Procesevaluatie van implementatie van casemanagement in het MDO bij 'uitzonderlijke zorgsituaties' van chronisch zieken in zorgregio Mortsel.

Martine EVENBLIJ, Universiteit Antwerpen

Promotor: Sibyl ANTHIERENS, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Giannoula TSAKITZIDIS, Universiteit Antwerpen

Werner VAN PEER, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018-2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

CONTEXT: De toenemende vergrijzing in Westerse landen gaat vaak gepaard met een complexe zorgnood in de laatste levensjaren. Dit weegt door op het gezondheidsaanbod, op de economische draagkracht, alsook op de draagkracht en draaglast van patiënt en zijn omgeving. Een mogelijk antwoord op deze problematiek is geïntegreerde zorg, op maat van de patiënt, met als doel de gezondheid van de algemene bevolking te verbeteren, evenals de kwaliteit van zorg voor het individu, en tegelijk de kosten per persoon omlaag te krijgen. Eén van de organisatorische modellen van geïntegreerde zorg is casemanagement. In Vlaanderen wordt de inzet van casemanagers in de thuiszorg vanuit de overheid voorzien in 'uitzonderlijke zorgsituaties' (complexe zorgsituaties, zorgteam in crisis, of zorgweigering), maar dit moet nog in de praktijk geïmplementeerd worden. Project MoReS (Mortselse Regionale Samenwerking) wil dit organiseren. Het project beoogt een kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronisch zieken aan de hand van de inzet van een casemanager.

ONDERZOEKSVRAAG: Hoe ervaren de patiënt en zijn omgeving aan de ene kant, en de leden van het zorgteam aan de andere kant, de inzet van de casemanager?

METHODE: Binnen MoReS werd in een kleinschalige pilootstudie het proces van casemanagement binnen het multidisciplinair overleg (MDO) bestudeerd door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Inclusie van casussen gebeurde in de periode van april 2018 tot september 2018. Bij alle aanvragen voor het organiseren van een MDO in de zorgregio Mortsel, werd door de projectcoördinator nagegaan of er aan 1 van de 3 criteria voor 'uitzonderlijke zorgsituatie' voldaan werd. Vervolgens werd gevraagd of iemand van het zorgteam de rol van casemanager wilde opnemen. Na de inzet van de casemanager werden semigestructureerde interviews afgenomen van patiënten, mantelzorgers, leden van het zorgteam en casemanagers om hun ervaringen rond casemanagement te bevragen. De verkregen data werden thematisch geanalyseerd.

RESULTATEN: In totaal werden binnen dit onderzoek 5 casussen geïncludeerd en 15 participanten geïnterviewd. We weerhielden 4 hoofdthema's na de analyse. De rol van de casemanager werd niet op een eenduidige manier ingevuld en was sterk afhankelijk van casus tot casus. De ervaringen over de meerwaarde van de casemanager waren ook sterk uiteenlopend. De casemanagers namen deze 'nieuwe' rol op zich naast hun 'eigen' taken, wat maakt dat differentiatie tussen beide functies niet altijd duidelijk was. Onvoldoende kennis over en training voor de nieuwe rol, gebrek aan tijd, en vragen rond relevantie van casemanagement in de casus, maakt dat het per casus sterk varieerde hoe het casemanagement als functie opgenomen werd. Waar de casemanager wel op zijn minst een deel van zijn/haar casemanagement rol had ingevuld, waren er positieve ervaringen. De patiënt had het gevoel dat er actief iets gedaan werd voor zijn/haar situatie, patiënt en mantelzorger vonden het positief dat de casemanager meehielp aan het oplossen van praktische problemen en een vertrouwenspersoon werd. Het zorgteam ervaarde soms dat hun taken door de inzet van de casemanager lichter werden, dat de casemanager een deel van hun verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg overnam, dat de samenwerking gefaciliteerd werd en dat er opgevolgd werd of de gemaakte afspraken nagekomen werden. Zowel patiënt, mantelzorger als zorgverlener vond het positief dat de casemanager een centraal aanspreekpunt is.

CONCLUSIE: Voor zowel patiënten en mantelzorgers als voor leden van het zorgteam kan de inzet van een casemanager een meerwaarde hebben. Zo heeft de functie van casemanager het potentieel om de zorg rond een thuiswonende patiënt in een moeilijke situatie te optimaliseren. Een degelijke opleiding over wat de rol van casemanager inhoudt lijkt aangewezen, alsook een training in de juiste vaardigheden. Verder lijkt het ook noodzakelijk dat er afgebakende tijd en ruimte voorzien wordt om deze taken op te nemen, zodat de potentiële meerwaarde van casemanagement tot haar recht komt.

KERNBEGRIPPEN: geïntegreerde zorg, casemanager, chronisch zieken, complexe zorgsituaties, thuiszorg.

Inhoud

Abstract 3

I. INLEIDING 5

I. 1. SITUERING 5

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg: nieuwe problematiek 5

Geïntegreerde zorg 5

Casemanagement 5

Situatie in Vlaanderen 6

I.2. DOELSTELLING 6

I.3. ONDERZOEKSVRAGEN 7

II. LITERATUURONDERZOEK 8

II. 1. METHODE 8

II. 2. RESULTATEN 8

Inclusie van artikels 8

Casemanagement in de literatuur: algemeen 9

Is er een objectief aangetoonde verbetering van de kwaliteit van zorg voor de patiënt bij de inzet van een casemanager? Waaruit bestaat die verbetering? 9

Wat zijn de ervaringen van patiënten en hun omgeving enerzijds, en van leden van het zorgteam anderzijds, omtrent de inzet van een casemanager? 11

Hoeveel kost de inzet van de case manager, qua tijd en qua geld? 13

II. 3. CONCLUSIE 13

III. METHODOLOGIE 14

III. 1. STUDIEDESIGN 14

III. 2. INCLUSIE VAN DEELNEMERS 14

III. 3. DATACOLLECTIE 15

III. 4. DATA-ANALYSE 16

IV. RESULTATEN 17

IV. 1. DEELNEMERS 17

IV. 2. BESPREKING THEMA'S 19

THEMA 1: Zorgomkadering van de patiënt en het MDO 19

THEMA 2: Problemen in de zorg 20

THEMA 3: De rol van de casemanager 21

THEMA 4: Ervaring van de inzet van de casemanager 24

V. BESPREKING 27

VI. BESLUIT 30

Persoonlijke reflectie 31

Dankwoord 31

Referenties 32

Bijlagen 34

I. INLEIDING

I. 1. SITUERING

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg: nieuwe problematiek

In Westerse landen is er een goede eerstelijnszorg en een vlotte toegang tot gezondheidszorg. Bovendien is er een grote vooruitgang geweest in de geneeskunde in de laatste decennia, waardoor de levensverwachting in de meeste OESO-landen fors gestegen is.[1]
Dit brengt echter weer nieuwe uitdagingen met zich mee. We hebben te maken met een verouderende bevolking met vaak een hoge zorgnood in de laatste levensjaren, door een toename van het aantal ouderen met (één of meerdere) chronische ziekten en een hogere prevalentie van dementie. Dit alles weegt door op het huidige gezondheidsaanbod en op de economische draagkracht.[1]

Geïntegreerde zorg

Het antwoord op deze problematiek is geïntegreerde zorg. Geïntegreerde zorg streeft ernaar om de gezondheid van de algemene bevolking te verbeteren, evenals de kwaliteit van zorg voor het individu, en tegelijk de kosten per persoon omlaag te krijgen (Triple Aim[2]).
De WHO-definitie van geïntegreerde zorg - 'integrated health services' - luidt als volgt:
"The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services according to their needs over time and across different levels of the health system.".[3]

Casemanagement

Eén van de organisatorische modellen van geïntegreerde zorg is casemanagement. In vele landen heeft men in specifieke situaties reeds casemanagers ingezet, die dicht bij de patiënt en het zorgteam staan en als taak hebben de zorg voor de hulpbehoevende patiënt thuis te individualiseren en coördineren (en zo te optimaliseren).[4]

De definitie van een casemanager, gebaseerd op de definities gehanteerd in Frankrijk en Nederland en in overeenstemming met de definitie die gebruikt wordt door de Case Management Society of America (CMSA), is als volgt[1]:
Een casemanager is een professional die

1. regelmatig contact heeft met personen in complexe situaties;
2. al hun zorgnoden en sociale noden evalueert;
3. samenwerkt met artsen en andere deskundigen;
4. een levensplan/zorgplan opmaakt op gezondheids- en sociaal vlak;
5. de formele en informele zorg voor de patiënt organiseert;
6. binnen een programma werkt (van geïntegreerde zorg);
7. alle communicatiemogelijkheden gebruikt, waaronder digitale technologie;
8. alleen werkt voor personen die zelf niet in staat zijn om hun levensplan/zorgplan te organiseren en die onvoldoende steun hebben uit een netwerk of van familieleden om hierbij te helpen.

Hierdoor kan een casemanagement programma de verschillende aspecten van het gezondheidszorgsysteem integreren en het risico op fragmentatie beperken, waarbij ook de algemene situatie van de oudere persoon verbetert door het oplossen van problemen en het reduceren van risicofactoren.[5]

Situatie in Vlaanderen

In Vlaanderen hebben we een goed uitgebouwd, zeer toegankelijk, kwaliteitsvol en betaalbaar zorgsysteem. Het zorglandschap is echter zeer gefragmenteerd en patiënten krijgen zorg vanuit te veel verschillende structuren, zonder goede onderlinge communicatie of afspraken.[6]
Er bestaan inmiddels reeds verschillende organisaties en personen die een specifieke coördinatie-opdracht hebben (sociale diensten, ontslagmanager, zorgcoördinator,…) maar hun werking blijft vaak (te) beperkt.[7]
Een specifieke instantie waar patiënten met een chronische aandoening en een complexe zorgnood terecht kunnen om gebruik te maken van de diensten van casemanagement, bestaat op dit moment in Vlaanderen nog niet. Het casemanagement voor deze groep van (veelal oudere) patiënten gebeurt momenteel ofwel niet, ofwel op een beperkte wijze ad hoc door de patiënt of zijn mantelzorger of door een lid van het zorgteam.

Op 19 oktober 2015 hebben de ministers van Volksgezondheid van de deelstaten en de federale overheid in de Interministeriële Conferentie een gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken goedgekeurd, met als titel: 'Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid' [7]. Hierin wordt casemanagement voorzien voor een beperkte doelgroep van kwetsbare patiënten.

De casemanagement functie wordt uitgebreid beschreven in de Vlaamse beleidstekst 'Hervorming eerstelijnszorg' van 16 februari 2017. [6]
Men stelt hierin dat enkel een uitzonderlijke situatie de (tijdelijke) inzet van een casemanagement functie rechtvaardigt, ter ondersteuning van het zorgteam. Het realiseren en organiseren van het zorgproces en de zorgcoördinatie binnen het zorgteam vormen de norm. Ook bij inzet van een casemanager blijft het zorgteam volledig verantwoordelijk voor het zorgproces.

Volgende uitzonderlijke situaties kunnen de inzet van een casemanager rechtvaardigen:

1. Zeer complexe zorgsituaties of personen met meerdere chronische aandoeningen, waarvan één of meer van deze aandoeningen leiden tot een sterk autonomieverlies.
2. Het zorgteam in crisis: het zorgteam loopt tegen de grenzen van hun mogelijkheden en capaciteiten aan door een toenemende mate van complexiteit van de zorgsituatie. Er kan ook een conflict optreden tussen de persoon met een zorgnood en de zorgaanbieders.
3. Het weigeren van zorg door een persoon met een zorgnood. De omgeving (familiaal of professioneel) stelt vast dat de zorg en ondersteuning niet goed verloopt en de zorgnoden onvoldoende beantwoord kunnen worden. Bijvoorbeeld wanneer de mantelzorger zijn grenzen bereikt heeft ten aanzien van het opnemen van de zorg, maar de persoon met een zorgnood toch alle professionele zorg en ondersteuning weigert.

Men geeft hierin ook duidelijke richtlijnen voor het profiel, de competenties en de taken van een casemanager.

I.2. DOELSTELLING

Het inzetten van een casemanager moet in Vlaanderen nog geïmplementeerd worden.

Project MoReS (Mortselse Regionale Samenwerking) wil dit organiseren. Het project beoogt een kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronisch zieken aan de hand van de inzet van een casemanager.
Project MoReS maakt deel uit van de binnenkort op te richten Eerstelijnszone Zuid Oost Rand Antwerpen (ELZ-ZORA), nu nog Thuisgezondheidszorg (TGZ) Regio Mortsel, een kleinstedelijk zorgniveau dat verantwoordelijk is voor het organiseren van MDO's (gestructureerd multidisciplinair overleg waarbij alle zorgverleners worden betrokken).

In de overheidsteksten[6,7] werd de theoretische omkadering van casemanagement reeds goed beschreven. In veel landen heeft men hier ook al ruime ervaring mee en lijkt casemanagement een gunstig effect te hebben op de zorg voor de patiënten (zie ook literatuuronderzoek).

In onze setting (project MoReS) is het nog onduidelijk hoe we dit praktisch moeten invullen en zoeken we antwoorden op volgende vragen:

- Hoe wordt casemanagement ervaren door patiënten, mantelzorgers en zorgverleners?
- Hoe wordt casemanagement ervaren door de casemanager zelf?
- Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager?
- Wat is de investeringskost in tijd?

Om hierop een antwoord te vinden, wilde men vanuit project MoReS een kleinschalige observationele studie opzetten. Op dit punt zijn wij, Liselotte Fransen en Martine Evenblij, bij deze studie betrokken.

I.3. ONDERZOEKSVRAGEN

Samen hebben we volgende onderzoeksvragen:

1. Welke zijn belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager door respectievelijk de zorgbemiddelaar (een lid van het bestaande zorgteam) of de overlegcoördinator van het MDO voor personen die zich in een ‘uitzonderlijke zorgsituatie’ bevinden?

2. Hoe ervaren de patiënt en zijn omgeving aan de ene kant, en de leden van het zorgteam aan de andere kant, de inzet van de casemanager?

De eerste onderzoeksvraag wordt uitgewerkt in de masterproef van Liselotte Fransen, de tweede in de masterproef van Martine Evenblij.

II. LITERATUURONDERZOEK

In het kader van het MoReS project werd gezocht naar wat er al onderzocht / bekend is over volgende vragen:

1. Is er een objectief aangetoonde verbetering van de kwaliteit van zorg voor de patiënt door de inzet van casemanagement? Waaruit bestaat die verbetering?
2. Wat zijn de ervaringen van patiënten en hun omgeving enerzijds, en van leden van het zorgteam anderzijds, omtrent de inzet van een casemanager?
3. Hoeveel kost de inzet van de casemanager, qua tijd en qua geld?

II. 1. METHODE

Er werd gezocht in de online databank MEDLINE naar relevante studies en artikels, de laatste maal op 24/8/2018. Via PubMed werd gezocht met volgende opties:

- MeSH termen “case management” (jaar van introductie: 1996) en “home care services”;
- clinical trials en reviews;
- limieten: ‘abstract available’, taal Engels of Nederlands, publicatiedatum 01/01/2008 tot 24/08/2018.

Als inclusiecriteria werd gekozen voor:

- interventie: de inzet van een casemanager;
- plaats: in de thuissituatie;
- doelgroep: kwetsbare ouderen, ouderen met dementie of chronische patiënten.

Eerst werd op titel, en vervolgens op abstract, gescreend of de studie hieraan voldeed. Casemanagement programma’s die zich richtten op te specifieke situaties (bv. enkel patiënten met ALS, enkel Afro-Amerikaanse stedelingen met diabetes, enkel oncologische patiënten na ontslag uit ziekenhuis), zijn niet geïncludeerd.

Ook zochten we op EBPracticeNet met de zoekterm “case manager” en dezelfde inclusiecriteria.

II. 2. RESULTATEN

Inclusie van artikels

Op basis van mijn literatuuronderzoek zijn 26 artikels weerhouden die aan de criteria voldeden.

- Via de bovengenoemde zoektocht op PubMed werden 106 titels gevonden. Na het toepassen van de inclusiecriteria bleven 16 artikels over. Via referenties en ‘similar articles’ werden nog 10 andere relevante artikels gevonden.
- Via EBPracticeNet vonden we geen resultaten voor onze doelgroep van chronische patiënten of kwetsbare ouderen.

Vervolgens bracht mijn collega-onderzoeker, die iets andere zoektermen had gebruikt op PubMed, nog 6 artikels mee die voor mijn onderzoeksvraag relevante gegevens bevatten.

Uiteindelijk zijn door mij dus 32 artikels geïncludeerd.

Casemanagement in de literatuur: algemeen

Wat onmiddellijk opvalt bij het doornemen van de literatuur, is de heterogeniteit van de activiteiten en taken genoemd onder 'casemanagement', de verschillen in beroepsachtergrond van personen die casemanagement uitvoeren (verpleegkundige, fysiotherapeut, sociaal werkster, ergotherapeut, doktersassistente,…) en de grote verscheidenheid aan situaties waarin een casemanager ingezet wordt.

Reilly[8] beschrijft dat de term casemanagement nogal los ("fairly loosely") gebruikt wordt in de literatuur, en dat de manier waarop casemanagement georganiseerd en geïmplementeerd wordt, sterk varieert. Ook You[9] stelt dat het moeilijk is om consensus te vinden voor alle mogelijke casemanagement activiteiten binnen verschillende zorgsituaties en gezondheidszorgmodellen in verschillende landen.
Gustaffson[10] concludeert dat casemanagement een "generische naam is voor organisatorische modellen die tot doel hebben de zorg te coördineren van mensen met complexe noden, zoals ouderen met multimorbiditeit".

Duidelijk is wel dat casemanagement een uitgebreid en complex takenpakket omvat, volgens o.a. You[9]. Om die reden stelt Ilyffe[11] dat casemanagers brede klinische vaardigheden nodig hebben, evenals voldoende tijd voor hun taken, toegang tot multidisciplinaire expertise, en een erkend mandaat.

In de gepubliceerde studies zien we ook een groot verschil in duur van de inzet van een casemanager. Dit varieert van een periode van een maand, gericht op het stimuleren van zelfmanagement na een ziekenhuisopname (Chow[12]), tot een permanente inzet van een casemanager, bijvoorbeeld in de VS, met als doel verminderen van te vermijden ziekenhuisopnames, gecoördineerde gezondheids- en sociale zorg door één enkele persoon met systematische follow-up (o.a. Ilyffe[11]). Ook in Nederland bestaat de functie van permanent casemanagement al voor ambulante geriatrische zorg (Kroes[13]).

De antwoorden op de vragen vanuit het MoReS project worden hieronder besproken.

Is er een objectief aangetoonde verbetering van de kwaliteit van zorg voor de patiënt bij de inzet van een casemanager? Waaruit bestaat die verbetering?

Mede door bovengenoemde heterogeniteit op verschillende gebieden, is het zeer moeilijk om resultaten van interventies en programma's te vergelijken. Ook in de resultaten vinden we grote discrepanties.
Er wordt weinig vermeld over de kwaliteit van (het proces van) zorg zelf. Wel wordt in de meeste studies gekeken naar diverse uitkomstmaten voor de patiënt.

Effect op hospitalisatie en gebruik van gezondheidszorgen

Uit een aantal studies blijkt dat de inzet van een casemanager zorgt voor significant minder ongeplande ziekenhuisopnames en minder bezoekjes aan spoed. Dit is geobserveerd bij chronische patiënten met complexe multimorbiditeit (Tortajada[14], Hudon[15,16]), bij kwetsbare ouderen (Sandberg[17], en Leung[18]), bij mensen met ernstige psychische ziekten (Dieterich[19]), bij ouderen met dementie (Iliffe[11]).
Ook is er een significante vermindering van het totaal aantal ligdagen in acute ziekenhuizen bij kwetsbare thuiswonende ouderen, evenals minder opnames in een geriatrische dagkliniek (Leung[18]).
Eklund[20] stelt ook dat er beperkte evidentie is dat geïntegreerde zorg bij kwetsbare oudere personen het gebruik van gezondheidszorg vermindert.
Reilly[8] beschrijft over casemanagement bij mensen met dementie, dat de resultaten wisselend zijn in functie van de verschillende punten in de tijd. Men stelt wel dat het aantal opnames in woonzorgcentra waarschijnlijk vermindert, en dat de duur van opname in langdurige zorgcentra vermindert.

Huntley[21] beschrijft dan weer geen daling van ongeplande ziekenhuisopnames. Stokes[22] vindt ook geen significant effect op het gebruik van eerstelijnszorg, niet-specialistische zorg en zelfs tweedelijnszorg.

Effect op overleving

You[23] stelt vast dat er een beperkte evidentie is dat de overleving van kwetsbare thuiswonende ouderen door de inzet van een casemanager verbetert. Door Stokes[22] wordt dan weer geen significant effect op de overleving gevonden.

Effect op algemene gezondheid en functionele status

You[23] spreekt van inconsistente resultaten op gebied van algemene gezondheidstoestand.
Eklund[20] stelt vast dat er beperkte evidentie is dat geïntegreerde zorg heilzaam is ("beneficial") voor kwetsbare oudere personen.
Hudon[15] vindt een verbetering van de algemene gezondheidstoestand en een verbetering van het zelfmanagement bij de chronische patiënt met complexe noden, dit door een verbetering van kennis over de ziekte, een verhoogde zelfredzaamheid en het gevoel meer controle te hebben over de eigen gezondheid.
Khanassov[25] beschrijft een toename van het gebruik van non-medicamenteuze gedragsprotocollen en een afname van neuroleptica voorgeschreven door de huisarts bij ouderen met dementie, maar hij er is geen effect op de dagelijkse activiteiten.
Reilly[8] vindt bij dementie geen verbeteringen op gebied van functionele status.
In de studie van Aiken[24] bij patiënten met COPD of hartfalen en een beperkte levensverwachting, gaf het inschakelen van een verpleegkundige als case manager bovenop de gewone zorg, betere uitkomstmaten op verschillende gebieden: op gebied van zelfmanagement, kennis van hulpbronnen, vitaliteit, fysiek functioneren, en zelf-gerapporteerde gezondheid.
Ook uit het onderzoek van Chow[12], waar een casemanager ingezet wordt in de situatie van ouderen met chronische ziekten na ontslag uit het ziekenhuis, blijken significante verbeteringen op gebied van zelf ervaren kwaliteit van leven, zelfredzaamheid in het omgaan met ziekte, en zelf-gerapporteerde gezondheid.

Effect op psychologische gezondheid en welbevinden

You[23] stelt vast dat er grotendeels consistente evidentie is dat casemanagement de psychologische gezondheid en het welbevinden van ouderen verbetert. Ook Leung[18] beschrijft dit: ouderen uit de interventiegroep ervaren meer verbetering in gemoedssymptomen en er is een trend in verbetering van mentaal functioneren.
In het onderzoek van Taube[26] lijkt er ook een positief effect te zijn van de inzet van een casemanager bij kwetsbare ouderen op factoren als eenzaamheid, depressie, en tevredenheid met het leven, maar dit is niet significant.

Khanassov[25] beschrijft echter dat er bij personen met dementie geen verbetering gevonden werd op het vlak van depressie. Dit wordt bevestigd door Reilly[9].

Bij psychisch zieken is er een positief effect gezien van intensief casemanagement op het algemeen sociaal functioneren (Dieterich[19]).

Hudon[15] concludeert uit onderzoek bij de chronische patiënt dat er een verhoogd gevoel van veiligheid is bij de patiënt, omwille van een verhoogde toegankelijkheid tot professionals en vermindering van angst.

Effect op cognitie en gedragsproblemen

Khanassov[25] beschrijft geen significant effect op cognitie. Ook Reilly[8] vindt bij personen met dementie geen verbetering op vlak van cognitie. You[23] vindt inconsistente resultaten op gebied van gedragsproblemen.

Andere effecten

Khanassov[25] stelt vast dat casemanagement zorgt voor een goede coördinatie van gezondheidszorg en een goede continuïteit en kwaliteit van zorg voor personen met dementie. Tevens stelt hij vast dat huisartsen die samenwerken met een casemanager, frequenter de diagnose van dementie stellen omdat ze hier alerter op zijn. Er is een betere opleiding voor zorgverleners omtrent dementie en er wordt meer informatie voorzien rond dementie-specifieke maatschappelijke hulp.

Eveneens bij patiënten met dementie, beschrijft Iliffe[11] ook enkele significante verbeteringen voor patiënten en hun mantelzorgers: er is sprake van minder schaamte, minder isolatie, minder spanningen in de relatie, minder stress, en minder snel opname in een verzorgingstehuis.

De rol van de casemanager laat toe om tijd te spenderen aan het beoordelen van individuele noden van patiënten die balanceren op de rand van zelfstandig wonen, vermeldt Elwyn[27].

Conclusie

Niet alle onderzoeksresultaten zijn positief noch significant, maar globaal is hieruit af te leiden dat de inzet van een casemanager gunstige effecten kan hebben op de zorg voor de patiënt en het welbevinden van de patiënt.

Wat zijn de ervaringen van patiënten en hun omgeving enerzijds, en van leden van het zorgteam anderzijds, omtrent de inzet van een casemanager?

Sargent[28] identificeert volgende vijf categorieën van casemanagement taken die belangrijk gevonden worden door alle betrokkenen: klinische zorg, coördinatie van zorg, educatie, bemiddeling, en psychosociale ondersteuning.

Ervaringen van patiënten en mantelzorgers

Patiënten en mantelzorgers noemden als voordelen / positieve ervaringen:

- patiënten kunnen deelnemen aan hun zorgplanning en dit van huis uit (Berglund[29]);
- de geplande zorg sluit aan bij de noden en behoeften (Berglund[29]);
- er is aandacht voor de prioriteiten van de patiënt en de mantelzorger (Goodman[30]);
- de casemanager helpt bij het organiseren van continuïteit van zorg (Goodman[30]);
- de casemanager is een vast eerste aanspreekpunt (Ilyffe[11]);
- de casemanager heeft klinische expertise (Goodman[30]);
- er is een één op één therapeutische relatie (Ilyffe[11]);
- de casemanager pakt zowel gezondheidsproblemen als sociale problematiek aan (Ilyffe[11]);
- de inzet van een case manager geeft een gevoel van veiligheid (Ilyffe[11] en Hudon[15]) door een verbeterde toegankelijkheid tot professionals;
- de casemanager bouwt het zelfvertrouwen op (Brown[31]);
- de casemanager is een waardevolle aanvulling op de bestaande zorg (Sandberg[37]);
- de casemanager is een bijkomende bron van hulp, ondersteuning en begeleiding (Hjelm[32], Sandberg[37]) zowel voor patiënten als mantelzorgers (Brown[31]);
- voor de mantelzorger is de casemanager een partner in de zorg die assistentie biedt (Balard[35]):
- de casemanager wordt door de patiënt vooral gewaardeerd voor de persoonlijke relatie en de vertrouwensband (Balard[35]), hierbij voelt de patiënt voelt “gekend” en is er psychosociale ondersteuning (Hjelm[32], Goodman[30], Sargent[17], Brown[31], Nelson[33]);

- deze persoonlijke relatie wordt even belangrijk gevonden door de patiënten als de klinische zorg (Sargent[28]);
- door deze relatie kunnen de casemanagers een brug bouwen tussen de ouderen en de artsen en een hulp zijn in hun navigatie door het gezondheidszorgsysteem (Nelson[33]);
- de casemanager wordt door patiënten beschouwd als "iemand die aan hun kant staat" (Hjelm[32]).

Doorgaans is dus de bevinding dat voor de ouderen vooral het opbouwen van een vertrouwensband en de ondersteuning in hun emotionele noden een zeer belangrijke rol speelt, zelfs al was dit geen intentioneel deel van de interventie (Hjelm[32]).
Waibel[34] bevestigt dit in een meta-synthese van kwalitatieve studies: het opbouwen van een vertrouwensband wordt gepresenteerd als een cruciaal element van een casemanagement interventie.

Als minder positieve ervaringen vindt men:

- de tevredenheid met de geleverde zorg was aan het einde van de interventie niet beter dan bij de controlegroep (Berglund[29]);
- de inzet van een casemanager werd door een enkeling ervaren als ongewenst toezicht (Goodman[30]),
- sommigen zagen de casemanager als "iemand die ze op dit moment niet nodig hebben" (Hjelm[32]).

Of de inzet van een casemanager voordelen heeft voor de mantelzorgers zelf blijft onduidelijk.

You[23] stelt vast dat er inconsistente resultaten zijn op diverse aspecten voor de mantelzorgers: op hun niveau van stress, hun draaglast, hun tevredenheid over de zorg, hun psychische gezondheid en welzijn, en eventuele sociale consequenties van hun zorgtaak. Ook Eklund[20] stelt dat er onvoldoende kennis is welke invloed de inzet van de casemanager heeft op de mantelzorger.
Reilly[7] vindt dat sommige data suggereren dat casemanagement kan bijdragen aan een verminderde draaglast voor de mantelzorgers, bij ouderen met dementie. Tevens was er beperkte indicatie dat de mantelzorgers minder depressief en waren en meer tevreden met de zorg. Ze vonden echter geen onomstreden bewijs dat casemanagement de kwaliteit van leven, algemeen welzijn of niveau van stress van de mantelzorgers significant verbetert.

Opvallend is de bevinding van Peeters[36] in een studie over 4 verschillende organisatorische modellen van casemanagement voor personen met dementie, namelijk dat er weinig verschil in uitkomstmaten is bij de verschillende modellen. Hij stelt dat er, ondanks dat er amper verandering is in de belasting van de mantelzorger, een zeer grote tevredenheid is van de cliënten (met name de mantelzorgers) over het casemanagement, onafhankelijk van hoe casemanagement precies georganiseerd wordt.
In de studie wordt ook gesuggereerd dat de belasting qua zorgtaken voor de mantelzorger mogelijk niet daalt omdat de dementie progressief is en de belasting zonder casemanagement dus eigenlijk zou stijgen in de tijd.

We hadden reeds eerder vastgesteld dat de functie van casemanagement zeer heterogeen is. Uit het bovenstaande menen we te kunnen afleiden dat het feit op zich dat er een casemanager ingezet wordt die de zorg probeert te organiseren en coördineren, belangrijker is dan de exacte vorm waarin dit gegoten wordt.

<u>Ervaringen van leden van het zorgteam</u>

Er is bijzonder weinig onderzoek gebeurd naar hoe leden van het zorgteam de inzet van een case manager ervaren. Wij vinden enkel in het onderzoek van Ilyffe[11] ook interviews met de diverse leden van het zorgteam. Dezen noemden als belangrijkste voordeel van casemanagement het feit dat het de enige dienst is die zowel voor patiënt als voor zorgverleners oog heeft.

Hoeveel kost de inzet van de case manager, qua tijd en qua geld?

Het antwoord op deze vraag wordt niet duidelijk gegeven in de literatuur. Er is ook per studie een zeer uiteenlopende duur van de interventie en aard van de inzet van de case manager.

Wel werd onderzoek gedaan naar eventuele besparingen in gezondheidszorguitgaven door de inzet van een case manager.

Leung[18] bestudeerde de kosten-batenverhouding van de inzet van een case manager bij kwetsbare, thuiswonende ouderen in Hong Kong. Er werd berekend dat er uiteindelijk 93% meer bespaard werd op globale gezondheidszorgkosten in de interventiegroep ten opzichte van de controle groep. Dit werd vooral toegeschreven aan de vermindering van het aantal ziekenhuisopnames en van het aantal ligdagen per opname.

Sandberg[37] vond tijdens een studieperiode van 1 jaar een kostenneutrale uitkomst. Wel werd vastgesteld dat er minder beroep gedaan moest worden op mantelzorgers, qua tijd en kosten voor deze mantelzorgers zelf.

Tortajada[14] beschrijft een vermindering van het aantal opnames en minder bezoekjes aan spoed, maar stelt dat het niet duidelijk is of dit ook echt tot minder kosten leidt.

Reilly[8] meent dat casemanagement bij personen met dementie waarschijnlijk de globale gezondheidszorg-kosten zal verminderen, omdat patiënten mogelijk langer thuis blijven en daardoor de duur van opname in zorgcentra vermindert.

Oeseburg[38] stelt vast dat slechts in een enkel onderzoek evidentie gevonden werd dat case management leidt tot verminderd gebruik van diensten en besparingen in kosten van gezondheidszorg. In de andere onderzoeken was er geen significant verschil in positieve of negatieve zin.

II. 3. CONCLUSIE

Er is nog steeds veel onduidelijkheid in de literatuur over de invulling van casemanagement.
Vooralsnog lijkt casemanagement, in al zijn vormen, mogelijk een gunstig effect te hebben op het welbevinden van de patiënt en de kwaliteit van zorg. Ook bij mantelzorgers werden positieve ervaringen beschreven.

De patiënten waarderen de casemanager het meest om de persoonlijke relatie en de vertrouwensband die ze met een casemanager opbouwen. Mantelzorgers waarderen vooral de extra organisatorische en coördinerende ondersteuning en zorg. Er is slechts in één studie onderzocht hoe de andere leden van het zorgteam de inzet van de casemanager ervaren. Hieruit blijkt dat zij het positief vinden dat de case manager zowel oog heeft voor de noden van de patiënt als voor de zorgverleners.

De functie van casemanagement is in de studies te verschillend ingevuld om een antwoord te vinden op de vraag hoeveel de inzet van een casemanager kost qua tijd en qua geld.

Binnen het MoReS project zullen we trachten een beschrijving te geven van hoe patiënten, hun mantelzorgers en de leden van het zorgteam, de inzet van een casemanager ervaren.

III. METHODOLOGIE

III. 1. STUDIEDESIGN

In het eerder genoemde MoReS project werd een studieprotocol ontwikkeld voor de inzet van een casemanager binnen het multidisciplinair overleg (MDO). Dit werd ons voorgesteld in september 2017 (bijlage 9).
Onze bijdrage aan dit project was om een kwalitatieve procesevaluatie uit te voeren van deze implementatie studie. Onze onderzoeksvragen werden als volgt geformuleerd:

1. Welke zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager door de zorgbemiddelaar of de overlegcoördinator van het MDO? *(Liselotte Fransen)*
2. Hoe ervaren de patiënt en zijn omgeving aan de ene kant, en de leden van het zorgteam aan de andere kant, de inzet van de casemanager? *(Martine Evenblij)*

Om hierop een antwoord te kunnen formuleren, werd er gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden waarbij het proces van casemanagement binnen het MDO bestudeerd werd. Vijf casussen werden geobserveerd en daarna werd gepeild bij patiënt, mantelzorger, zorgverleners en casemanager naar hun ervaring met het casemanagement.
Bij elk MDO was één van ons (Liselotte of Martine) aanwezig als observator en nadien hebben we de verschillende deelnemers van het MDO bevraagd naar hun ervaring rond de inzet van een casemanager, door middel van semigestructureerde interviews.
Voor het verzamelen van de data hebben we een aantal zelf opgestelde documenten gebruikt: een dagboek voor de casemanager (bijlage 1), observatieformulieren voor de MDO's (bijlage 2), informatie- en toestemmingsformulieren voor alle deelnemers (bijlage 3), en draaiboeken voor de interviews met de verschillende participanten (bijlagen 4-6). Een handleiding voor casemanagement werd voorzien vanuit het project (bijlage 7).

De studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité UZA op 29 januari 2018 met registratienummer B300201835134 (bijlage 8).

III. 2. INCLUSIE VAN DEELNEMERS

In de zorgregio Mortsel werden in de periode van april 2018 tot september 2018 alle inkomende vragen voor het organiseren van een MDO door de projectcoördinator verzameld. Zij ging voor de rekrutering van participanten van deze studie voor elke casus na of aan één van de drie criteria voor 'uitzonderlijke zorgsituatie' werd voldaan:

1. Hoge complexiteit met (dreigend) autonomieverlies?
2. Zorgteam in crisis?
3. Zorgweigering?

Indien een casus aan één van de criteria voldeed, werd deze in aanmerking genomen voor deze studie. In het geval van 'zorgteam in crisis' of 'zorgweigering' werd in eerste instantie aan de overlegcoördinator de vraag gesteld of deze de extra functie van casemanager wilde opnemen. In het andere geval, namelijk 'hoge complexiteit met (dreigend) autonomieverlies', werd in eerste instantie aan de actuele zorgbemiddelaar binnen het zorgteam op voorhand gevraagd of hij/zij de functie van casemanager wilde opnemen. Indien de gevraagde persoon de functie niet kon of wilde opnemen, werd de vraag openlijk gesteld aan alle deelnemers van het MDO.

De casus werd enkel in aanmerking genomen voor de studie wanneer iemand zich bereid verklaarde om de rol van casemanager op te nemen.
De persoon die aanvaard had om de functie van casemanager op zich te nemen, kreeg door de projectcoördinator een 'handleiding voor casemanagement' toegestuurd, waarin geformuleerd stond welke taken van hem/haar verwacht werden (bijlage 7). Hij/zij kreeg tevens een 'dagboek' waarin hij/zij de activiteiten als casemanager per casus kon noteren, met inbegrip van de bestede tijd (bijlage 1).

De overlegcoördinator belegde vervolgens het MDO volgens de gangbare procedure in de zorgregio. De overlegcoördinator lichtte ook het project MoReS toe en vroeg aan de leden van het zorgteam en aan patiënt en eventuele mantelzorger om een informatie- en toestemmingsformulier ('informed consent') te ondertekenen.
Enkel de casussen waarbij patiënt en casemanager akkoord gingen met de ondertekening van het informed consent, werden opgenomen in de studie. Binnen deze geïncludeerde casussen, werden enkel de leden van het zorgteam die akkoord gingen met de ondertekening van het informed consent, in de latere fase geïnterviewd en opgenomen in de analyse.

Na het MDO stelde de overlegcoördinator zoals gebruikelijk een verslag op, dat naar de leden van het zorgteam en naar de patiënt of zijn vertegenwoordiger werd gestuurd. Hierin staat een zorgplan genoteerd met daarin een lijst met prioritaire zorgafspraken: wie doet wat tegen wanneer?

III. 3. DATACOLLECTIE

Pilootobservatie

Ter voorbereiding op onze observatiestudie, woonden we elk een MDO bij van een casus die niet in de studie opgenomen werd, dus waarvan de gegevens niet gebruikt zouden worden in het onderzoek. Wij maakten voor onze veldnota's tijdens de observatie gebruik van een sjabloon ter beschrijving van het verloop/proces van het MDO gekoppeld aan de inhoudelijke aspecten van de casus (bijlage 2). We bespraken de veldnota's met elkaar en met de promotoren ter verfijning van onze observatietechnieken, voor we aan de andere observaties begonnen.

Observatie geselecteerde casussen

Vervolgens woonden we elk enkele MDO's bij van casussen die wel in de studie geïncludeerd werden. Hierbij waren we aanwezig als niet-participerende observator. Dit hield in dat we bij de start van het MDO aan iedereen voorgesteld werden met onze voornaam en als 'onderzoeker' binnen de studie, dat we mee rond de tafel zaten, dus in de groep zelf, zodat we alle interacties goed konden observeren, maar dat we niet deelnamen aan de inhoudelijke discussie en geen deel uitmaakten van het zorgteam.
In totaal werden 5 casussen geïncludeerd en geobserveerd aan de hand van het observatieformulier (bijlage 2).

Individuele interviews

Een topic lijst voor de interviews werd opgemaakt aan de hand van de literatuur (Whiting, 2008 [8]). Deze hebben we na de MDO observaties in samenspraak met onze promotoren verfijnd en aangepast, mede op basis van de les over interviewen bij kwalitatief onderzoek (UA), van de gevonden literatuur over dit onderwerp, en van de onderzoeksvragen.

Tenminste drie maanden na de observatie van het MDO nodigden we de patiënt en/of mantelzorger en/of sommige leden van het zorgteam en de casemanager uit voor een individueel semigestructureerd interview.

We kozen voor dit tijdsinterval van drie maanden, zodat het zorgteam en de casemanager ondertussen voldoende tijd hadden gehad om de prioritaire zorgafspraken te implementeren.

Elke onderzoeker interviewde de patiënt en zorgverleners van het MDO dat zij zelf had bijgewoond als observator. Bij deze interviews peilden we naar antwoorden op beide onderzoeksvragen, zodat we voor elkaar data konden verzamelen. Ter voorbereiding op de interviews stelden we hier een draaiboek voor op. Er werd een apart draaiboek opgesteld voor het interview met de casemanager, met een zorgverlener, en met de patiënt en/of mantelzorger (bijlagen 4-6).

Met de interviews peilden we o.a. naar het volgende:

a. in het interview met de casemanager:
    - hoe hij/zij de rol van casemanager ingevuld heeft;
    - hoe hij/zij zich hierop voorbereid heeft;
    - welk effect dit gehad heeft op de zorg voor de patiënt;
    - wat hij/zij als belemmerende en bevorderende factoren heeft ervaren om deze rol op zich te nemen.

b. in het interview met de patiënt (en/of mantelzorger) en met de leden van het zorgteam:
    - hoe de zorg nu georganiseerd is;
    - wat er is veranderd door de inzet van de casemanager;
    - wat de casemanager in het zorgproces voor deze persoon betekend heeft;
    - hoe het welzijn van de patiënt door de inzet van de casemanager veranderd is;
    - wat de meerwaarde (of minwaarde) is van de zorg van de casemanager.

De interviews werden opgenomen en volledig uitgeschreven.

III. 4. DATA-ANALYSE

Er werd gebruik gemaakt van de principes van thematische analyse. Datacollectie en -analyse gebeurden in een iteratief proces.
Nadat de eerste 2 interviews getranscribeerd werden, hebben we deze interviews samen met de promotoren technisch overlopen en gekeken hoe we onze interviewtechnieken konden bijsturen. De valkuilen werden besproken en waar nodig werden de draaiboeken topic-inhoudelijk aangevuld / bijgestuurd. We namen bijvoorbeeld de extra vraag erin op (voor de zorgverleners en patiënt/mantelzorger): “Wat was je verwachting van het overleg?”. Tevens werd in dit overleg een eerste stap gezet in de analyse. Hiervoor hebben we de eerste twee interviews elk apart gecodeerd en vervolgens de codes vergeleken en met de promotoren besproken en aangepast waar nodig.
Hierna volgden de andere interviews. Ook uit deze interviews werden codes verzameld en verfijnd. Gaandeweg werden de draaiboeken aangepast en verfijnd in een iteratief proces van data verzamelen en analyseren om zo betere data te krijgen. De verzamelde codes werden geclusterd in grotere thema’s en telkens afgetoetst met de twee onderzoekers. Voor de opbouw van het thematisch framework werd steeds rekening gehouden met beide onderzoeksvragen. De verschillende stappen in het analyseproces werden telkens met de promotoren besproken en geëvalueerd.

Bij de dataverwerking respecteerden we de privacy van de patiënt en de andere deelnemers door pseudonimisering: elke deelnemer kreeg een unieke code toegewezen. Hieraan werden de gemaakte audio-opnames en gebruikte documenten per deelnemer gekoppeld. Deze codes werden gemaakt en bewaard door de onderzoekers. Enkel de onderzoekers kunnen aan deze gegevens geraken. Bij uitwisseling van gegevens tussen de onderzoekers werd er telkens met gecodeerde documenten gewerkt. Bij de schriftelijke uitwerking van de studie werd ook enkel gebruik gemaakt van de unieke codes. De gegevens van de studie zullen gedurende 5 jaar bewaard worden.

IV. RESULTATEN

IV. 1. DEELNEMERS

Kenmerken van de deelnemers

Casusbeschrijving

Casus A: Het betreft een alleenwonende dame van 84 jaar met sterk verminderde zelfredzaamheid zowel door dementie als door verminderde mobiliteit met valrisico. Zij wordt reeds goed omkaderd. De zoon is mantelzorger, de schoondochter is neurologe en volgt de medische situatie zelf op, waardoor de huisarts aangeeft de laatste 2 à 3 jaar geen zicht meer te hebben op de situatie. Er is professionele omkadering door verpleging, gezinshulp (verzorgenden), kinesist en poetshulp. Door de geheugenproblemen van mevrouw en onvoldoende communicatie tussen de verschillende zorgverleners, ontstaan er af en toe misverstanden. Om dit te bespreken, vraagt de teamleider van de thuiszorg (van de verzorgenden) een MDO aan.

Casus B: Hier gaat het om een 83-jarige alleenwonende dame met verminderde zelfredzaamheid door een bipolaire stoornis en dementie. Haar man is recent opgenomen in een woonzorgcentrum, haar zoon en dochter staan in voor mantelzorg, maar de dochter is nu zelf ernstig ziek. Verder is er reeds verpleging, gezinshulp (verzorgenden) en poetshulp. Door vakantie van de zoon en ziekte van de dochter is mevrouw tijdelijk opgenomen geweest ("kortverblijf") in een woonzorgcentrum. Nu ze weer thuis is, heeft de gezinshulp het MDO aangevraagd om de zorg goed op elkaar af te stemmen en omdat ze ervaart dat de communicatie binnen het zorgteam vaak misloopt. Patiënte was niet aanwezig op het MDO omdat ze dat niet zou aankunnen volgens de verzorgende en de zoon.

Casus C: Dit is een dame van 82 jaar die alleen woont. Zij heeft CVS en toenemende geheugenproblemen. Ze is continu vermoeid en snel overprikkeld. Hierdoor is contact met anderen vaak moeilijk en wijst ze frequent een hulpaanbod af. Ze is besluiteloos en het is moeilijk om afspraken te maken met haar. Er is ook eenzaamheidsproblematiek, ze mist een gesprekspartner. Haar man is overleden en ze heeft geen kinderen. Een neef komt af en toe langs. Professionele hulp krijgt ze van gezinshulp en van thuisverpleging. De teamleider van de thuiszorg vroeg het MDO aan wegens bezorgdheid. Patiënte overweegt om naar een WZC te gaan. Na het MDO ging ze al 'als proef' in kortverblijf in een rusthuis, maar dit is haar tegengevallen.

Casus D: Hier gaat het om een 53-jarige man met een niet-aangeboren hersenaandoening (NAH) door een arbeidsongeval. Hij ligt in scheiding met zijn vrouw, een belangrijke mantelzorger die nu zal wegvallen. Hierdoor zal hij alleen gaan wonen in een assistentiewoning. Er zijn 2 dochters die ook goed voor hun vader zorgen. Er is reeds een ruime professionele omkadering. Hij heeft een nieuwe partner, die autisme heeft en veel aandacht opeist, dit maakt de situatie nog complexer. De grootste bekommernissen zijn persoonlijke hygiëne en financiën, patiënt heeft meer controle nodig. Hij houdt veel de boot af naar hulpverleners toe. Het is moeilijk afspraken te maken met hem (gezien de NAH), hij is vriendelijk maar ontremd, chaotisch en zijn aandacht is erg wisselend. Het MDO wordt georganiseerd om duidelijke zorg- en ondersteuningsafspraken te maken.

Casus E: Het betreft een dame van 87 jaar die met haar man thuis woont. Ze werd recent 2x opgenomen in een ziekenhuis omwille van hartfalen. De echtgenoot heeft al herhaaldelijk aangegeven dat de zorg erg zwaar wordt voor hem ("hij heeft nooit rust"), de patiënte belet haar man vaak om dit te uiten. Patiënte ziet de nood moeilijk in, ze staat niet altijd open voor zorg waardoor vroegtijdige zorgplanning moeilijk verloopt. Er komt dagelijks thuisverpleging langs en ze krijgen 2x per week hulp van een zorgkundige en 1x per week poetshulp, uitbreiding van zorg lijkt voor patiënte en haar man financieel onmogelijk. Verder komt de zoon af en toe langs. Men wil tijdens het MDO afstemmen of en hoe de zorg uitgebreid kan worden, de haalbaarheid van thuis wonen bekijken en ook een planning maken voor de toekomst (wat is er nodig om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen?).

Tabel 1 geeft een overzicht van de deelnemers per casus.

Casus	Type uitzondering	Wie is casemanager	Aanwezig op MDO	Uitgenodigd voor interview	Geïnterviewd (referentie interview)
A	Complexe zorgsituatie leidend tot sterk autonomieverlies	Overlegcoördinator	Patiënte	Ja	Nee
			Zoon	Ja	Nee
			Verpleging	Nee	/
			Poetsvrouw	Nee	/
			Huisarts	Ja	Ja (A1)
			Overlegcoördinator	Ja	Ja (A2)
B	Complexe zorgsituatie leidend tot sterk autonomieverlies	Teamleider thuiszorg	Zoon	Ja	Ja (B1)
			Verpleging (leiding)	Nee	/
			Huisarts	Ja	Nee
			Teamleider thuiszorg	Ja	Ja (B2)
			Verzorgende	Ja	Ja (B3)
C	Complexe zorgsituatie leidend tot sterk autonomieverlies	Overlegcoördinator	Patiënte	Ja	Ja (C3)
			Verpleging (2p)	Ja	Nee
			Huisarts	Ja	Ja (C2)
			Teamleider thuiszorg	Ja	Ja (C4)
			Verzorgende	Nee	/
			Overlegcoördinator	Ja	Ja (C1)
D	Complexe zorgsituatie leidend tot sterk autonomieverlies	Overlegcoördinator	Patiënt	Nee	/
			Broer	Nee	/
			Zussen (2p)	Nee	/
			Ex-partner	Nee	/
			Dochter	Nee	/
			Huisarts	Ja	Ja (D2)
			Teamleider thuiszorg	Ja	Ja (D1)
			Verzorgende	Nee	/
			Thuisbegeleiding (DVC)	Nee	/
			Overlegcoördinator	Ja	Ja (D3)
			Woonassistente van mutualiteit	Nee	/
			Sociale dienst OCMW	Nee	/
E	Zorgteam in crisis	Maatschappelijk werker van mutualiteit	Patiënte	Ja	Ja (E2-P)
			Echtgenoot	Ja	Ja (E2-M)
			Verpleging	Nee	/
			Huisarts	Ja	Ja (E1)
			Teamleider thuiszorg	Nee	/
			Verzorgende	Nee	/
			Maatschappelijk werker mutualiteit	Ja	Nee
			Overlegcoördinator	nee	/

TABEL 1: Beschrijving van de deelnemers.

Aangezien bij sommige MDO's een zeer groot aantal aanwezigen was, was het praktisch niet haalbaar om alle deelnemers van het MDO te interviewen. We hadden er in overleg met onze promotoren voor gekozen om bij elke casus in elk geval patiënt en/of mantelzorger, huisarts en casemanager uit te nodigen voor een interview. Niet elke patiënt was echter in staat om geïnterviewd te worden, mede door de onderliggende medische (psychische) aandoening. Niet elke mantelzorger en uitgenodigde zorgverlener heeft gereageerd op de (herhaalde) uitnodiging voor het interview. In dat geval werd bijkomend een ander lid van het zorgteam uitgenodigd.
In totaal hebben we 14 interviews kunnen afnemen, waarvan 1 dubbelinterview met patiënt en mantelzorger (man) samen. De duur van de interviews varieerde van 15 tot 50 minuten.

IV. 2. BESPREKING THEMA'S

Vanuit de interviews hebben we vier grote thema's (clusters) benoemd waarin we de resultaten gebundeld hebben. Deze zullen we aansluitend bespreken.

THEMA 1: Zorgomkadering van de patiënt en het MDO

In dit thema exploreren we hoe het zorgteam rondom de patiënt functioneert en communiceert, hoe de taakverdeling is, waarom een MDO georganiseerd werd, hoe het ervaren werd en wat er sindsdien veranderd is. De rol van de casemanager hierin wordt in dit thema nog niet behandeld, maar wordt wel besproken in thema 3. We verdiepen dit thema in enkele subthema's.

Communicatie en samenwerking van het zorgteam

In meerdere casussen wordt aangegeven dat de onderlinge communicatie gebrekkig verloopt. Er zijn vaak wel afspraken gemaakt in de loop van de tijd, zoals het gebruik van een communicatieschriftje of agenda, maar in de praktijk blijkt het gebruik hiervan onvoldoende, of wordt er door de verschillende disciplines met verschillende systemen naast elkaar gewerkt.

> *B3: "…de dokter schrijft dan wel in hun kaftje (van de verpleging) een regeltje bij de medicatie, maar die zien daar niet meer naar want die hebben tegenwoordig zo een tablet…" (…) "…verpleging en huisarts lezen niet in ons communicatieschriftje. Sowieso niet."*

Mede hierdoor is men onvoldoende op elkaar afgestemd en verloopt de samenwerking niet vlot.

> *A2: "Je kunt niet zeggen dat er hier een team staat van leden die mekaar goed kennen, die op elkaar zijn afgestemd, die op elkaar kunnen terugvallen…"*

In een aantal gevallen is er reeds een centraal aanspreekpunt of zorgbemiddelaar binnen het zorgteam, soms zien we ook dat een deel van het team al wel vlot met elkaar communiceert.

> *D2: "Ik weet dat moest er iets zijn dat de kinderen mij wel zullen bellen… Dus, wij kunnen kort op de bal spelen."*

Verwachtingen en ervaring van het MDO

In de meeste gevallen zien we dat het doel van het MDO is om de taakverdeling van de verschillende zorgprofessionals (en eventueel mantelzorger en patiënt) helder te krijgen en het geheel van zorgverlening goed op elkaar af te stemmen.

> *B2: "…omdat er anders heel vaak naast elkaar dingen geregeld worden."*

In sommige casussen wil men specifiek aandacht besteden aan de toekomstplanning (bv. om proactief te kunnen werken zoals in casus D). Anderzijds is een MDO ook een goede gelegenheid om specifieke praktische zaken te bespreken en te regelen ter ondersteuning van de patiënt en de mantelzorger, zoals het voorzien van een sleutelkastje of personenalarm.

Verder wordt een MDO door de geïnterviewde deelnemers ook omschreven als een goede gelegenheid om de andere betrokkenen binnen de zorg rond een patiënt eens gezien te hebben en te leren kennen, wat het contact in de toekomst kan vergemakkelijken.

> *B2: "Ik heb dat zo nodig om ook eens te kunnen zien van 'ah dat zijn de kinderen, dat is de huisarts', en om die eens gehoord te hebben ook."*

De ervaring van het MDO bij patiënten is erg uiteenlopend en kan erg situatiegebonden zijn. Soms wordt het als heel positief ervaren gezien de aandacht die men krijgt of de hulp die men hierdoor ervaart.

C3: "…ze doen iets voor mij."

Anderzijds kan het ook als te confronterend ervaren worden door patiënten omdat ze geconfronteerd worden met hun eigen 'tekortkomingen' of hun 'beperkingen'. Daar zijn ook zorgverleners zich van bewust.

B3: "Dat vind ik een hele moeilijke ze, mensen mee in een overleg hebben. Die zitten daar vaak bij maar soms doet dat ook heel veel pijn he. Want je bevestigt dan nog maar eens van 'eigenlijk vergeet je alles'."

Veranderingen na het MDO

De participanten hebben ervaren dat de specifieke afspraken gemaakt op het MDO door de leden van het zorgteam, meestal wel nagekomen zijn. Hoewel er ook een enkele maal vermeld wordt dat gemaakte afspraken in het verloop van de tijd toch weer verzwakken of naar de achtergrond verdwijnen, waardoor het soms toch weer mis gaat in de zorg.

C2: "Er worden wel wat toezeggingen gedaan vaak van partijen… maar in de loop van de tijd neemt dat af… loopt het toch vaak weer mis…"

In sommige gevallen zorgden patiëntfactoren ervoor dat afspraken niet nagekomen konden worden. In casus C bijvoorbeeld heeft men geprobeerd een aantal praktische zaken te regelen maar uiteindelijk hield de patiënte vaak de boot af of weigerde ze de aangeboden hulp.

THEMA 2: Problemen in de zorg

In dit thema bespreken we de problemen waar men tegenaan loopt in de zorg, enerzijds in het algemeen (organisatorisch), anderzijds factoren die casus- of patiëntgebonden zijn.

Algemene factoren

In iedere casus wordt personeelstekort als een struikelblok ervaren, alsook een grote tijdsdruk. Tevens wordt door sommigen aangehaald dat een grote personeelsturnover of personeelswissel zorgt voor een moeilijke opvolging. Ook voor deze studie konden enkele interviews niet afgenomen worden omdat men hiervoor geen tijd had of omdat de betreffende personen niet meer bij de zorg voor de patiënten betrokken waren.

Bijna iedereen van de professionele zorgverleners beschrijft dat er amper voldoende tijd is om alle opgelegde taken uit te voeren.

C4: "… iedereen heeft het super super druk…."

Soms is de zorg suboptimaal omdat er door personeelstekort niet aan de noden kan voldaan worden. In één van de casussen is er ook specifiek onvoldoende Nederlandstalig schoonmaakpersoneel om aan de noden en wensen van de patiënt te voldoen.

E1: "… wat ik wel vond was dat Familiehulp als instantie, dat je heel hard voelt dat die overbelast zijn… (…) …er is duidelijk meer aanbod nodig."

Personeelswissels binnen een bepaald zorgteam werden in één casus ook aangehaald als probleem voor continuïteit van zorg, omdat er daardoor ook geen vast aanspreekpunt is.

D2: "Ik merk ook dat die teams zo continu veranderen dat er eigenlijk volgens mij heel weinig kans is dat er eigenlijk een vaste begeleiding is."

Casus- of patiëntgebonden factoren

Bij de casusbeschrijvingen hebben we al enkele zaken benoemd. Vergeetachtigheid, snel overprikkeld zijn, ongeremdheid, twijfels van patiënten, enz. kunnen de zorg sterk bemoeilijken, ondanks een goed aanbod en een goede inzet van de zorgverleners.

In meerdere interviews werd door zorgprofessionals aangegeven dat 'je mensen niet kunt veranderen' (doelend op patiënten). Men doet concrete voorstellen om het welzijn van de patiënt te bevorderen maar vaak heeft de patiënt hier weerstand tegen. Hierdoor kan men het voorgestelde zorgplan niet altijd optimaal uitvoeren, of kunnen de gemaakte afspraken niet altijd nageleefd worden. Dan is men al blij met kleine stapjes en veranderingen.

> *D3: "…wij mogen overleggen totdat we in een olifant veranderen bij wijze van spreken en 't zal nog niet oplossen…".*

THEMA 3: De rol van de casemanager

In dit thema beschrijven we de verwachtingen en ideeën over het begrip 'casemanagement' bij onze participanten. Tevens bekijken we welke activiteiten de casemanager voor zijn rekening heeft genomen en welke niet. We beschrijven ook wat er hierdoor concreet veranderd is in het zorgproces en wat de casemanager bijgedragen heeft in de casussen.

Ideeën rond casemanagement

Wat opvalt is dat er weinig concrete ideeën zijn rond casemanagement. De meeste geïnterviewden zijn niet op de hoogte van wat de functie van casemanager juist inhoudt, wat de concrete functie is en welke taken hiermee verbonden zijn. Het is voor de participanten een nieuw begrip, waarrond er nog veel onduidelijkheid heerst.

> *B2: "Het is natuurlijk ook iets nieuw wat ze dan willen, dus ik weet niet wat ze daarvan verwachten wat die* (=de casemanager) *allemaal van taken tot zich zou nemen…"*

De participanten hebben wel enkele concrete verwachtingen over enkele taken die de casemanager op zich kan nemen, zoals het mee opvolgen van de situatie bij de patiënt en nagaan of de gemaakte afspraken met de verschillende professionals wel ingevoerd en/of nageleefd worden, en hier dan ook actie in ondernemen.

> *D1: " Ik vind, een casemanager moet vooral nakijken van, wat moet er nog gebeuren, en dan eventjes aan de mouw trekken van zeg, dat is er niet in orde. (…) Het is een heel schoon systeem maar het moet opgevolgd worden en anders, ja, is het niet nuttig."*

Tevens wordt van de casemanager verwacht dat deze actief de mening over de zorgsituatie zal bevragen bij andere leden van het zorgteam om zo de zorg te optimaliseren.

> *B2: "… dat die vraagt: 'Is er iets verbeterd? Wat vind je dat nog anders kan?'."*

Men verwacht ook dat de casemanager het zorgteam begeleidt en ondersteunt waar nodig en mee zoekt naar mogelijke oplossingen of alternatieven.

> *E1: "…als wij de opties bekijken dan is het ook heel handig dat X* (de casemanager) *ons daar kan bij ondersteunen om terug in te schatten van: is het rusthuis een optie?"*

Wat meermaals spontaan ter sprake komt, is dat men vindt dat het casemanagement best wordt opgenomen door een professional die specifiek deze taak toegewezen krijgt en enkel deze rol uitoefent en zich daar dan ook in kan bekwamen. De participanten ervaren het ook als een belemmering wanneer je er naast je 'normale taken' ook de rol van casemanager moet bijnemen.

> *D2: ".. je hebt daar wel extra mensen eigenlijk voor nodig. (…) Dus dat moeten mensen zijn die dat dat inderdaad specifiek doen. En dag in dag uit.. (..) en dan verloopt dat allemaal veel vlotter."*

Er is geen eenduidige visie over wie dan best de rol van casemanager zou opnemen. Twee geïnterviewden geven aan dat de casemanager best iemand is van buiten het bestaande zorgteam, aangezien deze geen betrokken partij is en dus met een meer objectieve bril naar de situatie kan kijken. Anderen geven dan weer aan dat de casemanager best iemand is uit het bestaande zorgteam, omdat deze meer en gemakkelijker contact heeft met de patiënt en al een beetje een vertrouwenspersoon is van de patiënt.

Soms wordt het nut van een casemanager echter ook in vraag gesteld en wordt er getwijfeld aan de meerwaarde. Soms vindt iemand van het huidige zorgteam dat ze die taken beter zelf kunnen doen of dat dit officieel benoemd wordt, omdat ze dit nu eigenlijk ook al informeel op zich nemen. Het kan als een belemmering ervaren worden om weer een extra persoon te moeten inschakelen.

> *D2: "Ik vind dat op zich… goede initiatieven… maar ik vraag mij altijd af wat het resultaat is…"*

> *B2: "… dan moeten die ook weer die mensen gaan aanspreken waarmee dat dan die bepaalde dingen mislopen… ik doe dat eigenlijk zelf want anders bekom je niets…"*

Activiteiten van de casemanager

De activiteiten die de casemanager al dan niet heeft ondernomen, zijn per casus erg uiteenlopend. We zien hier ook terug dat het niet altijd eenduidig is welke taken er opgenomen worden specifiek als 'casemanagement' taken en welke taken behoren tot het 'normale' zorgpakket van de zorgprofessional.

In bepaalde gevallen heeft de casemanager maar een beperkte rol gehad, zoals in casus A, waarbij de casemanager eenmalig de zoon gecontacteerd heeft. Daarna werd een vraag van de zoon door de casemanager bezorgd aan de teamleider van de thuiszorg, die dit dan verder opgelost heeft. Naar de kinesist werd een e-mail verstuurd. Verder werd er ook een verslag van het MDO verstuurd naar de betrokken partijen (maar dit is vanuit de functie van overlegcoördinator gebeurd).

> *A2: "In deze casus denk ik dat mijn inbreng redelijk klein geweest is."*

De casemanager van casus B heeft alleen gedaan wat ze sowieso als teamleider van de thuiszorg gedaan zou hebben. Er is een poetsvrouw van haar eigen team gekomen in de plaats van een andere poetsvrouw die wegviel. Andere taken heeft ze in de functie van casemanager naar eigen zeggen niet uitgevoerd.

> *B2: "Maar naar de andere disciplines heb ik eigenlijk niets gedaan. Heb ik niets kunnen doen, omdat het een beetje hectisch was bij mij op het werk." (…) "… het loopt allemaal, er zijn geen problemen… ik ben niet expliciet mensen gaan bellen."*

Er werd in casus C door de casemanager met de patiënte gebeld en ze is ook tweemaal bij haar thuis langs geweest (de eerste keer mocht ze echter niet binnen omdat de patiënte een slechte dag had). Verder heeft ze ook een e-mail gestuurd naar de betrokken zorgverleners met vraag naar follow-up van alle gemaakte afspraken.

> *C4: "Die heeft een tijdje geleden nog eens een mailtje rondgestuurd van: dat en dat en dat is afgesproken, moeten we daar nog iets mee doen? Wat is daar mee gedaan? Dus die heeft daar toch wel achter gevraagd. En ja, dan wordt dat zo nog eens eventjes opgefrist."*

De casemanager zorgde ervoor dat er af en toe ook een mannelijke verzorgende kon langskomen om de zwaardere klussen te klaren (bv tuinstel van het terras naar de kelder dragen). Ze belde met de mutualiteit, met de verpleegkundigen en met de verzorgenden. Ze probeerde ook nog te achterhalen wie de syndicus is in het gebouw waar patiënte woont, met vragen rond het plaatsen van een sleutelkastje.
De casemanager geeft ook aan dat ze van een aantal gemaakte afspraken nadien niet meer nagevraagd heeft of deze wel goed zijn uitgevoerd.

> *C1: "…en ja, ik heb niet van alle afspraken getoetst of dat het echt is nagekomen."*

In andere gevallen heeft de casemanager de situatie van dichterbij opgevolgd en ook de nodige acties ondernomen wanneer nodig. Het soort taken dat opgenomen werd, varieerde naargelang de noden van de patiënt. In deze casussen heeft de casemanager een vertrouwensband opgebouwd met de patiënt en de eventuele mantelzorgers en wordt hij/zij ook de contactpersoon of het aanspreekpunt wanneer nodig.

In casus D bijvoorbeeld heeft de casemanager een aantal zaken van dichtbij opgevolgd. Ze heeft geprobeerd het MDO, dat door haar als moeilijk werd ingeschat gezien het groot aantal aanwezigen, goed voor te bereiden en moeite gedaan om belangrijk thema's aan te raken tijdens het MDO. Verder heeft ze extra gesprekken gehad met de patiënt en zijn nieuwe partner in aanwezigheid van hun begeleiders (gezien de moeilijke relatie). Daarnaast heeft ze ook een gesprek gehad met de patiënt en zijn dochter samen met iemand van het OCMW, om de financiële aspecten te bekijken en oplossingen te zoeken waar nodig. De casemanager geeft aan dat er zeer veel e-mailverkeer is geweest met de dochters van de patiënt. Ze bezorgde het zorgteam en de mantelzorgers haar persoonlijke gsm-nummer, zodat ze bereikbaar was indien nodig.
Er zijn ook een aantal zaken die ze niet heeft kunnen uitvoeren, zoals bijvoorbeeld snel een nieuw overleg inplannen, eventueel enkel met de actieve hulpverleners.

Hier is het niet duidelijk of de taken die ze heeft uitgevoerd, gebeurd zijn vanuit haar rol als casemanager of vanuit haar taak binnen het OCMW (zie ook hoofdstuk V. Bespreking). Deze rol-/taakverdeling blijkt vaak niet helder te zijn.

De casemanager in casus E is met de patiënte en haar echtgenoot vooral veel dieper ingegaan op het financiële aspect en de zorgen hieromtrent. Ze heeft hen onder andere begeleid in het regelen van premies waar het koppel recht op had, maar waar ze zelf geen weet van hadden. Ze zorgde ook voor een parkeerkaart voor personen met een handicap. De casemanager komt maandelijks thuis langs, helpt bij de administratie en houdt het koppel op de hoogte van bepaalde veranderingen. De patiënte en haar echtgenoot mogen haar ook altijd contacteren bij vragen.

> *E2-M: "…ge belt maar als je mij nodig hebt zegt zij, en dan kom ik direct."*

Verwezenlijkingen van de casemanager

De ervaren verwezenlijkingen van de casemanager kunnen per casus erg verschillen afhankelijk van welke rol de casemanager had of hoe hij/zij die rol op zich heeft genomen.

In casus A heeft de casemanager geen actieve rol gehad of veranderingen teweeggebracht.

De casemanager in casus B heeft ervoor gezorgd dat de nieuwe poetsvrouw vanuit haar eigen thuiszorgteam kwam, wat de samenwerking ten goede kwam, waardoor er minder onrust was bij de patiënte.

> *B2: "Met de poetshulp die van ons komt, ik vind dat toch wel een meerwaarde, omdat we die ook goed kunnen briefen van 'dat is het probleem, let daarop, doe dingen zo en zo', dat zorgt bij haar voor veel minder onrust."*

In casus C lijken de verwezenlijkingen eerder beperkt. Behalve de mannelijke verzorgende die af en toe langskomt, zijn er weinig dingen veranderd (mede door patiëntfactoren, zoals reeds eerder vermeld).

> *C2: "In dit geval heeft dat niet zo gek veel opgeleverd…"*

De casemanager in casus D heeft ervoor gezorgd dat de maatschappelijk werker meteen erg actief betrokken raakte. Op de vraag of de inzet van de casemanager invloed had op het welzijn van de patiënt antwoordde de huisarts:

> *D2: "Ik denk dat wel. Omdat ik vind dat (patiënt) wel een beetje controle nodig heeft.(...). Dus als dat wordt ingevuld dan is dat OK."*

Er worden in deze casus door de geïnterviewden verder weinig veranderingen aangegeven door de inzet van de casemanager.

In casus E heeft de casemanager de mantelzorgpremies geregeld en het palliatief forfait aangevraagd, de hospitalisatieverzekering aangesproken om nog grote bedragen terug te krijgen, kortom financieel alles op orde gekregen, waardoor er (financieel) weer ruimte was om de zeer noodzakelijke thuiszorg uit te breiden. Tevens zijn allerlei praktische zaken in orde gekomen: een parkeerkaart voor personen met een handicap werd geregeld en hulpmiddelen werden aangekocht, zoals een antidecubituskussen en andere zaken van de assistwinkel.

> *E1: "… hun grote nood was die angst rond dat financiële. Ik moet nu zeggen dat als die casemanager er niet was geweest, dat ik niet zo direct zou weten wie dat dat op zich zou willen nemen. (…) … dus dat was voor hen een heel grote onzekerheid en dat heeft die casemanager wel ingevuld. Dus ik denk dat dat voor hun welzijn veel heeft gedaan.*
> *(…) .. ja en natuurlijk op die andere vlakken ook he, uitbreiding familiehulp of gewoon al die optie hebben voor die vrijwilligers… da's natuurlijk ook allemaal positief voor hun welzijn."*

THEMA 4: Ervaring van de inzet van de casemanager

We onderzoeken in dit thema hoe de patiënt en zijn omgeving aan de ene kant, en de leden van het zorgteam aan de andere kant, de inzet van de casemanager ervaren hebben. We bevroegen ook hoe de tevredenheid met de zorg was op het moment van de interviews. En we stuitten op de vraag of de inzet van de casemanager relevant was.

Ervaring van patiënt en mantelzorger(s)

We hebben slechts beperkte data van patiënten en mantelzorgers. Deels omdat er niet altijd een actieve mantelzorger betrokken was. Patiënten waren ook niet altijd in staat om een interview af te nemen. Desondanks vonden we het toch de moeite om de beperkte ervaringen mee te nemen in de analyse.

In één casus konden we de patiënt en de mantelzorger interviewen, in een andere enkel de patiënt (omdat hier geen mantelzorg was), in een derde casus enkel de mantelzorger. Hoe patiënten en mantelzorgers de inzet van een casemanager ervaren hebben, hangt sterk samen met hoe actief de casemanager geweest en is wat deze bereikt heeft.

Soms is er geen contact geweest met de casemanager.

> *B1: "Zij heeft mij niet gecontacteerd, en ik heb haar niet gecontacteerd…"*

Deze mantelzorger van casus B is niet negatief over de ervaring met casemanagement, maar geeft toe dat hij er eigenlijk geen zicht op heeft wat dit nu precies heeft ingehouden. In casus C geeft de patiënte in het interview een dubbel beeld van haar ervaring, de ene keer is het positief en de andere keer is het negatief. Dit zou er op kunnen wijzen dat de patiënt geen duidelijk beeld heeft van wat de casemanager heeft gedaan of wat de rol of functie is.

> *C3: "Op een keer heb ik gezegd, er gebeurt niks. Er gebeurt helemaal niks."*
> *C3: "Het gevoel dus, ze zijn voor mij iets aan 't doen, ik word niet in de steek gelaten."*

In casus E is de ervaring dat de casemanager veel verwezenlijkt heeft. Hier zijn de patiënt en mantelzorger dan ook zeer tevreden.

> *E2-M: "en zij* (casemanager) *heeft al goed gezorgd voor ons… Als we die niet gehad hadden… dan, dan zouden we nog niet zo ver gestaan hebben!"*

Deze patiënt en haar man zien de casemanager als iemand die hen helpt bij zaken die ze zelf niet kennen, wat een enorme opluchting gegeven heeft. Het lijkt er ook op dat de casemanager hier echt een vertrouwenspersoon geworden is waarbij ze uitkijken naar hun contactmomenten.

E2-P: ".. tussendoor dan zeg ik al eens, hé, wanneer komt die nu weer?"

Ervaring van de andere leden van het zorgteam

Ook bij de andere leden van het zorgteam zijn er verschillen in de ervaringen met casemanagement en is het ook sterk gelinkt met hoe de invulling van de taken is geweest. We zien een verscheidenheid in ervaringen, gaande van geen enkele ervaring, positief noch negatief, tot een positieve ervaring waarbij het eigen aandeel in de zorg lichter werd.

A1: "als ik erop terugblik, weet ik zelfs niet meer wie de casemanager is. (…) … dus voor mij was dat een onzichtbaar figuur. En ik denk dat, als er iets veranderd is in mijn beleving (…) dan is dat gekomen door de afspraken die we gemaakt hebben tijdens het MDO zelf."

E1: "Ik denk dat ons takenpakket hetzelfde is gebleven, inhoudelijk he. (…) Maar ik denk wel dat de communicatie met de verschillende… allez, nu kwamen dingen in orde. Terwijl dat je ook casussen hebt waarbij dat je hetzelfde wilt bereiken, en daar zelf tien telefoons voor moet doen. En dat maakte het zeker lichter."

In de casussen waar de casemanager 'zichtbaar' was, werden nog een aantal andere pluspunten genoemd. Men vond het positief dat de casemanager een deel van de verantwoordelijkheid overnam en dat je hem/haar ook daadwerkelijk kon contacteren indien nodig, dat er dus een duidelijk aanspreekpunt was.

D2: "… dat je weet dat er eigenlijk een stuk een gedeelde zorg is en een gedeelde verantwoordelijkheid. Als er iets misloopt dat je toch iemand hebt die je kan contacteren."

Een ander positief aspect is dat ieders aandeel in de zorg duidelijker wordt als iemand de leiding neemt en de taken en de rollen van de andere zorgverleners duidelijk afgebakend worden en ook gecommuniceerd worden.

D1: "...dat er zo, de verwachtingen naar ons toe ook wel duidelijk gesteld werden van, wij zorgen daarvoor en daarvoor, de rest wordt door iemand anders gedaan. (..) En nu is dat een beetje uitgeklaard."

D1 "Zeker als je met héél veel mensen bent, dan moet er toch wel iemand de leiding nemen."

Ook de samenwerking werd in een enkele casus gemakkelijker na het MDO door de inzet van de casemanager.

E1: "..ja dat dat dus echt wel de samenwerking leek te faciliteren, het feit dat zij er nog altijd verantwoordelijk voor was. (…) Maar hier was dat toch opvallend dat er echt nog veel stappen zijn gezet nà het MDO, dat dat maar de start was."

Een ander positief punt was de opvolging in de tijd van de afspraken die gemaakt waren op het MDO.

C4: "… ik vond dat nu wel handig dat X (de casemanager) *een mailtje stuurde van: dat en dat is er afgesproken, hoe ver staan we? Want anders wordt dat vaak vergeten."*

Toch zeggen een aantal geïnterviewden ook dat het geen enkele verandering gebracht heeft in hun eigen aandeel in de zorg of in het samenwerken als team, of zelfs op de globale zorg voor de patiënt.

C2: (over de zorg voor de patiënt) *"…eigenlijk is het hetzelfde gebleven…"*

In twee casussen werd aangegeven dat het positief was dat er nu een centraal aanspreekpunt is, zowel voor hulpverleners als patiënt.

E1: "…dat er één persoon is he die… da's heel gemakkelijk, je weet: ah ja, ik kan X (casemanager) *dat vragen om dat mee op te nemen. Ja dat maakt het heel eenvoudig denk ik voor de patiënt ook. Zij mocht ook altijd X contacteren als er bijkomende vragen waren dus dat was heel helder. Geen versnipperde zorg met duizend verschillende personen die kunnen langskomen of die iets moeten doen."*

Tevredenheid met de huidige zorg

Op de vraag hoe de tevredenheid met de zorg was op het moment van de interviews, werd altijd positief geantwoord, zowel door leden van het zorgteam, mantelzorgers als patiënten.

> *A1: "De zorg loopt goed, de communicatie loopt beter,.. (..)… en ja, dus, momenteel loopt alles prima."*
>
> *B1: "… ik denk dat ons moeder zelf ook tevreden is, en dat is eigenlijk het belangrijkste."*
>
> *E2: "Tot hiertoe loopt alles heel goed, ja. Ik vind dat toch."*

Relevantie van casemanagement

Het is opvallend dat in 3 van de 5 casussen het nut van de inzet van een casemanager in twijfel getrokken wordt door de participanten. Het is onduidelijk of het casemanagement echt een meerwaarde heeft geboden, deels omdat het niet echt nodig bleek te zijn en de zorg eigenlijk goed verliep.

> *A2: "In deze casus heb ik niet het gevoel dat ik echt het 'casemanagement-schap' heb opgenomen of dat ik echt casemanager ben. Ik had hier ook niet het idee van: hier was nu echt die casemanager ook nodig."*

Heel vaak horen we de zin "alles loopt toch wel", in meerdere interviews van meerdere casussen.

> *B1: "De vraag is of dat dat* (het casemanagement) *nodig geweest is, alles loopt en het loopt mijns inziens niet slecht, we hebben alles gelaten zoals het was."*
>
> *B2: "Het liep eigenlijk allemaal wel, ja…"*
>
> *D2: "… ik denk dat als je een moeilijkere situatie hebt, dat dat absoluut noodzakelijk is ja. Hier weet ik dat het goed gaat, hier weet ik ook dat moest er iets zijn dat de kinderen mij wel zullen bellen…"*

V. BESPREKING

De onderzoeksvraag is: hoe ervaren de patiënt en zijn omgeving aan de ene kant, en de leden van het zorgteam aan de andere kant, de inzet van de casemanager?

Er is geen eenduidigheid in de ervaringen rond de inzet van de casemanager in onze studie. De inzet van de casemanager is sterk casus gerelateerd en is afhankelijk van de situatie alsook van hoe het casemanagement als functie opgenomen is.

De respectievelijke casemanagers gaven in de interviews toe dat ze zich niet goed voorbereid hadden op hun nieuwe rol. Ze hadden op een bepaald moment een document met informatie hierover gekregen (bijlage 7), maar ze hadden dit slechts vluchtig doorgenomen en hadden ook geen 'formele' training gekregen. Hierdoor waren ze mogelijk onvoldoende voorbereid op hun taken. Het was voor de aangestelde casemanagers ook niet altijd even duidelijk welke taken nu specifiek gelinkt waren aan het casemanagement en welke nog behoorden tot hun 'gewone' functie (bv. als teamleider van de thuiszorg). In sommige taken was er een overlap.
Bij het exploreren van de ervaringen van onze participanten blijkt ook dat het casemanagement niet overal ingevuld werd volgens de handleiding die was meegegeven. Zo was er niet in alle casussen persoonlijk contact tussen de casemanager en de patiënt, wat onzes inziens toch een belangrijke factor is voor het welslagen van deze functie. Ook is er niet overal een duidelijk zorgplan opgesteld, hoewel het verslag van het MDO, opgesteld door de overlegcoördinator, meestal wel een deel van het zorgplan bevat. In geen enkel geval werd er na 6 maanden een nieuw MDO gepland ter opvolging, hoewel dit wel de bedoeling was ingeval van 'complexe zorgnood' (casus A tot en met D).

Waar de casemanager wel op zijn minst een deel van zijn/haar casemanagement rol had ingevuld - waar er in elk geval na het MDO nog persoonlijk contact was geweest met de patiënt en gemaakte afspraken van het zorgteam zijn opgevolgd door de casemanager - zien we dat patiënten, mantelzorgers en zorgverleners dit vooral positief ervaren hebben.
Zonder dat ook wij 100% kunnen differentiëren of dit te danken is aan de inzet als casemanager of aan de 'gewone' functie van deze persoon, observeren we dat de persoon die de rol van casemanager trachtte in te vullen, werd gewaardeerd voor volgende zaken:

- voor het gevoel bij de patiënt dat er actief iets gedaan werd voor hem/haar;
- voor het oplossen van praktische problemen waar patiënten mee worstelden;
- als vertrouwenspersoon voor patiënt en mantelzorger;
- voor het lichter maken (en duidelijk afbakenen) van de taken van de leden van het zorgteam;
- voor het overnemen van een deel van de verantwoordelijkheid van de zorgverleners voor de organisatie van de zorg;
- voor het faciliteren van de samenwerking;
- voor het opvolgen of de gemaakte afspraken nagekomen worden;
- voor het feit dat er een centraal aanspreekpunt is zowel voor patiënt en mantelzorger als voor leden van het zorgteam.

Uit de literatuurstudie zijn er geen expliciete resultaten gevonden over de ervaringen van het zorgteam met casemanagement. In deze studie hebben wij getracht dit meer in kaart te brengen. We kunnen voorlopig uit de bekomen resultaten concluderen dat de casemanager in geselecteerde, moeilijke casussen de taken van het zorgteam zou kunnen verlichten. De zorgverleners, die toch al overbelast zijn (zoals herhaaldelijk aangegeven werd, zie hoofdstuk IV. Resultaten - Thema 2), kunnen zich dan meer focussen op hun eigen taak in plaats van op het oplossen van problemen en bemiddelen.

We menen uit onze studie te mogen concluderen dat casemanagement globaal genomen als positief ervaren zal worden door zowel patiënten als leden van het zorgteam, mits de casemanager zijn rol goed kan invullen. Men geeft in de interviews aan dat dit beter zal lopen als aan volgende voorwaarden is voldaan:

- dat er vooraf zeer duidelijk gecommuniceerd wordt wat er verwacht wordt van een casemanager, met een bijscholing/opleiding alsook een training in de nodige vaardigheden;
- dat het een afgebakend en duidelijk profiel wordt: dat de casemanager hier bepaalde tijd voor toegewezen krijgt en dit zeker niet als 'extra' taak op zich moet nemen naast het 'gewone' werk, of liever nog, dat men enkel de casemanagement rol op zich moet nemen (en zich zo kan inzetten in een aantal casussen tegelijk).

Het is ook in de beleidstekst van de overheid[7] uitdrukkelijk beschreven dat de casemanager géén lid is van het bestaande zorgteam, dus niet iemand die al een taak heeft en het casemanagement er nog extra bij neemt. Hier kunnen we ons in vinden op basis van de observaties in deze studie.

We willen nog enkele kanttekeningen maken over het hele proces van deze observatiestudie en de sterktes en zwaktes van ons onderzoek beschrijven.

Allereerst was het geen gemakkelijke opdracht om casussen geïncludeerd te krijgen. De projectcoördinator gaf aan dat dit vooral kwam door volgende zaken:

- het was moeilijk om vrijwilligers te vinden voor de rol van casemanager (er was geen ruimte voor extra taken);
- het MDO op zich is al bedreigend of confronterend voor veel patiënten, waardoor ze niet openstaan voor extra aanwezigen en zeker niet voor een onderzoek;
- de overlegcoördinatoren hadden soms wat bezorgdheid dat de patiënt bij het interview achteraf negatieve opmerkingen zou maken, waardoor er bij een aantal overlegcoördinatoren een drempel was voor deelname aan de studie.

Bovendien was het achteraf niet duidelijk of alle casussen werkelijk voldeden aan de door de overheid voorgestelde criteria van 3 mogelijke 'uitzonderlijke zorgsituaties' [7].
In een aantal gevallen was er in het team reeds iemand aanwezig die de rol van zorgbemiddelaar op zich nam. Wij konden dit vooral vaststellen bij mantelzorgers en verzorgenden, waarschijnlijk omdat zij het meeste tijd doorbrengen met de patiënten en daardoor de noden het beste zien en kunnen coördineren. In deze casussen werd de relevantie van casemanagement in twijfel getrokken door de verschillende leden van het zorgteam en soms ook door de casemanager zelf.

Uit de opgedane ervaringen met deze studie blijkt dat casusselectie zeer moeilijk is. De criteria dienen op voorhand veel scherper gesteld te worden, zodat een casus zeer duidelijk al dan niet toegekend kan worden tot één van de drie vooropgestelde inclusiecriteria. Hierdoor stellen wij voorzichtig vast dat casemanagement vooral zijn relevantie en eventuele meerwaarde kan bewijzen in die drie kritische zorgsituaties.
In minder ernstige zorgsituaties zou een goede MDO-structuur en -werking met duidelijke afspraken al voldoende kunnen zijn zonder dat er echt nood is aan actief casemanagement.

Een andere opmerking is dat het studieprotocol niet helemaal gevolgd is kunnen worden, waar het gaat over de vraag wie de rol van casemanager op zich neemt. In het studieprotocol werd het volgende gepland:

> "In het geval van 'zorgteam in crisis' of 'zorgweigering' werd de vraag gesteld aan de overlegcoördinator of deze de extra functie van casemanager wilde opnemen. In het andere geval ('hoge complexiteit met (dreigend) autonomieverlies'), werd aan de actuele zorgbemiddelaar binnen het zorgteam op voorhand gevraagd of hij/zij de functie van casemanager wilde opnemen. De casus werd enkel aanvaard in de studie wanneer ofwel de overlegcoördinator, ofwel de zorgbemiddelaar zich bereid verklaarde om de rol van casemanager op te nemen."

Dit is in de praktijk niet gebeurd. Het was al zeer moeilijk om deelnemers te includeren en vrijwilligers te vinden voor het opnemen van de rol van casemanager, zodat de casus geïncludeerd werd zodra iemand van het zorgteam of rond het zorgteam bereid was om casemanager te worden.

Mogelijk was het vooropstellen dat enkel vooraf bepaalde personen zouden gevraagd worden om de rol van casemanager op zich te nemen, niet realistisch. Verder is het ook mogelijk dat sommige personen een wat afwachtende houding aannemen voor een nieuwe onbekende rol, zeker zonder voldoende training of zonder zekerheid dat ze hiervoor de nodige vaardigheden hebben.

Een andere limitatie van deze studie is dat we geen casus hebben kunnen includeren waar er sprake was van zorgweigering, de derde 'uitzonderlijke zorgsituatie'. We kunnen veronderstellen dat een patiënt die geen zorg wenst, ook niet snel geneigd is om deelnemer te willen zijn in een studie over casemanagement.

Ook het beperkt aantal interviews met de participanten is een limitatie. Gezien bij sommige MDO's een zeer groot aantal aanwezigen was, was het praktisch niet haalbaar om alle deelnemers van het MDO te interviewen. In overleg met onze promotoren hadden we ervoor gekozen om bij elke casus in elk geval patiënt, mantelzorger, huisarts en casemanager uit te nodigen voor een interview. Niet elke patiënt was echter in staat om geïnterviewd te worden, mede door de onderliggende medische (psychische) aandoening. Niet elke mantelzorger en uitgenodigde zorgverlener heeft gereageerd op de (herhaalde) uitnodiging voor het interview.

Eén van de geïnterviewde huisartsen was een bekende van ons en was op de hoogte van ons onderzoek en de onderzoeksvragen. Mogelijk zou dit sociaal wenselijk gedrag en dus een bias kunnen geven. Tijdens het interview heeft de persoon in kwestie echter een kritische, open blik gegeven op het project.

Tenslotte staan we ook nog even stil bij onze rol als 'onderzoeker' en als 'HAIO' en welke impact dit heeft gehad op onze studie. We hebben ondervonden dat het een moeilijke opdracht was om onze 'HAIO-bril' volledig af te zetten. Hoewel we als neutrale observator en interviewer betrokken waren bij dit project, is het niet onmogelijk dat we toch onbewust vanuit het perspectief van huisarts naar elke casus en de hieruit volgende data keken. Dit kan een stuk genuanceerd worden doordat het bredere onderzoeksteam multidisciplinair is (de promotoren zijn van opleiding socioloog en kinesiste) en we de bevindingen in team hebben kunnen bespreken.

VI. BESLUIT

De casemanagement 'functie' biedt potentieel om de zorg voor patiënten in uitzonderlijke thuiszorgsituaties te optimaliseren.

Voor patiënten en mantelzorgers kan een casemanager vooral een vertrouwenspersoon worden, een centraal aanspreekpunt, iemand die hun noden in kaart brengt en daarop inspeelt.

Voor de leden van het zorgteam kan de inzet van een casemanager ook een meerwaarde hebben. De casemanager kan ook voor hen een centraal aanspreekpunt zijn, alsook iemand die hun taken verlicht en een deel van de verantwoordelijkheid overneemt, iemand die de gemaakte afspraken opvolgt, zorgverleners hierop aanspreekt, alsook de samenwerking faciliteert.

Er is op het werkveld echter nog onvoldoende kennis rond dit begrip. Dit leidt tot veel vragen hierover bij hulpverleners. Voordat men casemanagers effectief inzet in moeilijke zorgsituaties, lijkt een degelijke opleiding en training zeker aangewezen. Verder is er ook nood aan meer tijd en ruimte om deze functie te kunnen uitoefenen. Het is een te complexe en uitgebreide taak om 'erbij te nemen' naast een bestaande zorgtaak, waardoor de potentiële meerwaarde van casemanagement niet tot zijn recht komt.

Persoonlijke reflectie

Na eerst een aantal jaar gewerkt te hebben in de eerste lijn in de sloppenwijken van Zuid-Afrika, gevolgd door een langere periode in de tweede lijn (geriatrie) in België, had ik vrij weinig kennis van de eerstelijnszorg hier. Wel ondervind ik ondertussen zelf als HAIO hoe gefragmenteerd de zorg vaak is. Het was voor mij dan ook zeer interessant om mij uitgebreid in te lezen in het onderwerp van geïntegreerde zorg en hoe dit gerealiseerd kan worden binnen de bestaande zorg.

Inmiddels sta ik bijna 2 jaar in de eerste lijn in Antwerpen en heb ik ook al wat ervaring met thuiszorgsituaties. Wat ik voor mijzelf meeneem uit dit onderzoek, is het belang van goede onderlinge communicatie en de - in de interviews vaak gehoorde - wens van zorgverleners dat de huisarts vlot bereikbaar is voor vragen en overleg. Ik heb altijd in multidisciplinaire settings gewerkt waardoor overleg voor mij vanzelfsprekend is; ik probeer nu al in elke thuiszorgsituatie op te letten of er een communicatieschriftje van verzorgenden of verpleegkundigen ligt en dat kort te lezen en erop te reageren, hetzij schriftelijk, hetzij telefonisch. Ik zal in de toekomst nog alerter zijn op goede onderlinge communicatie.

Tevens hoop ik dat casemanagement effectief geïnstalleerd wordt in de eerste lijn voor de moeilijkere thuiszorgsituaties, dat er personeel voor aangeworven en opgeleid wordt, zodat we onze patiënten nog betere zorg kunnen bieden.

Ik zie met interesse uit naar wat nog volgt.

Dankwoord

Hierbij wil ik in de eerste plaats mijn promotor en copromotoren bedanken voor hun uitgebreide ondersteuning, begeleiding en geduld bij dit onderzoek en deze thesis. Het waren onze eerste, onzekere stapjes in kwalitatief onderzoek. Dank voor alle uren die jullie besteed hebben aan overleg, nalezen van teksten en feedback geven!

Zeker ook dank aan mijn collega-onderzoeker Liselotte Fransen voor de prettige samenwerking tijdens het hele proces van dit onderzoek. Vanaf dag één van de huisartsopleiding was je een studiemaatje en luisterend oor. Het was dan ook fijn om dit onderzoek samen met jou te doen en ten allen tijde op elkaar te kunnen terugvallen. Tevens is jouw oog voor detail en je betere geheugen een grote hulp geweest bij het schrijven van deze thesis!

Daarnaast wil ik ook mevrouw Nora Gabor, coördinator van het MoReS project, bedanken voor haar bijdrage aan dit onderzoek. Zij heeft een belangrijke rol gespeeld bij de inclusie van deelnemers en het aansturen van de casemanagers. Dank voor al uw werk, e-mails en gesprekken.

Dank ook aan alle participanten voor hun bereidheid tot deelname, voor hun inbreng en voor de extra tijd die zij besteed hebben aan de interviews.

Dank aan mijn praktijkopleider dr. Jan Roelant die mij met veel begrip de nodige tijd heeft gegeven om aan dit onderzoek en deze thesis te werken.

Tot slot een bijzonder dankjewel aan mijn kinderen. Jullie hebben veel van onze ‘tijd samen’ ingeleverd terwijl ik hieraan werkte. Dank voor jullie begrip, geduld, aanmoedigingen en liefde.

Referenties

1. Guus Schrijvers. Integrated care: better and cheaper. Sdu Uitgevers, Den Haag; 2017. p.291.
2. Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan, and John Whittington : The Triple Aim: Care, Health, and Cost. Health Affairs 2008; 27: 759-769.
3. Waddington C. Integrated health services - what and why? 2008. Beschikbaar via: http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf. Geraadpleegd 2018 oktober 28.
4. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper: Organisatie van de zorg voor chronisch zieken in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190As. D/2012/10.273/82.
5. Sandberg M. et al. Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: a randomized controlled trial. Arch Gerontol Geriatr. 2015; 60: 71-81.
6. Agentschap Zorg & Gezondheid. Conferentie Eerstelijnszorg. Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Internet site Agentschap Zorg & Gezondheid 2017. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20 eerstelijnszorg.pdf. Geraadpleegd 2018 februari 25.
7. Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. Internetsite Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu 2015. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_imc_plan_geintegreerde_zorg_chronisch_zieken.pdf. Geraadpleegd 2018 februari 25.
8. Reilly S. et al. Case management approaches to home support for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 5;1.
9. You E. et al. How do case managers spend time on their functions and activities? BMC Health Services Research 2016; 16: 112-125.
10. Gustafsson M. et al. Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work – a focused ethnography. BMC Health Services Research 2013; 13: 496-510.
11. Iliffe S. et al. Introducing case management for people with dementia in primary care: A mixed-methods study. Br J Gen Pract. 2014; 64(628): e735-741.
12. Chow S. et al. A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. Journal of advanced nursing 2014: 70(10); 2257-2271.
13. Kroes J. et al. Comprehensive geriatric care for frail elderly at home: a feasibility study. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2018; 49(2): 81-89.
14. Tortajada S. et al. Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care. International Journal of Integrated Care 2017; 4: 1-8.
15. Hudon E. et al. Case management in primary care for frequent users of health services: a mixed methods study. Ann Fam Med. 2018; 16: 232-239.
16. Hudon E. et al. Case management in primary care among frequent users of healthcare services with chronic conditions: protocol of a realist synthesis. BMJ Open. 2017; 7: e017701.
17. Sandberg M. et al. Cost-utility analysis of case management for frail older people: effects of a randomised controlled trial. Health Economics Review 2015; 5: 12-24.
18. Leung A. et al. Cost-Benefit Analysis of a Case Management Project for the Community-Dwelling Frail Elderly in Hong Kong. Journal of applied gerontology, 2004, 23(1), 70-85.
19. Dieterich M. et al. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2017; Jan 6; 1.
20. Eklund K. et al. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community 2009; 17(5): 447-458.
21. Huntley AL. et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. Family Practice 2013; 30: 266-275.
22. Stokes J. et al. Effectiveness of case management for 'at risk' patients in primary care: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 2015; 10(7): e0132340.

23. You E. et al. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. BMC Health Services Research 2012; 12: 395-408.
24. Aiken L. et al. Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare intervention: program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. Journal of palliative medicine 2006; 9(1): 111-130.
25. Khanassov V. et al. Family physician – case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: a systematic mixed studies review. Ann Fam Med. 2016; 14: 166-177.
26. Taube E. et al. The use of case management for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomized controlled trial. Scand J Caring Sci. 2018; 32(2): 889-901.
27. Elwyn G. et al. Case management by nurses in primary care: analysis of 73 'success stories'. Qual Prim Care. 2018; 16(2): 75-82.
28. Sargent P. et al. Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. Health Soc Care Community 2007; 15(6): 511-519.
29. Berglund H. et al. Older people's views of quality of care: a randomized controlled study of continuum of care. Journal of clinical nursing 2013; 22(19-20): 2934-2945.
30. Goodman C. et al. Nurses as Case Managers in Primary Care: the Contribution to Chronic Disease Management. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme (UK) March 2010.
31. Brown K. et al. Older people with complex long-term health conditions. Their views on the community matron service: a qualitative study. Qual Prim Care 2008; 16(6): 409-417.
32. Hjelm M. et al. The work of case managers as experienced by older persons (75+) with multi-morbidity – a focused ethnography. BMC Geriatrics 2015; 15: 168-178.
33. Nelson JM et al. Community case management for frail, elderly clients: the nurse case manager's role. J Nurs Adm. 2001; 31(9): 444–450.
34. Waibel S et al. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. Int. J. Qual. Health Care 2012; 24: 39-48.
35. Balard F. et al. Case management for the elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. BMC Health Services Research 2016; 16: 635-645.
36. Peeters J. et al. Does the organizational model of dementia case management make a difference in satisfaction with case management and caregiver burden? An evaluation study. BMC Geriatrics 2016; 16: 65-73.
37. Sandberg M. et al. Case management for frail older people – a qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. BMC Health Services Research 2014, 14:14-26.
38. Oeseburg B. et al. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. Nurs. Res. 2009; 58: 201-210.
39. Whiting LS. Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. Nursing Standard 2008; 22(23): 35-40.

Bijlage 1

Dagboek casemanager

Met dit dagboek willen we graag een overzicht krijgen van de taken en tijdsbesteding die u aan uw rol als casemanager toeschrijft. We willen u vragen om kort te noteren wanneer en hoe lang u tijd besteedt aan uw taak als casemanager, wat u dan precies doet (bv. contact met patiënt / andere zorgverleners, administratieve taken,…) en of er eventuele opmerkingen hierbij zijn (bv. vragen of bemerkingen die bij u opkomen, dingen die goed of niet goed lopen,…).

Datum	Tijd	Omschrijving	Opmerking

Bijlage 2

Observatieformulier MDO

Aanwezigen:

Situatieschets:

Memo:

Observaties	Interpretatie

Bijlage 3 (opmerking: formulieren voor zorgverleners en casemanager zijn gelijkaardig)

Informatieformulier voor de patiënt

Titel onderzoek:
Procesevaluatie van implementatie van casemanagement in het MDO bij 'uitzonderlijke zorgsituaties' van chronisch zieken in zorgregio Mortsel.

Verantwoordelijke onderzoekers: Liselotte Fransen en Martine Evenblij
Promotor: Dr. Sibyl Anthierens
Co-promotoren: Drs. Giannoula Tsakitzidis, Dr. Werner Van Peer
Universiteit Antwerpen
Campus Drie Eiken
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Doel en opzet van het onderzoek:
We willen onderzoeken hoe we de thuiszorg van patiënten met een chronische ziekte en/of een moeilijke zorgsituatie, kunnen optimaliseren.
Er bestaat nu al het "multidisciplinair overleg" (MDO): dat is de situatie waar de patiënt en alle zorgverleners eromheen (bv. mantelzorger, verpleegkundige, huisarts, enz…) samenzitten om te bepalen welke noden er zijn en een plan maken om de patiënt optimaal te kunnen helpen.
Soms is de situatie complex: bijvoorbeeld als een patiënt meerdere chronische ziekten heeft, sterk afhankelijk is, of als er onenigheid / spanning is binnen het zorgteam.
Het zou een voordeel kunnen zijn dat iemand de rol van casemanager op zich neemt, die het zorgteam tijdelijk aanstuurt en de zorg (opnieuw) in goede banen leidt. De "casemanager" kan de actuele zorgbemiddelaar van het team zijn, of de overlegcoördinator van het MDO, afhankelijk van de situatie.
De onderzoekers zullen het MDO bijwonen, louter ter observatie, en nadien via interviews proberen na te gaan hoe het proces van het inzetten van de rol van casemanager verlopen is en hoe de zorgverleners, patiënten en mantelzorgers dit ervaren hebben.
Tevens willen de onderzoekers nagaan welke belemmerende en bevorderende factoren zijn die de "casemanager" ervaren heeft.

Duur en belasting:
Voor de zorgverleners en patiënt is de belasting niet groot. De zorg voor de patiënt blijft centraal staan. Wij willen iedereen (patiënt en eventuele mantelzorger, alle leden van het zorgteam en de "casemanager") apart ongeveer 3 maanden na het MDO éénmaal opnieuw uitnodigen of bezoeken, voor een interview dat circa één à twee uur zal duren.

Interviews:
Dit interview zal gehouden worden op een voor deelnemer en onderzoeker gepaste tijd en plaats, ongeveer 3 maanden na het MDO. De onderzoekers zullen vragen stellen over hoe de patiënt het MDO ervaren heeft en over de meerwaarde van de inzet van een "casemanager".

Voor- en nadelen:
We verwachten dat er geen nadelen aan deze studie verbonden zullen zijn, behalve ongeveer een half uur investering van de participant voor het interview.

Verwerking en privacy van gegevens:
De gegevens uit de observatie van het MDO en uit de interviews nadien, zullen volledig anoniem behandeld worden in de studie.

Deelname op basis van vrijwilligheid:
U heeft ten allen tijde, en zonder opgave van reden, het recht om uw deelname aan dit onderzoek te stoppen zonder dat dit een impact zal hebben op uw zorg.

Toestemming ethische commissie:
Voor deze studie werd een toestemming verkregen van het Ethisch Comité van het UZA op datum van 29.01.2018 met Belgisch registratienummer B300201835134

Toestemmingsformulier voor de patiënt

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek:

Procesevaluatie van implementatie van casemanagement in het MDO bij 'uitzonderlijke zorgsituaties' van chronisch zieken in zorgregio Mortsel.

Verantwoordelijke onderzoeker:

Dr. Liselotte Fransen en Dr. Martine Evenblij

In te vullen door de deelnemer

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik toestemming geef voor deelname aan het hierboven vermelde onderzoek. In verband hiermee verklaar ik het volgende:

- Ik heb het bijhorende informatieformulier ontvangen en gelezen
- Ik ben gedetailleerd geïnformeerd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
- Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen, deze zijn voldoende beantwoord
- Ik weet dat mijn gegevens gebruikt worden, voor de doelen die in het informatieformulier staan
- Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen
- Ik ben op de hoogte dat ik op elk ogenblik de deelname aan deze studie kan stopzetten zonder dat dit een invloed heeft op mijn verdere behandeling

Naam deelnemer: ……..
Functie: ……..
Datum: ……

Handtekening deelnemer: ……

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven over het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar beste vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……..
Datum: ……

Handtekening onderzoeker: ……

Bijlage 4

Draaiboek voor de semigestructureerde interviews met de patiënt en/of mantelzorger

Introductie:

Goedemiddag, mijn naam is … en ik ben hier in het kader van ons onderzoek rond de inzet van casemanagers. Omdat de zorg mogelijk niet optimaal verliep, hebben we een aantal maanden geleden met een groep mensen samen gezeten om te bekijken waar er verbeteringen mogelijk waren. Er is toen beslist dat … hierin een leidende rol zou opnemen en zou opvolgen wat er veranderd kon worden en hoe dat dan verder liep. Vandaag wil ik met u/jullie eens bespreken hoe dit voor u/jullie verlopen is. Het gesprek zal ongeveer een half uurtje in beslag nemen. Dit gesprek zal opgenomen worden met een digitale recorder. Het interview zal nadien ook uitgeschreven worden. De gegevens zullen daarna volledig anoniem verwerkt worden in de studie, zodat behalve het onderzoeksteam niemand anders de antwoorden in de interviews aan de betreffende personen kan koppelen. Indien er iets onduidelijk is mag u dit steeds aangeven. Als u op een vraag liever niet wenst te antwoorden, mag u dit ook aangeven.

Topiclijst:

1. Hoe heb je het zorgoverleg (waar ik aanwezig was) ervaren?
    - Hoe kijk je er nu naar terug?
    - Wat is je opgevallen?
    - Wat vond je ervan dat het overleg hier bij jou thuis is doorgegaan?
    - Wie was er allemaal bij (disciplines)?
    - Wie ontbrak er of had je er nog graag bij gehad?
    - Of wie had er beter niet bij kunnen zijn?
    - Hoe verliep het gesprek?
    - Wie had de leiding?
    - Hoe voelde je je erbij?
2. Hoe is de zorg nu georganiseerd sinds het overleg?
    - Wat is er veranderd door de inzet van … (CM) ?
    - Wat heeft … (CM) voor jou betekend?
    - Wie regelt nu de zorg bij jou?
    - Wie heeft nog contact opgenomen met jou i.v.m. je zorg?
    - Hoe ben je op de hoogte gehouden?
    - Ben je tevreden met de zorg zoals het nu gaat? (evt. verschillende disciplines bevragen) zijn er zaken die goed lopen? Zijn er zaken die beter kunnen of die je graag anders had gezien?
    - Wie contacteer je als er een probleem is? Hoe loopt dat in de praktijk?
3. Wat zijn de pluspunten die je hebt ervaren bij de inzet van … (CM) ?
    - Waarom heb je dit zo ervaren?
    - Hoe ‘positief’ was het (weinig tot zeer)?
4. Wat zijn de minpunten die je hebt ervaren bij de inzet van … (CM) ?
    - Waarom heb je dit zo ervaren? (geef eens een vb.)
    - Hoe ‘negatief’ was het (weinig tot zeer)?
5. Zijn er zaken die nog verbeterd kunnen worden?
6. Is er nog iets dat je verder kwijt wil i.v.m. je zorg?

Bijlage 5

Draaiboek voor de semigestructureerde interviews met de zorgverleners

Introductie:

Goedemiddag, mijn naam is … en ik ben hier in het kader van ons onderzoek rond de inzet van casemanagers. Op basis van wat er tijdens het MDO enkele maanden geleden beslist werd, wil ik vandaag enkele vragen stellen om te kijken hoe de inzet van een casemanager ervaren werd. Het gesprek zal ongeveer een half uurtje in beslag nemen. Dit gesprek zal opgenomen worden met een digitale recorder. Het interview zal nadien ook uitgeschreven worden. De gegevens zullen daarna volledig anoniem verwerkt worden in de studie, zodat behalve het onderzoeksteam niemand anders de antwoorden in de interviews aan de betreffende personen kan koppelen. Indien er iets onduidelijk is mag u dit steeds aangeven. Als u op een vraag liever niet wenst te antwoorden, mag u dit ook aangeven.

Topiclijst:

1. Hoe heb je het zorgoverleg (waar ik ook aanwezig was) ervaren?
    - Hoe kijk je er nu naar terug?
    - Wat is je opgevallen?
    - Waar is het doorgegaan?
    - Wie was er allemaal bij (disciplines)?
    - Wie ontbrak er of had je er nog graag bij gehad?
    - Of wie had er beter niet bij kunnen zijn?
    - Hoe verliep het gesprek?
    - Wie had de leiding?
    - Hoe voelde je je erbij?
2. Hoe is de zorg nu georganiseerd?
    - Hoe is de zorg veranderd door de inzet van de casemanager?
    - Hoe heeft dit invloed gehad op jouw aandeel in de zorg?
    - Hoe heeft dit invloed gehad op het welzijn van de patiënt?
    - Welke invloed had het volgens jou op het samenwerken als zorgteam?
    - Wat heeft de casemanager in deze casus betekend?
3. Wat zijn de pluspunten die je hebt ervaren bij de inzet van een casemanager?
    - Voor de patiënt?
    - of voor jullie als zorgverleners? (bv voor u als huisarts)
    - Waarom heb je dit zo ervaren?
4. Wat zijn de minpunten die je hebt ondervonden bij de inzet van een casemanager?
    - Waarom heb je dit zo ervaren?
    - Hoe ‘negatief’ was het (weinig tot zeer)?
    - Wat zou hierin kunnen helpen om het als minder ‘negatief’ te ervaren?
5. Zijn er zaken die nog verbeterd kunnen worden?
6. Is er nog iets dat je verder kwijt wil dat nog niet aan bod is gekomen?

Bijlage 6

Draaiboek voor de semigestructureerde interviews met de casemanager

Introductie:

Goedemiddag, mijn naam is … en ik ben hier in het kader van ons onderzoek rond de inzet van casemanagers. Vandaag, enkele maanden na het MDO, wil ik enkele vragen stellen over hoe het opnemen van de rol van casemanager voor u verlopen is. Het gesprek zal ongeveer een half uurtje in beslag nemen. Dit gesprek zal opgenomen worden met een digitale recorder. Het interview zal nadien ook uitgeschreven worden. De gegevens zullen daarna volledig anoniem verwerkt worden in de studie, zodat behalve het onderzoeksteam niemand anders de antwoorden in de interviews aan de betreffende personen kan koppelen. Indien er iets onduidelijk is mag u dit steeds aangeven. Als u op een vraag liever niet wenst te antwoorden, mag u dit ook aangeven.

Topiclijst:

1. Hoe heb je het zorgoverleg (waar ik ook aanwezig was) ervaren?
    - Hoe kijk je er nu naar terug?
    - Wat is je opgevallen?
    - Waar is het overleg doorgegaan?
    - Wie was er allemaal bij (disciplines)?
    - Wie ontbrak er of had je er nog graag bij gehad?
    - Hoe verliep het gesprek?
    - Wie had de leiding?
    - Hoe voelde je je erbij?
2. Hoe heb je je rol als casemanager ingevuld?
    - Bij overlegcoördinator als casemanager: hoe heb je dit ervaren? Hoe is je taak veranderd?
    - Wat heeft het gedaan met jouw gevoel van verantwoordelijkheid in deze casus?
    - Hoe heb je het ervaren om een dagboek bij te houden? Hoeveel (meer) tijd heeft dit je gekost?
    - Wat vind je van je nieuwe taken als casemanager?
    - Wat heeft jou geholpen om de taak uit te voeren?
3. Hoe heb je je hierop voorbereid?
    - Welke informatie had je hiervoor nodig?
    - Hoe heb je deze bekomen?
    - …
4. Wat heeft jouw inzet als casemanager veranderd in de zorg voor de patiënt?
    - Op welke manier is de zorg veranderd?
    - Welke invloed heeft jouw rol gehad op de functie van de andere teamleden?
    - Hoe was jouw contact met de patiënt? Positieve ervaringen? En negatieve ervaringen?
    - Idem met de zorgverleners? Hoe heeft je nieuwe rol je contact met de (andere) zorgverleners beïnvloed?
5. Wat zijn de bevorderende factoren die je hebt ervaren voor het opnemen van de rol van casemanager?
    - Waarom heb je dit zo ervaren?
    - Wat was je motivatie om mee te doen?
6. Wat zijn de belemmerende factoren die je ervaren hebt voor het opnemen van de rol van casemanager?
    - Waarom heb je dit zo ervaren?
    - In welke mate heb je dit als belemmerend ervaren (weinig tot zeer)?
    - Wat zou hierin kunnen helpen om het als minder belemmerend te ervaren?
7. Zijn er zaken die nog verbeterd kunnen worden?
8. Is er nog iets dat je verder kwijt wil dat nog niet aan bod is gekomen?

Bijlage 7

Praktische informatie voor de rol van casemanager

Inleiding

Definitie

Casemanagement is een systematische werkwijze die toegepast wordt bij cliënten waar de zorgvraag hier aanleiding toe geeft en waarvan de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening overstijgt en waarbij de regelcapaciteit van de cliënt en zijn systeem gezien de situatie te laag is. Casemanagement coördineert de zorg vanuit de behoefte van de cliënt.

> (http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Dementie/Vilans%20rapport%20casemanagement%20maart%202013.pdf, p14)

In onze regio Mortsel en dus binnen dit project betreft het de MDO's die georganiseerd worden. Vanuit de MDO's zal de coördinatie van de zorg, vanuit de behoefte van de cliënt, gebeuren.

Wanneer, waarom en wie wordt de rol van casemanager tijdelijk (max. 6 maanden) toegekend?

Het doel van het tijdelijk toekennen van de rol van casemanager in complexe situaties is om, via shared-decision-making, te komen tot inzicht in de prioriteiten en voorkeuren van de fysieke en de sociale noden van de cliënt/patiënt.

Wanneer?
De rol van casemanager wordt tijdelijk toegekend in "uitzonderlijke zorgsituaties" bij patiënten in de thuissituatie, namelijk één van de volgende situaties:

1. Zeer complexe zorgsituaties of personen met meerdere chronische aandoeningen, waarvan één of meer van deze aandoeningen leiden tot een sterk autonomieverlies
2. Het zorgteam in crisis: het zorgteam loopt tegen de grenzen van hun mogelijkheden en capaciteiten aan door een toenemende mate van complexiteit van de zorgsituatie. Er kan ook een conflict optreden tussen de persoon met een zorgnood en de zorgaanbieders.
3. Het weigeren van zorg door een persoon met een zorgnood, waardoor de zorgnoden onvoldoende beantwoord kunnen worden en de mantelzorger zijn grenzen bereikt heeft.

Waarom?
De rol van casemanager wordt niet toegekend om oplossingen te bieden, maar wel om samen met de deelnemers van het MDO te zoeken naar de mogelijkheden en eventuele oplossingen.

1. In geval 1, overzicht krijgen in de complexiteit van de zorg en deze onder controle krijgen/behouden. In geval 2, de verbetering van de samenwerking van het zorgteam te bekomen.
2. In geval 3, het aanvaarden van zorg (door de cliënt/patiënt) via het zoeken naar mogelijke ingangspoorten om aan de zorgnoden te kunnen voldoen.

Wie?
Voor de rol van casemanager wordt gevraagd aan:

- de actuele zorgbemiddelaar binnen het zorgteam (in geval 1) of
- de overlegcoördinator van het MDO (geval 1, 2 of 3)

Wat wordt van de rol van casemanager verwacht?

De rol van casemanager (gebaseerd op Schrijvers 2016, p73-87):

1 Heeft regelmatig contact of ervaring met personen in een complexe situatie
2 Brengt de zorg en de sociale noden in kaart
3 Werkt samen met andere hulpverleners en professionals
4 Maakt een (zorg)plan in overleg met de andere hulpverleners voor zowel het domein van de gezondheid als voor het sociale domein
5 Kan efficiënt werken met verschillende programma's van office zoals Excel, Word en e-mail
6 Gebruikt alle vormen van communicatie (digitaal en andere communicatietechnologieën)
7 Werkt enkel met personen in uitzonderlijke situaties

De casemanager is tijdelijk verantwoordelijk voor het ondersteunen/coördineren van het zorgteam.

De globale taak van de casemanager houdt in:

- het benoemen en eventueel de oppuntstelling van wat nodig is en wat misloopt
- het (samen met het zorgteam) plannen en opvolgen van de implementatie in de zorg
- Het overzicht houden over en de evaluatie van de acties die ondernomen worden in het kader van dit zorgplan.
- Bijhouden van de acties en de tijdsinvestering in het dagboek

Specifieke taken van de casemanager

De casemanager analyseert de volgende ondernomen stappen (tijdens het geplande MDO):

- Is er een analyse van de situatie geweest?
- Is er een evaluatie van het vorige MDO aanwezig?
- Is er een zorgplan/verslag - en ondersteuningsplan op maat opgesteld op basis van interdisciplinair overleg?
- Wordt dit zorg- en ondersteuningsplan actueel gehouden en verloopt de implementatie en coördinatie ervan naar behoren?
- Hoe verloopt de opvolging van de zorg en ondersteuning van de persoon met een zorgnood?

Opvolgen van de gemaakte afspraken:

- Het opvolgen van stappen die niet of onvoldoende hebben plaatsgevonden.
- Het bijsturen van het zorg- en ondersteuningsplan.
- Het ondersteunen van de zorgbemiddelaar en andere zorgverleners (cave: soms is de CM de zorgbemiddelaar zelf).

Handvaten voor de rol casemanager per uitzonderlijke situatie

In geval 1:

Zeer complexe zorgsituaties of personen met meerdere chronische aandoeningen, waarvan één of meer van deze aandoeningen leiden tot een sterk autonomieverlies

Met als doel: overzicht krijgen in de complexiteit van de zorg en deze onder controle krijgen/behouden

1. Tracht via contact de vooruitgang / opvolging in kaart te brengen:
    a. Via telefonisch contact
    b. Via e-mail
    c. Via persoonlijk contact
2. Plan ten minste een volgende MDO vlak voor de 6 maanden periode.
    a. Ter evaluatie /afronding

b. Ter opvolging van de gemaakte afspraken en eventuele verdere bijsturingen te maken

In geval 2:

Het zorgteam in crisis: het zorgteam loopt tegen de grenzen van hun mogelijkheden en capaciteiten aan door een toenemende mate van complexiteit van de zorgsituatie. Er kan ook een conflict optreden tussen de persoon met een zorgnood en de zorgaanbieders.

Met als doel: de verbetering van de samenwerking van het zorgteam te bekomen.

1. Benoem het kernprobleem binnen de casus.
2. Herhaal de gemaakte afspraken
3. Benoem de grenzen en de deadlines
4. Teams helpen om out of the box te denken
5. Doe aan conflicthantering indien nodig
    1. Verplaats je in de ander. Probeer andermans gedrag te begrijpen.
    2. Word niet boos.
    3. Vermijd goede conflicten niet.
    4. Houd het zakelijk. Vermijd grote woorden.
    5. Onderhandel.
    6. Buig mee indien nodig. Ga een beetje mee in het conflict , maar biedt tegelijkertijd concrete voorstellen aan.
    7. Houd rekening met cultuurverschillen.
    8. Geef toe. Wanneer de andere gelijk heeft, dan zeker toegeven.
    9. Houd voet bij stuk. Schiet niet té snel in compromissen.

In geval 3:

Het weigeren van zorg door een persoon met een zorgnood, waardoor de zorgnoden onvoldoende beantwoord kunnen worden en de mantelzorger zijn grenzen bereikt heeft.

Met als doel: het aanvaarden van zorg (door de cliënt/patiënt) via het zoeken naar mogelijke ingangspoorten om aan de zorgnoden te kunnen voldoen.

1. Een ingangspoort zoeken om de zorg alsnog te kunnen op gang krijgen
    a. Luisteren naar de cliënt
    b. Een band mee opbouwen
    c. Zicht krijgen op de reden van weigering
2. Concrete afspraken maken
    a. Kleine stappen zetten
    b. Duidelijk formuleren van afspraken en herhalen indien nodig

5. Begeleiding voor de casemanagers

Voor de casemanagers wordt voorzien dat er halverwege het traject minstens 1 supervisie/coaching sessie wordt voorzien. Deze afspraak wordt gemaakt via Nora Gabor. Het doel van deze supervisie/coaching sessie is om een vangnet te voorzien voor de deelnemers die de rol van casemanager hebben opgenomen.

Bijlage 8 Goedkeuring Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. S. Anthierens
Universiteit Antwerpen
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Procesevaluatie van implementatie van casemanagement in het MDO bij "uitzonderlijke zorgsituaties" van chronische zieken in zorgregio Mortsel (Master-na-Master huisartsengeneeskunde Martine Evenblij).

Belgisch Registratienummer: B300201835134

datum	ons kenmerk	contactpersoon
29/01/2018	17/50/560	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Katelijne Bovée ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 29/01/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Martine Evenblij, Liselotte Fransen
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  - Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt, versie 2, dd. 21/01/2018
  - Informatie- en toestemmingsformulier voor de rol van casemanager, versie 1, dd. 12/12/2017
  - Informatie- en toestemmingsformulier voor de zorgverlener, versie 1, dd. 12/12/2017
- Protocol
  Versie dd. 21/01/2018, NL
- Dagboek
  Dagboek casemanager, versie 1, dd. 12/12/2017
- Diverse
  - Topiclijst voor de semigestructureerde interviews met de patiënt en/of mantelzorger, versie 1, dd. 12/12/2017
  - Topiclijst voor de semigestructureerde interviews met de casmanager, versie 1, dd. 12/12/2017
  - Topiclijst voor de semigestructureerde interviews met de zorgverlener, versie 1, dd. 12/12/2017
  - Observatieformulier MDO, versie 1, dd. 12/12/2017

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
29/01/2018

ons kenmerk
17/50/560

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Katelijne Bovée
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. S. Coenen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. M. Evenblij, NVT, Coremansstraat 20 - 2600 Berchem

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
29/01/2018

ons kenmerk
17/50/560

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Katelijne Bovée
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 24/10/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 29/01/2018.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	+
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	-
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
Uitgenodigde Experten			
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	+
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 9

Goedgekeurd studieprotocol

PROCESEVALUATIE VAN IMPLEMENTATIE VAN CASEMANAGEMENT IN HET MDO BIJ "UITZONDERLIJKE ZORGSITUATIES" VAN CHRONISCH ZIEKEN IN ZORGREGIO MORTSEL.



MORES – Mortselse Regionale Samenwerking

1. Situering

In Vlaanderen bestaat er momenteel nog geen instantie waar patiënten met een chronische aandoening en een complexe zorgnood terecht kunnen om gebruik te maken van de diensten van 'casemanagement'. Het casemanagement voor deze groep van patiënten gebeurt momenteel ofwel niet, ofwel op een beperkte wijze ad hoc door de patiënt of zijn mantelzorger of door een lid van het zorgteam (vaak de huisarts).

In de toekomst wordt dit wel voorzien in de nieuw op te richten Vlaamse eerstelijnszones (ELZ) voor 'uitzonderlijke zorgsituaties'. (2017-02-16)*
Welke *uitzonderlijke* situaties kunnen de inzet van een case management functie rechtvaardigen?

1. Zeer complexe zorgsituaties of personen met meerdere chronische aandoeningen, waarvan één of meer van deze aandoeningen leiden tot een sterk autonomieverlies.
2. Het zorgteam in crisis: het zorgteam loopt tegen de grenzen van hun mogelijkheden en capaciteiten op door een toenemende mate van complexiteit van de zorgsituatie. Er kan ook een conflict optreden tussen de persoon met een zorgnood en de zorgaanbieders.
3. Het weigeren van zorg door een persoon met een zorgnood. De omgeving (familiaal of professioneel) stelt vast dat de zorg en ondersteuning niet goed verloopt en de zorgnoden onvoldoende beantwoord kunnen worden. Bijvoorbeeld wanneer de mantelzorger zijn grenzen bereikt heeft ten aanzien van het opnemen van de zorg, maar de persoon met een zorgnood toch alle professionele zorg en ondersteuning weigert. (2017-02-16)*

In de zorgregio Mortsel (MoReS) wordt een pilootproject georganiseerd om na te gaan hoe de zorg, door het aanstellen van een casemanager, anders georganiseerd kan worden in dergelijke uitzonderlijke zorgsituaties.

2. Doelstelling

Binnen dit pilootproject van MoReS zal onze bijdrage zijn om een procesevaluatie uit te voeren.
Het doel van deze procesevaluatie is om meer te weten te komen over de belemmerende en de bevorderende factoren die casemanagers ervaren in de uitoefening van deze functie, wanneer zij ingezet worden na een MDO in een casus met een 'uitzonderlijke zorgsituatie'. Daarnaast willen wij meer zicht krijgen op de min- of de meerwaarde die de patiënt en zijn omgeving en ook het zorgteam ervaren bij de inzet van een casemanager in een dergelijke casus.

3. Onderzoeksvragen

1. Welke zijn belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager door respectievelijk de zorgbemiddelaar (een lid van het bestaande zorgteam) of de overlegcoördinator van het MDO voor personen die zich in een 'uitzonderlijke zorgsituatie' bevinden?

2. Hoe ervaren patiënt en zijn omgeving aan de ene kant en de leden van het zorgteam aan de andere kant de meerwaarde van de inzet van de casemanager?

4. Methodologie

Voorbereidende literatuurstudie en taken

De eerste onderzoeker, Liselotte Fransen, voert een literatuurstudie over de implementatie van casemanagement bij personen in een 'uitzonderlijke zorgsituatie'. Welke indicaties worden beschreven voor het inzetten van casemanagement? Welke belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager worden aangegeven? Wie neemt gewoonlijk deze taak op zich: een professional van het zorgteam? Een professional buiten het zorgteam? Een mantelzorger of vertegenwoordiger van patiënt? Patiënt zelf? Wat is het verschil tussen de rol 'zorgbemiddelaar' en 'casemanager'?

De tweede onderzoeker, Martine Evenblij, voert een literatuurstudie uit over de ervaringen van patiënten en hun omgeving aan de ene kant en de leden van het zorgteam aan de andere kant omtrent de (min- of meer)waarde van de inzet van de casemanager. Bestaat er een objectief aangetoonde verbetering van de kwaliteit van de aangeboden zorg met casemanagement? Waaruit bestaat die verbetering? Hoeveel kost de inzet van een casemanager: qua tijd en qua geld?

Beide onderzoekers stellen de 'handleiding voor casemanagement' en een 'informed consent' document (zie infra) op en een 'dagboek' van de casemanager, waarin hij/zij noteert welke taken uitgevoerd werden, of er eventueel 'kritische gebeurtenissen' hebben plaats gevonden en welke tijdsbesteding dit met zich mee heeft gebracht.

De onderzoekers maken een beschrijving van hun onderzoek en sturen die ter goedkeuring aan de ethische commissie.
De onderzoekers maken gebruik van een aantal documenten ter voorbereiding van deze taken: de protocol 3 projecten, de nota over de eerstelijns conferentie, de beschrijving van de organisatie van het MDO (in regio Mortsel), de leidraad voor het indienen van een dossier bij de ethische commissie en de presentatie 'advies ethisch comité'.

Procedure van de interventie: Waar? Wanneer? Hoe?

In de kleinstedelijke zorgregio Mortsel (Stad Mortsel, samen met gemeenten Kontich-Waarloos, Edegem, Lint, Boechout-Vremde en Hove) zullen in de periode van januari 2018 tot september 2018 alle inkomende vragen voor het organiseren van een MDO door de projectcoördinator Nora Gabor worden verzameld. Zij gaat voor elke casus na of aan één van de drie criteria voor 'uitzonderlijke zorgsituatie' werd voldaan: Hoge complexiteit met (dreigend) autonomieverlies? Zorgteam in crisis? Zorgweigering? Indien een casus aan één van de criteria voldoet, wordt deze in aanmerking genomen voor deze studie. In het geval van 'zorgteam in crisis' of 'zorgweigering' wordt de vraag gesteld aan de overlegcoördinator of deze de extra functie van casemanager wil opnemen. In het andere geval ('hoge complexiteit met (dreigend) autonomieverlies'), wordt aan de actuele zorgbemiddelaar binnen het zorgteam op voorhand gevraagd of hij/zij de functie van casemanager wil opnemen. De casus wordt enkel aanvaard in de studie wanneer ofwel de overlegcoördinator, ofwel de zorgbemiddelaar zich bereid heeft verklaard om de functie van casemanager op te nemen.

De zorgbemiddelaar of overlegcoördinator die aanvaard heeft om de functie van casemanager op zich te nemen, krijgt door de projectcoördinator Nora een 'handleiding voor casemanagement' toegestuurd, waarin geformuleerd wordt welke taken van hem/haar verwacht worden. Hij/zij krijgt tevens een 'dagboek' waarin hij/zij de activiteiten als casemanager per casus noteert, met inbegrip van de bestede tijd.

De overlegcoördinator belegt het MDO volgens de gangbare procedure in de zorgregio. De overlegcoördinator licht ook het project MoReS toe en vraagt aan de leden van het zorgteam en aan patiënt en eventuele mantelzorger om een 'informed consent' formulier te ondertekenen. Wanneer patiënt of casemanager niet akkoord gaat met ondertekening van het 'informed consent', wordt de casus niet opgenomen in de studie. Wanneer iemand van het zorgteam niet akkoord gaat met het ondertekenen van het 'informed consent', wordt dit teamlid niet geïnterviewd en niet mee opgenomen in de analyse. Na het MDO stelt de overlegcoördinator zoals gebruikelijk een verslag op, dat naar de leden van het zorgteam en naar de patiënt of zijn vertegenwoordiger wordt gestuurd. Hierin staat een zorgplan genoteerd met daarin een lijst met prioritaire zorgafspraken: wie doet wat tegen wanneer?

Dataverzameling

De implementatie van de interventie wordt door de professionals in de zorgregio Mortsel georganiseerd. De onderzoekers zijn louter verantwoordelijk voor de procesevaluatie van deze studie. Er zal gebruik gemaakt worden van kwalitatieve onderzoeksmethodieken.

Elke onderzoeker zal drie casussen opvolgen.
De onderzoekers wonen drie MDO's bij als niet-participerende observator. Zij nemen niet deel aan de inhoudelijke discussie en zij maken geen deel uit van het zorgteam. Zij maken voor hun veldnota's tijdens de observatie gebruik van een sjabloon ter beschrijving van het verloop/proces van het MDO gekoppeld aan de inhoudelijke aspecten van de casus.
Na afloop van het MDO nodigen zij de patiënt (eventueel met mantelzorger), alle leden van het zorgteam en ook de casemanager uit voor een individueel semigestructureerd interview. Dit interview wordt getimed drie maanden na het uitvoeren van het MDO. Het zorgteam en de casemanager moeten immers tijd krijgen voor de implementatie van de prioritaire zorgafspraken.

Ter voorbereiding van de systematische analyse van de casussen, zal elke onderzoeker als observator een MDO bijwonen van een casus die niet in deze studie opgenomen wordt, dus waarvan de gegevens niet gebruikt worden in het onderzoek. Nadien zullen de onderzoekers het observatieformulier (sjabloon) waar nodig nog aanpassen alvorens de MDO's bij te wonen die wel in de studie opgenomen worden.

De interviews zullen afgenomen worden aan de hand van de vooraf opgestelde semigestructureerde interviewguides waarbij gepeild zal worden naar:

1. in het interview met de casemanager:
    - hoe hij/zij de rol van casemanager ingevuld heeft
    - hoe hij/zij zich hierop voorbereid heeft
    - welk effect dit gehad heeft op de zorg voor de patiënt
    - wat hij/zij als belemmerende en bevorderende factoren heeft ervaren om deze rol op zich te nemen

2. in het interview met de patiënt (en omgeving) en met de leden van het zorgteam:
    - hoe de zorg nu georganiseerd is
    - wat er is veranderd door de inzet van de casemanager
    - wat de casemanager in het zorgproces voor deze persoon betekend heeft
    - hoe het welzijn van de patiënt door de inzet van de casemanager veranderd is
    - wat de meerwaarde (of minwaarde) is van de zorg van de casemanager

De interviews zullen worden opgenomen (audio) en volledig worden uitgeschreven.

Dataverwerking

De dataverwerking zal gebeuren met respect voor de privacy van de patiënt en de andere deelnemers. Elke deelnemer krijgt een unieke code. Deze code wordt gebruikt voor het benoemen en bewaren van de opnames en bijhorende documenten, zoals de transcripts. De audio-opnames zullen enkel gehoord worden door de onderzoekers en bij de schriftelijke weerslag ervan zal enkel de unieke code vermeld worden, alsook in de bespreking van de studie.

De eerste onderzoeker verzamelt vanuit zes casussen (drie van de zelf bijgewoonde MDO's en drie van de MDO's bijgewoond door de tweede onderzoeker) de data aan de hand van de semigestructureerde interviews met de casemanagers.
Deze data zullen thematisch geanalyseerd worden volgens de methode van Braun en Clarke (zie referenties) en moeten toelaten een antwoord te formuleren op de eerste onderzoeksvraag.

De tweede onderzoeker verzamelt vanuit zes casussen (drie van de zelf bijgewoonde MDO's en drie van de MDO's bijgewoond door de eerste onderzoeker) de data aan de hand van de semigestructureerde interviews met de leden van het zorgteam en de patiënten en/of mantelzorgers. Deze interviews zullen thematisch geanalyseerd worden volgens de methode van Braun en Clarke (zie referenties) en moeten toelaten een antwoord te formuleren op de tweede onderzoeksvraag.

Referenties

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006; 3:77–101.

Paulus, D., K. Van den Heede, et al. (2012). Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 190A D/2012/10.273/79.

https://www.patientervaringsmetingen.nl

http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/SearchPost

(2017-02-16). Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Conferentie Eerstelijnszorg: Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen, Agentschap zorg en gezondheid.