

## 2. Case management (Nederlands)

Fiche van goede praktijkvoering Casemanagement en zijn randvoorwaarden binnen de Protocol 3 projecten	
<b>Auteurs</b>	Olivier Schmitz, Thérèse Van Durme, Hilde Bastiaens, Jean Macq Goedgekeurd door het hele wetenschappelijke consortium betrokken bij de evaluatie van de Protocol 3-projecten Experten becommentarieerden deze fiche tijdens een validatiemeeting op het RIZIV op 1 februari 2017. De lijst van de leden van het Protocol 3 consortium en de lijst van de experts die deelnamen aan de validatiegroep bevinden zich in bijlage 1 & 2.
<b>Bronnen</b>	Deze fiche werd opgemaakt op basis van volgende bronnen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De tussentijdse resultaten van de kwalitatieve analyse van de projecten van de twee oproepen. De lijst van de onderzoekers bevindt zich in bijlage 1;</li> <li>- De Nederlandstalige en Franstalige interviews van de lerende gemeenschappen met casemanagers en psychologen van de twee oproepen (juni en november 2016, in totaal 5 interviews)</li> <li>- Mondelinge en schriftelijke commentaar van experts (zie bijlage 2)</li> </ul>
<b>Sleutelwoorden</b>	Casemanagement – casemanager – ouderen - thuisituatie

### 1. Context

Deze fiche is een aanzet om de functie van 'casemanager' te definiëren in de context van thuiszorg voor kwetsbare<sup>17</sup> ouderen en hun mantelzorger in de thuiszorg. In het kader van deze fiche wordt bij het begrip zorg, zowel zorg als welzijn bedoeld want wij zullen het begrip van gezondheid in de brede zin van het woord beschouwen, zoals immers beschreven werd in de definitie van de WHO in 1946. Het is niet evident om deze functie te omschrijven in de Belgische situatie, waar momenteel veel verwarring rond deze functie heerst. Verschillende professionals verklaren dat zij deze functie uitvoeren in België, weliswaar met verschillende invullingen. Dit is de reden waarom wij eerst de functie van **casemanagement** zullen trachten te omschrijven, in de plaats van **casemanager**.

In ons huidige Belgisch gezondheidszorgsysteem<sup>18</sup> werd deze functie zowel volgens een "top-down" logica uitgevoerd, zoals de zorgcoördinator in Wallonië, of via een "bottom-up" logica, zoals casemanagement in de Protocol 3 projecten. Hieruit volgt dat in de realiteit, wij casemanagement "op papier" versus "echt" casemanagement hebben kunnen observeren binnen deze projecten, d.w.z., die aan minimale standaarden voldoen.

Deze fiche kreeg vorm net voor de Eerstelijnsconferentie plaatsvond (16/02/2017). De visie over casemanagement tijdens de Eerstelijnsconferentie kan soms verschillen van de visie in onze fiche. De professionals van de Protocol 3 projecten waren nog niet op de hoogte van deze visie waren daarom deze visie nog niet gezien. De eerste expertenmeeting heeft ook plaatsgevonden voor 16/02/2017. De lezer moet er zich dus van bewust zijn dat dit document opgesteld is onafhankelijk van de visie van de

<sup>17</sup> In de context van de Protocol 3 projecten wordt deze doelgroep gedefinieerd door (a) de leeftijd: 60+; (b) "kwetsbaarheid", aangetoond via een score van 6 of hoger op de Edmonton Frail Scale; óf tenminste gedeeltelijke hulp nodig hebben voor ADL-functies; óf een diagnose dementie hebben, gesteld door een geriater, psychiater of neuropsychiater.

<sup>18</sup> In deze fiche gaat het zowel om de gezondheidszorg als welzijnzorg, als antwoord op de gezondheidsbehoeften van de patiënt, volgens de globale definitie van de gezondheid van de WHO (1948).

Eerstelijnsconferentie en dus uitsluitend is gebaseerd op empirische data komende uit de evaluatie van de P3 projecten.

## 2. Wat is casemanagement?

In bijlage 4 worden een aantal functies opgelijst, die binnen de Protocol 3 projecten als casemanagement werden beschouwd. Deze functies zijn vervat in casemanagement, maar casemanagement mag zich niet louter beperken tot deze functies en is meer omvattend dan wat in bijlage 4 opgesomd staat.

In de literatuur wordt vaak de definitie van de Case Management Society of America (CMSA) gebruikt (CMSA, 2010, p.10). Ook bij de evaluatie van de P3 projecten werd deze definitie gehanteerd, omdat deze goed in lijn bleek te zijn met de wensen en behoeften van ouderen die zich in een complexe situatie bevinden.

[Case management is] "a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality, cost-effective outcomes"<sup>19</sup>

Omtrent deze definitie werden de volgende bemerkingen geuit door de experts op 01/02/2017

Casemanagement betekent veel meer dan een loutere coördinerende rol (synchroniseren van zorg en welzijn). Volgens de experts staan volgende elementen centraal:

1. De term **advocacy** (belangenbehartiger, "steun en toeverlaat"). De casemanager houdt vooral rekening met het levensproject van de patiënt en zijn mantelzorger, inclusief zijn wensen in verband met de zorg. Een gericht casemanagement zou de patiënt en zijn mantelzorger in staat moeten stellen om geïnformeerde keuzes te maken.
2. De **deelname** van de betrokken personen is fundamenteel. Het is de rol van de casemanager om ervoor te zorgen dat alle betrokkenen op een adequate wijze participeren. Voor de patiënt betekent dit dat de casemanager alles in het werk zal stellen om de patiënt te ondersteunen om tot een situatie te komen waar hij of zij **zelf terug controle** kan hebben over de situatie. Op deze manier versterkt de casemanager de capaciteiten voor zelfzorg en autonomie van de cliënt en zijn mantelzorger.
3. Dit vereist van de casemanager dat hij of zij een goede **kennis** heeft over de mogelijke middelen, de behoeften en voorkeuren van de patiënt en zijn omgeving.
4. De term **kwaliteitsbewaking** komt te weinig aan bod in ons Belgisch zorgsysteem. De experts geven aan dat er momenteel weinig structurele aanzet is tot kwaliteitsbewaking, wat een hinderpaal kan betekenen voor het uitrollen van deze functie (zie ook "randvoorwaarden").
5. Casemanagement wordt hier gezien als een functie die de directe zorg ondersteunt, de regie van de zorg blijft bij de klinische zorg- en dienstverleners, maar wordt ondersteund door een tweede functie.
6. Laten we ook rekening houden met de reacties van het Waalse- en het Vlaamse Gewest die terecht bezorgd zijn en aangeven dat er overlappende coördinerende taken zijn voor de casemanager en die van de huidige coördinatoren.

<sup>19</sup> (Vrije vertaling) "Een collaboratief proces van evaluatie, planning, zorgcoördinatie, evaluatie en belangenbehartiging, opdat de opties en diensten aan de globale gezondheidsbehoeften (en wensen) van de persoon en zijn omgeving beantwoorden, via communicatie en beschikbare hulpmiddelen, om kwaliteitsvolle en kost-effectieve resultaten te bevorderen."

### 3. Voor welke doelgroep?

Casemanagement richt zich vooral tot de ouderen (maar kan ook voor andere profielen nuttig zijn) die zich helemaal boven aan in de piramide van Kaiser Permanente bevinden (zie bijlage 3), m.a.w. personen bij wie de zorgsituatie zodanig complex is dat zij die situatie niet meer **zelfstandig** kunnen opnemen. Sommige ouderen kunnen zich qua complexiteit lager bevinden, maar zijn slecht omringd en/of slecht opgeleid/beschikken niet over de capaciteiten om hun (minder complexe) zorg zelf te regelen. Er is dus sprake van gebrek aan autonomie. We benadrukken hier wel dat in een eerste instantie, het de (autonome) patiënt<sup>20</sup> of zijn mantelzorger is, die deze functie opneemt. En in een tweede instantie, is dit een professional in het netwerk van de patiënt. Voor een kwetsbare, thuiswonende oudere is dit vaak de huisarts. Wanneer de situatie te complex is kan het aanwijzen van een professionele casemanager verantwoord en nodig zijn.

#### *Wat is een complexe zorgsituatie?*

De inschatting van de complexiteit is terzelfdertijd een kwestie van klinisch oordeel en in aanwezigheid van complexiteitsindicatoren. Hierbij volgen enkele voorbeelden:

- **Meerdere hulp- en zorgverleners**, die uit verschillende netwerken, organisaties, disciplines, enz. komen.
- **Netwerk "in crisis"**: in aanwezigheid van een chronisch zorgprobleem, conflict tussen de oudere en zijn omgeving (mantelzorger of professioneel netwerk), of binnen dit netwerk.
- Binnen het netwerk blijkt niemand in staat om de nodige afstand te kunnen nemen, om de nodige en aanvaardbare hulp af te stemmen op de vragen en behoeften.
- **Weigeren van zorg**. De omgeving (familiaal of professioneel) stelt vast dat de hulp en de zorg suboptimaal zijn ten opzichte van de behoeften, of wanneer zij niet in staat zijn om zorg zelf te regelen en geen sociaal netwerk dat in staat is om hierbij te helpen Bijv. de mantelzorger staat het water aan de lippen maar de oudere weigert de zorg.
- Er is een hiaat tussen de voorgestelde hulp en de aanvaardbaarheid van de voorgestelde hulp.
  - o Door de patiënt (omwille van zijn toestand (mentaal of cognitief));
  - o Door de patiënt en zijn omgeving, bijv. omwille van
    - Eigen perceptie van wat zij zelf zouden "moeten" bieden
    - De financiële of geografische toegankelijkheid
    - Het waargenomen intrusieve karakter van de hulp en de zorg
  - o In afwezigheid van een mantelzorger, wanneer de mantelzorger niet meer in staat is dit op zich te nemen omwille van gezondheids- of relationele problemen, ...

---

<sup>20</sup> In de expertengroep was er eensgezindheid rond het gebruik van de term "patiënt", niet met de bedoeling om de oudere persoon te herleiden tot een zieke persoon, dan wel om te benadrukken dat de persoon zich in een zodanig complexe zorgsituatie bevindt, dat professionele casemanagement nodig is.

-Hoewel het in theorie kan lijken dat de huisarts de aangewezen persoon lijkt te zijn om case management op zich te nemen, blijkt dit in de praktijk niet zo te zijn wegens hun zware werklast.

- Deskundigen geven aan dat de complexiteit van de situatie vaak voorkomt uit de ernst van het psychologische lijden van de bejaarde en zijn omgeving (alook van de professionals). Het is belangrijk dat dit psychisch lijden erkent en gehoord wordt (vandaar het belang van luisteren!) Dit moet ondersteund worden door een professional. Het is dus duidelijk dat er een verband gelegd moet worden met de fiche van goede praktijken voor psychologische ondersteuning in de thuissituatie.

#### 4. Welke stappen zijn nodig om casemanagement te kunnen implementeren dat aan de minimale vereisten voldoet?

1. Iedereen moet in staat zijn om een complexe situatie te melden: de bejaarde persoon zelf, de familie of de professionele omgeving (zorg en ondersteuning).
2. De identificatie van een complexe situatie kan gebeuren aan de hand van een screeningstool. Ter info: de BelRAI screener, die momenteel verder wordt uitgetest, kan gebruikt worden om te screenen naar complexiteit van de zorg. Uit de ervaringen moet blijken of het nodig is om domeinen toe te voegen en dit zal voor de sociale domein wellicht wel het geval zijn. De overige domeinen zijn direct of indirect opgenomen in de huidige screener<sup>21</sup>.
3. Globaal multidisciplinair assessment (BelRAI indien oudere<sup>22</sup>); niet alleen van de oudere, maar ook van de hele thuissituatie
4. Aanduiden van een referentiepersoon. Indien mogelijk beslist de cliënt zelf wie zijn casemanager is.
5. Multidisciplinair overleg en opmaken van een zorg- en hulpplan; dit plan wordt goedgekeurd door de cliënt en/of de mantelzorger;
6. Implementatie en coördinatie van het zorg- en hulpplan;
7. Monitoring van de hulp en de zorg en ondersteuning van de oudere in eigen zorgtraject;
8. Evaluatie en, indien nodig, aanpassen van het zorg- en hulpplan.

---

<sup>21</sup> Volgens ons literatuuronderzoek in verband met casemanagement zouden volgende elementen ontbreken in de BelRAI screener om voor complexe situaties te screenen:

- Het sociaal functioneren: de omvang en de frequentie van de beperkingen t.o.v. de sociale activiteiten, als gevolg van een gezondheidsprobleem ⇒ Hiervoor wordt een supplement gepland in de screener.
- Fysieke pijn en de impact ervan op het dagelijkse leven; die impact kan zich evenwel uiten in ADL en IADL-beperkingen en soms zelfs in psychische problemen, wat de BelRAI screener wel toelaat.
- Perceptie van eigen gezondheid: niet direct een determinant van complexiteit dan wel een risico voor slechte afstemming van de zorg.
- Vitaliteit (versus zich moe voelen); dit kan zich ook uiten in IADL en ADL- beperkingen.

<sup>22</sup> BelRAI kan ook gebruikt worden voor niet oudere volwassenen.

Geschreven opmerkingen van de leden van de werkgroep 'Innovatieve zorg projecten' :

De schriftelijke reacties van sommige deskundigen reflecteert de visie van de Eerstelijnsconferentie, deze geven aan dat het de coördinator van de zorg is die zal bepalen of er een behoefte is aan professionele casemanagement.

Het is noodzakelijk om per gebied de praktische verschillen te definiëren tussen de begrippen 'samenwerking' en 'coördinatie', en waar er overlapping of hiaten in definities voorkomen. Er wordt ook opgemerkt gezien de complexiteit dat de klinische coördinatie een integraal onderdeel zou moeten zijn van de coördinatie (bijv. Herziening van de behandelingen, van de zorg)

## 5. Welke intensiteit voor een professioneel casemanagement?

Het type en de intensiteit van het casemanagement hangt af van de context waarin casemanagement plaatsvindt. Deze intensiteit hangt, onder andere, af van:

- Het moment waarbij casemanagement plaatsvindt in het traject van de oudere persoon (meer intensief in een beginfase, bij transitieperiodes en vooral in geval van zorgweigerings!) en minder intensief nadien
- De graad van bestaande zorgcontinuïteit, bijv. in het geval van een "effectieve" bestaande zorgcoördinatie
- Het risicoprofiel van de oudere (bijv. risico op snelle achteruitgang van de gezondheidstoestand, valrisico, enz.)
- De capaciteiten van het professioneel en informeel netwerk (graad van interactie, enz.)
- De mogelijkheid om de follow-up en het monitoren van de kwaliteit en de afstemming van de zorg af te vaardigen;
- De kwaliteit van de informatiestroom (met respect voor professionele confidentialiteit en privacy), ter ondersteuning van de continuïteit van de zorg
- ...

## 6. Verschillende types casemanagement

De evaluatie van de projecten van de eerste oproep liet toe om verschillende types casemanagement te onderscheiden, die vooral verschillen in functie van de graad van interactie met de professionele omgeving en het profiel van de casemanager.

- De meest intensieve vorm wordt *klinisch casemanagement* (met o.m. focus op biomedische luik) genoemd en kenmerkt zich door een casemanagement dat de resultaten van de BelRAI gebruikt om een multidisciplinair zorgplan op te maken. Hierbij is er sprake van een daadwerkelijke interactie met de huisarts. Het team van casemanagers omvat ten minste een verpleegkundige, naast ander professionelen. Deze vorm laat toe om de situatie in zijn geheel te kunnen ondersteunen. Dit type casemanagement is bestemd voor ouderen die zowel fysische, cognitieve, psychologische en sociale problemen hebben.
- Daartegenover staat *sociaal casemanagement*, dat minder intens is en dat gekenmerkt wordt door een lage graad van interactie met de huisarts. Het team casemanagers bevat geen verpleegkundigen, maar wel psychologen, ergotherapeuten en/of sociaal werkers.

Volgens ons gaat het hier om verschillende modaliteiten van zorgintegratie. Sociale casemanagement, zoals die uitgerold werd in verschillende Protocol 3 projecten, zou in feite geen echte casemanagement meer kunnen genoemd worden, gezien het vooral over coördinatie van de zorg ging, met een luik informatie over het zorgsysteem, maar zonder dat er echt sprake is van het aanduiden van een referentiepersoon, die een goed zicht heeft op de globale situatie en die advocaat kan zijn van de oudere, in sterke interactie met de huisarts van de patiënt.

Verschillende deskundigen gaven in hun schriftelijke feedback aan dat ze zich niet kunnen vinden in het onderscheid dat het gemaakt wordt tussen klinische casemanagement en sociale casemanagement. Nochtans is dit onderscheid gemaakt en gebaseerd op de bevindingen van onze resultaten uit de eerste oproep en stemmen deze ook overeen met de beschrijving die terug te vinden is in de internationale literatuur.

## 7. Welke competenties zijn nodig om deze functie te kunnen uitvoeren?

Ten eerste moet het een professional zijn die **expert is in het leveren van zorg of hulp bij deze doelgroep** (Volgens de classificatie van Benner). Vervolgens werden volgende competenties vernoemd, zonder dat deze lijst exhaustief kan genoemd worden.

Type competenties	Inhoud van de competentie
Gedragsvaardigheden	Actief luisteren
	De referentiepersoon zijn van de patiënt
	Prioriteiten kunnen stellen
	Werken in teamverband
	Communiceren (netwerk skills)
Kennis en knowhow	Interventie bij crisis en raad geven
	Versterken van de capaciteiten voor autonomie en zelfzorg van de cliënt en zijn mantelzorger
Kennis	Educatie: Patiënt en mantelzorgers kunnen opleiden en informeren
	Evalueren en monitoren van de zorg
	Kunnen werken volgens EBP
	Beschikken over een adequaat expertiseniveau in tenminste één van de domeinen van de oudere persoon (bijv. Alzheimer, geriatrische syndromen, depressie, enz. in de thuissituatie)
	Beschikken over/kunnen rekenen op een netwerk van zorg- en dienstverlening – de sociale kaart kennen
	Gebruik kunnen maken van ICT
	Kritisch kunnen reflecteren
	Kwaliteit kunnen verbeteren
	Documenteren
Knowhow & gedragsvaardigheden	Verbinder (m.a.w. diegene die erin slaagt om de verschillende personen samen te laten werken)
	Erkend leider en herkenning door het netwerk, om adequate referering mogelijk te maken
Knowhow	Coördineren en faciliteren van activiteiten i.v.m. hulp en zorg
	Advocaat zijn van de patiënt en mantelzorger
	Oplossingen vinden bij crisis en conflicten oplossen
	Grenzen kunnen bewaken
	Kunnen afvaardigen – is sterk gelinkt aan de skills om eigen professionele grenzen van rollen en functies te kunnen afbakenen.
	Kunnen onderhandelen

Experten gaven aan dat sommige competenties (zoals bijv. leren reflecteren) aangeleerd of bijgestuurd moeten worden door de werkgever organisatie. Andere competenties (bijv. evidence-based kunnen werken) worden aangereikt vanuit de bacheloropleiding en behoren dus tot de basiscompetenties. Dit betekent uiteraard niet dat deze vaardigheden specifiek zijn voor de casemanager. Deskundigen merken echter op dat de huidige bacheloropleidingen zich meer richten op vaardigheden en niet zozeer op kennis.

Basisprofiel: focus op

- De **competenties**, eerder dan op het diploma: nood aan een competentie gestuurde aanpak.
- In deze context geven sommige deskundigen de voorkeur aan de term 'te werken in een kwalitatieve zin' in plaats van 'volgens de logica van EBP'. Dit zou anders impliceren dat de casemanager een master diploma nodig heeft, wat niet altijd het geval is.
- De behoefte aan casemanager met een **generalistisch** profiel, eerder dan een gespecialiseerd profiel.
- Aangezien er de dag van vandaag geen specifieke opleiding bestaat voor de casemanager, menen de experts dat verpleegkundigen de meest geschikte professionals zijn om deze functie uit te kunnen voeren, vooral voor wat betreft klinische casemanagement en bij een sociaal casemanagement. Niet verrassend stootte dit voorstel op verzet bij sommige deskundigen. Ze blijven bij het idee dat er een functieprofiel met bijkomende vaardigheden uitgeschreven moeten worden eerder dan een bepaald beroepsprofiel naar voor te schuiven.
- De experts voegen er ook nog aan toe dat we onder interpersoonlijke vaardigheden ook empathie, neutraliteit en in staat moeten zijn om grenzen af te bakenen moeten meenemen.

#### 8. Randvoorwaarden om deze functie te kunnen uitoefenen:

- Opbouwen van een **vertrouwensrelatie** met de cliënt; dit kan soms enige tijd duren – vooral in het geval van weigering van zorg. Deze vertrouwensrelatie rust op een zekere band tussen de professional en de cliënt en/of mantelzorger. Indien de casemanager in teamverband werkt, is het mogelijk om binnen dit team een professional te vinden, die de referentiepersoon van de cliënt kan zijn, in functie van deze vertrouwensrelatie. Dit kan ook belangrijk zijn in geval het totaal niet klikt tussen de cliënt en de casemanager want dan kan binnen het team naar een andere persoon gezocht worden, met wie de relatie vlotter is.
- Opbouwen van een vertrouwensrelatie met andere zorgverleners.
- Deel uitmaken van een multidisciplinair team in het dagdagelijkse leven. Dit wil zeggen dat zij in dezelfde lokalen werken, enz. Dit laat informele meetings en delen van informatie toe. Dit team bestaat uit professionals van andere disciplines dan deze van de casemanager (bijv. de verpleegkundige casemanager maakt deel uit van een team met psychologen, artsen, ergotherapeuten, enz.).
- **De caseload.** Deze caseload zal variëren naargelang de intensiteit van casemanagement, zoals hierboven vermeld. Deze variabiliteit wordt wel als een probleem m.b.t. het dagdagelijkse management beschouwd, want de werklast wordt als heel variabel en onvoorspelbaar beschouwd. Een gemiddelde van 40 kwetsbare ouderen per voltijds equivalent (FTE) werd geobserveerd in de Protocol 3- projecten die klinische casemanagement uitvoerden. Er werden aantallen tot 60 ouderen per FTE waargenomen in casemanagement van het sociale type. Deze intensiteit kan wisselen binnen een groep van kwetsbare ouderen. Typisch observeert de casemanager vaak een "crisisituatie" bij de intake; waarbij de situatie onstabiel is. De ondersteuning van de situatie vergt bij aanvang het intens mobiliseren van middelen: frequente huisbezoeken (soms voorafgegaan door een bezoek in het ziekenhuis, indien de vraag

geformuleerd werd vanuit het ziekenhuis), meerder contacten met de familie en de professionele omgeving, beheren van de globale systematische evaluatie, enz. Op het moment dat de zorg- en hulpverlening vlot loopt en wanneer de organisatie van de zorg en de hulp goed afgestemd is op de vragen en behoeften van de cliënt en zijn omgeving én goed onderling afgestemd is, kan er eventueel overgegaan worden op casemanagement "op afstand". Er moet wel voorzien worden dat er een professional uit de eerste lijn de situatie blijft opvolgen. Het is door rekening te houden met de min of meer intensieve situaties dat een gemiddelde van 40 kwetsbare ouderen kan worden opgevolgd door één VTE-casemanager. Dit aantal zal natuurlijk moeten worden aangepast in de regio's waar de afstanden groter zijn voor de casemanager.

- De aanwezigheid van regelmatige (i.e. ten minste eenmaal per maand) **intervisies**. Dit kan gezien worden als een middel voor continue kwaliteitsverbetering, maar ook om de rol van de casemanager te ondersteunen. De inhoud van deze intervisies kan gaan van delen van ervaringen rond individuele casussen (bijv. ethische aspecten van casemanagement bij weigeren van zorg), tot het delen van kennis en informatie rond het lokaal netwerk.
- De **link met een bestaande coördinatie** van zorg en hulpverlening. De invulling van de functie van coördinator kan wisselend en gevarieerd zijn, afhankelijk van de diverse invulling van deze coördinatie op het terrein.
- **Formele akkoorden met organisaties** is een belangrijke randvoorwaarde voor casemanagement. Deze organisaties kunnen aan de hand van de behoefteanalyse bij de globale geriatrische evaluatie, kwetsbare ouderen doorverwijzen die baat zouden kunnen hebben bij casemanagement, of zorg en hulp bieden aan de ouderen en hun mantelzorger.
- **De dubbele functie** van de casemanager. Voor de casemanagers die ook zorg verlenen, zoals de verpleegkundige of de psycholoog, de kinesitherapeut of de ergotherapeut, is het opbouwen van deze vertrouwensrelatie gemakkelijker indien er al zorg verleend werd aan de oudere (er is dan al een relatie opgebouwd, en deze professional kan dan tegelijkertijd ook een rol spelen in de tweede lijn). Anderen menen dat het invullen van een klinische rol juist een struikelblok kan zijn, want dit kan het nemen van een zekere afstand in de weg liggen.
- **Een andere dubbele functie** voor de casemanager: tegelijkertijd is hij of zij referentiepersoon voor de cliënt (en zijn mantelzorger), maar ook voor het professionele netwerk.
- Vastleggen van de **grenzen van de rol van de casemanager**, vooral wanneer de cliënt en de mantelzorger vragen uiten, die buiten de grenzen van de casemanager liggen ("irrealistische" vragen). Deze grenzen zijn heel subjectief en het is aan de casemanager om deze grenzen te definiëren.
- **De objectiviteit** van de casemanager
  - In een eerste instantie staat de casemanager aan de kant van de begunstigde. Hij is de advocaat van de begunstigde en zijn of haar belangen.
  - Een **objectieve attitude** t.o.v. de cliënt, de familie en andere professionals kan nuttig zijn; om te vermijden dat hij opgenomen wordt in sommige conflictueuze situaties<sup>23,24</sup>.
  - Een **organisatorische objectiviteit** kan aangewezen zijn, om zo naar de meest adequate zorg te kunnen doorverwijzen, met het oog op de situatie en de toestand van de cliënt, en niet alleen in functie van het aanbod van de koepelorganisatie, waartoe de casemanager behoort. Aan de ander kant, kan het bestaan van tools die de informatiedoorstroming vergemakkelijken (bijvoorbeeld een gedeeld patiëntendossier binnen een organisatie zoals het Wit- Gele Kruis of Solidariteit voor het Gezin) een hulpmiddel zijn om casemanagement vlotter te laten verlopen tussen zorgverleners die tot deze organisatie

---

<sup>23</sup> Deze relatie kan ook afhangen van de manier waarop de cliënt de casemanager zal "opeisen": hoe geïsoleerder de cliënt, hoe meer hij of zij zal eisen van de casemanager.

<sup>24</sup> In het verlengde van de topic van conflictueuze situaties kan het nuttig zijn om een ombudsdienst aan te stellen als de cliënt/mantelzorger klachten heeft over het casemanagement.



behoren. Hetzelfde geldt voor de ondersteuning door de organisatie voor wie de casemanager werkt.

- **Professionele objectiviteit.** De evaluatie van de Protocol 3 projecten toont aan dat verschillende types van professionals casemanagers kunnen zijn; verpleegkundigen, psychologen, ergotherapeuten en maatschappelijke werkers, die meestal in teamverband werken. Hoewel het basisprofiel van deze professionals heel divers is en ze geen gemeenschappelijke basisopleiding casemanagement hebben gevolgd, hebben deze professionals een specifieke competentie opgebouwd in sommige domeinen die niet direct gelinkt zijn aan hun opleiding. Bijvoorbeeld hebben de psychologen een kennis en 'knowhow' opgebouwd m.b.t. fysieke gezondheid, waardoor zij tijdig hun collega's artsen of verpleegkundigen kunnen aanspreken; zo hebben verpleegkundigen een kennis en 'knowhow' opgebouwd over de sociale kaart in eigen regio, enz.
- **ITC-tools**
  - Om de informatiestroom in verband met de cliënt te vergemakkelijken, en meer bepaald voor wat betreft het delen van het zorgplan, kan een gedeeld platform zeker nuttig zijn (met een beveiligde toegang, waarbij enkel de zorgverleners die een therapeutische relatie hebben met de cliënt toegang krijgen). De toegang tot de gegevens moet overeenstemmen met de huidige wetgeving (beroepsgeheim en functiegeheim). Deze tool moet van op verschillende plaatsen in het systeem toegankelijk zijn.
  - Om casemanagement te vergemakkelijken kan een elektronische tool nuttig zijn voor de coördinatie van de zorg, met een ingebouwd tijdsschema, en toegankelijk voor elke zorgverlener.
- Het **engagement** en de **flexibiliteit** van de partners om samen te werken (OCMW, mutualiteit, ...)
- De **beschikbaarheid** van de zorg (cf. in de stad versus platteland)

- De expertengroep geeft aan dat in sommige regio's de huisarts geen huisbezoeken meer doet of dit tot een minimum beperkt (bijv. in Brussel).
- Casemanagement betekent vaak of wordt geassocieerd met een marktverstoring én machtsverstoring<sup>25</sup>. Hierbij komt de vraag: "Hoe kan de plaats van de casemanager gewaarborgd worden?" Deze vraag komt sterk naar voren in de gevallen van adverse events en de professionele aansprakelijkheid.
- De vraag hoe casemanagement praktisch zal uitgerold worden hangt wellicht samen met de verschillen in functie van de politieke agenda's van Gemeenschappen en Gewesten.
- De experts benadrukken dat de dubbele functie van casemanager (al dan niet gelinkt aan directe zorg) niet in overeenstemming is met de definitie van case management zoals gedefinieerd tijdens de Eerstelijnsconferentie van 16/02/2017.

## 9. Vragen die gesteld moeten worden indien de functie van casemanager door een professional moet worden stopgezet

- Het stopzetten van casemanagement moet zeer doordacht gebeuren bij ziektebeelden of in situaties waarbij verwacht kan worden dat de zorgnood nog zal **verhogen** (bijv. bij neurodegeneratieve aandoeningen, zoals Alzheimer 's dementie).
- Wanneer de situatie stabiel is, kan er sprake zijn van een minder intensief casemanagement (zonder dat dit stopgezet wordt).
- Is de graad van zorg optimaal? Krijgt de cliënt kwaliteitsvolle zorg?
- Komt de zorg- en hulpverlening overeen met de noden en behoeften van de cliënt?

---

<sup>25</sup> M.a.w. een verschuiving in de rollen en ook de positie van sommige rollen wordt in vraag gesteld.

- Zijn de cliënt en zijn omgeving tevreden over de manier waarop de zorg wordt verleend?
- Werden de doelstellingen bereikt? Werden de gewenste resultaten bereikt?
- Zijn adequate professionals ingeschakeld in de dienst- en zorgverlening?
- Casemanagement kan aangewezen zijn om de oudere en zijn mantelzorger te begeleiden naar definitieve institutionalisering

## 10. Kernelementen die door de experts werden aangegeven

1. Intake: de doorverwijzing naar een professionele casemanager moet door **elke persoon in het systeem** kunnen gebeuren. Er zijn multiple eerste contacten mogelijk: geriater, huisarts, thuisverpleegkundige, coördinatie, OCMW, mutualiteit, enz.
2. Stappen om casemanagement te beginnen: belang van globaal, gedeeld, assessment (BelRAI);
3. **Nieuwe functie/paradigma**: interprofessionele coöperatie
4. Spanning tussen een generalistische visie van de casemanager (dus niet louter ziekte specifiek) enerzijds, en nood aan een zekere expertise om de nodige credibiliteit te krijgen vanuit het werkveld, anderzijds;  
Het casemanagementteam moet noodgedwongen **gemixt** zijn;
5. Het team van casemanagers is een concept dat verkeerd opgevat wordt door sommige deskundigen, die nog niet alle resultaten van de evaluatie van de projecten van Protocol 3 hebben gelezen. Uit deze evaluatie blijkt dat er verschillende modellen van casemanagement actief zijn in België waarbij er een mogelijkheid bestaat om binnen een team van casemanagers verschillende profielen in te zetten en uit te wisselen.
6. Sleutelcompetenties? **Communicatie**; goed kunnen samenwerken met de **huisarts maar evenzeer met de patiënt en elk lid van het netwerk**.

- Sommige experts volgen de logica van de Eerstelijnsconferentie en zouden liever een overgang zien naar de coördinatie van zorg (en stopzetting casemanagement).
- De experts voegen nog toe dat bij de aangegeven sleutelcompetenties de persoon zeker een advocaat van de patiënt moet zijn, flexibel, empathisch, onderhandelings talenten bezitten en in staat moet zijn om een adequate analyse van de situatie te kunnen maken.

## 11. Welke inhoud voor de opleiding? Enkele focussen aangegeven door de experts

- Luistervaardigheden en onderhandeling;
- Netwerk;
- BelRAI – en deze kennis moet geüpdated worden;
- Focus op empowerment van de persoon en omgeving;
- Vertrouwen: patiënt en andere zorgverleners;
- Leiderschap;
- Liefst onder de vorm van continue vorming;
- Belang van kennis verspreiding;
- De aangeschreven experts benadrukken ook dat de samenstelling van de validatie groep op 12/02/2017 de aanbevelingen voor de initiële opleiding van verpleegkundige tot casemanagers heeft beïnvloed.

12. Bijlage 1 fiche casemanagement. Lijst van de onderzoekers van het consortium voor de wetenschappelijke evaluatie van de Protocol 3 projecten

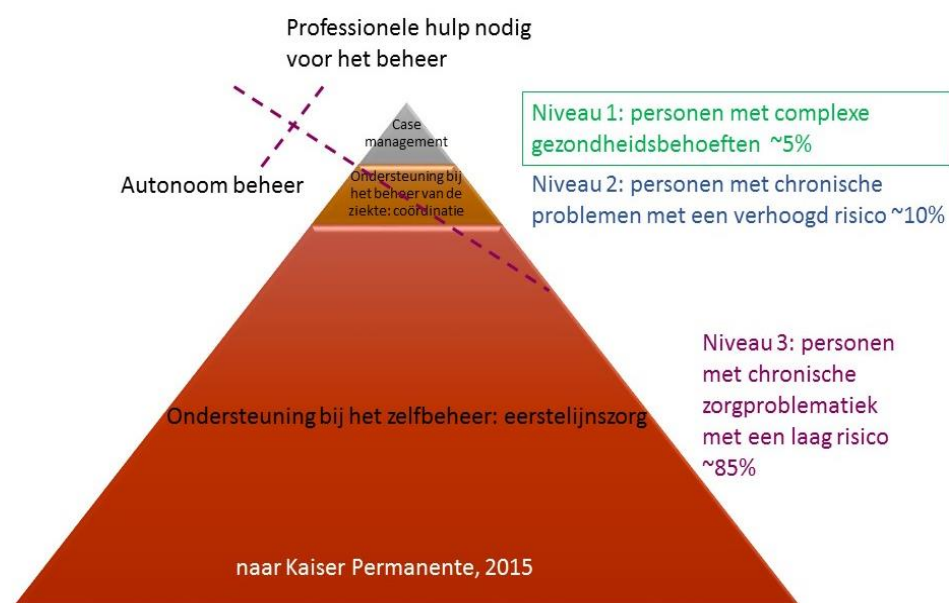
:

Naam	Voornaam	Aanhef	Organisatie	Rol m.b.t. deze fiche	Rol in P3 m.b.t. casemanagement
Anthierens	Sibyl	Dr.	UA	Schriftelijke feedback	Kwalitatieve evaluatie
Bastiaens	Hilde	Prof. Dr.	UA	Auteur	Moderator van de intervisies rond casemanagement
Cès	Sophie	Mevr.	IRSS-UCL	Aanwezig op 01/02/17	Impact op de kosten
Declercq	Anja	Prof. Dr.	LUCAS-KUL	Schriftelijke validatie	Impact op status van de cliënt
Flusin	Déborah	Dr.	IRSS-UCL	Aanwezig op 01/02/17	Observator van de intervisies rond casemanagement
Lambert	Anne-Sophie	Mevr.	IRSS-UCL	Aanwezig op 01/02/17	Impact op de status van de cliënt
Lopez-Hartmann	Maja	Mevr.	UA	Aanwezig op 01/02/17	Kwalitatieve evaluatie
Macq	Jean	Prof. Dr.	IRSS-UCL	Auteur	Algemene coördinatie van de studie + impact op de toestand van de cliënt en de kosten
Mello de Almeida	Johanna	Mevr.	LUCAS-KUL	Schriftelijke feedback	Impact op de status van de cliënt
Remmen	Roy	Prof. Dr.	UA	Aanwezig op 01/02/17	Kwalitatieve evaluatie
Schmitz	Olivier	Dr.	IRSS-UCL	Auteur	Moderator van de intervisies rond casemanagement
Van Durme	Thérèse	Dr.	IRSS-UCL	Auteur	Kwalitatieve evaluatie

13. Bijlage 2 fiche casemanagement. Experten en organisaties die deelgenomen hebben aan de validatieronde van deze fiche

Naam	Voornaam	Aanhef	Organisatie	Rol
Aubouy	Geneviève	Mevr.	FASD	Aanwezig op 01/02/17
Belche	Jean-Luc	Dr.	ULg	Schriftelijke reactie
Bossaert	Annabelle	Mevr.	IAC	Aanwezig op 01/02/17
Cès	Sophie	Mevr.	IRSS-UCL	Aanwezig op 01/02/17
Christelijke Mutualiteiten				Schriftelijke reactie
De Vliegheer	Kristel	Mevr.	WGK	Aanwezig op 01/02/17
De Witte		Dr.	VUB	Aanwezig op 01/02/17
Declercq	Anja	Prof. Dr.	LUCAS-KUL	Schriftelijke reactie
De	Ridder	Dr.		Schriftelijke reactie
Krémers	Jean-Marie	Dhr.	CHU Liège	Aanwezig op 01/02/17
Lambert	Anne-Sophe	Mevr.	IRSS-UCL	Aanwezig op 01/02/17
Ledent	Xavier	Dhr.	RIZIV	Aanwezig op 01/02/17
Macq	Jean	Prof. Dr.	IRSS-UCL	Aanwezig op 01/02/17
Mattagne	Geneviève	Mevr.	ACCOORD	Aanwezig op 01/02/17
Mello de Almeida	Johanna	Mevr.	LUCAS-KUL	Schriftelijke reactie
MLOZ				Schriftelijke reactie
Pacquay	Louis	Dr.	WGK	Aanwezig op 01/02/17
Swine	Christian	Prof. Em. Dr.	IRSS-UCL	Aanwezig op 01/02/17
Verté	Dominique	Prof. Dr.	VUB	Aanwezig op 01/02/17
Wit-Gele Kruis				Schriftelijke reactie

#### 14. Bijlage 3 fiche casemanagement. Doelgroep voor professionele casemanagement



*Figuur 1. Binnen de P3 projecten is casemanagement slechts aangewezen voor kwetsbare ouderen die zich in een "complexe" situatie bevinden*

15. Bijlage 4 fiche casemanagement. Enkele voorbeelden van casemanagement, zoals waargenomen in de Protocol 3 projecten:

Het wetenschappelijke team heeft een project als "casemanagement" gelabeld wanneer (a) het project dit zo vernoemde en (b) wanneer het project aan ten minsten vier van de zes elementen van de definitie van de CMSA beantwoorde. Het team heeft geobserveerd dat het vernoemde casemanagement in enkele gevallen de volgende (en enkel de volgende) elementen bevatte.

**Therapeutische educatie** m.b.t. ziekte, behandeling, complicaties maar ook over de levensstijl (bijv. voor de mantelzorger van een patiënt met Alzheimer dementie);

9. Profiel: verpleegkundige (soms ook een andere zorgprofessional) met een bijzondere competentie, bijv. "verpleegkundige vorming en begeleiding in het kader van een specifiek gezondheidsprobleem"; dit kader kan ook multipale gezondheidsproblemen bevatten.

**Informatie** over de bestaande hulp in het zorg- en welzijnssysteem (bijv. voor een patiënt met chronisch nierfalen)

10. Profiel: verpleegkundige of andere zorgprofessional, vaak ook maatschappelijk werker (zoals "Community navigator")

**Referentiepersoon** van de patiënt (of van zijn mantelzorger)

11. Profiel: psycholoog, verpleegkundige, ergotherapeut, maatschappelijk werker, ..., in functie van de initiële vraag; m.a.w., "diegene die de patiënt helpt in geval van een medisch, sociaal, financieel, ... probleem".

**Met of zonder coördinatiefunctie**

Wanneer er sprake is van samenwerking met een coördinatiecentrum of een SEL wordt deze functie afgevaardigd aan derden.

In de andere gevallen neemt de casemanager deze functie op (bijv. in de Duitstalige gemeenschap).