



EFRO-project 655

Ondernemingsgerichte kennisontwikkeling
en valorisatie in West-Vlaanderen

Centrum Empowerment in Ouderenzorg

RAPPORT

EMPOWERENDE HULPVERLENING IN DE THUISZORG: EEN EMPOWERENDE INTAKE

Kurt Debaere



ONDERNEMERSCENTRA
WEST-VLAANDEREN

CEMO

De vergrijzing van de bevolking is een feit: we leven steeds langer en worden vroeg of laat geconfronteerd met zorgnoden. Het KATHO (VIVES¹) expertisecentrum CEMO (voluit: Centrum Empowerment in Ouderenzorg) zoomt in op de positie van de oudere in zijn zorgcontext en staat stil bij de plaats van mantelzorgers en professionele hulpverleners hierin.

CEMO werd in 2012 door KATHO opgericht in het kader van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO)-project 655 als expertisecentrum binnen het domein zorgcompetenties en – faciliteiten. Alle West-Vlaamse kennisinstellingen (Kulak, KHBO, Howest en KATHO) werkten samen aan de eerste CEMO-projecten. Het EFRO-project werkt mee aan de implementatie van een kennis-gedreven-ontwikkeling van onze provincie.

Onder de noemer “empowerende zorg” wil CEMO empowerende hulpverlening in de (professionele) zorg promoten en bevorderen. Met de dienst thuisverpleegkunde van Wit-Gele Kruis werkte CEMO samen omtrent zelfzorg en het risico op ondervoeding bij thuiswonende ouderen. Samen met de gezinszorg van Solidariteit voor het Gezin werd vanuit de filosofie van empowerment een vernieuwde intakeprocedure uitgewerkt. Daarnaast maakte CEMO samen met ZorgAndersTv een reportage over hoe verschillende zorgorganisaties empowerende hulpverlening in de praktijk brengen.

Het label “empowerende technologie” omvat de projecten waarmee CEMO de plaats van technologie in de zorg onderzoekt en zelf nieuwe digitale toepassingen ontwikkelt. CEMO onderzoekt en ontwikkelt toepassingen die de positie van de oudere in zijn zorgcontext kan versterken. Zo hield CEMO een pilootstudie waarbij de meerwaarde van een iPad binnen de zorg voor thuiswonende ouderen (met beginnende dementie of personen met afasie als gevolg van een CVA) werd onderzocht. Daarnaast ontwikkelde CEMO zelf een tabletapplicatie voor deze doelgroep. De centrale doelstelling van de applicatie bestaat erin de participatie van de oudere aan zijn zorgproces te verhogen. De applicatie focust op volgende zaken: structuur aanbrengen in de dag van de oudere, verschillende informatiestromen begrijpelijk in beeld brengen voor de oudere, de leefwereld van de oudere verbreden en maximale interactiemogelijkheden aanreiken mits een minimale inspanning. Tot slot werkte CEMO aan een digitale leeromgeving om tablettechnologie te leren gebruiken.

¹ Vanaf 1 september 2013 vormen KATHO en KHBO 1 hogeschool, de Katholieke Hogeschool VIVES.

Naar de toekomst toe wil CEMO² verder inzetten op het opstellen van ondersteunende instrumenten voor empowerende zorg en het uittesten en ontwikkelen van vernieuwende empowerende technologische toepassingen.

² Voor bijkomende vragen, voor het uitwisselingen van ideeën of voor concrete samenwerking met CEMO kan u terecht op info@cemo.be. Meer info vindt u op de website cemo.be.

Inleiding

CEMO voerde een kwalitatief onderzoek uit bij de thuiszorgorganisatie Solidariteit voor het Gezin (SVHG). In het kwalitatief onderzoek ging CEMO op zoek naar een focus van empowerende hulpverlening. De zorgverlening aan een specifieke doelgroep van thuiswonende ouderen werd onder de loep genomen. CEMO focuste op zorgbehoevende ouderen bij wie het vermogen om boodschappen te uiten of te begrijpen aangetast is (zoals bij personen met dementie of personen met afasie als gevolg van een CVA). CEMO bestudeerde de hulpverlening aan deze doelgroep van ouderen vanuit de 6 principes van empowerment (zie paragraaf “empowerment”).

Voorliggend rapport beschrijft de empowerende intakeprocedure en hulpverleningsproces dat CEMO in samenwerking met de dienst gezinszorg van SVHG uitwerkte als concretisering van de resultaten van de kwalitatieve studie. Het stimuleren van participatie van cliënten tijdens de intake en de hulpverlening vormt hierbij de centrale empowerende doelstelling.

Waarom participatie bij de intakeprocedure stimuleren?

- Dit kwam zowel bij de discussiegroepen als de brainstorm aan bod.
- Binnen de gevalsstudies werd dit als oplossing voor het knelpunt ‘informatiedoorstroming’ naar voor gebracht. (het knelpunt dat het frequentst naar voor kwam)
- Het is een bestaande procedure die we verder kunnen standaardiseren/ optimaliseren.

Na het kwalitatief onderzoek werd een traject opgestart om een vernieuwde intakeprocedure met bijhorend empowerend dienstverleningsproces te ontwikkelen. De expertise van KHKempen en Vonk3, via het boek ‘Mag ik ook wat zeggen? Empoweren van ouderen in een woonzorgcentrum.’ onder redactie van Koen Geenen, is hierbij een belangrijk inspiratiebron.

Het traject was exploratief van aard. Er werd een houvast ontwikkeld voor een empowerende intake en het daaruit vloeiend empowerend dienstverleningsproces binnen de dienstverlening van de gezinszorg van SVHG. Het traject liep parallel en is complementair met de pilootstudie van CEMO betreffende de introductie van een iPad in de thuiszorg en de ontwikkeling van een eigen CEMO applicatie. In een latere fase (niet meer binnen het huidige project) kan gewerkt worden aan het digitaliseren van de intake en dienstverleningsproces.

I. Empowerment³

Onder de noemer empowerende zorg wil CEMO handvatten aanreiken voor empowerende hulpverlening. Uit de literatuur blijkt dat een empowerende hulpverlening heel wat gunstige effecten heeft voor de zorgbehoevende: eigen sterktes en vaardigheden identificeren (Herbert, Gagnon, O'Loughlin & Rennick, 2001), controle krijgen over het eigen leven en over de mogelijkheid om beslissingen te nemen (Peled, Zisikovits, Enosh & Winstok, 2000), vaardigheden ontwikkelen (Gutierrez, DeLois & Glenmay, 1995; in Carter, 2002), etc.

Globaal beschouwd wordt volgende algemene definitie van empowerment het meest gehanteerd (Rapport, 1984; in Zimmerman, 2000, p. 43): “empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving. En dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie”.

Zoals duidelijk wordt aangegeven in bovenstaande definitie, is empowerment op zich geen doel maar een proces. Bij het bestuderen van hoe “empowerend” de hulpverlening is, is het dus belangrijk aandacht te hebben voor bepaalde condities of voorwaarden die het proces van empowerment bevorderen.

Deze condities of voorwaarden benoemen Steenssens en Van Regenmortel (2007) in het rapport ‘Empowerment Barometer, Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten’ als de zes werkingsprincipes van empowerment: participatief werken, positief werken, inclusief werken, krachtgericht werken, integraal werken en relatiegericht werken.

³ Het CEMO rapport “Empowerment, visie en theoretische onderbouw CEMO” bespreekt het empowermentconcept meer in detail.



Figuur: De zes werkingsprincipes van empowerment (Steenkens & Van Regenmortel, 2007)

Participatief werken, is het kloppend hart van het empowermentproces, want er is geen empowerment mogelijk zonder participatie. Op individueel niveau betekent participatie: het samenwerken van de cliënt (en mantelzorger) met de hulpverlener. Er wordt vertrokken vanuit het idee dat beide partijen deskundigheid hebben en dat het delen van deze deskundigheid de kwaliteit van het empowerment proces positief beïnvloedt.

Grote voorwaarde daarbij is dat cliënten hun bekommernissen, vragen en bedenkingen effectief durven en kunnen uiten. Bij de hulpverleners veronderstelt dit een open klimaat met aandacht voor gelijkwaardigheid. Deze grondhouding wordt samengevat in het positief werken.

Bij het inclusief werken gaat het om de vraag wie wel en wie niet participeert in het empowerment proces. De meest actieve rol wordt toebedeeld aan de cliënt. Daarnaast wordt mede door de cliënt bepaald wie er nog een belangrijke rol speelt in zijn proces. Mogelijks is dit de mantelzorger, hulpverlener, ... Belangrijk is dat deze betrokken personen blijven handelen vanuit het cliëntgerichte model en zich niet profileren als de deskundigen die het beter weten.

Het krachtgericht werken legt de nadruk op het positieve aspect van de inspraak, de keuzevrijheid. Er is extra aandacht voor de capaciteiten van de cliënt en er wordt uitgegaan van het gegeven dat elke vraag en bedenking gerechtvaardigd is. Dit impliceert niet dat elke vraag positief beantwoord kan worden.

Het integraal werken heeft oog voor de totale context van de persoon. Het is belangrijk om elke actie, vraag te kaderen binnen het geheel van alle levensdimensies van de persoon.

Het relatiegericht werken zet aan tot het aangaan van samenwerkingsverbanden waarbij het belangrijk is te streven naar een win-win situatie. Indien mogelijk wordt er aandacht besteed aan het groepsgericht werken.

Er kan besloten worden dat deze werkingsprincipes kunnen gezien worden als voorwaarden of condities om van empowerment te spreken. De onderlinge verwevenheid tussen de principes toont volgens Steenssens & Van Regenmortel (2007) aan dat de aandacht bij een empowermentmethodiek niet mag uitgaan naar één of enkele werkingsprincipes, maar dat net de kracht van een methodiek zal liggen in het onderling samenspel van de werkingsprincipes.

2. Empowerende intake met de BEL-profiel schaal

Het empowermentproces verloopt in een aantal fasen die binnen de intake aan bod kunnen komen. Er worden vier fasen doorlopen: enablement, educatie, keuzeondersteuning en cliëntbetrokkenheid. Hoe sterker deze fasen worden uitgewerkt en doorleefd, hoe krachtiger de keuze en beslissing zal zijn.

2.1. Fase I: enablement

Enablement betekent gefaciliteerd worden, het gaat over leren keuzes maken om zo controle te krijgen over de eigen gezondheid en de beleving hiervan te bevorderen.

De hulpverlener komt pas in actie als de cliënt hierom vraagt. Er worden geen pasklare antwoorden geformuleerd, maar de hulpverlener gaat samen met de cliënt actief op zoek naar een gepast antwoord. De uitdaging ligt erin om de cliënt zelf de verantwoordelijkheid te geven zijn eigen probleem te schetsen, te laten nagaan wat dit voor hem betekent in het dagelijkse leven en in welke richting hij de oplossing wil gaan zoeken. Voor de hulpverlener is dit niet een passief toekijken, maar eerder op een actieve, respectvolle manier samen met de cliënt zoeken naar de juiste oplossingsstrategie.

Kenmerkend voor deze fase is een sfeer van openheid en wederzijds respect.

2.2. Fase 2: educatie

De hulpverlener helpt de cliënt kennis te vergaren over de eigen situatie. Hij begeleidt de cliënt in het proces van reflecteren over mogelijkheden, wensen en het behalen van realistische doelen binnen de eigen context, om zo de regie over het eigen leven weer terug in handen te nemen.

2.3. Fase 3: keuzeondersteuning

De derde fase onderstreept de professionaliteit van de hulpverlener eens te meer omdat het belangrijk is op een neutrale manier informatie aan te bieden. Het ondersteunen van de cliënt gebeurt door verschillende oplossingen voor te leggen, voor- en nadelen bespreekbaar te maken en gelijkaardige voorbeelden te geven. Zo leert de cliënt zijn eigen keuze te onderbouwen.

2.4. Fase 4: cliëntbetrokkenheid

De cliënt maximaal betrekken bij het maken van keuzes en beslissingen over zijn eigen leven is het ultieme doel van empowerment.

3. Verloop empowerende intake binnen SVHG

De sectorverantwoordelijke van de gezinszorg bij SVHG focust bij de intake momenteel enerzijds op de zorgnood (die aan de hand van de BEL-profiel schaal wordt bepaald) en het financiële aspect (de kost van de gezinszorg voor de cliënt op basis van eigen financiële mogelijkheden).

In de toekomst zal tijdens de intake het financiële aspect niet meer aan bod hoeven te komen aangezien dit zal gecentraliseerd worden door de overheid. Er komt daardoor tijd en ruimte vrij bij de intake om meer te focussen op participatie.

Daarnaast is het ook belangrijk om als zorgdienst mee te evolueren met de wijzigende verwachtingen van de zorgontvangers en mantelzorgers. Ouderen worden anders oud dan vroeger en dagen de samenleving en zorgactoren uit om zorg op maat te bieden. Ouderen zijn vandaag mondiger dan hun ouders en grootouders, toch blijven sommige kwetsbare ouderen vaak in de kou staan. Een vernieuwde intake en zorgverleningsproces biedt aan alle ouderen (mondig of niet, kwetsbaar of niet) de mogelijkheid tot inspraak en participatie in hun zorg. Op die manier wil de dienst gezinszorg van SVHG ouderen versterken (empoweren).

3.1. Enablement

Tijdens de intake wordt in de eerste plaats informatie verzameld over de cliënt. Er wordt zowel informatie over de administratieve gegevens, familiale gegevens, medische gegevens als de sociale gegevens verzameld. De zorgnood wordt aan de hand van de BEL-profielschaal bepaald en dit resulteert in een zorgaanbod en zorgafspraken.

De BEL-profielschaal:

A. Huishoudelijke ADL (algemeen dagelijks leven)

• onderhoud	0 2 3
• was	0 2 3
• strijk	0 2 3
• boodschappen	0 2 3
• maaltijden bereiden	0 2 3
• organisatie huishoudelijk werk	0 2 3

B. Lichamelijke ADL

• wassen	0 2 3
• kleden	0 2 3
• verplaatsen	0 2 3
• toiletbezoek	0 2 3
• incontinentie	0 2 3
• eten	0 2 3

C. Sociale ADL

• sociaal verlies	0 2 3
• trouw aan therapie & gezondheidsregels	0 2 3
• veiligheid in en om het huis	0 2 3
• administratie	0 2 3
• financiële verrichtingen	0 2 3

indien kinderen ook:

• hygiënische verzorging kinderen	0 2 3
• opvang kinderen	0 2 3

D. Geestelijke gezondheid

• desoriëntatie in tijd	0 2 3
• desoriëntatie in ruimte	0 2 3
• desoriëntatie in personen	0 2 3
• niet-doelgericht gedrag	0 2 3
• storend gedrag	0 2 3
• initiatiefloos gedrag	0 2 3
• neerslachtige stemming	0 2 3
• angstige stemming	0 2 3

Om de bevraging aan de hand van de BEL-profiel schaal empowerender te maken, kan deze per item worden aangevuld met een dialogisch vraaggesprek. Deze bevraging vormt de kern van het empowermentproces. Telkens worden de reacties en de verwachtingen van de cliënt genoteerd, zodat deze uitgebreide bevraging resulteert in een specifieke behoeftenlijst.

3.1.1. *Dialogisch vraaggesprek: Huishoudelijke ADL*

Onderhoud van de woning:

Wat zijn de wensen van de cliënt betreffende het onderhoud van de woning? Wil de cliënt helpen met het onderhoud van de woning? Welke taken of deeltaken? (opruimen, afstoffen, bed opmaken, stofzuigen, dweilen, kuisen, ...) Op welke manier wil de cliënt helpen? (kijken, deeltaken uitvoeren, aanleren, ...) In welke mate helpt de cliënt mee? (de taken worden vooral door de cliënt gedaan of door iemand anders)

Was:

Wat zijn de wensen van de cliënt wat betreft de was? Wil de cliënt helpen bij de was? Welke taken of deeltaken? (verzamelen van de was, sorteren, wassen, drogen in droogkast of aan wasdraad, ...) Op welke manier wil de cliënt helpen? (kijken, deeltaken uitvoeren, aanleren, ...) In welke mate helpt de cliënt mee? (de taken worden vooral door de cliënt gedaan of door iemand anders)

Strijk:

Wat zijn de wensen van de cliënt betreffende de strijk? Wil de cliënt helpen bij de strijk? Welke taken of deeltaken? (sorteren, strijken, opplooien, opbergen, ...) Op welke manier wil de cliënt helpen? (kijken, deeltaken uitvoeren, aanleren, ...) In welke mate helpt de cliënt mee? (de taken worden vooral door de cliënt gedaan of door iemand anders)

Boodschappen:

Wat zijn de wensen van de cliënt betreffende de boodschappen? Wil de cliënt helpen bij de boodschappen? Welke taken of deeltaken? (boodschappenlijstje, mee gaan shoppen, opbergen, ...)
Op welke manier wil de cliënt helpen? (kijken, deeltaken uitvoeren, aanleren, ...) In welke mate helpt de cliënt mee? (de taken worden vooral door de cliënt gedaan of door iemand anders)

Maaltijden bereiden:

Wat zijn de wensen van de cliënt voor het bereiden van maaltijden? Wil de cliënt helpen bij de bereiding van maaltijden? Bij welke maaltijden? Welke taken of deeltaken? (menu opmaken, voorbereiding, koken/bakken, op tafel zetten, ...) Op welke manier wil de cliënt helpen? (kijken, deeltaken uitvoeren, aanleren, ...) In welke mate helpt de cliënt mee? (de taken worden vooral door de cliënt gedaan of door iemand anders)

Organisatie huishoudelijk werk:

Wat zijn de wensen van de cliënt betreffende de organisatie van het huishoudelijk werk? Wil de cliënt zelf de regie in handen houden? Wil de cliënt helpen bij de organisatie van het huishoudelijk werk? Welke taken of deeltaken? (week-/dagplanning, huishouden, verzorging, sociaal, ...) Op welke manier wil de cliënt helpen? (kijken, deeltaken uitvoeren, aanleren, ...) In welke mate helpt de cliënt mee? (de taken worden vooral door de cliënt gedaan of door iemand anders)

3.1.1. Dialogisch vraaggesprek: Lichamelijke ADL

Wassen:

Zijn er zaken die de cliënt zelf wil doen tijdens de was situatie? Op welke manier wil hij/zij het ochtendtoilet? Welke wensen heeft de cliënt in verband met bad of douche?

Kleden:

Welke specifieke wensen heeft de cliënt naar het dragen en kiezen van kledij? Zijn er behoeften om nieuwe kledij aan te schaffen? Vindt de cliënt het belangrijk om reuk, make-up, juwelen, te gebruiken?

Verplaatsen:

Welke hulpmiddelen gebruikt de cliënt? Lukt dit goed of wil hij/zij andere hulpmiddelen proberen, aanschaffen? Hoe beoordeelt de cliënt zijn/haar mobiliteit? Wil hij/zij oefenen op bepaalde zaken (stappen, transfer, ...)?

Toiletbezoek:

Hoe ziet de cliënt de ondersteuning bij het toiletbezoek?

Incontinentie:

Welk incontinentiemateriaal gebruikt de cliënt? Hoe wordt het materiaal gebruikt? (tijdstip van verversen, ...) Hoe tevreden is de cliënt over het gebruikte incontinentiemateriaal? Wil hij/zij ander materiaal proberen, aanschaffen?

Eten:

Wat zijn de wensen van de cliënt betreffende de maaltijden: de smaak, de variatie, de samenstelling van de menu? Wil hij/zij bepaalde zaken meer op de menu zien staan?

Hoe eet de cliënt het liefst? Wat verwacht de cliënt van de eetomgeving? Welke hulpmiddelen zijn nodig om het zelfstandig eten te vergemakkelijken? Wil de cliënt zelf het eten voorbereiden: bvb. zelf de boterhammen kunnen smeren? Is het tijdstip van eten OK?

3.1.2. Dialogisch gesprek: Sociale ADL

Sociaal verlies:

Hoe wenst de cliënt aangesproken te worden? (voornaam, bijnaam, verkleinwoord, ...) Welke gespreksonderwerpen liggen binnen het interesseveld van de cliënt?

Hoe wenst de cliënt zijn/haar vrije tijd in te vullen? Zijn er activiteiten of hobby's die hij/zij zelfstandig wil doen of georganiseerd wil zien?

Hecht de cliënt veel belang aan sociale contacten? Heeft hij/zij er voldoende? Welke mantelzorgers zijn er? Wil de cliënt nieuwe mensen leren kennen? Wil hij/zij deelnemen aan groepsactiviteiten (bvb. dienstencentra)? Zijn er vrienden en/of familie die hij/zij wil bezoeken of op bezoek wil zien komen?

Therapietrouw:

Welke therapieën volgt de cliënt? (medicatie, kiné, ...) Hoe staat hij/zij daar tegenover? Welke leefregels moet ↔ wil hij/zij volgen? Welke maatregelen neemt de cliënt om complicaties te voorkomen?

Veiligheid van de woning:

Welke maatregelen zijn gewenst ter preventie van vallen? Zijn er aanpassingen en/of herstellingen nodig aan de woning?

Administratie & financiën:

Zijn er administratieve taken waaraan de cliënt wil deelnemen? Welke? (administratie: briefwisseling, formulieren invullen, contacten met instanties, ... of financiële verrichtingen: betalingen, ...) Op welke manier wil de cliënt helpen? (kijken, deeltaken uitvoeren, aanleren, ...) In welke mate helpt de cliënt mee? (de taken worden vooral door de cliënt gedaan of door iemand anders)

Hygiënische zorg voor kinderen & kinderopvang:

Bij welke hygiënische zorgen voor de kinderen wil de cliënt hulp? (wassen, verschoneren, aankleden, eten geven) Waarmee wil de cliënt zelf helpen? Welke zorgen wil de cliënt zelf doen? Welke zorgtaken wil de cliënt aangeleerd krijgen? Welke zorgtaken wil de cliënt onder begeleiding of onder toezicht zelf uitvoeren?

Welke aandachtspunten heeft de cliënt in functie van de kinderopvang? Welke tijdsbesteding verkiest de cliënt en verkiezen de kinderen?

3.1.3. *Dialogisch gesprek: geestelijke gezondheid*

De geestelijke gezondheid van de cliënt en de wensen en verwachtingen omtrent de zorgverlening daaromtrent zijn moeilijk te bevragen. Deze informatieverzameling gebeurt dikwijls eerder aan de hand van observaties. Toch is het belangrijk om de geestelijke gezondheid van de cliënt in kaart te brengen en gepaste zorgverlening daaromtrent af te spreken. Zorgverlening kan bestaan uit ROT en reminiscentie voor desoriëntatie, afleiding en bezigheidstherapie op vlak van gedrag en stemming.

Desoriëntatie in tijd, ruimte of persoon:

- De cliënt heeft geen juist inzicht (meer) in de tijd, kan de tijd niet meer correct aanduiden en hanteert tijdsbegrippen zoals: uur, voormiddag, namiddag, dag, nacht, week, ... niet meer adequaat.
- De cliënt vindt binnen- en/of buitenshuis de weg niet meer wat zich uit in het toilet niet vinden, verloren lopen, zich in een ander huis wanen, ronddolen, ...
- De cliënt herkent andere personen niet (meer) en/of verbindt personen niet (meer) met hun juiste naam.

Welke hulp wil de cliënt in functie van zijn/haar desoriënteren? Welke hulpmiddelen en/of methodieken kunnen worden voorgesteld en zijn accepteerbaar voor de cliënt?

Niet-doelgericht, storend of initiatiefloos gedrag:

- De cliënt vertoont dat niet zinvol is, maar eerder dwangmatig (smetvrees, plukken aan een deken, ...) of rusteloos (agitatie, vluchtgedrag, stapgedrag, ...).
- De cliënt vertoont gedrag dat storend is voor zijn/haar sociale omgeving zoals verbaal: roepen; onwelvoeglijk: ontkleden, spuwen, urineren, masturberen, ... (publiekelijk) en/of destructief: geweld tegenover personen of voorwerpen.
- De cliënt vertoont een gebrek aan initiatief om uit zichzelf tot actie te komen.

Welke hulp wil de cliënt in functie van zijn/haar gedrag? Welke hulpmiddelen en/of methodieken kunnen worden voorgesteld en zijn accepteerbaar voor de cliënt?

Neerslachtige of angstige stemming:

- De cliënt huilt vaak en lijdt.
- De cliënt maakt zich zorgen, heeft last van slapeloosheid of functioneert niet meer uit angst.

Welke hulp wil de cliënt in functie van zijn/haar stemming? Welke hulpmiddelen en/of methodieken kunnen worden voorgesteld en zijn accepteerbaar voor de cliënt?

3.2. Educatie

Het is belangrijk dat de sectorverantwoordelijke de (toekomstige) cliënt het aanbod van de eigen organisatie helder voorstelt. Daarnaast is het ook nodig dat aanvullend zorgaanbod – buiten de eigen dienstverlening – ook aan bod komt zodat de cliënt goed geïnformeerd tot een keuze kan komen. Daarbij neemt de sectorverantwoordelijke meer een rol van trajectbegeleider op zich.

We kunnen er in elk geval niet vanuit gaan dat de cliënt op de hoogte is van alle hulpverleningsmogelijkheden.

Aan de hand van een brochure kan een overzicht worden gegeven van het uitgebreide hulpverleningsaanbod. (Elke mutualiteit heeft wel een brochure beschikbaar waarin het aanbod binnen de thuiszorg overzichtelijk wordt voorgesteld.)

3.3. Keuzeondersteuning

Naast de inhoudelijke aanvullingen, kan de BEL-profiel schaal ook aangevuld worden met een reactie en verwachtingen van de cliënt. Ook dit kan per item gebeuren aan de hand van een kleine waardeschaal:

Belangrijkheid item voor cliënt:		
NB	B	ZB

NB = niet belangrijk

B = belangrijk

ZB = zeer belangrijk

Op die manier wordt de keuze van de cliënt mee in rekening gebracht bij het prioriteren van de hulpverlening.

Een overzichtslijst van deze score voor de volledige BEL-profiel schaal vormt de basis voor deze prioritering en dus voor het formuleren van doelstellingen en het opstellen van een zorgverleningsplan.

3.4. Cliëntbetrokkenheid

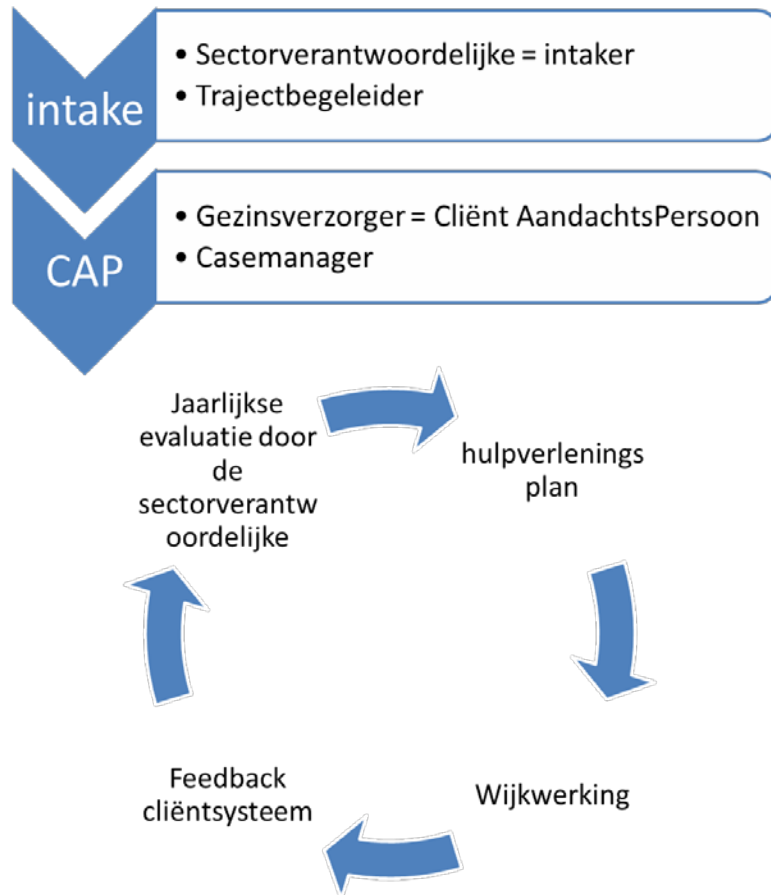
Uiteindelijk wordt samen met de cliënt een hulpverleningscontract van SVHG opgemaakt. Daarin wordt gespecificeerd welke taken door de eigen diensten zullen worden uitgevoerd en voor welke behoeften er doorverwezen zal worden.

Dit gebeurt aan de hand van het formuleren van eigen doelstellingen die een combinatie maken tussen de ontwikkelingsdoelstellingen van de cliënt en het zorgaanbod.

4. (NIEUW) empowerend dienstverleningsproces

Empowerende dienstverlening start misschien wel met een empowerende intake, maar blijft daar zeker niet bij. Ook de verdere dienstverlening moet worden aangepast en empowerender gemaakt.

Overzicht van een cyclisch dienstverleningsproces:



4.1. Stap I: Het afnemen van een intake

Het hoofddoel van de intake is het verzamelen van alle noodzakelijke administratieve medisch-sociale gegevens en het bepalen van het verminderd zelfzorgvermogen aan de hand van de BEL-profielschaal. Dit eerste contact met de cliënt is een belangrijk vertrekpunt voor de empowerende thuiszorg (enablement).

Tijdens de intake wordt onmiddellijk aandacht besteed aan het centraal stellen van de noden en verwachtingen van de cliënt. Voor de intake wordt daarom gekozen voor een explorerende gespreksvorm.

Binnen een explorerend gesprek worden zorgnoden en –verwachtingen verhelderd en worden aangrijpingspunten gezocht voor het tegemoetkomen aan die noden en verwachtingen. Belangrijke elementaire communicatieve vaardigheden hierbij zijn: actief luisteren, vragen stellen, samenvatten, concretiseren, reflecteren naar inhoud (parafraseren) en gevoel (gevoelsreflectie), ...

Naast het verzamelen van informatie is het geven van informatie ook een belangrijke fase binnen het empowermentproces (educatie). De noden en verwachtingen van de cliënt (en mantelzorgers) worden geplaatst tegenover de mogelijkheden en regels van de gezinszorg van SVHG. Op die manier komt de cliënt te weten hoe realistisch zijn/haar verwachtingen zijn.

Nadat alle nodige informatie is verzameld en toegelicht is wat de mogelijkheden voor de invulling van de geëxploreerde noden en verwachtingen zijn (zowel binnen de gezinszorg van SVHG als daarbuiten), kan de cliënt goed geïnformeerd de juiste zorg kiezen (keuzeondersteuning). De cliënt kan daarbij aanduiden wat hij/zij belangrijk vindt.

De BEL-takenplanning ondersteunt de intaker bij dit proces. Er wordt bij de BEL-levensgebieden (huishoudelijke, lichamelijke en sociale ADL) steeds uitgegaan van het verhaal van de cliënt door navraag te doen hoe dit vroeger gebeurde en hoe dit nu gebeurt (= BEL-score). Vervolgens wordt samen met de cliënt nagegaan hoe die dit nu zou willen. In functie van deze noden en verwachtingen worden doelstellingen geformuleerd die aanleiding geven tot zorgtaken. Bij het beschrijven van de zorgtaken wordt aandacht besteed aan het belang dat door de cliënt aan die zorg hecht. Dit beïnvloedt de concrete zorgverlening die zal worden aangeboden.

4.2. Stap 2: Toewijzen van een Cliënt AandachtsPersoon

De cliënt krijgt een verzorgende als Cliënt AandachtsPersoon (CAP) toegewezen. Doel van deze vertrouwenspersoon tijdens het 'empowermentproces' is:

- De cliënt begeleiden tijdens zijn/haar hulpverleningsproces.
- De cliënt zeer goed leren kennen, duidelijk zicht hebben op de behoefte, wensen, mogelijkheden van de oudere en deze dan ook naar voor brengen tijdens de wijkwerking.
- Samen met de cliënt zijn/haar hulpverleningsplan bespreken.
- Elkaar vertrouwen.

Een belangrijke taak is het aftoetsen van het hulpverleningsplan in de praktijk. Dit zal het eerste gesprek zijn tussen de CAP en de cliënt.

Hierbij zal de cliënt de kans krijgen om zijn/haar verwachtingen nog eens te kunnen meedelen. De bedoeling is dat SVHG beter zicht krijgt op de uiteindelijke hulpverlening. Indien er discrepantie is tussen het hulpverleningsplan (het contract) en de praktijkrealiteit, wordt dit gesignaleerd en kan het hulpverleningsplan aangepast worden naar de verwachtingen, individuele wensen en behoeften van de cliënt. Dit gesprek kan uitgevoerd worden met behulp van een vragenlijst die dient als leidraad.

Aan het eind van het cliëntgesprek van de CAP wordt het hulpverleningsplan gevalideerd.

4.3. Stap 3: Wijkwerking

In dialoog met de cliënt en op basis van de belangrijkheidsscores van de verschillende items binnen de BEL-levensgebieden, worden prioritaire zorgacties naar voor geschoven. Daarbij gaat de CAP empowerend te werk waarbij de autonomie van de cliënt maximaal wordt gerespecteerd.

Aan de hand van deze prioriteitenbepaling wordt samen met de cliënt een zorgactieplan opgesteld dat wordt voorgelegd tijdens de wijkwerking.

Op de wijkwerking brengt de CAP de prioriteiten van de cliënt naar voor alsook de manier waarop daar aan tegemoet gekomen kan worden. In team wordt daarover overleg gepleegd en wordt een zorgplan bekrachtigd. Waarna de CAP de besluitvorming vanuit de wijkwerking terugkoppelt naar de cliënt.

4.4. Stap 4: Feedback cliënt

Deze stap wordt aanzien als de CAP die samen met de cliënt zijn/haar hulpverleningsplan overloopt op welke manier de wensen en de behoeften van de cliënt opgenomen worden. Ook krijgt de cliënt de kans om zijn (on)tevredenheid met de beslissingen te uiten, eventuele suggesties, opmerkingen te uiten.

4.5. Stap 5: Jaarlijkse evaluatie

Elk jaar wordt er door de sectorverantwoordelijke samen met de cliënt nagegaan of het al dan niet noodzakelijk is om iets te veranderen aan het hulpverleningsplan. Hierbij geven we ook de mogelijkheid aan de cliënt om eventuele nieuwe doelen bespreekbaar te maken en deze te integreren in het hulpverleningsplan. Het is mogelijk om delen van de daartoe gebruikte vragenlijsten opnieuw te herhalen.

Er wordt tijdens deze evaluatie ook besproken hoe het de afgelopen periode gegaan is voor de cliënt.

5. Resultaten

In het ontwikkelingstraject⁴ werd samen met de projectverantwoordelijken van SVHG een nieuwe intakeprocedure en een nieuw dienstverleningsproces ontwikkeld.

Volgende zaken werden uitgewerkt:

- Verloop van een empowerende intake en dienstverleningsproces. (zie hoger)
- Formulieren en praktische tools ter ondersteuning van de vernieuwde intake en hulpverleningsproces. (bijlage I)
- Rolbeschrijvingen van de sectorverantwoordelijke en gezinsverzorger in dit geheel.

Besluit

Het ontwikkelingsproces van de nieuwe empowerende intake en hulpverleningsproces is niet afgerond. De implementatie, ondersteund met de nodige vorming & opleiding, heeft de dienst gezinszorg van Solidariteit voor het Gezin nog voor de boeg.

Aan de hand van discussiegroepen met basisedewerkers (verzorgenden van de gezinszorg), brainstorm met leidinggevenden, alsook literatuurstudie over empowerment en empowerment methodieken aangevuld met een oplistijng van good practices vanuit de praktijk, heeft CEMO samen met SVHG een interessant kwaliteitstraject afgelegd.

Het traject heeft uiteindelijk geresulteerd in concrete documenten op maat van de organisatie met dewelke een nieuwe empowerende intake en hulpverleningsproces kan worden geïntroduceerd.

⁴ De verschillende ondernomen stappen in het ontwikkelingsproces worden beschreven in bijlage 2)

Bijlage I: Formulieren ter ondersteuning van de vernieuwde intake en hulpverlenersproces

BEL-FOTO		Datum:		HULPVERLENINGSPLAN	
Naam van de gescoorde:		Dossiernummer:		Te bereiken doelstelling(en)	
A. Huishoudelijke ADL (algemeen dagelijks leven)		Tussensomscore		Huishoudelijke ADL	
· onderhoud	0 1 2 3				
· was	0 1 2 3				
· strijk	0 1 2 3				
· boodschappen	0 1 2 3				
· maaltijden bereiden	0 1 2 3				
· organisatie huishoudelijk werk	0 1 2 3				
B. Lichamelijke ADL		Tussensomscore		Lichamelijke ADL	
· wassen	0 1 2 3				
· kleden	0 1 2 3				
· verplaatsen	0 1 2 3				
· toiletbezoek	0 1 2 3				
· incontinentie	0 1 2 3				
· eten	0 1 2 3				
C. Sociale ADL		Tussensomscore		Sociale ADL	
· sociaal verlies	0 1 2 3				
· trouw aan therapie en gezondheidsregels	0 1 2 3				
· veiligheid in en om het huis	0 1 2 3				
· administratie	0 1 2 3				
· financiële verrichtingen	0 1 2 3				
· organisatie huishoudelijk werk	0 1 2 3				
+ indien gezin					
· hygiënische verzorging kinderen	0 1 2 3				
· opvang kinderen	0 1 2 3				
		Subtotaal:			
D. Geestelijke gezondheid		Tussensomscore		Geestelijke Gezondheid	
· desoriëntatie in tijd	0 1 2 3				
· desoriëntatie in ruimte	0 1 2 3				
· desoriëntatie in personen	0 1 2 3				
· niet-doelgericht gedrag	0 1 2 3				
· storend gedrag	0 1 2 3				
· initiatiefloos gedrag	0 1 2 3				
· neerslachtige stemming	0 1 2 3				
· angstige stemming	0 1 2 3				
		Totaal profielscore:			
Handtekening cliënt:		Handtekening sectorverantwoordelijke:			
RAPPORT		EMPOWERENDE HULPVERLENING IN DE THUISZORG: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK			

Beschrijving van de taken tijdens de intake (door de sectorverantwoordelijke)

Huishoudelijke ADL				
BEL	Wat?	Wie?	Wanneer? Hoe vaak?	Belangrijk? Voor wie?
	onderhoud			CL: NB B ZB MZ: NB B ZB ... : NB B ZB
	was			CL: NB B ZB MZ: NB B ZB ... : NB B ZB
	strijk			CL: NB B ZB MZ: NB B ZB ... : NB B ZB
	boodschappen			CL: NB B ZB MZ: NB B ZB ... : NB B ZB
	maaltijden bereiden			CL: NB B ZB MZ: NB B ZB ... : NB B ZB
	organisatie huishoudelijk werk			CL: NB B ZB MZ: NB B ZB ... : NB B ZB

Concretisering en validering van de taken van de gezinszorg (door de CAP)

Huishoudelijke ADL		
Concrete taken voor de gezinszorg	Vaste dag?	Tijd
onderhoud		
was		
strijk		
boodschappen		
maaltijden bereiden		
organisatie huishoudelijk werk		

Bijlage 2: verloop ontwikkeling empowerende intake en dienstverlening

Stap 1

Als voorbereiding op de ontwikkeling van een nieuwe empowerende intake en aansluitend hulpverleningsproces werd de huidige intake van de dienst gezinszorg van SVHG bestudeerd.

Na de (meestal telefonische) aanmelding van een aanvraag voor gezinszorg, neemt de sectorverantwoordelijke, verantwoordelijk voor de regio van waaruit de aanvraag komt, telefonisch contact op met de potentiële zorgontvanger. Aan de telefoon peilt de sectorverantwoordelijke kort naar de zorgaanvraag, geeft rudimentaire informatie (onder andere welke documenten nodig zijn voor een aanvraag en die dus moeten klaar gehouden worden bij een intake) en maakt een afspraak voor een huisbezoek waarin de intake zal plaatsvinden. Tijdens het huisbezoek verzamelt de sectorverantwoordelijke in de eerste plaats belangrijke administratieve gegevensverzameling (zoals identificatiegegevens, ...) en start daarmee een dossier op.

De sectorverantwoordelijke vult tijdens de intake ook de BEL-profielschaal in. Deze schaal wordt vooral gebruikt om de graad van zorgbehoefte te meten van wie een aanvraag doet voor hulp door een dienst gezinszorg. De zorgbehoefte kan zich situeren op fysisch, psychisch, huishoudelijk of sociaal-ondersteunend vlak. Op elk van deze vlakken wordt nagegaan hoe zorgbehoevend de betrokkene is en daar wordt dan een score, in de vorm van punten aan toegekend.

Aan de hand van de bekomen score op deze Bel-schaal, bepaalt men onder andere het aantal uren hulp dat men kan bekomen van de dienst gezinszorg en wordt een taakplanning opgemaakt. Dezelfde score bepaalt ook de (hoogte van)de financiële bijdrage. Om dit laatste te berekenen, baseert men zich ook op andere bijkomende elementen zoals het (gezins)inkomen, de gezinssamenstelling, de duur en de intensiteit van de hulpverlening.

Stap 2

In overleg met de verantwoordelijken van SVHG worden een aantal randvoorwaarden voor een vernieuwde intake en hulpverleningsproces bepaald:

- Aangezien in de toekomst de financiële bijdrage niet meer tijdens het huisbezoek zal worden bepaald, hoeft de vernieuwde intake met het financiële luik geen rekening te houden.
- De dienstverlening van de gezinszorg wordt bepaald aan de hand van de BEL-profielschaal. Dit ligt decretaal vast. De vernieuwde intake zal dus moeten blijven vertrekken vanuit deze schaal.

- De taakplanning die wordt opgemaakt door de sectorverantwoordelijke is dikwijls rudimentair waardoor de planning en de realiteit niet altijd met elkaar stroken. Het nieuwe hulpverleningsproces dient daarom een valideringsmoment te omvatten. Deze validering, het aftoetsen van de afgesproken taakplanning met de realiteit van de zorgverlening, moet gebeuren door een verzorgde die de thuiszorg uitvoert.
- In de toekomst wil SVHG een digitale intake en rapportagesysteem introduceren. Op vandaag is daar nog geen budgetruimte voor. De vernieuwde intake wordt daarom voorlopig op papier ontwikkeld en geïntroduceerd. Dit is belangrijk voor zowel inhoud als vormgeving. De te ontwikkelen formulieren moeten beknopt en gemakkelijk hanteerbaar zijn.
- SVHG wil af van een te sterke taakgerichte zorg en wil de sectorverantwoordelijken laten vertrekken vanuit de behoeftes van de cliënten. Daartoe moeten de sectorverantwoordelijken in staat zijn om vanuit de zorgbehoeftes ook zorgdoelen te formuleren om pas vandaaruit zorgtaken te identificeren. Er wordt in de nabije toekomst een vorming voorzien voor sectorverantwoordelijken om zorgdoelen te leren formuleren. In de nieuwe intake moet deze visie zichtbaar worden. De zorgdoelen dienen vrij te formuleren en in te vullen zijn.

Stap 3

Rekening houdend met de opgelegde randvoorwaarden en vertrekkend vanuit de bestaande intake en hulpverleningsproces, ontwikkelt CEMO in dialoog met de projectverantwoordelijken van SVHG 3 formulieren, 3 ondersteunende tools en 2 rolbeschrijvingen (waarin ook het hulpverleningsproces in wordt verwerkt):

- Intakeformulier vertrekkend vanuit de BEL-profielschaal en bijhorende zorgdoelen, voor gebruik door de sectorverantwoordelijke tijdens de intake
- Intakeformulier met de taakplanning (ook gebaseerd op de BEL-profielschaal), voor gebruik door de sectorverantwoordelijke tijdens de intake
- Ondersteunende tool: weekplanning
- Rolbeschrijving intaker (sectorverantwoordelijke)
- Formulier ter validering en concretisering van de taakplanning, voor gebruik door de verzorgde (CAP) tijdens de eerste zorgverleningsweken
- Formulier ter voorbereiding van de wijkwerking/intervisie, voor gebruik door de verzorgde (CAP)
- Ondersteunende tools: life-eventlijn, overzicht tijdsbesteding
- Rolbeschrijving cliënt aandachtspersoon (verzorgdende)

Stap 4

De projectverantwoordelijke voorzien een kleinschalige test van de intakeformulieren. 4 sectorverantwoordelijken testen het intakeformulier uit bij een aantal cliënten en geven in groep daarover feedback. Deze feedback wordt naar CEMO gecommuniceerd en de aangemaakte documenten worden aangepast en gefinaliseerd.