

SLIMME OPLOSSINGEN VOOR BETERE ZORG

Hoe versterk je met casemanagement
de eigen kracht van cliënt en
zorgverlener?



SLIMME PADEN VOOR
ZORG- EN DIENSTVERLENING

SLIMME OPLOSSINGEN VOOR BETERE ZORG

Hoe versterk je met casemanagement
de eigen kracht van cliënt en
zorgverlener?

UIT DE PRAKTIJK

Bij de heer Endstra is een hersentumor geconstateerd. De prognose is slecht. Als gevolg van zijn ziekte en de medicatie heeft hij lichamelijke klachten, zoals misselijkheid, gebrek aan eetlust en incontinentie. Ook psychisch gaat het niet goed met hem. Hij is depressief, angstig en verward. De heer Endstra is gescheiden en heeft geen contact meer met zijn kinderen. Hij gebruikt alcohol, zit zwaar in de schulden en verschijnt dikwijls niet op controle bij zijn arts. Mevrouw Frederiks heeft een latrelatie met de heer Endstra. Zij stond op het punt om de relatie te beëindigen, maar voelt zich nu moreel verplicht om voor hem te zorgen. Mevrouw Frederiks zit sinds kort in een rolstoel en kan in het huis van de heer Endstra nauwelijks manoeuvreren. Bovendien gedraagt de heer Endstra zich steeds agressiever. Zij wordt er radeloos van.

WAT IS ER AAN DE HAND?

De heer Endstra en mevrouw Frederiks verkeren in een uiterst moeilijke situatie. Zij kunnen nauwelijks het hoofd boven water houden. Ook is de druk op de zorg- en hulpverleners groot. De problematiek is erg complex, vraagt bijzonder veel en reikt verder dan wat ze als individuele hulpverlener voor elkaar kunnen krijgen. Wat is er voor nodig om de heer Endstra en mevrouw Frederiks bij te staan, maar ook de betrokken zorg- en hulpverleners?

Deze vraag blijkt lastig te beantwoorden. Dat komt omdat er in de praktijk een grote diversiteit is aan hulpverleners en cliëntondersteuners. Weliswaar hebben ze eenzelfde doel: de zelfredzaamheid van de cliënt helpen versterken en ondersteuning organiseren waar nodig. Maar in de uitvoering is de onduidelijkheid groot. Wie doet wat? Hoe zit het met ieders taakopvatting? Over welke competenties moet je beschikken? En hoe zit het met de financiering? Dat geldt zeker voor casemanagement, een vorm van cliëntondersteuning waarover nog veel onduidelijkheden bestaan. Er zijn concrete handvatten nodig voor de dagelijkse praktijk.

WAT DEED FRIESLAB?

Frieslab kreeg uiteenlopende casuïstiek uit Friesland aangereikt waar bij initiatiefnemers de zorgverlening aan de cliënt wilden verbeteren. Daarbij ging het steeds om zorgvormen waarin cliëntondersteuning – en casemanagement in het bijzonder – een prominente rol speelde. De initiatiefnemers wilden met die cliëntondersteuning een sluitende keten van zorg realiseren. Daarbij liepen zij tegen diverse vragen aan. Hoe komen we aan structurele financiering? En op welke wijze moeten we de ondersteuning organiseren? Zodanig dat de cliënt daar optimaal gebruik van kan maken, keuzemogelijkheden heeft en alleen ondersteund wordt waar nodig?

Frieslab ging op zoek naar een ordening van cliëntondersteuning, zodat direct ook duidelijk wordt wanneer casemanagement de meest passende vorm van ondersteuning is. Frieslab hanteerde daarbij de volgende vier uitgangspunten:

- 1 Bij cliëntondersteuning ligt de regie primair bij de klant.
- 2 Cliëntondersteuning steekt in op het laagste ondersteuningsniveau dat aansluit bij de behoefte van de klant. Niet meer, maar zeker ook niet minder.
- 3 Cliëntondersteuning sluit aan bij de hulpverleners die er al zijn.
- 4 Cliëntondersteuning kijkt naar zorgen dát in plaats van zorgen vóór.

WAT ONTDEKTE FRIESLAB?

Frieslab kwam op het spoor van een door Jos van der Lans ontwikkeld model voor het sociaal werk. Dit bleek met enige bewerking goed geschikt om meer duidelijkheid te scheppen.

Twee factoren zijn in dit model van cruciaal belang:

- 1 Wat is de regelcapaciteit van de klant?
Hierbij gaat het erom in hoeverre de klant – met hulp van zijn omgeving – in staat is om zelf de regie te voeren.
- 2 Hoe complex is de situatie waarin de cliënt zich bevindt?
Hierbij gaat het om zaken die direct voortvloeien uit de zorgbehoefte van de cliënt. Dat zijn zorginhoudelijk complexe zaken, zoals een infuuspomp thuis en complicaties als onverklaarbaar wisselende bloedwaarden, decubitus en longontsteking. Maar ook complexe organisatorische oplossingen, zoals hulpverleners en organisaties uit verschillende domeinen die de klant moeten helpen.

Wat blijkt? Alleen bij een lage regelcapaciteit van de klant en een hoge complexiteit van de zorgbehoefte, is casemanagement aan de orde. In alle andere gevallen kan worden volstaan met lichtere vormen van cliëntondersteuning.

WAT ZET JE IN WANNEER?

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat de complexiteit van de zorgvraag en de organisatorische complexiteit om daarin te voorzien, de keuze bepalen voor de best passende vorm van cliëntondersteuning. Maar wat is complex? Vier mogelijke situaties van de klant maken dit duidelijk (zie ook afbeelding).

Mogelijke klantsituaties



Klantsituatie 1

In deze denkbeeldige situatie is de zorgvraag eenvoudig en de organisatie om daarin tegemoet te komen ook. De aard van de problematiek kan variëren, zoals enkelvoudig hartfalen en beperkingen in lichamelijk functioneren. De ondersteuningsbehoefte van de klant is vrijwel nihil. De klant voert regie op eigen kracht.

De klant kan eventueel met vragen op het gebied van welzijn, wonen en zorg terecht bij een cliëntondersteuner. Daarnaast is de huisarts aan zet voor medische vragen.

Klantsituatie 2

In deze situatie gaat het om een organisatorisch complexe behoefte en een eenvoudige zorgvraag. De betrokkenheid van meerdere organisaties is nodig om goed in de behoefte van de klant te kunnen voorzien, zoals verpleging en verzorging, gezinshulp en schuldsanering. In dit geval kan de klant een beroep doen op een cliëntondersteuner. Deze heeft een voorlichtende en preventieve taak. Hij signaleert gericht, helpt de zorgvraag verhelderen en pakt de problematiek direct aan. Deze zorg en ondersteuning is nu nog een combinatie van Wmo, AWBZ en Zvw. Na overheveling van de functie begeleiding (zeer waarschijnlijk in 2013) wordt dit een zaak van de Wmo.

Klantsituatie 3

Deze situatie is organisatorisch weliswaar eenvoudig, maar de zorgvraag is complex. Een voorbeeld daarvan is een zelfstandig wonende man met diabetes die moeilijk stabiel te krijgen is door de medisch specialist. Het gaat om intensievere zorgsituaties waarin de zorg frequent moet worden bijgesteld, en waarbij het belangrijk is de situatie structureel in de gaten te houden. In deze situatie is het nodig de samenhang en afstemming in de zorg (pro)actief te organiseren voor en met de klant.

Dit heet zorgcoördinatie. In medische behandelsituaties is dat een reguliere taak van een arts. Als er sprake is van langdurende verzorging, is het de taak van bijvoorbeeld de eerstverantwoordelijke verzorgende van een verzorgingshuis of de contactpersoon van de thuiszorg. De financieringsbron is de Zvw, of in het geval van langdurig verblijf de AWBZ.

Klantsituatie 4

In deze situatie is er een complexe organisatorische situatie met een zeer complexe zorgvraag. Dat is bijvoorbeeld het geval bij een terminale kankerpatiënt met drankproblematiek en agressie, zoals de heer Endstra uit het begin van dit boekje. En het gaat bijvoorbeeld ook over mensen met dementie die lichamelijk achteruit gaan. Er zijn verschillende zorgverleners actief met meerdere eindverantwoordelijkheden. Het is niet alleen moeilijk voor de klant om hierin overzicht te houden. Ook voor de hulpverleners is het ingewikkeld, bijvoorbeeld om hun zorg en ondersteuning goed op elkaar af te stemmen. Wat er nodig is om te coördineren en af te stemmen, overstijgt de capaciteit van de klant, en van de betrokken zorgverleners! Dit behoort dan ook niet meer tot de reguliere verantwoordelijkheid. Alleen in deze situatie is casemanagement nodig. De casemanager heeft de taak om de klant te ondersteunen én om de samenhang en afstemming van de zorg en ondersteuning te organiseren.

Model als denkkader

Frieslab heeft die bevinding samengevat in onderstaand model. De zienswijze op casemanagement vindt inmiddels veel navolging. Je vindt het terug op de werkvloer van zorgorganisaties en ook binnen de beleidsuitvoering van het ministerie en de zorgverzekeraars.

Het model, dat oorspronkelijk was ontworpen op grond van de ziekte van Huntington en palliatieve zorg is nu ook vertaald naar diverse probleemgebieden zoals jeugdzorg, dementiezorg, gehandicaptenzorg en wijkzorg.

Dat het model goed werkt, heeft vooral te maken met de manier waarop het tot stand gekomen is.

Het is eerst gelanceerd als concept, waarna de zorg- en hulpverleners het vanuit hun eigen werkelijkheid kunnen helpen invullen.

Frieslab model voor casemanagement



WAT STAAT JE TE DOEN?

Gebruik het denkkader als hulpmiddel om vast te stellen welke vorm van cliëntondersteuning wanneer de voorkeur verdient. Zet casemanagement uitsluitend in wanneer sprake is van zowel een complexe zorgvraag als van een grote organisatorische complexiteit.

Wees je ook bewust van de financiering. Vaak is de financieringsgrond voor ondersteuning duidelijk. Maar bij casemanagement ontbreekt die duidelijkheid en gaat het vaak om tijdelijke gelden. Dat maakt de financiering van de case-manager problematisch. Er moet telkens opnieuw gezocht worden naar financiering om die taak voor de cliënt vervuld te krijgen.

‘Het College voor zorgverzekeringen heeft zich uitgesproken over de financiering van de case-manager. De conclusie: het gaat hier om verzekerbare zorg en dus valt de casemanager onder de Zorgverzekeringswet. Dat lijkt duidelijk, maar er is nog geen betaaltitel. Daardoor kunnen we nog

geen afspraken maken met de zorgverzekeraars. Bovendien moeten we met elke zorgverzekeraar aparte afspraken maken over de inzet van de casemanager voor onze poli voor Huntington. Dat is ondoenlijk. Met Frieslab zoeken we uit hoe dit praktischer kan. Het model helpt daarbij.’

Marleen Milder, projectleider polikliniek ziekte van Huntington en TinZ

WAT LEVERT HET OP?

Casemanagement inzetten op het juiste moment, maakt dat cliënten ook in de lastigste situaties kunnen rekenen op de nodige zorg en ondersteuning. Ook helpt het voorkomen dat zorg- en hulpverleners worden overvraagd of tekort schieten. Vooral in complexe situaties die de reguliere taakuitoefening overstijgen. Zowel de cliënt als de zorg- en hulpverlener hebben dan baat bij casemanagement.

‘Het is inherent aan de ziekte van Huntington dat patiënten agressief kunnen zijn en de behoefte aan zorg ontkennen. Daar kunnen deze mensen niets aan doen, maar voor hulpverleners is het wel lastig. Huisartsen komen bij mij met vragen over hun patiënt. Ze zijn blij als ik de

patiënt van ze overneem. Ze weten dat ik de zorg en ondersteuning zo veel mogelijk in de eigen woonomgeving van de patiënt organiseer. Ik instrueer bijvoorbeeld de reguliere fysiotherapeut hoe hij het best de patiënt met Huntington kan helpen.’

Ruth Veenhuizen, specialist ouderengeneeskunde polikliniek
ziekte van Huntington, Zorggroep Noorderbreedte

HOE ORGANISEER JE DIT ZELF?

Stel vast of casemanagement aan de orde is, of een van de andere vormen van cliëntondersteuning. Onderstaand stappenplan van Frieslab biedt je houvast en laat ook de financieringsmogelijkheden zien.

‘Ik ben gecharmeerd van het model voor casemanagement van Frieslab vanwege zijn eenvoud. Het brengt een goede ordening aan waardoor de definitie goed afgebakend wordt. Hier kunnen we mee verder.’

Jelle Boomgaardt, manager Zorgkantoor De Friesland

1

Bepaal de situatie

Stel met behulp van het model (zie afbeelding pagina 17) vast hoe het is gesteld met de complexiteit van de zorgvraag en met de organisatorische complexiteit. Van welke klantsituatie is sprake? Zo verkrijg je een eerste indicatie van wat er nodig is aan cliëntondersteuning. Let wel, het gaat om een eerste inschatting.

2

Stel vast wat de klant wil en kan

Een klant die uitstekend zelf de regie kan voeren doet normaal gesproken niet of nauwelijks een beroep op een casemanager. De klant beslist zelf over het 'invliegen' van experts. Het moet mogelijk zijn dat mensen zelf kunnen kiezen voor een casemanager of een lichtere vorm van cliëntondersteuning. Daarvoor moet je wel een goed beeld hebben van wat de klant wil en van zijn situatie. Beschikt de klant over de competenties en motivatie om zelf volledig de regie te voeren? Of heeft hij hierbij ondersteuning nodig?

3

Stel vast wat de betrokken professionals kunnen

Een arts of bijvoorbeeld verpleegkundige is eerder geneigd een casemanager in te schakelen wanneer hij zich niet in staat voelt om de klant optimaal te kunnen ondersteunen. Gebrek aan tijd of een hiaat in kennis kunnen de oorzaak zijn van deze handelingsverlegenheid. Ga daarom in gesprek met de betrokken zorgprofessionals. Een gesprek biedt meteen de mogelijkheid om vast te stellen in welke mate de professional een eventuele casemanager kent en vertrouwt. Bekendheid en vertrouwen zijn bepalend voor de bereidheid om de ondersteuning van de klant over te dragen aan een casemanager. Schort het daaraan, dan is het zaak hiervan snel werk te maken.

4

Breng de omgeving van de klant in kaart

Zoek uit in hoeverre factoren in de omgeving van de klant de eigen regie belemmeren of juist bevorderen. Ga bijvoorbeeld na of de klant kan rekenen op mantelzorg vanuit gezin, familie of buurt. Daarnaast is het belangrijk hoe de sociale kaart en de zorgkaart van de gemeente er uit zien waarin de klant woont. Als er een sluitende zorgketen of multidisciplinair overleg is, dan hoeft een casemanager minder snel ingezet te worden. Het gaat dan meer om een goede taakverdeling tussen bestaande hulpverleners dan het creëren van een nieuwe functie.

5

Zoek een oplossing voor de financiering

Met uitzondering van casemanagement is duidelijk uit welke ‘pot’ de cliëntondersteuning betaald wordt. Bij casemanagement ligt dat ingewikkelder. Momenteel wordt deze zorg gefinancierd op basis van projectgelden of tijdelijke regelingen. In de huidige situatie is de financiering deels op te lossen via de AWBZ en deels op grond van de Zvw. Is er sprake van een indicatie*? Dan kan voor de functie begeleiding een beroep worden gedaan op de AWBZ. De kans is groot dat de functie begeleiding wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. De rol van de gemeenten wordt dan groter. Ook belangrijk is de regel dat de AWBZ er alleen is voor voorzieningen die niet uit Zvw betaald kunnen worden. Casemanagement is in principe een te verzekeren prestatie waarover zorgverzekeraar en aanbieder afspraken kunnen maken. Nu moeten de partijen de financiering nog van geval tot geval regelen. Friesland heeft een pilot in voorbereiding om dit eenvoudiger te maken.

* grondslag somatiek (som), psychogeriatric (pg), psychiatrie (psy), verstandelijke handicap (vg), lichamelijke handicap (lg) of zintuiglijke handicap (zg)

6

Ruim hindernissen onderweg op

Om een sluitende keten van zorg- en hulpverlening tot stand te brengen is er specifieke aandacht nodig voor eventuele hindernissen. Zet alle mogelijke belemmeringen eens op een rij en tref de nodige maatregelen. Een belangrijke hindernis is bijvoorbeeld de concurrentieslag om de klant en ook de strijd tussen hulpverleners over wie de regievoerder is. Je ziet de discussie ook tussen medisch specialisten in het ziekenhuis die ook een taak als zorgcoördinator hebben. Zij strijden soms om het hoofdbehandelaarschap – of proberen dit juist onderling op elkaar af te schuiven. Een hindernis is ook de onduidelijkheid over schakels in de keten en welke organisatie welk stuk van de zorg en ondersteuning op zich neemt. Met andere woorden, wie doet wat? Wat eveneens hindert is als de communicatie of de ondelinge afstemming onvoldoende zijn. Wanneer communicatie en afstemming niet goed lopen, staat dat een sluitende keten en de eventuele inzet van een casemanager in de weg.

‘Wij zijn in een werkdocument regels aan het opstellen voor casemanagement dementie in de praktijk. Afgelopen week heb ik met de werkgroep casemanagers om tafel gezeten. Aanvankelijk was het moeilijk om het Frieslab-model om te zetten in ‘spelregels’. Er was weerstand: we doen het toch

goed, we verknopen toch alles heel goed? We spraken er over met elkaar en ineens viel het kwartje. Een casemanager zei: het geeft me zo’n rust om zo met mijn vak om te gaan; ik hoef niet alles, ik mag grenzen trekken en ik mag anderen uit de keten vragen.’

Dankwoord

Frieslab bedankt: bureau HHM, Gemeente Leeuwarden, Netwerk Palliatieve Zorg Noordwest Friesland, Managemens, MEE Friesland, ministerie van VWS, Palet groep, Partoer, Zorgbelang Friesland, Zorggroep Noorderbreedte.

Meer lezen?

Kijk op www.frieslab.nl. En download daar het rapport 'Casemanagement, van idee naar model'.



Colofon

Auteur: drs. S. Bouman, programmamanager Frieslab

© Frieslab 2012

Teksten overnemen uit deze uitgave is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Deze uitgave maakt deel uit van de serie Als het schuurt in de zorg. Kijk voor de andere uitgaven in deze serie op www.frieslab.nl/boekenkast.

