

**Scientific evaluation of the 25  
projects of the second call –  
implementation analysis  
18 August 2017**

PROTOCOL 3



**Thérèse Van Durme  
Maja Lopez Hartmann  
Sibyl Anthierens  
Déborah Flusin  
Roy Remmen  
Jean Macq**

**31/05/2017**

**Final report**

- the multiple case studies,
- the comparative analysis of 25 projects and
- for the learning community +

**Hilde Bastiaens  
Olivier Schmitz**

## Table of contents

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LIST OF ABBREVIATIONS.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>PART I. METHODS.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>PART I A. CASE STUDY METHODOLOGY.....</b>  | <b>6</b>  |
| A.1. Why case study methodology.....  | 6         |
| A.2. Aim.....   | 6         |
| A.3. Selection of cases.....  | 7         |
| A.4. Data collection.....   | 9         |
| A.5. Data analysis.....   | 11        |
| <b>PART I B. METHODOLOGY FOR THE EVALUATION OF ALL PROJECTS.....</b>  | <b>13</b> |
| B.1. Aims.....  | 13        |
| B.2. Theory-driven analysis.....  | 13        |
| B.3. How this part relates to the case studies: identification of important components likely to explain the success of the projects and their implementation in their given contexts. .... | 13        |
| B.4. Data collection: two questionnaires each year.....   | 15        |
| B.5. Data analysis.....   | 15        |
| <b>PART I C. METHODOLOGY OF THE LEARNING COMMUNITIES.....</b>   | <b>17</b> |
| C.1. Aim.....   | 17        |
| C.2. Methods.....   | 17        |
| <b>PART I D. METHODOLOGY OF THE MAKING OF THE SHEETS OF BEST PRACTICES OF CASE MANAGEMENT, PSYCHOLOGICAL AND OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTIONS.....</b>                                    | <b>19</b> |
| <b>PART I E. EVALUATION OF THE PROJECTS OF OCCUPATIONAL THERAPY.....</b>  | <b>22</b> |
| E.1 The intensity of occupational therapy.....  | 22        |
| E.2 Multidisciplinary approach.....   | 22        |
| E.3 Shared patient record.....  | 23        |
| E.4 Agreements with a supplier of medical devices.....  | 23        |
| E.5 Training.....   | 23        |
| <b>PART II. RESULTS.....</b>  | <b>24</b> |
| <b>PART II A. QUALITATIVE RESULTS OF ALL THE PROJECTS OF THE SECOND CALL ELABORATED WITH THE HELP OF THE RESULTS FROM THE CASE STUDIES.....</b>   | <b>25</b> |
| 1. Projects delivering case management and psychological support (high intensity): F1P1l1   | 30        |
| 2. Projects delivering case management and psychological support (low intensity) (F1P1l0)   | 44        |
| 3. Projects delivering case management with high intensity (F1Pol1).....  | 56        |
| 4. Projects delivering case management with a low intensity level (F1Pol0).....   | 60        |
| 5. Projects delivering mainly psychological support (FoP1l0).....   | 64        |

|   |  |            |
|---|--|------------|
| 6.  | Projects without psychological support and with a low level of intensity (FoPolo)...       | 75         |
| 7.  | Comparative summary .....  | 79         |
| 8.  | Some recommendations based mainly on the three case studies.....                           | 81         |
| 9.  | Occupational therapy .....   | 85         |
| 10.   | Psychological support: the case of handling of refusal of care .....                       | 87         |
| <b>PART II B. LEARNING COMMUNITIES .....</b>  |  | <b>88</b>  |
| a.  | Description of the implementation of the approaches used in the learning communities<br>88 |            |
| b.  | Participation .....  | 90         |
| c.  | Experiences of participants with the components in the learning community .....            | 93         |
| <b>PART II C. CURRENT BEST PRACTICES, AS IDENTIFIED BY THE RESULTS OF THE<br/>PROTOCOL 3 PROJECTS .....</b> |  | <b>100</b> |
| 1.  | Case management (français) .....   | 100        |
| 2.  | Case management (Nederlands) .....   | 115        |
| 3.  | Psychological support (Nederlands) .....   | 130        |
| 4.  | Psychological support (Français).....  | 140        |
| 5.  | Occupational therapy (Français) .....  | 150        |
| 6.  | Occupational therapy (Nederlands).....   | 163        |
| <b>PART III: STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THE APPROACH .....</b>  |  | <b>176</b> |
| 1.  | Strengths .....  | 176        |
| 2.  | Points to take into consideration and the way we tackled them .....                        | 178        |
| <b>REFERENCE LIST .....</b>   |  | <b>180</b> |
| <b>LIST OF TABLES .....</b>   |  | <b>181</b> |
| <b>LIST OF FIGURES .....</b>  |  | <b>182</b> |
| <b>LIST OF SOME METHODOLOGICAL TERMS.....</b>   |  | <b>183</b> |
| <b>APPENDICES .....</b>   |  | <b>185</b> |

## List of abbreviations

Table 1. List of abbreviations used in this report

|                 |  |
|-----------------|--|
| ADL             | Activities of daily life   |
| AIM             | Agence InterMutualiste   |
| BelRAI          | Belgian version of the InterRAI global geriatric assessment  |
| BelRAI screener | Screenener to assess the level of dependency, enabling to check whether the person should undergo a full BelRAI assessment |
| CPAS            | Centre Public d 'Aide Sociale  |
| FOP             | Frail older person   |
| F1P1l1          | Projects delivering case management and psychological support (high intensity)   |
| F1P1lo          | Projects delivering case management and psychological support (low intensity)  |
| F1Pol1          | Projects delivering case management with high intensity (without psychological support)                                    |
| F1Polo          | Projects delivering case management with a low intensity level (without psychological support)                             |
| FoP1lo          | Projects delivering mainly psychological support (no real case management)   |
| FoPolo          | Projects without psychological support and with a low level of intensity (no real case management)                         |
| IADL            | Instrumental activities of daily life  |
| ICD             | International Classification of Diseases   |
| ICG             | Informal Caregiver   |
| IMA             | InterMutualistic Agency  |
| INAMI           | Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité  |
| LMN             | lokaal multidisciplinair netwerk   |
| NIHDI           | National Institute for Health and Disability Insurance (RIZIV, INAMI)  |
| OCMW            | Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn  |
| PREMS           | Patient Reported Experience Measures   |
| PROMs           | Patient Reported Outcome Measures  |
| RIZIV           | Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering  |
| RML             | Réseau Multidisciplinaire Local  |
| RRN             | RijksRegister Nummer   |
| SEL             | Samenwerkingsinitiatief in de EersteLijnsgezondheidszorg   |

## Part I. Methods

---

## Part I A. Case study methodology

### A.1. Why case study methodology

Case study is a valid research method in social sciences to contribute to the knowledge of individual, group, organizational and social related concepts [1]. The choice for case study methodology arises from the need to understand complex social phenomena. The more the research questions seek to explain the How and the Why, the more case study methodology is relevant [2]. This methodology is also relevant when the research question requires an in-depth description of the social phenomenon being investigated [3]. The case, as object of the case study, should be a contemporary complex functioning intervention. It has to be investigated in its natural context with a multitude of methods [4].

The projects financed through Protocol 3 are contemporary complex functioning interventions. Case study methodology can be used, as part of a mixed-method approach, to explain how and why a project functions in a given context, for a given target population. In this report, the case studies were chosen to describe and analyse a wide range of components and processes. Case study investigates how the context is likely to interact with the projects and how it can have an impact on the outcome of the intervention proposed by the project. Two theoretical lenses were used to collect and analysis our data. Firstly, an adaptation of Wagner's Chronic Care Model was used because of its relevance to the organization of chronic illness care [5]. The original, widely validated model has been adapted for Belgium by the Belgian Knowledge Centre for Healthcare (KCE, [6]) and can be found in Appendix 1. Secondly, Valentijn's et al. model of integrated care was used because it combines the concepts of primary care and integrated care, in order to understand the complexity of integrated care [7]. An outline of this framework can be found in Appendix 2.

### A.2. Aim

The aim of the case studies in this study was threefold. The first aim was to provide a precise and narrative description of a project's structural and process components that would likely lead to positive outcomes. Secondly, we aimed to identify the important contextual factors that play a role during the implementation process of the projects and the way the projects adapt to changes. These changes can be external, like changes of partners in a project, or internal to the project, like turnover of professionals. Finally, we aimed to build an overall analytical framework (mid-range theories) aiming to integrate theory and empirical data. A mid-range theory is an organized abstraction made from the empirical data, to elaborate general statements that can be tested (verified in the data), to explain the elements of (relative) success or failure of projects. During this process, it is possible to identify important components likely to explain the success of the projects of the set of the case studies. This list of components coming out of the small set of case studies will then be used to analyse all the other projects of the second call, i.e. those that were not part of the multiple case studies.

### A.3. Selection of cases

From the total number of Protocol 3 projects, three projects were selected as cases for in-depth analysis. Since the aim of the case study was to give a precise description of all structural and contextual components and implementation processes of the complex entities, no more than three cases were selected to allow a truly in-depth analysis. The case selection and follow-up was done in consultation and agreement with the consortium and the accompanying committee.

The selection process of cases needs some general explanation. The first criterion in the selection of cases is their relevance to the aim of a study and the research questions [1]. Secondly, cases need to be selected to reflect as much diversity as possible in the projects' characteristics, in order to allow for the control and the variation requested by the research problem [8]. Based on the results of the evaluation of the projects of the first call, we used a step-wise approach, choosing projects showing a diversity on the following features: the geographic location of the project and the fact that it was already included in the first call of projects. Secondly we looked at the profile of the persons providing case management in the projects, the size of the project (based on staff size and intended caseload), the target population, the number of different disciplines involved in the project, and the type and size of the partnerships.

This allowed us to choose one typical case of casemanagement, one deviant and one diverse case following the taxonomy of Gerring [1]. The data we used to choose these cases came from the submission files.

- A typical case is an inductive approach of case selection, in which the "typicality" can be understood in function of the mean or the median to a specific dimension. For Case 1, the typicality lies in the fact that it is situated in Flanders, was part of the first call and that the profile of the case managers was a mix of various professionals and this was common in many projects. At the sametime, it is to be noted that Case 1 presents also some uncharacteristic elements due to the caseload per full-time equivalent (FTE) case managers (see Table 2).
- A deviant case is the opposite of a typical case. This technique of looking at deviant cases is very useful to investigate theoretical anomalies. This case presents a surprising value, in regard with a theory or common sense. In this case, Case 2 presents two anomalies: the low total caseload and the fact that their intervention targets mainly the informal caregivers (ICG) of the frail older person (FOP). This should allow to investigate how and why this project will achieve its goals of providing case management as announced in their submission file, via such a strong emphasis on the support of the informal caregivers.
- A diverse case is a case in which a maximum of variance can be observed. We chose Case 3 because this project has a very low caseload per full time case manager. Moreover, this project was a replication of a project studied under the first call on another site, which continued. Therefore, because the professionals of both projects work in the same offices, by investigating this project, we would also have access to the functioning of the other project.

Table 2. Selected case studies 2<sup>nd</sup> call

|  | Case 1 : F1P10           | Case 2 : FoP10                          | Case 3 :F1P11                                |
|--|--------------------------|---|--|
| 1st call or new project                          | 1st call                 | new                                     | new  |
| Profile case manager                             | Social worker            | Nurse                                   | Psychologist + nurse+ occupational therapist |
| Geographic location                              | Flanders                 | Brussels                                | Walloon region                               |
| Total caseload                                   | 173                      | 12                                      | 26   |
| Caseload/FTE CM                                  | 51                       | 20                                      | 6,5  |
| Target population                                | FOP + ICG                | FOP with dementia but mainly their ICGs | FOP + professionals                          |
| Use of EBP                                       | no                       | yes                                     | no   |
| Use of clinical information tools                | Pyxicare + ICT care plan | no                                      | Care square                                  |
| Classification of the case following Gerring [1] | Typical case             | Deviant case                            | Diverse case                                 |

Categories to which these cases belong (for more details: see description of all the projects and rationale for classification, described below)

F1P10 : Projects delivering case management and psychological support (low intensity)

FoP10 : Projects delivering mainly psychological support

F1P11 : Projects delivering case management and psychological support (high intensity)



## A.4. Data collection

Multiple sources of qualitative and quantitative data were used to collect relevant data to describe the cases [8].

Written data:

- Project submission files and signed conventions, in which projects described how and with what resources they intended to achieve their goal of maintaining the frail elderly in a home environment.
- Yearly questionnaires (2014, 2015, 2016) collecting data about the organizational functioning of the project and adaptations in the components of the projects.
- Written documentation about the projects, documents publicly available such as advertising flyers, projects website.

Interview data:

- Yearly semi-structured interviews with the key professionals working in the projects (coordinators, persons responsible for the implementation of the project and frontline workers);
- Yearly semi-structured interviews with three dyads of frail older persons and their informal caregivers per case study project;
- Yearly focus groups with various professional stakeholders of the projects (partners and non-partners active in the region of the project)

The data collected through the project submission files and the yearly questionnaires were used as a basis to gather relevant additional data and clarify unclear data through interviews and follow-up questionnaires. During the implementation process of the projects, data collection and data analysis alternated each other. Preliminary data was used to describe the implementation process at a given moment in time and determine 'grey zones' of the project. Grey zones are parts of the implementation process of the project with insufficient or unclear information. Based on this first description of cases and its grey zones, the interview guides were made to guide the interviews with the participants to clarify the grey zones of their projects. An example of two interview guides can be found in Appendix 3 and 4.

Pictor technique

During the first interviews with the key professionals working in the projects (2015) we used the Pictor technique [9] as a facilitating method to support the interviews to explore collaborative working in the project from the point of view of the different project team members. The interviewees were provided with a large white paper and a set of arrow shaped Post It notes. They were asked to write down the actors involved in the project on the Post It notes and stick them to the paper in a way that represents how the project works. Then these maps were used by them to explain to us the functioning of the project and collaboration between the different actors. Figure 1 shows the Pictor maps made by three key professionals of the same case study project during the same interview. The different approach of each interviewee to make the Pictor map representing the same project lead to an interesting discussion explaining the functioning of the project. Not only was it helpful for the researchers to gain a better insight into the project, but it was also useful for the project team



## A.5. Data analysis

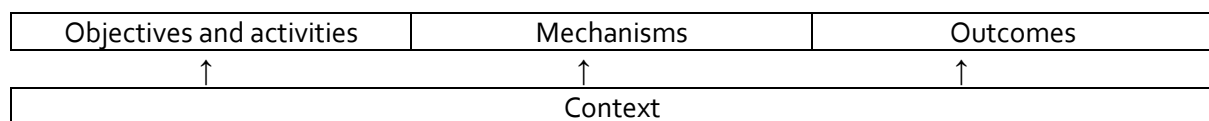
During the analysis of the case studies, we were able to describe components of the intervention and its implementation, identified as important by the different stakeholders interviewed, by the research team and the members of the learning community. These components enabled the description of the projects of the case studies and their implementation strategies.

The templates containing all gathered information on the case studies formed a base for writing the short stories (narratives) of each case study (results) with a standardized layout.

The overall aim of the analysis of the data is to build a framework to understand the processes. The pragmatic approach of Ridde and Haddad about evaluations of complex interventions supported the analysis of data proposing logical models, representing the logic of the intervention or “programme theory” [12].

After writing the whole case study analysis, the researchers came together to identify and discuss context-mechanism-outcome configurations in the three case studies to build an explanatory analytical framework (mid-range theories) to explain the success or failure of projects [13]. These configurations were visualized in tables containing the objectives, activities, mechanisms, outcomes and contextual elements relevant for explaining processes observed in the case studies (Figure 2).

Figure 2. Layout used to analyze context-mechanism-outcome configurations



The sample size of the case studies (n=3) does not allow to generalize conclusions. However, they do provide us detailed information relating to the selected projects. The results obtained by the means of the case studies are situated at a higher level of abstraction. The explanation of the mechanisms leading to specific outcomes gives us a deeper understanding of the reality as experienced and reported by the different stakeholders. The construction of a model allowing analytical generalization of the mid-range theory by the means of a multiple embedded case study is shown in Figure 3.

In a next step, we used the core components of the case studies as a grid of analysis for all the projects with a scoring system, as is described in the part about the classification of the projects (see also § 3 about the stratification of the projects).

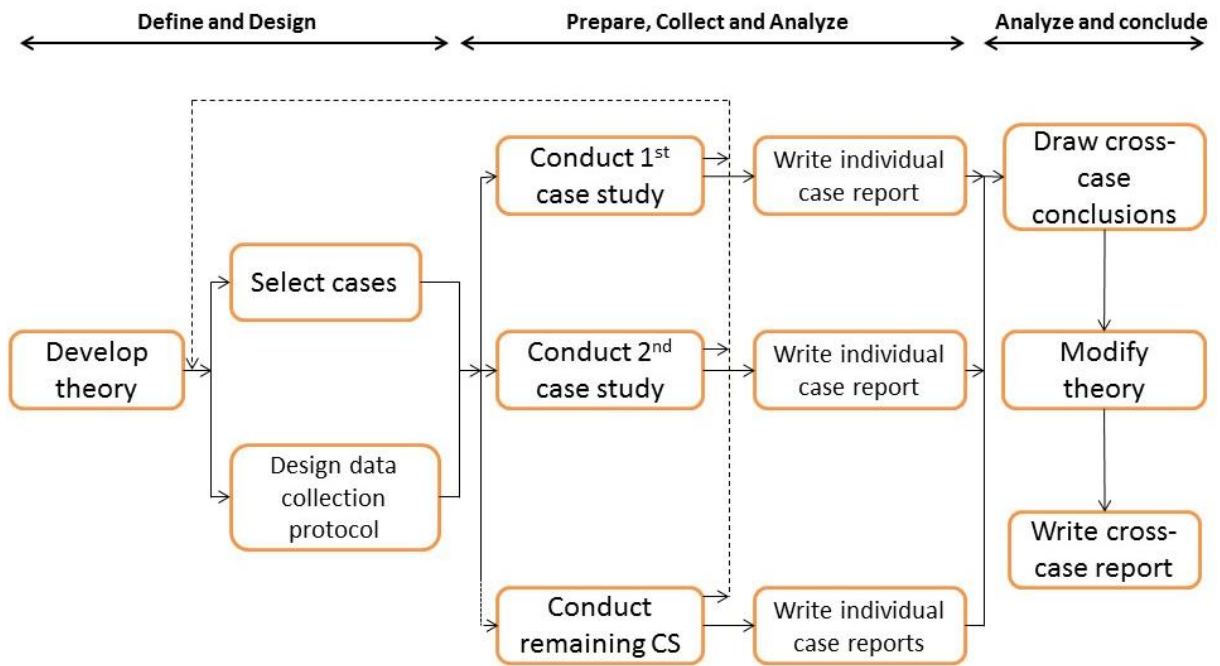


Figure 3. How can we achieve analytical generalisation? Adapted from [3]

## Part I B. Methodology for the evaluation of all projects

### B.1. Aims

- a. Identification of the drivers for success – or non-success of the implementation for 25 Protocol 3 projects of the second call
- b. Suggest a classification for the evaluation of the cost and the impact of those projects
- c. Identification of the factors explaining the cost and the impact of those projects on the different outcome measures of the quantitative analysis.

### B.2. Theory-driven analysis

The evaluation methodology was based on the theory of the pragmatic evaluation of complex interventions [12] and the project analysis was based on the theory of the complex adaptive system itself [14]. As for the content of the evaluation, we were guided by Wagner's Chronic Care model, adapted for Belgium by the KCE [15].

### B.3. How this part relates to the case studies: identification of important components likely to explain the success of the projects and their implementation in their given contexts.

During the evaluation of the projects of the first call, the case studies enabled us not only to identify mid-range theories likely to explain how, why and for whom the projects were successful or not, but also to identify the important components that can explain these successes.

Components for two types of interventions: case management and psychological support

Based on the case studies of the first call, 23 components were identified. They were based on the empirical data collected in the multiple case study on a nonsystematic literature review [11]. The 23 components were displayed along the domains of the adapted version of Wagner 's Chronic Care Model [6]. The list of 23 components likely to explain the success of case management projects are in Appendix 5. This list was refined and tested within all the 22 projects of case management of the first call of projects. The refinement process was continued in the learning community (for more details, see also the part of the learning community).

The case studies of the projects of the second call allowed us to confirm the relevance of the 23 components for the projects delivering case management. Moreover, this same methodology enabled us to identify the important components explaining the success of psychological support. Over time, during iterative data collection and analysis, as will be described below, this list of components was tested, refined, retested with a nonsystematic literature review and interaction with experts (for more details, see also the part about the validation of the records of best practices). This list can be found in Appendix 6.

Of course, just like we did during the evaluation of the projects of the first call, we investigated the likely effectiveness of the projects providing case management and psychological support not only on so-called hard outcomes, like delaying of definitive institutionalisation, improving functional status and health, decreasing the burden of informal caregiver. Were also taken into account soft outcomes like access to adequate information and service options, improving copings skills, emotional empowerment, improving the working conditions for healthcare professionals.

The next step was then to analyse all the 25 projects of the second call, through the lens of these components that were identified by the means of the case studies. During the process of the evaluation of the projects of the first call, we were able to propose a rating system, that enabled us to score each project on each item of the list of 23 components. Indeed, for each item, 3-4 levels of achievement of this item within the project were proposed (0 = the lowest level of achievement versus 3 = the highest level of achievement). This enabled us to rate each project on those 23 components of case management and, if psychological support was provided, to rate each project with the list of components about psychological support. The level of achievement on these items provided thus a framework enabling to explain the results of the quantitative analysis.

#### B.4. Data collection: two questionnaires each year

Data were collected each year in all projects by the means of self-administered, open-ended questionnaires (Word), that were sent by email to the project coordinators. The questions were worded as to enable the researchers to score the items of the list of components as precise as possible. This questionnaire was tested with one French-speaking projects and with one Dutch-speaking project. Questionnaires were first sent within the three months of the start of the project of the second call (December 2014) and then, each year. The last questionnaires were sent in November 2016. The research team was thus able to collect data of three years, which enabled them to follow the implementation processes through time. The French and Dutch versions of the questionnaires can be found in Appendix 7 and 8.

Besides this questionnaire, we also used the Excel questionnaires of the NIHDI, that described the interventions and the resources used by the projects. These questionnaires were refined, as to enable the projects to describe their interventions and their workforce as precise as possible. These questionnaires were also tested in one French and in one Dutch-speaking project. An example of this questionnaire is available on demand.

The projects had one month to fill out these questionnaires, which were also sent by email. Project coordinators were invited to contact the research team and also asked to provide their own contact information, so that the research team could contact them. Reminders were sent at different intervals to project coordinators whose questionnaires were not received in due time.

#### B.5. Data analysis

Three researchers (a sociologist (PhD) and two nurses with a Ms or PhD in public health) analysed the data of the two questionnaires per project independently and rated the projects according to the components of case management and psychological support. In case of uncertainty, the data were discussed.

To construct a classification that took into account on the one hand the components that allowed the classification of projects into similar groups and, on the other hand, classification of projects with a similarity within groups that were clinically relevant, we have altered the proposed protocol. Indeed, the classification that came out of the methodology used in the first call of project did not result in anything that was clinical relevant, as the groups of projects in the classification shared dissimilar features as important as psychological support or the intensity of their interventions, as reported by the number of home visits (for more explanations, see intermediate report of June 2016 and the article written based on the methodology used in the report of the scientific evaluation of the projects of the first call [16]).

The classification was based on three important points and grouped the projects sharing the same clinical relevant components, i.e.

1. Component 1. Level of the feedback provided to the frail older persons' general practitioners, as a proxy of how case management was integrated within the project.

This component came out as an important one after the MCA (multiple correspondence analysis) of the case management projects of the first call and can be seen as a proxy of structured interprofessional work. Indeed, the projects having this component had to demonstrate that they use the results of the BeIRAI systematically and provide feedback about this to the GPs. In doing so, they

show a high awareness of the importance of (a) the use of a multicomponent geriatric assessment tool (which is already an intervention per se), (b) the importance of sharing information in a structured way and (c) the importance of systematization of the sharing of this information, which is a guarantee of adequate information flow.

2. Component 2. Intensity of the intervention, measured by the number of home visits by the case manager.

Again, this is an important component to provide integrated care. The professionals of the project doing home visits are key reference persons because their frequent contact with the home situations enables them to be highly aware of the coping abilities of the beneficiaries and their informal caregivers. If too scarce, these home visits do not allow them to anticipate tipping points that foster worsening of the situation, leading to emergency calls to the GPs for expectable reasons, emergency room visits, etc. In the identification of the number of home visits, the visits provided by either a case manager or a psychologist were compared for the same project. The highest number of visits of the two was selected for the analysis of the whole project. For instance, if the psychologist did visit the frail older person on average twice per month and the nurse case manager once per month on average, the number of twice per month was used to describe that dimension for the project.

3. Component 3. Presence of a "real" psychological intervention– or absence of it.

It seemed indeed important to give a heavy weight to the presence of psychological support, as this support is supposed to help people to cope with their (often very complex) situation: acceptance of the dependency level, acceptance of the care suggested, support for common mental disorders like depression, pathological mourning etc. Projects organising this type of care stress that it is an important intervention. However, in two projects, the psychologist of the project only provides triage and, if there is really a need for psychological support or treatment, they refer to others. We decided to classify these projects in the group without psychological support.



## Part I C. Methodology of the learning communities

### C.1. Aim

The aim of the Learning Communities is to build and share knowledge and experience on interventions/ actions [17] between members of the community (professionals of the projects, civil servants and researchers). In this case, to support the frail older people and their informal caregivers to delay institutionalization and other important outcomes (e.g. quality of life, physical functioning, depression, costs, etc.). The actions and interventions discussed comprise both activities at the clinical level and organizational level. The members are expected to disseminate these good practices in their own projects and act upon it by adjusting their interventions.

### C.2. Methods

#### a. Engaging projects in a Learning community

Engaging the projects in a learning community, is part of work package 4 (Coordination, support to the projects and services for NIHDI). A steady group of people from the different project interacted on a regular basis in order to continuously improve practice. Three approaches were used. These were supported by a moderator.

1. Two interventions<sup>1</sup> per year to share experiences and build and share knowledge on good practices among projects. Two dates are proposed for each language group and participants can chose the most convenient data; Projects are invited to communicate informally amongst each other between those two interventions.
2. The profile of the persons invited to attend the interventions were either case managers or psychologist but an important requirement was that they should have direct contact with the population targeted by the projects of Protocol 3 (i.e. not project coordinators without clinical tasks).
3. Identification, development, description and validation of good practices by projects members, in collaboration with the whole community (interaction between individual project and moderator), under the supervision of the moderator and members of the qualitative team of the scientific consortium.
4. Availability of information and possibility for discussion via an electronic platform: SharePoint, a tool proposed by NIHDI to share information amongst community members in a secure environment (after use of their eID and PIN). SharePoint includes:
  - a. A forum function, to share good practice sheets and discuss them (all projects supported by the moderator)
  - b. Discussion forum, allowing community members to communicate
  - c. A library holding informative documents
5. Validation of some of the findings of the impact analysis by the means of discussions with the frontline workers of the projects involved in the learning community, considered as “real world experts”. Members of the learning community were asked to react upon the findings of the impact analysis (on the frail older people). In some interventions, the researchers involved in the quantitative analysis presented some findings and assumptions to explain those

---

<sup>1</sup> Interventions = structured interaction with peers

quantitative findings. The members of the learning communities were then invited to validate these assumptions.

The learning communities also contribute to the implementation analysis and programme for projects delivering case management or psychosocial support (WP 1) via the interventions:

- a) Validating the results of the case studies among all projects by presenting and discussing them during the interventions
- b) Sharing 'best practices' during the interventions and via SharePoint
- c) Supporting projects in their reflection about how to integrate the perspective of the beneficiaries into their self-evaluation process based on discussions during the interventions and on SharePoint

## b. Evaluation of engaging frontline workers of the projects in a learning community

The evaluation focussed on:

- Description of the overall process of and adaptations to the planned approach
- The participation of projects/participants in the different approaches used: interventions, the development of good practices and the use of the information sharing platform
- Exploring experiences of projects/participants with the learning community

## c. Exploring experiences of projects/participants with the learning community

The experiences of the participants with the learning community were explored using a qualitative approach. A focus group was performed at the end of the last intervention of each group (2 Flemish, 2 French speaking) using a semi-structured interview-script. The development of the script was guided by the NoMAD instrument, which is a tool for measuring implementation processes from the perspective of professionals directly involved in the work of implementing complex interventions in healthcare. The full script is available in Appendix 9.

The following broad topics were discussed:

- Usefulness (value) of the learning community for practice
- How did the approaches offered correspond to what participants expected?
- Experiences with knowledge building during the learning community activities
- Experiences with the different approaches used (interventions and platform and good practices)
- How to organise support of case-managers in the future

The focus group discussions were audio-recorded, transcribed and analysed using a thematic approach [18].

## Part I D. Methodology of the making of the sheets of best practices of case management, psychological and occupational therapy interventions.

The aim of the best practice sheets is to present a validated summary of best practices for Belgium, regarding case management, psychological and occupational therapy interventions, to provide recommendations regarding the target population, the setting, the description of the intervention, the type and intensity of the interventions, the requirements regarding the care provider and the conditions of implementation, etc. The use of best practices can be described in five points.

Firstly, it is necessary to make a distinction between the sheets of best practices of these three types of interventions. The record of best practices of case management is a bit different than the record regarding psychological and occupational therapy interventions. Indeed, the latter two interventions were not evaluated separately any more by the qualitative team during the evaluation of the projects of the second call. Therefore, for the interventions of psychological support and occupational therapy, the data used were those from 2010-2013, while the data used for case management included those from 2010-2013, but also from projects of the second call and the reflexive sessions with peers of the learning communities.

Secondly, three qualitative researchers participated in the elaboration of the sheets and this elaboration was based on all the results available so far (i.e. in December 2016). The aim was to present a summary of best practices for Belgium, regarding those three different kinds of interventions, as to provide adapted recommendations regarding the target population, the setting, the description of the intervention, the type and intensity of the interventions, the requirements regarding the care provider and the conditions of implementation, etc.

Thirdly, the sheets were reviewed by all members of the scientific consortium, who provided feedback. All comments were integrated and reviewed by at least another member of the consortium, and translated (to French when the sheet was elaborated in Dutch, and vice versa).

Fourth, a group of experts was invited to comment the sheet during a validation session in January 2017. Experts were recognized professionals in the field of the interventions under scrutiny, had to be independent from the Protocol 3 projects and were not to have links with politics (at the federal, regional or community level). In other words, we had to make sure that conflict of interest was minimised. They were invited by email and the draft of the sheet was sent to them one week beforehand. Experts who were interested but could not attend were invited to provide feedback by email. The validation sessions were moderated by a researcher and recorded, with the permission of the audience. During the sessions, the document was browsed and each time a comment was made, this was discussed until consensus was reached about how this point should be reported, making a clear distinction between what was extracted from the results from the evaluation of the Protocol 3 projects, and what came out of the discussion with the experts. All researchers from the scientific consortium were invited, along with the civil servants from the NIDHI.

Fifth, the draft was then updated with the comments made during these sessions and the written comments of the experts who could not attend. A last round was then made by writing. The updated version of the sheet was dropped in a shared folder in the cloud and every expert was again asked to comment the version. These comments and suggestions were then integrated into the final version.

The results of these validation rounds can be found in the Part Two Results section of the report.

(for interventions of psychological support only) Because we had insufficient precisions about the content of psychological support and the human resources needed for the different types of approaches, we decided to organize an extra validation meeting in March 2017, with only psychologist of all the Protocol 3 projects (i.e. not only psychologist from projects offering psychological support, but also psychologists from projects of case management, etc. Psychologists from projects from the second call were invited and also from the first call, if the project was still financed by the NIHDI.

Table 3. Stakeholders participating in the different validation sessions

| Profile   | Session occupational therapy 20/01/2017 | Session psychological support (1) 20/01/2017 | Session case management 01/02/2017 | Session psychological support (2) 09/03/2017 |
|---|---|--|------------------------------------|--|
| Civil servants (1 physio, 1 nurse, 1 midwife and 1 sociologist) | 4                                       | 3  | 3                                  | 2  |
| Expert patient  | 1                                       |  |                                    |  |
| Geriatrician  | 1                                       |  |                                    |  |
| GP  | 1                                       |  |                                    |  |
| Lecturer, occupational therapist                                |   |  | 3                                  |  |
| Occupational therapists in institutions                         |   |  | 4                                  |  |
| Psychiatrist in CMH   |   | 1  |                                    |  |
| Psychologist in CMH   |   | 1  |                                    |  |
| Researcher, economist   | 2                                       | 2  | 2                                  | 1  |
| Researcher, GP  | 2                                       |  |                                    |  |
| Researcher, nurse   | 2                                       | 2  | 2                                  | 2  |
| Researcher, occupational therapist                              |   |  | 1                                  |  |
| Researcher, physio  | 1                                       | 1  | 1                                  |  |
| Researcher, psychologist  |   | 1  |                                    | 1  |
| Researcher, socio   | 5                                       |  | 1                                  | 2  |
| Researcher, surgeon   | 1                                       |  |                                    |  |
| Social worker, coordination centre                              | 1                                       |  |                                    |  |
| Staff nurse, org. Nursing care at home                          | 3                                       |  |                                    |  |
| Psychologist or psychiatrist of P3 projects                     |   |  |                                    | 20 (+4 written feedback)                     |
| Total   | 24                                      | 11   | 17                                 | 31   |

## Part I E. Evaluation of the projects of occupational therapy

As described in the initial protocol of the second call, we did not evaluate the projects of the first call any more, nor were there new projects of “occupational therapy only” among the projects of the second call. Therefore, this part synthesizes merely how we collected the information of the projects of occupational therapy of the first call to provide explanations about the results of the quantitative analysis of the consequences of occupational therapy for older people in the different strata (see integrated and quantitative report).

Five criteria were selected to analyse the five projects of occupational therapy of the first call which were still financed at the time of the writing of this report. These criteria allow to observe a diversity among these five projects. These five criteria are (1) the intensity of the occupational therapy, (2) the level of multidisciplinary of their approach; (3) the use of a patient record; (4) the agreements with a medical supply agent and (5) the presence of training.

### E.1 The intensity of occupational therapy

Depending of the need and the demand for occupational therapy, but also on the resources available, occupational therapy was provided with a variation of intensity among the projects which delivered only occupational therapy. We assumed that the higher the level of service provision, the better for this population and that, when a low level of intensity was provided, this was more often because of a low level of resources (and thus, a high caseload of frail older people, per full-time equivalent (FTE) occupational therapist), and vice versa. We used the data of December 2013, which were the last data which we collected systematically for the scientific evaluation. According to the data we collected, a non-systematic review of the literature and consultation with experts (see Part I D, described above), a project with a **high intensity** had a **low** caseload per FTE occupational therapist, defined as 7-39 older people per FTE occupational therapist (score 3 on the scale of intensity). A project with a **medium intensity** had a **medium** caseload, defined as 40-50 older people per FTE occupational therapist (score 2 on the scale of intensity). A project with **low intensity** had a **high** caseload per FTE occupational therapist, defined as more than 50 older people per FTE occupational therapist (score 1 on the scale of intensity).

### E.2 Multidisciplinary approach

This characteristic was viewed as a proxy of the capacity of the occupational therapist to work in a network, which was considered as very important for the support of the target population. This criterion is the aggregate of two sub-criteria:

- Collaboration and feedback with other primary care providers, who already are part of the network of the older person
- Number of professionals participating in the making of the care plan.

The better the project scored on each of these subcriteria, the higher the score. It has to be mentioned that multidisciplinary approach depends very much of the configuration of the umbrella organisation. In case the umbrella organisation was an organisation providing nursing and social care at home, the multidisciplinary approach was facilitated for the occupational therapist because the organizational structure already provides the care provision by different disciplines, which is a strong impetus for multidisciplinary (shared tools, meetings etc.).

### E.3 Shared patient record

A shared patient record is necessary to manage adequately the information flow about the patients among the care providers who are part of the care network of the patient. This is facilitated when this patient file is electronic and available to anyone in the system. This was often the case when the umbrella organisation provided also nursing and social care at home. When no patient file was used, the project got a score = 0; when a paper version was used; the project got a score = 2 and when an electronic patient file was used, the score = 3.

### E.4 Agreements with a supplier of medical devices

The professionals of the projects mentioned that the financial means of the older people in the projects were often low to very low. This is an important barrier when it comes to accepting changes in your home environment or to buy aids for your mobility, that are nonetheless mandatory because of impaired functional status (e.g. handles, ramps, rollator, ...). Therefore, having special agreements with a supplier of medical devices, who could not only provide samples of materials in order to test them, but also discount prices on all their materials, even second-hand (and much cheaper) devices, was certainly an asset. Projects in which this was the case got a score = 3, projects without such an agreement got a score = 0.

### E.5 Training

Occupational therapy at home is fairly new and the majority of occupational therapists of the Protocol 3 projects stated that they had a low level of experience of working at home, which requires specific skills (for more information about the skills needed for an occupational therapist, not only at home, but sorely needed at home, see Part II C of the records of best practices, see 5 and 6 for occupational therapy). Unfortunately, as we will see in the results part, none of the projects provided such training, which was thus not a discriminating criteria but which we kept nonetheless, to highlight this point in the report.

## Part II. Results

---



## Part II A. Qualitative results of all the projects of the second call elaborated with the help of the results from the case studies

### Introduction

Two interventions seemed to be key among the projects of the second call.

First, case management, as the aim of the interventions of the second call was to move more strongly towards integrated care and case management is assumed appropriate for many frail older people living at home. Second, interventions of psychological support, which were present in 14/25 projects and often found to be appropriate for this population. This is the reason why the results are displayed following the presence or absence of case management, the presence or the absence of the supply of psychological support in the project, and the level of intensity. Those three features are explained and justified below.

#### A.1 Case management.

As we defined in the methods' section, to define whether the project delivered adequate case management, we relied on one of the components of case management that was found to be the most discriminant in the results of the evaluation of the projects of the first call, i.e. the embeddedness of case management within its local system. As a proxy for this component, we examined whether the case manager provided feedback to the frail older person's general practitioner (GP) about the results of the BelRAI and/or the results of the intervention(s). A project where the professional calling himself a case manager provided either feedback about the BelRAI to the frail older person's general practitioner, either feedback about the results of the interventions provided by the project to the frail older person's general practitioner, was identified as an adequate type of case management (F1). A project in which this was not the case was evaluated as providing inadequate case management and named Fo ('F' for Feedback to the GP).

Because the older people in these projects are frail and deemed in need for case management, they will be called 'patients'. This is certainly not intended to reduce these persons to their sickness state.

#### A.2 Psychological support

Second, we grouped projects according to whether they organized psychological support by a trained psychologist or not. In a project of psychological support, this psychological support had to be provided by a trained psychologist. This means that a project, which claimed to provide psychological support, but was delivered by an occupational therapist, was not called a projects delivering psychological support. Moreover, the caseload per full-time equivalent (FTE) psychologist had to be lower than 40 FOP/FTE. Indeed, as we will see in the category of projects which we did not name as 'psychological interventions', the psychologists had sometimes a caseload of 100, or even 200 FOP/FTE psychologist. This caseload does not enable the psychologist to provide adequate psychological support and can thus not be named as such. Projects organizing psychological support were named 'P1' and projects which did not were named 'Po'.

The mechanisms by which the psychological interventions were supposed to foster desired outcomes for the beneficiaries or their informal caregiver can be found in Table 4 below.

Table 4. Mechanisms identified by the psychologists of the Protocol 3 projects, targeting different populations

| Target population of the psychological intervention | Type of intervention<br>→ related to an explanatory mechanism<br>→ related to outcomes   |
|---|--|
| Beneficiary   | <u>Intervention</u> : one-to-one sessions at home with the patient<br><u>Mechanism</u> : support the work on the autonomy of the patient<br><u>Outcome</u> : increased knowledge about the drivers of autonomy of the patient; this information can be shared among other care providers   |
| Beneficiary   | <u>Intervention</u> : focus on mood problems and follow-up of affective changes<br><u>Mechanism</u> : quick reaction to avoid sliding<br><u>Outcome</u> : improving of the mood  |
| Beneficiary   | <u>Intervention</u> : open discussion with the psychologist<br><u>Mechanism</u> : Humanisation of the care via psychologist: the home does not have to become a nursing home. It has to remain a home.<br><u>Outcome</u> : increased confidence of the patient and/or the informal caregiver in their own capacities to stay at home   |
| Beneficiary   | <u>Intervention</u> : one-to-one sessions with the patient, where there is an in-depth analysis of the representations, explanatory logics and psychological, medical and social impact of the dependency<br><u>Mechanism</u> : the patient feels listened to and values the explanatory logic provided<br><u>Outcome</u> : increased self-esteem and trust in the own capacity of the patient |
| Beneficiary   | <u>Intervention</u> : one-to-one session with the patient working on self-esteem (e.g. when the older persons express their perception that they cannot control anything.)<br><u>Mechanism</u> : Working on self-esteem can increase autonomy<br><u>Outcome</u> : increased belief of the capacity of the older person to remain at home   |
| Beneficiary   | <u>Intervention</u> : one-to-one sessions, to provide an adequate diagnoses of the symptoms (e.g. depressive symptoms versus 'bad day')<br><u>Mechanism</u> : prevention of worsening of the situation and its consequences (suicide or abuse)<br><u>Outcome</u> : prevention of suicide or abuse  |
| Beneficiary   | <u>Intervention</u> : proposal of meaningful activities after careful assessment about the adequacy of such activities in this specific situation<br><u>Mechanism</u> : stimulation of the social network<br><u>Outcome</u> : improvement of the social network, diminution of sense of isolation and as a consequence, improved psychological wellbeing                                       |
| Beneficiary   | <u>Intervention</u> : Psychological support by max. 1-2 sessions: Neuropsychological and/or cognitive assessment and assessment of the burden of the informal caregiver<br>Not very clear what they expect by doing this   |

|                     |   |
|---------------------|---|
| Informal caregiver  | <p><u>Intervention</u>: listening to the emotions and fears of the informal caregiver– giving room for this expressions</p> <p><u>Mechanism</u>: allowing them to take a step ahead from their relation</p> <p><u>Outcome</u> : decreased feeling of burden</p>   |
| Informal caregiver  | <p><u>Intervention</u>: one-to-one session with the informal caregiver</p> <p><u>Mechanism</u>: Recognition of their role as informal caregiver: the informal caregiver feels supported and listened to.</p> <p><u>Outcomes</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ prevention of burnout and crises <ul style="list-style-type: none"> <li>- → improving the relationship between beneficiary and informal caregiver</li> <li>- → counter isolation of the informal caregiver</li> </ul> </li> <li>→ Increased knowledge from the psychologist about the needs of the informal caregiver</li> <li>→ this knowledge can be shared among other care providers and adapt their interventions accordingly</li> </ul> |
| Informal caregiver  | <p><u>Intervention</u>: provide moral support to the informal caregiver to support his role</p> <p><u>Mechanism</u>: rationalisation of the role of the informal caregiver</p> <p><u>Outcome</u>: the informal caregiver feels empowered</p>  |
| Informal caregiver  | <p><u>Intervention</u>: one-to-one session with the informal caregiver</p> <p><u>Mechanism</u>: Redefinition of the role of the beneficiary, who sometimes only exists in the role of the care recipient and dependent person (excluding everything else)</p> <p><u>Outcome</u> : increased self-esteem and quality of life of the informal caregiver</p>   |
| Informal caregivers | <p><u>Intervention</u>: Psychoeducation of the informal caregivers (12 sessions of 2 hours)</p> <p><u>Mechanism</u>: Focus on instrumental and emotional coping of the informal caregivers of people with dementia</p> <p><u>Outcome</u>: increased coping skills and decreased feeling of burden of the informal caregiver</p>   |
| Network             | <p><u>Intervention</u>: Interaction with care providers</p> <p><u>Mechanisms</u>: enhancing expressions of the tensions in the complex and often emotional situations</p> <p><u>Outcome</u>: avoiding conflicts</p>   |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Network                        | <p><u>Intervention:</u> Often intervention in crisis situations, due to problems of acceptance of loss and which translate in psychological symptoms.</p> <p><u>Mechanism:</u> not direct psychological support to the patient but to act on the whole system and, by doing so, support the capacities of the system to care for the older person. Theory of the mirror</p> <p><u>Outcome:</u> increased coping skills of the network to interact adequately with the patient who, in turn, will interact more adequately with the network</p>   |
| Patient and informal caregiver | <p><u>Intervention:</u> Psychosocial support by the means of an occupational therapist, physiotherapist and music therapist. The music therapist has a psycho-analytical approach. They focus on the perception of the beneficiaries with dementia.</p> <p><u>Mechanism:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation of the support capacity of the informal caregiver.</li> <li>- Combination with case management for a better alignment of needs and care provision.</li> </ul> <p><u>Outcome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- For the informal caregiver: increased sense of peace of informal caregiver and increased quality of life.</li> <li>- For the person with dementia: increased trust and sense of relief because a professional takes time to acknowledge and assess the situation</li> </ul> |
| Professional network           | <p><u>Intervention:</u> talk about the reasons of conflicts in the network</p> <p><u>Mechanisms:</u> prevention of conflicts with formal network, which is a risk factor for definitive institutionalisation</p> <p><u>Outcome:</u> decrease the risk of institutionalisation for this reason</p>  |

### A.3 Intensity

Besides the features of case management (feedback to the frail older person's general practitioner) and psychological support (by a trained psychologist and a caseload per FTE psychologist that could not be higher than 50), we put a third feature into the classification, i.e. the intensity of the intervention. Projects in which either the case manager, either the psychologist did at least two home visits per month, on average, were labelled as 'I1' and projects in which one of those two professionals came less than two times per month, on average, were named 'I0'.

The total classification including the 25 projects of the second call would then propose eight different groups, with those three features.

However, two groups comprised no projects: FoP1I1 and FoPoI1.

The presentation of the results is displayed along the components of Wagner's Chronic Care Model: a. Appropriate workforce; b. Tailored service design and organisation (this includes also the target population and the frequency of home visits); c. Community linkages; d. The appropriate financial incentives; e. Processes in support of quality of care; f. Knowledge management and decision support and g. Clinical information tools. A specific paragraph describes the features of psychological support, if the projects organize psychological support.

Table 5. Summary of the two classifications

| Classification with eight groups | Final classification |
|----------------------------------|----------------------|
| F1P11                            | F1P11                |
| F1P10                            | F1P10                |
| F1Pol1                           | F1Pol1               |
| F1Polo                           | F1Polo               |
| FoP11                            | No projects          |
| FoP10                            | FoP10                |
| FoPol1                           | No projects          |
| FoPolo                           | FoPolo               |

## 1. Projects delivering case management and psychological support (high intensity): F1P11

In this group of projects, we find projects in which case management consists of an adequate level of feedback about the results of the BelRAI assessment and/or the interventions provided by the projects, to the patient's GP. Within this group, a trained psychologist delivers psychological support to the patients who need it, and the caseload of patients per FTE psychologist is under 50.

As resulted out of the qualitative analysis, this type of service delivery is best suited to patients with the most complex healthcare needs (i.e. with a mix of cognitive and functional problems in the frail older person) and their informal caregiver, in which the case manager, acting as a reference person, is the advocate of the patient. We acknowledge, as is described in the full report, that the first advocate of the frail older person is the person himself or his informal caregiver. If this is not possible, due e.g. to loss of autonomy because of cognitive decline, then a professional of the network of the beneficiary can function as a case manager as long as the situation is not too complex. It is only in complex cases, estimated at 5% of the whole population of people having chronic diseases, as is often the case for older people, that a professional case management is needed.

Six projects are part of this group: projects F1P1122, F1P1112, F1P1115, F1P1116, F1P1118 and F1P1120. In three of these projects, the umbrella organisation is a nursing service at home; the other ones are either a nursing home or a centre for the integration of care. Except for two, all were part of the projects of the first call. However, even one that was not part of the first call had experience with the Protocol 3, because they duplicated a project of the first call into another city. This project is described in detail in the case study (case study of project F1P11).

### a. Appropriate workforce

The profile of the case manager in these six projects is very diverse: in four projects, a nurse is present (she or he can be a community nurse; in four projects an occupational therapist is present, and in two projects, this occupational therapist is seconded by a psychologist and a community nurse. We can observe that this case manager works never alone. In this group, the number of home visits per patient was on average twice per month and the number of hours spent per patient amounted to 37,2 hours for the duration of the follow-up, on average (ranging from 7 hours to 56 hours). This is the double of hours spent in care by the second most intensive groups of projects (F1P110 and F1P011). This duration of follow-up (i.e. inclusion period in the project) varied importantly within this group of projects and amounted to 200 days (6,5 months) on average (ranging from 136 days to 266 days) per project).

The mean caseload per FTE case manager in this group of projects was among the lowest: 19 patients per FTE case manager, and varied among the projects in this group, ranging from 13,5 FOP per FTE case manager to 42,5 FOP per FTE case manager. Understandably, the cost of this group of projects was also higher than the other groups, ranging from 200 to 623 € (mean: 337 €).

Table 6. Summary of the appropriateness of the workforce in the group of projects F1P11

|   | F1P1122           | F1P1112  | F1P1115                | F1P1116           | F1P1118  | F1P1120  |
|---|-------------------|--|------------------------|-------------------|--|--|
| Profile of case manager   | (community) Nurse | Social worker, Psychologist and occupational therapist | Occupational therapist | (community) Nurse | (community) Nurse, Psychologist and occupational therapist | (community) Nurse, Psychologist and occupational therapist |
| Number of case managers (FTE)   | 2 (2)             | 13 (7,24)  | 2 (1,75)               | 4 (2,1)           | 3 (2)  | 2 (1,99)   |
| Nb. hours spent by the case manager per patient (incl. indirect care) | 15                | not spec.  | 56                     | 7                 | 54   | 54   |
| Mean duration of follow-up (days)                                     | 203               | 234  | 204                    | 266               | 136  | 156  |
| Mean caseload per FTE case manager                                    | 42,5              | 13,8   | 14,3                   | 17,6              | 13,5   | 14,6   |
| Mean cost per project (per patient per month)                         | 319 €             | 347 €  | 321 €                  | 623 €             | 213 €  | 200 €  |

The turnover rate of the case managers was quite important, as in all but one projects the case manager changed during the observation period. This is certainly a drawback in terms of building trusting relationships between, on the one hand, patients and informal caregivers and, on the other hand, with other care providers: there is a need for time for building these trusting relationships. An important aspect of the appropriateness of the workforce is the vocational training of the case managers, especially in Belgium, where a specific training does not exist. In all those six projects, a specific training was provided about interprofessional care and collaboration, including training about sharing of information.

#### b. Tailored service design and organisation

Patient-centred care implies that the service and care is tailored to the goals of the patient. This is indeed an important feature of these interventions and care providers claimed repeatedly that the intervention should really focus on the needs, preferences and resources of the frail older person and his informal caregiver. Therefore, it is expected that the professionals perform a thorough assessment of the situation, and that this assessment guides the subsequent interventions. In those six projects, the results of the BelRAI were indeed used for care planning and in half of the projects, this was done in multidisciplinary.

Besides this assessment, the follow-up of the situation at home is important and, therefore, the number of home visits is of importance, to be able to follow the situation, and anticipate crises by

early detection and action. This follow-up can be delegated to another primary care provider, who goes regularly at home and who is able to detect those signs and discuss them with the stakeholders: the patient, his informal caregiver and their professional network of care and support for care. In all those six projects, home visits occurred at least once per two weeks, which is a minimum for follow-up, but also for building trusting relationships with the stakeholders involved.

The target population of this group of projects was overall frail older people, without a specific definition a priori. The included population in this group of projects was 207 and the distribution related to their level of functional or cognitive limitations is shown in Table 7. This group had the largest proportion of older people with behavioural problems.

Finally, an important dimension in this aspect is the participation of the professionals in the decision process about the tailoring of the service and care supply, including its organisation at the meso-level, in order to tailor the supply of the services for the whole population included in the process and plan the project strategy according to the needs of the local system. In all those six projects, the professionals of the projects attended meetings where decisions were made at the strategic level of the project, allowing an appropriate amount of autonomy of the professionals.

Table 7. Summary of the tailored service delivery in the group of projects F1P11

|   | F1P1122                    | F1P1112                    | F1P1115                        | F1P1116                    | F1P1118                    | F1P1120                    |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Use of the results of the BelRAI                        | Yes                        | Yes, in multidisciplinary  | Yes                            | Yes                        | Yes, in multidisciplinary  | Yes, in multidisciplinary  |
| Target population                                       | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs | (younger) people with dementia | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs |
| Included population: total N                            | 39                         | 39                         | 16                             | 40                         | 32                         | 41                         |
| Included population: % low limitation                   | 38,46                      | 38,46                      | 12,5                           | 55                         | 12,5                       | 34,15                      |
| Included population: % high IADL and some cogn. deficit | 46,15                      | 46,15                      | 25                             | 17,5                       | 31,25                      | 31,71                      |
| Included population: % High functional deficit          | 2,56                       | 2,56                       | 0                              | 5                          | 9,38                       | 9,76                       |
| % Included population: Functional and cognitive deficit | 10,26                      | 10,26                      | 12,5                           | 10                         | 28,12                      | 17,07                      |
| % Included population: With behavioural problems        | 2,56                       | 2,56                       | 50                             | 12,5                       | 18,75                      | 7,32                       |



c. Community linkages

In this part, we checked the local embeddedness, especially through the lens of formal agreements with community services providing social care. All projects had those agreements and had regular meetings with those agencies. The coordination centres were also their main referrers.

Besides, we checked also which other services were provided by the project (through the same umbrella organisation). We assumed that the information flow between care and services, which could be useful to this population, was more likely to be fluent if these services were already coordinated at the onset. These services are described in Table 8. It has to be highlighted that occupational therapy is offered in five of those six projects, which can be seen as a sign that these projects find it an important offer of care for this population of frail older people.

Table 8. Summary of the other services provided besides case management and psychological support in the group of projects F1P111

|                         | F1P11122   | F1P11115                           | F1P11112               | F1P11116  | F1P11118  | F1P11120                          |
|-------------------------|--|------------------------------------|------------------------|---|---|-----------------------------------|
| Other services provided | Occupational therapy<br>Night care<br>Crisis accommodation<br>Flexible family care<br>PAS<br>Screen care | Dietician,<br>Occupational therapy | Support of the network | Occupational therapy<br>Aesthetic care and well-being | Transport and elderly sitting (6h/mth) + Occupational therapy | Occupational therapy, toy library |

d. Appropriate financial incentives

Here, we looked at the incentives provided for GP participation to the project. In all six projects, a financial incentive was provided to the patient's GP to participate in multidisciplinary meetings and the involvement of the GPs was found to be good except in two projects. In these three other projects, this led to an adequate involvement of the GP with the multidisciplinary care (e.g. attendance to multidisciplinary meetings where they were invited by the coordinator or case manager).

e. Processes in support of quality of care

The care plan was adequately monitored in all six projects, which the participants claimed to use and to monitor (amongst others, by the means of the regular home visits). As stated before, they fed back the results of the BeIRAI to the other primary care providers, including the patients' GPs. They all used the results of the BeIRAI to guide their interventions, as we described above.

f. Knowledge management and decision support

In five of the six projects, professionals of the projects claimed to use protocols, based on evidence-based guidelines and in two projects, those protocols were even multidisciplinary.

In addition to this, the knowledge management was adequately supported by structured discussion with peers ("intervisions"), which were organized on a regular basis within those six projects. Moreover, in all but one of those projects, these intervisions included a supervisor, who could provide extra knowledge about topics interesting to the management of those complex situations.

g. Clinical information tools

Each of those projects used an electronic patient record, allowing fluent information flow among the professionals of the project, but only accessible to those who were part of the same umbrella organisation. At the positive side, all also had a dedicated software to coordinate the care for the older people they cared for, including prompts and reminders.

h. Features of the psychological interventions in this group of projects

In all of these projects, a trained psychologist provided psychological support. He or she presented him or herself in due time and taking care of what this term means to the patient (as opposed of presenting the psychological intervention as a 'treatment'. This approach means that the support is not stigmatizing. The type of needs or demands of the target population came mainly about acceptance of the dependency situation loss of autonomy ("depressive symptoms"), less from patients or their informal caregivers in crises.

The average frequency of home visits matches those of the case manager (twice per month per patient). There is a certain flexibility allowed, enabling to increase the frequency, based on the need and demand. The duration of each visits fluctuated from 1h to 2h per visit.

Only two of those six projects refer the patient to a centre for mental health, as they are able to offer psychological therapies to the patients or their informal caregivers.

The duration of the psychological intervention is always set in time and there is a formal evaluation at the end of this time, where both parties discuss whether the support should be prolonged or not. In three projects, this fixed duration is six months, in two projects, eight to nine months, in one project, twelve months.

In five projects, there are only individual sessions at home (in presence of the informal caregiver, if needed and deemed appropriate); only one project organizes also collective sessions.

i. Case study F1P1I1

**1) Summary of the project**

This is a project proposing case management by the means of a team, composed of a psychologist, a community nurse and an occupational therapist. The function of case manager is alternatively carried out by one of the three professionals, and the choice of the reference person is made on a case by case basis. It is the same for the intensity of the follow-up, which can be as much as once or twice a week, if deemed necessary, or much lighter (once per month). The project provides integrated care in situations of complex care needs especially in situations of refusal care. The location of the service is not in the areas where the services are but in another location, where the headquarters of the umbrella organisation are situated. This is because they absolutely wanted all the members of the team to share the same office, to foster information flow (*and also control by the umbrella organisation?*) and, by this, interprofessional collaboration within the project.

## 2) *A typical patient case*

The older couple was interviewed twice, with one-year interval. The husband is the main beneficiary. He is 87 years old and suffers from Alzheimer's disease and COPD (former miner), associated with severe weight loss and falls. A nurse comes already daily for his personal hygiene. His spouse has end-stage kidney failure and has to undergo dialysis three times a week at the hospital. During these times, the husband cannot remain alone at the house, because of his confusion in time in space, frequent falls and his anxiety when his spouse leaves the home. This was the main reason why the project was asked for because the situation went out of hand and there were a lot of tensions between the couple. After a careful assessment of the situation, mainly by the psychologist case manager, it appeared that the spouse caregiver felt overburdened by the situation and could not sleep well during the night because of frequent cries of her confused husband. Different interventions were proposed simultaneously:

- Free transportation was organised for the spouse to undergo dialysis,
- Supervision was organised for the beneficiary during the leave of the spouse.
  - This was done through an alternation of the occupational therapist, the home help and the elderly sitter (*oppas/garde-malade*). The occupational therapist's presence was justified because the beneficiary had mobility problems and needed help to learn to walk with a rollator, as well as techniques to avoid falls when coming out of his bed. All these professionals are able and comfortable to administer aerosol therapy, that was also needed by the beneficiary.
  - The social nurse came on a regular basis to provide targeted information to the couple about coping with the weight loss, in collaboration with the GP of the couple. The GP prescribed some steroids, to increase the appetite. The social nurse also supported the spouse instrumental coping skills needed to deal with the husband's Alzheimer disease (information about how to cope with his memory loss, constant questions, anxiety, etc.).
  - The psychologist supported her emotional coping skills during talking sessions at home.

As a result of the intervention, the husband regained weight and strength, with fewer falls as result; the spouse caregiver felt supported and listened to, which resulted in fewer tensions in the couple and an improved quality of care. They expressed great relief because of the professionalism and kindness of the case management's team, which they visibly trusted. After one year, they left the project because it was not needed any more; the interventions of the other care professionals continued and they knew they could always call if the situation deteriorated. However, the end of the intervention came as a disappointment because they enjoyed the advice given. Even if they know now they can call the project if the situation should deteriorate, they are reluctant to do so, out of fear to be a burden for the professionals...

## 3) *Trigger to write the project*

The main incentive to the project was that, among the older people with complex care needs of the umbrella organisation (a home nursing company), a fraction refused care, while obviously in need of care. They consider that a better integrated care for frail older people by the means of better collaboration with other primary care workers will be achieved through time, when word of mouth will do its work. Continue with better role definition against usual functions.

#### 4) *Preparation of the project*

The preparation phase was marked by a too long time elapsing between the call and the effective start of the project (i.e. including clients) and thus, the contacts with the potential partners, and the acceptance of the project (one year). Because of this, some partners thought the project never started and they had to re-do the promotion effort towards the partners, with whom they had lost some of their credibility (hospitals and GPs).

#### 5) *Geographical context*

The first project (first call) was located in another area, so the second is a new area but with the same components of the project. Both locations are characterised by a high percentage of people with low incomes but the present project is located in an exceptionally socio-economical challenged area. It has to be highlighted that, in the same city, three other Protocol 3 co-exist and there is an explicit fear for concurrence. Another important point is that the stakeholders outside the project pointed out that primary care nurses take currently on roles that are not theirs (a little occupational therapist, a little psychologist ...) and are afraid to delegate out of fear to loose clients. On this issue, there is a risk of competition between these three projects but also a risk of conflicts between the professionals who works under various staff regulations (for example independent status versus employee of an entity). Their professional constraints and logics can be different which may impede the cooperation at home. The area is also known for the difficult engagement of local GPs with projects that are not GP-led.

#### 6) *Objectives and expectations of the project*

The project aims to provide integrated care in situations of complex care needs and in situations of refusal care. In these situations, the frail older person and his informal caregiver could have difficulties to cope with loss of autonomy, living with chronic diseases and accepting professional help, the latter express frequently feelings of guilt.

They want to provide care at the second level and not substitute themselves to existing care. The focus is on psychological support, because of the prevalence of refusal of care, provision of targeted patient and informal caregiver education. They also offer the services of an occupational therapist, who can offer to adapt the home environment to improve the safety and improve communication with frail older people with cognitive problems. This project also added a social dimension in their package of interventions, because of their experience of recurrent loneliness of most of their target population. They put a focus on social reactivation, by the means of intensive information about social meaningful activities for the frail older people in the local network. In that way, they have implemented a games library, in 2016, which offer concrete and adaptable tools at home to act in various fields: boredom of elderly people, stress, cognitive abilities, fine-motors skills, etc. These tools can be used by primary care professionals, especially home care workers (*aides familiales*), where appropriate.

Another important aim is to be the advocate of the older people, which can lead to difficult situations, e.g. when the care provided by other care providers is suboptimal. In this case, the case managers have to act actively as an advocate of the beneficiary, which can be seen as a form of control by the other care providers. A transformational type of leadership is needed here, putting the interests of the patient first. This role can be difficult because he can be perceived as an attempt of an external

control of the work. The quality control of the care can be perceived as illegitimate by the other member of the team.

However, thought time, in 2016, they have better relationships mainly with home care workers (aides familiales), and, to a lesser degree, with nurses.

The project aims to improve the quality of life of the beneficiaries and their informal caregivers through the following means:

- Discover the unmet need;
- Decrease or stabilize the loss of autonomy of the frail older people through the psychological support and the adaptation of his environment;
- Decrease the level of anxiety, the feeling of guilt etc. (psychological support) to the frail older people and his informal caregiver in order to get a better acceptance of necessary care;
- Better integrated care for frail older people by the means of better collaboration with other primary care workers.

### *7) Promotion of the project*

They organize many information sessions to promote the project in partner organisation and non-partners in area (NH, front-line professionals, independent medical professionals).

They observe that, despite constant promotional efforts, the reflex to propose their services is not acquired by the primary care workers. Therefore, the promotion has to be repeated again and again.

They claim that they may not have enough time to promote the project in a way they would like.

They have a lot of expectations about training but not in case management. When asked, they only mention training in their own field of expertise (psychologists, etc.). Besides these trainings, reflective team huddles among projects members, if possible with an external expert, are highly valued.

### *8) Interventions*

The intervention is focused on case management, firstly led (i.e. first contact) by a psychologist, who takes time to listen to the real need (latent and expressed needs) of the frail older people-informal caregiver dyad. This first contact made by the psychologist is an original and positive approach because the psychologist brings her relational skills. Her presence allows to instil relationship of trust more easily while also considering the emotional aspect or the possible cognitive disorders. She can also ease the acceptance of the other services afterwards.

Because of the proportion of people included during a "tipping point" situation and/or refusal of care, the first weeks of the inclusion are intensive, which means that they are able to include fewer people than in other projects. Indeed, in some cases, the care is accepted quite easily while in other cases, the care is only accepted after the building of a trusting relationship, which takes time. This refusal can have different causes: the apprehension to show his home surrounding to professionals who could propose the institutionalization, the fear to open the door to unknown persons, difficulties to accept the help because of certain cognitive pathologies or the fear of the withdrawal of the main family carer (decrease of the visits). This refusal is identified to get better acceptance by the team and to improve the existing services. To this end, they lead up the primary care professionals to new interpersonal and communication practises which are better adapted to the life context of patients.

Afterward, in a second step, the community nurse provides mainly information about the illnesses (patient and informal caregiver education, information about the available resources), while the occupational therapist provides information about the available devices and know-how, including the

adaption of the home environment. A care coordinator of the umbrella organisation takes over the operational coordination of the care, in close collaboration with the team of case managers. The team has a good flexibility to carry out the follow-up, based on the needs of the frail older people and informal caregiver. The project wanted to implement screen care (Care<sup>2</sup>) but this was not carried out due to technical reasons of Care<sup>2</sup>. The intervention lasts as long as the frail older people are not institutionalised, but is evaluated every six months formally. This does not exclude that in a few cases, the frail older people leave the project in between because the objectives of the frail older people or informal caregiver cannot be met.

One of the strengths of the intervention is that the care is provided by a trio, who interact fluently together. This means that the older people benefit from their expertise as a health care provider and as a case manager and that a broad waiver of care can be provided, according to the need of the moment. Moreover, if the situation is too delicate, complex or time-consuming, another case manager can take over, which is an important feature to avoid burnout. This closeness between professionals means that it is natural for them to transcend discipline-related boundaries, see really the beneficiary as a partner and to provide consistent, meaningful care. Sharing the same desk promotes frequent interactions between the members of the team, overtaking of the disciplinary frontiers in order to gather different types of skill around the patient. It eases to take over by another professional of the team.

There seems to be a difficult balance between continuous a promotion of the project (which is time-consuming), to ensure a sufficient caseload and an overflow of the caseload, which could lead to waiting times for the target population. Indeed, the latter does not seem acceptable to the members of the project, because when they intervene, the situation is often at a tipping point of (unwanted) institutionalisation.

They receive regularly demands to train other professionals about coping with older people with dementia (e.g. the occupational therapist provides training for chauffeurs about driving disoriented persons inside the umbrella organisation).

### **9) Target population**

Mainly, patients already cared for by the home health care organisation (umbrella organisation): people with complex care needs, often reluctant for care, of which the informal caregiver is reluctant to ask for help (guilt). Overall, the beneficiaries are recruited in a "crisis" situation, when much time is needed and the usual care does not have that time. Examples of those crisis situations are after hospitalisations (but the demand is not formulated during the hospitalisation), cry for help of the overburdened informal caregiver (waiting lists are not acceptable here).

They claim that they reach the correct target population – older people with complex care needs. However, they remain conscious that there are older people out there who might benefit from their interventions and that they cannot reach, e.g. socially isolated people. Therefore, they sense the need to make the project known to possible referrers (mainly, professionals who are already in contact with this population, such as home help (home care workers/aides familiales), nurses, GPs and, of course, coordination centres).

### **10) Caseload**

After a long starting period, hampered by recruitment issues and difficult promotion (high turnover rate of professionals of partner organisation) the project exceeded its caseload after one year, they achieve their caseload of 29 frail older people and their informal caregivers (August 2016) without problem (caseload in the convention: 26). Therefore, they haven't been follow-up certain dyad who would have needed more. The ratio frail older people/FTE CM was 1/14,6 (August 2016), the duration of such follow-up is a minimum period of 6 months. At the beginning, they intervention is intensive (once per week during the first weeks or even months) because the profile of their population (refusal

of care). They following the needs and the evolution of the person and his informal caregiver with flexibility.

### *11) Human resources (staff) and other resources*

1 FTE psychologist, ½ FTE social nurse and ½ occupational therapist are working for this project (the same configuration as in the twin project). These professionals share their time between direct and indirect care. Among direct care, they conduct case management and clinical care (i.e. psychological support by the psychologist, therapeutic education by the social nurse and home environment counselling by the occupational therapist). When asked, they reckon that the time spent in direct patient care is 2/3 against 1/3 indirect (administrative) care.

Working with part-time staff is not easy, especially during holiday periods, where a long time can elapse before the patients can have access again to that part-time worker.

They are supported in their work by an administrative worker, who makes the phone appointments and calculates the number of hours spent in direct patient care.

None of the psychologists are trained in gerontology (as such a training does not exist in Belgium) but all staff members are highly engaged in geriatric care and really value working with older people, for whom they see they make a difference into their lives.

At the beginning, the social nurse did not really do case management because she had just left school. However, this changed over time when she became more experienced in here role. The case manager role seems really taken on by the team. At the onset, the psychologist seemed to take the lead and was the reference person for the informal caregiver-frail older people dyad but this also changed over time. Indeed, when interrogated after one year's working, the members of the project claimed that the role of reference person was taken on alternatively by one of the three of them.

There is a powerful dynamic going on among staff members, who repeatedly reflect about their own practices. This is of course facilitated by the grouping of their office in a single open space room. This room is situated in the headquarters of the umbrella organisation, which means that they have also an easy access to the information related to the availability of services and conditions for reimbursement. In 2015, to gradually reinforce their services and to meet social, financial or legal demands, they submitted a request to hire a social worker.

There was a turnover of one of the psychologist of the twin project and of the occupational therapist of this project, both because of the pilot status of the project, which procured no certainty about the perennation of their contract.

### *12) Partnership*

The collaboration with some of the partners and participants is not fluent and this is corroborated by different stakeholders.

- GPs in that region are overtly negative of all what seems to come from NIHDI or FPS Public Health (BelRAI, etc.). During the data collection, the scientific consortium was not able to include local GPs in the focus groups of 2015 and 2016, despite trying different strategies (direct contacts or via GP circles, arrangements of time and location). They always provide a feedback on their intervention to GPs by phone.
- Independent nurses are afraid of the concurrence (overtaking of the management of their patients).
- Another P3 of that region seemed to have refusing to meet them.
- One of the hospitals which agreed to collaborate, refused when the project started really (silo-working? Insufficient knowledge about the added value of the project? Project used as a



punching ball to resolve internal conflicts?). The possible referrers (geriatricians, head of social nurses and a senior nurse) are willing to collaborate but not their n+1 and n+2. With others, the interprofessional partnership becomes better and better through time. An important asset is a geriatric liaison nurse of a partner hospital. Over time, (questionnaire 2016) they describe better relationships mainly with home care workers (*aides familiales*), and, to a lesser degree, with nurses. If the frail older person concerned agrees to it, they provide a feedback on their intervention to the others professionals involved. More generally, the others professionals provide their feedback to the team, especially in significant change. There seems to be a concurrence between the coordination of the umbrella organisation and the coordination centre of the community welfare centre (CPAS/OCMW).

### **13) Coordination of the intervention**

The project uses a specific software to share and record patient information, the nature and the frequency of their interventions and the results of them. They do not have a specific communication book at the patients' home, because they interact often directly by phone with other care providers. Indeed, they think this way of sharing information goes faster and is more efficient than waiting for a response in a communication book.

As hinted above, an important resource is the fact that the members of the two projects share the same (open) office, so that the level of informal interaction is very high. For instance, the psychologists have a real coaching function towards their colleagues, regarding psychosocial support and adequate behaviour in the different stressful situations they encounter. Another point is the devices the occupational therapist can leave in the frail older peoples' home, so that they can test them before buying them. This is at the same time an added value to the project AND lowers the threshold to accept (and buy and use) those devices.

After one year after the start of the project of the second call, they appointed an extra coordinator for the project, who should enable a better communication with the NIHDI. The aim was to double the coordination, as the two coordinators should supervise the two projects and ensure "continuity of the environment of the project".

The project members repeatedly claimed that they had insufficient time for the administrative work asked by NIHDI and that they would have preferred to know in advance the amount of work demanded by the scientific evaluation and administrative follow-up/control. Moreover, to reinforce the team and to meet social, financial or legal demands, they submitted a request to hire a social worker in 2015.

At the same time, they claim that it is difficult for them to plan visits, as the time needed for an intervention can easily last 1h30. Therefore, they can only do two visits per day, rarely three per day. As the geographic coverage is wide, they have to take into account time of travel.

### **14) Coordination of the project**

The members of the projects and their counterparts of the twin project are salaried professionals of a large home care organisation. Their office is located within the headquarters of that organisation. They are supervised by an administrative coordinator, who changed two times since the start of this project (i.e. since 2014). The role of the administrative coordinator is focused on the administrative link with the umbrella organisation but the members of the project are free to regulate their schedule and the content of their work. However, their schedule does not seem to fit very well with the requirements of the contents of their work, which starts at 08:00 and stops at 06:00. The schedule does not fit



- With the schedule of the (child) informal caregivers, who often are at work themselves and not available during office hours;
- With the content of their work (most of their colleagues are not joinable at 08:00)

It seems that more flexibility should be allowed to carry on their work.

### **15) Care delivered by the project as perceived by the beneficiaries**

*Interviews were conducted with three frail older people-informal caregiver dyads in May and June 2015 and in April 2016, in presence of a member of the project. Indeed, this population is so fragile that it would have been impossible to come into the house without a trusted person (in this case, one of the project case managers). This means that both the selection of the interviewees and the responses might have been influenced by the process (selection and information bias). Two of the interviewees in 2016 had already been interviewed in 2015, only one of them remaining in the project. The reason why the second was not included any more was because the situation was stable enough to make the role of the case manager redundant AND because the follow-up was monitored by home help of the same organisation, whom both the case manager and the dyad trusted and whom the case manager met regularly for updates.*

The overall impression of the interviewees was very positive about the impact of the project and people expressed their satisfaction. They mentioned, among others

- the *flexibility and availability* of the three types of case managers (psychologist, community nurse and occupational therapist), willing to provide care beyond the call of duty. For instance, the nurse case manager accompanies often the patients during their first visit to a day-care centre or a group of physical activity, participating even in the activity. This helped to lay the bases for a trustful relationship and they perceived their case managers as real reference persons. For this reason, they are able to support even community-dwelling people with dementia who have no informal caregivers and who would otherwise certainly have been institutionalised. Indeed, two of the interviewees were very confused and were not able to stay at home without the level of help and coordination received by the home professionals, supervised by the case managers. Among the symptoms observed during the interview, we noted the confusion in time, short-time memory loss, prosopagnosia (with the case manager who comes twice a month since several months), anxiety.
- The *knowledge* of the case managers about the health care system, who acted as community navigators
- The trust they have in the case manager, especially in the cases
  - o where there were no informal caregivers or
  - o when there were conflicts within the family or
  - o when financial problems occurred (frequent in this project), with the help of a property manager (*administrateur de biens/administratief beheerder*)

### **16) Barriers to the project**

*Lack of knowledge about the service:* the information about the existence of the project is impeded because of fear for concurrence for professionals' own organisation or discipline (turf wars).

*Fear of aliens and reluctance for intrusion into their routines:* frail older people may fear that professionals "intrude" into their house. This is especially the case with people with a cognitive

decline, who may already be anxious because of memory problems and prosopagnosia<sup>2</sup> and thus, are fearful to open their doors to “aliens”. This attitude is sometimes reinforced by members of their family who repeat them often “be careful to whom you open your door for”. *They are planning to make a presentation sheet of their project, intended for the older people, with their own pictures and description of their main functions.*

Conversely, people may refuse professional help because they already receive help of family (who can be overburdened or not). Their reasoning is then that, if they should receive professional help, they would not see this and this member of their family any more. Typically, this topic should be discussed with the psychologist.

*Financial barriers:* people have often the impression that everything is very expensive, even if they have the means to pay for the services they need. This is often the case when home help is needed (nursing care is free for the beneficiaries, as is the care provided by the project).

The project members claim that it is difficult to obtain reliable data for the BelRAI completion during a first visit, because the interviewees are reluctant to be open about their problems (e.g. feelings of depression or suicide are not easily shared with an unknown professional). This means that the correct information could be only gathered during a fifth or sixth visit, when there is already a trusting relationship between the beneficiary and the care professional.

### 17) Mid-range theories identified for this project

#### CMOc 1.

Better collaboration and interactions between professionals:

| Objective  | Mechanism   | Outcomes                              |
|--|---|---------------------------------------|
| Share same vision about caring   | Trust   | ↗ Job satisfaction                    |
| Activity : sharing the same room as all the other professionals of the project                                       | Sense of belonging  | Access timely to relevant information |
|  | Better knowledge of all cases, each care provider can take over their | ↗ Stability of care pathway           |
| Better interactions and collaboration  |   |                                       |
| ↑  | ↑   | ↑                                     |
| Context: formal mandate to develop their interventions and coordination of the project, by the umbrella organisation |   |                                       |

#### CMOc 2.

Intervention: the adaptation of the environment

| Objective                                     | Mechanism  | Outcomes                                      |
|---|--|---|
| Better autonomy and mobility                  | Improve the safety and mobility                                | ↗ quality of life of FOP<br>↗ autonomy of FOP |
| Activity : adaptation of the environment      | Improve communication for frail people with cognitive problems | ↘ of burden of ICG                            |
| ↑   | ↑  | ↑   |
| Context: occupational therapist interventions |  |   |

<sup>2</sup> Incapacity to recognize faces, a common occurrence in Alzheimer’s disease.

CMOc3.

Intervention: acceptance of necessary care in crisis situations

| Objective   | Mechanism                               | Outcomes   |
|---|---|--|
| Identify reasons for refusal cares and care needs | Instil relationship of trust            | ↗ acceptance of care needs<br>↗ improve existing interventions |
| Activity : psychologist supports                  | emotional coping<br>instrumental coping | ↘ burden of ICG<br>↘ anxiety and guilty of FOP and IGC         |

↑

↑

↑

|                               |
|-------------------------------|
| Context: psychologist support |
|-------------------------------|

## 2. Projects delivering case management and psychological support (low intensity) (F1P1lo)

The difference with the previous group lies in the intensity of the intervention (less than two home visits per month, on average).

Five projects are part of this group: projects F1P1lo24, F1P1lo23, F1P1lo17, F1P1lo10 and F1P1lo21. Except for two, all were part of the projects of the first call. We also have an in-depth description of this group of projects, as one is part of a case study (case study of project F1P1lo).

### a. Appropriate workforce

The profile of the case manager in these projects is very diverse: in four projects, a nurse is present (she or he can be a community nurse); in the other project the case manager is a professional with a master in Orthopaedagogy. In two projects, the case manager works alone. In this group, the number of home visits per patient was on average less than twice per month and the number of hours spent per patient amounted to 28 hours for the duration of the follow-up, on average (ranging from 17 hours to 55 hours). This is the half of the previous group. The duration of follow-up (i.e. inclusion period in the project) varied importantly within this group of projects and amounted to 170 days on average (ranging from 89 days to 260 days per project). This is on average 2 months less than the previous group.

The mean caseload per FTE case manager was much higher than in the previous group of projects: 63 patients per FTE case manager, and varied enormously among projects in this group, ranging from 34 FOP per FTE case manager to 122,5 FOP per FTE case manager.

The mean cost per patient per month in this group was 216,4€, ranging from 103€ to 437€.

*Table 9. Summary of the appropriateness of the workforce in the group of projects F1P1lo*

|  | F1P1lo24                                | F1P1lo23             | F1P1lo17          | F1P1lo10                           | F1P1lo21                         |
|--|---|----------------------|-------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Profile of case manager  | (Community) Nurse, M.Sc. Orthopaedagogy | M.Sc. Orthopaedagogy | (Community) Nurse | (Community) Nurse and psychologist | (Community) Nurse + psychologist |
| Number of case managers (FTE)  | 4 (2,2)                                 | 1 (0,8)              | 1 (0,6)           | 2 (0,5)                            | 4 (1,18)                         |
| No hours spent by the case manager per patient (incl. indirect care) | 55                                      | 9,5                  | 17                | 17                                 | 42                               |
| Mean duration of follow-up (days)                                    | 260                                     | 181                  | 160               | 89                                 | 163                              |
| Mean caseload per FTE case manager                                   | 78.6                                    | 122,5                | 43,03             | 34                                 | 52,5                             |
| Mean cost per project (per patient per month)                        | 437 €                                   | 140 €                | 173 €             | 229 €                              | 103 €                            |

The turnover rate of the case managers was less important than in the previous group, as in two projects the case manager did not change during the observation period. In the four remaining projects, however, the case manager did change.

b. Tailored service design and organisation

In those five projects, the results of the BelRAI were indeed used for care planning and in half of the projects, this was done in multidisciplinaryity.

The target population of this group of projects was overall frail older people, without a specific definition a priori. The number of patients included in this group who were evaluated amounted to 277 (see Table 10). This group had the smallest proportion of older people with behavioural problems.

In all those five projects, the professionals of the projects attended meetings where decisions were made at the strategic level of the project, allowing an appropriate amount of autonomy of the professionals.

Table 10. Summary of the tailored service delivery in the group of projects F1P10

|   | F1P1024                    | F1P1023                    | F1P1017                    | F1P1010                    | F1P1021                    |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Use of the results of the BelRAI                          | Yes                        | Yes                        | Yes, in multidisciplinary  | Yes, in multidisciplinary  | Yes, in multidisciplinary  |
| Target population   | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs |
| Included population : total N                             | 142                        | 49                         | 8                          | 19                         | 18                         |
| Included population: low limitation (%)                   | 30,99                      | 51,02                      | 50                         | 26,32                      | 50                         |
| Included population: high IADL and some cogn. deficit (%) | 50                         | 38,78                      | 25                         | 68,42                      | 11,11                      |
| Included population: High functional deficit (%)          | 1,41                       | 6,12                       | 12,5                       | 0                          | 27,78                      |
| Included population: Functional and cognitive deficit (%) | 14,79                      | 2,04                       | 0                          | 5,26                       | 11,11                      |
| Included population: With behavioural problems (%)        | 2,82                       | 2,04                       | 12,5                       | 0                          | 0                          |

### c. Community linkages

All projects had those agreements and had regular meetings with those agencies. Their main referrers are coordination centres and primary care workers. In one project, it was the coordination centre of their own organisation.

The additional services provided, besides case management and psychological support, are described in Table 11. As in the previous group of projects, it has to be highlighted that occupational therapy is also offered in four of those five projects, which can be seen again as a sign that these projects find it an important offer of care for this population of frail older people.

Table 11. Summary of the other services provided besides case management and psychological support in the group of projects F1P1o

|                         | F1P1o24   | F1P1o23                       | F1P1o17                                     | F1P1o10              | F1P1o21   |
|-------------------------|---|-------------------------------|---|----------------------|---|
| Other services provided | Occupational therapy<br>Night care<br>Patient education | Individual and group sessions | Occupational therapy<br>Nutritional support | Occupational therapy | Occupational therapy<br>Nutritional support<br>Aesthetic care & wellbeing |

d. Appropriate financial incentives

Here, we looked at the incentives provided for GP participation to the project. In all five projects, a financial incentive was provided to the patient's GP to participate in multidisciplinary meetings and the involvement of the GPs was found to be good except in two projects. In these four other projects, this led to an adequate involvement of the GP with the multidisciplinary care (e.g. attendance to multidisciplinary meetings where they were invited by the coordinator or case manager).

e. Processes in support of quality of care

The care plan was adequately monitored in four projects, in which the participants claimed to use and to monitor (amongst others, by the means of the regular home visits). In the two other projects, this care plan was made at intake, but not followed further. As stated before, they fed back the results of the BelRAI to the other primary care providers, including the patients' GPs. They all used the results of the BelRAI to guide their interventions, as we described above.

f. Knowledge management and decision support

Only in two of the five projects, professionals of the projects claimed to use protocols, based on evidence-based guidelines but in none of the projects, those protocols were even multidisciplinary.

In addition to this, the knowledge management was adequately supported by structured discussion with peers ("intervisions"), which were organized on a regular basis within four projects. Moreover, in all but one of those four projects, these intervisions included a supervisor, who could provide extra knowledge about topics interesting to the management of those complex situations. One project did not organize structured discussions at all.

g. Clinical information tools

Four of those five projects used an electronic patient record, allowing fluent information flow among the professionals of the project, but only accessible to those who were part of the same umbrella organisation. At the positive side, four out of five also had a dedicated software to coordinate the care for the older people they cared for, including prompts and reminders.

h. Features of the psychological interventions in this group of projects

In all of these five projects, a trained psychologist provided psychological support. Here also, he or she presented him or herself in due time and taking care of what this term means to the patient (as opposed of presenting the psychological intervention as a 'treatment'. The type of needs or demands of the target population came, as in the previous group of projects, mainly about acceptance of the dependency situation loss of autonomy ("depressive symptoms"), less from patients or their informal caregivers in crises.

Four of those five projects refer the patient to a centre for mental health, as they are not able to offer psychological therapies to the patients or their informal caregivers.

The average frequency of home visits was higher than those of the case manager and could, for some projects go even till once per week. Here also, a certain flexibility was allowed, enabling to increase the frequency, based on the need and demand. The duration of each visits fluctuated from 30 minutes to 2h per visit.

Table 12. Intensity of psychological support in the group of projects F1P1lo

|  | F1P1lo24 | F1P1lo23     | F1P1lo17 | F1P1lo10 | F1P1lo21  |
|--|----------|--------------|----------|----------|-----------|
| Average frequency of home visits by psychologist | 2*/month | 2-4*/month   | 2*/month | 2*/month | 2*/month  |
| Number of hours per visit                        | 1        | 2            | 1,5      | 1,5      | 2         |
| Planned duration of the psychological support    | 6 months | Undetermined | 6 months | 6 months | 12 months |

Except for one project, the duration of the psychological intervention is always set in time and there is a formal evaluation at the end of this time, where both parties discuss whether the support should be prolonged or not. This fixed duration can vary in time, as is shown in Table 12.

In four projects, there are only individual sessions at home. Two projects organize also collective sessions (art-therapy).

i. Case study F1P1lo

1) *Summary*

The project offers supportive home care to frail older people who are on a nursing home waiting list or for whom the limits of feasible good quality home care in the regular system are reached. The objective is to ensure that this target group can stay at home longer. The intervention provided in the project is case management in combination with, if needed, occupational therapy, psychological support, physiotherapy, speech therapy, dietary advice, nursing and care interventions outside nomenclature during daytime and at night. This project will result in continuity of care and guaranteed care for frail elderly in the region.

2) *A typical patient*

A typical patient in this project can already receiving a range of home care services and at one point or gradually has an increasing need for care in combination with a fragile informal care network. The limits of good quality in the regular home care system are reached.

An elderly woman with early stage of dementia lives alone in an apartment. She has already had a back surgery and two knee replacements. Her daughter in law is the main informal caregiver. She



works as a family aid and lives nearby. At the time of inclusion, the caregiver was feeling overburdened.

The patient was included in the project in May 2014. After having a second knee replacement, the patient stayed in a short stay for two and a half months. During this short stay, the project was proposed to them by a social worker.

A case manager from the project coordinates the care at home.

Every working day there is some sort of professional supervision, either support at home or the elderly is in professional care. Three times a day a nurse visits the patient at home to check her medication intake. On Mondays and Tuesdays (4 hours) a family aid does the laundry and groceries amongst other things. On Wednesdays, Thursdays and Fridays the patient goes to a day-care centre.

The monthly costs are very high for the frail elderly. Rent of the apartment (excl gas/electricity) is 680 euro, medication is 160 to 200 euro/month, family aid is 200 to 300 euro/month, day-care centre is around 250 euro/month.

The caregiver indicates that now with the extra help she enough supported from her surroundings, which previously was not the case. Before, everything was on her shoulders (and her spouse). At some point, she really couldn't cope anymore. According to the informal caregiver, the case management has had a positive effect on the patient as well as on herself.

### ***3) Trigger to start the project***

The project was conceived as a response to a growing problem that the limits of what is possible in home care is reached at a certain point in time with this frail elderly population and at the same time nursing homes have long waiting lists. An already existing care network in the province facilitated the conception of the project.

### ***4) Preparation of the project (from 1st to 2nd call)***

A nursing home took the lead in writing this project. The project is a continuation of a case management project of the first call. In the second call, they expanded the working area by adding a fourth cluster (East). The project adapted their intervention by extending night care from 1 cluster in the first call to all clusters in the 2<sup>nd</sup> call and they added psychological support to their interventions in all 4 clusters.

### ***5) Geographical context of the project***

The project is situated in the North of Belgium. Its administrative headquarters is in a nursing home. The working area of the project is divided into four regional project clusters: Central, North, South, East. In defining the working areas of the project, they considered the efficiency of the staff's service trips and time investment. The borders of the clusters are the same as used in network. In the region, there are 3 additional Protocol 3 projects that are collaborating with this project in the already existing network. So, there is a collaboration between the different P3 projects within that region.

### ***6) Objectives and expectations of the project***

The main goals related to the clients are the following: (1) strengthening the independence and autonomy of the elderly; (2) promoting self-care and stimulating their self-care ability; (3) being able to answer the clients care needs in a more flexible, customized and demand-driven way; (4) involving the frail older person and the informal caregiver as equal partners in decision making; (5) enhancing quality of life; (6) maintaining the balance between caregiver resilience and burden.

The care trajectory must result into continuity of care and guaranteed care for the frail older person. The project also wants to optimize their communication platform. They want to map the evolution in self-care ability of the frail older person based on BelRAI. They want to study if clients can stay at home longer, compared to a reference group of clients on a waiting list. They want to map the cost of a care trajectory.

### **7) Promotion of the project**

For promotion of the project they organized an information session for all involved care providers, partner organisations and non-partners in the area. They also created a leaflet and a website and participated in an open house day for care facilities with a promotion booth in the nursing home (Dag van de zorg).

### **8) Intervention**

The intervention provided in the project is case management in combination with, if needed, occupational therapy, psychological support, physiotherapy, speech therapy, dietary advice, nursing and care interventions outside nomenclature during daytime and at night.

The psychological support consists of non-therapeutic support for the frail older person and support for other healthcare professionals in the project. The frail older person will be referred to a health care centre if the psychological need is more severe and therapy is needed.

All potential clients are screened based on the inclusion criteria. During an intake meeting, the project is explained and the request for help is clarified. The client gives his consent for inclusion in the project. After inclusion, the care needs are detected with a BelRAI and COPM screening (Canadian Occupational Performance Measure). A first meeting is held with the involved project care providers (without the client being present). During this meeting, the results from the first BelRAI and COPM screening are discussed and a first proposal for a care plan is made. The aims of the care plan are linked to actions and the intensity of the trajectory counselling is discussed. This type of meeting is repeated every six weeks. Next, a meeting is organized with the client and informal caregiver present. During this meeting, the proposal for a care plan is discussed and adapted. A trajectory counsellor is assigned to the client. This trajectory counsellor supervises the follow-up of the care plan. The BelRAI and COPM screening is repeated every 6 months or with a significant change of the situation. Multidisciplinary follow-up meetings are organized to evaluate and adapt the care plan based on new BelRAI and COPM results.

According to the members of the project, a normal monthly follow-up (20h/year) is adequate for one third of the caseload, while for two third of the caseload a less intensive follow-up (12h/year) is sufficient. Reasons for a less intensive need for follow-up are the time the client is already in the project, a stable situation, and adequate informal care. The situation of a client can quickly evolve from a less intensive to a more intensive need for follow-up.

### **9) Target population**

The project recruits clients from the waiting list of the partner nursing homes and through partners in home care. The target population consists of frail older people for whom the limits of feasible high

quality homecare in the regular system are reached. The profile of the included clients is mainly frail older people with a severe care profile (B- or C-package), frail older people with high risk of falling and decreased mobility, frail older people with early-stage of dementia, frail older people with severe diabetes, frail older people with lower care profile but with problem of loneliness and no available informal care. The project prefers to work in a preventive and proactive way (before the frail older person has a C-package). The project mentions that there is more need for care in case of a fragile informal care network.

In the start-up period of the project not all inclusions were adequate. The included older people were not always frail enough or in need of care that could not be provided anymore in the regular system. Therefore, after some time, they tried to stop the trajectory of the frail older person in a stabilized situation and who already benefitted from the project for a long time and refer them back to the regular circuit of home care. This was not easily accepted by the frail older people and their informal caregivers. In several cases, it was not possible to stop the trajectory because the clients were used to the structure of the project, working with only one contact person (case manager). They were afraid of losing the support from the person they built a relationship of trust with.

#### **10) Caseload**

The active caseload (i.e. number of clients cared for simultaneously) of the project is 173 clients divided over the four clusters. Clients remain in the project on average one year. In the first 6 months of the second call period, it was not easy to achieve the needed caseload in the new (fourth) cluster. After one year, they could balance the caseload between the four clusters better. The caseload is monitored monthly by a project coordinator who informs the involved care providers by mail about the inclusions in the different clusters.

#### **11) Human resources and other resources**

The project started with a staffing of 17.9 FTE. Staff consisted of nurses, nurse assistants, physiotherapists, speech therapists, social workers, remedial therapists, occupational therapists and psychologists. The turnover level of the staff is low. During the project, they decided to work only with staff that had a minimum of 0.4 FTE of job dedicated to the P3 project. Their experience taught them that staff with a larger FTE in the project had it easier to accept their role in the project and get free from the organisational culture of their own organisation.

The staff of the project is provided by four main partner organisations, all with their own vision and policy. There is still a need for a common vision on what is meant by 'trajectory counselling'. Trajectory counselling (case management) is provided by social workers and nurses. The project made a function profile and task description for this new function.

Staff is given the opportunity to participate in additional training. Intervisions are organized several times a year for different disciplines separately.

#### **12) Partnership**

The project's partnership consists of eleven nursing homes, Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen, SEL Gent and SEL Aalst, Familiehulp Interregio 2, Familiezorg Oost-Vlaanderen, CM Midden Vlaanderen, OKRA Midden Vlaanderen. Other participants of the project are three general practitioners' associations and one centre for mental health.

### ***13) Coordination of the intervention***

The project uses shared follow-up care files on SharePoint in which all care providers from the project can add their notes. In these files the aims of the care plan are linked to actions. The trajectory counsellor coordinates these files. For now, the files are not available for care providers outside the project.

The care plan is based on the results of the BelRAI and COPM screening, discussed and adapted during the multidisciplinary team meetings. The care plan starts from the services already provided by the regular home care services and is completed with extra services from within the project. The case manager visits the client 5 times per year on average to follow-up, evaluate and adapt the care plan.

The project team is positive towards using BelRAI for care planning. They made an evolution since the start. BelRAI is used multidisciplinary. They made a list of CAPs that are important in trajectory counselling. They use Pyxicare on tablets. A core group in the project is working on a handbook to use the CAPs. They link the CAPs to aims and actions and care provider roles.

During the multidisciplinary team meetings with care providers from the project and outside of the project a good analysis of the situation by the different people involved is necessary. Before the team meeting, all people involved must have had the chance to observe the client situation. Decisions are made based on the input of all parties, the results of BelRAI and the caps. The staff of the project got to know each other better during the 6-weekly team meetings. Now they communicate more often by mail and telephone.

#### **Involvement of general practitioners**

General practitioners are always systematically invited for multidisciplinary team meetings. There are general practitioners that are always present during these multidisciplinary team meetings and that are easily reachable to discuss issues. And there are other general practitioners that are never present. If there are topics that need to be discussed with the general practitioner, the trajectory counsellor of the home care nurse contacts the GP. The level of involvement of the GP depends on his vision on care, eye for the social context or mainly medical treatment. It is not always linked to the age of the GP.

### ***14) Coordination of the project***

The steering group of the project meets every 2 months. Representatives from all partner organisations are member of this group. They follow-up, evaluate and adjust the project. There is also a core group. They prepare the steering group meetings and do the daily management of the project. They meet once a month. The project coordinator is responsible for the preparation and follow-up of the agreements made in the steering group and participates in an interproject group where coordinators from four P3 projects in the region meet.

### ***15) Perception of the beneficiaries***

Interviews with frail older persons and informal caregivers were conducted in 2015 and 2016. Two dyads were interviewed twice. After one year, one of them was still at home and in the project. The other was admitted to a nursing home.

Another dyad was only interviewed the first time. The frail older person and his informal caregiver (spouse) were both not fit enough to give an interview.

In general, the beneficiaries perceived the project as having a positive effect on their wellbeing. In the beginning both the frail older person as the informal caregiver needed some time to get familiar with the concept of case management and to understand what services are included in the project and what services are not.

Once they understood the role of the case manager, they saw its advantages. The patients and informal caregivers indicate that it is good to have a single contact person (case manager) they trust. They want to feel supported, safe and involved.

It is reassuring for the informal caregiver to know who to contact when there is a crisis and to know that that person will take control over the situation.

They are positive about their own active role in the multidisciplinary meetings. It is easier to accept certain help when they know why it is proposed. Acceptance of help is an important part of the process for the patient and the informal caregiver. According to an informal caregiver, the project (or any intervention) can only be successful if the patient and the informal caregiver accept the care that is needed and are willing to participate in the process.

Main concerns of the patient and the informal caregiver are linked to continuity of care after the project and cost.

### ***16) Barriers of the project***

Because the intervention does not exist in the regular system it is impossible to refer patients to another service when the maximum of inclusions is reached. The same problem occurs when the situation of a patient in the project is stable enough to stop the project's intervention. There is no follow-up in the regular system. Continuity of care is also a problem when eventually the patient is admitted in a nursing home, especially if it is a nursing home that is not involved in a P3 project. Results of BelRAI, CAPs, other scales or not used anymore to plan the care. There are no multidisciplinary meetings anymore.

Because of waiting list for some of the services provided by the project and the limited range of services provided by the project case managers are often forced to work supply-driven instead of demand-driven. This is not the way they want to work, but sometimes they can only offer what is available, not what is really needed.

### ***17) Mid-range theories identified for this project***

Context-Mechanism-Outcomes configurations (CMOc) can be seen as mid-range theories.

#### ***CMOc 1.***

Continuity of care and adequate and aligned care can be achieved when care providers have better knowledge of each other's roles and boundaries and when they communicate better with each other. Having a single contact person, multidisciplinary meetings and tools for sharing data facilitate the communication mechanism that lead to the outcome of continuity and adequate and aligned care.

Table 13. CMOc 1. of Case Study 2

| Objective  | Mechanism   | Outcome  |
|--|---|--|
| Integrated care trajectory   |   |  |
| Activity: <ul style="list-style-type: none"> <li>- One reference, contact person</li> <li>- Coordination by the means of multidisciplinary consultation</li> <li>- Tools for sharing data</li> </ul> | Better communication<br><br>Better knowledge of each other's roles and boundaries | Continuity through the care pathway<br><br>Adequate and aligned care |
| ↑  | ↑   | ↑  |
| Context: alignment between care providers  |   |  |

#### CMOc 2.

When a beneficiary has a single contact person, a relationship of trust can be established. Also, the information provided to the patient is more adequate. This trust and adequate information flow will lead to stability of the alignment between demand, need and provision and an adequate care in complex situations. Building trust and an adequate information flow will only be possible if there is a shared information tool and a shared understanding of what a care trajectory is.

Table 14. CMOc 2. of Case Study 2

| Objective   | Mechanism                              | Outcome   |
|---|--|---|
| Autonomy of the beneficiary   | Trust<br><br>Adequate information flow | Stability of the alignment between demand, needs and provision<br><br>Adequate care for the complex situation |
| Activity:<br>- One reference, contact person  |  |   |
| ↑   | ↑                                      | ↑   |
| Context: presence of a shared information tool<br>Shared understanding of what a care trajectory is |  |   |

### CMOc 3.

To avoid crisis situations, out-of-hours GP consultations and ER visits, there is a need for continuity after the case management process is finished. Low-skilled first line workers can receive a training and a mandate to identify early warning signs for possible deterioration in a situation. This training and mandate will result into accountability and empowerment of the low-skilled first line professionals. When they can detect early warning signs and report it to a care coordinator, crisis situations can be avoided. For this to work, there need to be a legal context these first line workers can work in and an adequate training needs to be implemented.

Table 15. CMOc 3. of Case Study 2

| Objective   | Mechanism   | Outcome  |
|---|---|--|
| Provide continuity after case management process is finished  | Accountability<br><br>Empowerment of first-line professionals<br><br>Eye-opener for early warning signs | Avoid crisis situations, out-of-hours GP consultations and ER visits |
| Activity:<br>- Provide training and a mandate for first-line professionals (who may be lesser skilled), to identify early warning signs ('red flags') for possible deterioration in that particular situation |   |  |
| ↑   | ↑   | ↑  |
| Context: legal context<br>Access to adequate training (for case managers to be able to delegate adequately)   |   |  |

### 3. Projects delivering case management with high intensity (F1Pol1)

In this group of projects, we find three projects where the delivery of case management occurs with an adequate level of feedback about the results of the BelRAI and/or the interventions provided by the projects, to the frail older person's general practitioner. Within this group, there is no real psychological support, even if a trained psychologist is present among the care provider, as the psychologist has a caseload that is too high to be considered as effective. The function of this psychologist is then rather triage or, in the best case scenario, psychosocial support. The difference between psychological support and psychosocial support is explained further in the sheets of best practices about psychological support. Summarized, psychosocial support should be offered by any care provider and goes with the 'holistic' approach of care that is claimed by e.g. occupational therapists and nurses. Psychological support is about sense-making for the life project of an individual, or even a treatment for a set of symptoms and this asks for adequate manpower. This is the reason why, after checking the qualitative results of our sample of 25 projects and discussion among experts (i.e. psychologist in Protocol 3 projects and psychologists and psychiatrists not involved in any Protocol 3 projects, we considered a caseload higher than 50 per FTE psychologist not suited for adequate supply of psychological support.

Three projects are part of this group: projects F1Pol111, F1Pol150 and F1Pol113. Three types of umbrella organisations are represented through these three projects: a nursing service at home; a nursing home and a centre for the integration of care. All three projects were part of the projects of the first call.

#### a. Appropriate workforce

The profile of the case manager in these three projects includes (community) nurses and in one project, a social worker.

We can observe that these case managers work never alone and the team of case managers comprises two to twelve professionals. In this group, the number of home visits per patient was on average twice per month and the number of hours spent per patient was lower than in the two previous groups and amounted to 19,5 hours for the duration of the follow-up, on average (ranging from 10 hours to 37 hours). This duration of follow-up (i.e. inclusion period in the project) was also longer than in the two previous groups and amounted to 237 days (nearly eight months) on average.

The mean caseload per FTE case manager was lower than in the second group: 53,1 patients per FTE case manager (compared to 63 in the previous group), and varied among projects in this group, ranging from 37,3 frail older people per FTE case manager to 76,5 FOP per FTE case manager.

The cost varied importantly within this group and was higher than in the previous group (average 254€, ranging from 112 to 401€ per older person per month).



Table 16. Summary of the appropriateness of the workforce in the group of projects F1Pol1

|  | F1Pol111          | F1Pol150      | F1Pol113          |
|--|-------------------|---------------|-------------------|
| Profile of the case manager  | (Community) Nurse | Social worker | (community) Nurse |
| Number of case managers (FTE)  | 3 (1,61)          | 5 (1,7)       | 12 (5,91)         |
| No hours spent by the case manager per patient (incl. indirect care) | 11,5              | 37            | 10                |
| Mean duration of follow-up (days)                                    | 196               | 283           | 232               |
| Mean caseload per FTE case manager                                   | 37,3              | 76,5          | 45,5              |
| Mean cost per project (per patient per month)                        | 250 €             | 401 €         | 112 €             |

The turnover rate of the case managers was quite important, as in all projects the case manager changed during the observation period. The vocational training of the case managers was provided about interprofessional care and collaboration, including training about sharing of information.

b. Tailored service design and organisation

In those three projects, the results of the BelRAI were indeed used for care planning and in only one of the projects, this was done in multidisciplinary. As we already described in the results of the evaluation of the projects of the first call, this project participated from the onset, with three other nearby projects, to the elaboration of a shared protocol, which defined the functions of the different professionals involved in the process and based on evidence and consensus among professionals from different disciplines. This protocol also describes the trajectory to be proposed by the different professionals, in function of the results of the BelRAI.

In all the three projects, home visits occurred at least once per two weeks.

The target population of this group of projects was overall frail older people, without a specific definition a priori. This group had the smallest proportion of older people without cognitive or behavioural problems.

In all those three projects, the professionals of the projects attended meetings where decisions were made at the strategic level of the project, allowing an appropriate amount of autonomy of the professionals.

Table 17. Summary of the tailored service delivery in the group of projects F1Pol1

|   | F1Pol111                   | F1Pol150                   | F1Pol113                   |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Use of the results of the BelRAI                          | Yes                        | Yes                        | Yes                        |
| Target population   | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs |
| Included population: total                                | 26                         | 16                         | 40                         |
| Included population: low limitation (%)                   | 0                          | 12,5                       | 55                         |
| Included population: high IADL and some cogn. deficit (%) | 11,54                      | 25                         | 17,5                       |
| Included population: High functional deficit (%)          | 30,77                      | 0                          | 5                          |
| Included population: Functional and cognitive deficit (%) | 42,31                      | 12,5                       | 10                         |
| Included population: With behavioural problems (%)        | 15,38                      | 50                         | 12,5                       |

### c. Community linkages

In this part, we checked the local embeddedness, especially through the lens of formal agreements with community services providing social care. All three projects had those agreements and had regular meetings with those agencies. Their main referrers are coordination centres and primary care workers.

Besides, we checked also which other services were provided by the project (through the same umbrella organisation). We assumed that the information flow between care and services, which could be useful to this population, was more likely to be fluent if these services were already coordinated at the onset. These services are described in Table 18. It has to be highlighted again that occupational therapy is offered in two of those three projects, which can be seen as a sign that these projects find it an important offer of care for this population of frail older people.

Table 18. Summary of the other services provided besides case management in the group of projects F1Pol1

|                         | F1Pol111   | F1Pol150             | F1Pol113             |
|-------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Other services provided | Occupational therapy<br>Night care<br>Flexible family care | Occupational therapy | Occupational therapy |

### d. Appropriate financial incentives

Here, we looked at the incentives provided for GP participation to the project. In all three projects, a financial incentive was provided to the patient's GP to participate in multidisciplinary meetings and the involvement of the GPs was found to be good except in all projects. Here also, this lead to an

adequate involvement of the GP with the multidisciplinary care (e.g. attendance to multidisciplinary meetings where they were invited by the coordinator or case manager).

e. Processes in support of quality of care

The care plan was adequately monitored in all three projects, which the participants claimed to use and to monitor (amongst others, by the means of the regular home visits). As stated before, they fed back the results of the BelRAI to the other primary care providers, including the patients' GPs. They all used the results of the BelRAI to guide their interventions, as we described above.

f. Knowledge management and decision support

In two of the three projects, professionals of the projects claimed to use protocols, based on evidence-based guidelines and in one project, those protocols were even multidisciplinary.

In addition to this, the knowledge management was adequately supported by structured discussion with peers ("intervisions"), which were organized on a regular basis within those three projects. Moreover, in all but one of those three projects, these intervisions included a supervisor, who could provide extra knowledge about topics interesting to the management of those complex situations.

g. Clinical information tools

Each of those three projects used an electronic patient record, allowing fluent information flow among the professionals of the project, but only accessible to those who were part of the same umbrella organisation. At the positive side, all also had a dedicated software to coordinate the care for the older people they cared for, including prompts and reminders.

#### 4. Projects delivering case management with a low intensity level (F1Polo)

The difference with the previous group lies in the intensity of the intervention (less than two home visits per month, on average).

Six projects are part of this group: projects F1Polo41, F1Polo38, F1Polo36, F1Polo43, F1Polo37 and F1Polo40. Except for two, all were part of the projects of the first call. We also have an in-depth description of this group of projects, as one is part of a case study (case study of project F1P1lo).

##### a. Appropriate workforce

Again, the profile of the case manager in these six projects is very diverse: in four projects, a nurse is present (she or he can be a community nurse); in the other project the case manager is an occupational therapist. In all but two projects, the case manager works in a team. In this group, the number of home visits per patient was on average less than twice per month and the number of hours spent per patient amounted to 18,6 hours for the duration of the follow-up, on average (ranging from 13,1 hours to 32,4 hours). This is very similar to the figures of the previous group. The duration of follow-up (i.e. inclusion period in the project) varied importantly within this group of projects and amounted to 198 days on average (ranging from 166 days to 262 days per project). This is on average 40 days less than the previous group.

The mean caseload per FTE case manager was much higher than in the previous group of projects: 66 patients per FTE case manager, and varied enormously among projects in this group, ranging from 16,8 FOP per FTE case manager to 118 FOP per FTE case manager.

The mean cost per patient per month amounted to 177,5€, ranging from 63 to 318€).

Table 19. Summary of the appropriateness of the workforce in the group of projects F1Polo

|  | F1Polo41               | F1Polo38          | F1Polo36      | F1Polo43                         | F1Polo37                         | F1Polo40          |
|--|------------------------|-------------------|---------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Profile of the case manager  | Occupational therapist | (Community) Nurse | Social worker | (Community) Nurse + psychologist | (Community) Nurse + psychologist | (Community) Nurse |
| Number of case managers (FTE)  | 2 (1,5)                | 2 (1,66)          | 1 (0,5)       | 3 (1,92)                         | 5 (1,49)                         | 1 (0,5)           |
| No hours spent by the case manager per patient (incl. indirect care) | 13,1                   | 15                | 32,4          | 16                               | 17                               | 18,5              |
| Mean duration of follow-up (days)                                    | 262                    | 203               | 217           | 167                              | 173                              | 166               |
| Mean caseload per FTE case manager                                   | 66,7                   | 40,0              | 60            | 93,6                             | 16,8                             | 118,0             |
| Mean cost per project (per patient per month)                        | 63 €                   | 215 €             | 318 €         | 223 €                            | 157 €                            | 89 €              |

The turnover rate of the case managers was less important than in the previous group, as in two projects the case manager did not change during the observation period. In the four remaining projects, however, the case manager did change.

b. Tailored service design and organisation

In those six projects, the results of the BelRAI were indeed used for care planning and in two projects, this was done in multidisciplinary.

Except for one project, the target population of this group of projects was overall frail older people, without a specific definition a priori. In this group, we also have one project targeting (young) people with dementia. The included population in this group amounted to 381 patients and had the largest proportion of older people without cognitive or functional problems.

In all those six projects, the professionals of the projects attended meetings where decisions were made at the strategic level of the project, allowing an appropriate amount of autonomy of the professionals.

Table 20. Summary of the tailored service delivery in the group of projects F1Polo

|   | F1Polo41                   | F1Polo38                   | F1Polo36                     | F1Polo43                   | F1Polo37                   | F1Polo40                   |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Use of the results of the BelRAI                        | Yes                        | Yes                        | Yes, in multidisciplinary    | Yes                        | Yes, in multidisciplinary  | Yes                        |
| Target population                                       | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs | (Young) people with dementia | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs | Overall population of FOPs |
| Included population : total N                           | 72                         | 85                         | 11                           | 79                         | 50                         | 84                         |
| Included population: % low limitation                   | 19,44                      | 18,82                      | 18,18                        | 27,85                      | 20                         | 20,24                      |
| Included population: % high IADL and some cogn. deficit | 15,28                      | 10,59                      | 18,18                        | 22,78                      | 26                         | 30,95                      |
| Included population: % High functional deficit          | 36,11                      | 41,18                      | 0                            | 43,04                      | 22                         | 17,86                      |
| Included population: % Functional and cognitive deficit | 20,83                      | 29,41                      | 45,45                        | 3,8                        | 24                         | 16,67                      |
| Included population: % With behavioural problems        | 8,33                       | 0                          | 18,18                        | 2,53                       | 8                          | 14,29                      |

### c. Community linkages

All six projects had those agreements and had regular meetings with those agencies. Their main referrers are coordination centres and primary care workers. In one case, it was the coordination centre of the umbrella organisation.

Interestingly, this group of projects offers a multitude of other services and care. Except for two projects, they offer a set of services and care that one can presume are very useful to be organised at home in this population of dependent individuals. The additional services provided, besides case management, are described in Table 21. As in the previous group of projects, it has to be highlighted that occupational therapy is also offered in three of those six projects, which can be seen again as a sign that these projects find it an important offer of care for this population of frail older people. Three projects can provide night care by the means of their umbrella organisation, which is also a very useful service supply for this population.

Table 21. Summary of the other services provided besides case management and psychological support in the group of projects F1Polo

|                         | F1Polo41    | F1Polo38   | F1Polo36         | F1Polo43                            | F1Polo37  | F1Polo40 |
|-------------------------|-------------|--|------------------|-------------------------------------|---|----------|
| Other services provided | Night tours | Night tours, occupational therapy, crisis accommodation, psychological support, flexible family care and alarm | New care modules | Occupational therapy and short stay | nursing interventions that are currently not reimbursed, occupational therapy, night care, crisis accommodation | Day care |

d. Appropriate financial incentives

Here, we looked at the incentives provided for GP participation to the project. In all six projects, a financial incentive was provided to the patient's GP to participate in multidisciplinary meetings and the involvement of the GPs was found to be good except in one project. In these five other projects, this led to an adequate involvement of the GP with the multidisciplinary care (e.g. attendance to multidisciplinary meetings where they were invited by the coordinator or case manager).

e. Processes in support of quality of care

The care plan was adequately monitored in all six projects, in which the participants claimed to use and to monitor (amongst others, by the means of the regular home visits. As stated before, they fed back the results of the BelRAI to the other primary care providers, including the patients' GPs. They all used the results of the BelRAI to guide their interventions, as we described above.

f. Knowledge management and decision support

In four of the six projects, professionals of the projects claimed to use protocols, based on evidence-based guidelines and in one of the projects, those protocols were even multidisciplinary. Only one project declared not to have any protocol.

The knowledge management was adequately supported by structured discussion with peers ("intervisions"), which were organized on a regular basis within only four of the six projects. Only in one of those four projects, these interventions included a supervisor, who could provide extra knowledge about topics interesting to the management of those complex situations. Two projects did not organize structured discussions at all.

g. Clinical information tools

All those six projects used an electronic patient record, allowing fluent information flow among the professionals of the project, but only accessible to those who were part of the same umbrella organisation. At the positive side, all six also had a dedicated software to coordinate the care for the older people they cared for, including prompts and reminders.

## 5. Projects delivering mainly psychological support (FoP10)

In this group of projects, we find projects delivering mainly psychological support, by a trained psychologist. These projects do not deliver case management, even if two claimed to do so. Indeed, the number of hours spent per patient was so low (less than five hours per patient over the whole duration of the project), that this cannot be considered as real case management.

The three projects which are part of this group are projects Psy 8, Screening + int.19 and Screening + int.19. The umbrella organisations of two out of three projects were nursing care agencies; one was a centre for the integration of care. Two projects out of three were new projects.

### a. Appropriate workforce

The profile of the professionals in these three projects includes psychologists and in two projects, nurses. In one of the two projects including nurses, the nurse was only hired to fill the results of the BelRAI, which means that the CAPs and results of the scales were often not used.

The professionals in this group of projects include of course psychologists, but also occupational therapists and, in two projects, physicians, who can have either a supervisory role (one project) or clinical role (checking of medication with a pharmacist). In this group, the number of home visits per patient was on average twice per month for two projects and once per month for one project. However, in the project where the home visits occurred only once per month, the collective sessions were organised twice per month. This project is part of the case study and is described further in-depth. The average number of hours per patient spend during the duration of the project was 24 hours. In one project, the data was not provided, despite reminders. In this case, we calculated the number of hours, extrapolating them from their other data sources.

The mean duration of the intervention for this group of projects was 180 days (six months), ranging from four to nearly eight months.

The mean caseload per FTE professional in the project was 24,2 and varied importantly among projects, ranging from 17,6 to 30 per FTE professional.

The mean cost per older person per month was 188€, with a minimum of 141€ and a maximum of 232€.



Table 22. Summary of the appropriateness of the workforce in the group of projects FoP11o

|   | Psy 8  | Screening + int.18   | Screening + int.19   |
|---|--|--|--|
| Profile and number of professionals involved in the projects r of professionals (FTE) | 2 community nurses (1,3 FTE)<br>2 psychologists (0,4 FTE)<br>2 occupational therapists (0,06 FTE)<br>1 medical specialist (0,1 FTE)  | 2 psychologists (2 FTE)<br>1 nurse (only for BelRAI: 0,05 FTE) | 1 psychologist (1 FTE)<br>1 pharmacist (ad hoc payment)<br>1 primary care physician (ad hoc payment) |
| Mean duration of follow-up (days)   | 124  | 233  | 185  |
| Number of hours spent per patient (details)   | Nurses (12 hours):<br>One home visit per month (education)<br>Psychologists (24 hours):<br>12 collective sessions<br>Occupational therapists:<br>Home modification on demand | On average, two sessions per month or less                     | On average, two sessions per month or less   |
| Number of hours spent per patient (total)   | 36   | 22   | 15   |
| Mean caseload per FTE professional paid by the project                                | 17,6   | 30,0   | 25,0   |
| Mean cost per project (per patient per month)   | 141  | 232  | 190  |

Remarkably, the turnover rate of the professionals of these projects during the observation period was nil. The vocational training of the case managers was provided about interprofessional care and collaboration, including training about sharing of information.

b. Tailored service design and organisation

Only in one project, professionals claimed that they used the results of the BelRAI to plan the care, which is not surprising, looking at the overall design of the projects, in which the main focus lies on psychological support and not so much on the overall assessment of the global situation.

Home visits ranged from once per month by a community nurse, who provided counselling about managing the home situation to fit the needs of the caregiver living with a loved one suffering from dementia, to twice per month or less, by a psychologist.

The target population for two projects was overall frail older people, without a specific definition a priori. In one project, the target population was clearly the informal caregiver.

Only in one project, the professionals of the projects attended meetings where decisions were made at the strategic level of the project, impeding possible the autonomy of the professionals of the projects.

Table 23. Summary of the tailored service delivery in the group of projects FoP1Io

|   | Psy 8                          | Screening + int.18          | Screening + int.19         |
|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Use of the results of the BelRAI                          | No                             | no                          | Yes                        |
| Target population   | Mainly the informal caregivers | (Overall population of FOPs | Overall population of FOPs |
| Included population: total                                | 28                             | 38                          | 22                         |
| Included population: low limitation (%)                   | 21,43                          | 63,16                       | 31,82                      |
| Included population: high IADL and some cogn. deficit (%) | No data found                  | No data found               | No data found              |
| Included population: High functional deficit (%)          | 14,29                          | 28,96                       | 63,64                      |
| Included population: Functional and cognitive deficit (%) | 64,29                          | 7,89                        | 4,55                       |
| Included population: With behavioural problems (%)        | No data found                  | No data found               | No data found              |

#### c. Community linkages

In this part, we checked the local embeddedness, especially through the lens of formal agreements with community services providing social care. All but one of the three projects had those agreements and had regular meetings with those agencies. In this case, their main referrers are one hospital.

Besides, we checked also which other services were provided by the project (through the same umbrella organisation). They are described in Table 24.

Table 24. Summary of the other services provided besides case management and psychological support in the group of projects F1Pol1

|                         | Psy 8                                | Screening + int.18  | Screening + int.19                |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Other services provided | Occupational therapy and art therapy | Also group sessions | Medication review with pharmacist |

#### d. Appropriate financial incentives

Here, we looked at the incentives provided for GP participation to the project. In two of the three projects, a financial incentive was provided to the patient's GP to participate in multidisciplinary meetings. However, the involvement of the GPs was found to be low in all projects.

#### e. Processes in support of quality of care

The care plan was adequately monitored in only one project. As stated before, they did not provide feedback of the results of the BelRAI to the other primary care providers, including the patients' GPs.

f. Knowledge management and decision support

None of these projects, used protocols, based on evidence-based guidelines.

However, knowledge management was adequately supported by structured discussion with peers ("intervisions"), which were organized on a regular basis within those three projects. Moreover, in all those three projects, these intervisions included a supervisor, who could provide extra knowledge about topics interesting to the management of those complex situations.

g. Clinical information tools

None of those three projects used an electronic patient record, impeding thus the fluent information flow among the professionals of the project. To finish this description with a positive note, all used a dedicated software to coordinate the care for the older people.

h. Case study of FoP1lo

**1) Summary of the project**

The project claims to postpone institutionalisation by proposing mainly psycho-education sessions to informal caregivers of frail older people with cognitive problems; during these sessions, the beneficiaries are offered art-therapy. Parallel to these sessions, which are spread over a six-month period, the frail older people receive home visits from a nurse. The nurse visits continue for a two-month period to the additional six-month intervention. This means that the total duration of the intervention is eight months.

**2) Description of a typical patient case**

The beneficiary is an 85-year-old man who was diagnosed with Alzheimer's disease more than ten years ago. He lives with his spouse who does not seem to have much information about the illness and the ways to cope with the confusion and memory losses of her husband. They have six children; however, they do not often see them. His condition is fairly advanced, since he needs help with all aspects of ADL or IADL. She helps him with all these deficiencies and is the main informal caregiver. Moreover, if she does not stimulate him to be active, he would stay in bed all day. He suffers also from heart arrhythmia, which is stabilised by drugs, which he takes regularly, with no observed side effects. The inclusion in the project was suggested by the neurologist and the psycho-education sessions were very welcome to the wife (informal caregiver), because she felt very alone in the world with her husband's illness and without any information how to cope with this. She greatly values the information she receives from the sessions but she is not so keen on sharing experiences with peers "because every situation is so different" and so she cannot really relate to other 'peers' or situations. He attends the bimonthly art-therapy sessions as instructed, he is not motivated but he does not reject it either. Because of the educational intervention, she decides that her husband should attend the day care centre two times a week and as time progresses three times a week. She values the time on her own when her husband is in respite care because it offers her the possibility to care for herself and to run some errands. Indeed, he needs constant attention and supervision. If she disappears even for a very brief period (e.g. to put the bins outside), he already cries out for her. Conversely, he is not very willing to attend the day care centre and finds the days away from home too long. For instance, at the beginning of the afternoon, he asks repeatedly whether it is time to go home. Because there

are no co-occurring conditions that need special attention or treatments, the spouse caregiver manages the coordination of the care needs on her own. Therefore, the benefit of home visits by the project case manager is not very clear for the spouse caregiver.

### ***3) Trigger to write the project***

The project was born from the experience of the coordinator of the umbrella organisation, who had the opportunity to attend to a presentation of a psycho-educational experiment. Since the umbrella organisation had mainly an expertise in home care, they wanted to link those two approaches: provision of sessions of psycho-education in a hospital, combined with visits from a nurse, having an expertise with those dyads, in the frail older people and informal caregivers' own home environment.

### ***4) Preparation of the project***

A French colleague of the umbrella organisation located in Paris made the submission file. This means that the conditions of the contexts were poorly described in the submission file. The lead in this project is an organisation, which provides hospital at home. The coordinator of the project works closely with the neurologist of the teaching hospital, to embed psycho-educative sessions with care coordination at home. At a quite early stage, they contacted day care centres, which are important partners, because of the respite care that is offered to the informal caregiver. The older person with dementia can spend the day meaningfully in day care centres.

### ***5) Geographical context***

The project is situated in a large city; the offices are in the same location of the umbrella organisation, i.e. a service providing hospitalisation at home and palliative care at home. However, the heart of the project seems to lie at the teaching hospital where the psycho-educative sessions take place. Indeed, the internal coordination meetings of the project take place in the hospital. The interventions itself takes place over the whole city and there seems to be few interactions at the local level (direct geographical vicinity of the project). As the projects progressed, there seem to be a need to decentralize these sessions, to offer the interventions closer to the home of the potential beneficiaries. However, the downside of this decentralisation is the professionals needed more time to commute to the beneficiaries spread in the city.

### ***6) Objectives and expectations of the project***

The project aims to improve the quality of life of the beneficiaries and their informal caregivers, through the following means:

- Slow down or stabilize the loss of autonomy of the frail older people through the adaptation of his environment;
- Resocialisation through art- therapy sessions;
- Improve the interaction with his informal caregiver through psycho-education sessions (understanding the illness and its consequences);
- Improve the coping skills of the informal caregiver (instrumental and emotional ways of coping);
- Decrease the level of anxiety through adaptation of its environment;
- Encourage advanced care planning.

What is not carried out coordination meetings with other professionals in the field. Conversely, the members of the project are never invited to coordination meetings with other professionals (e.g. initiated by a coordination centre).

During the focus group session with stakeholders outside the project (May 2015), the neurologist expressed his concerns about two points:

- Duration of the intervention: six months is fine for psycho-education sessions but beneficiaries clearly are in need for a longer follow-up, maybe under a different form.
- Integration with current care is non-existent.

On the other hand, the project expects to duplicate its model by organising psycho-educative sessions in a day care centre (one of their partners). In 2016, the feedback about these decentralised sessions seem to be positive: beneficiaries appreciate the proximity of these centres, as opposed to sessions organised in hospitals.

### **7) Promotion of the project**

The project coordinator and the two case managers organised many information sessions in partner organisations and non-partners in the area. They also created a leaflet and a website (of whom the informal caregivers claim that it is not very clear). Besides, they also contacted the generalised press to make advertise their project. They observe that advertisement has to be a continuous process because the referrals do not occur spontaneously from the primary care professionals.

### **8) Interventions**

As described above, three types of interventions are provided

- The neuropsychologist organises psycho-educative sessions for informal caregivers of people with dementia, occurring in a hospital setting during a six-month period. During this session, instrumental and emotional coping skills are taught. Each informal caregiver receives a report from the session, which enables them to read the information quietly at home afterwards, which is a good reminder of what has been said during the sessions.
- (during these sessions) art-therapy sessions for frail older people;
- Monthly home visits by a nurse; these visits aim mainly at providing information and are not addressing care coordination. This is surprising because, in the submission file, the project claimed to aim at coordination, based on an individualised care plan. However, during the different moments of the data collection, different stakeholders (in- and outside the project and beneficiaries) confirmed that this had not been done.

The case manager, depending on the needs or the demands, can propose all types of care. For this population, respite care provided by the means of day care for the person with dementia is highly valued, because the informal caregivers are (a) free to do something else and (b) spared the constant, ever-repeated questions during the time that the patient is hosted in the day-care centre.

### **9) Target population**

Older people with cognitive decline and their informal caregivers are included in the project. Because the sessions take place in the hospital, they have to be somewhat mobile and willing to commit themselves to twelve two-hour sessions in a teaching hospital. Older people without informal caregivers are excluded because the main aim of the project is to support the informal caregivers.

According to the interviewees, the population does not suffer from other chronic illnesses, besides the occasional, stabilised heart condition.

### **10) Caseload**

The number of older people in active file is 32 persons (+48 informal caregivers). This means that they can include 48 older people every year. The duration of the program is eight months. The program can be renewed once, if the physician makes a new prescription, following the needs and the evolution of the person and his informal caregiver.

### **11) Human resources and other resources**

Two community nurses are hired for the home visits (1,3 FTE); besides, an occupational therapist (0,06 FTE) and two psychologists (0,34 FTE) are responsible for the art-therapy and psycho-educative sessions. The neurologist is paid 0,1 FTE by the project for his contribution (participation in coordination meetings). The project chose to hire part-time community nurses (the other part of their working time is for the umbrella organisation, where they work for the hospitalisation at home). This is a deliberate choice, because otherwise it is difficult to recruit nurse case managers because (a) part-time (full-time is more attractive) and (b) for a pilot project (at risk to stop after a couple of years and thus, uncertainty about future career into the organisation) and (c) nurses without "uncomfortable" timetable (case managers work only during office hours and, in opposition with nurses working in shifts, they are not entitled to the extra salary that goes with "uncomfortable" timetables).

They introduced a communication book, on the recommendation of general practitioners. However, this tool has not been discussed with the general practitioners in its operationalisation phase. This might be an explanation about why this communication book is not filled out by general practitioners.

### **12) Partnership**

Mainly, the neurologist of the hospital where the sessions take place, and his multidisciplinary team, along with professionals from day care centres. Monthly meetings take place in the teaching hospital. The participants are the neurologist, the neuropsychologists, the case manager, the occupational therapist and the project coordinator. During his meeting, individual cases are discussed, as well as the operational functioning of the project. There are nearly no collaborations with general practitioners, despite promotional efforts (conferences, mailing, etc.).

### **13) Coordination of the intervention**

The intervention is mainly coordinated by the two case managers, who are part-time nurses.

The GP is informed of the inclusion of his patient in the program, of the personalised goals, the end of the program and the evaluation of the program. The case manager does the CGA alone, makes the care plan and coordinates without the GP, which is not in line with the submission file. (*"L'ensemble de la prise en charge visant au maintien à domicile du patient ne peut s'articuler qu'autour d'une photographie multidisciplinaire du patient et de son aidant"*), p.16. They planned to use the results of the BelRAI but this could not be done (YQ14 *"Manque de formation et d'expérience des case managers, en développement"*). There seem to be a specific focus on the education of the informal caregiver about how to handle with a person with dementia.

They also planned to participate in coordination meetings with a SISD but in 2015, they had not been invited yet.

Each meeting at home is recorded and ad hoc tools are used to communicate with the other care providers: phone and email. They try to implement a notebook at the patient's home, where all information is stored.

#### **14) Coordination of the project**

The administrative coordinator is well involved in the day-to-day activities of the project, including the organisations of the care by the nurse case managers. The coordinator is also very supportive of the use of the BelRAI and the results of the CAPs to organize care. Besides, the coordinator watches over the agreements with general practitioners and specialists and the organisation and moderation of coordination and evaluation meetings with the partners. These meetings are organised on a three monthly basis.

#### **15) Care delivered by this project as perceived by the beneficiaries**

Individual interviews were conducted in two waves with the researcher being alone with the dyads: three dyads in April 2015 and four dyads in April and August 2016. Of the four dyads interviewed in 2016, two dyads were the same as in 2015 (one year after the end of the project). Overall, the beneficiaries and their informal caregivers were very happy about the services delivered by the project. However, informal caregivers stressed several points.

- On the one hand, they said that the eight-month period was too short for follow-up and felt stressed by the perspective of the termination of the project.
- On the other hand, during the interviews, they expressed the willingness to be more supported by the case manager during their search for the services that were identified as meaningful during the assessment process. More precisely, they expected to be helped during the phone search for available services (e.g. for appointments with day care centres).
- The psycho-education sessions are helpful because of the information provided by the neuropsychologists (*instrumental coping*), e.g. about the reactions that the patients may have (all interviewees) but the peer support was not always experienced as valuable because, because the presentation of the illness might differ from case to case (IntICG16,1). The written report about the session is highly valued by the informal caregivers as it gives them a chance to read about the important information again at home.
- One informal caregiver claimed that the interval between the psycho-education sessions was too long and that the interval should be one-week maximum (IntICG16,2).
- Partners missed the planning of the sessions (frequency, days and schedules). Therefore, the beneficiaries were not warned about the next time schedule. They stressed the fact that the interval between sessions was sometimes too long.
- The informal caregivers we met one year after the intervention was finished, continued to attend talking sessions with peers. During those sessions, their loved ones could attend art-therapy sessions, which was highly valued. Those sessions took place closer to their homes and were supported by the same professionals as during the project. Besides the support of their peers, they expressed that the knowledge about the illness and the kindness of the neuropsychologist was very important to them.

The positive feedback of peers about the care and services recommended seems to be very helpful to accept those care and services.

#### **16) Barriers to the project**

*People without any identified informal caregiver will not benefit from the project*

Since the core of the project is psycho-education to informal caregivers.

### *Barriers related to the design of the intervention*

Barriers to attend the psycho-education sessions, such as

- 1) mobility (e.g. elderly spouse caregivers),
  - Solution provided by the project: decentralization of the sessions. They were firstly organised only in a teaching hospital but then other locations were provided for.
- 2) the timeframe (10:00 -16:00; i.e. during working hours of children caregivers),
  - Solution provided by the project: exploring the possibility to organise psycho-education sessions on Saturday mornings.
- 3) The engagement expected (twelve 2-hour sessions seems a step too far or too burdensome for some informal caregivers).

### *Personal barriers*

Amongst the personal barriers of the informal caregiver to accept the care recommended by the psycho-education sessions, we found the reluctance to accept external help because

- 1) (for home care) the feeling of intrusion when strangers come into their house,
- 2) the feeling that they are expected to bear the burden of care, whatever the cost,
- 3) resistance to change<sup>3</sup>,
- 4) the difficult mourning process about the evolution of the disease,
- 5) (for home care) the lack of flexibility of home care, e.g. the family aids can only come in blocks of three hours minimum, while help is needed for the means (ideally, three times a day during blocks of  $\frac{3}{4}$  hour),
- 6) (last but certainly not least) the cost of home care<sup>4</sup>
- 7) Fear to be a burden to the case manager (!)

Besides the personal barriers linked to the informal caregiver, barriers linked to the beneficiary are quite frequent:

- 1) anosognosia,
- 2) fear of change,
- 3) Fear of aliens.

Conversely, the offer of care seems to be insufficient in this large city, at least for this population, as there is a waiting list for the centres for day care and, in some areas of this large city, for home help (familiehulp/aide familiale).

---

<sup>3</sup> To a lesser extent however than for the person with dementia, for whom routines are very important.

<sup>4</sup> The reimbursement of the care and services is systematically linked to an evaluation (in this case, the Katz scale), which takes insufficiently into account the burden of the cognitive deficiency to address adequately the help needed as a result of this deficiency (e.g. the need of constant supervision in case of loss of structure of the day).



## 17) Mid-range theories identified for this project

Context-Mechanism-Outcome:CMOc 1)

Intervention: psycho-educative sessions

Informal caregivers who attend the psycho-educative sessions learn about emotional coping (e.g. accepting that the beneficiary with dementia attends a day care centre) and instrumental coping (e.g. being free of the burdensome supervisory role of caring for a loved one who has dementia enables them to do other, meaningful activities for them (or rest) during the time that the beneficiary is in the day care centre). This can only be possible if these type of coping mechanisms are explained in presence of peers, whom they recognize as living in similar situations. As an outcome, they report decreased burden and increased quality of life.

Table 25. CMOc1 of case study 3

| Objective  | Mechanism              | Outcome                  |
|--|------------------------|--------------------------|
| Provide information for the ICG                              | Empowerment of the ICG | ↗ Quality of life of ICG |
| Activity : psycho-education for the informal caregiver (ICG) | Instrumental coping    | ↘ of burden of ICG       |
|  | Emotional coping       | ↘ of burden of ICG       |

|  |   |   |
|--|---|---|
| ↑  | ↑ | ↑ |
| <b>Context: presence of significant peers that are present during the psycho-education</b> |   |   |



## 6. Projects without psychological support and with a low level of intensity (FoPolo)

Two projects are part of this group but they are analysed separately. There are two reasons for this. The first is that one of the projects did not respond very well to the different questionnaires which were sent, despite phone calls and one-to-one meetings with several researchers of the consortium. The second is because that project also stopped. The only reliable data we could obtain from this project comes from the exit interview.

The second project of this group is therefore analysed separately.

### 6.1 First project of the group FoPolo: F1Polo38

This is a project that was already set up in the first call. Despite claiming to deliver case management, we did not class this project in the group of projects with case management because it was not well-embedded. As stated before, we looked at the feedback provided to the patients' GP and this project did not provide this. Indeed, case manager 's feedback to the patients' GP is a sensible proxy of its embeddedness.

The umbrella organisation of this project is an organisation providing nursing care at home.

#### a. Appropriate workforce

The basic training of the three case managers in this project are nurses (2 FTE).

In this project, the case managers visit older people at home one to three times during the whole inclusion period (4,66 hours in total spent in direct or indirect care), which is very low compared to other projects). The average inclusion period for this project was 295 days, which is by far the longest duration of inclusion of all projects of the second call.

The average caseload per FTE case manager in the project was 100 patients, which is amongst the highest of the projects. In comparison, the group of projects with the second average highest caseload is F1Polo and amounts to 66 older people per FTE case manager, which is 34 older people less than in this project. The mean cost per patient per month amounts to 121 €, which makes this project not very costly.

The turnover rate of the professionals of this project during the observation period was not very good, as the case manager changed. The case managers had access to vocational training and included a training about sharing of information.

#### b. Tailored service design and organisation

The case managers claimed that they used the results of the BelRAI to plan the care.

The target population for two projects was overall frail older people, without a specific definition a priori.

The professionals of the projects attended meetings where decisions were made at the strategic level of the project, which is important to foster the autonomy of the professionals of the projects.

The older people in this project were not very frail in comparison to the other projects, as 36,11 of their included population had a functional and cognitive status that was under the cut-off and none of their included older people showed behavioural problems.

Table 27. Proportion of older people in the different clusters of project F1Pol038

|   | F1Pol038 |
|---|----------|
| Included population: total                                | 180      |
| Included population: low limitation (%)                   | 36,11    |
| Included population: high IADL and some cogn. deficit (%) | 25       |
| Included population: High functional deficit (%)          | 25,56    |
| Included population: Functional and cognitive deficit (%) | 13,33    |
| Included population: With behavioural problems (%)        | 0        |

c. Community linkages

This project has formal agreements with community services providing social care and had regular meetings with those agencies.

Besides case management, this project also organises night tours. During the first call, this was a night care project.

d. Appropriate financial incentives

A financial incentive was provided to the patient’s GP to participate in multidisciplinary meetings and the involvement of the GPs was found to be good.

e. Processes in support of quality of care

The care plan was adequately monitored. As stated before, they did not provide feedback of the results of the BelRAI to the other primary care providers, including the patients’ GPs.

f. Knowledge management and decision support

This project did not use protocols, based on evidence-based guidelines and they did not organise structured discussion with peers (“intervisions”).

g. Clinical information tools

As member of an organisation organising particularly nursing care at home, this project used an electronic patient record, allowing thus the fluent information flow among the professionals of the project. They also all used a dedicated software to coordinate the care for the older people.

## 6.2 Second project of the group FoPolo: FoPologg

This project was already part of the first call of projects but they started later than the others (November 2014 instead of September 2014), because they received the agreement for financing much later than the other projects of the second call. The project is different from the one in the first call on two points: (a) smaller project, as the workforce was four people instead of twelve in the first call and (b) stricter inclusion criteria. To be included, the patients had to be screened with a score of 8 or more on the Edmonton Frail scale (instead of 6). By doing so, they hoped to focus on the patients who needed more care management.

The umbrella organisation of this project is a centre for the integration of care.

### a. Appropriate workforce

The profile of the professionals in this project includes four people (2,5 FTE) with different profiles: a social worker, a psychologist, an orthopaedagogist and a bachelor in family sciences.

One of the social workers worked as an independent professional and this was a positive point because of the flexibility of the allocation of this workforce, in a project that was started later than the others and whose start could have been further impaired by the difficulties of the recruitment.

At the other hand, one of the difficulties in the domain of the appropriateness of the workforce, was that two of the professionals could not have access to the whole BelRAI, because of privacy regulations and, for this reason, could not fill out some parts of the BelRAI online. For this reason, the BelRAI was filled out on paper and the professionals did not have access to the CAPs and results of scales to guide the care plan.

Moreover, during the exit talk the researchers had with this project, it became rapidly clear that the professionals were a little confused about different points about legal and other issues (e.g. mixing at several points the Royal Decree of the call for projects with the Royal Decree of the exercise of care professionals). The consortium of researchers had several contacts with members of the projects and experienced a low level of understanding about what was required by the NIHDI and from the scientific consortium by this project. Therefore, it is reasonable to doubt the skills of some professionals and, as such, the adequacy of the professional knowledge of the workforce in this project to pilot an innovative project.

### b. Tailored service design and organisation

Only few older people included in the project of the first call transited to the second call. The reason was that they did not meet the stricter inclusion criteria (Edmonton score eight or higher, or at least a Katz A profile). They did not know that the Katz A profile was not a legal requirement. This was the reason why they did not meet their caseload and why their budget was imbalanced.

Another point related to the appropriate design was the need for a GP. They observe that only few patients have a GP because only few GP do perform home visits in this city.

For the few patients who had a GP, the organisation of a multidisciplinary meeting was difficult because the full agendas of the GPs. The GP claim that they had no time for multidisciplinary meetings around a single patient.

Finally, they observe that GP do not know about the roles and functions of other care providers, such as social workers or occupational therapists. This is the reason why, according to them, GP so rarely refer patients to these professionals.

c. Community linkages

They observed a positive evolution in the referral of their clients thanks to the good functioning of the service centres. When professionals of a service centre observe that a user suddenly does not come anymore, they view this as a warning sign that there is something wrong and investigate rapidly (via phone or their network) what happens with the absent user.

However, they observed also that constant promotion of the project was continually needed.

d. Appropriate financial incentives

This proved to be the most difficult area for this project. First, there was a misunderstanding between the NIHDI and the project about the financing of one of the social workers. This professional wanted to work as an independent, which was not allowed, according to the Royal Decree. In the case this professional would want to work for this project, the umbrella organisation should finance this social worker on its own, which was not affordable.

Second, the travel expenses of the professionals: they asked for four subscriptions for public transport and reimbursement of the transport costs by car of one of the professionals, but they only got two subscriptions for public transport and the travel expenses by car were refused.

e. Processes in support of quality of care

They state that they constructed a nice expertise over time, more specifically by building trusting relationships with the clients of different origins. With those clients, it is important that the beneficiaries do not see too many different faces. Therefore, it is also important to introduce new professionals carefully: e.g. by being present when the new professional comes for the first time, or by phoning to the other professional in presence of the beneficiary and his informal caregiver.

With the patients who refused care, they tried to build bridges by showing that they cared about their clients, e.g. by phoning them on their birthday or on festive days (e.g. Christmas), which are hard days for the clients, especially when they are isolated.

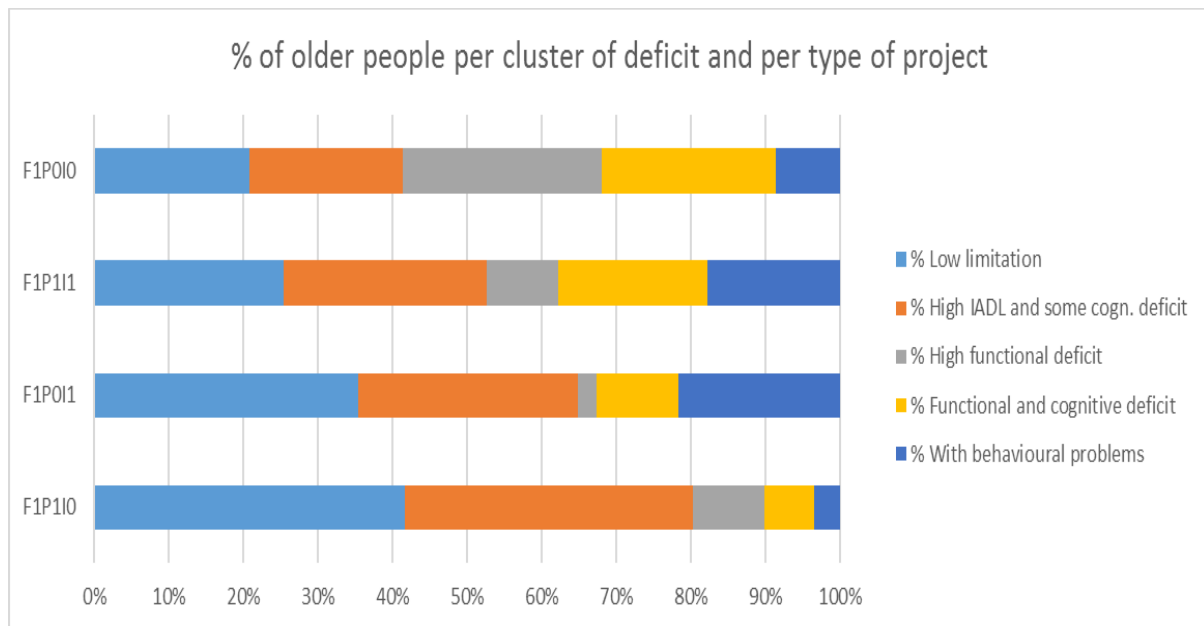
f. Knowledge management and decision support

This project did not use protocols, based on evidence-based guidelines.

## 7. Comparative summary

This section provides two comparisons: first an overview of the proportion of older individuals, per type of projects and per limitation type. Second, a summary of some quantitative mean results per group of projects: mean cost per month and per included patient, mean duration of follow-up, mean caseload per FTE case manager (or, in the last column, per FTE psychologist) and finally, the mean number of hours spent in direct or indirect care by the case manager (or psychologist in the last group – FoP1lo).

Figure 4. Proportion of older people in the types of projects where sufficient data could be collected (four out of five groups)



The proportion of individuals with behavioural problems was the highest in the group of projects F1P0I1 and F1P1I1, what can be expected, since this is the group of projects which provides the highest intensity of case management.

Conversely, the group of projects which presents the highest proportion of individuals without any limitations is the group F1P1I0 (i.e. with adequate case management and psychological support and the case management, but less intensive – less than one visit per fortnight).

Table 28. Comparative summary of the quantitative data for five groups of projects

- F1P11 Projects delivering case management and psychological support (high intensity)
- F1P10 Projects delivering case management and psychological support (low intensity)
- F1Pol1 Projects delivering case management with high intensity
- F1Polo Projects delivering case management with a low intensity level
- FoP10 Projects delivering mainly psychological support

| Type of project  | F1P11  | F1P10 | F1Pol1 | F1Polo | FoP10  |
|--|--------|-------|--------|--------|--------|
| Mean cost per FOP per month  | € 337  | € 216 | € 254  | € 178  | € 188  |
| Mean duration of follow-up (days)  | 200 d  | 170 d | 237 d  | 198 d  | 181 d  |
| Mean caseload per FTE case manager (or psychologist for the group without case management, i.e. FoP10)             | 19 FOP | 63FOP | 53 FOP | 66 FOP | 24 FOP |
| Mean number of hours spent by the case manager (or psychologist for the group without case management, i.e. FoP10) | 37,2 h | 28h   | 19,5h  | 18,5h  | 24h    |

As could be expected, the most expensive group of projects was F1P11; this was also the group of projects in which the professional case manager spent the most time in care and with the lowest caseload per FTE case manager. However, this group was not the one with the longest duration of inclusion of clients. The group of projects with the longest inclusion period was the group F1Pol1. What could also be expected was that the cheapest group of projects was the group F1Polo, with the fewest number of hours spent in care (either direct or indirect care) for the older beneficiaries and the highest caseload.



## 8. Some recommendations based mainly on the three case studies

The projects financed through Protocol 3 are contemporary complex functioning units. Through case study methodology as part of a mixed-method approach we aimed to explain **how and why these projects (interventions) function in a given context, for a given target population**. In this study, the case studies were crucial to describe the wide range of components and processes in a project, the interaction between them and them having an impact on the outcomes of the interventions proposed by the projects. Based on the findings in the three case studies some overall recommendations are proposed.

### 1. Context

An overall strategy involving different settings, home care and residential, can be beneficial for an integrated way of working, for the end-users, the frail older persons and informal caregivers, but also enriching for the professionals. To keep working in an integrated way and even improve the current way of working there is a **need for an overall vision and strategy, shared goals and values between the settings**.

In case study I, an already existing care network in the province facilitated the composition of the partnership between different organisations from different settings. This experience, in comparison to other projects where there was less interaction between partner organisations, taught us that an **interorganisational steering committee** to guide the different organisations that employ case managers or other staff to deliver the same intervention is recommended.

It is recommended to invest time and human resources in the creation of **local networks** where professionals from across organisations, disciplines and settings can **learn to work together**. Too often care providers see each other as competitive professionals instead of partners in care. This was also the case in case study III where among others independent nurses were afraid that the project would overtake the management of their patients. Despite all promotional efforts, collaboration with general practitioners remains a problem in several projects. Over time the collaboration between care providers improved, thanks to the efforts of a geriatric liaison nurse of a partner hospital.

In defining the perimeter of the **working area** in which the intervention will be delivered, it is recommended to take into account the efficiency of the staff's home visits and time investment, especially in sparsely populated areas.

Case study II was confronted with some problems concerning accessibility and adapted their way of working. Initially, group sessions for informal caregivers were organized in only one hospital during office hours, but because of access problems other locations were added and they explored the possibility to organize sessions on Saturdays. This teaches us that organisations providing interventions for frail older persons and informal caregivers should pay attention to the **accessibility of the intervention**. Information about the intervention should be easy to find. The intervention should preferably take place in the home of the frail older person or transportation should be provided or facilitated in the case of day-care centre or group sessions. Informal caregivers who are still professionally active should be able to attend meetings or support groups outside office hours.

## 2. Intervention

The case managers in the projects were mainly social workers and social nurses. Unfortunately, a **specific training** in case management does not yet exist in Belgium. Yet, this is highly recommended. This training should of course involve training about the use of the **BelRAI** for care, but also for management of care. **This training should be regularly updated, especially when we see that the turnover rate of case managers is so high.**

Psychologists working with frail older people should be highly engaged in geriatric care and really value working with older people, for whom they see they make a difference into their lives. All professionals providing care to the frail older person living with dementia and their informal caregivers should be trained in coping with the specific behaviours and needs of this population. Refusal of care is quite common in this population of patients. This training should encompass different coping skills and strategies to support the dyad effectively.

In all three case study projects **part-time staff** was hired. Although working with part-time staff is not easy, for instance during holiday periods, where there can be a long time elapse before the patients can have access again to that part-time worker, it also can have advantages. Case study II made a deliberate choice to hire community nurses that work part-time for the project and part-time for the umbrella organisation in which they work for the hospitalisation at home. In case study I they decided to work only with staff that had a minimum of 0.4 FTE of job dedication in the P3 project. Their experience taught them that staff with a larger FTE in the project had it easier to accept their role in the project and create some distance from the organisational culture of their own organisation. It is recommended that staff is hired for a large enough % FTE to feel involved in the organisation.

**Turnover of staff** in the projects was mainly because of the pilot status of the projects, which did not guarantee the permanence of their contract and future career into the organisation.

The **case manager** should be capable to exercise a leading function in the management of the situation. Therefore, the case manager should be **credible** and capable to organise at least the following steps:

- contact all care providers individually to assess the situation globally (professionals and non-professionals), if possible during at least one face-to-face contact<sup>5</sup>;
- is responsible for the BelRAI and is able to conduct meaningful interviews with the dyad to collect relevant data and provide adequate information;
- shares the findings of the assessment to all care providers, within the boundaries of professional secrecy and with the explicit consent of the dyad;
- recommends care and services, based on the results of the BelRAI and helps to define priority care goals; therefore, the case manager is organisation-neutral;
  - o this requires that the case manager has an updated knowledge about the offer of care and services, including the conditions of the care and service delivery, such as reimbursements and availability (waiting lists!). This information should be available through updated, reliable websites.
- organises the coordination of the care, maybe with the help of a care coordinator;

---

<sup>5</sup> Otherwise, make use of creativity and ITC to build the network and help the information flow

- acts as an advocate of the dyad and has the capacity to make the distinction between needs, desires and unrealistic demands;
  - o in this aspect, the thrive for autonomy of the patient should be central. This means that, if possible, the care should be organised in a way that it respects the choice of the patient. For example, if the patient needs help for hygiene care, it might be more meaningful to organise this help by the means of a home help, who can support the wish of the patient to wash himself even though this will take up more time. We observed that when a nurse takes up this task, she or he will more inclined to wash the patient him or herself because of time constraints. Indeed, assisting a patient to wash him/herself takes three times the time then doing it yourself as a professional.
  - o As such, the case manager is the reference person of the dyad;
- Ensures that every objective of care is agreed upon and that these objectives meet those of the dyad;
  - o When care is refused and the burden is high, the motives of refusal should be investigated, which means that the intensity of the follow-up should increase;
- Ensures that the relevant data are recorded in a shared care plan (i.e. part of the health record), to which all stakeholders have access;
- Monitors the situation proactively in coherence with all the care providers involved, according to the care plan;
- Evaluates the situation actively and shares the findings with all stakeholders;
- Is capable of flexibility and to go beyond the call of duty to lower the threshold to access to services (e.g. phone calls with the informal caregiver, goes with the dyad to the centre of day-care the first time, etc.). This helps to enable trusting relationships.
- The case manager should also have the **training** and resources
  - o to analyse the profile of his patients and their informal caregiver;
  - o help the patient and the informal caregiver to engage in the planning of their care, taking into account their life plan;
  - o to build an expertise in one of the most prominent symptoms presented by their target population (e.g. expertise in dealing with memory loss);
  - o to be able to communicate efficiently and build trusting relationships with the patient, their informal caregiver and the other care providers.

Case managers should be able to follow their patients across settings, in the home situation and when they are admitted to a hospital or a nursing home. This implies communication and sharing information between all actors involved in the care for a patient, regardless of the setting. There is a need for a **tool to share (need to know) information**, make an interdisciplinary care plan and communicate among all actors (including the patient and the informal caregiver and low-skilled care providers).

When the case manager's active role is finished because the situation is stable, the **follow-up** should be monitored by a person (professional or not), whom the dyad and the case manager trust. Regular updates should be done to the case manager, who should be able to monitor the situation at a distance and intervene proactively whenever the situation or the dyad demands it.

**Informal caregivers** should be supported as much as possible in their role and they should be informed about the progress of the frail older person's health status, especially when this status is likely to worsen because of a degenerative disease. The case manager should ask, at regular intervals, what the needs are of the informal caregiver and seek ways how to best respond to them.

Collective psycho-educational sessions seem to have a meaningful and helpful role in this aspect, but data suggest that a six-month period is too short to build a relationship of trust and, while that trust is increasing, provide a series of psychological support sessions.

### 3. Target population

**Identification** of the frail older people who are most likely to benefit from the (case management) services of the projects remains a complex issue, even for projects already having the experience of the first call (cases 1 and 3). This identification of complex situation should encompass the role of the network of the older person, and seek whether it is adequate – or not.

There is a big difference between the **caseload** per FTE (expressed by number of active clients per FTE case manager): from 51 to 6,5 active clients per FTE case manager. One way to explain this is the difference in the profile of the included population. In the case with the lowest caseload (case 3), they state that they include mainly clients who refuse care. Therefore, their intervention is quite intensive (once per week) during the first weeks or months of their inclusion, often considered also as a "crisis situation", in which the limits of usual care are reached or, in some cases, even exceeded. This is a population that would not have been included in case 1 and 2, where the prevalence of these types of problems does not seem so high because of the projects' exclusion criteria.

## 9. Occupational therapy

The components of occupational therapy, drivers for success or barriers to implementation are described in the implementation report of the projects of the first call [11]. Summarized, occupational therapy works on the autonomy of the older people or, in other words, on their capacity to be less dependent.

Five criteria were selected to describe the projects delivering occupational therapy: intensity, multidisciplinary approach, use of a shared patient file, agreements with a medical supply shop and vocational training. It can be noted that here also, we could observe a high level of heterogeneity between projects and more particularly, at the level of the intensity. They are provided in Figure 5.

(a) The intensity was measured by the active caseload per FTE occupational therapist. Two projects showed a low intensity, with more than 50 patients per FTE occupational therapists. In both cases, the umbrella organisation was an organisation providing nursing care at home. Through their umbrella organization, they had easy access to patients for referral, as the nurses in their own organisation could refer patients in need of occupational therapy, to the occupational therapist. They have the adequate infrastructure, to enable them to spend 100% of their time to their caring function (as opposed to occupational therapist in less structured agencies, where such an administrative support is not available). Two other projects had a medium intensity, characterized by a caseload between 50 and 41 patients per FTE and, finally, one project had a high intensity, with less than 40 patients per FTE equivalent occupational therapist. Their umbrella organisation is a Public Service of Social Aid (CPAS/OCMW); historically, these type of umbrella organisations include a high proportion of socio-economically challenged older people, which are expected to take more time because of the interacting social and economic components. Interestingly, we observed that one of the projects included 50% of their population who had neither ADL nor CPS problems. One might expect that their intervention is preventive (e.g. falls prevention).

(b) The multidisciplinary approach, which was measured by the means of two items: (1) collaboration and coordination with other home care providers (networking capacity outside the project with others professionals who work with older people: meeting, feedback) and (2) number of participants who were involved in decisions-making in order to organize the individual care delivery. The majority of the occupational therapists in these projects worked in multidisciplinary, since three projects had a score of two or higher for this item. Two of them provided care within a home care organisation and had experience in the work with older persons. Through their organisation and former experience, these projects already are part of a wide network, which explain their score. As could be expected, the project with the highest intensity had also the highest score on this item, which can be explained that this project had more time to communicate with the other professionals about their common patients. Two projects reach a score of two and also have a medium intensity. Two projects have a score lower than 1,6: one has a low intensity, the other medium, which shows that there is not always a link between the level of multidisciplinary and the level of caseload per FTE occupational therapists.

(c) The use of a patient record. All projects but one used a patient file. In three cases, this patient file is an electronic record.

(d) Partnership with a medical supply shop: only two projects have formal agreements with a medical supply shop.

(e) Vocational trainings were not organized in these projects and only two projects had occupational therapists with experience with the target population; none had a former experience with the work in the patients' homes. One could have expected that the umbrella organization would have planned such meetings, which was not the case here.

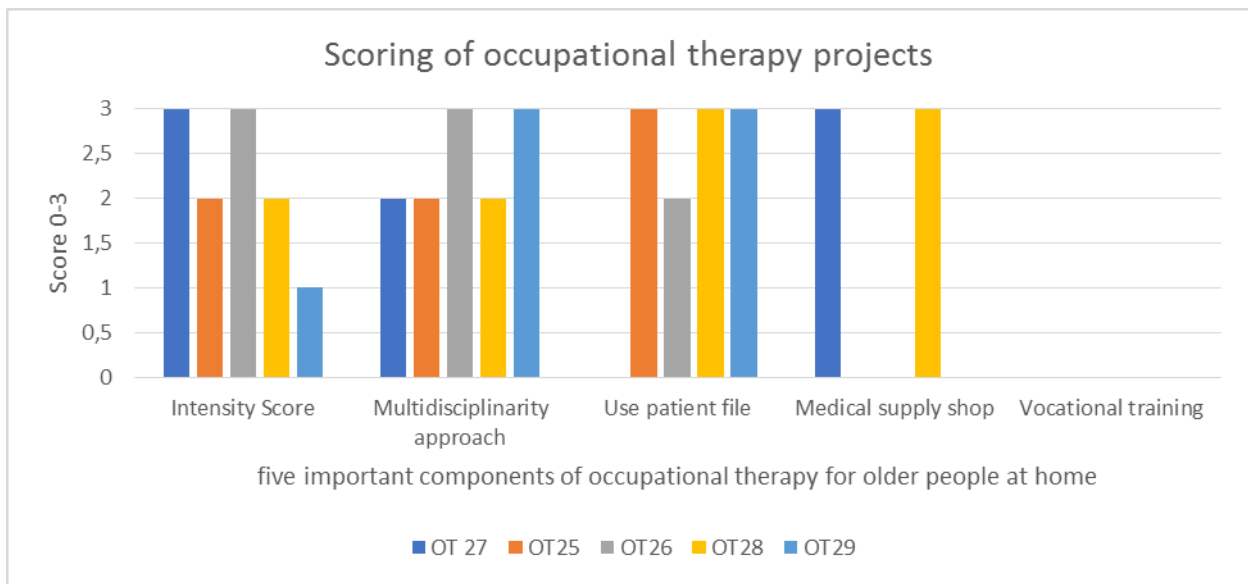


Figure 5. Comparative results of occupational therapy, the data were collected in December 2013

## 10. Psychological support: the case of handling of refusal of care

### Refusal of care

In 2015 we added a series of questions in the yearly questionnaire about the functioning of the projects, to gather more detailed information on the psychological interventions. One of the questions in this series was "Are there frail older persons or informal caregivers who refuse psychological support? Why? How do you deal with that?"

First, it has to be mentioned that the psychological support within the Protocol 3 projects was free for the patients and informal caregivers and, except for one project, was offered at home. Therefore, there were no financial nor mobility-induced limitation to access psychological intervention. Second, the projects report that they encounter few refusals without quantifying these refusals. One project could tell us the exact amount of refusals, being four refusals in 2015. There is an important difference between initial reluctance and actual refusal. Several projects mention that there can be an initial reluctance from the frail older person and/or the informal caregiver towards the psychological intervention. This reluctance is mainly because of fear of the unknown, lack of knowledge about the role of a psychologist, absence of a clear demand for psychological support or understanding of the disease. In case of reluctance it is recommended that the psychologist always listens respectfully to the story of the older person. In most cases, giving sufficient information about the intervention, introducing the psychologist or other care providers, giving the frail older person enough time to accept the idea of psychological support are effective strategies to overcome refusal of care. When at that point, the frail older person remains reluctant and refuses the psychological intervention, the overall strategy of the projects is of course to respect the decision of the frail older person, leaving a door open for the frail older person to call the psychologist when he is ready or proposing to re-contact them later to re-invite them for the intervention. In the same line of thought, the projects contacted the frail older people for other reasons (birthday, Christmas, etc.) simply to show that they cared and that the proposal of care was still out there.

This question about refusal of care was only asked to the projects that had a psychological component to their intervention. Therefore, we cannot conclude with certainty that we can transpose this strategy to cope with refusal of care to the other nine projects (without psychological intervention). However, understanding that the threshold to talk about psychological problems is more of a taboo than to accept physical care, we can assume that refusal in those projects was even less and similar strategies can be put into place to minimize refusal.

## Part II B. Learning communities

### a. Description of the implementation of the approaches used in the learning communities

#### 1. Intervisions

Four series of intervisions were held in Brussels, all lasting four hours. An overview of the dates is presented in Table 27. After each session, a summary report of the themes discussed was made and sent to the participants. An overview of these themes per session is described below. The reports are available on request and can be found on the Google site of the learning community<sup>6</sup>. The overall focus of the next meeting was discussed at the end of each intervision.

**A first set of intervisions** was held in June 2015. These intervisions started off with an introduction of the participants and a short presentation of the project they are working. Next, participants brought in cases from the work field and they were discussed. In addition, SharePoint and the good practice sheets were briefly introduced. Finally, the hypothesis that consumption of care would increase by introducing these projects was discussed, based on the experience of the participants.

The main themes discussed during these first intervisions are listed below.

- Use of the results of the BelRAI
- Interprofessional collaboration with other primary care providers
- Formal clinical information tools
- Recruitment of beneficiaries
- Recruitment and retention of professionals for the project
- Additional questionnaires
- Learning community
- Communication with the NIHDI

**The second set of intervisions** took place in November and December 2015. During this second meeting with the participants from the Learning Community, the focus was on using the good practice sheets (what, how, questions). This discussion was based on the examples and cases from the participants. In addition, the pre-final version of SharePoint was introduced and an overview of indicators for the evaluation were presented and discussed. All projects but one was represented (project that was not represented was because of illness of the representative).

The main themes that were discussed and could potentially be translated into a good practice sheet, are listed below:

- Dealing with situations where care is refused (but needed)
- Sharing information between healthcare providers (shared EHR, use of one excel or other template to fill in information on the patient,) and good practices to improve inter-professional collaboration
- How to support and motivate GPs to fill out the BelRAI?
- How to improve involvement of GPs in the care for patients in the projects?

---

<sup>6</sup> <https://sites.google.com/site/protocol3lc/fiches>



- Development and use of information tools to provide an overview of the what the project offers and for whom
- Improving communication between client and family and the services provided (using a communication tool; how a care coordinator can bridge this communication gap)

**A third series of intervisions was held in May/June 2016.** On specific request of the participants, there was room to bring and discuss cases they were struggling with (and which could be translated into a good practice sheets in a later stage). In addition, a few specific problems were addressed and solutions/approaches that work (e.g. refusal of care) were discussed. Finally, there was time to go into the results of the case studies and to address questions concerning the good practice sheets. During this set of intervisions, representatives of the NIHDI were present.

A general theme during this series of intervisions was the responsibility of the case-manager: limitations, mandate and responsibilities.

Based on the exercise of developing two good practice sheets for cases with people who refuse help, the following 'good practice tips' were described:

- Make use of diverse sources of information (client, informal caregiver, family) and support (people whom the client trusts and can bring across positive messages regarding help needed)
- Provide clear information on the help needed/offered and present is as 'something the client is entitled to, a favor'
- During the communication with your client, focus on what is still going ok and how to support this to stay ok (instead of focusing on what goes wrong and needs to be supported)
- Start procedures of 'bewindvoering/administration provisoire' in time and make sure you know the magistrate who decides on these matters
- In case of 'bewindvoering': work in team and share the responsibility
- As a case manager you need to be a key person both for the client and for the care-providers and other partners involved in the case

**A fourth and last set of intervisions** took place in November 2016. The focus of this intervisation lay on discussing how, as a case-manager, you could take up the role as representative of the client and at the same time bet he linking person to other care providers/partners involved in the care fort that person. The idea was to come to very practical recommendations: preconditions, what worked in practice, difficulties and pitfalls.

The result of the discussion on case-management roles is described in Part II C., describing the best practices identified. The findings of the focus group discussions are presented under section 3.3.

## 2. Good practices

- Procedure of the development and sharing of the good practice sheets
  - A template for describing a good practice was send by email to all the participants and projects after the second set of intervisions. It was also put on google sites after the third intervisation.
  - Participants could turn to the moderator of the learning communities for support. The moderator send feedback.

- When the developer of the good practice sheet and the moderator agreed upon the final version, it was put on the information and communication platform (google sites and later also SharePoint). From that moment on, all members of the learning community could access the good practice sheets.

### 3. Information and communication platform

It was expected that SharePoint would be available from the intervisions of November 2015 on. Despite several demands addressed to NIHDI, the development of SharePoint seemed not a top priority for the developers in the ICT department of NIHDI. Therefore, problems arising during the test phase were very slow to be fixed. For instance, the updating of the list of the professionals willing to access SharePoint could take up to two months and this meant that in the meanwhile the members of the community were not motivated to use it any more. SharePoint was accessible from January 2016 onwards however it was still not fully operational because of these technical problems: the list of authorized members had not been updated since 21<sup>st</sup> December 2015 and the members who had access could not use the workflow they have been promised to co-elaborate the sheet of best practices with the moderators.

Because of these problems, it was decided to use Google Sites for sharing general information on the projects, including the good practice sheets. This was communicated and initiated during the third intervision series. Every participant was send an invitation to start using the Protocole 3 google site.

## b. Participation

### 1. Intervisions

The participation rate of the projects in the different intervisions was high (see table 27) and interaction during the session was good. From the 36 projects, 33 were represented in the first intervisions, all in the second and 31 and 33 in the third and fourth sessions respectively.

Although participation was very good, a problem encountered was that for a number of projects, the representative for each intervision was different.

Table 29. Dates of and Participation to the intervision, per language group

| Date                       | Language | Number of Participants | Number of projects |
|----------------------------|----------|------------------------|--------------------|
| 16/06/2015                 | Flemish  | 16                     | 11                 |
| 18/06/2015                 | Flemish  | 12                     | 8                  |
| 22/06/2015                 | French   | 16                     | 8                  |
| 25/06/2015                 | French   | 12                     | 6                  |
| <b>Total first series</b>  |          |                        | <b>33</b>          |
| 16/11/2015                 | French   | 13                     | 7                  |
| 17/11/2015                 | French   | 11                     | 7                  |
| 1/12/2015                  | Flemish  | 9                      | 8                  |
| 8/12/2015                  | Flemish  | 15                     | 14                 |
| <b>Total second series</b> |          |                        | <b>36</b>          |
| 31/05/2016                 | Flemish  | 12                     | 10                 |
| 07/06/2016                 | Flemish  | 10                     | 10                 |
| 06/05/2016                 | French   | 14                     | 5                  |
| 13/05/2016                 | French   | 15                     | 6                  |
| <b>Total third series</b>  |          |                        | <b>31</b>          |
| 14/11/2016                 | Flemish  | 8                      | 8                  |
| 21/11/2016                 | Flemish  | 13                     | 12                 |
| 15/11/2016                 | French   | cancelled              |                    |
| 22/11/2016                 | French   | 25                     | 13                 |
| <b>Total fourth series</b> |          |                        | <b>33</b>          |

## 2. Good practices

From the projects participating in the intervisions, 15 send in a good practice sheet and were given feedback by the moderator. Thirteen good practice sheets were finished, approved of by both developer and moderator and were put on the information and communication platform (google drive and later SharePoint).

Good practice sheets can be consulted on Google sites of Protocol 3<sup>7</sup>.

### 3. Information and communication platform

Fourteen of the projects filled out the electronic questionnaire on use of the information and communication platform. Six of the participants looked at or used some part of the platform (see table 28 for details). Four participants used Google sites, one used SharePoint and one used both Google sites and SharePoint.

Six project participants looked at the good practice sheets. Four of them actually read through at least one practice sheet and 2 of them used the information in practice.

Six of the 14 projects indicated they developed a practice sheet to put on the platform.

---

<sup>7</sup> <https://sites.google.com/site/protocol3lc/fiches>

Table 30. Details on what parts of the platform were used by the participants who accessed the platform (n=6)

| Part of the platform                           | Number of Participants |
|--|------------------------|
| Evaluation reports                             | 2                      |
| Articles                                       | 2                      |
| Notes from the Government                      | 2                      |
| Overview information of the projects           | 3                      |
| Summary and presentations of the interventions | 2                      |
| Good practice sheets                           | 6                      |

### c. Experiences of participants with the components in the learning community

The overall experience with the learning community is positive. Participants felt it had an added value and this was confirmed by the high attendance rate of the members. This was mainly so with the series of interventions although sharing good practice sheets was also thought of as having a potential to be useful. The main barrier people described was the lack of time since participating in the learning community was not budgeted within their work. Participants also put forward a few suggestions for improvement.

These perceptions are detailed with some illustrative quotes in table 29.

The overall positive experience could be described by five themes: 1) reassurance and support, 2) learning from experiences and stimulating reflection, 3) changes made in practice 4) contact with funders and evaluators. A fifth general theme focusses on the good practice sheets. Finally, barriers and points for improvement are discussed separately.

#### The learning community: Interventions are overall experienced in a positive way

First, the interventions were experienced as supportive and reassuring. It was a relief to recognise the same problems in other projects, share difficulties encountered with peers and to share information in a safe environment.

A next positive aspect of the interventions was the opportunity to learn about case management, the requirements of its implementations, its possibilities for other projects and to be stimulated to reflect critically on own work.

A number of participants used the information shared to implement it in their own setting. They mainly concerned administrative and procedural aspects of their work. Some projects shared experiences between interventions by telephone or by visiting each other's projects. This led to actual changes in their own practice work. This feature of informal interaction among members of the community between the formal interventions is a sign of dynamism of the community and must be encouraged [17].

Finally, participants valued the face to face contact with funders and evaluators. They felt they could bring across the reality of their daily work in a better way. They also saw it as a way to lower the threshold to contact them in case they had questions or problems.

### Experiences with the good practice sheets

In general, it was the participants' feeling that there was not enough time between the start of developing and sharing the good practice sheets and the evaluation during the last series of intervisions. They could be useful for sharing administrative issues and procedures but sharing of good practices in specific cases was felt more difficult.

The overall perception of the members of the learning community was that reading good practice sheets alone on your PC had a higher threshold than the face to face discussion in the intervisions.

The organisation of the sheets on the website was not user friendly yet and a system of actively informing case managers that a new practice sheet was available or bundling them into a book or magazine were suggested as ways to improve their use.

### The learning community: barriers and suggestions

The most important barrier identified by the participants of the projects was lack of time and more specifically the fact that actively participating in the learning community (intervisions, making and consulting good practice sheets) was not budgeted for in the time of the case-managers. Therefore, it was important that the benefits of participating were more important than the time invested. Several participants indicated the potential relevance of the platform and the good practice sheets but at this point in time, access was too complex and there was no room to spend a lot of time.

Two to three intervisions a year were considered to be feasible, some participants would like a few more in case time would be budgeted to attend. Participants also suggested that intervisions could also contribute to installing and organising new projects if the intervisions start earlier in the process. A clear arrangement on what kind of topics can be discussed during the intervisions was also suggested. Since participants were only a representative of a project and were usually not the coordinator, it was felt that official information on the projects should not be communicated during the intervisions unless coordinators were also informed in another way.

An important barrier identified by the researchers and moderators to be able to reach the goals of the learning community, besides this lack of time expressed by the projects, was the seemingly difficulty of some members of the projects to engage in a reflexive process on their own practices. In particular, some nurses and occupational therapists appear to have difficulties to take a step back and analyse what was going on in their project or in their local system. Their analysis and deductions seemed often very idiosyncratic and putting solutions before explanations. As moderators, it was then difficult to get the discussion back on track because these professionals of the projects were not aware of what was asked.

Table 31. Themes discussed and some illustrations

| Themes and subthemes   | Quotes  |
|--|---|
| <p><b>Reassuring and supportive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recognition of similar problems and support of peers</b></li> </ul><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Safe and trusting environment</b></li> </ul><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usefulness of document library on Google sites</b></li> </ul> | <p><i>'Iedereen wordt inderdaad met dezelfde dingen geconfronteerd ongeacht de eigenheid van het project en dat opzicht vond ik zuurstof geven' (FG 1)</i></p> <p><i>'ah, die doen dat ook zo en die huisartsen dat ligt bij hun ook moeilijk dus dat ligt niet alleen aan mij, oef! Dus eigenlijk ben ik nog niet zo slecht bezig.'</i> (FG 1)</p> <p><i>'Ces interventions, c'est bien parce que autrement, c'est toujours des réunions entre organisations, mais pas entre professionnels.'</i> (FG3)</p> <p><i>'De doorsnee cliënt die een rechtstreekse hulpvraag stelt, komt bij ons niet terecht, dus het zijn niet die complexe en moeilijke situaties en dan gaat dat goed om eens van gedachten te kunnen wisselen met mensen die dag in dag uit met hetzelfde bezig zijn' (FG 1)</i></p> <p><i>'En soms ook gewoon stoom afdalen als je iets meemaakt hebt. Je kan het ventileren tegen iemand die dat begrijpt' (FG 1)</i></p> <p><i>'En de tweede en de derde keer heb ik dan wegens tijdsdruk gezegd dat ik niet zou gaan, ..., maar hoe het nu was vond ik het wel ok. Dat je ook hoort bij andere mensen dat het toch niet zo eenvoudig is' (FG 2)</i></p> <p><i>'Er zijn toch heel veel dingen gebracht die ook op een vertrouwelijke manier behandeld zijn geweest. De verslagen van de intervisie vond ik altijd heel mooi samengevat' (FG 1)</i></p> <p><i>'L'aspect biblio virtuelle est bien car tous les articles sont centralisés.'</i> (FG3)</p> |
| <p><b>Learning from experiences and stimulating reflection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Learning about the content and possibilities of case-management</b></li> </ul>  | <p><i>'Die intervisies leveren voor jezelf ook iets op he. Die vragenlijsten zijn meer geven, maar dat levert niet echt iets op. Dat is meer dat jullie jullie werk kunnen doen, maar hier kunnen we echt leren van elkaar' (FG 1)</i></p> <p><i>-Moi, je l'identifie mieux avant pour moi c'était un gestionnaire de dossier. Ca m'a un peu éclairé sur ce que c'était. '</i> (FG3)</p> <p><i>'...was het voor mij niet duidelijk wat een casemanager doet en het is voor mij wel nu een moment geweest, als ik dan hoorde wat andere projecten allemaal deden, dat ik soms dacht: oei, misschien kan er nog meer uitgehaald worden dan wat we nu op dit moment doen' (FG 1)</i></p> <p><i>'Een casemanager is niet iets was je al kan leren op school. Ik denk dat je anders meer valkuil hebt van gewoon vanuit uw vooropleiding te werken' (FG 1)</i></p>   |





|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Change by collaboration between projects</b></li> </ul>  | <p><i>'-La thématique de bonnes pratiques a amené une rencontre entre projets celui qui a rédigé la fiche et d'autres projets' (FG3).</i></p> <p><i>'I: Dus dan hebben jullie zelf contact genomen met die.. en uitgewisseld en daar dan.. anders door gaan werken</i></p> <p><i>D: Ja, klopt. Dus daar iets wel iets uitgekomen voor vergemakkelijking' (FG 1)</i></p>  |
| <p><b>Contact with funders and evaluators</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Giving a realistic view on situation</b></li> <li>• <b>Lower threshold to contact them</b></li> </ul>  | <p><i>'Wij hadden vaak ook het gevoel via jaarverslagen, maar die mensen kunnen toch nooit een goed beeld hebben van wat wij doen via gewoon die zaken. En dan vond ik het wel leuk dat je hier wel de tijd neemt om naar ons te luisteren; welke problemen, waar stoten wij op.. Dat zou voor mij zeker meer mogen, ook al is het een enorme tijdsinvestering' (FG 1)</i></p> <p><i>'De vorige keer was het RIZIV hier ook bij aanwezig en eigenlijk vind ik dat wel toch een meerwaarde ook om, en dan komen we ook weer terug op wat daarstraks gezegd is, het vertrouwen, het gezicht kennen..... dat doet ook gemakkelijker de telefoon of een mailtje doen als je een concrete vraag hebt rond uw project' (FG 1)</i></p> <p><i>'De toute manière, on ne pourrait pas les organiser, nous professionnel on aurait pas le temps. Ca s'essoufflerait s'il n'y avait pas l'équipe d'évaluation, on ne pourrait pas avoir ces Intervisions' (FG3)</i></p>  |
| <p><b>Good practice sheets</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Useful for practice</b></li> <li>• <b>Useful for sharing administrative issues and procedures</b></li> <li>• <b>Higher threshold than intervisions</b></li> </ul> | <p><i>'-Moi j'ai appliqué la fiche de bonnes pratiques sur les médecins généralistes et ça a marché on a eu de meilleurs résultats pour faire participer avec les généralistes.' (FG3)</i></p> <p><i>'Ja, dus als het zoiets procedurematig, administratief is, is het een heel goed kanaal,... maar als je een good practice wil van een casus uitschrijven, daar steekt al heel veel tijd in, dat is heel abstract' (FG 1)</i></p> <p><i>'Ja, kennis wel, zoals ik zei, die fiches ik bekeek dat van een stappenplan, ..., dus op dat vlak is er dan nieuwe kennis rond procedurematig' (FG 1)</i></p> <p><i>'Die fiches waren op zich ook niet slecht, maar je moet er zelf achter uw computer in uw eentje dingen rond bekijken, of met uw team, tegenover hier ((in de intervisie) heb je fysieke aanwezige persoonlijke contacten' (FG 1)</i></p> <p><i>'Le site internet n'a de sens qu'avec les Intervisions, sur les fiches de bonnes pratique, il aurait été bien de travailler sur des fiches, sur des thèmes travailler d'abord en Intervention.' (FG3)</i></p> <p><i>'Het lijfelijke, in gesprek met elkaar zijn was meer leerzaam dan die fiches. We hebben al zoveel dingen moeten raadplegen, dat was eigenlijk een beetje ver van mijn bed die fiches' (FG 2)</i></p> |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Way of presentation</b></li> <li>• <b>More time needed to evaluate</b></li> </ul>   | <p><i>'Er waren veel onderwerpen bij die niet echt mee kunnen helpen in ons project, dus het blijft.. ja, ik vind dit leerrijk, de intervisie echt wel.. en de fiches zal ik wel consulteren. Ik heb er al naar gekeken en ik zag direct: dit is niet echt ____ praktisch voor mezelf' (FE 2)</i></p> <p><i>'En alles wat er ook georganiseerd is dat er op zich niks mis mee was, dat het eigenlijk allemaal heel goed was, maar dat de tijd tekort is en te beperkt is' (FG 1)</i></p> <p><i>'Ja, ik ook: fiche maken. Maar dan zijn er cliënten die ertussen komen of andere zaken. Ik ben heel vaak aan iets begonnen, maar nooit...' (FG 1)</i></p> <p><i>'Ik had zoiets van alle fiches onder elkaar en je zag niet de volledige titel – en dan ga je daar en dat zie je daar zo een tekst, en dat werk niet voor mij wil onmiddellijk weten 'heb ik er iets aan of niet' – ik heb geen zin om teksten te lezen om de zien 'is dit iets voor mij' (FG 2)</i></p> <p><i>'Werken met trefwoorden zou ze toegankelijker maken '(FG 2)</i></p> <p><i>'Ik denk dat het een beetje een vicieuze cirkel is. Moest iedereen er mee opzetten, dan halen we er misschien meer uit' (FG 2)</i></p>  |
| <p><b>Barriers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Time-consuming</b></li> <li>• <b>Learning community time is not budgeted for</b></li> <li>• <b>Balance between time investment and return – relevance for own project</b></li> <li>• <b>Complexity of and difficulties with platforms</b></li> </ul> | <p><i>'...en dan kom je terug en licht daar een hoop werk te wachten en dan ben je bezig en ja.. dus die dingen allemaal en dan ineens die fiches nog..' (FG 1)</i></p> <p><i>'Dat ik inderdaad merkte van: 'is dat nu volgende week die intervisie? Ik ga daar niet veel aan kunnen voorbereiden'. Dat overvalt u een beetje van ah ja dat komt er ook nog bij' (FG 2)</i></p> <p><i>'Ik bel het ziekenhuis terug en zeg; ja ik zit wel in een vorming in Brussel, ik kan de nachtzorg bellen om op te starten, maar jij gaat familiehulp en jij gaat ____ bellen.. Dat komt er ook bij, uw werk stopt niet' (FG 2)</i></p> <p><i>'Dat en het feit dat er van in het begin geen duidelijk mandaat was om dit te doen. Mocht bijvoorbeeld ____ het projectvoorstel bijvoorbeeld twee dagen per maand.. laat ons dromen he' (FG 2)</i></p> <p><i>'... er moet ook tijd zijn binnen je case-management voor dit soort dingen als intervisie' (FG 2)</i></p> <p><i>'Ik was ook een beetje ... van gewoon 'oh ja, dat is wel fijn om eens te volgen' versus 'kan ik daar zelf mee aan de slag in mijn project' (FG 2)</i></p> <p><i>'... en de fiches zal ik wel consulteren. Ik heb er al naar gekeken en ik zag direct: dit is niet echt praktisch voor mezelf' (FG 2)</i></p> <p><i>' Pour nous le site internet, c'est vrai qu'il y a des doc intéressants mais ça nécessite une démarche interactive mais on oublie avec nos routines et il y</i></p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p><i>avait eu des soucis d'accès, pas très ergonomique, je préfère recevoir les fiches par mails.' (FG 3)</i></p> <p><i>'Ik ben er naar toe gegaan maar het duurde te lang dus ik heb het boeltje terug toe gedaan' (FG 2)</i></p>   |
| <p><b>Suggestions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Timing and frequency of interventions</b></li> <br/> <li>• <b>Clarity about information that can be shared</b></li> <br/> <li>• <b>Suggestion about an intervention about how to end the case management</b></li> </ul> | <p><i>'-Pour les projets plus anciens on a moins besoin, c'est au démarrage des projets que le dispositif est le plus utile, tous les trois mois ce serait super.' (FG3)</i></p> <p><i>'Is meer de fase waarin de intervisie momenten gekomen zijn. Als het had plaatsgevonden in de opstartfases gingen wij veel samen opgebouwd hebben en processen doorlopen' (FG 1)</i></p> <p><i>'2 keer per jaar is eigenlijk al niet veel, maar het is binnen het gegeven van het project waarin we eigenlijk al tijd te kort komen en dan alle administratie en dergelijke rond te krijgen' (FG 1)</i></p> <p><i>'Dat vond mijn collega die de coördinatie van de projecten een beetje op zich neemt wat jammer omdat ze zei dat wij naar die intervisie gaan vanuit case management op de werkvloer, maar er worden dan dingen gecommuniceerd die beleidsmatig invloed kunnen hebben en die nog niet officieel zijn' (FG 1)</i></p> <p><i>'Daarom, als er een intervisie zou komen, ook gewoon duidelijk zijn wat er kan en wat niet' (FG 1)-</i></p> <p><i>'Proposition d'une Intervisioen en automne 2017 pour savoir comment on termine un trajet de CM avec des patients. Présentation des évaluations à partir de cas.' (FG3)</i></p> |

## Part II C. Current best practices, as identified by the results of the Protocol 3 projects

### 1. Case management (français)

| Le case management et ses conditions d'exercice au sein des projets du Protocole 3 |  |
|--|--|
| <b>Auteurs</b>   | Olivier Schmitz, Thérèse Van Durme, Hilde Bastiaens, Jean Macq<br>Approuvé par l'ensemble du consortium scientifique chargé de l'évaluation des projets du Protocole 3.<br>Les experts ont commenté cette fiche au cours d'une réunion de validation à l'INAMI le 1 <sup>er</sup> février 2017.<br>La liste des membres du consortium du Protocole 3, ainsi que celle des experts qui ont contribué au groupe de validation se trouve dans les annexes 1 & 2.  |
| <b>Sources</b>   | Cette fiche a été élaborée sur base des sources suivantes ; <ul style="list-style-type: none"><li>- Les résultats intermédiaires de l'analyse qualitative des projets des deux appels. La liste des chercheurs se trouve en annexe 1 ;</li><li>- Les interventions des communautés d'apprentissage au sein du Protocole 3 auprès des case managers et psychologues francophones et néerlandophones (juin et novembre 2016, représentant cinq interventions).</li><li>- Les commentaires écrits et oraux des experts (voir annexe 2).</li></ul> |
| <b>Mots clés</b>   | Case management – gestion de cas - case manager – gestionnaire de cas  |

### 1. Contexte

Cette fiche tente de définir la fonction du case manager dans le contexte des soins à domicile pour les personnes âgées « fragiles »<sup>8</sup> ainsi que leur aidant informel, au niveau des soins de santé à domicile. Précisons d'emblée que, dans cette fiche, la notion de soin est à comprendre au sens large, c'est-à-dire au sens du soin et de l'aide. En effet, nous concevons la santé au sens de la définition de l'OMS de 1946. Définir la fonction du case manager en Belgique est très complexe car à l'heure actuelle, plusieurs professionnels affirment l'exercer, avec des compréhensions très diverses. Nous proposons donc, avant de définir la fonction du case **manager**, de définir celle du case **management**.

En effet, à l'heure actuelle, le système de santé<sup>9</sup> belge a permis l'émergence de dispositifs inspirés de manière variable des caractéristiques constitutives de case management selon une logique à la fois « top-down » : p.ex. les coordinations de soins en Région Wallonne, et « bottom-up » : p.ex. le case management au sein des projets du Protocole 3. Il s'ensuit que dans la réalité, on peut observer des formes très diverses du case management, allant du case management « sur papier » versus du case management « réel », c'est-à-dire correspondant à des standards minimaux.

Précisons aussi le timing de cette fiche, qui a été élaborée avant que n'ait eu lieu l'Eerstelijnsconferentie (16/02/2017), qui exprime une certaine vision du case management, parfois différente de celle qui est définie

<sup>8</sup> Dans le contexte des projets du Protocole 3, ce groupe-cible est défini par (a) l'âge: 60+; (b) la fragilité, objectivée par un score de 6 ou plus sur l'Edmonton Frail Scale; OU avoir au moins besoin d'une aide partielle pour les fonctions d'AVQ; OU avoir reçu un diagnostic de démence, posé par un gériatre, psychiatre ou neuropsychiatre.

<sup>9</sup> Dans cette fiche il sera question aussi bien de soins de santé que du social, en réponse aux besoins de santé du patient, selon la définition de la santé globale de l'OMS (1948).

dans cette fiche. D'une part, les prestataires du Protocole 3 n'avaient donc pas encore pris connaissance de cette vision. D'autre part, la première réunion d'experts s'est également tenue avant le 16/02/2017. Il s'ensuit que le lecteur devra nécessairement tenir compte du fait que cet écrit a été produit indépendamment de la vision de l'Eerstelijnsconferentie et s'appuie principalement sur des résultats empiriques issues de l'évaluation des projets du Protocole 3.

## 2. De quoi parle-t-on lorsqu'il est question de case management ?

Nous présentons en annexe 4 quelques fonctions du case management, telles qu'elles ont été décrites dans les projets du Protocole 3. Les fonctions décrites en annexe 4 font effectivement partie du case management mais, dans plusieurs projets du Protocole 3, le soi-disant case management se *limitait* à ces fonctions, p.ex. celle d'éducateur thérapeutique. Or, comme nous le décrivons ici, le case management comporte bien plus de fonctions que la liste limitée de l'annexe 4.

Dans la littérature, la définition du Case Management Society of America (CMSA) est souvent retrouvée (2010, p.10). C'est cette définition qui a été retenue lors de l'évaluation des projets du Protocole 3, car elle semblait bien correspondre à la demande et aux souhaits des personnes âgées vivant dans des situations complexes à domicile.

[Case management is] « a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality, cost-effective outcomes<sup>10</sup>[19]

---

<sup>10</sup> (Traduction libre) « Un processus collaboratif d'évaluation, de planification, de coordination de soins, d'évaluation et de conseil, afin que les options et services rencontrent les besoins en santé globaux de la personne et de son entourage, au travers de la communication et les ressources disponibles, afin de promouvoir des résultats qualitatifs et coût-efficaces. »

Les remarques suivantes ont été émises par les experts lors du groupe de travail le 01/02/2017, ainsi que par les membres du groupe de travail 'projets de soins innovants', par écrit :

Case management est effectivement bien plus que de la coordination (= synchronisation des soins et de l'aide). Les éléments suivants ont été considérés comme centraux dans la définition.

1. Le terme **advocacy** (avocat, conseil). Le case manager tient avant tout compte du projet de vie du patient et de son aidant informel, en ce compris ses souhaits en matière de soins et d'accompagnement social. Un case management ciblé devrait permettre à ce dernier de prendre des décisions de manière informée.
2. La **participation** des personnes impliquées est fondamentale. C'est le rôle du case manager de s'assurer que l'ensemble des personnes impliquées participent de manière adéquate. Pour le patient, cela signifie que le case manager va tout mettre en œuvre pour son **empowerment**, pour que ce dernier prenne véritablement le contrôle de son 'cas', appuyé par le case manager. Dans ce sens, le case manager renforce les capacités de la personne âgée et de son aidant informel, pour régir son autonomie et les auto-soins.
3. Ceci nécessite de la part du case manager, une bonne **connaissance** des ressources, besoins et préférences du patient et de son entourage.
4. Le terme **qualitatif**, qui est trop peu à l'ordre du jour dans notre système de soins belge. Les experts tiennent à souligner qu'il y a pour l'instant trop peu d'incitants structurels propices à une culture qualité, ce qui est une barrière pour la mise en œuvre de cette fonction (voir aussi la partie relative aux conditions contextuelles).
5. Le case management envisagé ici est une fonction qui vient en **soutien** aux soins directs ; la régie des soins appartient en effet aux prestataires cliniques, qui se voient soutenus ici par une deuxième fonction.
6. Soulevons également les réactions de la région wallonne et de la région flamande, qui craignent, à juste titre, un **chevauchement** des fonctions de coordination du case manager, avec celles des coordinatrices actuelles.

### 3. Pour quelle population-cible ?

Le case management professionnel est destiné principalement, mais n'est pas limité, à ceux qui se trouvent au sommet de la pyramide de Kaiser Permanente (voir annexe 3), c'est-à-dire les personnes dont la situation de soins est tellement complexe qu'ils ne peuvent plus la gérer de manière **autonome**. Certaines personnes âgées peuvent se trouver plus bas dans la pyramide pour ce qui est de la complexité mais sont peu entourées et/ou ne disposent pas de capacités suffisantes pour gérer leurs soins de manière autonome. Rappelons qu'en première intention, c'est le patient<sup>11</sup> ou son entourage qui assument la fonction de case management. En deuxième intention, ce sera une personne dans l'entourage professionnel du patient qui revêtira la fonction de case manager. Dans le cas de la personne âgée « fragile » à domicile, ce sera le médecin généraliste. Lorsque la situation est trop complexe, la désignation d'un case manager professionnel sera utile et nécessaire.

#### *Quand une situation de soins est-elle complexe ?*

L'appréciation de la complexité de la situation est à la fois une affaire de jugement clinique de la part des professionnels qui sont en contact avec la personne âgée et en présence d'indicateurs pouvant évoquer la complexité. En voici quelques exemples cités lors des interventions:

- **Multiplicité des intervenants peu intégrés**, provenant de réseaux, d'organisations, de disciplines, etc. divers et où il y a un besoin d'intégration.
- **Réseau « en crise »** : en présence d'un problème de santé chronique, conflit entre la personne bénéficiaire et son entourage (familial ou professionnel), voire même au sein de cet entourage.
- Personne dans le réseau, n'est en mesure de prendre la « distance nécessaire » pour aligner l'aide nécessaire et acceptable, à la demande et aux besoins.
- **Refus de soins**. L'entourage (familial ou professionnel) constate que l'aide et les soins sont sous-optimaux par rapport aux besoins. Il y a donc une sous-utilisation des soins. Ceci peut aussi être le cas lorsque la personne âgée – ou son réseau social – n'est plus en mesure d'assurer la régie de leurs soins. P.ex. l'aidant informel est épuisé mais le patient refuse de l'aide.

Il y a un hiatus entre l'offre disponible et l'acceptabilité de l'offre

- Par le patient (en raison de sa maladie (mentale ou cognitive)) ;
- Par le patient et son entourage, p.ex.
  - En raison de leur perception de leur « devoir » d'assistance
  - De l'accessibilité financière ou géographique
  - Du caractère intrusif perçu de l'aide ou des soins
- En l'absence d'aidant informel ; lorsque l'aidant informel présente des limitations en raison de problèmes de santé ou relationnels.

---

<sup>11</sup> Dans le groupe d'experts, le terme 'patient' faisait l'unanimité dans ce contexte, non pas pour réduire la personne à son statut de patient mais pour souligner que la situation de soins est tellement complexe qu'un case management par un professionnel est nécessaire.

Remarques émises par les membres du groupe de travail 'projets de soins innovants', par écrit :

1. Même si en théorie, le médecin généraliste paraît un professionnel adéquat pour faire du case management, il apparaît dans les faits que ce n'est pas toujours la personne la plus adéquate, en raison notamment de leur charge de travail importante.
2. Les experts relèvent que la complexité de la situation est souvent l'expression d'une souffrance psychologique importante vécue par la personne âgée et de son entourage (l'entourage professionnel également). Cette souffrance psychologique doit pouvoir être entendue (d'où l'importance de l'écoute !) et nommée afin d'être accompagnée adéquatement par un professionnel. Le lien avec la fiche de bonnes pratiques sur l'accompagnement psychologique à domicile est donc très clair.

#### 4. Quelles étapes sont nécessaires pour mettre en œuvre un case management répondant aux standards minimaux ?

1. N'importe qui devrait pouvoir signaler une situation complexe : la personne âgée elle-même, son entourage familial ou professionnel (de soins et de l'aide).
2. L'identification d'une situation complexe, se fera idéalement - mais pas exclusivement - à l'aide d'un outil de dépistage, par un professionnel. Pour information, le BelRAI screener, actuellement en phase de test, peut être utilisé à des fins de screening pour une situation complexe car c'est un outil qui permettra, le cas échéant, d'identifier des domaines de complexité de la situation. L'expérience nous montrera s'il est nécessaire d'ajouter des domaines au screener, ce qui sera probablement le cas pour le domaine social. En effet, les autres domaines « manquants » sont repris indirectement dans le BelRAI screener actuel<sup>12</sup>.
3. Évaluation globale multidisciplinaire (via le BelRAI complet si personne âgée<sup>13</sup>) non seulement de la personne âgée mais aussi son entourage familial.
4. Désignation d'une personne de référence. Relevons ici encore une fois que c'est la personne âgée qui doit pouvoir décider, si possible, qui sera son case manager.
5. Concertation multidisciplinaire et établissement d'un plan de soins et des services, avalisée par la personne âgée.
6. Mise en œuvre et coordination du plan de soins et de services.
7. Suivi des soins et des services et accompagnement de la personne dans son parcours de soins.
8. Évaluation et, le cas échéant, adaptation du plan de soins et de services.

---

<sup>12</sup> D'après notre revue de la littérature, il manquerait les domaines suivants au BelRAI screener :

- Le fonctionnement social : l'étendue et la fréquence des limitations au niveau des activités sociales à la suite des problèmes de santé. ⇒ Un supplément au BelRAI screener est planifié
- La douleur physique et son impact sur la vie quotidienne ; son impact pourra s'exprimer par des limitations au niveau de l'AVQ et l'AIVQ, voire même par des problèmes psychiques, dont les dimensions sont reprises dans le BelRAI screener.
- La perception de sa propre santé, ce qui n'est pas tant un déterminant de la complexité qu'un risque pour un mauvais alignement des soins.
- La vitalité (versus le fait de se sentir fatigué), ce qui s'exprimera également au niveau de l'AVQ et de l'AIVQ

<sup>13</sup> Le BelRAI peut également être utilisé chez des personnes non âgées.



Remarques émises par les membres du groupe de travail 'projets de soins innovants', par écrit :

1. Le feedback écrit de certains experts relaie la vision de l'Eerstelijnsconferentie, qui affirme que c'est le coordinateur de soins ou un professionnel qui détermine le besoin d'un case management professionnel.
2. Selon les différences de pratique en fonction des régions, il est fondamental de définir au cas par cas les différences entre les termes 'concertation' et 'coordination', afin d'éviter des chevauchements et hiatus. Soulignons ici que, vu la complexité évoquée, la coordination clinique (p.ex. révision des traitements et adéquation des soins prodigués) doit faire partie intégrante de cette coordination).

## 5. Quel type et quelle intensité pour un case management professionnel ?

Le type et l'intensité du case management professionnel dépendra du contexte dans lequel le case management a lieu.

L'intensité du case management dépendra, entre autres

- Du moment dans le parcours du case management (plus intensif au début, en période de transition et surtout en cas de refus de soins !) et moins intensif par la suite ;
- Du niveau d'intégration des soins existants, p.ex. en présence d'une coordination de soins « efficace », le case management pourra être moins intensif ;
- Du niveau de risque de la personne soignée (p.ex. risque de détérioration rapide de son état de santé, risque de chute élevé, etc.) ;
- Des capacités de son entourage professionnel et informel à s'autogérer (niveau d'interaction, etc.) ;
- De la possibilité de déléguer le suivi de la qualité des soins et de la coordination à un professionnel effectuant des soins directs ;
- De l'existence d'un dossier patient unique, partagé et accessible à partir de n'importe quel lieu de soins (dans le respect du secret professionnel & de la vie privée), au service de la continuité des soins ;
- ...

## 6. Différents types de case management

L'évaluation des projets du premier appel a permis de distinguer différents types de case management, qui varient essentiellement en fonction de la manière dont ils interagissent avec l'entourage professionnel du bénéficiaire et du profil du case manager.

- Le niveau le plus intense est appelé *case management clinique* (il comporte un volet biomédical mais ne s'y limite bien sûr pas) et se caractérise par un case management qui fait usage des résultats de l'évaluation du BelRAI pour établir un plan de soins multidisciplinaire, et dont l'interaction avec le médecin généraliste est réelle. Les case managers travaillent en équipe et celle-ci se compose au moins d'infirmiers, à côté d'autres professionnels de l'aide et du soin, ce qui permet à l'équipe d'appréhender la totalité de la situation (c'est-à-dire dans ses dimensions bio-médico-psycho-sociales). Ce type de case management s'adresse à des personnes âgées ayant à la fois des problèmes physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux.
- A l'opposé, le niveau le moins intense est appelé *case management social* et se caractérise par un faible niveau d'interaction avec le médecin généraliste. L'équipe de case managers ne comprend pas d'infirmier, mais souvent des psychologues, des ergothérapeutes et/ou des assistants sociaux.

Il s'agit, à notre sens, de différents modes d'intégration des soins. Le case management social, tel qu'il a été véhiculé dans plusieurs projets du Protocole 3, ne devrait plus s'appeler case management, vu qu'il s'agissait surtout de la coordination, avec un volet d'information au sujet du système de santé, sans qu'un case manager soit la personne de référence qui a une vue globale sur la situation et peut donc exercer ce rôle de conseil auprès de la personne âgée, en interaction forte avec le médecin généraliste du patient.

Plusieurs experts (feedback écrit) écrivent ne pas se retrouver dans cette distinction entre le case management clinique et case management social. Ces résultats sont néanmoins fondés sur l'analyse de l'ensemble des projets de case management du premier appel et correspondent bien à la description qui en est faite dans la littérature internationale.

## 7. Quelles compétences sont nécessaires pour exercer cette fonction ?

Premièrement, il faut que ce soit un professionnel qui soit **expert dans la délivrance de soins ou de l'aide auprès de la population-cible** (selon la classification de Benner).

Ensuite, les compétences suivantes ont été mentionnées, sans que cette liste soit exhaustive :

| Type de compétence          | Contenu de cette compétence   |
|-----------------------------|---|
| Savoir-être                 | Écoute active   |
|                             | Etre la personne de référence du patient (et de son aidant informel)  |
|                             | Fixer des priorités   |
|                             | Travailler en équipe  |
|                             | Communiquer (compétences de réseau)   |
| Savoirs et savoir-faire     | Intervenir en cas de crise et pouvoir donner un conseil   |
|                             | Renforcer les capacités de la personne âgée et de son aidant informel quant aux auto-soins et l'autonomie   |
| Savoirs                     | Pouvoir informer et éduquer le patient et ses proches   |
|                             | Evaluer et assurer le suivi des soins   |
|                             | Pouvoir travailler selon les EBP  |
|                             | Avoir un niveau d'expertise adéquat dans au moins un des domaines de la personne soignée (p.ex. Alzheimer, syndromes gériatriques, dépression, etc. à domicile) |
|                             | Avoir/pouvoir compter sur un réseau d'organisations des soins – avoir une connaissance du réseau  |
|                             | Pouvoir utiliser les NTIC   |
|                             | Être capable de réflexivité   |
|                             | Améliorer la qualité  |
|                             | Documenter  |
| Savoir-faire et savoir-être | Rassembleur (c.-à-d. celui qui arrive à faire collaborer différentes personnes)   |
|                             | Leadership reconnu et reconnaissance de la part du réseau : il doit être reconnu par le réseau, afin de pouvoir lui référer les patients de manière adéquate.   |
| Savoir-faire                | Coordonner et faciliter les activités de soins & services   |
|                             | Etre le conseil du patient et de l'aidant informel  |
|                             | Trouver des solutions aux problèmes et résoudre les conflits  |
|                             | Pouvoir définir ses limites   |
|                             | Capable de déléguer – ceci est fortement lié à la capacité de définir ses limites des rôles et fonctions professionnels.  |

Les experts soulignent le fait que certaines compétences (p.ex. être capable de réflexivité) peut et doit être apprise par l'organisation (p.ex. via des interventions). D'autres (p.ex. pouvoir travailler selon les principes de l'EBP) sont supposés apprises lors de la formation au niveau bachelier. Il ne s'agit bien sûr pas de compétences qui sont du ressort spécifique du case manager. Néanmoins, les experts observent que les formations de bachelier actuelles se concentrent davantage sur les savoir-faire et pas tellement sur les savoirs.

Le profil de base: l'attention doit être portée sur

- **Les compétences, plutôt que sur le diplôme** : besoin d'une prise en charge dirigée par des compétences. Dans ce cadre, certains experts préfèrent les termes 'pouvoir travailler dans un logique qualitative', plutôt que 'selon une logique EBP' qui sous-entendrait que le case manager doit avoir un diplôme de Master, ce qui n'est pas le cas.
- Le besoin d'un case manager ayant un profil **généraliste**, plutôt qu'un profil de spécialiste.
- En l'absence d'une formation spécifique pour le case manager, les experts s'accordent pour dire que c'est **l'infirmier** qui est le plus à même d'assumer cette fonction, surtout pour ce qui est du case management clinique et à l'inclusion, lors d'un case management social. Sans surprise, cette proposition a été contestée par certains experts donnant un feedback écrit. Ces derniers reprennent encore une fois l'idée que le profil de fonction décrive davantage les compétences, plutôt qu'un profil professionnel particulier.
- Parmi les compétences relatives au savoir-être, les experts ajoutent la neutralité, l'empathie et pouvoir faire respecter les limites.
- Certains experts trouvent que, parmi les compétences, il y a lieu d'ajouter le fait de pouvoir accompagner le processus de manière adéquate, tant du bénéficiaire que de son système.

## 8. Les conditions contextuelles nécessaires pour exercer cette fonction :

- Instaurer une **relation de confiance** avec le bénéficiaire, ce qui peut parfois prendre du temps – en particulier lors du refus de soins. Cette relation de confiance repose sur une certaine affinité entre le professionnel et le bénéficiaire, voire de son aidant informel. Comme plusieurs professionnels font partie des équipes de case managers, ceux-ci peuvent désigner qui, parmi eux, aura la confiance du bénéficiaire et de son proche.
- Instaurer une relation de confiance avec les autres prestataires.
- Faire partie d'une équipe multidisciplinaire au quotidien, c'est-à-dire partageant les mêmes locaux, etc., ce qui permet les rencontres informelles et l'échange d'informations. Cette équipe comprendra des disciplines autres que celle du case manager (p.ex. le case manager infirmier fera partie d'une équipe comprenant des psychologues, médecins, ergothérapeutes, etc.).
- **Le caseload**. Celui-ci variera en fonction de l'intensité du case management, décrite plus haut. Cette variation du caseload est réellement perçue comme un problème de gestion au quotidien car la charge de travail peut être difficile à prévoir. Une moyenne de 40 personnes âgées fragiles par équivalent temps plein (ETP) de case management a été observée dans les projets du Protocole 3 effectuant un case management clinique. Dans le cas d'un case management social, ce chiffre pouvait monter jusqu'à 60 par ETP. Au sein d'un mix de patients âgés fragiles, l'intensité pourra varier dans le temps. Typiquement, à l'inclusion, le case manager observe souvent une situation « en crise », c'est-à-dire instable. Son

accompagnement de la situation demandera alors une mobilisation de ressources intenses : visites à domicile rapprochées (parfois précédées d'un repérage à l'hôpital, si la demande émane lors d'un séjour hospitalier), contacts nombreux avec la famille et d'autres prestataires du soin et du social, management de l'évaluation systématique globale, etc. Une fois l'offre de soins mise en place et si l'organisation de soins et de services est bien alignée aux souhaits et besoins du patient et de ses proches et bien coordonnée, le case manager peut suivre la situation avec du recul, en mettant en place un suivi de la situation par les professionnels en place. C'est en englobant dans son caseload des situations plus ou moins intensives que le caseload de 40 personnes âgées fragiles semble adéquat par rapport à la charge de travail. Ce nombre devra bien sûr être revu à la baisse dans des régions où la distance à parcourir est plus importante pour le case manager (ex. en Province de Luxembourg).

- L'organisation d'**intervisions** régulières pour les case managers (au moins une fois par mois), comme outil d'amélioration continue pour le case manager, est primordial. Le contenu de ces interventions peut aller de l'échange à propos des cas suivis (p.ex. aspects éthiques du case management et refus de soins), à l'échange de connaissances et d'informations à propos du réseau.
- Le **lien avec une coordination** de soins et services existante (p.ex. si le patient fait déjà appel à un service de soins infirmiers et/ou de l'aide familiale). L'articulation à la fonction de coordination sera variable et variée, en fonction de la manière dont elle est mise en œuvre sur le terrain dans la situation donnée.
- L'**existence d'accords de collaboration formels** avec des organisations est essentiel au bon fonctionnement du case management. Celles-ci peuvent, soit référer des personnes âgées fragiles, soit offrir des soins et services utiles aux personnes âgées et à leur entourage.
- **Double casquette** du case manager. Pour les case managers délivrant aussi des soins, tel l'infirmier ou le psychologue, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute, cette relation de confiance est facilitée par la délivrance du soin (ce qui permet à la fois de bien le connaître, mais aussi de pouvoir prendre un rôle de seconde ligne). D'autres soulèvent que le fait d'exercer une fonction clinique peut être une difficulté, car cela empêcherait de pouvoir prendre du recul par rapport à la situation.
- Définir des **limites du rôle** car les bénéficiaires et leurs aidants informels expriment parfois des demandes qui ne relèvent pas de la fonction (les demandes « irréalistes »). Ces limites étant très subjectives, il revient aux case managers de les définir.
- **Objectivité** du case manager
  - Premièrement le case manager doit être du côté du bénéficiaire. Il est l'avocat du bénéficiaire.
  - Cependant, une certaine **attitude objective** peut être nécessaire vis-à-vis de sa famille et des autres intervenants, sans quoi il pourrait être impliqué dans certains conflits<sup>14,15</sup>.
  - L'**objectivité organisationnelle** peut être indiquée afin de pouvoir offrir les soins les plus adéquats par rapport à la situation et le souhait du bénéficiaire, et non uniquement ceux offerts par l'organisation faîtière dont dépend le case manager. En revanche, l'existence d'outils au sein de l'organisation faîtière pour faciliter le flux d'information (p.ex. un dossier patient partagé au sein d'une pratique de groupe multidisciplinaire, une CSD ou d'une ASD) est un facteur qui facilitera le case management parmi les professionnels impliqués au sein de la même organisation faîtière. Il en va de même du soutien de l'organisation faîtière pour laquelle le case manager travaille.
  - L'**objectivité professionnelle**. L'évaluation des projets du Protocole 3 a permis de constater que plusieurs types de professionnels peuvent être case managers : infirmiers, psychologues, ergothérapeutes et assistants sociaux, travaillant le plus souvent dans une équipe de case managers. Quoiqu'ayant des profils professionnels de base différents, ces professionnels ont acquis sur le terrain des compétences particulières dans les domaines qui ne leur étaient pas familiers. Par exemple, les psychologues ont acquis un savoir et un savoir-faire en matière de santé physique, de manière à pouvoir alerter en temps voulu leurs collègues médecins ou

---

<sup>14</sup> Cette relation peut également dépendre de la manière dont le bénéficiaire va investir le case manager : plus le premier est isolé, plus il va être en demande par rapport au second.

<sup>15</sup> A la suite du point soulevé quant aux situations conflictuelles, il peut être utile de désigner un service de médiation, au cas où le bénéficiaire ou son aidant informel auraient des plaintes par rapport au case management.

infirmiers ; les infirmières en soins généraux ont acquis un savoir en matière d'offre de soins et de services dans leur région, etc. L'acquisition de ces compétences sur le terrain s'est faite en raison de l'absence d'une formation spécifique en Belgique.

- **Les NTIC**

- Pour faciliter le partage d'informations au sujet du bénéficiaire, notamment pour le partage du plan de soins et de services, via une plateforme partagée avec un accès sécurisé et réservé aux seuls prestataires qui ont une relation de soins ou d'aide avec la personne âgée. L'accès aux données doit être conforme à la législation en vigueur (secret médical et de fonction). Cet outil devra être accessible à partir de n'importe où dans le système.
- Pour faciliter le case management, notamment un échéancier pour faciliter le suivi des situations, et accessible aux prestataires impliqués.

- **L'engagement** et la **flexibilité** des partenaires pour collaborer (CPAS, mutualité, ...).

- La **disponibilité** des services de soins (cf. une ville vs la campagne).

- Le groupe d'experts remarque que les médecins généralistes ne se rendent plus au domicile dans certaines régions (p.ex. à Bruxelles).
- La mise en œuvre de case management signifie à la fois une perturbation de pouvoir et du marché<sup>16</sup>. De là provient la question relative à la place à garantir pour le case manager, notamment par les médecins généralistes. Cette question se posera avec acuité lors de problèmes liés à la responsabilité professionnelle en cas d'évènements indésirables.
- La mise en œuvre du case management variera certainement selon l'agenda politique des Communautés et Régions.
- Les experts soulignent notamment que la notion de double fonction du case manager (effectuant ou non également des soins directs) n'est pas en phase avec la définition faite du case management de l'Eerstelijnsconferentie du 16/02/2017.

## 9. Questions à se poser si la fonction de case management par un professionnel doit être arrêtée

- Il y a lieu d'agir avec prudence lorsque le case management professionnel doit être arrêté. En effet, en cas d'accompagnement d'un patient se trouvant dans une situation où on peut s'attendre à ce que les besoins en soins **augmentent**, comme dans le cas d'affections neurodégénératives, telle la maladie d'Alzheimer, on peut se poser la question du pourquoi vouloir arrêter cet accompagnement par un case manager.
- Lorsque la situation est stable, il est possible de passer à un niveau d'intensité de case management professionnel moindre.
- Est-ce que le niveau de soins délivré est optimal ? Le patient reçoit-il des soins de qualité ?
- Est-ce que les soins et services reçus correspondent à l'état du patient ?
- Est-ce que le patient et ses proches sont satisfaits de la manière dont les soins sont délivrés ?
- Est-ce que les objectifs des traitements sont atteints ? Les outcomes désirés ont-ils été atteints ?
- Est-ce que les prestataires adéquats sont impliqués dans la délivrance des soins et services ?
- Le case management par un professionnel peut être indiqué dans les cas où un accompagnement vers l'institutionnalisation définitive est inéluctable. Cet accompagnement inclut tant la personne âgée que son aidant informel.

---

<sup>16</sup> Cela revient à dire qu'on assiste à un changement des rôles et de la position de certains professionnels, qui sera remis en question.

## 10. Points-clé soulignés par les experts

Rappelons que l'Eerstelijnsconferentie a eu lieu après les interventions des communautés d'apprentissage et que, par conséquent, ses résultats n'étaient pas connus des projets, ni des premiers groupes d'experts.

1. Inclusion : **toute personne dans le système** devrait pouvoir référer une personne âgée à un case manager. Plusieurs premiers contacts sont envisageables, p.ex. via un gériatre, un médecin généraliste, une infirmière à domicile, une coordinatrice, un assistant social du CPAS ou d'une mutualité, ...
2. Parmi les étapes pour démarrer un case management : importance d'une évaluation globale et partagée (BelRAI).
3. Il s'agit d'un **nouveau paradigme** : celui de la collaboration interprofessionnelle.
4. Il y a lieu de tenir compte de la tension existant entre, d'une part, une vision généraliste du case manager (non lié à une pathologie) et, d'autre part, le besoin d'une certaine crédibilité vis-à-vis des autres prestataires, ce qu'apporte l'expertise.
5. L'équipe de case managers doit obligatoirement être **mixte**.
6. La mixité de l'équipe de case managers est une notion mal comprise par certains experts, qui n'ont pas encore pris connaissance de l'ensemble des résultats de l'évaluation des projets du Protocole 3, qui montre que plusieurs modèles de case management fonctionnent actuellement en Belgique, dont des équipes, où les case managers sont interchangeable.
7. Quelles compétences-clé ? **La communication** ; pouvoir collaborer de manière efficace avec le **médecin généraliste** mais également avec le **patient** et tous les membres du **réseau**.

1. Certains experts souhaitent suivre la logique de l'Eerstelijnsconferentie pour que l'arrêt du case management professionnel se fasse lors d'une transition avec la coordination de soins.
2. À côté des compétences-clé mentionnées, les experts ajoutent le fait de pouvoir réellement être **l'avocat du patient**, être **flexible**, capable **d'empathie**, avoir des talents de  **négociateur** et pouvoir **analyser** adéquatement le 'cas'.

## 11. Quel contenu pour la formation ? Quelques points de gravité pour les experts

- L'écoute et la négociation;
- La connaissance du réseau;
- BelRAI – et ces connaissances doivent être mises à jour;
- Focus sur l'empowerment de la personne et de son entourage;
- La confiance: le patient et les autres prestataires ;
- Leadership;
- De préférence, via une formation continue;
- Importance de la dissémination des connaissances
- Les experts consultés par écrit soulignent que la composition du groupe de validation du 12/02/2017 a pu influencer les recommandations relatives à la formation initiale infirmière des case managers.

12. Annexe 1 fiche case management. Liste des chercheurs du consortium pour l'évaluation scientifique des projets du Protocole 3

| Nom              | Prénom      | Titre | Organisation | Rôle par rapport à cette fiche | Rôle dans l'évaluation par rapport au case management                                     |
|------------------|-------------|-------|--------------|--------------------------------|---|
| Anthierens       | Sibyl       | Dr.   | UA           | Feedback écrit                 | Analyse qualitative   |
| Bastiaens        | Hilde       | Prof. | UA           | Auteur                         | Modérateur lors des interventions sur le case management                                  |
| Cès              | Sophie      | Mme.  | IRSS-UCL     | Présent le 01/02/17            | Impact sur les coûts  |
| Declercq         | Anja        | Prof. | LUCAS-KUL    | Validation par écrit           | Impact op status van de cliënt  |
| Flusin           | Déborah     | Dr.   | IRSS-UCL     | Présente le 01/02/17           | Observateur lors des interventions sur le case management                                 |
| Lambert          | Anne-Sophie | Mme.  | IRSS-UCL     | Présente le 01/02/17           | Impact sur l'état de santé de la personne âgée  |
| Lopez-Hartmann   | Maja        | Mme.  | UA           | Présent le 01/02/17            | Analyse qualitative   |
| Macq             | Jean        | Prof. | IRSS-UCL     | Auteur                         | Coordination générale de l'étude + impact sur l'état de santé du patient et sur les coûts |
| Mello de Almeida | Johanna     | Mme.  | LUCAS-KUL    | Feedback écrit                 | Impact sur l'état de santé de la personne âgée  |
| Remmen           | Roy         | Prof. | UA           | Présent le 01/02/17            | Analyse qualitative   |
| Schmitz          | Olivier     | Dr.   | IRSS-UCL     | Auteur                         | Modérateur lors des interventions sur le case management                                  |
| Van Durme        | Thérèse     | Dr.   | IRSS-UCL     | Auteur                         | Analyse qualitative   |

13. Annexe 2 fiche case management. Experts et organisations ayant participé à la validation de cette fiche

| Nom                        | Prénom     | Titre     | Organisation | Rôle par rapport à cette fiche        |
|----------------------------|------------|-----------|--------------|---------------------------------------|
| Aubouy                     | Geneviève  | Mme.      | FASD         | Présente le 01/02/17 + feedback écrit |
| Belche                     | Jean-Luc   | Dr.       | ULg          | Feedback écrit                        |
| Bossaert                   | Annabelle  | Mme.      | CIA          | Présente le 01/02/17 + Feedback écrit |
| Cès                        | Sophie     | Mme.      | IRSS-UCL     | Présente le 01/02/17                  |
| Christelijke Mutualiteiten |            |           |              | Feedback écrit                        |
| De Vliegheer               | Kristel    | Mme.      | WGK          | Présente le 01/02/17                  |
| De Witte                   |            | Dr.       | VUB          | Présent le 01/02/17                   |
| Declercq                   | Anja       | Prof.     | LUCAS-KUL    | Feedback écrit                        |
| De Ridder                  | Ri         | Dr.       | RIZIV        | Feedback oral                         |
| Kara                       | Mazlum     | Mr.       | Dionysos III | Feedback écrit                        |
| Krémers                    | Jean-Marie | Mr.       | CHU Liège    | Présent le 01/02/17                   |
| Lambert                    | Anne-Sophe | Mme.      | IRSS-UCL     | Présente le 01/02/17                  |
| Ledent                     | Xavier     | Mr.       | RIZIV        | Présent le 01/02/17                   |
| Macq                       | Jean       | Prof.     | IRSS-UCL     | Présent le 01/02/17                   |
| Mattagne                   | Geneviève  | Mme.      | ACCOORD      | Présente le 01/02/17                  |
| Mello de Almeida           | Johanna    | Mme.      | LUCAS-KUL    | Feedback écrit                        |
| MLOZ                       |            |           |              | Feedback écrit                        |
| Pacquay                    | Louis      | Dr.       | WGK          | Présent le 01/02/17                   |
| Swine                      | Christian  | Prof. Em. | IRSS-UCL     | Présent le 01/02/17                   |
| Verté                      | Dominique  | Prof.     | VUB          | Présent le 01/02/17                   |
| Wit-Gele Kruis             |            |           |              | Feedback écrit                        |



#### 14. Annexe 3 fiche case management. Groupe-cible pour le case management professionnel

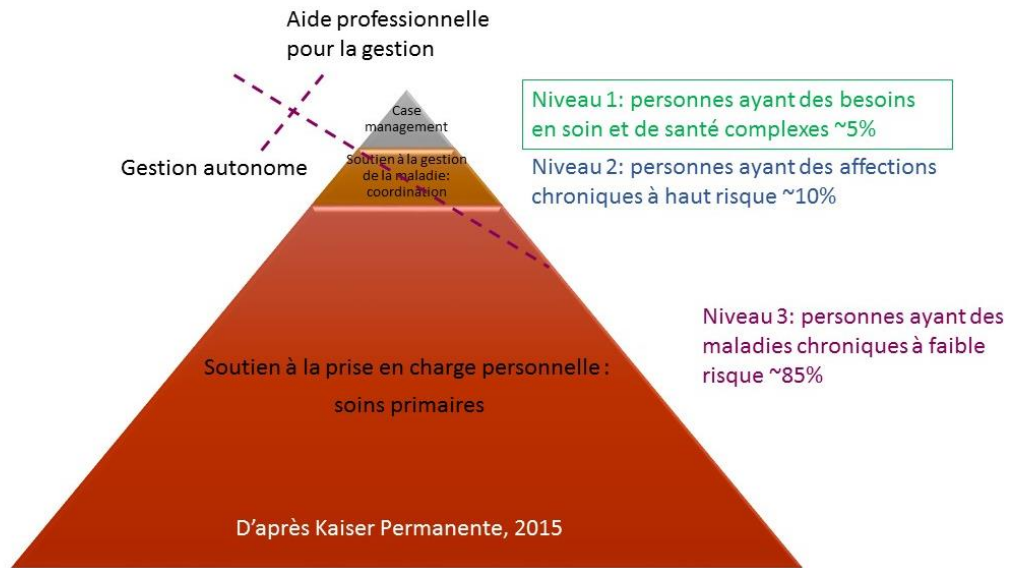


Figure 6. Au sein des projets P3 le case management professionnel n'est indiqué que pour les personnes âgées fragiles se trouvant dans une situation complexe

#### 15. Annexe 4 fiche case management. Quelques exemples observés de la fonction dite « de case management » dans les projets P3

L'équipe scientifique a labellisé un projet « de case management », lorsque (a) il se nommait comme tel ou (b) il répondait au moins à quatre des six éléments de la définition du case management par le CMSA. L'équipe scientifique a constaté que le case management comprenait et se limitait parfois aux éléments suivants.

**Éducation thérapeutique** à l'attention du patient ou de son aidant proche à propos de la maladie, du traitement et de ses complications ou encore du style de vie (p.ex. pour l'aidant proche d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer) ;

- Profil : infirmier (parfois aussi autre professionnel de la santé) avec une compétence particulière « infirmier éducateur dans le cadre d'un contexte pathologique précis mais pouvant être multiple »

**Information** à propos de l'aide existante dans le système de soins et du social (p.ex. pour un patient atteint d'insuffisance rénale) ;

- Profil : infirmier, ou autre professionnel de la santé, ou encore, assistant social – que les projets appellent « Community navigator »

Personne **référente** du patient (ou de son aidant proche)

- Profil : psychologue, infirmier, ergothérapeute, assistant social, ... en fonction de la demande initiale. Les projets citent « celui que le patient appelle en cas de problème médical, social, financier, ... »

**Avec ou sans fonction de coordination**

En cas de collaboration avec un centre de coordination ou un SISD, cette fonction est déléguée à un tiers, souvent la coordinatrice de soins.

Dans les autres cas, c'est le case manager qui assume cette fonction (p.ex. en communauté germanophone). Il est à souligner que la compréhension du rôle de la coordination en Région Wallonne n'est pas univoque vu que, pour certains prestataires, la coordinatrice n'est pas censée faire de la coordination autour d'un patient.

CMSA - Case Management Society of, A. (2011). "Definition of Case Management." Retrieved 02/10/2013, from <http://www.cmsa.org/PolicyMaker/ResourceKit/AboutCaseManagers/tabid/141/Default.aspx>.

## 2. Case management (Nederlands)

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

### 1. Context

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

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

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

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

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

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

## 2. Wat is casemanagement?

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

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

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

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

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

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

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

### 3. Voor welke doelgroep?

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5. Welke intensiteit voor een professioneel casemanagement?

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

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

## 6. Verschillende types casemanagement

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

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

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

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

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

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

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



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

Basisprofiel: focus op

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 10. Kernelementen die door de experts werden aangegeven

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

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

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

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

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

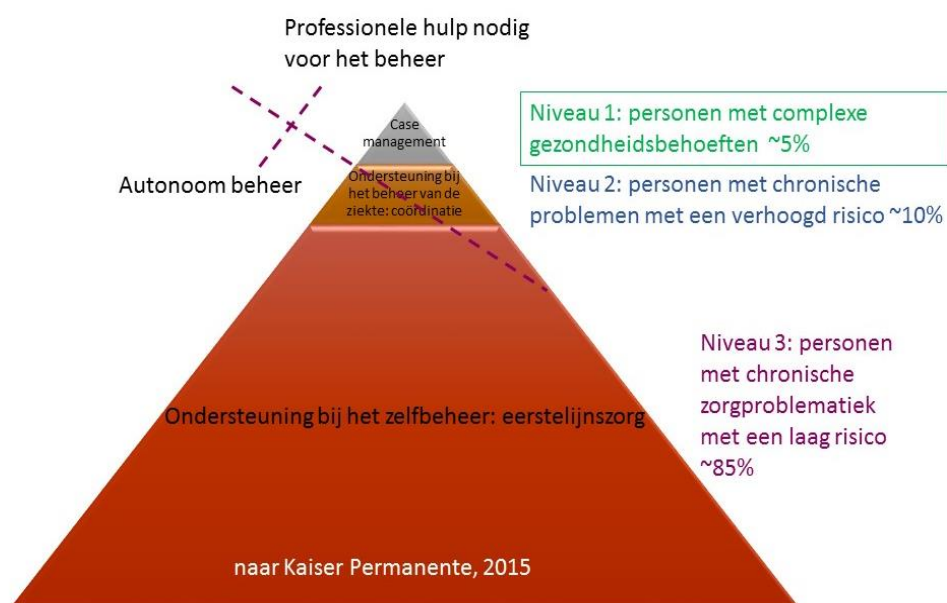
:

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

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

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

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

**Met of zonder coördinatiefunctie**

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

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

### 3. Psychological support (Nederlands)

| Fiche voor goede praktijkvoering:<br>Psychologische ondersteuning in de Protocol 3 Projecten |   |
|--|---|
| <b>Auteurs</b>   | Maja Lopez Hartmann, Sibyl Anthierens, Thérèse Van Durme, Jean Macq   |
| <b>Gegevensbronnen</b>   | Deze fiche werd opgemaakt op basis van de jaarlijkse vragenlijsten en focus groepen tot en met 2013. Deze versie werd geüpdatet op basis van commentaren en suggesties van de experten tijdens een validatiegroep op 20/01/2017 en 09/03/2017 en de schriftelijke feedback van diegenen die hier niet aanwezig konden zijn. |
| <b>Expertengroep<br/>20/01/2017</b>  | Isabelle Bragard (ULg) ; Dr. K. Scheepers (CGG VBO) & M. (Le Bien Vieillir)<br>RIZIV: X. Ledent; O. Fourez; L. Huyghe & H. Huyck<br>Consortium P3: Johanna Mello, Déborah Flusin  |
| <b>Validatiegroep<br/>09/03/2017</b>   | Lijst aanwezigen in bijlage   |
| <b>Kernwoorden</b>   | Psychologische ondersteuning; ouderen; thuiszorg  |

#### 1. Context

Deze fiche geeft een aanzet om de interventie psychologische ondersteuning te definiëren in de context van de thuiszorg voor de kwetsbare ouderen. Psychologische ondersteuning aan huis is bij de bevolking en zeker in de groep kwetsbare ouderen nog niet zo gekend als bijvoorbeeld thuisverpleging. De drempel om psychologische hulp te vragen is vaak nog groot en de weg ernaartoe niet gekend. Psychologen zijn het gewoon om in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), ziekenhuizen of in eigen praktijken te werken. Door aan huis te gaan moeten ze nu nog meer attent zijn op verborgen, niet uitgesproken psychologische zorgnoden. Ook andere hulpverleners die aan huis komen detecteren psychologische noden bij de ouderen en/of hun mantelzorgers. Deze hulpverleners hebben niet altijd de nodige competenties om zelf deze psychologische zorgvraag te beantwoorden en de oudere en/of mantelzorgers is niet altijd bereid om de stap te zetten naar psychologische hulp. Wanneer ze toch de stap zetten, worden ze vaak ook met wachtlijsten geconfronteerd. Problemen om zich te verplaatsen kunnen ook de toegang tot psychologische ondersteuning verhinderen. De projecten in Protocol 3 willen door laagdrempelige psychologische ondersteuning aan huis een antwoord bieden voor dit probleem.

#### Aanvulling uit validatiegroep.

De aanwezigheid van mantelzorg is een sleutelement in de ondersteuning van de ouderen thuis. Bij psychologische begeleiding moet deze systematisch in beschouwing genomen worden.

#### 2. Voor welke doelgroep?

*In de eerste plaats: de kwetsbare oudere, bij wie de zorgnood niet altijd expliciet is.*

Er is aandacht voor de oudere, zijn mantelzorgers en andere professionele hulpverleners. De psychologische interventies in de projecten zijn in de eerste plaats gericht op kwetsbare ouderen met een psychologische zorgvraag. Zoals hierboven beschreven is de zorgnood van de kwetsbare oudere echter vaak niet expliciet.

De meest voorkomende zorgvragen bij de ouderen zoals gerapporteerd in de projecten zijn: Rouw, verliesverwerking, angst, eenzaamheid, depressie, cognitieve problemen, dementie, rolverandering, zingeving en in mindere mate ook persoonlijkheidsproblemen, verslaving, familiale conflicten.

Dit is geen limitatieve lijst en het soort zorgvragen is onder andere ook afhankelijk van de focus van een project. Sommige projecten richten zich meer of uitsluitend op personen met dementie.

Meestal heeft een oudere ook niet één afgelijnde zorgvraag. Een oudere kan kampen met eenzaamheid, rouwproblematiek, angst voor de toekomst, ondertussen ook beginnende cognitieve problemen hebben en onderliggend al langere tijd persoonlijkheidsproblemen hebben.

*Niet te vergeten: ondersteuning van de mantelzorger*

Naast de ouderen besteden heel wat projecten ook aandacht aan het ondersteunen van de mantelzorgers. Mantelzorgers die problemen hebben met draagkracht of een risico lopen hierop, hebben baat bij een gepaste psychologische ondersteuning. Meestal gebeurt de psychologische ondersteuning van de mantelzorger op een moment dat een andere hulpverlener, zoals bijvoorbeeld een gezinshulp of ergotherapeut, zich bekommert om de oudere of wanneer de oudere in een dag verzorgingscentrum is.

Een aantal projecten zet de psycholoog ook in om de andere leden van het multidisciplinaire team te ondersteunen. Dit kan door informatie en advies te geven over hoe omgaan met een ouderen met een psychologische problematiek. Ze kunnen ook emotionele ondersteuning geven in moeilijke situaties.

Aanvulling uit experten groep:

Het is beter is om de situatie van de oudere te beschrijven aan de hand van zijn symptomen (vb. oudere met angst en geheugenproblemen) in plaats van te spreken over specifieke diagnoses (vb. dementie). Op het moment dat er een psychologische zorgvraag is, is er meestal nog geen diagnose gesteld.

Aanvulling uit validatiegroep:

De validatiegroep geeft aan dat de beschrijving van de doelgroep niet eenvoudig is. De doelgroep is niet gemakkelijk identificeerbaar en dat is een nieuw gegeven voor psychologen. We spreken hier over een specifieke doelgroep van kwetsbare ouderen met een complexe problematiek. Bijgevolg is het onmogelijk om standaard interventies op te lijsten die kunnen toegepast worden bij deze doelgroep (zie later). Men spreekt beter niet over diagnoses maar beter vanuit de noden en behoeften van de oudere en/of de mantelzorger.

Het is belangrijk om de kwetsbare oudere steeds in zijn systeem te benaderen, m.a.w. de oudere en zijn omgeving. Door de lengte van de levensloop is het systeem bij ouderen groter en complexer dan bij bijvoorbeeld kinderen.

Het is ook niet noodzakelijk de oudere zelf die nood aan psychologische ondersteuning heeft. Het kan ook de mantelzorger zijn of beiden.

Een bijkomende moeilijkheid is dat er ook niet altijd een uitgesproken hulpvraag is. De oudere en/of mantelzorger is er bijvoorbeeld niet klaar voor om hulp te ontvangen, hij kan zijn hulpvraag niet verwoorden of doet dit impliciet. Dit wil niet zeggen dat er geen hulp nodig is. De onderliggende problematiek kan zichtbaar worden in de loop van de begeleiding zonder dat er door de oudere en/of mantelzorger een duidelijke hulpvraag wordt geformuleerd. De psycholoog kan deze onderliggende problematiek herkennen, bespreekbaar maken en indien nodig en gewenst behandelen of doorverwijzen. Men mag ook niet in het andere uiterste vervallen, waar er per se een psychologische zorgnood moet gevonden en behandeld worden. Er mag immers geen sprake zijn van overmedicalisering of psychologiseren van daily hassles en specifieke psychosociale nood van de doelgroep. In plaats van enkel te spreken over de kwetsbaarheid van deze doelgroep is het even belangrijk, zo mogelijk nog belangrijker, te zoeken naar krachten van de ouderen en zijn systeem. Deze mensen hebben haast een heel leven achter de rug en hebben dus vaak al heel wat tegenslagen en kwetsuren overleefd. Het kan boeiend zijn te zoeken naar krachten die toen maar ook in het heden opnieuw helpend kunnen zijn.

### 3. Setting

Met uitzondering van een project, gebeurden alle psychologische ondersteuning van de oudere in de thuissituatie. Dit zijn steeds individuele sessies, tenzij het een meerwaarde is om de sessie samen met iemand uit de omgeving zoals de mantelzorger te doen. Dat kan zijn om bijvoorbeeld een familiaal conflict te bespreken.

De ondersteuning van de mantelzorger gebeurt meestal ook in de thuissituatie en in de vorm van een individueel gesprek. Er is één project dat geen individuele sessies maar enkel groepsessies voor mantelzorgers organiseert terwijl er op dezelfde locatie kunsttherapie voor ouderen met dementie wordt georganiseerd.

De ondersteuning van andere hulpverleners door de psycholoog gebeurt zowel informeel als formeel. Informeel kan dit zijn door info of advies te geven aan een andere hulpverlener die een vraag stelt over een concrete situatie waar hij mee is geconfronteerd. Dit kan ook telefonisch gebeuren. Formeel kan dit plaatsvinden tijdens een multidisciplinair overleg of een bijscholing waar bepaalde topics worden besproken waarbij er meerdere hulpverleners kunnen geconfronteerd worden met bepaalde problematieken zoals 'Hoe omgaan met iemand die zorg weigert?'.

Waarvoor wordt er doorverwezen naar een CGG en wat wordt door het project zelf aan huis aangeboden? Deze keuze wordt in de projecten gemaakt op basis van:

- *De mogelijkheid om zich te verplaatsen.* Het al dan niet doorverwijzen naar een CGG wordt soms bepaald door het al dan niet nog mobiel genoeg zijn van de oudere om zich te verplaatsen.
- *Het soort ondersteuning:*
  - Wordt door de meeste projecten zelf aangeboden: sociale ondersteuning, counseling, life review, reminiscentietherapie.
  - Wordt door ongeveer even veel projecten zelf aangeboden als doorverwezen: cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, cliëntgerichte experiëntiële therapie.
  - Wordt door de meeste projecten doorverwezen: psychoanalyse, mediatieve therapie.
- *De ernst van de psychologische problematiek:*
  - Is er nood aan menselijke groei, verduidelijking van de hulpvraag: door psycholoog in het project
  - Acute ernstige psychopathologie: dan wordt er doorverwezen

Het is niet mogelijk om strikte criteria op te stellen voor doorverwijzing naar een CGG. Elke casus moet individueel beoordeeld worden. Er dient rekening gehouden te worden met:

- Profiel van de oudere (bv. mobiliteit, symptomen...)
- Profiel van de psycholoog
  - Afgestemd op profiel oudere (bv. expertise in werken met bepaalde problematiek)
  - Vorming in psychotherapie.

#### Aanvulling uit experten groep:

Gezien het type populatie zou de interventie bij voorkeur in de thuissituatie moeten gebeuren. De ondersteuning via een CGG is zelden mogelijk, gezien de beperkte mogelijkheden op het gebied van outreaching. Er blijkt momenteel weinig differentiatie te gebeuren op basis van de leeftijd.

Experten geven aan dat sociale ondersteuning geen vorm van therapie is en dus niet door psychologen zou moeten worden georganiseerd. Verder vragen de experten om life review en reminiscentietherapie te definiëren en te verantwoorden.

Experten stellen de relevantie en de meerwaarde van psychoanalyse bij kwetsbare ouderen in vraag. Experten geven aan dat de begeleiding bij voorkeur wordt gegeven door een gerontopsycholoog (met toegang tot een gerontopsychiater).

Tenslotte geven de experten aan dat de CGG's eerder voor professionals met een meer gespecialiseerd profiel zijn, terwijl de eerste lijn meer generalistisch zou moeten zijn.

#### Aanvullingen uit validatiegroep:

Aan huis gaan is drempelverlagend. De psycholoog is te gast, niet omgekeerd. Dit vraagt een andere manier van werken dan veel psychologen gewoon zijn. De psycholoog betreedt de intieme omgeving van de kwetsbare oudere en werkt niet in zijn eigen vertrouwde praktijk.

Er moet wel bewaakt worden dat we de ouderen niet afhankelijker maken dan ze al zijn. De noodzaak tot een huisbezoek moet afhankelijk zijn van verschillende factoren zodat de aanwezige krachten van de cliënt, optimaal benut blijven. Een noodzaak tot huisbezoek moet dus afhankelijk blijven van: afstand, mobiliteit van patiënt, eventuele acute crisissituatie, psychosociale problematiek waarbij de oudere op dat moment bijvoorbeeld niet alleen gelaten kan worden, enz.

Er wordt door experts uit een project benadrukt dat het vaak een meerwaarde kan zijn om oudere zorgvrager en mantelzorger(s) bij de start van een proces minstens een keer samen te zien om sneller een vertrouwensrelatie op te bouwen en geen achterdocht bij de oudere te installeren. Om de volledige complexiteit van sommige dynamieken, die tevens een onderhoudende rol kunnen spelen in de problematiek, te kunnen begrijpen, is het belangrijk om met het hele gezin/systeem in gesprek te kunnen gaan. Rekening houdend met het feit dat dit voor sommige therapeuten buiten hun comfortzone ligt, is het belangrijk dat er binnen opleiding handvaten aan bod komen die het therapeuten makkelijker maakt om buiten hun comfortzone te treden. Het werken met het systeem is dus nog iets anders dan werken vanuit een systemisch perspectief. Voor beiden kunnen aparte indicaties zijn.

#### 4. Type interventie

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds projecten waar de psychologische interventie voornamelijk bestaat uit screening en doorverwijzen, aangevuld met sociale ondersteuning en counseling door het project zelf (type 1 en 2) en anderzijds projecten die niet doorverwijzen maar zelf psychologische ondersteuning aanbieden (type 3 en 4).

Meer specifiek:

1. Het project doet enkel een initiële screening; voor psychologische ondersteuning wordt er doorverwezen naar het centrum voor geestelijke gezondheidszorg (3 projecten). De experts geven aan dat het een taak van de psycholoog is om een screening te doen.
2. Het project biedt zelf psychologische ondersteuning maar verwijst ook door naar een CCG (8 projecten)
3. Het project biedt psychologische ondersteuning en verwijst niet door naar een CCG (4 projecten). De reden om niet door te verwijzen kan onder meer zijn omdat de oudere niet mobiel genoeg is om zich te verplaatsen, de drempel naar centra voor geestelijke gezondheidszorg te groot is en vaak omdat er daar wachtlijsten zijn.
4. Het project biedt enkel psychologische ondersteuning aan de mantelzorger (1 project)

#### Aanvulling uit experts groep:

De experts geven aan dat er verschillende screeninginstrumenten bestaan, die een psycholoog kan gebruiken als hulpmiddel om te beoordelen of iemand al dan niet nood heeft aan psychologische ondersteuning. Het gebruik van een screeningsinstrument mag geen verplichting worden, enkel een hulpmiddel voor de psycholoog als die dat wenst. De screening dient door een psycholoog te gebeuren aangezien die het best kan beoordelen welke psychologische interventie er voor iemand aangewezen is. Er bestaat een risico voor 'valse negatieven' met de BelRAI.

De experts geven ook aan dat de term psychologische ondersteuning bijzonder vaag is. In afwezigheid van een wettelijk bepaald afgelijnd kader is het niet duidelijk welk type interventie aan huis zou moeten gebeuren en welk type interventie in de praktijk van de psycholoog (bijv. zingeving is eerder aangewezen in een praktijk) zou moeten plaatsvinden. Er is ook geen eenduidigheid over het

profiel van de professional: welk profiel is er nodig in functie van de symptomen? Het zou wenselijk zijn dat de psychologen in teamverband werken en dat het team bestaat uit diverse profielen.

#### Aanvulling uit validatiegroep:

De validatiegroep benadrukt eveneens het belang om onderscheid te maken tussen psychologische ondersteuning enerzijds, en psychosociale ondersteuning, anderzijds. Een van de voornaamste verschillen tussen de twee types begeleiding ligt in de zingeving van de psychologische ondersteuning, daar waar het in het geval van psychosociale benadering eerder gaat over actief luisteren. Bovendien benadrukken de leden van de validatiegroep het belang van de systemische benadering. Het systeem is uiterst belangrijk: de familie, het huis, de huisarts, de ruimte, de omgeving,... alle elementen die bijdragen tot de organisatie van de oudere thuis. Ervaring leert dat het steeds samen benaderen van oudere en mantelzorger zijn vruchten afwerpt.

Het goed contact leggen, gericht op oudere, partner en andere omgeving is een belangrijk proces.

In deze doelgroep van kwetsbare ouderen is elke situatie complex. De psychologische benadering, het kader, de tools zijn telkens verschillend, de complexiteit is veel groter.

#### 5. Wie verleent de psychologische ondersteuning?

In de meeste projecten is er minstens 1 (deeltijds) psycholoog in dienst. Slechts 3 projecten werken met een psycholoog die ook gespecialiseerd is in ouderen. Naast psychologen zijn er in de projecten ook andere hulpverleners betrokken bij de psychologische interventie zoals ergotherapeuten, kinesitherapeuten, muziektherapeuten, maatschappelijk werkers. Dit is het geval wanneer de interventie in het project voornamelijk uit screening en sociale ondersteuning bestaat.

#### Aanvulling uit experten groep:

Experten geven aan dat er rekening gehouden moet worden met het wettelijk kader bij het bepalen van wie de psychologische interventie zal uitvoeren. Er wordt onderscheid gemaakt tussen psychosociale ondersteuning, psychotherapie en klinische psychologie. De beroepstitels 'psycholoog' is beschermd, de titel 'therapeut' niet.

Aangezien de psychologische zorgnoden in de eerste lijn bij ouderen vaak complexer zijn dan louter nood aan sociale ondersteuning, is het aangewezen om een initiële screening en verdere psychologische ondersteuning door een (geronto)psycholoog te laten uitvoeren.

Experten geven aan dat er momenteel geen specialisatie bestaat in ouderenpsychologie.

#### Aanvulling door validatiegroep:

De psycholoog moet in de eerste plaats belangstelling hebben om te werken met ouderen.

Expertise opbouwen over de doelgroep is eveneens belangrijk.

Over de manier waarop de psycholoog zichzelf voorstelt aan de kwetsbare oudere zijn de meningen verdeeld. Er zijn psychologen die de voorkeur geven om aanvankelijk de titel psycholoog nog niet als dusdanig te noemen bij de introductie. Ze zijn van mening dat dit weerstand kan oproepen bij de oudere. Ze stellen zich voor door een omschrijving te geven wat ze komen doen en later wordt vermeld dat ze psycholoog zijn. Anderen zijn van mening dat het net belangrijk is dat de psycholoog zich onmiddellijk als psycholoog voorstelt. Het is belangrijk dat er een duidelijk onderscheid kan gemaakt worden tussen de rollen van de verschillende hulpverleners en dat de specifieke rol en de professionaliteit van de psycholoog behouden blijft.

Er is consensus over het feit dat de open houding die je als psycholoog aanneemt in de verdere begeleiding belangrijker is dan de manier waarop men zich voorstelt. Elk ouderensysteem is anders, de psycholoog schat de situatie in en past zich daaraan aan. Het is wel belangrijk om steeds professionaliteit te behouden en toch flexibel en creatief te kunnen zijn in de benadering. Bijvoorbeeld: Een wandeling maken met de oudere, hulp bieden bij het eten,... is mogelijk en kan noodzakelijk zijn maar zal door de psycholoog niet het doel op zich zijn, maar een gelegenheid om een psychologisch gesprek aan te gaan.

## 6. Welke opleiding is er nodig om psychologische ondersteuning te kunnen aanbieden in dit kader?

De hulpverlener die psychologische ondersteuning biedt heeft bij voorkeur een diploma psychologie behaald. Daarenboven vermeldden de projecten dat enige ervaring, zin hebben in het omgaan met ouderen, een belangrijke vereiste is.

### Aanvulling door validatiegroep:

De opleiding tot psycholoog is momenteel nog sterk gericht op het klassiek werken in een eigen praktijk.

In de basisopleiding tot psycholoog moet meer aandacht komen voor werken in de thuissituatie, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Het werken bij een oudere thuis vraagt een andere aanpak, andere competenties en een ander kader dan het werken in een praktijk (bijv. werken met psychometrische tools is niet zo relevant bij deze doelgroep). Wanneer je werkt met kwetsbare ouderen in een thuissituatie kom je in contact met de oudere, de mantelzorg en andere elementen in het systeem die allemaal een impact hebben op het begeleidingsproces. Hier is het niet altijd een één op één gesprek, er kunnen meerdere personen aanwezig zijn. De psycholoog moet weten hoe hiermee om te gaan en hoe het vertrouwen te winnen van alle aanwezigen. De psycholoog moet voor zichzelf een flexibel kader kunnen creëren.

Inhoudelijk is er voor deze doelgroep nood aan kennis over verliesverwerking, omgaan met angst, veerkracht, dementiescreening.

Het multidisciplinair werken dient meer aan bod te komen in de opleiding.

## 7. Welke stappen zijn noodzakelijk om psychologische ondersteuning te kunnen opstarten?

- (Experts) Gezien de zorgvraag niet altijd wordt uitgedrukt, zal de eerstelijnspsycholoog nagaan welke type begeleiding aangewezen is.
- Detectie van de noden tijdens een huisbezoek. De eerste detectie zal vaak gebeuren door een collega van de eerste lijn. In het kader van de Protocol 3 projecten was dit vaak een casemanager.
- Bespreking noden oudere en/of mantelzorg in multidisciplinair overleg en opmaak zorgplan.
- Huisbezoek door psycholoog.
  - Kennismaking
  - Vertrouwensband beginnen opbouwen
  - Exploratie zorgvraag, noden, mogelijkheden en moeilijkheden
  - Planning verdere contacten
- Therapeutische sessies: duur en intensiteit afhankelijk van nood.
- Opvolgen en bijsturen zorgplan in multidisciplinair overleg.

#### Aanvulling door validatiegroep:

De aanmeldingsvraag is niet altijd de echte of volledige hulpvraag. Wanneer de initiële detectie van noden bij de kwetsbare oudere en zijn systeem gebeurt door een casemanager en niet door een psycholoog bestaat de kans dat er wordt voorbijgegaan aan een psychologische nood die niet expliciet wordt verwoord. De onderliggende psychologische hulpvraag komt vaak pas naar boven nadat psycholoog en oudere elkaar beter kennen en er een vertrouwensband is opgebouwd.

Openheid en ondersteuning vanuit het netwerk van de oudere is essentieel in het slagen van de interventie. De oudere moet altijd als een systeem gezien worden.

De knowhow van de psycholoog is hier centraal, en meer bepaald de manier waarbij hij of zij in relatie treedt met de oudere en zijn systeem.

#### 8. Duur en intensiteit van de interventie

De duur van de interventie is in de meeste projecten afhankelijk van de individuele situatie van de oudere en zijn zorgvraag. Meestal duurt een traject 6 maanden of minder. Wanneer een oudere gedurende langere tijd psychologische ondersteuning nodig heeft, is dat omdat de problematiek ernstiger is en daarvoor wordt de oudere in de meeste projecten doorverwezen naar een CGG.

De intensiteit van de interventie is eerder laag. Meestal 1x/maand of minder. Vaak is de intensiteit in het begin hoger, met een kleiner interval tussen 2 sessies. Wanneer de eventuele crisis is gestabiliseerd wordt de intensiteit lager.

#### Aanvulling uit experten groep:

De experten geven volgende criteria aan: voor angst is een korte therapie aangewezen; voor depressie bestaan er eveneens korte therapieën. Daarentegen is een langere periode nodig voor persoonlijkheidsstoornissen (maar de intensiteit zal lager liggen). Idem voor schizofrenie.

Er kunnen soms (langere) periodes zijn waarbij er geen contacten meer zijn, die dan in een later fase terug herstarten. Dit geeft aan dat er een vertrouwensrelatie opgebouwd is en dat de cliënt terug een beroep doet op de professional wanneer er de nood zich voordoet.

#### Aanvulling door validatiegroep:

Het is bij deze doelgroep in de thuissituatie belangrijk dat je echt tijd kan nemen tijdens een huisbezoek. Het is moeilijk aan te geven hoeveel tijd, elke situatie is anders en altijd complex en moeilijk op voorhand in te schatten. Bij deze doelgroep moet je ook altijd extra tijd voorzien voor en na het gesprek. De deur openen, plaatsnemen, contact leggen,... gaat niet zo snel. Op huisbezoek gaan houdt ook in dat er tijd voor verplaatsing moet worden voorzien.

Er is een enorme variatie aan hulpvragen en aan mogelijke interventies. Er moet steeds op maat gewerkt worden, aangepast aan de individuele situatie van de oudere rekening houdend met de context.

Het is beter om te spreken over de *tijd* die nodig is dan over de *duur* van een interventie. Het is onmogelijk om bij deze doelgroep op voorhand een traject vast te leggen. Er wordt vraaggestuurd gewerkt. Soms is één gesprek voldoende, soms is er meer tijd nodig om een psychologische hulpvraag te beantwoorden. Op voorhand kan geen eindpunt van de interventie worden bepaald maar er kunnen wel momenten worden afgesproken waarop de situatie herbekeken wordt (bijvoorbeeld na 6 of 9 maanden).

De intensiteit is ook heel wisselend en hangt onder andere ook af van het moment waarop er gestart wordt. Gaat het om een crisissituatie of een chronische problematiek, dat vraagt een andere intensiteit.

De begeleiding wordt bij voorkeur niet bruusk afgebroken bij een institutionalisering of overlijden, vooral wanneer de situatie al lang opgevolgd werd. Bij institutionalisering kan er getracht worden om



een overdracht te doen of kan de begeleiding worden verdergezet met een lagere frequentie. Na overlijden van de kwetsbare oudere kunnen er nog een viertal gesprekken gebeuren met de nabestaanden.

#### 9. Organisatorische randvoorwaarden voor een goede psychologische interventie

Psychologen ervaren de meerwaarde van het werken in een divers team met psychologen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkers. Zo kan bij de werkverdeling rekening gehouden worden met het op elkaar afstemmen van zorgvraag, profiel van de oudere en het profiel van de zorgverlener. Een psycholoog die enkel huisbezoeken doet loopt meer risico om uitgeblust te geraken (*bore out*). De verplaatsingen, het werken met kwetsbare ouderen en het feit dat de psychotherapie aan huis vaak minder diepgaand is dan bij personen die naar het CGG komen, kunnen het werk van een psycholoog aan huis belasten. Het is aangewezen om als psycholoog huisbezoeken te combineren met werken in een CGG. De psycholoog heeft dan ook een betere toegang tot een (geronto)psychiater en de expertise die in een CGG is opgebouwd.

##### Aanvulling uit experten groep:

Samenwerking van de psycholoog in een multidisciplinair team & multidisciplinair overleg is nodig. Daarnaast is intervisie met andere psychologen nuttig om met elkaar van gedachten te wisselen en van elkaar te leren. Men moet toegang hebben tot evidence based richtlijnen.

Experten geven aan dat er een behoefte is aan een eerstelijnspsycholoog die huisbezoeken kan doen. Er moet ook adequaat kunnen doorverwezen worden naar de tweede lijn via een screening.

Men moet in de eerstelijns toegang hebben tot een gedeeld digitaal dossier. Hierbij moet de psycholoog het evenwicht kunnen bewaren tussen enerzijds zijn beroepsgeheim respecteren en anderzijds het delen van informatie met andere hulpverleners. Eén van de projecten heeft bijvoorbeeld een protocol ontwikkeld, waarin schriftelijk vastgelegd werd hoe de gegevens konden worden gedeeld tussen zorgverleners van bijvoorbeeld patiënten met cognitieve problemen.

Om 'bore out' te voorkomen kan het aangewezen zijn dat psychologen halftijds voor een andere organisatie werken, bijv. een centrum voor GGZ.

##### Aanvulling door validatiegroep:

De kans op het ontwikkelen van een bore out door enkel in de eerstelijns te werken en huisbezoeken te doen wordt tegengesproken. De problematiek is uiterst boeiend en er kan heel veel verwezenlijkt worden in de eerstelijns. Doorverwijzing van de kwetsbare oudere naar een CGG is niet noodzakelijk. Het is een meerwaarde om de complexe problematiek in de eerstelijns aan te pakken.

Volgende thema's werden door een project geïdentificeerd als facilitatoren voor bore out<sup>26</sup>:

- Eenzaamheid/isolement van de psycholoog door het alleen op huisbezoek gaan. Dit kan opgevangen worden door op regelmatige basis momenten in te plannen waarop hulpverleners samen komen.
- De psycholoog wordt door andere eerstelijns hulpverleners gezien als manusje-van-alles/reddingsboei. Een duidelijke functiebeschrijving en positionering van de rol van eerstelijnspsycholoog is noodzakelijk.
- De psycholoog wordt geconfronteerd met de grenzen van zijn functie. Bij kwetsbare ouderen in een thuissituatie is rouwverwerking een veel voorkomende hulpvraag. Maar hoe bereik je dat concreet met de oudere? Hoe kan je hem bijvoorbeeld terug een doel helpen vinden in het leven? Hiervoor kan een samenwerking met een ergotherapeut nuttig zijn.

---

<sup>26</sup> Aanvulling via email door een psycholoog die aanwezig was tijdens de validatiegroep.

Volgens de psychologen uit de huidige Protocol 3 projecten blijkt een gemiddelde caseload per VTE van 20 à 25 personen met de huidige casemix, realistisch. Er dient wel rekening gehouden te worden met elementen die dit kunnen beïnvloeden zoals verre verplaatsingen en administratieve of andere taken die door de psycholoog zelf of door iemand anders worden opgenomen. De leden van de validatiegroep gaven aan dat de helft van de tijd wordt besteed aan directe zorg; de rest aan indirecte zorg: verplaatsingen, intervisies, voorbereiding van de gesprekken en sessies, debriefing, enz.

#### 10. Wat is de meerwaarde van psychologische ondersteuning in de thuissituatie?

- Laagdrempelig door huisbezoek. Oudere hoeft zich niet te verplaatsen.
- Vroegdetectie dementie, andere cognitieve problemen en psychosociale problematiek mogelijk.
- Vroegdetectie draagkrachtproblemen mantelzorg mogelijk.
- Aanpakken van psychologische problemen die een invloed hebben op activiteiten van het dagelijks leven of die een impact kunnen hebben op verminderde sociale steun.
- Ondersteuning van mantelzorgers en hulpverleners in verband met de thuiszorg: verandering van hun perspectief in relatie tot de oudere, ondersteuning voor mantelzorgers van ouderen met cognitieve achteruitgang (bv situationele of emotionele coping-strategieën voor het begeleiden van een partner met ernstig geheugenverlies).

#### Aanvulling uit validatiegroep:

- Systemische benadering van de kwetsbare oudere. Door aan huis te gaan kan de psycholoog het systeem van de oudere beter in kaart brengen.
- Flexibiliteit. De eerstelijnspsycholoog werkt met een flexibel kader en past zich aan aan individueel sterk wisselende situaties. De persoon blijft in zijn vertrouwde omgeving en behoudt zijn of haar oriëntatiepunten.
- Geen vastgelegd traject. De tijd die nodig is om een oudere en zijn systeem te begeleiden kan individueel aangepast worden aan de noden. Wanneer er tijdens het begeleidingsproces zich een crisismoment voordoet of er wordt door de psycholoog een onderliggende niet verwoorde problematiek ontdekt, kan het individueel proces wijzigen.
- Verbindend werken door de psycholoog, zowel intrapersoonlijk (door het aanspreken van aanwezige krachten en hulpbronnen, ondersteuning, psycho-educatie, ...) als interpersoonlijk (door eigen netwerk te mobiliseren en/of uit te breiden, coping/veerkracht van mantelzorgers te verstevigen, aanwezige mantelzorg te ondersteuning, psycho-educatie, ...)

### 11. Bijlage fiche psy: Aanwezigen tijdens validatiegroep van 9 maart 2017

| ID project   | Naam                                      |
|--|---|
| psychologische begeleiding serviceflats  | Angie Desmet                              |
| psychologische begeleiding ouderen en mantelzorgers  | Celien Scheire                            |
| Menos  | Nicolas Timmermans                        |
| Menos  | Veerle Vanhoudenhove                      |
| Integraal aanbod voor jongdementen in regio Brugge   | Hilde Delameilleure                       |
| OpMaat   | Karen Lambrechts                          |
| OpMaat   | Caroline Maas                             |
| Extra zorg en langer thuis   | Celine Bastien                            |
| Extra zorg en langer thuis   | Vickie Cambron                            |
| PIOT   | Katrien Vanderbist                        |
| PIOT   | Dominique De Pourcq                       |
| Aide et soutien psychologique  | Jordan Mac'Cord                           |
| Aide et soutien psychologique  | Delphine Duchateau                        |
| Alternative de soins Centre et Soignies  | Christine Hennaut                         |
| Alternative de soins Charleroi   | Jessica Arias y Arenas                    |
| Maintenir son lieu de vie à domicile – Equipe de soutien                                     | Catherine Craps                           |
| Une approche médico-psycho-pharmaceutique : Education thérapeutique du patient âgé fragilisé | Florence Robert                           |
| Donner du souffle à la vie   | Emilie Léonard                            |
| Dionysos III   | Jean-Pierre Ermans                        |
| ASD Brabant Wallon   | Noémie Vandeweghe                         |
| ASD Brabant Wallon   | Céline Rase                               |
| ASD Brabant Wallon   | Isabelle Mairiaux                         |
| La Navette   | (written feedback)<br>VANDERHEYDEN Claire |
| La Navette   | (written feedback) LECOQ<br>Cindy         |
| La Navette   | (written feedback)<br>DAVENNE Julie       |
| La Navette   | (written feedback) PERICK<br>Thomas       |
| UA   | Sibyl Anthierens                          |
| UA   | Maja Lopez-Hartmann                       |
| KUL  | Johanna Mello de Almeida                  |
| UCL  | Déborah Flusin                            |
| UCL  | Thérèse Van Durme                         |
| Ulg (moderator)  | Stéphane Adam                             |
| RIZIV  | Olivier Fourez                            |
| RIZIV  | Lieselotte Huyghe                         |

#### 4. Psychological support (Français)

| Description des bonnes pratiques<br>Accompagnement psychologique à domicile<br>Au sein des projets Protocole 3 |   |
|--|---|
| <b>Auteurs</b>   | Maja Lopez Hartmann, Sibyl Anthierens, Thérèse Van Durme, Jean Macq   |
| <b>Source des données</b>  | Cette fiche a été élaborée sur la base des questionnaires annuels, des focus groups jusqu'en 2013. Cette version a été remaniée et tient compte des remarques et commentaires des experts au cours d'une session les 20/01/2017 et 09/03/2017 et celles émises par écrit pour ceux qui n'ont pas pu y participer. |
| <b>Experts consultés lors d'une session le 20/01/2017</b>  | Isabelle Bragard (ULg) ; Dr. K. Scheepers (CSM VBO) & M. (Le Bien Vieillir)<br>INAMI : X. Ledent ; O. Fourez ; L. Huyghe & H. Huyck<br>Consortium P3 : Johanna Mello, Déborah Flusin  |
| <b>Groupe de validation le 09/03/2017</b>  | Voir liste annexée  |
| <b>Mots-clés</b>   | Soutien psychologique ; personnes âgées ; domicile  |

##### 1. Contexte

Cette fiche a pour but de décrire l'intervention de soutien psychologique dans le contexte des soins à domicile aux personnes âgées fragiles. Contrairement aux soins infirmiers à domicile pour le soutien aux activités de la vie journalière, le soutien psychologique à domicile est encore peu connu. Il s'ensuit qu'il peut exister des barrières auprès de la population et des soignants pour faire appel à ces services. Les psychologues exercent habituellement dans des centres de santé mentale (CSM), des hôpitaux ou en cabinet. Le fait de se rendre à domicile implique qu'ils se trouvent confrontés à des souffrances psychologiques non reconnues et donc, non exprimées. Les autres professionnels de la santé et du soin peuvent néanmoins détecter ces besoins en soutien psychologique auprès de leurs patients, alors qu'eux-mêmes n'ont peut-être pas les compétences requises pour y répondre et la personne âgée ou son aidant informel ne sont pas toujours prêts à faire le pas. Au cas où le patient serait tout de même d'accord d'entamer la démarche de contacter un psychologue, un problème de mobilité peut entraver l'accès au service de soutien psychologique. Dans d'autres cas, il arrive qu'il y ait des listes d'attente. C'est dans ce contexte que se sont insérés les interventions d'accompagnement psychologique des projets du Protocole 3.

##### Ajouts des groupes de validation

La présence d'un aidant informel est un élément-clé dans le soutien à domicile. Par conséquent, il y a lieu d'en tenir compte lors de l'accompagnement de la personne âgée fragile.

##### 2. Pour quel public-cible ?

*En premier lieu : la personne âgée fragile, dont la souffrance psychologique n'est pas toujours explicitée.* Les personnes ciblées par l'appui de soutien psychologique sont les personnes âgées, leurs aidants proches, ainsi que les aidants professionnels. Néanmoins, dans la plupart des cas, les cibles les plus importantes sont les personnes âgées fragiles ayant une demande en soins psychologique. Comme indiqué plus haut, la souffrance psychologique de la personne âgée fragile est souvent pas explicitée. Les demande de soins les plus fréquemment observées dans les projets du Protocole 3 se font à partir de situations de deuil ou l'intégration d'un changement de rôle, de statut ou de fonctions, l'anxiété, la solitude, la dépression, les problèmes cognitifs ou de démence et donner du sens. Dans une moindre

mesure, on rencontre aussi des situations liées à l'usage de substances (alcool, drogues, etc.) et des conflits familiaux.

Cette liste n'est pas limitative et le type de demande d'accompagnement peut dépendre de projet à projet. Par exemple, certains projets se sont focalisés sur des personnes âgées présentant une démence. Les projets signalent également que les demandes sont souvent multifocales. Une personne âgée peut présenter des problèmes d'isolement, un deuil compliqué, peur de l'avenir, tout en présentant un déclin cognitif débutant et des troubles de la personnalité sous-jacents.

#### *Ne pas oublier le soutien à l'aidant informel*

À côté de ces demandes, plusieurs projets ont porté leur attention vers le soutien aux aidants informels, en même temps qu'ils accompagnaient les personnes âgées fragiles. Les aidants informels éprouvant des difficultés à accompagner eux-mêmes la situation dans laquelle se trouvait la personne âgée fragile, ou qui étaient à risque de ne plus être en mesure d'accompagner la situation en raison de sa lourdeur pouvaient vraiment être aidés par un soutien psychologique adéquat. Dans ces cas, le soutien à l'aidant informel se déroule au moment où un autre professionnel peut prendre en charge le bénéficiaire. Par exemple, l'aide familiale ou l'ergothérapeute s'occupe du bénéficiaire au moment où l'aidant informel aura un entretien avec le psychologue, ou l'entretien a lieu au moment où la personne âgée se trouve dans un centre de soins de jour.

Dans d'autres projets encore, les psychologues proposaient un appui aux autres membres de l'équipe multidisciplinaire, en donnant des conseils et avis relatifs aux soins aux personnes ayant besoin de soutien psychologique ou dont la situation était lourde à vivre sur le plan émotionnel.

#### Ajouts de la part du groupe d'experts

Il est plus pertinent de parler de la situation de la personne âgée à partir de la symptomatologie (p.ex. une personne âgée anxieuse et qui a des problèmes de mémoire), au lieu de l'aborder à partir d'un diagnostic (p.ex. démence). La plupart du temps, au moment de la demande d'accompagnement, il n'y a d'ailleurs pas encore de diagnostic.

#### Ajouts de la part du groupe de validation

Le groupe indique qu'il n'est pas simple d'identifier le groupe-cible et que ceci est une nouvelle donnée pour les psychologues. Il s'agit d'un groupe de personnes âgées ayant des problèmes complexes. Dès, lors, il n'est pas évident, comme nous le verrons plus loin, d'établir une liste d'interventions standard pouvant être mises en œuvre auprès de cette population. Comme indiqué plus haut, il n'est pas question de diagnostic, mais on part des besoins et de la souffrance de la personne et de son aidant informel.

Il est important d'approcher la personne dans son système, c'est-à-dire la personne âgée et son entourage. Vu la durée de vie de la personne âgée, le système sera plus complexe que chez un jeune enfant, par exemple.

Ce n'est d'ailleurs pas nécessairement la personne âgée qui aura besoin de soutien, mais parfois seulement son aidant informel. Bien sûr, dans bien des cas, il pourra s'agir des deux.

Une difficulté supplémentaire survient du fait que souvent, il n'y a pas de demande de soins explicite. La personne âgée et/ou son aidant informel ne sont pas prêts à entamer une telle démarche. Ils ne sont pas en mesure de verbaliser cette demande ou le font de manière implicite. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de réel besoin. La problématique pourra d'ailleurs apparaître aux yeux de la personne en cours d'accompagnement, sans que jamais la demande ne soit verbalisée. Le psychologue pourra reconnaître ce problème, lui donner une place afin que, si nécessaire et souhaité, un traitement puisse être proposé. Il est aussi possible de référer vers un autre professionnel. Il ne s'agit bien sûr pas de tomber dans l'excès inverse de devoir trouver un problème là où il n'y en a pas. Il ne faut pas qu'on se trouve dans une logique de surmédicalisation ou de psychologisation des soucis du quotidien et besoins psychosociaux de cette population. Au lieu de parler de la vulnérabilité de ce groupe-cible, il est tout aussi important, voire plus important, de chercher à connaître les ressources de la personne

âgée et de son système. Ces personnes ont en effet tout un parcours de vie derrière eux et vécu nombre d'évènements difficiles ou douloureux. Il peut être passionnant de chercher avec eux les forces qui les ont aidées à surmonter ceci dans le passé, et pourront être utilisées également dans le présent.

### 3. Setting

À l'exception d'un projet, toutes les interventions avaient lieu au domicile de la personne accompagnée, lors de sessions individuelles. Dans quelques cas, les entretiens avaient lieu en présence du patient et de quelqu'un de son entourage, par exemple son aidant informel. Ceci pouvait être le cas lorsqu'il y avait une plus-value à ce que les entretiens aient lieu ensemble, par exemple pour discuter d'un conflit familial.

Le soutien à l'aidant informel se fait en général au domicile, sous la forme d'entretiens individuels. Seul un projet organisait des sessions de groupe à l'hôpital, d'une part des séances de psychoéducation à l'hôpital pour les aidants informels et, d'autre part, des sessions d'art-thérapie en parallèle et au même endroit, pour les personnes âgées vivant avec une démence.

L'accompagnement des prestataires de soins par un psychologue se fait aussi bien de manière formelle qu'informelle. L'accompagnement informel se fait sous la forme d'un avis donné à un autre prestataire à propos d'une situation concrète à laquelle ce dernier se trouve confronté. Ceci peut se faire également par téléphone. De manière formelle, cela peut se dérouler lors d'une concertation multidisciplinaire ou lors d'une formation continue, au cours desquels une thématique précise peut être abordée. Voir aussi la partie relative au refus de soins.

#### L'intervention doit-elle avoir lieu au domicile ou dans un centre de santé mentale (CSM) ?

Quels sont les motifs pour référer et qu'est-ce qui est offert par le projet lui-même ?

- *En fonction de la mobilité.* Le fait de ne pas pouvoir référer vers un centre de santé mentale est motivé par le manque de mobilité de la personne âgée. Vu la population, la prise en charge devrait avoir lieu à domicile. En effet, la prise en charge dans un Centre de Santé Mentale (CSM) est rarement possible pour cette population vu les capacités limitées en matière d'outreaching.
- *En fonction du type de soutien :*
  - Le soutien est proposé par le projet : soutien social, conseil, life review, réminiscence.
  - Le soutien est proposé à la fois par le projet ou par d'autres : thérapie cognitive comportementale, thérapie systémique, thérapie expérientielle centrée sur le patient.
  - Le patient est référé à d'autres : psychanalyse, thérapie méditative.
- *En fonction de la sévérité de la problématique.* En fonction du type de problème présent, le patient sera référé ailleurs ou non :
  - S'il existe un besoin de cheminement personnel, d'une clarification de la demande de soins : par le psychologue du projet.
  - S'il existe une psychopathologie aigüe sévère : besoin de référer.

En conclusion les professionnels estiment qu'il n'est pas possible de définir des critères stricts pour référer vers un Centre de Santé Mentale (CSM). Chaque cas devra être analysé individuellement. Il y a lieu prendre en compte les éléments suivants :

- Le profil de la personne âgées (p.ex. mobilité, symptômes, ...)
- Le profil du psychologue (p.ex. expertise concernant une problématique)
- Formation en psychothérapie.

#### Ajouts à partir du groupe d'experts:

Au vu du profil de la population, il serait préférable que l'accompagnement se déroule au domicile. Le suivi en CSM est rarement possible, vu les possibilités limitées en terme d'outreaching. Il semble qu'il y ait pour l'instant peu de différenciation possible en raison de l'âge.

Les experts soulignent que le soutien social n'est pas une thérapie et, par conséquent, ne devraient pas être organisé par les psychologues. Les experts demandent également que les termes de life review et de thérapie de réminiscence soient explicités et justifiés. Dans la même logique, ils se posent la question de la justification de la psychanalyse auprès de cette population. Ils demandent aussi qu'il soit donné la préférence à un accompagnement par un gérontopsychologue, ayant accès à un gérontopsychiatre. Pour finir, les experts disent que les CSM seraient plus indiqués pour des professionnels disposant d'un profil plus spécialisé, alors que la première ligne devrait être plus généraliste.

#### Ajouts à partir du groupe de validation:

Le fait de pouvoir se rendre au domicile pour un accompagnement psychologique réduit le seuil d'accessibilité pour les personnes âgées. Le psychologue est l'hôte de la personne âgée et non l'inverse. Ceci demande donc une autre manière de travailler que celle qui est habituelle pour la plupart des psychologues. Le psychologue entre dans la sphère intime de la personne âgée et ne travaille donc pas dans l'environnement de son cabinet, qui lui est familier. Il y a lieu de veiller à ne pas rendre les personnes âgées plus dépendantes qu'elles ne les ont déjà. Le besoin d'une visite à domicile dépendra de différents facteurs, de manière à ce que les ressources de la personne soient utilisées au mieux. Par conséquent, le besoin de la visite à domicile dépendra également de la distance, de la mobilité, de l'existence d'une situation de crise, de la problématique psychosociale qui fait que la personne ne peut pas rester seule pour l'instant, etc.

Certains experts indiquent qu'il peut être intéressant de rencontrer la personne âgée et son ou ses aidants informels ensemble au début, afin de pouvoir démarrer plus rapidement la relation de confiance et ne pas induire un sentiment de suspicion. Afin de pouvoir comprendre la complexité de certains mécanismes, qui contribuent à maintenir la dynamique négative en place, il est en effet important de pouvoir discuter avec l'ensemble de l'entourage. Cette manière de procéder peut clairement se trouver au-dehors de la zone de confort du thérapeute. Par conséquent, il est important que ceci soit abordé dès la formation initiale et que des outils soient proposés afin de pouvoir faire face à ces situations. Travailler avec un système est encore différent que de travailler à partir d'une perspective systémique. Pour les deux, il peut y avoir des indications distinctes.

#### 4. Le type d'intervention

Nous faisons la distinction entre, d'une part, les interventions consistant essentiellement en un triage, permettant de référer la personne vers un service d'accompagnement psychologique, parfois assorti d'un conseil et d'accompagnement au soutien social (type 1 et 2) et, d'autre part, des projets qui ne réfèrent pas ailleurs, mais organisent eux-mêmes le soutien psychologique (type 3 et 4).

Ces quatre types se trouvent décrits ici :

1. Un membre du projet fait un screening ; pour l'accompagnement psychologique, les membres du projet réfèrent vers un centre de santé mentale (3 projets). Les experts estiment que ce type de screening devrait se faire par un psychologue.
2. Le projet organise lui-même l'accompagnement psychologique mais réfère vers un centre de santé mentale en cas de problèmes spécifiques (8 projets)<sup>27</sup>.
3. Le projet organise lui-même l'accompagnement psychologique et ne réfère pas vers un centre de santé mentale (4 projets). Le motif pour ne pas référer est la présence de liste d'attentes et des problèmes de mobilité de la personne âgée fragile.
4. Le projet offre du soutien psychologique uniquement à l'aidant informel (1 projet)

---

<sup>27</sup> Les Centres de Santé Mentale ont des listes d'attente importantes, ce qui ne leur permet pas toujours de faire de l'outreaching.

#### Ajouts à partir du groupe d'experts.

Les experts disent qu'il existe des outils de screening pour référer des personnes pouvant bénéficier d'un soutien psychologique. L'outil peut être une aide pour référer, non une obligation à l'utiliser. Qui devrait faire le screening ? Lors d'une demande ou un doute, il faudrait que ce soit un psychologue qui pose l'indication par rapport à l'offre effective d'un psychologue. Il existe un risque de faux négatifs avec le BelRAI.

Ils soulignent que le terme d'accompagnement psychologique est assez flou. En l'absence d'un cadre précis, il n'est pas très clair quel type d'intervention est souhaitable à domicile ou en cabinet (p.ex. donner du sens : plutôt en cabinet). Se pose également la question de la compétence des professionnels : quel profil de professionnel faudrait-il en fonction de quels symptômes ? Il serait souhaitable que les psychologues travaillent en équipe et que l'offre dans l'équipe soit diversifiée en fonction des profils divers de psychologues.

#### Ajouts à partir du groupe de validation:

Le groupe de validation est également d'avis qu'il y a lieu de faire la distinction entre, d'une part, l'accompagnement psychologique et, d'autre part, le soutien psychosocial. Une des différences les plus fondamentales réside dans le fait de donner du sens pour ce qui est du soutien psychologique, alors qu'il est plutôt question d'écoute active dans le cas de soutien psychosocial. De plus, ils soulignent encore une fois l'importance de l'approche systémique. Le système est d'importance primordiale: la famille, le domicile, le médecin généraliste, le lieu de vie, ..., autant d'éléments qui contribuent à l'organisation de la vie à domicile. L'expérience a montré la plus-value d'une approche conjointe de la personne âgée et de son aidant informel. Le processus d'approche est fondamental. Dans ce groupe, toutes les situations sont très complexes. Le degré de complexité, l'accompagnement psychologique, les outils, etc. sont à chaque fois différents de ce à quoi est habitué le psychologue en cabinet.

### 5. Qui délivre le soutien psychologique ?

Dans la plupart des projets, il y a au moins un psychologue, parfois à temps partiel. Seuls trois projets ont également un psychologue qui dit avoir une spécialisation dans l'accompagnement des personnes âgées. Dans quelques projets, d'autres personnes sont également impliquées dans l'accompagnement psychologique. Il s'agit d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de musicothérapeute (formation psychanalytique) et d'assistant sociaux.

#### Ajouts à partir du groupe d'experts

Il convient de faire attention au cadre légal : accompagnement psychologique versus psychothérapie. La psychologie clinique est protégée par un AR. Dans les autres cas, il s'agit d'accompagnement psychosocial, voire du conseil. Le titre 'psychologue' est protégé, alors que celui de 'thérapeute' ne l'est pas.

Vu que les besoins en soins psychologiques des personnes âgées à domicile sont souvent plus complexes que le simple besoin en soutien social, il y a lieu de faire réaliser le screening et le suivi par un psychologue (avec une spécialisation en gérontologie psychologique).

Les experts indiquent qu'une spécialisation en gérontopsychologie n'existe pas à l'heure actuelle.

#### Ajouts à partir du groupe de validation

Le psychologue œuvrant dans ce cadre devra surtout avoir envie de travailler avec la personne âgée. En plus, il est important que le psychologue puisse construire son expertise au fil du temps.

Il existait des divergences au sein du groupe par rapport à comment le psychologue est présenté auprès des destinataires de soins. Une partie du groupe était d'avis qu'il valait mieux ne pas parler d'emblée de psychologue, car cela pouvait entraîner des peurs auprès de la personne âgée, allant jusqu'au refus de soins. Dans ce cas, il serait préférable de ne parler que des interventions qui vont



avoir lieu et de reporter les précisions à plus tard. D'autres, au contraire, trouvent qu'il est important de nommer d'emblée avec précision le type d'intervention qui va avoir lieu, car il est important que les personnes âgées puissent savoir ce qu'ils peuvent attendre de la part de quel professionnel et que le rôle spécifique du psychologue soit préservé.

En revanche, ils sont d'accord par rapport à l'attitude que doit avoir le psychologue tout au long de l'accompagnement. Chaque situation est différente et le psychologue doit s'y adapter, tout en gardant sa spécificité et son regard professionnel. Par exemple, il est tout à fait possible que le psychologue puisse se promener ou aider la personne aidée à manger, pour autant que cela s'inscrive dans un cadre d'accompagnement psychologique, avec un temps d'observation de la situation qui soit propice à l'accompagnement etc.

#### 6. Quelle est la formation nécessaire pour pouvoir offrir un accompagnement psychologique dans ce cadre ?

Il s'agit d'un soignant porteur d'un diplôme en psychologie. Les projets mentionnent que le fait d'avoir une expérience, d'avoir envie de travailler avec des personnes âgées, est clairement un atout.

#### Ajouts de la part du groupe de validation

La formation du psychologue est pour le moment fort axé sur le travail classique au sein de sa propre pratique.

Au cours de la formation de base comme psychologue, il y a lieu de davantage tenir compte du travail dans le lieu de vie du patient. Le travail auprès de la personne âgée nécessite en effet une approche différente et d'autres compétences, voire même un autre cadre de référence que lors d'un travail en cabinet ou à l'hôpital (p.ex. le travail à l'aide d'outil psychométriques est peu pertinent auprès de ces patients). Lorsqu'un psychologue travaille dans le lieu de vie du patient, il entre en contact avec la personne soignée, son aidant informel et d'autres éléments dans le système qui peuvent avoir un impact sur le processus d'accompagnement. Il ne s'agit pas toujours d'un entretien d'un à un, il est possible que d'autres personnes soient présentes. Le psychologue doit savoir comment gérer ce type de situation et comment gagner la confiance des personnes présentes. Il s'agit de pouvoir se fixer un cadre de travail qui soit flexible.

En termes de connaissances, il est nécessaire d'avoir une compétence en matière d'accompagnement de situations de perte et de deuil, d'anxiété, de résilience et de screening pour la démence.

L'aspect du travail en multidisciplinarité devrait être étoffée dans la formation.

#### 7. Quelles sont les démarches nécessaires pour démarrer un soutien psychologique ?

- (Experts) La personne n'exprimera pas toujours la demande. Le psychologue de la première ligne vérifie quel type d'intervention est nécessaire.
- Détection des besoins lors d'une visite à domicile. Ceci est effectué le plus souvent par un collègue prestataire de soins ou des services. Dans le cas des projets du Protocole 3 du deuxième appel, il s'agissait le plus souvent de la case manager.

- Concertation à propos des besoins du patient en multidisciplinarité et élaboration d'un plan de soins
- Première visite du psychologue (ou soignant effectuant l'accompagnement psychologique)
  - Faire connaissance
  - Construction d'une relation de confiance
  - Exploration de la demande en soins, besoins, possibilités et entraves éventuelles
  - Planification des contacts ultérieurs
- Sessions thérapeutiques : la durée et l'intensité est déterminée en fonction du besoin
- Suivi et adaptation du plan de soins en concertation multidisciplinaire.

#### Ajouts du groupe de validation

La demande initiale n'est pas toujours la vraie demande ou la demande complète. Lorsque la détection des besoins s'est opérée par le biais d'un case manager et non d'un psychologue, il se peut qu'on passe à côté d'une demande qui n'aurait pas été formulée. La demande d'aide psychologique sous-jacente ne peut parfois s'exprimer que lorsqu'une relation de confiance a été établie entre le psychologue et la personne soignée. Il est important que le réseau de la personne soignée soit ouvert et soutienne la personne dans sa démarche. La personne soignée doit, nous l'avons souligné, toujours être approchée dans son système. Le savoir-être du psychologue est au cœur de la démarche, et plus particulièrement, la manière dont il entre en relation avec la personne dans son système.

#### 8. Durée et intensité de l'intervention

La durée de l'intervention est déterminée, dans la plupart des projets, par la situation individuelle de la personne accompagnée et de sa demande d'accompagnement. On observe néanmoins une durée habituelle de six mois, voire moins. Lorsque la personne a besoin d'une durée d'accompagnement plus longue, il s'agit le plus souvent des cas où la situation est plus sévère. Dans ces cas, un centre de santé mentale devra prendre le relais.

L'intensité des interventions observées est plutôt faible : une fois par mois ou moins. Souvent, cette intensité est plus élevée au début (l'intervalle entre les sessions est plus petit au début). Lorsque la « crise » ayant justifié la demande est stabilisée, l'intensité peut diminuer.

#### Ajouts de la part du groupe d'experts

Les experts proposent que la durée soit déterminée par l'indication. À titre indicatif, ils proposent que, pour l'anxiété, la thérapie soit brève ; pour la dépression (parfois court), les troubles de la personnalité (longue durée, peu intense), schizophrénie (longue durée).

Parfois des périodes plus ou moins longues de non-contacts, puis reprise de contact : signe que les gens ont confiance et font appel en cas de nouvelle crise.

#### Ajouts de la part du groupe de validation

Il est vraiment important de pouvoir prendre le temps auprès de cette population. Par conséquent, il est très difficile d'estimer combien de temps sera nécessaire ; chaque situation est différente et toujours complexe, voire difficilement estimable a priori. Il va de soi qu'il faut également du temps avant et après les entretiens. Depuis le franchissement du seuil de la porte d'entrée, s'asseoir, ..., cela prend du temps. Il faut également prendre en compte les temps de déplacements pour les visites à domicile.

Il existe une variation importante en fonction des demandes d'aide et des interventions possibles. Il s'agit de réaliser un travail sur mesure, adapté à la situation individuelle de la personne soignée et de son contexte.

Il est plus pertinent de parler du *temps nécessaire* que de la *durée de l'intervention*. Il n'est pas possible de déterminer un trajet précis au préalable. Là où un seul entretien suffira, dans d'autres situations, le temps de la prise en charge sera beaucoup plus long. Il n'est pas toujours possible de

déterminer à l'avance le moment de la fin de l'accompagnement. Néanmoins, il est important de fixer des moments où on fera le point (p.ex. au bout de 6 ou 9 mois).

L'intensité dépendra également du moment de démarrage de la prise en charge : s'agit-il d'une situation de crise ? S'agit-il d'un problème chronique ? Le type et l'intensité de l'accompagnement variera également en fonction de ces paramètres.

Il est préférable de ne pas interrompre brutalement l'accompagnement en cas d'institutionnalisation ou de décès, surtout lorsque l'accompagnement durait déjà depuis un certain temps. Lors d'une institutionnalisation, on pourra par exemple prévoir un temps pour la transmission vers un autre professionnel ou continuer l'accompagnement avec une intensité moindre. Après le décès, il est fréquent de proposer jusqu'à 4 entrevues avec les proches.

## 9. Prérequis organisationnels pour une intervention psychologique adéquate

Comme indiqué ci-dessus, les psychologues ont vraiment intérêt à travailler en équipe, comprenant des profils divers de psychologues. Ainsi il sera possible de pouvoir tenir compte de différentes demandes de prise en charge. Les projets indiquent également que les psychologues qui ne font que le travail à domicile risquent plus facilement de s'épuiser (risque de *bore-out*) par rapport à ceux dont le travail se déroule également en centre de santé mentale. En effet, les déplacements, le travail auprès des personnes âgées fragiles et le fait que le travail à domicile ne permet pas toujours un travail aussi approfondi que dans un centre de santé mentale, alourdissent le travail pour les psychologues.

Il est donc recommandé que les psychologues travaillent à temps partiel dans un centre de santé mentale, en plus de leur travail à domicile. Le travail en CSM leur permet d'avoir plus facilement accès à une (géronto)psychiatre, ainsi qu'à l'expertise construite par l'équipe au sein du CSM.

### Ajouts de la part du groupe d'experts.

La collaboration avec une équipe multidisciplinaire & des concertations multidisciplinaires sont indispensables, ainsi que des interventions avec d'autres psychologues, afin de pouvoir échanger les expériences et continuer à apprendre.

Il faudrait qu'ils aient accès à des recommandations de bonnes pratiques, fondées sur des résultats de la littérature.

Comme il faudrait pouvoir référer vers une deuxième ligne de manière adéquate (screening), les experts affirment qu'il faut donc un psychologue de première ligne.

Il faudrait que les psychologues aient accès à un dossier électronique partagé. Dans ce cadre, il est utile de pouvoir faire la balance entre, d'une part, le respect du secret professionnel (essentiel à la relation thérapeutique et de confiance) et, d'autre part, le besoin de partager les données essentielles à des soins adéquats dans une situation nécessitant des intervenants multiples. Un projet a élaboré un document relatif aux accords en matière de partage des données à propos d'une personne présentant des troubles cognitifs, notamment.

Il est lourd pour la psychologue de travailler à domicile à temps plein : déplacements, pas toujours la possibilité de faire de la psychothérapie. Il est donc souhaitable que le psychologue travaille à temps partiel dans une autre organisation, par exemple, pour un CSM. Risque de *bore-out* si le psychologue ne fait que de la première ligne.

### Ajouts de la part du groupe de validation

Le risque de développer un *bore-out* en travaillant uniquement à domicile est contesté par les membres du groupe de validation. L'accompagnement des personnes âgées à domicile est

passionnant et il y est vraiment possible de faire la différence. Il n'est pas nécessaire de référer la personne âgée fragile vers un CSM. Au contraire, c'est une plus-value de pouvoir accompagner ces problématiques complexes à domicile.

Un des projets a communiqué par mail les facilitateurs potentiels pour éviter le bore-out.

- Solitude/isolement du psychologue qui ne ferait que des visites à domicile. Ceci est évité en permettant de planifier régulièrement des rencontres avec les autres professionnels.
- Le psychologue est vu par les autres prestataires de soins comme le bouche-trou ou la planche de salut. Il y a lieu de réaliser une description des fonctions, incluant la position du rôle du psychologue.
- Le psychologue est confronté aux limites de sa fonction. Lors du travail à domicile, il est fréquent d'être confronté avec le travail de deuil. Mais comment réaliser ceci auprès de la personne âgée ? Comment l'aider à trouver des objectifs dans la vie ? Pour cela, le travail avec l'ergothérapeute s'avère utile.

Les psychologues des projets Protocole 3 estiment, qu'au vu du case-mix actuel, un caseload moyen de 20-25 personnes âgées semble adéquat par équivalent temps plein psychologue. Ceci doit être pondéré par des éléments tels que des déplacements lointains ou lorsque certaines tâches administratives sont prises en charge par un secrétariat. Les membres du groupe de validation ont indiqué que la moitié du temps passait en soins directs et l'autre moitié, en soins indirects, tels que les déplacements, les intervisions, la préparation des entrevues et des sessions, le débriefing, etc.

#### 10. Quelle est la plus-value du soutien psychologique à domicile ?

- Ces interventions sont bien acceptées à domicile. Le patient ne doit pas se déplacer.
- Détection précoce de la démence, d'autres problèmes cognitifs, ou psychosociaux
- Accompagnement de problèmes psychologiques pouvant avoir un impact sur les activités de la vie quotidienne, ou qui pourraient avoir un impact sur la réduction du réseau social.
- Accompagnement des aidants informels et professionnels par rapport à l'aide à domicile : changement de perspective par rapport à la personne aidée, soutien aux personnes s'occupant de patients présentant un déclin cognitif (p.ex. stratégies de coping situationnel ou émotionnel pour accompagner un conjoint présentant des pertes de mémoires sévères).

#### Ajouts par le groupe de validation

- L'approche systémique de la personne âgée fragile. En se rendant au domicile, le psychologue a une vision nettement plus précise du système dans lequel vit la personne âgée.
- Flexibilité. Le psychologue de la première ligne travaille dans un cadre flexible et s'adapte aux situations individuelles changeantes. La personne reste dans son lieu de vie et garde ses repères.
- Le trajet n'est pas fixe. Le temps qui est nécessaire pour accompagner la personne âgée et son système peut être modulé en fonction des besoins. Lorsque survient une crise, ou lorsqu'un nouveau besoin est détecté, le processus sera adapté. Il est important de continuer à travailler sur le lien, tant intrapersonnel (en mobilisant les ressources en présence, le soutien, la psycho-éducation, ...) qu'interpersonnel (en mobilisant le réseau propre et/ou en l'étendant, en soutenant les mécanismes de coping des aidants informels, en soutenant les aidants informels, ...).

11. Annexe fiche psy: personnes ayant assisté au groupe de validation du 9 mars 2017

| <b>ID projet</b>   | <b>Nom</b>                                |
|--|---|
| psychologische begeleiding serviceflats  | Angie Desmet                              |
| psychologische begeleiding ouderen en mantelzorgers  | Celien Scheire                            |
| Menos  | Nicolas Timmermans                        |
| Menos  | Veerle Vanhoudenhove                      |
| Integraal aanbod voor jongdementen in regio Brugge   | Hilde Delameilleure                       |
| OpMaat   | Karen Lambrechts                          |
| OpMaat   | Caroline Maas                             |
| Extra zorg en langer thuis   | Celine Bastien                            |
| Extra zorg en langer thuis   | Vickie Cambron                            |
| PIOT   | Katrien Vanderbist                        |
| PIOT   | Dominique De Pourcq                       |
| Aide et soutien psychologique  | Jordan Mac'Cord                           |
| Aide et soutien psychologique  | Delphine Duchateau                        |
| ALTERNATIVE DE SOINS Centre et Soignies  | Christine Hennaut                         |
| ALTERNATIVE DE SOINS Charleroi   | Jessica Arias y Arenas                    |
| Maintenir son lieu de vie à domicile – Equipe de soutien                                     | Catherine Craps                           |
| Une approche médico-psycho-pharmaceutique : Education thérapeutique du patient âgé fragilisé | Florence Robert                           |
| Donner du souffle à la vie   | Emilie Léonard                            |
| Dionysos III   | Jean-Pierre Ermans                        |
| ASD Brabant Wallon   | Noémie Vandeweghe                         |
| ASD Brabant Wallon   | Céline Rase                               |
| ASD Brabant Wallon   | Isabelle Mairiaux                         |
| La Navette   | (written feedback)<br>Vanderheyden Claire |
| La Navette   | (written feedback) Lecoq<br>Cindy         |
| La Navette   | (written feedback)<br>Davenne Julie       |
| La Navette   | (written feedback) Perick<br>Thomas       |
| UA   | Sibyl Anthierens                          |
| UA   | Maja Lopez-Hartmann                       |
| KUL  | Johanna Mello de Almeida                  |
| UCL  | Déborah Flusin                            |
| UCL  | Thérèse Van Durme                         |
| Ulg (modérateur)   | Stéphane Adam                             |
| RIZIV  | Olivier Fourez                            |
| RIZIV  | Lieselotte Huyghe                         |

## 5. Occupational therapy (Français)

| <b>Fiche de bonne pratique :<br/>Intervention au domicile de l'ergothérapeute et ses conditions<br/>d'exercice au sein des projets Protocole 3</b> |   |
|--|---|
| <b>Auteurs</b>   | Déborah Flusin, Thérèse Van Durme   |
| <b>Date de soumission</b>  | Janvier 2016. Cette fiche a été élaborée sur la base des questionnaires annuels, des focus groups jusqu'en 2013. Cette version a été remaniée et tient compte des remarques et commentaires des experts au cours d'une session le 20/01/2017 et celles émises par écrit pour ceux qui n'ont pas pu y participer.  |
| <b>Experts</b>   | Pauline Hoellinger (HE Vinci) ; Leen De Coninck (KUL); Pierre Seeuws (Vlaamse Ergotherapeutenverbond); Carmen Verdruye (AZ Damiaan); Leen Bouckaert (Artevelde Hogeschool); Amandine Kodeck (Maisons Ste Monique; Marc-Eric Guisset (HE Vinci) et Béatrice Thében (Plan Alzheimer).<br>Feedback écrit par le Pr. De Vlieghe<br>INAMI : X.Ledent ; O. Fourez ; L.Huyghe & H. Huyck |
| <b>Mots clés</b>   | Ergothérapie ; personnes âgées ; domicile   |

Note : Le terme ergothérapeute a été mis au masculin mais renvoie bien sûr aux ergothérapeutes tant féminins que masculins.

### 1. Contexte général - L'intervention au domicile pour les ergothérapeutes aujourd'hui

Cette fiche tente de définir les fonctions et bonnes pratiques de l'ergothérapeute lorsqu'il réalise des interventions dans le contexte de soins à domicile pour les personnes âgées fragiles dans le cadre des projets Protocole 3 (pour plus de détail voir l'annexe 1).

Traditionnellement, dans le système de santé belge, les ergothérapeutes exercent leur activité principalement dans des institutions (hôpitaux, maisons de repos, centres de santé mentale, centres de rééducation fonctionnelle etc.) et, dans une moindre mesure en cabinet libéral et à domicile.

De façon générale, la profession d'ergothérapeute a connu ces dernières années des changements notables. Tout d'abord, elle tend à voir ses effectifs croître de façon significative<sup>28</sup>[20]. Elle a également évolué sur les plans des connaissances pratiques et paradigmatiques (modèle « bio-

<sup>28</sup> Cette croissance est générale en Europe, par exemple en France, entre 2003 et 2016 le nombre d'ergothérapeutes a doublé. Par ailleurs, en 2016, ils sont minoritaires à exercer en libéral (9,7%)

psycho-social »)[21] ainsi que d'un point de vue de l'encadrement légal de l'exercice de la profession qui marque une meilleure reconnaissance de celle-ci<sup>29</sup>[22].

Dans ce contexte de croissance et d'évolution de la profession d'une part, et des évolutions sociodémographiques de la population d'autre part (vieillesse, apparition de nouvelles pathologies etc.), l'intervention à domicile devient une pratique d'avenir qui tend à se développer davantage. Les projets Protocole 3 interviennent dans ce sens.

Les ergothérapeutes intervenant dans les projets Protocole 3 avaient parfois une expérience auprès des personnes âgées fragiles en MRS, mais peu avaient une expérience d'intervention à domicile. Le travail à domicile a donc représenté un enjeu nouveau pour les professionnels engagés dans les projets Protocole 3 qui ont dû adapter leurs savoirs pratiques et théoriques (sur les formations d'ergothérapeute et leur préparation à l'intervention au domicile aujourd'hui voir Annexe 2).

## 2. L'ergothérapie à domicile pour les personnes âgées et fragiles et leurs aidants (in)formels

Idéalement, l'intervention de l'ergothérapeute s'adresse à toute personne âgée fragile désireuse de rester à domicile et dont l'état de santé est suffisamment bon pour permettre une intervention. Rappelons que pour les projets de Protocole 3 il y avait des conditions d'âge et de dépendance pour entrer dans les projets (voir annexe 1).

Au-delà de ces critères, la motivation de la personne à maintenir ou recouvrir davantage son indépendance et/ou autonomie (projet de vie) est ici un prérequis préalable à toute intervention pour qu'elle soit en mesure d'y participer [23]. L'intervention de l'ergothérapeute peut viser soit la prévention pour préserver l'autonomie de la personne âgée au domicile, soit la réhabilitation, afin que la personne âgée puisse recouvrir le plus d'autonomie fonctionnelle, sociale et psychique possible et de mieux être.

L'intervention de l'ergothérapeute a pour effet dans tous les cas de permettre à la personne âgée et fragile de continuer à vivre à domicile dans des conditions optimales de bien-être et de sécurité dans son milieu de vie. Ainsi, le point de rupture du maintien à domicile peut être retardé, des hospitalisations évitées (prévention des chutes en particulier).

Pour ce faire, l'ergothérapeute intervient également auprès des aidants proches et professionnels.

- **L'intervention auprès de la personne âgée fragile** : contribuer au maintien ou restaurer son autonomie et/ou son indépendance notamment des AIVQ, en fonction de son autonomie et

---

<sup>29</sup> En 2011 les ergothérapeutes sont reconnus comme dispensateurs de soins par l'INAMI, certains soins peuvent donc être remboursés et la profession est reconnue au bénéfice d'un « agrément » en 2012. Par ses dispositions notamment, la profession bénéficie d'une reconnaissance sociale plus forte (voir Annexe 2)

de sa participation ; ensuite, et par là, contribuer au sentiment de bien-être et de sécurité et contribuer à identifier ses besoins d'aide professionnelle notamment pour l'accomplissement des AVQ, mais aussi d'une prise en charge au niveau cognitif. Lors de son intervention, il mobilise son sens pédagogique et une écoute active afin d'effectuer les changements souhaitables et souhaités pour la personne considérée comme partenaire. Il peut aussi **détecter des besoins non couverts**. Son intervention étant peu intrusive, elle peut être un bon levier pour faire accepter et ou modifier l'aide apportée par les autres aidants (in)formels. C'est ce qui ressort des projets Protocole 3, l'intervention de l'ergothérapeute a permis d'augmenter le recours aux soins infirmiers.

- **L'intervention auprès de l'aidant informel et professionnel** : apprentissage aux aides et aides techniques, sensibilisation au maintien, voire la restauration de l'autonomie de la personne aidée en reformulant la manière de l'aider. Grâce à ses rôles il contribue à diminuer le fardeau physique et psychique des aidants professionnels et informels et les risques d'accidents.

### 3. L'ergothérapie et le cadre de référence de ses pratiques

Voir l'apport des experts en annexe 3 et 4.

Si le modèle bio-psycho-social présenté par les experts est souhaitable (voir Annexe 5), il existe un écart entre celui-ci et les pratiques rapportées qui étaient encore assez axées sur une approche fonctionnelle

#### 4. Protocole 3 : les personnes âgées incluses dans les projets d'ergothérapie du Protocole 3 ont été classés selon leurs profils de dépendance, tels que définis par les échelles du BelRAI

##### a. *Profils de dépendance identifiés pour les bénéficiaires de Protocole 3 :*

- **Profil 1 : faibles limitations fonctionnelles** : les personnes qui nécessitent une assistance légère, ce sont des personnes qui n'ont pas des scores supérieurs ou égaux aux seuils validés dans la littérature pour les échelles AIVQ, AVQ, CPS, ce qui signifie qu'elles n'ont pas de limitations fonctionnelles ou cognitives significatives ;
- **Profil 2 : limitations fonctionnelles pour les AIVQ et problème cognitifs légers** : les personnes qui peuvent se prendre en charge, mais qui ont besoin d'aide pour des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), comme les courses, la cuisine, le nettoyage, la vaisselle ou le transport ET qui présentent des déficiences cognitives débutantes.
- **Profil 3 : limitations fonctionnelles pour les AIVQ et les AVQ** : les personnes qui cumulent besoin d'aide pour des activités instrumentales (AIVQ) et pour des activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ), comme se laver, s'habiller, manger ou aller à la toilette ;



- **Profil 4 : limitations fonctionnelles pour les AIVQ et AVQ et déficiences cognitives** : les personnes qui cumulent des limitations fonctionnelles (AIVQ et AVQ) et cognitives (atteintes par exemple de démence) ;
- **Profil 5 : limitations fonctionnelles pour les AIVQ et AVQ, déficiences cognitives et troubles du comportement** : les personnes qui, outre des limitations fonctionnelles et cognitives, ont aussi des troubles du comportement.

*b. En fonction de ces profils, plusieurs interventions ont été identifiées*

Pour le bénéficiaire :

- Education aux gestes, déplacements : **pour tous** les profils de dépendance (effet préventif pour le groupe 1) ;
- Conseils pour adapter le lieu de vie et réaliser des changements d'organisation de l'environnement : **pour tous** les profils de dépendance ;
- Installation de matériel, aides aux déplacements, à l'alimentation, aides techniques, pour faciliter l'autonomie et la mobilité, apprentissages autour de ces aides : **pour tous** les profils de dépendance ;
- Prévention des chutes : **pour tous** les profils de dépendance ;
- Stimulation de l'aidé dans la réalisation des AIVQ et AVQ, coaching et accompagnement : recouvrer ou/et préserver son autonomie et sa participation à la vie sociale en première intention (si ce n'est pas possible, il faut référer) : pour les profils de dépendance **2 à 5** ;
- Prise en charge cognitive (prothèse mnésique, travail de soutien neuropsychologique), adaptation de l'environnement : pour les profils de dépendance **2, 4 et 5**.

Pour l'aidant(in)formel

- Prévention et réduction des risques pour la santé au travail des professionnels et des aidants : conseils, amélioration des gestes lors des déplacements au domicile, utilisation des aides et aides techniques : pour les profils de dépendance **3 à 5** ;
- Sensibiliser et former les aidants et les professionnels au domicile à l'autonomie de l'aidé pour la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (motricité autonome, utilisation du matériel de déplacement, positionnement) : pour les profils de dépendance **2 à 5**.

De manière pratique, nous proposons de faire une distinction entre deux groupes de personnes âgées :

1. Ceux qui nécessitent une intervention limitée dans le temps. Ce sont ceux qui ont une légère perte d'autonomie en AIVQ et AVQ pour lesquels l'intervention se situe davantage sur le volet prévention. Ils bénéficient de conseils concernant l'aménagement du domicile ou d'éducation concernant l'utilisation de techniques ou de matériels. Cette intervention peut inclure des aidants informels et des professionnels de l'aide et du soin.
2. Ceux dont l'intervention se déroule sur une période plus longue. Les personnes âgées qui font partie de ce groupe présentent des pertes d'autonomie également au niveau des AVQ et/ou au niveau cognitif et pour lesquels l'intervention inclut, en plus de ce qui précède une revalidation. Celle-ci peut être physique ou cognitive. La prise en charge peut durer des mois, voire des années.

## 5. Etapes nécessaires pour mettre en œuvre une intervention d'ergothérapie à domicile

### Etape 1

- Entretien au cours de laquelle la demande de soins peut être clarifiée. Sur base de celui-ci, on peut passer à un plan d'évaluation et fixer des objectifs ensemble.
- Evaluation fonctionnelle et bio-psycho-sociale ou écologique : récolte de données pour mettre en place un plan adapté à la personne, à ses souhaits et son milieu de vie (recueil d'informations personnelles, observation des lieux, évaluation de l'environnement, analyse des capacités et incapacités de la personne etc.). Ici, l'ergothérapeute part du diagnostic du fonctionnement (focus sur l'agir au quotidien) pour, ensuite, effectuer une analyse des causes sous-jacentes à partir d'un cadre bio-psycho-social. Dans ce cadre, il est préconisé de réaliser une évaluation gériatrique globale.
- Elaboration d'un plan d'interventions adapté aux difficultés rencontrées par la personne (et son aidant) et à ses capacités (tant fonctionnelles, cognitives que matérielles) en collaboration avec les personnes impliquées.

### Etape 2

- Concertation avec l'équipe professionnelle, l'aidant, et le bénéficiaire et sensibilisation à l'autonomie, transmission des techniques d'aide à la mobilité.
- Concertation avec l'équipe hospitalière lorsqu'il s'agit d'une sortie d'hôpital.

### Etape 3

- Mise en œuvre d'un plan d'interventions améliorant le confort de vie et l'autonomie souhaitée.
- Former les personnes à l'utilisation des aides et techniques : le positionnement, apprentissage de nouveaux comportements par des mises en situation dans les activités de la vie quotidienne etc.
- Organisation de l'environnement (déplacement du mobilier pour la sécurité et améliorer la mobilité) et mise à l'essai de matériel de transfert et formation pour l'utiliser, apprentissage.

### Etape 4

- **Suivi et accompagnement de la personne et de son entourage** afin de s'assurer de la bonne compréhension et de l'intégration des soins.
- Evaluation et adaptation nécessaires, réévaluation à un moment à convenir de commun accord.

- Concertation continuée avec les autres aidants, professionnels ou non.

## 6. Quelle intensité pour une intervention d'ergothérapie à domicile ?

En fonction de la nature de la dépendance (cognitives, fonctionnelles, psychique) et de son degré, la prise en charge va beaucoup varier : d'un suivi palliatif avec amélioration du confort de vie globale de la personne à une stimulation d'une autonomie aidée ou à une prise en charge cognitive (prothèse mnésique) pour une personne âgée déambulant et présentant des risques de chutes.

Plusieurs facteurs vont influencer l'intensité et le contenu de l'intervention de l'ergothérapeute :

- Le type de dépendance de l'aidé (déficience fonctionnelle/cognitive) ;
- Le degré de dépendance de l'aidé ;
- La présence ou non d'un aidant proche (cohabitant/non cohabitant) ; le caractère « adéquat » de l'aidant informel ;
- L'environnement bio-psycho-social ;
- L'acceptation ou non des modifications proposées (matérielles et comportementales) ;
- La durée des phases d'acceptation, de négociation du projet de vie et des apprentissages ;
- Le nombre d'intervenants au domicile (concertation/formation et sensibilisation).
- ...

Au sein des projets du Protocole 3, le nombre total d'heures passé par bénéficiaire était, en moyenne, de 20 heures (min. 4h30, max 40) par projet, sur la durée totale de l'intervention (données de 2013). Ce nombre d'heures ne recouvre que le temps de soins directs ; pour les soins indirects, ce nombre était similaire (20h de soins indirects)<sup>30</sup>.

## 7. Quelles sont les compétences nécessaires pour exercer cette fonction ?

Voir Annexe 6.

## 8. Conditions contextuelles nécessaires pour exercer une intervention d'ergothérapie à domicile

Une **équipe multidisciplinaire** pouvant répondre à la palette des besoins en soins complexes rencontrés à domicile, dans laquelle les rôles sont bien clarifiés (capacité des autres prestataires à référer vers l'ergothérapeute et vice versa) ;

---

<sup>30</sup> Soins indirects: préparation des entrevues, du matériel, notes aux dossiers, contacts avec les autres prestataires, en ce compris le temps passé en réunions, évaluation des scores obtenus, trajets, etc.

L'accès à un outil informatique performant pour partager les informations à propos de la personne aidée (**dossier patient partagé**) dans le respect du secret professionnel et de la vie privée ;

Des **rencontres** avec les autres prestataires pour pouvoir discuter des cas complexes (sur le plan émotionnel, relationnel, physique, social, financier, etc.) et de l'opportunité d'une institutionnalisation lorsque, suite à son évaluation, il estime que le maintien à domicile n'est plus souhaitable ;

Du **matériel de démonstration nécessaire** pour pouvoir expliquer les aides matérielles et, le cas échéant, pouvoir laisser le matériel en place pour que la personne et son entourage puissent le tester avant de l'acquérir ;

Des conventions ou **accords avec des fournisseurs de matériels ou les mutuelles** sont souhaitables pour pouvoir proposer du matériel accessible financièrement ;

L'accès à des **recommandations de bonnes pratiques** ergo thérapeutiques et multidisciplinaires ;

Le **temps** nécessaire pour pouvoir réaliser du travail qualitatif sur les points suivants :

- Pour pouvoir réaliser une évaluation approfondie de la situation, c'est-à-dire écouter la demande réelle, afin qu'elle soit acceptable pour la personne aidée et son entourage ;
- Pour pouvoir (ré)expliquer les ajustements proposés et suivre la situation dans le temps, selon un rythme sur lequel les personnes concernées se sont mises d'accord ;
- Pour pouvoir rendre compte de la démarche et son évaluation, voire la concertation avec les autres prestataires ;

Dans le cadre des projets du Protocole 3, un nombre de 40 à 45 patients âgés fragiles en file active par ETP ergothérapeute a été observé dans les projets. Ce nombre de patients en file active observés est en adéquation avec ce qui a été demandé par les groupes de validation et avec ce qui a été relevé dans la littérature.

L'accès à des modules de **formation** continue, la profession étant en perpétuelle évolution.

## 9. Annexes fiche ergo

### Annexe 1

#### **Rappel du contexte d'implémentation des projets Protocole 3 ergothérapies :**

Dans le cadre des projets Protocole 3, le domicile de la personne est le lieu d'exercice professionnel pour les ergothérapeutes.

Si une partie des ergothérapeutes avaient une expérience auprès des personnes âgées fragiles en MRS, aucun n'avait d'expérience d'intervention à domicile. Celle-ci a représenté un enjeu nouveau pour les professionnels engagés dans les projets Protocole 3 qui ont dû adapter leurs savoirs pratiques et théoriques.

Dans Protocole 3 : l'activité de l'ergo était gratuite (paiement des aides recommandées), sauf l'achat de matériel d'aménagement pour le domicile. La gratuité de l'intervention a eu un impact positif sur l'acceptation de l'intervention.

Les personnes âgées incluses dans Protocole 3 et bénéficiant de l'ergothérapie répondaient aux critères suivants : âgées de 60 ans et plus, ayant des difficultés à réaliser les AVQ, souhaitant une telle intervention. Autrement dit les personnes âgées incluses dans les projets Protocole 3 n'étaient pas représentatifs de la diversité des situations et profils de personnes rencontrées par un ergothérapeute. Dans les faits, il se trouve qu'un nombre important de personnes n'avaient pas de difficultés d'AVQ ou cognitifs spécifiques. Deux projets sur sept déclarent avoir environ 50% de personnes sans problème d'AVQ ou cognitifs (chiffres de 2013).

**Réactions et compléments du groupe d'experts sur la formation :**

- Au niveau de la **formation**, ils regrettent que les stages d'apprentissage au domicile soient moins développés que les stages en institution car la pratique en milieu de vie est le paradigme de base de l'ergothérapie. D'autant que les différences entre pratique en institution et au domicile sont grandes. Ce déséquilibre s'explique par la difficulté plus grande à mettre en place de tels stages (autorisations, supervisions etc.). Toutefois, ils soulignent que les manuels et les cours donnés se centrent sur l'intervention en milieu de vie. Aussi, les modèles et outils théoriques d'ergothérapies préparent bien à l'intervention au domicile selon les experts. Le jeune ergothérapeute a les connaissances théoriques utiles qu'il devra adapter lors d'une intervention à domicile. De plus, il peut s'appuyer sur de nombreux exemples de bonnes pratiques, fondées sur des résultats de la recherche.
- Concernant l'intervention au domicile, les experts insistent sur les **problèmes liés aux coûts des soins**. Les experts soulignent en particulier que le cadre légal pour intervenir au domicile est aujourd'hui trop restrictif à leurs yeux.

**L'ergothérapie et le cadre de référence de ses pratiques selon le groupe d'experts :**

L'intervention au domicile implique une approche systémique ou bio-psycho-sociale du patient-partenaire considéré dans son environnement global et multidimensionnel (lieu de vie le plus intime, entourage professionnel et familial, dimensions physique, psychique notamment).

L'ergothérapeute intervenant à domicile prend en compte le milieu de la personne pour l'adapter le plus finement possible à ses capacités motrices, mentales et cognitives, mais aussi spirituelles et affectives selon le modèle bio-psycho-social. Par ses actions et en partenariat avec la personne, il contribue à ce que la personne **se sente bien chez elle** (adaptation de son environnement en fonction de ses souhaits, malgré la difficulté/l'impossibilité à se déplacer, le risque de chute etc.) et **en sécurité** (modification de son environnement de manière à éviter des événements indésirables tels des accidents domestiques, les chutes, etc.). L'ergothérapeute tient compte et agit sur de multiples dimensions dans le processus d'accompagnement : aspect psychoéducatif, mnésique, psychosocial, gestion du mode de vie et du coping (émotionnel et situationnel) à partir de la fonctionnalité. Les médias seront propres à l'ergothérapie.

L'intervention à domicile suppose donc un travail d'éducation thérapeutique et d'accompagnement spécifique multidimensionnel et négocié. Il fait en sorte que la personne puisse réaliser des activités qui ont du sens pour elle, qu'elle continue à les réaliser ou peut à nouveau les réaliser ou trouver des alternatives qui répondent à ses souhaits. Un élément central est ici **l'activité porteuse de sens**, qui signifiera quelque chose de différent pour chaque personne âgée. Il s'agit d'un élément proche de l'aspect social. Les activités réalisées peuvent contribuer à avoir des contacts sociaux satisfaisants pour la personne et une participation satisfaisante, et vice versa. Il faut donc que l'intention et le plan d'intervention soient '**centrés sur la personne**'.

**Réflexions du groupe d'experts sur le cadre de référence 'goal-oriented care' et le modèle bio-psycho-social dans la pratique de l'ergothérapeute auprès de la personne :**

- Les experts soulignent que les **cadres paradigmatiques de la profession** ont beaucoup évolué. D'une approche historique classique fonctionnelle, les ergothérapeutes développent aujourd'hui leurs pratiques dans un cadre « bio-psycho-social » ou « bio-psycho-socio-spirituel-écologique » basés sur une approche multidimensionnelle du milieu et de la personne qui est appréhendée comme un partenaire. De cette approche découle deux points dans la **pratique de l'ergothérapeute** importants que les experts soulignent :

1/Cette approche de la **personne vue comme un partenaire** est une dimension essentielle de la pratique de l'ergothérapie aujourd'hui : les objectifs sont fixés ensemble dans une perspective de « goal-oriented care » qui doivent être porteurs de sens pour la personne. L'ergothérapeute répond d'abord aux **souhaits de la personne**, et identifie ses besoins, ainsi que **le sens** que cela a pour la personne soignée.

2/Dans le cadre de **référence « bio-psycho-social »** (dont s'inspire l'ICF<sup>31</sup>) : l'ergothérapeute utilise sa capacité analytique pour déterminer les causes sous-jacentes du problème de fonctionnement (où la pathologie est aussi prise en compte). Il cible donc également les problèmes de comportement/de fonctionnement ; ce qui se passe, indépendamment de la pathologie également.

Dans ce cadre de référence, l'utilisation de la classification en AVQ et AIVQ apparaît dans ce contexte restrictive car elle fait perdre de vue d'autres activités sur lesquelles l'ergothérapeute travaille comme les loisirs.

- Le point fort de l'ergothérapeute se situe plutôt dans le domaine du '**goal-oriented care**'. L'ergothérapeute est en mesure de pouvoir fixer rapidement et de manière efficiente, des objectifs importants pour la personne et son entourage. Les objectifs sont toujours liés au fonctionnement de la vie quotidienne et, par cela, très pertinents pour la personne et son entourage. Les personnes âgées préfèrent rester chez elles le plus longtemps possible, en ayant une autonomie maximale, afin de garantir une bonne qualité de vie. Lorsque le prestataire de soins met l'accent sur l'agir au quotidien, il devra prendre en compte les domaines bio-psycho-sociaux. Le fonctionnement au quotidien est le résultat complexe de compétences et fonctions sous-jacentes. Les problèmes de fonctionnement peuvent avoir pour origine des problèmes physiques, cognitifs, mentaux et ou de personnalité, mais également des problèmes liés à l'environnement (matériel, social ou de ressources). Ceci renvoie aussi à la connaissance qu'a l'ergothérapeute (entre autres) sur l'ICF. Pouvoir analyser les **causes sous-jacentes des déficiences** est un des points forts de l'ergothérapie. Pouvoir agir sur ces causes également, bien qu'il soit nécessaire de référer vers d'autres professionnels – après analyse.

<sup>31</sup> ICF= l' International Classification of Functioning, Disability and Health de l'OMS (2001).



### Compléments des experts concernant la pratique de l'ergothérapeute auprès des aidants (in)formels et de l'aidé

- La (psycho)éducation des aidants informels est très importante. Il faut néanmoins veiller à ce que l'aidant informel ne soit pas submergé, notamment par les interventions d'ergothérapie. Elle nécessite du temps.
  - Chaque discipline a pour tâche de partager son expertise qui lui est propre avec d'autres, dans le cadre d'une vraie collaboration interprofessionnelle, en gardant ses limites professionnelles. L'ergothérapeute travaille toujours dans un contexte interdisciplinaire avec d'autres professionnels.
    - **Son rôle dépasse le domaine fonctionnel** : comportement, évaluation du réseau, création du réseau, activités de répit, orientation etc. D'autant plus que **la demande émane souvent de l'aidant**.
      - Empowerment de la personne âgée et de son entourage, de manière à se rendre redondant
      - P.ex. profil 1 et 2 : une seule visite peut suffire. Il peut être nécessaire de répéter des trajets courts
      - Dans l'étude concernant l'ergothérapie à domicile, les résultats des projets du premier appel a montré qu'il est **possible d'avoir un effet positif, même avec un nombre d'interventions limitées. Il n'est cependant pas possible d'entamer une revalidation complète avec le nombre de visites proposées** dans la plupart des projets d'ergothérapie du Protocole 3.
- Sur les aspects préventifs pour les professionnels qui anticipent la fragilité mais pour des personnes âgées qui ne sont pas encore dépendantes en termes d'AVQ et AIVQ :
  - Pour quelques situations précises : la prévention des chutes ;
  - Si première chute : efficacité de l'aménagement du domicile ;
  - Pour quel profil à risque ?
  - Risque inversé care law si aspect préventif.
- P.ex. pour une personne dépendante qui a déjà une aide-soignante, il faut partir des capacités résiduelles de la personne pour faire sa toilette. Il est important de former cette aide-soignante et cela prend du temps.
- Lien avec les cliniques de la mémoire : non mentionné par les projets Protocole 3 ; qui remplissent une fonction de référence. Les cliniques de la mémoire sont une inspiration possible. Elles peuvent réaliser 20 interventions par an, dont une partie obligatoirement à domicile.

**Quelles sont les compétences nécessaires pour exercer cette fonction ?**

Il faut être ergothérapeute, avoir quelques années d'expérience dans son métier; être au moins motivé par les spécificités liées aux personnes âgées et posséder, acquérir les compétences transversales suivantes :

- Autonomie et proactivité
- Identifier et évaluer les besoins
- Comprendre le refus d'aide ou/et de soins
- Accompagner la personne dans les changements de ses routines et de son environnement
- Ecoute active
- Etablir un bon contact avec la personne âgée et son aidant pour créer un climat de confiance
- Travailler en équipe et en relation permanente avec les autres intervenants au domicile mais aussi pouvoir travailler seul.
- Sensibiliser le patient, ses proches et les professionnels à l'autonomie
- Pédagogie
- Pouvoir résoudre des problèmes et la créativité
- Fixer des priorités
- Evaluer et suivre les soins
- Ré adaptation du plan d'interventions le cas échéant

## 6. Occupational therapy (Nederlands)

| <b>Fiche voor goede praktijkvoering:<br/>Thuiszorg interventies door de ergotherapeut en de<br/>randvoorwaarden die nodig zijn binnen de projecten van P3</b> |   |
|---|---|
| <b>Auteurs</b>  | Déborah Flusin, Thérèse Van Durme<br>Vertaling Sibyl Anthierens & Maja Lopez-Hartmann   |
| <b>Eerste indiening van de fiche</b>  | Januari 2016. Deze fiche werd opgemaakt op basis van de jaarlijkse vragenlijsten, focus groepen en interviews t.e.m. 2013. De huidige versie werd geüpdate op basis van de commentaren van experts gedurende een valideringssessie op 20/01/2017 en schriftelijke feedback van de experts die niet aanwezig waren.  |
| <b>Experts</b>  | Pauline Hoellinger (HE Vinci); Leen De Coninck (KUL); Pierre Seeuws (Vlaamse Ergotherapeutenverbond); Carmen Verdruye (AZ Damiaan); Leen Bouckaert (Artevelde Hogeschool); Amandine Kodeck (Maisons Ste Monique); Marc-Eric Guisset (HE Vinci) et Béatrice Thében (Plan Alzheimer).<br>Schriftelijke feedback door Pr. De Vriendt<br>INAMI : X.Ledent ; O. Fourez ; L.Huyghe & H. Huyck |
| <b>Kernwoorden</b>  | Ergotherapie; ouderen; thuiszorg  |

De term ergotherapeut wordt hier in de mannelijke vorm gebruikt maar de auteurs gaan ervan uit dat dit beroep zowel door vrouwen als door mannen wordt uitgeoefend.

### 1. Algemene context - Ergotherapie aan huis vandaag

Deze fiche probeert de functie van de ergotherapeut te definiëren bij het uitvoeren van interventies in de thuiszorgomgeving voor kwetsbare ouderen in het kader van de Protocol 3 projecten (voor meer details hierover, zie [bijlage 1](#)).

Traditioneel gezien zijn ergotherapeuten binnen de context de Belgische gezondheidszorg vooral actief in zorginstellingen (ziekenhuizen, woonzorgcentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, revalidatiecentra...) en in mindere mate in de thuiszorg of in een privépraktijk.

Het beroep van ergotherapeut heeft tijdens de laatste jaren grondige wijzigingen gekend. Ten eerste is het aantal ergotherapeuten de laatste jaren fel gestegen<sup>32</sup> [20]. Daarenboven is dit beroep ook grondig geëvolueerd op praktisch en paradigmatisch vlak (bio-psychosociaal model) [21], maar ook het wettelijk kader is aangepast, wat geleid heeft tot een betere erkenning<sup>33</sup> [22].

<sup>32</sup> Deze stijging wordt overal geobserveerd in Europa. In Frankrijk bijvoorbeeld is het aantal ergotherapeuten verdubbeld tussen 2003 en 2016 Het aantal ergotherapeuten dat als zelfstandige werkt is eerder laag (9,7%).

<sup>33</sup> In 2011 werden de ergotherapeuten erkend als zorgverleners door de RIZIV. Hierdoor kunnen sommige prestaties worden terugbetaald en het beroep geniet van een 'erkenning' sinds 2012. O.m. dankzij deze wetgeving kent dit beroep een betere sociale erkenning (zie bijlage 2).

Sommige ergotherapeuten binnen het kader van de Protocol 3 projecten hadden ervaring in de zorg voor kwetsbare ouderen in WZC maar hadden weinig ervaring in het werken met de cliënt in de thuissituatie. Dit is een nieuwe werkplek voor de ergotherapeuten en vormt een nieuwe uitdaging voor het beroep. (Verdere info over de opleiding ergotherapie en de voorbereiding voor interventies in de thuissituatie in [bijlage 2](#)).

## 2. Ergotherapie in de thuissituatie voor het ondersteunen van de kwetsbare oudere maar ook van zijn/haar mantelzorger(s) en professionele zorgverleners

Idealiter richt de interventie van de ergotherapeut zich tot kwetsbare ouderen die thuis willen blijven wonen en wiens gezondheidstoestand een interventie toelaat. In het kader van de Protocol 3 projecten waren er specifieke inclusiecriteria m.b.t. de leeftijd en afhankelijkheidsgraad (zie [bijlage 1](#)).

Naast deze criteria was de motivatie van de persoon om een zekere onafhankelijkheid/autonomie te behouden of te herwinnen een vereiste, zodat de oudere in staat zou zijn om deel te nemen aan de interventie [23].

De interventie van de ergotherapeut kan zich zowel richten tot preventie om de autonomie van de oudere te handhaven; of tot revalidatie, zodat de oudere zoveel mogelijk zijn functionele, sociale of psychische autonomie en gevoel van welzijn kan herwinnen.

In ieder geval heeft de interventie van de ergotherapeut als gevolg dat de oudere kwetsbare persoon verder thuis kan blijven leven in optimale condities van welzijn en veiligheid in z'n eigen levensomgeving. Zo kan het kantelmoment voor het thuisblijven worden uitgesteld en kan institutionalisering worden vermeden (vnl. valpreventie).

Hiervoor kan de ergotherapeut ook tussenkomen bij mantelzorgers en professionals.

- **De interventie bij de kwetsbare ouderen:** bijdragen tot het behouden of het herwinnen van de autonomie en/of de onafhankelijkheid van de ouderen, nl. voor de IADL, in functie van zijn autonomie en participatie; vervolgens, en hierdoor, bijdragen tot het gevoel van welzijn en veiligheid en ook bijdragen tot het identificeren van zijn noden en behoeften aan professionele hulp, nl. voor het uitvoeren van ADL-functies, maar ook op cognitief vlak. Gedurende de interventie maakt de ergotherapeut ook gebruik van zijn pedagogische competenties en actief luisteren, om de gewenste en wenselijke veranderingen aan te brengen, voor zowel de oudere als zijn of haar partner. Zo kan hij **behoeften identificeren, die voordien niet bevredigd waren**. Doordat de interventie niet erg invasief is, kan dit een driver zijn om professionele hulp te accepteren of aan te passen. Dit is een van de resultaten van de evaluatie van de projecten ergotherapie van Protocol 3, waar er geobserveerd werd dat ergotherapie een verhoging van verpleegkundige hulp aan huis tot gevolg had.

**De interventie bij de mantelzorger en professional:** aanleren van gebruik hulpmiddelen en technieken, sensibiliseren over het behoud of herwinnen van de autonomie door het herformuleren van de aanpak om ouderen te helpen.

Dankzij deze functie draagt hij bij om de fysieke en psychische zorglast van de zorgverleners en professionals te doen verminderen.

### 3. Ergotherapie en het referentiekader van zijn praktijken

Dit deel van de fiche werd aangebracht door experts en bevindt zich in [bijlage 3](#) en [4](#).

Het bio-psychosociaal model die door de experts werd voorgesteld lijkt zeker wenselijk (zie [bijlage 5](#)), maar er bestaat een belangrijk verschil tussen dit kader en de praktijken op het werkveld, die tot op heden louter gericht waren op een functionele aanpak.

#### 4. Protocol 3: de ouderen die in de projecten waren opgenomen werden ondergebracht in vijf groepen, naargelang hun afhankelijkheidsprofiel, zoals beschreven via de BelRAI

##### *a. Afhankelijkheidsprofielen voor de cliënten van Protocol 3*

- **Profiel 1: lichte of matige functionele beperkingen:** deze personen hebben slechts een lichte vorm van hulp nodig, want zij hebben geen scores die hoger liggen dan de gevalideerde drempels, die in de literatuur worden aangegeven voor de schalen van IADL, ADL en CPS, wat betekent dat deze ouderen geen significante functionele of cognitieve beperkingen vertonen.
- **Profiel 2: functionele beperkingen voor IADL en lichte cognitieve beperkingen.** Deze personen kunnen autonoom functioneren maar kunnen hulp nodig hebben voor instrumentale activiteiten van het dagelijkse leven (IADL), zoals boodschappen doen, koken, poetsen, de vaat doen of zich kunnen verplaatsten met transport én die lichte cognitieve beperkingen vertonen.
- **Profiel 3: functionele beperkingen voor IADL en ADL.** Deze personen hebben zowel hulp nodig voor instrumentale activiteiten (IADL) als voor basisactiviteiten van het dagelijkse leven (ADL), zoals zich wassen, zich aankleden, eten of naar het toilet gaan.
- **Profiel 4: functionele beperkingen voor IADL en ADL en cognitieve beperkingen.** Deze personen hebben zowel hulp nodig voor ADL en IADL en hebben daarenboven ook cognitieve problemen, zoals dementie.
- **Profiel 5: functionele beperkingen voor IADL en ADL, cognitieve beperkingen en gedragsstoornissen.** Naast de karakteristieken van de vorige categorie, vertonen deze personen ook gedragsstoornissen.

*b. Op basis van deze profielen werden verschillende interventies geïdentificeerd.*

#### Voor de ouderen

- Adviezen in verband met bewegingen, het zich verplaatsen: **voor alle** profielen (preventief effect voor groep 1);
- Adviezen voor het aanpassen van het huis, organisatorische aanpassingen in de omgeving: **voor alle** afhankelijkheidsprofielen;
- Installeren van hulpmiddelen (materiaal) om de zelfstandigheid en mobiliteit te verhogen of te behouden, om te kunnen eten, technische hulpmiddelen, om de autonomie en de mobiliteit te verhogen, adviezen rond het gebruik van deze hulpmiddelen: **voor alle** profielen;
- Valpreventie: **voor alle** afhankelijkheidsprofielen;
- Aanmoedigen van hulp of ondersteuning bij het realiseren van ADL en IADL: behouden of stimuleren van zelfstandigheid en deelname aan het sociaal leven (indien niet mogelijk, zal er doorverwezen moeten worden): voor de afhankelijkheidsprofielen **2 tot 5**;
- Cognitieve ondersteuning (geheugensteuntjes, neuropsychologische ondersteuning), aanpassing van de omgeving: voor de afhankelijkheidsprofielen **2, 4 en 5**.

#### Voor de mantelzorgers

- Preventie en gezondheidsrisicobeperking voor de mantelzorgers en de hulpverleners: adviezen, aanpassingen om de verplaatsingen thuis te optimaliseren, gebruik maken van materiaal om verplaatsingen te doen: voor de afhankelijkheidsprofielen **3 tot 5**;
- Opleiden en trainen van zorgverleners en mantelzorgers om de zelfstandigheid van de oudere voor de dagelijkse activiteiten te behouden of te optimaliseren (autonome tractie, gebruik maken van ondersteunend materiaal voor verplaatsingen, positionering: voor de afhankelijkheidsprofielen **2 tot 5**.

Op een heel praktisch niveau stellen wij voor om een onderscheid te maken tussen twee groepen van ouderen:

1. Diegenen die een tijdelijke interventie nodig hebben. In die groep bevinden zich ouderen die een lichte vorm van beperking vertonen op het gebied van ADL en IADL. De interventie richt zich vnl. op preventie. De interventie bestaat uit adviezen rond het aanpassen van de omgeving, aanpassen effectief uitvoeren en adviezen rond het gebruik van technische hulpmiddelen of technieken. Deze interventie kan zich ook specifiek richten naar mantelzorgers en professionals.
2. Diegenen die een langere interventie nodig hebben. In deze groep bevinden zich ook ouderen met beperkingen, maar dan eerder op het gebied van ADL en cognitie. De interventie bestaat uit wat in de eerste groep beschreven werd, maar aangevuld met revalidatie. Deze revalidatie kan fysisch zijn, maar ook cognitief. In dit geval kan de interventie vele maanden tot zelfs jaren duren.

## 5. Stappen die nodig zijn om een interventie van ergotherapie aan huis uit te voeren

### Stap 1

- Gesprek waarbij de zorgvraag uitgeklaard wordt. Op basis hiervan kan een evaluatieplan opgemaakt worden en kunnen er samen met de cliënt (en mantelzorger) doelstellingen geformuleerd worden.
- Functionele, bio-psychosociale of ecologische evaluatie: gegevensverzameling om een gepersonaliseerd zorgplan op te maken, rekening houdend met de mogelijkheden en wensen van de persoon, in functie van zijn leefomgeving (verzamelen van persoonlijke gegevens, observatie van de omgeving, analyse van de capaciteiten of beperkingen van de persoon, enz.) Hier vertrekt de ergotherapeut van een diagnose i.v.m. het functioneren (de focus ligt op het handelen in het dagelijkse leven) om nadien een analyse te maken van de onderliggende problematieken vertrekkende vanuit een bio-psychosociaal model. Hier wordt het gebruik van een globaal geriatrisch assessment tool sterk aanbevolen.
- Opmaken van een interventieplan dat aangepast is aan de moeilijkheden die door de persoon en zijn omgeving worden ondervonden (op functioneel, cognitief of materieel vlak), in samenwerking met de betrokken personen.

### Stap 2

- Overleg met het team van zorgverleners, de mantelzorgers en de oudere om hen te sensibiliseren over hoe de autonomie behouden of herwonnen kan worden, advies over technieken i.v.m. mobiliteit.
- Overleg met het ziekenhuisteam indien er een ontslag is uit het ziekenhuis.

### Stap 3

- Uitvoeren van een zorgplan om het wooncomfort en de autonomie te verbeteren;
- Advies geven aan de personen over het gebruik van hulpmiddelen en technieken: positioneren, aanleren van nieuwe handelingen in situaties van het dagelijkse leven, enz.
- Aanpassingen in de woonomgeving (verplaatsen van meubilair om de mobiliteit te vereenvoudigen op een veilige manier) en het uittesten van materiaal om verplaatsingen op een veilige manier te verbeteren.

### Stap 4

- **Opvolging en verdere ondersteuning van de kwetsbare oudere en zijn omgeving om geïntegreerde zorg te waarborgen.**
- Evaluatie en, indien nodig, aanpassingen uitvoeren, herevaluatie op een afgesproken moment.
- Continu overleg met andere zorgverleners en mantelzorger(s).

## 6. Wat is de intensiteit voor een interventie van ergotherapie aan huis?

Afhankelijk van het soort en de graad van afhankelijkheid (lichamelijk en cognitief) zullen er grote verschillen zijn: gaande van een palliatieve opvolging om het comfort en de positie van de oudere te verbeteren tot het stimuleren van de zelfstandigheid of het aanleren van ezelsbruggetjes bij een persoon met beginnende dementie of om aan valpreventie te doen.

Verschillende factoren zullen de intensiteit en de inhoud van ergotherapeutische interventie bepalen:

- Het type van afhankelijkheid (lichamelijke/cognitieve beperkingen);
- De graad van afhankelijkheid;
- Het al dan niet aanwezig zijn van een mantelzorger (inwonend of niet inwonend);
- De bio-psycho sociale omgeving;
- Het al dan niet aanvaarden van de voorgestelde aanpassingen (materiaal of gedrag);
- De duur van de fases van aanvaarding, van het onderhandelen van het levensproject en wat aangeleerd zou moeten worden;
- Aantal professionals die aan huis komen (overleg, opleiding en sensibilisatie).
- ...

Binnen de Protocol 3 projecten ergotherapie brachten de ergotherapeuten gemiddeld 20 uren door per oudere per project (min. 4h30; max. 20 uren; gegevens van 2013). Dit aantal uren gaat enkel over directe zorg. Voor indirecte zorg schatte men eenzelfde aantal uren (20 uren indirecte zorg<sup>34</sup>).

## 7. Welke competenties zijn er nodig om deze functie uit te oefenen?

Zie [bijlage 6](#).

## 8. Contextuele randvoorwaarden die nodig zijn om ergotherapie thuis te kunnen uitvoeren

De aanwezigheid van een **multidisciplinair team** die aan het palet van complexe noden en behoeften kunnen voldoen in de thuissituatie, waarbij de rollen voor iedereen duidelijk zijn (zodanig dat iedereen weet welke taak kunnen opgenomen worden door wie en naar wie er doorverwezen kan worden).

Toegang tot een performante tool om patiëntengegevens te **delen (gedeeld patiëntendossier)** rekening houdend met de vertrouwelijkheid van de informatie en de privacy.

---

<sup>34</sup> Indirecte zorg: voorbereiding van huisbezoeken en van het materiaal, zorgdossier, contacten met andere zorgverleners, de tijd nodig voor overleg inbegrepen, evaluatie van de scores, verplaatsingen, enz.



De **mogelijkheid om samen te komen** met andere hulpverleners om complexe casussen te bespreken (emotioneel, relationeel, lichamelijk, sociaal, financieel...) en indien nodig, wanneer de thuissituatie onmogelijk wordt, een plan voor institutionalisering bespreekbaar maken.

**Demonstratiemateriaal** om de hulpmiddelen toe te lichten en, indien nodig, het te laten uittesten door de oudere en zijn mantelzorger alvorens het aan te kopen;

**Overeenkomsten met leveranciers** van hulpmiddelen zijn wenselijk om betaalbaar materiaal te kunnen aanbieden;

**Tijd** (te kwantificeren) die nodig is om kwalitatief te kunnen werken aan:

- een grondige evaluatie van de situatie, dat wil zeggen, luisteren naar de werkelijke vraag, zodat het aanvaardbaar is voor de oudere en zijn omgeving;
- het uitleggen en herhalen van de voorgestelde aanpassingen en doorheen de tijd toezien op de situatie, aan een tempo dat de betrokkenen zijn overeengekomen;
- het rekening houden met de aanpak en evaluatie in overleg met andere hulpverleners;

In de Protocol 3 projecten werden een 40 tot 45 kwetsbare ouderen per VTE-ergotherapeut behandeld op een actieve lijst; dit aantal ouderen is in overeenstemming met wat de experts zeiden in de validatiegroepen en met wat in de internationale literatuur staat.

Er moet een **permanente opleiding** voorzien worden gezien het beroep constant evolueert.

## 9. Bijlagen ergo fiches

### *Bijlage 1*

#### **Reminder van de context van de implementatie van de P3 projecten ergotherapie**

In het kader van de Protocol 3 projecten is de woning van de oudere, de setting van de zorg voor de ergotherapeut.

De meeste ergotherapeuten hadden ervaring in het werken met ouderen in WZC maar ze hadden geen ervaring in het werken binnen de thuissituatie. Dit was dus een nieuwe uitdaging voor de professionals die voor de Protocol 3 projecten werken. Ze hebben hun theoretische en praktische kennis moeten aanpassen aan deze nieuwe context.

In het kader van de Protocol 3 projecten was de interventie gratis voor de ouderen (de aanbevolen hulpmiddelen dienden wel zelf betaald te worden). Doordat de interventie gratis was voor de gebruiker had dit zeker een positief effect op de aanvaardbaarheid van de interventie.

De ouderen in de Protocol 3 projecten ergotherapie moesten aan volgende criteria voldoen om geïnccludeerd te worden: 60 jaar zijn of ouder, tenminste gedeeltelijke hulp nodig hebben voor de ADL en akkoord gaan om geïnccludeerd te worden. M.a.w., de ouderen in de Protocol 3 projecten waren niet representatief voor de diversiteit aan situaties en profielen die gebruikelijk worden gezien door een ergotherapeut. In de realiteit zien zij veel situaties waar de personen niet noodzakelijk specifieke ADL of cognitieve problemen vertonen. Bij twee van de zeven projecten hadden 50% van de ouderen geen ADL of cognitieve problemen (cijfers van 2013).

### **Reacties en aanvullingen van de experts i.v.m. de opleiding**

- Op het vlak van de opleiding betreuren de experts dat de stages in de thuiszorg minder uitgebreid zijn dan stages in instellingen, want de praktijk in de thuisomgeving is het basisparadigma van de ergotherapeut. Dit is vooral jammer omdat er grote verschillen zijn tussen de settings. Dit onevenwicht kan verklaard worden door de moeilijkheid om die stages in de thuissituatie te organiseren (akkoorden, omkadering, enz.). Zij benadrukken nochtans dat de handboeken en lessen zich vooral richten op het werken in de woning van de cliënt. In dezelfde zin vinden de experts dat de modellen en theoretische tools de ergotherapeut goed voorbereiden tot het werken in de thuissituatie. De jonge ergotherapeut beschikt over de nodige theoretische kennis die hij zal moeten aanpassen bij een interventie aan huis. Hij kan zich ook baseren op de vele voorbeelden van goede praktijkvoering, die gebaseerd zijn op resultaten van onderzoek.
- Voor wat betreft de interventie aan huis, benadrukken de experts het probleem van de kost van de zorg. Zij menen dat het wettelijk kader om thuis te kunnen werken te belemmerend werkt.

### Ergotherapie en zijn referentiekader volgens de experts

Een interventie aan huis omvat een systemische benadering of bio-psychosociaal model van de patiënt als partner, die gezien wordt in zijn globale en multidimensionale omgeving (intieme levenssetting, professionele en familiale omgeving, met o.m. fysieke en psychische dimensies).

De ergotherapeut die aan huis komt zal het leefmilieu van de persoon beschouwen om hem zo goed mogelijk af te stemmen op zijn motorische, mentale en cognitieve, maar ook spirituele en affectieve capaciteiten, volgens het bio-psychosociaal model. Door zijn acties, en interactie met de persoon, draagt hij bij tot een **gevoel van welbevinden** van de persoon in zijn eigen omgeving (aanpassing van zijn omgeving in functie van zijn wensen, ondanks de moeilijkheden om zich te verplaatsen, het valrisico, enz.) en met een **gevoel van veiligheid** (aanpassing van de omgeving, om ongewenste episodes te vermijden, zoals ongevallen, vallen, enz.) De ergotherapeut houdt rekening en handelt in functie van multi-pele dimensies in het ondersteuningsproces: psycho-educatief aspect, geheugensteun, psychosociale ondersteuning, omgaan met de levenswijze en van de coping (emotioneel en situationeel), in functie van het functioneren. De middelen hiervoor zijn eigen aan ergotherapie.

De interventie aan huis houdt dus een specifiek en multidimensionaal leer- en ondersteuningsproces in, dat onderhandeld moet worden. De ergotherapeut moet ervoor zorgen dat de activiteiten zinvol zijn voor de oudere, dat deze laatste die activiteiten verder kan zetten, of opnieuw kan doen, of nog, aanvaardbare alternatieven vinden. Een centraal element hierbij is de **zinnvolle activiteit**, die voor ieder persoon anders is. Het is een element die heel dicht bij het sociaal aspect ligt. De activiteiten kunnen immers bijdragen tot zinnvolle sociale contacten, met een voldoende participatie, en omgekeerd. De intentie en het interventieplan moeten dus persoonsgericht zijn.

### **Bedenkingen van de expertengroep in verband met 'doelgerichte zorg' en het bio-psychosociaal model in de praktijk van de ergotherapeut(e)**

- De experts geven aan dat de **paradigmatische kaders van het beroep** sterk evolueren. Oorspronkelijk ging het enkel om een klassieke functionele benadering, maar nu ontplooiën de ergotherapeuten hun praktijk volgens een bio-psychosociaal kader, zelfs een bio-psycho-socio-spiritueel-ecologisch kader, gebaseerd op een multidimensionale benadering van de omgeving en de persoon, die als partner wordt beschouwd. Hier vloeien twee punten uit, die belangrijk zijn voor de praktijk van de **ergotherapeut**

1/ Deze benadering van de persoon als partner is een essentiële dimensie van de huidige ergotherapeut: de doelstellingen worden samen opgesteld in een visie van doelgerichte zorg, die **zingevend** moet zijn voor de persoon. De ergotherapeut beantwoordt dus eerst aan de wensen van de persoon, identificeert zijn noden en behoeften, en de zin die dit voor de verzorgde persoon betekent.

2/Volgens het **bio-psycho-sociaal referentiekader** (waarop het ICF<sup>35</sup> gebaseerd is): de ergotherapeut maakt gebruik van zijn analytische vaardigheden om de onderliggende oorzaken van het functionele probleem te vinden (de pathologie wordt dus ook beschouwd). Hij zal zich dus ook richten tot de gedrags- en functionele problemen; wat er gebeurt, ook los van de pathologie. Volgens dit referentiekader blijkt het gebruik van ADL en IADL-classificatie te beperkend, omdat dit andere activiteiten niet belicht, waarop de ergotherapeut kan werken, zoals vrijetijdsbesteding.

- De meerwaarde van de ergotherapeut is voornamelijk gericht binnen het domein van '**doelgerichte zorg**'. De ergotherapeut is in staat om snel en efficiënt belangrijke doelstellingen vast te leggen voor de persoon en zijn omgeving. Deze doelstellingen zijn steeds gelinkt aan het handelen van de persoon in het dagelijkse leven en hierdoor dus heel relevant voor de persoon en zijn omgeving.

- Ouderen blijven liefst zo lang mogelijk thuis, met een maximale autonomie, om een goede levenskwaliteit te bewaren. Wanneer de zorgverlener de nadruk legt op het handelen in het dagdagelijkse leven, zal hij rekening moeten houden met de bio-psychosociale domeinen. Het dagdagelijkse handelen is het complexe resultaat van onderliggende competenties en functies. De problemen bij het handelen kunnen fysieke, cognitieve, mentale oorzaken hebben, zelfs persoonlijkheidsproblemen, maar kunnen ook te wijten zijn aan de omgeving (materieel, sociaal of in functie van de middelen). Dit verwijst ook naar de kennis die de ergotherapeut (o.a.) heeft over de ICF. Het kunnen analyseren van de **onderliggende oorzaken van gebreken** is een van de sterke punten van de ergotherapeut. Het kunnen werken op die oorzaken ook, hoewel hierbij natuurlijk moet verwezen worden naar andere professionals, na analyse.

<sup>35</sup> ICF= International Classification of Functioning, Disability and Health van de WHO (2001).

**Aanvulling van de experten m.b.t. het werken met mantelzorgers en professionals, en de oudere.**

- De (psycho)educatie van de mantelzorgers heeft een belangrijke rol. Hierbij moet erop gelet worden dat de mantelzorger niet overbelast wordt door de interventies van ergotherapie. Dit vergt tijd.
  - Elke discipline heeft als taak haar eigen expertise te delen met anderen, in het kader van een reële interprofessionele samenwerking, waarbij de grenzen van eigen beroep bewaakt worden. De ergotherapeut werkt altijd samen met andere professionals.
  - **De rol van de ergotherapeut overstijgt het functioneel domein:** gedrag, evaluatie of opmaken van het netwerk, respijt, oriëntatie, enz. De vraag komt immers **vaak uit de hoek van de mantelzorger**.
    - Empowerment van de oudere en zijn omgeving, zodanig dat hij overbodig wordt;
    - Bijv. voor de profielen 1 en 2: kan in sommige gevallen een enkel huisbezoek volstaan. Het kan ook nuttig zijn om korte zorgtrajecten te herhalen.
    - De resultaten van de projecten van de eerste oproep hebben aangetoond dat ergotherapie aan huis een positief effect heeft, zelfs met een klein aantal interventies. Het is echter niet mogelijk om aan revalidatie te doen met het aantal huisbezoeken dat in de meeste projecten werd voorgesteld.
      - Voor wat betreft de preventieve aspecten voor de professionals die de kwetsbaarheid willen voorkomen voor ouderen die nog niet afhankelijk zijn op het gebied van ADL en IADL:
        - Voor enkele specifieke situaties: valpreventie;
        - Indien er al sprake is van een eerste val: effectiviteit van de aanpassing van de omgeving;
        - Voor welk risicoprofiel
        - Risico voor inverted care law indien preventief aspect.
    - Bijv. voor een afhankelijke oudere bij wie er al een zorgkundige aan huis komt, is het nodig te vertrekken van de mogelijkheden van de oudere, bijv. bij de hulp bij het wassen. Het is belangrijk om de zorgkundige op te leiden voor deze functie en dit vraagt tijd.
  - Link met de geheugenklinieken. Deze link werd niet vernoemd door de Protocol 3 projecten. Deze klinieken vullen een referentiefunctie in. Deze geheugenklinieken kunnen een inspiratiebron zijn. Zij kunnen twintig interventies per jaar doen, waarvan een deel verplicht thuis moet gebeuren.

**Welke competenties zijn er nodig om deze functie uit te oefenen?**

De persoon moet al enkele jaren ervaring hebben met het beroep van ergotherapeut, de persoon moet in ieder geval gemotiveerd zijn in de problematiek van deze kwetsbare ouderen:

- Autonomie en proactiviteit
- Identificeren en observeren van de noden en behoeften
- Begrijpen van niet aanvaarden van hulp en of zorg
- Het begeleiden van de persoon in zijn aanpassingen van z'n gewoontes en zijn omgeving
- Actief luisteren
- Een goeie relatie opbouwen met de kwetsbare oudere en zijn/haar mantelzorger om een sfeer van vertrouwen te creëren
- In een team kunnen werken en kunnen overleggen met de andere zorgverleners die de kwetsbare oudere omringen
- Sensibiliseren van de patiënt, zijn mantelzorger(s) en de professionele hulpverleners over hoe de autonomie versterkt of behouden kan worden
- Aanleren
- Inventief
- Handigheid
- Prioriteiten kunnen stellen
- Evalueren en opvolgen van de zorgen
- Indien nodig, het zorgplan aanpassen

## Part III: Strengths and limitations of the approach

### 1. Strengths

#### 1.1 Triangulation

In order to be able to answer the research questions concerning intervention effectiveness for community-dwelling older people, we were compelled to choose a method that seemed the most valid to support the internal validity of the evaluation of complex, heterogeneous interventions. According to a growing body of literature, the only way to tackle the challenge of the rigorous evaluation of these type of complex interventions is to triangulate at different levels, which we attempted to do as much as possible.

##### 1.1.1 Triangulation of methods

(mixed methods) First, we used case study methods, then inductive qualitative methods and also quantitative methods and articulated them, as to enable multiple views on the phenomena under study. This articulation was an iterative process, as the case study informed the qualitative study of all the projects and vice versa. In turn, both the case study and the qualitative study of the processes of the projects and their interaction with the context informed the quantitative study. Finally, we checked the results of the quantitative study against the results of the qualitative study to seek for plausible explanations, etc.

##### 1.1.2 Triangulation of data collection

First, we applied validated questionnaires (ZBI-12, WHO-QoL-8 and BeIRAI-HC) to older people and their informal caregiver, and linked data obtained from these questionnaires with routine data to investigate the outcomes. For outcome and cost analysis we used one control group with similar dependency profiles and the other control group with similar health consumption data. Indeed, it was not possible to have one control group with at the same time similar dependency profiles and similar health consumption data. Second, we collected data by the means of in-depth individual interviews (e.g. with dyads of older people and their informal caregivers), to investigate to what extent, how, why and for whom these outcomes were reached or not. Third, we organised focus groups (e.g. with stakeholders of the local network, but outside the projects), to investigate again how, why and for whom these outcomes were reached. Fourth, we used open-ended questionnaires for the stakeholders of the projects, in order to collect their perception about the implementation processes of the Protocol 3 projects. Finally, we collected data during reflexive sessions with peers ('intervisions'), to gather their perception about the wordings of the recommendations and their interpretation of the quantitative results. Again, this whole process was iterative and the terms 'first', 'second' etc. are only there to guide the reader, to enable her or him to grasp the complexities of the data collection.

##### 1.1.3 Triangulation of epistemological stances

Moving from a more positivist approach (e.g. the quantile regression analysis) towards a realistic approach (e.g. the case studies) and even interpretive approach (e.g. the qualitative appraisal of the projects, based on scores). At each step, we took the time during consortium sessions that were organised on a regular basis to appraise critically what and why we used this approach and took precautions as to not let these approaches clash against each other. Indeed, interactions amongst members of the consortium occurred at least weekly, except for the last weeks, where these meetings were held even more frequently.



#### 1.1.4 Triangulation of analyses

We used constant comparison method of analysis across cases and within cases for the case studies and qualitative analysis of all the projects, process tracing to test hypotheses, refine mid-range theories (or refute some others) through time. As for the quantitative analysis, we used multiple methods to be able to come up with sound and robust methods: quantile regression, logistic regression, etc.

#### 1.1.5 Triangulation of research disciplines

At each stage of the process, providers of different disciplines were involved, which reflected well the diversity of disciplines involved in the Protocol 3 projects and their local network. For instance, the researchers of the consortium were general practitioners, nurses, physiotherapists and, at one point in time, an occupational therapist. Other useful disciplines involved in the evaluation were health economists and sociologists. Bringing each their own perspective into the process, this diversity of background proved essential to provide a rich account of the observed results and enabled us to test some hypotheses further. This also enabled us to be careful as not to engage in turf wars that could sometimes rage in the media at the time of the evaluation (e.g. against case management in some professional GP media). This perspective of different disciplines was used at its best when making the records of best practices of case management, occupational therapy and psychological support, where we invited the different professionals involved: social workers, nurses, general practitioners, occupational therapists and psychologists.

#### 1.1.6 Triangulation of results during the discussion.

Finally, and not the least, we were able to incorporate the above mentioned types of triangulation into the final discussions leading to the hypotheses described and tested in the integrated report, which proved very useful to refine further hypotheses to be tested. For instance, the importance to incorporate the results of the BelRAI-HC for a psychologist claiming to provide case management for people with functional limitations. We heard from one group of psychologists that they should focus on the psychological health of their patient and, because of that, they do not need to know the results of the comprehensive geriatric assessment, which contains indeed the results of the functional evaluation of their patients. At the other hand, we heard from other psychologists that, if they claim to approach their patients with a holistic vision, especially if they deal with patients who are in denial of their loss of physical dependency, then the knowledge about what their patients deal with at the functional level, and how it influences their emotional status, is very important. This mechanism was discussed with the psychologists of the first group and they agreed with this vision, therefore, we could then formulate it as a recommendation.

However, due to the time constraints and the important delay in delivery of the BelRAI data we were not able to go as far as we would have liked to go in the constant interaction between the quantitative team and the qualitative team. In fact, while we were able to interact very well within these teams, we would have liked to have had more time to test and refine the hypotheses more in depth.

## 1.2 Perspective of the users

In the recommendations part of the report of the scientific evaluation of the projects of the first call, we acknowledge the fact that the perspective of the users was not taken into account. We learned from our shortcomings of the evaluation of the projects of the first call. In the evaluation of the process of the second call, we were very glad to have the means to include the perspective of the users. The

analyses of the projects that were part of the case studies used indeed individual interviews with dyads of older people and their informal caregivers. This provided an important contribution to the internal validity of our work, because their input provided extra weight to confirm or reject hypotheses we made about important components of the projects. For instance, we made an assumption in one of the case studies, that the flexibility of the case manager, defined as to go occasionally beyond the limits of her or his work, was important to build credibility and trusting relationships with the older person and his informal caregiver which, in turn could lead to the better acceptability of the services needed. In this project, where the case managers were not flexible in that topic, the needs and demands of the older people and even more, of their informal caregivers, were not very well met, and the dyads of older people and their informal caregiver claimed that they did not rely on these case managers in case of problems. This meant that their perspectives not only confirmed the presence of the lack of flexibility of case manager of this project, but also that this lack of flexibility was viewed as an important barrier for adequate case management, and can explain the less positive results for these type of projects.

## 2. Points to take into consideration and the way we tackled them

### 2.1 Risk of selection bias in the case selection of the case studies

We selected only three projects among the 25 projects of the second call and this set of three cases has in no way the ambition to be representative. The selection of cases follows another logic than need for representativeness which is not the aim in qualitative research. We aimed at transferability of mid-range theories. If the results of the types of intervention, and their consequences on outcomes, were known at the onset, we would have chosen the 'best' type of project and the 'worse' type of project, and investigate what components and type of interaction made them indeed 'good' or 'bad'. However, as explained in the methods section of case studies, we did not know the results of the types of interventions beforehand and this is the reason why we looked at other components of the projects, such as 'most-likely' cases and 'deviant' cases. This selection also have the power to provide very useful insights into the explanatory pathways leading to the outcomes under study[1, 3, 8].

### 2.2 Risk of selection bias in the control group

This points concerns the representativeness of the control groups of the target population. On the one hand, the channels through which we included older people in the control group with similar dependency profiles, were home nursing organizations. This means that the included population in this control group already had professional nursing care at home and therefore, they might not be representative for the whole frail elderly population in relation to health and social care services use. On the other hand, it was difficult to find proxies of health status in the permanent sample when constituting the control group based on health care consumption. That control group may therefore have included people with different health status than the "intervention" group.

### 2.3 Risk of information bias in the questionnaires that were sent to the projects

In order to collect data about the processes in the projects, and the implementation of innovative ways of working, we sent yearly questionnaires to the project coordinator, with the message that the professional who was most familiar with the items described, should complete this questionnaire. In some cases, the coordinator completed the questionnaire, but he or she did not have enough knowledge about certain domains that he or she was less familiar with (e.g. coordination of care around an individual). If we suspected through other data sources that there was insufficient knowledge of the item that was described in the questionnaire or it was an unexpected result, we contacted the project coordinator in order to get in contact with a person who had this knowledge or

experience. We completed then the questionnaire together (i.e. a researcher and a professional of the project) during a phone conversation; we then sent the revised questionnaire back to the project coordinator, who could then validate the content of the revised questionnaire.

#### 2.4 Risk of information bias in the questionnaires completed by the professionals

The different questionnaires about the beneficiary and her or his informal caregiver (BelRAI-HC, economic questionnaires, WHO-QoL-8 and ZBI-12). During the many contacts we had, including during the reflexive meetings with the members of the projects (learning communities), the professionals of the projects claimed iteratively that the completion of the questionnaires was time consuming and that the data were hard to collect. There was clearly a question of 'project fatigue' among the professionals and the older people, because of the many questionnaires. As researchers, we made the reflection of sometimes doubting the validity of the responses because of the long time needed to fill in the whole set of questions<sup>36</sup>.

- **For the BelRAI-HC:** we noticed that the score of the IADL-scale was often not calculated because the responses needed for the calculation were not completed. Hence, the many missings.
- For the **economic questionnaires**, the professionals stated that they were often not aware of the other services that the older people received and this information was hard to retrieve. On the one hand, older people were sometimes confused about the precise function of the professionals who cared for them and on the other hand, the professionals did often not introduce themselves. This is known to be often the case of nurses who, for reasons still to be investigated in Belgium, rarely introduce themselves, adding to the confusion about the roles of multiple professionals coming at home.
- **For the WHO-QoL-8**, the professionals claimed that this questionnaire was difficult to complete because older people were not confident in the expression of their feelings about how they viewed their quality of life. The professionals felt that, at the inclusion, the responses were not very reliable (from their point of view, there was sometimes an overestimation or underestimation of the quality of life of the older person). Therefore, they felt that the second time this questionnaire was submitted to the older person, the questions were responded more adequately.
- **For the ZBI-12**, professionals also observed that it was very hard for the informal caregiver to provide straight answers to the questions, which were viewed as very negative. Also here, they doubted the reliability of the answers and thought that during a second or even third submission, the reliability increased as the respondents were more confident about the expression of their feelings of burden. It is worth mentioning that in some projects, the ZBI-12 was completed in the absence of a care provider: the questionnaire was left at home and the care provider simply notified the informal caregiver that he or she was invited to complete it. This may increase the reliability of the answers to the questionnaire, as the risk of social desirability decreased if the questionnaire was completed alone and in confidence, as opposed to being completed whilst conversing with the care provider.

---

<sup>36</sup> During the first test of the BelRAI-HC, the older person who was willing to answer the questions, felt unwell and the researcher, who is a GP, wondered whether the condition of the older person was related to the assessment.

## Reference list

1. Gerring, J., *Case Study Research: Principles and Practices*. 2007, Cambridge University Press.
2. Eisenhardt, K., *Building Theories from Case Study Research*. The academy of management review, 1989. **14**(4): p. 532-550.
3. Yin, R., *Case study research/ Design and methods*, O. Thousand, Editor. 2009: CA.
4. Johansson, R., *Case Study Methodology*, in *Methodologies in Housing Research*. 2003, Royal Institute of Technology in cooperation with the International Association of People–Environment Studies: Stockholm.
5. Wagner, E.H., B.T. Austin, and M. Von Korff, *Organizing care for patients with chronic illness*. Milbank Q, 1996. **74**(4): p. 511-544.
6. Paulus, D., et al., *Development of a national position paper for chronic care: example of Belgium*. Health Pol, 2013. **111**(2): p. 105 - 109.
7. Valentijn, P.P., et al., *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. Int J Integr Care, 2013. **13**: p. e010.
8. George, A. and A. Bennett, *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. 2005, MIT Press.
9. King, N., et al., *The Pictor technique: a method for exploring the experience of collaborative working*. Qual Health Res, 2013. **23**(8): p. 1138-52.
10. Brooks, J., et al., *The Utility of Template Analysis in Qualitative Psychology Research*. Qual Res Psychol, 2015. **12**(2): p. 202-222.
11. Van Durme, T., Schmitz O., Maggi P., Delye S., Gosset C., Lopez-Hartmann M., Remmen R., Macq J., *Scientific evaluation of projects of alternative forms of care or support of care for frail elderly, in order to allow them to maintain their autonomy and to live independently in their homes: "Protocol 3" - Contextual description of projects' components and implementation analysis*. 2014, National Institute of Health and Disability Insurance: Brussels. p. 320.
12. Ridde, V. and S. Haddad, *[Pragmatism and realism for public health intervention evaluation]*. Rev.Epidemiol.Sante Publique, 2013. **61 Suppl 2**: p. S95-106.
13. Pawson, R., Tilley, N., *Realistic Evaluation*. 2013, London: Sage.
14. Plsek, P. and T. Greenhalgh, *The challenge of complexity in health care*. BMJ, 2001. **323**.
15. Paulus, D., Van den Heede, K., Mertens, R., *Organisation of care for chronic patients in Belgium: development of a position paper*. 2012, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): Brussels.
16. Van Durme, T., et al., *A comprehensive grid to evaluate case management's expected effectiveness for community-dwelling frail older people: results from a multiple, embedded case study*. BMC Geriatr, 2015. **15**: p. 67.
17. Wenger, E.M., R.; Snyder, W., *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. 2002, Boston, MA: Harvard Business School Press.
18. Denzin, N. and Y. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research*, ed. N. Denzin and Y. Lincoln. 2011, Los Angeles: Sage Publications. 759.
19. CMSA - Case Management Society of, A. *Definition of Case Management*. 2011 02/10/2013]; Available from: <http://www.cmsa.org/PolicyMaker/ResourceKit/AboutCaseManagers/tabid/141/Default.aspx>.
20. DREES. *Enquête ADELI*. 2016 25/03/2017]; Available from: <http://www.anfe.fr/demographie>.
21. Morel-Bracq, M., *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. Ergothérapies, ed. D. Boeck-Solal. 2017, Louvain-La-Neuve.
22. Dubar, C., Tripier, P., Boussard, V., *Sociologie des professions*. Sociologie. 2015, Paris: Armand-Colin.
23. Meyer, S., *De l'activité à la participation*. Ergothérapies, ed. D. Boeck-Solal. 2013, Louvain-La-Neuve.
24. McEwen, J.A., Wills, E., *Theoretical Basis for Nursing*. 4th ed. Wolters Kluwer Health. 2014, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 592.

## List of tables

|  |    |
|--|----|
| TABLE 1. LIST OF ABBREVIATIONS USED IN THIS REPORT   | 4  |
| TABLE 2. SELECTED CASE STUDIES 2 <sup>ND</sup> CALL  | 8  |
| TABLE 3. STAKEHOLDERS PARTICIPATING IN THE DIFFERENT VALIDATION SESSIONS   | 21 |
| TABLE 4. MECHANISMS IDENTIFIED BY THE PSYCHOLOGISTS OF THE PROTOCOL 3 PROJECTS, TARGETING DIFFERENT POPULATIONS                    | 26 |
| TABLE 5. SUMMARY OF THE TWO CLASSIFICATIONS  | 29 |
| TABLE 6. SUMMARY OF THE APPROPRIATENESS OF THE WORKFORCE IN THE GROUP OF PROJECTS F1P1l1   | 31 |
| TABLE 7. SUMMARY OF THE TAILORED SERVICE DELIVERY IN THE GROUP OF PROJECTS F1P1l1  | 32 |
| TABLE 8. SUMMARY OF THE OTHER SERVICES PROVIDED BESIDES CASE MANAGEMENT AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN THE GROUP OF PROJECTS F1P1l1  | 33 |
| TABLE 9. SUMMARY OF THE APPROPRIATENESS OF THE WORKFORCE IN THE GROUP OF PROJECTS F1P1l0   | 44 |
| TABLE 10. SUMMARY OF THE TAILORED SERVICE DELIVERY IN THE GROUP OF PROJECTS F1P1l0   | 46 |
| TABLE 11. SUMMARY OF THE OTHER SERVICES PROVIDED BESIDES CASE MANAGEMENT AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN THE GROUP OF PROJECTS F1P1l0 | 47 |
| TABLE 12. INTENSITY OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN THE GROUP OF PROJECTS F1P1l0   | 48 |
| TABLE 13. CMOC 1. OF CASE STUDY 2  | 54 |
| TABLE 14. CMOC 2. OF CASE STUDY 2  | 55 |
| TABLE 15. CMOC 3. OF CASE STUDY 2  | 55 |
| TABLE 16. SUMMARY OF THE APPROPRIATENESS OF THE WORKFORCE IN THE GROUP OF PROJECTS F1P0l1  | 57 |
| TABLE 17. SUMMARY OF THE TAILORED SERVICE DELIVERY IN THE GROUP OF PROJECTS F1P0l1   | 58 |
| TABLE 18. SUMMARY OF THE OTHER SERVICES PROVIDED BESIDES CASE MANAGEMENT IN THE GROUP OF PROJECTS F1P0l1                           | 58 |
| TABLE 19. SUMMARY OF THE APPROPRIATENESS OF THE WORKFORCE IN THE GROUP OF PROJECTS F1P0l0  | 61 |
| TABLE 20. SUMMARY OF THE TAILORED SERVICE DELIVERY IN THE GROUP OF PROJECTS F1P0l0   | 62 |
| TABLE 21. SUMMARY OF THE OTHER SERVICES PROVIDED BESIDES CASE MANAGEMENT AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN THE GROUP OF PROJECTS F1P0l0 | 63 |
| TABLE 22. SUMMARY OF THE APPROPRIATENESS OF THE WORKFORCE IN THE GROUP OF PROJECTS F0P1l0  | 65 |
| TABLE 23. SUMMARY OF THE TAILORED SERVICE DELIVERY IN THE GROUP OF PROJECTS F0P1l0   | 66 |
| TABLE 24. SUMMARY OF THE OTHER SERVICES PROVIDED BESIDES CASE MANAGEMENT AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN THE GROUP OF PROJECTS F1P0l1 | 66 |
| TABLE 25. CMOC1 OF CASE STUDY 3  | 73 |
| TABLE 26. . CMOC2 OF CASE STUDY 3  | 74 |
| TABLE 27. PROPORTION OF OLDER PEOPLE IN THE DIFFERENT CLUSTERS OF PROJECT F1P0l038   | 76 |
| TABLE 28. COMPARATIVE SUMMARY OF THE QUANTITATIVE DATA FOR FIVE GROUPS OF PROJECTS   | 80 |
| TABLE 29. DATES OF AND PARTICIPATION TO THE INTERVISION, PER LANGUAGE GROUP  | 91 |
| TABLE 30. DETAILS ON WHAT PARTS OF THE PLATFORM WERE USED BY THE PARTICIPANTS WHO ACCESSED THE PLATFORM (N=6)                      | 93 |
| TABLE 31. THEMES DISCUSSED AND SOME ILLUSTRATIONS  | 95 |

## List of Figures

|  |     |
|--|-----|
| FIGURE 1. PICTOR TECHNIQUE USED DURING THE INTERVIEW WITH KEY PROFESSIONALS OF A CASE STUDY PROJECT .....  | 10  |
| FIGURE 2. LAYOUT USED TO ANALYZE CONTEXT-MECHANISM-OUTCOME CONFIGURATIONS.....   | 11  |
| FIGURE 3. HOW CAN WE ACHIEVE ANALYTICAL GENERALISATION? ADAPTED FROM [3] .....   | 12  |
| FIGURE 4. PROPORTION OF OLDER PEOPLE IN THE TYPES OF PROJECTS WHERE SUFFICIENT DATA COULD BE COLLECTED (FOUR OUT OF FIVE GROUPS).....                              | 79  |
| FIGURE 5. COMPARATIVE RESULTS OF OCCUPATIONAL THERAPY, THE DATA WERE COLLECTED IN DECEMBER 2013.....   | 86  |
| FIGURE 6. AU SEIN DES PROJETS P3 LE CASE MANAGEMENT PROFESSIONNEL N’EST INDIQUÉ QUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES SE TROUVANT DANS UNE SITUATION COMPLEXE..... | 113 |
| FIGURE 7. CLASSIFICATION OF THEORIES FOLLOWING THEIR LEVEL OF ABSTRACTION [20] .....   | 184 |

## List of some methodological terms

### *Case studies*

Case studies explore and investigate contemporary real-life phenomenon through detailed contextual analysis of a limited number of events or conditions, and their relationships. Case study method enables a researcher to closely examine the data within a specific context.

Yin (1984) defines the case study research method “as an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context; when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident; and in which multiple sources of evidence are used.”[3]

A *case study* may be understood as the intensive study of a single case where the purpose of that study is –at least in part- to shed light on a larger class of cases (a population). Case study research may incorporate several cases, that is, *multiple case* studies. However, at certain point it will not longer be possible to investigate those cases intensively’ [1]

### *COM-c: context-mechanism-outcome configurations*

Realistic evaluation seeks to find the contextual conditions that make interventions effective therefore developing lessons about how they produce outcomes to inform policy decisions. Tilley outlined three investigative areas that need to be addressed when evaluating the impact of an intervention within any given context:

Mechanism: what is it about a measure which may lead it to have a particular outcome in a given context?

Context: what conditions are needed for a measure to trigger mechanisms to produce particular outcomes patterns?

Outcomes pattern: what are the practical effects produced by causal mechanisms being triggered in a given context?

The model involves developing a 'context mechanism, outcome pattern configurations' (CMOCs) that allow a researcher to understand 'what works for whom in what circumstances' (Tilley, 2000). The model of evaluation allows the researcher to understand what aspects of an intervention make it effective or ineffective and what contextual factors are needed to replicate the intervention in other areas.

Context-Mechanism-Outcome configurations can be seen as mid-range theories [13].

### *Mid-range theory*

Mid-range theories aim to integrate theory and empirical data. An abstraction is made from the empirical data to generate general statements that can be verified in the data to explain the elements of (relative) success or failure of projects [13].

“lie between the minor but necessary working hypotheses that evolve in abundance in day to day research and the all-inclusive systematic efforts to develop unified theory that will explain all the observed uniformities of social behaviour, organization and social change”. (Merton, 2009)

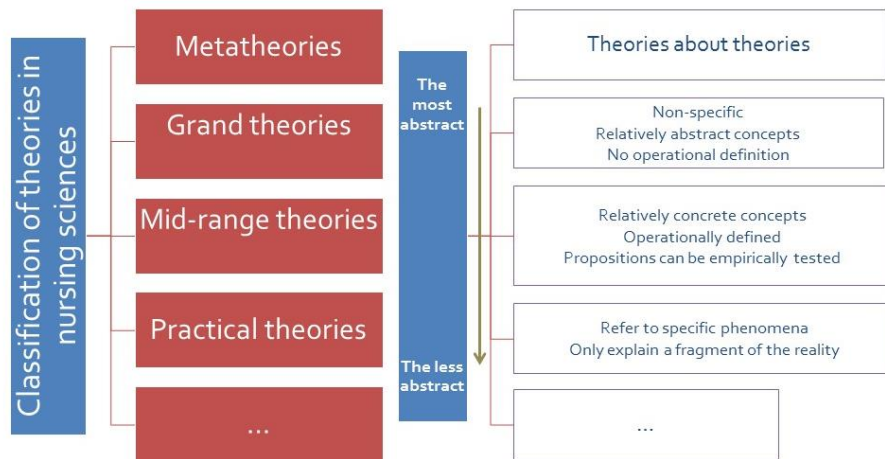


Figure 7. Classification of theories following their level of abstraction [24]

### Short Stories

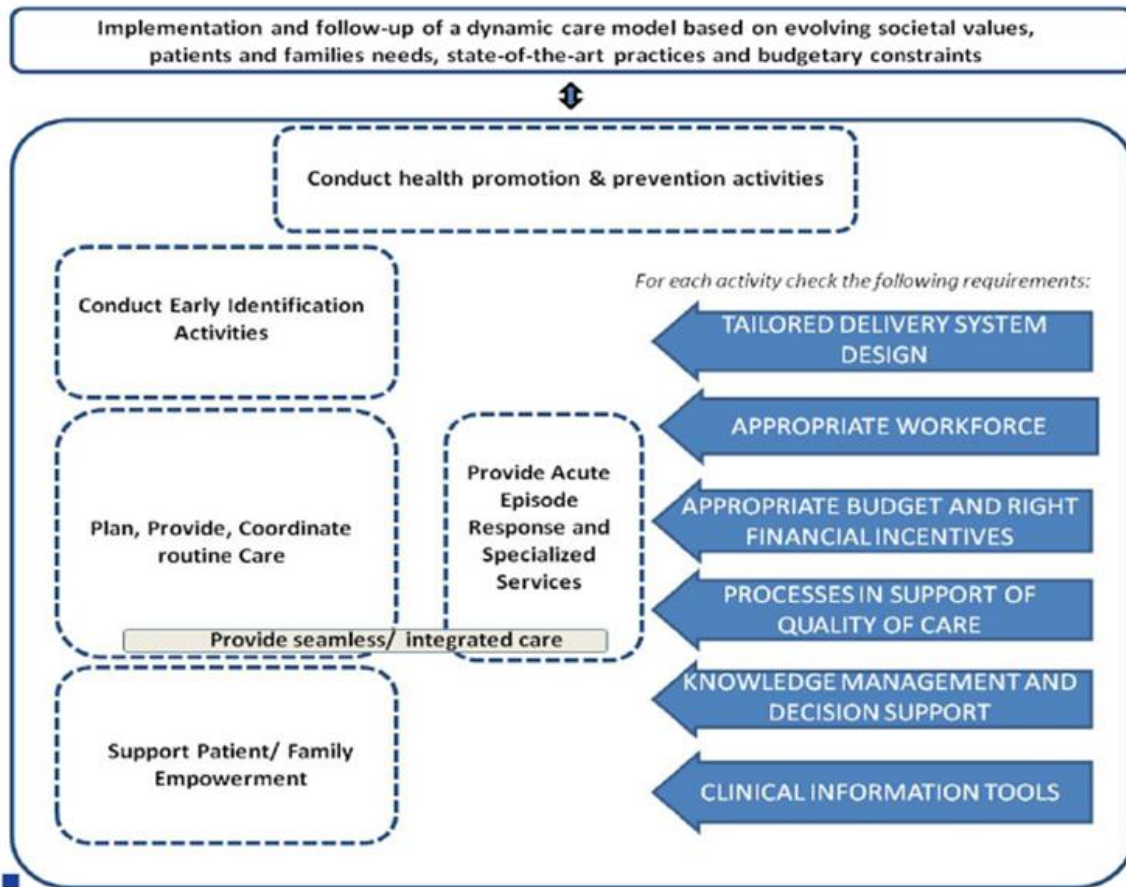
A precise and narrative description of a project's structural and process components

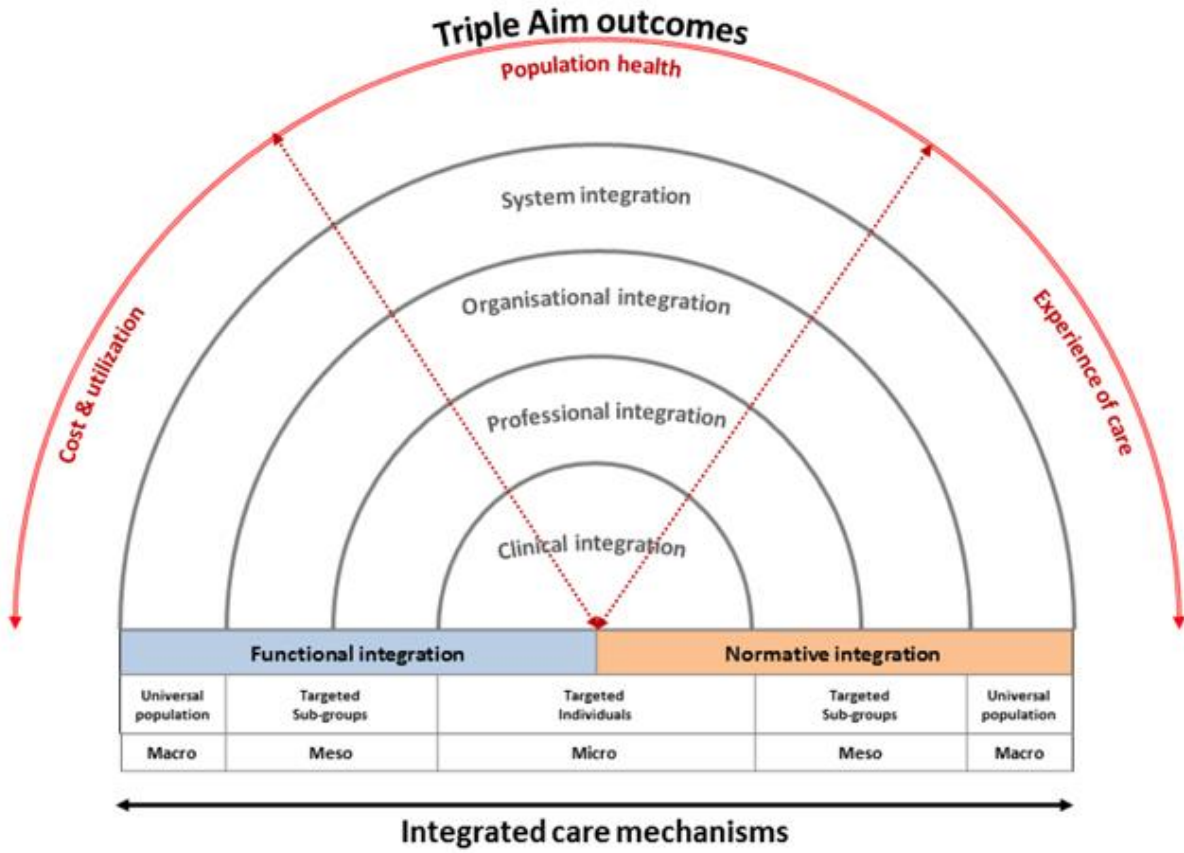
### Template

A comprehensive document that can serve as a database to gather all relevant information and sources to be able to follow a project over time. It is especially useful when several researchers, particularly when they come from different universities and the whole research expands over time, have to gather all the relevant information. This enables also to trace the sources over time and do process tracing when testing hypotheses and refining or even refuting, rival theories.









Guide d'entretien pour l'évaluation des projets du deuxième appel

Projet N – entretien membres du projet – 17 mai 2016

**1. Introduction**

- 1) Présentation des chercheurs et du but de l'étude
- 2) Rappel des questions de recherche générales et de l'analyse qualitative
  - a. **Comment le projet atteint-il – ou non - les objectifs qu'il s'est fixé, dans un contexte donné?**
  - b. But des interviews : explorer les composantes du projet ainsi que le processus d'implémentation depuis l'entretien l'an dernier
    - i. Explorer les "zones d'ombre" identifiées à la suite de l'analyse des documents;
    - ii. Explorer le fonctionnement du projet;
    - iii. Explorer comment le projet s'est adapté aux défis rencontrés;
    - iv. Le focus de cet appel à projets est d'explorer les facteurs facilitants et les barrières pour la mise en oeuvre du case management.
- 3) Préciser les circonstances de l'entretien (respect de la confidentialité, consentement, durée, possibilité de poser des questions aux chercheurs);
- 4) Demander l'autorisation de pouvoir enregistrer l'entretien

À partir d'un modèle de guide d'entretien générique, les guides d'entretien sont adaptés en fonction des premiers résultats émergeant de l'analyse documentaire (dossier de soumission, questionnaires voire des entretiens précédents avec ces projets.

|   |
|---|
| <b>1. Population-cible</b>  |
| <p>Inclusions adéquates?</p> <p>Qui envoie principalement?</p> <p>Circonstances des refus des interventions par les bénéficiaires? Les aidants informels ?</p> <p>Dans le questionnaire annuel :</p> <p>« Le bénéficiaire type, qui pourrait bénéficier au mieux de notre intervention, est celui qui est déjà preneur de notre service à la base, qui est déjà sensibilisé à l'importance d'un accompagnement dans son quotidien et dont la famille poursuit le travail après nous. L'idéal est de pouvoir intervenir dans une situation dans une optique de prévention ce qui permet d'avoir le plus d'effets sur le long terme. Il est plus compliqué d'intervenir en cas de crise bien que cela soit souvent la raison même pour laquelle la personne âgée, sa famille ou le professionnel fait appel à nous. » cela n'est-il pas en contradiction par rapport au bénéficiaire qui refuse les soins ?</p> |
| <b>2. Partenaires</b>   |
| <p>Fonctionnement avec les partenaires (réunions, respect des accords, flux financiers, ...)</p> <p>Évolution du partenariat avec les hôpitaux ? Les centres de soins de jour ?</p>   |
| <b>3. Personnel</b>   |
| <p>Turnover du personnel? Inclusion de la nouvelle psychologue ?</p> <p>Quelle est la plus-value de travailler avec des professionnels à temps partiel ?</p>  |
| <b>4. Profil des case managers</b>  |
| <p>Leur rôle a-t-il évolué par rapport aux constats faits l'an dernier? (utilisation des CAPs et résultats d'échelle)</p>   |

|  |
|--|
| Quels sont les défis ? Comment le CM y fait-il face ?  |
| <b>5. Formation du personnel</b>   |
| Besoin de formations spécifiques?<br>Y a-t-il des lieux où vous pouvez partager les buts et visions que vous avez à propos de la PEC de la personne âgée ?   |
| <b>6. Intervisions</b>   |
| Comment se passent les réunions de coordination ?<br>Explorer le lien entre manque de formation et absence d'intervisions.   |
| <b>7. Soins offerts</b>  |
| Le case manager est-elle vraiment la personne de référence-clé pour le duo bénéficiaire- aidant informel ?<br>Information par rapport à l'existant par ailleurs dans le réseau: quelles informations, comment?<br>Soutien pour le bénéficiaire en face-à-face alors que celui de l'aidant proche se fait souvent par téléphone <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans quels cas ?</li> <li>- Qu'est-ce qui se passe bien ?</li> <li>- Qu'est-ce qui se passe moins bien</li> </ul> Comment se répartit votre temps de travail entre soins directs et indirects ?<br>Comment se passe une journée-type pour le psychologue ? Pour l'infirmière sociale ? Pour l'ergothérapeute ? |
| <b>8. Trajectoire de l'intervention</b>  |
| Si votre intervention devrait se pérenniser, comment devrait-elle s'organiser idéalement ? Comment devrait-elle être financée ? Comment calculeriez-vous le temps de travail ? En fonction de quels critères<br>Arrive-t-il souvent que des personnes vous appellent en-dehors des heures ? quand ils vous appellent, pour quelle raison ? Le retard de réaction produit-il, selon vous, des effets adverses ?   |

### 9. Coordination de l'intervention

Comment se passe la coordination de l'intervention avec ce qui existe déjà au niveau des soins à domicile pour les bénéficiaires et les aidants?

Collaboration avec le MG du patient ?

Avec les autres prestataires de la première ligne ?

### 10. Utilisation d'outils informatiques

Utilisation des CAPs et des résultats d'échelles?

Utilisation du care square ?

Utilisation de l'outil informatique de Liège (coordination de soins) ?

### 11. Coordination interprofessionnelle

Comment faire face au fait que les autres professionnels ne connaissent pas ou peu les besoins liés à la gériatrie ?

Aide des SISD ? des CCSSD ?

Comment se passent les réunions interdisciplinaires autour d'un seul patient ?

Pour un MG du FG : plus facile en situation de crise mais il faudrait arriver à pouvoir le faire en-dehors des situations de crise.

Comment décririez-vous votre fonctionnement au sein de la CSD de La Louvière ? Quelle autonomie dans vos décisions ? Quelles contraintes ? Qu'est-ce qui aide ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré.

### 12. Coordination entre partenaires

Avec centres de soins de jour?

- 2/3 bénéficiaires interviewés disent avoir de mauvais contacts avec leur médecin généraliste (« ne vient que pour les prescriptions ») ; ce dernier ne semble pas être au courant de ce que disent les autres médecins ou ne communique pas à ce sujet.
- Les généralistes ne viennent plus aussi souvent à domicile.

Que faites-vous de ce type d'information ? Quelles démarches sont entreprises ? quels en sont les résultats ?

« ce serait bien de fonctionner sur le modèle de soins palliatifs » : qu'en pensez-vous ?

En mai 2015 : toujours pas de réunion de coordination entre partenaires

### **13. Financement**

Dans le questionnaire annuel (jan 16)

« Manque de flexibilité des enveloppes budgétaires pour nous permettre de palier aux difficultés rencontrées. » Qu'est-ce qui vous manque ? pourquoi ?

### **14. Résultats attendus**

Quels sont les résultats spécifiques attendus et éventuellement observés auprès du duo bénéficiaires – personnes âgées ? Comment ? Pour quelles personnes âgées ? Pourquoi ?

Pour l'aidant informel

Comment se passent les démarches en vue de resocialiser les personnes ?

Pouvoir appeler, envoyer un mail au case manager lorsqu'il y a un problème

### **15. Perspectives**

Si le financement du projet était pérennisé, quels seraient les recommandations-clé que vous émettriez ? Pourquoi ?

- Dans le domaine
  - o de la promotion
  - o du recrutement
  - o de l'imbrication du service dans une organisation existante (oui – non). Sous quelles modalités ? Pourquoi ?
  - o des outils pour partager l'information à propos d'un bénéficiaire
  - o des outils pour organiser votre service
  - o du financement
  - o de l'auto-évaluation



**Interviewgids cliënt en mantelzorger P3**

**FOP/MZ 1 (Maart 2016)**

**1. Inleiding**

- 5) Voorstelling interviewer
- 6) Doel van het interview: **Inzicht krijgen in de perceptie van de FOP/MZ over de zorg en de plaats van casemanagement in het bestaande zorgsysteem.**
- 7) Omstandigheden van het interview uitleggen (respect voor de vertrouwelijkheid, toestemming, geschatte duur, mogelijkheid om vragen te stellen)
- 8) Aangeven dat later contact kan opgenomen worden om het interview te vervolledigen.
- 9) Vraag om te mogen opnemen

**2. Interviewgids**

|   |
|---|
| <b>Beschrijving FOP/MZ</b>  |
| Dezelfde FOP/MZ als vorig jaar (maart 2015).<br>FOP is in het afgelopen jaar definitief opgenomen in een WZC.<br>MZ is schoondochter. |
| <b>Vragen</b>   |

- Wanneer is uw schoonmoeder opgenomen in het woonzorgcentrum?
- Hoe en door wie is de beslissing genomen om deze stap te zetten?
- Hoe is de overgang van thuis naar het WZC verlopen?
  - Hoe heeft u dat als mantelzorger ervaren?
  - Hoe heeft uw schoonmoeder dat ervaren?
- Wat is de rol van de trajectbegeleider (en het project in het algemeen) geweest bij deze overgang?
- Wat is de rol van de trajectbegeleider (en het project in het algemeen) momenteel?
- In welke mate bent u tevreden over de informatie en het advies dat u kreeg (en nog krijgt) van hulpverleners?
- In welke mate vindt u dat u zicht en controle heeft over de zorg in het WZC?
- Zijn er bepaalde zaken waarbij u momenteel hulp zou kunnen gebruiken?
- Wat is uw ervaring met ondersteuning uit uw omgeving (familie, vrienden)?

## Appendix 5: list of 23 important components explaining the success of case management

Table 32. Criteria to evaluate the effectiveness and the implementation of the innovative case management projects

|   |  |
|---|--|
| a. Appropriate workforce  |  |
| 1. Recruitment of adequate professionals by projects                  | 0 = could not recruit professionals  |
|   | 1 = professionals with lower skills (training, expertise) were recruited                           |
|   | 2 = professionals with lower expertise were recruited  |
|   | 3 = professionals with expected training and expertise were recruited                              |
| 2. Skills of professionals  | 0 = no professional to provide this service  |
|   | 1 = diploma of professional is not related to the service delivered                                |
|   | 2 = diploma of professional is related to the service delivered                                    |
|   | 3 = diploma is related to the service delivered and this professional is experienced in this field |
| 3. Turnover of professionals  | 0 = turnover of frontline worker and coordinator > once  |
|   | 1 = turnover of frontline worker and coordinator = once  |
|   | 2 = only frontline worker turnover   |
|   | 3 = no turnover of professionals since start   |
| 4. Training of professionals  | 0 = no training planned  |
|   | 1 = training planned, but could not organize it  |
|   | 2 = internal training, not geriatric   |
|   | 3 = internal training, specific to geriatric care  |
| 5. Number of frail older people per full-time equivalent case manager | 0 = > 70/FTE case manager  |
|   | 1 = 51-70/ FTE case manager  |
|   | 2 = 41-50/FTE case manager   |
|   | 3 = ≤ 40/FTE case manager  |
| b. Tailored service design and organisation                           |  |
| 6. Achievement of the caseload  | 0 = achievement of <30% of the caseload  |
|   | 1 = achievement of 31-50% of the caseload  |
|   | 2 = achievement of 51-75% of the caseload  |
|   | 3 = achievement of >75% of the caseload  |

|  |  |
|--|--|
| 7. Adequacy of the inclusion/exclusion criteria                                    | 0 = inclusion/exclusion criteria are not adequate and the project did not change them  |
|  | 1 = inclusion/exclusion criteria were not adequate, the project changed them, but they are still inadequate  |
|  | 3 = inclusion/exclusion criteria are adequate or were inadequate, but were adapted and are now adequate  |
| 8. Shared decision process   | 0 = no meetings including all the professionals of the project   |
|  | 2 = professionals of the project attend meetings but do not share decision making/do not attend meetings of the steering group or do not receive minutes of those meetings |
|  | 3 = professionals of the project attend meetings and share decision making   |
| c. Self-management and support   |  |
| 9. Addressing concerns of beneficiaries and informal caregivers                    | 0 = is not consistently done   |
|  | 1 = percentage of informal caregivers OR frail older people attending a multidisciplinary meeting during last three months is LESS than median than this subgroup          |
|  | 2 = percentage of informal caregivers OR frail older people attending a multidisciplinary meeting during last three months is MORE than median than this subgroup          |
|  | 3 = percentage of informal caregivers AND frail older people attending a multidisciplinary meeting during last three months is MORE than median than this subgroup         |
| d. Community linkages  |  |
| 10. Existence of a structural link with organizations that can refer beneficiaries | 0 = no link  |
|  | 1 = convention signed, but no referral from beneficiaries  |
|  | 2 = convention signed, referral less than expected   |
|  | 3 = convention signed and referral as expected   |
| 11. Partnership with coordination agencies   | 0 = no link  |
|  | 1 = ad hoc meetings, on initiative of project  |
|  | 2 = ad hoc meetings, on initiative of coordination center  |
|  | 3 = are reported through planned project meetings  |
| 12. Partnership with community organizations                                       | 0 = no link  |
|  | 1 = are being considered, but not implemented  |
|  | 2 = are part of the partnership  |
|  | 3 = take part at project meetings  |
| e. The appropriate financial incentives  |  |
|  | 0 = the beneficiary had to renounce services because of cost   |

|  |  |
|--|--|
| 13. (Beneficiary view) financial access                        | 1= the beneficiary has to pay more than 10€/day for the service  |
|  | 2 = the innovative intervention is free, but beneficiaries have to pay for the recommended services  |
|  | 3 = the intervention is completely free for the beneficiary  |
| 14. Adequacy of the financing of the project                   | 0 = the project intends to stop because it is not viable   |
|  | 1 = the projects reports some financial difficulties and did not ask for extra financing from the NIHDI, or the financing was refused              |
|  | 2 = the projects reports some financial difficulties and asked for extra financing from the NIHDI or frail older people, which was accepted        |
| 15. Incentives for GP participation                            | 3 = the project did not report any difficulties related to financing   |
|  | 0 = GPs are not involved and there are no indications that the project thought of it   |
|  | 1 = GPs are not involved, the project suggested the GP to use of the nomenclature number related to multidisciplinary coordination, with no result |
| f. Processes in support of quality of care                     | 2 = GPs are poorly involved, despite the financing provided by the project   |
|  | 3 = GPs are well involved and financed by the project  |
|  | 0 = quality indicators are not mentioned   |
| 16. Use of quality or performance indicators                   | 1 = quality indicators are mentioned in submission files   |
|  | 2 = monitoring of quality indicators is part of the discussion in steering committees meetings   |
|  | 3 = results of quality indicators are provided   |
| 17. Monitoring of the care plan                                | 0 = no individualized care plan  |
|  | 1 = care plan only made once (e.g. at intake)  |
|  | 3 = use and follow-up of care plan   |
| 18. Provision of feed-back of the frail older people to the GP | 0 = no feedback provided   |
|  | 1 = information of the frail older people being in the project   |
|  | 2 = feedback provided, non structured  |
| g. Knowledge management and decision support                   | 3 = feed-back provided about the results of the BelRAI   |
|  | 0 = the rationale on how the intervention will impact the frail older people outcomes is not mentioned or unclear                                  |
|  | 1 = the rationale on how the intervention will impact the frail older people outcomes is based on projects' conceiver's perception                 |
| 19. Use of results of research                                 |  |

|   |   |
|---|---|
|   | 2 = the rationale on how the intervention will impact the frail older people outcomes is based on results of research OR pilot study  |
|   | 3 = the rationale on how the intervention will impact the frail older people outcomes is based on results of research AND pilot study |
| 20. Use of evidence-based protocols or guidelines                       | 0 = protocols or guidelines are not mentioned/not used  |
|   | 1 = protocols or guidelines are mentioned in the submission files, but not later  |
|   | 2 = protocols were made and/or used by the project and there is no information about their being linked to evidence-based literature  |
|   | 3 = multidisciplinary protocols were made and used by the project and they rely on evidence-based literature                          |
| 21. Presence of reflective discussions among peers/planned supervisions | 0 = no such meetings are planned  |
|   | 2 = meetings are planned and do not include a supervisor (physician or senior clinician)  |
|   | 3=meetings are planned and include a supervisor   |
| h. Clinical information tools   |   |
| 22. Registry (list of beneficiaries of the projects)                    | 0 = is not available  |
|   | 1 = includes name, diagnosis, contact information and date of last contact either on paper or in a computer database                  |
|   | 2 = allows queries to sort beneficiaries by priorities  |
|   | 3 = provides prompts and reminders about needed services  |
| 23. Reminders to providers  | 0 = are not available   |
|   | 1 = include general notification of presence in the project, but do not describe the needed service                                   |
|   | 3 = include specific information for the team about the results of the BelRAI   |

Appendix 6. List of 14 important components explaining the success of psychological support

|   |   |   |
|---|---|---|
| Psychological support   |   |   |
| 1. Profile and function of the professional usually providing psychological support           | 0 | Other care professional without additional training   |
|   | 1 | Other care professional with additional training  |
|   | 2 | Psychologist  |
|   | 3 | Psychologist with training in gerontopsychology or with former experience in geriatric care   |
| 2. Type of target population  | 0 | Professionals alone   |
|   | 1 | FOP alone   |
|   | 2 | ICG alone   |
|   | 3 | FOP and ICG (if present)  |
| 3. Type of needs or demands of the target population  | 0 | FOP but mainly (in)formal network in crisis situations  |
|   | 1 | (a) Anticipation of crisis situations AND (b) Providing support or respite for the ICGs   |
|   | 2 | (a) FOP in crisis situation and acute social or medical problems  |
|   | 3 | (a) Anticipation of crisis situations AND (b) Mainly acceptance of the dependency situation ("depression?")                           |
| 4. Formal presentation of the psychologist  | 0 | Hides the fact that he or she is a psychologist and/or that this is about psychological care  |
|   | 1 | The intervention is presented automatically as a psychological intervention, without adjustment of what this means to the beneficiary |
|   | 3 | The intervention is presented in due time as a psychological intervention, taking care of what this term means to the beneficiary     |
| 5. Profile of the main referrers (means to measure embeddedness and not type of psy support)? | 0 | Coordination centre & Primary care workers  |
|   | 1 | Coordination centre (own organisation)  |
|   | 2 | Hospital  |
|   | 3 |   |
| 6.a. The content of the psychological intervention for FOP                                    | 0 | No content is provided  |
|   | 1 | 0-2 subjects  |
|   | 2 | >2 subjects   |
|   | 3 | Is delivered based on the Assessment (see WQ.4.9.)  |
| 6.b. The content of the psychological intervention for ICG                                    | 0 | No content is provided  |
|   | 1 | 0-2 subjects  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | 2 | >2 subjects  |
|   | 3 | Is delivered based on the assessment (see WQ.4.9.)   |
| 6.c. The content of the psychological intervention for others                     | 0 | No content is provided   |
|   | 1 | 0-2 subjects   |
|   | 2 | >2 subjects  |
|   | 3 | Is delivered based on the Assessment (see WQ.4.9.)   |
| 7. The type of the psychological intervention for FOP as delivered by the project | 0 | the project only offers social support, for psychological therapy they refer to 'CGG'            |
|   | 1 | the project offers psychological therapies, but refers to 'CGG' if needed (more severe problems) |
|   | 2 | the project offers psychological therapies, and does not refer to 'CGG'                          |
|   | 3 | the project offers psychological therapy only to ICG   |
| 8. Main duration of the psychological intervention                                | 0 | Undetermined duration  |
|   | 1 | Determined duration (12 months)  |
|   | 2 | Determined duration (8-9 months)   |
|   | 3 | Determined duration (6 months or less)   |
| 9. Determination of the ending of the psychological intervention                  | 0 | No flexibility allowed for the ending  |
|   | 2 | Flexibility about the ending is allowed  |
|   |   |  |
| 10. Individual or collective sessions   | 0 | Individual (FOP)   |
|   | 1 | Individual (FOP and couple)  |
|   | 2 | Collective   |
|   | 3 | Both individual and collective   |
| 11. What is or are the expected outcomes of the intervention                      | 0 | Only mention of delay of institutionnalisation   |
|   | 1 | Acceptation of specific services   |
|   | 2 | Increase of QoL  |
|   | 3 | Decrease of burden   |
| 12. Intensity of the intervention: frequency of visits                            | 0 | no psy   |
|   | 1 | < 1*/month   |
|   | 2 | 1*/month   |
|   | 3 | 2-4*/month   |



|  |   |                   |
|--|---|-------------------|
| 13. Intensity of the intervention:<br>duration of visits - time per visit<br>(hours) |   |                   |
| 13a. Intensity of the intervention:<br>total time of psy support per FOP             |   |                   |
| 13b. Intensity of the intervention:<br>total time of psy support per ICG             |   |                   |
| 14. Location of the intervention   | 0 | At home           |
|  | 1 | At hospital       |
|  | 2 | At a nursing home |
|  | 3 | other             |

---

## Appendix 7. Yearly questionnaire sent to the projects (French version – November 2016)

---

Quel est le nom de votre projet ? : *Insérez du texte ici*

Numéro INAMI du projet ? *759*

|  |
|--|
| Note: Lorsqu'il est question du projet, démarrage du projet, il s'agit du projet sous sa forme actuelle et tel qu'il a été accepté sous le deuxième appel. |
|--|

Quel est votre nom ? *Insérez du texte ici*

Quelle est votre diplôme le plus élevé ? *Insérez du texte ici*

Depuis quand travaillez-vous dans le projet ? *Insérez du texte ici*

Quelle est votre fonction au sein du projet ? *Insérez du texte ici*

Quel est votre numéro de téléphone ? *Insérez du texte ici*

À quels moments pouvons-nous vous joindre en semaine ? *Insérez du texte ici*

Veillez indiquer ici la date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : *Insérez du texte ici*

**Question 1. : Promotion**

---

Comment faites-vous en ce moment de la publicité pour votre projet ?

(max 100 mots)

*Insérez du texte ici*

**Question 2. : Les services de votre projet**

---

(tels que vous les avez décrits dans le fichier Excel en septembre 2016 demandé par l'INAMI)

**2.1. Comment s'est passé la mise en œuvre de ce(s) service(s) ?**

Qu'est-ce qui a été facile (max 100 mots) ? *Insérez du texte ici*

Qu'est-ce qui a été difficile (max 100 mots) ? *Insérez du texte ici*

**2.2. Depuis le questionnaire de décembre 2015, le(s) service(s) offerts par le projet ont-ils été modifiés ?**

Non

Oui, précisez (max 200 mots) : *Insérez du texte ici*

**2.3. Ces services sont les suivants**

(Plusieurs réponses possibles)

Case management

Soutien du réseau uniquement

Accompagnement psychologique

*! Si votre projet offre du soutien psychologique, merci de faire remplir la question 4 et ses sous-questions par le professionnel qui réalise cet accompagnement psychologique.*

Ergothérapie

*Insérez du texte ici*

*Insérez du texte ici*

**Question 3. Accompagnement psychologique – à faire remplir par les psychologues**

(à remplir uniquement si votre projet offre ce type de soin ; sinon passez immédiatement à la question 4)

Si aucune donnée n'a changé dans la délivrance de l'accompagnement psychologique depuis l'année dernière veuillez cocher la case ci-dessous et passez à la question 4.

- Je confirme que les données de la question 3 remplies en décembre 2015 sont toujours d'actualité.

**3.1 Qui délivre habituellement l'accompagnement psychologique?**

| Type de professionnel | Fonction          | Diplôme(s) et formations complémentaires en lien avec la fonction                                |
|-----------------------|-------------------|--|
| 1                     | p.ex. psychologue | p.ex. Master en psychologie clinique, psychothérapie psycho-analytique, formation en mindfulness |
| 2                     |                   |  |
| 3                     |                   |  |
| ...                   |                   |  |

**3.2 Quel est le public-cible bénéficiant de cet accompagnement?**

- La personne âgée  
 Son ou ses aidants informels  
 Autre: précisez: *Insérez du texte ici*

**3.3 Comment cet accompagnement est-il présenté aux bénéficiaires ? (par qui; à quoi faites-vous particulièrement attention durant l'entretien, etc.)**

*Insérez du texte ici*

**3.4 Par qui la demande d'accompagnement est-elle généralement formulée ? (p.ex. généraliste, collègue au sein de la même organisation, etc.)**

*Insérez du texte ici*

**3.5 Quels sont les sujets travaillés durant l'accompagnement de la personne âgée?**

- Deuil, perte  
 Changement de rôle  
 Donner du sens  
 Solitude  
 Anxiété  
 Dépression  
 Troubles cognitifs, démence  
 Addiction  
 Troubles de la personnalité  
 Autres: *Insérez du texte ici*

**3.6 Quels sont les sujets travaillés durant l'accompagnement des aidants informels?**

- Deuil, perte
- Changement de rôle
- Donner du sens
- Solitude
- Anxiété
- Dépression
- Troubles cognitifs, démence
- Addiction
- Troubles de la personnalité
- Autres: *Insérez du texte ici*

### 3.7 Quels sont les sujets travaillés durant l'accompagnement d'autres personnes bénéficiant de l'accompagnement psychologique?

(voir question 3.2)

- Deuil, perte
- Changement de rôle
- Donner du sens
- Solitude
- Anxiété
- Dépression
- Troubles cognitifs, démence
- Addiction
- Troubles de la personnalité
- Autres: *Insérez du texte ici*

### 3.8 Qu'est-ce qui est organisé par votre projet et pour quels motifs le bénéficiaire est-il référencé vers un centre de santé mentale:

|   | Est offert par le projet | Pour ceci, nous référons la personne vers un centre de santé mentale |
|---|--------------------------|--|
| Psycho-analyse                                |                          |  |
| Thérapie expérientielle ciblée sur le patient |                          |  |
| Thérapie systémique                           |                          |  |
| Thérapie comportementale cognitive            |                          |  |
| Thérapie méditative                           |                          |  |
| Réminiscence                                  |                          |  |
| Life review                                   |                          |  |
| Counseling                                    |                          |  |
| Soutien social                                |                          |  |
| Autre : <i>Insérez du texte ici</i>           |                          |  |

Remarques : *Insérez du texte ici*

### 3.9 Comment se passe une première session avec un nouveau bénéficiaire

(inclusion, examen, neuropsychologique, exploration de la demande ...)?

*Insérez du texte ici*

### 3.10 Comment se passe une session avec d'autres personnes?

(voir question 3.2.)

*Insérez du texte ici*

### 3.11 Y a-t-il des personnes âgées ou leurs aidants informels qui refusent l'accompagnement psychologique? Pourquoi? Que faites-vous dans ce cas?

*Insérez du texte ici*

### 3.12 Quelle est la durée moyenne d'un accompagnement psychologique dans votre projet pour la personne âgée ou son aidant informel ?

(en semaines ou mois, nombre de sessions,...) et comment cela est-il déterminé?

*Insérez du texte ici*

### 3.13 Cet accompagnement psychologique est

- Individuel (au domicile)
- En groupe (à l'hôpital, dans une maison de repos etc.)
- Mixte

Remarques : *Insérez du texte ici*

### 3.14 Selon vous, quelle est la plus-value de l'accompagnement psychologique

pour les personnes âgées et leur aidant informel, lorsque la personne âgée est à domicile, pour prévenir ou postposer l'institutionnalisation définitive? *Insérez du texte ici*

#### Question 4. : Les bénéficiaires de votre projet

---

##### 4.1. Pourriez-vous décrire le « bénéficiaire-type »,

C'est-à-dire celui qui bénéficie au mieux de votre projet (pour certains projets, cela peut être plusieurs types de bénéficiaires) (*Maximum 100 mots*) ?

*Insérez du texte ici*

##### 4.2 Le type de bénéficiaire a-t-il changé depuis le début de votre projet ?

- Non
- Oui, expliquez

*Insérez du texte ici*

##### 4.3 Avez-vous rencontré des difficultés pour atteindre le nombre de bénéficiaires par an?

- Non, nous avons atteint le nombre prévu.
- Non, mais nous avons dépassé le nombre prévu.  
Cela a-t-il eu des conséquences sur le fonctionnement du projet ?  
Précisez comment votre projet s'est ajusté à ce dépassement (max. 150 mots).

*Insérez du texte ici*

- Oui, ce nombre n'a pas ou a été difficilement atteint.  
Précisez et expliquez les problèmes rencontrés (max 50 mots). *Insérez du texte ici*

**Question 5. Les partenaires<sup>37</sup> de votre projet****5.1 Modification de la composition du partenariat (organisations, services, institutions)****5.1.1 Depuis décembre 2015, des « partenaires » (ceux qui avaient signé la convention) ont-ils quitté votre projet ?**

- Non, le projet collabore avec les mêmes partenaires.  
 Oui, le ou les partenaires suivant(s) a/ont quitté le projet :

**Partenaire 1:** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer le **motif** de son départ (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Partenaire 2:** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer le **motif** de son départ (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Partenaire 3:** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer le **motif** de son départ (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**5.1.2. Depuis décembre 2015, de nouveaux partenaires ont-ils rejoint votre projet ?**

- Non  
 Oui, le ou les partenaires suivants a/ont rejoint le projet : *Insérez du texte ici*

**Partenaire 1:** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer sa contribution dans le projet (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Partenaire 2:** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer sa contribution dans le projet (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Partenaire 3:** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer sa contribution dans le projet (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**5.2. Modification du contenu et de la forme du partenariat**

Depuis décembre 2015, des partenaires (ceux qui avaient signé la convention) ont-ils **modifié la teneur de leur collaboration** avec votre projet (changement de rôle, prise en charge de nouvelles tâches, etc.) ?

- Non, les partenaires collaborent de la même manière.  
 Oui, le ou les partenaires suivants a/ont modifié la teneur de la collaboration

**Partenaire 1:** *Insérez du texte ici*

<sup>37</sup> « Partenaire » : service, groupement ou institution de soins, d'aide ou de services, y compris les services intégrés de soins à domicile (SISD), concernés par la prise en charge des personnes âgées. En vue de la réalisation d'un projet, plusieurs partenaires peuvent s'associer en concluant entre eux un accord de collaboration. Les partenaires doivent conclure avec le Comité de l'assurance la convention visée à l'article 2 (AR 2 juillet 2009)



Veillez indiquer en quoi cette collaboration a changé (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Partenaire 2:** *Insérez du texte ici*

Veillez indiquer en quoi cette collaboration a changé (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Partenaire 3:** *Insérez du texte ici*

Veillez indiquer en quoi cette collaboration a changé (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Question 6.** Les « participants »<sup>38</sup> (n'ayant pas signé de convention mais collaborant avec le projet)

### 6.1 Modification de la **composition** du groupe de participants

#### 6.1.1 Depuis décembre 2015, des participants ont-ils arrêté de collaborer au projet ?

Non

Oui, le ou les participants suivants ne participe(nt) plus au projet

**Participant 1 :** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer le motif de son départ (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Participant 2 :** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer le motif de son départ (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Participant 3 :** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer le motif de son départ (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

#### 6.1.2. Depuis décembre 2015, de nouveaux participants collaborent-ils avec votre projet ?

Non

Oui, le ou les participant(s) suivant(s) collabore(nt) au projet

**Participant 1 :** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer sa contribution dans le projet (max 50 mots) *Insérez du texte ici*

**Participant 2 :** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer sa contribution dans le projet (max 50 mots) *Insérez du texte ici*

**Participant 3 :** *Insérez du texte ici*

Veillez expliquer sa contribution dans le projet (max 50 mots) *Insérez du texte ici*

---

<sup>38</sup> « Autres participants » : autres services, groupements de soignants professionnels et/ou personnes directement impliqués (AR 7 juillet 2009)

## 6.2. Modification du contenu et de la forme de la collaboration avec les participants

Depuis décembre 2015, des participants ont-ils **modifié la teneur de leur collaboration**

- Non, les participants collaborent de la même manière au projet depuis décembre 2014.  
 Oui, le ou les participants suivants a/ont modifié la teneur de leur collaboration :

**Participant 1** : *Insérez du texte ici*

Veillez indiquer en quoi cette collaboration a changé (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Participant 2** : *Insérez du texte ici*

Veillez indiquer en quoi cette collaboration a changé (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

**Participant 3** : *Insérez du texte ici*

Veillez indiquer en quoi cette collaboration a changé (max 50 mots)

*Insérez du texte ici*

Pour les questions qui suivent, nous faisons la distinction entre trois types d'activités (3 niveaux) :

1. L'organisation des activités liées à la délivrance des soins au(x) bénéficiaire(s) (personne âgée et/ou aidant informel) ;
2. L'organisation des interactions entre professionnels faisant partie du projet (**p.ex. l'organisation des horaires de travail ou l'élaboration de plans de soins**) ;
3. (L'organisation des relations entre le projet et son environnement (autres organisations, autres services, entités régionales...))
- 4.

**Question 7. L'organisation des activités de délivrance des soins et services auprès des bénéficiaires du projet (la personne âgée et/ou son aidant informel)**

**NOTE IMPORTANTE**

si rien n'a changé dans le fonctionnement de votre projet en ce qui concerne la délivrance des soins aux bénéficiaires depuis le questionnaire rempli en décembre 2015, la question 7 ne doit pas être remplie, **sauf pour les questions 7.13, 7.14 et 7.15.**

- Le mode de délivrance des soins est **resté inchangé** depuis le dernier questionnaire et je passe à la question 7.13, 7.14 et 7.15
- Le mode de délivrance des soins a **changé** et je réponds à l'ensemble des questions 7.

**7.1. Screening: Qui participe au screening individuel quant à la complexité de la demande en soins du bénéficiaire?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

- Case manager, coach de soins, gestionnaire de cas... *(entourez ce qui convient)*
- Généraliste
- Autre(s) médecin(s), précisez: *Insérez du texte ici*
- Infirmière
- Psychologue, Psychothérapeute
- Ergothérapeute
- Assistant social
- Aide-soignante
- Collaborateur administratif
- Autre(s), précisez: *Insérez du texte ici*

**7.2 Inclusion: Qui, dans le projet, détermine si une personne âgée sera incluse dans le projet ?**

Profil et fonction (p.ex. : profil = assistant social ; fonction = gestionnaire de cas)

*Insérez du texte ici*

**7.3 Evaluation initiale. Qui réalise l'évaluation gériatrique globale BelRAI ? (Plusieurs réponses sont possibles)**

- Case manager, coach de soins, gestionnaire de cas... (entourez ce qui convient)
- Généraliste
- Autre(s) médecin(s), précisez: *Insérez du texte ici*
- Infirmière
- Psychologue, psychothérapeute
- Ergothérapeute
- Assistant social
- Aide-soignante
- Collaborateur administratif
- Autre(s), précisez: *Insérez du texte ici*

**7.4. Plan de soins. Qui participe à l'élaboration du plan de soins pour le bénéficiaire ? (Plusieurs réponses sont possibles)**

- Personne âgée
- Aidant informel
- Case manager
- Généraliste
- Autre(s) médecin(s), précisez: *Insérez du texte ici*
- Infirmière
- Psychologue, psychothérapeute
- Ergothérapeute
- Assistant social
- Aide-soignante
- Collaborateur administratif
- Autre(s), précisez: *Insérez du texte ici*

**7.5 Plan de soins. Utilisez-vous les résultats du BeIRAI (CAPs et résultats d'échelles) pour planifier les soins auprès du bénéficiaire ?**

Oui

Qu'est-ce qui est utile pour vous ? *Insérez du texte ici*

Comment choisissez-vous les résultats qui sont les plus utiles pour le bénéficiaire ?  
*Insérez du texte ici*

Non, pourquoi ? *Insérez du texte ici*

**7.6 Plan de soins. Utilisez-vous des protocoles multidisciplinaires, fondés sur les résultats de la recherche (« evidence based »), pour planifier les soins aux bénéficiaires?**

Oui, de tels protocoles sont utilisés lors de la planification des soins.

Qu'est-ce qui vous semble utile dans la démarche? *Insérez du texte ici*

Non, précisez pourquoi: *Insérez du texte ici*

**7.7 Qui participe à la coordination du plan de soins pour le bénéficiaire ? (Plusieurs réponses sont possibles)**

- Personne âgée
- Aidant informel
- Case manager, coach de soins, gestionnaire de cas... (entourez ce qui convient)
- Généraliste
- Autre(s) médecin(s), précisez: *Insérez du texte ici*
- Infirmière
- Psychologue, psychothérapeute
- Ergothérapeute
- Assistant social
- Aide-soignante
- Collaborateur administratif
- Autre(s), précisez: *Insérez du texte ici*

**7.8. Le bénéficiaire ou son aidant informel peut-il contacter un membre du projet 24h/24 et 7j/7 par téléphone au besoin?**

Oui. Si oui, qui?

Case manager

Autre(s): *Insérez du texte ici*

Non, expliquez pourquoi: *Insérez du texte ici*

### 7.9. Quels outils sont utilisés dans votre projet pour coordonner les soins et services pour le bénéficiaire ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- Réunions
- Compte-rendu des réunions
- Cahier (reste au domicile de la personne âgée)
- Dossier patient (version papier)
- Dossier patient (version électronique)
  - Plan de soins
    - Unidisciplinaire? Précisez: *Insérez du texte ici*
    - Multidisciplinaire? Précisez: *Insérez du texte ici*
- Téléphone et/ou courrier et/ou courriels
- BelRAI
- Autre outil d'évaluation globale gériatrique ? Lequel ? : *Insérez du texte ici*
- Logiciel de coordination de soin. Détaillez : *Insérez du texte ici*
- Autre (précisez): *Insérez du texte ici*

### 7.10 Accessibilité du dossier patient électronique.

- À l'intérieur du projet, qui a accès au dossier patient électronique?
  - Avec droit d'écriture: *Insérez du texte ici*
  - Sans droit d'écriture: *Insérez du texte ici*
- À l'extérieur du projet, qui a accès au dossier patient électronique?
  - Avec droit d'écriture: *Insérez du texte ici*
  - Sans droit d'écriture: *Insérez du texte ici*

**7.11 Qui participe au suivi, l'évaluation et le réajustement du plan de soins pour le bénéficiaire ?**

(Plusieurs réponses sont possibles)

- Personne âgée
- Aidant informel
- Case manager, coach de soins, gestionnaire de cas... (entourez ce qui convient)
- Généraliste
- Autre(s) médecin(s), précisez: *Insérez du texte ici*
- Infirmière
- Psychologue, psychothérapeute
- Ergothérapeute
- Assistant social
- Aide-soignante
- Collaborateur administratif
- Autre(s), précisez: *Insérez du texte ici*

**7.12 Suivi, évaluation et réajustement du plan de soins.**

À quelle fréquence ce suivi a-t-il lieu (en moyenne)? *Insérez du texte ici*

Ce suivi a-t-il lieu

- Au domicile du bénéficiaire ?
- Par téléphone ?

Qui est le professionnel **responsable** *Insérez du texte ici*

Comment ce suivi, cette évaluation et le réajustement se passent-ils dans la pratique?

Expliquez : (max 100 mots)

*Insérez du texte ici*

**7.13 Qu'est-ce qui vous aide le plus pour l'organisation de la délivrance des soins au bénéficiaire ?**

*Insérez du texte ici*

**7.14 De quoi auriez-vous besoin (et que vous n'avez pas encore...) pour améliorer l'organisation des soins au bénéficiaire ?**

*Insérez du texte ici*

**7.15 Utilisez-vous un document dans lequel les rôles et/ou fonctions des différents prestataires sont décrits (Qui fait quoi, pour quel bénéficiaire?) ?**

- Non
- Oui

### 7.16. Le médecin généraliste et les autres prestataires de soins.

#### 7.16.1. Le **généraliste** du bénéficiaire collabore-t-il au projet ?

- Oui, (le plus souvent) précisez de quelle manière: *Insérez du texte ici*
- Non (le plus souvent) *Insérez du texte ici*

#### 7.16.2. **Qu'avez-vous mis en place** pour encourager la participation du médecin généraliste du patient au projet ?

- Nous l'avons informé (par courrier, courriel, folders, etc.)
- Nous nous sommes rendus dans son cabinet
- Nous lui avons rappelé l'existence d'un numéro de nomenclature pour la participation à la concertation multidisciplinaire
- Nous lui offrons un financement sur le budget du projet
- Au cas où rien n'est prévu, expliquez pourquoi (100 mots) *Insérez du texte ici*

#### 7.16.3. Quel **feed-back** donnez-vous au médecin **généraliste** du bénéficiaire, à propos de votre intervention ?

- Nous lui demandons quel type de feedback (forme et contenu) il souhaite et nous nous y conformons;
  - Nous lui donnons un feedback à propos des résultats du BelRAI;
  - Nous lui donnons un feedback à propos des résultats des interventions choisies;
- Expliquez et précisez comment ce feedback est donné: (max 100 mots)

#### 7.16.4. D'autres prestataires, intervenant déjà auprès des bénéficiaires, collaborent-ils au projet? (*C'est-à-dire des prestataires qui ne font pas partie de votre projet*)

- Oui, précisez de quelle manière: *Insérez du texte ici*
- Non

#### 7.16.5. Qu'avez-vous mis en place pour encourager leur participation au projet?

- Nous l'avons informé (par courrier, courriel, folders, etc.)
- Nous nous sommes rendus chez eux
- Nous lui avons rappelé l'existence d'un numéro de nomenclature pour la participation à la concertation multidisciplinaire
- Nous lui offrons un financement sur le budget du projet
- Au cas où rien n'est prévu, expliquez pourquoi (100 mots) *Insérez du texte ici*



**7.16.6.** Quel **feed-back** donnez-vous aux autres professionnels qui interviennent auprès du bénéficiaire, mais qui ne font pas partie de votre projet ?

- Nous lui demandons quel type de feedback (forme et contenu) il souhaite et nous nous y conformons;
  - Nous lui donnons un feedback à propos des résultats du BelRAI;
  - Nous lui donnons un feedback à propos des résultats des interventions choisies;
- Expliquez et précisez comment ce feedback est donné: (max 100 mots)

*Insérez du texte ici*

### Question 8 : les différents types de réunions

#### **8.1. Les réunions organisées autour de l'organisation des soins délivrés au bénéficiaire ou à son aidant informel**

(au sujet d'une personne particulière, par exemple, réalisation d'un plan de soins, problèmes communicationnels avec une famille en particulier, ...)

---

##### **Réunion 1**

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*
3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

##### **Réunion 2**

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*
3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

##### **Réunion 3**

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*

3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

*(S'il y a davantage de réunions de ce type, merci de les ajouter ici)*

Avez-vous des **commentaires** particuliers pour ces types de réunion ? Si oui, expliquez

*Insérez du texte ici*

## 8.2. Les réunions de coordination et d'échanges d'informations entre professionnels travaillant au sein du projet

(Il s'agit, par exemple, de réunions d'organisation autour de la réalisation des horaires professionnels, de l'élaboration de plans de soins pour un groupe de personnes âgées, ...)

### Réunion 1

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*
3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

### Réunion 2

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*
3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

### Réunion 3

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*
3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

(S'il y a davantage de réunions de ce type, merci de les ajouter ici)

*(S'il y a davantage de réunions de ce type, merci de les ajouter ici)*

Avez-vous des **commentaires** particuliers pour ces types de réunion ? Si oui, expliquez

*Insérez du texte ici*

---

### 8.3. Les réunions « stratégiques », organisées pour le fonctionnement du projet

(comité de pilotage, réunions de comité de direction, avec les partenaires, etc., ...)

#### Réunion 1

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*
3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

#### Réunion 2

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*
3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

#### Réunion 3

1. Intitulé de la réunion: *Insérez du texte ici*
2. Fréquence de la réunion (par semaine, par mois, par année): *Insérez du texte ici*
3. Thème de la réunion : *Insérez du texte ici*
4. Durée de la réunion : *Insérez du texte ici*
5. Où cette réunion se déroule-t-elle? *Insérez du texte ici*
6. Profil des participants à la réunion: *Insérez du texte ici*
7. Les participants perçoivent-ils un défraiement pour leur participation?  
 Non  Oui ; combien ? *Insérez du texte ici*
8. Qui prend le leadership de la réunion ? Veuillez inscrire ici son profil et sa fonction au sein du projet (10 mots): *Insérez du texte ici*
9. A quelle organisation appartient-elle/il? *Insérez du texte ici*
10. Un compte-rendu de la réunion est-il réalisé?  
 Non  Oui ; auprès de qui est-il diffusé ?

(S'il y a davantage de réunions de ce type, merci de les ajouter ici)

Avez-vous des **commentaires** particuliers pour ces types de réunion ? Si oui, expliquez

*Insérez du texte ici*

### Question 9 Formations du personnel

---

Quelles sont les formations (en interne et en externe) que votre projet offre aux prestataires ?

#### Formation 1: Intitulé de la formation 1

Contenu de la formation:

*Insérez du texte ici*

Comment cette formation contribue-t-elle à l'amélioration de l'intégration des soins pour le bénéficiaire?: *Insérez du texte ici*

Profil des prestataires qui ont suivi cette formation: *Insérez du texte ici*

#### Formation 2: Intitulé de la formation 2

Contenu de la formation:

*Insérez du texte ici*

Comment cette formation contribue-t-elle à l'amélioration de l'intégration des soins pour le bénéficiaire?: *Insérez du texte ici*

Profil des prestataires qui ont suivi cette formation:

*Insérez du texte ici*

(Au cas où davantage de formations sont organisées et suivies, merci de faire des copier/coller ici, en complétant)

Nous vous remercions vivement d'avoir complété ce questionnaire.

Merci de le renvoyer avant le **1<sup>er</sup> décembre 2016** par courriel à l'adresse suivante :

Contact: Thérèse Van Durme

Courriel : [therese.vandurme@uclouvain.be](mailto:therese.vandurme@uclouvain.be)

Téléphone: 02/764 33 25

---

## Appendix 8. Yearly questionnaire sent to the projects (Dutch version – November 2016)

---

Beste projectcoördinator,

Dit is de jaarlijkse vragenlijst waarmee de wetenschappelijke equipe, zoals beschreven in het KB van 22 augustus 2013, het functioneren en de evolutie van uw project beter tracht te begrijpen.

Deze vragenlijst is gericht op **het functioneren** van uw project en **wat er veranderd is in uw project sinds de bevraging in december 2015**. Hierdoor willen we beter kunnen begrijpen in welke mate de diensten die door uw project worden aangeboden innovatief zijn en er belang bij hebben om in de toekomst structureel gefinancierd te worden. Wij vragen u dan ook om zo pragmatisch mogelijk te beschrijven hoe uw project momenteel functioneert.

Indien nodig mag u antwoordmogelijkheden of extra uitleg toevoegen bij een vraag, ook op plaatsen waar niet Klik hier om tekst in te voeren staat.

Om contact met u te kunnen opnemen in geval van onduidelijke antwoorden, vragen wij u uw naam en uw telefoonnummer op te geven, samen met een tijdstip waar we u vlot kunnen bereiken. Onze contactgegevens vindt u op het einde van de vragenlijst.

**Gelieve de ingevulde vragenlijst ten laatste tegen 1 december 2016 naar ons terug te sturen.**

Wij blijven tot uw beschikking voor eventuele vragen en danken u van harte voor uw waardevolle medewerking.

In naam van het Protocol 3 team,

Maja Lopez Hartmann, Sibyl Anthierens & Roy Remmen (UA)

Thérèse Van Durme, Sophie Cès, Anne-Sophie Lambert, Déborah Flusin & Jean Macq (UCL)

Johanna Mello & Anja Declerq (KUL)



## Algemene info

Wat is de naam van uw project? : Klik hier om tekst in te voeren

Wat is het RIZIV-nummer van uw project (begint met 75...) 75

Wat is uw naam? Klik hier om tekst in te voeren

Sinds wanneer werkt u voor het project? Klik hier om tekst in te voeren

Welke functie heeft u in het project? Klik hier om tekst in te voeren

Wat is uw hoogst behaalde diploma? Klik hier om tekst in te voeren

Wat is uw telefoonnummer? Klik hier om tekst in te voeren en op welke weekdays en welk moment van de dag bent u telefonisch best te bereiken? Klik hier om tekst in te voeren

Vul hier de datum in waarop u deze vragenlijst invult: Klik hier om tekst in te voeren

---

## Opmerking

Wanneer we spreken over het project, start van het project,... bedoelen we het project in de huidige, eventueel gewijzigde, vorm zoals goedgekeurd in de tweede oproep.

*Vraag 1: Promotie*

Hoe maakt u momenteel nog verder reclame voor het project (*zie opmerking hierboven*)? (Max 100 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

*Vraag 2: De dienstverlening in uw project*

**(zoals u het heeft beschreven in het Excel bestand van het RIZIV in September 2016)**

**2.1.** Heeft u **moeilijkheden** ondervonden bij de verdere implementatie van de dienstverlening ?

Nee

Ja, leg uit (max 100 woorden) Klik hier om tekst in te voeren

---

**2.2.** Is de aangeboden dienstverlening **aangepast** sinds december 2015?

Nee

Ja, leg uit (max 200 woorden) : Klik hier om tekst in te voeren

---

**2.3.** De dienstverlening bestaat uit: (*meerdere antwoorden zijn mogelijk*)

Case management

Psychologische ondersteuning:

! Indien uw project ook psychologische ondersteuning aanbiedt, gelieve vraag 3 en subvragen op de volgende 2 pagina's te laten invullen door een hulpverlener die de psychologische ondersteuning verleent.

Ergotherapie

Nachtzorg

Klik hier om tekst in te voeren

---

**3. Psychologische ondersteuning** (deze reeks vragen dient enkel ingevuld te worden door projecten die zelf psychologische ondersteuning aanbieden)

**Opmerking**

*Als er sinds de vorige vragenlijst (december 2015) niets is veranderd in de verlening van psychologische begeleiding, kan u het onderstaande hokje aanvinken en verdergaan naar vraag 4.*

- Ik bevestig dat de gegevens zoals ingevuld in de vragenlijst van december 2015 nog steeds actueel zijn.

**3.1. Wie verleent er allemaal psychologische ondersteuning in het project?**

| Hulpverlener | Functie               | Diploma en relevante bijkomende opleidingen  |
|--------------|-----------------------|--|
| 1            | <i>Vb. psycholoog</i> | <i>Vb. Master in de klinische psychologie; psychoanalytische psychotherapie, mindfulnesstraining</i> |
| 2            |                       |  |
| 3            |                       |  |
| ...          |                       |  |

**3.2. Wie is de doelgroep van de psychologische ondersteuning? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- Ouderen  
 Mantelzorgers  
 Andere: specificeer: Klik hier om tekst in te voeren

**3.3. Hoe wordt de psychologische ondersteuning voorgesteld aan de oudere en/of mantelzorger? (door wie; waar wordt aandacht aan besteed tijdens het gesprek, enz.)**  
Klik hier om tekst in te voeren

**3.4. Door wie wordt de psychologische ondersteuning meestal aangevraagd? (bijv. huisarts, collega uit eigen organisatie, enz.)**  
Klik hier om tekst in te voeren

**3.5. Waaraan wordt, door de hulpverleners die psychologische ondersteuning bieden, gewerkt bij de ouders in het project? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- Rouw, verlies  
 Rolverandering  
 Zingeving  
 Eenzaamheid  
 Angst  
 Depressie  
 Cognitieve problemen, dementie  
 Verslaving  
 Persoonlijkheidsproblemen  
 Ander: Klik hier om tekst in te voeren

**3.6. Waaraan wordt, door de hulpverleners die psychologische ondersteuning bieden, gewerkt bij de mantelzorgers in het project? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- Rouw, verlies  
 Rolverandering  
 Zingeving

- Eenzaamheid
- Angst
- Depressie
- Cognitieve problemen, dementie
- Verslaving
- Persoonlijkheidsproblemen
- Ander: Klik hier om tekst in te voeren

**3.7. Waaraan wordt, door de hulpverleners die psychologische ondersteuning bieden, gewerkt bij de andere doelgroep in het project (zie vraag 3.4.2.)? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- Rouw, verlies
- Rolverandering
- Zingeving
- Eenzaamheid
- Angst
- Depressie
- Cognitieve problemen, dementie
- Verslaving
- Persoonlijkheidsproblemen
- Ander: Klik hier om tekst in te voeren

**3.8. Wat wordt er zelf aangeboden en waarvoor wordt er doorverwezen naar een CGG:**

|   | Wordt in het project aangeboden | Hiervoor wordt doorverwezen naar een CGG |
|---|---------------------------------|--|
| Psychoanalyse                                       |                                 |  |
| Cliëntgerichte (experientiële) therapie             |                                 |  |
| Systeemtherapie                                     |                                 |  |
| Cognitieve gedragstherapie                          |                                 |  |
| Mediatieve therapie                                 |                                 |  |
| Reminiscentietherapie                               |                                 |  |
| Life review   |                                 |  |
| Counseling  |                                 |  |
| Sociale ondersteuning                               |                                 |  |
| Ander: Klik hier om tekst in te voeren              |                                 |  |
| <b>Opmerkingen:</b> Klik hier om tekst in te voeren |                                 |  |

**3.9. Hoe verloopt een eerste sessie met een nieuwe cliënt; oudere of mantelzorgers? (intake, neuropsychologisch onderzoek, exploratie zorgvraag, ...)**  
Klik hier om tekst in te voeren

**3.10. Hoe verloopt een sessie met anderen? (indien van toepassing, zie vraag 3.4.2.)**  
Klik hier om tekst in te voeren

**3.11. Zijn er ouderen of mantelzorgers die psychologische ondersteuning weigeren? Waarom? Hoe ga je daarmee om?**  
Klik hier om tekst in te voeren

**3.12. Wat is de gemiddelde duur van een psychologische ondersteuning van een oudere of mantelzorgers? (in weken of maanden, aantal sessies,...) en hoe wordt dit bepaald?**

Klik hier om tekst in te voeren

**3.13. De psychologische ondersteuning gebeurt**

- Individueel (thuis)
- In groep (in een ziekenhuis, WZC, enz.)

Opmerkingen: Klik hier om tekst in te voeren

**3.14. Wat is volgens u de meerwaarde van psychologische ondersteuning aan ouderen en/of hun mantelzorgers in een thuissituatie om institutionalisering uit te stellen of te voorkomen? Klik hier om tekst in te voeren**

#### Vraag 4: De cliënten van uw project

---

**4.1.** Welk type cliënt heeft het meeste baat bij uw project? *(voor sommige projecten kunnen dit meerdere types cliënten zijn)*? (max 100 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

#### 4.2 Is het type cliënt veranderd sinds de start van het project?

Nee

Ja, leg uit

Klik hier om tekst in te voeren

---

**4.3.** Heeft u **moeilijkheden** gehad om het **vooropgestelde aantal cliënten per jaar** te halen?

Nee, we hebben het vooropgestelde aantal gehaald.

Nee, maar we hebben het vooropgestelde aantal overschreden.

➤ Had dit overschrijden een gevolg voor het functioneren van uw project? Leg uit hoe uw project is omgegaan met deze overschrijding van het aantal cliënten (max 150 woorden).

Klik hier om tekst in te voeren

Ja, het aantal is niet of moeilijk bereikt.

➤ Leg uit welke problemen je hebt ondervonden (max 150 woorden).

Klik hier om tekst in te voeren

---

Vraag 5: De partners<sup>39</sup> van uw project

**5.1. Veranderingen m.b.t. de samenstelling, inhoud of de vorm van het partnerschap**  
(organisaties, instellingen,...)

**5.1.1.** Zijn er partners die het project **verlaten** hebben sinds december 2015?

Nee

Ja, volgende partner(s) heeft/hebben het project verlaten:

**Partner 1:** Klik hier om tekst in te voeren

Geef de **reden** aan waarom deze partner het project verlaten heeft (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

**Partner 2:** Klik hier om tekst in te voeren

Geef de **reden** aan waarom deze partner het project verlaten heeft (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

**Partner 3:** Klik hier om tekst in te voeren

Geef de **reden** aan waarom deze partner het project verlaten heeft (max 50 woorden) Klik hier om tekst in te voeren

---

**5.1.2.** Zijn er partners die **nieuw in het project zijn gestapt** sinds december 2015?

Nee

Ja, volgende partner(s) is/zijn in het project gestapt:

**Partner 1:** Klik hier om tekst in te voeren

Geef hier zijn **taak** in het project aan (max 50 woorden) Klik hier om tekst in te voeren

**Partner 2:** Klik hier om tekst in te voeren

Geef hier zijn **taak** in het project aan (max 50 woorden) Klik hier om tekst in te voeren

**Partner 3:** Klik hier om tekst in te voeren

Geef hier zijn **taak** in het project aan (max 50 woorden) Klik hier om tekst in te voeren

---

**5.1.3.** Zijn er partners die de **inhoud van het partnerschap** hebben gewijzigd sinds december 2015 (verandering van de rollen en taken e.d., ...)?

Nee, de partners werken op dezelfde manier mee als bij de start voorzien was.

Ja, volgende partners hebben hun inbreng gewijzigd:

**Partner 1:** Klik hier om tekst in te voeren

Gelieve aan te geven in welke mate deze medewerking **veranderd** is (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

**Partner 2:** Klik hier om tekst in te voeren

Gelieve aan te geven in welke mate deze medewerking **veranderd** is (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

**Partner 3:** Klik hier om tekst in te voeren

Gelieve aan te geven in welke mate deze medewerking **veranderd** is (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

---

<sup>39</sup> “Partner”: dienst, groepering of instelling voor verzorging, hulp- of dienstverlening, inclusief de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT), die bij de tenlasteneming van de ouderen betrokken is. Met het oog op de verwezenlijking van een project kunnen verschillende partners zich hierbij aansluiten en onderling een samenwerkingsakkoord sluiten. De partners moeten de overeenkomst bedoeld in artikel 2 met het Verzekeringscomité sluiten. (KB 2 juli 2009)

Vraag 6: De deelnemers<sup>40</sup> (werken samen met het project, maar hebben de conventie niet ondertekend)

**6.1. Wijziging m.b.t. de samenstelling, inhoud of de vorm van de deelnemers.**

**6.1.1.** Zijn er deelnemers die uw project **verlaten** hebben, sinds december 2015?

Nee

Ja, volgende deelnemers hebben het project verlaten:

**Deelnemer 1** :Klik hier om tekst in te voeren

Geef de **reden** aan waarom deze deelnemer het project verlaten heeft (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

**Deelnemer 2** : Klik hier om tekst in te voeren

Geef de **reden** aan waarom deze deelnemer het project verlaten heeft (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

**Deelnemer 3** : Klik hier om tekst in te voeren

Geef de **reden** aan waarom deze deelnemer het project verlaten heeft (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

---

**6.1.2.** Zijn er deelnemers die **nieuw in het project zijn gestapt**, sinds december 2015?

Nee

Ja, volgende deelnemers zijn in het project gestapt:

**Deelnemer 1** : Klik hier om tekst in te voeren

Geef hier zijn **taak** in het project aan (max 50 woorden) Klik hier om tekst in te voeren

**Deelnemer 2** : Klik hier om tekst in te voeren

Geef hier zijn **taak** in het project aan (max 50 woorden ) Klik hier om tekst in te voeren

**Deelnemer 3** : Klik hier om tekst in te voeren

Geef hier zijn **taak** in het project aan (max 50 woorden) Klik hier om tekst in te voeren

---

**6.1.3.** Zijn er deelnemers die de **inhoud van de samenwerking** hebben gewijzigd, sinds december 2015 (wijzigingen m.b.t. de rol-en taakindeling, enz.) ?

Nee, het project werkt op dezelfde manier met de deelnemers als bij de opstart.

Ja, volgende deelnemers hebben hun samenwerkingsverband gewijzigd:

**Deelnemer 1** : Klik hier om tekst in te voeren

Gelieve aan te geven in welke mate deze medewerking **veranderd** is (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

**Deelnemer 2** : Klik hier om tekst in te voeren

Gelieve aan te geven in welke mate deze medewerking **veranderd** is (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

**Deelnemer 3** : Klik hier om tekst in te voeren

Gelieve aan te geven in welke mate deze medewerking **veranderd** is (max 50 woorden)

Klik hier om tekst in te voeren

---

<sup>40</sup> "Andere deelnemers": andere diensten, groepering van professionele hulpverleners en/of personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de tenlasteneming van de oudere die in het project is opgenomen. (KB 2 juli 2009)



Voor de volgende vragen maken wij hier het onderscheid tussen 3 activiteitsniveaus.

(1) De organisatie van activiteiten die verband houden met de zorgverlening aan cliënten (oudere en/of mantelzorger)

(2) De organisatie van interacties tussen de verschillende hulpverleners die betrokken zijn in het eigen project (bijv. de organisatie van uurroosters)

(3) De organisatie van interacties tussen het project en zijn omgeving (andere organisaties, andere diensten, overheden,...)

Vraag 7: De organisatie van activiteiten die verband houden met de zorgverlening aan cliënten

#### Opmerking

Als er sinds december 2015 niets is veranderd in de organisatie van activiteiten die verband houden met de zorgverlening aan cliënten, moet vraag 7 niet volledig worden ingevuld. Vul dan enkel vragen 7.13, 7.14 en 7.15 in.

- De zorgverlening is onveranderd sinds de vorige vragenlijst in december 2015 en ik ga verder naar vraag 7.13, 7.14 en 7.15.
- De zorgverlening is veranderd sinds de vorige vragenlijst in december 2015 en ik vul alle subvragen van vraag 7 hieronder in.

#### 7.1. Screening: Wie neemt deel aan de initiële screening voor complexiteit bij een individuele cliënt? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Oudere zelf
- Mantelzorger
- Case manager
- Huisarts
- Andere arts(en), welke: Klik hier om tekst in te voeren
- Verpleegkundige
- Psycholoog, psychotherapeut
- Ergotherapeut
- Maatschappelijk werker
- Zorgkundige, verzorgende
- Administratief medewerker
- Andere(n), welke: Klik hier om tekst in te voeren

#### 7.2. Inclusie: Wie in het project bepaalt of een oudere in aanmerking komt voor inclusie in het project?

Profiel en functie (vb. profiel = maatschappelijk werker; functie = case manager)

Klik hier om tekst in te voeren

#### 7.3. Assessment: Wie voert het globaal geriatrisch assessment uit met BelRAI? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Case manager
- Huisarts
- Andere arts(en), welke: Klik hier om tekst in te voeren
- Verpleegkundige

- Psycholoog, psychotherapeut
  - Ergotherapeut
  - Maatschappelijk werker
  - Zorgkundige, verzorgende
  - Administratief medewerker
  - Andere(n), welke: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.4. Zorgplan: Wie neemt deel aan de opmaak van een zorgplan voor een individuele cliënt?**

*(meerdere antwoorden zijn mogelijk)*

- Oudere zelf
  - Mantelzorger
  - Case manager
  - Huisarts
  - Andere arts(en), welke: Klik hier om tekst in te voeren
  - Verpleegkundige
  - Psycholoog, psychotherapeut
  - Ergotherapeut
  - Maatschappelijk werker
  - Zorgkundige, verzorgende
  - Administratief medewerker
  - Andere(n), welke: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.5 Zorgplan: Gebruikt u BelRAI resultaten (CAPs en andere schalen) om de zorg voor de cliënt te plannen** (en niet enkel voor wetenschappelijke dataverzameling)?

- Ja, er worden BelRAI resultaten gebruikt in de zorgplanning.
    - Wat vindt u hierbij nuttig? Klik hier om tekst in te voeren
    - Hoe kiest u de resultaten die het meest relevant zijn voor de cliënt? Klik hier om tekst in te voeren
  - Nee, leg uit waarom: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.6 Zorgplan: Gebruikt u evidence-based multidisciplinaire protocollen om de zorg voor de cliënt te plannen?**

- Ja, er worden **evidence-based protocollen** gebruikt in de zorgplanning.
    - Wat vindt u hierbij nuttig? Klik hier om tekst in te voeren
  - Nee, leg uit waarom: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.7. Zorgcoördinatie: Wie neemt deel aan de coördinatie van een zorgplan voor een individuele cliënt?** *(meerdere antwoorden zijn mogelijk)*

- Oudere zelf
- Mantelzorger
- Case manager
- Huisarts
- Andere arts(en), welke: Klik hier om tekst in te voeren
- Verpleegkundige

- Psycholoog, psychotherapeut
  - Ergotherapeut
  - Maatschappelijk werker
  - Zorgkundige, verzorgende
  - Administratief medewerker
  - Andere(n), welke: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.8. Kan de cliënt indien nodig 24u/24 en 7d/7 iemand in het project telefonisch bereiken?**

- Ja. Indien ja, wie?
    - Case manager
    - Andere(n): Klik hier om tekst in te voeren
  - Nee, leg uit waarom: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.9. Zorgcoördinatie: Welke hulpmiddelen gebruikt uw project om de organisatie van de zorg te coördineren rond de individuele cliënt? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- Vergaderingen
  - Verslagen van vergaderingen
  - Communicatieschriftje (bij de cliënt thuis)
  - Papieren versie van het patiëntendossier
  - Elektronische versie van het patiëntendossier
  - Zorgplan
    - Unidisciplinair? Welk? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
    - Multidisciplinair? Welk? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
  - Telefoon of e-mail
  - BelRAI
  - Een ander globaal geriatrisch assessment? Welk? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
  - Zorgcoördinatie software. Welk? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
  - Ander? Welk? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.10. Zorgcoördinatie: Toegankelijkheid van het elektronisch patiëntendossier.**

Wie binnen het project heeft toegang tot het elektronisch patiëntendossier?

- Met schrijfrechten: Klik hier om tekst in te voeren
- Zonder schrijfrechten: Klik hier om tekst in te voeren

Wie buiten het project heeft toegang tot het elektronisch patiëntendossier?

- Met schrijfrechten: Klik hier om tekst in te voeren
  - Zonder schrijfrechten: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.11. Zorgplan: Wie neemt deel aan de opvolging, evaluatie en bijsturing van een zorgplan voor een individuele cliënt? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- Oudere zelf
- Mantelzorger
- Case manager
- Huisarts
- Andere arts(en), welke: Klik hier om tekst in te voeren
- Verpleegkundige
- Psycholoog, psychotherapeut
- Ergotherapeut

- Maatschappelijk werker
  - Zorgkundige, verzorgende
  - Administratief medewerker
  - Andere(n), welke: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.12. Zorgplan: Opvolging, evaluatie en bijsturing van het zorgplan.**

- Hoe **dikwijls** gebeurt dit (gemiddeld)? Klik hier om tekst in te voeren
  - Gebeurt deze opvolging
    - Bij de cliënt thuis?
    - Per telefoon?
  - Wie is hiervoor **verantwoordelijk**? Klik hier om tekst in te voeren
  - Hoe **verloopt** de opvolging, evaluatie en bijsturing van het zorgplan in de praktijk?  
Leg uit : (max 100 woorden) Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.13.** Wat is voor u het **belangrijkste hulpmiddel** voor de organisatie van de zorg rond de individuele cliënt?

Klik hier om tekst in te voeren

---

**7.14.** Wat **mist** u nu nog, dat volgens u de organisatie van de zorg rond de individuele cliënt zou verbeteren?

Klik hier om tekst in te voeren

---

**7.15.** Bestaat er een **document waarin de rollen en/of functies** van de verschillende hulpverleners **beschreven worden?** (Wie doet wat, voor welke cliënt)?

- Nee
  - Ja
- 

**7.16. De huisarts van de cliënt en andere hulpverleners.**

**7.16.1.** Werkt de **huisarts** van de cliënt samen met het project?

- Ja (meestal wel), leg uit op welke manier: Klik hier om tekst in te voeren
  - Nee (meestal niet), leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.16.2.** Wat hebt u gedaan om de **huisarts aan te moedigen tot medewerking**?

- We hebben de huisarts geïnformeerd per brief, e-mail, folders,...
  - We zijn bij de huisarts op bezoek geweest
  - We hebben de huisarts er op gewezen dat er een nomenclatuurnummer bestaat voor deelname aan multidisciplinair overleg
  - Het project heeft een financiële bijdrage voorzien voor de huisarts van de cliënt
  - Niets.
    - Indien uw project niets heeft ondernomen om de huisarts aan te moedigen tot medewerking. Leg uit waarom (max 100 woorden).  
Klik hier om tekst in te voeren
- 

**7.16.3.** Welke **feedback** geeft u aan de **huisarts** van de cliënt?

- Wij vragen hem welke soort feedback (vorm en inhoud) hij wenst en volgen zijn wensen op;
  - Wij geven feedback over de resultaten van de BelRAI;
  - We geven feedback over de resultaten van de gekozen interventies;
- Leg uit en geef aan hoe deze feedback gebeurt: (max 100 woorden)  
Klik hier om tekst in te voeren

---

**7.16.4.** Werken de **bestaande hulpverleners** van de cliënt samen met het project? (*hulpverleners die reeds bij de cliënt komen maar die geen deel uitmaken van het project*)

- Ja (meestal wel), leg uit op welke manier: Klik hier om tekst in te voeren
- Nee (meestal niet), leg uit: Klik hier om tekst in te voeren

---

**7.16.5.** Wat hebt u gedaan om de **hulpverleners aan te moedigen tot medewerking?**

- We hebben de hulpverleners geïnformeerd per brief, e-mail, folders,...
- We zijn bij hen op bezoek geweest
- We hebben de hulpverleners er op gewezen dat er een nomenclatuurnummer bestaat voor deelname aan multidisciplinair overleg
- Het project heeft een financiële bijdrage voorzien voor de hulpverleners van de cliënt
- Niets.
  - Indien uw project niets heeft ondernomen om de hulpverleners aan te moedigen tot medewerking. Leg uit waarom (max 100 woorden).  
Klik hier om tekst in te voeren

---

**7.16.6.** Welke **feedback** geeft u aan **de hulpverleners** die bij de cliënt komen maar die geen deel uitmaken van het project?

- Wij vragen hen welke soort feedback (vorm en inhoud) hij wenst en volgen zijn wensen op;
  - Wij geven feedback over de resultaten van de BelRAI;
  - We geven feedback over de resultaten van de gekozen interventies;
- Leg uit en geef aan hoe deze feedback gebeurt: (max 100 woorden) Klik hier om tekst in te voeren
-

*Vraag 8: De organisatie van interacties tussen de verschillende hulpverleners die betrokken zijn in het eigen project (bijv. de organisatie van uurroosters).*

**8.1.** Wie **beheert** de uurroosters, werkplanning van het personeel in het project? Leg uit:

Klik hier om tekst in te voeren

**8.2.** Welke **communicatie- en coördinatiehulpmiddelen** gebruikt u om samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de personeelsleden onderling in het project te garanderen?

- Vergaderingen
- Verslagen van vergaderingen
- Communicatieschriftje (bij de cliënt thuis)
- Papieren versie van het patiëntendossier
- Elektronische versie van het patiëntendossier
- Zorgplan: Welk? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
- Telefoon of e-mail
- BelRAI
- Software voor uurroosters. Welke? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
- Andere, leg uit : Klik hier om tekst in te voeren

**8.3.** Wat gebruikt u voor de registratie van uw cliënten?

- Een dossier (papier of elektronisch) waarin enkel basisgegevens zoals de naam, administratieve gegevens en de diagnose staan.
- Een software die toelaat de zorg te organiseren
- Een software die toelaat de zorg te organiseren en die automatische herinneringen genereert met betrekking tot de organisatie van de zorg
  - Deze herinneringen:
    - hebben enkel betrekking op de aanwezigheid van de cliënt in het project, maar beschrijven niet welke zorgnood hij heeft
    - beschrijven de zorgnood van de cliënt
    - beschrijven de zorgnood van de cliënt op basis van een algoritme waarvan de resultaten gebaseerd zijn op een globale geriatrische evaluatie (BelRAI of andere)
- Geen van deze antwoordmogelijkheden. Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren

**8.4.** Wat is voor u het **belangrijkste hulpmiddel** om de interacties tussen verschillende personeelsleden onderling in het project te coördineren?

Klik hier om tekst in te voeren

**8.5.** Wat **mist** u nog, dat volgens u de coördinatie van de interacties tussen personeelsleden onderling in het project zou kunnen verbeteren?

Klik hier om tekst in te voeren

Vraag 9 : De organisatie van interacties tussen het project en zijn omgeving (andere organisaties, andere diensten, overheden,...).

9.1. Wie neemt deel aan het nemen van **beslissingen rond de strategische organisatie** van het project zelf? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Directie van partnerorganisaties. Welke? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren
- Vertegenwoordigers van partners en/of deelnemers. Welke? Klik hier om tekst in te voeren
- Coördinator(en) van het project
- Andere? Welke? Leg uit: Klik hier om tekst in te voeren

**9.2.** Welke organisatie beheert de **financiën** van het project?  
Klik hier om tekst in te voeren

**9.3.** Hoe doet u aan **zelfevaluatie van het project**?  
Klik hier om tekst in te voeren

**9.3.1.** Gebruikt u **kwaliteitsindicatoren of prestatie indicatoren** bij de zelfevaluatie van uw project?

Nee

Ja, we gebruiken kwaliteitsindicatoren of prestatie indicatoren.

➤ Welke? Klik hier om tekst in te voeren

**9.3.2.** Wat doet u met de **resultaten** van de zelfevaluatie?

Klik hier om tekst in te voeren

**9.4.** Wat is voor u het **belangrijkste hulpmiddel** voor de strategische organisatie van het project zelf?

Klik hier om tekst in te voeren

**9.5.** Wat **mist** u nu nog, dat volgens u de strategische organisatie van het project zelf zou verbeteren? Klik hier om tekst in te voeren



## Vraag 10: De verschillende soorten vergaderingen

**10.1. De vergaderingen rond de organisatie van de zorgverlening voor de individuele cliënt** (oudere en/of mantelzorger) Bijv. opmaken van een individueel zorgplan, problemen m.b.t. de communicatie met een familielid, ... .

---

### Vergadering 1:

11. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
12. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
13. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
14. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
15. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
16. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
17. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee  
 Ja: hoeveel? Klik hier om tekst in te voeren
18. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
19. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?  
 Nee  
 Ja: Zo ja, wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

### Vergadering 2:

1. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
2. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
3. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
4. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
5. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
6. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
7. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee  
 Ja: hoeveel? Klik hier om tekst in te voeren
8. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
9. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?  
 Nee  
 Ja:, wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

### Vergadering 3:

1. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
2. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
3. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
4. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
5. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
6. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
7. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee

- Ja: hoeveel? Klik hier om tekst in te voeren
- 8. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
- 9. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?
  - Nee
  - Ja: wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

(Indien meer vergaderingen, graag bovenstaande vragen kopiëren)

Wilt u nog **opmerkingen** toevoegen m.b.t. dit soort vergaderingen? Zo ja, leg uit:  
Klik hier om tekst in te voeren

**10.2.** De vergaderingen met betrekking tot **de interactie tussen verschillende professionelen onderling binnen het project**. Bijv. vergaderingen met collega-hulpverleners rond het plannen van professionele uurroosters, opmaken van een zorgplan voor een groep ouderen, ...

---

**Vergadering 1:**

1. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
2. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
3. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
4. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
5. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
6. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
7. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee  
 Ja: hoeveel? Klik hier om tekst in te voeren
8. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
9. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?  
 Nee  
 Ja: wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

**Vergadering 2:**

1. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
2. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
3. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
4. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
5. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
6. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
7. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee  
 Ja: hoeveel? Klik hier om tekst in te voeren
8. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
9. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?
10.  Nee
11.  Ja: wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

**Vergadering 3:**

1. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
2. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
3. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
4. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
5. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
6. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
7. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee  
 Ja: hoeveel? Klik hier om tekst in te voeren

8. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
9. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?
  - Nee
  - Ja: wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

(Indien meer vergaderingen, graag bovenstaande vragen kopiëren)

Wilt u nog **opmerkingen** toevoegen m.b.t. dit soort vergaderingen? Zo ja, leg uit:  
Klik hier om tekst in te voeren

---

**10.3.** Vergaderingen over de **strategische organisatie** van het project zelf (stuurgroep, directie-comité, met partners, enz., ...)

---

**Vergadering 1:**

1. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
2. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
3. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
4. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
5. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
6. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
7. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee  
 Ja: Klik hier om tekst in te voeren
8. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
9. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?  
 Nee  
 Ja: Zo ja, wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

**Vergadering 2:**

1. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
2. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
3. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
4. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
5. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
6. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
7. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee  
 Ja: hoeveel? Klik hier om tekst in te voeren
8. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
9. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?  
 Nee  
 Ja: wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

**Vergadering 3:**

1. Naam van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
2. Frequentie van de vergadering (aantal keren per week, per maand, per jaar): Klik hier om tekst in te voeren
3. Thema van de vergadering; Klik hier om tekst in te voeren
4. Duur van de vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
5. Waar vindt deze vergadering plaats? Klik hier om tekst in te voeren
6. Profiel van de deelnemers aan deze vergadering: Klik hier om tekst in te voeren
7. Krijgen de deelnemers een financiële vergoeding voor hun deelname?  
 Nee  
 Ja: hoeveel? Klik hier om tekst in te voeren

8. Wie neemt de leiding in deze vergadering? Vul hier haar/zijn profiel en functie in het project aan (10 woorden): Klik hier om tekst in te voeren Tot welke organisatie behoort zij/hij Klik hier om tekst in te voeren
9. Wordt er een verslag van deze vergadering gemaakt?
  - Nee
  - Ja: wie ontvangt een verslag? Klik hier om tekst in te voeren

(Indien meer vergaderingen, graag bovenstaande vragen kopiëren)

Wilt u nog **opmerkingen** toevoegen m.b.t. dit soort vergaderingen? Zo ja, leg uit:  
Klik hier om tekst in te voeren

### Vraag 11: Vorming van het personeel

---

Welke **vormingsmogelijkheden** (intern en extern) heeft uw project aan de professionele hulpverleners in het project aangeboden in 2016?

#### **Vorming 1:** Naam vorming 1

1. Inhoud van de vorming:  
Klik hier om tekst in te voeren
2. Op welke manier kan de inhoud van deze vorming bijdragen tot het verbeteren van geïntegreerde zorg voor de cliënt?: Klik hier om tekst in te voeren
3. Profiel van de hulpverlener(s) die deze vorming hebben gevolgd: Klik hier om tekst in te voeren

#### **Vorming 2:** Naam vorming 2

1. Inhoud van de vorming:  
Klik hier om tekst in te voeren
2. Op welke manier kan de inhoud van deze vorming bijdragen tot het verbeteren van geïntegreerde zorg voor de cliënt?: Klik hier om tekst in te voeren
3. Profiel van de hulpverlener(s) die deze vorming hebben gevolgd:  
Klik hier om tekst in te voeren

(Indien meer vormingen, graag bovenstaande vragen kopiëren)

Van harte bedankt voor het invullen van de vragenlijst.

Gelieve deze vragenlijst uiterlijk tegen **1 december 2016** per e-mail naar volgend e-mailadres te sturen:

Contactpersoon: Maja Lopez Hartmann

[maja.lopezhartmann@uantwerpen.be](mailto:maja.lopezhartmann@uantwerpen.be)

Telefoon: 03/265 18 30

*Example 1*

**13:00 Welkom**

Welkom – mezelf voorstellen (nieuwe medewerker P3, moderator voor vandaag) - Maja en Therese 'voorstellen'

Het doel van deze intervisie is om een forum te bieden aan jullie als casemanagers van verschillende projecten om met elkaar van gedachten te wisselen over jullie praktijkervaringen.

Vandaag willen we vooral focussen op succesvolle situaties/ervaringen uit jullie eigen praktijk (de zogenaamde 'good practices'). De bedoeling is om samen te bekijken wat als goede praktijkvoering kan gezien worden in het kader van het begeleiden van ouders om die thuis wonen. We willen zowel ingaan op jullie ervaringen als bekijken hoe we die ervaringen kunnen bundelen en delen. Want de uiteindelijke doelstelling is om deze ervaringen te vertalen in fiches voor goede praktijkvoering en die gebruikt kunnen worden door alle deelnemers van de lerende gemeenschap. Hieraan zullen we het meeste tijd besteden.

Tijdens de laatste uurtje van vandaag, willen we sharepoint voorstellen, een elektronisch platform dat de uitwisseling van succesvolle ervaringen uit de praktijk te ondersteunen. We zullen we ook enkele tussentijdse resultaten presenteren waarop jullie kunnen reageren.

Rondje

Graag wil ik starten met een rondje rond jullie ervaringen rond die goede praktijkvoering en eventueel het gebruik van de fiches. In dit eerste rondje willen we graag van jullie weten of je succesvolle ervaringen bent tegengekomen en of je hier al dan niet al mee aan de slag bent gegaan om die in een fiche te zetten. Dus bedoeling is om dat heel kort te doen. Tijdens deze namiddag gaan we hier dan op een systematische manier verder op in:

1. Eerst: in detail kijken naar jullie ervaringen- hoe van probleem naar experimenteren met antwoorden hierop en hoe naar 'goede praktijkvoering)
2. Dan: Hoe gieten we dat nu in een fiche.
3. Zijn er andere dingen die jullie vandaag nog aan bod willen laten komen, dringende zaken?

**13:15 Goede praktijkvoering: wat is er al gebeurd? Wat zijn jullie ervaringen?**

- 1. Tijdens de eerste interventie zijn verschillende thema's aan bod gekomen waarover deze 'goede praktijkvoering' zou kunnen over gaan:**

- Wat wordt er door de projecten met de resultaten van de BelRAI gedaan?
- Hoe kan de betrokkenheid van andere partners in de zorg verhoogd worden ?
- Welke instrumenten zijn het meest geschikt voor de doorstroming van informatie tussen de zorgpartners onderling? Voor welke informatie? Met welke garantie en met welke beperkingen?
- Hoe kunnen we beter de juiste mensen identificeren en includeren in onze projecten?

Er zijn ook al ervaringen gedeeld. Graag wil ik samen bekijken of er projecten zijn die ervaringen die gedeeld werden, uitgetoetst hebben?



2. Ook wil ik graag samen overlopen of jullie in de tussentijd nog problemen zijn tegengekomen waar je praktische oplossingen voor gevonden hebt.
3. (Indien niet spontaan aan bod gekomen zelf vragen naar: ervaringen met het betrekken van huisartsen? Met het integreren van het project in andere activiteiten, ervaringen vanuit ouderen zelf of de mantelzorgers?

#### **14:15 Hoe kunnen we deze voorbeelden van 'goede praktijkvoering' in bruikbare fiches zetten?**

Nu we jullie ervaringen gehoord hebben, willen we graag samen met jullie kijken hoe we die ervaringen nu heel concreet in de fiches voor goede medische praktijkvorming kunnen vertalen.

1. Meer specifiek willen we graag van jullie weten welke ondersteuning jullie nodig hebben. Hoe kunnen we helpen?
2. Zijn er al fiches klaar, in opstart? Eventueel op basis van 1 voorbeeld concreet overlopen hoe dit tot stand kwam, waar nog problemen zijn, hulp nodig is.

#### **15:00 KOFFIEPAUZE**

#### **15:20 Fiches goede praktijkvoering: Inventaris wie rond wat wil werken tegen wanneer.**

1. Graag willen we ook een lijst maken van wie rond welk thema werkt/wil werken en graag krijgen we ook een zicht op de timing hiervan.

#### **16:00 Voorstelling van sharepoint**

Thérèse

#### **16:15 Resultaten van de kwantitatieve studie: voorstelling en discussie**

Johanna

#### **16:45 Afsluiten**

Samenvatten

Afspraken

Vragen?

Bedanken.

15:00 – 16:45 Focusgroep

*Herhalen dat wat hier gezegd wordt enkel door de moderator en wetenschappelijke equipe gaat gehoord worden en dat gegevens anoniem gaan verwerkt worden in het rapport. Mondeling consent vragen.*

De bedoeling van de learning communities was om projecten te kans te bieden om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Hiervoor hadden we interviews, werd een site/forum aangemaakt (Sharepoint en Google sites) en zijn er ook fiches voor goede praktijk gemaakt en ter beschikking gesteld.

In het groepsgesprek dat we nu gaan voeren, willen we graag van jullie weten hoe je dat ervaren hebt. Er zijn geen goede of foute antwoorden, alle feedback is welkom.

1. In het algemeen, hoe hebben jullie de activiteiten van de lerende gemeenschap ervaren?
  - Iets aan gehad voor de praktijk? Meerwaarde voor de praktijk? Wat nam/neem je ervan mee voor de praktijk?
  - Heeft het invloed gehad op je visie op je eigen werk? Op welke manier?
  - Andere dingen die je ervan meeneemt?
2. Wat verwachtte je en op welke manier kwam dat overeen met wat aangeboden werd?
  - a. Op welke manier zijn jullie verwachtingen over de lerende gemeenschap al dan niet ingelost?
  - b. Hebben jullie nieuwe kennis opgebouwd en hoe/welke? Was het voor jullie duidelijk dat één van de doelstellingen van de lerende gemeenschap was om samen nieuwe kennis op te bouwen?
3. Nu willen we graag wat concreter ingaan op de verschillende onderdelen.
  - a. Er waren verschillende interviews, gespreid over een kleine 2 jaren. Hebben (en hoe) jullie tussendoor teruggedacht, dingen gebruikt vanuit de interviews.
    - i. Hadden jullie de mogelijkheid om te reflecteren over de discussies?
    - ii. Welke zaken hebben jullie eventueel uit de interview meegenomen naar jullie project? Wat hebben jullie daarmee gedaan? Op welke manier hebben jullie eventueel informatie verspreid naar collega's? (
    - iii. Hoe verliep het contact tussen de verschillende projecten tussen de interviews (was er contact, naar aanleiding van interviews, reeds bestaand overleg,...)?

- iv. Hoe zag/zie je je rol als case manager in het intervisiegebeuren? Was het een meerwaarde voor jou? Zie je het als een onderdeel van je rol als case-manager om deel te nemen aan die intervisies? Gesteund vanuit de organisatie?
- b. Uiteindelijk (na heel wat moeilijkheden) is er een google site gemaakt met informatie en fiches voor goede praktijkvoering. Uit de enquête leerden we dat.....

We willen nu graag concreet dieper ingaan op hoe jullie dit gebruikt hebben.

- i. Informatie: wat mee gedaan?
  - ii. Fiches: zelf gemaakt – drempels?
    - 1. Gebruikt? Hoe? Hoe hebben ze u geholpen?
    - 2. Niet gebruikt: bepaalde reden? Welke?
4. Tot slot willen we nog even stilstaan bij de toekomst. Stel dat we een ondersteuning zouden kunnen aanbieden aan case-managers in de toekomst, wat zou je dan graag als ondersteuning krijgen en hoe?
- a. Wat zou je dat zeker behouden van het huidige aanbod (waar heb je het meest aan gehad)?
  - b. Wat zou je eerder niet behouden (niet zo nuttig om case-managers te ondersteunen)?
  - c. Wat zou je toevoegen/veranderen?
  - d. *(als beperkte middelen: wat dan zeker laten?)*
5. Dit waren de vragen/topics die wij voorbereid hadden. Zijn er nog andere zaken die jullie willen inbrengen die nog niet aan bod zijn gekomen? Welke?

Bedankt voor jullie feedback en medewerking.

Succes!

Laatste vragen?

Bedanken.

## Scénario dernière intervention pour les professionnels des projets Protocole 3

\*\*\*Prévoir un document sur lequel les participants peuvent inscrire leur nom et le projet dans lequel ils travaillent.

### **13:00 Accueil et mot de bienvenue**

Bienvenue à cette quatrième (et dernière) intervention francophone de la Communauté d'apprentissage des professionnels travaillant au sein des projets Protocole 3.

#### **Ordre du jour**

Au cours de cette intervention, nous aimerions, après vous avoir laissé un moment pour des informations diverses, organiser les échanges de cette après-midi autour de deux thématiques :

- **Jusqu'à la pause**, nous aimerions revenir avec vous sur un sujet qui a été évoqué à plusieurs reprises au cours des interventions précédentes, mais auquel nous n'avons peut-être pas accordé suffisamment d'importance: « **Quelles sont les conditions pour pouvoir exercer la fonction de case manager et combiner le rôle de représentant ou d'avocat du patient avec celui de personne-relai auprès des autres intervenants ou partenaires ?** »

L'objectif étant, à l'issue de cette discussion, de pouvoir émettre des recommandations : Quelles sont les conditions préalables pour exercer ce rôle ? Quels sont les freins ou les pièges ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider ? Etc.

Sur base de nos échanges, nous essaierons de produire une fiche de bonnes pratiques sur cette thématique

- **Après la pause**, nous aimerions profiter de cette dernière rencontre pour faire le bilan de ce qui a été fait... échanger avec vous à propos des interventions, des fiches de bonnes pratiques et de la communauté d'apprentissage dans son ensemble. Comme vous le savez, l'expérimentation des projets Protocole 3 arrive prochainement à échéance, et nous aimerions entendre votre point de vue et expériences à ce propos.

### **13:05 -> 13:30 Tour de table**

- (*Quoi de neuf docteur ?*) Mais avant cela, nous aimerions vous donner un peu de temps pour échanger et diffuser entre vous des informations ou aborder des questions que vous voudriez soumettre aux autres membres de la communauté...
- Si certains d'entre vous ont une expérience positive à partager, c'est aussi le bon moment pour en faire part...

**13:30 -> 14:45 Discussion de groupe autour du rôle de case manager comme représentant du patient**

-> Demander le consentement des participants à l'enregistrement de l'interview

*Le but visé est que vous échangiez entre vous à propos de vos expériences de case manager à partir de situations et d'expériences concrètes. Pour bien cerner la question, nous avons envisagé une série de questions plus spécifiques :*

1. *Pour vous, est-ce évident de jouer ce rôle ? Vous sentez-vous à l'aise dans ce rôle de représentant ou d'avocat de vos patients ?*
2. *De quoi avez-vous besoin pour pouvoir être un bon représentant de votre patient ? Laisser les participants parler et amorcer la discussion.... Être attentif aux aspects suivants évoqués :*
  - a. *Caractéristiques individuelles (compétences,...)*
  - b. *Éléments extérieurs (organisations, patient, MG, autres partenaires,...)*
3. *Quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir exercer votre mandat de case manager : donc être à la fois le représentant du patient et le relai auprès des autres partenaires / intervenants autour du patient ?*
  - a. *De la part du patient*
  - b. *De la part du MG et des autres intervenants*
  - c. *De la part de l'organisation où vous travaillez*

-> Pour le modérateur :

**1. Chercher à obtenir les informations suivantes**

- *Description très concrète de courtes situations*
- *Qu'est-ce qui marche bien ?*
- *Qui est à l'origine de cela/(s'en occupait) de quoi ?*
- *Qu'est-ce qui a généré cela ?*

**2. Chercher à ce que chaque participant s'exprime**

*Demander aux participants de faire part de suggestions de leur propre expérience, de situations concrètes auxquelles ils ont été confrontés et des solutions qu'ils ont trouvées*

**3. Pour aller plus loin...**

*Qu'est-ce qui, de tout cela, pourrait être traduit en conseils / bonnes pratiques ?*

**14:45 – 15:00 PAUSE CAFE**

**15:00 – 16:45 FOCUS GROUP EVALUATION DE LA COMMUNAUTE**

-> Rappeler que tout ce qui est dit ici sera anonymisé dans le rapport.

-> Demander le consentement oral des participants.

*Pour rappel : " Le but visé par cette Communauté d'apprentissage était d'offrir une forme de soutien à l'exercice de la fonction de case managers au sein des projets P3 faisant l'objet d'une évaluation scientifique, et cela à travers la création d'un espace d'échange vous permettant d'apprendre les uns des autres en partageant entre vous des bonnes et des mauvaises expériences.*

*C'est, du moins, de cette manière que nous avons pensé combler le manque de soutien à la nouvelle fonction de case manager qui était apparue comme un véritable besoin à travers l'évaluation des projets du premier appel. C'est pour cela que nous avons mis en place différents outils : organisé ces interventions, créé les deux plateformes d'échange de documents (Google share et Sharepoint), le forum et les fiches de bonnes pratiques ou de bonnes idées...*

*A ce jour, une dizaine de « fiches de bonnes pratiques » ont été élaborées et mises en accès direct sur celles-ci...*

*A travers la discussion de groupe que nous allons avoir maintenant, nous aimerions savoir ce que vous avez retiré de cette expérience. Il n'y a bien entendu pas de bonnes ou de mauvaises réponses, tout retour est le bienvenu.*

6. *De manière générale, qu'est-ce que vous pensez de cette communauté d'apprentissage ?*

- D'après vous, est-ce une plus-value pour le fonctionnement des projets protocole 3 ? Si oui, laquelle ?
- Est-ce que de pouvoir ainsi échanger avec d'autres professionnels travaillant au sein d'autres projets a influencé la vision que vous aviez de votre propre travail ? De quelle manière ?
- En avez-vous retiré quelque chose au niveau pratique ?
- D'autres choses que vous en auriez retirées ?

7. *Qu'est-ce que vous attendiez de cette Communauté d'apprentissage et de quelle manière vos attentes ont-elles été satisfaites ?*

- a. Était-ce pour vous évident que l'un des buts de la Communauté d'apprentissage était de produire ensemble de nouvelles connaissances ?

8. *Nous voudrions maintenant aborder avec vous la manière dont nous avons mis en place la Communauté d'Apprentissage...*

- a. Commençons par **les interventions** proprement dites... Nous en avons organisé quatre en un peu moins de deux ans... Nous aimerions savoir si elles vous ont été utiles ?
  - i. Avez-vous eu l'occasion de mettre en pratique certaines choses apprises au cours de ces interventions ?
  - ii. Avez-vous eu l'occasion de faire part ou de discuter avec des collègues de choses apprises ou entendues lors des interventions ?

- iii. Est-ce que ces interventions ont suscité des échanges entre vous en dehors de ces rencontres ? Est-ce qu'elles ont changé quelque chose au niveau des relations entre vos projets respectifs ?
  - iv. Est-ce que, pour vous, ces interventions ont-elles été une forme de soutien pour votre rôle de case manager ? Une forme de soutien de la part de votre organisation ?
- b. *Par rapport aux sites d'échanges Google et Sharepoint... Vos réponses à petit sondage nous ont appris que ... (quoi, au fait ??). Nous aimerions en savoir un peu plus sur la manière dont vous avez utilisé ces outils.*
- i. Problèmes d'accès ou non ?
  - ii. Quels documents avez-vous téléchargé ? en quoi ceux-ci vous ont-ils été utiles ?
  - iii. A propos des fiches de bonnes pratiques?
    - 1. Lesquelles avez-vous téléchargées ?
    - 2. Vous ont-elles été utiles ? Si oui, en quoi ? Comment avez-vous traduit ce qu'elles contenaient en pratiques concrètes ?
    - 3. Pourquoi n'en avez-vous pas utilisé ?
9. *Enfin, supposons que nous puissions offrir dans le futur une forme de soutien limitée (parce que les moyens sont limités) aux professionnels exerçant ce rôle de case managers... Sur quoi devrait porter ce soutien et sous quelle forme ?*
- a. Qu'est-ce que vous garderiez de sa forme actuelle (et que vous considérez donc comme utile) ?
  - b. Qu'est-ce que vous supprimeriez (parce qu'inutile de votre point de vue) ?
  - c. Qu'est-ce que vous adapteriez/transformeriez (parce que pas adapté dans sa forme actuelle) ?
10. *Par rapport aux questions et sujets que nous avons abordés à propos de la Communauté d'apprentissage, y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordé et que vous voudriez aborder ?*

|                      |
|----------------------|
| <b>16:45 Clôture</b> |
|----------------------|

Points d'accord:

- Les fiches de bonnes pratiques: sont déposées sur google sites et Sharepoint – nous en enverrons la liste avec le résumé des interventions
- Fin janvier 2017: questionnaire à propos des communautés de pratiques
- Appel à consulter et utiliser les fiches!

Questions ?

Remerciements.