

frieslab



SLIMME PADEN VOOR
ZORG EN DIENSTVERLENING

Notitie Toepassing van het Frieslab model voor casemanagement
op specifieke ziekten zoals dementie



Wat doet Frieslab?

Frieslab signaleert en analyseert knelpunten in zorg en dienstverlening en zoekt ook naar oplossingen. Het gaat vooral om problemen in ketenzorg, ketenregie en de overgang tussen de wetten AWBZ, Wmo, WJZ, Zvw en Wpg.

Hoe werkt Frieslab?

Frieslab brengt experts en organisaties bij elkaar om voor deze knelpunten oplossingen te zoeken. Met de oplossingen wordt in projecten geëxperimenteerd.

Frieslab ondersteunt bij het opstarten van de projecten en bundelt de resultaten in een advies aan de staatssecretaris.

Meer info www.frieslab.nl

Frieslab
Oldehoofsterkerkhof 2
8911 DH Leeuwarden
T: 058-750 54 50
E: frieslab@leeuwarden.nl
I: www.frieslab.nl

Colofon

Drs. S. Bouman, programmamanager Frieslab

Leeuwarden, juli 2012

Inhoud

Inleiding

Zes vragen beantwoord:

1. Frieslab werkt met 4 kwadranten. Wil Frieslab 4 hulpverleners bij mensen met dementie over de vloer?
2. Wat is gespecialiseerde deskundigheid?
3. Waarom niet al een casemanager vanaf het 'niet pluis gevoel'?
4. Wie betaalt de ondersteuning volgens het Frieslab model?
5. Wij vinden informatie in een vroeg stadium erg belangrijk. Kan de casemanager dit niet doen?
6. Wat is het advies van Frieslab aan de landelijke belangenbehartigers voor mensen met dementie en hun casemanagers?

Inleiding

Frieslab lanceerde in 2011 een ordeningsidee voor casemanagement met als doel te komen tot een landelijk en universeel toepasbaar model¹. Daarin is het begrip casemanagement afgebakend. Door de afbakening ontstaat meer zicht op de financiering. Dat maakt het model helder. Het blijft echter een model. Een geschematiseerde weergave van de werkelijkheid die zich beperkt tot de hoofdlijnen. Dit brengt de kracht van een ordening met zich mee, maar heeft als zwakte dat het nuances verliest. Het model is gebaseerd op beelden en beschrijvingen van casemanagement palliatieve zorg en casemanagement bij de ziekte van Huntington. Daarnaast zijn veel gesprekken gevoerd met stakeholders als wijkverpleegkundigen, meitinkers, ouderenadviseurs, casemanagers dementie, MEE, het CVZ, ZN en het ministerie van VWS.

Inmiddels zijn we bijna een jaar verder. We deden ervaring op met het model, er is door diverse partijen gewerkt aan spelregels, de zorgstandaard dementie is gereed, er zijn rapporten verschenen (o.a. de dementiemonitor) en er is vervolgonderzoek ingezet. Het ministerie verdiept zich in verscheidene modellen die bruikbaar zijn voor de landelijke financiering van casemanagement. Immers: casemanagement is er voor meerdere ziektebeelden en voorkomen moet worden dat er een wirwar aan regelingen voor casemanagers ontstaat. In de bijlage staat een verkorte weergave van het model. Het model staat uitgebreid en met al zijn nuances beschreven in het rapport Casemanagement: van idee naar model (zie www.frieslab.nl/boekenkast).

Deze notitie beantwoordt de zes meest gestelde vragen over het Frieslab model van professionals die zijn betrokken bij de ondersteuning van mensen met dementie. Gelukkig kwamen zij naar ons toe met vragen. Want vragen kunnen we beantwoorden. Het aardige is dat de antwoorden op de vragen ook van toepassing zijn op andere ziektebeelden. De neiging van patiëntenorganisaties is om te laten zien dat de eigen ziekte op zeer belangrijke aspecten verschilt van andere ziekten en dat de problematiek van “deze ziekte” veel erger is dan van welke andere ziekte dan ook. Vanuit deze insteek worden voorzieningen en regelingen gevraagd voor deze ene specifieke ziekte. Frieslab begrijpt dat dit zo wordt ervaren en gevoeld. In de praktijk blijkt echter dat er meer overeenkomsten in ondersteuningsbehoefte zijn van mensen met verschillende ziekten, dan wordt aangenomen. Daarom wordt dementie hier als voorbeeld genoemd. Met deze notitie geven we antwoorden die ook van toepassing kunnen zijn op andere ziekten.

¹ Bouman, S., Welling, A. Casemanagement: van idee naar model. Frieslab, 2011.

Zes vragen beantwoord

1. Frieslab werkt met 4 kwadranten. Wil Frieslab 4 hulpverleners bij mensen met dementie over de vloer?

Nee, daar is Frieslab geen voorstander van. Frieslab streeft naar optimale ondersteuning bij de regievoering voor mensen vanaf de geboorte tot aan de dood, als dat (periodiek) nodig is. Dat betekent dat je heel lang met je vragen bij de vertrouwde cliëntondersteuner (omtinker, meitinker, maatwerker, ouderenadviseur) in de wijk of het dorp terecht kunt. Dit is iemand die de vraag achter de vraag verkent en vervolgens eerst oplossingen in de nabije omgeving zoekt. Dit kan in de familie zijn, in de buurt of misschien door iemand uit de zorg die georganiseerd vrijwilligerswerk wil doen. In verscheidene Frieslab projecten is hiervan de meerwaarde aangetoond². De klant was meer tevreden, had een hogere kwaliteit van leven, een betere eigen regie en de kosten waren lager.

Pas als dat nodig is wordt professionele zorg ingezet. Bij gemeenten waarin geen cliëntondersteuner is, is veelal een wijkverpleegkundige actief. Met deze persoon bouw je in de loop der jaren een band op. De ondersteuning kan permanent of incidenteel gedurende een korte periode zijn, afhankelijk van de daadwerkelijke behoefte. In het geval van dementie blijf je zo lang mogelijk bij deze persoon. Tot het moment komt dat er voor de optimale ondersteuning gespecialiseerde deskundigheid nodig is van dementie. Om zo de klant en zijn mantelzorger goed voor te bereiden op dat wat komen gaat en een crisis te voorkomen.

2. Wat is gespecialiseerde deskundigheid?

Dat is iemand die verstand heeft van - in dit geval - dementie. Maar in een ander geval kan het gaan om een verstandelijke beperking of de ziekte van Huntington. Er zijn beperkingen of ziekten die hun eigen deskundigheid vereisen in de omgang met de klant. Een cliëntondersteuner volstaat dan niet meer. Het streven is dat iemand zo lang mogelijk zelfstandig thuis kan wonen en zelf keuzes kan maken. Een specialist op het gebied van dementie kan op deze manier goede informatie geven, trainingen hoe om te gaan met dementie aanbevelen en een crisis voorkomen. Zie verder bij de volgende vraag.

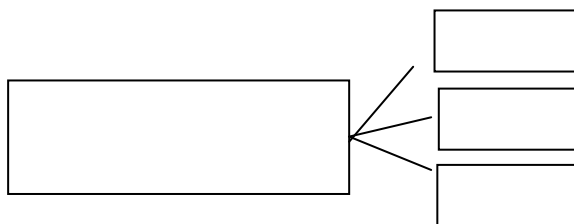
² Bouman, S., Laan, A.: Als het schuurt in de zorg. De resultaten van drie jaar Frieslab. Frieslab 2012.

3. Waarom niet al een casemanager vanaf het ‘niet pluis gevoel’?

Dat is op termijn niet te betalen, gegeven de vergrijzing en het groeiende aantal dementerenden. Door in te steken op een zo laag mogelijk ondersteuningsniveau sluit je aan bij de daadwerkelijke behoefte van de klant en houd je de kosten laag. Een integraal cliëntondersteuner zoals een meitinker kan heel veel vragen al in een vroeg stadium beantwoorden of meedenken over het hulp vragen aan vrijwilligers. De cliëntondersteuner kent ook de mantelzorger goed en kan ook inspelen op diens behoeften. Voor sommige mensen met dementie komt de casemanager dementie als vreemde binnen. Dat is nodig als de situatie zorginhoudelijk en organisatorisch complex is geworden. Idealiter heeft de gespecialiseerde deskundige al in een vroeg stadium informatie gegeven in aanvulling op de praktische ondersteuning van de cliëntondersteuner. De gespecialiseerde deskundige heeft de informatieve taken zoals die in de zorgstandaard dementie staan. Deze persoon kan op termijn en indien nodig ook de casemanager worden. Dan wissel je maar één keer van ondersteuner. Niet te vroeg en niet te laat.

Een tweede reden is dat bij inzet van casemanagement vanaf het ‘niet pluis gevoel’ dreigt dat we in Nederland een systeem krijgen van verschillende naast elkaar gefinancierde casemanagers. Het streven zou juist moeten zijn om zo lang mogelijk met één ondersteuner te kunnen werken die vragen beantwoordt en oplossingen zo dicht mogelijk bij de klant organiseert. Dat is gemakkelijker voor de cliënt en goedkoper.

Zo



In plaats van zo

	dementie
	cva
	Huntington

4. Wie betaalt de ondersteuning volgens het Frieslab model?

Integrale cliëntondersteuning valt onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid op grond van de Wmo. Gespecialiseerde deskundigheid valt na de decentralisatie van de functie Begeleiding ook onder de Wmo, maar nu nog onder de AWBZ.

Casemanagement valt volgens dit model en de duiding van het CVZ onder de Zvw³. Het is daartoe van belang dat een betaaltitel wordt vastgesteld zodat de zorgverzekeraar de functie kan inkopen.

Zorgcoördinatie valt onder de Zvw voor het medische gedeelte. Wanneer iemand intramuraal verblijft in de langdurende zorg valt het onder de AWBZ en is de eerstverantwoordelijk verzorgende de casemanager.

5. Wij vinden informatie in een vroeg stadium erg belangrijk. Kan de casemanager dit niet doen?

Het is belangrijk patiënten met dementie goed en tijdig te informeren. Het is de taak van een arts (huisarts of medisch specialist) om bij het stellen van de diagnose de patiënt en zijn directe omgeving (mantelzorgers) te informeren over de ziekte en het te verwachten ziektebeloop. Sommige artsen nemen hier geen tijd voor of doen dit niet naar volle tevredenheid van de patiënt. Er zijn ook huisartsen die een praktijkondersteuner hebben aangesteld om de zelfstandig wonende patiënten te informeren en eventueel organisatorische zaken van de arts uit handen te nemen. Patiënten zijn hier doorgaans zeer tevreden over. Dit valt onder de zogeheten verlengde arm constructie en wordt gefinancierd op grond van de Zvw. De huisarts blijft dan medisch verantwoordelijk. Een soortgelijk voorbeeld is dat van Geriant, waarbij de medisch specialist verantwoordelijk is. Geriant is een GGZ-organisatie waarin de vergoeding op basis van de DBC dementie en delier is gefinancierd.

6. Wat is het advies van Frieslab aan de landelijke belangenbehartigers voor mensen met dementie en hun casemanagers?

Het lijkt een onhaalbare kaart om te blijven hameren op een casemanager vanaf het 'niet pluis gevoel' en te blijven streven naar een totaalbudget voor casemanagement bij dementie. Het ministerie van VWS zal hiermee niet kunnen instemmen. Zodra rondom dementie een eigen budget wordt verbonden aan casemanagement, zal voor tal van andere ziekten en aandoeningen een zelfde bijzondere regeling worden gevraagd. Waardoor casemanagement onbetaalbaar en zeer complex dreigt te worden.

Wanneer de afbakening in het Frieslab model en de duiding van het CVZ op grond van de Zvw als vertrekpunt worden genomen dan zijn voldoende middelen beschikbaar om casemanagement in te zetten in de complexe gevallen. Dit is vrij snel te realiseren.

³ Willemstein, M., Berg, B. van den, Vos, R., Vet, H. de, Ostelo, R., Verkenning effectmaat voor de care sector, Amsterdam, EMGO, VU Medisch Centrum, in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), oktober 2009.

De aanvullende activiteiten die nu worden geduid onder gespecialiseerde deskundigheid vallen straks onder het gemeentelijke domein.

Deze kunnen worden meegenomen in de onderhandelingen met gemeenten die elke zorgaanbieder toch al moet doen in verband met de decentralisatie van de functie Begeleiding. Dan wordt casemanagement gefinancierd op grond van twee financieringsstromen. Dit is niet ideaal, maar wel snel te realiseren en bovendien toepasbaar voor andere ziektebeelden.



Bijlage 1. Het model in het kort

Het Frieslab model voor casemanagement is gebaseerd op een gedetailleerde analyse van het werk van de casemanager palliatieve zorg en de polikliniek voor Huntington: er wordt naar gestreefd dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen met optimale ondersteuning. Frieslab werd gevraagd de mogelijkheden voor structurele financiering te onderzoeken.

Frieslab ging aan de slag met deze ogenschijnlijk totaal verschillende ondersteuningsvormen en pelde het probleem af tot de kern. Toen bleken er vele overeenkomsten te zijn in aanpak. Uitgangspunten Frieslab:

- Sluitende keten preventie, welzijn, care, cure
- Klant heeft keuzemogelijkheden
- Wie niet zelf de regie kan voeren, krijgt hulp
- Simpel en praktisch waar kan, hoogwaardig waar nodig

Frieslab kwam op het spoor van een door Jos van der Lans⁴ ontwikkeld model voor het sociaal werk. Dit bleek met enige bewerking goed geschikt om 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?

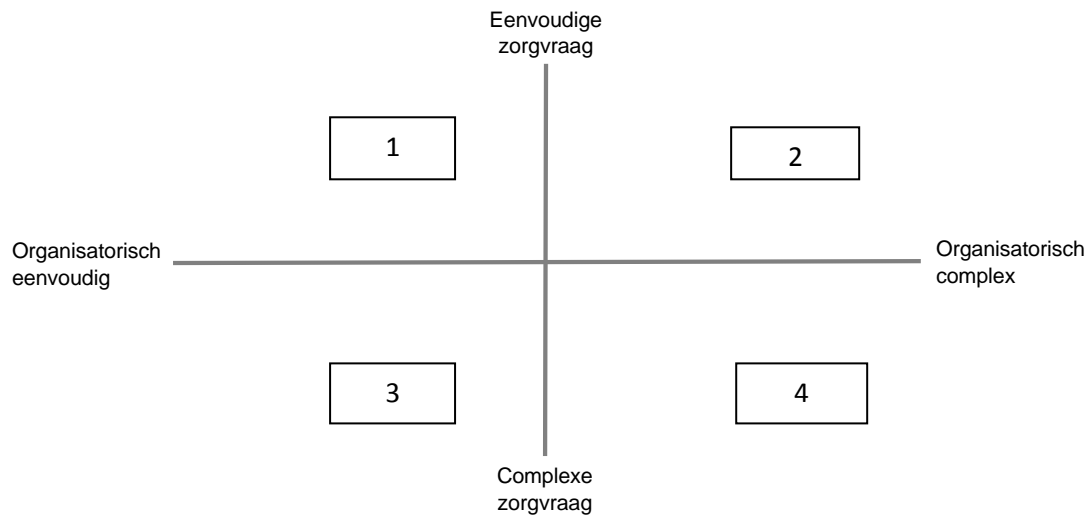
Hierbij gaat het om zaken die direct voortvloeien uit de zorgbehoefte van de cliënt. Dat zijn *zorginhoudelijk complexe* zaken, zoals een infuuspomp thuis en complicaties als onverklaarbaar wisselende bloedwaarden, decubitus en longontsteking. Maar ook *complexe organisatorische oplossingen*, zoals hulpverleners 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.

⁴ Lans, J. van der, Eropaf! De nieuwe start van het sociaal werk. Uitgeverij Augustus, 2010.

Wie 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.



Afbeelding 1: 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 2014) 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.

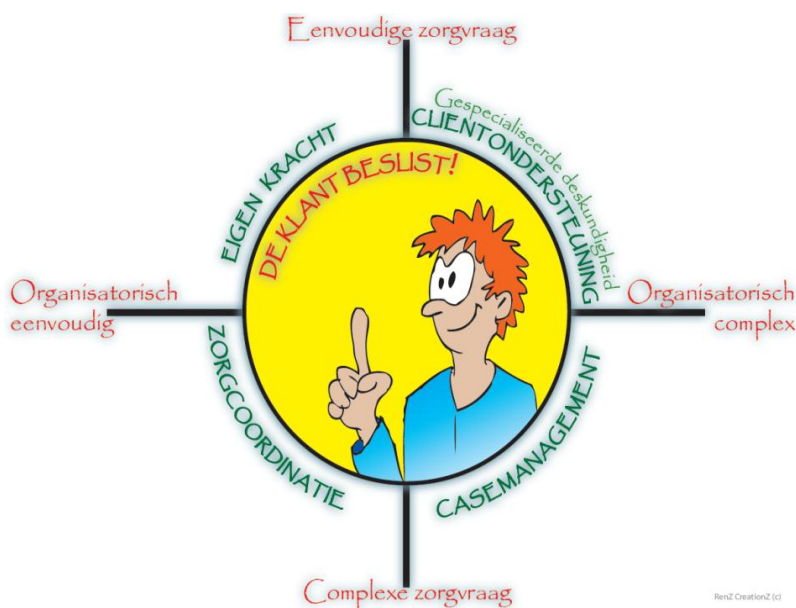
Het gaat om intensievere zorgsituaties waarin de zorg frequent moet worden bijgesteld, en waarbij het belangrijk is de situatie structureel in de gaten te houden. In deze situatie is het nodig de samenhang en afstemming in de zorg (pro)actief te organiseren voor en met de klant. Dit heet *zorgcoördinatie*. In medische behandelingsituaties 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. 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, 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 konden helpen invullen.



Uitgangspunten casemanagement

- De regie ligt primair bij de klant. Desgewenst wordt de klant hierbij ondersteund.
- Insteken op een zo laag mogelijk ondersteuningsniveau.
- Zorgen 'dat' in plaats van zorgen 'voor'.
- Cliëntondersteuning sluit aan bij dat wat er al is. Casemanagement vult het hiaat in de reguliere dienstverlening.



SLIMME PADEN VOOR
ZORG EN DIENSTVERLENING

Oldehoofsterkerkhof 2
Postbus 21000
8900 JA Leeuwarden
t 058 - 750 54 50
www.frieslab.nl

