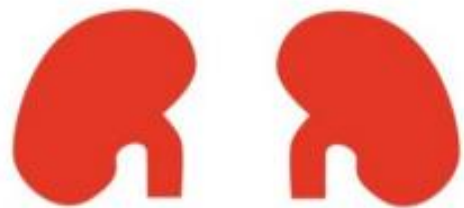


KWALITEITSSTANDAARDEN

MAATSCHAPPELIJK WERK NEFROLOGIE 2019



vmwn

Mirjam Splinter
Ineke de Groof
Dirry Keurhorst
Gerben van den Bosch
Laura Haasdijk

Januari 2019

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Schrijfwijzer	4
1. Visie	5
2. Functieprofiel	8
3. Taakgebieden	10
4. Behandelvormen	14
5. Specifieke doelgroepen	16
6. Formatienorm	20
Bibliografie	27

Voorwoord

In 1999 verscheen de eerste versie van de 'Kwaliteitsstandaarden maatschappelijk werk nefrologie'. In 2007 en 2011 zijn deze kwaliteitsstandaarden geactualiseerd.

De kwaliteitsstandaarden zijn in de afgelopen jaren onder andere gebruikt als leidraad bij de visitatiestellingen van de (HKZ) certificering.

De afgelopen jaren hebben de ontwikkelingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg ervoor gezorgd dat de rol en de taken van de maatschappelijk werker binnen de nefrologie zijn veranderd. Dit blijkt ook uit de resultaten van de enquête die de werkgroep Kwaliteit in 2016 heeft gehouden. Hierdoor werd de noodzaak van herziening van de kwaliteitsstandaarden van 2011 duidelijk.

Een enthousiaste groep maatschappelijk werkers is vervolgens aan de slag gegaan met deze opdracht. Het betreft: Mirjam Splinter, Ineke de Groof, Dirry Keurhorst, Gerben van den Bosch en Laura Haasdijk. Deze werkgroep heeft een document opgesteld waarin duidelijk wordt beschreven wat de maatschappelijk werker nefrologie kan betekenen voor de nierpatiënt en voor het behandelteam en welke competenties en vaardigheden de maatschappelijk werker in kan zetten.

De formatienorm uit 2007 is opnieuw onder de loep genomen. Diverse ontwikkelingen maken het moeilijk om tot één algemene norm te komen die geschikt is voor alle maatschappelijk werkers, mede omdat er grote regionale verschillen zijn.

Tegelijkertijd hechten de leden van de VMWN veel waarde aan een formatieberekening die ook kan dienen als uitgangspunt voor besprekingen met het management over de grootte van de formatie. Om die reden is er een formatienorm berekend, met de kanttekening dat het belangrijk is om rekening te houden met de aandachtspunten die in de hoofdstukken 'specifieke doelgroepen' en 'formatienorm' zijn beschreven.

Wij danken de bovengenoemde leden van de werkgroep voor hun actieve bijdrage en inzet en ook alle collega maatschappelijk werkers voor hun meedenken en kritische blik.

Namens het bestuur van de VMWN,

Laura Haasdijk, voorzitter

Schrijfwijzer

Begrippen:

Maatschappelijk werker nefrologie of maatschappelijk werker

In deze uitgave wordt gebruik gemaakt van de aanduiding maatschappelijk werker. Hiermee wordt bedoeld maatschappelijk werker nefrologie.

Hij of zij

In deze uitgave wordt de maatschappelijk werker als zij aangeduid. Dit kan als hij of zij worden gelezen.

Patiënt of cliënt

Maatschappelijk werkers verrichten hun werk in een omgeving waar mensen die behandeld worden 'patiënten' worden genoemd. Maatschappelijk werkers spreken zelf afwisselend over patiënten of over cliënten. Voor de leesbaarheid van deze uitgave is ervoor gekozen om steeds het woord patiënt te gebruiken.

Systeem/omgeving/naasten

De maatschappelijk werker begeleidt de patiënt en degenen die dicht bij de patiënt betrokken zijn. Er is gekozen voor het woord 'naasten' waarmee ook bedoeld wordt het systeem of de omgeving van de patiënt.

Ziekenhuis

Daar waar ziekenhuis geschreven wordt kan ook bedoeld worden een (zelfstandig) dialysebehandelcentrum.

Afkortingen:

<i>APD</i>	Automatische Peritoneale Dialyse
<i>BPSW</i>	Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (voorheen <i>NVMW</i>).
<i>CAK</i>	Centraal Administratiekantoor
<i>CAPD</i>	Continue Ambulante Peritoneale Dialyse
<i>CBS</i>	Centraal Bureau voor de Statistiek
<i>eGFR</i>	estimated Glomerulaire filtratie snelheid
<i>Hbo</i>	Hogere beroepsopleiding
<i>HD</i>	Hemodialyse
<i>HKZ</i>	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector.
<i>IQ</i>	Intelligentie Quotiënt
<i>MDO</i>	Multidisciplinair overleg
<i>NSN</i>	Nierstichting Nederland.
<i>NVN</i>	Nierpatiënten Vereniging Nederland.
<i>PD</i>	Peritoneale dialyse
<i>PE-punten</i>	Permanente educatiepunten
<i>Registerplein</i>	Kwaliteitskeurmerk voor sociaal professionals /Beroepsregister Maatschappelijk Werkers (voorheen <i>BAMw</i>)
<i>VMWN</i>	Vereniging Maatschappelijk Werk Nefrologie.
<i>WRR</i>	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
<i>ZZP</i>	Zelfstandige Zonder Personeel

1. Visie

Missie

De missie van het maatschappelijk werk is: *bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen, als mens en als burger* (NVMW, 2006).

Doelstelling/waarde

Maatschappelijk werkers streven er naar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, rekening houdend met anderen met wie zij samenleven. Doelstelling van het maatschappelijk werk is het bevorderen van participatie, autonomie en zelfredzaamheid van mensen binnen hun sociale en maatschappelijke verbanden.

De maatschappelijk werker richt zich op het mobiliseren van de sterke kanten van patiënten. Het uitgangspunt van het Institute for Positive Health sluit goed aan bij deze wijze van hulpverlening: *Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven* (Institute for Positive Health, 2018).

Domein

De maatschappelijk werker richt zich op verschillende levensgebieden. Binnen deze levensgebieden richt de hulpverlening zich op problematiek die verband houdt met de nierziekte. Vertrekpunt voor de hulpverlening is het somatische levensgebied van de patiënt. Deze wordt immers geconfronteerd met een nierziekte en bijbehorende behandeling. Dit heeft gevolgen voor het psychische, het relationele, het sociale en het maatschappelijke levensgebied.

Mogelijke problemen in het psychosociale functioneren hebben een subjectieve en een objectieve component. Beide componenten, in samenhang, zijn onderdeel van het domein van het maatschappelijk werk.

Uitgangspunten

Maatschappelijk werkers hebben aandacht voor zowel problemen van immateriële als van materiële aard. Hierbij past een integrale benadering. Het werk is dienstverlenend en complex. Veel problemen van de patiënt worden gekenmerkt door onzekerheid, onvoorspelbaarheid en conflicterende waarden en belangen. Standaardadviezen zijn niet van toepassing.

De maatschappelijk werker heeft oog voor verschillen in ervaring, waarden en normen en voor verschillende opvattingen over rolpatronen. De culturele en sociale herkomst van mensen speelt hierin een rol. De maatschappelijk werker kan putten uit theoretische kennis, uit methodieken en uit ervaringskennis. Het gaat nooit om het uitsluitend toepassen van de theorie, het gaat om maatwerk (NVMW, 2006). Nierfunctievervangende therapie moet altijd zowel de hoogst haalbare kwaliteit van leven als de best passende behandeling bieden. Hierbij moeten de lichamelijke- en psychosociale mogelijkheden van de patiënt in acht genomen worden. De houding van de maatschappelijk werker is gebaseerd op respect voor de patiënt als persoon én op erkenning van diens verantwoordelijkheid voor de eigen keuze van handelen (NVMW, 2006).

Methoden

Hulpverlening vindt altijd procesmatig plaats, waarbij systeemgericht werken belangrijk is. De maatschappelijk werker besteedt aandacht aan het bevorderen van zelfredzaamheid door de mogelijkheden van de patiënt in kaart te brengen en te mobiliseren.

Naast 'oplossen van' speelt 'leren omgaan met' een grote rol. Niet alle problemen (noch in de persoon, noch in de situatie) zijn op te lossen. De maatschappelijk werker kan in die gevallen wel helpen de aandacht te richten op het anders denken, beleven of handelen. Hierdoor zal de patiënt weer controle krijgen over zijn leven.

De maatschappelijk werker werkt zowel aanbodgericht als vraaggericht.

De *aanbodgerichte* hulpverlening vindt vooral standaard plaats:

- Bij ernstig verminderde nierfunctie (nierfalenfase)
- Na (plotselinge) start van dialyse
- Na transplantatie (start transplantatiefase)
- Ter voorbereiding van bepaalde behandelvormen (thuisdialyse, transplantatie) in de vorm van psychosociale screening.

In deze fases wordt een anamnese afgenomen om de psychosociale situatie inzichtelijk te maken. Tevens wordt besproken wat de patiënt kan verwachten van het maatschappelijk werk en op welke wijze hij hiervan gebruik wenst te maken.

Daarnaast kan aanbodgerichte hulpverlening starten op initiatief van de maatschappelijk werker (outreaching) op basis van haar kennis en inschatting van de persoonlijke en medische situatie, of op verzoek van medebehandelaars.

De *vraaggerichte* hulpverlening is afhankelijk van de wensen en behoeften van de patiënt en/of diens naasten. Vanuit de gedachte dat emancipatorisch werken het meeste oplevert voor de patiënt zelf, zal dit een grote rol spelen in de hulpverlening.

Specialist in multidisciplinaire setting

Vanwege de relatie met een medisch vakgebied is de maatschappelijk werker bij uitstek een specialist, met specialistische kennis, ervaring en vaardigheden. Door veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg is er een tendens om taken over te hevelen naar een generalist zoals een maatschappelijk werker in de eerste lijn, of naar een sociaal wijkteam. In de Trendrapportage (Birch consultants, 2015) wordt echter ook het belang beschreven van het (blijven) ontwikkelen van een duidelijk profiel als specialist.

De maatschappelijk werker richt zich binnen het medisch vakgebied altijd op problematiek die een relatie heeft met nierziekten. Het specialistische karakter wordt versterkt door de multidisciplinaire, laagdrempelige samenwerking binnen het ziekenhuis/dialysecentrum. Hierdoor vindt snel en adequaat afstemming plaats met andere zorgverleners, mede van belang vanwege de vaak wisselende gezondheidstoestand van de patiënt. De maatschappelijk werker stelt zich steeds op de hoogte van de kennis, vaardigheden en mogelijkheden van de andere disciplines.

De maatschappelijk werker handelt binnen deze multidisciplinaire setting vanuit een zekere autonomie (NVMW /Movisie, 2009). Dat is nodig omdat het gaat om complex werk met een niet-routinematig karakter.

De kwaliteit van de maatschappelijk werker ligt vooral in het feit dat zij zowel kennis heeft van de leefwereld van de patiënt en zijn naasten als van de ziekenhuisorganisatie en dat zij inzicht heeft in de wijze waarop deze systemen elkaar beïnvloeden. Wanneer er sprake is van tegengestelde belangen, duidt de maatschappelijk werker de gewoontes en procedures van de organisatie voor de patiënt en zijn naasten en bespreekt de wensen van de patiënt met het medisch team. De maatschappelijk werker ondersteunt patiënt en behandelaars in het vinden van een werkbaar evenwicht, met als doel de behandeling of de opname in het ziekenhuis zo patiëntgericht mogelijk en zo effectief mogelijk te laten verlopen.

Oog voor de sociale omgeving

Een nierziekte heeft effect op meerdere personen binnen het sociale netwerk van de patiënt. Dit betekent dat systeemgericht werken een voorwaarde is voor goede hulpverlening. De maatschappelijk werker opereert op de raakvlakken van de persoon met zijn sociale omgeving (NVMW, 2006). Zij benadert ook individuele problematiek allereerst vanuit deze invalshoek. Zij gaat na welke belemmerende en bevorderende factoren er zijn in de omgeving en hoe de omgevingsfactoren kunnen worden verbeterd. Raakvlakken bevinden zich in de intieme sfeer van gezin, familie, vrienden, de buurt, maar ook op het gebied van het werk en van diverse organisaties: zoals het ziekenhuis, werkgevers, zorgverzekeraar, thuiszorgaanbieders, de Nierstichting, de Nierpatiënten Vereniging Nederland en diverse overheidsinstellingen.

Externe netwerken

De maatschappelijk werker werkt regelmatig samen met externe organisaties en professionals en met vrijwilligers en mantelzorgers. Maatschappelijk werkers vormen op grond van hun brede en integrale benadering vaak de verbinding tussen verschillende hulp- en dienstverleners. Zij kennen de sociale kaart goed. Als er sprake is van complexe problematiek hebben zij regelmatig de rol van casemanager. Hierdoor zorgen zij voor een goede positie van de patiënt binnen de gehele ketenzorg.

Partners in het werkveld

Belangrijke partners in het werkveld onderstrepen het belang van de hulpverlening door maatschappelijk werk en de manier waarop deze wordt uitgevoerd.

De Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) heeft in haar Meerjarenbeleidsplan zes speerpunten opgenomen.

Speerpunt twee gaat over het belang van eigen regie en speerpunt vier over de maatschappelijke positie.

Hierin benoemt de NVN het belang van actief deel kunnen nemen aan de samenleving. Speerpunten die aansluiten bij de kern van de hulpverlening van de maatschappelijk werker.

De Nierstichting benoemt ook speerpunten in haar Meerjarenambities, waarbij de onderwerpen preventie, maatschappelijke participatie en zelfmanagement direct betrekking hebben op het werkveld van de maatschappelijk werker.

Maatschappelijk werkers werken met beide organisaties samen, zowel op individuele basis als vanuit de VMWN. Zij zijn onder meer betrokken bij nieuwe ontwikkelingen op het gebied van het Sociaal Beleid van de Nierstichting.

Ontwikkelingen

De maatschappelijk werker stelt zich op de hoogte van ontwikkelingen in de maatschappij en in het beroepsgebied, zoals toenemende erkenning van het belang van zelfmanagement en voeren van eigen regie, daarbij rekening houdend met het feit dat de mate van zelfredzaamheid per individu kan verschillen (WRR, 2017)¹. Andere ontwikkelingen die aandacht verdienen zijn het streven naar meer zorg thuis en in de buurt; toename van thuisdialyse; veranderende taken door toename van het aantal pre-emptieve transplantaties; toenemende rol in voorlichting bijvoorbeeld door deelname aan Nierteam aan huis; ondersteunen van actieve donorwerving; toename van gerichte screening van oudere nierpatiënten; toenemende samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers; toenemende samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars; preventie en leefstijlcoaching; e-health; aandacht voor laaggeletterden; Participatiewet; online platform www.nieren.nl; persoonlijk gezondheidsdossier/persoonlijke gezondheidsomgeving (PGD/PGO).

Waarborgen kwaliteit

Om de kwaliteit te waarborgen baseert de maatschappelijk werker zich op het Beroepsprofiel en de Beroepscode van de BPSW (Beroepsvereniging van professionals in Sociaal Werk) en op de Kwaliteitsstandaarden maatschappelijk werk nefrologie. In het HKZ-Certificatieschema Dialysecentra wordt naar de Kwaliteitsstandaarden verwezen in een van de visitatiestellingen. Lidmaatschap van de BPSW/VMWN en registratie in Registerplein (Kwaliteitskeurmerk voor sociaal professionals) is wenselijk om de kwaliteit te waarborgen.

¹ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Hierin wordt niet alleen gewezen op het denkvermogen (intellectuele vermogens om te weten wat je moet doen) maar ook het 'doenvermogen' (het vermogen om tot actie over te gaan). Zelfredzaamheid is niet alleen een probleem van mensen met een lagere intelligentie. Het gaat om wat een persoon op een bepaald moment aankan. Elementen als temperament (waaronder vermijdinggedrag), zelfcontrole (het kunnen reguleren van gedrag, gevoelens en gedachten) en overtuiging (zelfvertrouwen, optimistisch karakter) zijn hierbij van belang.

2. Functieprofiel

Doel van de functie

Het begeleiden, behandelen, voorlichten, instrueren en adviseren van een specifieke patiëntengroep, bestaande uit mensen met een nierziekte en hun naasten, bij psychosociale, emotionele en materiële problemen die samenhangen met de nierziekte.

Plaats in de organisatie

- Ontvangt leiding van een manager.
- Kan zijn ondergebracht op verschillende plaatsen binnen de organisatie.
- Maakt onderdeel uit van een multidisciplinair behandelteam.
- Ontvangt richtlijnen en aanwijzingen van de behandelaars.
- De maatschappelijk werker heeft behoefte aan autonomie: ruimte voor eigen visie en oordeelsvorming waar zij haar handelen op baseert. Het management en de maatschappelijk werker stellen daarom steeds opnieuw gezamenlijk vast op welke gebieden en in welke mate aansturing nodig is, en waar professionele autonomie kan worden gewaarborgd. De maatschappelijk werker komt tot haar recht binnen een organisatie die haar professionaliteit erkent en hierin wil investeren.

Functie-eisen

- Hbo-bachelor Social Work, HBO Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.
- Is op de hoogte van ontwikkelingen binnen het beroep (vakliteratuur, volgen van bij- en nascholing, themadagen en symposia).
- Kennis van relevante wet- en regelgeving.
- Kennis van relevante ziektebeelden, medische terminologie en behandelvormen.
- Kennis op het gebied van psychosociale diagnostiek en van gedragsveranderend behandelen- en begeleiden.
- Kennis en vaardigheden met betrekking tot groepswork en systeemgericht werken.
- Kennis van de sociale kaart.
- In staat om zowel multidisciplinair, in teamverband als zelfstandig te werken.
- Werken met respect voor de overtuigingen, cultuur, specifieke belangen en behoeften van de patiënt.
- Geregistreerd bij Registerplein.
- Lidmaatschap BPSW en VMWN.

Competentieprofiel

Bij competenties gaat het niet om een optelsom van kennis, vaardigheden, waarden en persoonlijkheid maar om de integratie van deze vier zaken. Competenties zijn altijd verbonden met beroepswaarden en met persoonlijke waarden. Competenties zijn niet statisch. Het is aan de maatschappelijk werker om deze te verbreden, te verdiepen en te verrijken.

Competenties

- Integriteit
- Efficiency
- Analytisch vermogen
- Zelfkritisch vermogen (zelfreflectie)
- Prioriteiten stellen
- Geheimhouding
- Samenwerken (intern en extern)
- Initiatief nemen (o.a. voor beleidsontwikkeling)
- Zelfstandig werken
- Plannen en organiseren
- Sociale vaardigheden (empathie, tact, luisteren, stimuleren, inlevingsvermogen)
- Uitdrukkingsvaardigheid, zowel mondeling als schriftelijk als non-verbaal
- Rijvaardigheid i.v.m. huisbezoeken
- Computervaardigheden

- Resultaatgerichtheid, stelt concrete, uitdagende haalbare doelen, stelt doelen bij
- Coacht anderen
- Maakt resultaten zichtbaar en meetbaar
- Gespreksvaardigheden
- Omgaan met weerstand
- Profileren
- Handelen bij ethische vraagstukken
- Doorzien van verhoudingen en anticiperen op veranderingen
- Verbinden van de eigen aanpak met de aanpak van andere betrokken professionals
- Expertise op het gebied van rouw- en verliesverwerking

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

- Verantwoordelijkheid wordt gedragen voor adequate begeleiding en psychosociale behandeling van patiënten. Er is kans op het veroorzaken van zowel materiële als immateriële schade bij de patiënt en de organisatie.
- De maatschappelijk werker heeft een eigen professionele verantwoordelijkheid voor het stellen van de psychosociale diagnose en het bepalen van de passende behandeling en begeleiding.
- De maatschappelijk werker is medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de multidisciplinaire behandelplannen en de uitvoering daarvan.
- De maatschappelijk werker is verantwoordelijk voor een vlotte en efficiënte samenwerking met externe instellingen en heeft daardoor invloed op het imago van de organisatie.
- Vaak wordt de maatschappelijk werker als bemiddelaar betrokken bij klachten. De maatschappelijk werker houdt daarbij rekening met de belangen van de patiënt en van de organisatie.

Inconveniënten

- Psychische belasting kan ontstaan vanwege het veelvuldig in aanraking komen met leed van patiënten en hun naasten en door de verantwoordelijkheid van de hulpverlening.
- Psychische belasting kan ontstaan door de confrontatie met conflictsituaties en agressie.
- Door tegengestelde belangen van de patiënt versus de organisatie kan een kwetsbare positie ontstaan die belasting met zich meebrengt.
- Er kan sprake zijn van piekbelasting.

3. Taakgebieden

De kerntaken van de maatschappelijk werker zoals genoemd in het beknopt (landelijk) beroepsprofiel van de maatschappelijk werker (BPSW, 2016) gelden uiteraard ook voor de maatschappelijk werker nefrologie. Wel krijgen deze kerntaken een specifiek karakter door de omgeving waarin zij haar beroep uitoefent. In het ziekenhuis/dialysecentrum is maatschappelijk werk een van de vele disciplines die allen een eigen kerntaak hebben. Uitgangspunt van hulpverlening door de maatschappelijk werker aan nierpatiënten is de aandacht voor verwevenheid van somatische, psychische en sociale problematiek.

Taakgebied I: directe en indirecte hulp- en dienstverlening²

Kerntaak 1: Werken met en namens patiënten: psychosociale hulpverlening:

- Veranderings- en competentiegerichte hulpverlening
- Ondersteunende en stabiliserende hulpverlening
- Outreachende benadering – bemoeizorg
- Concrete en informatieve hulpverlening
- Onderzoek en rapportage
- Belangenbehartiging en conflictbemiddeling
- Casemanagement, zorgcoördinatie, bemiddeling en afstemming
- Uitbouwen en ondersteunen van sociale netwerken
- Crisisinterventie
- Rouw en verliesverwerking
- Palliatieve begeleiding en spirituele begeleiding
- Netwerkondersteuning
- Groepswork

Het maatschappelijk werk onderscheidt zich van verwante beroepen door de nadruk op directe hulpverlening aan patiënten met oog voor zowel *persoon* als *context*. Psychosociale hulpverlening richt zich, samen met de patiënt, op het ontrafelen en in kaart brengen van diens problemen, het ontwerpen en uitvoeren van een hulpverleningstraject en het bieden van begeleiding en behandeling, zowel individueel als in groepsverband. De hulpverlening moet ertoe leiden dat patiënten weer zoveel mogelijk op eigen kracht kunnen functioneren door versterking van hun eigen mogelijkheden, veelal in combinatie met veranderingen in de omgeving. Een (langdurige) behandeling of opname in het ziekenhuis kan voor de patiënt blijvende schade met zich meebrengen op het gebied van zijn gezondheid en daarmee ingrijpende veranderingen veroorzaken op onder meer het gebied van wonen, werk en sociaal functioneren. Het toekomstperspectief in de zin van levensduur en kwaliteit van leven verandert eveneens (NVMW, 2007).

De maatschappelijk werker werkt met de patiënt en zijn naasten aan gezamenlijk overeengekomen doelen. Hoewel er binnen de medische setting steeds meer gewerkt wordt aan modellen waarin de patiënt centraal staat en niet de behandelaars, is de ziekenhuisomgeving voor veel mensen een plek waar het moeilijk is voor zichzelf op te komen, te reflecteren op hun wensen en mogelijkheden en hun belangen zelf goed te behartigen. Het is vaak nodig om de gewoonten en procedures van het ziekenhuis te verduidelijken voor de patiënt en zijn naasten en hen te helpen hier effectief mee om te gaan. Tevens is het van belang om zijn vragen en wensen te verduidelijken voor leden van het multidisciplinaire behandelteam. Het uiteindelijke doel is de emancipatie van de patiënt te ondersteunen. De begeleiding/behandeling en hulpverlening van de maatschappelijk werker is hierop gericht (NVMW, 2007).

Kerntaak 2: Werken voor cliënten en potentiële cliënten:

- Signalering: het signaleren van algemene maatschappelijke trends, tekorten in de zorgverlening, regelingen, voorzieningen en het onderhouden van contacten hierover met instanties en organisaties zoals de gemeente, de Nierstichting, de Nierpatiënten Vereniging Nederland en de regionale patiëntenverenigingen.

² Bronnen voor de inhoud van dit hoofdstuk:

Maatschappelijk werk in het ziekenhuis, NVMW, november 2007

Modulen Medisch maatschappelijk werk in academische ziekenhuizen, Movisie, oktober 2007

Modulen & gereedschap: Medisch maatschappelijk werk binnen de dialyse, DCG, januari 2010

- Collectieve belangenbehartiging zoals contacten met zorgverzekeraars omtrent taxivervoer.
- Preventie zoals het toepassen van de methode *Persoonlijke coaching bij vochtbeperking* (Verbraak & Hendrickx, 2007).
- Coachen en begeleiden van vrijwilligers en netwerkgroepen, faciliteren en/of begeleiden van onderling contact tussen ervaringsdeskundigen.
- Ondersteunen van laaggeletterde patiënten en patiënten met geringe digitale vaardigheden.

Taakgebied II: Werken in en vanuit een arbeidsomgeving

Van de maatschappelijk werker mag als werknemer in principe loyaliteit worden verwacht aan de opdracht van het ziekenhuis. De instelling verschaft haar de middelen, een zeker gezag en legitimiteit, en mag daarom van haar vragen zich in te zetten voor de doelen, functie en het beleid. Aan de andere kant is het ook de taak van een maatschappelijk werker om de doelmatigheid en ondoelmatigheid van de instelling te beoordelen in het licht van haar professionaliteit. Inherent aan de positie van de maatschappelijk werker als professional is dus een zekere spanning tussen het 'vertegenwoordiger zijn van een instelling' en het 'vertegenwoordiger zijn van een professie' (NVMW, 2007).

Kerntaak 3: Werken in de eigen instelling of organisatie:

- Bijdragen aan beleidsuitvoering en beheer, deelname aan afdelingsoverleg, vakgroepoverleg.
- Bijdragen aan beleidsontwikkeling. Richtlijnen maken.
- Intercollegiaal samenwerken en (laten) begeleiden van werken en leren: scholing, klinische lessen geven, lesgeven aan dialyseverpleegkundigen in opleiding.
- Vakinhoudelijke ontwikkelingen bijhouden.
- Communicatieverbetering patiënt/netwerk en ziekenhuis.
- Ondersteuning bij gezamenlijke besluitvorming (shared decision making).
- Ondersteuning bij transitie van jonge patiënten (vanuit de kindernefrologie naar de volwassenenzorg).

Kerntaak 4: Werken in externe samenwerkingsverbanden:

- Opzetten van en participeren in samenwerkingsverbanden. Deelname regio-overleg en jaarvergadering VMWN/ bestuurslid of werkgroep lid VMWN.
- Vanuit beroepsvereniging VMWN: vertalen van maatschappelijke ontwikkelingen in nieuwe beroepsopgaven, meewerken aan ontwikkelen kennis, verspreiden van nieuwe kennis. Deelname landelijk overleg maatschappelijk werk transplantatiecentra.
- Bijhouden van de sociale kaart, onderhouden van extramurale contacten.

Taakgebied III: Werken aan professionaliteit en professionalisering

Kerntaak 5: Zichzelf ontwikkelen in het beroep:

- Reflecteren op eigen handelen door het volgen van intervisie en supervisie.
- Plannen van competentieontwikkeling: deskundigheidsbevordering/scholing.
- Het eigen beroep en het beroepsmatig handelen profileren en verantwoorden: deelname kwaliteitsoverleg (HKZ), deelname aan interne audits, deelname open dagen.
- Consulteren, adviseren en coachen van andere professionals.

Kerntaak 6: Bijdragen aan de ontwikkeling van het beroep:

- Bijdrage leveren aan opleiding van toekomstige vakgenoten: begeleiden stagiaires, contacten met Hogescholen, deelname stagemarkten.

Professionals hebben niet alleen de taak om hun eigen professionaliteit te blijven ontwikkelen, maar ook om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling en innovatie van het beroep. De start ligt in het reflecteren op het eigen beroepsmatig handelen en het expliciteren van de impliciete kennis die in dat handelen ligt opgeslagen (NVMW, 2007). Belangrijk is eveneens op de hoogte te blijven van maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen binnen het beroepenveld. Ook kennis van de geschiedenis van het beroep, waarin regelmatig dezelfde thema's terugkeren, kan bijdragen aan een leerzaam reflectiekader.

Fasen

Specifieke taken nierfalenfase

- Begeleiding/behandeling bij eerste confrontatie met de nierziekte/slechtnieuwsgesprek.
- Ondersteuning bij keuze behandelvorm (shared decision making).
- Psychosociale anamnese met mogelijk advies over nierfunctievervangende therapie.
- Voorbereiding op psychosociale en maatschappelijke gevolgen van nierfunctievervangende therapie (verwerking langdurig- of blijvend gezondheidsverlies).
- Hulpverlening vanwege problemen die start en voortgang nierfunctievervangende therapie belemmeren.
- Beoordeling thuissituatie en woonsituatie voor thuisdialyse.
- Opstellen hulpverleningsplan of bijdrage aan multidisciplinair behandelplan.
- Onderzoek naar milieu- en leefomstandigheden en sociale netwerk patiënt.
- Begeleiding/behandeling naasten/ mantelzorgers/ sociale netwerk patiënt, individueel of via groepswork.
- Draagkracht- en draaglast onderzoek.
- Bijdrage leveren aan geriatrische screening.
- Herkenning verwerkingsfase waarin de patiënt verkeert en afstemming voorlichting hierop.
- Herkenning copingstijl.
- Voorlichting geven aan individuele patiënten en aan patiëntengroepen.
- Ondersteuning bieden bij het bespreekbaar maken van de nierziekte en de gevolgen hiervan met het sociale netwerk (door middel van bijvoorbeeld thuisvoorlichting of Nierteam aan huis).
- Oplossend vermogen patiënt stimuleren (handelings- en communicatievaardigheden).
- Belangenbehartiging/bemiddeling /verwijzing instellingen (intern en extern).
- Informatieverstrekking, begeleiding en waar nodig doorverwijzing voor huisaanpassingen (WMO), financiële voorzieningen, werk en dagbesteding, vervoersvoorziening, hulpmiddelen (WMO en/of zorgverzekeraar). WMO- en CIZ indicaties (thuiszorg, verzorgingshuis, verpleeghuis, woonvoorzieningen). Informeren over Nierstichting en Nierpatiënten Vereniging Nederland en lokale patiëntenverenigingen.
- Hulpverlening bij mogelijke problemen met bijvoorbeeld therapietrouw (dieet, medicijnen, nakomen afspraken), acceptatie, verliesverwerking, relaties, zingeving, seksualiteit.
- Begeleiding/behandeling bij ontwikkelen van gezonde leefstijl.
- Netwerkbijeenkomsten zoals Nierteam aan huis.

Specifieke taken conservatieve behandeling

- Hulpverlening na keuze conservatief behandelen.
- Ondersteuning patiënt en naasten in (pre)terminale fase.
- Aandacht voor alle dimensies van de palliatieve zorg: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel.

Specifieke taken dialysefase

- Begeleiding en behandeling bij de start of herstart van dialyse.
- Herkennen materiële en immateriële problemen als gevolg van dialysebehandeling.
- Begeleiding en behandeling bij veranderen van behandelvorm.
- Bespreken psychosociale gevolgen: acceptatie, verliesverwerking, wisselend levensperspectief (zingeving), relationele problemen, seksualiteit.
- Begeleiding/behandeling systeem/ mantelzorgers/ sociale netwerk patiënt, partnergroepen.
- Motiveren patiënt: werk/dagbesteding, beweging, therapietrouw.
- Financiële/ juridische/ praktische ondersteuning met betrekking tot werk en inkomen, vakantie.
- Crisisinterventie bij acute problematiek.
- Aandeel in multidisciplinair overleg: bewaken van individuele belangen van patiënt en zijn sociale netwerk.
- Evaluatie hulpverleningsproces.
- Zorgcoördinatie ketenzorg.
- Begeleiding/behandeling bij problemen met betrekking tot therapietrouw (waaronder dieetvoorschrift en vochtbeperking) (Verbraak & Hendrickx, 2007).
- Begeleiding/behandeling bij prikangst.

- Begeleiding/behandeling patiënten en naasten in palliatieve fase.
- Begeleiding/behandeling afwegingsproces stoppen of doorgaan met dialyseren.
- Begeleiding bij opstellen wilsverklaring.
- Begeleiding/behandeling patiënt en familie na het stoppen van de behandeling.
- Begeleiding en behandeling van nabestaanden (af rondend gesprek en zo nodig doorverwijzing).

Specifieke taken transplantatiefase

- Bespreken van transplantatiemogelijkheden: postmortale transplantatie of donatie bij leven.
- Bespreken psychosociale gevolgen van transplantatie.
- Psychosociale screening en voorbereiding op transplantatie.
- Begeleiding/behandeling bij veranderen leefstijl (stoppen met roken in verband met transplantatie).
- Bespreken van gevolgen van donatie bij leven.
- Ondersteuning bij zoektocht naar donor.
- Voorlichting geven aan naasten (Nierteam aan huis).
- Voorlichting geven over transplantatie aan de patiënt.
- Begeleiding/behandeling tijdens wachten op donornier.
- Overdragen van patiënt aan maatschappelijk werk transplantatiecentrum.
- Exitgesprek (na geslaagde transplantatie).
- Begeleiding/behandeling bij overlijden ontvanger of donor.
- Begeleiding/behandeling na afstoting nier en herstart dialyse in eigen dialysecentrum.

Specifiek voor transplantatiecentra

- Begeleiding en behandeling tijdens opname en na ontslag (de transplantatiedag, na de transplantatie, bij complicaties, afstoting nier, mislukken transplantatie, bijwerkingen medicatie).
- Deelname aan overleg transplantatieteam over ontvanger nier.
- Rapportage aan verpleegkundig coördinatoren over ontvanger nier.
- Adviseren andere disciplines binnen transplantatiecentrum.
- Groepsvoorlichting.
- Adviseren maatschappelijk werk dialysecentra.

Specifieke taken donatie bij leven (voor transplantatiecentra)

- Psychosociale screening.
- Extra begeleidings/behandelingsgesprekken op aanvraag.
- Begeleiding en behandeling tijdens opname en na ontslag.
- Eventueel afsluitend gesprek bij nacontrole.
- Deelname aan overleg donorteam.
- Rapportage aan verpleegkundig coördinatoren over donor.
- Adviseren andere disciplines binnen transplantatiecentrum.
- Intensieve begeleiding/behandeling van bepaalde groepen (buitenlandse donoren, altruïstische donoren, ZZP'ers).
- Geven van informatie over financiële vergoedingen.

4. Behandelvormen

Patiënten met eGFR-waarde >30

Uit onderzoek (Schipper, Jong, Blits, Loon, & Abma, 2015) bleek dat veel patiënten met een nierfunctie tussen de 20 en 45 ook klachten ervaren. Schipper et al. hebben in hun onderzoek aangegeven dat de huidige zorg niet aansluit bij de behoeften van de nierpatiënt. Vooral het ontbreken van multidisciplinaire zorg wordt als een gemis ervaren. Het is daarom belangrijk dat de behandelend nefroloog alert is op problematiek van psychosociale aard, zodat hij de patiënt kan doorverwijzen naar de maatschappelijk werker. Ook de patiënt die in het verleden getransplanteerd is en problemen ervaart ten gevolge van zijn nierziekte moet doorverwezen kunnen worden. De maatschappelijk werker werkt bij deze patiëntengroep alleen vraaggericht.

Patiënten met eGFR -waarde < 30

Nierfalen

Het heeft de voorkeur dat de maatschappelijk werker in een vroeg stadium kennis maakt met de patiënt en zijn naasten. Aan de hand van haar bevindingen kan het voorlichtingstraject aangepast worden aan de situatie van de patiënt. De voorlichting over de diverse behandelvormen zal hierdoor goed aansluiten bij de patiënt. De maatschappelijk werker biedt iedere patiënt een intakegesprek aan met een huisbezoek. Een huisbezoek is belangrijk omdat al in een vroeg stadium kan worden beoordeeld of het huis geschikt te maken is voor thuisdialyse. Daarnaast functioneert een patiënt in zijn eigen omgeving anders dan in een ziekenhuis en krijgt hij niet uitsluitend de patiëntenrol toebedeeld. Hierdoor krijgt de maatschappelijk werker een vollediger beeld. In het intakegesprek worden afspraken gemaakt over het vervolg van de hulpverlening. Als de voorlichting is afgerond bespreekt de maatschappelijk werker hoe de patiënt de voorlichting ervaren heeft en helpt hem zo nodig bij het maken van een keuze. Twee keer per jaar neemt zij standaard contact op met de patiënt. De patiënt en zijn naasten kunnen zelf ook contact opnemen als zij een hulpvraag hebben die samenhangt met de nierziekte. De maatschappelijk werker werkt in deze fase zowel vraag- als aanbodgericht.

Conservatieve therapie

Medisch gezien kan er steeds meer, maar moet ook alles gedaan worden wat mogelijk is? Deze vraag krijgt steeds meer aandacht tijdens de begeleiding en de behandeling op de nierfalenpoli. Niet dialyseren is ook een behandelvorm. De maatschappelijk werker kan de patiënt helpen bij het maken van deze keuze en bij het bespreekbaar maken van die optie met zijn naasten. Als de patiënt gekozen heeft niet te starten met dialyse blijft multidisciplinaire begeleiding en behandeling nodig. De maatschappelijk werker neemt twee keer per jaar standaard contact op met de patiënt. De patiënt en zijn naasten kunnen zelf ook contact opnemen als zij een hulpvraag hebben die samenhangt met de nierziekte. De maatschappelijk werker werkt in deze fase zowel vraag- als aanbodgericht.

Hemodialyse In het centrum

Sommige patiënten starten acuut met hemodialyse, anderen stromen gepland in of gaan over op hemodialyse als peritoneale dialyse niet meer mogelijk/wenselijk is. Als een patiënt acuut start is het belangrijk dat het maatschappelijk werk snel wordt ingeschakeld. Een acute start wordt door de patiënt en zijn naasten als heftig ervaren. Na de eerste opvang wordt bekeken wanneer het intakegesprek het beste kan plaatsvinden. Als de patiënt gepland instroomt of is gewisseld van behandeling zal de maatschappelijk werker onderzoeken of en zo ja welke hulpverlening ingezet moet worden.

De maatschappelijk werker neemt twee keer per jaar standaard contact op om de psychosociale situatie te onderzoeken. De patiënt en zijn naasten kunnen zelf ook contact opnemen als zij een hulpvraag hebben die samenhangt met de nierziekte. De maatschappelijk werker werkt in deze fase vooral vraaggericht.

Hemodialyse zelfstandig thuis of met assistentie

Voordat een patiënt uitgebreide voorlichting krijgt over thuisdialyse is het nodig multidisciplinair te beoordelen of de patiënt en zijn thuissituatie hier geschikt voor zijn. De maatschappelijk werker zal op huisbezoek gaan om de thuissituatie te beoordelen en eventuele belemmeringen op te lossen. Daarnaast onderzoekt zij de motivatie, verwachtingen en de draagkracht versus draaglast van de patiënt en zijn eventuele partner. Als de patiënt zelfstandig wil dialyseren maakt de maatschappelijk werker een inschatting van het leervermogen van de patiënt en/of diens partner. De maatschappelijk werker blijft beschikbaar voor psychosociale hulpverlening. Zij neemt twee

keer per jaar contact op om de psychosociale situatie te onderzoeken.

De patiënt en zijn naasten kunnen zelf ook contact opnemen als zij een hulpvraag hebben die samenhangt met de nierziekte. De maatschappelijk werker werkt in deze fase zowel vraag- als aanbodgericht.

Peritoneale dialyse (APD/CAPD) zelfstandig of met assistentie

Voordat de voorbereidingen voor peritoneale dialyse getroffen kunnen worden, zal de thuissituatie door de maatschappelijk werker beoordeeld worden. Eventuele belemmeringen lost zij zo mogelijk op. Daarnaast onderzoekt zij of de patiënt en/of zijn naasten de behandeling zelfstandig kunnen uitvoeren of dat assistentie nodig is. Als de behandeling is gestart zal de maatschappelijk werker met de patiënt bespreken of en zo ja welke hulpverlening ingezet moet worden. De maatschappelijk werker neemt twee keer per jaar standaard contact op om de psychosociale situatie te onderzoeken. De patiënt en zijn naasten kunnen ook zelf contact opnemen als zij een hulpvraag hebben die samenhangt met de nierziekte. De maatschappelijk werker werkt in deze fase zowel vraag- als aanbodgericht.

Stoppen met dialyseren

Bij het maken van de keuze om te stoppen met een dialysebehandeling (hemodialyse of peritoneale dialyse) kan de maatschappelijk werker veel betekenen. Zij kan met de patiënt zijn kwaliteit van leven bespreken, zijn twijfels bespreekbaar maken met zijn naasten, alternatieven bespreken met als doel de kwaliteit van zijn leven te verbeteren, informatie geven over praktische zaken en eventuele angsten en zorgen ten aanzien van de laatste levensfase bespreekbaar maken en zo mogelijk (deels) wegnemen. Tevens geeft zij aandacht aan zingeving en spiritualiteit.

Transplantatie met postmortale- of levende donor

Voordat een patiënt uitgebreide voorlichting krijgt over transplantatie is het nodig dat er multidisciplinair beoordeeld wordt of hij geschikt is voor transplantatie. Nadat de voorlichting is afgerond kunnen de voorbereidingen voor transplantatie gestart worden. Een onderdeel daarvan is de psychosociale screening. Eventuele aandachtspunten en actiepunten worden aan het transplantatiecentrum doorgegeven. De maatschappelijk werker zal samen met de patiënt bekijken welke hulp nodig is als er nog belemmeringen zijn voor de transplantatie. Als een patiënt op de wachtlijst staat voor een postmortale nier kunnen er veranderingen optreden in de thuissituatie of in het psychisch welbevinden. De maatschappelijk werker zal deze veranderingen multidisciplinair moeten bespreken, als de verwachting is dat ze een negatieve invloed hebben op de transplantatie.

Zodra de patiënt opgenomen wordt om getransplanteerd te worden neemt de maatschappelijk werker van het transplantatiecentrum de begeleiding en behandeling gedurende een jaar over.

5. Specifieke doelgroepen

De hieronder beschreven specifieke doelgroepen maken deel uit van de populatie patiënten met chronische nierinsufficiëntie of nierfunctievervangende therapie. Deze groepen vragen meer aandacht en begeleiding/behandeling van de maatschappelijk werker wat betreft het informatie verstrekken en het betrekken van het sociale netwerk. Daarnaast is er sprake van langduriger outreachend werken, minder emancipatorisch werken en een grotere signalerende rol. Ook de psychosociale screening en de begeleiding/behandeling tijdens het voorbereidingstraject op een eventuele transplantatie vergen een grotere tijdsinvestering. De hulpverlening richt zich niet alleen op de patiënt en zijn naasten maar ook op het behandelteam: inventariseren van de beperkingen van de patiënt en uitleg geven aan teamleden hoe daarmee om te gaan. Samenwerking onderhouden met eerste – en tweedelijns instellingen is hierbij van essentieel belang.

De volgende groepen worden beschreven:

- (Kwetsbare) ouderen
- Mensen met dementie
- Mensen met niet aangeboren hersenletsel
- Mensen met een verstandelijke beperking
- Mensen met een zintuiglijke beperking
- Mensen die laaggeletterd zijn
- Mensen met psychiatrische aandoeningen en verslaving
- Mensen met een lage sociaaleconomische status
- Migrantanten
- Asielzoekers
- Illegalen

(Kwetsbare) ouderen

Nederland telt begin 2017 3,1 miljoen 65-plussers, waarvan 0.7 miljoen 80-plussers. Dit komt neer op 18% van de totale bevolking. Dit aantal zal de komende jaren snel stijgen. Daarnaast is sprake van 'dubbele vergrijzing' dat wil zeggen dat binnen de groep 65-plussers het aantal 80-plussers toeneemt (CBS, 2018). Het gevolg van het ouder worden is dat dit gepaard kan gaan met verminderde gezondheid. Mensen die te maken hebben met gezondheidsproblemen en met problemen op verschillende functiedomeinen noemen we kwetsbare patiënten. Kwetsbaarheid op het gebied van fysieke aspecten: mobiliteit, fysieke fitheid, visus, gehoor, voedingstoestand, multi morbiditeit. Kwetsbaarheid op het gebied van psychische aspecten: cognitieve functie, depressie, angst en sociale aspecten; eenzaamheid (ZonMW, 2008). Een geringe verandering van de gezondheid kan bij deze groep kwetsbare patiënten grote gevolgen hebben. De mate van ervaren kwetsbaarheid wordt, behalve door bovengenoemde aspecten, ook bepaald door het functioneren van het sociale netwerk en door de beschikbare financiële middelen. Kwetsbare ouderen lopen extra risico op gezondheidsproblemen of opname in een instelling. Daarnaast vereenzamen zij sneller. Mensen blijven langer thuis wonen. Het percentage ouderen dat in een instelling woont daalt al jaren en zal nog verder afnemen. Mensen met een lichte zorgvraag komen sinds 2013 niet meer in aanmerking voor het wonen in een zorginstelling. De Wet langdurige zorg (Wlz) maakt het mogelijk om ook met een zwaardere zorgvraag thuis te blijven wonen. Door de vermindering van het aantal plaatsen in woonzorgcentra ontstaan er tekorten aan instellingsplaatsen waardoor soms ook zorgelijke thuissituaties ontstaan. Hierdoor worden kwetsbare ouderen soms in een ziekenhuis opgenomen zonder duidelijke medische redenen. Als beoordeeld moet worden of een kwetsbare oudere nog in aanmerking wil en kan komen voor dialyse spelen de maatschappelijk werkers daarin een belangrijke rol. Zij kunnen bij uitstek in kaart brengen hoe kwetsbaar de patiënt is op lichamelijk, sociaal en psychisch gebied en wat er nodig en mogelijk is om de situatie te optimaliseren. Zij ondersteunen de kwetsbare ouderen bij het maken van de keuze om wel of niet te starten met dialyse en brengen advies uit aan het behandelteam.

Mensen met dementie

Er zijn in Nederland ruim 270.000 mensen met dementie (Alzheimer Nederland, 2018). Het aantal mensen met dementie zal als gevolg van de vergrijzing explosief stijgen. Leeftijd speelt een grote rol bij het optreden van dementie. Ruim 8% van de mensen boven de 65 jaar heeft dementie en ruim 25% van de mensen boven de 80 jaar. Ongeveer 70% van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door naasten/mantelzorgers.

Mantelzorgers van mensen met dementie zijn vaak zwaar belast of overbelast. Dialysepatiënten die met dementie geconfronteerd worden ervaren de behandeling in het algemeen als steeds zwaarder. Het behandelteam kan voor steeds grotere problemen komen te staan tijdens de dialysebehandeling als het gedrag van de patiënt moeilijker te hanteren wordt. De maatschappelijk werker ondersteunt de patiënt en zijn familie in deze fase en begeleidt hen bij besluitvorming rondom het eventueel stoppen met de behandeling. Ook is de maatschappelijk werker betrokken bij patiënten met dementie die nog voor de keuze staan om al dan niet te starten met dialyseren.

Mensen met niet aangeboren hersenletsel

Er zijn in Nederland ongeveer 500.000 mensen met niet aangeboren hersenletsel, dit is ongeveer 3% van de Nederlandse bevolking (Vilans, 2014). De problemen die deze groep ervaart zijn cognitieve stoornissen, gedragsveranderingen, psychische/psychiatrische stoornissen en fysieke stoornissen. Doordat een deel van de gevolgen niet direct zichtbaar is, bestaat de kans op overschatting en overvragen. Vaak heeft de betrokkene zelf onvoldoende inzicht in de gevolgen van zijn/haar hersenletsel. Maatschappelijk werkers brengen samen met de patiënt in kaart wat hij wél kan, wat hij nodig heeft en hoe dit te versterken valt. Er is veel aandacht voor het verwerkingsproces van de combinatie niet aangeboren hersenletsel en dialysebehandeling. De maatschappelijk werker ondersteunt bij het hervinden van een balans tussen dialyse en de sociale situatie. Daarnaast heeft zij extra aandacht voor de partners van deze groep patiënten. De leden van het behandelteam ondersteunt zij door advies te geven over zaken waar men rekening mee moet houden in de communicatie met de patiënt.

Mensen met een verstandelijke beperking

In Nederland zijn ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking, ofwel mensen met een IQ onder de 70. Daarnaast zijn er ongeveer 2,2 miljoen Nederlanders met zwakbegaafdheid (IQ tussen de 70 en 85) (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2018). Wanneer er ernstige problemen zijn met sociale redzaamheid worden zij soms licht verstandelijk beperkt genoemd. Deze groep kan verbaal zodanig vaardig zijn dat de verstandelijke beperking niet altijd direct zichtbaar en merkbaar is (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2018). Hierdoor wordt onvoldoende herkend dat iemand informatie niet goed kan verwerken, moeite heeft met plannen en organiseren en daardoor bijvoorbeeld afspraken in het ziekenhuis niet nakomt. De maatschappelijk werker biedt ondersteuning aan deze groep mensen door op het juiste niveau met ze te communiceren, te toetsen welke mogelijkheden ze hebben om met voorschriften om te gaan en alternatieven te vinden voor het omgaan met dieetvoorschriften, vochtintake en (behandel)afspraken. De leden van het behandelteam ondersteunt zij door het geven van omgangsadviezen en door informatie te geven over zaken waar men rekening mee moet houden.

Mensen met een zintuiglijke beperking

Er is sprake van slechtziendheid als het gezichtsvermogen sterk verminderd is en een bril niet meer helpt om goed te kunnen zien. Er zijn in Nederland ongeveer 345.000 blinden en slechtzienden (J.Keunen, et al., 2011). Ongeveer 85% van alle visuele beperkingen in Nederland komt voor bij mensen van 50 jaar en ouder (Vision 2020). Door de vergrijzing neemt het aantal toe en de problemen met het zicht doen zich vaak voor samen met andere ouderdomskwalen.

Er zijn in Nederland ongeveer 575.000 mensen met matige of ernstige gehoorproblemen (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012). Ook als zij gebruik maken van een gehoorapparaat kunnen zij een gesprek slecht volgen. Gehoorbeperkingen komen veel vaker voor bij ouderen dan jongeren (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012). Door de combinatie van slecht horen en slecht zien kunnen problemen voorkomen bij het opvolgen van medische voorschriften en het begrijpen van informatie. Maatschappelijk werkers zijn door hun kennis en ervaring toegerust om na te gaan welke alternatieven en hulpmiddelen er zijn voor communicatie en zo nodig te verwijzen naar eerstelijnsinstellingen zoals Visio. Bij deze doelgroep moet meer tijd genomen worden voor de communicatie en voor het erbij betrekken van anderen zoals mantelzorgers. De maatschappelijk werker kan de leden van het behandelteam informeren en adviseren over de beste manier van communiceren.

Mensen die laaggeletterd zijn

Er zijn in Nederland 2,5 miljoen mensen van 16 jaar en ouder die laaggeletterd zijn, dit is 18% van de volwassenen in Nederland. Van de niet-westerse migranten is 30% laaggeletterd (Stichting Lezen en Schrijven, 2018, Pharos, 2013). Geletterdheid is een combinatie van vaardigheden als lezen, schrijven, rekenen, spreken en taalbegrip. Het blijkt uit onderzoek dat laaggeletterden vaak een slechtere gezondheid hebben, moeite hebben met opvolgen van voorschriften en meer gezondheidsrisico's lopen. Zij bezoeken vaker een arts en gaan vaker naar de spoedeisende hulp. Zij hebben minder basiskennis van de werking van het menselijk lichaam.

Een laaggeletterde patiënt kan binnen zijn vertrouwde sociale omgeving goed functioneren maar in een onbekende omgeving zoals de gezondheidszorg disfunctioneren. Begrijpen van schriftelijke, mondelinge en digitale informatie is nodig om in samenspraak met behandelaars de juiste keuzes te kunnen maken. Ook binnen de nefrologie is het uitgangspunt dat mensen zoveel mogelijk zelf hun zorg regisseren en in staat worden gesteld een doordachte keuze voor een behandeling te maken. Deze doelgroep vraagt extra aandacht van het maatschappelijk werk. Er moet vastgesteld worden of er sprake is van laaggeletterdheid door dit actief na te vragen. Vaak zijn patiënten hier uit schaamte niet open over en behandelaars en hulpverleners herkennen laaggeletterdheid nog steeds onvoldoende: ondanks de inspanningen die de overheid samen met diverse organisaties pleegt om laaggeletterdheid onder de aandacht te brengen. De maatschappelijk werker kan het behandelteam ondersteunen door voorlichting te geven over de gevolgen van laaggeletterdheid en door adviezen te geven over de juiste manier van communiceren met deze groep patiënten.

Mensen met psychiatrische aandoeningen en/of verslaving.

Psychische stoornissen omvatten onder meer stemmingsstoornissen, angststoornissen, stoornissen in middelengebruik en gedragsstoornissen. Deze doelgroep is vaker werkloos of arbeidsongeschikt, heeft vaak een laag inkomen en leeft vaker zonder partner. Er zijn verschillende vormen van verslaving: alcohol, drugs, gokken, internet, computer en medicijnen. Uit cijfers van 2015 blijkt dat er in Nederland totaal 2.000.000 mensen verslaafd zijn of een middel misbruiken (Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem, 2016). Uit het onderzoek van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem uit 2015 blijkt dat er 65.000 personen in behandeling zijn geweest bij de verslavingszorg. Ruim driekwart hiervan zijn mannen. De gemiddelde leeftijd binnen de verslavingszorg is 42 jaar. Een op de acht cliënten is jonger dan 25. Een op de vijf hulpvragers is ouder dan 55 jaar. Het aantal verslaafden of misbruikers is 384 per 100.000 inwoners.

Verslaving wordt steeds meer gezien als een chronische ziekte met biologische (waaronder ook erfelijke), persoonlijke en sociale oorzaken én gevolgen. Door langdurig gebruik van verslavende stoffen treden onherstelbare veranderingen in de hersenen op, waardoor een blijvende hunkering naar het middel blijft bestaan (Novadic-Kentron, 2018). De taak van de maatschappelijk werker is om met de patiënt doelen te formuleren die gericht zijn op het omgaan met de combinatie van de psychische aandoening en de dialysebehandeling. Daarbij moet rekening worden gehouden met de beperkingen en de kwetsbaarheid. De begeleiding en behandeling is erop gericht dat de patiënt zoveel mogelijk de regie over zijn leven behoudt of herneemt en de behandeling zo goed mogelijk doorstaat.

Mensen met lage sociaaleconomische status

De sociaaleconomische status geeft de mate aan waarin personen, gezinnen, huishoudens en geografische gebieden de mogelijkheid hebben om maatschappelijk gewaardeerde goederen te creëren of consumeren (Miech & Hauser, 2001). Vooral het opleidingsniveau bepaalt de toegang tot informatie en het vermogen om gebruik te maken van nieuwe informatie. De sociaaleconomische status gerelateerd aan gezondheid omvat de toegang van een individu of groep tot de middelen die nodig zijn om een goede gezondheid te krijgen en te houden (Shavers, 2007). Een lage sociaaleconomische status hangt meestal samen met een slechtere gezondheid, waarbij ook leefstijl een rol speelt. Bepaalde vormen van ongezond gedrag als drinken, roken, een ongezond voedingspatroon en weinig lichaamsbeweging komen meer voor bij lage sociaaleconomische groepen. Verder betekent een lage opleiding vaker zwaar lichamelijk werk, met risico op gezondheidsproblemen. Hoe lager de sociaaleconomische status, des te hoger het risico dat iemand chronische nierschade ontwikkelt (Priya Vart et al. 2013). Mensen met een lagere opleiding en/of een lager inkomen hebben een 40% hoger risico op het krijgen van chronische nierschade dan mensen met een hogere sociaaleconomische status (Priya Vart et al., 2015). Deze doelgroep heeft vaak geen aanvullende zorgverzekering, er is vaker sprake van schulden en soms van dakloosheid. Medische behandeltrajecten kunnen hierdoor moeizamer verlopen en vertraging oplopen. De maatschappelijk werker besteedt meer tijd aan deze groep vanwege de hoeveelheid praktische en materiële problemen.

Migranten

Op 1 januari 2016 had 12,3 procent van alle inwoners in Nederland een niet-westerse en 9,8 procent een westerse achtergrond. Bijna de helft van de personen met een niet-westerse achtergrond is in Nederland geboren en hoort daarmee tot de tweede generatie (CBS, 2016).

Van de 3,8 miljoen Nederlanders met een migratieachtergrond behoren 2 miljoen tot de eerste generatie. De overige 1,8 miljoen mensen zijn in Nederland geboren, zij behoren tot de tweede generatie (CBS, 2018). Niet-westerse migranten uit de eerste generatie hebben vaak moeite met de Nederlandse taal. Deze mensen hebben minder affiniteit met de taal, zijn vaak wat ouder en zijn minder goed opgeleid dan de tweede generatie.

Migranten hebben een slechtere gezondheid en gemiddeld meer chronische aandoeningen dan autochtonen. Dit is voor een groot deel terug te voeren op hun lage sociaaleconomische status. Een lage sociaaleconomische status, laaggeletterdheid en migratieachtergrond zijn risicofactoren die van negatieve invloed zijn op het verkrijgen van de juiste zorg. Migranten uit traditionele culturen hebben een andere kijk op ziekte en gezondheid. Zij gaan vaker naar de dokter en vinden dat aan iedere klacht iets gedaan moet worden. Maatschappelijk werkers moeten veel investeren in het opbouwen van een relatie met de patiënt en zijn naasten en moeten zich verdiepen in de sociaal culturele opvattingen. Het kost meer tijd voordat zij aan daadwerkelijke hulpverlening toekomen.

Asielzoekers

De meeste asielzoekers komen uit oorlogsgebieden of uit landen waar mensenrechten worden geschonden. Asielzoekers hebben vaker dan gemiddeld een posttraumatische-stressstoornis of een depressie. Psychische klachten kunnen ook ontstaan door traumatische ervaringen tijdens de reis naar Nederland en tijdens de asielprocedure, vanwege de langdurige periode van onzekerheid.

Asielzoekers laten vaak ook veerkracht zien. Zij willen een nieuw leven opbouwen in een veilige omgeving en grijpen de kansen aan die zij krijgen. Ondanks deze veerkracht kunnen gezondheidsproblemen invloed hebben op het functioneren en op het vermogen om Nederlands te leren. Integratie kan daardoor bemoeilijkt worden.

Het gezondheidszorgsysteem in het land van herkomst is vaak anders dan het Nederlandse gezondheidssysteem.

Asielzoekers komen zo nodig in aanmerking voor dialyse of transplantatie. Maatschappelijk werkers besteden veel tijd aan het helpen verzamelen van aanvullende gegevens en formulieren die nodig zijn voor het beoordelen van de asielaanvraag of voor bijvoorbeeld een transplantatietraject met een levende donor. Tevens informeren zij het behandelteam over relevante culturele achtergrondinformatie, ook wat betreft gezondheidsopvattingen.

Illegalen

Er verblijven mensen in Nederland zonder geldige verblijfsdocumenten, illegalen of ongedocumenteerden genoemd.

Als deze mensen ernstige nierfunctieproblemen krijgen komen ze in aanmerking voor dialyse. Hun achtergrond, land van herkomst, reden van komst en dergelijke is vaak zeer divers. Ze verkeren in een geïsoleerde en kwetsbare positie, zijn in de regel angstig, hebben geen netwerk en weinig kennis van de Nederlandse gebruiken.

Maatschappelijk werkers hebben te maken met de begeleiding/behandeling van deze groep, onder meer omdat er problemen kunnen zijn in de continuïteit van medisch noodzakelijke zorg, bijvoorbeeld dreigende uitzetting.

Zelfredzaamheid kan niet altijd in volle omvang van deze groep mensen verwacht worden. Het leven in illegaliteit brengt stress en onzekerheid met zich mee, wat van invloed is op de ervaren gezondheid en het omgaan met de nieraandoening en de behandeling. Illegalen hebben recht op medisch noodzakelijke zorg en via het CAK is hiervoor een financieringsregeling getroffen. Er blijven echter veel sociale en psychische problemen bestaan.

6. Formatienorm

Inleiding

In de Kwaliteitsstandaarden van 2011 is een formatienorm opgenomen die was overgenomen van de berekening uit 2007. Inmiddels zijn wij tien jaar verder en is er het een en ander veranderd. Uit de enquête die in 2016 onder de leden is gehouden, bleek dat deze norm uit 2007 nog maar in enkele centra werd gehanteerd. Voor een deel hangt dit mogelijk samen met de financiële middelen van de dialyse- en transplantatiecentra. Deels heeft het ook te maken met een veranderend tijdsbeeld waarin sprake is van bijvoorbeeld grotere zelfredzaamheid van patiënten en betere toegang tot informatie. In sommige gevallen leidt dit tot meer vraaggerichte- dan aanbodgerichte hulpverlening. Ook is er sprake van een veranderende visie op de zorg. Er is steeds meer aandacht voor het stimuleren van zelfmanagement. Voldoende reden om de formatienorm te herzien, rekening houdend met een aantal zaken. Afhankelijk van de samenstelling van de patiëntenpopulatie en de regio zijn er verschillen wat betreft de taken van de maatschappelijk werker en de manier waarop deze worden uitgevoerd. Bij dialysecentra in de grote steden is vaak sprake van een complexe patiëntenpopulatie. Daarnaast is de doorloopsnelheid niet in ieder centrum gelijk; een nieuwe patiënt kost naar verhouding meer tijd. Tevens kan de samenstelling van de caseload verschillen, bijvoorbeeld patiënten van de nierfalenpoli kosten gemiddeld meer tijd dan hemodialysepatiënten. De groep patiënten die wordt voorbereid voor pre-emptieve transplantatie is toegenomen; dit is naar verhouding een bewerkelijke groep omdat zij een betrekkelijk korte periode in beeld zijn, maar de begeleiding en behandeling vaak intensief is.

Dit soort ontwikkelingen maakt het moeilijk om tot één algemene norm te komen die geschikt is voor alle maatschappelijk werkers. Bij de beschrijving van de formatienorm plaatsen wij dus de kanttekening dat het belangrijk is om rekening te houden met de hierboven genoemde aandachtspunten.

Wat betreft de kindernefrologie: er zijn maar drie centra in Nederland die zich hiermee bezighouden en tussen deze centra bestaan duidelijke verschillen in werkwijze en organisatie. Het bleek niet goed mogelijk om voor kindernefrologie een verantwoorde formatienorm vast te stellen en op te nemen in deze herziene versie van de Kwaliteitsstandaarden.

Tijdsinvestering direct patiëntgebonden taken

Direct patiëntgebonden taken vinden zowel in de nierfalenfase als in de dialysefase plaats.

Nierfalenfase

Bij de start van de nierfalenfase is de begeleiding en behandeling vooral aanbodgericht. De maatschappelijk werker heeft een belangrijke rol in ontwikkelingen zoals het Nierteam aan huis en groepsvoorlichting. Het belang van 'shared decision making' wordt steeds meer onderkend. Het is belangrijk dat daar ook tijd voor beschikbaar is. Uit onderzoek blijkt dat mensen veel tijd nodig hebben voor de besluitvormingsfase en dat herhaling van de informatie noodzakelijk is.

De doorloopsnelheid lijkt toe te nemen door onder andere een toename van pre-emptieve transplantaties. De maatschappelijk werker doet een psychosociale screening bij transplantatiepatiënten dus ook deze hoeveelheid werk neemt toe. Er is ook een toename van de instroom van hoogbejaarde patiënten. Bij deze patiënten wordt vaker dan voorheen een geriatrische screening afgenomen. Dit kan extra werk opleveren voor de maatschappelijk werker. Als patiënten kiezen voor conservatieve therapie kunnen zij in de meeste ziekenhuizen voor controle naar de nierfalenpoli blijven komen. Dit zijn patiënten die vaak behoefte hebben aan begeleiding en behandeling van de maatschappelijk werker. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de toegenomen doorloopsnelheid. Elke nieuwe patiënt kost naar verhouding veel tijd.

Start Intake en voorlichtingsgesprekken

Intake en voorlichtingsgesprekken, gemiddeld 360 minuten per patiënt per jaar; het is wenselijk om tijdens de intake (of in het vervolgtraject) tenminste eenmaal op huisbezoek te gaan.

Schatting, uitgaande van gemiddelde tijdsbesteding:

Maken van afspraak en vooroverleg andere disciplines	30 minuten
Gesprekken, inclusief voorbereiding, kennismaking, intake, voorlichting, psychosociale anamnese, geriatrische screening en screening transplantatie	210 minuten
Reistijd huisbezoek	45 minuten
Rapportage + uitwerking psychosociale anamnese en eerste MDO	75 minuten

Totaal	360 minuten
--------	-------------

Nierfalenpoli

Na de voorlichtingsperiode minimaal twee contacten per jaar om de situatie te monitoren, knelpunten te signaleren en indien nodig proactief interventies in te zetten. De tijdsinvestering per gesprek is gemiddeld 60 minuten. Totaal

120 minuten per jaar. Deze tijdsinvestering is inclusief:

- Het gesprek zelf (duurt 15-45 minuten);
- Het maken van afspraken;
- Tussentijds overleg andere disciplines;
- Voorbereiding;
- Administratieve afhandeling en rapportage.

Psychosociale hulpverlening en concrete hulp- en dienstverlening tijdens nierfalenfase

Voor bijkomende uitvoerende werkzaamheden (kortdurende en informatieve hulpverlening): gemiddeld **145 minuten** per patiënt per jaar. Hieronder vallen onder andere overleg met instanties, schrijven van brieven, aanvragen vergunningen, aanvragen uitkeringen, bemiddeling en belangenbehartiging.

Multidisciplinair overleg

Voor of na de nierfalenpoli vindt er een polibespreking plaats. Iedere patiënt wordt besproken met alle disciplines. Patiënten komen gemiddeld zes keer per jaar op de poli. Totale investering is circa 90 minuten per patiënt per jaar.

Samenvatting

Intake en voorlichting	360 minuten
Monitoring	120 minuten
Psychosociale- en materiële hulpverlening	145 minuten
MDO nierfalen	90 minuten

Totaal	715 minuten
--------	--------------------

Dialysefase (HD en PD)

Bij de start van de dialyse volgt een intakegesprek (als een patiënt acuut instroomt wordt een gedeelte van de werkzaamheden uit de nierfalenfase alsnog verricht). Na een aantal weken volgt een evaluatiegesprek waarin wordt teruggeblikt op de eerste dialyseperiode. Dan wordt ook met de patiënt bepaald wat de behoefte aan contact is met de maatschappelijk werker (onderhoudstraject, outreachend of contact op afroep). In die fase zal de hulpverlening vooral vraaggericht van aard zijn. In geval van bijvoorbeeld ernstige lichamelijke problemen en psychische en cognitieve problemen zal er aanbodgerichte hulpverlening plaatsvinden: bijvoorbeeld bij klachten van depressieve aard, relatieproblematiek of opname in het ziekenhuis.

Monitoring

Bij een gemiddelde patiënt zonder complicerende factoren leidt dit tot minimaal twee gesprekken per jaar met een tijdsinvestering van 180 minuten (inclusief voorbereiding, rapportage en administratieve afhandeling). Daarnaast vindt psychosociale/concrete/informatieve/specifieke hulpverlening plaats, gemiddeld 145 minuten per patiënt per jaar.

Multidisciplinair overleg (MDO) dialyse (HD en PD) (2 keer per jaar)

Iedere patiënt wordt multidisciplinair besproken	2x 20 minuten
Vorbereiding, evt. patiënt spreken	2x 40 minuten
Rapportage	2x 20 minuten

Samenvatting

Monitoringsgesprekken	180 minuten
Psychosociale en materiële hulpverlening	145 minuten
MDO	160 minuten

Totaal **485 minuten**

Factor specifieke problemen

Naast deze basisbehandeling kunnen extra consulten geïndiceerd zijn, bijvoorbeeld bij:

- Therapiewisseling
- Voorbereiding op transplantatie
- Twijfels over al dan niet doorgaan met de dialysebehandeling
- Twijfels over al dan niet starten met de dialysebehandeling
- (Over)belasting mantelzorger
- Kwetsbare oudere patiënten
- Rouwverwerking
- Verwerkingsproblemen (bijvoorbeeld bij amputatie)
- Relatieproblemen/seksuele problemen

Gemiddeld 20% van de dialysepopulatie heeft op bepaalde momenten of in bepaalde situaties behoefte aan extra consulten. Dit kan uiteenlopen van een enkel gesprek tot een veelvoud hiervan, wat per patiënt kan verschillen. Om deze inspanning te verantwoorden wordt voor 20% van de populatie een toeslag met de factor 2 gerekend.

Factor complexe achtergrond

Voor bepaalde patiëntengroepen is deze basisnorm vanwege de complexe problematiek, grotestedenproblematiek en achtergronden niet toereikend³. Verder heeft de ligging van een dialysecentrum (bijvoorbeeld in een stad of in een provinciale omgeving) ook invloed op het aantal patiënten dat meer dan de standaardbehandeling nodig heeft. Voor deze extra tijdsinvestering wordt voor 10% van de patiëntenpopulatie een toeslag met de factor 2 gerekend.

Tijdsinvestering voorwaardenscheppende taken

Naast de direct patiëntgebonden taken, wordt er ook tijd besteed aan indirect patiëntgebonden taken en niet-patiëntgebonden taken. Deze tijdsbesteding wordt per fulltime maatschappelijk werker weergegeven in de recapitulatie.

³ Zie hoofdstuk 5 Specifieke doelgroepen

Indirecte patiëntgebonden taken

Voorbeelden zijn belangenbehartiging, preventie, contacten met Nierstichting en Nierpatiënten Vereniging, voorbereiden en geven van groepsvoorlichting, groepsmaatschappelijk werk(bijvoorbeeld partnergroepen).

Indirecte niet-patiëntgebonden taken

Een aantal taken zijn essentieel voor een professionele uitoefening van de functie.

Voorbeelden hiervan zijn het deelnemen aan kennisoverdracht aan derden, groepsvoorlichting, volgen van bij- en nascholing, volgen van intervisie en supervisie, geven van klinische lessen, meewerken aan themabijeenkomsten, werkzaamheden met betrekking tot certificering HKZ, samenwerking NSN en NVN etc. Verder is ervan uit gegaan dat de maatschappelijk werker geregistreerd is bij het Registerplein en de hiervoor benodigde permanente educatiepunten (PE-punten) behaalt.

Benodigde formatie maatschappelijk werk nefrologie

Om tot een berekening van de formatie te komen is een aantal gegevens en uitgangspunten nodig, te weten:

1. Het aantal werkbare uren per Fte.
2. De tijdsinvestering aan direct patiëntgebonden taken, gebaseerd op het aantal consulten per patiënt en de tijdsinvestering per consult.
3. De tijdsinvestering aan voorwaardenscheppende taken (indirect patiëntgebonden taken en indirect niet-patiëntgebonden taken).

Deze aspecten worden hierna toegelicht.

Aantal werkbare uren per Fte

Een jaar levert bruto 261 dagen

Een werkdag bedraagt 7.2 uur (36 uur per week)

Bruto dus $261 \times 7.2 = 1880$ uur

Hierop wordt in mindering gebracht:

- 144 uur in verband met vakantie
- 6×7.2 uur in de vorm van feestdagen
- 7 uur ten behoeve van bijzonder verlof
- $4.9\% = 92$ uur als gevolg van ziekteverzuim (CBS, 3^e kwartaal 2017)
- Gemiddeld 57 uur ten behoeve van PLB

Netto dus ongeveer 1537 uur

Ten slotte moet de tijd voor koffie- en theepauze (2×15 minuten) en overheadtijd in mindering worden gebracht.

Dit komt neer op 10%.

Het aantal werkbare uren per jaar per Fte is dan circa 1383.

Tijdsinvestering donoren (specifiek voor maatschappelijk werkers in UMC's)

Per donor:

Directe patiëntgebonden uren:

• Screeningsgesprek	1x	60 min
• Bezoek na donatie	1x	25 min
• Afspraak mmw bij nacontrole (soms gebeurt dit op aanvraag)	1x	45 min
• Extra contact (vragen/onduidelijkheden over zorgverzekering, werkgever, NTS, motivatievraagstukken)	1x	30 min

Indirecte patiëntgebonden uren:

• Afspraak maken, dossier maken	1x	15 min
• Rapportage screening	1x	20 min
• Administratieve afhandeling	1x	20 min
• Externe contacten (zorgverzekering, werkgevers)	1x	20 min

Totaal per donor **235 min**

Per jaar:

Indirecte niet patiëntgebonden uren:

• Intern overleg/MDO (met artsen/verpleging)	12x	60 min
• Voorlichting (inclusief voorbereiding)	2x	240 min
• Deskundigheidsbevordering (inclusief reistijd)	2x	560 min
• Transplantatie werkgroep (inclusief reistijd)	2x	240 min

Totaal per jaar extra uren **2800 min**

Sommige donoren hebben standaard meer tijd nodig, waaronder:

- Buitenlandse donoren
- ZZP'ers

Tijdsinvestering ontvangers (specifiek voor maatschappelijk werkers in UMC's)

Per patiënt:

Directe patiëntgebonden uren:

- Bezoek voor operatie (incidenteel)
- Bezoek na transplantatie 30 min
- Extra kort contact (vragen/onzekerheden over zorgverzekering, werkgever, vervoer) 30 min

Indirecte patiëntgebonden uren:

- Rapportage 10 min
- Extern contacten (zorgverzekering, werkgevers) 20 min

Totaal per ontvanger 90 min

Aantal extra begeleidingsgesprekken (bij 5% van patiënten):

- Extra gesprekken (vraaggericht) 4x 60 min
- Rapportage 40 min
- Externe contacten (zorgverzekering, gemeente, UWV, STAP) 30 min

Totaal per extra contact 310 min

Per jaar:

Indirecte niet patiëntgebonden uren:

- Intern overleg/MDO (met artsen/verpleging) 4x 60 min
- Voorlichting (inclusief voorbereiding) 2x 240 min
- Deskundigheidsbevordering 2x 560 min
- Transplantatie werkgroep (inclusief reistijd) 2x 240 min

Totaal per jaar extra uren 2320 min

Mogelijk extra tijd:

Problemen die vlak voor transplantatie al aandacht behoeven (bijvoorbeeld: relatie tot de donor of spreken over aandachtspunten vanuit de psychosociaal screening voor transplantatie)

Recapitulatie tijdsinvestering	aantal minuten per jaar	uren	fte
---------------------------------------	--------------------------------	-------------	------------

Divers

Belangenbehartiging/preventie	1440		
Groepswerk, groepsvoorlichting, partnergroepen	960		
Kwaliteitszorg/innovatie	1440		
Contacten NVN/NSN/RNV	600		
	4400	73	

Indirect niet patiëntgebonden per 1 fte per jaar

Cursussen/themadagen	1920		
Intervisie	1080		
Geven van scholing, inclusief voorbereiding	1080		
Overleg VMWN, regio-overleg en VMWN symposium	1920		
Overleg management	1440		
Werkgroepen/bestuurswerk	1440		
Indirecte uren, collegiale consultatie, archiveren vakliteratuur etc. taxatie 5% van de werktijd	4200		
	13180	220	
		293	

Totaal indirecte taken **0.21**

Direct patiëntgebonden

Nierfalenfase

Voorlichting en intake	360		
Monitoring nierfalenpoli	120		
Psychosociale en materiële hulpverlening	145		
MDO nierfalenpoli	90		
Totaal	715	715	
Opslag 20% i.v.m. factor specifieke problemen		143	
Opslag 10% i.v.m. complexe achtergrond		71	
Totaal nierfalenfase per patiënt		929	15.5

Hemodialyse en peritoneaal dialyse

Gesprekken	180		
Kortdurende hulpverlening	145		
MDO	160		
Totaal	485	485	
Opslag 20% i.v.m. factor specifieke problemen		97	
Opslag 10% i.v.m. factor complexe achtergrond		48	
Totaal HD/PD per patiënt		630	10.5

Totaal patiëntgebonden taken **0.79**

Per fte met 50% nierfalenpatiënten en 50% HD/PD patiënten **85**

Bibliografie

- Alzheimer Nederland*. (2018, februari 25). Opgehaald van Alzheimer-nederland.nl
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). (2016). *Beknopt beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*.
- Birch consultants. (2015). *Trendrapportage: Een toekomstverkenning van de zorgsector en de paramedische beroepen*. Eindhoven: Fontys.
- CBS. (2018, februari 25). Opgehaald van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/47/bevolking-naar-migratieachtergrond>
- Dialyse Centrum Groningen (DCG). (2010). *Modulen & gereedschap. Medisch Maatschappelijk Werk binnen de dialyse*. Groningen.
- Institute for Positive Health*. (2018, februari 25). Opgehaald van IPH.nl: <https://iph.nl/positieve-gezondheid/>
- J.Keunen, Verezen, C., Imhof, S., Rens, G. v., Asselbergs, M., & Limburg, J. (2011). Toename in de vraag naar oogzorg in Nederland 2010-2020. *Nederlands tijdschrift Geneeskunde*, 155.
- Jellinek*. (2018, maart 30). Opgehaald van jellinek.nl: <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafd-en-hoeveel-zijn-er-in-behandeling/>
- Lampion.info*. (2018, februari 25). Opgehaald van <http://www.lampion.info/te-verlenen-zorg/toegang-tot-de-zorg-voor-illegalen>
- Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem. (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Miech, R. A., & Hauser, R. M. (2001). Socioeconomic status and health at midlife. A comparison of educational attainment with occupation-based indicators. *Ann Epidemiol*, 2.
- Movisie. (2007). *Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in UMC's. Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening*.
- Movisie. (2009). *Medisch maatschappelijk werk in UMC's. Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening*.
- Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW). (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Anraad.
- Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers. (2007). *Maatschappelijk werk in het ziekenhuis*. Anraad.
- Novadic- Kentron*. (2018, maart 30). Opgehaald van novadic-kentron.nl: <https://www.novadic-kentron.nl/ben-ik-verslaafd/soorten-verslaving/>
- NVMW /Movisie. (2009). *Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in de algemene ziekenhuizen. Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening*. Utrecht.
- NVMW. (2007). *Competenties ziekenhuismaatschappelijk werk*. Utrecht: Anraad.
- Pharos. (2018, februari 25). *Pharos.nl*. Opgehaald van <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/asielzoekers-en-vluchtelingen/asielzoekers-en-vluchtelingen/impact-oorlog-en-vlucht-op-gezondheid>
- Schipper, K., Jong, J. d., Blits, Q., Loon, M. v., & Abma, T. (2015). *Mensen met matig tot ernstig verminderde nierfunctie in beeld. 'Een gezicht voor mensen met matig tot ernstige nierschade*. Bussum: Nierstichting en Nierpatienten Vereniging Nederland.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2011). *Kwetsbare ouderen*.

- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2012). *Mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen*.
- Stichting Lezen en Schrijven. (2018, maart 22). Opgehaald van [lezenenschrijven.nl](https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid/feiten-cijfers/gegevens-laaggeletterden-in-nederland/):
<https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid/feiten-cijfers/gegevens-laaggeletterden-in-nederland/>
- Vart, P., Gansevoort, R., Coresh, J., Reijneveld, S., & Bultmann, U. (2013). Socioeconomic Measures and CKD in the United States and The Netherlands. *Clin J Am Soc Nephrol*.
- Vart, P., Reijneveld, S., Bultmann, U., & Gansevoort, R. (2015). Added Value of Screening for CKD among Elderly or Persons with Low Socioeconomic Status. *Clin Am Soci Nephrol*, 562-570.
- Verbraak, G., & Hendrickx, C. (2007). *Persoonlijke coaching bij vochtbeperking*. Breda: Maatschappelijk Werk Nefrologie, Amphia ziekenhuis locatie Molengracht.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2018, maart 30). Opgehaald van [vgn.nl](https://www.vgn.nl/feitenencijfers):
<https://www.vgn.nl/feitenencijfers>
- Vilans. (2014). *Richtlijn voor behandelaars en begeleiders van gezinnen van een ouder met niet-aangeboren hersenletsel (NAH)*. Utrecht.
- Vision 2020. (2018, februari 25). Opgehaald van Vision2020.nl
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR). (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag.
- ZonMW. (2008). *Nationaal Programma Ouderenzorg*.

AUTEURSRECHTEN

© 2019 Vereniging Maatschappelijk Werk Nefrologie (VMWN).

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, geluidstape of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.