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

Liselotte FRANSEN, 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 waarmee we geconfronteerd worden (gepaard gaande met vaak een complexe zorgnood in de laatste levensjaren), weegt door op het huidige 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, 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 vele landen worden in specifieke situaties reeds casemanagers ingezet, die dicht bij de patiënt en het zorgteam staan en de zorg voor de hulpbehoevende patiënt thuis individualiseren en coördineren (en zo dus optimaliseren). Het inzetten van een casemanager moet in Vlaanderen nog geïmplementeerd worden. Project MoReS (Mortselse Regionale Samenwerking) wil dit organiseren en proefdraaien. Het project beoogt een kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronisch zieken aan de hand van de inzet van een casemanager.

ONDERZOEKSVRAAG: Welke zijn belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager voor personen die zich in een 'uitzonderlijke zorgsituatie' bevinden?

METHODE: Binnen MoReS werd een kleinschalige pilootstudie opgezet. Onze bijdrage aan dit project was om een kwalitatieve procesevaluatie uit te voeren van deze studie. Door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden werd het proces van casemanagement binnen het MDO (multidisciplinair overleg) bestudeerd. Inclusie van casussen gebeurde in de zorgregio Mortsel in de periode van april 2018 tot september 2018. Alle aanvragen voor het organiseren van een MDO werden door de projectcoördinator verzameld. Zij ging voor elke casus na of er een casemanager ingezet moest worden. In totaal werden 5 casussen geïncludeerd in de studie. Het MDO werd telkens door 1 van beide onderzoekers bijgewoond, als observator. Ten vroegste 3 maanden na het MDO werden patiënt en/of mantelzorger en/of sommige leden van het zorgteam en de casemanager uitgenodigd voor een semigestructureerd interview om hun ervaringen rond casemanagement te bevragen. In totaal werden binnen dit onderzoek 14 interviews afgenomen, waarvan 1 dubbel-interview. Hierbij werden 3 casemanagers geïnterviewd over 4 casussen (1 persoon nam de functie van casemanager op zich in 2 casussen). De data werden thematisch geanalyseerd.

RESULTATEN: Er werden door de verschillende casemanagers diverse belemmerende en bevorderende factoren aangehaald voor het opnemen van de rol van casemanager.
Als belemmerende factoren werden onder andere aangehaald: tijdgebrek, onvoldoende kennis rond casemanagement, patiënt/casusgebonden factoren, te veraf staan van de patiënt.
Enkele van de bevorderende factoren die werden vernoemd waren het samenwerken met bekenden, het contact met verschillende zorgverleners, de samenwerking en dus ook gedeelde verantwoordelijkheid en het gevoel als casemanager een 'mandaat' te krijgen om dingen te doen.

CONCLUSIE: De functie van casemanager heeft het potentieel om de zorg rond een thuiswonende patiënt te optimaliseren. Het is wel belangrijk dat er voldoende geïnformeerd wordt wat deze rol precies inhoudt en welke taken hierbij opgenomen moeten worden. Een degelijke opleiding omtrent dit onderwerp lijkt zeker aangewezen alsook het trainen in de juiste vaardigheden. Verder lijkt het ook noodzakelijk dat er afgebakende tijd en ruimte voorzien wordt om deze taken op te nemen. Het is een te complexe en te uitgebreide taak om 'erbij te nemen', waardoor de potentiële meerwaarde van casemanagement niet tot haar recht komt. Het lijkt ons dan ook belangrijk dat de professionals die de rol van casemanager op zich nemen gedeeltelijk vrijgesteld kunnen worden van hun 'normale' job, om zo voldoende tijd te kunnen besteden aan het casemanagement.

Inhoud

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
Welke indicaties worden beschreven voor het inzetten van casemanagement? 9
Welke belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager worden aangegeven? 9
Wie neemt gewoonlijk de taak van casemanager op zich? 10
Wat is het verschil tussen de rol ‘zorgbemiddelaar’ en ‘casemanager’? 10
III. METHODOLOGIE 12
III. 1. STUDIEDESIGN 12
III. 2. INCLUSIE VAN DEELNEMERS 12
III. 3. DATACOLLECTIE 13
III. 4. DATA-ANALYSE 14
IV. RESULTATEN 16
IV. 1. DEELNEMERS 16
IV. 2. BESPREKING THEMA’S 18
THEMA 1: Zorgomkadering van de patiënt en het MDO 18
THEMA 2: Problemen in de zorg 19
THEMA 3: De rol van de casemanager 20
THEMA 4: Ervaringen van de casemanager 23
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.
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 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 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 literatuuronderzoek Martine Evenblij).

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, Martine Evenblij en Liselotte Fransen, 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

Door middel van een literatuuronderzoek wilden we te weten komen welke informatie er al beschikbaar is omtrent de volgende onderzoeksvraag: Welke zijn belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager door de zorgbemiddelaar of de overlegcoördinator van het MDO?

Hierbij werd gebruik gemaakt van enkele bijkomende vragen:

- 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 de taak van casemanager op zich?
- Wat is het verschil tussen de rol 'zorgbemiddelaar' en 'casemanager'?

II. 1. METHODE

Voor het literatuuronderzoek gingen we in eerste instantie op zoek naar relevante artikels via de zoekmachine PubMed. Hierbij gebruikten wij de MeSH term 'case management' met bijkomende termen 'complex needs' en 'primary care' (toegevoegd via 'Add to builder'). Verder zochten we ook nog via de sneeuwbalmethode naar mogelijk interessante studies. Een tweede gebruikte MeSH term was 'case manager'.
Bij een tweede zoektocht hebben we de MeSH term 'case management' aangevuld met MeSH termen 'complex needs' en 'primary care'.

Artikels werden niet weerhouden wanneer ze niet Engelstalig of Nederlandstalig waren, of wanneer enkel een beperkt abstract beschikbaar was.

Literatuur die mogelijk interessant was voor de andere onderzoeksvraag van dit onderzoek (zie ook masterproef Martine Evenblij) werd onderling uitgewisseld.

II. 2. RESULTATEN

Inclusie van artikels

De eerste zoektocht leverde ons 93 hits, waarvan we er na eerste screening (op basis van de abstracts) 10 konden weerhouden.
Door de MeSH term 'case manager' te gebruiken zijn er nog 39 hits bij gekomen, waarvan we er in eerste instantie (eveneens op basis van de abstracts) 7 konden weerhouden.
De tweede literatuurzoektocht met MeSH termen (Case management + Complex needs + Primary care) leverde 21 zoekresultaten op waarvan we er op basis van de abstracts 7 konden weerhouden.

Uiteindelijk bleken na verdere selectie 11 studies bruikbaar voor ons literatuuronderzoek.

Door de uitwisseling met de resultaten van de andere literatuurzoektocht (masterproef Martine Evenblij) zijn op deze manier nog 3 artikels extra weerhouden.

Casemanagement in de literatuur: algemeen

Khanassov et al.[8] beschreven in hun studie reeds dat er slechts een beperkt aantal studies van casemanagement binnen de 1e lijnszorg beschikbaar is.

Wat opvalt is het gebruik van vele verschillende termen die wel grotendeels lijken te overlappen. Zo worden de termen 'case management' en 'care management' vaak door elkaar gebruikt.

Welke indicaties worden beschreven voor het inzetten van casemanagement?

In de studie van Huntley et al.[9] werd het gebruik van casemanagement bepleit als een manier om ongeplande ziekenhuisopnames bij ouderen te reduceren. Ze konden deze bevinding echter niet bevestigen in hun studie.
Ook in het onderzoek van Iliffe et al.[10] werd aangehaald door middel van casemanagement het aantal te vermijden hospitalisaties te verminderen bij personen met dementie. Verder gaven deze onderzoekers ook aan dat casemanagement een manier kan zijn om fragmentatie van zorg te overwinnen.

Hudon et al.[11] geven als indicatie voor casemanagement om meer gecoördineerde zorg te voorzien. Ook stellen zijn dat casemanagement kan bijdragen aan de verbetering van zelfmanagement (door de patiënt actief te betrekken bij beslissingen en zorgdoelen).

In een andere studie (protocol) van Hudon et al.[12] vermelden de onderzoekers dat casemanagement het management voor 'frequent users' van de gezondheidszorg kan verbeteren en zo ook onnodige kosten voor de gezondheidszorg kan vermijden.

Khanassov et al.[8] stellen dat organisatie en coördinatie van zorg het doel is van casemanagement.

Stokes et al.[13] willen met casemanagement de druk op de gezondheidszorg verminderen. In hun studie kan het echter niet sterk bewezen worden dat casemanagement een effectieve manier is om de druk op het gezondheidszorgsysteem te verlichten.

In het Verenigd Koninkrijk werd een contract opgesteld tussen de huisartsen en de nationale gezondheidszorg ('NHS GP contract'): minimum 2% van de geïdentificeerde risicopopulatie moet pro-actief casemanagement krijgen[14]. Dit werd ingevoerd op basis van de potentiële voordelen van casemanagement.

Een publicatie van The King's Fund (2011)[15] omschrijft als belangrijke doelstellingen van casemanagement:

- Dure ziekenhuiskosten reduceren (voornamelijk spoedopnames, maar ook op vlak van hospitalisatieduur);
- Zorguitkomsten voor patiënten verbeteren;
- De patiëntervaringen verbeteren.

Welke belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager worden aangegeven?

In de literatuur is weinig terug te vinden over hoe casemanagers hun taak ervaren.

In het onderzoek van Iliffe et al.[10] worden volgende belemmerende factoren vermeld:

- De onderzoeksdocumentatie is zwaar;
- Tijdgebrek en frustratie rondom het feit dat er onvoldoende tijd is om het potentieel van casemanagement te tonen;
- Casemanagement past niet gemakkelijk in de praktijkroutines.

In ditzelfde onderzoek[10] worden ook enkele bevorderende factoren aangehaald:
- Het krijgen van positieve feedback van patiënt en mantelzorger(s);
- Sommige patiënten worden ook financieel beter;
- De ervaren voordelen van casemanagement: zorgen voor continuïteit van zorg, daarnaast bieden ze ook flexibiliteit in het beantwoorden aan noden.

In een studie van Elwyn et al.[16] beschrijven de casemanagers dat ze de tijd en vaardigheden hebben om een mix van klinische en sociale problemen te beoordelen, en daarna de correcte netwerken te raadplegen om oudere personen met multipele aandoeningen te helpen hun weg te vinden in een complex netwerk van zorgvoorzieningen.

Wie neemt gewoonlijk de taak van casemanager op zich?

Opvallend is dat het veelal verpleegkundigen zijn die de taak van casemanager op zich nemen[9,11,16]. In enkele studies wordt dit meer specifiek beschreven, namelijk geriatrisch verpleegkundigen[8], praktijkverpleegkundigen die een extra training en handleiding kregen[10], of zelfs verpleegkundigen die wel 50u extra opleiding kregen in casemanagement[11].

Verder werd de taak veelal opgenomen door:
- Health visitors[9] (UK: getrainde verpleegkundige die bij patiënten thuis komt en hulp en advies geeft betreffende gezondheid en sociaal welzijn, hoofdzakelijk voor ouders van jonge kinderen en voor ouderen (bron: www.ucas.com));
- Matron[9] (UK) (een matron wordt door Brown et al.[17] omschreven als hoogopgeleide verpleegkundige);
- Huisarts[18];
- Getrainde (36u) healthcare assistants van deelnemende 1e lijnspraktijken[19];
- Maatschappelijk werkers die een training en handleiding kregen[10];
- Soms door een kinesist[20, 21] of ergotherapeut[22].

De personen die de rol van casemanager op zich namen in de genoemde studies zijn telkens professionals die, voor zover beoordeelbaar, geen deel uitmaakten van het zorgteam rondom de patiënt.

Wat is het verschil tussen de rol ‘zorgbemiddelaar’ en ‘casemanager’?

SEL GOAL (Samenwerkingsinitiatieven EersteLijnsgezondheidszorg GezondheidsOverleg Arrondissement Leuven) geven op hun website de volgende omschrijving van de taak van zorgbemiddelaar:

De zorgbemiddelaar is de zorg- of hulpverlener die het dichtste staat bij de patiënt of cliënt. De zorgbemiddelaar wordt aangeduid bij de start van het multidisciplinair overleg.
De voornaamste taak van de zorgbemiddelaar omvat de zorgbemiddeling:
- Aanspreekpunt voor de patiënt, mantelzorgers, hulp- en zorgverleners;
- Geniet het vertrouwen van de patiënt en komt op voor de patiënt;
- Bereidt de zorg- en hulpverleners, mantelzorgers en patiënt voor op het overleg;
- Bemiddelt bij de verschillende zorgpartners met het oog op optimalisatie van de zorg, op de noden en verwachtingen van de patiënt;

- Bespreekt het verslag met de patiënt of cliënt;
- Gaat na of het resultaat van het overleg passend is voor de gestelde problemen;
- Volgt de situatie op en reageert desnoods met passende maatregelen;
- Neemt, indien nodig, initiatief voor tussentijds overleg;
- Stelt de overlegorganisator op de hoogte indien het zorgplan van de patiënt/cliënt mag worden afgesloten indien geen verdere nood aan afstemming.

Khanassov et al.[8] omschrijven een casemanager als een professionele zorgverlener die follow-up voorziet, individuele zorg coördineert en in contact staat met andere gezondheidszorgdiensten. Ze werken samen met huisartsen, specialisten, of beiden.
In de Protocol 3 projecten (2017)[23] wordt reeds vermeld dat het moeilijk is om de functie van 'casemanager' te omschrijven in de Belgische situatie, waar veel verwarring rond deze functie heerst.

Er is dus geen duidelijk onderscheid te maken tussen de term 'casemanager' en 'zorgbemiddelaar'. Wel wordt onder andere ook in de Protocol 3 projecten voorgesteld om casemanagement te laten uitvoeren door een zorgprofessional. In de hierboven vernoemde omschrijving van 'zorgbemiddelaar' wordt niet expliciet van een professional gesproken.

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 8).
Onze bijdrage aan dit project was om een kwalitatieve procesevaluatie uit te voeren van deze implementatiestudie. 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 (Martine of Liselotte) 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 (informed consent) voor alle deelnemers (voorbeeld informed consent patiënt: bijlage 3 (andere formulieren informed consent beschikbaar op vraag)), en draaiboeken voor de interviews (bijlagen 4-6). Een handleiding voor casemanagement werd voorzien vanuit het project (bijlage 7).
De studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité UZA op 12 februari 2018 met referentienummer 17/50/557 (bijlage 9).

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 voor 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 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.

Observatie geselecteerde casussen

Vervolgens woonden we elk enkele MDO's bij van casussen die wel in de studie geïncludeerd zouden worden. 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 topiclijst voor de interviews werd opgemaakt aan de hand van de literatuur (Whiting, 2008[24]).
Deze topiclijst 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 ervoor om ten vroegste 3 maanden na het MDO te starten met de interviews, zodat het zorgteam en de casemanager intussen 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 (bijlage 4-6). Er werd een apart draaiboek opgesteld voor het interview met de casemanager, met een zorgverlener, en met de patiënt en/of mantelzorger.

Met de interviews peilden we naar:

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 dit interview samen met de promotoren technisch overlopen en gekeken hoe we onze interviewtechnieken konden bijsturen. De valkuilen werden besproken en waar nodig werden de draaiboeken 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 een 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.

Gezien 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 wel 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,… 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 toch een zekere weerstand tegenover. 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 niet binnen omdat 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 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. Bij 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 het MDO, dat door haar als moeilijk werd ingeschat gezien het groot aantal aanwezigen, goed proberen voor te bereiden en moeite gedaan om belangrijk thema's aan te raken tijdens het MDO. Verder heeft ze extra gesprekken gehad met patiënt en zijn nieuwe partner in aanwezigheid van hun begeleiders (gezien de moeilijke relatie). Daarnaast heeft ze ook een gesprek gehad met 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 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 uitgevoerd heeft gebeurd zijn vanuit haar rol als casemanager, of vanuit haar taak binnen het OCMW (zie ook hoofdstuk 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 team 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 geraakte. 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: Ervaringen van de casemanager

In dit thema bespreken we de belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager. Er werd verder ook bevraagd hoe de casemanager zijn taken en rol als casemanager ervaren heeft en hoeveel tijd er gemiddeld besteed werd aan het casemanagement.

Er werden 3 personen geïnterviewd over 4 casussen (1 persoon nam de functie van casemanager op zich in 2 casussen). 1 casemanager kon niet geïnterviewd worden.

Algemene ervaringen qua rol en qua taken

Rol

De verschillende casemanagers hebben hun rol op een andere manier ervaren. Twee personen beschrijven dat ze geen verschil in verantwoordelijkheidsgevoel hebben ervaren ten opzichte van hun 'normale' rol als zorgverlener, terwijl een andere persoon zich net veel verantwoordelijker voelde als casemanager, ten opzichte van haar job als overlegcoördinator.

Eén persoon gaf aan dat naar haar aanvoelen de rol van casemanager al wat mee in de functie van overlegcoördinator zit en ze hier geen essentieel verschil in ziet. Ze maakte hierbij wel de

opmerking dat ze als casemanager meer op de hoogte wordt gehouden door de andere zorgverleners. Verder gaf ze aan dat haar inbreng als casemanager redelijk beperkt is geweest.
Een andere casemanager gaf dan weer aan dat ze meer sturend is in haar rol als casemanager, dat ze wat 'bemoeizuchtiger' is geworden. Ze geeft hierbij aan dat ze zich soms echt een moeial heeft gevoeld, en vraagt zich tegelijk ook af of dit ethisch gezien wel OK is. Ze geeft aan meer te durven dan bij sommige andere dossiers. Ze zegt wel dat het vaak wikken en wegen is: ze mag ook niet te veel in de situatie van patiënt en omgeving komen. Ze omschrijft zichzelf als een actieve casemanager.

D3: "Ik had precies een actieve belofte afgelegd."

Ze zegt dat ze veranderd is, actiever is geworden, en dat ze meer vastgrijpt. Hierbij maakt ze wel de opmerking dat dit veel van haar ziel en emotionele energie vraagt.

D3: "Ik moet veel van al mijn kunnen uit de kast halen bij momenten precies."

De rol van casemanager wordt ook als mentaal belastend ervaren, men trekt zich de situatie van dichterbij aan en men kan het moeilijker loslaten.

C1: "…door dat casemanagement is dat meer aan mijn ribben blijven plakken ook."

Voor 1 persoon betekende de rol van casemanager ook dat je niet alleen naar noden en behoeften van de patiënt moet kijken maar ook naar de draaglast van de hulpverleners.

Er blijkt ook een verschil te zijn in hoe de invulling van de rol van casemanager verliep. Eén casemanager gaf aan wel stilgestaan te hebben bij de rol van casemanager, maar dat er voor haar geen verschil is tussen casemanager zijn of gewoon betrokken partij zijn. Ook zonder de taak van casemanager probeert zij altijd zo goed als mogelijk de zorg te regelen.

B2: "Voor mij maakt het eigenlijk geen verschil of dat ik nu casemanager ben of gewoon betrokken partij omdat we daar hulp geven, (…) Ik wil altijd mijn hulp aan de patiënt zo goed mogelijk regelen."

Een andere persoon zag de rol van casemanager dan weer meer als 'belangrijke functie om te vervullen':

C1: "Ik moet mijn rol goed vervullen, ik moet dat zo waarmaken precies."

Allen waren het wel eens dat hun contact met de andere zorgverleners hetzelfde is gebleven. Eén casemanager gaf wel aan het 'raar' te vinden om anderen aan te spreken of te bevragen in verband met hun taken, en dus kritischer te moeten kijken naar het werk van collega's.

Tot slot gaf 1 casemanager aan dat een mantelzorger beter de rol van casemanager op zich zou nemen, omdat deze dichter bij de patiënt staat, wat heel belangrijk is voor deze rol.

<u>Taken</u>

Er is een duidelijk verschil op te merken tussen de verschillende casemanagers qua taken. Eén casemanager geeft aan dat er wel wat verandert aan de manier van werken, maar dat ze anderzijds geen andere dingen gedaan heeft ten opzichte van haar 'normale' job. Ze geeft aan weinig feedback gekregen te hebben of er al dan niet problemen zouden zijn bij deze patiënt, maar nam hier ook geen actieve rol in op. Een andere persoon vertelde geen idee te hebben of de gemaakte afspraken nagekomen werden en heeft dit ook niet actief opgevolgd. Ze wist wel dat de afspraken binnen haar eigen team in orde waren. Ze vond het *"onnozel om te bellen als het rechtstreeks kan" (B2)* (hiermee doelt ze op het contact tussen zorgkundige en zoon, casemanager vond het een overbodige stap om zelf contact te leggen tussen beiden).

Eén persoon geeft aan dat ze als casemanager meer taken op zich genomen heeft dan in haar rol als overlegcoördinator. Ze heeft haar nieuwe taken wel als onwennig ervaren omdat ze hier nog

geen ervaring mee had. Als nieuwe taken omschreef ze: meer taken en meer contact met zorgverleners en patiënt, ze heeft zich meer bemoeid, ze had een 'mandaat' om heikele thema's aan te kaarten bij de verschillende spelers. Ze heeft wel nood aan meer richtlijnen of begeleiding omtrent wanneer je taken beginnen en wanneer ze eindigen.

> *C1: "Ik weet niet goed waar dat dat begint en waar dat dat eindigt. Dat vind ik echt heel moeilijk om dat voor mijn eigen uit te maken en zo te weten wanneer heb je genoeg gedaan."*

Verder is het ook altijd nadenken: wat moet je signaleren aan wie? Ze heeft niet gedacht aan taken delegeren. Anderzijds doet ze toch een beroep op het initiatief van anderen:

> *C1: "Ik weet, als het er niet goed zou lopen, dat die heel rap terug de weg naar mij vinden."*

Bevorderende factoren

Er is geen consensus over wie deze taak het best op zich kan nemen en of het beter iemand is die dicht bij de patiënt staat, zoals bijvoorbeeld de mantelzorger, of eerder iemand die wat meer afstand kan nemen. Enkele casemanagers gaven aan dat de casemanager beter iemand uit het zorgnetwerk is, omdat deze persoon meer betrokken is. Anderzijds werd ook de opmerking gemaakt dat het misschien in sommige gevallen toch beter een professional is omdat er soms wel nood is aan wat meer afstand. Geregeld contact met de patiënt maakt wel dat alles soepeler verloopt.

Samenwerken met personen die al gekend zijn (vanuit andere dossiers) wordt ook als bevorderende factor genoemd, omdat dit het samenwerken faciliteert.

Eén persoon gaf aan zich beter te kunnen inleven door eerst op huisbezoek te gaan bij de patiënt. Bovendien werd door een andere casemanager aangegeven dat je, door op huisbezoek te gaan als casemanager, andere informatie krijgt dan bij telefonisch contact. Dit wordt ook als meerwaarde aangegeven.

Verder werd ook gezegd dat het boeiend was om terug contact te hebben met de verschillende leden van het zorgteam, en om de gemaakte afspraken op te volgen.

Eén casemanager gaf aan dat ze sneller andere zorgverleners contacteerde wanneer ze zich zorgen maakte.

De motivatie om de functie van casemanager op zich te nemen was zeker aanwezig.

> *B2: "Qua motivatie denk ik dat dat geen probleem is. Als je graag met mensen bezig bent dan doe je dat gewoon."*

Er werden door de verschillende casemanagers diverse motiverende factoren aangegeven: dat je met kleine dingen echte veranderingen kan teweegbrengen, dat dit project als erg kostbaar werd aanschouwd, casusspecifieke factoren (dochters in ouderrol, dit moest iemand op zich nemen), dat intervisie als motivatieverhogend werd ervaren en tot slot dat er druk van buitenaf was.

> *D3: "…de hete adem van N.G."*

Eén casemanager gaf aan dat ze door haar functie meer mandaat kreeg, waardoor ze ook meer durfde. Ze voelde zich er meer in gesterkt en dit zorgde ervoor dat ze minder terughoudend was. Verder hechtte deze persoon erg veel belang aan de samenwerking en de gedeelde verantwoordelijkheid, dit zorgde voor een 'gedragen situatie', waarbij ze ook de machteloosheid kon delen. Verder voelde zij zich er ook in gesterkt omdat je met 2 aan meer dingen denkt. Intervisie werd door haar als belangrijk onderdeel omschreven, omdat ze dan samen dingen kon uitzoeken en tegelijkertijd ook zichzelf kon beschermen tegen te veel werk.

Belemmerende factoren

Er was wel een eenduidige mening dat er een groot gebrek was aan tijd en ruimte om de functie van casemanager uit te oefenen. Nu werden taken vaak tussenin gedaan, waardoor de bevraagde personen het niet konden doen zoals ze zouden willen, ze het niet grondig konden doen, of niet de tijd vonden om over een situatie goed te kunnen nadenken.

> *C1: "Ik heb ook maar 2 handen en 1 kop hé."*

De zorgverleners zijn vaak al overvraagd, waardoor ze er geen extra taken meer kunnen bijnemen omdat de eigen werkbelasting al te hoog is. Door de drukte werden dingen vergeten of was er geen tijd meer om op huisbezoek te kunnen gaan. Er is vanuit de casemanagers een duidelijke vraag naar meer vrijstelling of afgebakende tijd om de functie van casemanager naar behoren te kunnen uitoefenen.

Verder werden ook patiënt-/casusgebonden factoren aangehaald als belemmerend: het gedrag dat bepaalde patiënten stelden, het moeilijk benaderbaar zijn, de veelheid aan mensen die betrokken waren bij de zorg,…

> *C1: "…ik moet me oppompen om die 'madam' weer zo te benaderen en om te kunnen incasseren dat ik weer buiten vlieg."*

Ook onvoldoende betrokken zijn bij de casus werd als belemmerend ervaren.

> *B2: "Ik sta te ver weg van de patiënten."*

Achter iedereen aan moeten lopen werd ook als belastend ervaren.

De 'normale' job maakte soms ook dat de functie van casemanager moeilijker uit te oefenen was (1 casemanager beschrijft dat de 'aangeleerde terughoudendheid' vanuit de 'normale' functie (overlegcoördinator) haar soms parten heeft gespeeld als casemanager).

Het was voor 1 casemanager frustrerend dat ze niet zo actief kon zijn als ze zou willen, en ze vond het vervelend dat ze haar belofte niet helemaal kon waarmaken.

Er was ook vraag naar een bijscholing omtrent het onderwerp. Verder werd ook aangehaald dat het beter zou zijn als de eerste lijn meer vertrouwd zou zijn met casemanagement.

Tot slot gaf 1 persoon ook aan dat deelname aan het project haar extra stress bezorgde.

Tijdsbesteding

We vroegen de casemanagers om een dagboek bij te houden, om een zicht te kunnen krijgen op de bestede tijd. Dit bleek in de praktijk echter moeilijk haalbaar. Ofwel werd het dagboek niet bijgehouden, ofwel werd dit achteraf gereconstrueerd, maar het werd door niemand actueel bijgehouden. Eén casemanager gaf aan niets extra gedaan te hebben als casemanager, omdat ze er simpelweg de tijd niet voor had. Een andere persoon gaf dan weer aan dat de oorzaak waarom het niet lukte om haar functie uit te voeren tijdgerelateerd was.

V. BESPREKING

De onderzoeksvraag van deze masterproef was als volgt: welke zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor het opnemen van de rol van casemanager?

Er is geen eenduidigheid in de ervaringen over de rol van de casemanager in onze studie. Er kan wel een onderscheid gemaakt worden in ervaringen waarbij de casemanager een actieve rol heeft opgenomen ten opzichte van de ervaringen waarbij de casemanager een meer 'passieve' rol heeft opgenomen of een wat meer afwachtende houding heeft aangenomen.

Het is moeilijk de resultaten te veralgemenen gezien de beperkte studiegrootte, waarbij uiteindelijk 3 personen geïnterviewd werden over het casemanagement dat ze opnamen in 4 verschillende casussen.

De respectievelijke casemanagers gaven in de interviews toe dat ze zich niet goed voorbereid hadden op hun nieuwe rol, waardoor ze misschien onvoldoende voorbereid waren op hun taken. Ze hadden op een bepaald moment een document met informatie hierover gekregen (bijlage 7), maar ze hadden dit slechts vluchtig doorgenomen en hadden eigenlijk geen 'formele' training gekregen.
Het was voor de aangestelde casemanagers ook niet altijd even duidelijk welke taken nu specifiek gelinkt waren aan het casemanagement en welke eigenlijk behoorden tot hun eigen 'gewone' functie (bv. als teamleider van de thuiszorg). In sommige taken was er een overlap en was het niet altijd eenvoudig om deze van elkaar te onderscheiden. Bij het exploreren van de ervaringen van onze participanten blijkt ook dat het casemanagement niet overal ingevuld werd volgens de definitie of de handleiding die was meegegeven. Zo was er niet in alle casussen persoonlijk contact tussen de casemanager en de patiënt, wat ons 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).

De genoemde belemmerende factoren waren de volgende:

- Tijdgebrek of het ontbreken van afgebakende tijd om deze rol te kunnen opnemen bovenop de 'normale' job (en frustratie vanwege het niet naar behoren kunnen uitoefenen van de functie van casemanager);
- Te grote werkdruk vanuit de eigen job (dus niet of moeilijk nog extra taken bij te nemen);
- Interferentie met eigenschappen van 'normale' job;
- Te veraf staan van de patiënt;
- Patiënt-/casusgebonden factoren;
- Onvoldoende kennis over de specifieke taken van casemanagement, dus onvoldoende opleiding of training;
- 1^{e} lijn (dus ook de zorgverleners waarmee ze samen werken) zijn onvoldoende vertrouwd met casemanagement, het wordt ervaren als iets 'nieuws';
- Achter iedereen aan moeten lopen is belastend;
- Het project gaf extra stress.

Als bevorderende factoren werden volgende items aangegeven:

- Casemanager: best iemand uit het zorgnetwerk, dus meer betrokken (echter soms ook beter professional, wanneer wat meer afstand nodig is);
- Geregeld contact met patiënt zorgt voor soepeler verloop, creëren van een vertrouwensrelatie;
- Samenwerken met gekende personen (uit andere dossiers) verhoogt het vertrouwen en maakt samenwerking gemakkelijker;
- Huisbezoek is verrijkend (beter kunnen inleven, je krijgt andere informatie) en zo bekom je een meer globaal beeld van de noden en behoeften;

- Boeiend om terug contact te hebben met verschillende zorgverleners;
- Boeiend om de gemaakte afspraken op te volgen;
- Je krijgt een duidelijk mandaat door de functie van casemanager, om bepaalde taken op te nemen of een bepaalde rol uit te oefenen;
- Samenwerking en dus ook gedeelde verantwoordelijkheid, 'sharing';
- Sneller contact bij zorgen;
- Intervisie.

We zien hier enkele van de belemmerende factoren aan bod komen die ook al in de literatuurstudie werden aangehaald, namelijk tijdgebrek, frustratie en een extra taak bovenop de 'normale' functie. Hierbuiten werden, ondanks onze beperkte studiegrootte, toch nog heel wat andere factoren aangehaald door de casemanagers (cfr supra).
De bevorderende factoren uit de literatuurstudie vinden we niet terug in de antwoorden van de casemanagers in onze studie. In de bestudeerde literatuur vermeldt men verbetering van de financiële situatie van sommige patiënten als bevorderende factor. Opvallend in onze studie was het positieve effect van de ondernomen acties van de casemanager op de financiële situatie voor casus E. De casemanager van casus E hebben we echter niet kunnen interviewen, maar het valt te verwachten dat het financiële aspect in dit interview wel aan bod zou gekomen zijn.

In onze studie werd casemanagement globaal genomen als positief ervaren door zowel patiënten als leden van het zorgteam, mits de casemanager zijn rol goed kan invullen. Men geeft aan dat dit beter zal lopen als aan volgende voorwaarden is voldaan:

- dat er vooraf zeer duidelijk gecommuniceerd wordt (met een bijscholing/opleiding) wat er verwacht wordt van een casemanager alsook training in de nodige vaardigheden;
- dat het een afgebakend en duidelijk profiel wordt: dus 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 wat weerstand was tegen deelname aan de studie.

Een volgende bedenking is dat het achteraf niet duidelijk was of alle casussen werkelijk voldeden aan de door de overheid voorgestelde criteria van 3 mogelijke 'uitzonderlijke zorgsituaties'[7].
In een aantal gevallen was er reeds iemand aanwezig in het team 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 gaat over het feit 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 bepaalde personen een wat afwachtende houding aannemen voor iets onbekends, zeker zonder voldoende training of zonder zekerheid dat ze hiervoor de nodige vaardigheden hebben.

Een limitatie van deze studie is dat we geen casus hebben kunnen includeren waar er sprake was van zorgweigering. 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.

Een andere limitatie is het beperkt aantal interviews met de participanten. Gezien 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, 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.

We staan tenslotte 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 (de promotoren met een verschillende opleiding: sociologe en kinesiste) multidisciplinair is en we de bevindingen in team hebben kunnen bespreken.

VI. BESLUIT

De functie van casemanager heeft het potentieel om de zorg rond een thuiswonende patiënt te optimaliseren.
Het is wel belangrijk dat er voldoende geïnformeerd wordt wat deze rol precies inhoudt en welke taken hierbij opgenomen moeten worden. Het is niet evident voor hulpverleners om deze taken er zomaar bij te nemen bovenop hun andere taken. Een degelijke opleiding omtrent dit onderwerp lijkt zeker aangewezen alsook het trainen in de juiste vaardigheden.

Verder lijkt het ook noodzakelijk dat er afgebakende tijd en ruimte voorzien wordt om deze taken op te nemen.
Het is een te complexe en uitgebreide taak om ‘erbij te nemen’, waardoor de potentiële meerwaarde van casemanagement niet tot haar recht komt. Het lijkt ons dan ook belangrijk dat de professionals die de rol van casemanager op zich nemen gedeeltelijk vrijgesteld kunnen worden van hun ‘normale’ job, om zo voldoende tijd te kunnen besteden aan het casemanagement. Met de huidige druk op het gezondheidszorgsysteem zal dit echter niet gemakkelijk zijn.

Persoonlijke reflectie

Ik vond dit een zeer boeiend project om aan mee te werken.
Ik was enkele jaren werkzaam op de spoedgevallendienst, waar je voornamelijk in contact komt met acute pathologie en de patiëntencontacten meestal eerder kort en éénmalig zijn. Hierdoor was mijn kennis en ervaring met de zorg rond chronisch zieken eerder beperkt.
Door mijn opleiding huisartsgeneeskunde kwam ik wel wat vaker in contact met chronisch zieken en kon ik ook ervaren hoe complex deze zorg kan zijn, maar ook hoe moeilijk deze zorg soms in de praktijk verloopt, zeker bij complexe casussen.
Door deel te nemen aan dit project kon ik van dichtbij kennismaken met het verloop van een MDO. Door als neutrale observator deel te nemen kon ik met een bredere blik kijken naar de verschillende visies binnen een MDO (terwijl je als 'deelnemer' mijns inziens toch vooral kijkt vanuit je eigen discipline en achtergrond).
De interviews met de participanten gaven me ook een inkijk in hun visie op het geheel, vanuit de verschillende perspectieven (patiënt, mantelzorger, zorgprofessional,…). Hieruit heb ik vooral onthouden dat iedereen erg gemotiveerd is om zijn job zo goed mogelijk uit te voeren, maar dat er vaak een erg grote tijd- en werkdruk meespeelt. De grote druk op het huidige zorgsysteem kwam in verschillende interviews naar voren.
Ik hoop dat men casemanagement in de nabije toekomst meer en meer zal kunnen implementeren, niet alleen om de zorg voor chronisch zieken verder optimaliseren, maar ook om het werk van de zorgprofessionals mogelijk toch te vergemakkelijken.
Ik ben alvast overtuigd dat het inzetten van een casemanager zeker een meerwaarde kan bieden, zowel voor de patiënt als voor het omringende zorgteam.

Dankwoord

In de eerste plaats wil mijn promotor en co-promotoren bedanken voor hun begeleiding en ondersteuning in dit onderzoek. Bedankt voor de tijd die jullie vrijmaakten voor overleg, voor het nalezen van teksten en het geven van feedback.

Dank aan mijn collega-onderzoeker Martine Evenblij voor de duwtjes in de rug, de motiverende woorden en vooral natuurlijk ook de fijne samenwerking. Ik ben blij dat jij in mijn team zit! ;)

Daarnaast wil ik ook graag de projectcoördinator mevrouw Nora Gabor bedanken voor haar bijdrage aan dit onderzoek. Zij had een belangrijke rol in het includeren van de casussen en het informeren van de casemanagers. Bedankt voor de tijd, het overleg en de gesprekken.

Verder ook mijn dank aan alle deelnemers van deze studie, voor hun inbreng en hun enthousiaste deelname aan de interviews.

Bedankt aan mijn praktijkopleider Dr. Ellen Haeldermans voor de flexibiliteit die ik kreeg om MDO's, vergaderingen en interviews in te plannen en om aan mijn masterproef te kunnen werken.

Tot slot wil ik ook nog mijn vriend en ouders bedanken voor hun eindeloze steun, geduld en motiverende woorden.

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. (M1) Sandberg 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%20eerstelijnszorg.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. 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.
9. Huntley A. 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: 266-175.
10. Iliffe S. et al. Introducing case management for people with dementia in primary care: a mixed-methods study. Br J Gen Pract 2014; DOI: 10.3399/bjgp14X682333.
11. Hudon C. et al. Case management in primary care for frequent users of health care services: a mixed methods study. Ann Fam Med 2018; 16: 232-239.
12. Hudon C. 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.
13. 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.
14. BMA. General practice contract changes 2014-2015: Unplanned admissions Enhanced Service 2014. Beschikbaar via: http://bma.org.uk/working-for-change/negotiating-for-the-profession/bma-general-practitioners-committee/general-practice-contract/unplanned-admissions-2014. Geraadpleegd 2018 augustus 21.
15. Ross S., Curry N., Goodwin N. Case management: what it is and how it can best be implemented 2011. Beschikbaar via: https://www.kingsfund.org.uk/publications/case-management. Geraadpleegd 2018 augustus 21.
16. Elwyn G. et al. Case management by nurses in primary care: analysis of 73 ‘success stories’. Qual Prim Care 2008; 16(2): 75-82.
17. 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): 409-17.
18. Bernabei R. et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ 1998; 316: 1348-51.
19. Freund T. et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials 2011; 12: 163.
20. 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.
21. 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.

22. 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.
23. Lambert A. et al. Wetenschappelijke evaluatie van de alternatieve zorgvormen. Geïntegreerd samenvattend rapport Protocol 3 projecten. RIZIV 2017. Beschikbaar via: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/wetenschappelijk_rapport_protocol3_05.pdf. Geraadpleegd 2018 januari 30.
24. 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:

Dr. Liselotte Fransen en Dr. 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 12 februari 2018 met referentienummer 17/50/557.

Toestemmingsformulier voor de patiënt

Toestemmingsverklaringsformulier (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

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

1. 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'.

2. 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?

3. 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:

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 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.

4. Dataverwerking

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

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.

Bijlage 9

Gunstig advies 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

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

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

Procesevaluatie van implementatie van casemanagement in het MDO bij 'uitzonderlijke zorgsituaties' van chronisch zieken in zorgregio Mortsel (Master-na-Master huisartsengeneeskunde Liselotte Fransen)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
12/02/2018	17/50/557	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 heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 12/02/2018.

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

- CV onderzoeker
  Liselotte Fransen
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  - Informatie- en toestemmingsformulier voor de rol van casemanager, versie 1, dd. 12/12/2017
  - Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt, versie 1, dd. 12/12/2017
  - Informatie- en toestemmingsformulier voor de zorgverlener (lid van het zorgteam), versie 1, dd. 12/12/2017
- Protocol aangepaste versie dd. 4/02/2018
  versie 2
- Dagboek
  Dagboek casemanager, versie 1, dd. 12/12/2017, NL
- Diverse
  - Topiclijst voor de semigestructureerde interview met de casemanager, versie 1, dd. 12/12/2017, NL
  - Topiclijst voor de semigestructureerde interview met de patiënt en/of mantelzorger, versie 1, dd. 12/12/2017, NL
  - Topiclijst voor de semigestructureerde interview met de zorgverlener, versie 1, dd. 12/12/2017, NL
  - Observatieformulier MDO, versie 1, dd. 12/12/2017, NL

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

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 17/50/557

datum	ons kenmerk	contactpersoon
12/02/2018	17/50/557	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. G. Ieven
Ondervoorzitter Ethisch Comité

cc: Dr. S. Coenen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Mevr. L. Fransen, NVT, Buizegemlei 92 bus 1 - 2650 Edegem

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

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 17/50/557

datum	ons kenmerk	contactpersoon
12/02/2018	17/50/557	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 12/02/2018.

	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.