

Eindproductverslag



1e fase project “Futura”

**Medisch Maatschappelijk Werk
Nij Smellinghe Ziekenhuis, Drachten**

Betreft:	Eindproductverslag		
Van:	Anthon Mesman	Datum:	20 januari 2009
Bestemd voor:	Marinus Koop, John van Arnhem	Versie:	definitief

Algemene gegevens

Naam : **Anthon Mesman**
Studentnummer : **317393**
Klas : **MWD 4 deeltijd**
Module : **Mesoproject**
Code : **DM44.MESO**
Opdracht : **Eindproductverslag**
Datum : **20-01-2009**
Tutor : **M. Koop**

Inhoud

1. Inleiding
 2. Projectresultaat algemeen
 - 2.1. Projectopdracht
 - 2.2. Producten
 - 2.3. Effecten van het projectresultaat
 - 2.4. Afwijkingen ten opzichte van het plan van aanpak
 3. Het hulpverleningsbeleid
 - 3.1. Inleiding
 - 3.2. Missie en visie
 - 3.3. Business model
 - 3.4. Doelgroepen
 - 3.5. Het medisch maatschappelijk werk
 - 3.5.1. Algemeen
 - 3.5.2. Hulpverleningsbeleid: inhoudelijk en procedureel
 - 3.5.3. Methodische oriëntatie
 - 3.5.4. Doelgroepenoriëntatie
 - 3.5.5. Specialisatie
 4. Organisatiecultuur
 - 4.1. Algemeen
 - 4.2. Ethiek van de organisatie
 - 4.2.1. Algemeen
 - 4.2.2. Gedragscode en de patiënt
 - 4.2.3. Gedragscode en andere disciplines
 5. De kwaliteitszorg
 - 5.1. De plaats van de kwaliteitszorg binnen Nij Smellinghe
 - 5.2. Quality Online
 - 5.3. Stroomdiagram
 - 5.4. Cliëntenraad en klachtenprocedure
 - 5.4.1. Cliëntenraad
 - 5.4.2. Klachtenprocedure
 - 5.4.3. Overige vormen van feedback
 6. De organisatiestructuur
 - 6.1. Inleiding
 - 6.2. Nadere toelichting op de organisatiestructuur
 - 6.3. Rollen en functies in de organisatie
 - 6.4. Ondernemingsraad
 7. Transitie naar de tweede fase
-

- 8. Overige aanbevelingen
 - 8.1. Verdere profilering door PR
 - 8.2. Producten- en dienstencatalogus
 - 8.3. Specialisatie
 - 8.4. Verkenning (nieuwe) werkvelden/disciplines
- 9. Literatuur

Bijlagen

- 1. Eindproducten mesoproject
- 2. Situatieschets organogram Nij Smellinghe voor en na projectresultaat

1. Inleiding

In dit document wordt als eerste het projectresultaat van de eerste fase van het project 'Futura' uiteengezet. Omdat het beoogd projectresultaat direct of indirect zal uitwerken op de *toekomst* van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk (MMW), heeft het MMW-project de naam 'Futura' gekregen.

Na een algemene uiteenzetting zal het resultaat aan de hand van de volgende thema's worden uitgewerkt:

- het hulpverleningsbeleid
- de organisatiecultuur
- de kwaliteitszorg
- de organisatiestructuur

De opzet van dit document is om aan te sluiten op het plan van aanpak, dat het uitgangspunt vormt voor de eerste fase van het MMW-project. Op sommige onderdelen zal er overlap geconstateerd kunnen worden. Dit is echter onvermijdelijk, wil men het geheel goed kunnen begrijpen. Ik verwijs de lezer voor de volledigheid naar het reeds genoemde plan van aanpak d.d. 20.11.2008.

De vier hierboven opgesomde thema's zijn in het plan van aanpak in diverse hoofdstukken beschreven. Zij hebben betrekking op zowel het ziekenhuis als geheel als op de projectorganisatie, i.e. het medisch maatschappelijk werk. Analooq aan het projectplan zal ik in eerste instantie het hulpverleningsbeleid, de organisatiecultuur en -structuur en de kwaliteitszorg van het ziekenhuis beschrijven. Per element zal ik vervolgens uiteenzetten hoe zij binnen projectverband uitwerken op het medisch maatschappelijk werk in het kader van project 'Futura'.

2. Projectresultaat algemeen

2.1. Projectopdracht

In het plan van aanpak met betrekking tot de eerste fase van het MMW-project 'Futura' werd de projectopdracht als volgt geformuleerd:

Beschrijf op een procesmatige wijze de kernactiviteit van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk van het Nij Smellinghe Ziekenhuis in Drachten, startend vanaf de verwijzing tot en met de evaluatie.

Voor een groot deel is het projectresultaat tot stand gekomen conform het plan van aanpak. Echter, met betrekking tot het tijdschema zijn er afwijkingen te vermelden. Zie verder hoofdstuk 2.3.

2.2. Producten

De projectbijeenkomsten hebben uiteindelijk geleid tot een vervaardiging van een zestal documenten. Dit aantal komt overeen met de hoeveelheid vastgestelde fasen binnen het hulpverleningstraject van het medisch maatschappelijk werk, en wel:

- verwijzing
- verwerking van de verwijzing
- kennismaking
- intake
- hulpverlening
- afronding

Daarnaast is het gehele MMW-traject zichtbaar gemaakt in een separaat document. Hierin zijn de afzonderlijke fasen, de beslismomenten en de rapportageresultaten grafisch weergegeven in de vorm van een stroomdiagram.

Het tastbare projectresultaat kan worden omschreven als een geheel van de volgende documenten:

- Hoofdproces MMW-00 (stroomschema)
- Document MMW-00.1 'Verwijzing'
- Document MMW-00.2 'Verwerking verwijzing'
- Document MMW-00.3 'Kennismaking'
- Document MMW-00.4 'Intake'
- Document MMW-00.5 'Hulpverlening'
- Document MMW-00.6 'Afronding'

Deze documenten zijn als bijlage 1 in dit eindproductverslag opgenomen.

Het hoofdproces heeft de nummering 00 gekregen. Dit impliceert dat er ruimte wordt gelaten voor eventuele andere hoofdprocessen. Denk bijvoorbeeld aan het groepsmaatschappelijk werk, het opleidingsbeleid, de reguliere overlegstructuren of het inhoudelijke aspect van de hulpverlening.

Deze aspecten van het medisch maatschappelijk werk zijn binnen het bestek van het mesoproject buiten beschouwing gelaten. Het ging in dit geval om het primaire proces van het medisch maatschappelijk werk.

Het is van belang te vermelden dat de projectbijeekkomsten niet in het teken stonden van de *vervaardiging* van bovengenoemde documenten an sich. Zij waren namelijk door de projectcoördinator reeds opgesteld ter voorbereiding op de bijeenkomsten. De conceptversies van de betreffende documenten fungeerden als aanleiding voor de betrokken projectleden om met elkaar *van gedachten te wisselen* over de procesmatige aspecten van de werkwijze van het medisch maatschappelijk werk. Deze gesprekken vonden dus plaats tijdens de projectvergaderingen. De uitkomsten werden verwerkt in de hierboven genoemde documenten. Zij vormden het tastbare resultaat van een bewustwordingsproces binnen het projectteam.

De bewerking van het hoofdproces (stroomdiagram) bleek een continu proces te zijn. Dat was ook niet verwonderlijk. De bespreking van de afzonderlijke subprocessen leverde steeds weer nieuwe input op voor het hoofdproces. Dit had vooral betrekking op de beslismomenten in het proces en op de rapportages. De definitieve uitwerking van het hoofdproces moet dan ook beschouwd worden als het resultaat van de vaststelling van *alle* subprocessen.

Gaandeweg het proces ontstond er een vast stramien op basis waarvan de documenten gestalte kregen. Zo begint elk document met een inleiding, waarin kort uiteengezet wordt wat in dat document wordt behandeld. Rechts boven in de eerste pagina wordt de plek van de behandelde fase in het gehele traject grafisch weergegeven. Na de feitelijke behandeling van de fase, wordt elk document standaard afgesloten met een hoofdstuk 'Transitie'. Hiermee wordt een link gelegd naar de volgende fase in het traject. Met dit stramien wordt een stuk eenduidigheid bereikt.

2.3. Effecten van het projectresultaat

In het plan van aanpak is meerdere malen aangegeven dat het mesoproject de eerste fase behelst van het MMW-project 'Futura'. Het resultaat van deze fase is voorwaardelijk voor de tweede. Toch is aan deze fase een doel op zich verbonden. In de eerste plaats zullen de documenten worden opgenomen in Quality Online (zie verder hoofdstuk 5.2.) In het verlengde hiervan heeft het projectresultaat een bijdrage geleverd aan enkele aspecten van de projectdoelstelling van het MMW-project 'Futura', namelijk:

1. vergroting van het inzicht in de werkwijze van het medisch maatschappelijk werk
2. vergroting van de transparantie van het medisch maatschappelijk werk
3. versterking van de legitimatie van het maatschappelijk werk

Door dit alles kan worden gesteld dat het resultaat van het mesoproject bijgedragen heeft aan de verdere profilering van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk.

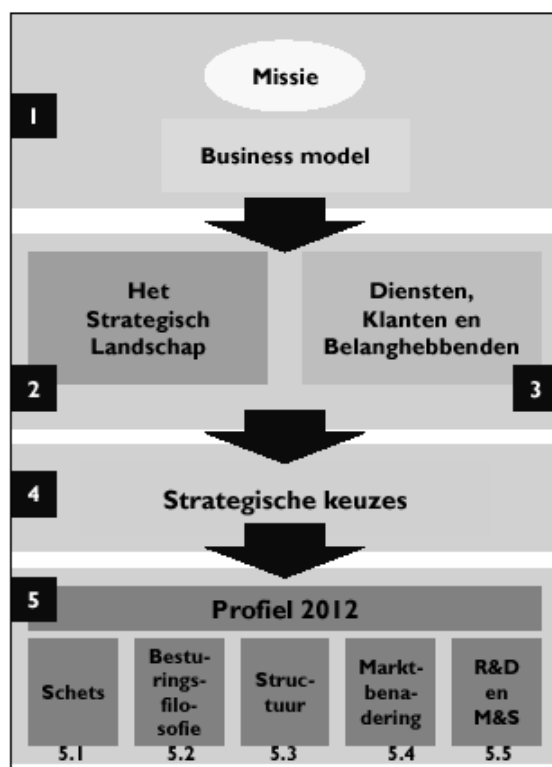
2.4. Afwijkingen ten opzichte van het plan van aanpak

Voor een groot deel is de eerste fase van het MMW-project, het mesoproject, conform plan van aanpak verlopen. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat dit voor een deel te verklaren is door het feit dat er al sprake was van een MMW-project, voordat er sprake was van een mesoproject. Aan het MMW-project lag aanvankelijk geen projectplan ten grondslag. Het projectteam ging vrij pragmatisch van start door direct aan de realisatie van de opdracht te werken. De eerste bijeenkomst vond plaats op dinsdag 15 april 2008. Aanvang september werd duidelijk dat het MMW-project gekoppeld kon worden aan het mesoproject in het kader van de door mij gevolgde opleiding 'Maatschappelijk Werk en Dienstverlening'. Een belangrijk onderdeel van deze opdracht was een gedegen plan van aanpak. Die was er dus nog niet. Dat betekende dat dit plan van aanpak met terugwerkende kracht was geschreven, met andere woorden met dit projectplan werd als het ware een inhaalslag gemaakt. Voor een deel kon het plan dan ook worden toegeschreven naar de reeds opgedane praktijk. Echter, ten aanzien van het onderdeel 'tijd / planning' bleek de praktijk weerbarstiger. Hoewel er rekening werd gehouden met vakantiedagen rondom kerst en jaarwisseling, werd de spreiding van de opgenomen vrije dagen door de afzonderlijke projectteamleden onvoldoende in kaart gebracht. Dit had tot gevolg dat in de laatste twee weken van december 2008 en in de eerste twee weken van januari geen projectteamvergadering kon worden belegd, omdat er dan altijd één of meerdere leden niet aanwezig konden zijn. Aangezien het belang van de aanwezigheid van *iedereen* tijdens een bijeenkomst door alle projectleden groot werd geacht, bleek de hoeveelheid geschikte vergaderdata lager uit te pakken. Dit alles had tot gevolg dat in de laatste fase van het mesoproject nog betrekkelijk veel werk moest worden verricht. Het feit dat in de maand januari twee vergaderingen direct achter elkaar werden gehouden is daar een voortvloeisel van.

3. Het hulpverleningsbeleid

3.1. Inleiding

Het hulpverleningsbeleid van Nij Smellinghe wordt onder andere beschreven in het recent gepubliceerde 'Businessplan 2008-2012'. In dit plan (2008) wordt vanuit de missie toegewerkt naar een profiel van het ziekenhuis zoals men dat in 2012 voor ogen heeft. Schematisch wordt de opbouw van het businessplan in onderstaand figuur weergegeven.



Opbouw businessplan 2008-2012

3.2. Missie en visie

Gelet op de organisatie waar het hier om gaat – een ziekenhuis – zou je kunnen stellen dat het doel van de organisatie vrij voor de hand ligt: mensen beter maken. Dit is echter te simplistisch geformuleerd, omdat de organisatie hier niet in altijd in slaagt. Daarmee zou het doel niet behaald zijn. Differentiatie is dus geboden.

Het businessplan (2008, p. 8) beschrijft in één van haar hoofdstukken haar hoofddoel:

“Onze core business is het leveren van electieve en spoedeisende medisch specialistische zorg.”

Daarnaast spreekt Nij Smellinghe over “patiëntenzorg”. Dit begrip vindt men terug in de visiebeschrijving, te vinden op de website (2008) van het ziekenhuis:

“Nij Smellinghe is een medisch geïntegreerd bedrijf dat beschikt over een volledig functiepakket en/of dubbele bezetting van medische functies om de kwaliteit en de continuïteit van de patiëntenzorg te garanderen.”

Kwaliteit, continuïteit van de geboden zorg en de “juiste” medewerkers worden van groot belang geacht om de belangen en de wensen van de patiënt centraal te laten staan.

In het businessplan 2008-2012 wordt de visie van het ziekenhuis opgehangen aan de missie zoals deze te lezen is op de website (2008) van het Nij Smellinghe Ziekenhuis:

“De patiënt is bepalend voor ons handelen.”

Vanuit ethisch perspectief komt hiermee duidelijk naar voren dat de organisatie het zelfbeschikkingsrecht van de mens, dus ook van de patiënt, hoog in het vaandel heeft staan. Dit autonomiebeginsel vormt zelfs de basis voor de handelwijze van de mensen die in het ziekenhuis werken. De missie bepaalt het denken en handelen vanuit de wensen en belangen van de patiënten en daarmee dat de organisatie kan beschikken over de organisatorische voorwaarden, de middelen en de systemen.

3.3. Business model

De missie wordt door Nij Smellinghe verder uitgewerkt in een zogenaamd business model. Dit model beschrijft op welke wijze Nij Smellinghe haar producten of diensten levert en hoe daarmee inkomsten worden gegenereerd. Met dit laatste wordt het ondernemingsaspect van de organisatie nog eens onderstreept: business in de zakelijke zin des woords.

Nij Smellinghe maakt hierbij een onderscheid tussen een “software-” en een “hardwarezijde” van haar dienstverlening. In de software zit de kerndoelstelling van de organisatie besloten, namelijk het leveren van medisch specialistische diensten (diagnostiek en behandeling) door op *cure* (medisch specialisten, paramedici) en *care* (verpleging en verzorging) gerichte disciplines. Onder de hardware moeten dan de harde assets worden verstaan: het ziekenhuis als gebouw, als facilitaire eenheid.

3.4. Doelgroepen

In het verlengde van wat er in voorgaande hoofdstukken is beschreven is er een omslag in denken waar te nemen aangaande de beschrijving van de doelgroepen van de organisatie als geheel, dus ook voor het medisch maatschappelijk werk. De patiënt wordt nu eerder gedefinieerd als een ‘zorgconsument’. Het businessplan (2008) zegt daarover het volgende:

De ontwikkeling, dat onze patiënten steeds beter geïnformeerd zijn zal zich de komende jaren voortzetten. Internet, maar ook andere media dragen daar, evenals de activiteiten van patiëntenverenigingen en consumentenorganisaties, onmiskenbaar aan bij. Een effect hiervan is dat patiënten zich steeds meer zullen gaan gedragen als consument, die goed geïnformeerd wil worden over de kwaliteit van de zorg (...), de kwaliteit van de organisatie (...) en de kosten van de zorg in termen van de relatie prijs/kwaliteit.”
(p. 6)

De primaire doelgroep van de organisatie, de patiënt (letterlijk vertaald ‘de lijdende’), kenmerkt zich door een bepaalde medische zorgbehoefte. De kentering in de benadering van diezelfde doelgroep zit hem nu in het gegeven dat de *zorgbehoefte* wordt gedefinieerd als een *zorgconsument* die zelf goed kan aangeven wat goed voor hem is. Dit laatste sluit goed aan op de missie van het ziekenhuis (*"De patiënt is bepalend voor ons handelen."*). De discussie over de vraag in hoeverre dit in praktijk wordt gebracht, laat ik in het kader van dit verslag verder buiten beschouwing.

Vanuit geografisch oogpunt richt Nij Smellinghe zich op de Zuidoosthoek van Friesland en het daaraan grenzende gebied van Groningen. Het betreffen de gemeenten:

- Smallerland
- Opsterland
- Achtkarspelen
- Tytsjerksteradiel
- Ooststellingwerf
- Marum

Nij Smellinghe rekent tot haar “primaire” klanten de inwoners van bovengenoemde gemeenten én haar partners in de zorgketen:

- huisartsen
- GGZ Friesland
- dokterswacht
- Thuiszorg De Friese Wouden
- verpleeghuizen en verzorgingstehuizen in de regio
- apotheker
- de ambulancedienst

Samenwerkingspartners die in het primaire zorgproces betrokken zijn:

- de politie
- de brandweer
- de GGD
- Medisch Centrum Leeuwarden
- Ziekenhuis De Tjongerschans Heerenveen
- het Antoniusziekenhuis Sneek
- de Sionsberg Dokkum
- het Universitair Medisch Centrum Groningen
- het Martini Ziekenhuis Groningen
- het IKN (Integraal Kankercentrum Noord-Nederland)

Tot slot worden instanties die in bovengenoemde regio werkzaam zijn tot de secundaire klanten gerekend. Naast de verzekeraars zijn dat:

- de patiënten-/cliëntenorganisaties
- de landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden
- de toezichthouders
- de kapitaalverschaffers
- de hogescholen en de regionale opleidingscentra

In het businessplan (2008) krijgen de ouderen speciale aandacht in de doelgroepenoriëntatie:

“De Nederlandse bevolking veroudert. Dit geldt in relatief sterke mate voor de inwoners van het verzorgingsgebied van Nij Smellinghe. In 2015 is (...) namelijk 19,3 procent van de inwoners ouder dan 65 jaar tegen landelijk 17,7 procent. (...) In het aanbieden van onze diensten zullen we hiermee rekening houden aangezien de ziektelast van de bevolking toeneemt met de leeftijd. (...) Voor Nij Smellinghe hebben de ouderen derhalve de toekomst.”
(p. 6)

Deze focus heeft niet alleen te maken met een anticipatie op de inhoudelijkheid van de (medische) hulpverlening, maar heeft ook een zakelijke (financiële) achtergrond. Het één kan niet (meer) los gezien worden van het andere.

3.5. Het medisch maatschappelijk werk

3.5.1. Algemeen

Als we nu kijken naar het algemene projectresultaat en wanneer we bovenstaande hoofdstukken hierbij betrekken, dan wordt het interessant om te onderzoeken hoe dit alles zich verhoudt tot het medisch maatschappelijk werk.

Met betrekking tot het aspect ‘hulpverleningsbeleid’ kan in ieder geval gesteld worden dat het beleid van het Medisch Maatschappelijk Werk een goede afgeleide is van dat van Nij Smellinghe.

Onder het kopje ‘Verdere ontwikkelingen’ wordt in het beleidsplan (2007) van de afdeling onder andere melding gemaakt van het feit dat andere disciplines hun taken verbreed hebben richting meer psychosociale begeleiding. De afdeling ziet zich hierdoor min of meer gedwongen om zich nog beter te profileren, de taken goed af te bakenen en in overleg te treden met de betreffende disciplines.

In hoofdstuk 2.3. is reeds vastgesteld welke uitwerkingen het (meso)project heeft ten aanzien van deze verdere ontwikkelingen. Door de vervaardiging van de in hoofdstuk 2.2. vermelde producten is de afdeling nu in staat om richting derden inzichtelijk te maken wat haar werkwijze is in procesmatige zin. De betreffende documenten worden op Quality Online (zie ook hoofdstuk 5.2.) gepubliceerd. Hier kan dan steeds naar worden verwezen.

Met deze constatering kan gesteld worden dat het projectresultaat een bijdrage levert aan de profilering van de afdeling. Bewust wordt gekozen voor het woord “bijdrage”. Dit impliceert dat er nog meer moet gebeuren om de verdere profilering van de afdeling gestalte te geven. Dit “meer” komt in een later stadium van het ‘Futura’-project aan de orde (zie ook hoofdstuk 7 en 8).

3.5.2. Hulpverleningsbeleid: inhoudelijk en procedureel

Wanneer doet de medisch maatschappelijk werker wat? In de kern komt het hulpverleningsbeleid van het medisch maatschappelijk werk hierop neer. In de vraag zit een inhoudelijke en een procedurele component besloten.

Het inhoudelijk hulpverleningsbeleid wordt globaal in document MMW-00.5 ‘Hulpverlening’ behandeld (zie verder ook bijlage 1). De grote meerwaarde van de expliciete vastlegging van dit beleid is, zoals reeds vermeld, een stuk transparantie naar derden toe.

Wat moet nu worden verstaan onder ‘derden’?. In de eerste plaats moet gedacht worden aan andere disciplines binnen het ziekenhuis. Daarbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen de “afnemers” van de diensten van de afdeling, bijvoorbeeld de afdeling Interne, Orthopedie, Longafdeling, Neurologie, etc. Voor medewerkers van deze afdelingen is met het eindproduct meer duidelijkheid gekomen voor welke vormen van hulp het medisch maatschappelijk werk in consult kan worden geroepen. Voor andere disciplines, die qua dienstverlening raakvlakken vertonen met het medisch maatschappelijk werk (bijvoorbeeld Geestelijke Verzorging, Geriatriesch Consultatieve Verpleegkunde, etc.) wordt de afbakening van de afzonderlijke werkvelden helder gemaakt. Overigens wordt hiermee ook duidelijk waar er overlap zit. Deze transparantie komt, zij het op een indirecte wijze, ook de patiënt ten goede. Verwijzers (medisch specialisten, verpleegkundigen, etc.) zijn nu in staat, op grond van de toegankelijk gemaakte eindproducten, een kwalitatief betere verwijzing te maken. De kans dat de patiënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd wordt hiermee geminimaliseerd.

Het procedurele aspect van het medisch maatschappelijk werk staat eigenlijk centraal in de eindproducten. In de vorige alinea is reeds gesproken over een kwalitatief goede verwijzing. Dit aspect wordt uitgebreid behandeld in document MMW-00.1 ‘Verwijzing’. *Op welke manieren kunnen er door wie patiënten worden verwezen naar het medisch maatschappelijk werk?* Aan deze fase van het totale hulpverleningstraject is door het projectteam relatief veel aandacht besteed. Dit kwam onder andere door het feit dat niet alle projectleden exact hetzelfde beeld voor ogen hadden. Daarnaast bleek dat er vele scenario’s denkbaar zijn, waarbinnen een verwijzing kan plaatsvinden. Deze moesten eerst allemaal in kaart worden gebracht. Ook de bevoegdheden van de afzonderlijke verwijzers kwamen daarbij aan de orde. Uiteindelijk is het gehele spectrum aan verwijzingssituaties met document MMW-00.1 geïnventariseerd en schriftelijk vastgelegd.

Een ander onderdeel van het MMW-traject dat de nodige aandacht kreeg was de intakefase. Bij de opstelling van het betreffende document (MMW-00.4) werd gebruik gemaakt van het boekje ‘Wegen en overwegen – Handleiding intake maatschappelijk werk’ van Margot Scholte en Peter van Splunteren. Hierdoor werd voorkomen dat voor een deel het wiel opnieuw werd uitgevonden. Een en ander moest uiteraard wel toegeschreven worden naar de praktijksituatie binnen het ziekenhuis.

3.5.3. Methodische oriëntatie

Opgemerkt dient te worden dat het in document MMW-00.5 (‘Hulpverlening’) niet gaat om de *methodische* werkwijze van het medisch maatschappelijk werk. Men moet meer denken aan de in globale termen beschreven *aard* van de hulpverlening. Overigens zullen in projectverband de methodische aspecten van het medisch maatschappelijk werk wel degelijk aan bod komen, zij het in een later stadium. In het plan van aanpak is het spectrum van mogelijke methodieken, beter geformuleerd ‘denkscholen’, reeds aan de orde gesteld:

- stressreductie (Herman de Mönnink)

In het boek “De gereedschapskist van de maatschappelijk werker” (2005, p. 381) stelt De Mönnink dat maatschappelijk-werk-interventies bij cliënten tot spanningsreductie en gezondheidswinst leiden. Door deze reductie resp. winst kwalitatief en kwantitatief te meten, meent De Mönnink de effecten van het maatschappelijk werk inzichtelijk te kunnen maken.

In het kader van een vooronderzoek heeft de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk kennis gemaakt met het ‘Praktijkboek Medisch Maatschappelijk Werk 2008’ van Ron de Wit. Hij is als medisch maatschappelijk werker verbonden aan het Deventer Ziekenhuis. De Wit heeft een vertaalverslag gemaakt van het stressreductieconcept van Herman de Mönnink richting het medisch maatschappelijk werk. In de inleiding van zijn praktijkboek wordt duidelijk hoe De Wit en anderen eveneens worstelden met het profilerings- en legitimatievraagstuk van zijn afdeling. De Wit (2008, p. 1) stelt:

“Voor artsen, verpleegkundigen, managers, maar ook de patiënt zelf is het vaak onvoldoende duidelijk wat het medisch maatschappelijk werk (mmw) precies doet en waarvoor het mmw in consult gevraagd kan worden.

(...)

In contact met de ander moet de mmw’er kernachtig kunnen duidelijk maken wat de conclusie van zijn analyse is, welke behandeling hij geeft en wat de behaalde resultaten zijn. Hier moet de mmw’er dus, eenduidig en herkenbaar over communiceren. Niet alleen mondeling, maar dit moet ook terugkomen in zijn rapportage, brieven en registratie.

(...)

En daarom is het dus belangrijk dat het mmw zich voortdurend de volgende vraag stelt: op welke manier organiseert en doet het mmw zijn werk (...)."

In het Praktijkboek wil De Wit een antwoord geven op (onder andere) bovenstaande vraag. Hij maakt daarbij een uitgesproken keuze. Het multimethodisch stappenplan, uitgewerkt door Herman de Mönnink, neemt hij als uitgangspunt. Spannings- c.q. stressreductie is het hoofddoel van de behandeling van de medisch maatschappelijk werker. De werker is een stressbehandelaar. Alle facetten van het werkveld worden aan dit concept opgehangen, dat wil zeggen dat ook de registratie en rapportage geënt zijn op stressreductie.

- common factors (Sjef de Vries)

In een artikel op de website van Nascholingscentrum Maatschappelijk Werk (2006) stelt Sjef de Vries dat de effectiviteit van de maatschappelijk werker meer wordt bepaald door de zogenaamde common factors. Wat zijn dan die common factors?

Ik noem er enkele:

- aansluiten bij de cliënten
- de cliënt als mens behandelen
- wederzijdse acceptatie
- niet-oordelende houding
- onvoorwaardelijk positief
- niet bevoogdend
- aardig
- etc.

Deze common factors zijn terug te voeren op de houding, de attitude van de werker. Dit maakt de vraag, in hoeverre de effectiviteit van de hulpverlening vanuit dit perspectief te meten is, uiterst moeilijk te beantwoorden.

- theorie van de presentie (Andries Baart)

Analoog aan het vorige laat ook de presentietheorie van Andries Baart zich als methodiek moeilijk vertalen in een systeem, waarmee de effectiviteit van de hulpverlening van het maatschappelijk werk kwalitatief en kwantitatief kan worden gemeten. Over de vraag of de theorie van de presentie als een methodiek mag worden beschouwd zijn de meningen overigens verdeeld. Die 'moeilijkheid' blijkt wel uit de opsomming van "vaardigheden/eigenschappen" die een presentiebeoefenaar volgens Baart zou moeten hebben:

- mensen opzoeken in hun eigen leefwereld
- aansluiten op de leefwereld van de mensen
- afstemmen op de levensloop van de mensen

- afstemmen op het levensverhaal van de mensen
- luisteren / aandacht hebben
- beschikbaar zijn voor de cliënt
- dienstbaar zijn aan de cliënt
- je bloot stellen aan de leefwereld van de cliënt
- jezelf sensibiliseren
- eerst *met* de mensen zijn, dan pas kun je er *voor* de mensen zijn
- het binnenperspectief van de mensen binnentreden
- bekering, ommekeer

Het “er zijn” (= presentie) in samenhang met bovengenoemde vaardigheden zegt, net als bij de ‘common factors’ van de Sjef de Vries, meer iets over de grondhouding van de maatschappelijk werker en minder over de effectiviteit van zijn interventies.

- modulen 'ziekenhuismaatschappelijk werk' (Margot Scholte e.a.)

Op de website van Movisie ('Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling') is een rapport van Margot Scholte e.a. opgenomen. Het draagt de titel “Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in UMC's – Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening” (2007). Het richt zich primair op de universitaire medisch centra. In het rapport (2007, p. 9) staat onder andere het volgende:

Modulen zijn op te vatten als 'zorg- of hulpverleningseenheden' die met elkaar de bouwstenen vormen voor het totale aanbod van een organisatie of werksoort. Hiermee kan in grote lijnen duidelijk gemaakt worden wat een beroepsgroep of werksoort te bieden heeft voor wie, met welke doelen en met welke (beoogde) resultaten.

Anders dan bij de ‘common factors’ van Sjef de Vries en de presentietheorie van Andries Baart bieden de door Scholte gepropageerde modulen een grotere ingang tot de gewenste effectiviteitsmeting.

De afdeling Medisch Maatschappelijk Werk van Nij Smellinghe heeft (nog) geen keuze gemaakt uit één van bovengenoemde of wellicht andere denkscholen. Een discussie over de noodzaak van een te maken keuze en welke deze dan zou moeten zijn dient nog plaats te vinden. Deze exercitie maakt deel uit van de tweede fase van het MMW-project en viel daarom buiten het bestek van het mesoproject.

3.5.4. Doelgroepenoriëntatie

Analoog aan het businessplan 2008-2012 onderkent ook de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk in haar visie- en beleidsplan (2007) een toename van oudere patiënten. Andere ontwikkelingen die de afdeling benoemt, zijn onder meer:

- de gevolgen van een kortere opnameduur
- de toename van poliklinische patiënten
- kanker als chronische en veel voorkomende ziekte

In het licht van het mesoproject vloeit de onderkenning van bovengenoemde ontwikkelingen echter niet voort uit het projectresultaat. Sterker nog, het procedurele aspect van de het medisch-maatschappelijk-werk-traject, zoals die in de eindproducten centraal staat, moet los worden gezien van een eventuele focus op bepaalde doelgroepen. In de betreffende documenten wordt uitgegaan van een “algemene patiënt”. Een verdere, gedifferentieerdere definiëring van de hulpverlening per doelgroep kan echter zeker tot een genuanceerdere beschrijving van de inhoudelijke én procedurele werkwijze van het medisch maatschappelijk werk leiden. Te denken valt aan een producten- en dienstencatalogus (zie hoofdstuk 8.2.).

3.5.5. Specialisatie

Het opstellen van document MMW-00.1 (‘Verwijzing’) is binnen het projectteam aanleiding geweest om te praten over de vraag in hoeverre specialisatie van de afzonderlijke medisch maatschappelijk werker gewenst is. De werker is in beginsel op alle afdelingen inzetbaar. De praktijk wijst echter uit dat elke maatschappelijk werker “eigen” afdelingen bedient (“aandachtsgebieden”). Dit betekent dat hij het MDO bezoekt en aanspreekpunt is voor de afdeling. Deze ontwikkeling zou een vervolg kunnen krijgen in de vorm van verdere specialisatie. Zie ook hoofdstuk 8.3.

4. Organisatiecultuur

4.1. Algemeen

Een organisatiecultuur beschouw ik als een patroon van gemeenschappelijke waarden, normen, opvattingen en referentiekaders, voor zover dit van invloed is op de interactie tussen medewerkers en de manier waarop het werk uitgevoerd wordt.

In het plan van aanpak is reeds gesproken over de organisatiecultuur binnen Nij Smellinghe. “De lijnen zijn vrij kort”, met andere woorden men gaat niet gebukt onder een grote mate aan bureaucratie. Het gaat hier om een betrekkelijk klein ziekenhuis. De medewerkers weten elkaar goed te vinden, waardoor vrij snel zaken kunnen worden afgehandeld. De (quasi-)informele communicatieve cultuur neemt niet weg dat er bepaalde hiërarchische structuren binnen het ziekenhuis aanwezig zijn. Deze hiërarchie heeft dan meer betrekking op de onderlinge verhoudingen binnen het puur medisch personeel (specialisten, co-assistenten, verpleegkundigen, etc.) en niet zozeer op de organisatie zelf.

Net als bij vele andere ziekenhuizen krijgt de organisatiecultuur een steeds zakelijker karakter. De verzakelijking in de gezondheidszorg, de omslag in de financieringsstructuur (van functiebudgettering naar DBC's) en de sterk toegenomen protocollisering wijzen daarop. Niet alleen de beheersing van processen, maar ook de controle op procedures begint een prominentere rol te spelen in de bedrijfsvoering. De output van het mesoproject sluit naadloos op deze ontwikkeling aan. De procedurele werkwijze van het medisch maatschappelijk werk is nu vastgelegd en weggezet in een kwaliteitssysteem (zie ook hoofdstuk 5). De werkwijze wordt nu niet meer, als het ware “in de wandelgangen” door de maatschappelijk werkers aan belanghebbenden uitgelegd. Nee, er kan nu worden verwezen naar het betreffende hoofdstuk in Quality Online. Daar zijn geautoriseerde documenten te vinden die organisatiebreed van toepassing zijn.

De organisatiecultuur mag hiermee weliswaar gekenmerkt worden door een verdere verzakelijking, de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk heeft met deze exercitie een steviger organisatorisch en professioneel fundament weten te creëren.

4.2. Ethiek van de organisatie

4.2.1. Algemeen

Uit het visie- en beleidsplan van het Medisch Maatschappelijk Werk (2007) blijkt dat er, analoog aan de beleidsvisie van Nij Smellinghe, grote waarde wordt gehecht aan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Het visie- en beleidsplan begint met “De patiënt is autonoom.” De missie van het ziekenhuis wordt binnen het medisch maatschappelijk werk vertaald in de volgende twee uitgangspunten:

- *De hulpvraag van de klinische en poliklinische patiënt is uitgangspunt.*
- *De hulp wordt verleend als onderdeel van en in nauwe samenwerking en afstemming met het multidisciplinaire team.”*

Het projectresultaat heeft in deze afdelingsvisie verder geen veranderingen gebracht. Wel zou men kunnen stellen dat de projectleden door de vervaardiging van de eindproducten nog eens verder bewust zijn gemaakt van de waarde van de autonomie van de patiënt. De zorgvuldigheid die daarmee gepaard gaat, komt onder andere terug in het belang dat wordt gehecht aan de multidisciplinaire samenwerking. De zogenaamde MDO's (MultiDisciplinair Overleg) vormen dan ook een belangrijke factor in de beschrijving van de (procedurele) werkwijze van het medisch maatschappelijk werk. Dit is terug te lezen in de eindproducten.

4.2.2. Gedragscode en de patiënt

Zoals reeds aangegeven is de beroepsethische houding van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk door het projectresultaat niet veranderd en daarmee ook de gedragscode voor de afzonderlijke maatschappelijk werkers niet. Wel wordt, bijvoorbeeld in document MMW-00.4 'Intake', nog eens het belang van de waarborging van de privacy van de patiënt benadrukt:

"Wederom zorgt de maatschappelijk werker ervoor dat het inventarisatiegesprek plaatsvindt in een ruimte waar de privacy van de patiënt gewaarborgd is."

Dat deze norm onder druk staat, is de laatste tijd steeds meer merkbaar binnen de praktijk van de afdeling. De medewerkers van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk moeten steeds meer moeite doen om een geschikte gespreksruimte te vinden om patiënten te ontvangen. De afdeling zelf beschikt niet over een eigen spreekkamer. Geheimhouding wordt geschonden op het moment dat het gesprek plaatsvindt in een openbare ruimte. Het kunnen beschikken over een spreekkamer heeft in de kern te maken met de beroepscode waaraan een maatschappelijk werker zich te houden heeft. Deze code is onder andere terug te vinden in het boek "De nieuwecode gedecodeerd" van J. Janssen. Artikel 12 uit de beroepscode (2006, p. 254) zegt:

"Krachtens zijn positie als vertrouwenspersoon heeft de maatschappelijk werker de plicht tot geheimhouding van hetgeen hem als zodanig over de persoon en omstandigheden van de cliënt ter kennis is gekomen."

Dit geldt overigens ook wanneer de patiënt uit eigen beweging toestemming geeft om een gesprek in een openbare ruimte te voeren. Artikel 13 uit de beroepscode (2006, p. 254) zegt hierover het volgende:

"De plicht tot geheimhouding wordt niet opgeheven door de uitsluitende toestemming van de cliënt. De plicht tot geheimhouding dient niet alleen het belang van de cliënt, doch ook het algemeen belang en dat van het beroep en de functie waarin dit wordt uitgeoefend."

In dit licht kan er klaarblijkelijk een spanningsveld worden vastgesteld tussen de gedrags-/beroepscode van de maatschappelijk werker enerzijds en de praktische haalbaarheid ervan anderzijds. Dit spanningsveld kan met de opstelling van de in hoofdstuk 2.2. genoemde eindproducten niet worden weggenomen.

4.2.3. Gedragscode en andere disciplines

Zoals herhaaldelijke malen in het plan van aanpak aangegeven, is het mesoproject te beschouwen als de eerste fase van een groter project, het MMW-project 'Futura'. De eindproducten van fase 1 van het MMW-project zullen worden gepubliceerd op Quality Online (zie hoofdstuk 5.2.). Deze documenten zullen conform een bepaalde voorgeschreven opmaak (sjabloon) in deze applicatie worden opgenomen. Ze zijn voor alle disciplines binnen het ziekenhuis toegankelijk (leesrechten). Het beheer ligt echter bij een medewerker van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk. Iedereen kan wel richting de beheerder/eigenaar een wijzigingsvoorstel indienen. Het is aan de afdeling om te bepalen of dit voorstel zal worden verwerkt in een volgende versie van het betreffende document.

De privacy van de patiënt is in deze situatie niet in het geding, omdat het hier om de (intern afgesproken) fasering van het hoofdproces van het medisch maatschappelijk werk gaat.

Anders ligt het bij het eindproduct van de tweede fase van het MMW-project, namelijk een geautomatiseerd registratie- en rapportagesysteem. Bij de ontwikkeling van dat systeem zal zorgvuldig moeten worden nagedacht over de vraag in hoeverre de geregistreerde gegevens en rapportages naar aanleiding van patiëntengesprekken toegankelijk moeten worden gemaakt voor andere disciplines. Dit hangt samen met de te ontwerpen functionaliteit binnen het systeem, maar ook met een stuk beroepsethiek. In de eerste plaats dienen de registratiegegevens en rapportages voor de medisch maatschappelijk werkers onderling toegankelijk te zijn. Dat zijn ze nu in principe ook al, maar dit hangt veelal af van de fysieke aan-/afwezigheid van de maatschappelijk werkers. Bij een geautomatiseerd systeem kan men onafhankelijk daarvan te allen tijde de gegevens van directe collega's raadplegen.

Ten tweede dienen alle direct betrokken disciplines toegang te hebben tot de rapportages. Naast de hoofdbehandelaar van een betreffende patiënt geldt dit mijns inziens ook voor de verpleegkundigen. Immers, nu wordt er ook al door de medisch maatschappelijk werker gerapporteerd in het verpleegkundig dossier op de afdeling. De vraag is of bovengenoemde toegankelijkheid ook moet gelden voor alle andere (paramedische) disciplines, bijvoorbeeld fysiotherapie, diëtetiek, etc. Hebben zij belang bij de rapportages van het medisch maatschappelijk werk? De discussie moet nog gevoerd worden, maar mijns inziens ligt hier een grens.

Tot slot dient er in het systeem rekening gehouden te worden met de mogelijkheid voor de maatschappelijk werker om persoonlijke aantekeningen te maken, die alleen door hem en diens directe collega's van de afdeling ingezien kunnen worden.

Welke keuzes ook gemaakt zullen worden, ze bepalen in ieder geval (voor een deel) de gedragscode van de afdeling en andere disciplines.

5. De kwaliteitszorg

5.1. De plaats van de kwaliteitszorg binnen Nij Smellinghe

Het begrip kwaliteitsbeleid wordt vanuit Nij Smellinghe ruim opgevat. Onder deze term vallen andere vormen van beleid en het beperkt zich dus niet tot bijvoorbeeld een kwaliteitssysteem (Quality Online). De indeling kan als volgt worden weergegeven:

1. Algemeen kwaliteitsbeleid
Binnen Nij Smellinghe is ten aanzien van de ontwikkeling en uitvoering van het kwaliteitsbeleid een Stuurgroep Kwaliteit in het leven geroepen. Het ziekenhuis is NIAZ-geaccrediteerd (NIAZ staat voor Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen). Deze organisatie toetst of zorginstellingen hun organisatie zó hebben ingericht, dat ze op reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg voortbrengen. Door middel van accreditatie stimuleert het NIAZ instellingen om de kwaliteit van de organisatie van de zorg te borgen en te blijven verbeteren. Zorginstellingen kunnen zich met een NIAZ-accreditatiebewijs in- en extern verantwoorden. Een NIAZ-accreditatie geldt voor vier jaar. In 2009 zal er voor het Nij Smellinghe ziekenhuis een heraccreditatie plaatsvinden.
2. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten
3. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van medewerkers
Hieronder vallen:
 - a. Personeelsbeleid
 - b. Sociaal beleid
4. Financieel beleid
De organisatie bevindt zich in een overgangsfase van functie-budgettering (FB) naar financiering op basis van Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). FB maakt momenteel voor 75% deel uit van de totale financiering, 25% is DBC-gerelateerd. Met een DBC wordt inzichtelijk gemaakt welke activiteiten er uitgevoerd moeten worden en welke kosten daarmee gemoeid zijn.
5. Medisch beleidsplan

Kwaliteitsborging is niet alleen extern ingegeven (NIAZ), maar ook intern. Eén van de doelstellingen van het Nij Smellinghe Ziekenhuis is het behalen van constante kwaliteitsverbeteringen. Vanuit dit streven worden er bij afdelingen regelmatig interne audits gehouden. Op 18 september 2007 werd de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk geauditeerd. Naar aanleiding van deze interne audit werd een auditrapport (d.d. 9 november 2007) geschreven. Eén van de genoemde verbeterpunten in dat rapport betrof de toenemende noodzaak om te komen tot meer transparantie in de werkwijze van het medisch maatschappelijk werk.

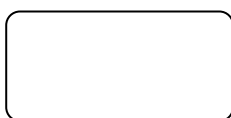
Het auditteam gaf als aanbeveling om de activiteiten van de afdeling en de resultaten die daaruit voortvloeien beter te registreren. Hiermee was een grondslag voor het MMW-project ontstaan. Het projectresultaat zal dan ook worden teruggekoppeld met de betrokkenen. Daarmee is de cirkel weer rond. Of dit ook zal gaan gebeuren met tussentijdse projectresultaten, in dit geval het resultaat van het mesoproject, is niet aannemelijk. Het zal waarschijnlijk blijven bij een melding richting de organisatie dat de eindproducten beschikbaar zijn gesteld op Quality Online.

5.2. Quality Online

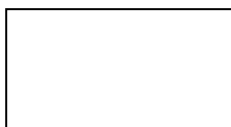
Quality Online is dé centrale applicatie die binnen Nij Smellinghe wordt gebruikt en waarin het kwaliteitssysteem van de organisatie is opgenomen. Het bevat onder andere protocollen en beschrijvingen van diverse (medische) processen. De documenten, waarin de werkwijze van medisch maatschappelijk werk zijn beschreven (i.e. het eindproduct van het mesoproject), zijn in het kader van het mesoproject inmiddels opgenomen in Quality Online (zie ook hoofdstuk 4.2.3.).

5.3. Stroomdiagram

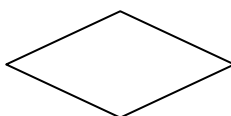
Zoals in hoofdstuk 2.2. is vermeld behelst het hoofdproces een stroomdiagram, waarin op schematische wijze de werkwijze van het medisch maatschappelijk werk is afgebeeld. Daarbij is gebruik gemaakt van diverse symbolen. Deze symbolen worden onder andere gebruikt in allerlei andere kwaliteitssystemen, bijvoorbeeld ISO-9001, een kwaliteitskeurmerk dat vooral in het bedrijfsleven wordt gehanteerd. De symbolen zijn internationaal genormaliseerd (NEN-3283) en worden hieronder verklaard.



begin of einde van een reeks



activiteit midden in het proces



beslissingsmoment



vervaardiging van een document



vervaardiging van meerdere documenten

Uit het stroomdiagram kan in één oogopslag worden opgemaakt dat er op meerdere plekken in het proces meerdere documenten worden aangemaakt. In de praktijk komt dit neer op het gegeven dat er meerdere, nagenoeg dezelfde rapportages plaatsvinden. Deze inefficiëntie is een nader onderzoek waard. Dat onderzoek zal ook daadwerkelijk plaatsvinden op het moment dat in de tweede fase van het MMW-project 'Futura' de functionaliteit van het te ontwerpen registratie- en rapportagesysteem zal worden besproken. Hoe dan ook, de vaststelling an sich dat er in de huidige werkwijze sprake is van inefficiënte rapportage kan worden beschouwd als een vorm van output van het mesoproject.

5.4. Cliëntenraad en klachtenprocedure

De aard van het project c.q. projectdoelstelling brengt met zich mee dat het instellen van een cliëntenraad en/of klachtenprocedure niet van toepassing is, althans niet specifiek voor het medisch maatschappelijk werk. Ondanks dat blijft de vraag interessant in hoeverre de afnemers van de diensten van het medisch maatschappelijk werk (andere afdelingen én patiënten) hun positie kunnen verbeteren dan wel verhaal kunnen halen. Met "verhaal halen" wordt bedoeld het aanspreken van de maatschappelijk werker op het moment dat hij zich niet aan de inmiddels beschreven werkwijze houdt.

5.4.1. Cliëntenraad

Met betrekking tot het ziekenhuis als geheel bestaat er wel degelijk een cliëntenraad (CR). Deze raad stelt zich op de website van Nij Smellinghe (2007) uitgebreid voor. De CR bestaat uit zeven leden. Zij komen uit het verzorgingsgebied van het ziekenhuis (zie ook hoofdstuk 3.4.) Ze zijn onafhankelijk van en niet werkzaam in het ziekenhuis.

De CR houdt bij de samenstelling rekening met vertegenwoordiging uit patiëntenverenigingen, maatschappelijke organisaties en mensen die met regelmaat zorg ontvangen van het ziekenhuis.

In de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (1996) is opgenomen dat de positie van de patiënt versterkt moet worden. De patiënt krijgt via de CR een stem bij het vaststellen van beleid dat de belangen van de patiënten raakt.

De CR van Nij Smellinghe ziet zich als een duidelijk aanwezige gesprekspartner binnen het ziekenhuis, die zich actief beweegt richting cliënten en contacten onderhoudt met diverse geledingen binnen het ziekenhuis. Tot de achterban van de CR behoren alle huidige patiënten en alle personen die in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis wonen. Het perspectief van de cliënt betekent volgens de CR dat de vraag van de cliënt bepalend is voor het handelen (hier leest men de missie van het ziekenhuis weer in terug), waarna de zorg een samenspel is tussen cliënt en zorgverlener.

De CR kan zelf voorstellen en adviezen inbrengen en adviseert zo mogelijk op adviesvragen vanuit de directie. Zo nodig laat de CR zich adviseren door een intern of extern deskundige.

De raad is een adviesorgaan van de directie en heeft adviesrecht over onder andere de volgende zaken:

- het algemeen beleid over het leveren van zorg aan patiënten
- de voeding, veiligheid en hygiëne binnen het ziekenhuis
- het kwaliteitsbeleid in het algemeen
- het klachtenreglement
- wijzigingen in de interne organisatie van het ziekenhuis
- de samenwerking met andere (zorg)instellingen
- de begroting en jaarrekening van het ziekenhuis

De CR legt jaarlijks verantwoording af door middel van een jaarverslag. Ze heeft geen rol in de afhandeling van klachten. Voor een klacht over een afdeling of een medewerker van het ziekenhuis bestaat de 'Klachtenprocedure Nij Smellinghe'.

5.4.2. Klachtenprocedure

Patiënten met een klacht krijgen via de Nij Smellinghe-website over dit onderwerp het advies om deze eerst met het hoofd van de afdeling of met de behandelend specialist te bespreken. In het geval van het medisch maatschappelijk werk is dit te vertalen in de maatschappelijk werker zelf of diens leidinggevende, i.e. de sectormanager.

Is de patiënt van mening dat er niet voldoende aandacht aan de klacht wordt besteed, dan kan hij zich met de klacht tot de klachtenfunctionaris wenden. Dit kan per brief of per mail. Daarnaast kan de patiënt zijn klacht eventueel versturen aan het Patiënten Service Bureau (PSB). Een introductie van de PSB is eveneens te vinden op de website van het ziekenhuis: <http://www.nijsmellinghe.nl/ns/view/79>

Om tegemoet te komen aan de vraag naar informatie heeft Nij Smellinghe het PSB geopend. Dit bureau biedt de mogelijkheid tot aanvullende informatie. Aanvullend, omdat voorlichting met betrekking tot de ziekte of aandoening van de patiënt in de eerste plaats wordt gegeven door de specialist, verpleegkundige of andere hulpverlener.

De middelen waarover het PSB beschikt zijn:

- een computerprogramma waarin gezocht kan worden naar aanvullende informatie
- bladen van patiëntenverenigingen en andere organisaties
- diverse folders
- een aantal voorlichtingsfilms
- drie computers waar de patiënt zelf op Internet kan zoeken naar informatie

De medewerkers van het PSB kunnen informatie verstrekken met betrekking tot:

- de gang van zaken binnen het ziekenhuis
- patiëntenverenigingen
- rechten en plichten van patiënten
- klachtenregeling Nij Smellinghe
- schriftelijk en audiovisueel informatiemateriaal over allerlei ziektebeelden
- andere instellingen in de gezondheidszorg
- gezondheidszorg in het algemeen

5.4.3. Overige vormen van feedback

Patiënten kunnen niet alleen terecht bij het ziekenhuis in geval van klachten, maar ook indien de patiënt een compliment wil geven, een vraag heeft of een suggestie wil doen. De website van Nij Smellinghe biedt hiertoe de technische mogelijkheden.

6. De organisatiestructuur

6.1. Inleiding

Met een organisatiestructuur wordt duidelijk gemaakt hoe de taken binnen een organisatie zijn verdeeld en hoe vervolgens afstemming tussen deeltaken tot stand is gebracht. Het heeft dus te maken met de verdeling van activiteiten over afdelingen en de taken van de werknemers.

In het kader van het MMW-project 'Futura', en dus ook van het mesoproject, is een projectteam samengesteld. Het bestaat uit alle medisch maatschappelijk werkers, een medewerker van de afdeling P&O en een sectormanager.

Na afloop van het mesoproject loopt het project gewoon door. De teamsamenstelling zou wellicht kunnen veranderen, afhankelijk van de vraag welke expertise gewenst is. Met het mesoproject is geen nieuwe organisatie opgezet. In plaats daarvan ligt de focus op een bestaande organisatie, namelijk de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk. Deze afdeling is ingebed in een, eveneens reeds bestaande, grotere organisatie, namelijk het ziekenhuis Nij Smellinghe. De organisatiestructuur van dat ziekenhuis is in het plan van aanpak reeds aan de orde gekomen. Deze structuur is te zien op het organogram dat als bijlage in het plan van aanpak is opgenomen. Het schema dateert van 2005.

6.2. Nadere toelichting op de organisatiestructuur

De organisatiestructuur van Nij Smellinghe is te typeren als een lijn-staf-organisatie. Kenmerkend voor het ziekenhuis is de betrekkelijk platte structuur. Dit heeft als gevolg dat de span of control van sommige managers behoorlijk groot is. De indeling zoals deze op het organogram (2005) afgebeeld staat is terug te voeren op het "type" patiënt: een klinische of poliklinische patiënt. Deze indeling vertaalt zich in de functie-benamingen 'Manager Kliniek' en 'Manager Ambulant'. In de lijn valt de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk onder de Manager Kliniek, net als de afdeling Dienst Geestelijke Verzorging. De DGV wordt als stafafdeling afgebeeld op het organogram. De vraag is of dat juist is, omdat de afdeling geen directe staffunctie vervult ten behoeve van de Manager Kliniek.

Wat verder opvalt, is het ontbreken van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk op het organisatieschema. De exacte oorzaak hiervan is bij de afdeling niet bekend. Gelet op de doelstelling van het MMW-project en dus ook van het mesoproject is het van groot belang om de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk (weer) letterlijk en figuurlijk op de kaart te zetten.

De behoefte én de noodzaak om zich binnen het ziekenhuis beter te profileren zal uitmonden in een situatie dat de afdeling duidelijk wordt “opgehangen” in de huidige organisatiestructuur. Nu bevindt het ziekenhuis zich in een fase waarin zal worden overgegaan naar een nieuwe organisatiestructuur. In de kern komt het er op neer dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen ‘snijdend’ en ‘niet-snijdend’. Formeel is deze nieuwe structuur reeds van kracht. De uitwerking in de vorm van een nieuw organogram dient nog plaats te vinden.

Het is nu zaak dat de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk op dit organogram een plek krijgt. Hiërarchisch gezien zal er, zo is wel duidelijk geworden, voor de afdeling niet veel veranderen. Net als op het vorige organogram zal de afdeling worden gehangen onder de manager ‘Zorg niet-snijdend’.

Hoe het organogram er mijns inziens had moeten uitzien, uitgaande van de versie zoals deze in het plan van aanpak is opgenomen (2005), is te zien in bijlage 2.

Het voorkomen op een organogram is geen doel op zich. Waar het om gaat is dat de afdeling zich dusdanig weet te profileren binnen het ziekenhuis, dat de vermelding op het nieuwe organogram daar een logisch voortvloeisel van wordt. Het eindproduct van het mesoproject én van het Futura-project levert een belangrijke bijdrage daaraan. Dit betekent dat met het mesoproject hooguit een aanzet is gegeven tot de ontwikkeling van een profileringsstrategie. Het einddoel is nog niet bereikt. Sterker nog, je als afdeling profileren is in zekere zin een voortdurend proces. Met het mesoproject is in ieder geval een sterke aanzet gegeven tot het in gang brengen van dat proces.

6.3. Rollen en functies in de organisatie

In de eindproducten worden op diverse plekken uiteengezet welke rol/functie de diverse partijen hebben in het gehele hulpverleningstraject van het medisch maatschappelijk werk. Deze “partijen” zijn dan uiteraard de maatschappelijk werkers zelf. Maar ook de verpleegkundigen en de hoofdbehandelaars (medisch specialisten) spelen hierbij een rol. Zo wordt beschreven wat hun positie is als verwijzer. Daarnaast wordt de situatie beschreven waarin de maatschappelijk werker en de hoofdbehandelaar met elkaar oneens zijn over bijvoorbeeld het ontslagbeleid rondom een patiënt (escalatieniveaus). Hier botsen de sterk hiërarchische structuur binnen de medische wereld binnen het ziekenhuis enerzijds en de betrekkelijk platte organisatiestructuur op managementniveau met elkaar. Met deze discrepantie dient de maatschappelijk werker om te kunnen gaan, waarbij de direct leidinggevende een belangrijke rol speelt.

6.4. Ondernemingsraad

Wat geldt ten aanzien van de cliëntenraad en de klachtenprocedure (hoofdstuk 5.4.) is ook van toepassing op de ondernemingsraad. Gelet op de inbedding van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk in een grotere organisatie geldt ook hier dat de reikwijdte van de ondernemingsraad van het ziekenhuis eveneens de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk betreft.

De OR van Nij Smellinghe heeft als motto “Geen uitspraak zonder inspraak”.

In haar beleidsplan 2006-2008, te vinden op de interne website (NSWeb, 26.06.2006) van Nij Smellinghe is onder andere haar missie te lezen:

“De Ondernemingsraad van Nij Smellinghe vertegenwoordigt de medewerkers zodanig dat deze invloed hebben op de inzet, het resultaat en de kwaliteit van hun arbeid.

De Ondernemingsraad staat voor open communicatie, resultaatgerichtheid en professionaliteit in een gezond werkklimaat.”

(p. 5)

Haar visie luidt als volgt:

“De Ondernemingsraad van Nij Smellinghe signaleert een werkomgeving die continu onderhevig is aan veranderingen. De medewerker wordt geconfronteerd met toenemende kwaliteitseisen en een vergrijzende samenleving. Als invloedrijke en betrokken gesprekspartner voor met name achterban en directie is de OR actief betrokken bij besluitvormingsprocedures. De OR maakt hierbij gebruik van zijn strategische netwerkpositie en functioneert pro-actief.”

(p. 6)

De OR ontleent haar bestaansrecht aan het gegeven dat het in Nederland wettelijk is vastgesteld dat een onderneming met 50 of meer werknemers een ondernemingsraad dient te hebben. Nij Smellinghe heeft meer dan 1000 werknemers waardoor de ondernemingsraad mag bestaan uit 15 leden.

De OR ziet zichzelf als het “*orgaan voor medezeggenschap voor medewerkers door middel van overleg en samenwerking tussen de directie van een bedrijf en de werknemers.*”

De raad kent de volgende bevoegdheden:

- overleggen
- adviseren
- instemmen
- recht op het indienen van een initiatiefvoorstel
- recht op informatie
- recht op algemene informatie

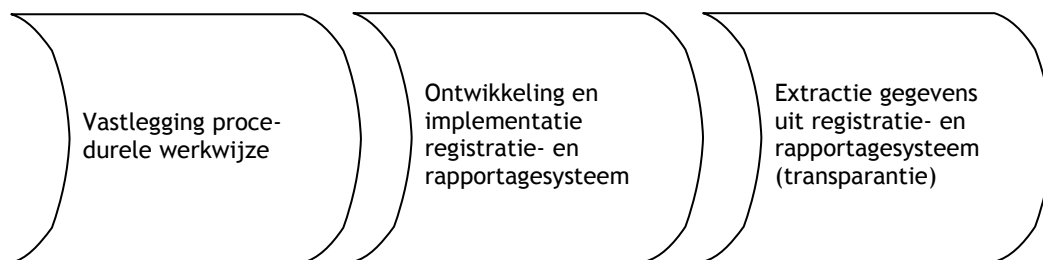
Het beleidsplan van de ondernemingsraad is gestoeld op de volgende 11 uitgangspunten. De OR

- “1. vertegenwoordigt de belangen van de medewerkers in de onderneming*
 - 2. zorgt voor het betrekken van medewerkers in de besluitvorming op instellingsniveau en afdelingsniveau*
 - 3. zorgt voor een gezond werkklimaat voor de medewerkers*
 - 4. is professioneel*
 - 5. is open communicerend, integer, transparant, deskundig, betrokken, verantwoordelijk en resultaatgericht*
 - 6. is transparant in zijn tijdspad van besluitvormingsprocedures*
 - 7. is een invloedrijke gesprekspartner*
 - 8. heeft achterbanbeleid als continue activiteit*
 - 9. heeft een strategische netwerkpositie*
 - 10. staat voor goed personeelsbeleid*
 - 11. maakt doelgericht gebruik van zijn PR”*
- (p. 8-9)

Zoals reeds eerder aangegeven is de reikwijdte van het beleid van de ondernemingsraad voor het medisch maatschappelijk werk gelijk aan die van het ziekenhuis. Dit vloeit voort uit het simpele gegeven dat het maatschappelijk werk geen aparte status heeft binnen het ziekenhuis, maar volledig is ingebed in een grotere organisatie. De (procedurele) werkwijze van het medisch maatschappelijk werk is met het mesoproject schriftelijk vastgelegd, geautoriseerd en opgenomen in het kwaliteitssysteem. Hierdoor kan op een meer gefundeerde wijze de ondernemingsraad ingeschakeld worden op het moment dat de werkwijze van het medisch maatschappelijk werk in het geding is. Dat kan betrekking hebben op bijvoorbeeld het werkklimaat of andere vormen van personeelsbeleid.

7. Transitie naar de tweede fase

Met de afronding van de eerste fase van het MMW-project 'Futura', zijnde het mesoproject, is een fundament gelegd voor de tweede fase van het project.



Fasering van het MMW-project 'Futura'

Door de verankering van de werkwijze van het medisch maatschappelijk werk in het kwaliteitssysteem is de weg vrij gemaakt om de volgende fase van het MMW-project 'Futura' in te gaan.

Ten eerste zal er wederom een plan van aanpak geschreven moeten worden. Voor een deel kan teruggevallen worden op wat er in het projectplan aangaande het mesoproject is geschreven. Denk bijvoorbeeld aan de beschrijving van de organisatiestructuur, organisatiecultuur en het beleid op diverse terreinen.

Vervolgens zal er geïnventariseerd moeten worden welke stappen er genomen moeten worden om uiteindelijk tot een operationeel registratie- en rapportagesysteem te komen. Wellicht vooruitlopend op de zaken zijn in mijn optiek de volgende elementen te benoemen:

- Methodische oriëntatie

In hoofdstuk 3.5.3. van dit verslag is een en ander geschreven over de te maken keuzes op methodisch terrein. De keuze op één of wellicht meerdere "denkscholen" heeft gevolgen voor de inrichting van het registratie- en rapportagesysteem. Kiest de afdeling bijvoorbeeld voor het stressreductie-concept van Herman de Mönnink / Ron de Wit, dan zal de registratie van gegevens en vooral de rapportage aan dit concept moeten worden opgehangen. In mijn optiek dient de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk van het Nij Smellinghe ziekenhuis een duidelijke keuze te maken. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat de afdeling zich zou moeten committeren aan één bepaalde methodiek. De keuze om eclectisch te werken is zeer legitiem. Het is echter belangrijk om dit dan te beschrijven, waardoor er een vertaalslag kan worden gemaakt naar een te ontwikkelen systeem.

- Automatiseringsfase

Deze fase is weer verder onder te verdelen in de volgende componenten:

- *functioneel ontwerp (informatieanalyse)*

Als eerste zal er een functioneel ontwerp moeten worden gemaakt van het beoogde systeem. Wat wil de afdeling registreren en op welke manier wil zij rapporteren, kortom hoe moet het systeem werken?. Afgezien van de inhoudelijke kant zal er ook nagedacht moeten worden over de beveiligingsaspecten van het systeem (schrijf-/leesrechten).

- *technisch ontwerp*

Het functioneel ontwerp zal moeten worden omgezet in een technisch ontwerp. Het automatiseringsbeleid van Nij Smellinghe staat niet toe dat er separate (standalone)-applicaties worden ontwikkeld voor welke afdeling dan ook. Leidend is het EZIS (Elektronisch Ziekenhuis Informatie Systeem). De afdeling Informatie & Automatisering (I&A) zal in deze fase betrokken moeten worden bij het project. De tijdsplanning van dit projectdeel zal voor een groot deel afhangen van de beschikbaarheid van deze discipline.

- *testen van het systeem*

Tijdens en na het ontwikkelen van het systeem zullen de medewerkers van de afdeling regelmatig testwerkzaamheden moeten uitvoeren en de bevindingen terugkoppelen met de afdeling I&A.

- *implementatie*

Wanneer het systeem voldoet aan de gestelde eisen, dan kan deze in gebruik worden genomen. De medewerkers van de afdeling kunnen met actuele data het systeem “voeden”.

- *nazorg*

Tijdens het gebruik van het systeem zullen er ongetwijfeld kinderziektes optreden. Deze dienen te worden geïnventariseerd en teruggekoppeld met de afdeling I&A.

In een later stadium (bijvoorbeeld na een jaar) kunnen ingevoerde gegevens worden gebundeld en gerubriceerd. Daardoor wordt het voor de afdeling mogelijk informatie uit het systeem te destilleren op grond waarvan de werkzaamheden van de afdeling transparanter gemaakt kunnen worden.

Op 18 september 2007 werd de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk geauditeerd. Naar aanleiding van deze interne audit werd een auditrapport (d.d. 9 november 2007) geschreven. Eén van de genoemde verbeterpunten in dat rapport betrof de toenemende noodzaak om te komen tot meer transparantie in de werkwijze van het medisch maatschappelijk werk.

Het auditteam gaf als aanbeveling om de activiteiten van de afdeling en de resultaten die daaruit voortvloeien beter te registreren. Met het hierboven beschreven projectresultaat (tweede fase) wordt op constructieve en structurele wijze gehoor gegeven aan deze aanbeveling.

Tot slot van dit hoofdstuk geef ik alle betrokkenen bij dit project mee dat ik *ook* een actieve rol zou kunnen spelen bij de tweede fase van het 'Futura'-project. De focus van deze fase ligt op het automatiseringsaspect. Ik ben 15 jaar als software-engineer werkzaam geweest bij Siemens Nederland N.V. Daar ben ik regelmatig betrokken geweest bij diverse automatiseringsprojecten, in het bijzonder op het gebied van web-applicaties. Door deze beroepsachtergrond én mijn kennis op het gebied van het (medisch) maatschappelijk werk kan ik een brugfunctie vervullen tijdens het verdere verloop van het MMW-project, met name in de informatieanalysefase. Deze bemoeienis valt dan wel buiten het bestek van de opleiding 'Maatschappelijk Werk en Dienstverlening' en zal op andere manier moeten worden ingeschaald.

8. Overige aanbevelingen

Aan het slot van dit eindproductdocument wil ik nog enkele aanbevelingen formuleren. Zij hebben weliswaar geen directe relatie hebben met het eindproduct, maar kunnen - in een wat bredere context - toch zeker in verband worden gebracht met de verdere ontwikkeling en profilering van de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk.

8.1. Verdere profilering door PR

Mijns inziens is niet alleen het MMW-project 'Futura' een goed profileringsinstrument. Andere mogelijkheden, die zich meer op het gebied bevinden van de public relations & communications zijn ook denkbaar. Ik noem er enkele.

- *website Nij Smellinghe*
Op de website van Nij Smellinghe wordt onder andere de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk geïntroduceerd.
Zie <http://www.nijsmellinghe.nl/ns/view/299>
Deze pagina is in principe een webversie van de brochure van de afdeling. Web"contents" vergen echter een andere benadering ten aanzien van het communicatief aspect. Door het opnemen van elementen in de site die meer voldoen aan de hedendaagse eisen van een goede Internetpagina kan de afdeling zich beter profileren richting derden.
- *Compagnonspraak*
'Compagnonspraak' is een (intern) personeelsblad dat maandelijks wordt verspreid binnen de organisatie. Door regelmatig artikelen te publiceren over het medisch maatschappelijk werk kan de afdeling zich verder profileren binnen het ziekenhuis.
- *Nij Smellinghe Nieuws*
Analoog aan 'Compagnonspraak' kan de afdeling artikelen in dit blad laten publiceren. Dit blad richt zich echter meer op lezers buiten de organisatie (patiënten en verwanten, andere organisaties). Externe PR dus.
- *Nieuwsbrief*
Eens per week wordt in het ziekenhuis een (interne) nieuwsbrief verspreid, zowel op papier (nu nog) als per email. Dit medium is vooral bedoeld voor het vermelden van berichten met een hoge actualiteitswaarde. Of de afdeling in het kader van haar profileringsstrategie frequent van dit medium gebruik zal maken, is nog maar de vraag. Toch dient dit communicatiemiddel niet op voorhand te worden uitgesloten.

8.2. Producten- en dienstencatalogus

Eén van de in hoofdstuk 2.2. genoemde eindproducten betreft document MMW-00.5 ‘Hulpverlening’. Dit document beschrijft in globale termen de kerntaken van het medisch maatschappelijk werk. Om nog beter inzichtelijk te maken wat de afdeling de “klanten” kan bieden, kan overwogen worden om een zogenaamde producten- en dienstencatalogus op te stellen. Op een systematische wijze wordt betrekkelijk gedetailleerd beschreven welke diensten de afdeling kan leveren. Daarbij worden elementen als probleembeschrijving, doelgroep, werkwijze, soort hulpverlening, randvoorwaarden, etc. op een eenduidige wijze opgenomen en conform te definiëren categorieën gerubriceerd. Dit alles vormt een catalogus, waarbij bestaande, maar met name nieuwe “afnemers” van de diensten van de afdeling geïnformeerd kunnen worden over wat het medisch maatschappelijk werk hen te bieden heeft. Enerzijds vergt dit de nodige tijd, omdat de catalogus een allesomvattend beeld moet geven van de dienstverlening van de afdeling. Anderzijds behoeft het wel niet in zijn geheel opnieuw te worden uitgevonden, omdat bekend is dat andere maatschappelijk werk instellingen, medisch of anderszins, reeds over een dergelijke catalogus beschikken. Dit moet uiteraard niet leiden tot kopieergedrag. Het kan echter wel helpen om een bepaalde structuur op te zetten.

8.3. Specialisatie

In het verlengde van hoofdstuk 3.5.5. ben ik van mening dat een discussie over de vraag in hoeverre specialisatie van de afzonderlijke maatschappelijk werkers in bepaalde aandachtsgebieden zeker op zijn plaats is. Deze discussie draagt aspecten in zich die te maken hebben met een stuk beroepsontwikkeling c.q. professionalisering. Door zich nog verder te verdiepen in een bepaald aandachtsgebied kan de werker meer kennis vergaren omtrent de begeleiding van een bepaalde doelgroep, deze kennis toepasbaar maken en daardoor de kwaliteit van de dienstverlening vergroten. Het effect hiervan is wederom dat de afdeling zich hiermee beter positioneert binnen het ziekenhuis. Het ontwikkelen van concentraties van expertise kent ook nadelen, zeker gelet op de in document MMW-00.1 (‘Verwijzing’, hoofdstuk 4.2.) geformuleerde uitspraak dat de maatschappelijk werker in beginsel op elke afdeling inzetbaar moet zijn. Het spanningsveld tussen specialisatie en brede inzetbaarheid is in bovengenoemde discussie een punt van aandacht.

8.4. Verkenning (nieuwe) werkvelden/disciplines

Zoals in het vorige hoofdstuk genoemd is de medisch maatschappelijk werker in principe in elke discipline c.q. op elke afdeling inzetbaar. In de praktijk blijkt dat de mate waarin het medisch maatschappelijk werk in consult wordt geroepen per discipline verschilt. Dit kan variëren van zeer frequent tot überhaupt niet. Wellicht is het de moeite te waard om te onderzoeken of er disciplines/afdelingen binnen het ziekenhuis zijn die (hernieuwd) kennis zouden kunnen maken met de dienstverlening van het medisch maatschappelijk werk. De op Quality Online toegankelijk gemaakte documenten (het eindproduct van het mesoproject) en een producten- en diensten-catalogus kunnen daar een bijdrage aan leveren.

9. Literatuur

Janssen, J.H.G. (2006). *De nieuwe code gedecodeerd. Maatschappelijk werk en beroepsethiek*. Baarn: HBuitgevers.

Medisch Maatschappelijk Werk (februari 2007). *Visie- en beleidsplan*. Drachten.

Mönnink, H. de (2005). *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek Multimethodisch Maatschappelijk Werk*. Maarssen: © Elsevier Gezondheidszorg.

Nij Smellinghe Ziekenhuis (2008). *Cliëntenraad*. <http://www.nijsmellinghe.nl/ns/view/70>. Drachten (18.12.2007).

Nij Smellinghe Ziekenhuis (2008). *Klacht*. <http://www.nijsmellinghe.nl/ns/view/634>. Drachten (10.09.2008).

Nij Smellinghe Ziekenhuis (2008). *Missie*. <http://www.nijsmellinghe.nl/ns/view/69>. Drachten (12.12.2006).

Nij Smellinghe Ziekenhuis (2008). *Ondernemend zorgen. Businessplan 2008-2012*. Drachten.

Nij Smellinghe Ziekenhuis (2008). *Ondernemingsraad. Beleidsplan 2006-2008*. Drachten (26.06.2006).

Nij Smellinghe Ziekenhuis (2008). *Patiënten Service Bureau*. <http://www.nijsmellinghe.nl/ns/view/79>. Drachten (15.12.2006).

Scholte, M. et al. (2007). *Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in UMC's – Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening*. <http://www.movisie.nl/onderwerpen/transparantaanbod/Docs/TransparantaanbodMMWUMC.pdf> (08.10.2008).

Vries, S. de (2006). *Waarom zijn mw-ers zo effectief?* Nascholingscentrum Maatschappelijk Werk (08.10.2008).

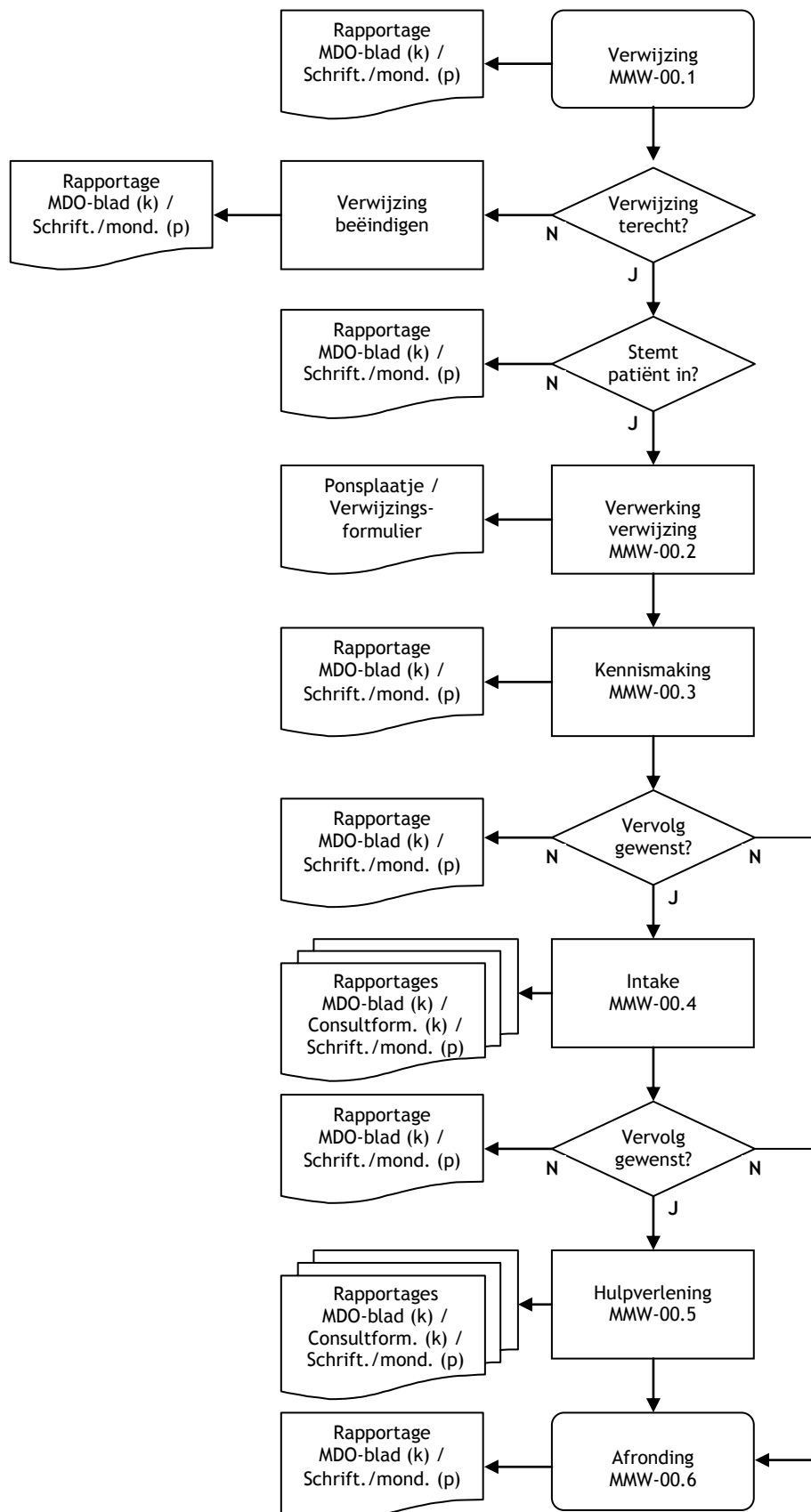
Wit, R. de (2008). *Praktijkboek Medisch Maatschappelijk Werk 2008. Eenduidigheid en herkenbaarheid in de beroepspraktijk van de medisch maatschappelijk werker*. Deventer.

Bijlage 1

Eindproducten mesoproject

- **Stroomdiagram MMW-00.0 (hoofdproces)**
- **Document MMW-00.1 ‘Verwijzing’**
- **Document MMW-00.2 ‘Verwerking verwijzing’**
- **Document MMW-00.3 ‘Kennismaking’**
- **Document MMW-00.4 ‘Intake’**
- **Document MMW-00.5 ‘Hulpverlening’**
- **Document MMW-00.6 ‘Afronding’**

Het hulpverleningstraject van het medisch maatschappelijk werk (proces)



(k) = klinische patiënt
(p) = poliklinische

Procedure verwijzing naar het medisch maatschappelijk

1. Inleiding

Dit document (MMW-00.1) beschrijft op welke manieren verwijzingen richting de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk plaatsvinden en welke beslissingsstappen genomen worden ten aanzien van deze verwijzingen.

2. Screening verwijzing

Als eerste dient er bij een verwijzing te worden onderzocht of deze "gelegitimeerd" is, dat wil zeggen of de aangemelde cliënt tot de doelgroep van het medisch maatschappelijk werk behoort: patiënten én diens partner/familie. Het uitgangspunt is dat er een DBC geopend moet zijn, met andere woorden er moet sprake zijn van een patiënt die onder behandeling staat van een medisch specialist.

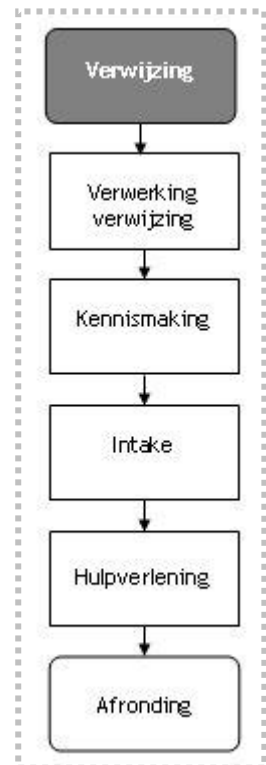
- Hulp aan een partner van een patiënt kan alleen worden geboden, als de problematiek ziektegerelateerd is.
- Familie kan alleen dan zonder directe betrokkenheid van de patiënt zelf een beroep op het medisch maatschappelijk werk, als de patiënt een baby is of om een andere reden onmachtig is om te communiceren.
- Poliklinische ex-patiënten die niet meer onder behandeling zijn van een medisch specialist, kunnen geen beroep meer doen op het medisch maatschappelijk werk, ook al is er sprake van een verwijzing door een externe partij (huisarts, etc.).

Indien wordt vastgesteld dat de aanmelding van een cliënt/patiënt bij het Medisch Maatschappelijk Werk niet terecht is, informeert de maatschappelijk werker de verwijzer hierover en geeft, indien van toepassing, advies over eventuele alternatieven. Ten aanzien van klinische patiënten worden de bevindingen door de maatschappelijk werker vastgelegd op het MDO-blad (formuliernr. MA.501/102689/05-05) in het verpleegkundig dossier. Met betrekking tot poliklinische patiënten wordt de verwijzer mondeling of schriftelijk geïnformeerd.

3. Verwijzingsbron

Na de screening dient er bepaald te worden van wie de verwijzing afkomstig is. Er zijn zes hoofdgroepen te onderscheiden:

- patiënt / partner / familie
- hoofdbehandelaar
- verpleegkundigen
- protocolair bepaald
- maatschappelijk werker
- ketenzorg



3.1. De verwijzing is afkomstig van de patiënt of diens partner/familie.

Naar aanleiding van bijvoorbeeld informatie van een verpleegkundige of op grond van de brochure kan een patiënt of diens partner/familie zelf contact opnemen met het medisch maatschappelijk werk.

Wanneer de partner/familie dit doet, dan moet er wel sprake zijn van:

- een patiënt die onder behandeling is van een medisch specialist
- ziektegerelateerde problematiek

Daarnaast kan de patiënt via de hoofdbehandelaar of verpleegkundige om een consult bij het medisch maatschappelijk werk vragen.

3.2. De verwijzing is afkomstig van de hoofdbehandelaar.

- De hoofdbehandelaar zelf stelt richting de patiënt een gesprek met het medisch maatschappelijk werk voor.
Indien de patiënt instemt:
 - De hoofdbehandelaar vult een consultaanvraagformulier (formuliertnr. MA58-/3750620/1-04) in.
en/of
 - De hoofdbehandelaar vraagt aan de verpleegkundige om contact op te nemen met het medisch maatschappelijk werk. Bij klinische patiënten maakt de verpleegkundige hiervan een notitie in het verpleegkundig dossier.
- De hoofdbehandelaar stelt tijdens een MDO een gesprek met het medisch maatschappelijk werk voor.
 - De hoofdbehandelaar doet een aanbod richting de patiënt.
 - * Indien de patiënt instemt, vult de hoofdbehandelaar een consultaanvraagformulier (formuliertnr. MA58-/3750620/1-04) in.
 - * Indien de patiënt niet instemt, wordt het verwijzingstraject beëindigd.
 - De verpleegkundige doet een aanbod richting de patiënt.
 - * Indien de patiënt instemt, neemt de verpleegkundige (telefonisch) contact op met het medisch maatschappelijk werk.
 - * Indien de patiënt niet instemt, wordt het verwijzingstraject beëindigd.

Ten aanzien van klinische patiënten maakt de verpleegkundige in beide gevallen hiervan een notitie in het verpleegkundig dossier.

3.3. De verwijzing is afkomstig van de verpleegkundige.

- Buiten MDO-verband
De verpleegkundige stelt zelf op basis van opgevangen signalen richting de patiënt een gesprek voor met het medisch maatschappelijk werk.
 - Indien de patiënt instemt, neemt de verpleegkundige (telefonisch) contact op met het medisch maatschappelijk werk.
 - Indien de patiënt niet instemt, wordt het verwijzingstraject beëindigd.

Ten aanzien van klinische patiënten maakt de verpleegkundige in beide gevallen hiervan een notitie in het verpleegkundig dossier.

- Binnen MDO-verband
De verpleegkundige stelt zelf op basis van opgevangen signalen een gesprek met het medisch maatschappelijk werk voor.
 - Na akkoord van de hoofdbehandelaar doet de verpleegkundige een aanbod richting de patiënt.
 - * Indien de patiënt instemt, neemt de verpleegkundige (telefonisch) contact op met het medisch maatschappelijk werk.
 - * Indien de patiënt niet instemt, wordt het verwijzingstraject beëindigd.
 - Ten aanzien van klinische patiënten maakt de verpleegkundige in beide gevallen hiervan een notitie in het verpleegkundig dossier.
 - De maatschappelijk werker neemt zelf direct contact op met de patiënt en doet een aanbod voor een gesprek.
 - * Indien de patiënt instemt, wordt het traject vervolgd.
 - * Indien de patiënt niet instemt, wordt het verwijzingstraject beëindigd.
 - Ten aanzien van klinische patiënten maakt de maatschappelijk werker in beide gevallen hiervan een notitie op het MDO-blad (formuliernr. MA.501/102689/05-05) in het verpleegkundig dossier. Met betrekking tot poliklinische patiënten wordt de hoofdbehandelaar mondeling of schriftelijk geïnformeerd.

3.4. De verwijzing is protocollair bepaald.

Bij sommige ziektebeelden / operaties is het aanbod van een maatschappelijk-werk-gesprek protocollair bepaald. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de correcte afwikkeling van het protocol.

De verpleegkundige doet het aanbod voor een protocollair bepaald maatschappelijk-werk-gesprek richting de patiënt.

- Indien de patiënt instemt, neemt de verpleegkundige (telefonisch) contact op met het medisch maatschappelijk werk.
- Indien de patiënt niet instemt, wordt het verwijzingstraject beëindigd.

In beide gevallen maakt de verpleegkundige hiervan een notitie in het verpleegkundig dossier.

Het protocol op de afdeling Neurologie wijkt hier van af. Naar aanleiding van het MDO neemt niet de verpleegkundige, maar de maatschappelijk werker zelf contact op met de patiënt en/of diens partner om een aanbod te doen voor een maatschappelijk-werk-gesprek. Daaraan ligt altijd een door de hoofdbehandelaar ingevuld consultaanvraagformulier (formuliernr. MA58-/3750620/1-04) ten grondslag.

3.5. De verwijzing wordt geïnitieerd door de maatschappelijk werker.

Op grond van tijdens MDO opgevangen signalen kan de maatschappelijk werker zelf een voorstel doen richting de hoofdbehandelaar om in ieder geval een kennis-makingsgesprek te voeren met de betrokken patiënt.

- De hoofdbehandelaar gaat niet akkoord.
 - Zie hoofdstuk 3.7.

- De hoofdbehandelaar gaat wel akkoord.
 - De maatschappelijk werker zelf neemt contact op met de patiënt en doet een aanbod.
 - * Indien de patiënt instemt, wordt een vervolg gegeven aan het hulpverleningstraject.
 - * Indien de patiënt niet instemt, wordt het verwijzingstraject beëindigd.

Ten aanzien van klinische patiënten maakt de maatschappelijk werker in beide gevallen hiervan een notitie op het MDO-blad (formuliernr. MA.501/102689/05-05) in het verpleegkundig dossier. Met betrekking tot poliklinische patiënten wordt de hoofdbehandelaar mondeling of schriftelijk geïnformeerd.
 - De maatschappelijk werker vraagt aan de betrokken verpleegkundige om een aanbod te doen richting de patiënt.
 - * Indien de patiënt instemt, wordt een vervolg gegeven aan het hulpverleningstraject (zie document MMW-00.2).
 - * Indien de patiënt niet instemt, wordt het verwijzingstraject beëindigd.

Ten aanzien van klinische patiënten maakt de verpleegkundige in beide gevallen hiervan een notitie in het verpleegkundig dossier. Bovendien informeert deze, ook met betrekking tot poliklinische patiënten, de maatschappelijk werker.

3.6. Keten zorg

Indien een patiënt is opgenomen vanuit een andere instelling (ziekenhuis, verpleegtehuis), alwaar reeds een maatschappelijk-werk-traject is opgestart, kan dit traject – met instemming van de patiënt – worden gecontinueerd. De primaire verantwoordelijkheid ten aanzien van de overdracht ligt bij de maatschappelijk werker van de andere organisatie.

3.7. Eindbeslissing en escalatieniveaus

Wanneer de hoofdbehandelaar, die eindverantwoordelijk is voor de behandeling van de patiënt, niet akkoord gaat met een maatschappelijk-werk-traject, dan zal hij deze beslissing met valide argumenten moeten kunnen onderbouwen richting de verwijzer (verpleegkundige, maatschappelijk werker). Zolang er vanuit de discussie nog geen definitief standpunt is ingenomen, zal de maatschappelijk werker nog geen actie ondernemen. In dat geval heeft de maatschappelijk werker de mogelijkheid zich te wenden tot de eerstvolgende in de lijn i.e. de sectormanager.

4. Inname van de verwijzing

4.1. Bereikbaarheid

De medisch maatschappelijk werkers zijn maandag tot en met vrijdag telefonisch en/of per mail bereikbaar. In beginsel kunnen verwijzers ongeacht de discipline contact opnemen met elke maatschappelijk werker. Als de maatschappelijk werker niet bereikbaar/aanwezig is, dan zorgt deze ervoor dat de boodschap kan worden ingesproken op de voicemail of dat er een collega-maatschappelijk werker beschikbaar is.

4.2. Inzetbaarheid van het medisch maatschappelijk werk op de afdelingen

De medisch maatschappelijk werkers werken in beginsel op alle afdelingen. De praktijk wijst echter uit dat elke maatschappelijk werker “eigen” afdelingen bedient. Dit betekent, naast het aannemen van consulten op deze afdeling, dat hij het MDO bezoekt en aanspreekpunt is voor de afdeling en andere disciplines.

4.3. Interne doorverwijzing

Het kan voorkomen dat een bepaalde verwijzing van een afdeling/discipline niet zal worden vervolgd door de maatschappelijk werker die gekoppeld is aan het aandachtsgebied waar deze afdeling/discipline toe behoort. Binnen de afdeling zal deze verwijzing in dat geval worden doorgegeven aan de maatschappelijk werker die op dat moment wel beschikbaar is.

5. Transitie

Dit document (MMW-00.1) betreft de wijze waarop verwijzingen kunnen plaatsvinden. De volgende fase in het maatschappelijk-werk-traject betreft de manier waarop de verwijzing administratief wordt verwerkt. Dit wordt beschreven in document MMW-00.2.

Administratieve verwerking van een verwijzing naar het medisch maatschappelijk werk

1. Inleiding

Dit document (MMW-00.2) beschrijft op welke manieren verwijzingen richting de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk administratief worden verwerkt en hoe deze worden toebedeeld aan de afzonderlijke maatschappelijk werkers.

2. Verzamelen patiëntgegevens

Naar aanleiding van de verwijzing, die veelal mondeling plaatsvindt en incidenteel schriftelijk (consultaanvraagformulier, formulier nr. MA58-/3750620/1-04), verzamelt de maatschappelijk werker alle relevante patiëntgegevens. Er wordt gebruikt gemaakt van twee hulpmiddelen: het ponsplaatje of het intake- en rapportageformulier.

2.1. Ponsplaatje

De maatschappelijk werker maakt op de betreffende afdeling een afdruck van het ponsplaatje. Eventuele ontbrekende relevante gegevens (medische situatie, korte schets problematiek) worden schriftelijk toegevoegd. Zonodig wilt de maatschappelijk werker nadere informatie in bij de verwijzende persoon.

2.2. Intake- en rapportageformulier

De maatschappelijk werker zoekt op grond van een patiëntnummer of anders op basis van de combinatie van achternaam en geboortenaam de patiëntgegevens op in het Elektronisch Ziekenhuis InformatieSysteem (EZIS). De gevonden gegevens (*) worden opgenomen in een verwijzingsformulier, aangevuld met overige, voor de maatschappelijk werker relevante gegevens:

Persoonlijke gegevens

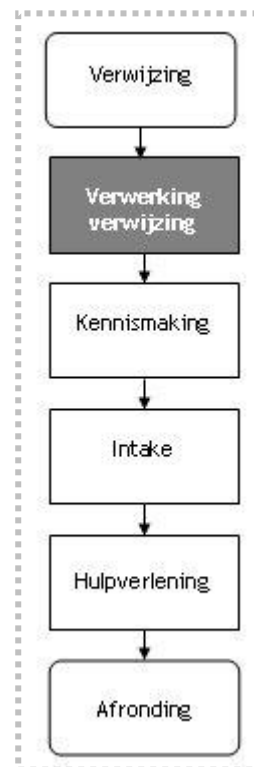
- Naam *
- Roepnaam *
- Geboortedatum *
- Geslacht *
- Adres *
- Postcode + woonplaats *
- Telefoon *

Algemene gegevens

- Patiëntnummer *
- Aanmelding (datum, verwijzer, manier van verwijzen)
- Huisarts *
- Bed *
- Specialist *

Sociale context

Medische gegevens
Status / Bevindingen
Initiële hulpvraag



2.3. Archivering verwijzingsdocumenten

De verwijzingsdocumenten worden gearhiveerd in een map en opgeborgen in een afsluitbare kast. De documenten worden voor een periode van drie jaar bewaard. Daarna worden ze ter vernietiging aangeboden.

3. Verdeling verwijzingen

3.1. Structurele verdeling

Wekelijks vindt er op de afdeling 'Medisch Maatschappelijk Werk' werkoverleg plaats. Eén van de vaste agendapunten is 'Verwijzingen'. Op dat moment worden alle recentelijk binnengekomen verwijzingen verdeeld onder de maatschappelijk werkers. Het uitgangspunt daarbij is dat verwijzingen uit een bepaald aandachtsgebied zoveel mogelijk toebedeeld worden aan de maatschappelijk werker die aan dat aandachtsgebied is gekoppeld. Mocht dit echter een onevenwichtige verhouding in de caseload tot gevolg hebben, dan worden bepaalde cases alsnog intern doorverwezen.

3.2. Incidentele verdeling

Omwille van het tijdselement kunnen niet alle verwijzingen tijdens het regulier werkoverleg worden verdeeld. In plaats daarvan kan de toebedeling van een verwijzing door elke maatschappelijk werker onderling bespreekbaar worden gemaakt op elk willekeurig moment. Dit gebeurt door de maatschappelijk werker die de aanmelding daadwerkelijk binnen heeft gekregen.

4. Transitie

Dit document (MMW-00.2) betreft de wijze waarop verwijzingen administratief worden verwerkt en verdeeld. De volgende fase in het maatschappelijk-werk-traject heeft betrekking op de kennismaking van de maatschappelijk werker met de patiënt. Dit wordt beschreven in document MMW-00.3.

Kennismakingsgesprek met een patiënt door het medisch maatschappelijk werk

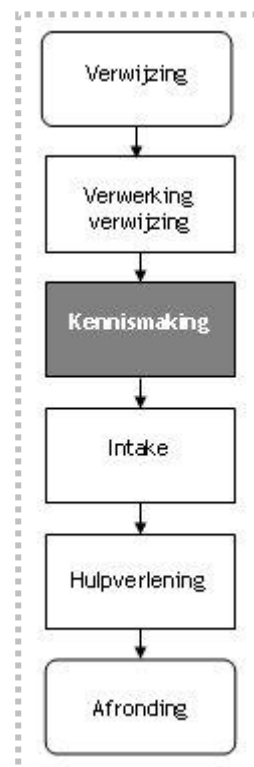
1. Inleiding

Dit document (MMW-00.3) beschrijft waar een kennismakingsgesprek tussen de maatschappelijk en de patiënt uit bestaat, het mogelijke vervolg en de rapportage.

2. Het gesprek

In het eerste contact tussen de maatschappelijk werker en de patiënt staat de kennismaking centraal. In deze fase komen de volgende elementen aan bod:

- persoonlijk voorstellen van de maatschappelijk werker
- persoonlijk voorstellen van de patiënt
- uitleg over de positie/functie van de werker
- uitleg van de aanwezigheid van de werker bij de patiënt (aanleiding)
- uitleg over wat de werker voor de patiënt kan betekenen
- verifiëren of de patiënt nog steeds de wens heeft om een gesprek te voeren
- indien van toepassing, het maken van een afspraak voor een eerste gesprek
- afgeven van een afsprakenkaartje



3. Vervolg

Indien de patiënt te kennen geeft geen behoefte te hebben aan een vervolg op het kennismakingsgesprek, wordt het maatschappelijk-werk-traject beëindigd. Is dit wel het geval, dan maakt de maatschappelijk werker een afspraak met de patiënt. Ten aanzien van klinische patiënten noteert de maatschappelijk werker deze afspraak op het afsprakenblad (formulierenr. MA.497/102682/07-05) in het verpleegkundig dossier.

4. Rapportage

Onafhankelijk van de vraag of er wel of geen vervolg op het kennismakingsgesprek zal plaatsvinden, draagt de maatschappelijk werker er zorg voor dat ten aanzien van klinische patiënten het resultaat van het kennismakingsgesprek op het MDO-blad (formulierenr. MA.501/102689/05-05) in het verpleegkundig dossier wordt ingevuld. Met betrekking tot poliklinische patiënten kan de maatschappelijk werker, indien relevant, de hoofdbehandelaar schriftelijk of mondeling op de hoogte stellen.

5. Transitie

Dit document (MMW-00.3) geeft een beschrijving van de inhoud van het kennismakingsgesprek tussen de maatschappelijk werker en de patiënt. De volgende fase heeft betrekking op het zogenaamd inventarisatiegesprek en de activiteiten die daarop volgen. Dit wordt beschreven in document MMW-00.4.

Intake door het medisch maatschappelijk werk

1. Inleiding

Dit document (MMW-00.4) beschrijft uit welke activiteiten de intakefase in het maatschappelijk-werk-traject bestaat, het mogelijk vervolg en de rapportage.

2. Intake

De intakefase bestaat uit drie onderdelen:

1. inventarisatie
2. probleemanalyse
3. plan van aanpak met betrekking tot de hulpverlening

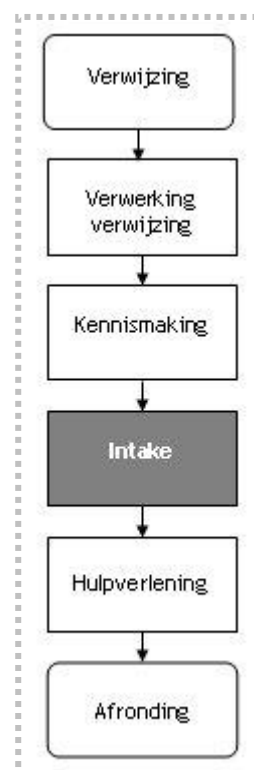
2.1. Inventarisatie

In het inventarisatiegesprek wil de maatschappelijk werker de problematiek van de patiënt in kaart brengen, structureren en ontrafelen teneinde de hulpvraag van de patiënt te kunnen bepalen.

Wederom zorgt de maatschappelijk werker ervoor dat het inventarisatiegesprek plaatsvindt in een ruimte waar de privacy van de patiënt gewaarborgd is.

De maatschappelijk werker legt de bedoeling van het gesprek uit aan de patiënt. Hij inventariseert alle relevante gegevens van de patiënt op basis van de volgende punten:

- actuele leefsituatie en relevante biografische gegevens
Hoe ziet de actuele leefsituatie en de biografie van de patiënt eruit?
- problemen en klachten
Wat zijn de problemen/klachten vanuit het perspectief van de patiënt?
- stressoren / oorzaken van problemen en klachten
Wat zijn volgens de patiënt de oorzaken van de problemen?
- beleving van de situatie
Hoe beleeft de patiënt de ontstane situatie?
- gevolgen voor het functioneren
Wat zijn de consequenties van de problemen van de patiënt voor hem/haar en eventueel diens naasten?
- probleemhantering
Hoe gaat de patiënt op dit moment om met het probleem?
- hulpverleningsverleden
Heeft de patiënt reeds eerder hulp ontvangen in relatie tot het door hem/haar geformuleerde probleem?
- compenserende omstandigheden
Welke positieve factoren zijn van invloed op de patiënt?
- sociale steun
Welke steun ervaart de patiënt vanuit zijn/haar omgeving?
- doelstellingen en behoeften
Wat wil de patiënt voor zichzelf bereiken?
- verwachtingen en wensen van het maatschappelijk werk
Wat wil en verwacht de patiënt van het maatschappelijk werk?



Aan het einde van het inventarisatiegesprek formuleert de maatschappelijk werker een hulpvraag, die vervolgens wordt geverifieerd bij de patiënt. Hij neemt deze hulpvraag als uitgangspunt voor het verdere vervolg van het traject. Dit vervolg kan tijdens hetzelfde gesprek plaatsvinden. Anders maakt de maatschappelijk werker een vervolgspraak met de patiënt.

Ten aanzien van klinische patiënten wordt dit alles door de maatschappelijk werker vastgelegd op het MDO-blad (formulienr. MA.501/102689/05-05) in het verpleegkundig dossier. Met betrekking tot poliklinische patiënten kan de maatschappelijk werker, indien dit van invloed is op de behandeling van de patiënt, de hoofdbehandelaar schriftelijk of mondeling op de hoogte stellen.

2.2. Probleemanalyse

Na het gesprek stelt de maatschappelijk werker een probleemanalyse op van de aard en de oorzaken van de problematiek van de patiënt. Deze analyse bevat de volgende elementen:

- eerste indruk van de patiënt
- een beeld van de verschillende probleemaspecten op micro- en mesoniveau
- indien van toepassing een relatie met aanwijsbare maatschappelijke factoren
- bevinding of een vervolgesprek gewenst is of anders een verwijzing, al dan niet in samenwerking met andere instanties
- inventarisatie van eventuele nog ontbrekende informatie

Ten aanzien van klinische patiënten noteert de maatschappelijk werker in samengevatte vorm de probleemanalyse op het MDO-blad (formulienr. MA.501/102689/05-05) in het verpleegkundig dossier. Met betrekking tot poliklinische patiënten kan de maatschappelijk werker, indien dit van invloed is op de behandeling van de patiënt, de hoofdbehandelaar schriftelijk of mondeling op de hoogte stellen.

2.3. Hulpverleningsplan

In aansluiting op de probleemanalyse stelt de maatschappelijk werker vervolgens ter voorbereiding op het vervolgesprek een hulpverleningsplan op.

In dit plan zijn opgenomen:

- de hulpvraag van de patiënt
- de keuze voor de aangeboden hulpverlening
- een formulering van het doel van de hulpverlening
- de keuze van geschikte methode(n)
- een inschatting van de duur en frequentie van de hulpverlening

3. Vervolg

Indien er sprake is van een vervolgspraak zorgt de maatschappelijk werker ervoor dat de gemaakte afspraak op het afsprakenblad (formulienr. MA.497/102682/07-05) in het verpleegkundig dossier wordt genoteerd.

4. Rapportage

Naar aanleiding van het gevoerde inventarisatiegesprek noteert de maatschappelijk werker ten aanzien van klinische patiënten zijn bevindingen op het MDO-blad (formuliertnr. MA.501/102689/05-05) in het verpleegkundig dossier. Met betrekking tot poliklinische patiënten kan de maatschappelijk werker, indien dit van invloed is op de behandeling van de patiënt, de hoofdbehandelaar schriftelijk of mondeling op de hoogte stellen.

5. Transitie

Dit document (MMW-00.4) beschrijft uit welke onderdelen de intakefase bestaat en welke elementen in deze onderdelen voorkomen.
De volgende fase heeft betrekking op de daadwerkelijke hulpverlening. Deze wordt beschreven in document MMW-00.5.

Hulpverlening door het medisch maatschappelijk werk

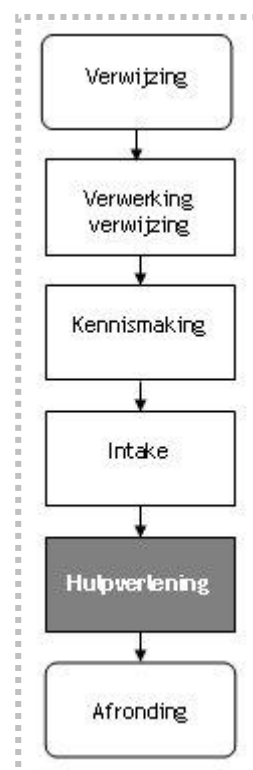
1. Inleiding

Dit document (MMW-00.5) beschrijft de hulpverleningsfase als onderdeel van het gehele hulpverleningstraject vanuit het medisch maatschappelijk werk. Daarbij zal niet worden ingegaan op de door de afdeling gebruikte methodieken en technieken. In plaats daarvan zal in globale termen de aard van de hulpverlening (taken) worden beschreven.

2. Kerntaken medisch maatschappelijk werk

Het medisch maatschappelijk werk houdt zich bezig met de volgende 7 kerntaken:

1. *veranderings- en competentiegerichtte begeleiding*
Kenmerkend voor deze vorm van begeleiden is het motiveren en activeren van de patiënt om eigen krachten en kwaliteiten te gebruiken dan wel uit te bouwen teneinde tot een bepaalde gedragsverandering te komen.
2. *ondersteunende en stabiliserende begeleiding*
Maatschappelijk werker en patiënt staan stil bij het verdriet van wat niet meer mogelijk is en onderzoeken hetgeen nog wel in het bereik ligt.
Het gaat hier om het bieden van leun- en steuncontacten, verwijzen, interventies bij een dreigende crisis, presentie.
3. *outreachinge benadering (bemoeizorg)*
De medisch maatschappelijk werker kan op grond van ontvangen signalen op eigen initiatief hulpverlening aanbieden aan een patiënt en/of diens naasten. Een belangrijke voorwaarde voor een eventueel vervolg is uiteraard wel dat de patiënt en/of diens naasten akkoord gaan met het aanbod. Ook de instemming van de hoofdbehandelaar is voorwaardelijk.
4. *concrete en informatieve hulpverlening*
Concrete hulpverlening, in de vorm van het regelen van praktische zaken, kan worden geboden wanneer de patiënt en/of diens netwerk daar niet toe in staat is.
Informatieve hulpverlening wordt door het medisch maatschappelijk werk geboden in de vorm van psycho-educatie (zie ook het kopje 'Bijzondere activiteiten').
5. *onderzoek en rapportage*
Met onderzoek en rapportage verkent de medisch maatschappelijk werker samen met de patiënt en/of zijn omgeving de sociale situatie. Met de uitkomsten van dat onderzoek kan de maatschappelijk werker de hoofdbehandelaar adviseren in het kader van de (verdere) behandeling van de patiënt.
6. *belangenbehartiging en conflictbemiddeling*
Belangenbehartiging binnen het medisch maatschappelijk werk kan voorkomen in de vorm van het voeren van familiegesprekken. Het doel hiervan is om de sociale omgeving van de patiënt inzicht te geven in het ziektebeeld/handicap van de patiënt en om hen te steunen in hun taak als mantelzorger.



7. *casemanagement, zorgcoördinatie, zorgbemiddeling, zorgafstemming*

Het doel van casemanagement is om patiënten sterker te maken, zodat ze zelf keuzen kunnen maken voor hulpdoelen en –wensen. Zodoende krijgen zij weer greep op hun eigen situatie.

Met zorgcoördinatie vervult de maatschappelijk werker een ondersteunende, verbindende en stabiliserende rol, daar waar er afstemming noodzakelijk is tussen verschillende bestaande diensten waar de patiënt gebruik van zal/moet maken.

Voor een patiënt met een chronische aandoening kan de maatschappelijk werker bemiddelend en informatief optreden richting familie en multidisciplinaire partners. Gesignaleerde vragen of problemen worden pro-actief opgepakt. Hier is sprake van zorgbemiddeling.

Via zorgafstemming richt de maatschappelijk werker zich op een zorgvuldige afronding van het hulpverleningstraject richting patiënt en andere betrokken partijen. Daarbij wordt gekeken of het doel is bereikt en de zorg naar tevredenheid verloopt. Een goede verwijzing is een onderdeel van dit traject.

Bron: Maatschappelijk Werk in het Ziekenhuis (2007), Groot, R. et al., Utrecht: NVMW.

Bijzondere activiteiten

- Het medisch maatschappelijk werk leidt periodiek een groepsbijeenkomst van patiënten in de hartrevalidatie, waarbij de psychosociale aspecten rond het hebben van een hartaandoening centraal staat.
- Het medisch maatschappelijk werk geeft psycho-educatie aan groepen van patiënten die kanker hebben of hebben gehad. De periodieke groepsbijeenkomsten worden gehouden in het kader van het revalidatieprogramma 'Herstel & Balans'.

3. **Sociale kaart, ketenzorg**

Om de patiënt en diens naasten adequaat van dienst te kunnen zijn, heeft de maatschappelijk werker voldoende inzicht in de sociale kaart rondom het ziekenhuis. Dit houdt in dat hij een goed beeld heeft van welke relevante instanties buiten Nij Smellinghe een rol kunnen spelen in de hulpverleningsfase. Te denken valt aan verzorgingstehuizen, verpleegtehuizen, revalidatiecentra, het WMO-loket, Verslavingszorg, het Algemeen Maatschappelijk Werk, etc. Het is de taak van de maatschappelijk werker om permanent op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen met betrekking tot de sociale kaart: wat kunnen welke instanties onder welke voorwaarden een patiënt bieden?

4. **Bespreking voortgang van de hulpverlening bij de patiënt**

Op gezette tijden in de hulpverleningsfase evalueert de maatschappelijk werker met de patiënt in hoeverre de verleende hulp aansluit op de hulpvraag, zoals deze is vastgelegd in het hulpverleningsplan (zie hoofdstuk 2.3. van document MMW-00-4). Is dit wel het geval, dan zet hij het traject volgens plan voort. Blijkt dit niet zo te zijn, dan evalueert hij dit met de patiënt en stelt zo nodig het hulpverleningsplan bij. Indien deze bijstelling van invloed is op de behandeling van de patiënt, stelt de maatschappelijk werker de hoofdbehandelaar mondeling of schriftelijk op de hoogte.

5. Vervolg hulpverleningstraject bij ontslag klinische patiënt

Wanneer een klinische patiënt ontslagen is, terwijl het hulpverleningstraject formeel niet is afgerond, dan neemt de maatschappelijk werker telefonisch contact op met de patiënt. Hij vraagt de patiënt vervolgens of deze nog behoefte heeft aan een vervolg. Het traject wordt niet zonder meer voortgezet. Het moment van ontslag is tevens een evaluatiemoment, waarbij de maatschappelijk werker bij de patiënt nog eens goed inventariseert of er nog ondersteuning moet worden geboden. In geval van puur ziektegerelateerde problematiek kan de werker het hulpverleningstraject voorzetten. Voorwaardelijk is wel dat er sprake moet zijn van een ziekenhuisbehandeling. Ten aanzien van alle andere, eventuele probleemvelden onderzoekt de maatschappelijk werker of er door middel van een verwijzing naar een andere instantie de patiënt verder kan worden geholpen.

Het kan overigens ook zijn dat de probleembeleving van de patiënt überhaupt wezenlijk anders wordt (minder acuut) op het moment dat hij/zij weer thuis is. Indien de patiënt en maatschappelijk werker tot de conclusie komen dat verdere ondersteuning niet meer hoeft te worden geboden, dan wordt het hulpverleningstraject afgesloten. Is dit echter wel het geval, dan wordt de hulpverlening op poliklinische basis voortgezet. Mocht de betrokken patiënt onvoldoende mobiel zijn om het hulpverleningstraject in het ziekenhuis te vervolgen, dan kan de maatschappelijk werker een aanbod doen om het gesprek bij de patiënt thuis te voeren.

6. Rapportage

De maatschappelijk werker verifieert bij de patiënt of deze goedkeuring geeft aan een door de maatschappelijk werker op te stellen rapportage richting de hoofdbehandelaar en/of verpleegkundigen. Bij een eventueel verschil van inzicht zet de maatschappelijk werker de functie van rapportages uiteen. Blijft de patiënt bij het eerder ingenomen standpunt, dan zal de maatschappelijk werker dit respecteren. Hij brengt de hoofdbehandelaar hiervan op de hoogte.

In alle andere situaties rapporteert de maatschappelijk werker van elk hulpverleningsgesprek zijn bevindingen richting de hoofdbehandelaar en/of verpleegkundigen. Dit doet hij ten aanzien van klinische patiënten via het MDO-blad (formuliernr. MA.501/102689/05-05) in het verpleegkundig dossier. Met betrekking tot poliklinische patiënten stelt de maatschappelijk werker de hoofdbehandelaar schriftelijk of mondeling op de hoogte.

Mondeling rapporteert de maatschappelijk werker tussentijds tijdens het MDO. Tijdens dit overleg kan de maatschappelijk werker de stand van zaken met betrekking tot de geboden en nog te bieden hulpverlening uiteenzetten.

Het doel van zijn inbreng tijdens het MDO is om:

- alle andere betrokkenen op de hoogte te brengen van de geboden hulpverlening door de medisch maatschappelijk werker aan een patiënt
- te inventariseren in hoeverre het hulpverleningsplan aansluit op de algehele behandeling van de patiënt
- eventueel af te stemmen met vertegenwoordigers van andere disciplines die ook betrokken zijn bij de patiënt in kwestie

De inbreng tijdens het MDO ontslaat de maatschappelijk werker niet van de plicht om alsnog zijn bevindingen schriftelijk te rapporteren.

Tijdens een MDO kan naar voren komen dat de hoofdbehandelaar een ander verblijfsperspectief van de patiënt (i.e. de resterende ligduur) voor ogen heeft dan de maatschappelijk werker op grond van argumenten die terug te voeren zijn op het hulpverleningsplan. Het verschil van inzicht wordt dan óf tijdens diezelfde MDO óf in een separaat gesprek verder besproken. Komen hoofdbehandelaar en maatschappelijk werker er niet uit, dan heeft de maatschappelijk werker de mogelijkheid zich te wenden tot de eerstvolgende in de lijn, i.e. de sectormanager.

Indien de hoofdbehandelaar de maatschappelijk werker door middel van een consult-aanvraagformulier (formuliernr. MA58-/3750620/1-04) in consult heeft geroepen (zie document MMW-00-1 'Verwijzing'), dan rapporteert de maatschappelijk werker op dit formulier kernachtig de aard van de geboden of de nog te bieden hulpverlening.

7. Transitie

Dit document (MMW-00.5) betreft de hulpverleningsfase van het medisch maatschappelijk werk. De volgende fase in het maatschappelijk-werk-traject betreft de manier waarop dit traject wordt afgerond. Dit wordt beschreven in document MMW-00.6.

Afronding hulpverleningstraject medisch maatschappelijk werk

1. Inleiding

Dit document (MMW-00.6) beschrijft op welke wijze het medisch-maatschappelijk-werk-traject kan worden afgesloten.

2. Afronding algemeen

In zijn algemeenheid zal het hulpverleningstraject worden afgerond, indien het doel, zoals deze in het hulpverleningsplan (zie hoofdstuk 2.3. van document MMW-00.4) is vastgelegd, is behaald. Of dit inderdaad het geval is, wordt bepaald door de uitkomst van een afstemmingsgesprek tussen de maatschappelijk werker en de patiënt.

3. Voortijdige afronding

3.1. Initiatief van de patiënt

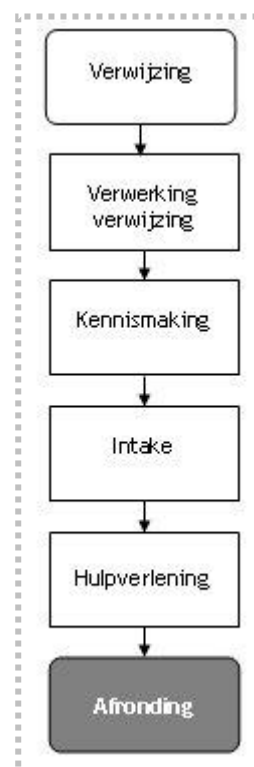
Het kan voorkomen dat een patiënt (klinisch/poliklinisch) aangeeft het hulpverleningstraject te willen beëindigen, terwijl het traject conform het door de maatschappelijk werker opgestelde hulpverleningsplan nog niet is afgerond. De maatschappelijk werker bespreekt de beweegredenen van de patiënt. Houdt de patiënt vast aan het ingenomen standpunt, dan zal de maatschappelijk werker dit respecteren. Hij brengt de hoofdbehandelaar hiervan op de hoogte.

3.2. Ontslag klinische patiënt

Wanneer een klinische patiënt ontslagen is, terwijl het hulpverleningstraject nog niet is afgerond, dan neemt de maatschappelijk werker telefonisch contact op met de patiënt. Hij vraagt de patiënt vervolgens of hij/zij nog behoefte heeft aan een vervolg. Indien dit niet meer het geval is, dan wordt het hulpverleningstraject afgesloten. Het traject wordt niet zonder meer voortgezet. Het moment van ontslag is tevens een evaluatiemoment, waarbij de maatschappelijk werker bij de patiënt nog eens goed inventariseert of er nog ondersteuning moet worden geboden. Indien de patiënt en maatschappelijk werker tot de conclusie komen dat verdere ondersteuning niet meer hoeft te worden geboden, dan wordt het hulpverlenings-traject afgesloten (zie ook hoofdstuk 5 van document MMW-00.5).

3.3. Overlijden patiënt

Het hulpverleningstraject wordt automatisch afgerond, indien de patiënt is overleden. Wanneer tijdens het traject de partner/familie direct betrokken is geweest bij de geboden hulpverlening, dan biedt de maatschappelijk werker deze een gesprek aan. Geeft de partner/familie te kennen hier geen behoefte aan te hebben, dan wordt het hulpverleningstraject afgesloten. Is dit wel het geval, dan vindt er in beginsel nog één evaluatief gesprek met de betrokkenen plaats.



4. Afsluiting DBC

De betrokkenheid van het maatschappelijk werk met een patiënt beperkt zich in beginsel tot de periode dat de betreffende DBC geopend is (zie hoofdstuk 2 van document MMW-00.1). Indien deze inmiddels is afgesloten, dan zal de maatschappelijk werker het hulpverleningstraject op een professionele wijze afronden. Mocht de maatschappelijk werker desondanks van mening zijn dat de patiënt voor verdere hulpverlening in aanmerking zou moeten komen, dan zal hij in overleg met de patiënt deze verwijzen naar een daartoe geëigende instantie.

5. Rapportage

Indien een hulpverleningstraject met een klinische patiënt is afgerond, terwijl deze nog in het ziekenhuis verblijft, dan rapporteert de maatschappelijk werker dit op het MDO-blad (formulienr. MA.501/102689/05-05).

Met betrekking tot poliklinische patiënten en klinische patiënten, bij wie het hulpverleningstraject na ontslag poliklinisch is voortgezet en afgerond, wordt de schriftelijke rapportage door de maatschappelijk werker op naam van de hoofdbehandelaar per post opgestuurd naar de poliklinische afdeling van de betreffende discipline.

Daarnaast staat het de maatschappelijk werker vrij om de afronding van een hulpverleningstraject bij een klinische en/of poliklinische patiënt mondeling te rapporteren tijdens een MDO.

6. Archivering

Alle, door de maatschappelijk werker opgemaakte patiëntgerelateerde documenten worden door hem gearchiveerd in een map en opgeborgen in een afsluitbare kast. De documenten worden voor een periode van drie jaar bewaard. Daarna worden ze ter vernietiging aangeboden.

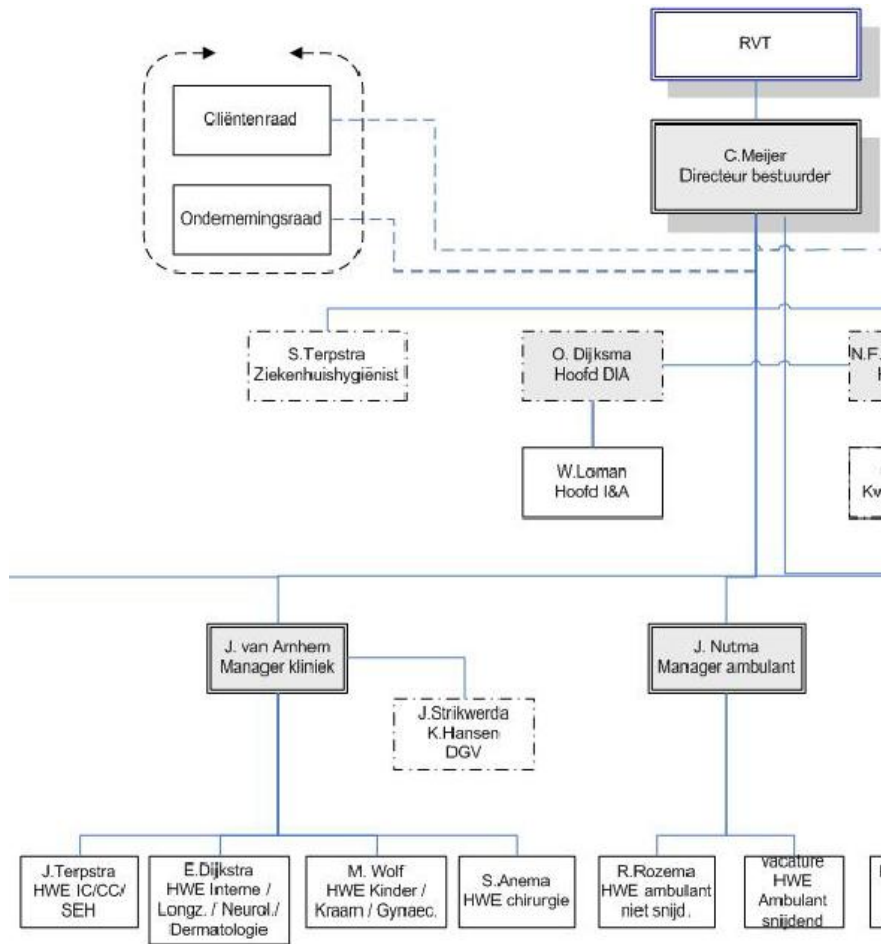
7. Transitie

Dit document (MMW-00.6) beschrijft de laatste fase van het hulpverleningstraject van het medisch maatschappelijk werk. Er vindt derhalve geen transitie plaats naar een volgende fase.

Bijlage 2

**Situatieschets organogram (o.b.v. stand 2005)
Nij Smellinghe voor en na projectresultaat**

Voor (uitsnede)



Na (uitsnede)

