u up-to-date inzicht in de kwaliteit van het aanbod?

Ja

Neen

Niet altijd

Hoe snel moet het hulpmiddel beschikbaar zijn?

- Onmiddellijk
- Geplande termijn < 1 maand
- Geplande termijn > 1 maand
- Onbepaalde termijn
- Andere :

In welke mate houdt u rekening met de wensen van de zorgvrager op het lak van prijs en kwaliteit?

- Nooit (0%)
- Soms (<20%)
- Meestal (>70%)
- Regelmatig (20%-70%)
- Altijd (100%)

Hoe plant of reserveert u de oplossing in de praktijk?

- Brief
- E-mail
- Facebook
- Face-to-face
- Sms
- Telefonisch
- Twitter
- Website
- Whatsapp
- Andere :

Bent u betrokken in het aankoop- of huurproces?

- Ja
- Neen
- Niet altijd

Wordt u op de hoogte gehouden van de effectieve opstart/levering van het hulpmiddel?

- Ja
- Neen
- Niet altijd

Hoe dikwijls ervaart u problemen met de opstart van de gekozen zorgoplossing?

- Nooit (0%)

Soms (<20%)
Meestal (>70%)
Regelmatig (20%-70%)
Altijd (100%)

Wonen

Hebt u rechtstreeks contact met de patiënt/cliënt i.v.m. woonbehoefte?

Ja
Neen
Niet altijd

Met wie hebt u dan wel contact?

Apotheker
Behandelende specialist
Beschut Wonen-organisatie
CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg)
Ergotherapeut
Familielid (v.d. zorgvrager)
Gemeentelijke diensten
GTB (Gespecialiseerde TrajectBegeleiding)
Huisarts
Huisartsenkring
Kennis (v.d. zorgvrager)
Kinesist
Leverancier Bandagist
Leverancier Hulpmiddelen
Leverancier Sociale Contacten en Vrije Tijd
Mantelzorger
Mantelzorgorganisatie
Mobiele Teams
Patiënt / Cliënt
Patiëntenorganisatie
Provinciale Overheid
Service Flat-organisatie
Sociale Dienst Ziekenhuis
Sociale Dienst OCMW
Sociale Dienst Psychiatrie
Sociale Dienst Woonzorgcentrum

Team Ziekenhuis
Team Woonzorgcentrum
Verpleegkundigenorganisatie
Verpleegkundige
Verzorger
Verzorger regio
(Voorlopig) bewindvoerder
Zorgverzekering
Andere :

Heeft de zorgvraagsteller een correct inzicht in de woonbehoefte?

Ja
Neen
Niet altijd

Is zijn vraag realistisch en haalbaar?

Ja
Neen
Niet altijd

Beschik je over een lijst van verschillende woonvormen die je kan voorstellen aan de zorgvraagsteller?

Ja
Neen
Niet altijd

Beschik je over een scenario om op basis van de zorgbehoefte een woonoplossing voor te stellen?

Ja
Neen
Niet altijd

Welke aspecten bepalen de woonvormkeuze?

Budget
Kwaliteit
Beschikbaarheid
Andere :

Is er voldoende inzicht over de totaliteit en de consistentie van de verschillende zorgcomponenten die beschikbaar zijn in een specifieke woonzorgvorm om tot een optimale woonvorm te komen?

Ja

Neen

Niet altijd

Hebt u inzicht van het aanbod van de woonoplossing?

Ja

Neen

Niet altijd

Maak je gebruik van een sociale kaart?

Ja

Neen

Niet altijd

Hoe is de sociale kaart georganiseerd?

Hebt u up-to-date inzicht over de beschikbaarheid van het aanbod voor de verschillende woonvormen?

Ja

Neen

Hoe komt u te weten wat er beschikbaar is?

Niet altijd

Is er voldoende beschikbaarheid?

Ja

Neen

Niet altijd

Hebt u up-to-date inzicht in de kostprijs van het aanbod?

Ja

Neen

Niet altijd

Hebt u up-to-date inzicht in de kwaliteit van het aanbod?

Ja

Neen

Niet altijd

Hoe snel moet de woonoplossing kunnen ingaan?

Onmiddellijk

Geplande termijn < 1 maand

Geplande termijn > 1 maand

Onbepaalde termijn

Andere :

Hoe plant of reserveert u de oplossing in de praktijk in?

Brief

E-mail

Facebook

Face-to-face

Sms

Telefonisch

Twitter

Website

Whatsapp

Andere :

Neemt u zelf initiatief om de oplossing op te starten?

Ja

Neen

Niet altijd

Wordt u op de hoogte gehouden van de effectieve start van de zorgoplossing?

Ja

Neen

Niet altijd

Hoe dikwijls ervaart u problemen met de opstart van de gekozen woonoplossing?

Nooit (0%)

Soms (<20%)

Meestal (>70%)

Regelmatig (20%-70%)

Altijd (100%)

Bent betrokken in het aankoop- of huurproces?

Ja

Neen

Niet altijd

Sociale contacten en vrije tijd

Hebt u rechtstreeks contact met de patiënt/cliënt i.v.m. de behoefte aan Sociale Contacten en Vrije Tijd?

Ja

Neen

Niet altijd

Met wie hebt u dan wel contact?

Apotheker

Behandelende specialist

Beschut Wonen-organisatie

CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg)

Ergotherapeut

Familieid (v.d. zorgvrager)

Gemeentelijke diensten

GTB (Gespecialiseerde TrajectBegeleiding)

Huisarts

Huisartsenkring

Kennis (v.d. zorgvrager)

Kinesist

Leverancier Bandagist

Leverancier Hulpmiddelen

Leverancier Sociale Contacten en Vrije Tijd

Mantelzorger

Mantelzorgorganisatie

Mobiele Teams

Patiënt / Cliënt

Patiëntenorganisatie

Provinciale Overheid

Service Flat-organisatie

Sociale Dienst Ziekenhuis

Sociale Dienst OCMW

Sociale Dienst Psychiatrie

Sociale Dienst Woonzorgcentrum

Team Ziekenhuis

Team Woonzorgcentrum

Verpleegkundigenorganisatie

Verpleegkundige
Verzorger
Verzorger regio
(Voorlopig) bewindvoerder
Zorgverzekering
Andere :

Heeft de zorgvraagsteller een duidelijk beeld van de behoefte van de patiënt/cliënt m.b.t. SC en VT?

Ja
Neen
Niet altijd

Beschik je over een lijst van mogelijkheden binnen je organisatie voor SC en VT?

Ja
Neen
Niet altijd

Kan o.b.v. het profiel van de patiënt/cliënt (leeftijd-mobiliteit-gezinssituatie-opleiding-...), afgeleid worden welk type dienst voor SC en VT zinvol is?

Ja
Neen
Niet altijd

In hoeverre is de wens van de zorgvrager sturend om het type oplossing te definiëren?

Nooit (0%)
Soms (<20%)
Meestal (>70%)
Regelmatig (20%-70%)
Altijd (100%)

Hoe wordt het aanbod van de oplossing georganiseerd?

Per regio
Per zuil
Andere :

Hebt u een volledig overzicht van het aanbod omtrent SC en VT?

Ja
Neen

Niet altijd

Hebt u up-to-date inzicht over de beschikbaarheid van het aanbod?

Ja

Neen

Hoe komt u dan te weten wat er beschikbaar is?

Niet altijd

Is er voldoende beschikbaarheid van het aanbod?

Ja

Neen

Niet altijd

Hebt u up-to-date inzicht in de kostprijs van het aanbod?

Ja

Neen

Niet altijd

Hebt u up-to-date inzicht in de kwaliteit van het aanbod?

Ja

Neen

Niet altijd

Hoe snel moet de zorgoplossing kunnen ingaan?

Onmiddellijk

Geplande termijn < 1 maand

Geplande termijn > 1 maand

Onbepaalde termijn

Andere :

In welke mate houdt u rekening met de wensen van de zorgvrager omtrent prijs en kwaliteit?

Nooit (0%)

Soms (<20%)

Meestal (>70%)

Regelmatig (20%-70%)

Altijd (100%)

Hoe plant of reserveert u de oplossing in de praktijk in?

Brief

E-mail
Facebook
Face-to-face
Sms
Telefonisch
Twitter
Website
Whatsapp
Andere :

Neemt u zelf het initiatief om de oplossing op te starten?

Ja
Neen
Niet altijd

Wordt u op de hoogte gehouden van de effectieve opstart van de oplossing?

Ja
Neen
Niet altijd

Hoe dikwijls ervaart u problemen met de opstart van de gekozen oplossing?

Nooit (0%)
Soms (<20%)
Meestal (>70%)
Regelmatig (20%-70%)
Altijd (100%)

Medicatie

Hebt u rechtstreeks contact met de patiënt/cliënt i.v.m. behoefte aan medicatievoorzieningen?

Ja
Neen
Niet altijd

Met wie hebt u dan wel contact?

Apotheker
Behandelende specialist
Beschut Wonen-organisatie
CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg)
Ergotherapeut

Familielid (v.d. zorgvrager)
Gemeentelijke diensten
GTB (Gespecialiseerde TrajectBegeleiding)
Huisarts
Huisartsenkring
Kennis (v.d. zorgvrager)
Kinesist
Leverancier Bandagist
Leverancier Hulpmiddelen
Leverancier Sociale Contacten en Vrije Tijd
Mantelzorger
Mantelzorgorganisatie
Mobiële Teams
Patiënt / Cliënt
Patiëntenorganisatie
Provinciale Overheid
Service Flat-organisatie
Sociale Dienst Ziekenhuis
Sociale Dienst OCMW
Sociale Dienst Psychiatrie
Sociale Dienst Woonzorgcentrum
Team Ziekenhuis
Team Woonzorgcentrum
Verpleegkundigenorganisatie
Verpleegkundige
Verzorger
Verzorger regio
(Voorlopig) bewindvoerder
Zorgverzekering
Andere :

Meent u dat de zorgvraagsteller een duidelijk beeld heeft van de verschillende wettelijke aanlevervormen van medicatie?

Ja

Neen

Niet altijd

Meent u dat de zorgvraagsteller een duidelijk beeld heeft van het belang van de juiste toedieningsvorm van de medicatie?

Ja
Neen
Niet altijd

Is de zorgvraagsteller op de hoogte van het bestaan van generische producten?

Ja
Neen
Niet altijd

Meent u dat de zorgvraagsteller op de hoogte is van het feit dat andere medicatieschema's een invloed kunnen hebben?

Ja
Neen
Niet altijd

Meent u dat de zorgvraagsteller weet waar hij terecht kan met vragen i.v.m. medicatie?

Ja
Neen
Niet altijd

Beschikt u over voldoende informatie om de zorgvraagsteller een antwoord te kunnen geven met betrekking tot de juiste toedieningsvormen van de medicatie?

Ja
Neen
Niet altijd

Meent u dat de zorgvraagsteller op de hoogte is van de wettelijk geregelde mandaatwerking?

Ja
Neen
Niet altijd

Is de zorgvraagsteller op de hoogte van de ziekteverzekeringsmodaliteiten (bv. Terugbetaling, attesten,...) ?

Ja
Neen
Niet altijd

Denkt u dat verstrekte informatie correct doorvloeit tot bij de patiënt/cliënt?

Ja

Neen

Niet altijd

In hoeverre is de gekozen oplossing afhankelijk van gemaakte keuzes voor andere zorgcomponenten?

Ja

Neen

Niet altijd

Hebt u een volledig overzicht van het beschikbare aanbod van de gekozen oplossing?

Ja

Neen

Niet altijd

Denkt u dat ook niet-wettelijke aanbodkanalen (bv. Internet/buitenland) worden gebruikt door de patiënt/cliënt?

Ja

Neen

Niet altijd

Welke kanalen?

Apothekers buitenland

Internet

Winkelketens buitenland

Zwarte markt

Andere :

Niet van toepassing

Is de zorgvraagsteller op de hoogte van de graad van dringendheid van de beschikbaarheid van medicatie?

Ja

Neen

Niet altijd

