



PRAKTISCHE FICHE

COMPONENT 3 : CASEMANAGEMENT

In deze fiche vindt u ten eerste een inleidende [1] [context](#) die casemanagement duidt als onderdeel van geïntegreerde zorg bij chronisch zieken en de beoogde doelstellingen hiervan. Daarna worden [2] [praktische tips](#) gegeven over hoe deze component kan uitgewerkt worden in uw project en enkele praktijkvoorbeelden die als inspiratie kunnen dienen. Daarna worden enkele [3] [aandachtspunten](#) gegeven waarmee rekening dient gehouden te worden tijdens het opmaken van interventies gericht op deze component. Tenslotte wordt nog een beknopte [4] [Huidige situatie in België](#).

1. Context :

Casemanagement is het beheer en de coördinatie van alle medische, paramedische, psychologische, welzijnszorgen, enz. die nodig zijn om aan de behoeften en wensen van mensen met een chronische aandoening te voldoen.¹

Deze definitie implementeert dat casemanagement verder gaat dan het praktisch/administratief coördineren van de verschillende zorgafspraken. Een belangrijk onderdeel van de definitie is namelijk het doel om **'te voldoen aan de behoeften en wensen'**. Indien de patiënt zijn casemanagement niet zelf opneemt, is de persoon die dit opneemt dus ook de **belangenbehartiger** van de patiënt. Dit vraagt een goed zicht op de behoeften en wensen van de patiënt en de competentie om initiatieven te nemen in het belang van en gedragen door de patiënt.

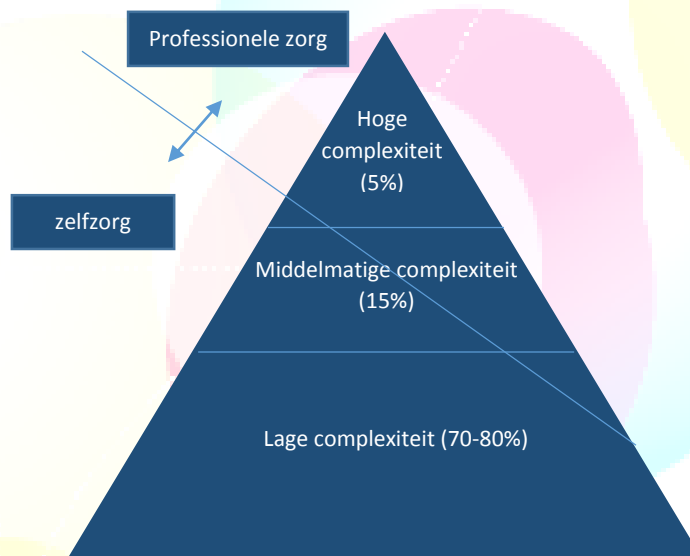
Voor elke patiënt met een chronische aandoening is 'casemanagement' noodzakelijk om samenhang en continuïteit in de zorg te bekomen. Wie de verantwoordelijkheid draagt voor de samenhang en continuïteit is afhankelijk van de complexiteit van de situatie. Deze complexiteit kan strikt gerelateerd zijn aan de pathologie, maar kan ook verband houden met de socio-economische status van de patiënt, of de fysieke, psychische of verstandelijke capaciteit.¹

- 1) **Ondersteuning voor zelfzorg:** Bij de minder complexe gevallen is het de patiënt zelf die 'het management van zijn/haar eigen case' waarneemt en die, in overleg met en hulp van zijn/haar huisarts en/of mantelzorgers het eigen zorgprogramma en zorgparcours beheert. Om een goed casemanagement te bekomen dient de patiënt voldoende informatie te krijgen van geschikte kwaliteit, dient hiervoor een draagvlak gecreëerd te worden bij de zorgverleners en dient gedeelde besluitvorming mogelijk te zijn (zie *praktische fiche 'Empowerment van de patiënt'*). Ook elektronische gegevensuitwisseling kan hierbij een belangrijke rol spelen.

¹ Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken: Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid



- 2) **Management van de ziekte en behandeling:** Naarmate de situatie echter complexer wordt en/of als de lichamelijke, psychische of verstandelijke toestand van de patiënt niet toestaat om zelf het zorgproces te beheren en coördineren, dan zal het nodig zijn om een andere partij te betrekken. Dit zal in de eerste plaats de mantelzorg zijn (zie *praktische fiche 'Ondersteuning van de mantelzorgers'*), maar vaak is het ook een zorgverlener die dicht bij de patiënt staat, zoals de huisarts, de thuisverpleegkundige, de sociaal werker, ... als zorgcoördinator. De zorgcoördinator is dus geen nieuw te creëren functie, maar een zorgverlener die actief zorg of ondersteuning verleent aan de persoon met een zorgnood en zijn mantelzorg(s) en die de rol van zorgcoördinator opneemt. De persoon met een zorgnood kan deze persoon uit zijn zorgteam zelf aanduiden.
- 3) **Casemanagement door een casemanager²:** In bijzonder complexe situaties, is de tussenkomst van een "casemanager" vereist die de belangen van de patiënt behartigt. De casemanager zal in samenspraak met de patiënt, de mantelzorg, de zorgcoördinator en de huisarts en andere betrokken zorgactoren, er over waken dat de zorg afgestemd blijft op de zorgdoelstellingen zoals mee bepaald door de patiënt en zijn omgeving. De relevantie van casemanagement door een casemanager moet op regelmatige tijdstippen geëvalueerd worden en kan worden stopgezet op vraag of met akkoord van de patiënt. Hoewel in de werkelijkheid sommige profielen van chronisch zieke patiënten levenslang een casemanager nodig hebben, bv. ouderen met complexe zorgbehoeften.



Opmerking: Zowel in de literatuur als in de praktijk worden heel wat verschillende termen gebruikt: zorgbemiddelaar, overlegcoördinator, zorgcoördinator, referentiepersoon, enz. Deze verschillende functies worden ook heel uiteenlopend ingevuld.

Voor deze praktische fiche werd gekozen voor de termen zorgcoördinator en casemanager, waarbij geen specifieke functiebeschrijvingen worden opgelegd. U bent met andere woorden vrij om elk van deze functies in te vullen. Weliswaar dienen deze functies uitgewerkt te worden binnen de context die hierboven wordt beschreven en op basis van de reeds ontwikkelde kennis omtrent dit topic (best practices), zoals hieronder beschreven. Ook dient rekening gehouden te worden met de beleidsvoorschriften vanuit de deelstaten.

² Een "casemanager" betreft een persoon die expliciet aangeduid werd binnen het project om deze functie op te nemen.



Doelstellingen van casemanagement

- Optimaal gebruik maken van de **capaciteiten van de patiënt, zijn omgeving en de nabije zorgverleners**, zonder hun te zware taken en verantwoordelijkheden op te leggen
- Bevorderen van **zorgcontinuïteit**: zodanige overgang tussen de verschillende zorgniveaus garanderen dat het individuele zorgplan van de patiënt niet verstoord wordt
- Vermijden van **vroegtijdige institutionalisering** (zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen)
- Vermijden van te voorkomen crisissituaties (betere controle) en dus verminderen van vermijdbare zorgkosten, zoals **hospitalisaties**, bezoeken aan de **spoeddienst** en het zoeken van hulp bij de **huisarts buiten de consultatie-uren**
- Verhogen van de **tevredenheid** van patiënten en mantelzorgers en vermijden dat men bovenstaande lasten dient te ervaren
- Een betere samenwerking, communicatie en gegevensdeling tussen de verschillende zorgactoren, en hierdoor een verhoogde **beroepstevredenheid** (verminderde belasting, gevoel betere zorg te leveren)
- Verzekeren van geïntegreerde zorg voor elke patiënt, rekening houdend met de noden (medisch en niet medisch) en de capaciteiten van de patiënt
- Verhogen van de **geschiktheid van de zorgen** in functie van de behoeften en de wensen van de patiënt, zodat het niveau van behoefte wordt voldaan door de zorg en door de geschikte zorgverlener (bv. voorkomen dat het de huisarts is die doorverwijst naar de specialist).

In het kader van de globale doelstellingen van het plan Geïntegreerde zorg³, beoogt de implementatie van casemanagement met andere woorden voornamelijk een verbetering van de zorgkwaliteit (bv. betere zorgcontinuïteit, patiënt als partner), een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen (bv. minder hospitalisaties en bezoeken spoeddienst) en een verbetering van de levenskwaliteit van de zorgverleners.

2. Praktische tips en mogelijke acties over hoe deze component uit te werken

Aan de hand van de risicostratificatie van uw populatie, werden verschillende bevolkingsgroepen geïdentificeerd op basis van verschillende niveaus van risico's. De bevindingen van deze analyse vormen een goede basis om een globaal beeld te bekomen over de nood aan verschillende types casemanagement in uw regio. Het is echter zo dat dit slechts een globaal beeld is en dat de nodige ondersteuning voor optimaal casemanagement sterk individueel **patiëntafhankelijk** is. Casemanagement dient met name specifiek afgestemd te worden op de capaciteiten en behoeften van de patiënt en zijn omgeving.

Om na te gaan welke ondersteuning nodig is om een optimale casemanagement te bekomen bij elke patiënt, kunnen volgende vragen worden gesteld:

- **Kan de patiënt zijn/haar casemanagement op zich nemen**, mits voldoende ondersteuning op vlak van empowerment?
- Indien de casus te complex lijkt te zijn (op fysiek, psychisch, mentaal, sociaal vlak), is er dan reeds een **mantelzorger** aanwezig die de zorg voor de patiënt tracht te coördineren en beheren? Bezit

³ Triple Aim doelstelling (verbeteren gezondheid bevolking & zorgkwaliteit, efficiënter gebruiken middelen), equity verhogen en verbeteren van de levenskwaliteit van de gezondheidsprofessionals (cfr. [Gids voor pilootprojecten](#))



deze mantelzorger voldoende fysieke, psychische, mentale capaciteiten om deze taak op zich te kunnen nemen? Krijgt deze mantelzorger voldoende ondersteuning?

- Indien de patiënt het casemanagement niet meer op zichzelf kan nemen en er is niemand in zijn dichte omgeving die dat op zich kan nemen (omwille van zwak sociaal netwerk of te complexe situatie), is er dan een **zorgverlener** binnen het bestaande hulpverlenernetwerk die kan helpen bij het coördineren van de zorg als **zorgcoördinator** en het behartigen van de belangen?
- Indien de hulp van een zorgcoördinator onvoldoende zou zijn, moet de vraag gesteld worden of dat een **casemanager** dient ingezet te worden. De 8 domeinen die onderzocht moeten worden om te bepalen of dat een situatie voldoende complex is om de noodzaak van een casemanager te rechtvaardigen⁴: lichamelijk functioneren, het effect van de lichamelijke gezondheid op het leven van de patiënt, lichamelijke pijn, algemene gezondheid, vitaliteit, sociaal functioneren, het effect van emotionele problemen op het leven van de patiënt en de geestelijke gezondheid. Er bestaan ook hulpmiddelen om de nood aan casemanagement bij patiënten in kaart te brengen, bv. Sample Screening Questions to Help Determine Need for Case Management Services and Level of Case Management Service Needed (USA)⁵.
- Indien een casemanager dient ingezet te worden, welke **intensiteit en duur** van casemanagement door een casemanager is nodig voor deze patiënt?

Bovenstaande vragen tonen aan dat één type van interventie 'casemanagement' binnen uw pilootproject niet geschikt zal zijn voor alle chronisch zieken in uw geografische zone.

Hieronder worden enkele praktische tips gegeven, die kunnen helpen bij het opstellen van interventies om de component 'casemanagement' uit te werken in uw pilootproject. Eerst worden enkele praktische aanbevelingen geformuleerd op basis van praktijkervaringen in het Verenigd Koninkrijk, getoetst aan de wetenschappelijke literatuur en daarna wordt dieper ingegaan op enkele bevindingen uit projecten in België. Tenslotte worden nog enkele praktijkvoorbeelden en visies gegeven over hulpverleners als zorgcoördinatoren en casemanagers die kunnen inspireren voor de uitwerking van acties rond casemanagement in uw pilootproject.

Opmerking 1: De functie casemanager in de voorbeelden wordt heel uiteenlopend ingevuld en past niet altijd geheel in de context zoals hierboven beschreven.

Opmerking 2: Binnen de pilootprojecten geïntegreerde zorg dienen acties uitgewerkt te worden waarbij de component 'casemanagement' wordt geïmplementeerd en dit gaat dus breder dan acties met 'zorgcoördinatoren' en 'case managers':

- ⇒ *Voor informatie over patient empowerment zodat de patiënt zelf zijn casemanagement op zich kan nemen, verwijzen we naar de praktische fiche 'Patiënt Empowerement'.*
- ⇒ *Voor informatie over het ondersteunen van de mantelzorgers zodat deze hulp kunnen bieden bij het beheer en de coördinatie van het zorgproces en het behartigen van de belangen van de patiënt, verwijzen we naar de praktische fiche 'Ondersteuning van de mantelzorger'.*

⁴ Case Management: A Practical Guide for Education and Practice (NURSING CASE MANAGEMENT (POWELL))

⁵ https://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/standards/casemanagement/docs/sample_screening.pdf



Ervaringen uit het Verenigd Koninkrijk omtrent casemanagers

Kings Fund, een denktank rond gezondheidszorg in Engeland, concludeerde in 2011 dat volgende factoren nodig zijn om casemanagement door casemanagers succesvol te implementeren⁶:

- Er moet één individu of team worden aangesteld als verantwoordelijke casemanager van een patiënt.
- Casemanagers hebben een duidelijke **opdracht** nodig en duidelijkheid over hun **rollen**, verantwoordelijkheid en grenzen.
- Casemanagers moeten een waaier van zowel **klinische als bestuurlijke competenties** bezitten.
- Zij moeten in staat zijn om relaties op te bouwen als tussenpersoon en onderhandelaar, en kunnen organiseren over de professionele en organisatorische grenzen heen, terwijl zij **een sterke band** met de patiënten en hun verzorgers ontwikkelen.
- De **caseload** moet regelmatig beoordeeld worden om ervoor te zorgen dat patiënten optimale zorg en ondersteuning krijgen en dat de casemanagers in staat zijn om hun taken adequaat uit te voeren.
- Het verstrekken van **één enkel toegangspunt** en één beoordelingsproces leidt tot adequatere zorg.
- **Een gezamenlijk zorgplan** kan duidelijkheid en consistentie bieden bij het leveren van diensten.
- Patiënten mogen niet afhankelijk worden van de casemanager; alles moet in het werk worden gesteld om de patiënt te empoweren om hun eigen aandoening te beheren.
- Het is essentieel dat er een goede **communicatie** is tussen alle mensen die betrokken zijn bij de zorg van de patiënt. Kwaliteitsvolle gegevens en informatiesystemen moeten hier aan de grondslag liggen.
- Actoren uit de gezondheids- en sociale zorg moeten **samenwerken** om gezamenlijke doelstellingen te ontwikkelen en om de levering van samengevoegde diensten mogelijk te maken.
- **Gerichte financiële prikkels**: geldstromen en betalingsmechanismen moeten in lijn zijn met de doelstellingen van het casemanagement programma om een betere zorgcoördinatie te faciliteren.

Ervaringen uit België omtrent casemanagers

In België zijn tussen 1993 en 2001 enkele opeenvolgende projecten casemanagement a.d.h.v. casemanagers uitgevoerd in opdracht van de federale overheid:

- 1993-1996: Casemanagement verpleegkundige zorgen bij psychogeriatrische patiënten en hun familie
- 1997-1998: Casemanagement in Belgische ziekenhuizen
Dit project werd vroegtijdig beëindigd omwille van volgende redenen:
 - De thuiszorg bemerkte dat er onduidelijke afbakening bestond tussen de taken van de casemanager en die van de zorgbemiddelaar in Vlaanderen of de coördinatiecentra in Wallonië
 - De eerste lijn had de indruk dat de casemanager zich op hun terrein bevond
 - Te weinig ziekenhuizen betrokken (n = 22)
- Dit leidde tot een heroriëntatie van het project: [van casemanagement naar ontslagmanagement](#)⁷

Vanuit deze projecten kunnen we het volgende leren voor de pilootprojecten geïntegreerde zorg:

- 1) Duidelijkheid over de functie en de rol van casemanagers is noodzakelijk***
- 2) Goede afspraken op het terrein zijn nodig om te komen tot een succesvolle implementatie***
- 3) Probeer alle actoren uit de regio te betrekken***

⁶ 'Case management: What is it and how it can best be implemented': http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf

⁷ Voor meer informatie hierover: http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/459/307/RUG01-001459307_2011_0001_AC.pdf



Opmerking: De casemanagers/ontslagmanagers in deze projecten waren meer gericht op zorgcontinuïteit dan op het beheer en coördinatie van het gehele zorgproces en het behartigen van de belangen van de patiënt (voor meer informatie over zorgcontinuïteit verwijzen we naar de praktische fiche component 7: intra- en transmurale zorgcontinuïteit).

Protocol 3-projecten: alternatieve en ondersteunende zorgvormen voor kwetsbare ouderen

In 2010 werden 66 pilootprojecten [‘Alternatieve en ondersteunende zorgvormen voor kwetsbare ouderen’](#)⁸ opgestart, waaronder 22 projecten omtrent casemanagers. In 2014 werden nog 26 extra projecten opgestart en werd een wetenschappelijke evaluatie gepubliceerd van de eerste oproep.⁹

Vanuit deze projecten werden volgende goede praktijken rond casemanagers aanbevolen¹⁰:

- 1) ‘Global assessment’ ten minste om de 3 maanden a.d.h.v. een gevalideerde schaal (BelRAI)
- 2) Opmaak van een zorgplan met de oudere vanuit een multidisciplinaire aanpak
- 3) Interdisciplinair overleg en coördinatie
- 4) Continu opvolgen van het zorgplan en van de situatie (minstens één huisbezoek/maand); monitoring van de situatie kan worden gedelegeerd aan professionals die al thuis langskomen, maar deze taakverdeling moet worden geformaliseerd
- 5) Her-evaluatie van de praktijken minstens om de 6 maanden en bij elke verergering
- 6) Aanpassen van het zorgplan indien nodig
- 7) Opleiding van casemanagers (geriatrie zorg of casemanagement)
- 8) Intervisies, eventueel met externe professionals
- 9) Gedeelde informatiesystemen
 - a. Over de oudere: gedeeld elektronische patiëntendossier (zie component 9)
 - b. Voor het project: register met reminders van afspraken, enz.
- 10) Feedback geven over de interventie en de resultaten ervan aan de andere professionals, in het bijzonder aan de huisarts
- 11) Consensuele, evidence-based, interdisciplinaire (extra-organisatorische) protocollen
- 12) Ratio voltijds equivalent casemanager/ouder $\leq 1/40$

De volgende moeilijkheden betreffende implementatie van casemanagers heeft men ervaren:

- 1) Laag inbeddingsniveau in het lokale netwerk
- 2) Turnover van de casemanagers
- 3) Ratio voltijds equivalent casemanager/ouderen $> 1/40$ (= overbelasting)
- 4) Geloofwaardigheid van de casemanager t.o.v. andere professionals (bv. huisartsen)
- 5) Implementatie van BelRAI in de dagdagelijkse praktijk

Conclusie - Randvoorwaarden om een effectieve implementatie van casemanagers te hebben:

- 1) Training van de casemanager**
- 2) Organisatorische neutraliteit**
- 3) Inbedding in het lokale netwerk van zorg en welzijn (formele samenwerkingsakkoorden)**

⁸ Voor meer informatie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/ouderenzorg/alternatieven-ouderen/oproep-1/Paginas/alternatieve-vormen-infosessies.aspx#.V5n1iU0cRMs>

⁹ http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/wetenschappelijke_evaluatie_protocol3.pdf

¹⁰ http://nl.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/Documentation/S%C3%A9minaire_PA_-_sept_14/VanDurme_Case_management_NL.pdf



- 4) *Goede samenwerking met huisartsen*
- 5) *Interdisciplinaire protocollen*
- 6) *Tools voor informatiedoorstroming*

Andere praktijkvoorbeelden en visies ter inspiratie

Onderstaande praktijkvoorbeelden en visies betreffen zowel projecten met casemanagers als projecten waarbij een reeds betrokken zorgverlener wordt aangeduid als zorgcoördinator en het casemanagement van de patiënt ondersteunt.

- In 2011 werden de [Pilotprojecten artikel 107 “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”](#) (Vlaanderen: n=10; Brussel: n=2; Wallonië: n=6) opgestart.¹¹ Deze projecten worden wetenschappelijk ondersteund in het ontwikkelen van een strategie voor de integratie van casemanagement/ontslagmanagement (ontslagmanagers). In 2014 werd een rapport gepubliceerd hieromtrent: ‘Integratie van ontslagmanagement in projecten art. 107’.¹²
- In de **zorgtrajecten** voor **diabetes en nierinsufficiëntie** is de huisarts de spilfiguur bij het uitwerken van een individueel zorgplan.¹³ Dit gebeurt in nauwe samenwerking de patiënt, de specialist en andere zorgverleners. Dit is dus een voorbeeld van casemanagement waarbij een reeds betrokken zorgverlener wordt aangeduid als zorgcoördinator.
- In het pilotproject **‘Crisiseenheden, met inbegrip van casemanagement, voor personen in een psychische crisissituatie en voor personen in een psychoactieve middelengerelateerde crisis’** werden negen crisiseenheden opgericht in 2002. De meeste eenheden beschikken over 4 ‘crisisbedden’ om personen die zich in een crisissituatie bevinden n.a.v. een psychoactieve middelengerelateerde stoornis gedurende een korte periode (max. 5d) op te vangen. Bedoeling is dat de patiënt tijdens deze periode gestabiliseerd wordt en dat er een casemanager ingezet wordt om de zorgcontinuïteit van de patiënt te verzekeren. Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 9 januari 2014 m.b.t. het pilotproject biedt enkele aandachtspunten voor deze pilotprojecten.¹⁴
- Een project opgezet door de Vlaamse Overheid zijn de zogenaamde [Zorg Proeftuinen](#).¹⁵ De doelstelling van deze Zorg Proeftuinen is innovatie van nieuwe zorg- en hulpprocessen/producten in de **ouderenzorg** te faciliteren. Concreet bestaat een proeftuin uit een omvangrijke verzameling van gebruikers die een product of dienst testen tijdens hun alledaagse bezigheden in hun thuis- of werkomgeving. Één voorbeeld is het project **‘Casemanagement/Trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk’** van het platform Actief Zorgzame Buurt¹⁶, waarmee men beoogt kwetsbare ouderen zo lang mogelijk kwaliteitsvol thuis te laten wonen. Dit project loopt van 01/2014 - 01/2017.

¹¹ Voor meer informatie over de projecten artikel 107: <http://www.psy107.be/>

¹² MOONS, Ph. en Janssens, A. (2014). Onderzoeksrapport: Integratie van ontslagmanagement in projecten art. 107. Leuven: KU Leuven.

¹³ Voor meer informatie over de zorgtrajecten diabetes: www.zorgtraject.be

¹⁴ Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 9 januari 2014:

http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/nationale_raad_voor_ziekenhuisvoorzieningen/2014_01_09_-_nrzv_d_psy_439-2_-_advies_crisiseenheid_-_nl.pdf

¹⁵ Voor meer informatie over de zorgproeftuinen: <http://www.zorgproeftuinen.be/nl>

¹⁶ Het platform Actief Zorgzame Buurt is een samenwerkingsverband van Antwerpse en Brusselse partners



- Ook “**zorgbemiddeling**” is een praktijkvoorbeeld uit Vlaanderen ter inspiratie. Zorgbemiddeling is gekoppeld aan het opstarten van een zorgenplan. De wettelijke criteria waaronder een zorgenplan kan opgestart worden, worden in het besluit Weckx (BVR 21.12.1990) uitgeschreven. Het situeert zich in de thuissituatie en de hulpbehoefendheid moet vastgelegd worden a.d.h.v. Weckxscore. De zorgbemiddelaar is altijd één van de betrokken zorgverleners. Het kan gaan om de arts, verpleegkundige, maatschappelijk werker, vrijwilliger, mantelzorger, ... De zorgbemiddelaar bemiddelt bij de verschillende zorgpartners met het oog op de optimale afstemming van de zorg op de noden en verwachtingen van de gebruiker.
- Vanuit de Vlaamse gemeenschap werd in het kader van de hervorming van de eerste lijn een visie geformuleerd op de invulling van een zorgcoördinator en de invulling van een casemanager.¹⁷
De rol van de zorgcoördinator ziet men als volgt:

- Exploreert wat de doelstellingen van de persoon met een zorgnood zijn en of de zorg en ondersteuning daarmee overeenstemt.
- Krijgt het mandaat en neemt dit ook op om andere teamleden van het multidisciplinaire team aan te spreken of erbij te halen.
- Stelt op basis van deze doelstellingen een zorg- en ondersteuningsplan op, en volgt de realisatie van de afspraken gemaakt in het plan op. Gaat na of de gemaakte afspraken tussen de zorgaanbieders en ondersteuningsdiensten in het netwerk worden opgevolgd.
- Bespreekt een tekort aan zorg en ondersteuning of overbodige zorg en ondersteuning met de persoon met een zorgnood op basis van zijn doelstellingen.
- Werkt nauw samen met de mantelzorger en biedt ondersteuning aan de mantelzorger.
- Gaat regelmatig na of elke component van geïntegreerde zorg van toepassing is (vb. preventie, aanwezigheid en ondersteuning van mantelzorger,...).
- Heeft een signaalfunctie naar de bovenliggende structuren (zie: 2.2.4 samenwerking op het mesoniveau), met het oog op het remediëren van structurele knelpunten.
- Heeft geen aparte opleiding nodig. Zorgcoördinatie dient deel uit te maken van de basisopleiding.
- Wordt vergoed om deze rol en taak op te nemen.

Een casemanager ziet men als volgt:

- Een aparte functie, met een eigen professionele kwalificatie.
- Een neutrale en onafhankelijke functie.
- Een persoon die in team werkt op een mesoniveau.
- Iemand die geen zorg- of ondersteuningstaak op zich neemt.
- Iemand die kan genieten van supervisie en intervisie.
- Iemand die naargelang de noden in de populatie zich kan toelegen op geestelijke gezondheid, ouderenzorg, chronische zorg,...

¹⁷ Op de eerstelijnsconferentie van 2017 worden de voorstellen gepresenteerd voor de hervormingen in de eerste lijn in Vlaanderen. Dit omvat eveneens ontwikkelingen omtrent casemanagement onder de vorm van een zorgcoördinator en een casemanager. Deze voorstellen moeten leiden tot nieuwe Vlaamse regelgeving die het eerstelijnszorglandschap hertekent. Voor meer informatie: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/20160830_synthese%20werkgroepen_v%20prov%20toetsing.pdf



- De ‘Centres de coordination des soins et de l’aide à domicile’ (C.I.S.D.) in Wallonië bieden zorgen en diensten aan mensen met autonomieverlies, die hen toelaten om thuis te blijven en te leven op een comfortabelere manier. De coördinatoren in deze centra hebben als voornaamste taak elke persoon die het wenst te informeren over de mogelijke hulp en zorgen die aangeboden worden om thuis te kunnen blijven wonen en al het mogelijke te doen om de diensten en zorgen die de persoon nodig heeft aan te bieden. Meer informatie over de functie van de coördinatoren in dergelijke centra is beschikbaar in ‘[le Vade-mecum déontologique à l’usage des CCSAD agréés par la Wallonie](#)’.¹⁸ De Federatie van aide et soins domicile (F.A.S.D.) organiseert ook tal van opleidingen, waaronder een [opleiding casemanagement](#).¹⁹
- In de Franstalige hogescholen in België, bestaat een specialisatie in gemeenschapsgezondheid voor afgestudeerde bachelors in de verpleegkunde van één jaar. Verpleegkundigen gespecialiseerd in gemeenschapsgezondheid zijn gericht op gezondheidspromotie, gemeenschapsbenadering in de gezondheid, onderwijs voor de gezondheid, verschillende types van preventie, management van chronisch zieken en ook case management.
- **St. Clair West Services for Seniors** (Canada) is een non-profit liefdadigheidsorganisatie dat gemeenschapsondersteuning en thuisdiensten biedt aan ouderen en/of ouderen met een aandoening.²⁰ Één van deze diensten is ‘case management’ waarbij ‘case workers’ de ouderen evalueren met het interRAI Community Health Assessment (CHA) instrument en op basis van de bevindingen een zorgplan opstellen. In dit geval wordt de casemanager dus ingezet bij de intake van het zorgproces.
- De publicatie ‘[Vijf goede voorbeelden van casemanagement voor mensen met complexe problematiek van Vilans](#)’ omvat voorbeelden casemanagement voor verschillende doelgroepen: **ouderen, mensen met complexe multimorbiditeit, dementiepatiënten, multiprobleemgezinnen en mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH)** door verschillende types casemanagers (bv. casemanagers, eerstelijnsactoren die deze rol opnemen). Bij elk voorbeeld wordt informatie gegeven over het project, het doel van het project en de praktische aanpak van casemanagement.²¹
- Nog een aantal instanties (Intermutualistische college,²² platform Woonzorg, Universiteiten, enz.) hebben hun eigen visie en invulling van casemanagement ontwikkeld.

Binnen deze praktijkvoorbeelden is er dus een grote variatie voor wat de functie en de rol van casemanagers betreft. Deze bevinding werd ook gemaakt in **een discussienota over een vergelijking van zes Vlaamse cases ‘zorgintegratie’** in het kader van het multidisciplinair **onderzoeksproject CORTEXS** (februari 2016).²³ In sommige van deze cases was dit een aparte functie of was het altijd dezelfde professional, andere cases wezen per patiënt of cliënt een casemanager aan.

¹⁸ Pour en savoir plus : http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/Vademecum_Centres%20de%20coordination.pdf

¹⁹ Pour en savoir plus: http://www.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/wwwfasd_formation_2016_complet.pdf

²⁰ Voor meer informatie over dit project: <http://servicesforseniors.ca/servicespayment/case-management-intake/changing-lives.html>

²¹ Link naar de publicatie: <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/literatuur/21549.pdf>

²² Casemanagement Visienota Eerstelijnszorg – Microniveau IMO directies zorg 25-4-2016 consulteren op www.cm.be/visienota-casemanagement

²³ Link naar de publicatie: <http://cortexs.be/Bestanden/IntegratieZorgVlaanderen.pdf>



Al deze verschillende praktijkvoorbeelden, visies en invullingen omtrent casemanagement kunnen meegenomen worden ter inspiratie. Er is met andere woorden een waaier aan mogelijkheden voor de uitwerking van innovatieve acties omtrent de functie en de rol van casemanagers binnen uw pilootproject, afhankelijk van uw doelgroep. Onderstaande basisfuncties en basiscompetenties kunnen mogelijks als vertrekpunt dienen (wetende dat in de praktijk sommige van deze functies reeds worden opgenomen door verschillende zorgverleners):

Basisfuncties van de casemanager:

- 1) Assessment: grondige analyse van de behoeften en wensen;
- 2) Multidisciplinaire zorgplanning;
- 3) Zorgcoördinatie, inclusief organisatie van multidisciplinair overleg (MDO);
- 4) Belangenbehartiging (advocacy);
- 5) Monitoring: evalueren van doelstellingen en eventueel bijstellen van zorgplan.

Basiscompetenties van de casemanager:

- 1) In staat zijn om een situatie adequaat in te schatten op basis van een grondige analyse van de behoeften en wensen van de patiënt en zijn omgeving;
- 2) Zorg kunnen plannen en coördineren (communicatie- en leiderschapsvaardigheden);
- 3) In staat zijn om de zorgkwaliteit en coördinatie/samenhang van de zorg te evalueren;
- 4) Grondige kennis van de sociale kaart in een omschreven gebied;
- 5) Grondig inzicht in functies van verschillende zorgverleners;
- 6) In staat zijn om een goede band op te bouwen met de patiënt, mantelzorgers en zorgvertrekkers;
- 7) Patiënten kunnen empoweren.

Bovenstaande basisfuncties en -competenties kunnen mogelijks de indruk wekken dat een casemanager een soort “superman/vrouw” dient te zijn. Om dit te vermijden, kan een casemanager met een meer medische, meer psychologische of meer sociale achtergrond ingezet worden afhankelijk van de situatie van de patiënt. Op deze manier dient men niet op alle vlakken expertise te bezitten en dus geen “superman/vrouw” te zijn.

Praktijkervaringen uit België zijn extra waardevol omwille van hun specifieke Belgische context. Indien een project in uw omgeving rond casemanagement reeds lopende is (bv. een Protocol 3 project) is het nuttig om ervaringen en eventuele ondervonden moeilijkheden van het project mee te nemen bij het uitwerken van interventies casemanagement in uw pilootproject.

3. Aandachtspunten/valkuilen

- 1) **Overmatig gebruik** (cfr. doelgroep casemanagement) van de casemanager dient vermeden te worden. **Er dient met andere woorden ingezet te worden op zelfmanagement en casemanagement door de mantelzorg of betrokken zorgverlener waar mogelijk.** Een grondige analyse van de behoeften, wensen en mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving kan het **efficiënt inzetten van casemanagers**



- verhogen. Zorgverleners moeten kunnen inschatten bij welke patiënten begeleiding door een casemanager een meerwaarde kan bieden, een opleiding/sensibilisering hierover is mogelijk.
- 2) In eerste instantie kan een tekort van **casemanagers met voldoende training** verwacht worden, maar ook een stijging van de kosten (vergoeding van de casemanagers). Ook op financieel vlak is het dus nuttig om casemanagers efficiënt in te zetten: uitsluitend bij de heel complexe gevallen.
 - 3) Bij het inschakelen van een casemanager moeten patiënt en familie bereid zijn om relaties aan te gaan met een casemanager. **Afstemming en een sterke vertrouwensrelatie** tussen vertrouwenspersoon en de casemanager is belangrijk om de belangen van de patiënt volledig te kunnen behartigen.
 - 4) Sommige zorgverleners kunnen het delegeren van taken naar een casemanager ervaren als een ernstige cultuurshock, zelfs al behoudt de patiënt een vertrouwensrelatie met de zorgverlener. Er dient aandacht besteed te worden aan **goede samenwerking** met de zorgverleners van het terrein en het bevorderen van de **aanvaarding van de rol van casemanager** in het gezondheidssysteem. Hiervoor dient de rol van de casemanager eerst duidelijk worden gemaakt aan alle actoren: een ondersteunende rol voor de patiënt en de mantelzorger(s), iemand die 'aan de kant van de patiënt staat'.
 - 5) Het risico bestaat dat casemanagement grotendeels of uitsluitend **pathologiegericht** is (cf. zorgtrajecten) en in geval van multimorbiditeit kan dit de zorgkwaliteit nadelig beïnvloeden.

4. Huidige situatie in België

- Zoals in de praktijkvoorbeelden werd aangegeven, werd casemanagement (al dan niet door casemanagers) in België herhaaldelijke uitgetest in instellingsgebonden projecten en enkele gesubsidieerde projecten in eerstelijnszorg (cfr. supra).
- In de Belgische wetgeving zijn echter ook reeds voorbeelden van casemanagement opgenomen: de externe liaison binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt en de referentiepersoon voor de psychiatrische patiënt in de thuissituatie.
 - 1) In het kader van het KB van 07/03/2007 betreffende het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt werd de externe liaison opgericht. Ondertussen werd dit KB gewijzigd naar [KB 26 maart 2014](#).²⁴ De externe liaison is een transversale opdracht van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt die wordt gerealiseerd door de teams van de dienst geriatrie, de geriatrische daghospitalisatie, de geriatrische interne liaison en de geriatrische consultatie van bij de opname tot het ontslag van de patiënt. De externe liaison heeft als doel de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep buiten het ziekenhuis, zodat de zorgcontinuïteit wordt geoptimaliseerd en onnodige opnames worden vermeden, alsook synergiën en functionele samenwerkingsnetwerken worden ontwikkeld met de zorgverstrekkers en de voorzieningen van de doelgroep voor en na de hospitalisatie.

²⁴ Link naar het KB: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2014032615



- 2) Sinds 1 april 2012 is regelgeving inzake het overleg rond de psychiatrische patiënt in de thuissituatie in werking getreden. Die nieuwe regelgeving voorziet vergoedingen voor onder andere een referentiepersoon (~ casemanager).²⁵

Functies van de referentiepersoon

1. *opstellen van het begeleidingsplan met ondersteuning van de coördinator overeenkomstig de afspraken die gemaakt zijn tijdens het overleg, en het overmaken aan de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten;*
2. *bezorgen van een exemplaar van het begeleidingsplan aan de patiënt die het bij hem thuis bewaart;*
3. *verzekerden van de algemene coördinatie omtrent de uitvoering en bijsturing van het begeleidingsplan;*
4. *aanspreekpersoon zijn voor zowel de patiënt en zijn familie als voor de gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners (inclusief de huisarts) rondom de patiënt die het begeleidingsplan in de praktijk brengen en de contacten verzekeren met de gezondheidszorgbeoefenaars en hulpverleners. Zo dient de referentiepersoon van wijzigingen in de situatie van de patiënt, zoals een ziekenhuisopname, verwittigd te worden van zodra dit mogelijk is;*
5. *optreden indien partners zich niet houden aan afspraken;*
6. *initiatief nemen voor tussentijds overleg via de dienst of instelling waarmee in toepassing van artikel 6 een overeenkomst is gesloten in geval van, bij voorbeeld, een crisissituatie;*
7. *regelen van de continuïteit tijdens avond, weekend en verlof.*

De referentiepersoon kan wijzigen doorheen het traject van de patiënt. De nieuwe referentiepersoon wordt steeds aangeduid tijdens het overleg rond de patiënt.

De rol van referentiepersoon kan opgenomen worden door gezondheidszorgbeoefenaars, door klinisch psychologen, door maatschappelijk werkers of door orthopedagogen die een directe therapeutische relatie of hulpverleningsrelatie hebben met de patiënt.

In afwijking van het voorgaande lid kan de rol van referentiepersoon voor kinderen en jongeren eveneens opgenomen worden door personeelsleden van erkende diensten en instellingen die professioneel hulp verlenen. De tegemoetkoming van de referentiepersoon bedraagt 95,16 euro per overleg.

²⁵ Voor meer informatie: <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geestelijke-gezondheidszorg/Paginas/overleg-rond-psychiatrische-patient-thuissituatie.aspx>