

**Aanbevelingen in verband met de verderzetting van interventies
op basis van de evaluatie van projecten in Protocol 3**



Versie 18.08.2017

Inhoudstafel

1.	Inleiding	2
2.	De toegangspoorten om personen te identificeren die in aanmerking komen voor de interventies en de randvoorwaarden voor samenwerking tussen professionals en organisaties.....	3
3.	Diagnose van de behoeften op basis van de eigenschappen van de populatie of hun levensloop	4
4.	De interventies aan huis, de indicaties, kosten en effecten	5
4.1	Casemanagement door een professionele casemanager	5
4.1.1	Wat?	5
4.1.2	Wat kost de interventie?	7
4.1.3	Wanneer? Voor wie?	7
4.1.4	Wat zijn de geobserveerde effecten?	9
4.2	Psychologische ondersteuning	12
4.2.1	Wat?	12
4.2.2	De kostprijs van de interventie.....	12
4.2.3	Wanneer? Voor wie?	12
4.2.4	Wat zijn de geobserveerde effecten?	13
4.3	Interventies met ergotherapie	15
4.3.1	Wat?	15
4.3.2	Wat kost de interventie?	15
4.3.3	Wanneer? Voor wie?	15
4.3.4	Wat zijn de geobserveerde effecten?	16
5.	Discussie op basis van de geobserveerde resultaten	18
6.	Conclusie.....	19
7.	Lijst met tabellen en figuur.....	19

1. Inleiding

De geëvalueerde interventies van Protocol 3 hebben betrekking op kwetsbare ouderen boven de 60 jaar. Kwetsbare ouderen hebben een verschillende levensloop en zorgtrajecten, waardoor zij deze interventies mogelijk nodig kunnen hebben. Deze evaluatie laat toe om de kritische momenten in het traject te identificeren, maar ook de juiste doelgroep met hun behoeften aan zorg en ondersteuning te omschrijven. Hierbij werd gebruik gemaakt van de BelRAI en de klinische beoordeling van de belangrijkste zorgprofessionals.

Om de opeenvolgende stappen (identificeren – behoefteanalyse – de interventie uitrollen) optimaal op elkaar te laten aansluiten is er een goede samenwerking nodig tussen de verschillende organisaties (bijvoorbeeld ziekenhuis, thuisverpleging en thuiszorg) of tussen de verschillende zorgverstrekkers (bijvoorbeeld de huisarts, verpleegkundige, de casemanager). De samenwerking tussen de instanties (interorganisationeel) en de verschillende beroepen (interdisciplinair) zijn essentieel voor een geïntegreerd zorgaanbod.

Dit synthese document werd opgemaakt op vraag van de leden van het wetenschappelijk begeleidingscomité van 16 juni 2017 en sluit aan op de andere documenten die al overhandigd werden (Geïntegreerd rapport, rapport van de kwantitatieve analyse en rapport van de implementatie-analyse). Het heeft als doel aanbevelingen te formuleren voor de structurele financiering van bepaalde interventies, die bij een omschreven doelgroep een meerwaarde bieden op het gebied van uitstellen van definitieve institutionalisering, levenskwaliteit, zorglast voor de mantelzorger en kosten, op basis van een wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten. Het document is onderverdeeld in drie delen: (a) de ingangspoort voor de identificatie van de cliënten, (b) de analyse van de behoeften en (c) de interventies met hun indicaties, de kosten van de projecten en de effecten van de projecten. Voor dit laatste werden alleen de significante resultaten weergegeven. Voor meer details zijn de meer gedetailleerde rapporten beschikbaar. De informatie die hier beschreven staat wordt ook samengevat onder de vorm van een algoritme die terug te vinden is aan het einde van dit document (Figuur 1).

2. De toegangspoorten om personen te identificeren die in aanmerking komen voor de interventies en de randvoorwaarden voor samenwerking tussen professionals en organisaties

Er bestaan vier verschillende toegangspoorten om kwetsbare ouderen te identificeren die baat kunnen hebben bij een interventie: het ziekenhuis (en in het bijzonder om het ontslag naar huis voor te bereiden), kortverblijf in de woonzorgcentra, de verpleegkundige thuiszorg (bij een verslechtering van de situatie) of tijdens zorg of zorgondersteuning door andere thuiszorg actoren (wij denken hier meer bepaald aan eerstelijnssteams met een huisarts).

Om een goede identificatie te kunnen uitvoeren is het nodig dat alle actoren in het veld die in deze vier toegangspoorten werken, gesensibiliseerd worden en een interesse hebben voor de afhankelijkheidsproblematiek van deze ouderen (functionele beperkingen, incontinentie, cognitieve stoornissen en gedragsproblemen) en oog hebben voor de mantelzorger, om bepaalde situaties op te vangen waarbij sommige behoeften van de kwetsbare ouderen en/of mantelzorger op dit moment nog niet ingevuld worden.

Om het ziekenhuis en het kortverblijf hun rol als toegangspoort te laten vervullen zal het uiterst belangrijk zijn dat er een goede samenwerking is tussen de verschillende organisaties en de verschillende zorgverstrekkers in de thuiszorg.

Om de thuisverpleegkundigen of de eertselijnsequipes (met huisartsen) in staat te stellen om situaties op te sporen waarbij er een interventie nodig is, moeten zij over de nodige vaardigheden beschikken. Ze moeten ook de nodige tijd en de middelen hiervoor krijgen (een gedeeld dossier, een up-to-date gegevensbestand, een aangepast verloningssysteem) en de nodige contacten met het netwerk (in het bijzonder om de coördinatie en casemanagement mogelijk te maken).

Tenslotte moet de eerste lijn zicht hebben op alle kwetsbare ouderen met een onbeantwoorde en complexe zorgbehoefte, en dus een goed beeld over de hele populatie.

3. Diagnose van de behoeften op basis van de eigenschappen van de populatie of hun levensloop

De evaluatie (van de interventies) liet toe om vijf verschillende **afhankelijkheidsprofielen** in kaart te brengen, op basis van de gegevens die verzameld werden via de BelRAI-HC. Deze afhankelijkheidsprofielen komen overeen met niveaus van specifieke behoeften aan (welzijns)zorg aan huis.

- **Profiel 1:** kwetsbare ouderen met lichte beperking. Zij hebben een score van minder dan 24 op de IADL schaal (Instrumentele Activiteiten van het Dagelijkse Leven), een score minder dan 3 op de CPS (Cognitive Performance Scale) en ADL (Activiteiten van het Dagelijkse Leven) schalen.
- **Profiel 2:** kwetsbare ouderen met functionele beperkingen om IADL-activiteiten uit te voeren en met een lichte mentale beperking. Zij hebben een score gelijk aan 24 of meer op de IADL schaal en een score minder dan 3 op de CPS.
- **Profiel 3:** kwetsbare ouderen met functionele beperkingen om zowel ADL als IADL-activiteiten uit te voeren. Zij hebben een score van 24 of meer op de IADL-schaal, een score van 3 of meer op de ADL-schaal en minder of gelijk aan twee op de CPS.
- **Profiel 4:** kwetsbare ouderen met functionele beperkingen m.b.t. IADL en ADL en ernstige cognitieve problemen. Zij hebben een score van 24 of meer op de IADL-schaal en een score van 3 of meer op de CPS.
- **Profiel 5:** de ouderen met functionele beperkingen m.b.t. ADL en IADL, vertonen ernstige cognitieve problemen en vertonen ook gedragsproblemen. Zij hebben een score van 24 of meer op de IADL-schaal, een score van 3 of meer op de CPS en een score van meer dan 1 voor de items met betrekking tot gedragsproblematiek¹.

Volgende **criteria** worden als belangrijk gezien bij het identificeren van de behoefte aan **casemanagement** door een professional:

- **Voor het profiel 2**
 - Progressieve en gecombineerde achteruitgang van de functionele en cognitieve toestand (die duidelijk wordt aan de hand van de diagnose van een neurodegeneratieve ziekte).
 - Acute episoden (breuken, ischemische hart- en vaatziekten, enz.), met een tijdelijke functionele (en cognitieve) achteruitgang, die duidelijk wordt door een ziekenhuisopname in de twee maanden voorafgaand aan de inclusie in de Protocol 3 projecten.
- **Voor profielen 3,4 en 5**
 - De aanwezigheid van een adequaat netwerk rond de kwetsbare oudere. Dit netwerk (onafhankelijk van de Protocol 3 projecten) verleent zowel informele als professionele zorg.

Volgende **criteria** worden als belangrijk gezien bij het identificeren van de behoefte aan **psychologische** ondersteuning door een psycholoog:

- **Voor het profiel 2,3,4 en 5**
 - Problemen om zorg te aanvaarden (geïdentificeerd door een variabele in de BelRAI-HC).
 - Een zware waargenomen zorglast bij de mantelzorger (geïdentificeerd door een score van 10 of meer op de schaal voor de zorglast van Zarit (Zarit Burden Inventory met 12 items)

¹ De gedragsproblemen zijn de volgende: ronddwalen, of verbale agressie, of fysieke agressie, sociaal onaangepast gedrag (bijv. maakte storende geluiden, lawaai, gilte, smeerde/gooide met eten/feces, hamsterde, snuffelde in andermans spullen), of seksueel onaangepast gedrag. Merk op: het weigeren van zorg, of medische behandelingen worden niet gezien als gedragsproblemen.

4. De interventies aan huis, de indicaties, kosten en effecten

Drie types van interventies worden aanbevolen: casemanagement in de thuissituatie, ergotherapie in de thuissituatie, en de psychologische ondersteuning (door een psycholoog) in eigen huis² van de kwetsbare oudere.

4.1 Casemanagement door een professionele casemanager³

4.1.1 Wat?

Elke persoon met chronische aandoeningen, zoals deze doelgroep van kwetsbare ouderen, kan geconfronteerd worden met de complexiteit van zorg, die door verschillende zorgverleners wordt geboden, om hun dagelijks leven, hun behandelingen, hun omgeving, enz.... te organiseren. Enkel een klein deel van deze populatie (5%) zal casemanagement door een professionele casemanager nodig hebben, namelijk als de autonomie van de oudere, om beslissingen te nemen, onvoldoende is of het (in) formele netwerk niet meer in staat is om deze situatie te beheren. Deze vorm van casemanagement door een aangewezen professional zal plaats vinden gedurende een periode van **zes maanden**. Na deze periode is het nodig om de relevantie en de noodzaak van dit type interventie te evalueren. Dit document beschrijft alleen dit type casemanagement.

Naast het opstellen van het zorgplan (met een centrale rol voor de zorgcoördinator) moet de casemanager

- in staat zijn om een eerste inschatting te maken van de situatie die per definitie complex is, en dit precies aan te passen aan de behoeften en wensen van de oudere. Voor de kwetsbare ouderen moet deze casemanager dus een **geriatische oppuntstelling kunnen organiseren** met de verschillende disciplines, gebruikmakend van de BelRAI-HC.
- de uitrol van het zorgplan al dan niet intensief begeleiden en opvolgen in een situatie waarbij de kwetsbare oudere en zijn mantelzorgers een beperkte autonomie heeft (dit is een **leidinggevende rol over een netwerk van zorg en hulp rond de kwetsbare oudere** in samenwerking met de huisarts).
- tijdens het proces nagaan of de zorgen en de hulp afgestemd zijn op de behoeften en de wensen van de oudere (rol van 'advocaat'⁴) en zijn mantelzorgers⁵. Een **strikte opvolging** is hier belangrijk. Deze rol kan afgevaardigd worden aan een andere zorgprofessional als dit goed is afgesproken tussen de verschillende partijen.

Twee eigenschappen onderscheiden de functie van de casemanager van die van de zorgcoördinator t: (1) de doelgroep (ouderen met onvoldoende autonomie om beslissingen te nemen) en (2) de proactieve functie van de casemanager, die de situatie systematisch zal onderzoeken, aan de hand van een *gevalideerd* tool.

De identificatie van de nood aan casemanagement door een aangewezen professional kan door eenieder in het netwerk gebeuren. Indien mogelijk zal (a) de beslissing om over te gaan tot een professioneel casemanagement door het netwerk gebeuren en (b) kan de oudere zelf de casemanager kiezen. De criteria om over te gaan naar professioneel casemanagement later worden beschreven (zie *Wanneer? Voor wie?*):

² Het effect van de andere interventies die door het Protocol 3 werden gefinancierd (in dagverzorgingscentra, nachtzorg, respijtzorg, leveren van medicatie en alternatieve woningen) werden beschreven in het evaluatierapport van de projecten van de eerste oproep. Dit rapport is beschikbaar op aanvraag.

³ Meer details over casemanagement door een aangeduide professional is te vinden in de fiches van goede praktijkvoering in het rapport van de implementatie-analyse (p 115 in het NL; blz. 100 in het FR).

⁴ Of belangenbehartiger van de oudere, wanneer de oudere niet meer in staat is om zichzelf te vertegenwoordigen (ondanks de ondersteuning van zijn mantelzorgers).

⁵ De casemanager heeft een bijzondere aandacht voor de draagkracht van de mantelzorgers om nog verder voor de oudere te blijven zorgen, in die zin dat de mantelzorgers een risico heeft op te zware last, vooral in het geval van cognitieve problemen bij de oudere.

wanneer de BelRAI screener aangeeft dat er moet overgegaan worden tot een volledige afname van de BelRAI. Dit wordt vervolledigd door een klinische beoordeling van de leden van het netwerk, minimaal met een beoordeling van een **arts** of een **verpleegkundige**. Deze klinische beoordeling zal o.m. de volgende evaluatiepunten omvatten: (a) de autonomie, (b) de behoeften, (c) het aantal zorg- en hulpverleners die nodig is en (d) de adequaatheid en de capaciteiten van het formeel en informeel netwerk om aan de behoeften van de oudere te voorzien.

Het proces begint bij de inclusie met een **multidisciplinaire** geriatrische evaluatie door middel van de BelRAI-HC⁶ en wordt elke 6 maanden herhaald. Om de samenwerking te verzekeren tussen alle betrokken professionals, is het belangrijk dat ze allemaal meewerken aan de geriatrische evaluatie.

De evaluatie mondt uit in een **zorgplan** in samenwerking met de betrokken partijen en de kwetsbare oudere en zijn mantelzorger. Het is uiterst belangrijk om op te volgen of dit zorgplan en de uitgevoerde zorgen en diensten goed zijn afgestemd op de behoeften en de wensen van de kwetsbare oudere en zijn mantelzorger. Indien nodig moet het bijgestuurd worden.

Casemanagement is **meer dan enkel coördinatie**. In het geval van coördinatie gaat het over de chronologische organisatie van de zorg en de diensten om aan de behoeften en de wensen van de kwetsbare ouderen te voldoen, om de continuïteit (voortdoring) en de globaliteit (indeling op een gegeven moment) van de zorg te verzekeren. Het onderscheid tussen de twee werd op de vorige pagina beschreven.

In elk geval moeten de **verschillende rollen van alle betrokkenen goed omschreven zijn**. De resultaten van Protocol 3 geven aan dat de casemanager **tegelijkertijd een klinische rol kan vervullen** (bijv. hygiënische zorg of educatie door een verpleegkundige) en een rol van casemanager, voor zover deze rollen goed verduidelijkt worden voor de oudere en zijn netwerk. Een nauwe samenwerking met de huisarts van de patiënt (of eerstelijnséquipe van een eerstelijnscentrum of wijkgezondheidscentrum) is een duidelijke meerwaarde voor een efficiënt casemanagement in de thuissituatie. Deze samenwerking noodzaakt minstens een regelmatige **feedback** over de **resultaten en evaluatie** van de zorgverlening.

Om een 'ad hoc' netwerk rond de kwetsbare oudere te kunnen opzetten moet de casemanager beschikken over een aantal welomschreven competenties, die uitgebreid worden beschreven in het rapport van de implementatieanalyse (blz. 120 (NI) en blz. 106 (Fr)). Deze competenties laten toe om een persoonsgerichte benadering te kunnen uitvoeren door het bespreken van doelen, die zinvol zijn voor de oudere. In de afwezigheid van een specifieke opleiding in België, kan het een **verpleegkundige** zijn of iemand die deel uitmaakt van een team waarin ook **verpleegkundigen tewerk gesteld zijn** (bijv. een ergotherapeut, psycholoog of maatschappelijk werker), zodat zij zich samen een globaal beeld kunnen vormen van de persoon. Een goede kennis van de meest voorkomende aandoeningen bij deze populatie is een meerwaarde, alsmede het evidence-based kunnen handelen. Ook is de kennis van de **lokale sociale kaart** noodzakelijk. Deze voorwaarden (competentie en kennis van het lokaal netwerk) zorgen voor een **geloofwaardigheid** en vertrouwen bij de hulpvragers en de professionals. Deze competenties kunnen nog versterkt worden door de regelmatige deelname aan **interviews**.

Intensiteit van casemanagement

Hoge intensiteit = 3 huisbezoeken per maand (= directe zorg), met een duur van 1,5 uur, gedurende maximum 3 maanden. Daarna wordt er casemanagement met een lage intensiteit voorzien.

Lage intensiteit = 1 huisbezoek per maand van 2 uur (= directe zorg).

⁶ Of een update van deze evaluatie, indien deze al voltooid is.

De intensiteit is afhankelijk van de noden en behoeften. De **intensiteit** ervan **stijgt** als er een risico is van een **slechte afstemming** tussen de zorgvraag en het hulpaanbod, dit is vaak het geval bij het opstarten van casemanagement: bij ontslag ziekenhuis, bij problemen binnen het netwerk (formeel en informeel), bij verslechteren van de gezondheidstoestand (zowel fysisch, psychisch, sociaal, relationeel...). In dat geval kan het oplopen tot een gemiddelde frequentie van driemaal per maand gedurende een drietal opeenvolgende maanden.

Buiten de risicoperiodes waarin een afstemming waarschijnlijk is zal de intensiteit van het casemanagement lager zijn. De zorg wordt gedelegeerd naar de reguliere professionals of mantelzorgers onder toezicht van de casemanager.

4.1.2 *Wat kost de interventie?*

Casemanagement met lage intensiteit

Casemanagement met lage intensiteit is (ongeveer) 4 uur per maand, dus een huisbezoek per maand (2 uur aanwezig in de woning van de oudere; dus directe zorg, en 2 uur om de organisatie te regelen van zorg, indirecte zorg). Wij schatten het volume van indirecte zorg en directe zorg voor casemanagement op ongeveer hetzelfde volume (50%-50%). Wanneer we spreken over indirecte zorg gaat het meer concreet over bijv. het voorbereiden van de huisbezoeken, contacten met het netwerk, organisatie van de evaluatie aan de hand van BelRAI, verplaatsingen, voorbereiden en participeren aan intervisies, management bijv. statistieken van de verzorgde populatie met als doel de zelfevaluatie van eigen praktijken), de volgen en geven van opleidingen).

In het Protocol 3-project kost casemanagement met lage intensiteit maandelijks gemiddeld tussen de 88 en 254 Euro per oudere aan het RIZIV, afhankelijk van het profiel van de kwetsbare oudere⁷.

Casemanagement met hoge intensiteit

De kostprijs van casemanagement met hoge intensiteit omvat ongeveer 3 huisbezoeken per maand (2 uur over een periode van 3 maanden met een uur extra voor de organisatie). Daaropvolgend is er een periode van 3 maanden met een lage intensiteit (2 uur aan huis en twee uur om de organisatie van zorg te regelen en op te volgen).

De geobserveerde gemiddelde kost voor het RIZIV in de Protocol 3 projecten situeert zich tussen de 141 Euro en 223 Euro per persoon per maand afhankelijk van het profiel van de oudere⁸.

4.1.3 *Wanneer? Voor wie?*

Casemanagement door een professional wordt georganiseerd als dit omwille van de **complexiteit** van de organisatie van de zorg en hulp rond de kwetsbare oudere gerechtvaardigd is.

Dit gebeurt wanneer :

- de **autonomie** van de oudere en mantelzorg ontoereikend zijn;

⁷ Het kosteninterval van casemanagementprojecten van Protocol 3 met lage intensiteit was tussen 59 en 393 Euro per maand en per oudere.

⁸ Het kosteninterval van casemanagementprojecten van Protocol 3 met hoge intensiteit was tussen 108 en 347 Euro per maand en per oudere.

- als de mogelijkheden van het formele en informele netwerk niet meer in staat zijn om de zorg te organiseren voor de kwetsbare oudere.

Als men over een score van de **BelRAI screener** beschikt, zal men zien dat er nood is aan een casemanager wanneer er een volledige BelRAI-HC afgenomen moet⁹ worden bij de kwetsbare oudere. In dit geval bevelen wij aan om de evaluatie te vervolledigen aan de hand van de ZBI-12, om de zorglast van de mantelzorg in kaart te brengen¹⁰.

Op basis van de score van de BelRAI-HC of de BelRAI screener (indien lager dan de drempelwaarde) kan men volgende behoeften profielen onderscheiden:

- Voor **profiel 2**
 - Deze ouderen kunnen geholpen worden door casemanagement met lage intensiteit, als ze neurodegeneratieve problemen hebben (die aanleiding geven tot progressieve, cognitieve achteruitgang)¹¹.
 - Indien nodig (bijvoorbeeld als er nood is aan zorg die verleend wordt door meerdere zorgverleners), kan coördinatie aangewezen zijn voor de groep van ouderen zonder diagnose van neurodegeneratieve ziekte. Functionele problemen kunnen voorkomen bij tijdelijke cognitieve stoornis, bijvoorbeeld na een acuut probleem (bijvoorbeeld als gevolg van anesthesie).
- Voor de **profielen 3, 4 en 5**
 - Deze ouderen kunnen geholpen worden door casemanagement. De intensiteit zal afhankelijk zijn van het bestaan en adequaatheid van het netwerk van informele/formele zorg.
 - Wanneer het formele/ informele netwerk rond de oudere **niet adequaat** is, kan de intensiteit hoger zijn bij het begin de organisatie van de zorg, hetgeen dan een hogere intensiteit impliceert, tot de situatie gestabiliseerd is.
 - Als er een adequaate netwerk aanwezig is, kan er een casemanagement met lage intensiteit aangewezen zijn wanneer er meerdere zorgprofessionals nodig zijn voor de oudere.
- In geval van ernstige cognitieve stoornissen rijst de vraag naar de grenzen van wat mogelijk is binnen de thuiszorg, vooral wanneer de mantelzorg samenwoont met de kwetsbare oudere. Voor dit profiel, en in geval een definitieve institutionalisering de enige optie blijkt, is de rol van het casemanagement om de voorbereidingen te treffen voor een definitieve institutionalisering, zodanig dat deze overgang in de best mogelijk omstandigheden verloopt voor de oudere en zijn mantelzorg.

⁹ De complete BelRAI is noodzakelijk bij de cutoff score van 13/30 van de BelRAI screener of een score van 5/12 in de domeinen cognitie of gedragsstoornissen.

¹⁰ Wij hebben kunnen observeren dat de zorgverleners vonden dat de schaal van de zorglast erg negatief verwoord was. Tegelijkertijd vonden dezelfde zorgverleners die resultaten heel nuttig, want de scores waren de basis voor een discussie. Voor meer informatie verwijzen wij naar het implementatierapport (blz. 179).

¹¹ Bij neurodegeneratieve problemen en in afwezigheid van casemanagement moeten de mantelzorgers van bij het begin van de diagnose en op regelmatige wijze ondersteund worden door eerstelijnsprofessionals, om op een geïndividualiseerde manier begeleid te worden en moeilijkheden zo goed mogelijk op te vangen.

4.1.4 Wat zijn de geobserveerde effecten?

Noot over de resultaten die in alle volgende tabellen worden voorgesteld

‘Verbeterd/Verminderd/lager’ = de resultaten van de interventiegroep zijn significant verschillend van de resultaten van de controlegroep¹²;

‘😊’ = het verschil is significant en het is een goed resultaat;

‘Geen verandering’ = geen significant verschil geobserveerd met de controlegroep.

Voor ouderen met profiel 2

(Voor meer details, zie blz. 25 van het geïntegreerd rapport - blz. 28 in het FR)

Tabel 1. Geobserveerde resultaten voor casemanagement met **lage** intensiteit voor ouderen met profiel 2

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele status	Verbeterd	😊
	Depressieve status	Geen verandering	
	Levenskwaliteit	Verbeterd	😊
	Zorglast voor de samenwonende mantelzorger	Verhoging	
	Zorglast voor de niet-samenwonende mantelzorger	Verminderd	😊
Zorgebruik	Niet-ingevulde behoefte voor verpleegkundige zorg	Verminderd (wanneer samen met psychologische ondersteuning geleverd)	😊
	Risico op definitieve institutionalisering	Geen verandering ¹³	
	Aantal dagen thuis	Verminderd	
	Spoedopname	Verminderd (als samen of zonder ergotherapie of psychologische ondersteuning)	😊
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Geen verandering	
	Hospitalisaties	Geen verandering	
Kosten	Kosten voor deelstaten (WZC en dagverzorgingscentra)	Geen verandering	
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor de patiënt (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Verminderd	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie ¹⁴)	Geen verandering	😊

¹² Behalve voor de niet-gevulde verpleegkundige zorg (zonder controlegroep, geëvalueerd in functie van het niveau van functionele beperkingen voor ADL en incontinentie).

¹³ Dit resultaat kan verwacht worden, gezien de lage afhankelijkheidsgraad van deze populatie.

¹⁴ Bijv. het vermijden van een ziekenhuisopname kan het gevolg zijn van een interventie, maar is niet noodzakelijk het gevolg van de afhankelijkheid.

Voor ouderen met profiel 3

(Voor meer details, zie blz. 33 van het geïntegreerd rapport – blz. 35 in het FR)

Tabel 2. Geobserveerde resultaten voor casemanagement voor ouderen met profiel 3

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele status	Verbeterd	😊
	Depressieve status	Verbeterd	😊
	Levenskwaliteit	Geen verandering	
	Zorglast voor de mantelzorger	Geen verandering	
Zorgebruik	Niet-gevulde behoefte voor verpleegkundige zorg	Geen verandering	
	Risico op definitieve institutionalisering	Verhoogd ¹⁵	
	Aantal dagen thuis	Minder	
	Spoedopname	Minder	😊
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Minder	😊
	Hospitalisaties	Verhoging van de frequentie en van het percentage ¹⁶	
Kosten	Gemiddelde kosten in WZC en dagverzorgingscentra voor deelstaten	Hoger	
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Lager	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor de patiënt (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Lager	😊

Voor ouderen met profiel 4

(Voor meer details, zie blz. 42 van het geïntegreerd rapport – blz. 44 in het FR)

Tabel 3. Geobserveerde resultaten voor casemanagement voor ouderen met profiel 4

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele status	Verbeterd	😊
	Depressieve status	Verbeterd	😊
	Levenskwaliteit	Verbeterd	😊
	Zorglast voor de samenwonende mantelzorger	Verbeterd	😊
	Zorglast voor de niet-samenwonende mantelzorger	Niet veranderd	
Zorgebruik	Niet-gevulde behoefte voor verpleegkundige zorg	Verminderd	😊
	Risico op definitieve institutionalisering ¹⁷	Verhoogd	😊
	Aantal dagen thuis	Minder	😊

¹⁵ Dit resultaat is opvallend, want men zou juist kunnen verwachten dat dit profiel langer thuis kan blijven, mits gepaste ondersteuning.

¹⁶ Behalve in het geval van casemanagement zonder psychologische ondersteuning

¹⁷ Gezien het afhankelijkheidsprofiel van deze groep kan definitieve opname in een WZC aangewezen zijn; in dat geval kan casemanagement helpen om deze transitie vlotter te laten verlopen.

	Spoedopname	Minder	😊
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Verhoogd	
	Hospitalisaties	Verhoogd	
Kosten	Gemiddelde kosten in WZC voor deelstaten en	Verhoogd	
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Verminderd	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor de patiënt (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Verminderd	😊

Voor ouderen met profiel 5

(Voor meer details, zie blz. 50 van het geïntegreerd Nederlandstalige rapport – blz. 53 in het Franstalig rapport)

Tabel 4. Geobserveerde resultaten voor casemanagement voor ouderen met profiel 5

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele status	Verbeterd, maar beperkt	
	Depressieve status	Geen verandering	
	Levenskwaliteit	Geen verandering	
	Zorglast voor de samenwonende mantelzorger	Verbeterd	😊
Zorggebruik	Niet- vervulde behoefte voor verpleegkundige zorg	Verminderd	😊
	Risico op definitieve institutionalisering ¹⁸	Verhoogd	
	Aantal dagen thuis	Geen verandering	
	Spoedopname	Minder	😊
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Geen verandering	
	Hospitalisaties	Geen verandering	
Kosten	Gemiddelde kost voor deelstaten (WZC en dagverzorgingscentra)	Hoger	
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Geen verandering of minder	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor de patiënt (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Geen verandering of minder	😊

¹⁸ Gezien het afhankelijkheidsprofiel van deze groep kan definitieve opname in een WZC aangewezen zijn; in dat geval kan casemanagement helpen om deze transitie vlotter te laten verlopen.

4.2 Psychologische ondersteuning

4.2.1 Wat? ¹⁹

Zoals bij casemanagement, evalueert een psycholoog aan huis van de kwetsbare oudere (a) de autonomie, (b) de behoeften (c) het aantal nodige zorgverleners en (d) de adequaatheid van het netwerk. Er dient bijzondere aandacht besteed te worden aan de psychologische gezondheidstoestand van de **mantelzorger**, die vaak de 'verborgen patiënt' is. Dit komt vooral voor in het geval dat de mantelzorger de echtgenoot is van een persoon met cognitieve beperkingen, en/of met gedragsstoornissen. De mantelzorger denkt dat de mantelzorg 'normaal' is.

De psycholoog maakt deel uit van een **multidisciplinair** team die **interviews** organiseren.

In tegenstelling tot de psychologische zorg aan jongere personen zijn er geen gestandaardiseerde aanbevelingen over de duur van de interventie bij ouderen. Een zekere flexibiliteit is nodig, waarbij in het begin van de ondersteuning intensiever is in het begin, met een gemiddelde van twee huisbezoeken per maand. Deze intensiteit kan dan verminderen, wanneer de acute situatie, die aanleiding gaf tot de interventie door een psycholoog, minder acuut wordt. De behoefte aan psychologische steun moet om de 6 maanden formeel worden herzien in overleg met het netwerk, waaronder de huisarts of met een casemanager.

Intensiteit: gemiddeld tweemaal per maand gedurende anderhalf uur, ofwel 18 uren directe zorg per 6 maanden. Deze intensiteit is hoger bij het begin van de ondersteuning.

Om een goede samenhang tussen de verschillende zorgverleners te waarborgen kan casemanagement noodzakelijk zijn bovenop de psychologische ondersteuning. Dit is dan in lage intensiteit (1 maal per maand).

Resultaten uit de kwalitatieve analyse geven aan dat sommige projecten van 'psychologische ondersteuning' deden in feite enkel aan psychologische screening (bijv. Een project met meer dan 200 patiënten met 1 VTE-psycholoog). Sommige andere projecten daarentegen boden psychologische ondersteuning aan door niet-psychologen. In deze twee gevallen werden de projecten herbenoemd tot psychologische screening.

4.2.2 De kostprijs van de interventie

De interventie met psychologische ondersteuning gebeurde door gemiddeld 2 uur, per oudere, per maand (incl. indirecte zorg). In het geval van psychologische ondersteuning bedroeg het volume indirecte zorg gemiddeld 40%, ten opzichte van 60% directe zorg. De geobserveerde kosten voor het RIZIV, bij psychologische ondersteuning in de Protocol 3-projecten situeren zich tussen de 99 en 256 Euro per persoon per maand, afhankelijk van de zorgnood en het profiel van de oudere²⁰, maar dit werd door de verschillende expertengroepen als te weinig aangegeven¹⁸. Vandaar de hogere intensiteit die wij aangeven in het kader hierboven.

4.2.3 Wanneer? Voor wie?

In de meeste gevallen is begeleiding door een **psycholoog** thuis geïnitieerd op basis van het klinisch oordeel van een arts of verpleegkundige of zelfs een casemanager (dit kan al dan niet door een expliciete zorgvraag

¹⁹ Meer details over de psychologische ondersteuning aan huis zijn te vinden in de fiches van goede praktijkvoering (implementatierapport, blz. 130 – Fr blz. 140)

²⁰ De gemiddelde maandelijkse kosten per oudere, geobserveerd binnen de Protocol 3-projecten schommelden van 99 tot 393 Euro (met twee outliers aan 443 en 596 Euro). De helft van de projecten van deze categorie kostten meer dan 179 Euro.

van de oudere of zijn mantelzorger). Deze nood dient te worden bevestigd door de psycholoog die dan de ondersteuning biedt. Het spreekt vanzelf dat de psycholoog deelneemt aan de multidisciplinaire evaluatie via de BelRAI.

De evaluatie van interventies in Protocol 3 liet toe twee specifieke situaties te herkennen waarin de psychologische ondersteuning deel van de toolkit van casemanagement zou moeten zijn:

- Als de oudere zorg weigert en vaak ook zijn afhankelijkheid ontkent;
- Als de belasting voor de mantelzorger zeer hoog is (een score van 10 of meer op de schaal van de zorglast voor de mantelzorger);

Deze specifieke situaties komen voor bij elk afhankelijkheidsprofiel maar het meest frequent wanneer er een verhoogde afhankelijkheid is.

4.2.4 Wat zijn de geobserveerde effecten?

Psychologische ondersteuning zou moeten deel uitmaken van casemanagement, vooral in het geval van weigeren van zorg (vooral in het geval van weigeren van verpleging bij incontinentie). In deze situaties observeert men vaak een behoefte aan ondersteuning voor functionele problemen, met als gevolg een verhoogde zorglast voor de mantelzorger.

Voor ouderen met profiel 3

Tabel 5. Geobserveerde resultaten voor psychologische ondersteuning voor ouderen met profiel 3

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele status	Geen verandering	
	Depressieve status <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer alleen psychologische ondersteuning wordt geboden 	Verbeterd	😊
	Levenskwaliteit wanneer alleen psychologische ondersteuning wordt geboden	Verbeterd	😊
	Zorglast voor de niet-samenwonende mantelzorger <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer alleen psychologische screening of ondersteuning wordt geboden 	Verbeterd bij 30% ²¹	😊
	Zorglast voor de samenwonende mantelzorger	Verhoging	
Zorgegebruik	Niet-ervulde behoefte voor verpleegkundige zorg <ul style="list-style-type: none"> • Bij psychologische ondersteuning met of zonder casemanagement • Bij psychologische screening met of zonder casemanagement 	Fel verminderd	😊
	Risico op definitieve institutionalisering	Geen verandering	
	Aantal dagen thuis	Geen verandering	
	Spoedopname	Geen verandering	
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Geen verandering	
	Hospitalisaties	Geen verandering	
Ko _c ⁺	Gemiddelde kost voor deelstaten (WZC en dagverzorgingscentra)	Geen verandering	

²¹Wanneer er geen percentage is, is dit 100%

	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Lager of onveranderd	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor de patiënt (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Geen duidelijke tendens	

Voor ouderen met profiel 4

Tabel 6. Geobserveerde resultaten voor psychologische ondersteuning voor ouderen met profiel 4

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele status	Geen verandering	
	Depressieve status	Geen verandering	
	Levenskwaliteit	Verbeterd	😊
	Zorglast voor de niet-samenwonende mantelzorger	Geen verandering	
Zorgebruik	Niet-vervulde behoefte voor verpleegkundige zorg	Sterk verminderd	😊
	Risico op definitieve institutionalisering	Geen verandering	
	Aantal dagen thuis	Geen verandering	
	Spoedopname	Geen verandering	
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Geen verandering	
	Hospitalisaties	Geen verandering	
Kosten	Gemiddelde kost voor deelstaten en ouderen (WZC en dagverzorgingscentra)	Geen verandering	
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Lager of geen verandering	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor de patiënt (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Lager of geen verandering	😊

Als besluit kan worden gesteld dat psychologische ondersteuning een plaats kan hebben in de toolbox van de casemanager voor ouderen met profielen 3 en 4.

4.3 Interventies met ergotherapie

4.3.1 *Wat?*²²

De interventies worden uitgevoerd door een ergotherapeut die deel uit maakt van een multidisciplinair team, waarin intervisies worden georganiseerd.

De **intensiteit** van ergotherapie kan variëren (bijvoorbeeld het kan enkel gaan over aanpassingen in huis versus een uitgebreid begeleidingsproces, educatie en opvolging). We onderscheiden interventies voor acute problemen (bijvoorbeeld na een breuk), van interventies voor neurodegeneratieve ziekten (bijv. geheugensteuntjes bij Parkinson) of chronische problemen (bijv. hemiplegie na een CVA). In alle gevallen wordt in een eerste instantie met drie huisbezoeken gewerkt, wat overeenkomt met totaal 6 uur in 6 maanden.

Wanneer de patiënt casemanagement krijgt (in lage of hoge intensiteit) zal de casemanager tijdens zijn (twee)maandelijks bezoek, zelf de interventie van de ergotherapeut evalueren, in de plaats van de ergotherapeut. Dit is nodig om overbodige interventies thuis te vermijden, en interdisciplinair overleg te bevorderen. Indien er interventies op langere termijn nodig zijn van de ergotherapeut dient dit te gebeuren tijdens een **gezamenlijke evaluatie**, met een professional van een andere discipline (bijv. verpleegkundige, arts, maatschappelijk werker of psycholoog).

De resultaten in deze studie tonen aan dat ergotherapie onvoldoende gekend is bij professionals in de thuiszorg. Gezien de positieve resultaten van deze interventie, zouden inspanningen geleverd moeten worden, om huisartsen en thuisverpleegkundigen te sensibiliseren om deze zorg voor te schrijven als er een valrisico bestaat of een risico dat de kwetsbare oudere autonomie kan verliezen, waarbij er eigenlijk ruimte is voor verbetering van de autonomie.

4.3.2 *Wat kost de interventie?*

Ergotherapie gebeurde gedurende 3 huisbezoeken van twee uur gedurende 6 maanden (directe zorg). Ook hier werd het gemiddelde aantal uren, nodig voor indirecte zorg, geschat op 40% (naast 60% directe zorg). De gemiddelde geobserveerde maandelijkse kost voor ergotherapie voor het RIZIV situeert zich tussen de 46 en 68 Euro per persoon, afhankelijk van het profiel van de oudere²³.

4.3.3 *Wanneer? Voor wie?*

De noodzaak voor een interventie met ergotherapie wordt gebaseerd op de **klinische beoordeling** van een arts of verpleegkundige of een casemanager. De resultaten van de BelRAI screener, of zeker ook de resultaten van de BelRAI-HC kunnen de ergotherapeut richting geven. Het spreekt vanzelf dat de ergotherapeut deelneemt aan de multidisciplinaire evaluatie via de BelRAI. De criteria om de klinische beoordeling te vervolledigen zijn de volgende (deze lijst is niet exhaustief):

- Een significant valrisico en/of ernstige functionele beperkingen (ADL ≥ 3 en IADL ≥ 24)
- En/of significante cognitieve problemen of beginnende cognitieve problemen in het geval van een neurodegeneratieve ziekte.

²² Meer informatie over ergotherapie aan huis is te lezen in de fiches van goede praktijkvoering in het implementatierapport blz. 150 – blz. 163 in het FR.

²³ Het niveau van de kosten situeert zich binnen een interval van kosten die geschat werd voor de verschillende ergotherapie projecten van Protocol 3. Deze variëren tussen de 21 en 147 Euro per maand, per oudere (de projecten die zich aan de extremiteiten bevinden zijn tegenvoorbeelden van wat er gefinancierd zou moeten worden).

4.3.4 Wat zijn de geobserveerde effecten?

Voor ouderen met profiel 2

Kwetsbare ouderen met IADL-beperkingen, geassocieerd met lichte cognitieve beperkingen, kunnen baat hebben bij ergotherapie. Dit kan nuttig zijn voor het verbeteren van de korte termijn IADL-scores zijn en het voorkomen van overbelasting van de mantelzorgers.

Tabel 7. Geobserveerde resultaten voor ergotherapie voor ouderen met profiel 2

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele status	Geen verandering	
	Depressieve status	Geen verandering	
	Levenskwaliteit	Verbeterd	😊
	Zorglast voor de niet-samenwonende mantelzorgers	Verbeterd	😊
Zorgegebruik	Niet-vervulde behoefte voor verpleegkundige zorg	Verminderd	😊
	Risico op definitieve institutionalisering	Geen verandering	
	Aantal dagen thuis	Geen verandering	
	Spoedopname	Geen verandering	
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Geen verandering	
	Hospitalisaties	Geen verandering	
Kosten	Gemiddelde kost voor deelstaten (WZC en dagverzorgingscentra)	Lager	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Lager	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Geen verandering	

Voor ouderen met profiel 3

Ergotherapie kan nodig zijn om aanpassingen in het huis uit te voeren en om advies te geven aan de formele en informele zorgverleners ... We observeerden volgende associaties:

Tabel 8. Geobserveerde resultaten voor ergotherapie voor ouderen met profiel 3

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele en valrisico	Verbeterd	😊
	Depressieve status	Geen verandering	
	Levenskwaliteit	Geen verandering	
	Zorglast van de samenwonende mantelzorgers	Geen verandering	
	Zorglast van de niet-samenwonende mantelzorgers	Vermindering	😊
Zorgegebruik	Niet-vervulde behoefte voor verpleegkundige zorg	Geen verandering	
	Risico op definitieve institutionalisering	Geen verandering	
	Aantal dagen thuis	Geen verandering	
	Spoedopname	Licht verminderd	😊
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Geen verandering	

	Hospitalisaties	Geen verandering	
Kosten	Gemiddelde kost voor deelstaten en ouderen (WZC en dagverzorgingscentra)	Geen verandering	
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Lager	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor de patiënt (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Geen verandering	

Voor ouderen met profiel 4

Tabel 9. Geobserveerde resultaten voor ergotherapie voor ouderen met profiel 4

	Dimensie	Resultaat	
Klinisch	Functionele status	Verbeterd	😊
	Depressieve status	Geen verandering	
	Levenskwaliteit	Geen verandering	
	Zorglast	Geen verandering	
Zorgegebruik	Niet-vervulde behoefte voor verpleegkundige zorg	Verminderd	😊
	Risico op definitieve institutionalisering	Geen verandering	
	Aantal dagen thuis	Geen verandering	
	Spoedopname	Verminderd	😊
	Consulten bij huisarts buiten de kantooruren	Geen verandering	
	Hospitalisaties	Geen verandering	
Kosten	Gemiddelde kost voor deelstaten (WZC & dagverzorgingscentra)	Geen verandering	
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor het RIZIV (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Geen verandering	😊
	Gemiddelde totale kost van terugbetaalde zorg voor de patiënt (al dan niet gerelateerd aan de afhankelijkheid of de interventie)	Geen verandering	

5. Discussie op basis van de geobserveerde resultaten

Om het document beknopt te houden worden hier slechts zes bevindingen besproken

Definitieve institutionalisering in een woon-en zorgcentrum

In antwoord op de onderzoeksvraag over het effect van de Protocol 3-interventies op de definitieve institutionalisering in een WZC -die de belangrijkste uitkomstmaat was- observeren wij gemengde resultaten, gezien er geen enkel significant verminderd risico op definitieve institutionalisering werd geobserveerd bij de kwetsbare ouderen. Gezien het niveau van kwetsbaarheid van de ouderen in de projecten, is dit wellicht niet te verwonderen. De resultaten van de kwalitatieve analyse geven evenwel aan dat, wanneer definitieve institutionalisering onvermijdelijk blijkt, gezien de (cognitieve) afhankelijkheidsgraad van de ouderen, de interventies van Protocol 3 toelaten dat de overgang van de thuissituatie naar een WZC vlotter verloopt, wat nog versterkt wordt door de resultaten op het gebied van de secundaire-, maar zeker niet minder belangrijke uitkomsten.

Levenskwaliteit van de oudere en zorglast voor de mantelzorger

Resultaten met betrekking tot secundaire outcomes tonen het positief effect aan van sommige van de drie interventies op de levenskwaliteit van de oudere en op de zorglast voor zijn voornaamste mantelzorger. Ten eerste observeren wij een **verbeterde levenskwaliteit** bij de ouderen van profiel 2 en 4 die casemanagement door een professional kregen, ongeacht de intensiteit, maar ook bij ouderen van profiel 3 die psychologische ondersteuning kregen. Ook ouderen van profiel 3 die ergotherapie kregen, zien hun levenskwaliteit verbeteren.

Ten tweede was het positief effect van casemanagement zichtbaar door een **verminderde zorglast** van mantelzorgers bij ouderen met profiel 4 en 5. Voor groep ouderen met profiel 4, wordt deze zorglast minder wanneer de mantelzorger samenwoont met de oudere. Dit is een bijzonder interessant resultaat, omdat de samenwonende mantelzorger vaak een zwaardere zorglast ervaart, ten opzichte van een niet-samenwonende mantelzorger. Voor wat betreft het positief effect van psychologische ondersteuning, werd dit enkel geobserveerd voor niet-samenwonende mantelzorgers van ouderen met profiel 3. Tenslotte werd ook voor ergotherapie een positief effect geobserveerd op de zorglast van de niet-samenwonende mantelzorgers van ouderen van het profiel 2 en 3.

Significante vermindering van spoedopname en geen significant effect op het aantal huisartsenconsulten buiten de kantooruren

Een van de meest constante positieve effecten, als gevolg van de Protocol 3-interventies, was dat de spoedopnames significant verminderden, bij bijna alle interventies. Uitzonderingen waren de interventies met psychologische ondersteuning en in het geval van ergotherapie bij ouderen met profiel 2. Aan de andere kant, zien wij dat de interventies geen effect hadden op het aantal huisartsenconsulten buiten de gebruikelijke werkuren, behalve bij de kwetsbare ouderen met profiel 3 die casemanagement met lage intensiteit kregen.

Een type zorg met een sterk toegevoegde waarde: verpleegkundige zorg wanneer dit echt nodig is

Een ander constant, positief effect werd geobserveerd op het gebied van verpleegkundige zorg, die gebruikt werd wanneer dit echt nodig bleek, namelijk bij sterk afhankelijke ouderen, die incontinent waren. Bijna alle aanbevolen interventies waren geassocieerd met een verhoging van deze echt nodige verpleegkundige hygiënische zorg, op twee uitzonderingen na. Deze uitzonderingen zijn: casemanagement en ergotherapie voor ouderen met profiel 3. Het is waarschijnlijk dat de betere afstemming van de verpleegkundige zorg bijdraagt tot het verminderen van crisissituaties, en dus onnodige spoedopnames.

6. Conclusie

Wij konden geen significante daling van definitieve institutionalisering in WZC's observeren, als gevolg van Protocol 3 interventies. Er werden wel positieve resultaten gevonden, die belangrijk zijn voor de kwaliteit van de zorg voor ouderen en hun mantelzorgers. Zelfs wanneer de randvoorwaarden voor het uitrollen van deze interventies onvolmaakt zijn, werden deze interventies toch geassocieerd met positieve resultaten. Bijgevolg is het erg waarschijnlijk dat, in geval van een verbetering van deze randvoorwaarden voor de implementatie in de toekomst, namelijk door betere incentives voor interprofessionele samenwerking en het ter beschikking stellen van gedeelde patiëntendossiers en evidence-based richtlijnen, de resultaten van deze interventies nog positiever zullen zijn.

De implementatie van deze interventie en hun resultaten zouden zorgvuldig moeten opgevolgd worden, enerzijds om hoogkwalitatieve zorg te waarborgen, ongeacht de lokale contexten, maar anderzijds ook om tijdelijk op de gevolgen van de veroudering van de bevolking in te spelen.

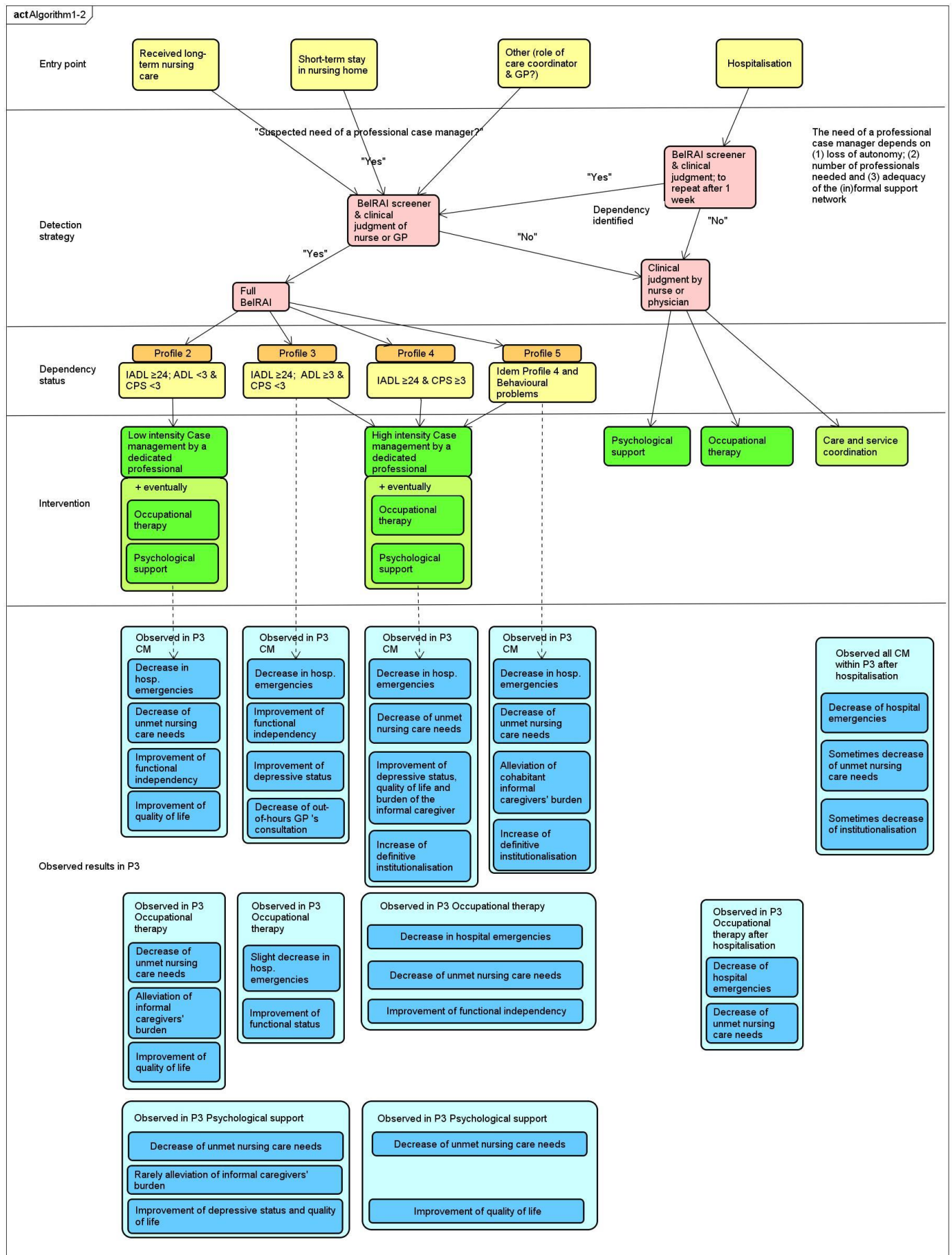
7. Lijst met tabellen en figuur

Figuur

Figuur 1. Algoritme om een interventie van Protocol 3 te kiezen voor kwetsbare ouderen volgens de verschillende toegangspoorten20

Tabellen

Tabel 1. Geobserveerde resultaten voor casemanagement met lage intensiteit voor ouderen met profiel 2 ..	9
Tabel 2. Geobserveerde resultaten voor casemanagement voor ouderen met profiel 3	10
Tabel 3. Geobserveerde resultaten voor casemanagement voor ouderen met profiel 4	10
Tabel 4. Geobserveerde resultaten voor casemanagement voor ouderen met profiel 5	11
Tabel 5. Geobserveerde resultaten voor psychologische ondersteuning voor ouderen met profiel 3	13
Tabel 6. Geobserveerde resultaten voor psychologische ondersteuning voor ouderen met profiel 4	14
Tabel 7. Geobserveerde resultaten voor ergotherapie voor ouderen met profiel 2	16
Tabel 8. Geobserveerde resultaten voor ergotherapie voor ouderen met profiel 3	16
Tabel 9. Geobserveerde resultaten voor ergotherapie voor ouderen met profiel 4	17



Figuur 2. Algoritme om een interventie van Protocol 3 te kiezen voor kwetsbare ouderen in verschillende zorgsettings