



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2014-2015

DE IMPLEMENTATIE VAN CASEMANAGEMENT IN DE EERSTELIJNSZORG
IN VLAANDEREN: EEN KWALITATIEVE STUDIE NAAR DE VISIE VAN
VERPLEEGKUNDIGEN BINNEN EERSTELIJNSORGANISATIES

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Door Decock Lara (00907094)

Promotor: Prof. dr. Lieven Annemans



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2014-2015

DE IMPLEMENTATIE VAN CASEMANAGEMENT IN DE EERSTELIJNSZORG
IN VLAANDEREN: EEN KWALITATIEVE STUDIE NAAR DE VISIE VAN
VERPLEEGKUNDIGEN BINNEN EERSTELIJNSORGANISATIES

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Door Decock Lara (00907094)

Promotor: Prof. dr. Lieven Annemans

Inhoud

VERKLARING PUBLICATIE EN VERMOGENSRECHTEN MASTERPROEF	4
WOORD VOORAF.....	7
ABSTRACT	8
1 INLEIDING/LITERATUUR.....	9
2 METHODOLOGIE.....	12
2.1 Onderzoeksdesign.....	12
2.2 Setting.....	12
2.3 Steekproef.....	12
2.4 Datacollectie	13
2.5 Onderzoeksprocedure	14
2.6 Data-analyse	14
2.7 Validiteit	15
2.8 Ethische overwegingen.....	16
3 RESULTATEN	17
3.1 Algemene participantenkenmerken	17
3.2 Inhoudelijke vormgeving.....	18
3.2.1 Functie-inhoud met betrekking tot de patiënt.....	18
3.2.1.1 Opbouw vertrouwensrelatie.....	19
3.2.1.2 Administratieve taak.....	19
3.2.1.3 Centraal aanspreekpunt.....	20
3.2.1.4 Beschikbaarheid van informatie	20
3.2.1.5 Coördinatie en centralisatie van de zorgverlening	20
3.2.1.6 Preventie en gezondheidsvoorlichting.....	21
3.2.2 Functie-inhoud met betrekking tot de omgeving van de patiënt	21

3.2.3	Functie-inhoud met betrekking tot de zorgverleners	22
3.3	Structurele vormgeving	22
3.3.1	Toegang tot de functie	22
3.3.1.1	Het profiel.....	22
3.3.1.2	De opleiding	23
3.3.2	Organisatie van de functie	24
3.3.2.1	De doelpopulatie.....	24
3.3.2.2	De financiering	24
3.3.2.3	De organisatiestructuur.....	25
3.3.2.4	De processen en communicatielijnen	25
4	DISCUSSIE	27
4.1	Definitie casemanagement.....	27
4.2	Inhoudelijke vormgeving.....	27
4.3	Structurele vormgeving	29
4.4	Methodologische overwegingen.....	29
4.5	Aanbevelingen voor verder onderzoek en de praktijk.....	31
5	CONCLUSIE	32
	REFERENTIELIJST	34
	BIJLAGEN.....	39
	Bijlage 1: de <i>interviewguide</i>	40
	Bijlage 2: de informatiebrief voor de participanten	41
	Bijlage 3: het <i>informed consent</i> formulier voor de participanten	44

Woord vooraf

Deze masterproef was een laatste opdracht binnen mijn opleiding master in de verpleegkunde en vroedkunde aan de Universiteit Gent. Dit onderzoek was een intensieve opdracht, waarbij alle kennis die ik binnen de masteropleiding opgedaan heb, geïntegreerd moest worden. Deze moeilijke opdracht kon niet tot een goed einde gebracht worden zonder de steun en hulp van enkele personen die ik graag wil bedanken.

Mijn dank gaat allereerst uit naar mijn promotor, Prof. dr. Lieven Annemans om het voor mij mogelijk te maken een masterproef uit te werken omtrent casemanagement. Ik kon steeds bij hem terecht met vragen en problemen en kon rekenen op suggesties en gerichte adviezen om mijn masterproef te optimaliseren.

Mijn dank gaat uit naar de deelnemende organisaties voor hun toestemming en actieve medewerking aan het onderzoek. Daarnaast wil ik zeker ook alle participanten bedanken voor hun enthousiasme en het vrijmaken van hun tijd voor een interview.

Vervolgens ook een dankwoord voor mijn medestudenten. Bij problemen gaven ze me advies en hielpen om een oplossing te vinden. Ze waren er ook als het eens moeilijk ging en motiveerden me als dit nodig was.

Tot slot bedank ik graag mijn mama en mijn vriend. Zij hebben me gesteund bij het maken van mijn masterproef en gaven mij telkens goede moed. Ze waren steeds bereid om me te helpen waar mogelijk en hebben met hun kritische blik bijgedragen tot het realiseren van mijn masterproef.

Lara Decock

Oostende, mei 2015

Aantal woorden masterproef: 6995 (exclusief woord vooraf, inhoudstabel, abstract, tabellen, bijlagen en bibliografie)

Abstract

Probleemstelling Door de grote druk op de Belgische gezondheidszorg is de overheid op zoek naar strategieën om met minder middelen een kwaliteitsvolle zorgverlening te behouden. De implementatie van casemanagement wordt hierbij als potentiële strategie aangehaald. De literatuur rapporteert echter dat de implementatie van deze functie vaak moeilijk verloopt.

Doelstelling Het doel van dit onderzoek is het in kader brengen van de invulling van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen vanuit de visie van verpleegkundigen tewerkgesteld in thuiszorgorganisaties.

Methodologie Er werd geopteerd voor een kwalitatieve onderzoeksmethode volgens de principes van de inhoudsanalyse. Daarbij werden semigestructureerde interviews afgenomen bij 12 verpleegkundigen uit drie verschillende thuiszorgorganisaties.

Resultaten Participanten hebben een eenduidige visie omtrent de functie-inhoud van de casemanager. De functie-inhoud spitst zich toe op de patiënt, zijn omgeving en de betrokken zorgverlening. De casemanager coördineert en centraliseert de zorgverlening binnen een multidisciplinair werkmodel en fungeert hierdoor als centraal aanspreekpunt en informatiebron. Participanten stellen de patiënt vanuit een holistische visie centraal in de zorgverlening. De structurele organisatie van de functie zorgt voor verdeeldheid onder de participanten. Omtrent de toegang tot het beroep rapporteren de participanten een meerwaarde of noodzakelijkheid van een opleiding. De vormgeving van deze opleiding reikt van vorming binnen de organisatie tot een opleiding in een school. Daarnaast vinden participanten richtlijnontwikkeling, om de toegang van patiënten tot het beroep te beheersen, nodig. Een systeem op basis van het aantal betrokken zorginstanties of op basis van de zorgbehoeften wordt hierbij aangehaald. Ten laatste moet de vormgeving van de functie de mogelijkheid scheppen om binnen het multidisciplinair werkmodel organisatie- en echelon-overschrijdend te werken.

Conclusie Er heerst een eenduidige visie omtrent de functie-inhoud van het casemanagement, die meegenomen kan worden bij de implementatie. De structurele vormgeving van de functie is nog onbeslist en moet dus verder onderzocht worden. Zo kan de formalisering van de functie op basis van evidentie verlopen, kunnen problemen voorkomen worden en kan weerstand geminimaliseerd worden.

1 INLEIDING/LITERATUUR

De voorbije decennia groeiden de gezondheidszorguitgaven in België. Deze groei was zo sterk dat deze zou leiden tot onrealistische uitgaven (Van den Bosch & Willemé 2014, OECD 2010). De crisis reduceerde de groei van gezondheidszorguitgaven per capita van 3.1% (2000-2009) naar 0.7% (2009-2011) (OECD 2013). De gezondheidszorguitgaven groeien nog, maar in verhouding is dit beperkt. Hierdoor staat de gezondheidszorg onder druk. De overheid is nu op zoek naar strategieën om hiermee om te gaan, zonder blind te besparen. Onderzoek toonde reeds aan dat minder uitgaven niet noodzakelijk leiden tot een minder performante gezondheidszorg, maar dat dit slechts zo kan zijn als beschikbare middelen kosteneffectief benut worden (OECD 2010).

Naast de beschikbare financiële middelen wordt de druk op de gezondheidszorg ook verhoogd door de vergrijzing van de bevolking, de stijging van de gezondheidskosten, de stijging van het aantal chronisch zieken en de nieuwe technologieën en behandelingen (Daue & Crainich 2008, Pacolet *et al.* 2004, Pelfrene 2009). Deze evoluties zullen zich in de toekomst verderzetten en België moet het beleid proactief aanpassen om hieraan tegemoet te komen (De Rycke & Gemmel 2013, FOD Economie 2012).

Veel landen worden geconfronteerd met gelijkaardige uitdagingen in de gezondheidszorg als in België. Verscheidene publicaties kaarten strategieën aan om hieraan tegemoet te komen. Een belangrijk onderdeel van deze strategieën is de desinstitutionalisering van de gezondheidszorg. Zowel preventie, gezondheidspromotie en zorgverlening moeten uitgebouwd worden binnen de eerstelijnszorg. Om dit te bereiken zullen nieuwe rollen en posities voor verschillende zorgactoren geïmplementeerd worden. De functie van een casemanager wordt hierbij als potentiële strategie aangehaald. Deze functie bestaat reeds lange tijd, maar krijgt nu meer aandacht door de druk op de gezondheidszorg (Annemans 2014, Berland 2003, Daue & Crainich 2008, FOD VVVL 2013).

Casemanagement is ontstaan in de Verenigde Staten. Rond 1970 werd de geestelijke gezondheidszorg wegens besparingen meer gedesinstitutionaliseerd, waardoor de zorg

gedecentraliseerd, maar ook meer gefragmenteerd werd. Om aan de zorgnoden van de patiënten tegemoet te komen, is het casemanagement ontstaan (SAMSHA, 1998). Door de jaren heen werd de functie getransfereerd naar andere zorgsystemen en populaties. Hierdoor is de invulling van de functie variabel en moeilijk te definiëren (Kersbergen 1996).

Casemanagement wordt best beschreven als een continuüm van verschillende modellen, die gekenmerkt worden door gemeenschappelijke principes (Vanderplasschen *et al.* 2001). De plaats van de modellen binnen dit continuüm wordt bepaald door de patiëntenbetrokkenheid, de inbreng van de casemanager en de dienstverlening. Het continuüm strekt zich uit van generale tot intensieve modellen van casemanagement. De gemeenschappelijke principes waarop de modellen steunen zijn het beoordelen, plannen, interventies uitvoeren, monitoren en evalueren van de zorgverlening. Door het beoordelen van de patiëntensituatie worden de zorgbehoeften bepaald en wordt hierop geanticipeerd door de opmaak van een zorgplan. De casemanager kan ook zelf specifieke interventies uitvoeren, maar kan ook doorverwijzen naar de juiste instantie. Ten laatste moet de casemanager de zorgsituatie monitoren en evalueren. Monitoring betekent het bewaken van het zorgproces, terwijl evaluatie verwijst naar het opvolgen van de effectiviteit en de relevantie van de hulpverlening (SAMSHA 1998, Vanderplasschen *et al.* 2001, Vanderplasschen *et al.* 2007).

De brede toepassingsmogelijkheden van casemanagement hebben ertoe geleid dat de functie het onderwerp van vele studies is. De onderzoeken rapporteren echter, ondanks goede methodologische kwaliteit, tegenstrijdige effecten (Chow & Wong 2014, Ethridge & Lamb 1989, Oeseburg *et al.* 2009). Zo rapporteerde Jubelt *et al.* (2014) dat de effecten van casemanagement slechts gemeten kunnen worden als casemanagement goed uitgevoerd wordt. De interpretatie van een ‘goede uitvoering’ werd hierbij niet vermeld. Recente publicaties van langdurige onderzoeken omtrent intensieve modellen van casemanagement rapporteren positieve effecten binnen de preventie, gezondheidspromotie en zorgverlening (de Stampa *et al.* 2014, Durbin *et al.* 2014, Iliffe *et al.* 2014a, McAllister *et al.* 2014, Midy 2003, Philips *et al.* 2014).

In tegenstelling tot de vele onderzoeken omtrent de effectiviteit, zijn er slechts enkele kostenanalyses van casemanagement. De bestaande kostenanalyses zijn bovendien vaak te kortstondig en beperkt van aard om conclusies te generaliseren (Barnett *et al.* 2006,

Saleh *et al.* 2006). Philips *et al.* (2014) publiceerden recent de resultaten van een uitgebreid en langdurig onderzoek. Het onderzoek rapporteerde dat casemanagement leidt tot besparingen, maar dat deze over een langere tijd plaatsvinden (Philips *et al.* 2014).

Deze overwegend positieve resultaten en de verhoogde druk op de gezondheidszorg in België hebben geleid tot interesse voor casemanagement in de eerstelijnszorg. In de praktijk werden reeds enkele instellingsgebonden casemanagement-projecten geïmplementeerd, dit voornamelijk in de geestelijke gezondheidszorg (Borgermans *et al.* 1999, Vanderplasschen *et al.* 2001). Ook maakte de functie zijn intrede binnen de eerstelijnszorg aan de hand van gesubsidieerde proefprojecten (Baekelandt 2015).

In beleidsdocumenten wordt reeds aangehaald dat de functie geformaliseerd zal worden binnen de eerstelijnszorg in België (FOD VVVL 2013). Onderzoek toonde echter aan dat de formalisering vaak op veel weerstand botst. Er is onduidelijkheid omtrent de invulling van de functie, waardoor ze slecht uitgevoerd wordt. Daarnaast ontbreekt een specifieke opleiding, waardoor casemanagers zich moeilijk kunnen identificeren met de zorgnoden van de patiënt en niet weten hoe te reageren. Ten laatste komt er vaak weerstand uit bestaande netwerken bij het implementeren van de functie (Bamford *et al.* 2014, Iliffe *et al.* 2014b).

Het doel van dit onderzoek is om een kader te vormen, dat een aanzet kan zijn voor de implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg. Door middel van een kwalitatief onderzoek zal een beeld gevormd worden van wat een realistische invulling van de functie kan zijn. Verder zal getracht worden de mogelijkheden van de functie in Vlaanderen te onderbouwen en verduidelijken (Geenens & Vanderplasschen 2005).

2 METHODOLOGIE

2.1 Onderzoeksdesign

Een kwalitatieve benadering werd gebruikt voor de datacollectie en data-analyse. Principes van de inhoudsanalyse werden hierbij in het onderzoek geïntegreerd. Deze focus houdt in dat verkregen data werden geanalyseerd op terugkerende thema's of patronen. Deze thema's en patronen werden in de interviews uitgediept en gerapporteerd in de resultaten. Door de interactie met de participant kreeg de onderzoeker inzicht in de visie van de participanten en de onderbouwing van deze visie (Holloway & Wheeler, 2013).

2.2 Setting

Binnen dit multicentrisch onderzoek werden drie thuiszorgorganisaties met als werkgebied Vlaanderen geïnccludeerd. In deze thuiszorgorganisaties bestonden enkele (tijdelijke) casemanagement-projecten. Dit werd nagegaan door het doorzoeken van de websites en door navraag bij de zorgorganisaties. Meerdere organisaties werden geïnccludeerd, om vanuit de visies omtrent de verschillende projecten per organisatie tot een breed draagvlak aan informatie te komen. Binnen de organisaties werd niet gediscrimineerd op basis van geografie. Alle afdelingen in Vlaanderen werden geïnccludeerd.

2.3 Steekproef

Door de geografische uitgestrektheid van het onderzoek waren potentiële participanten moeilijk bereikbaar en identificeerbaar. Hierdoor werd gekozen voor een steekproef op basis van *snowball sampling*, waarbij participanten geselecteerd werden op basis van doorverwijzing door anderen binnen de organisatie (Holloway & Wheeler 2013, Polit & Beck 2012). Per organisatie werd contact opgenomen met de directie en werden participanten via doorverwijzing gecontacteerd.

Potentiële participanten waren verpleegkundigen, die betrokken zijn of waren bij een project omtrent casemanagement. Er werden enkel verpleegkundigen geïnccludeerd, omdat de functie van casemanager binnen de (tijdelijke) projecten vaak door verpleegkundigen ingevuld wordt en onderzoeken reeds aantoonde dat

verpleegkundigen met de juiste opleiding en specialisatie geschikt zijn om de functie in te vullen (Nugent 1992, Zander 1990).

Verpleegkundigen kwamen in aanmerking voor deelname aan het onderzoek als ze minstens vijf jaar binnen de thuiszorgorganisatie werkten. Binnen hun functie moesten ze minimum zes maanden ervaring hebben met betrekking tot casemanagement. Hierbij werden zowel het uitvoeren van de functie, als het superviseren of meehelpen bij de projecten geïnccludeerd. De functie van casemanagement kon binnen deze ervaring met een andere titel benoemd worden, maar moest qua functie-inhoud voldoen aan de kernprincipes, namelijk het beoordelen, plannen, uitvoeren van interventies, monitoren en evalueren van de patiënt en zijn zorgsituatie (SAMSHA 1998, Vanderplasschen *et al.* 2007). Ten laatste werden enkel verpleegkundigen geïnccludeerd die Nederlands spraken en het *informed consent* ondertekenden.

In totaal werden 12 potentiële participanten geïdentificeerd en deze werden allemaal effectief geïnccludeerd in het onderzoek.

2.4 Datacollectie

De data werden gecollecteerd door middel van individuele semigestructureerde interviews. Alle interviews werden afgenomen binnen de zorgorganisaties waar de participanten werkten. Bij de interviews werd gebruik gemaakt van een *interviewguide* met open vragen (bijlage 1). Tijdens de eerste interviews werden verschillende aspecten over casemanagement in de eerstelijnszorg open benaderd. De onderzoeker stuurde hierbij zo weinig mogelijk en structureerde zeer beperkt. Naarmate de interviews vorderden werden de interviews meer gestructureerd. De datacollectie werd hierbij gefocust op de topics die in de gelijktijdige data-analyse geïdentificeerd werden. De datacollectie vond plaats tussen januari 2015 en mei 2015. Een interview duurde gemiddeld 60 minuten.

Als er sprake was van theoretische saturatie omtrent de centrale topics, werden nog twee interviews afgenomen. Deze interviews waren telkens met twee participanten tegelijk. Door de participanten in interactie te laten treden, werd nagegaan of er nog nieuwe topics aangebracht werden. Dit was niet het geval, waardoor de theoretische saturatie bevestigd werd (Holloway & Wheeler 2013, Marshall 1996).

2.5 Onderzoeksprocedure

Er werd via mail contact opgenomen met de directie van de drie thuiszorgorganisaties. Het onderzoeksopzet werd verduidelijkt en er werd gevraagd of de organisatie wenste deel te nemen aan het onderzoek. Na het verkrijgen van schriftelijke toestemming tot deelname, werd gevraagd welke verpleegkundigen verder gecontacteerd konden worden. In één organisatie verwees de directie rechtstreeks door naar potentiële participanten. In de andere organisaties verwees de directie per provincie door naar een andere contactpersoon om zo verder door te verwijzen naar potentiële participanten (*snowball sampling*).

Na identificatie van potentiële participanten, werden deze via mail gecontacteerd. Het onderzoeksopzet werd door middel van de informatiebrief (bijlage 2) verduidelijkt en de verpleegkundigen werden uitgenodigd tot deelname aan het onderzoek. Indien na één week geen antwoord verkregen werd, werd een tweede mail gestuurd of telefonisch contact opgenomen. Bij toestemming tot deelname aan het onderzoek, werden alle inclusiecriteria afgetoetst en werd een afspraak voor het interview vastgelegd.

Bij aanvang van het interview werd het onderzoeksopzet nogmaals verduidelijkt en werden eventuele vragen beantwoord. Na ondertekening van het *informed consent* (bijlage 3), werd de *voicerecorder* gestart en begon het interview. Bij aanvang van het interview werden eerst socio-demografische kenmerken bevraagd, waarna doorgegaan werd aan de hand van de vragen in de *interviewguide*.

2.6 Data-analyse

Alle interviews werden opgenomen met een *voicerecorder* en ad verbatim getranscribeerd door dezelfde onderzoeker die het interview afnam. Bij transcriptie werden de interviews geanonimiseerd door namen en irrelevante personalia te verwijderen. De transcriptie gebeurde met behulp van het programma *Microsoft Word*[®]. De transcripties werden herhaaldelijk gelezen en gecodeerd om de data volledig te omvatten en te begrijpen.

Er werd een iteratief codeerproces toegepast, dat parallel met de datacollectie plaatsvond. De codering werd handmatig op papier uitgevoerd. Door toepassing van open codering en een constant comparatieve methode tussen en binnen de interviews, werden eerst belangrijke topics geïdentificeerd (Holloway & Wheeler 2013, Polit &

Beck 2012). Deze topics werden in de volgende interviews gestructureerder bevraagd en verder uitgediept. Verkregen inzichten werden steeds afgetoetst ten opzichte van de voorgaande interviews en in komende interviews werden deze gestructureerder bevraagd om rijke data te bekomen. Het kader omtrent case management werd dan beschreven aan de hand van de uitgediepte topics uit de analyses. Incongruente inzichten werden gerapporteerd in de resultaten en uitgediept in de discussie.

2.7 Validiteit

Om de validiteit van de data te optimaliseren werden de participanten goed geïnformeerd over het onderzoek. Het onderzoeksopzet werd op verschillende tijdstippen schriftelijk voorgelegd en mondeling besproken met de participant. De onafhankelijkheid, anonimiteit en mogelijkheid tot terugtrekking werden hierbij benadrukt. Daarnaast kreeg de participant de mogelijkheid om verduidelijking te vragen. Op deze manier werd de participant aangemoedigd om vrij en open te spreken (Polit & Beck 2012).

De onderzoeker nam actief deel aan de interviews door regelmatig te parafraseren wat de participant net gezegd had. Zo werden foutieve interpretaties gecorrigeerd en werd de participant gestimuleerd om verder te vertellen (Holloway & Wheeler 2013).

De interviews werden steeds opgenomen met een *voicerecorder* en binnen de week na afname getranscribeerd. Het korte tijdsinterval tussen afname en transcriptie voorkomt foutieve transcripties en interpretaties.

Om de data-analyse te valideren werd gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie. Prof. dr Lieven Annemans was betrokken bij het opstellen van het analyse-plan. Door het plan af te toetsen bij hem, werd potentiële bias gedetecteerd (Holloway & Wheeler 2013, Polit & Beck 2012, van Staa & Evers 2010).

Door middel van *peer debriefing* werd de interne validiteit en betrouwbaarheid van de data-analyse verhoogd. Op verschillende tijdstippen werden transcripties en analyses ad random voorgelegd aan twee andere onderzoekers. Deze twee onderzoekers, met name prof. dr Lieven Annemans en een collega-student uit de masteropleiding management en beleid van de gezondheidszorg, zijn beiden verbonden aan de Universiteit Gent en beschikken elk over een eigen expertise op methodologisch of inhoudelijk vlak. Er werd

hen gevraagd de analyses te bekijken en inconsistente analyses, alternatieve interpretaties en risico's op bias te rapporteren. Door discussie omtrent de data kon het analyse-proces geoptimaliseerd worden (Holloway & Wheeler 2013, Polit & Beck 2012).

Ten laatste werden de interne en externe validiteit geoptimaliseerd door een multicentrisch onderzoek binnen Vlaanderen uit te voeren. Zo werden zoveel mogelijk individueel verschillende ervaringen gecollecteerd en geanalyseerd.

2.8 Ethische overwegingen

Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het universitair ziekenhuis te Gent (EC/2015/0098). Elke betrokken organisatie gaf schriftelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek. De participanten werden geïnformeerd over het onderzoekopzet, de anonimiteit, de onafhankelijkheid en de mogelijkheid tot terugtrekking van deelname uit het onderzoek. Deze informatie werd zowel schriftelijk, via een informatiebrief, als mondeling verstrekt. Van alle participanten werd een geschreven *informed consent* verkregen.

3 RESULTATEN

In dit gedeelte worden de resultaten van het onderzoek gerapporteerd. Eerst worden de karakteristieken van de participanten weergegeven. Vervolgens wordt door middel van de geanalyseerde data de visie van de participanten op de implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen beschreven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de resultaten omtrent de inhoudelijke en structurele vormgeving van de functie.

3.1 Algemene participantenkenmerken

In totaal namen 12 verpleegkundigen uit drie thuiszorgorganisaties in Vlaanderen deel aan het onderzoek. Alle participanten waren verpleegkundige van opleiding en waren doorgroeid naar andere functies. Alle verpleegkundigen die aan de inclusiecriteria voldeden en bereid waren tot deelname aan het onderzoek werden geïnccludeerd. De kenmerken van de participanten worden weergegeven in tabel 1.

De steekproef bevat twee mannen en tien vrouwen, die evenwichtig verspreid zijn over de verschillende functies en provincies in Vlaanderen. Vanuit hun functies hadden alle verpleegkundigen ervaring met casemanagement. Enkelen kwamen recent (< 3 jaar) in aanraking met de functie door de opstart van (tijdelijke) gesubsidieerde projecten in de eerstelijnszorg. Anderen kwamen tijdens hun loopbaan in contact met meerdere projecten, waardoor ze reeds langer (> 4 jaar) ervaring hadden met casemanagement.

Tabel 1 - Karakteristieken van de participanten (n=12)

Karakteristiek		n	%
Geslacht	· man	2	16,67
	· vrouw	10	83,33
Provincie van tewerkstelling	· Antwerpen	2	16,67
	· Limburg	2	16,67
	· Oost- Vlaanderen	4	33,33
	· Vlaams-Brabant	2	16,67
	· West-Vlaanderen	2	16,67
Huidige functie	· beleidsmedewerker	1	8,33
	· diensthoofd	2	16,67
	· hoofdverpleegkundige	1	8,33
	· stafmedewerker	3	25,00
	· trajectbegeleider	1	8,33
	· verpleegkundig coördinator	2	16,67
	· zorgcoach	2	16,67
Jaren ervaring met casemanagement	· < 1	4	33,33
	· 1 – 3	3	25,00
	· 4 – 7	1	8,33
	· > 8	4	33,33

3.2 Inhoudelijke vormgeving

Omtrent de inhoudelijke vormgeving van de functie, was een grote mate van consensus aanwezig. De participanten rapporteerden dat deze zich niet beperkt tot enkel de patiënt. Van hieruit wordt een onderscheid gemaakt tussen de functie-inhoud met betrekking tot de patiënt, zijn omgeving en de betrokken zorgverleners.

3.2.1 Functie-inhoud met betrekking tot de patiënt

De specifieke functie-inhoud van de casemanager moet een meerwaarde voor de patiënt betekenen. Deze meerwaarde ontstaat vanuit de taken die eigen zijn aan de functie en die de functie onderscheidt van andere. In onderstaande paragrafen worden de belangrijkste thema's omtrent de functie-inhoud met betrekking tot de patiënt besproken.

3.2.1.1 Opbouw vertrouwensrelatie

Uit de data komt naar voor dat de opbouw van een vertrouwensrelatie, gebaseerd op wederzijds respect en eerlijkheid, essentieel is voor het uitoefenen van de functie. Deze relatie is nodig om een volledig, eerlijk en holistisch beeld van de patiënt te krijgen en zo de patiënt in het proces centraal te zetten.

Participanten rapporteren dat een intakegesprek door de casemanager een meerwaarde vormt om die vertrouwensband op te bouwen. Ook wordt de beschikbaarheid van meerdere casemanagers per organisatie of afdeling als een voordeel beschouwd, omdat patiënten niet met elke casemanager een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen. De mogelijkheid om te opteren voor een andere casemanager kan betere communicatie bewerkstelligen en het casemanagement bevorderen. Op het ogenblik dat de casemanager de patiënt en zijn visie kent, kan hij de zorgbehoeften bepalen en een geïndividualiseerd zorgplan opstellen.

“soms is het positief dat ik eigenlijk al die intake kan doen, want je wordt eigenlijk dan al een vertrouwd gezicht voor die mensen”

3.2.1.2 Administratieve taak

Volgens de participanten zijn casemanagers vanuit hun centrale positie de aangewezen persoon voor het uitvoeren van administratieve taken. Dit kan gaan om taken die door de patiënt of door zorgverleners uitgevoerd worden, maar die dit door de complexiteit van zorgverlening niet meer naar behoren kunnen doen. Deze taken worden volledig of gedeeltelijk overgenomen. Vanuit de expertise omtrent de werking en administratie binnen de eerstelijnszorg, kan de casemanager deze taken efficiënter uitvoeren en ze van de patiënt en zorgverleners overnemen.

Het opvolgen en aanvullen van het zorgdossier, het indienen van aanvragen om zorgverlening te verkrijgen en het invullen van schalen horen volgens de participanten zeker bij deze administratieve functie-inhoud. Zo is de BelRAI-schaal (FOD VVVL 2014) een multidisciplinaire schaal die zijn opmars maakt binnen de eerstelijnszorg. Volgens de participanten leent de casemanager er zich vanuit zijn centrale positie toe om deze schaal te vervolledigen en de invulling door de andere zorgactoren te coördineren.

3.2.1.3 Centraal aanspreekpunt

De casemanager vormt vanuit zijn functie-inhoud het centraal aanspreekpunt voor de patiënt, zijn omgeving en de betrokken zorgverleners. Onafhankelijk van de actor of organisatie waarbij zich een probleem stelt, kan de casemanager aangesproken worden. Voor de patiënt ontstaat door correcte informering en simplificatie van de communicatie, meer duidelijkheid en transparantie in zijn zorgverlening.

Deze rol brengt wel enkele vereisten met zich mee. Van cruciaal belang is de toegankelijkheid van de functie. Verschillende media moeten benut worden om laagdrempelige contactname te verwezenlijken. Patiënten moeten zich vrij voelen om problemen met de casemanager te bespreken.

Door de communicatie te centraliseren, kunnen problemen sneller gesignaleerd worden en kan er sneller geanticipeerd worden. Ook een contactname zonder aanleiding brengt voordelen met zich mee. Ze dragen bij tot de langdurige monitoring en evaluatie van de zorgverlening en kunnen problemen vroegtijdig signaleren en voorkomen.

3.2.1.4 Beschikbaarheid van informatie

Participanten rapporteren dat de casemanager een belangrijke spilfiguur vormt binnen de informatieoverdracht. Door informatie beschikbaar te stellen naar de betrokken zorgverleners toe, moeten ze trachten de zorgverlening transparanter en efficiënter te maken. De meeste participanten geven aan dat e-health (CoZo 2014) hierbij in de toekomst een belangrijke rol zal spelen en casemanagers hierbij betrokken moeten worden. De casemanager zou zijn kennis op dit platform moeten rapporteren en beschikbaar stellen voor de relevante betrokkenen.

3.2.1.5 Coördinatie en centralisatie van de zorgverlening

Vanuit de expertise omtrent zorgverlening in de eerstelijnszorg en de zorgbehoeften van de patiënt moet de casemanager de juiste zorgactoren aanspreken en de uitvoering van hun taken binnen het zorgplan coördineren. De casemanager moet zorg die niet tegemoet komt aan de zorgbehoeften of de visie van de patiënt, in samenspraak met de betrokken zorgactoren, substitueren en vanuit een holistische visie een geïndividualiseerd zorgplan opstellen.

Door de betrekking van verschillende zorgactoren wordt organisatie-overschrijdend gewerkt. Daarnaast moeten casemanagers ook de zorg vanuit de eerste, tweede en derde lijn coördineren en dus echelon-overschrijdend werken. Dit gebeurt door een nauwe samenwerking met ziekenhuizen en specialisten. De casemanager is betrokken zodat deze de zorgverlening in het ziekenhuis kan opvolgen en het ontslag uit het ziekenhuis mee kan helpen voorbereiden. Zo kan deze coördinatie de transitie vanuit de tweede en derde lijn naar de eerstelijns faciliteren.

3.2.1.6 Preventie en gezondheidsvoorlichting

Omtrent preventieve zorg en gezondheidsvoorlichting zijn de visies van de participanten verdeeld. Velen willen deze aspecten in de functie opnemen, maar vinden dit op korte termijn minder haalbaar. De voorkeur wordt dan gegeven aan een goede uitbouw van de functie, waarbij preventie en gezondheidsvoorlichting later nog opgenomen kunnen worden. Bij zorgnoden omtrent preventie en gezondheidsvoorlichting moet de casemanager doorverwijzen naar de juiste instantie. Vaak worden de betrokken thuisverpleegkundigen aangewezen als de meer geschikte personen voor preventie en gezondheidsvoorlichting, vanwege hun groter aantal contactmomenten met de patiënt.

3.2.2 Functie-inhoud met betrekking tot de omgeving van de patiënt

In de nauwe samenwerking die in de thuiszorg van toepassing is, is de patiënt onlosmakend verbonden met zijn omgeving. De zorgverlening wordt hierdoor ook bepaald door deze omgeving. Om de zorgverlening te optimaliseren, moet verhindert worden dat deze omgeving overbelast wordt. Begeleiding en ondersteuning worden hierbij als een essentiële rol van de casemanager beschouwd. In de interviews werd nagegaan wat deze begeleiding en ondersteuning betekenen voor de participanten.

In de data wordt steeds specifiek gefocust op de mantelzorgers. Het betrekken van de mantelzorgers bij het opmaken van het zorgplan en de opvolging die de casemanagers bieden zijn de belangrijkste manieren van begeleiding. Het hebben van één aanspreekpunt, het pijlen naar de verhouding draagkracht/draaglast en het luisteren naar het verhaal van de mantelzorgers zorgen voor de ondersteuning van de mantelzorgers. Om te weten in welke mate ondersteuning en begeleiding aangeboden moet worden, blijkt communicatie essentieel te zijn.

“Je hebt zelfs families die na het overlijden contact opnemen. Soms omdat ze weten dat we veel informatie hebben, dat ze nog een keer bellen om iets praktisch te weten”

3.2.3 Functie-inhoud met betrekking tot de zorgverleners

Participanten rapporteren dat de casemanager ook een rol heeft naar de betrokken zorgverleners toe. Bij opmerkingen en problemen omtrent de zorgverlening kan de casemanager ook voor hen het contactpunt zijn. Zorgverleners moeten hierbij wel op de hoogte zijn van de functie-inhoud van de casemanager.

Zoals eerder aangehaald werd, heeft de casemanager ook een belangrijke rol naar de beschikbaarheid van informatie toe. Door informatie te rapporteren en beschikbaar te stellen, wordt de werking van de betrokken zorgverleners gefaciliteerd. Op die manier kan geïntegreerde zorg verleend worden, die de continuïteit van zorg ondersteunt.

3.3 Structurele vormgeving

Na bespreking van de inhoudelijke vormgeving van de functie, wordt ingegaan op de structurele vormgeving. Deze sectie bestaat uit twee delen, namelijk de visie omtrent de toegang tot de functie en deze omtrent de organisatie van de functie. Hierbij heerst een minder coherente visie onder de participanten. Participanten rapporteerden steeds een voorkeur die ze onderbouwden met voor- en nadelen. De resultaten bestaan hierdoor uit genuanceerde rapportages van deze onderbouwde voorkeuren.

3.3.1 Toegang tot de functie

Participanten rapporteren dat de functie niet door iedereen uitgevoerd kan worden. Restricties zijn noodzakelijk om de functie op een kwalitatieve manier te kunnen vormgeven. Hierbij zijn het profiel van de persoon en de opleiding die hij gevolgd heeft van belang.

3.3.1.1 Het profiel

Participanten zien niet uitsluitend verpleegkundigen als geschikte zorgactoren om de functie uit te voeren. Orthopedagogen, maatschappelijk werkers, artsen, enz. worden ook aangehaald als potentiële uitvoerders. De enige vereiste die gesteld wordt, is een nauwe betrokkenheid met de eerstelijnszorg en de zorgverlening.

Vanuit de complexe medische problematiek die bij casemanagement vaak aan bod komen, wordt een medische achtergrond als een voordeel gezien. De casemanager moet de evolutie van de ziektebeelden kennen en bij communicatie met de verschillende zorgactoren correcte informatie kunnen communiceren.

“Zoals met Parkinson, het ene moment loopt die persoon rond en het andere kan die niet uit de zetel. Wij weten dat gewoon, maar ik denk dat anderen dat niet weten”

Verschillende participanten zien vanuit voorgaande voorwaarden, sociale verpleegkundigen als ideale uitvoerders van de functie. Enkele anderen zien de tekortkoming van de ene als het voordeel van de andere. Ze zien de verschillende beroepsprofielen niet in competitie treden, maar complementair werken. Naargelang de aard van het probleem opteren ze dan voor een toewijzing aan de casemanager die zich het best leent tot de situatie.

3.3.1.2 De opleiding

Omtrent een specifieke opleiding is geen eenduidigheid onder de participanten. Vanuit het standpunt dat casemanagement een rol is die iedereen moet kunnen opnemen, rapporteerde één participant een opleiding onnodig te vinden. De overige participanten zagen wel een meerwaarde of noodzakelijkheid in een opleiding om competenties en kennis te verwerven.

De visie op de vormgeving van de opleiding varieert van vormingen door experts binnen de organisatie tot een vaste opleiding door een school. De data tonen wel conformiteit omtrent de inhoud van de opleiding. Deze moet een theoretisch en een praktisch deel bevatten. Hierbij moet het theoretisch deel zich focussen op het verhogen van de kennis en competenties. Communicatie, management, coaching, holisme en een *open-minded* attitude zijn centrale begrippen die hierbij genoemd worden.

Het praktisch deel moet ingevuld worden door stages bij een casemanager en verschillende zorgactoren in de eerstelijnszorg om hun functie-inhoud te leren kennen. Ook vinden participanten het belangrijk dat er rekening gehouden wordt met de ervaring van zorgverleners die reeds in het werkveld staan en de functie willen opnemen. Een alternatief pad hierbij zijn kortere stages of het geven van integratieoefeningen.

3.3.2 Organisatie van de functie

Tijdens de interviews werd gevraagd hoe de participanten de functie geïmplementeerd zien binnen de eerstelijnszorg. De visie hieromtrent kan opgedeeld worden in vier delen, namelijk de doelpopulatie, de financiering, de organisatiestructuur en de processen en communicatielijnen.

3.3.2.1 *De doelpopulatie*

Participanten geven aan dat casemanagement niet voor elke patiënt is. Er zijn richtlijnen nodig om te bepalen wie recht heeft op het inschakelen van een casemanager. Vanuit de complexiteit van zorgverlening bij casemanagement, ligt het moeilijk om deze richtlijnen op te stellen en wordt ook aangegeven dat een beperking op basis van populaties of pathologiën ontoereikend is.

Enkele participanten willen op ‘buikgevoel’ bepalen of een patiënt recht heeft op casemanagement, maar beseffen dat dit niet haalbaar is. De twee meest plausibele systemen die aangegeven worden zijn ten eerste een systeem op basis van het aantal betrokken zorgverleners in de patiëntenzorg en ten tweede een systeem op basis van de zorgbehoeftes van de patiënt. Deze zorgbehoeftes zouden gemeten worden aan de hand van schalen. De BelRAI schaal wordt hierbij als potentieel instrument aangehaald.

Deze systemen gaan gepaard met twee moeilijkheden. Ten eerste weten de participanten niet hoe de grenswaarde bepaald kan worden, niettegenstaande ze wetenschappelijke validatie wel noodzakelijk vinden. De tweede moeilijkheid is dat het kwantificeren van de zorg in schalen teniet doet aan de individuele situatie. Om hieraan tegemoet te komen vinden participanten dat de kwantificering niet enkel de fysieke aspecten, maar ook de sociale en psychische aspecten moet meenemen.

3.3.2.2 *De financiering*

Elke participant geeft aan dat de financiering het grootste struikelblok zal vormen bij de implementatie van de functie. In hun visies blijkt subsidiëring essentieel te zijn. De overige rapportering omtrent de financiering is vaag en diffuus. Participanten geven aan door de complexiteit van het financieringssysteem geen pasklaar antwoord te hebben.

Wel willen de participanten dat er in de toekomst verder geïnvesteerd wordt in de financiering van de multidisciplinaire overlegmomenten. Ze benoemen dit als een sterkte en meerwaarde binnen de eerstelijnszorg.

3.3.2.3 De organisatiestructuur

De meerderheid van de participanten ziet de casemanager als voltijdse zelfstandige functie. Omtrent de al dan niet gebondenheid aan een organisatie heerst verdeeldheid onder de participanten.

Gebondenheid aan een organisatie heeft volgens de participanten als voordeel dat de casemanager contacten binnen de organisatie heeft en de diensten diepgaand kent. Voor patiënten kan dit ook laagdrempeliger aanvoelen als ze doorverwezen worden naar een casemanager binnen de vertrouwde organisatie. Een onafhankelijke implementatie heeft de onpartijdige doorverwijzing als voordeel. Dit is echter relatief gezien samenwerkingsverbanden aangaan kunnen worden en participanten aangeven dat er binnen de organisaties ook organisatie-overschrijdend gewerkt moet worden. Een nadeel van onafhankelijkheid is de minder snelle informatiedoorstroom van innovaties, omdat deze niet zoals in een organisatie naar de werknemers gecommuniceerd worden.

“Je bent een vertrouwd gezicht binnen de organisatie, waar je sneller weet van die persoon doet dat (...) Als je los staat van een organisatie, dan sta je verder van alles”

3.3.2.4 De processen en communicatielijnen

Participanten rapporteren dat patiënten bij de casemanager terecht moeten komen door doorverwijzing door betrokken zorgverleners. Op termijn, bij het winnen van functiebekendheid, zouden patiënten of mantelzorgers ook rechtstreeks een casemanager kunnen consulteren.

Binnen de zorgprocessen wordt de casemanagers in een multidisciplinair werkingsmodel geplaatst. De casemanager coördineert het zorgplan met de multiple zorgactoren. Bij stabiele zorgsituaties wordt opvolging aangeboden door middel van elektronisch contact, telefonisch contact en huisbezoeken. Enkele participanten geven aan deze opvolging naar eigen aanvoelen te willen invullen, terwijl anderen planning noodzakelijk vinden om continuïteit en systematiek te garanderen. Bij destabilisering van de zorgsituatie kunnen alle betrokkenen in de zorgsituatie, inclusief de patiënt en

zijn omgeving, contact opnemen met de casemanager, deze gaat dan op zoek naar een oplossing. Indien de situatie om een brede aanpak vraagt, plant de casemanager een multidisciplinair overleg. Tijdens dit overleg wordt een oplossing besproken, die de casemanager verder coördineert en communiceert. Organisatie- en echelon-overschrijdende communicatie is bij het zoeken naar een oplossing essentieel.

“Je voelt dat van het gaat niet goed, het is belangrijk dat ik een huisbezoek plan”

Deze multidisciplinaire overleggen vinden zowel binnen de eerste, tweede en derde lijn plaats. Partners binnen het multidisciplinair overleg staan op gelijke hoogte en stellen vertrouwen in elkaar door wederzijds respect, transparantie en inspraak. Het overleg met de huisarts is voor de participanten ook van belang om complementair te kunnen werken.

De participanten geven aan dat het bij casemanagement gaat om intensieve relaties en samenwerkingen. Door de zorg te monitoren en te evalueren wordt getracht om problemen te voorkomen. Bij stabilisatie van de zorgverlening, bestaat de mogelijkheid om het casemanagement te stoppen. De casemanager blijft hierbij altijd *stand-by* als aanspreekpunt.

4 DISCUSSIE

Binnen de discussie worden de onderzoeksresultaten kritisch benaderd. De belangrijkste resultaten worden aangehaald en teruggekoppeld naar de literatuur. Vervolgens worden enkele methodologische beperkingen besproken.

4.1 Definitie casemanagement

In de literatuur worden verschillende definities voor casemanagement gebruikt. Deze definities zijn ontstaan door de invulling van de functie binnen verschillende contexten en op verschillende manieren (Kersbergen 1996). De definitie die binnen dit onderzoek gevolgd werd, is een definitie die steunt op vijf principes, namelijk het beoordelen, plannen, uitvoeren van interventies, monitoren en evalueren van de patiënt in zijn zorgsituatie (Vanderplasschen *et al.* 2001). In de resultaten komen deze vijf principes ook terug, hoewel participanten aangaven de functie zelf niet te kunnen definiëren en niet uitgingen van een definitie bij het benoemen van deze vijf kernprincipes.

Binnen de interviews werd duidelijk dat de specifieke, vaak onbewuste definiëring die de participant aan het casemanagement gaf, een invloed had op de bekomen resultaten. Binnen het onderzoek werd zo enkele malen aangegeven dat bepaalde participanten de casemanager niet als een functie zagen, maar als een rol die iedereen kan opnemen. Deze verschillen in definiëring zorgen voor verschillende visies omtrent casemanagement. De kernprincipes van casemanagement bleven over de verschillende definities wel gelijk, maar de structurele invulling kende grote verschillen.

4.2 Inhoudelijke vormgeving

Moons (2010) beschrijft in zijn onderzoek belangrijke componenten met betrekking tot casemanagement. Een belangrijke component die aangehaald wordt is de continuïteit van zorgen en zorgverleners. Binnen de resultaten komt dit ook naar voor door de centraliserende en coördinerende rol van de casemanager. De casemanager moet de zorgverlening organiseren en coördineren zodat deze continu aan de zorgbehoeftes tegemoet komt. Om deze rol uit te voeren, rapporteren verschillende publicaties de noodzakelijkheid van een interpersoonlijke vertrouwensrelatie. Ook dit werd gerapporteerd binnen dit onderzoek (Borgermans *et al.* 1998, Moons 2010).

De literatuur rapporteert ook dat de casemanager de continuïteit van zorgen verzekerd bij ontslag uit het ziekenhuis (Moons 2010). Binnen dit onderzoek rapporteerden de participanten dit ook. Door organisatie- en echelon-overschrijdend te werken, moet de casemanager een centrale functie vormen die de continuïteit van de zorgverlening garandeert. Multidisciplinair overleg en planning zijn hierbij belangrijke taken om dit te realiseren.

Binnen de literatuur komt ook het belang van de familie aan bod. Casemanagement wordt steeds gezien als een functie die de patiënt in interactie met zijn familie benadert. De familie speelt een belangrijke rol in het afstemmen van de zorg op de individuele noden van de patiënt. Om dit te bereiken is ondersteuning en begeleiding van de familie door de casemanager noodzakelijk. Dit blijkt uit de literatuur en de resultaten van dit onderzoek (Borgermans *et al.* 1998, Moons 2010).

Het optimaal benutten van de bestaande zorginstanties door inconsistentie, overlapping en vertraging van de hulpverlening te vermijden, zijn de belangrijkste doelen van casemanagement die in de literatuur weergegeven worden (Moons 2010). Binnen dit onderzoek werden dezelfde doelen aangegeven. Alleen werden deze doelen gezien als middel om de patiënt langer in zijn thuissituatie te houden.

Data uit het onderzoek tonen aan dat participanten een voorkeur hebben voor een model van casemanagement, waarbij de patiënt centraal staat en intensieve dienstverlening aangeboden wordt. Hierbij moet deze intensiviteit niet stabiel blijven over de tijd, maar fluctueren naargelang de zorgnoden van de patiënt. Deze resultaten stemmen overeen met wat in de literatuur beschreven wordt als casemanagement in een klinisch systeem. Bij de uitvoering van de functie staat de patiënt centraal en wordt in samenspraak gezocht naar passende interventies. Een belangrijk item binnen dit systeem is de multidisciplinaire benadering van de zorgverlening om vanuit een holistische visie aan de zorgbehoeftes tegemoet te komen (Borgermans *et al.* 1998, Kanter 1989). Hierbij gaat het vooral over patiënten met multiple chronische aandoeningen. Door de complexiteit en fragmentatie van zorgverlening, wordt niet meer tegemoet gekomen aan de behoeftes van de patiënt.

4.3 Structurele vormgeving

Over de structurele vormgeving bestaat slechts in beperkte mate literatuur en rapporteren de resultaten uit dit onderzoek geen eenduidige visie. Vergelijking van de resultaten uit dit onderzoek met literatuur uit andere landen biedt weinig meerwaarde gezien de variabiliteit van de resultaten naargelang de context. De resultaten uit dit onderzoek vormen dus een basis voor verder onderzoek binnen de specifieke context in België.

In de literatuur werd omtrent het profiel van de casemanager wel een overeenkomst gevonden met de resultaten die minder afhankelijk zijn van de context. Moons (2010) rapporteerde dat de functie van een casemanager niet opgeëist kan worden door een bepaalde beroepsgroep. Naargelang de doelen, die op basis van de zorgbehoeftes opgesteld worden, moet de meest geschikte persoon aangewezen worden. Deze resultaten sluiten aan met de visie van complementair casemanagement dat in de resultaten gerapporteerd werd. Hierbij wordt de functie door verschillende profielen ingevuld, die op complementaire manier samenwerken (Moons 2010).

4.4 Methodologische overwegingen

Dit onderzoek onderscheidt zich van andere onderzoeken doordat het vanuit een kwalitatief standpunt de visie omtrent casemanagement op een hypothetische manier bevraagt. De huidige literatuur focust zich op kosten en effecten, maar houdt geen rekening met de visie vanuit het werkveld. De toepassing van kwalitatief onderzoek leidde tot inzicht in de visie van de participanten op de implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg (van Zwieten & Willems 2004).

Binnen het onderzoek werden enkele maatregelen genomen om de betrouwbaarheid en de validiteit te waarborgen. Door het uitvoeren van een multicentrisch onderzoek binnen drie thuiszorgorganisaties in Vlaanderen werd de kans dat de resultaten het gevolg zijn van de specifieke kenmerken van één bepaalde instelling of provincie gereduceerd (Verhaeghe 2013).

Door de specifieke onderzoekspopulatie van verpleegkundigen met ervaring omtrent casemanagement uit projecten te includeren, bestaat de kans dat de resultaten deze bestaande projecten weerspiegelen. Door hypothetische vraagstelling en het bekomen van theoretische saturatie werd dit potentieel geminimaliseerd (Verhaeghe 2013).

Gelijkaardig onderzoek binnen andere beroepsgroepen en organisaties kan de generaliseerbaarheid en transfereerbaarheid van deze resultaten doen toenemen.

Door de moeilijke bereikbaarheid van de participanten werd gekozen voor *snowball sampling* als samplingmethode. Het nadeel van deze methode is dat de selectie van participanten afhankelijk is van het netwerk en de medewerking van de externe persoon die doorverwijst. Hierdoor kan potentieel *selection bias* in het onderzoek geïntroduceerd worden (Polit & Beck 2012).

De interviews werden afgenomen aan de hand van een *interviewguide*. Deze werd niet opgesteld op basis van de beschikbare literatuur, omdat er slechts beperkt literatuur bestaat en er zo sturend gewerkt zou worden. De *interviewguide* werd gevormd door de thema's die uit de eerste interviews naar voor kwamen door open bevraging. Met deze procedure werd getracht de onderwerpen te bevragen waar de participanten diepgaande expertise en een uitgesproken visie omtrent bezitten. Een beperking van deze methode is dat de interviewguide niet gevalideerd werd door literatuur of experts.

Bij aanvang van elke interview werd het onderzoek met de informatiebrief nogmaals toegelicht. Daarbij werden de anonimiteit, de onafhankelijkheid en de mogelijkheid tot terugtrekking van deelname benadrukt. Op deze manier werd de participant aangemoedigd om vrij te spreken (Polit & Beck 2012). Alle interviews werden opgenomen op een *voicerecorder* om verlies van data te voorkomen en nauwkeurige transcriptie te faciliteren. Zo is er een lage interferentie van de onderzoeker en wordt de controleerbaarheid bevorderd (Holloway & Wheeler 2013).

Door toepassing van de constant comparatieve methode binnen de data-analyse, werden nieuwe data steeds getoetst binnen en tussen de interviews. De datacollectie en data-analyse vonden hierdoor gelijktijdig plaats (Holloway & Wheeler 2013). Ook werd getracht de validiteit en betrouwbaarheid te doen toenemen door *peer debriefing*. Op regelmatige tijdstippen werden analyses en interpretaties met een andere onderzoeker bestudeerd om inconsistentie en bias op te sporen. Daarnaast overzag de promotor het volledige onderzoeksproces (Polit & Beck 2012).

Ten laatste werden bij aanvang van het onderzoek individuele interviews afgenomen. Bij vermoeden van theoretische saturatie werd overgegaan op twee finale duo-

interviews. Dit om door de interactie, nieuwe inzichten te verkrijgen en de saturatie te bevestigen. Zo werd theoretische saturatie bekomen (Holloway & Wheeler 2013).

4.5 Aanbevelingen voor verder onderzoek en de praktijk

Het opzet van dit onderzoek was om de visie van verpleegkundigen binnen de eerstelijnszorg op de implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen in kaart te brengen. Er zijn echter nog beroepsgroepen en organisaties die in aanmerking komen voor de invulling van deze functie. Naar de toekomst toe zou het een meerwaarde zijn om ook andere beroepsgroepen en organisaties te bevragen en zo een breed generaliseerbare visie op deze implementatie te bekomen. Men kan door onderzoek een verklaring vinden voor gelijkenissen en verschillen binnen deze visies. Het uitvoeren van focusgroepinterviews met verschillende beroepsgroepen uit verschillende organisatie kan hierbij een meerwaarde vormen.

In de resultaten werd een eenduidige visie omtrent de functie-inhoud gerapporteerd. Een onduidelijke functie-inhoud en definitie vormt volgens de participanten een belangrijk struikelblok voor de functie. Het is belangrijk om de functie duidelijk af te bakenen en de maatschappij te sensibiliseren omtrent het bestaan ervan. Dit onderzoek kan een aanzet vormen tot een duidelijkere definiëring van de functie. Binnen de verpleegkunde kan de functie ook leiden tot een positieve profilering van de beroepsgroep en het aanreiken van groeimogelijkheden.

De verdeeldheid in de resultaten omtrent de structurele opbouw van de functie, kan het startpunt vormen voor bijkomend onderzoek. De verschillende opties omtrent de structurele vormgeving kunnen binnen experimentele onderzoeken onderzocht worden. Zo kan bepaald worden welke vormgeving de voorkeur krijgt aan de hand van de evidentie en haalbaarheid binnen de Vlaamse context.

Door het voeren van dit onderzoek werd een basis van evidentie gevormd, die meegenomen kan worden bij de implementatie van de functie in de eerstelijnszorg. Door de resultaten mee te nemen bij het implementeren, kunnen problemen voorkomen of vroeger gedetecteerd worden. Ook kunnen interventies opgesteld worden aan de hand van deze informatie om de implementatie te faciliteren.

5 CONCLUSIE

Het doel van dit onderzoek was om de visie van verpleegkundigen op de implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen in kaart te brengen.

De participanten definiëren de functie-inhoud van een casemanager gelijklopend met de bestaande literatuur. Een casemanager moet de zorgsituatie van de patiënt beoordelen, een zorgplan opstellen, interventies uitvoeren en dit proces monitoren en evalueren. De patiënt moet binnen dit proces vanuit een holistisch beeld centraal staan. Dit holistisch beeld wordt verkregen door tijdens een intakegesprek een vertrouwensrelatie op te bouwen waarbinnen wederzijds respect en eerlijkheid centraal staan.

Daarnaast bevat de functie bijhorende administratieve taken, om de zorg te organiseren. Vanuit de expertise omtrent de patiënt en de verschillende zorgactoren binnen de eerstelijnszorg coördineert de casemanager het zorgplan. De patiënt, zijn omgeving en alle betrokken zorgactoren dienen hiervan op de hoogte te zijn. Zo fungeert de casemanager als centraal aanspreekpunt en informatiepunt binnen de multidisciplinaire werking. Bij problemen die een brede aanpak vereisen, moet de casemanager een multidisciplinair overleg organiseren om tot een gezamenlijke oplossing te komen.

Binnen de rol van de casemanager naar de omgeving en verschillende zorgactoren toe, staan begeleiding en ondersteuning centraal. Het monitoren van de draagkracht en opsporen van problemen zijn hierbij belangrijke taken van de casemanager. Hierin gaat ook een signalerende rol schuil. Participanten rapporteren dat preventieve interventies en gezondheidsvoorlichting tot het takenpakket van de casemanager mogen behoren. Ze vinden echter dat de uitvoerende zorgverleners hier geschikter voor zijn, vanwege hun groter aantal contactmomenten met de patiënt. Bij opstart van het casemanagement zien de participanten vooral een signalerende en doorverwijzende rol binnen de preventie en gezondheidsvoorlichting. In de toekomst zouden ze dit wel willen uitbreiden naar het zelf uitvoeren van interventies.

In alle interviews werden voorgaande functie-inhouden ook specifiek benadrukt naar de mantelzorgers toe. Participanten geven aan dat het slagen van de zorgverlening sterk bepaald wordt door de mantelzorgers en hun draagkracht en draaglast hierbij opgevolgd

moet worden. De casemanager moet door te observeren en actief te luisteren de zorgsituatie evalueren en tijdig problemen signaleren.

Omtrent de structurele vormgeving van het casemanagement werd geen eenduidige visie gerapporteerd. Participanten geven aan dat niet iedereen de functie kan uitvoeren, maar hebben geen voorkeur voor een specifiek profiel. De voorwaarde die ze stellen is een grote betrokkenheid in de eerstelijnszorg. Daarnaast wordt een medische achtergrond als een voordeel beschouwd. Een opleiding is ook wenselijk om kennis en competenties te verwerven aan de hand van een theoretische en praktische component.

Naast restricties op de toelating tot de functie, rapporteren de participanten ook restricties omtrent de toegang tot het casemanagement voor patiënten. De functie richt zich op complexe zorgsituaties waar de zorgverlening ontoereikend is. Om te bepalen wie recht heeft op een casemanager zien participanten een systeem op basis van het aantal betrokken zorginstantie, ofwel op basis van een kwantificering van de zorgbehoeftes aan de hand van een schaal. Hierbij wordt aangegeven dat een populatie- of pathologie-gebaseerd systeem om de toegang te bepalen ontoereikend is.

Ten laatste werd ook bevraagd hoe de functie binnen de organisatorisch in de Vlaamse context geïmplementeerd kon worden. Participanten zagen de functie zowel gebonden aan een organisatie, als onafhankelijk. Beide structuren hebben hun voor- en nadelen op vlak van laagdrempeligheid, neutraliteit, inbedding en kennisdoorstroming. Onafhankelijk van de structuur moet wel organisatie- en echelon-overschrijdend gewerkt worden om aan de zorgbehoeften van de patiënt tegemoet te komen.

Het beschrijven van deze visie van verpleegkundigen binnen thuiszorgorganisaties kan de aanleiding vormen voor het voeren van verder onderzoek. Diffuse visies kunnen op basis van betere evidentie uitgeklaard worden en aanleiding geven tot de formalisering van de functie in de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

Referentielijst

- Annemans L. (2014) Pijler 8: Nieuwe beroepen creëren. In *De prijs van uw gezondheid*, Lannoo, Tielt, pp. 131-133.
- Baekelandt L. (2015) Leuvens thuiszorgproject bereidt ouderen voor terug thuis te wonen na ziekenhuisopname. Plus magazine. Retrieved from <http://plusmagazine.knack.be/nl/011-11157-Leuvens-thuiszorgproject-bereidt-ouderen-voor-terug-thuis-te-wonen-na-ziekenhuisopname.html> on 1 May 2015.
- Bamford C., Poole M., Brittain K., Chew-Graham C., Fox C., Iliffe S., Manthorpe J. & Robinson L. (2014) Understanding the challenges to implementing case management for people with dementia in primary care in England: a qualitative study using Normalization Process Theory. *BMC Health Services Research* **14**, 549.
- Barnett P.G., Masson C.L., Sorensen J.L., Wong W. & Hall S. (2006) Linking opioid-dependent hospital patients to drug treatment: Health care use and costs 6 months after randomization. *Addiction* **101**(12), 1797-1804.
- Berland Y. (2003) Rapport de la mission Coopération des professionnels de santé: le transfert des tâches et des compétences. Ministère de la santé, Parijs.
- Borgermans L.A.D., Abraham I.L., Milisen K., Steeman E., Dejace A., Gosset C., Rondal P.M. & Moons P. (1999) Case management voor geriatrische patiënten en hun families: het klinische model van Belgische projecten. *Tijdschrift voor Geneeskunde* **55**, 427 - 435.
- Case Management Society of America (CMSA) (1990) What is a case manager. Case Management Society of America. Retrieved from <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx> on 8 April 2014.
- Chow S.K.Y. & Wong F.K.Y. (2014) A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *Journal of Advanced Nursing* **70**(10), 2257-2271.
- Colaboratief Zorgplatform (CoZo) (2014) Nationaal eHealth Project. Retrieved from <http://www.cozo.be/ehealth-project> on 16 April 2015.
- Daue F. & Crainich D. (2008) *De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies*, Academic & Scientific Publishers, VUB Press, Brussel.

- De Rycke R. & Gemmel P. (2013) Strategische management voor de gezondheids- en welzijnssector, Lannoo Campus, Leuven.
- de Stampa M., Vedel I., Buyck J.F., Lapointe L., Bergman H., Beland F. & Ankri J. (2014) Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* **58**(3), 350-355.
- Durbin A., Sirotich F. & Durbin J. (2014) Predictors of unmet need for medical care among justice-involved persons with mental illness. *Psychiatric Services* **65**(6), 826-829.
- Ethridge P. & Lamb G.S. (1989) Professional nursing case management improves quality, access and costs. *Nursing Management* **20**, 30 - 37.
- FOD Economie (2012) Kerncijfers - statistisch overzicht van België. Annie Versonnen, Brussel.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOV VVVL) (2013) Oriëntatienota: geïntegreerde visie op de zorg voor de chronisch zieken in België, Brussel.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) (2014) BelRAI - Een uniforme en web based (online) registratie van interRAI-beoordelingsinstrumenten. E-health. Retrieved from <https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html> on 1 May 2015.
- Geenens K., Vanderplasschen W., Broekaert E., De Ruyver B. & Alexandre S. (2005) Beleidsintenties inzake implementatie van case management in België. In Tussen droom en daad. Implementatie van case management voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie, Academia Press, Gent, pp. 53 - 56.
- Geenens K., Vanderplasschen W., Broekaert E., De Ruyver B. & Alexandre S. (2005) Sleutelvragen bij de implementatie van case management. In Tussen droom en daad: implementatie van case management voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie, Academia Press, Gent, pp. 18-28.
- Holloway I. & Wheeler S. (2013) Qualitative research in nursing and healthcare. 3th edn, Wiley-Blackwell, Hoboken.

- Ilfie S., Robinson L., Bamford C., Waugh A., Fox C., Livingston G., Manthorpe J., Brown P., Stephens B., Brittain K., Chew-Graham C. & Katona C. (2014a) Introducing case management for people with dementia in primary care: a mixed-methods study. *British Journal of General Practice* **64**(628), e735-41.
- Ilfie S., Waugh A., Poole M., Bamford C., Brittain K., Chew-Graham C., Fox C., Katona C., Livingston G., Manthorpe J., Steen N., Stephens B., Hogan V. & Robinson L. (2014b) The effectiveness of collaborative care for people with memory problems in primary care: results of the CAREDEM case management modelling and feasibility study. *Health Technology Assessment* **18**(52), 1-148.
- Jubelt L.E., Graham J., Maeng D.D., Li H., Epstein A.J. & Metlay J.P. (2014) Patient Ratings of Case Managers in a Medical Home: Associations With Patient Satisfaction and Health Care Utilization. *Annals of Internal Medicine* **161**(10_Supplement), S59-S65.
- Kanter J. (1989) Clinical case management: definition, principles, components. *Psychiatric Services*, **40**(4), 361-368.
- Kersbergen A.L. (1996) Case management: a rich history of coordinating care to control costs. *Nursing Outlook* **44**, 169 - 172.
- Marshall M.N. (1996) Sampling for qualitative research. *Family Practice* **12**, 522 - 525.
- McAlister F.A., Majumdar S.R., Padwal R.S., Fradette M., Thompson A., Buck B., Dean N., Bakal J.A., Tsuyuki R., Grover S. & Shuaib A. (2014) Case management for blood pressure and lipid level control after minor stroke: PREVENTION randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* **186**(8), 577-84.
- Midy F. (2003) Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières: Revue de la littérature 1970-2002. *Questions d'économie de la santé* **65**, 1-4.
- Moons P. (2010) Ontslagmanagement in algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Onuitgegeven cursus, Katholieke Universiteit, K.U. Leuven- Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap, Leuven.
- Nugent K.E. (1992) The clinical nurse specialist as a case manager in a collaborative practice model: bridging the gap between quality and cost of care. *Clinical Nurse Specialist* summer, 106 - 111.

- Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD) (2010) Health care systems: getting more value for money. In OECD Economic Department Notes No. 2.
- Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD) (2010) Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en on 17 May 2015.
- Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD) (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD.
- Oeseburg B., Wynia K., Middel B. & Reijneveld S.A. (2009) Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. *Nursing Research* **58**, 201 - 210.
- Pacolet J., Deliège D., Artoisenet C., Cattaert G., Coudron V., Leroy X., Peetermans A. & Swine C. (2004) Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België, FOD Sociale Zekerheid, Brussel.
- Pelfrene E. (2009) De nieuwe 'bevolkingsvooruitzichten 2007-2060'. Josée Lemaître, Brussel. Retrieved from <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/Pages/2009-04-06-svrrapport2009-3.aspx> on 8 April 2014.
- Phillips R.L., Han M., Petterson S.M., Makaroff L.A. & Liaw W.R. (2014) Cost, utilization, and quality of care: an evaluation of illinois' medicaid primary care case management program. *The Annals of Family Medicine* **12**(5), pp. 408-17.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2012) Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Saleh S.S., Vaughn T., Levey S., Fuortes L., Uden-Holmen T. & Hall J.A. (2006) Cost-Effectiveness of Case Management in Substance Abuse Treatment. *Research on Social Work Practice* **16**(1), 38-47.
- SAMSHA (1998). Applying Case Management to Substance Abuse Treatment. In Treatment Improvement Protocol. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64857/> on 8 April 2014.
- Vanderplasschen W., Wolf J., Rapp R.C. & Broekaert E. (2007) Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations. *Journal of Psychoactive Drugs* **39**(1), 81-95.

- Vanderplasschen W., Lievens K. & Broeckaert E. (2001) Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening : een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen. Universiteit Gent, Gent, pp. 11-23.
- Van den Bosch K. & Willemé P. (2014) De maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg. Planbureau & RIZIV, Henri Bogaert, Brussel. Retrieved from http://www.plan.be/admin/uploaded/201402050952060.RIZIV_eindrapport.pdf on 10 April 2014.
- van Staa A.L. & Evers J. (2010) 'Thick analysis': strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *KWALON* **43**, 5 - 12.
- van Zwieten M. & Willems D. (2004) Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap* **47**(13), 38-43.
- Verhaeghe S. (2013) Algemene methodologie van wetenschappelijk onderzoek partim I: kwalitatief onderzoek. Onuitgegeven cursus, Universiteit Gent, Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Gent.
- Zander K. (1990) *Case management companies run by nurses. American Journal of Nursing* **90**, 71.

Bijlagen

Bijlage 1: de interviewguide

Bijlage 2: de informatiebrief voor de participanten

Bijlage 3: het *informed consent* formulier voor de participanten

Bijlage 1: de interviewguide

*De implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in de eerstelijnszorg in
Vlaanderen: een kwalitatieve studie naar de visie van verpleegkundigen binnen
eerstelijnszorgorganisaties.*

De vragenlijst (of interviewguide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

Mogelijke manieren voor vraagstelling:

- Hoe zou u het beroep van een casemanager definiëren?
- Welke taken moeten een casemanager volgens u uitvoeren?
- Is de functie van een casemanager enkel gericht op de patiënt?
 - Welke functie heeft een casemanager naar de omgeving van de patiënt toe?
 - Welke functie heeft een casemanager naar de mantelzorg toe?
 - Welke functie heeft een casemanager naar de betrokken zorgverleners toe?
- Is casemanagement volgens u gericht op specifieke patiëntenpopulaties of pathologiën?
- Hoe komt een patiënt volgens u bij een casemanager terecht?
- Hou zou u bepalen welke patiënten wel en niet recht hebben op het gebruik van casemanagement?
- Welke competenties moet een casemanager volgens u bezitten?
- Vindt u een opleiding noodzakelijk om de functie van casemanager op te nemen?
 - Hoe moet die opleiding er volgens u uitzien?
- Welke gevolgen zal de implementatie van casemanagement volgens u hebben op de zorgverlening in de eerstelijnszorg?
- Ziet u de functie van de casemanagers in de toekomst gebonden aan een organisatie of onafhankelijk?
- Wat is volgens u een goede caseload voor de casemanager?
- Wat is uw visie op de financiering van casemanagement in de eerstelijnszorg?
- Wat zullen volgens u de belangrijkste struikelblokken, barrières vormen bij de implementatie van de functie in de eerstelijnszorg in Vlaanderen?
- Verwacht u bij de implementatie weerstand vanuit een bepaalde hoek?

Bijlage 2: de informatiebrief voor de participanten



**Informatie voor deelnemers aan een onderzoek over
De implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen: een kwalitatieve studie
naar de visie van verpleegkundigen binnen eerstelijnszorgorganisaties.**

Geachte mevrouw/mijnheer,

Mijn naam is Lara Decock en ik ben studente in de opleiding Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde aan de Universiteit van Gent. In het kader van mijn opleiding wordt een onderzoek uitgevoerd over "De implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen: een kwalitatieve studie naar de visie van verpleegkundigen binnen eerstelijnszorgorganisaties."

In België evolueren we naar een vergrijzende maatschappij, waarin ouderen langer in de thuissituatie willen verblijven. Hierdoor komt er een hele zware last op de eerstelijnszorg te liggen en deze wordt momenteel al gekenmerkt door een hoge belasting en hoge complexiteit. Er moet dus proactief nagedacht worden over hoe men toekomstige problemen in de eerstelijnszorg zal kunnen voorkomen. Een methode die reeds in verschillende landen deels een oplossing geboden heeft, is de implementatie van een nieuw beroep, dat van een casemanager. De discussie omtrent dit beroep is op overheidsniveau reeds van start gegaan. In de zorgorganisaties in de eerstelijnszorg is men zich ook bewust van de mogelijks toekomstige problemen en heeft de functie van een case manager al veel bekendheid verworven. In de komende jaren zullen er vele maatregelen genomen worden en zullen er meer en meer proefprojecten ontstaan ter implementatie van het beroep in de Belgische gezondheidszorg.

Het doel van het onderzoek is om een realistisch beeld te krijgen omtrent de implementatie van case management in België vanuit het standpunt van verpleegkundigen met expertise omtrent case management binnen zorgorganisaties in de eerstelijnszorg.

Om dit onderzoek mogelijk te maken, willen we, Prof. Dr. Lieven Annemans en ikzelf uw medewerking vragen.

Dit Informed Consent voor kwalitatief onderzoek werd goedgekeurd door de subcommissie Ethisch Comité van 07/02/2012

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen – Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Verplegingswetenschap
De Pintelaan 185, B-9000 Gent, België

www.UGent.be

Deelname aan het onderzoek betekent dat u toestemt om te participeren aan interviews in kader van het onderzoek.

Het gesprek dat in het kader van dit onderzoek gevoerd zal worden, zal met een *voicerecorder* opgenomen worden. Zo hoeft er niet genoteerd te worden tijdens het gesprek en kan de verwerking van het gesprek correcter gebeuren. Na het onderzoek worden alle opnames gewist. We vragen u voorafgaand het interview de toestemming om het gesprek met een *voicerecorder* op te nemen. U kunt dit weigeren. Indien u weigert, zullen manuele notities genomen worden tijdens het gesprek.

Het gesprek zal doorgaan op het moment dat u het best past. De plaats waar het gesprek doorgaat, zal samen besproken worden. De onderzoeker zal daarvoor met u een afspraak maken. Het gesprek zal ongeveer 60 min duren.

Wat op band opgenomen is, wordt nadien uitgetypt. Daarbij worden alle namen en alle verwijzingen waaruit iemand zou kunnen opmaken over wie het gaat weggelaten. Alleen de onderzoekers krijgen de uitgeschreven gesprekken te lezen. Aan collega's of aan andere zorgverleners delen we niets mee. Wat u ons vertelt wordt dus geanonimiseerd en strikt vertrouwelijk behandeld. Alle gegevens uit dit onderzoek worden behandeld volgens de regels van de bescherming van de privacy, zoals in de wet van 8 december 1992 geregeld.

Na afname van enkele interviews, zullen deze op systematisch wijze geanalyseerd worden. De besluiten van deze analyseprocessen worden in een rapport vastgelegd, en dit rapport zal meegedeeld worden aan onze collega's en studenten zodat ook zij van ons onderzoek kunnen leren. We willen nogmaals benadrukken dat in deze rapporten u zelf niet herkenbaar zal zijn.

U bent volledig vrij deel te nemen of niet. Uw keuze al geen enkele invloed hebben op uw tewerkstelling. U kan ook op ieder ogenblik uw deelname aan het onderzoek beëindigen of uw toestemming om deel te nemen intrekken. Vooraleer het onderzoek van start kon gaan, hebben we, zoals dat in België wettelijk geregeld is, het onderzoek aan het Ethische Comité van het UZ Gent voorgelegd. Dit comité heeft het project goedgekeurd. In geen geval dient de goedkeuring van het Ethisch Comité een aanzet te zijn tot deelname. Hoewel het helemaal niet te verwachten is dat u of uw familielid schade zou kunnen oplopen door aan het onderzoek mee te werken – het gaat immers

Dit Informed Consent voor kwalitatief onderzoek werd goedgekeurd door de subcommissie Ethisch Comité van 07/02/2012

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen – Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Verplegingswetenschap
De Pintelaan 185, B-9000 Gent, België

www.UGent.be

alleen om een gesprek – is er toch een verzekering voor schade voor de deelnemers afgesloten, zoals bepaald in de wetgeving.

Als u bereid bent deel te nemen aan het onderzoek, zullen we u vragen, zoals de wet dit voorziet, een toestemmingsformulier te ondertekenen. Ook na de ondertekening daarvan bent u vrij om op ieder ogenblik te beslissen niet langer aan het onderzoek deel te nemen.

Als u aanvullende informatie wenst over het onderzoek of over uw mogelijke deelname, kunt u nu of in de loop van het onderzoek contact opnemen met Decock Lara, student Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde. (lara.decock@ugent.be). Zij is de onderzoeker die het gesprek met u zal voeren.

We danken u omdat u aan onze vraag aandacht hebt willen geven.

Met vriendelijke groeten,

Prof. Dr. Annemans Lieven
Hoogleraar in de gezondheidseconomie
Universiteit Gent & Vrije Universiteit Brussel
09 332 60 37

Decock Lara
Studente Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde
lara.decock@ugent.be

Dit Informed Consent voor kwalitatief onderzoek werd goedgekeurd door de subcommissie Ethisch Comité van 07/02/2012

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen – Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Verplegingswetenschap
De Pintelaan 185, B-9000 Gent, België

www.UGent.be

Bijlage 3: het *informed consent* formulier voor de participanten



Betreft: De implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen: een kwalitatieve studie naar de visie van verpleegkundigen binnen eerstelijnszorgorganisaties .

Geïnformeerde toestemming tot medewerking

Ik, ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan dit kwalitatief onderzoek omtrent de implementatie van casemanagement in de eerstelijnszorg in Vlaanderen. In ben op de hoogte van de inhoud en voorwaarden van het onderzoek die in de informatiebrief zijn vermeld. Ik bevestig ingelicht te zijn omtrent de aard en het doel van het onderzoek, kon vragen stellen en kreeg hierop de nodige antwoorden. Tevens ben ik op de hoogte dat ik mij op elk ogenblik kan terugtrekken uit het onderzoek en dat het onderzoek geen invloed heeft op mijn tewerkstelling.

Naam van de deelnemer:

Datum:

Handtekening:

Naam van de onderzoeker door wie uitleg werd verstrekt: Lara Decock

Datum:

Handtekening:

Dit *Informed Consent* voor kwalitatief onderzoek werd goedgekeurd door de subcommissie Ethisch Comité van 07/02/2012

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen – Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Verplegingswetenschap
De Pintelaan 185, B-9000 Gent, België

www.UGent.be