

De bijdrage van maatschappelijk werk binnen de
Tuberculosebestrijding van de GGD

H.Michels
DT4-b 94101138
Begeleider ; dhr. drs. P.Ramlal
Opdrachtgever: GGD Den Haag.

Samenvatting

In mijn werk als sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding bij de GGD Den Haag loop ik steeds vaker tegen een groot probleem aan namelijk dat steeds meer tuberculosepatiënten naast hun ziekte ook en soms zelfs een veelheid aan psychosociale problematiek hebben, zoals gebrek aan geld om het gezin te onderhouden bij illegaliteit of een niet goed lopende uitkering waardoor er geen huur betaald kan worden.

Steeds vaker krijgen hierdoor de sociaal verpleegkundigen, die deze patiënten begeleiden, te maken met problematieken welke eigenlijk op het vlak van maatschappelijk werk liggen.

Mijn vraag is dan ook of de sociaal verpleegkundigen hier wel voldoende voor zijn opgeleid en of zij hier wel genoeg tijd voor hebben om dit zelf te doen.

Daar ik stage loop op mijn eigen werkplek zal ik hiertoe vooral mijn eigen functioneren tegen het licht houden en zal ik, hoewel ik dit niet eenvoudig vind, niet schuwen om aan de hand van casuïstiek, *in schuin lettertype* beschreven, mijn tekorten in dezen aan het papier toe vertrouwen.

Wat de psychosociale problematiek bij tuberculosepatiënten betreft geeft mijn participerende observatie en de literatuur aan dat dit inderdaad een toenemend probleem is.

Dit heeft vooral te maken met het feit dat tuberculose in Nederland zich meer en meer zal gaan terugtrekken in risicogroepen zoals alcohol en drugsverslaafden, (ex)gedetineerden, dak en thuislozen en illegalen. Per definitie zijn mensen uit deze groepen zorgmijders en zal een eenmaal gevonden patiënt lastig te begeleiden zijn immers, over het algemeen, stellen zij andere prioriteiten dan het slikken van medicatie. Adequate doorverwijzing voor de aanpak van deze problematiek naar Algemeen Maatschappelijk Werk zou dan ook op zijn plaats zijn.

De resultaten van het praktijkonderzoek bevestigen dit beeld want er worden tekorten gesignaleerd door alle respondenten wanneer er sprake is van psychosociale problematiek bij een patiënt. Zo wordt er gesignaleerd dat de patiënt niet altijd welkom is bij Algemeen Maatschappelijk Werk, met name de groep illegalen, dat het bij de maatschappelijk werkers ontbreekt aan specifieke kennis over de wet- en regelgeving met betrekking tot de tuberculosepatiënt en wanneer er doorverwezen wordt blijkt er geen terugkoppeling plaats te vinden waardoor de continuïteit van zorg in gevaar komt. Opvallend is dat er aan de gesignaleerde tekorten weinig tot niets wordt gedaan.

Hierdoor wordt, naast de begeleiding van de patiënt, ook de psychosociale problematiek door de sociaal verpleegkundige op zich genomen. Er wordt in dezen getracht om vraaggericht te werken echter het ontbreekt de sociaal verpleegkundigen aan een sociale kaart en aan methodieken om dit adequaat te doen met als gevolg dat er op gevoel en op adhoc basis gewerkt wordt. Opvallend is dat de sociaal verpleegkundigen dit wel tot hun taak rekenen en dat zij zich hiervoor bekwaam achten. Een gevolg hiervan is dat zij steeds vaker in tijdnood komen waardoor de kwaliteit van het verpleegkundig beroep in gevaar komt.

Bijzonder is dat zij wel van mening zijn dat het goed zou zijn wanneer er een functie van maatschappelijk werk *binnen* de tuberculosebestrijding gecreëerd zou worden zodat voor deze zeer complexe gevallen geen doorverwijzing naar het Algemeen Maatschappelijk Werk meer plaats hoeft te vinden zodat de continuïteit van zorg gegarandeerd blijft, terwijl de artsen werkzaam bij de GGD deze mening niet delen.

Nu is tuberculose in Nederland weliswaar een zeldzame ziekte doch wereldwijd staat de ziekte stevig verankerd in de top drie met 3 miljoen sterfgevallen per jaar. Nu grenzen steeds meer wegvallen waardoor steeds meer mensen ons land kunnen komen bezoeken en veel mensen zich ook in ons land willen vestigen maar ook doordat *wij* steeds meer gaan reizen vind ik het van belang dat de lezer een indruk krijgt wat dit nu precies voor ziekte is en wat de gevolgen kunnen zijn voor de volksgezondheid wanneer patiënten niet adequaat geholpen worden.

Voorwoord

Graag wil ik in het kader van dit verslag de volgende kanttekening plaatsen.

De naam sociaal verpleegkundige kan verwarring doen ontstaan want de naam sociaal is niet zozeer gericht op de sociale problematiek van de patiënt, maar is bedoeld om oog te houden op de omgeving van de patiënt.

Immers tuberculose kan zeer besmettelijk zijn, de sociaal verpleegkundige is hierin verantwoordelijk om de volksgezondheid te beschermen, de behandelaar cq de arts is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt.

Voor de duidelijkheid wil ik onderstrepen dat wanneer ik van het woord “hij” gebruik maak, dit ook gelezen kan worden als “zij”.

Graag wil ik een ieder bedanken die mij geholpen heeft met het tot stand komen van mijn afstudeerproject.

Met name zijn dit mijn moeder en Sandra, bij haar kon ik mijn frustraties kwijt wanneer ik weer eens met een falende computer zat, en het dan toch weer kon opbrengen om een heerlijke maaltijd op tafel te zetten waardoor ik weer energie kreeg.

Daarnaast wil ik mijn begeleider van de Haagse Hogeschool, de heer Ramlal, bedanken voor zijn wijze raadgevingen en inspirerende gesprekken.

Niet onvermeld mag blijven dat mijn werkgever mij in staat heeft gesteld deze opleiding te volgen.

Deel 1 -literatuuronderzoek

1. Tuberculosebestrijding	blz. 10
1.1 De overheid	blz. 10
1.2 De Kwaliteitswet zorginstellingen	blz. 11
1.3 De GGD Den Haag	blz. 11
1.4 Tuberculose	blz. 12
1.4.1 Pathologie	blz. 12
1.4.2 Diagnostiek	blz. 13
1.4.3 Therapie	blz. 13
1.5 Samenvatting	blz. 14
2. De verpleegkundige zorg	blz. 15
2.1 Verpleegkundige kerntaken in de Maatschappelijke Gezondheidszorg	blz. 15
2.3 Kernprofiel van de MGZ-verpleegkundige	blz. 15
2.4 De sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding	blz. 16
2.5 Compliance	blz. 18
2.6 Gevaar van non-compliance	blz. 20
2.7 Methodieken om de compliance te bevorderen	blz. 21
2.8 Maatschappelijke ontwikkelingen	blz. 21
2.9 Cliënten met multiproblematiek	blz. 22
2.10 Samenvatting	blz. 23
2.11 Conclusie	blz. 24
3. Inleiding in het maatschappelijk werk	blz. 26
3.1 Uitgangspunten en kerntaken van het maatschappelijk werk	blz. 26
3.2 De maatschappelijk werker en zijn cliënten.	blz. 28
3.3 De basisregels welke de maatschappelijk werker hanteert	blz. 29
3.4 Kenmerken van de professionele relatie inzake multiproblematiek	blz. 30
3.5 Ingebouwd maatschappelijk werk	blz. 31
3.6 Samenvatting	blz. 31
4. Uitvoering kerntaken door het ingebouwd maatschappelijk werk	blz. 32
4.1 Psychosociale hulpverlening	blz. 32
4.1.1 Casework	blz. 32
4.1.2 Taakgericht casework	blz. 33
4.1.3 Crisisinterventie	blz. 34
4.1.4 Outreaching werken	blz. 35
4.1.5 Ecologische benadering	blz. 35
4.1.6 Groepswork	blz. 35
4.2 Concrete en informatieve hulpverlening	blz. 36
4.3 Onderzoek en rapportage	blz. 36
4.4 Signaleren, belangenbehartiging en preventie	blz. 37
4.5 Organiseren en coördineren van zorg	blz. 38
4.6 Profiel van de casemanager	blz. 40
4.7 Samenvatting	blz. 40
4.8 Conclusie en gewenste situatie	blz. 40

Deel 2 – Praktijkonderzoek

5.	Onderzoeksopzet	blz. 44
6.	Resultaten	blz. 47
6.1	De onderkenning van de psychosociale problematiek	blz. 47
6.2	De aanpak van de problematiek	blz. 47
6.3	De tekorten	blz. 48
6.4	Primaire preventie	blz. 48
6.5	Samenvatting	blz. 49
6.6.	Conclusie en aanbevelingen	blz. 49
 Bijlage 1 Literatuurlijst		blz. 52
Bijlage 2 Enquête		blz. 53
Bijlage 3 Verpleegkundige Anamnese Lijst		blz. 57

Inleiding

Er meldt zich bij de GGD een man met hoestklachten, de diagnose is snel gesteld namelijk longtuberculose. Tijdens het intake gesprek komt naar voren dat hij niet verzekerd is. Dit heeft op zich geen consequenties voor de behandeling, immers de medicatie kan gratis, door de GGD in het kader van collectieve preventie, dagelijks worden verstrekt.

Twee weken later geeft de man aan dat hij veel schulden heeft waardoor zijn gezin onvoldoende geld heeft om rond te kunnen komen, hiervoor wordt, met succes, een beroep gedaan op een fonds. Hij komt trouw dagelijks zijn medicatie innemen bij een verpleegkundige, ook vinden dan gesprekken plaats over de voortgang van de behandeling. Van deze gesprekken wordt onvoldoende rapportage bijgehouden waardoor van overdracht (kwaliteit) geen sprake meer is. Hierdoor ontstaat voor de patiënt de mogelijkheid dat hij de verpleegkundigen tegen elkaar uitspeelt. Zo suggereert hij bijvoorbeeld bij het vorige bezoek geen geld te hebben ontvangen. Hierdoor ontstaan dreigende situaties met als gevolg dat sommige verpleegkundigen zich niet meer durven te vertonen wanneer hij verschijnt. Doorverwijzing naar het Algemeen Maatschappelijk Werk vindt niet plaats zodat besloten wordt zelf de schuldsanering ter hand te nemen. Hier zijn vele uren tijd in gaan zitten omdat dit voor de verpleegkundige onbekend terrein is.

De taak van de sociaal verpleegkundige is het voor alle patiënten coördineren van zorg en niet het organiseren, hiertoe zou deze categorie eigenlijk moeten worden doorverwezen naar Algemeen Maatschappelijk Werk, echter dit gebeurt niet consequent.

Hierdoor gaat de sociaal verpleegkundige allerhande taken op zich nemen waarvoor zij niet opgeleid zijn en welke niet staan beschreven in de functie omschrijving.

Steeds vaker worden de verpleegkundigen met dit soort problematieken geconfronteerd waardoor er langzaam maar zeker een verschuiving plaats vindt van primaire preventie naar casemanagement. De bestudering van deze problematiek zal onderwerp zijn van mijn afstudeerproject waarbij ik zal onderzoeken of maatschappelijk werk een doeltreffende bijdrage zou kunnen leveren binnen de tuberculosebestrijding aan patiënten die tevens te maken hebben met psychosociale problematiek.

Aanleiding tot het onderzoek

Per definitie heeft de GGD¹ als taak het zorgdragen van de collectieve preventie volksgezondheid² door preventie³, protectie⁴ en promotie⁵. De afdeling tuberculosebestrijding neemt in dezen een bijzondere plaats in, want naast bovenvermelde taken voert deze afdeling als enige binnen de GGD ook diagnostiek⁶ en curatieve zorg⁷ uit. Dit trekt niet *alleen* een zwaar wissel op de medewerkers want steeds vaker worden de artsen, medisch technisch personeel maar vooral de sociaal verpleegkundigen geconfronteerd met patiënten welke naast een gezondheidsprobleem (TBC) ook psychosociale problematiek⁸ hebben.

Ter bescherming van de volksgezondheid worden deze patiënten frequent gezien door de sociaal verpleegkundige om te kunnen nagaan of de afspraken worden nageleefd met

¹ Gemeentelijke Gezondheidsdienst.

² Sinds 1983 is in de Grondwet vastgelegd dat de overheid ten aanzien van de volksgezondheid een bevorderingsplicht heeft.

³ Het beperken van ziekten en het beperken van gevolgen van ziekten.

⁴ het beschermen tegen ziekten, ongevallen en gevaren uit het milieu.

⁵ Gezondheidsvoorlichting en opvoeding.

⁶ Vaststellen van een ziekte.

⁷ Behandeling van ziekten.

⁸ Verschil tussen de eigen, feitelijke en volgens de heersende normen en waarden realiseerbare of ideale situatie.

betrekking tot de therapietrouw. Bij geconstateerde of vermoedelijke therapieontrouw worden deze patiënten zelfs dagelijks gezien met als doel medicatie inname onder toezicht. Om de therapie trouw te bevorderen zal de sociaal verpleegkundige, wanneer achterliggende problematiek gesignaleerd, hierop actie ondernemen. Ik signaleer dat zij hierdoor steeds zwaarder worden belast met als gevolg dat zij steeds minder toekomen aan hun kerntaken.

Doel

Het doel van het afstudeerproject is of de zorg aan tuberculosepatiënten welke tevens met een psychosociale problematiek(en) kampen verbeterd kan worden door inzicht te krijgen in de kwaliteit van de extramurale tuberculosezorg, zoals deze wordt verzorgd door de GGD Den Haag. Met name zal ik onderzoeken of de GGD voldoende is toegerust, de Kwaliteitswet zorginstellingen⁹ is hier van invloed op, om adequate hulp aan te bieden aan patiënten die naast hun tuberculose een veelvoud aan psychosociale problematiek (multi-problemtiek)¹⁰ hebben. Deze categorie patiënten trekken een zwaar wissel op de sociaal verpleegkundigen. Door casuïstiek te beschrijven, verkregen uit participerende observatie, en literatuuronderzoek te doen zal ik mijn theorie onderbouwen dat maatschappelijk werk hier werkelijk een aandeel in zou kunnen leveren waardoor juist deze categorie patiënten een zo adequaat mogelijke behandeling krijgt aangeboden. Daarnaast zal ik onderzoeken of de sociaal verpleegkundigen nog wel voldoende toekomen aan hun kerntaken.

Probleemstelling

Mijn hoofdvraag is; “kan het maatschappelijk werk binnen de GGD (ingebouwd maatschappelijk werk) een wezenlijke bijdrage leveren om patiënten met psychosociale multiproblematiek te begeleiden waardoor deze categorie patiënten een zo adequaat mogelijke behandeling krijgen aangeboden”? De deelvragen die hieruit voortvloeien zijn;

Welke methodieken zou de maatschappelijk werker dan kunnen hanteren?

Signaleert de behandelaar en de sociaal verpleegkundige wel multi-problematiek bij de patiënten?

Komen de sociaal verpleegkundigen wel toe aan hun kerntaken?

Opzet onderzoek

De eerste fase van dit onderzoek zal bestaan uit het verkennen en analyseren hoe de huidige situatie eruitziet en op welke wijze de sociaal verpleegkundigen daar invulling aangeven. Hiertoe zal ik de functieomschrijving van de sociaal verpleegkundigen nauwgezet in kaart brengen. Om reden dat ik zelf als sociaal verpleegkundige werkzaam ben bij de tuberculosebestrijding zal ik werken door middel van participerende observatie, aan de hand hiervan zal ik casuïstieken beschrijven welke tekorten ik signaleer. Door literatuurstudie te doen naar het functieprofiel en de methodieken welke het maatschappelijk werk gebruikt zal ik onderzoeken of deze professie een daadwerkelijke bijdrage kan gaan leveren aan een gewenste situatie. Ook hier zal ik aan de hand van casuïstiek een beschrijving geven hoe patiënten met psychosociale problematiek door de maatschappelijk werker begeleid kunnen worden. Door “mee te lopen” met een casemanager zal ik observeren hoe het functieprofiel in de praktijk wordt uitgevoerd.

In de tweede fase zal ik door middel van praktijkgericht onderzoek mijn informatie vergaren. Mijn dataverzamelingstechnieken zijn participerende observatie inhoudsanalyse en een

⁹ Wet van 18 januari 1996.

¹⁰ N. van Riet 2003

enquête, al ben ik mij ervan bewust dat deze techniek niet strikt past in het kwalitatief onderzoek¹¹ Getallen zal ik zoveel als mogelijk weren, maar om de lezer een juiste indruk te geven ontkom ik er niet aan enkele te presenteren.

Indeling afstudeerproject.

Mijn afstudeerproject bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat voor een deel participerende observatie en literatuuronderzoek, het tweede omvat praktijkonderzoek. Vergelijking van beiden zal resulteren in een conclusie en aanbevelingen aan de leidinggevendenden van de afdeling tuberculosebestrijding.

Hoofdstuk 1 zal de lezer een beeld geven hoe de overheid de bestrijding van tuberculose bij wet geregeld heeft en hoe de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Den Haag daar vorm aan geeft. Hierna zal ik een beknopte omschrijving geven wat tuberculose voor ziekte is, hoe de diagnostiek tot stand komt en welke therapie wordt toegepast.

Vervolgens zal ik mij, in hoofdstuk 2, gaan richten op het beschrijven wat de kerntaken van de verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg zijn en hoe deze worden geïmplementeerd binnen de tuberculosebestrijding door de sociaal verpleegkundige. Daarna zal ik een beschrijving geven van het begrip compliance¹², wat de gevaren van non-compliance¹³ zijn en welke methodieken de sociaal verpleegkundigen toepassen om de compliance te bevorderen. Tot slot zal ik beschrijven welke maatschappelijke ontwikkelingen invloed hebben op de incidentie¹⁴ en de compliance, wat verstaan wordt onder cliënten met psychosociale multiproblematiek en eindig ik met de huidige situatie en de tekorten.

Hoofdstuk 3 gaat over het maatschappelijk werk, hoe het kernprofiel van de maatschappelijk werker eruit ziet en welke basisregels de maatschappelijk werker hanteert met betrekking tot het methodisch handelen. Vervolgens zal ik mij richten op de maatschappelijk werker en zijn cliënten, wat de kenmerken van de professionele relatie inhouden en wat ingebouwd maatschappelijk werk inhoudt. Als laatste zal ik een omschrijving geven welke basismethoden binnen de tuberculosebestrijding gehanteerd zouden kunnen worden en hoe de werkwijzen worden uitgevoerd

In hoofdstuk 4 beschrijf ik op welke wijze de kerntaken door de maatschappelijk werker worden uitgevoerd en welke methodieken ter beschikking staan, tevens zal ik een omschrijving geven van de gewenste situatie.

Hoofdstuk 5 beschrijft hoe ik mijn onderzoek heb opgezet en verantwoord ik waarom ik voor een bepaalde methode of handeling heb gekozen.

In hoofdstuk 6 beschrijf ik de resultaten van het gedane praktijkonderzoek, waarna ik afsluit met het weergeven van de conclusie en het doen van aanbevelingen.

¹¹ Via onderzoek de sociale werkelijkheid leren kennen.

¹² Therapietrouw.

¹³ Therapieontrouw.

¹⁴ Het aantal nieuwe patiënten in de loop van een bepaalde periode, als richtgetal wordt voor de tuberculose-incidentie 10/100.000 gegeven.

Deel 1

Literatuuronderzoek

1. Tuberculosebestrijding

Tuberculose (tbc, tering) komt nog steeds voor in de wereld, óók in Nederland. Vroeger was tuberculose een levensbedreigende volksziekte. Iemand die 'het' had, verdween voor lange tijd naar een kuuroord, zonder zekerheid op herstel. Hoewel het nog steeds lang duurt voordat iemand is genezen, zijn er tegenwoordig wel goede medicijnen. Door betere leefomstandigheden, hygiëne en goede medicijnen is de ziekte in Nederland teruggedrongen. Dat tuberculose een verdwenen ziekte is, is helaas wat optimistisch gedacht. In Nederland krijgen jaarlijks ongeveer 1400 mensen tuberculose. Bovendien is na een jarenlange daling van het aantal tuberculosepatiënten er sinds de jaren '90 weer een stijging opgetreden. De incidentie bedraagt de laatste jaren ca 8 per 100.000¹⁵. Ruim de helft van de jaarlijks aangegeven gevallen betreft personen van buitenlandse herkomst. Onder hen is de gemiddelde leeftijd aanzienlijk lager dan onder de autochtone patiënten. In de grote steden vormen vooral daklozen, (hard)druggebruikers en (illegale) buitenlanders risicogroepen voor tuberculose¹⁶. Waakzaamheid blijft dus geboden, zeker gezien het ontstaan van multiresistente bacteriën. Dit zijn bacteriën die ongevoelig zijn voor de gebruikelijke medicijnen. Vergeleken met de Derde wereld is de situatie in Nederland bijzonder rooskleurig. In veel landen van de Derde Wereld is tuberculose nog een van de belangrijkste doodsoorzaken. Een belangrijke oorzaak van de toename van tuberculosepatiënten in de Derde Wereld ligt in de opkomst van Aids.

1.1 De overheid

Tuberculose dient op grond van de WBIO, Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken welke uit 1976 stamt en in plaats kwam van de wet besmettelijke ziekten van 1928, te worden aangegeven als zijnde een B-ziekte. Dit houdt in dat na het vaststellen van de diagnose, binnen 24 uur, aangifte gedaan wordt bij de geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid cq de directeur van de GGD. In de WCPV, Wet Collectieve Preventie welke uit 1989 stamt, is de verantwoordelijkheid van de gemeenteraad voor de bevordering en uitvoering van collectieve preventie vastgelegd. Om de doelstelling van deze taak te behalen zijn gemeenten verplicht een GGD in stand te houden, of zich aan te sluiten bij een GGD, welke beschikt over bepaalde deskundigheid. De inhoud van de uitvoeringsplicht ten aanzien van de collectieve preventie, kunnen de gemeenten op lokaal niveau zelfstandig invullen, de wet geeft hierbij wel de hoofdlijnen aan. In het kader van de WCPV heeft de GGD als taak de bevolking tegen tuberculose te beschermen door het nemen van preventieve maatregelen, die gericht zijn op het tegengaan van transmissie¹⁷, en van ziekte na infectie¹⁸. De GGD doet dit door middel van vroege opsporing en prompte behandeling. Om dit doeltreffend te doen zijn de voornaamste werkzaamheden van de GGD:

Surveillance: omvat onder meer analyse en interpretatie van gegevens omtrent tuberculose, alsmede de registratie van het aantal nieuwe ziektegevallen per tijdseenheid (incidentie). De aangifteplicht op grond van de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken (WBIO) is daarbij een hulpmiddel. Surveillance is dus de basis van de bestrijding.

Actieve bron- en contactopsporing: het zoeken naar de oorzaak en de mogelijke verspreidingsweg van een geconstateerde tuberculose.

Begeleiding en voorlichting van patiënten, specifieke groepen en hulpverleners.

¹⁵ Bron: Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose.

¹⁶ Tuberculoseindex

¹⁷ Overdracht van ziektekiemen van de ene op de andere persoon.

¹⁸ (afweer) reactie van het lichaam op binnengedrongen ziektekiemen.

Zorgdragen voor behandeling van de patiënt door de GGD zelf, of na advisering door de GGD door een huisarts of specialist.

1.2 De Kwaliteitswet zorginstellingen

Door de overheid zijn de afgelopen jaren maatregelen genomen om de positie van zorgvragers te verstevigen. Daartoe zijn enkele wettelijke kaders tot stand gebracht, onder andere de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Het betreft hier het bieden van verantwoorde zorg. Dat is zorg van goed niveau die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt/cliënt. De wet stelt als tweede eis dat de instelling zorg draagt voor een goede organisatie van de zorg. De derde eis is de systematische bewaking, beheersing en verbetering van kwaliteit. Bedoeld wordt dat de zorgaanbieder systematisch, via gegevensverzameling nagaat of verantwoorde zorg wordt geleverd, en op basis daarvan zo nodig verbeteringen aanbrengt. Een vierde principe betreft de transparantie. De zorgaanbieder dient jaarlijks verantwoording af te leggen van het gevoerde beleid door resultaten in een openbaar jaarverslag vast te leggen

1.3 De GGD Den Haag

In 2002 werd de tuberculosebestrijding in de regio Den Haag uitgevoerd voor de gemeenten Den Haag, Zoetermeer, Voorburg en Leidschendam. In het werkgebied zijn ruim 657.000 inwoners ingeschreven. Bij de GGD waren in dat jaar 2.5 fte artsen tuberculosebestrijding en 2.6 fte sociaal verpleegkundigen werkzaam.

Over de afgelopen jaren bleef het aantal tuberculosegevallen in Nederland, met uitzondering van de grote gemeenten redelijk stabiel. Zo ligt de incidentie in de gemeente Den Haag beduidend hoger, 25 per 100.000, en stijgt. Een en ander hangt samen met de samenstelling van de bevolking, socio-economische status en de aanwezigheid van risicogroepen. Het aandeel van patiënten van Nederlandse afkomst lijkt iets te dalen, terwijl het percentage personen van buitenlandse afkomst iets toeneemt. In 1998 werden in het werkgebied van de GGD Den Haag 102 tuberculosepatiënten gediagnosticeerd terwijl dit aantal in 2002 was toegenomen tot 148, van hen had 31% open longtuberculose, dat wil zeggen; was besmettelijk¹⁹. Twee maal werd in dat jaar bij een patiënt MDR (Multi Drug Resistance) gediagnosticeerd, deze vorm is ongevoelig voor de meest gebruikte middelen, hetgeen de behandeling niet alleen kostbaar maar ook zeer tijdrovend maakt in het kader van de begeleiding. Niet onopgemerkt mag blijven dat de diagnose gesteld en de behandeling gedaan kan worden door zowel medisch specialisten, vaak zal het hier gaan om longartsen, als de artsen van de tuberculosebestrijding binnen de GGD, in 2002 bedroeg dit aantal respectievelijk 105 tegen 43.

¹⁹ Bron: jaarverslagen afdeling tuberculosebestrijding GGD Den Haag.

1.4 Tuberculose

In de volgende paragrafen zal ik de pathologie, diagnostiek en therapie van de ziekte beschrijven.

1.4.1 Pathologie

Tuberculose is een infectieziekte die leidt tot ontstekingsprocessen in alle organen van het lichaam, maar het meest voorkomt in de longen. De infectie wordt veroorzaakt door een bacterie behorende tot het *Mycobacterium tuberculosis* complex. De verspreiding van tuberculose verloopt vrijwel altijd langs aerogene weg, wat betekent dat de ziekte door hoesten overgedragen wordt.

Bij een patiënt met open longtuberculose worden druppeltjes met tuberkelbacteriën via hoesten verspreid. Deze druppeltjes kunnen enige tijd in de ruimte blijven rondzweven. Andere aanwezige personen kunnen deze inademen. Vele van de ingeademde bacteriën blijven kleven in het dunne laagje slijm, dat de wand van de luchtwegen bekleedt. Naarmate er meer bacteriën zijn ingeademd, wordt de kans groter dat enkelen in de alveoli, longblaasjes, komen. De cellen die deze longblaasjes bekleden zijn niet bedekt met een slijmlaag (om de opname van zuurstof zo makkelijk mogelijk te maken). Eenmaal in de alveoli kunnen de tuberkelbacteriën in het bloed of de weefselvloeistof worden opgenomen. Zij vermenigvuldigen zich in het weefsel en beschadigen dit. Als reactie op de weefselbeschadiging ontstaat een ontsteking, er heeft nu besmetting plaatsgevonden. Doordat het twee tot tien weken duurt voordat het cellulaire afweersysteem op gang komt, kunnen deze bacteriën zich vrij vermenigvuldigen en zich ongehinderd via het bloed- of de weefselvloeistof verspreiden. Overal kunnen kleine ontstekingshaardjes ontstaan. De verspreiding vindt vooral plaats naar de longtoppen, nieren, de hersenen en het skelet. Wanneer de immunologische afweer tot stand is gekomen, wordt verdere vermenigvuldiging verhinderd, dit betekent niet dat alle bacteriën worden opgeruimd: er ontstaat een soort rusttoestand. De incubatietijd²⁰ is levenslang, theoretisch kan iemand dus op de dag van geboorte besmet raken en op zijn sterfdag de ziekte ontwikkelen. Wordt het afweersysteem door een fysiologische proces verstoord en is het lichaam niet langer in staat de vermeerdering van tuberkelbacteriën tegen te gaan, dan krijgt men daadwerkelijk tuberculose. Dit kan zijn door zwangerschap of veroudering, maar ook door ziekten als kanker of suikerziekte, bij het gebruik van immunosuppressiva als prednison of door stress. De ziekte gaat gepaard met het optreden van kleine knobbeltjes (Latijn: tuberkel) in het aangedane weefsel. Deze knobbeltjes kunnen samenvloeien tot tuberculeuze infiltraten, die de neiging vertonen tot necrotiseren, afsterving van weefsel. Het gevolg is dat er holten (cavernes) gevormd worden. Doordat het een chronische infectieziekte betreft treden algemene verschijnselen op als nachtzweet, gebrek aan eetlust en vermoeidheidsklachten. Bij longtuberculose komen meestal hoestklachten voor en soms wordt bloederig sputum opgegeven.. Wanneer er een verbinding met de buitenlucht ontstaat, spreekt men van open tuberculose het sputum bevat dan in de regel tuberkelbacillen, de patiënt is besmettelijk voor zijn omgeving. Daar de ziekte zich in elk orgaan kan manifesteren zullen de symptomen afhankelijk zijn van de locatie. Zo zal bijvoorbeeld bottuberculose chronische pijnklachten geven en niertuberculose leidt tot klachten van een blaasontsteking.

²⁰ De tijdruimte tussen de opneming van een infectiestof en het uitbreken van de daardoor veroorzaakte ziekte.

1.4.2 Diagnostiek

Vaak ontstaat vertraging in de diagnostiek, en dus de aangifte, doordat de klinische verschijnselen van tuberculose a-specifiek zijn. Gedacht kan worden aan toenemende vermoeidheid, gebrek aan eetlust en soms wat kuchen. Pas later, zal in het geval van longtuberculose, echte hoestklachten op de voorgrond treden. Gewoonlijk zal iemand deze klachten enige tijd aanzien alvorens een arts te consulteren. Wordt de huisarts geconsulteerd dan zal ook deze niet direct aan tuberculose denken: de gemiddelde Haagse huisarts ziet één keer in de vier jaar een tuberculose patiënt. Er zijn verschillende manieren om vast te stellen of iemand besmet is of de ziekte ook daadwerkelijk heeft. In eerste instantie wordt met behulp van de Tuberculinereactie²¹ “de Mantoux” getest of de persoon afweerstoffen heeft gemaakt, in tweede instantie wordt onderzoek verricht om (recente) infectie met tuberkelbacteriën op te sporen. Dit wordt gedaan met een röntgenfoto van de longen. Aantasting van de longen is pas drie maanden na een doorgemaakte infectie aantoonbaar. Worden er afwijkingen geconstateerd dan is sputumonderzoek een volgend onderzoek. Dit heeft als doel om vast te stellen of er zich tuberkelbacillen in het slijm bevinden. Wanneer dit het geval is wordt gesproken over een open (besmettelijke) longtuberculose. Van het sputum zal een kweek worden ingezet, De diagnose tuberculose is pas definitief wanneer de kweekuitslag positief is, echter bij afwijkingen op de longfoto zal de therapie reeds gestart worden. Voor de diagnose van een niet in de longen gelegen tuberculose, oftewel extra-pulmonale tuberculose te stellen kunnen uit aangedane organen door middel van punctaat ook kweken ingezet worden. Is de kweekuitslag hiervan positief dan zal pas gestart worden met de behandeling, hier kunnen weken overheen gaan. Sinds 1993 bestaat de afspraak dat laboratoria bij een positieve kweekuitslag ook een gevoeligheidsbepaling verrichten, met als doel na te gaan voor welke medicatie de bacterie resistent is. Bovendien worden bij het RIVM²² de positieve kweken met elkaar vergeleken, waarbij op DNA-niveau vastgesteld kan worden of verschillende personen door dezelfde bacterie zijn besmet. Voor het contactonderzoek (bronopsporing) is dit van groot belang.

1.4.3 Therapie

Iemand met een infectie vormt geen gevaar voor zijn omgeving. Er is pas gevaar wanneer een geïnfecteerde een open longtuberculose ontwikkelt. Een geïnfecteerde wordt over het algemeen profylactisch behandeld met één soort anti-biotica. De medicamenteuze therapie van patiënten met tuberculose, van welke vorm dan ook, is gecompliceerd, langdurig en heeft als doel het doden van de tuberkelbacterie.

De voorgeschreven medicijnen (tuberculostatika) hebben een tweeledige werking namelijk: snelle bactericide werking: na enige weken is de patiënt niet meer besmettelijk/infectieus; steriliserende werking: kans op recidief is nihil.

Om de tuberkelbacterie te doden is een behandeling van minimaal zes maanden noodzakelijk, welke is verdeeld in twee fasen:

Intensieve fase, minimaal de eerste twee maanden, waarin de grote meerderheid van de bacteriën onschadelijk wordt gemaakt;

Continueringfase, de daarop volgende maanden, waarin de laatste overblijvers worden opgeruimd.

²¹ Huidtest (het krasje) om een infectie aan te tonen, vernoemd naar de Franse ontdekker.

²² Rijks Instituut voor Volksgezondheid en milieuhygiëne.

Ter voorkoming van resistentie²³ wordt in de intensieve fase altijd een combinatie van drie of vier verschillende soorten tuberculostatica voorgeschreven. Hierna kan worden overgegaan op de continueringsfase met twee soorten medicatie. De meest gebruikte tuberculostatica zijn, Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide en Ethambutol.

Als de behandeling voltooid is volgt meestal volledig herstel.

1.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik beschreven wat tuberculose is, hoe de overheid de volksgezondheid beschermt en hoe dit uitgevoerd wordt door de GGD. Ik heb, u als lezer, laten zien wat tuberculose als ziekte is, hoe de diagnose wordt gesteld en wat de therapie is tegen tuberculose.

²³ Ongevoeligheid van ziektekiemen voor tenminste een geneesmiddel

2 De verpleegkundige zorg

In dit hoofdstuk zal ik mij gaan richten op het beschrijven wat de kerntaken van de verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg zijn en hoe deze worden geïmplementeerd binnen de tuberculosebestrijding. Voorts zal ik een omschrijving geven waar de verpleegkundigen vooral tegenaan lopen hoe zij hiermee omgaan en welke maatschappelijke ontwikkelingen hieraan ten grondslag liggen.

2.1 Uitgangspunten en kerntaken van de verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg

De verpleegkundige beroepsuitoefening vindt plaats op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg. Dit houdt in dat de verpleegkundige handelingen verricht die de gezondheid van de samenleving bevorderen. Veelal gaat dit om preventieve taken. Dit vraagt om een kritische houding van de verpleegkundige tegenover haar eigen handelen. De verpleegkundige zal zich inzetten voor recht op zorg voor iedereen en voor de rechtvaardige verdeling van middelen en zorg. De verpleegkundige zet zich daarnaast in de volksgezondheid te beschermen en te verbeteren. Zij signaleert gezondheidsbedreigende factoren en neemt zonodig passende maatregelen. Hierbij valt onder andere te denken aan sociale onrechtvaardigheid.

2.3 Kernprofiel van de MGZ-verpleegkundige²⁴

De beroepsuitoefening beweegt zich op drie domeinen, terreinen waarin de beroepsuitoefening plaats vindt, te weten het domein van de zorg, de organisatie en van het beroep.

Binnen het terrein van de zorg als:

Zorgverlener;

- Zowel preventief te werken ter voorkoming van gezondheidsproblemen, (gezondheidsbevordering, instandhouding) alsook reeds bestaande gezondheidsproblemen te hanteren gericht op herstel, revalidatie en verlichting, ter ondersteuning van de zelfzorg en de autonomie van de cliënt.
- Zowel latente als manifeste, hoogcomplexiteit gezondheidsproblemen zelfstandig herkennen en integraal te analyseren binnen de context van de Maatschappelijke Gezondheidszorg.
- De daaruit voortvloeiende zorgbehoeften vast te stellen en deze zorgbehoeften, in samenwerking met de cliënt/doelgroep te vertalen naar een plan van aanpak/verpleegkundige interventies.
- De binnen het totale zorgproces noodzakelijke verpleegkundige interventies zelfstandig uit te voeren binnen de grenzen van de eigen beroepsverantwoordelijk hulpverlenings- en samenwerkingsrelaties aan te kunnen gaan, te onderhouden en af te ronden, uitgaande van de leef-, woon- en werksituatie van de cliënt en uitgaande van de normen- en waardepatronen van een grote diversiteit van cliënten en doelgroepen.

²⁴ GGD Nederland 2003.

Regisseur;

- Het totaal van het complexe zorgproces betreffende cliënt/doelgroep te coördineren, de continuïteit te bewaken en de kwaliteit van het totale zorgproces te waarborgen dit met betrekking tot individuele en groepsgerichte preventie.

Binnen de organisatie als:

Coach en adviseur;

- Biedt ondersteuning aan (toekomstige) collega's, andere zorgverleners (zowel formele als informele) en instellingen.

Ontwerper;

- Levert een bijdrage aan zorgvernieuwing, nieuwe procedures (protocollen) en verbetering van zorgprogramma's en baseert zich daarbij op eigen ervaringen, ervaringen van collega's, en op resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Een ontwerper levert daarmee een bijdrage aan de verbetering van de organisatie zowel op het gebied van zorg-, preventie- en kwaliteitsbeleid.

Binnen het beroep als:

Beroepsbeoefenaar;

- De verpleegkundige houdt de eigen deskundigheid op peil en levert een bijdrage aan de deskundigheidsontwikkeling van collega's.
- Anticipeert op actuele maatschappelijke ontwikkelingen.
- Draagt bij aan de beroepsontwikkeling.
- Levert een bijdrage aan de positieve positionering van de beroepsgroep, zowel binnen de organisatie als binnen de samenleving

2.4 De sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding²⁵

De sociaal verpleegkundige heeft binnen de afdeling de doelstelling van het bevorderen van een optimale tuberculosebestrijding/-bewaking, verricht zijn werkzaamheden in een multidisciplinair team en levert daarin op basis van de kennis en vaardigheden welke tot zijn beroep horen een eigen, herkenbare, bijdrage. Alle patiënten, zowel zij die door de medisch specialist als zij die door de artsen van de GGD zijn gediagnosticeerd, worden door de sociaal verpleegkundige van de GGD gezien.

Wanneer de kerntaken verder uitgewerkt worden houdt dit concreet in als:

Zorgverlener.

- Begeleiding van patiënten.

De sociaal verpleegkundige draagt zorg voor een goede organisatie van de huisbezoeken, waarbij in overleg met de patiënt de frequentie van het huisbezoek wordt afgesproken, ter begeleiding van de patiënt en de evt. contacten. Dit gebeurt bij voorkeur zo snel mogelijk na bekend worden van de diagnose. Hiertoe wordt bij iedere patiënt aan de hand van de Verpleegkundige Anamnese lijst (VAL)²⁶ een intake gesprek gehouden.

-Geeft voorlichting over de ziekte ter bevordering van het ziekte-inzicht, de besmettelijkheid en zonodig de hoesthygiëne, geeft uitleg over de voorgeschreven therapie, signaleert eventuele fouten en misstanden die zich ten aanzien van de therapie kunnen

²⁵ Functieomschrijving GGD Den Haag.

²⁶ Bijlage 3.

voordoen, bespreekt de mogelijke bijwerkingen van de medicatie en houdt toezicht op de naleving van de voorschriften, waarbij het belang van de therapietrouw wordt benadrukt.

-De sociaal verpleegkundige signaleert de eventueel achterliggende problematiek die medebepalend kan zijn voor de behandeling. Zonodig zal overleg plaatsvinden met de arts over bijstelling van de therapie.

Mevrouw Smal is onder behandeling bij de GGD, zij geeft aan problemen te hebben waardoor zij af en toe haar medicatie vergeet. Er wordt verzuimd door te vragen naar achterliggende problematiek. Het contact wordt door haar verbroken, het blijft onduidelijk of zij de kuur heeft afgemaakt.

-Doet de verslag van de eigen werkzaamheden en administreert de gegevens van de 'in zorg' zijnde personen (verloop van de behandeling).

-De sociaal verpleegkundige neemt actief deel aan het afdelingswerkoverleg en het patiëntenoverleg.

Regisseur.

- Regiseert het bron- en contactonderzoek.

Rond iedere persoon die een medicamenteuze behandeling ondergaat ter voorkoming of ter bestrijding van tuberculose verricht de sociaal verpleegkundige een brononderzoek. Is er sprake van besmettelijkheid dan zal ook een contactonderzoek plaatsvinden. Na afloop evalueert en registreert de sociaal verpleegkundige het verloop en de afronding van dit contactonderzoek.

-De sociaal verpleegkundige geeft informatie dan wel voorlichting aan patiënten en hun contacten, zowel individueel als in groepsverband bijvoorbeeld via het bedrijf of vereniging, andere verpleegkundigen en (para-)medisch personeel.

De heer Ali, 24 jaar, heeft geen huisarts en is onverzekerd. Hij meldt zich met hoestklachten bij de spoedeisende hulp van een ziekenhuis in Den Haag. De klachten worden niet onderkend en de heer wordt heengezonden. Een dag later meldt hij zich wederom en weer wordt hij heengezonden. Uiteindelijk vindt hij na drie dagen een huisarts die bereid is hem te verwijzen naar de longarts echter de heer wordt onwel bij de huisarts en zal twee dagen later aan tuberculose overlijden. Hieruit blijkt dat de spoedeisende hulp niet op de hoogte is van het bestaan van de GGD.

-Houdt de supervisie over de periodieke screenings²⁷ van zowel risicogroepen als risicocontactgroepen en werkt zodoende preventief ter voorkoming van gezondheidsproblemen (gezondheidsbevordering, instandhouding).

In het kader van primaire preventie wordt actieve opsporing van tuberculose in risicogroepen verricht, gedacht moet worden aan druggebruikers, dak en thuislozen, gedetineerden en immigranten. Voor deze laatste groep wordt gehandeld op basis van de Vreemdelingenwet.²⁸. Tevens vindt actieve opsporing plaats onder risicocontactgroepen, hierbij moet gedacht worden aan werkers met risicogroepen waarvan de verblijfplaats te kort of niet te achterhalen valt zoals illegalen en zij die voor vreemdelingenuitzetting vaak kortdurend gedetineerd zitten. De risicocontactgroepen in dezen zijn medewerkers van respectievelijk Vluchtelingenwerk en zij die in het Penitentiair Hospitaal werkzaam zijn.

Coach en adviseur.

-De sociaal verpleegkundige verwijst zonodig door naar andere hulpverleners en hulpverlenende instanties, zoals wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werk enzovoort, en introduceert deze bij de patiënt.

²⁷ Ieder jaar vindt er door de GGD onderzoek plaats onder risicogroepen en risicocontactgroepen.

²⁸ Hierin is vastgelegd dat iedere vluchteling, asielzoeker of andere vreemdeling die langer dan drie maanden in Nederland wenst te verblijven zich moet laten onderzoeken op tuberculose

Xomara is een zeventienjarige jongedame, zij wordt door de GGD behandeld voor een klier tuberculose. Bijna wekelijks komt zij langs met uiteenlopende lichamelijke klachten, de verpleegkundige en de arts wijten de klachten aan bijwerkingen van de medicijnen. Drie maanden na de start van de behandeling geeft zij aan binnen afzienbare tijd geen onderdak meer te hebben. Zij durfde hier niet eerder over te praten maar gaf wel signalen, in de vorm van lichamelijke klachten, welke opgemerkt hadden moeten worden. Doorverwijzing naar maatschappelijk werk zou op zijn plaats geweest zijn.

-Onderhoudt de sociaal verpleegkundige contact, bevordert samenwerking en wisselt informatie uit met diverse personen dan wel instanties, zoals de huisarts, de specialist, de bedrijfsarts, de apotheek, de thuiszorg, de ziekenhuishygiëniste enzovoort.

-Begeleidt studenten van de MGZ. HBO-V en aan A-verpleegkundigen gedurende hun stage bij de GGD.

Ontwerper.

-Ten aanzien van de preventieve taken profileert de sociaal verpleegkundige zich als een makkelijk aanspreekbaar contactpersoon en als informatiebron met betrekking tot tuberculose en houdt hiertoe verpleegkundig spreekuur.

Er is onrust bij een peuterdagverblijf, via diverse telefoontjes met ziekenhuizen en huisartsen komt de directeur pas na twee dagen in contact met de afdeling tuberculosebestrijding. In het gesprek wat volgt blijkt dat de directeur niet op de hoogte is van het bestaan van deze afdeling.

Beroepsbeoefenaar.

-Met betrekking tot de beroepsontwikkeling onderhoudt de sociaal verpleegkundige de eigen deskundigheid en voert deze op door middel van verpleegkundig overleg, bijscholing, het bijwonen van vergaderingen en werkbijeenkomsten en het bijhouden van vakliteratuur.

-Verleent medewerking bij het tot stand komen van voorlichtingsmateriaal, perspublicaties, radio- en televisieprogramma's. Dit alles onder redactie van de arts tuberculosebestrijding en verzorgt lezingen en voordrachten ten behoeve van symposia, cursussen of bijscholing.

-Levert gegevens aan ten behoeve van de epidemiologie.

-Levert een aandeel in de samenstelling van het jaarverslag.

2.5 Compliance

De behandeling kan, ook bij de besmettelijke patiënt, ambulant plaatsvinden. Echter gesteld kan worden dat de patiëntenpopulatie, zeker in de grote steden zodanig verandert dat steeds meer problemen met de therapietrouw optreden. Dit wordt vooral gezien bij mensen met problematische psychosociale omstandigheden. Het begrip compliance wordt omschreven als 'de mate waarin de patiënt de adviezen van de behandelaar opvolgt'. Compliance vormt een van de grootste problemen bij de behandeling van tuberculose. Gebrekkige compliance komt veel voor in de geneeskunde, voor de gemiddelde Nederlander is het al een opgave een antibioticakuur van tien dagen af te maken. Om tuberculose adequaat te behandelen is een behandeling van zes tot negen maanden met verschillende soorten antibiotica noodzakelijk. Vaak verdwijnen de lichamelijke klachten van de ziekte na start van de kuur in korte tijd, om plaats te maken voor lichamelijke en geestelijke klachten tengevolge van de bijwerkingen van diezelfde medicijnen. Een vaak onderschatte factor is dat gedurende de kuur alcohol ten sterkste wordt ontraden. Het blijkt dat voor veel mensen onthouding van alcohol gedurende zes maanden een te zware opgave is. Compliance is niet meetbaar, bovendien zal de patiënt de behandelaar zelden informeren over therapieontrouw, en als er naar gevraagd wordt zal deze

bij slechte compliance toch over het algemeen sociaal wenselijke antwoorden geven. Ook het frequent maken van longfoto's bij een patiënt met longtuberculose is niet zinvol want ook al wordt de medicatie volgens plan ingenomen dan zal dit niet direct verbetering op de longfoto te zien geven. Urineonderzoek, op uitscheiding en verkleuring van de tuberculostatica, tijdens het maandelijkse consult heeft als nadeel dat de patiënt vlak voor controle meer aandacht besteedt aan de medicatie, zoals de meeste mensen voor het bezoek aan de tandarts de tanden nog eens extra poetsen. Het tijdens huisbezoek tellen van de overgebleven tabletten is eveneens onbetrouwbaar omdat niet bekend is of de tabletten daadwerkelijk zijn ingenomen of zijn weggegooid. Het is gebleken dat, ook al weten patiënten dat therapieontrouw ernstige consequenties kan hebben, dit geen garantie geeft dat zij de adviezen op juiste wijze opvolgen. Eigenlijk moet men concluderen bij iedere patiënt bedacht te zijn op therapieontrouw.

Compliance kan ook niet worden voorspeld op grond van leeftijd, geslacht, ras of opleiding, al zijn wel factoren en categorieën van patiënten, de zogenaamde risicogroepen, bekend die de compliance kunnen beïnvloeden.

Factoren:

- De aard van de aandoening: bij een chronische aandoening, als tuberculose, zal de compliance minder zijn dan bij een aandoening zoals epilepsie, waarbij het effect van enkele dagen niet innemen van de medicatie merkbaar kan zijn in de vorm van een aanval.

- De medicatie: naarmate meer geneesmiddelen moeten worden gebruikt neemt de motivatie af.

- Het leefpatroon van patiënt: wanneer belangrijke levensbehoeften of voldoende regelmaat in de leefwijze ontbreken, zal dit zijn weerslag kunnen geven in de therapietrouw (risicogroepen).

- Verder speelt de vraag of de patiënt, gezien de hoge kosten van de medicijnen, wel is verzekerd tegen deze kosten.

- De acceptatie van de diagnose: wordt de ernst van de aandoening wel begrepen?

Risicogroepen:

- HIV/AIDS: vaak zijn er al verschillende gezondheidsproblemen met veelal ernstige klachten. Met het uitzicht op AIDS is tuberculose in de beleving van de betrokkene van ondergeschikt belang²⁹.

- Drugs/alcoholverslaafden: ervaren door hun drugs- en/of alcoholgebruik een demping van de klachten van een actieve vorm van tuberculose. Vaak is er sprake van een gestoorde tijdbeleving, waardoor de medicatie vergeten wordt. Ook bij deze groep is de tuberculose van ondergeschikt belang³⁰.

- Dak- en thuislozen: regelmaat en stabiliteit ontbreken in het dagelijks bestaan, niet zelden is er sprake van psychosociale problematiek³¹.

- Ex-gedetineerden: niet zelden zijn zij onverzekerd, hebben een niet functioneel netwerk, ontbreekt er regelmaat en stabiliteit in het dagelijks bestaan en vaak is er sprake van psychosociale problematiek³².

- Illegalen: zijn onverzekerd, hebben vaak een niet functioneel netwerk³³.

²⁹ onvoldoende gegevens bekend om een uitspraak te doen over de incidentie.

³⁰ Incidentie, landelijk, >50/100.000.

³¹ Incidentie, landelijk, 22/100.000.

³² van ex-gedetineerden zijn geen cijfers omtrent de incidentie bekend, echter bij gedetineerden is het 95/100.000.

³³ geen incidentie cijfers over bekend maar op grond van de bevindingen bij asielzoekers is het aannemelijk dat illegalen tot een risicogroep moeten worden gerekend.

2.6 Gevaar van non-compliance

Niet alleen de lange duur en de grote hoeveelheid medicijnen compliceren de behandeling maar ook de bijwerkingen die de medicijnen geven. Zo kunnen er klachten ontstaan van concentratiestoornissen, lusteloosheid, hoofdpijn, gewrichtspijnen, maag-darmklachten, en huiduitslag. Van groot belang is dat per medicament de dagelijkse dosis in een keer wordt genomen. Bij het niet consequent innemen van de medicatie kan dit voor de patiënt ernstige gevolgen hebben, maar ook voor diens omgeving wanneer er sprake is van een besmettelijke longtuberculose. Bovendien kan dit resistentie-ontwikkeling tot gevolg hebben. Bij een resistente bacterie zal op geleide van het resistentie-patroon medicatie worden voorgeschreven, de behandeling kan meer dan twee jaar in beslag nemen. Naast de gewone resistentie onderscheiden we multiresistentie³⁴. Hiervan is sprake als de patiënt resistent is voor ten minste isoniazide en rifampicine, de twee belangrijkste middelen tegen tuberculose. Klinisch wordt er onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire resistentie. Men spreekt van primaire resistentie wanneer de patiënt is geïnfecteerd met reeds resistente tuberkelbacteriën. Van secundaire resistentie is sprake wanneer zich resistentie ontwikkelt ten gevolge van een niet adequate behandeling. Ook is het mogelijk dat een persoon met een primaire resistentie een secundaire resistentie ontwikkelt.

Een resistente vorm van tuberculose wordt net als een 'gewone' tbc overgedragen en veroorzaakt het ziektebeeld van een gewone tbc, maar is vanwege de resistente bacteriën zeer moeilijk behandelbaar. Dit kan jaren in beslag nemen en heeft daardoor een slechte prognose. Bij multi resistentie dreigt daarmee zelfs het risico van een dodelijke infectie .

Introductie en verspreiding van multiresistente in ons land dreigt langs twee wegen:

Vanuit de groep vluchtelingen en asielzoekers (primaire resistentie), hierdoor verspreidt de bacterie zich steeds sneller en verder, worden steeds minder patiënten genezen, en wordt de ontwikkeling van de multiresistente bacterie bevorderd.

Door therapieontrouw (secundaire resistentie), dit is het gevolg van menselijk handelen en kan ontstaan doordat verkeerde medicijnen of een onjuiste combinatie van medicijnen worden voorgeschreven, door verkeerde inname van de medicijnen of door verkeerd afleveren van de apotheek. Een van de meest voorkomende fouten tijdens de behandeling is het gedurende de behandeling toevoegen van nieuwe medicijnen.

Tijdens de eerste twee maanden van de behandeling moet de patiënt tenminste vier verschillende medicijnen volgens een afgesproken schema innemen. Sommige artsen schrijven echter maar één of twee van deze middelen voor. Als de toestand van de patiënt niet verbetert, worden tijdens de behandeling nog andere middelen toegevoegd. Door deze aanpak worden de bacteriën resistent tegen alle beschikbare tuberculostatica, inclusief de toegevoegde middelen. Ook onjuiste aflevering van de tuberculostatica door de apotheek kan resistentie ontwikkeling veroorzaken.

Gemaakte fouten zijn een verkeerde combinatie of een onjuiste dosering afleveren zo is een veel gemaakte fout 4 x daags 1 tablet in plaats van 1 x daags 4 tabletten. De patiënt zelf resistentie in de hand werken door het verkeerd innemen van de medicijnen of door verminderde therapietrouw.

³⁴ Ongevoeligheid van ziektekiemen voor tenminste twee geneesmiddelen.

2.7 Methodieken om de compliance te bevorderen

Een methodiek die veel gebruikt wordt om therapietrouw te bevorderen is het, door de sociaal verpleegkundige, frequent bezoeken van de patiënt. Dit gebeurt bij voorkeur zo snel mogelijk na bekend worden van de diagnose. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie en de informatieoverdracht zijn hierbij essentieel. Wanneer er sprake is van een taalbarrière wordt beroep gedaan op de 'tolkentelefoon'.

Tijdens het huisbezoek kunnen de volgende onderwerpen aan de orde komen:

Voorlichting over de ziekte ter bevordering van het ziekte-inzicht, de besmettelijkheid en hoesthygiëne, uitleg over de voorgeschreven therapie, signalering van de eventuele fouten en misstanden die zich ten aanzien van de therapie kunnen voordoen, bespreken van de voorgeschreven medicatie en de mogelijke bijwerkingen hiervan, toezicht op de naleving van de voorschriften waarbij het belang van de therapietrouw wordt benadrukt.

Voorts is stabilisering van de leefomgeving van belang. Bij gesignaleerde problematiek die zijn weerslag kan hebben op de compliance zal de sociaal verpleegkundige zonodig verwijzen naar andere hulpverleners en hulpverlenende instanties, zoals wijkverpleegkundigen, Algemeen Maatschappelijk Werk enzovoort, en introduceert deze bij de patiënt.

Een andere mogelijkheid is het geven van een medicijn doos waarin de medicatie voor een week uitgezet kan worden, zodat de kans op vergeten kleiner wordt. Ook de randvoorwaarden die de patiënt helpen met therapietrouw kunnen bevorderd worden door het verstrekken van enablers (handreikingen) of incentives (beloningen). Bij enablers kan men denken aan een strippenkaart zodat de patiënt voor controle naar de arts kan. Bij incentives bijvoorbeeld aan een warme maaltijd wanneer de structuur ontbreekt deze zelf te bereiden. Hiervoor zijn afspraken gemaakt met een restaurant. Therapietrouw dient men liever niet te bevorderen door de patiënt te belonen met contant geld: deze maatregel wordt in ons land niet toegepast. Bij patiënten welke afkomstig zijn uit de eerder benoemde risicogroepen kan de methodiek DOT³⁵ worden toegepast. Hierbij wordt de medicatie onder toezicht van de sociaal verpleegkundige ingenomen. In de besmettelijke periode zal dit bij de patiënt thuis gebeuren. Echter DOT is een zeer tijdrovende methodiek is, denk aan de toegenomen drukte op straat om bij de patiënt te komen. Wanneer de patiënt niet meer besmettelijk of wanneer dit onmogelijk is, bijvoorbeeld wanneer de patiënt niet over huisvesting beschikt is, zal inname van de medicatie bij de GGD plaatsvinden.

2.8 Maatschappelijke ontwikkelingen

Tuberculose leek in de Westerse wereld overwonnen te zijn. Begin jaren zeventig bleek dat de curatieve zorg niet in staat was de volksgezondheid verder te verbeteren, de aandacht werd opnieuw gericht op gezonde leefomstandigheden. Preventie werd het sleutelwoord waarmee meer gezondheidswinst behaald moest worden. Binnen de infectieziektebestrijding bleef preventie beperkt tot vaccinaties (primaire preventie) echter tegen tuberculose is geen effectieve vaccinatie beschikbaar.

.....tuberculose gaat zich ontwikkelen van volksziekte tot ziekte van bepaalde risicogroepen..... (Mevrouw C.S.B.Lambregts-van Weezenbeek, arts WHO, 1995).

Ten gevolge van maatschappelijke ontwikkelingen is er voldoende reden tot zorg immers;

- Mensen reizen steeds meer voor hun vakanties, maar ook gedwongen verhuizingen (vluchtelingen, migratie van allochtonen) veroorzaken grotere en snellere verspreiding van ziekten.

³⁵ Direct Observed Therapy.

- Tegen tuberculose is geen effectieve vaccinatie beschikbaar. Dit heeft te maken met het feit dat fabrikanten geen vaccinaties ontwikkelen voor de arme landen waar tuberculose veel voorkomt. In feite is tuberculose in Nederland (nog) een zeldzame ziekte. Er wordt gewerkt met medicijnen die 10 jaar geleden ook werden gebruikt.
- De afbraak van de sociale voorzieningen. Hierdoor wordt de toegang tot medische hulp voor sommige groepen (risicogroepen) steeds moeilijker. (Overigens onderschrijft Nederland de Primary Health Care gedachte dat gezondheid voor iedereen in het jaar 2000 bereikbaar moet zijn³⁶).
- Maar ook het ontbreken van laagdrempelige hulpvoorzieningen zoals bij maatschappelijk werk heeft zijn weerslag door het bestaan van wachtlijsten bij het Algemeen maatschappelijk werk door bezuinigingen, toenemende werkdruk en ingewikkelder problematiek.
- Veel mensen met klachten shoppen op internet, kopen medicatie en nemen deze vervolgens op onjuiste wijze, hierdoor ontwikkelen steeds meer micro-organismen, zoals de tuberkel bacil, resistentie tegen de huidige medicamenten.
- Er zijn veranderingen in gedrag en leefstijl waarneembaar waardoor adviezen van behandelaars niet worden opgevolgd.
- Toename van complexe meervoudige problemen zgn. multiproblematiek, onder tuberculose patiënten.

2.9 Patiënten met multiproblematiek

Naast de tuberculose heeft deze groep cliënten meervoudige problemen, over het algemeen maken zij deel uit van de eerder genoemde risicogroepen. Zij leven vaak chronisch, met een serie problemen op immaterieel en materieel gebied die op elkaar ingrijpen en elkaar wederzijds beïnvloeden en versterken.

Deze problemen zijn veelal onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het overzicht van de totale problematiek is voor zowel de hulpverlening als voor de cliënten weg. Door de voortdurende aanwezigheid van vele, vaak zware problemen worden steeds ad hoc oplossingen bedacht. Oplossingen die structureel weinig veranderen of verbeteren. Gedacht kan hierbij worden aan de onverzekerde illegaal die infectieuze vorm van tuberculose heeft en dus niet mag werken waardoor er geen geld binnenkomt om het gezin te onderhouden, Maar evengoed kan dit een tuberculosepatiënt zijn die in een crisissituatie verkeert en ontkent tuberculose te hebben waardoor geen medicatie genomen wordt.

Ik gebruik hier expres het woord cliënten en niet patiënten omdat het staat voor het gehele cliëntensysteem. Dat wil zeggen volledige gezinnen, al dan niet met kinderen. Kortom, alle personen die tot de persoonlijke leefsfeer behoren.

Patiënten afkomstig uit de risicogroepen maakten in 2002 maar liefst 25% uit van het totaal aantal tuberculosepatiënten in Den Haag. Er zijn geen verpleegplannen ontworpen om deze groep patiënten adequaat van dienst te zijn, over het algemeen worden ad-hoc oplossingen voor deze groep bedacht.

Mevrouw de Graaf, is prostituee en alleenstaand, zij is nu vier maanden bezig met haar behandeling. De behandeling verloopt volgens wens echter zij geeft aan geen puf te hebben om 's avonds, voor zij naar haar werk gaat, voor zichzelf te koken. Iedere avond naar een restaurant gaan is geen optie, te duur. Of wij een oplossing weten? Wij weten geen oplossing, want er is geen sociale kaart aanwezig.

³⁶ Nota 2000.J.M. Boot 1993.

In het kader van coaching zou de sociaal verpleegkundige goed op de hoogte moeten zijn van de sociale kaart van Den Haag of haar moeten doorverwijzen naar Algemeen Maatschappelijk Werk. Echter dit wordt praktisch nooit gedaan want, volgens de verpleegkundigen, heeft doorverwijzing als grootste nadeel dat de tuberculose niet meer als eerste prioriteit gezien wordt door de patiënt. De patiënt stelt namelijk heel andere prioriteiten, bijvoorbeeld dat huisvesting gevonden wordt of dat een uitkering geregeld gaat worden. De afspraken gemaakt bij de GGD worden dan niet nagekomen waardoor de GGD de kans loopt de patiënt uit het oog te verliezen waardoor het doel, genezing, niet behaald wordt.

Andere hiaten zijn de wachtlijstproblematiek waar het Algemeen Maatschappelijk Werk mee wordt geconfronteerd. De problemen waar de patiënt mee zit zijn vaak van acute aard, ze laten geen uitstel toe, wanneer bij iemand de diagnose besmettelijke tuberculose wordt vastgesteld en deze persoon is illegaal kan deze niet terugvallen op de ziektewet, er komen geen inkomsten binnen terwijl er wel geld moet zijn voor levensonderhoud.

Maar ook de eisen welk Algemeen Maatschappelijk Werk aan cliënten stelt spelen een rol, het blijkt dat illegalen niet welkom zijn en op verslaafden zit men al helemaal niet te wachten. Tevens blijkt het onmogelijk een patiënt door te verwijzen wanneer deze besmettelijk is.

2.10 Samenvatting

Om de volksgezondheid adequaat te beschermen heb ik beschreven dat de sociaalverpleegkundige in dezen een belangrijke spilfunctie vervult. Om dit duidelijk te maken heb ik een omschrijving gegeven wat de kerntaken van de sociaal verpleegkundige zijn en hoe deze worden geïmplementeerd binnen de tuberculosebestrijding van de GGD Den Haag. Hieruit komt duidelijk naar voren dat deze verpleegkundige de taak van regisseur ten opzichte van de patiënt heeft, met andere woorden de sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding is de zorgcoördinator. Het gaat hierbij vooral om het verlenen van 'zorg op maat', er ligt bij zorgcoördinatie dus een sterke nadruk op zorgen voor.

De zorgcoördinator zorgt ervoor dat de aangeboden zorg en de behoeften van de client op elkaar worden afgestemd. De functies van de zorgcoördinator zijn te benoemen als: het tot stand brengen van een samenhangend zorgpakket (linking), het erop toezien dat de cliënt ook krijgt wat hem in het zorgplan is toegezegd (monitoring) en vaststellen of de geboden hulp ook het bedoelde effect sorteert (evaluation). Voor het overgrote deel van de tuberculose patiënten blijkt dit ook voldoende te zijn, zorgen dat iemand zijn medicatie krijgt, ervoor zorgen dat therapietrouw gegarandeerd is en vast te stellen of de medicatie ook resulteert in genezing. Daarnaast heb ik de lezer een beeld gegeven wat het belang is van therapietrouw en welke de gevaren/gevolgen zijn van therapieontrouw en welke methodieken de sociaal verpleegkundigen toepassen om therapietrouw te bevorderen (DOT). Welke factoren en categorieën van patiënten hier invloed op hebben en welke maatschappelijke ontwikkelingen hieraan ten grondslag liggen. Het blijkt dat een kwart van de patiënten psychosociale problematiek heeft waarvoor, naast DOT, vaak adhoc oplossingen worden bedacht om vooral de therapietrouw te kunnen garanderen.

2.11 Conclusie

Jaar	1997	2002
Patiënten	131	148
Afkomstig uit risicogroep	17	36
Behandeling afgebroken	7	11
DOT	3	6
Screening risicogroepen	2	2
Screening risicocontactgroepen	5	5

Uit bovengenoemde cijfers mag geconcludeerd worden dat het aantal tuberculose patiënten in een grote stad als Den Haag toeneemt en dat de ziekte zich meer en meer terug gaat trekken in door mij genoemde risicogroepen. Wat zorgen baart is dat er in 1997 nog maar 17 patiënten afkomstig waren uit deze risicogroepen terwijl in 2002 dit aantal is toegenomen tot 36!³⁷ Dit is een dikke verdubbeling terwijl het aantal tuberculosepatiënten maar licht gestegen is van 131 naar 148, dit heeft te maken met een bevolkingstoename en was dus te verwachten. Uit de cijfers blijkt ook dat deze groep niet standaard op DOT “gezet” wordt, het is niet ondenkbaar dat daarom de behandeling voortijdig wordt afgebroken.

In het kader van primaire preventie worden door de sociaal verpleegkundigen met regelmaat screeningen van de risicogroepen georganiseerd.

Jaarlijks worden zo’n 300 dak- en thuislozen en 150 methadongebruikers door middel van een röntgenfoto onderzocht. Vanuit de risicocontactgroepen worden twee maal per jaar zo’n 200 mensen door middel van een mantoux-test of röntgenfoto onderzocht.³⁸

Met iedere nieuwe patiënt wordt een intakegesprek gehouden aan de hand van de Verpleegkundige Anamnese Lijst. Hieruit komen vele relevante gegevens over de patiënt naar voren en kan hieruit geconcludeerd worden of desbetreffende patiënt afkomstig is uit een der genoemde risicogroepen. Wanneer dit het geval is volgt daar geen verwijzing uit hoe er verder gehandeld moet worden. Bovendien kan uit de lijst niet gehaald worden of er sprake is van psychosociale problematiek.

Kenmerkend voor de patiënten uit deze risicogroepen is dat zeer velen van hen psychosociale problemen hebben waarvoor doorverwijzing naar maatschappelijk werk eigenlijk noodzakelijk zou zijn. Echter de praktijk leert dat dit meer na- dan voordelen oplevert. De sociaal verpleegkundige pakt deze problemen dus zelf aan, dit heeft gevolgen voor het micro-, meso- en macro niveau.

Voor het micro niveau heeft dit tot gevolg dat de patiënt met veel verschillende verpleegkundigen in contact komt. Hierdoor moet de patiënt meerdere malen hetzelfde verhaal vertellen en dreigt, door slechte, schriftelijke, overdracht van de sociaal verpleegkundigen onderling, tussen wal en schip te vallen. Het spreekt voor zich dat dit de therapietrouw niet bevordert maar ook kunnen de verpleegkundigen tegen elkaar worden uitgespeeld. Er wordt door de sociaal verpleegkundigen op basis van gevoel gewerkt want er bestaan geen protocollen hoe te handelen bij dit soort problematieken, bijvoorbeeld wanneer de patiënt geen onderdak heeft, ook is er geen sociale kaart ontwikkeld waar de sociaal verpleegkundige op terug kan vallen.

Dat het toch meestijds goed gaat heeft te maken met de grote hoeveelheid kennis waarover de sociaal verpleegkundigen beschikken, jammer genoeg staat deze kennis niet op papier.

³⁷ Jaarverslagen GGD Den Haag

³⁸ Cijfers aangeleverd door sociaal verpleegkundigen tuberculosebestrijding GGD Den Haag.

Ook voor de sociaal verpleegkundigen, meso niveau, heeft dit gevolgen want zij zullen steeds vaker geconfronteerd gaan worden *met* patiënten uit deze risicogroepen. Een ander kenmerk is dat deze patiënten lastig bereikbaar zijn en soms zelfs niet ‘bestaan’ zoals illegalen, zij staan niet vermeld in het bevolkingsregister en zijn dus moeilijk op te sporen.

Naast DOT worden, om de therapie trouw te garanderen, ook andere zeer tijdrovende bezigheden (geen methodieken) gebruikt zoals het onderhandelen met de cliënt maar ook met instanties. Bovendien is gebleken dat ook DOT geen garantie biedt dat de behandeling ook daadwerkelijk wordt voltooid. Het blijkt dus dat juist voor deze zeer complexe casussen bestaande verpleegplannen tekort te schieten of (nog) niet zijn ontworpen waardoor de sociaal verpleegkundigen vaak taken uitvoeren op gevoel en intuïtie.

Voor het macro niveau heeft dit tot gevolg dat de primaire preventie (kerntaak GGD) in het gedrang komt. Zo werden, door de sociaal verpleegkundigen, in 1999 nog 31 groepsvoorlichtingen gehouden tegen 26 in 2000, cijfers ontbreken van daaropvolgende jaren, terwijl het aantal patiënten is toegenomen! De artsen geven in het geheel geen (ongevraagde) voorlichting aan groepen. Dit heeft weer tot gevolg dat wanneer er minder voorlichting gegeven wordt aan huisartsen, werkgenoten in ziekenhuizen, risicogroepen, risicocontactgroepen etc. de kennis over tuberculose, de gevolgen van de ziekte en de laagdrempeligheid van de GGD minder bekendheid krijgt dan zij eigenlijk behoeft.

Mevrouw Asti, 20 jaar en afkomstig uit Italië, zij is illegaal. Verblijft sinds twee dagen in het ziekenhuis, de diagnose is AIDS en tuberculose, zij is stervende. In het eerste gesprek dat ik met haar had gaf zij aan dat zij haar dochtertje die bij haar ouders in Italië verblijft graag nog eenmaal wilde zien. Navraag bij het maatschappelijk werk van het ziekenhuis leerde mij dat zij haar niet kenden, noch de behandelaar, noch de verpleegkundigen hadden maatschappelijk werk ingelicht. De volgende dag overleed zij.

Helaas zijn er geen cijfers bekend in hoeverre de verpleegkundigen zich bezighouden om hun professionaliteit op peil te houden door bijvoorbeeld het op- c.q. bijstellen van protocollen, het bijwonen van symposia, het onderhouden en uitbreiden van het netwerk, het zich laten bijscholen, kortom het doen aan kwaliteitsverbetering.

3 Inleiding in het maatschappelijk werk

Het maatschappelijk werk is een eerstelijns functie op het gebied van psychosociale hulpverlening, dat voor iedereen bereikbaar en betaalbaar is en veelal hulp biedt in de thuissituatie of op de vindplaats. Kenmerkend voor het maatschappelijk werk is de 'scharnierfunctie tussen zorg en welzijn'. Maatschappelijk werk heeft traditioneel te maken met de verwevenheid van materiële en immateriële problemen. Wat betreft de relatie met de zorgsector heeft het maatschappelijk werk een dubbele opdracht: aan de ene kant voorkomen dat patiënten in 'zware' voorzieningen terechtkomen en aan de ander kant zorgdragen voor de opvang van 'uitbehandelde' patiënten.(reïntegratie en rehabilitatiefunctie). In het kader van (lokaal) welzijnsbeleid wordt het maatschappelijk werk geacht haar cliënten zodanig te activeren dat ze weer volwaardig gaan deelnemen aan het maatschappelijke verkeer.

3.1 Uitgangspunten en kerntaken van het maatschappelijk werk

Uitgangspunt is dat de mens een wezen is dat zich naar vermogen en gegeven de daartoe strekkende voorwaarden verantwoordelijk kan en wil opstellen in relatie tot zijn omgeving. Dit mensbeeld vormt de basis van de waardeoriëntatie van het beroep maatschappelijk werk. Het probeert in zijn professionele hulpverlening de mogelijkheden van de hulpvrager te mobiliseren en intact te houden, zodat deze hulpvrager weer baas wordt in eigen situatie dit kan omschreven worden als empowerment³⁹. De functie van het maatschappelijk werk is mensen te ondersteunen bij het oplossen van en het omgaan met problemen en verstoringen in het functioneren in wisselwerking met hun sociale omgeving.

Het maatschappelijk werk draagt daartoe bij door:

- Het helpen van personen inzicht te verwerven in de plaats die zij in hun sociale netwerk innemen, opdat zij daarin op eigen wijze positie kunnen kiezen.
- Het helpen van personen de mogelijkheden en beperkingen te onderkennen om binnen hun sociale netwerk te kunnen functioneren.
- Het helpen van personen te werken aan het opheffen van verstoringen in hun psychosociaal functioneren.
- Het helpen van personen hun probleemoplossend vermogen te vergroten.
- Het begeleiden en ondersteunen van personen die bij die bij voortdurende moeilijkheden ondervinden in hun sociaal functioneren.
- Het bevorderen dat personen medewerking verlenen aan het oplossen of verminderen van de moeilijkheden.
- Het zich er voor inzetten dat hulpvragers gebruik kunnen maken van voorzieningen, die hun sociaal functioneren gunstig kunnen beïnvloeden.
- Het met personen verkennen van hun sociaal functioneren en sociale situatie teneinde op basis daarvan informatie en voorlichting te kunnen verstrekken aan instanties, die voor betrokkene belangrijke beslissing(en) moeten nemen.

Per definitie opereert het maatschappelijk werk op de breukvlakken van de persoon en zijn omgeving. Hiertoe behoren de meest intieme sociale context –de primaire leefgemeenschap– maar ook in relatie tot maatschappelijke instituties zoals bedrijf, ziekenhuis of overheidsdiensten. Kenmerkend voor de taakuitvoering van het maatschappelijk werk is dat er methodisch wordt gewerkt. Het is het ontwikkelen van een bepaalde aanpak of werkwijze, die het telkens weer intuïtief ad hoc oplossen van problemen doet voorkomen.⁴⁰

³⁹ Van lieshout 1991.

⁴⁰ Bouwkamp 1977.

Planmatig wordt er, zowel in kort- als langdurig, gewerkt aan het bevorderen van het tot hun recht komen van personen in het samenleven met elkaar. Doel is: oplossing van problemen.

Daarbij zijn vier kerntaken⁴¹ te onderscheiden maar niet te scheiden:

- Psychosociale hulpverlening, hierbij richt de hulpverlening zich op problemen die voorkomen in de interactie tussen de persoon en diens omgeving. De uitvoering van deze kerntaak vindt uitdrukkelijk plaats in een proces van samenwerking met de hulpvrager en zijn omgeving.
- Concrete en informatieve hulpverlening, hierbij omvat het eerste het verlenen van hand- en spandiensten. Gedacht moet worden aan materiele hulpverlening, gericht op het verbeteren van de bestaansvoorwaarden. Informatieve hulpverlening betreft het verzamelen en verschaffen van informatie in het kader van het hulpverleningsproces.
- Onderzoek en rapportage, het betreft hier ten eerste activiteiten die er op gericht zijn samen met de cliënt zijn of haar sociale situatie te verkennen. Met de uitkomsten hiervan kan de maatschappelijk werker een instantie, die voor betrokkene belangrijke beslissing(en) moet nemen, voorlichting en advies geven. Ten tweede vindt onderzoek en rapportage plaats met als doel maatschappelijke ontwikkelingen, die de kwetsbaarheid van bepaalde (categorieën van) personen vergroten, in de openbaarheid te brengen.
- Signalering, belangenbehartiging en preventie, het systematisch op het spoor komen van en aandacht schenken aan tekorten en gebreken in regelingen en voorzieningen heet signaleren. Te verwachten problemen die voort kunnen komen uit beoogde wijzigingen in wet- en regelgeving kunnen eveneens worden gesignaleerd. Deze activiteiten vinden plaats op basis van de vanuit de hulpverlening verworven achtergrondinformatie en ervaringen vanuit andere hulpverleningsactiviteiten. Ten behoeve van deze signalering kan onderzoek verricht worden. Uit naam van hulpvragers worden geconstateerde misstanden –in de vorm van rapportage- ter kennis gebracht van relevante organisaties en instellingen. Belangenbehartiging staat voor het ondernemen van activiteiten om instituties en maatschappelijke omstandigheden te beïnvloeden. Het initiatief daartoe neemt de maatschappelijk werker op grond van gesignaleerde noden, tekorten, maatschappelijke misstanden en belemmeringen. Het gaat om een collectieve vorm van pleitbezorging. Naast signalering worden in dat geval activiteiten geïnitieerd, die tot doel hebben veranderingen teweeg te brengen, waarmee voorkomende misstanden worden opgeheven. Op basis van vroegtijdige onderkenning van probleemsituaties wordt met het uitvoeren van preventieactiviteiten getracht dreigende problemen te voorkomen. Bij preventie kan het gaan om thematische voorlichting over bepaalde probleemsituaties, maar bijvoorbeeld ook om het vroegtijdig opsporen of voorkomen van problemen bij specifiek risicolopende groepen of individuen.
- Organiseren en coördineren van zorg, is te omschrijven als het tot stand brengen van een samenhangend hulppakket rond een, meestal, complexe hulpvraag, dit wordt ook wel casemanagement genoemd. De casemanager organiseert en coördineert het hulpverleningsaanbod op basis van de hulpvraag van de cliënt. Het gaat er met name om dat ervoor zorggedragen wordt dat de hulpvrager de benodigde hulp en zorg krijgt. En wel zo dat de manier waarop, ondersteunend, effectief en efficiënt is, zodat de hulpvrager zo onafhankelijk mogelijk blijft functioneren⁴².

⁴¹ Beroepsprofiel 1987.

⁴² Willems 1996.

Veel maatschappelijk werkers oefenen hun beroep uit in een organisatie met een ander doel dan psychosociale hulpverlening

De werkomstandigheden waarin deze mensen werken stellen specifieke eisen aan hun bekwaamheden, zowel vanwege de eisen die de organisatie aan de beroepsuitoefening stelt als vanwege het kenmerkende cliëntenbestand.

We spreken in dezen over ingebouwd maatschappelijk werk.

3.2 De maatschappelijk werker en zijn cliënten

Hoe komt de maatschappelijk werker in contact met zijn cliënten? Meestal zullen zij niet uit zichzelf naar de maatschappelijk werker. Er zijn vier wegen te onderscheiden waarlangs de cliënt in contact kan komen namelijk;

- a. Op initiatief van de cliënt;
- b. Via verwijzing door anderen in de organisatie;
- c. Via standaard criteria;
- d. Door deelname van de maatschappelijk werker aan interdisciplinair overleg.

ad a Mensen die zelf naar de maatschappelijk werker stappen zijn in staat het probleem waarvoor ze hulp willen te verwoorden en hebben een beeld van wat de maatschappelijk werker voor hen kan betekenen. Bekendheid met de deskundigheid en de persoon van de maatschappelijk werker speelt daarbij een grote rol

ad b Uit hoofde van hun functie stuiten de artsen en de verpleegkundigen in de organisatie op problemen van patiënten waarvoor zij naar maatschappelijk werk verwijzen. Zij verwoorden als het ware het probleem van de patiënt. De moeilijkheid van dit type verwijzingen is dat de verwijzer psychosociale problematiek moet kunnen signaleren en betrokkene moet weten te motiveren tot hulp. De verwijzer zal daarvoor inzicht en vertrouwen moeten hebben in de vakbekwaamheid van de maatschappelijk werker. Om dit te kunnen bereiken is het essentieel dat de maatschappelijk werker zijn vakbekwaamheid aan de hand van concrete casuïstiek kan illustreren.

ad c Om minder afhankelijk te zijn van het signalerend vermogen van de verwijzer kan de maatschappelijk werker ervoor kiezen om met bepaalde categorieën patiënten altijd in contact te komen. Ik denk hierbij aan patiënten uit de eerder beschreven risicogroepen. Maar er kan ook aan de hand van vaste criteria (protocollen) naar het maatschappelijk werk worden doorverwezen. De vooronderstelling die hierachter ligt is dat bepaalde categorieën patiënten, zij die met multi problematiek te maken hebben, een hoog risico hebben op psychosociale problemen. Het grote voordeel van deze werkwijze is dat de maatschappelijk werker *zelf* in samenspraak met de potentiële cliënt bepaalt of hulp gewenst is. Hij kan direct aan de potentiële cliënt duidelijk maken welke hulp hij te bieden heeft en kan samen met de client verkennen of diens situatieaanleiding geeft tot het aangaan van een hulpverleningsrelatie. De maatschappelijk werker zal dan wel moeten kunnen omgaan met het gegeven dat er iemand tegenover hem zit die nog geen hulpvraag heeft en dikwijls niet weet waarom een gesprek met de maatschappelijk werker gewenst is.

ad d Binnen de GGD zal de maatschappelijk werker deel uitmaken van interdisciplinair overleg zoals het patiëntenoverleg, wat wekelijks plaatsvindt of het zgn. koppeloverleg, wat maandelijks plaatsvindt. Hierin komen ook de psychosociale aspecten van problemen van de huidige patiënten aan de orde.

In onderling overleg wordt dan bepaald wie naar het maatschappelijk werk worden doorverwezen. Deze weg om in contact te komen met cliënten vormt een soort middenweg tussen ad-hoc verwijzingen en verwijzing op basis van objectieve criteria. Deelname aan dit overleg vormt voor de maatschappelijk werker een prima basis om de samenwerking te versterken.

3.3 De basisregels welke de maatschappelijk werker hanteert

De volgende basisregels worden onderscheiden:

- Onderscheiden naar persoon en situatie. In het hulpverlenend handelen is er altijd sprake van persoonlijke factoren en van een situatie waarbinnen de problematiek zich voordoet. Om tot een goed gericht methodisch handelen te komen, moet de maatschappelijk werker de probleemfactoren van persoon en situatie kunnen onderscheiden en de verbanden daartussen kunnen zien.
- Diagnose bepalen. Vanuit dit onderscheidend bezien van persoon en situatie zal de werker samen met de cliënt moeten komen tot een vaststelling van de problematiek. Met inschatten wordt hier aangegeven dat een absolute vaststelling in veel gevallen niet haalbaar is. Wel kan de inschatting zo nauwkeurig mogelijk worden omschreven als stilgestaan wordt bij respectievelijk de feitelijke situatie, de situatie die gewenst geacht wordt, de factoren die de situatie belemmeren en de factoren die de situatie bevorderen.
- Planmatig werken. De maatschappelijk werker werkt samen met de cliënt aan problemen op een doordachte wijze en aan de hand van een met de cliënt vastgesteld plan. Op deze wijze wordt systematiek aangebracht waardoor aangegeven wordt welke activiteiten in de hulpverlening worden ondernomen en wanneer en is gericht op de wenselijk geachte situatie.
- Sturen van communicatie. Vaak heeft de cliënt bij voorbaat al een bepaald beeld van de maatschappelijk werker en dit zal in zijn boodschappen tot uiting komen. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat in de wijze van communiceren in het eerste gesprek de cliënt een afwachtende of afhankelijke rol aanneemt, zal de maatschappelijk werker duidelijk moeten maken dat een dergelijke wijze van communiceren belemmerend kan zijn voor het hulpverleningsproces.
- Begeleiden. Het methodisch proces zal zich voor een groot deel kenmerken door een bepaalde vorm van begeleiding. De maatschappelijk werker zal over voldoende relationele vaardigheden moeten beschikken om die begeleiding positief te laten verlopen. Daarbij is het van belang dat de werker zich bewust is voortdurend bezig te zijn met beïnvloeding en dat hij zelf ook beïnvloed wordt door de cliënt en zijn omgeving.
- Evalueren. Een evaluatie gaat vooraf aan een beslissing; bijvoorbeeld welke richting in het hulpverleningsproces ingeslagen zal worden, of de beslissing dat het proces beëindigd kan worden. Voor de werker tot evaluatie overgaat stelt hij de uitgangspunten voor de evaluatie vast. Doel en beslissing zijn daarbij vaste gegevens. Daarnaast zullen feiten, sfeer en gevoelens een rol spelen. De werker gaat na wat er gedaan of gebeurd is, hoe hij dit alles interpreteert en welk oordeel hij eraan kan verbinden.

3.4 Kenmerken van de professionele relatie inzake multiproblematiek

Een professionele relatie kenmerkt zich door de volgende aspecten:

- Er is een doelstelling, deze doelstelling zijn cliënt en werker samen overeengekomen. Dit betekent dat de doelstelling goed is doorgesproken en dat zij dat beiden weten. In de doelstelling staat zeker iets vermeld van de hulp die verwacht wordt en gegeven kan worden.
- De relatie duurt niet eeuwig. Zowel de cliënt als de werker dienen ervan doordrongen te zijn dat hun contact, ook waar het de tijdsduur betreft, niet vrijblijvend is. Juist het vrijblijvend omgaan met tijd kan de afhankelijkheid van de cliënt sterk bevorderen. Vandaar ook dat in de methode van het taakgericht casework de tijdslimiet zo nadrukkelijk wordt bepaald. Het stellen van een tijdslimiet in de hulpverlenende relatie spoort de betrokkenen –cliënt en werker– aan tot het doelgericht werken aan de hulpvraag.
- De relatie is er omwille van de cliënt en de hulpverlener. Cliënt en hulpverlener zullen op een of andere manier ‘on speaking terms’ met elkaar moeten zijn. Dat betekent dat de kwaliteit van de relatie mede bepaald wordt door de kwaliteit van de interactie tussen hulpverlener en cliënt. Hoewel de hulpverlener in de relatie duidelijk maakt dat zijn activiteit erop gericht is de cliënt te assisteren bij het oplossen van zijn probleem, moet de relatie ook aan de maatschappelijk werker ruimte bieden zijn deskundigheid in de relatie te brengen. De cliënt moet ervan verzekerd zijn dat de werker handelt krachtens zijn professionele code en dat geheimhouding verzekerd is.
- Gezag. In een professionele relatie kan sprake zijn van macht wanneer de hulpverlener probeert de hulpvrager (min of meer) te dwingen te doen wat hij goed acht voor de cliënt. Toch moet machtsuitoefening duidelijk onderscheiden worden van *gezag* in de relatie. De maatschappelijk werker heeft een bepaalde kennis op het terrein van de problematiek van de cliënt. Op grond daarvan kent deze hem ook een bepaald gezag toe en tegelijkertijd is dit een appèl op de verantwoordelijkheid van de werker. Daarin ligt het verschil met macht, want bij het uitoefenen van macht staat die verantwoordelijkheid niet meer centraal. Dan bepaalt de werker wat er moet gebeuren en de cliënt heeft zich daaraan te houden. Professioneel gezag beperkt zich echter tot een mening, een visie van de werker. Er blijft natuurlijk een spanningsveld tussen gezag en macht, vooral in hulpverleningsrelaties waarbij de cliënt min of meer gedwongen wordt tot zo’n relatie.
- Zelfbeheersing. In zijn methodisch handelen dient de werker zich bewust te zijn van de dingen die hij doet. Dit sluit spontane reacties of intuïtief handelen niet uit. Het betekent wel dat de werker in staat is zijn handelen en de gevolgen daarvan te overzien en dat hij zich niet laat meeslepen.
- Echtheid. Het is ook van belang dat de werker echt en authentiek is, met andere woorden: er moet overeenstemming zijn tussen wat je zegt of doet en hetgeen je ervaart. Wanneer de werker met zo’n echtheid de cliënt tegemoet kan treden, is dit een aansporing voor de cliënt tot echt gedrag.
- Transparantie. Het handelen en de keuzen van de hulpverlener met betrekking tot wat te doen of te laten in het contact met de cliënt moet herkenbaar en controleerbaar zijn voor hem. Ook de wijze waarop de werker reageert op gebeurtenissen tussen hem en de cliënt moet voor de cliënt doorzichtig zijn en eventueel bespreekbaar. Door te reageren op wat er in het gesprek tussen hulpverlener en cliënt gebeurt, kan de hulpverlener het gesprek zelf ook gebruiken

om de cliënt te helpen beter met bepaalde situaties om te gaan. Wanneer de cliënt bijvoorbeeld snel agressief reageert, kan de hulpverlener hier direct in het gesprek op ingaan om op die manier iemand te helpen beter met zijn agressie om te gaan.

- Gelijkwaardigheid. In de wijze waarop de werker met de cliënt omgaat, moet duidelijk zijn dat hij de cliënt als gelijkwaardig beschouwt. Dit mag niet worden verward met *gelijkheid*. De posities van werker en cliënt zijn niet gelijk ten opzichte van elkaar: ieder is in het contact aanwezig met een eigen opdracht en een eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot de samenwerking.

3.5 Ingebouwd maatschappelijk werk

Ingebouwd maatschappelijk werk onderscheidt zich van andere werkerterreinen waar de maatschappelijkwerkfunctie wordt uitgeoefend door de volgende kenmerken:⁴³

1. Het primaire doel van de organisatie waarmee de maatschappelijk werker een arbeidsovereenkomst is aangegaan betreft niet het uitvoeren van psychosociale hulpverlening maar in ons geval het beschermen van de volksgezondheid.
2. De taak van de maatschappelijk werker wordt begrensd door de doelen en taakopvatting van de organisatie. De maatschappelijk werker wordt ingezet als medewerker ter bereiking van de doelen van de organisatie.
3. Bij de uitoefening van zijn functie werkt de maatschappelijk werker samen met medewerkers die het vak maatschappelijk werk niet of slechts oppervlakkig kennen.
4. Het maatschappelijk werk richt zich op een specifieke – van het doel van de organisatie afgeleide – doelgroep.

Ingebouwd maatschappelijk werk levert voor cliënt en de GGD voordelen op immers de maatschappelijk werker:

- Is aanwezig op de plaats waar psychosociale problemen in de wisselwerking tussen individu en organisatie kunnen ontstaan of zich manifesteren.
- Kent de organisatie en de daarin heersende werkwijzen van binnenuit.
- Heeft de mogelijkheid de organisatie te beïnvloeden..

Voor de hulpverlening aan de cliënt is dit van groot belang. De cliënt treft een hulpverlener aan die begrijpt wat het betekent om tuberculose te hebben en een daarvoor noodzakelijke medische behandeling te moeten ondergaan. Dit voordeel wordt nog eens onderstreept wanneer de maatschappelijk werker tevens sociaal verpleegkundige is, er kan dan gesproken worden over functiedifferentiatie. Binnen de intramurale gezondheidszorg treft men ingebouwd maatschappelijk werk vooral aan in bijvoorbeeld ziekenhuizen, verpleeghuizen etc. In de extramurale gezondheidszorg vindt men ingebouwd maatschappelijk werk binnen de GGD'n bij de afdeling Jeugdgezondheidszorg doch bij de afdeling Algemene Gezondheidszorg, waaronder de tuberculosebestrijding valt, is deze functie onbekend.

3.6 Samenvatting

In het voorafgaande heb ik de lezer duidelijk gemaakt hoe het Kernprofiel van het maatschappelijk werk eruit ziet en dat daarbij zijn vier kerntaken te onderscheiden maar niet te scheiden zijn en op welke wijze de maatschappelijk werker met zijn cliënten in contact komt. Voorts zijn de basisregels aan bod gekomen welke de maatschappelijk werker hanteert met betrekking tot het methodisch handelen, wat de kenmerken van de professionele relatie zijn en wat ingebouwd maatschappelijk werk precies inhoudt.

⁴³ Van Riet en Mineur 1997.

4 Uitvoering kerntaken door het ingebouwd maatschappelijk werk

In dit hoofdstuk zal ik mij gaan richten en het verder uitwerken van de eerder genoemde kerntaken en op welke wijze deze kunnen worden gebruikt binnen de tuberculosebestrijding. Om een duidelijk beeld te geven zal ik dit vaak doen aan de hand van casuïstiek, dit is mogelijk omdat ik vanuit mijn werkomgeving frequent in contact kom met de doelgroep.

4.1 Psychosociale hulpverlening

In dit onderdeel van de hulpverlening wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de voorwaarden die vervuld moeten worden om de patiënt en zijn directe leefomgeving op een voor hen beiden zo goed mogelijke wijze te laten omgaan en leven met elkaar tijdens de behandeling van de ziekte. Een goede ondersteuning vanuit de leefomgeving van de patiënt is een belangrijke bijdrage tot herstel. Dit betekent niet alleen aandacht voor de patiënt zelf en voor de kwaliteit van diens directe leefomgeving. Maar ook door het bieden van steun en begeleiding door de maatschappelijk werker waar de kwaliteit van die omgeving verbeterd moet worden teneinde de therapietrouw en dus de genezingskansen van de patiënt te vergroten. Het gaat hierbij dus om het zoeken en werken aan een balans tussen draaglast en draagkracht van de patiënt en het patiëntstelsel. Verschillende methodieken staan hierbij de maatschappelijk werker ten dienste. Het gaat er hierbij om op bewust gebruik te maken van de juiste methode op het juiste moment⁴⁴, anders gezegd de maatschappelijk werker is in staat eclectisch te werken. Het gaat hier om de volgende methodieken;

4.1.1 Casework

Casework is een individuele benaderingswijze waarbij het werken aan de persoon van de cliënt centraal staat.

Zoals hoort bij een methodische werkwijze is het hele proces, dat het verloop van de hulpverlening beschrijft, in de volgende stappen onder te brengen:

1. aanmelding
2. assessment
3. doelstelling
4. afspraken werkzaamheden en verantwoordelijkheden
5. verslaglegging
6. evaluatie en afsluiting

Ad 1 Aanmelding

Al dan niet op eigen initiatief komt de cliënt in contact met de maatschappelijk werker. Allereerst wordt gekeken of de cliënt bij de juiste instelling is. Zo niet dan wordt de cliënt zo snel mogelijk doorverwezen. Voor een cliënt met een alcoholprobleem, bijvoorbeeld, zit deze niet op de juiste plaats bij de tuberculosebestrijding. Wel kan de maatschappelijk werker werken met een cliënt die therapieontrouw is.

Ad 2 Assessment

De maatschappelijk werker verzamelt samen met de cliënt relevante gegevens, daarmee moet het volgende duidelijk worden:

wat is precies de vraag van de cliënt

wat kan de cliënt zelf bijdragen aan de oplossing van zijn probleem?

⁴⁴ Mönnink 1999.

Welke hulpbronnen zijn in de omgeving van de cliënt aanwezig waarvan deze gebruik kan maken bij de oplossing van zijn probleem?

Wat of wie op professioneel terrein heeft de cliënt nodig om zijn probleem op te lossen?

Tijdens de assessmentfase kan overwogen worden om in plaats van individuele hulpverlening een ander hulpverleningsaanbod te doen bijvoorbeeld deelname aan een groep.

Ad 3 Doelstelling

Als uitkomst van hetgeen tijdens de assessmentfase is verzameld, wordt samen met de cliënt een doelstelling van de hulpverlening geformuleerd en worden in het kader daarvan de te zetten stappen benoemd. Het doel moet concreet geformuleerd worden, zodat ook duidelijk is wanneer het is bereikt.

Ad 4 Afspraken over werkzaamheden en verantwoordelijkheden

Bij het vaststellen van het doel is het belangrijk niet alleen afspraken te maken over de tijdsduur van de hulpverlening, maar ook over de inhoud van de werkzaamheden die nodig zijn om het doel te bereiken. Wie gaat wat wanneer doen? Wie is waar verantwoordelijk voor? Tijdens het maken van de afspraken begint de hulpverlening vorm te krijgen, maar ook wordt er duidelijk hoe het motivatie van de cliënt gesteld is. Het spiegelbeeld van de motivatie is de weerstand. Weerstand tegen verandering, tegen het nieuwe, het bedreigende. Je weet wat je hebt en niet wat je krijgt.

Ad 5 Verslaglegging

Zowel over de formulering van de hulpvraag, de doelstelling, de afspraken over de werkwijze en verantwoordelijkheden alsook van het verloop van de hulpverlening moet een verslag worden gemaakt, zodat het proces voor beiden controleerbaar is.

Het is van belang dat de cliënt afschriften van deze verslaglegging in zijn bezit heeft, te beginnen bij het hulpverleningscontract waarin de wederzijdse afspraken en verantwoordelijkheden beschreven zijn.

Ad 6 Evaluatie en afsluiting

Evaluatie dient niet alleen plaats te vinden bij het afsluiten van de samenwerking. Evaluatie moet een voortdurende activiteit zijn tijdens het geplande hulpverleningsproces. Na ieder afgeronde taak moeten maatschappelijk werker en cliënt besluiten of de gestelde doelen zijn bereikt en of de wijze waarop de doelen gerealiseerd zijn de beste manier van werken voor cliënt en werker waren.

Tijdens het eind van het hulpverleningscontact wordt tijdens de evaluatie aandacht besteed aan twee items: wat is het resultaat van de hulpverlening voor deze cliënt en hoe hebben we samengewerkt. Evaluatie en kwaliteitszorg zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden

4.1.2 Taakgericht casework

Hierbij staat het werken aan het probleem en niet aan de persoon van de cliënt centraal. Er wordt gekeken wat het acute probleem is en hoe dat hier en nu moet worden aangepakt. Hierbij kan gedacht worden aan problemen met formele organisaties, ontoereikende hulpbronnen etc⁴⁵.

In het taakgericht casework wordt gewerkt met taken die door cliënt en werker, buiten de gesprekken om, kunnen worden uitgevoerd. Hierbij moet een taak aan twee eisen voldoen; de

⁴⁵ Reid 1995.

taak moet samen met de werker gepland en overeengekomen zijn en de cliënt moet er buiten de gesprekken om aan kunnen werken.

Taken zijn niet vrijblijvend, de cliënt moet verslag doen. De werker heeft de verantwoordelijkheid om de opbouw in de taken te bewaken. De werker kan zelf taken op zich nemen (met toestemming van de cliënt). Ook hier vindt behandeling plaats op basis van een contract tussen cliënt en werker, er moet duidelijke overeenstemming zijn over *wat, hoe* en *wie*. Taakgericht casework stelt eisen aan de cliënt en is daarom niet geschikt voor iedereen, het belangrijkste in dezen is dat de cliënt zijn probleem erkent.

4.1.3 Crisisinterventie

Mevrouw van As heeft een jaar klachten van haar knie gehad voordat de diagnose bot tuberculose werd gesteld. Zij is, zo blijkt uit de intake, in het afgelopen jaar bij 3 huisartsen, 4 specialisten en een alternatief genezer geweest voordat uiteindelijk de diagnose werd vastgesteld. Nu heeft zij de medicatie voor de behandeling maar weigert deze in te nemen, het kan geen tuberculose zijn want zij heeft nooit contact gehad met een tuberculosepatiënt. Zij zegt dat achter haar rug om door de artsen over haar wordt gesproken en haar deze diagnose hebben opgeplakt om van haar af te zijn. Zij is zeer emotioneel, heeft haar baan verloren en heeft nu een niet goed lopende uitkering. De verpleegkundige die haar thuis bezoekt spant samen met de artsen zodoende verbreekt zij het contact met de verpleegkundige. Het is nu onzeker of zij haar medicatie wel (goed) inneemt.

Onder een crisis wordt verstaan: een emotionele reactie op een situatie die als bedreigend en onoplosbaar beleefd wordt. Een persoon in een crisis acht zich op dat moment niet in staat de problemen het hoofd te bieden. Het is van het grootste belang de verschijnselen van 'crisis-achtig gedrag' tijdig waar te nemen. Deze verschijnselen zijn; emotionele ontreddering, verwarring, voortdurend mislukkende pogingen om de crisis op te lossen, symptomatisch gedrag. Crisisinterventie is het tussenbeide komen tijdens zo'n crisis. Het doel daarbij is de balans te herstellen. Hierbij wordt niet de 'normale' weg bewandeld zoals bij het eerder beschreven casework. Het is in dezen zaak onmiddellijk te handelen, hierbij staat het crisisgedrag van de cliënt centraal. Het is van belang tot een concrete vraagstelling te komen teneinde de situatie in kaart te kunnen brengen. De behandeling kenmerkt zich door een praktische aanpak waarbij de maatschappelijk werker meer doet dan luisteren naar de inhoud van het crisis verhaal. Gelijktijdig wordt gelet op non-verbale aspecten, is hij alert op medicijngebruik en of er symptomen zijn van alcohol- en drugsgebruik. met name de aandacht voor de angst van betrokkene staat centraal.

Gefaseerde aanpak van de crisis is van belang, als mogelijke fasen kunnen worden genoemd⁴⁶:

- Taxatie. De werker stelt zich in deze fase twee vragen: kan de hulpvraag vertaald worden in termen van crisisinterventie en op welke wijze moet de crisis worden benaderd?
- Exploratie. Het gaat om een snelle relatieopbouw met de cliënt, waarin vertrouwen, geruststellen en emotionele opvang centraal staan. Tijdens deze fase moet de vaak verwarrende hulpvraag concreet worden gemaakt, met name door korte, heldere en doelgerichte vraagstelling: wie, hoe, wat, wanneer?
- Doelen en afspraken. Het ordenen staat centraal om uit de crisis te geraken. Vaak kan de cliënt zelf tot een keuze komen, zo niet dan zal de werker het voortouw nemen. Met name wordt aandacht geschonken aan wie wat doet en op welke termijn.

⁴⁶ Van den Berg 1997.

- Interventies kiezen. Het gaat daarbij om de uitvoering van een beperkt aantal gesprekken binnen een gestelde termijn. Mogelijke interventies zijn; materiele hulp bieden, een houvast aanreiken.
- Taken uitvoeren. Het gaat hierbij niet alleen om de taken van de werker, maar ook om die van de cliënt en andere betrokkenen.
- Evaluatie en afronding. Net als bij andere methodieken heeft ook crisisinterventie een eindig karakter zo ook zal er een evaluatiemoment plaatsvinden waarin nagegaan wordt welke de veranderingen na de crisis zijn en of er nog op andere wijze moet worden gewerkt.

Het bieden van structuur staat centraal.

4.1.4 Outreaching werken

Eerstelijns hulpverlening dient laagdrempelig te zijn, maar het blijkt dat desondanks een groeiende groep mensen (risicogroepen) deze hulpverlening niet weet te bereiken. Bij outreaching werken gaat het erom mensen te bereiken welke daar zelf niet om vragen waarvan de hulpverlener aanneemt dat hulp zinvol kan zijn⁴⁷. Dit kan door ‘invoegen’, dat wil zeggen aansluiten bij datgene waar de cliënt op dat moment mee bezig is en op betrokken is. Deze methodiek vergt van de werker een hoge frustratietolerantie, een grote creativiteit en het vermogen op een relativerende manier met eigen normen en waarden om te gaan. De cliënt heeft toch al vaak het gevoel dat niemand in hem is geïnteresseerd. Het is het balanceren tussen individueel en maatschappelijk (volksgezondheid) belang.

Ongeveer een jaar geleden belde mij de vriendin van Ron. Hij zou sterk zijn vermagerd en te hoesten, of ik een oplossing weet. Ik ken beiden als zijnde drugsverslaafd. Navraag van mijn kant bij de GGD blijkt dat hij een casemanager heeft echter het contact staat op een laag pitje. Toch kan ik beroep doen op deze hulpverlener om samen een kijkje bij Ron te gaan nemen. Hij blijkt inderdaad ernstig ziek en is sterk vermagerd. Hij wil absoluut niet naar het ziekenhuis want daar wordt, bij eventuele opname, de methadon afgebouwd. Na twee gesprekken kan ik hem overtuigen langs te komen bij de GGD voor diagnostiek, hij blijkt een longontsteking te hebben en wordt met antibiotica behandeld. Een maand geleden belde Ron zelf op met de vraag of ik langs wilde komen, hij had dezelfde klachten als vorig jaar, na onderzoek bleek hij tuberculose te hebben. Hiermee geef ik aan dat mijn outreaching werken geslaagd is.

4.1.5 Ecologische benadering

Volgens de ecologische visie ontstaan problemen niet doordat een persoon slecht functioneert, of doordat de omstandigheden zo ongunstig zijn, maar doordat iemand in zijn eigen omgeving niet meer over de contacten of hulpmiddelen beschikt die hij nodig heeft om zijn problemen op te lossen. Bij deze benadering gaat het om het (her)ontdekken van de hulpbronnen die iemand in zijn leefomgeving heeft (maar niet gebruikt) of zou moeten hebben⁴⁸. Door het samen met de cliënt in kaart brengen van het netwerk, door middel van het ecogram, wordt inzichtelijk welke hulpbronnen er zijn en waar reparatie of versterking noodzakelijk is.

4.1.6 Groepswerk

Centraal staat hierbij het belang van het jezelf helpen door elkaar te helpen. Ook het met elkaar delen van ervaringen waarvan mensen soms denken dat zij de enige zijn die de ervaring

⁴⁷ Henselmans 1991.

⁴⁸ Watzlawick 1970.

hebben kan mensen helpen op een betere manier met hun ziekte om te gaan⁴⁹. Tuberculose zit nog teveel in een taboesfeer zeker bij patiënten afkomstig uit Afrikaanse landen waar de ziekte duizenden slachtoffers maakt. Toch is het zo dat dit groepswork niet zonder meer te vergelijken is met groepswork dat we instellingen voor maatschappelijk work tegenkomen. Dit betekent dat een aantal basisuitgangspunten moeten worden aangepast aan onze situatie. Zo zal het aantal bijeenkomsten worden bepaald door de behandelduur, de frequentie van de bijeenkomsten door wat er aan tijdsruimte beschikbaar is en de groepsgrootte door het aantal aanwezige patiënten die kunnen en willen deelnemen.

Er zijn minstens twee redenen aan te geven waarom het groepswork vanuit de GGD kan worden aangeboden:

De groepen worden georganiseerd in situaties waarin sprake is van een specifieke ziekte of gevolgen van de behandeling bijvoorbeeld bijwerking van de medicijnen en hoe hiermee om te gaan. Het groepswork is dan onderdeel van de behandeling⁵⁰.

Het werken als groepswerker in dergelijk soort groepen vereist van de groepswerker grondige kennis van het ziektebeeld en de gevolgen die de ziekte heeft voor de zieke en diens omgeving. Het groepswork heeft vooral een informatief karakter

Laatst was ik aan het surfen op het internet en kwam terecht op een website voor patiënten met tuberculose. Tot mijn verbazing stond het werkelijk bol van de vragen. De vragen werden over het algemeen beantwoord door studenten geneeskunde maar ook door “oud patiënten”, de zogenaamde ervaringsdeskundigen. Zeer informatief, waarom zou zoiets niet door de GGD georganiseerd kunnen worden vroeg ik mij af.

4.2 Concrete en informatieve hulpverlening

Behalve dat de wil om goed (samen) te leven bij de patiënt en diens omgeving aanwezig moet zijn als conditie voor herstel, zullen ook concrete voorwaarden vervuld moeten worden om e.e.a te realiseren. De maatschappelijk werker beschikt over kennis van relevante wet- en regelgeving en kent de wegen die begaan moeten worden om de patiënt en diens leefomgeving ‘tot hun recht’ te laten komen.

Voorbeelden hiervan zijn; het verkrijgen van een verblijfsvergunning voor de duur van de behandeling⁵¹, het verkrijgen van onderdak, het verkrijgen van een uitkeringen, vergoedingen en subsidies, het regelen van hulp bij andere instanties of instellingen zoals thuiszorg.

Bij de heer Akhlal is tuberculose geconstateerd, hij is illegaal en heeft geen onderdak. Door interventie van mijn kant bij maatschappelijk work van de Kessler stichting (dak- en thuislozen opvang) wordt er, ondanks zijn illegaliteit, toch een bed geregeld voor de duur van een maand, tussentijds zal een beroep worden gedaan op de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers waardoor de heer kan worden ondergebracht in een centrum voor asielzoekers voor de duur van zijn behandeling.

4.3 Onderzoek en rapportage

Deze taak omvat het leveren van een bijdrage door middel van onderzoek en rapportage aan derden, aan instanties die beslissingen moeten nemen over toewijzing van voorzieningen ten behoeve van de patiënt in verband met de ziekte. Hierbij kan gedacht worden rapportage in het kader van opname in een sanatorium, aangepaste huisvesting, het verlenen van financiële

⁴⁹ Helper-principle van Riesman.

⁵⁰ Van Riet 2001.

⁵¹ Voor buitenlanders die illegaal in Nederland verblijven geldt de met Justitie gemaakte afspraak dat deze, wanneer de diagnose tuberculose gesteld is, de behandeling Nederland mogen ondergaan zonder dreiging van uitzetting.

ondersteuning etc. gegevens uit onderzoek en rapportage kunnen tevens gebruikt worden voor ontwikkeling van beleid en het jaarverslag.

4.4 Signaleren, belangenbehartiging en preventie

Vanuit het werken met patiënten en hun omgeving kunnen tekorten en gebreken in regelingen en voorzieningen of in de uitvoering ervan geconstateerd worden. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de maatschappelijk werker deze tekorten en gebreken te signaleren, te registreren en onder aandacht te brengen van de eigen organisatie, relevante instellingen en organisaties.

In de huidige RVA-regeling (Regeling Verstrekkingen Asielzoekers) constateer ik een hiaat. Vreemdelingen (illegalen) met tuberculose kunnen een beroep doen op art.64 van de Vreemdelingenwet. Hierin staat vermeld dat uitzetting achterwege blijft zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen. Tevens kunnen zij dan een beroep doen op de RVA-regeling. Hierdoor komen ze in aanmerking voor een financiële toelage en dekking van de medische verstrekkingen overeenkomstig de door het Centraal Orgaan Asielzoekers (COA) getroffen ziektekosten regeling. Dit betekent dat zij ook aanspraak kunnen maken op opvang en onderdak in een asielzoekerscentrum, in de praktijk is dit een AZC (asielzoekerscentrum), over het algemeen maken alleenstaanden hier gebruik van. Ook is het mogelijk dat de vreemdeling enkel administratief wordt ingeschreven bij het COA. De vreemdeling doet dan geen aanspraak op opvang maar blijft woonachtig op zijn huidige adres, de andere voorzieningen blijven van kracht.

Op het eerste gezicht lijkt de RVA een humane regeling, echter wanneer de keuze valt op louter administratieve plaatsing en wanneer de regeling ontleed wordt blijkt dat de regeling voor deze groep geen voordeel biedt, zeker wanneer een gezin er gebruik van zou willen maken.

Dit blijkt uit het volgende;

Kiest, de zieke, kostwinner voor plaatsing, samen met zijn gezin in een AZC, dan zal dat veel consequenties voor de toekomst hebben. Het huis moet worden verlaten, de middelen van inkomsten worden opgegeven, de kinderen moeten van school worden gehaald, het vaak moeizaam opgebouwde sociale netwerk valt in duigen en na genezing van de patiënt zullen zij het AZC moeten verlaten en krijgen zij de aanzegging Nederland te verlaten. De financiële toelage waar over gesproken wordt bestaat voor een alleenstaande uit 160 euro per maand. Voor de patiënt met een gezin uit maximaal 360 euro per maand.

Dit staat in schril contrast met de Algemene Bijstandsuitkering want dan bedraagt het bedrag voor de alleenstaande uit ongeveer 600 euro en voor een echtpaar 1200 euro per maand. (kleine verschillen per gemeente daargelaten en exclusief kindertoelage). Over het bovenstaande heb ik melding gemaakt bij het COA.

Belangenbehartiging betreft niet alleen het belang van de individuele patiënt maar eveneens van groepen patiënten, zeker wanneer dit een bijdrage tot preventie kan zijn. Hieronder versta ik probleemsituaties te voorkomen die het gevolg zijn van eerdere gebeurtenissen, bijvoorbeeld;

Door de longarts in een ziekenhuis wordt bij de heer Groot de diagnose tuberculose gesteld, de longarts is op de hoogte dat hij onverzekerd is, toch worden hem voor de benodigde medicatie, recepten meegegeven. De heer kan de medicatie niet betalen en zit dus met een probleem. Uiteraard wordt de medicatie gratis door de GGD verstrekt, maar ook zal met de longarts een gesprek worden aangegaan om dit in het vervolg te voorkomen. Voorop staat dat belangenbehartiging er toe moet bijdragen dat de patiënten de greep op het bestaan behouden of herkrijgen.

Onder belangenbehartiging valt ook pleitbezorging, soms moet de verantwoordelijkheid van de cliënt worden overgenomen.

Mevrouw Smal heeft bottuberculose aan de knie, hierdoor kan zij moeilijk uit haar stoel komen, een zogenaamde sta-op stoel zou uitkomst bieden echter haar telefonische aanvraag bij de thuiszorg is afgewezen. Dit is onrechtvaardig en door het samen schrijven van een brief aan de thuiszorg kan ik haar helpen de juiste procedure in dezen te volgen.

4.5 Organiseren en coördineren van zorg

Casemanagement is te omschrijven als het tot stand brengen van een samenhangend hulppakket rond een, meestal, complexe hulpvraag. De casemanager organiseert en coördineert het hulpverleningsaanbod op basis van de hulpvraag van de cliënt. Het gaat er met name om dat ervoor zorggedragen wordt dat de hulpvrager de benodigde hulp en zorg krijgt. En wel zo dat de manier waarop, ondersteunend, effectief en efficiënt is, zodat de hulpvrager zo onafhankelijk mogelijk blijft functioneren⁵².

Casemanagement is hierbij dus het sleutelwoord, echter dit begrip kan op vele manieren uitgelegd worden⁵³. Om dit duidelijk te maken schets ik de modellen van H.Ross en P. van Lieshout.

H.Ross	P.van Lieshout
A.Minimaal model outreach ⁵⁴ cliëntassessment ⁵⁵ caseplanning overdracht aan hulp- en dienstverleners.	A Makelaarsmodel Casemanager bemiddelt tussen cliënt en instelling, organiseert de toegang tot de juiste hulp.
B.Coördinatiemodel outreach cliëntassessment caseplanning overdracht aan hulp- en dienstverleners belangenbehartiging voor en direct werken met de cliënt ontwikkelen van natuurlijke hulpbronnen.	B Individueel begeleider Casemanager heeft dagelijks contact met de cliënt en traint de dagelijkse vaardigheden. Is de verbinding tussen instellingen en de cliënt, zorgt voor ontwikkeling en instandhouding van het sociale netwerk van de cliënt.
C.Uitgebreid model outreach cliëntassessment caseplanning overdracht aan hulp- en dienstverleners belangenbehartiging voor en direct werken met de cliënt ontwikkelen van natuurlijke hulpbronnen re-assessment het volgen van de hulpverlening crisisinterventie.	C.Therapeutisch Casemanagement Combinatie van therapie en casemanagement door een persoon

⁵² Van Riet en Wouters 2000.

⁵³ Van Riet en Wouters 2000.

⁵⁴ Ernaartoe gaan

⁵⁵ het verzamelen van relevante informatie voor en door de cliënt om via hulpvraagontwikkeling of behoeftebepaling tot doelbepaling te kunnen komen.

Het Casemanagement kent vijf basisfuncties:

Assessment. Zoals reeds eerder beschreven, is dit het verzamelen van relevante gegevens door de casemanager samen met de cliënt. Het gaat hierbij ook om de diens directe omgeving, daartoe wordt een ecogram gemaakt. De hulpvraag wordt geformuleerd waarbij ook wordt vastgesteld wat de cliënt, eventueel samen met zijn systeem, kan bijdragen aan de uitvoering van de hulpverlening, wie of wat in de omgeving bij de uitvoering van de hulpverlening kunnen worden betrokken en aan welke professionele hulpverlening behoefte is.

Planning. Op grond van bovenstaande wordt een hulpverleningsplan opgesteld, hierin worden de doelen en subdoelen beschreven. Maar ook welke activiteiten nodig zijn en bij wie welke taken en welke verantwoordelijkheden krijgen om een bijdrage te leveren aan het bereiken van de doelen. Ook is van belang vast te leggen welke resultaten beoogd worden zodat het hulpverleningsplan een functie bij de evaluatie kan hebben.

Linking. Casemanagers zorgen ervoor dat degenen die betrokken zijn of zullen worden bij de uitvoering van het hulpverleningsplan in het uitvoeringsteam worden opgenomen. Zo wordt er niet alleen samenhang in de hulpverlening aangebracht maar ook dat degenen die deelnemen leren samenwerken in een probleemsituatie waarin ieder een specifiek deel behartigt.

Monitoring. Casemanagers houden zich bezig met toezicht op de implementatie en de uitvoering van het hulpverleningsplan ten behoeve van de cliënt. Het gaat hierbij vooral op het toezicht houden op het nakomen van afspraken door alle betrokkenen met betrekking tot het tijdstip waarop dat wat is toegezegd is ook 'geleverd' wordt.

Evaluatie. Casemanagers evalueren het resultaat van de hulpverlening aan de cliënt, met de cliënt en de leden van het uitvoeringsteam

Binnen de GGD zou uitstekend gebruik gemaakt kunnen worden van de combinatie, genoemd eclectisch werken, van het "uitgebreide" model van Ross en het model van "individuele begeleider" van Van Lieshout. Er is echter een beperking namelijk dat de casemanager niet dagelijks contact heeft met de cliënt om vaardigheden te trainen, hij is dus niet zelf de therapeut. Zijn specifieke vaardigheden nodig, met uitzondering van assessment, dan wordt juist de gespecialiseerde hulpverlening erbij gehaald.

Het ontstane model kan getypeerd worden als intensief casemanagement.

Typering van intensief Casemanagement⁵⁶.

- Bij intensief casemanagement concentreert de casemanager zich op alle stappen van het hulpverleningstraject en richt zich op alle problemen van het gehele cliëntsysteem.
- Het is vraaggerichte hulpverlening.
- De casemanager is apart voor deze functie aangesteld en vervult geen andere taken als hulpverlener.
- Hij functioneert extern van het hulpverleningsaanbod en is dus qua werkwijze onafhankelijk.
- Hij is voor het gehele traject verantwoordelijk.

⁵⁶ Hoogendam en Vreenegoor, 2002

4.6 Profiel van een casemanager

Om aan het bovenstaande te kunnen voldoen moet de casemanager over een aantal eigenschappen beschikken, namelijk:⁵⁷

- hij moet handelend en doortastend kunnen optreden in crisissituaties of bij conflicten.
- Hij is iemand die over goede contactuele eigenschappen beschikt en in relatie met cliënten een open, betrouwbare indruk weet te wekken.
- Hij moet duidelijk kunnen maken wat van de cliënt verwacht wordt (confronteren) en wat de cliënt van de casemanager verwachten kan (consequent zijn).
- Hij moet ervoor zorgen dat bepaalde aspecten in het gedrag van de cliënt, bijvoorbeeld het “wegloop-gedrag” van drugsverslaafden, tijdens besprekingen op tafel komen zodat de hulpverleners hun begeleiding kunnen beginnen vanuit duidelijk geformuleerde afspraken.
- Hij is een behoorlijk gespreksleider, die bemiddelend optreedt bij ruzie en knopen doorhakt in een impasse.
- Hij kan een relativerende invloed uitoefenen in gevallen waarin de emoties hoog oplopen.
- Hij heeft een hoge frustratie-tolerantie en moet goed tegen zeuren en klagen kunnen.
- Hij moet met andere hulpverleners om kunnen gaan.
- Hij is in staat gestructureerd te denken en te werken.
- Hij is creatief in het bedenken en organiseren van nieuwe initiatieven.

4.7 Samenvatting

Kenmerkend voor de patiënten uit de besproken risicogroepen is dat zeer velen van hen psychosociale problemen hebben. Om hen daadwerkelijk hulp te kunnen bieden dan is intensivering van de bestaande manier van hulpverlening onvoldoende. De bestaande hulp- en dienstverlening is ontoereikend, de hulpverlening zou niet alleen gecoördineerd maar ook georganiseerd moeten worden. Doorverwijzing naar maatschappelijk werk is dan ook gewenst. Aan de hand van casuïstiek heb ik u laten zien hoe het ingebouwd maatschappelijk werk, vanuit zijn professionaliteit, hieraan invulling kan geven waarbij hem tal van methodieken ter beschikking staan.

Is er sprake van complexe psychosociale problematiek dan kan zelfs casemanagement noodzakelijk zijn. Juist de maatschappelijk werker is in staat de functie van casemanager te vervullen omdat hij de cliënt zelf als uitgangspunt neemt, de sociale kaart kent, om kan gaan met complexe psychosociale problematieken en hiervoor een adequaat hulpaanbod aan kan bieden. De casemanager gaat dus niet zelf behandelen, maar heeft als taak specialisten binnen te halen, om onder regie van cliënt en casemanager te gaan samenwerken teneinde een, op de hulpdoelen van de cliënt afgestemd, aanbod te doen. Voor de casemanager betekent dit: samen met het cliëntsysteem uitzoeken wat er loos is, waar behoefte aan is en er vervolgens voor te zorgen dat er integrale hulp komt.

Daarnaast heb ik, naast het werken met de cliënt, aangetoond dat maatschappelijk werk adequaat kan inspelen wanneer gebreken in regelingen en voorzieningen of in de uitvoering ervan geconstateerd worden.

⁵⁷ Le Grand, 1991.

4.8 Conclusie en gewenste situatie

Het moge duidelijk zijn dat de eerder door mij in hoofdstuk 1 beschreven *huidige* situatie moet worden toegeschreven aan verschillende, door mij beschreven, factoren.

Toch zal bij die patiënten met complexe psychosociale klachten de dienstverlening erop gericht moeten zijn dat er door de GGD beter gecoördineerd maar ook georganiseerd zal moeten gaan worden.

De vraag hoe dit gedaan kan worden om tot een gewenste situatie te komen, waardoor de gevolgen op het micro-, meso- en macro niveau op zijn minst zouden kunnen worden gereduceerd, kan worden bewerkstelligd is door op zijn minst een eenmalige verwijzing naar ingebouwd maatschappelijk werk. Hier zijn de volgende argumenten voor aan te voeren; maatschappelijk werk werkt vanuit een andere invalshoek dan de sociaal verpleegkundige, namelijk vraaggericht en niet aanbodgericht en het is niet de taak van maatschappelijk werk de volksgezondheid te bewaken waardoor hij zich kan concentreren op de patiënt met psychosociale klachten.

Aldaar zal de maatschappelijk werker *zelf* en in samenspraak met de potentiële cliënt bepalen of hulp is gewenst. In sommige gevallen zal casemanagement zelfs noodzakelijk zijn.

Vanuit zijn professionaliteit kan dan een samenhangend hulppakket rond een complexe hulpvraag tot stand worden gebracht met als doel het bevorderen van de zelfstandigheid van mensen die tengevolge psychosociale problematiek of van ziekte, in ons geval met tuberculose waardoor zij tijdelijk afhankelijk zijn van medische zorg, en daarvan problemen ondervinden die ze niet op eigen kracht kunnen oplossen.

Wanneer we nu terugblikken op de casus uit de inleiding blijkt dat er inderdaad anders gehandeld had kunnen worden.

De patiënt had doorverwezen moeten worden naar maatschappelijk werk alwaar individuele begeleiding zou hebben plaatsgevonden, daarnaast zou de maatschappelijk werker eclectisch te werk zijn gegaan door het toepassen van casework, waarbij een hulpverleningscontract wordt opgesteld waarin de wederzijdse afspraken en verantwoordelijkheden beschreven zijn, daarmee had het “uitspelen” van de verpleegkundigen worden voorkomen.

Daarnaast had de maatschappelijk werker samen met de cliënt relevante gegevens verzameld waarmee duidelijk was geworden wat precies de vraag van de cliënt was, wat hij zelf had kunnen bijdragen aan de oplossing van dit probleem en welke hulpbronnen er in de omgeving van de cliënt aanwezig zijn waarvan hij gebruik had kunnen maken bij de oplossing van zijn probleem? Ook had dan worden nagegaan wat of wie op professioneel terrein heeft de cliënt nodig om zijn probleem op te lossen?

In het kader van concrete en informatieve hulpverlening was het beter geweest de patiënt er op te wijzen dat een uitkering aangevraagd kan worden, met daaraan vastgekoppeld een ziektekostenverzekering, in plaats van beroep te doen op een fonds. Met behulp van bemiddeling van de maatschappelijk werker zou de sociale dienst, met oog op het gezin, een voorschot kunnen verstrekken. Zou de sociale dienst dit hebben geweigerd dan had altijd nog een beroep op de voedselbank⁵⁸ gedaan kunnen worden.

Overigens zou ingebouwd maatschappelijk werk ook voor de patiënten andere voordelen met zich mee brengen want maatschappelijk werk is reeds aanwezig op de plaats waar psychosociale problemen in de wisselwerking tussen individu en organisatie kunnen ontstaan

⁵⁸ De Voedselbank ondersteunt elk lokaal initiatief dat de ‘minners’ in onze samenleving wil ondersteunen met levensmiddelen en begeleiding in het oplossen van de probleemsituatie. Dit houdt concreet in dat wij levensmiddelen die kwalitatief nog goed zijn, maar om één of andere reden niet verkocht kunnen worden inzamelen en uitdelen aan particuliere huishoudens die onvoldoende geld overhouden om in hun levensonderhoud te voorzien.

of zich manifesteren, is bekend met de tuberculoseproblematiek, kent de organisatie en de daarin heersende werkwijzen van binnenuit en heeft de mogelijkheid de organisatie te beïnvloeden.

Bovendien is de maatschappelijk werker in staat crisisinterventie toe te kunnen passen en wellicht in een later stadium groepswerk te introduceren.

Ten opzichte van de (para)medische medewerkers van de GGD zal de maatschappelijk werker fungeren als deskundige op het gebied van maatschappelijke hulpbronnen. Hiervoor zal deze niet alleen goed kennis moeten hebben van de sociale kaart en deze tot zijn beschikking moeten hebben, maar ook kunnen vaststellen welke diensten en dienstverlenende instanties geschikt zijn voor hun patiënten.

Een van de voorwaarden om als maatschappelijk werker binnen de GGD te kunnen werken is goed kunnen samenwerken met de andere disciplines. De maatschappelijk werker heeft ten opzichte van de verwijzer een eigen verantwoordelijkheid, zowel wat betreft de definiëring als de behandeling van het probleem. Daarom moet een aantal voorwaarden vervuld zijn wil van een goede multidisciplinaire samenwerking sprake zijn. Deze voorwaarden zijn:

- Bekendheid met en respect hebben voor elkaars opvattingen en werkwijzen.
- Een duidelijk beeld hebben van ieders taak en rol.
- De vaststelling van een gezamenlijk beleid ten aanzien van de psychosociale zorg.
- De wil tot samenwerking hebben, het is niet “mijn patiënt” maar “onze patiënt”.

DEEL 2

PRAKTIJKONDERZOEK

5 Onderzoeksopzet

Het vertrekpunt is gelegen in de alledaagse praktijk en heb ik, als werker in het veld, voldoende domeinkennis opgedaan op de te onderzoeken praktijkproblematiek. Het gaat mij, naast hoeveelheid en omvang, ook om de ervaringen, belevenissen en betekenissen van betrokkenen. Hiertoe heb ik de voorafgaande hoofdstukken aan de hand van literatuuronderzoek en door participerende observatie beschreven tegen welke problemen de sociaal verpleegkundigen steeds vaker aan zullen gaan lopen en dat de consequenties hiervan steeds meer zichtbaar worden op micro-, meso-, en macro niveau. Het aantal patiënten uit risicogroepen maakt nu al 25% deel uit van de totale patiënten populatie, met andere woorden; een kwart van de patiënten heeft te maken met psychosociale problematiek. Voor veel patiënten uit deze categorie wordt de methodiek van DOT toegepast echter ook dit blijkt geen garantie dat de behandeling ook daadwerkelijk wordt voltooid.

De taak van de sociaal verpleegkundige is het voor alle patiënten coördineren van zorg en niet het organiseren, hiertoe zou deze categorie eigenlijk moeten worden doorverwezen naar Algemeen Maatschappelijk Werk. Echter door verschillende oorzaken, welke ik heb beschreven, gebeurt dit niet consequent. Hierdoor gaat de sociaal verpleegkundige allerlei taken op zich nemen waarvoor zij niet opgeleid zijn en welke niet staan beschreven in de functie omschrijving.

Hieruit mag ik concluderen dat er bij de sociaal verpleegkundigen een verschuiving plaats vindt van primaire preventie naar casemanagement en dat maatschappelijk werk een doeltreffende bijdrage zou kunnen leveren binnen de tuberculosebestrijding aan patiënten die tevens te maken hebben met psychosociale problematiek..

Hiermee is een kader geschetst ter beantwoording van de probleemstelling. Dit is echter slechts een theoretisch kader. Wat nog mist zijn de ervaringen van de mensen die dagelijks in hun werk tegen de genoemde problematiek aanlopen. Zien deze mensen ook de door mij geconstateerde feiten die uit het literatuuronderzoek en observatie naar voren kwamen of denken zij hier anders over? Wat heeft dit uiteindelijk tot gevolg voor hen, de patiënten en de volksgezondheid? Deze vragen en nog vele anderen doen mij tot een aantal onderzoeksvragen komen.

Analysevragen

Met het veldonderzoek wil ik de meningen van mensen, welke direct en indirect contact hebben met tuberculosepatiënten, toetsen aan de literatuur. Mijn onderzoeksvragen zijn:

- Onderkennen de werkers die contact hebben met tuberculosepatiënten en de leidinggevendenden dat er sprake is van complexe psychosociale problematiek bij vele patiënten?
- Wordt deze problematiek adequaat aangepakt?
- Worden er tekorten signaleerd in de huidige regelingen?
- Komen de verpleegkundigen wel toe aan de eigenlijke taken welke omschreven zijn in de functieomschrijving?

Onderzoeksgroep

Daar mijn onderzoek zich richt op tuberculosepatiënten met psychosociale problematiek zal ik mij voornamelijk richten op respondenten welke met deze groep werken. Ik kies voor hen omdat zij het meest betrokken zijn in het proces. Het gaat hierbij om de behandelaars, de artsen. Van hen zijn drie werkzaam als arts tuberculosebestrijding bij de GGD Den Haag en twee als longarts in ziekenhuizen in Den Haag. Binnen de GGD Den Haag zijn, uiteraard,

mijn collega verpleegkundigen, als mede-behandelaars en twee leden van het managementteam, beiden hebben geen patiëntencontact en dus moet in feite gesproken worden over informanten. Voorts heb ik een aantal collega verpleegkundigen uit het land verzocht respondent te willen zijn.

Ik hoop dat bovengenoemde personen mij veel informatie zullen verschaffen echter ik ben mij ervan bewust dat deze informatie slechts als aanvullend beschouwd kan worden.

Het grootste deel van mijn onderzoek heeft zich gericht op participerende observatie. In dezen heb ik mij openlijk-verhuld, mijn collega's zijn op de hoogte van mijn studie, maar ik heb hen niet verteld over de inhoud van mijn onderzoek. Daarnaast heb ik veel gebruik gemaakt van zowel elektronische als gedrukte media en heb ik stage gelopen bij een maatschappelijk werker werkzaam bij het AMW.

Gegevensverzameling

Het doel van dit deel van mijn onderzoek is gegevens uit het veld te verzamelen om deze aan de onderzochte literatuur en participerende observatie te kunnen toetsen. Mijn vraag is of dat wat de literatuur beschrijft ook wordt herkend in het veld.

Om een zo hoog mogelijke respons te krijgen heb ik zoveel mogelijk de respondenten persoonlijk verzocht mee te willen doen aan mijn onderzoek. Enkele van hen heb ik telefonisch deze vraag gesteld omdat persoonlijke benadering onmogelijk was. Met allen heb ik concrete afspraken gemaakt op welke wijze ik hen de vragenlijst zou doen toekomen. Om de respons te verhogen heb ik een antwoortenveloppe bijgesloten en de respondenten toegezegd de resultaten anoniem te zullen verwerken, wel zal ik onderscheid aanbrengen in de resultaten van de deelnemende gemeenten.

Om mijn onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden heb ik voor wat betreft de participerende observatie afgelopen halfjaar notitie gemaakt van alle nieuwe patiënten welke uit de risicogroepen afkomstig zijn en van hen die psychosociale problemen hebben. Ik heb daartoe de verpleegkundige anamnese lijst van hen nauwlettend doorgenomen en vastgesteld met welke problematiek de patiënt te maken heeft. Naast de onderzochte literatuur heb ik de jaarverslagen van de GGD Den Haag van de jaren 1997 tot 2003 bestudeerd en geanalyseerd. De gestructureerde vragenlijst, welke ik aan mijn respondenten heb voorgelegd, komen voort uit operationalisatie. Geen van de vragen is aangepast aan de respondenten, doch de informanten kunnen niet alle vragen beantwoorden om reden dat zij geen patiëntencontact hebben. Ik heb geprobeerd de vragen zo concreet mogelijk te formuleren zodat het voor de respondent duidelijk is over wat er gevraagd wordt en om een zo betrouwbaar mogelijk antwoord te krijgen.

Om die reden ben ik begonnen met het vaststellen van de positie welke de respondent bekleedt, hierdoor kan ik vaststellen of de probleemstelling wel door de verschillende beroepsgroepen wordt onderkend. Achtereenvolgens zullen vragen de revue passeren met betrekking tot het bestaan van de probleemvraag, hoe daarmee omgegaan wordt en welke oplossingen mogelijk zijn. De volgorde is logisch opgesteld en loopt per onderwerp van eenvoudig naar lastiger te beantwoorden vragen, ter afsluiting van een onderwerp wordt een open vragen gesteld. Het is een mengeling van kennis-, feiten-, opinie vragen waarop de respondenten gevraagd wordt te antwoorden.

Analyse van het materiaal

De stappen die door mij genomen worden zijn het verkregen materiaal door participerende observatie en met betrekking tot de verpleegkundige anamnese lijsten deze te analyseren naar welke interventies zijn toegepast. Met betrekking tot de enquête zal ik de vragenlijsten

controleren of deze door de respondenten zijn teruggezonden en zo ja, of alle vragen zijn beantwoord. Per vraag zal ik de overeenkomsten en verschillen bekijken en in de conclusie toetsen aan de informatie die ik uit de literatuur heb verzameld. De antwoorden op drie onderwerpen die ik in de vragenlijsten heb gesteld zal ik ordenen en van een korte samenvatting voorzien. Opmerkelijke zaken welke naar voren komen uit de open vragen zal ik benoemen.

Kwaliteit van het materiaal

Het toepassen van triangulatie, door grondige literatuurstudie, participerende observatie en de resultaten hiervan te vergelijken hoe de mensen uit het praktijkveld en het management hier tegenaan kijken, levert een valide onderzoek op. Door nauwkeurig en zorgvuldig werkzaam te zijn is het onderzoek ook betrouwbaar en bruikbaar in de praktijk.

6. Resultaten

In dit hoofdstuk zal ik u de resultaten van het veldonderzoek presenteren.

Ik heb zowel respons ontvangen van mensen welke direct en indirect contact hebben met tuberculosepatiënten. Niet alle respondenten hebben gereageerd doch door voldoende professionals uit te nodigen kan gesproken worden over geloofwaardige onderzoeksresultaten, bovendien is het onderzoek betrouwbaar want ik ben nauwkeurig en zorgvuldig te werk gegaan door een dagboek bij te houden van mijn observaties. De resultaten zal ik beschrijven aan de hand van vier onderwerpen:

- De onderkenning van de psychosociale problematiek
- De aanpak van de problematiek
- De gesignaleerde tekorten
- Primaire preventie door de GGD.

6.1 De onderkenning van de psychosociale problematiek

Het eerste onderwerp waarover ik de meningen uit het veld heb verzameld is of het probleem van psychosociale problematiek onder tuberculosepatiënten door de respondenten wordt herkend. De meeste respondenten, zowel zij die werkzaam zijn met patiënten en zij die een managementfunctie hebben onderkennen het bestaan van psychosociale problematiek bij patiënten met tuberculose. Onder psychosociale problematiek wordt door de respondenten verstaan: illegaliteit, onverzekerd zijn tegen ziektekosten, financiële problematiek, relatieproblematiek, huisvestingsproblematiek en verslavingsproblematiek (zowel alcohol en drugs).

Het overgrote deel van de respondenten signaleert een toename van de psychosociale problematiek bij tuberculosepatiënten.

6.2 De aanpak van de problematiek

De aanpak van de gesignaleerde problematiek verschilt duidelijk.

De artsen die werkzaam zijn in de ziekenhuizen (longartsen) als zij die werkzaam zijn bij de GGD verwijzen patiënten direct door. Zij zijn er allen voorstander van dat de patiënt met psychosociale problematiek op zijn minst een eenmalig contact heeft met maatschappelijk werk, zelf beschikken zij, als arts, over onvoldoende kennis van zaken en onvoldoende tijd om de problematiek aan te pakken. Echter doorverwijzing vindt maar soms plaats naar het ingebouwd maatschappelijk werk in het ziekenhuis (dit stond niet als vraag vermeld echter de artsen hebben deze wijze wel vermeld). Meestal wordt doorverwezen naar de sociaal verpleegkundige van de GGD. In het eerste geval vindt soms terugkoppeling over de aanpak van de problematiek plaats in het tweede alleen wanneer DOT door de sociaal verpleegkundige wordt toegepast, tussentijdse evaluatie vindt niet altijd plaats. Doorverwijzing naar het Algemeen Maatschappelijk Werk vindt niet plaats.

Artsen werkzaam bij de GGD verwijzen door naar de sociaal verpleegkundige, maandelijks vindt terugkoppeling en eventuele bijstelling van de behandeling plaats. Doorverwijzing naar het Algemeen Maatschappelijk Werk vindt zelden plaats.

De sociaal verpleegkundigen verwijzen slechts sporadisch door naar het Algemeen Maatschappelijk Werk. Zij zijn van mening dat het aanpakken van psychosociale problematiek tot hun taak behoort en zeggen daar ook voldoende tijd voor te hebben.

De meest gebruikte methodiek om therapietrouw te kunnen garanderen is DOT en bij illegaliteit aanspraak maken op de geldende wet- en regelgeving. Wanneer de sociaal verpleegkundige van mening is dat DOT moet worden toegepast zal dit in overleg met de

behandelaar gebeuren. Tussentijdse evaluatie, welke zou kunnen leiden tot bijstelling van de behandeling vindt maandelijks plaats met de GGD artsen en soms met de longartsen. Het blijkt dat niet alle patiënten afkomstig uit risicogroepen als vanzelfsprekend DOT krijgen aangeboden.

Alle artsen zijn van mening dat iedere patiënt met psychosociale problematiek tenminste eenmaal contact moet hebben gehad met maatschappelijk werk, de sociaal verpleegkundigen delen deze mening niet. Wel zij alle respondenten zijn het er over eens dat de sociaal verpleegkundige zich een “halve maatschappelijk werker” mag noemen.

6.3 De gesignaleerde tekorten

Er worden tekorten gesignaleerd door alle respondenten wanneer er sprake is van psychosociale problematiek bij een patiënt. Zo worden door de longartsen argumenten gebruikt dat de patiënt niet altijd welkom is bij maatschappelijk werk, met name de groep illegalen, en dat het bij de maatschappelijk werkers van de ziekenhuizen ontbreekt aan specifieke kennis over de wet- en regelgeving met betrekking tot de tuberculosepatiënt. Bovendien signaleren zij soms ook angst voor tuberculose bij de maatschappelijk werker. Verder worden er door artsen in de ziekenhuizen geklaagd over onduidelijkheid over financiering van de zorg wanneer de patiënt onverzekerd is.

De terugkoppeling door de sociaal verpleegkundige wordt door hen als onvoldoende ervaren. Artsen die bij de GGD werkzaam zijn signaleren tekorten als slechte toegankelijkheid tot het Algemeen Maatschappelijk Werk en geen continuïteit van de zorg bij doorverwijzing.

De sociaal verpleegkundigen klagen vooral over de problematiek met betrekking tot illegalen, het schijnt heel lastig te zijn voor deze groep woonvoorzieningen te bewerkstelligen. Argumenten welke ook gebruikt worden om niet door te verwijzen zijn dat de patiënt vaak niet welkom is, met name zijn dit verslaafden, en de enkele maal dat er doorverwezen wordt vindt er geen terugkoppeling plaats.

Maar ook dat bij doorverwijzing tuberculose door de patiënt niet meer als eerste prioriteit wordt gezien met als gevolg dat de verpleegkundige achter de patiënt aan moet gaan hollen. Ook wordt de wachtlijstproblematiek bij het maatschappelijk werk als problematisch ervaren.

Twee zaken vallen op, ten eerste dat praktisch niemand iets met deze signalen doet. Ten tweede dat de longartsen en de sociaal verpleegkundigen van mening zijn dat het goed zou zijn wanneer er een functie van maatschappelijk werk *binnen* de tuberculosebestrijding gecreëerd zou worden om juist voor deze zeer complexe gevallen geen doorverwijzing naar het Algemeen Maatschappelijk Werk meer plaats hoeft te vinden zodat de continuïteit van zorg gegarandeerd blijft, terwijl de artsen werkzaam bij de GGD deze mening niet delen.

6.4 Primaire preventie

Uit de enquête komt inderdaad naar voren dat in het kader van primaire preventie ongevraagde voorlichting weinig wordt gegeven, zowel door artsen als sociaal verpleegkundigen minder dan vijf maal per jaar. Echter de sociaal verpleegkundigen zijn hierbij voorbij gegaan aan het feit dat zij de supervisie hebben over de uitvoering van het screeningsprogramma met betrekking tot de risicogroepen en/of de risicocontactgroepen, voor hen ligt de score dus hoger dan zij hebben vermeld.

6.5 Samenvatting

Met het verrichten van praktijkonderzoek heb ik mijn onderzoeksvragen kunnen beantwoorden.

Psychosociale problematiek bij de tuberculosepatiënt wordt door alle respondenten niet alleen herkend maar ook erkend. De problematiek welke wordt herkend komt overeen met de naar voren gekomen resultaten uit het literatuuronderzoek. Ook wordt door hen herkend dat de problematiek in omvang toeneemt. Met de erkenning van de problematiek wordt echter verschillend omgegaan door de professionals. De artsen werkzaam in de ziekenhuizen zien doorverwijzing bij gesignaleerde problematiek als vanzelfsprekend met als argument dat de patiënt met psychosociale problematiek op zijn minst een eenmalig contact heeft met maatschappelijk werk. Echter de doorverwijzing vindt over het algemeen plaats naar de sociaal verpleegkundige omdat zij over meer kennis van tuberculose beschikken dan het ingebouwd maatschappelijk werk.

Ook de artsen van de GGD verwijzen door naar de sociaal verpleegkundigen en slechts zelden naar Algemeen Maatschappelijk Werk, zij delen het argument wat door hun collega's uit de ziekenhuizen gebruikt wordt echter zij zijn niet unaniem van mening dat de patiënt met psychosociale problematiek op zijn minst een eenmalig contact heeft met maatschappelijk werk. Gesteld kan worden dat de alle artsen de kwaliteit van de sociaal verpleegkundigen met betrekking tot aanpak van psychosociale problematiek hoog inschatten.

De sociaal verpleegkundigen nemen deze taak als vanzelfsprekend op zich en verwijzen zelden door naar Algemeen Maatschappelijk Werk. Zij zien het niet alleen tot hun taak maar achten zich ook bekwaam de problematiek aan te kunnen pakken. Signalen met betrekking tot tekorten en/of gebreken in huidige regelingen worden door hen wel gesignaleerd echter daar wordt niets mee gedaan.

Ook aan primaire preventie wordt door de medewerkers van de GGD weinig tijd besteed, klinische lessen en deskundigheidsbevordering worden minimaal gegeven. Wel moet worden vermeld dat er voldoende aandacht aan de risicogroepen en hun contacten, in de vorm van screeningen, wordt geschonken.

6.6 Conclusie en aanbevelingen

Uit het voorafgaande is gebleken dat de ziekte tuberculose zich steeds vaker terugtrekt in risicogroepen, onderzoek toont aan dat dit aantal bovendien groeiende is. Doordat ook deze mensen deel uit maken van de samenleving blijft de ziekte een gevaar opleveren voor de volksgezondheid. Kenmerkend voor patiënten afkomstig uit de risicogroepen is dat zij vaak te maken hebben met psychosociale multi problematiek, dit bevordert de therapietrouw niet en kan zelfs als belemmerend worden ervaren. Alle professionals signaleren dit probleem, hierdoor zal steeds vaker zal intensieve begeleiding van de patiënt noodzakelijk zijn om de volksgezondheid te kunnen beschermen. Het blijkt dat juist voor deze zeer complexe casussen bestaande verpleegplannen tekort te schieten of (nog) niet zijn ontworpen waardoor de sociaal verpleegkundigen vaak taken uitvoeren op gevoel en intuïtie

Het blijkt ook dat de interventies welke de sociaal verpleegkundigen veelvuldig toepassen, zoals het frequent bezoeken van de patiënt, eventueel in combinatie met DOT, steeds vaker onvoldoende werken. Intensieve psychosociale begeleiding, organiseren en coördineren van zorg zijn in dezen niet alleen gewenst maar zelfs noodzakelijk, dan komt maatschappelijk werk als professie in beeld.

Immers de uitvoering hiervan ligt binnen de competenties van de maatschappelijk werker en niet bij die van de sociaal verpleegkundige, zij zijn enkel in staat het makelaarsmodel te vervullen.

Door de sociaal verpleegkundigen en de behandelend artsen zal in samenspraak deze categorie moeten worden doorverwezen naar maatschappelijk werk, voor de patiënten zal positief uit pakken want pas dan wordt “zorg op maat” geleverd.

Gaat er adequaat doorverwezen worden dan zal het mes aan twee kanten snijden immers er komt tijd vrij voor de sociaal verpleegkundigen waardoor zij zich meer kunnen gaan toeleggen om hun professionaliteit op peil te houden door bijvoorbeeld het op- cq bijstellen van protocollen, het bijwonen van symposia, het onderhouden en uitbreiden van het netwerk, het zich laten bijscholen, kortom het doen aan kwaliteitsverbetering.

Wanneer dit nagelaten wordt zullen met name de sociaal verpleegkundigen onder steeds zwaardere druk zullen komen te staan.

Bovendien zal dan in de kerntaak van de GGD zijnde primaire preventie, door zowel artsen als sociaal verpleegkundigen, meer tijd kunnen worden geïnvesteerd.

Afsluitend kan gesteld worden dat ingebouwd maatschappelijk werk een waardevolle bijdrage kan leveren aan patiënten welke naast tuberculose ook te maken hebben met een hoeveelheid aan psychosociale problematiek.

De aanbevelingen die ik zal doen zijn praktisch, realiseerbaar en onderverdeeld in doelstellingen op korte-, middellange- en lange termijn.

Korte termijn:

- Introductie van ingebouwd maatschappelijk werk.
- Bijstellen van de Verpleegkundige Anamnese Lijst om psychosociale problematiek te kunnen herkennen.
- Ontwikkelen van een Sociale Kaart van de gemeenten waar de GGD zich op richt.
- DOT is altijd geïndiceerd bij psychosociale multiproblematiek.

Middellange termijn:

- Wanneer psychosociale multiproblematiek wordt geconstateerd zal directe doorverwijzing naar maatschappelijk werk daadwerkelijk plaatsvinden.
- Overlegstructuren tussen de behandelaars in de ziekenhuizen en de artsen/sociaal verpleegkundigen werkzaam bij de GGD aanhalen.

Lange termijn:

- Maatschappelijk werk is een niet meer weg te denken als professie binnen de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD.
- In het kader van primaire preventie frequenter geven van ongevraagde voorlichting, door zowel artsen als verpleegkundige werkzaam bij de GGD.
- Het doen aan kwaliteitsverbetering door de sociaal verpleegkundigen.

Bijlage 1	Literatuurlijst
Bijlage 2	Enquête
Bijlage 3	Verpleegkundige Anamnese Lijst

Bijlage 1 Literatuurlijst

Beleid ten aanzien van risicogroepen voor tuberculose in Nederland (1995) Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding.

Boot J.M/ Knapen M.H.J.M. (2000) De Nederlandse gezondheidszorg Uitgeverij Het Spectrum B.V. Utrecht.

Bleiker M.A. dr. (1984) Leerboek der Tuberculosebestrijding

Hoogendam S. & Vreenegoor E. (2002) Intensief Casemanagement & complexe meervoudige problemen. Uitgeverij Coutinho Bussum.

Kruijswijk J. (2000) Het verpleegproces. Uitgeverij De Tijdstroom Lochem.

Migchelbrink F. (2002) Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Uitgeverij SWP Amsterdam.

Oostendorp J.H.M. & van 't Klooster M.A. (2002) Beroepsdeelprofiel van sociaal verpleegkundigen. Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV Assen.

Pernis van H. (1991) Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde. Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum Houten.

Riet van N. & Wouters H., (2003) Casemanagement. Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV Assen.

Riet van N. & Mineur M.J. (1997) Maatschappelijk werk in de (intramurale) gezondheidszorg. Uitgeverij Van Gorcum Assen.

Riet van N. (2003) Maatschappelijk werk. Uitgeverij Wolters-Noordhoff BV Groningen.

Snellen A. (1997) Basismodel voor methodisch hulpverlening in het maatschappelijk werk. Uitgeverij Coutinho Bussum.

Werff van der G.F.M. (1996) De invloed van gezondheidscultuur op therapietrouw.

Websites

www.maatschappelijkwerk.nl, 2005.

www.hds.nl, 2005.

www.amw-vangnet.nl, 2005.

www.voedselbank.nl, 2005.

www.rivm.nl, 2005.

www.gezondheidspagina.nl, 2005.

Den Haag 15 april 2005

Beste lezer,

Zoals u bekend is hoop ik nog voor de zomervakantie mijn studie maatschappelijk werk af te ronden aan de Haagse Hogeschool.

Hiervoor ben ik verplicht een scriptie te maken en deze te verdedigen. De scriptie zal bestaan uit een literatuurstudie en een onderzoek

Een enquête maakt deel uit van dit onderzoek.

Graag wil u uitnodigen om de enquête, anoniem, in te vullen en naar mij op te sturen

De hoofdvraag welke ik mijzelf stel is of er binnen de tuberculosebestrijding bij de GGD behoefte is aan maatschappelijk werk voor patiënten welke naast de tuberculose te maken hebben met complexe psychosociale problematiek (multi problematiek), het gaat hierbij dus om een zeer select gezelschap van patiënten.

Als voorbeeld noem ik de dakloze illegaal met longtuberculose, is DOTS in dezen voldoende? Wat te doen wanneer de aangeboden Regeling Verstrekkingen Asielzoekers geweigerd wordt door de patiënt ? zoekt u onderdak ? zorgt u voor geld ? etc. etc.

Kortom veel werk voor de behandelaars van deze categorie patiënten, met name voor de sociaal verpleegkundigen

Wellicht komen hierdoor de echte kerntaken van de verpleegkundigen in het gedrang zoals het onderhouden van deskundigheid, het opstellen van protocollen, het ongevraagd geven van voorlichting aan groepen in het kader van primaire preventie etc.

Kortom door middel van deze enquête wil ik een beeld krijgen of u dit herkent en zo ja, hoe u daar mee omgaat.

Vriendelijke groet,

Henk Michels

Sociaal verpleegkundige GGD Den Haag

Welke positie bekleedt u ? (meerdere antwoorden zijn mogelijk).

- Leidinggevende *met* patiënten contact
- Leidinggevende *zonder* patiënten contact
- Sociaal verpleegkundige
- Arts

Hoe vaak per jaar verricht u de taak van primaire preventie aan groepen, bijvoorbeeld het geven van klinische les, voorlichting aan huisartsen, personeel in gevangenis?

- nvt
- <5
- >5
- >10

Hoeveel tuberculosepatiënten heeft u, gemiddeld, in zorg?

- nvt
- <10
- >10
- >20

Hoeveel tuberculosepatiënten heeft u de afgelopen twee jaar in zorg gehad met dergelijke psychosociale (multi) problematiek?

- <5
- >5
- >10
- >20

Signaleert u de afgelopen twee jaar een;

- Toename
- Afname
- Blijft gelijk

Welke problemen signaleert u?

Wanneer u te maken heeft met een tuberculosepatiënt met psychosociale (multi) problematiek, heeft u dan voldoende methodieken ter beschikking om deze problematiek adequaat aan te kunnen pakken?

Zo ja, op welke wijze doet u dat? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik doe het zelf, want dat staat in mijn taakomschrijving en ik heb daar voldoende tijd voor.
- Ik doe het zelf al ontbreekt mij eigenlijk de tijd en vaak de kennis.
- Ik verwijs, als arts, door naar de sociaal verpleegkundige.
- ik verwijs door naar maatschappelijk werk.

Zo nee, wat wordt er gemist en wat doet u? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Voldoende tijd
- Voldoende kennis van zaken
- Ik verwijs door naar maatschappelijk werk
- Ik verwijs niet door naar maatschappelijk werk

Hoe vaak heeft u het afgelopen twee jaar tuberculosepatiënten doorverwezen naar maatschappelijk werk?

- <5
- >5
- >10

Wanneer u doorverwijst naar maatschappelijk werk is uw patiënt dan altijd welkom?

- ja
- soms
- nee

Zo nee, waarom niet?

Wanneer u doorverwijst naar maatschappelijk werk hoe vaak doet dit maatschappelijk werk u dan verslag van voortgang van de behandeling ?

- nooit
- <5
- >5
- >10

Zijn er, volgens u, nadelen om door te verwijzen naar maatschappelijk werk, zo ja welke? (bijvoorbeeld; wachtlijst, weer intakegesprek)

Signaleert u tekorten en/of gebreken in huidige regelingen en voorzieningen, bijvoorbeeld voor illegalen of daklozen, zo ja welke?

Zo ja. wat doet u met deze signalen?

Niets

Geef ik door aan mijn leidinggevende.

Uit naam van hulpvragers worden geconstateerde misstanden –in de vorm van rapportage- ter kennis gebracht van relevante organisaties en instellingen.

Bent u het eens of oneens met de volgende stelling: “ tuberculosepatiënten met psychosociale (multi) problematiek zouden eigenlijk op zijn minst eenmaal contact moeten hebben met het maatschappelijk werk “.

- Eens
- Oneens

Denkt u dat het goed zou zijn dat er een functie van maatschappelijk werk *binnen* de tuberculosebestrijding gecreëerd zou worden om juist voor deze zeer complexe gevallen geen doorverwijzing naar het Algemeen Maatschappelijk Werk meer plaats hoeft te vinden zodat de continuïteit van zorg gegarandeerd blijft?

- Ja
- Nee

Worden bij u tuberculosepatiënten met maatschappelijke (multi) problematiek altijd op DOTS gezet?

- Altijd
- Soms
- Nooit
- Alleen in overleg met verpleegkundige GGD

Komt de sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding toe aan de eigenlijke taken welke zijn omschreven in de functieomschrijving?

- Altijd
- Soms
- Nooit
- Kan ik niet beoordelen vanuit mijn functie

Er wordt vaak gesproken over het feit dat de sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding zichzelf een “halve” maatschappelijk werker vindt, bent u het daarmee eens?

- Ja
- Nee

Er wordt gezegd dat maatschappelijk werkers die frequent met tuberculosepatiënten werken zichzelf als “halve” sociaal verpleegkundigen zouden noemen.

- Goed
- Fout