
Hoe kan de casemanager bemiddelen in de zorg?

De functie van een verbindingscoach in de regio Geel-Laakdal-Meerhout

Auteurs

- › **Marie Peeters** is Marie Peeters is masterstudent Sociologie, KU Leuven, KU Leuven;
- › **Mineke Viaene** is als neuroloog verbonden aan het Ziekenhuis Geel en aan de onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid, KU Leuven;
- › **Jos Benders** is verbonden aan het Centre for Sociological Research (CeSO), KU Leuven en aan de Norwegian University of Science and Technology (NTNU) in Trondheim, Noorwegen.

Inleiding

Gezondheid is nauw verweven met welzijn. Zo kan slapeloosheid samenhangen met financiële problemen en kan geldgebrek het inschakelen van hulpverleners belemmeren, wat dan weer verwaarlozing van fysieke klachten in de hand werkt. Fysieke, psychische en sociale factoren beïnvloeden elkaar dus.^{1,2}

Hulpverlening aan personen met een meervoudige problematiek vereist de inzet van meerdere zorgverleners. Maar het organiseren van dergelijke zorg is complex en vereist voortdurende afstemming tussen de betrokkenen.³ De praktijk van alle dag laat zien dat mensen met complexe zorgnoden gemakkelijk tussen wal en schip vallen.

Een casemanager aanstellen biedt hier kansen om een betere afstemming tussen hulpverleners te realiseren.⁴ In de regio Geel is in 2015 zo'n 'verbindingscoach' (casemanager) aangesteld. Iedere zorgactor kan personen doorverwijzen naar deze verbindingscoach die zich buigt over complexe problemen, zoals financiën, zorgweigering, slechte hygiëne of foute overtuigingen over ziekte en gezondheid (zie casus). De verbindingscoach maakt samen met de patiënt/cliënt een probleemanalyse en stelt een prioriteitenlijst op. Daarna begeleidt de coach de persoon naar de meest geschikte dienstverlening.⁵

Vraagstelling

In de regio Geel werd de werking van een verbindingscoach als positief ervaren. Dat zette aan tot een analyse van het functioneren van dit casemanagement. De resultaten kunnen helpen om een gelijkaardige werking in een eerstelijns-

Casus: 52-jarige man met beginnende diabetische polyneuropathie

Een 52-jarige alleenstaande man met obesitas en diabetes consulteert op de dienst neurologie omwille van een beginnende diabetische polyneuropathie. Tegelijk was er ook een teenulcus ontstaan, waarover de voetkliniek zich ontfermde. Zelf vond hij dat zijn schoenen de oorzaak waren van de chronische wonde. Maar aangepast schoeisel laten maken was niet mogelijk wegens financiële problemen.

De diabetes was voldoende geregeld met orale antidiabetica en dieet. De diabetoloog was terughoudend om lage doses insuline voor te schrijven, omdat verdere gewichtstoename werd gevreesd. Daardoor kwam hij niet in aanmerking voor een terugbetaalde glucometer. Nochtans kreeg hij bij zijn huisarts, neuroloog en endocrinoloog steeds de opdracht zijn glycemie goed onder controle te houden. Deze discrepantie en de onmogelijkheid zelf een glucometer aan te schaffen maakten de patiënt erg boos. De voetkliniek oordeelde daarbij dat er voor orthopedische schoenen (nog) geen indicatie was. Volgens de patiënt was dit echter noodzakelijk om nieuwe voetwonden te voorkomen. De patiënt en heel zijn familie hadden een lange geschiedenis van sociale problemen die hen erg wantrouwig maakte tegenover het OCMW ('*ons helpen ze toch nooit, ze laten ons liever afzien*').

De neuroloog schakelde de verbindingscoach in, die naging wat het OCMW onmiddellijk kon doen en wat volgens de patiënt zelf ook zinnig was. Er werd gezorgd voor een opvolging gezonde voeding, waardoor de diabetoloog bereid was lage doses insuline voor te schrijven en de patiënt in aanmerking kwam voor een terugbetaalde glucometer. Het zelf controleren kunnen uitoefenen over zijn glycemie verbeterde de onmachtgevoelens, wat het vertrouwen in de hulpverleners en in het OCMW deed toenemen. De verbindingscoach regelde in samenspraak met de patiënt en het OCMW ook een regelmatige behandeling van een podoloog en thuiszorg.

Er traden geen nieuwe voetulcera meer op. Het schoeisel was geen strijdpunt meer, de polyneuropathie stabiliseerde en de patiënt kon verder opgevolgd worden door de huisarts en diabetoloog. Deze interventie had ook voor de hele familie een positief effect omdat het OCMW opnieuw werd toegelaten bij de ouders en broers.

zone (ELZ) of in het kader van Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO) op te starten.

Per categorie is de vraag: wat zijn de sterke punten en de verbeterpunten van het functioneren van een verbindingscoach in de regio Geel?

Methode

Bevraging

Met elf zorgactoren werden diepte-interviews gehouden. De centrale respondent was de verbindingscoach zelf. Verder werden tien betrokken actoren uit de welzijns- of zorgsector met de volgende functies geselecteerd: sociaal verpleegkundigen van het ziekenhuis, maatschappelijk werkers, diensthoofden, manager en schepen Sociale Zaken uit verschillende Sociale Huizen/OCMW's, manager Welzijnszorg Kempen en een medewerker van de mutualiteiten. Sterke punten werden bevraagd aan de hand van vragen als: wat zijn de voordelen van casemanagement en waarom wordt gebruik gemaakt van de diensten van een casemanager? Verbeterpunten zitten vervat in antwoorden op vragen als: wat kan nog aangepast worden en wat loopt stroef? Ook de twijfels over de introductie van casemanagement in een regio waar de verbindingscoach (nog) niet actief was, gaf inzicht in bijkomende verbeterpunten.

Analyse

De interviews werden ad verbatim getranscribeerd en gecodeerd aan de hand van de originele zeven categorieën volgens het casemanagement van Minkman et al.⁶ Hierin komen zeven factoren aan bod om de kwaliteit van het casemanagement te beoordelen (zie figuur):

- ✓ Motieven en taken: waarom is er nood aan de verbindingscoach, waar biedt hij/zij een antwoord op en wat doet hij/zij concreet om aan deze noden te beantwoorden?
- ✓ Casemanagementproces: beschrijving van het hele proces, vanaf de start tot bij het helpen van de patiënt/cliënt.
- ✓ Capaciteiten en achtergrond: wat moet de verbindingscoach kunnen?
- ✓ Doelgroep en caseload: welke patiënten/cliënten kan de verbindingscoach helpen?
- ✓ Zorgnetwerk: het samenspel van de betrokken hulpverleners.
- ✓ Programmageschiedenis: hoe wordt het project uitgevoerd?
- ✓ Faciliterende middelen en ondersteuning: hoe wordt het proces van de verbindingscoach vergemakkelijkt?

Indien een tekstfragment niet gelabeld kon worden onder één van deze zeven categorieën, werd een andere beschrijvende label toegevoegd. Deze labels en tekstfragmenten werden later bekeken en samengevoegd tot een bijkomende, achtste categorie: de individuele zorgactor zelf.



Wat is bekend?

- › Personen met complexe zorgnoden vinden vaak niet hun weg in het gefragmenteerde zorglandschap.
- › Casemanagers worden al langer ingeschakeld om tot geïntegreerde zorg te komen.

Wat is nieuw?

- › Een analyse volgens het casemanagement van Minkman et al. geeft inzicht in het functioneren van een casemanager.
- › De individuele zorgactor beïnvloedt in belangrijke mate het functioneren van de casemanager.

Resultaten

Wat zijn de taken van een casemanager?

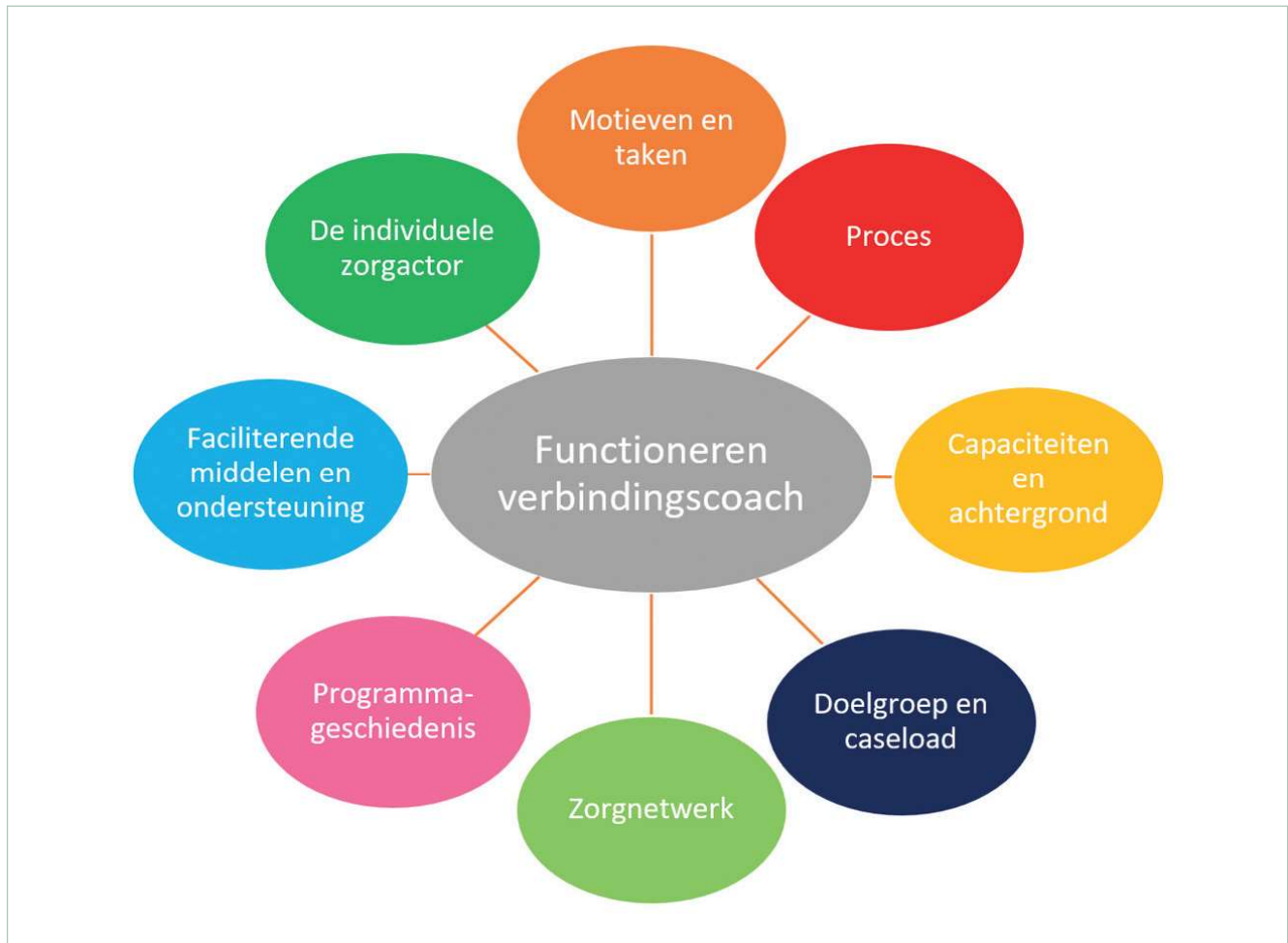
Vanuit de invalshoek 'motieven en taken' komt de verbindingscoach naar voor als een brugfiguur en een vertaler tussen de gescheiden sectoren van welzijn en gezondheid (zie figuur). Om dit waar te maken richt de verbindingscoach zich zowel tot de patiënt/cliënt als op het niveau van het netwerk van professionals. De persoon staat centraal, waardoor de verbindingscoach mensen nooit zal verplichten om een bepaald zorgpad te volgen. Zo zegt de verbindingscoach:

"Ik zal ook nooit zeggen dat de cliënt iets moet doen of mijn eigen oplossing opdringen. Ik heb natuurlijk ook altijd mijn mening maar als de cliënt hier niet mee akkoord gaat, dan respecteer ik dat. De mening van de cliënt is altijd heel belangrijk. Als ik op doorverwijzing van de sociale dienst van het ziekenhuis bij een cliënt kom en hij zegt een aantal van zijn prioriteiten, kan het zijn dat ik het daar niet mee eens ben. Ik kan dit kenbaar maken, maar ik zal deze niet afwijzen en de mijne opleggen. Dan zal ik eerst proberen te helpen met wat die cliënt wil. En als ik hem heb geholpen met wat hij wil, dan is de kans groter dat hij me later zal vertrouwen en geloven in wat ik voorstel."

De verbindingscoach vertrekt van de vragen van de patiënt/cliënt om een zorgplan en prioriteitenlijst op te maken en dispatcht dan de taken naar de meest aangepaste hulpverlening in het netwerk van professionals. Deze dubbele rol (hulpverlener en dispatcher) creëert verschillende verwachtingen bij de diverse partners in het zorgnetwerk van ziekenhuisdiensten, welzijnsorganisaties, ziekenfondsen, lokale besturen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, huisartsen en arts-specialisten.



Figuur: Factoren die het functioneren van een casemanager (verbindingscoach) beïnvloeden.^{7,8}



Iedereen ziet het nut van casemanagement in, maar de invulling ervan verschilde. De verbindingscoach formuleert het als volgt:

“Dus je hebt heel veel verschillende mensen die een invulling geven langs hun kant. En dan is het eigenlijk de opdracht om in het begin met al die mensen samen te zitten om zo te zien wat hun visie is en hoe ik daarin een gemeenschappelijk gegeven vind en hoe ik dat in de praktijk vormgeef.”

Over welke competenties beschikt een casemanager?

Kijkend naar de verwachtingen rond ‘capaciteiten en achtergrond’ van een verbindingscoach, blijken de respondenten meer belang te hechten aan competenties en persoonlijkheid dan aan opleiding en ervaring. Een manager (Welzijnszorg Kempen) zegt hierover:

“Het gaat vooral om iemand die zaken kan en doet die vooral met het niet-technische van de opleiding te maken hebben. In feite moet je een communicator hebben en heb je nood aan een verbinder, een netwerker. En het heeft dan ook een stukje te maken met persoonlijkheid.”

Hoe werkt een casemanager?

De analyse van het ‘proces van de werking’ brengt naar voor dat de verbindingscoach een tweedelijnsactor is (naar wie wordt doorverwezen), een bemiddelaar en geen zorgactor naast de andere. Nadat de cliënt adequaat is doorverwezen, zit de taak van de verbindingscoach erop.

Dit soort casemanagement tussen gezondheids- en welzijnszorg begeleidt de cliënt niet tot alle noden zijn aangepakt en ingevuld. Terugkoppeling blijkt een zwak punt te zijn. De zorgverleners in het zorgnetwerk willen geïnformeerd worden over welke noden aangepakt worden en op welke manier. Terugkoppeling van de gang van zaken is ook een leermoment. Een manager (Sociaal Huis/OCMW) verwoordt het als volgt:

“Bij elk geval waarbij hij (de verbindingscoach) wordt betrokken, daar mis ik wat rapportage. Hij zou moeten leren hoe dat in de toekomst vermeden kan worden.”

Aanvullend zegt een directielid lokaal bestuur uit een omliggende gemeente hierover:

“In een ideale wereld en als de verbindingscoach goed zijn werk doet, dan maakt hij zichzelf een stukje overbodig.”

Welke patiënten komen in aanmerking?

De ‘doelgroep en de caseload’ van de verbindingscoach bestaat uit mensen met complexe noden op het vlak van gezondheid en welzijn, waarbij het zorgpad nog moet worden uitgedacht. In de praktijk wordt vooral doorverwezen vanuit de gezondheids- naar de welzijnssector.

Het was bij sommige betrokken partijen niet helemaal duidelijk of de verbindingscoach ingeschakeld kan worden bij mensen met zuiver psychische noden. In Geel-Laakdal-Meerhout behoorden cliënten met zuiver psychische noden niet tot de doelgroep, omdat men oordeelde dat voor deze doelgroep geïntegreerde zorg al bestaat. Ondanks de bestaande overlegstructuren benadrukken enkele OCMW-medewerkers en sociaal verpleegkundigen toch de nood aan casemanagement tussen enerzijds psychosociale hulp en anderzijds de gezondheids- en welzijnszorg:

“Geestelijke gezondheidspatiënten en zorg voor psychisch kwetsbaren worden niet gedekt. Zij worden vaak overal geweigerd. In theorie zouden ze erbij moeten zitten, maar in de praktijk is dat niet. Maar om met psychisch kwetsbaren te werken als sociaal werker is geen evidentie, dus die sturen ze van het kastje naar de muur.”

Wat brengt een casemanager bij aan het bestaande netwerk?

De analyse van het ‘zorgnetwerk’ geeft aan dat de verbindingscoach het eerste aanspreekpunt is als zorgactoren niet weten naar waar de cliënt kan worden doorverwezen in het sterk gefragmenteerde zorglandschap. De verbindingscoachwerking vult het bestaande, gefragmenteerde netwerk aan. Een OCMW-medewerker verduidelijkt:

“Het is eigenlijk maar een hulpmiddel en het is zeker niet de bedoeling om de bestaande verwijzers, samenwerkingsovereenkomsten en samenwerkingsmodellen te gaan vervangen. Het is meer een aanvulling voor die groep van mensen voor wie het bestaande wat ontoereikend blijft.”

Het is daarom belangrijk dat de verbindingscoach zelf goed gekend is bij medici en paramedici. Ondanks aangehouden inspanningen bleek de bekendheid van de verbindingscoach bij de huisartsen een moeilijk punt. Vooral ziekenhuisartsen bleken door te verwijzen naar de verbindingscoach.

Welke voordelen biedt een casemanager?

De ‘programmageschiedenis’ geeft weer hoe het casemanagement ontstond en werd uitgevoerd. De verbindingscoachwerking was een onderdeel van het G-care-project, een samenwerking tussen OCMW, ziekenhuis (‘maximale zorg aan minimale kost’, geen remgelden of supplementen voor OCMW-cliënten) en de gezondheidsraad (overleg en bijsturing van de verbindingscoachwerking met de lokale zorgprofessionals).⁹

De financiële en organisatorische win-win over de samenwerking was meteen duidelijk tussen het ziekenhuis in Geel en het OCMW van Geel. Andere baten voor patiënt/cliënt werden door de respondenten aangevoeld, maar waren niet meetbaar. Dit deed omliggende gemeenten twijfelen om mee in te stappen. Bij de opstart van een gelijkaardige werking is het een meerwaarde om de verwachte baten in kaart te brengen. Een OCMW-manager verwoordt het als volgt:

“Er ligt een stempel (van het ziekenhuis op), maar je merkt dat die er nu wat begint af te gaan door het feit dat we het principe gaan gebruiken in het GBO. Ik heb het idee dat er nu meer gesprek over is.”

Hoe haalbaar is een casemanager?

Vanuit ‘faciliterende middelen en ondersteuning’ moest welzijn hoog op de politieke agenda staan om voldoende financiële middelen beschikbaar te kunnen maken voor het project. De huidige halftijdse functie van de verbindingscoach is na zes jaar werking echter te krap geworden voor de regio Geel, Laakdal en Meerhout (±66 000 inwoners), wat duidelijk werd in het gesprek met de verbindingscoach:

“Ja, daar kruipt wel wat tijd in en momenteel is mijn functie als verbindingscoach gecombineerd met nog een andere functie binnen de dienst sociale zorg, die daar niks mee te maken heeft. Dus ik werk eigenlijk halftijds als verbindingscoach en op een halftijdse is dat echt te weinig. Mijn andere job is meer afgebakend. Wanneer ik daarmee klaar ben, dan kan ik ook wel meer tijd besteden aan de verbindingscoach. In de praktijk is het niet 50-50. Wat ik hoop in de toekomst is dat het een voltijdse job zal worden, want er is te weinig tijd. Dat kan niet anders, denk ik.”

Enkele respondenten geven aan dat de casemanagementwerking gefaciliteerd zou kunnen worden met een gedeeld patiëntendossier tussen de gezondheids- en welzijnszorg.

Hoe bekend is een casemanager?

Elke ‘zorgactor’ of betrokken hulpverlener beïnvloedt het functioneren van de casemanager. Belangrijk was dat zorgverleners wisten waarvoor zij de casemanager kunnen inschakelen én dat ze overtuigd geraakten van het nut van casemanagement om tot geïntegreerde zorg te komen. Zonder verwijzing is de verbindingscoachwerking immers geen succes. Naast een persoonlijke kennismaking met de verbindingscoach bleken praktijkvoorbeelden belangrijk te zijn om zorgactoren over de brug te halen en hun mindset over geïntegreerde zorg te veranderen. Dit hoeft niet alleen de taak te zijn van de verbindingscoach. Een OCMW-medewerker zegt het volgende over de veranderende mindset:

“Onze voelsprietten opzetten en zien wat we eigenlijk voor deze mensen meer kunnen betekenen dan alleen die 50 euro...”



Een OCMW-diensthooft uit een omliggende gemeente vult aan:

“De maatschappelijk werkers gaan goed moeten weten wat die doet en waarvoor ze er terecht kunnen. En die gaan ook een beetje die klik moeten maken om die in te schakelen als het nodig is. Ik denk dat dat moeilijk is, omdat die heel gewoon zijn om alles zelf uit te zoeken.”

Bespreking

De verbindingscoach is een casemanager die de schotten tussen gezondheidszorg en welzijnszorg wegneemt. Hij/zij neemt zowel taken op met de individuele cliënt als binnen het netwerk van zorgprofessionals. De verbindingscoach is een brugfiguur die verwezen patiënten/cliënten helpt om hun complexe problematiek te begrijpen en tegelijkertijd leert hij/zij de werking van verschillende hulpverleners beter kennen. Door beide te combineren gidst de verbindingscoach patiënten/cliënten doorheen de bestaande hulpverlening. Dit dubbel takenpakket kan voor verwarring zorgen bij de betrokken hulpverleners.

Momenteel volgt de verbindingscoach de patiënten/cliënten niet op tot de doelen zijn bereikt.^{7,8,10} Een opvolging tot het einddoel zou het functioneren kunnen verbeteren. Dit zou echter ook de kosten verhogen. Wederzijdse systematische terugkoppeling van de genomen stappen en de bereikte resultaten kan een gedeeltelijke oplossing bieden. Ten slotte bleek uit dit onderzoek dat de individuele hulpverleners een belangrijke invloed hebben op het functioneren van de verbindingscoach. Verder onderzoek naar de individuele zorgverleners rondom een casemanager en hun nodige veranderingen is daarom aangewezen. Dit onderzoek legde de focus op de organisatie en het functioneren. Aanvullend onderzoek over de ervaringen van patiënten/cliënten is wenselijk. Verder kan worden gekeken naar het uitbreiden van de taken en bevoegdheden van de verbindingscoach.

Besluit

De casemanager kan als verbindingscoach een aanvulling zijn op het bestaande zorgnetwerk. Hij/zij is goed geplaatst om mensen met complexe noden op het vlak van gezondheid en welzijn, bij wie het zorgpad nog moet worden uitgedacht, verder te helpen en door te verwijzen. Naarmate deze functie bekender wordt bij de betrokken zorgactoren, kunnen het proces en de terugkoppeling nog verbeterd worden. ←

› Peeters M, Viaene M, Benders J. Hoe kan de casemanager bemiddelen in de zorg? De functie van een verbindingscoach in de regio Geel-Laakdal-Meerhout. *Huisarts Nu* 2021;50:28-32.

› Correspondentie:
mineke.viaene@ziekenhuisgeel.be

› Een bijzonder woord van dank aan de verbindingscoach en aan de medewerkers van de OCMW's, Sociale Huizen, de lokale besturen van de eerstelijnszone ZuiderKempen en de ziekenfondsen. Eveneens een bijzonder woord van dank aan Welzijnszorg Kempen en het Ziekenhuis Geel. Zonder deze brede medewerking was dit onderzoek niet tot stand kunnen komen.

Literatuur

- 1 Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, et al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA* 2016;315:1750-60.
- 2 Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The social determinants of chronic disease. *American Journal of Preventive Medicine* 2017;52:5-12.
- 3 Kuipers H, van Amelsvoort P, Kramer EH. Het nieuwe organiseren (3^{de} editie). Leuven: Acco;2018.
- 4 Sadler E, Khadjesari Z, Ziemann A, Sheehan K, Whitney J, Wilson D, et al. Case management for integrated care of frail older people in community setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018.
- 5 Peeters M. Een analyse van het functioneren van de verbindingscoach in de regio Geel: Een casemanager als verbinder in de geïntegreerde zorg [masterthesis]. KU Leuven;2020.
- 6 Minkman MMN, Ligthart SA, Huijsman R. Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple case study of case management programmes. *Health & Social Care in the Community* 2009;17:485-94.
- 7 van Riet N, Wouters H. Casemanagement (5^{de} editie). Assen: Van Gorcum; 2005.
- 8 Kiernan-Stern M. Managing resistance to change. *Case Manager* 2005;16:48-51.
- 9 Viaene MK, Dillen K, Nuyts S, Viaene M, Leenders J. De ontwikkeling en de evaluatie van een haalbaar zorgmodel voor patiënten met een verhoogde kwetsbaarheid in een veranderend zorgaanbod. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2019;75:1245-54.
- 10 SAMHSA. Comprehensive case management for substance abuse treatment (TIP Series 27). Rockville (U.S.): Department of health and human services, Public Health Service, Substance abuse and mental health services administration, Center for substance abuse treatment;1998.