



**Departement Social Work  
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

**De rol van de maatschappelijk assistent in het hulpverleningsproces bij patiënten  
met CVA**

**Door Sofie Collin**

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

**Hasselt  
Academiejaar 2016-2017**





**Departement Social Work  
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

**De rol van de maatschappelijk assistent in het hulpverleningsproces bij patiënten  
met CVA**

**Door Sofie Collin**

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

**Hasselt  
Academiejaar 2016-2017**

## Woord vooraf

Een eindwerk schrijven. Het is niet eenvoudig. Hoe goed een school je er ook op voorbereidt, het is altijd zoeken naar de juiste weg. Dat zoeken heeft voor de nodige verwensingen en het nodige geklaag gezorgd. Maar uiteindelijk durf ik zeggen, dat ik fier ben op het eindresultaat. Het onderzoek heeft mij verplicht om na te denken, over de rol van een maatschappelijk assistent, in een ziekenhuis. Als er één ding is, wat mij nog duidelijker werd, dan is het wel dat je passie moet hebben voor dit beroep en zeker een teamplayer moet zijn. Anders hou je het niet lang vol, volgens mij.

Er hebben heel wat mensen, rechtstreeks en onrechtstreeks, bijgedragen tot dit eindwerk. Het zijn deze personen, die mij mijn doel hebben helpen bereiken. Sommigen stonden mij met raad en daad bij en beantwoordden mijn professionele vragen. Anderen brachten geduld voor mij op en steunden mij moreel. Sommigen, waren regelrecht een voorbeeld. Professionals met een hart voor hun job. Zij waren mijn inspiratie.

Ik wil dan ook graag volgende personen bedanken:

- Feia Vancuyck, de promotor van dit werk
- An Joachims, mijn stagementor
- De professionals die ik mocht interviewen
- Mijn familie en vriend

Echt een welgemeende dank u wel!

Ik wens u veel leesplezier,

Sofie Collin

## **Abstract**

Tijdens de eerste dagen van mijn stage in het Sint-Trudo ziekenhuis kwam ik veel in contact met patiënten, die aan het revalideren waren na een cerebro vasculair accident. CVA is een van de grootste doodsoorzaken in Europa. Ik stelde mij meteen de vraag op welke manier deze patiënten opgevolgd en ondersteund werden. Ik besloot dus een onderzoek te doen, naar de mogelijkheden op gebied van hulpverlening en de rol van de verschillende beroepsgroepen in het hulpverleningsproces. Door interviews met een ergotherapeut, een kinesist, een logopedist, een verpleegkundige en een maatschappelijk assistent, zijn er enkele aandachtspunten naar voor gekomen. In het algemeen kunnen we zeggen dat de hulpverlening goed zit, maar van zodra een patiënt het ziekenhuis verlaat, stopt de opvolging vanuit het ziekenhuis. In een ideale situatie zou de patiënt ook nog opgevolgd moeten worden na ontslag. Door een gebrek aan middelen en mensen is hier jammer genoeg geen ruimte voor. Andere instellingen (OCMW, ziekenfonds, begeleidingscentra, ...) nemen deze opvolging over.

Ik heb aanbevelingen gedaan, zoals het opstellen van een checklist. Deze kan gebruikt worden om na ontslag, aan patiënt of de instelling die de patiënt zal opvolgen, mee te geven. Ook het aanvullen van de infobrochure, zou kunnen bijdragen aan het gericht geven van informatie aan de patiënt.

## **Inhoudsopgave**

Woord vooraf	4
Abstract	5
Inhoudsopgave	6
Lijst met afkortingen	7
Inleiding	6
1. Probleemstelling en onderzoeksvragen	7
2. Bespreking stageplaats	8
3. Theoretisch kader	11
Inleiding	11
3.1 CVA	11
3.1.1 Feiten	11
3.1.2 Gevolgen	12
3.2 Voorzieningen	14
3.2.1 VAPH	14
3.2.2 RIZIV	17
3.2.3 FOD sociale zekerheid	21
3.3 Kerntaken van de sociaal werker in een ziekenhuis	23
Besluit	27
4. Praktijkgedeelte	28
Inleiding	28
4.1 Onderzoeksmethode	28
4.2 Dataverzameling	29
4.3 Resultaten	29
4.4 Conclusies en aanbevelingen	35
Besluit	36
5. Kritische reflectie	37
Bibliografie	38
Bijlagen	40

## Lijst met afkortingen

CVA: Cerebro vasculair accident.

VAPH: Vlaams agentschap voor personen met een handicap

RTH: Rechtstreeks toegankelijke hulp

NRTH: Niet rechtstreeks toegankelijke hulp

BOB: Basisondersteuningsbudget

PVF: Persoonsvolgende Financiering

PVB: Persoonsvolgend Budget

RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

THAB: Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

FOD: Federale overheidsdienst

DOP: Dienst ondersteuningsplan

MA: Maatschappelijk assistent

TIA: Transiente ischemische aanval

MDO: Multidisciplinair overleg

## **Inleiding**

Zoals de titel liet vermoeden, zal dit eindwerk handelen over de voorbereiding van patiënten met een CVA op hun nieuwe situatie. Door mijn stage in het Sint-Trudo ziekenhuis raakte ik, van dichtbij betrokken met de vreselijke gevolgen van een CVA voor zowel patiënt als familie. Hierdoor werd mij als snel duidelijk hoe belangrijk de voorbereiding is, door de maatschappelijk assistent en andere professionals. In mijn eindwerk staat de patiënt centraal. De hulpverlening staat immers in het teken van het welzijn en welbevinden van de patiënt. In mijn onderzoek ben ik dan ook, verschillende professionals gaan interviewen, om een totaalbeeld te krijgen van de hulpverlening rond de patiënt met een CVA. De resultaten van de interviews worden uitvoerig besproken. Om af te sluiten geef ik aanbevelingen die zowel voor patiënt als de maatschappelijk assistent, een meerwaarde kunnen betekenen.



# **1. Probleemstelling en onderzoeksvragen**

De keuze voor mijn onderwerp heb ik gemaakt in samenspraak met mijn stagementor. Ikzelf heb een aanzet gegeven, waarmee we verder aan de slag zijn gegaan.

Uit mijn literatuuronderzoek blijkt dat een CVA één van de belangrijkste doodsoorzaken in Europa is. In België worden jaarlijks ongeveer 20.000 tot 23.000 personen getroffen door CVA. De helft van de patiënten met een CVA sterft binnen het jaar. De overlevenden hebben dikwijls blijvende functionele problemen die leiden tot een verhoogde zorgbehoefte.

Met mijn eindwerk wil ik onderzoeken hoe patiënten voorbereid worden wanneer ze na een CVA in een andere situatie terechtkomen.

Uiteindelijk ben ik gekomen tot de volgende onderzoeksvraag:

“Hoe bereiden de sociaal werkers van de afdeling neurologie en revalidatie van het Sint-Trudo ziekenhuis patiënten voor, die na een CVA in een andere fysieke en sociale situatie terechtkomen?”

Meestal hebben cva patiënten, niet alleen te kampen met een veranderde fysiek en zelfs karakter maar blijven ze ook werkonbekwaam en hulpbehoevend. Zijzelf en hun naasten zullen zich moeten aanpassen aan de nieuwe situatie. Vaak dienen er ook aanpassingen te gebeuren aan de woning. Er zal zich dus een grote behoefte vormen, naar zowel financiële als deskundige hulp van verschillende organisaties. Het is aan de maatschappelijk assistent van het ziekenhuis om de brug te vormen tussen de zorg in het ziekenhuis en de nieuwe thuissituatie.

Mijn deelvragen heb ik gekozen ter verheldering van mijn onderzoeksvraag. Mijn deelvragen luiden als volgt:

1. Wat is een CVA?
2. Wat zijn de gevolgen?
3. Waar hebben patiënten met een CVA recht op?
4. Hoe gebeurt de doorverwijzing naar externe partners?
5. Wanneer stopt de begeleiding vanuit het ziekenhuis?

De eerste drie vragen zal ik verduidelijken in mijn literatuurstudie. De laatste twee vragen zullen beantwoord worden wanneer ik aan mijn onderzoek begin.

## **2. Bespreking stageplaats**

Mijn laatstejaarsstage loop ik op de sociale dienst in het Sint-Trudo ziekenhuis in Sint-Truiden. Om te beginnen geef ik een korte toelichting over het Sint-Trudo ziekenhuis. Hierna ga ik dieper in op de werking van de sociale dienst.

Voor mijn eindwerk zijn de afdeling neurologie en revalidatie het meest van belang. Deze zal ik dan ook uitgebreid bespreken.

### **Sint-Trudo ziekenhuis**

Het Sint-Trudo Ziekenhuis is een modern, volledig vernieuwd en financieel gezond ziekenhuis met 310 erkende bedden, ruim 800 medewerkers en een 120-tal artsen. Sinds de sluiting van campus Sint-Anna (Stenaertberg) eind januari 2013 zijn alle afdelingen en diensten samengebracht op de Diestersteenweg 100 en is, na de fusie van de Sint-Annakliniek en het Sint-Jozefziekenhuis in 1991, ook de architecturale eenmaking van beide ziekenhuizen een feit.

Als autonoom ziekenhuis is Sint-Trudo stevig verankerd in de regio en biedt het kwaliteitsvolle zorg via een multidisciplinaire en patiëntgerichte benadering. Kwaliteit, patiëntveiligheid, professionalisme en een vriendelijke en respectvolle omgang met de patiënten staan hierbij centraal.

Met een ruim zorgaanbod en een persoonlijke, klantvriendelijke en christelijke benadering speelt het Sint-Trudo Ziekenhuis in op de noden van patiënten uit de regio Zuidwest Limburg en zuidelijk Vlaams-Brabant. Naast de klassieke basisdiensten binnen de geneeskunde, heilkunde, moeder-kindzorg en ouderenzorg, omvat het medisch aanbod van het Sint-Trudo Ziekenhuis ook meer gespecialiseerde diensten zoals nierdialyse, modern revalidatiecentrum, inwendig en geriatrisch dagziekenhuis, heilkundig dagcentrum voor ambulante chirurgische ingrepen, afdeling functiemetingen waar ambulante onderzoeken en behandelingen worden gecentraliseerd, intensieve zorgen, radiologie, klinisch laboratorium, pijnkliniek, eenheid voor beroertezorg, slaaplabo, borstcentrum, spoedgevallen met MUG en 100 ziekenwagendienst.<sup>1</sup>

### **Sociale dienst**

De sociale dienst wil een brug slaan tussen thuis en ziekenhuis. 'Ziek zijn' raakt mensen en hun omgeving immers in alle domeinen van het dagelijks leven.

Waarschijnlijk rijzen er bij een ziekenhuisopname vele vragen. Patiënten en hun familie

---

<sup>1</sup> Sint-Trudo Ziekenhuis, 2016, geraadpleegd op 2 november 2016 via <http://www.sint-trudo.be/nl/getpage.asp?i=2>

kunnen in het Sint-Trudo ziekenhuis terecht voor:

1. psychosociale begeleiding en ondersteuning
2. wegwijs in de sociale voorzieningen (aanvragen tegemoetkomingen ...)
3. hulp bij administratie (ziekteverzekering, borgstelling ...)
4. ontslagvoorbereiding (wat is er nodig om een terugkeer naar de thuissituatie haalbaar te maken?)
5. organisatie van de thuiszorg (thuisverpleging, gezinshulp, warme maaltijden ...)
6. praktische en materiële vragen (vervoer, tolken, uitleenmateriaal ...)
7. doorverwijzing naar andere, meer gespecialiseerde diensten, naar residentiële opvang (rusthuis, revalidatiecentrum, hersteloord ...)

Aan elke afdeling in het ziekenhuis is een sociaal werker verbonden.

De tussenkomst van de sociale dienst is kosteloos.<sup>2</sup>

### **Afdeling G30 (neurologie en nefrologie)**

Op de afdeling G30 worden patiënten behandeld met:

- neurologische aandoeningen: veel van deze patiënten vertonen slik- en/of spraakproblemen
  
- nefrologische aandoeningen: aandacht vooral voor vocht- en voedselinname

Onder neurologische aandoeningen wordt verstaan:

CVA of TIA, vertigo, hersenbloeding, hersentumor, meningitis viraal of bacterieel, multiple sclerose, polyneuritis-polyneuropathie, ziekte van Guillain Barré, ALS = amyotrofische lateraalsclerose, ziekte van Parkinson, commotio cerebri of contusio cerebri, epiduraal/subduraal hematoom, perifere/centrale facialisverlamming, epilepsie, depressie, intoxicatie, acute verwardheid, acute psychose, dementie, ethylisme, slaapstoornissen.

Patiënten met een CVA of andere vasculaire pathologie kunnen de eerste dagen worden opgenomen op de bewakingskamer voor beroertezorg. Hier is een verhoogd toezicht en continue monitoring van alle vitale functies. De behandeling van deze patiënten verloopt multidisciplinair en volgens welbepaalde en vooraf vastgelegde protocols. Onder nefrologische aandoeningen wordt verstaan:

dialysepatiënten: hemodialyse, CAPD (chronische ambulante peritonaal dialyse)

---

<sup>2</sup> Sint-Trudo Ziekenhuis, 2016, geraadpleegd op 2 november 2016 via <http://www.sint-trudo.be/nl/getpage.asp?i=87>

diabetes: op punt stellen van glycemie, acute of chronische nierinsufficiëntie, reumatische aandoeningen, over (onder) vulling.<sup>3</sup>

### **Afdeling Z2 revalidatie**

Missie : “Een optimale re-integratie in de maatschappij rekening houdend met de aanwezige beperkingen”.

Een revalidatieafdeling is een dienst waar patiënten met een lichamelijke en/of geestelijke beperking ten gevolge van een ziekte/aandoening of ongeval revalideren. De doelstelling is om de patiënten/revalidanten een zo groot mogelijke zelfstandigheid te laten verwerven binnen onze maatschappij, ondanks hun eventuele beperkingen. Dit wil de afdeling bereiken door hen te stimuleren door middel van training. Deze training uit zich in de therapieën en de begeleiding van het voltallige revalidatieteam.

Hierbij is een multidisciplinaire aanpak van groot belang. Dit wil zeggen dat alle disciplines (revalidatieartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeut, logopediste, sociaal assistente en psychologe) gaan samenwerken. Het multidisciplinair team zal trachten bij te dragen tot een zo gunstig mogelijk verloop van de revalidatie.

Naast een specialistische aanpak van de therapeuten is de infrastructuur eveneens voorzien voor specifieke revalidatie van patiënten met neurologische en locomotorische aandoeningen. Door dit geheel van interacties tussen de revalidant, de revalidatieafdeling en zijn omgeving, bestaat er geen standaard- therapie en dient iedere revalidant een aparte benadering te krijgen. Het opstellen van een individueel therapeutisch schema en een multidisciplinaire benadering is hierbij onmisbaar.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Sint-Trudo Ziekenhuis, 2016, geraadpleegd op 3 november 2016 via [http://www.sint-trudo.be/downloads/introductiebrochure%20G30\\_0812.pdf](http://www.sint-trudo.be/downloads/introductiebrochure%20G30_0812.pdf)

<sup>4</sup> Sint-Trudo Ziekenhuis, 2016, geraadpleegd op 3 november 2016 via <http://www.sint-trudo.be/downloads/Onthaalfolder%20revalidatieafdeling%20Z2.pdf>

### 3. Theoretisch kader

#### Inleiding

Vanuit de literatuur tracht ik een antwoord te formuleren op mijn deelvragen. Dit heb ik gedaan door gebruik te maken van informatie die ik vond in vakliteratuur, op het internet en in brochures. Dit met als doel meer te weten te komen over een CVA, de gevolgen en voorzieningen, om zo een goede basis te hebben vooraleer ik begin aan mijn onderzoek.

#### 3.1 CVA

CVA is de afkorting van cerebro vasculair accident. Dit wordt letterlijk vertaald als een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen. In de volksmond wordt een CVA ook wel een beroerte genoemd.

Er zijn twee vormen te onderscheiden: een herseninfarct of een hersenbloeding.

Een herseninfarct (hemorragisch cerebrovasculair accidentis) is de meest voorkomende vorm (80%). De hersenen krijgen te weinig zuurstof, door verstopping van een bloedvat. Deze verstopping kan veroorzaakt worden door aderverkalking of een bloedklonter.

Een hersenbloeding (ischemisch cerebrovasculair accident) komt minder vaak voor (20%). Hierbij hoopt bloed zich op in de hersenen. Dit komt door het scheuren of openknappen van een bloedvat in de hersenen.<sup>5 6</sup>

##### 3.1.1 Feiten

(Hersen)beroertes behoren wereldwijd tot de belangrijkste doodsoorzaken. Jaarlijks sterven gemiddeld 1,24 miljoen mensen in Europa waarvan 508.000 in de Europese Unie (EU) ten gevolge van een beroerte. CVA is hiermee de tweede meest voorkomende doodsoorzaak in Europa.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Gezondheid.be, 2015, geraadpleegd op 5 oktober 2016 via [http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art\\_id=18612](http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=18612)

<sup>6</sup> Beroerte Adviescentrum, 2012, geraadpleegd op 8 oktober 2016 via [http://www.beroerteadviescentrum.nl/patienten/wat\\_is\\_een\\_tia\\_en\\_wat\\_is\\_een\\_cva](http://www.beroerteadviescentrum.nl/patienten/wat_is_een_tia_en_wat_is_een_cva)

<sup>7</sup> Steven Allender (2008). European cardiovascular disease statistics, geradpleegd op 22 december 2016 via <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30020501/allender-europeancardiovascular-2008.pdf>

Het jaarlijks aantal nieuwe gevallen van CVA in België wordt geschat op 20.000-23.000 personen. De incidentie van beroerte bij patiënten ouder dan 25 jaar in België werd in het jaar 2005 geschat op 22.723 personen.<sup>8</sup> Zes procent van de patiënten die een beroerte krijgen, overlijden binnen de 24 uur na het CVA. Een derde (29%) zal sterven binnen een maand en bijna de helft (47%) zal binnen het jaar overlijden. Eén jaar na het CVA is de helft van de vrouwen overleden tegen 44% van de mannen. De mortaliteit stijgt met de leeftijd en is hoger dan 50% bij 80-plussers.

Dit betekent voor België dat er jaarlijks bijna 11.000 mensen sterven ten gevolge van CVA. Zelfs met een optimale zorg voor patiënten na een beroerte, zullen ongeveer 30% tot 50% van deze patiënten blijvende fysieke beperkingen hebben en zullen hulp en assistentie nodig hebben van derden voor de dagelijkse activiteiten.

Voor de Belgische populatie komt dit overeen met jaarlijks ongeveer 7000 nieuwe patiënten met fysieke beperkingen. De leeftijd is een bepalende factor na beroerte; hoe hoger de leeftijd, hoe meer kans op zware en blijvende beperkingen.<sup>9</sup>

### 3.1.2 Gevolgen<sup>10</sup>

Een CVA kan verschillende gevolgen hebben. Om deze beter te begrijpen, is het belangrijk te weten dat de linkerkant van onze hersenen (linker hemisfeer) de rechterkant van ons lichaam bestuurt en dit ook omgekeerd, de rechter hemisfeer bestuurt de linkerkant van ons lichaam.<sup>11</sup>

#### *Lichamelijk*

Na een beroerte is er kans op verlamming:

- Hemiplegie of halfzijdige verlamming: wanneer de motorische uitval volledig is aan de linker of rechterzijde.
- Hemiparese: wanneer de mogelijkheid tot beweging nog enigszins aanwezig is.

---

<sup>8</sup> Patrice Laloux (2003). Cost of Acute Stroke, geraadpleegd op 26 december 2016 via <http://www.actaneurologica.be/acta/download/2003-2/03-laloux.pdf>

<sup>9</sup> H. Kulbertus, W. van Mieghem, 2006. Atherosclerose Atherotrombose

<sup>10</sup> Sander Ombelets (2016). Persoonlijk Ontwikkelingsplan, Sint-Trudo ziekenhuis, Sint-Truiden

<sup>11</sup> Jenny Palm (2011). Leven na een beroerte (2<sup>de</sup> druk) Houten, Bohn Stafleu van Loghum, pagina 53

- Halfzijdige gevoelsstoornissen: komen vrijwel altijd voor aan de kant van de verlamming. Afhankelijk van persoon tot persoon kan het verschillen welk gevoel verminderd is (pijn, warmte, koude, houding, beweging, tast).
- Hemianopsie: wanneer één helft van het gezichtsveld is uitgevallen. De oorzaak hiervan ligt in de hersenbeschadiging, er is niets mis met de ogen.

### *Cognitief*

Er kunnen zich gevolgen voordoen op het gebied van communicatie:

- Afasie is een taalstoornis. Er zijn problemen met de taal. Deze problemen kunnen zich uiten in het spreken, het begrijpen van taal, en in het lezen en schrijven. De problemen kunnen licht tot zeer ernstig zijn.<sup>12</sup>
- Agnosie is een herkenningstoornis. Iemand neemt wel waar dát er iets is maar herkent niet wát het is. Het probleem zit in dit geval niet in de zintuigen maar in de verwerking van de waarneming door de hersenen.<sup>13</sup>
- Dysartrie is een spraakstoornis. Er zijn problemen met het spreken. De spieren die instaan voor de spraak werken niet meer goed, waardoor de verstaanbaarheid verminderd is.<sup>14</sup>

Naast communicatie zijn er cognitief nog een aantal gevolgen:

- Apraxie is een probleem in het plannen van handelingen. De persoon kan de handeling vaak wel nog spontaan uitvoeren, maar ondervindt problemen als dezelfde handeling op vraag moet uitgevoerd worden. Zowel mond-, tong- en gelaatsbewegingen als bewegingen van ledematen kunnen hierdoor moeilijk zijn.
- Neglect (links, rechts):  
Minder aandacht voor de door de beroerte aangedane lichaamszijde en de ruimte daar omheen.

---

<sup>12</sup> UZ Leuven (2016). Informatiebrochure Dysartrie, UZ Leuven, Leuven

<sup>13</sup> btsg.nl, 2016, geraadpleegd op 28 december 2016 via <http://www.btsg.nl/infobulletin/cva/cva%20herkenningstoornissen.html>

<sup>14</sup> UZ Leuven (2016). Informatiebrochure Dysartrie, UZ Leuven, Leuven

- Begrippen links en rechts worden verwisseld.

### *Emotioneel*

Een beroerte heeft een hele impact op een persoon, emotioneel kan dit leiden tot:

- Gebrekkig zelfvertrouwen en somberheid, afgewisseld met machteloze woede.
- Veranderend gevoel voor humor.
- Vlakkerige emoties, waardoor men onverschillig kan overkomen.

### *Gedrag*

Een beroerte heeft ook invloed op het gedrag:

- Langzaam, onzeker en angstig gedrag
- Neiging om zich terug te trekken
- Geen of verminderd ziekte-inzicht
- Impulsiviteit en gejaagdheid

## **3.2 Voorzieningen**

### **3.2.1 VAPH<sup>15</sup>**

Het VAPH biedt personen met een handicap (<65j) de mogelijkheid op ondersteuning om hun leven zelf optimaal te organiseren.

Binnen de tegemoetkomingen van het VAPH is er een onderscheid tussen rechtstreeks toegankelijk hulp en onrechtstreeks toegankelijke hulp.

#### Rechtstreeks toegankelijke hulp

Is er voor iedereen die af en toe ondersteuning nodig heeft (niet handicapspecifieke ondersteuning). Belangrijk is dat je voor RTH geen aanvraag moet indienen bij het VAPH. Sinds 1 januari 2016 kunnen gebruikers van RTH zelf hun pakket samenstellen. De meerderjarigen kunnen beroep doen op “flexibel aanbod meerderjarigen” (FAM). Minderjarigen kunnen terecht bij “multifunctionele centra” (MFC). Deze organisatievormen vertrekken vanuit de vraag van de persoon en niet vanuit hun aanbod.

---

<sup>15</sup> Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, 2016, Hoe een aanvraag indienen bij het VAPH?, VAPH, Brussel



RTH bestaat uit **drie vormen**:

- Begeleiding:** ambulantly of mobiel  
Individuele gesprekken van een tot twee uur.
- Dagopvang:** week- en weekenddagen.  
Zinvolle dagbesteding.
- Verblijf:** nachtopvang tijdens de week en in het weekend.

Om gebruik te maken van deze diensten moet er voldaan worden aan vijf voorwaarden:

1. Een (vermoeden van) handicap hebben.
2. Jonger zijn dan 65 jaar. Indien reeds erkent als een persoon met een handicap door het VAPH, dan speelt leeftijd geen rol.
3. Woonachtig zijn in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
4. Nog geen budget van het VAPH toegekend hebben.
5. Nog geen ondersteuning hebben via flexibel aanbod meerderjarigen (FAM), multifunctionele centra (MFC) of intensieve thuisbegeleiding.

Het VAPH subsidieert de diensten die RTH aanbieden, de hulpbehoevende betaalt zelf een klein deel, de rest neemt het VAPH op zich.

#### Niet rechtstreeks toegankelijke hulp

Is er voor personen met een erkende handicap en vastgestelde ondersteuningsnood.

Het VAPH is volop bezig met de invoer van een nieuw systeem, persoonsvolgende financiering (PVF). Hierbij gaan ze uit van vraag-gestuurde ondersteuning en niet langer vanuit het aanbod.

PVF bestaat uit **twee trappen**:

#### **BOB**

Is bedoeld voor personen met een erkende handicap en een beperkte ondersteuningsnood. Het is een maandelijks bedrag van 300 euro. Het bedrag is vrij besteedbaar. Er moeten dus geen bewijzen van uitbesteding worden bijgehouden. Het BOB wordt uitbetaald door de zorgkassen. Als men recht heeft op een BOB wordt dit automatisch toegekend. Men moet dus zelf geen aanvraag indienen.

Het BOB is combineerbaar met RTH, met de tussenkomsten van het VAPH voor hulpmiddelen en met de tegemoetkomingen van de federale overheid. Het BOB kan niet gecombineerd worden met een PVB.

## **PVB**

Is bedoeld voor personen die door hun handicap intensieve of frequente handicap-specifieke ondersteuning nodig hebben.

Het persoonsvolgend budget (PVB) is een gepersonaliseerd bedrag per jaar waarmee men zorg en ondersteuning kan inkopen binnen zijn eigen netwerk, bij vrijwilligers, individuele begeleiders, professionele zorgverleners en bij door het VAPH vergunde zorgaanbieders.

Om een PVB aan te vragen, moet een ondersteuningsplan PVB ingediend worden. Dat plan brengt duidelijk en gemotiveerd in kaart welke ondersteuning er gevraagd wordt. De persoon met een handicap kan dat plan zelf opstellen, of met hulp van een DOP of een andere instantie zoals de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds.

Een PVB is beschikbaar op drie manieren:

### 1) Cash

De persoon met een handicap krijgt een budget dat hij zelf mag beheren. Hiermee kan hij de nodige ondersteuning organiseren of inkopen. Hij moet wel verantwoording afleggen bij het VAPH.

### 2) Voucher

De persoon met een handicap koopt zijn ondersteuning in bij een zorgaanbieder die door het VAPH vergund is. Het VAPH betaalt de ondersteuning rechtstreeks aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder legt verantwoording af bij het VAPH.

### 3) Combinatie van cash en voucher

De persoon met een handicap krijgt en besteedt een deel in cash de rest spendeert hij met voucher.

## Tegemoetkomingen voor hulpmiddelen en aanpassingen

Het VAPH gaat uit van het principe van de meerkost. Dit wil zeggen dat het VAPH enkel tussenkomt in de bijkomende uitgaven ten aanzien van de kosten die een persoon zonder handicap in gelijkaardige omstandigheden heeft.

Alle soorten hulpmiddelen en aanpassingen waarvoor men bij het VAPH een tegemoetkoming kan krijgen, zijn samengebracht in de zogeheten refertelijst.

Om hier aanspraak op te maken moet men jonger zijn dan 65 jaar en erkend zijn bij het VAPH.

### 3.2.2 RIZIV <sup>16</sup>

Het RIZIV voorziet een tussenkomst in de kosten van mobiliteitshulpmiddelen voor mensen met een beperkte mobiliteit. Het gaat dan om mobiliteitshulpmiddelen zoals:

- manuele rolstoelen
- elektronische rolstoelen
- scooters
- driewiel fietsen
- loophulpmiddelen

De vergoeding van de mobiliteitshulpmiddelen is bestemd voor elke persoon waarbij de mobiliteitsbeperking van definitieve aard is.

De mobiliteitsbeperking kan te wijten zijn aan een fysieke, mentale, cognitieve of psychologische stoornis.

De kosten voor het onderhoud, herstellingen en aanpassingen worden door het VAPH terugbetaald, als er een tegemoetkoming van het RIZIV of VAPH is voor de originele aankoop.

#### 3.2.2.1 Het ziekenfonds

Het ziekenfonds is een verzekering die instaat voor het gedeeltelijk of volledig terugbetalen van sommige ziektekosten en het betalen van een vervangingsinkomen in geval van langdurige ziekte. De ziekenfondsen worden overkoepeld door landsbonden en geleid door het RIZIV (Rijksdienst voor Ziekte en invaliditeitsverzekeringen). Het RIZIV bepaalt welke ziektekosten kunnen terugbetaald worden en welk bedrag mag terugbetaald worden.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Vlaanderen.be, 2016, Hulpmiddelen voor personen met een beperkte mobiliteit, geraadpleegd op 18 oktober 2016 via <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/handicap/hulpmiddelen-voor-personen-met-een-beperkte-mobiliteit>

<sup>17</sup> ziekenfondsenvergelijken.be, 2016, wat is een ziekenfonds?, geraadpleegd op 18 oktober 2016 via <http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/wat-is-een-ziekenfonds/>

### Hulp van derden

Is een aanvullende vergoeding van 20,40 euro per dag voor werknemers en zelfstandigen die een ziekte- of invaliditeitsuitkering ontvangen en om gezondheidsredenen aangewezen zijn op hulp van anderen.<sup>18</sup>

Voorwaarden:

- Minstens drie maanden arbeidsongeschikt zijn.
- Ernstig zorgbehoevend zijn: minstens 11 op 18 punten scoren op de schaal voor zelfredzaamheid. Dit betekent dat je ernstige problemen hebt op het vlak van mobiliteit, huishouding, zelfzorg, communicatie en sociale contacten.

### Arbeidsongeschiktheidsuitkering

Is een vervangingsinkomen voor personen die door ziekte, een ongeluk of een ziekenhuisopname niet in staat zijn om te werken.

Als werknemer (of werkzoekende) en als zelfstandige heeft men recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, wanneer:

- Men door ziekte of een ongeluk niet langer in staat is te werken en daardoor een beroepsinkomen of een werkloosheidsuitkering verliest
- Men voldoet aan een aantal administratieve en medische voorwaarden.

Onder bepaalde voorwaarden kunnen ziekte-uitkeringen gecumuleerd worden met een beroepsinkomen.

Als een persoon aan een beroepsziekte lijdt of een arbeidsongeval heeft gehad, krijgt deze geen arbeidsongevallenuitkering. Daarvoor zijn er andere uitkeringen.<sup>19</sup>

De uitkering wordt betaald:

- Tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid:  
De eerste betaling is ten laatste dertig dagen na de aangifte.  
Daarna op het einde van de maand. De betaling gebeurt ten laatste vijf dagen na het aflopen van de maand.

---

<sup>18</sup> CM.be, 2016, Uitkering hulp van derden, geraadpleegd op 18 oktober 2016 via <http://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/bijkomende-uitkeringen/limburg/hulp-van-derden.jsp>

<sup>19</sup> Vlaanderen.be, 2016, Arbeidsongeschiktheidsuitkering, geraadpleegd op 19 oktober 2016 via <http://www.vlaanderen.be/nl/werk/loopbaan/arbeidsongeschiktheidsuitkering>

- Tijdens de invaliditeit:  
Ten vroegste op de derde laatste werkdag van de maand.  
Ten laatste vijf dagen na het aflopen van de maand.<sup>20</sup>

### Incontinentieforfait <sup>21</sup>

Is een jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten voor incontinentiemateriaal. We kunnen twee soorten onderscheiden:

#### 1) Incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevenden:

De aanvraag moet gebeuren door de thuisverpleegkundige. Als er geen thuisverpleegkundige aan huis komt, neemt men best contact op met de dienst Maatschappelijk Werk. De aanvraag moet jaarlijks worden herhaald.

Voorwaarden:

- Gedurende minstens vier van de laatste twaalf maanden: recht hebben op het forfait B of C in de thuisverpleging, met een score 3 of 4 voor het criterium 'Incontinentie'
- De laatste dag van de hierboven vermelde vier maanden: niet verblijven in een verzorgingsinrichting waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming voorziet (algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, rust- en verzorgingstehuis (RVT), rustoord voor bejaarden (ROB), psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), initiatief voor beschut wonen of bepaalde revalidatiecentra).
- Op de laatste dag van de referentieperiode van twaalf maanden in leven zijn.

#### 2) Incontinentieforfait voor niet-afhankelijke personen:

Voor de aanvraag moet een formulier ingevuld worden door de huisarts van de aanvrager. Dit formulier moet dan worden opgestuurd naar de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.

---

<sup>20</sup> RIZIV, 2016, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen – FAQ, geraadpeegd op 15 november via <http://www.inami.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/arbeidsongeschiktheidsuitkeringen-veel-gestelde-vragen-faq.aspx#Betaling>

<sup>21</sup> CM.be, 2016, Incontinentieforfait voor zwaar hulpbehoevenden, geraadpleegd op 21 oktober 2016 via <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/thuiszorg/forfaits/incontinentieforfait/limburg/zwaar-zorgbehoevenden.jsp>

De adviserend geneesheer geeft zijn goedkeuring voor drie jaar. Het ziekenfonds zal jaarlijks onderzoeken of er nog aan alle administratieve voorwaarden wordt voldaan. Na drie jaar moet een nieuwe aanvraag worden ingediend.

Voorwaarden:

- Lijden aan een onbehandelbare vorm van urinaire incontinentie.
- Geen recht hebben op het incontinentieforfait omdat men niet voldoet aan het afhankelijkheids criterium.
- Niet verblijven in een rustoord of verzorgingsinrichting waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming voorziet (uitgezonderd opname in een acute dienst en bij opvang in een dagverzorgingscentrum).
- Nog geen tegemoetkoming voor autosondage of incontinentiemateriaal ontvangen hebben.

#### Uitleendienst

Bij de uitleendienst kan men terecht voor het huren van materiaal, orthopedisch en ander, om de verzorging in de thuissituatie op een comfortabele en professionele wijze verder te zetten.<sup>22</sup>

#### De Vlaamse sociale bescherming<sup>23</sup>

Wanneer men ouder is dan 25 betaalt men jaarlijks 25 of 50 euro aan de zorgkas van zijn ziekenfonds. Met die bijdrage wordt zorg voor iedereen betaalbaar gehouden. Dankzij de zorgkas kan men rekenen op de Vlaamse sociale bescherming. Het is een pakket van tegemoetkomingen en financieringssystemen in de langdurige zorg dat de komende jaren wordt uitgebouwd.

Het bestaat uit:

- De Vlaamse zorgverzekering

Iedereen die aangesloten is bij de Vlaamse zorgverzekering, betaalt daarvoor een jaarlijkse bijdrage van 50 of 25 euro. In ruil voor die bijdrage kan men in geval van

---

<sup>22</sup> Sint-Trudo ziekenhuis (2015). Infobrief thuisgezondheidszorg Sint-Truiden, Sint-Trudo ziekenhuis, Sint-Truiden

<sup>23</sup> devlaamsezorgverzekering.be, 2016, De Vlaamse Sociale Bescherming, geraadpleegd op 23 oktober 2016 via <http://www.vlaamsezorgverzekering.be>

zorgbehoevendheid een beroep doen op de tegemoetkoming van de Vlaamse zorgverzekering.

De Vlaamse zorgverzekering biedt zwaar zorgbehoevende (zonder leeftijdsgrens) een maandelijkse tegemoetkoming als vergoeding van niet medische kosten, zowel thuis als in een residentiële voorziening. Bij opname in het woonzorgcentrum (WZC) of het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) wordt de zorgverzekering toegekend ongeacht de zorgzwaarte. Het bedrag kan men vrij besteden en men hoeft geen bewijzen voor te leggen.

De vergoeding bedraagt 130 euro per maand.

- Het BOB

zie uitleg VAPH

- Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

Wie 65+ is en minder zelfredzaam is, kan een THAB aanvragen. De tegemoetkoming vergoedt de meerkost die iemand ondervindt wegens zijn verminderde zelfredzaamheid. In functie van de vastgestelde, verminderde zelfredzaamheid en afhankelijk van de gezinssamenstelling en het gezinskomen wordt er berekend of iemand recht heeft op een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

De tegemoetkoming biedt maandelijks een forfaitair bedrag dat varieert volgens 5 categorieën van zorgzwaarte. De tegemoetkoming is inkomensgerelateerd. Ongeveer 106.000 mensen hebben recht op een tegemoetkoming die varieert van 83 tot 560 euro per maand.

Dit was een federale bevoegdheid. Vanaf 1 januari 2017 zullen de zorgkassen deze dossiers behandelen en de tegemoetkoming uitbetalen.

### 3.2.3 FOD sociale zekerheid<sup>24</sup>

Het FOD kent verschillende uitkeringen en maatregelen toe aan personen met een handicap.

#### De inkomensvervangende tegemoetkoming

Wanneer zijn verdieningsvermogen verminderd is tot 1/3 of minder dan een gezond persoon, heeft men misschien recht op een IVT.

---

<sup>24</sup> FOD Sociale Zekerheid, 2016, Mijn rechten, geraadpleegd op 26 oktober 2016 via <http://handicap.belgium.be/nl/mijn-rechten/index.htm>

Voorwaarden:

- Voor een inkomensvervangende tegemoetkoming moet men minstens 21 jaar zijn. Men kan de tegemoetkoming aanvragen vanaf de maand waarin hij/zij 20 jaar wordt.
- De handicap moet erkend worden door artsen van de directie generaal van personen met een handicap. Het verdienvermogen moet beperkt zijn tot 1/3 of minder van wat een gezond persoon door te werken op de gewone arbeidsmarkt kan verdienen.
- Ingeschreven zijn in het bevolkingsregister.
- Gedomicilieerd zijn in België en er werkelijk verblijven.
- Het inkomen mag bepaalde grenzen niet overschrijden.

Het bedrag is afhankelijk van de gezinscategorie. Het bedrag kan dus heel erg verschillen van persoon tot persoon.

#### De integratie tegemoetkoming

Wanneer men omwille van een handicap ernstige moeilijkheden heeft bij het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten, kan men recht hebben op een IT.

Voorwaarden:

- Minstens 21 jaar zijn. Men kan de tegemoetkoming aanvragen vanaf de maand waarin men 20 jaar wordt.
- De handicap moet erkend worden door artsen van de directie generaal van personen met een handicap. Om recht te hebben op een IT moet men minstens 7 punten behalen op de schaal van "zelfredzaamheid".
- Ingeschreven zijn in het bevolkingsregister.
- Gedomicilieerd zijn in België en er werkelijk verblijven.
- Het inkomen mag bepaalde grenzen niet overschrijden.

#### Parkeerkaart

Met een parkeerkaart voor personen met een handicap kan men parkeren op voorbehouden plaatsen. Dat kan zowel als chauffeur of als passagier. Zowel volwassenen als kinderen kunnen recht hebben op een parkeerkaart.

Men heeft recht op een parkeerkaart als:

- Men blijvende invaliditeit heeft van 50% of meer (invaliditeit van de benen) of van 80% of meer (andere invaliditeit).
- Men oorlogsinvalide is (burgerlijk of militair) met een invaliditeit van 50% of meer.



- Men volledig verlamd is aan de armen of beide armen werden geamputeerd.
- De gezondheidstoestand, zelfredzaamheid of mobiliteit verminderd is. Als men ouder is dan 21 jaar: 12 punten of meer (zelfredzaamheid) of minstens 2 punten (mobiliteit). Als men jonger is dan 21 jaar: 2 punten in de categorie "verplaatsing" of "mobiliteit en verplaatsing".
- Men toelating heeft van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds om een mobiliteitshulpmiddel (scooters en driewielers komen niet in aanmerking) aan te kopen dat vermeld staat in de lijst van mobiliteitshulpmiddelen.

### **3.3 Kerntaken van de sociaal werker in een ziekenhuis<sup>25</sup>**

De kerntaken worden ingedeeld volgens patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. Deze kerntaken zijn te situeren op zowel micro-, meso- en macroniveau.

#### **1) PATIËNTGEBONDEN ACTIVITEITEN**

De sociaal werker start met de patiënt een hulpverleningsrelatie. Waarna ze samen aan de slag gaan, om een oplossing te vinden voor bestaande problemen. Het gaat hier dus om een samenwerkingsrelatie, waarbij de hulpvraag van de patiënt centraal staat. Er kunnen zeven kerntaken onderscheiden worden.

##### Kerntaak 1: Psychosociale hulpverlening

Psychosociale hulpverlening bestaat uit: ondersteuning, bemiddeling, begeleiding, behandeling en/of crisisinterventie. Het is gericht op het beïnvloeden van de interactie tussen de patiënt (zijn zelfbeeld, subjectieve beleving, gedrag en denken) en zijn sociale omgeving (relatie- en communicatiepatronen).

##### Kerntaak 2: Onderzoek en rapportage

Tijdens onderzoek gaat de sociaal werker de sociale situatie van de patiënt verkennen en in kaart brengen. De informatie verkregen vanuit dit onderzoek, vormt de basis van de verdere hulpverlening aan de patiënt. Op basis van de verkregen informatie kan een actieplan opgemaakt worden.

Rapportage is het bijhouden van een sociaal dossier door de sociaal werker. Met als doel de continuïteit van zorg te garanderen. De sociaal werker houdt de stappen (bevindingen

---

<sup>25</sup> C. Decoster, Gids sociaal werk in ziekenhuizen, 2016, FOD Volksgezondheid, Brussel

van de intake, de probleemanalyse, gemaakte afspraken) bij, die hij zet in het tegemoetkomen aan de zorgvraag van de patiënt. De sociaal werker bewaart alle briefwisseling en documenten die aan bod kwamen tijdens het proces van de hulpverlening. Op het einde van de hulpverlening, sluit de sociaal werker het dossier af.

### Kerntaak 3: Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie is het organiseren en coördineren van de hulpverlening, om de voortgang van zorg voor de patiënt te verzekeren. Hiervoor maakt de sociaal werker gebruik van ontslagmanagement. Dit heeft tot doel om herval na ontslag uit het ziekenhuis te voorkomen. Dit kan gerealiseerd worden door vanaf de opname in het ziekenhuis een kwaliteitsvolle verwijzing naar een aangepaste omgeving voor te bereiden en toegang te verschaffen tot de diensten en de voorzieningen waar de patiënt behoefte aan heeft. Hiervoor dienen samenwerkingsverbanden te worden uitgewerkt, zowel binnen het ziekenhuis als bij externe partners.

De sociaal werker die als zorgcoördinator fungeert, zorgt ervoor dat alle betrokken hulpverleners regelmatig overleg plegen en gaat na of de dienstverlening afgestemd is op de vraag. Men organiseert 'zorg op maat'.

### Kerntaak 4: Concrete hulpverlening

Concrete hulpverlening is gericht op het verbeteren van de bestaansvoorwaarden van de van de patiënt. Het omvat:

- materiële hulpverlening
- sociaal-administratieve hulpverlening
- financieel-administratieve hulpverlening
- juridisch-administratieve hulpverlening

Bij concrete hulpverlening geeft de sociaal werker informatie, advies of ondersteunt de patiënt bij het zetten van concrete stappen. In de meeste gevallen gaat het hier over het realiseren van concrete, meestal materiële voorwaarden tot herstel. De sociaal werker bezit de kennis van relevante wet- en regelgeving en weet welke stappen er gezet moeten worden, zodat de patiënt maximaal van zijn rechten kan gebruik maken.

### Kerntaak 5: Preventie

Preventie betekent het voorkomen van moeilijkheden in het functioneren van mensen in de samenleving. Deze kerntaak heeft betrekking op verschillende niveaus: individueel, contextueel en maatschappelijk.

- Op individueel niveau: de sociaal werker heeft aandacht voor mogelijke problemen en speelt hier samen met de patiënt op in.
- Op contextueel niveau: de sociaal werker vangt de signalen van mogelijke problemen vanuit het gezinssysteem, de werkomgeving of de vriendenkring op.
- Op maatschappelijk niveau: de sociaal werker zet activiteiten in gang die voor een bredere groep van mensen tot doel hebben om problemen te voorkomen.

#### Kerntaak 6: Belangenbehartiging

Voor veel mensen blijft het ziekenhuis een plaats waar het moeilijk is om voor zichzelf op te komen. Dit ondanks er in de gezondheidszorg wordt uitgegaan van een patiëntgerichte hulpverlening.

Belangenbehartiging is het opkomen en/of aandacht vragen voor de rechten en belangen van een patiënt of een groep patiënten op verschillende gebieden, zoals het beleid, de andere disciplines in het ziekenhuis, ... Het doel is veranderingen teweegbrengen en eventuele misverstanden op te klaren. In die zin kan belangenbehartiging bijdragen aan preventie.

#### Kerntaak 7: Signalering

De sociaal werker geeft door zijn signaalfunctie een stem aan de patiënt. Door tekorten die hij constateert bij het werken met patiënten te melden aan het ziekenhuis en de beleidsmaker.

## **2) NIET-PATIËNTGEBONDEN ACTIVITEITEN**

Sociaal werkers voeren ook taken uit die niet rechtstreeks gebonden zijn aan patiënten. Het gaat hierover organisatie gebonden activiteiten of activiteiten ter ontwikkeling of bevordering van de deskundigheid van het sociaal werk. Dit met als doel om de kwaliteit van de dienstverlening van het sociaal werk in een ziekenhuis of van de ziekenhuiszorg in het algemeen te waarborgen en te verbeteren.

#### Kwaliteit ziekenhuisdienstverlening

De sociaal werker draagt bij aan het bewaken en verbeteren van de dienstverlening van het ziekenhuis door middel van volgende taken:

### *Bijdragen tot beleidsontwikkeling*

Door mee te denken over het verhogen van de gebruikersparticipatie, het ontwikkelen van protocollen en praktijkrichtlijnen, dragen sociaal werkers bij tot het kwaliteitsbeleid.

### *Consulteren, adviseren en coachen van andere professionals*

De sociaal werker kan consultatie en advies bieden aan andere professionals. Dit kan onder meer tijdens contacten in het kader van samenwerkingsverbanden. Omgekeerd is ook mogelijk, er kan advies gevraagd worden aan andere professionals betreffende hun vakgebied.

### *Profileren en verantwoorden eigen beroep en beroepshandelen*

Dit houdt in, het duidelijk naar voor brengen van de professionele inzet en expertise van sociaal werk binnen samenwerkingsverbanden.

### *Niet-patiëntengebonden overleg*

Dit omvat alle overlegmomenten die het individuele patiëntniveau overstijgen, zoals bv. deelname aan interne en externe werkgroepen, samenwerkingsverbanden uitbouwen met externe partners, regionaal overleg, ...

### Deskundigheidsontwikkeling

Zoals elke beroepsgroep moeten ook sociaal werkers hun eigen deskundigheid blijven ontwikkelen en een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het kennisbestand van de beroepsgroep.

Dit kan onder meer door het volgen van cursussen en opleidingen, maar ook door het reflecteren over het eigen handelen. Door in dialoog te gaan met collega's of deel te nemen aan supervisies, kan men leren op de werkplek mogelijk maken. De sociaal werker gaat de kennis van theorie/praktijk koppelen aan zijn eigen ervaringen.

Door reflectie op de eigen manier van werken zowel individueel en ten overstaan van collega's krijgt de sociaal werker zicht op de eigen sterke en zwakke punten. Van hieruit kan de sociaal werker een persoonlijk ontwikkelingsplan opstellen. Dat plan geeft aan welke kennis hij moet verwerven, welke competenties hij (verder) zal moeten ontwikkelen, aan welke persoonskenmerken er gewerkt moet worden en hoe en met welke ondersteuning hij dit alles zal opnemen.

Door eigen kennis en ervaringen te delen, draagt de sociaal werker bij tot de ontwikkeling van het beroep.

Daarnaast werkt de sociaal werker mee aan projecten en onderzoek die de kennis van de beroepsgroep vergroten. Het betreft zowel interne als externe initiatieven met het oog op een verhoging van de kwaliteit van de dienstverlening.

### **Besluit**

Door het schrijven van mijn literatuurstudie ben ik tot de vaststelling gekomen dat er verschillende voorzieningen zijn voor personen met een handicap. Echter door de ingewikkelde structuur en de verschillende instanties is het moeilijk om een beeld te vormen waar een patiënt recht op heeft. Het is dus van belang, wanneer een patiënt door een CVA terecht komt in het ziekenhuis, hij/zij goed geïnformeerd wordt door de maatschappelijk assistent. De MA moet indien mogelijk al de nodige stappen ondernemen, om ervoor te zorgen dat de patiënt krijgt waar hij/zij recht op heeft.

## **4. Praktijkgedeelte**

### **Inleiding**

Allereerst zal ik meer uitleg geven over mijn onderzoeksmethode. Waarna ik mijn dataverzamelingproces zal duiden. Dan ga ik over tot het beschrijven van de resultaten van mijn interviews. De vragenlijsten zijn te vinden in bijlage. Deze diende als basis tijdens de interviews ben ik soms afgeweken om dieper door te vragen.

Ten slotte zal ik een antwoord geven op mijn onderzoeksvraag, op grond hiervan zal ik aanbevelingen doen voor het werkveld.

### **4.1 Onderzoeksmethode**

Voor mijn explorerend onderzoek maak ik gebruik van een kwalitatieve survey. Ik ga doormiddel van diepte-interviews informatie verzamelen over mijn onderzoekseenheden. Het kenmerk van een kwalitatief onderzoek is dat je wil leren. Dit is ook mijn opzet. Ik wil graag meer te weten komen over hoe patiënten worden voorbereid wanneer ze na een CVA in een andere situatie terechtkomen.

Kwalitatief onderzoek leent zich voor het ontwikkelen van ideeën, verklaringen en theorieën. Door mijn onderzoek te doen hoop ik te ontdekken of er tekortkomingen zijn in het voorbereiden van patiënten en zo eventueel met suggesties ter verbetering kan komen.

Ik ga mijn informatie verzamelen door informanten vragen te stellen. Dit doe ik door gebruik te maken van een half gestructureerd interview. Ik ga voor ik aan mijn interview begin een aantal onderwerpen vastleggen. Tijdens mijn interview kan ik aan de hand van de antwoorden die ik krijg verder doorvragen.

Voor het afbakenen van mijn populatie maak ik gebruik van een doelgerichte steekproef.

Uiteindelijk ben ik gekomen tot de volgende beroepsgroepen:

Maatschappelijk assistent neurologie en revalidatie

Hoofdverpleegkundige en verpleegkundige

Kinesist

Ergotherapeut

Logopedist

In mijn onderzoeksvraag staat dat ik wil weten hoe patiënten worden voorbereid wanneer zij in een andere sociale en fysieke situatie terecht komen. Met sociaal bedoel ik onder meer financieel, emotioneel, wonen.

## 4.2 Dataverzameling

Voor mijn onderzoek was het belangrijk om verschillende professionals te interviewen van verschillende beroepsgroepen. Het is namelijk belangrijk om multidisciplinair te werken rond de persoon met een CVA. In het Sint-Trudo ziekenhuis zijn ze hier heel erg mee bezig. De verschillende beroepsgroepen werken niet langs elkaar, maar met elkaar. De maatschappelijk assistent werkt dus niet geïsoleerd.

Voor mijn dataverzameling ben ik daarom nagegaan met wie de MA moet samenwerken om een patiënt na een CVA voor te bereiden.

Ik heb voor elke beroepsgroep richtvragen opgesteld. Tijdens mijn interview heb ik bijvragen gesteld, bij bepaalde onderwerpen dieper doorgevraagd.

Ik heb gebruik gemaakt van opname materiaal om het uitschrijven ervan zo optimaal mogelijk te maken.

## 4.3 Resultaten

Hieronder volgen de resultaten verkregen uit de interviews. Voor het uitschrijven heb ik gebruik gemaakt van thema's, omdat de patiënt centraal staat in mijn onderzoek. Voor het voorbereiden van de patiënt werken verschillende beroepsgroepen samen. Ik heb aan iedere professional verschillende vragen gesteld, waarna ik het begeleidingsproces chronologisch heb opgedeeld.

### Start hulpverlening

Uit mijn interviews is gebleken, dat het in elke discipline belangrijk is om de hulpverlening zo snel mogelijk te starten.

De verpleegkundige gaf aan dat de zorg start bij het moment van opname. De verpleegkundigen staan niet enkel in voor de zorg op revalidatie. De verpleegkundigen stimuleren de patiënt ook, om wat ze geleerd hebben in therapie verder te zetten, tijdens de verzorging.

De Maatschappelijk assistenten gaven aan dat er in de eerste week kennis wordt gemaakt met de patiënt. De eerste dagen kan de patiënt nog verward zijn, wat het moeilijk maakt om met hen te communiceren. De MA probeert dan ook om langs te gaan tijdens het bezoeken. Zo is er meer kans dat er familie of vrienden aanwezig zijn, waar de MA ook informatie van kan krijgen. Voor het geven van informatie maakt de MA in sommige gevallen (vb. wanneer een patiënt nog niet weet van welke dienst hij wil gebruik maken) gebruik van de thuiszorgbrief. In de thuiszorgbrief staat informatie en de contactgegevens

van verschillende diensten waar een patiënt beroep op kan doen. Deze is echter beknopt, er staat bv. geen uitleg over VAPH in.

De MA maakt geen gebruik van een checklist, om te toetsen of ze alle nodige info heeft.

De kinesist liet blijken dat het heel belangrijk is om zo snel mogelijk na een CVA te starten met therapie. Dit wil zeggen dat er de dag na de CVA, al stilaan wordt begonnen met de therapie. Hoe langer men hiermee wacht, hoe groter het verlies van spierkracht is. Voor elke dag dat de patiënt stilligt, moet je twee dagen werken om op hetzelfde niveau van kracht te komen.

Net zoals bij de kinesist, bleek uit het interview met de ergotherapeut, dat het belangrijk is om zo snel mogelijk te starten met therapie. De ergotherapeut houdt zich vooral bezig met het bovenste lichaamsdeel.

De logopedist gaf aan, dat er de eerste dag wordt gestart, met de slikscreening en het opvolgen van de voeding. Bij een slikscreening wordt er nagegaan of de patiënt veilig kan slikken. Dit is belangrijk voor het geven van medicatie, voeding, drinken. Wanneer de patiënt minder suf is wordt er een taaltest afgenomen, meestal gebeurt dit op dag twee of drie. Na deze testen, gaat de logopedist meteen over tot de therapie.

#### Hulpverleningsproces

Uit het interview met de maatschappelijk assistent van de dienst revalidatie, bleek dat de hulpverlening gestart wordt met een intakegesprek. Voorafgaand bekijkt de MA eerst het dossier van de patiënt, zo heeft de MA al een beeld van de situatie. Tijdens de intake gaat de MA kennismaken met de patiënt. Dit wordt gedaan door de patiënt te informeren van de taak van de MA op de dienst en de patiënt te informeren over de werking van de dienst. Wanneer nodig, antwoordt de MA op vragen van de patiënt.

Tijdens de hulpverlening worden er ook familiegesprekken georganiseerd. Hierbij komen de patiënt, familie van de patiënt of vertrouwenspersoon van de patiënt, de dokter, hoofdverpleegkundige en de MA samen. Een familiegesprek kan allerlei redenen hebben vb. terugkeer naar huis bespreken. De MA organiseert het gesprek en brengt iedereen op de hoogte.

De maatschappelijk assistent van de dienst neurologie, geeft aan dat ook zij op kennismaking gaat met de patiënt. Hiervoor bekijkt de MA het dossier van de patiënt. Bij oudere patiënten belt de MA de familie of contactpersoon, om de info die er is te toetsen, de thuissituatie te bevragen enz.



Uit beide interviews blijkt dat er geen vaste stappen worden gevolgd. Er is geen vaste structuur, omdat elke patiënt uniek is en zijn eigen noden heeft. De MA's werken patiëntgericht.

De ergotherapeut en de kinesist gaven aan, dat zij het patiëntensysteem (patiënt, familie, mantelzorgers) in kaart brengen. Er wordt gekeken naar de doelstellingen: wat wil de patiënt behalen, wat waren de mogelijkheden van de patiënt voor opname, waar willen de therapeuten naartoe. Van hieruit gaan de ergotherapeut en kinesist aan de slag.

De logopedist gaf aan dat de therapie start vanuit het resultaat van de taalttest. De aanpak is dus afhankelijk van patiënt tot patiënt.

### Overleg

Uit al mijn interviews bleek, dat overleg heel belangrijk is, in het hulpverleningsproces van de patiënt met een CVA.

De MA van de dienst revalidatie gaf aan dat er elke maandag een MDO (multidisciplinaire overleg) plaats vindt. Alle beroepsgroepen komen samen en elke patiënt wordt besproken. Het MDO vindt in twee delen plaats, in de voormiddag worden de orthopedische patiënten besproken, in de namiddag de neurologische patiënten. Tijdens het MDO kadert de dokter de toestand van de patiënt. Geeft uitleg bij onderzoeken die er gedaan zijn of operaties die gepland staan. Wanneer er scans zijn genomen, bespreekt de dokter deze.

De verpleegkundige gaf aan, dat het de opdracht is van de verpleegkundige om te vertellen hoe de verzorging vordert. Als er dingen zijn die de verpleegkundige heeft opgemerkt, dan wordt dit toegelicht. Bijvoorbeeld, als een patiënt uit weekend komt en de wonde is verergerd of de motivatie en moraal van de patiënt doorheen de dag.

Uit de interviews met de therapeuten (kinesist, ergotherapeut, logopedist) kwam naar voor dat zij bespreken waar aan gewerkt is, tijdens de therapie. Waar er nog mogelijkheden zijn tot verbetering. De inzet van de patiënt tijdens de therapie.

Sommige patiënten hebben ook hulpmiddelen nodig, zoals een orthopedische schoen, loophulpmiddel voor thuis, ... Het kan ook zijn dat er aanpassingen moeten gedaan worden aan het huis van de patiënt, omdat dit bijvoorbeeld niet rolstoeltoegankelijk is.

De maatschappelijk assistent van de dienst revalidatie gaf aan dat de MA tijdens het MDO de thuissituatie kadert. De MA licht de bezorgdheden toe van patiënt of familie. De MA

bespreekt er ook de mogelijkheden van tegemoetkomingen. Toetst bij de andere disciplines af of er bijvoorbeeld een aanvraag kan ingediend worden voor een parkeerkaart. Na het overleg maakt de MA een verslag op.

Uit het interview met de kinesist en ergotherapeut kwam naar voor dat het bepalen van doelstellingen, een belangrijk onderdeel is van het MDO. Bij elke patiënt wordt er wekelijks, naar de vooropgestelde doelstellingen gekeken. Zijn deze behaald? Is er nog recuperatie mogelijk of zit de patiënt aan zijn limiet? Van hieruit wordt dan verder gewerkt of nieuwe doelstellingen geformuleerd. Doorheen de hele revalidatie, wordt nagegaan of de patiënt nog in de mogelijkheid zal zijn, om terug te keren naar zijn oorspronkelijke thuissituatie. Is dit geen optie, dan wordt er gezocht naar een alternatief (rusthuis, VAPH-instelling).

Alle hulpverleners gaven aan dat het MDO als doel heeft, om iedereen op dezelfde golfengte te krijgen. Er wordt op de informatie van elkaar ingespeeld. Als de MA belangrijke info kreeg over de thuissituatie, die relevant is voor de ergo en kine, wordt deze doorgespeeld en omgekeerd.

De hoofdverpleegkundige gaf aan dat het MDO in de toekomst meer gestructureerd wordt. Allereerst wordt de medische problematiek bekeken, dit zal de dokter verduidelijken op het MDO. In week twee moet het sociale aspect onderzocht worden en in week drie zal een familiegesprek plaatsvinden.

De maatschappelijk assistent van de dienst neurologie, liet blijken dat het er iets anders aan toe gaat, op de afdeling neurologie. Ook hier komen alle disciplines samen voor een overleg, maar er wordt geen opdeling gemaakt. Alle patiënten worden er in één keer besproken. Het is minder uitgebreid en er worden geen doelstellingen geformuleerd.

#### Hulpmiddelen/Tegemoetkomingen

Uit het interview met de ergotherapeut bleek, dat de ergotherapeut de patiënt helpt met de aanvraag voor loophulpmiddelen. Hiervoor moet het document "bijlage 19" van het RIZIV worden ingevuld, door de ergotherapeut en de arts. Hierin wordt beschreven waarvoor de patiënt het loophulpmiddel nodig heeft. Hoe de patiënt scoort naar mobiliteit, de diagnose en de progressie. Dit document wordt aan de mutualiteit bezorgd en deze beslist over de goedkeuring.

Voor de aanvraag van een rolstoel moet ook een bijlage 19 worden ingevuld en een motiveringsrapport worden opgemaakt. Voor de aanvraag van orthopedische schoenen is enkel een voorschrift van de dokter nodig.

De mutualiteit komt tussen, in de aankoop van hulpmiddelen. Bepaalde hulpmiddelen, zoals een rolstoel worden volledig terugbetaald.

De ergo kijkt ook samen met de patiënt of er aanpassingen aan het huis moeten gebeuren. Vroeger mocht de ergo op huisbezoek gaan, dit mag niet meer. Nu laat de ergo door de familie foto's maken en opmetingen doen, om zo een beeld te krijgen. Voor aanpassingen aan huis, sturen ze de patiënt door naar de CM, thuiszorgwinkel. De kinesist gaf aan dat ze de ergo hierin ondersteunt.

De logopedist gaf aan dat de patiënt wordt geholpen met de aanvraag van communicatiemiddelen. In het begin mogen de patiënten deze van het ziekenhuis gebruiken. Er bestaat een heel uitgebreid gamma. De patiënt kan ook recupereren en het communicatiemiddel niet meer nodig hebben. Wanneer men het toch nodig heeft, wordt het aangekocht. Als de patiënt een VAPH-dossier heeft, komt het VAPH tussen in de kosten.

Uit het interview met de verschillende beroepsgroepen blijkt, dat de maatschappelijk assistent alles op de voet volgt, helpt met de aanvraag voor het VAPH en het doorsturen van documenten naar de bevoegde instanties.

#### Doorverwijzing

Bij alle beroepsgroepen komt het voor, dat er voor bepaalde zaken, moet doorverwezen worden naar meer gespecialiseerde organisaties.

Uit het interview met de maatschappelijk assistenten bleek dat er nauw wordt samengewerkt met de mutualiteiten, om VAPH- en FOD-aanvragen te doen. De MA moet de patiënt dan ook doorverwijzen naar de mutualiteit om bepaalde documenten in orde te brengen voor de aanvraag.

#### Ontslag

Uit het interview met de verpleegkundige kwam naar voor, dat aan het ontslag een aantal stappen voorafgaan. Wanneer men ziet dat het goed gaat met de patiënt, laten ze de patiënt eerst in weekend gaan. Meestal start men zelfs met een paar uur, daarna een volledige dag en dan een weekend met overnachting. Wanneer een patiënt in weekend gaat, krijgt deze ook evaluatiepapieren mee. Zo kan er worden opgevolgd hoe het weekend is verlopen.

De maatschappelijk assistent van de dienst revalidatie, gaf aan dat zij de familie en patiënt inlicht over het voorstel om in weekend te gaan. Sommige families reageren hier heel positief op, andere zien het minder goed zitten. De MA geeft uitleg over het doel van

in weekend gaan en vraagt ook naar praktische zaken. De MA helpt indien nodig met het aanvragen van een thuisverpleegkundige en het vervoer van en naar het ziekenhuis.

De kinesist en ergotherapeut gaven aan dat er de mogelijkheid is om therapie mee te volgen, om de familie voor te bereiden. Zo kunnen ze o.a. aanleren hoe transfers moeten gebeuren.

Uit alle interviews bleek dat het ontslag van de patiënt in team wordt beslist. Als er blijkt, dat er geen vooruitgang meer geboekt kan worden en de patiënt 24 op 24 verzorging of ondersteuning nodig heeft, moet er naar een andere oplossing worden gezocht. Wanneer het gaat om een ouder persoon, wordt er ook altijd gevraagd of de patiënt op wachtlijsten van rusthuizen mag geplaatst worden. De MA bespreekt dit met de patiënt en de familie en registreert de patiënt vervolgens op de wachtlijsten.

Als een jonger persoon getroffen is met een CVA en er is geen mogelijkheid om naar huis te gaan, bekijkt de MA of deze een VAPH-dossier heeft. Dan is er de mogelijkheid om naar een VAPH-instelling te gaan. Het probleem hier is dat VAPH-instellingen lange wachtlijsten hebben.

### Nazorg

De maatschappelijk assistenten gaven aan dat wanneer een patiënt het ziekenhuis verlaat de hulpverlening door de MA stopt. Er is geen tijd om de patiënten na ontslag nog op te volgen. De MA probeert de patiënt zo goed als mogelijk voor te bereiden om naar huis te gaan. Zoekt naar een dienst die de patiënt kan opvolgen. In uitzonderlijke gevallen belt de patiënt, omdat hij nog een aantal vragen heeft. De MA helpt de patiënt dan verder of verwijst hem door.

De logopedist geeft aan dat de patiënt de mogelijkheid heeft om te beslissen door wie hij wordt opgevolgd na ontslag. In het ziekenhuis wordt er ambulante revalidatie aangeboden. De patiënt kan ook logopedie aan huis volgen. Wanneer de patiënt hiervoor kiest, moet de patiënt zelf een andere logopedist zoeken. De logo van het ziekenhuis mag geen lijst met logopedisten meegeven. De logopedist geeft wel aan waar de patiënt logopedisten kan vinden vb. op de site van de mutualiteit of op de site van de vereniging van logopedisten.

De kinesist liet blijken dat de patiënt ervoor kan kiezen om het traject in het ziekenhuis te doorlopen. Dit wil zeggen dat de patiënt van een acute dienst naar revalidatie komt en na revalidatie in het ziekenhuis overgaat naar ambulante revalidatie. De patiënt kan ook hier kiezen om thuis kinesitherapie te volgen. De kinesist probeert toch om de patiënt aan te

sporen om naar de ambulante revalidatie te gaan. Kinesisten aan huis hebben namelijk weinig of geen specialisatie in neurologie. Wanneer de patiënt er toch voor kiest om thuis kinesitherapie te volgen, geeft de kinesist bij ontslag een brief mee. Hierin staat o.a. wat nog moeilijk gaat, wat aangewezen is, waar men aandacht aan moet besteden.

De ergotherapeut gaf aan dat er verschillende parcours mogelijk zijn. Het is afhankelijk van wat de dokter nodig acht. Ergotherapie wordt niet terugbetaald. Behalve als de therapie wordt voorgeschreven door een erkend revalidatiecentrum en dat is Sint-Trudo niet. Als de patiënt in Sint-Trudo ontslaan wordt kan de patiënt terecht bij een zelfstandige ergotherapeut, maar het prijskaartje is zeer hoog. Er kan door de dokter beslist worden dat ambulante revalidatie nodig is. Dit wil zeggen een half uur kinesitherapie, half uur logopedie, half uur ergotherapie. Ambulante beurten worden wel terugbetaald.

#### **4.4 Conclusies en aanbevelingen**

De patiënt die, ten gevolge van een CVA, in het ziekenhuis belandt, wordt van dag 1 opgevolgd door verschillende professionals. De Maatschappelijk assistent leidt alles in goede banen en zorgt ervoor dat de patiënt alle nodige hulpmiddelen, tegemoetkomingen, verzorging krijgt die hij nodig heeft.

Er wordt naar ontslag toe, niet gewerkt met een document, om na te gaan of de patiënt al het nodige heeft om naar huis te gaan.

De begeleiding door de MA stopt ook vanaf het moment dat de patiënt het ziekenhuis verlaat.

Iedereen van de dienst is zich bewust van dit tekort en wil er met plezier aan meewerken om dit te verbeteren. Oorzaak is natuurlijk, zoals dikwijls in de zorg, niet het gebrek aan goede wil, integendeel, maar een tekort aan middelen. Er is geen MA beschikbaar om klaar te staan voor vragen, of hulp voor de patiënt, na ontslag. Telefonisch kan de patiënt nog terecht bij de MA, maar hij wordt dan doorverwezen.

Wat wel realiseerbaar is, is het opstellen van een checklist, zodat de MA steeds een duidelijk overzicht heeft van welke maatregelen getroffen moeten worden voor de patiënt en wat er al gebeurd is. De MA die het dossier van de patiënt beheert, kan deze checklist al vanaf de opname gebruiken en laat de verschillende disciplines (verpleegkundigen, kinesist, orthopedist) deze aanvullen. Zo kan aan het einde van de opname, een meer gerichte en gepersonaliseerde informatie meegegeven worden, zonder dat het de MA nog veel extra werk bezorgt. Deze checklist kan ook worden meegegeven als ondersteuning voor de instanties die de patiënt na ontslag opvolgen. Zo hebben ze dadelijk een goed beeld van de hulp die de patiënt al heeft ontvangen en nog moet krijgen.

Het uitwerken van een standaardlijst, zou dus met een kleine inspanning van de hulpverleners, toch een grote meerwaarde voor de patiënt betekenen. Ook het aanpassen van de thuiszorgbrief, zou een oplossing kunnen bieden om patiënten te informeren over hun rechten en mogelijkheden. De thuiszorgbrief bevat al informatie over verschillende diensten. Spijtig is dat er een aantal belangrijke organisatie vergeten worden, zoals VAPH. De thuiszorgbrief zou kunnen opgedeeld worden in twee delen. Deel één zou de verschillende thuisondersteuningsdiensten behandelen. Het tweede deel zou meer uitleg geven over diensten waar men terecht kan voor financiële tegemoetkomingen vb VAPH, FOD, zorgverzekering. Zo heeft de MA een houvast wanneer de patiënt uitleg wenst.

## **Besluit**

Door mijn praktijkonderzoek heb ik de kans gekregen om interviews af te nemen met verschillende professionals. Zo heb ik een beeld gekregen van hoe een patiënt na een CVA wordt voorbereid en ondersteund in zijn nieuwe situatie. Hierdoor heb ik het belang ontdekt van multidisciplinair werken.

Ik ben ervan overtuigd dat mijn aanbevelingen kunnen bijdragen aan het gericht geven van informatie aan de patiënt en bij het overdragen van de zorg naar een andere organisatie.

## 5. Kritische reflectie

De start ging moeizaam. Ik moest zelf met een onderwerp komen voor mijn eindwerk. Ik had geen ervaring als maatschappelijk assistent in een ziekenhuis. Dit maakte het voor mij niet eenvoudig om een beeld te vormen van de taken als MA op de sociale dienst van een ziekenhuis. Door in het werkveld te staan, vond ik dan toch een thema voor mijn eindwerk. Samen met mijn stagementor en de feedback van mijn promotor stelde ik mijn onderzoeksvraag op punt en kon ik aan de slag.

Tijdens het verdere proces heb ik mijn onderzoeksvraag nog een aantal keer moeten bijschaven.

Door de achtergrond van mijn opleiding, had ik de basiskennis van de verschillende voorzieningen die er zijn voor personen met een handicap. Mijn kennis was echter niet meer up-to-date, er is namelijk al veel veranderd. Mijn literatuuronderzoek heeft dan ook veel tijd in beslag genomen.

Tijdens mijn stageperiode kwam ik in contact met patiënten die getroffen zijn door een CVA, dit maakte het extra boeiend. Ik raakte van dichtbij betrokken met de gevolgen van een CVA en de inpakt op patiënt en familie. Door de kennis van mijn literatuuronderzoek kon ik dit beter begrijpen en plaatsen.

Tijdens hulpverleningsgesprekken kon ik de verschillende kerntaken, besproken in mijn literatuur, koppelen aan de werkwijze van de MA. De patiëntgebonden kerntaken kwamen vaker naar voor dan de niet-patiëntgebonden activiteiten. Het is goed dat de MA patiëntgericht werkt, maar niet-patiëntgebonden activiteiten zijn ook onrechtstreeks belangrijk voor de patiënt.

Na mijn literatuuronderzoek kon ik starten met mijn onderzoek in de praktijk. Het doel van mijn onderzoek was om na te gaan hoe patiënten door de MA worden voorbereid na een CVA. De MA werkt hiervoor samen met verschillende professionals (ergotherapeut, kinesist, ...). Hierdoor moest ik verschillende interviews opstellen met gerichte vragen ivf van de taak van de professional. Voor het uitschrijven van mijn resultaten heb ik gebruik gemaakt van thema's. Dit was niet eenvoudig, omdat ik verschillende vragen aan verschillende beroepsgroepen heb gesteld. Uiteindelijk is dit goed gelukt.

Er zijn geen spectaculaire resultaten uit mijn onderzoek gekomen. Dit vooral omdat de ma's van de diensten neurologie en revalidatie, heel professioneel en georganiseerd te werk gaan. Met jaren ervaring en gedrevenheid. Waardoor er weinig voor verbetering vatbaar is. Maar ik ben er wel van overtuigd dat de aanbevelingen die ik heb gedaan, een meerwaarde zijn voor zowel patiënt als maatschappelijk werker.

## **Bibliografie**

Beroerte Adviescentrum, 2012, geraadpleegd op 8 oktober 2016 via  
[http://www.beroerteadviescentrum.nl/patienten/wat\\_is\\_een\\_tia\\_en\\_wat\\_is\\_een\\_cva](http://www.beroerteadviescentrum.nl/patienten/wat_is_een_tia_en_wat_is_een_cva)

Btsg.nl, 2016, geraadpleegd op 28 december 2016 via  
<http://www.btsg.nl/infobulletin/cva/cva%20herkenningstoornissen.html>

C. Decoster, Gids sociaal werk in ziekenhuizen, 2016, FOD Volksgezondheid, Brussel

CM.be, 2016, Incontinentieforfait voor zwaar hulpbehoevenden, geraadpleegd op 21 oktober 2016 via <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/thuiszorg/forfaits/incontinentieforfait/limburg/zwaar-zorgbehoevenden.jsp>

CM.be, 2016, Uitkering hulp van derden, geraadpleegd op 18 oktober 2016 via  
<http://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/bijkomende-uitkeringen/limburg/hulp-van-derden.jsp>

Devlaamsezorgverzekering.be, 2016, De Vlaamse Sociale Bescherming, geraadpleegd op 23 oktober 2016 via <http://www.vlaamsezorgverzekering.be>

FOD Sociale Zekerheid, 2016, Mijn rechten, geraadpleegd op 26 oktober 2016 via  
<http://handicap.belgium.be/nl/mijn-rechten/index.htm>

Gezondheid.be, 2015, geraadpleegd op 5 oktober 2016 via  
[http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art\\_id=18612](http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=18612)

H. Kulbertus, W. van Mieghem, 2006. Atherosclerose Atherotrombose

Jenny Palm (2011). Leven na een beroerte (2<sup>de</sup> druk) Houten, Bohn Stafleu van Loghum, pagina 53

Patrice Laloux (2003). Cost of Acute Stroke, geraadpleegd op 26 december 2016 via  
<http://www.actaneurologica.be/acta/download/2003-2/03-laloux.pdf>

RIZIV, 2016, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen – FAQ, geraadpleegd op 15 november via  
<http://www.inami.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/arbeidsongeschiktheidsuitkeringen-veel-gestelde-vragen-faq.aspx#Betaling>



Sander Ombelets (2016). Persoonlijk Ontwikkelingsplan, Sint-Trudo ziekenhuis, Sint-Truiden

Sint-Trudo ziekenhuis (2015). Infobrief thuisgezondheidszorg Sint-Truiden, Sint-Trudo ziekenhuis, Sint-Truiden

Sint-Trudo Ziekenhuis, 2016, geraadpleegd op 2 november 2016 via <http://www.sint-trudo.be/nl/getpage.asp?i=2>

Steven Allender (2008). European cardiovascular disease statistics, geradpleegd op 22 december 2016 via <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30020501/allender-europeancardiovascular-2008.pdf>

UZ Leuven (2016). Informatiebrochure Dysartrie, UZ Leuven, Leuven

Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, 2016, Hoe een aanvraag indienen bij het VAPH?, VAPH, Brussel

Vlaanderen.be, 2016, Arbeidsongeschiktheidsuitkering, geraadpleegd op 19 oktober 2016 via <http://www.vlaanderen.be/nl/werk/loopbaan/arbeidsongeschiktheidsuitkering>

Vlaanderen.be, 2016, Hulpmiddelen voor personen met een beperkte mobiliteit, geraadpleegd op 18 oktober 2016 via <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/handicap/hulpmiddelen-voor-personen-met-een-beperkte-mobiliteit>

Ziekenfondsenvergelijken.be, 2016, wat is een ziekenfonds?, geraadpleegd op 18 oktober 2016 via <http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/wat-is-een-ziekenfonds/>

## **Bijlagen**

### **Bijlage 1: Vragenlijst interview sociaal werker (revalidatie en neurologie)**

- Hoe wordt de patiënt geïnformeerd door de ma over zijn rechten en mogelijkheden van opvang, indien nodig?
  - Wordt hierbij gebruik gemaakt van een brochure of informatiebundel?
  - Is er behoefte om deze informatie uit te breiden of klantvriendelijker te maken?
- Bestaan er checklisten waar de ma gebruik van kan maken bij het ontslag van de patiënt? Bv heeft hij de nodige doktersattesten voor logo en kiné. Heeft hij de nodige documenten voor aanvragen tegemoetkomingen enz.
- Wordt er ook psychologische begeleiding voorzien voor patiënt en/of familie?
  - Loopt deze ook door na het ontslag van de patiënt?

## **Bijlage 2: Vragenlijst interview ergotherapeut**

- Wat is de rol van ergo, bij de patiënten die een motorische problematiek overhouden na een cva?
- Bepaalt de dienst ergo mee wanneer de patiënt klaar is om naar huis te gaan?
  - Wat zijn de criteria, waarop men zich baseert, of een patiënt nog zelfstandig kan wonen of niet.
  - Zo ja, zijn er aanpassingen aan de woning nodig? Bij welke instantie dient er een aanvraag te gebeuren? Welk document wordt hiervoor gebruikt?
- Bestaat er een lijst of brochure met gespecialiseerde aannemers? Vb installeren van lift, verbreden van toegang van de woning enz.
  - Indien niet: helpt de ma mee een instelling te zoeken om deze patiënt te plaatsen.
  - Heeft de patiënt recht op een tegemoetkoming voor zijn verblijf in een instelling?
  - Bij welke instantie dient dit aangevraagd?
- Hoe verloopt de ergo na ontslag uit het ziekenhuis?

### **Bijlage 3: Vragenlijst interview Kinesitherapeut**

- Waarom is het zo belangrijk dat er kiné wordt gegeven na een CVA?
- Is er een bepaalde termijn?
- Wie beslist er wanneer de patiënt klaar is om naar huis te gaan?
- Kunnen de mensen in het zh kiné komen volgen of moeten zij een nieuwe kiné zoeken?
  - Als er wordt gekozen voor thuiskiné, wie zorgt ervoor dat de patiënt de juiste attesten meeheeft?
- Als er aanpassingen gedaan moeten worden aan het huis, wie helpt de patiënt hiermee?

#### **Bijlage 4: Vragenlijst interview Logopedist**

- Hoe vlug wordt er met logo gestart bij patiënten die een spraak- of taalstoornis overhouden na hun cva?
- Hoe wordt er met patiënten gecommuniceerd vlak na een cva?
- Welke communicatiemiddelen bestaan er?
  - Kan men deze toestellen huren of moeten ze worden aangekocht?
  - Voorziet het vaph hier een tegemoetkoming in?
  - Hoe gebeurt de aanvraag, welke instanties, welke documenten?
- Kunnen patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis, nog terecht bij de logo van het ziekenhuis?
  - Indien nee: krijgen zij een doorverwijzing (lijst met logopedisten uit regio), met doktersattest?

## **Bijlage 5: Vragenlijst interview Hoofdverpleegkundige revalidatie**

- Wat vindt u van de personeelsbezetting van de dienst revalidatie?
  - Is één ma voldoende voor deze dienst?
  - Werkt deze voltijds voor de dienst revalidatie?
- Wat vinden de verpleegkundigen over de bijdrage van de MA?
  - Vindt u de ma een meerwaarde voor de afdeling?
- Hoe verloopt de communicatie tussen de verschillende zorgverstrekkers van deze dienst?

## **Bijlage 6: Vragenlijst interview Verpleegkundige**

- Welke zorgen hebben patiënten nodig na een CVA?
- Hoe lang blijven patiënten na een cva in het ziekenhuis?
- Wie beslist wanneer ze naar huis mogen?
- Hoe wordt de patiënt voorbereid om terug naar huis te gaan?
- Wie zorgt er voor dat de patiënt nodige attesten heeft, vb thuisverpleging?
- Wat als de patiënt niet naar huis kan?

(Leeg blad)



(Onbedrukte kaft)