frieslab

SLIMME PADEN VOOR
ZORG EN DIENSTVERLENING

Casemanagement: van idee naar model

frieslab

SLIMME PADEN VOOR
ZORG EN DIENSTVERLENING

Casemanagement: van idee naar model

frieslab
SLIMME PADEN VOOR
ZORG EN DIENSTVERLENING

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
Drs. A. Welling, adviseur bureau HHM

Met dank aan:
M. de Graaf, Zorgbelang Friesland
O. Herder, Gemeente Leeuwarden
W. Hoek, Netwerk Palliatieve Zorg Noordwest Friesland
N. Hoornweg, Palet groep
K. de Jong, Managemens
G. Seinstra, MEE Friesland
A. de Vries, Partoer

Leeuwarden, juni 2011

Inhoudsopgave

1. Voorzet 4

2. Definitie 5

3. Ordening 6

3.1. uitgangspunten 6
3.2. regelcapaciteit van de klant 6
3.3. complexiteit van klantsituaties 8
3.4. ondersteuningsbehoefte per klantsituatie 9

4. Casemanagement in een krachtenveld 14

5. Financiering casemanagement 19

6. Hoe verder? 21

Bronnen 22

Bijlage 1: financiering polikliniek Huntington 23

Bijlage 2: stroomschema casemanager palliatieve zorg 24

Bijlage 3: NHG standaard huisartsenzorg 25

1. Voorzet

'Een uil is een vogel, maar niet alle vogels zijn uilen'. Dit is het probleem waarmee we te maken hebben als het gaat om het verschil tussen cliëntondersteuning en casemanagement. In de praktijk bestaat een breed aanbod van verschillende vormen van cliëntondersteuners, maar niet alle cliëntondersteuners zijn casemanagers. Casemanagement is een specifieke vorm van cliëntondersteuning. Het lijkt erop dat in de laatste jaren vele vormen van ondersteuning onder de noemer van casemanagement vallen. Daarmee is het een containerbegrip geworden waardoor onhelder is hoe deze wordt gefinancierd. Frieslab beoogt een ordening te maken in de diverse definities en taakopvattingen. De 'waarom' vraag achter de constatering dat de laatste jaren steeds meer activiteiten en functionarissen onder het containerbegrip casemanagement vallen, laat Frieslab nu buiten beschouwing. Dit is overigens wel een interessante vraag die nader onderzocht zou moeten worden.

Frieslab krijgt vanuit Friesland casuïstiek aangereikt van zorgvormen waarin casemanagement een prominente rol heeft. Deze initiatieven leveren allemaal een belangrijke bijdrage aan het verder verbeteren van de zorgverlening aan de cliënt. Het centrale doel is het bewerkstelligen van een sluitende keten. Op welke wijze moeten we de zorg organiseren zodat de cliënt daar optimaal gebruik van kan maken, keuzemogelijkheid heeft en alleen daar ondersteund wordt waar nodig?

Wat opvalt is dat veel van deze initiatieven op zoek zijn naar structurele financiering. Dit is voor Frieslab aanleiding geweest om de discussie rondom casemanagement – zowel organisatorisch als financieel - te starten. We richten ons hiermee op één van de vele puzzelstukjes van het totale plaatje van de ketenaanpak.

2. Definitie

Casemanagement is geen duidelijk gedefinieerd begrip. Een casemanager in de wereld van werk en inkomen doet andere zaken dan een casemanager in een GGZ-instelling en de casemanager palliatieve zorg of Huntington heeft weer andere taken. Op deze laatste 2 functionarissen is deze notitie gebaseerd.
In een literatuurstudie van het CVZ komt een veelheid aan definities naar voren (Hopman, CVZ, 2011). In verschillende settingen heeft het verschillende betekenissen.

De definities zijn heel divers en hebben verschillende invalshoeken, aldus Hopman.
Deze invalshoeken zijn:

- Organisatie
- Proces
- Klantbelang (focus op persoonlijke omstandigheden, totaalbeeld)
- Inhoud

Allereerst kan casemanagement worden gezien als een vorm van organisatieontwikkeling om versplintering in het zorgaanbod tegen te gaan. In andere definities staat de beheersing van het (keten)proces voorop.
In veel definities komt bevordering van de autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt als specifieke doelstelling naar voren.

Movisie heeft reeds een definitie bepaald van cliëntondersteuning.

Definitie cliëntondersteuning VWS (vrij vertaald van Movisie, 2009):
'*De ondersteuning van een cliënt bij het maken van een keuze of het oplossen van een probleem op diverse levensterreinen (met gebruik van sociale verbanden). Het doel is regieversterking van de cliënt (en zijn omgeving) ten einde de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie te bevorderen. Dit kan informatie en advies, maar vooral ook uitgebreide vraagverheldering en kortdurende ondersteuning omvatten.'*

Definitie integraal (Movisie, 2009):
'Integraal is dat de burger toegang heeft tot wonen, welzijn, zorg en dienstverlening, los van de financieringswijze.'

Frieslab definieerde in het rapport 'Omtinker, meitinker of ouderenadviseur' al vier verschillende vormen van cliëntondersteuning (Bouman, 2009). Hiermee is een model ontwikkeld waarmee gemeenten beleid op maat kunnen maken voor het vormgeven van optimale ondersteuning bij het begin van de keten preventie-welzijn-care-cure. De casemanager bevindt zich aan het eind van de keten preventie-welzijn-cure-care. In de volgende paragraaf bieden we een perspectief op een modelmatige benadering van de afbakening van casemanagement.

3. Ordening

3.1 Uitgangspunten

Ons doel van deze notitie is richting te geven in het vinden van een structurele oplossing voor de afbakening en financiering van de functie casemanager.
Frieslab hanteert hierbij een aantal uitgangspunten:

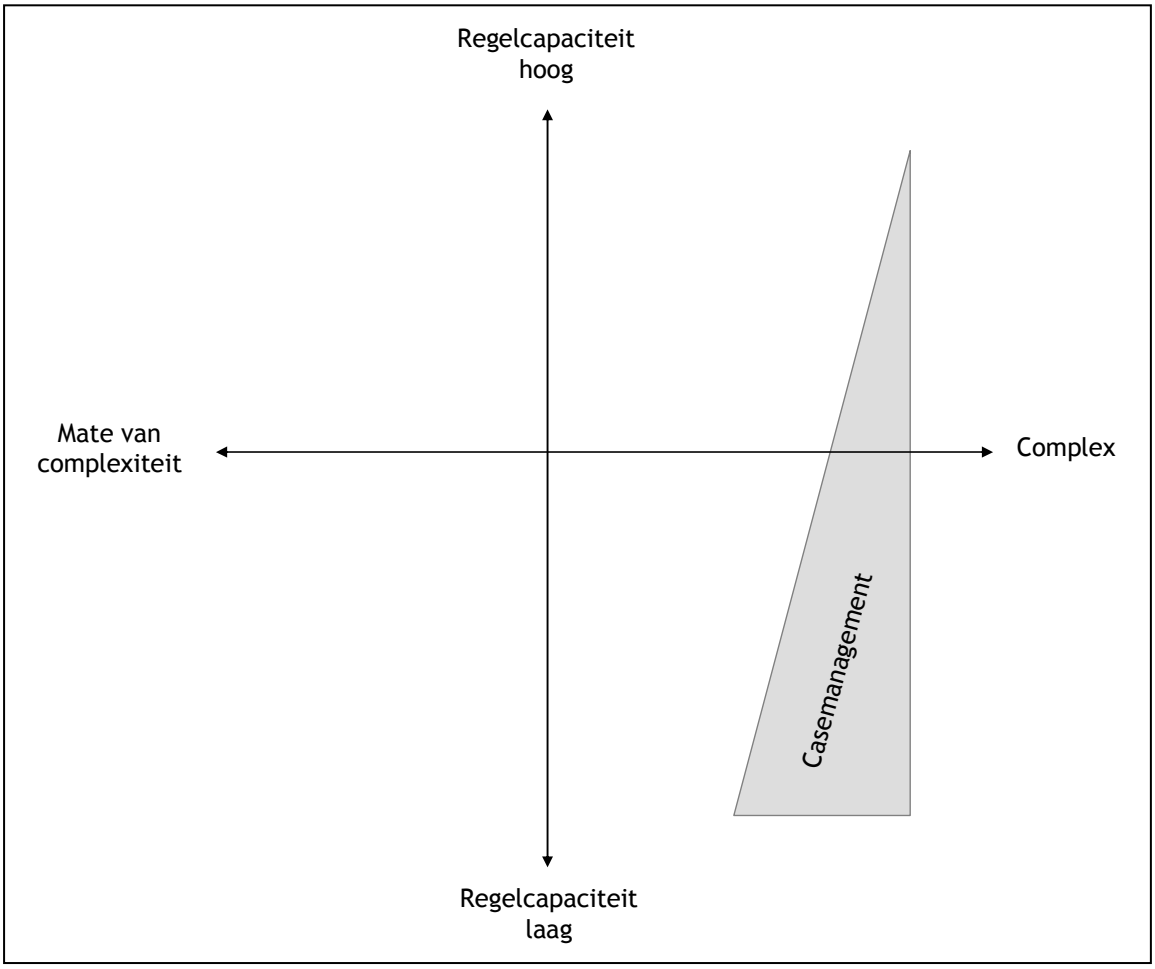
- De regie ligt primair bij de klant. Desgewenst wordt de klant hierbij ondersteund.
- Insteken op een zo laag mogelijk ondersteuningsniveau. Dit past in de beweging van zorg naar welzijn (Welzijn Nieuwe Stijl). Het niveau van de ondersteuner groeit of beweegt mee met de ondersteuningsbehoefte van de klant. Hierbij gaan we uit van een warme overdracht tussen ondersteuners. De klant hoeft niet opnieuw zijn verhaal te doen.
- Zorgen ‘dat’ in plaats van zorgen ‘voor’.

Cliëntondersteuning sluit aan bij dat wat er al is. Casemanagement vult het hiaat in de reguliere dienstverlening.

3.2 De regelcapaciteit van de klant

Jos van der Lans onderscheidt in zijn boek ‘Erop af’ een assenstelsel waarin hij loslaten of ingrijpen tegenover elkaar zet en autonomie versus afhankelijkheid (Lans, 2010). Zo ontstaat een matrix met vier typologieën van professionele sociale interventies. Dit bepaalt of je als professional moet ingrijpen of moet loslaten. Op deze gedachte kun je verder bouwen in de context van casemanagement.
De meeste mensen hebben over het algemeen de nodige competenties en materiële mogelijkheden om zelf voor een belangrijk deel de regie over hun leven in handen te nemen (Lans, 2010). Ze kampen niet met problemen, achterstanden of beperkingen. Het kan heel goed zijn dat ze zorgafhankelijk zijn, zoals dat voor veel chronisch zieken geldt, maar hun zorgafhankelijkheid vermindert niet hun vermogen om regie over hun eigen leven te voeren.

Hergebruiken we het assenstelsel dan komt op de verticale as de klant terug. Het gaat over burgers, cliënten of cliëntsystemen en de mate waarin zij in staat zijn regie te voeren. Dit noemen we regelcapaciteit. Hierin wijken we af van Van der Lans die autonomie en afhankelijkheid op de uiteinden van deze as zet. Immers in de zorg kan iemand volledig autonoom en tevens volledig zorgafhankelijk zijn.
Op de andere as plaatsen we de complexiteit van de zorgvraag.



Figuur 1. De regelcapaciteit van de klant en casemanagement

Uit bovenstaand figuur valt op te maken dat casemanagement slechts aan de orde is als mensen een beperkte regelcapaciteit hebben en hun zorgbehoefte complex is. In de andere situaties is de klant met zijn omgeving veelal in staat om regie te voeren.
Het woord *veelal* impliceert dat we dieper moeten gaan. Wanneer dan? Wat is complexe zorgbehoefte? Wanneer is er sprake van een beperkte regelcapaciteit? Hoe krijg je een sluitende keten van ondersteuning bij regie die nauw aansluit bij de behoefte van de klant: niet teveel en niet te weinig.
We zijn ons ervan bewust dat de verschillende kenmerken van de cliënt en zijn situatie van invloed zijn op zijn regelcapaciteit (Horst, 2010). Vooralsnog richten we ons nu op de uitwerking van het begrip complexiteit. In een verdere uitwerking van criteria moeten de kenmerken van de regelcapaciteit van de cliënt worden meegenomen.

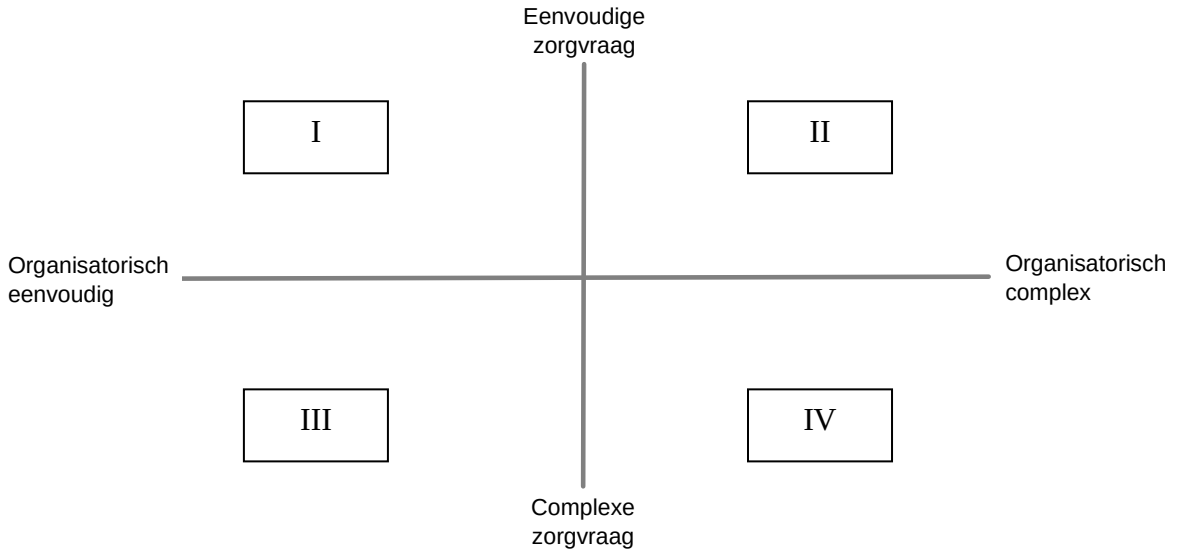
3.3 Complexiteit van klantsituaties

Casemanagement is een vorm van cliëntondersteuning. Maar wanneer wordt een casemanager ingezet? Alleen in een complexe situatie, zo is de conclusie. Maar wat is dan complex?

Complex

In het geval van de casemanager palliatieve zorg werd ons verteld dat de casemanager ingezet wordt als een klant uitbehandeld is en een complexe zorgbehoefte heeft.

We besloten dit nader te onderzoeken. Wat is een complexe zorgbehoefte? Als antwoord kregen we dat het ging om *zorginhoudelijk* complexe zaken zoals infuuspompen, complicaties zoals decubitus en een wellicht te verwachten crisis zoals longontsteking of uitvalsverschijnselen. Maar, zo werd ook gezegd, er is ook sprake van complexe zorg-behoefte als *de zorg meerdere organisaties en domeinen overstijgt*. Zoals verpleging en verzorging, gezinshulp, schuld- of verslavingsproblematiek of een mantelzorger die overbelast is. Ook in die gevallen kan de casemanager palliatieve zorg worden ingezet. We moeten organisatorisch complexe zaken dus onderscheiden van zorginhoudelijk complexe zaken. Maar in welk kader valt dit te plaatsen?
We zetten de mogelijke situaties van de klant letterlijk in een kader. Op de verticale as zetten we de mate van complexiteit van de zorgvraag. Op de horizontale as plaatsen we de organisatorische complexiteit.
De zorgvraag is organisatorisch complex als *de zorgbehoefte meerdere organisaties en domeinen overstijgt,* er veel organisaties bij betrokken zijn en hulpverleners uit verschillende domeinen nodig zijn[1] om de klant te helpen.



Figuur 2. Mogelijke situaties van de klant

In dit kader zijn per kwadrant verschillende klantsituaties te beschrijven.

[1] Medisch , verpleegkundig, psychosociaal en spiritueel

Klantsituatie I Organisatorisch eenvoudige behoefte en eenvoudige zorgvraag
Het gaat om een klant met (relatief) eenvoudige problematiek. De aard van de problematiek kan uiteenlopen, zoals enkelvoudig hartfalen en beperkingen in lichamelijk functioneren. De klant kan hierbij in principe zelf de regie voeren of doet dit met de mensen uit de omgeving.

Klantsituatie II Organisatorisch complexe behoefte en eenvoudige zorgvraag
Het gaat om een klant met een eenvoudige zorgvraag die meerdere domeinen overstijgt, bijvoorbeeld wonen, welzijn en zorg. In het model bevinden we ons dan rechtsboven. Er zijn meerdere organisaties betrokken om zo goed mogelijk in de behoefte van de klant te voorzien, zoals verpleging en verzorging, gezinshulp, schuld- of verslavingsproblematiek of een klant kan zich in de situatie bevinden dat zijn partner, die mantelzorger is, overbelast raakt. Mensen met een beginnende dementie of in een vroeg stadium van Huntington kunnen zich in deze situatie bevinden.

Klantsituatie III Organisatorisch eenvoudige situatie en complexe zorgvraag
Het gaat hier om mensen met zorginhoudelijk complexe problematiek, die (relatief) eenvoudig te organiseren is. Bijvoorbeeld een vrouw in een ziekenhuis of een zelfstandig wonende man met diabetes die moeilijk stabiel te krijgen is.

Klanttype IV Complexe organisatorische situatie met complexe zorgvraag
Wanneer iemands zorgbehoefte organisatorisch en inhoudelijk complex is kun je met recht zeggen dat er sprake is van een complexe klantsituatie. Er zijn verschillende zorgverleners actief met meerdere eindverantwoordelijkheden. Het is moeilijk voor de klant hierin overzicht te houden. Sterker nog, ook voor de hulpverleners is het moeilijk om af te stemmen. De noodzaak voor coördinatie en afstemming overstijgt de capaciteit van de klant, maar ook die van de betrokken zorgverleners.
Voorbeelden zijn: een terminale kankerpatiënt met drankproblematiek en agressie, mensen met dementie die lichamelijk achteruit gaan en bijvoorbeeld Huntington patiënten bij wie de ziekte steeds meer problemen veroorzaakt.

3.4 Ondersteuningsbehoefte per klantsituatie
In de vorige paragraaf is een aantal klantsituaties beschreven. De ondersteuningsbehoefte per klantsituatie verschilt. De gemaakte ordening per kwadrant geeft een begripsverheldering van tot nu toe veelal door elkaar heen gebruikte woorden als casemanagement, cliëntondersteuning en zorgcoördinatie.

Klantsituatie I
De ondersteuningsbehoefte van mensen uit het eerste kwadrant is vrijwel nihil. Hij voert regie op eigen kracht. Dit noemen we **regie op eigen kracht.**
Bij vragen op het gebied van wonen, welzijn en zorg kan hij bij de integrale cliëntondersteuner terecht. Dit kan een omtinker, meitinker of Wmo-loketmedewerker zijn. Het betreft hier de informatie- en adviesfunctie van de gemeenten op grond van de Wmo. Financieringsbron cliëntondersteuning is de Wmo. Casemanagement is niet aan de orde.

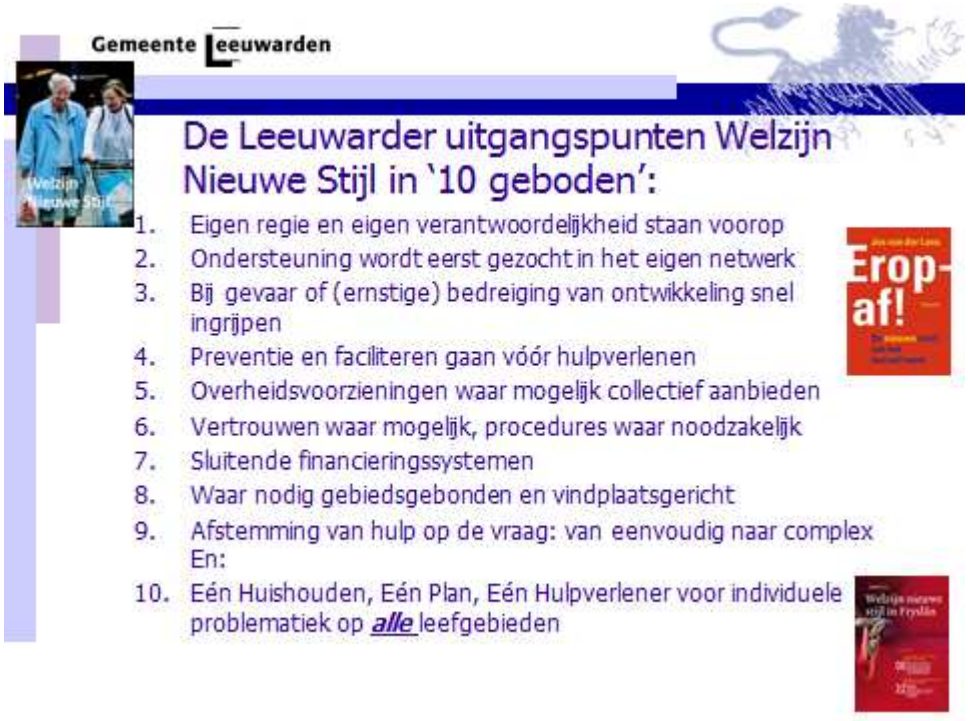
De huisarts (medisch eindverantwoordelijk) neemt, op basis van zijn takenpakket, de zorgcoördinatie rondom de eenvoudige zorgbehoefte van de klant voor zijn rekening[2]. Iedereen gaat wel eens naar de huisarts. Daar is geen casemanager voor nodig. De financiering hiervan loopt via de zorgverzekeringswet (Zvw).

Klantsituatie II
In dit geval kan de klant een beroep doen op een **cliëntondersteuner.**
Deze functionaris heeft een voorlichtende en preventieve taak, door gericht te signaleren, de vraag te verhelderen en problematiek direct aan te (laten) pakken. Hierbij zoekt hij naar de balans tussen betaalde en niet professionele hulpverlening. De financiering verloopt via de Wmo.

Wordt de hulpvraag complexer, dat wil zeggen dat de hulpvraag meerdere domeinen overstijgt en meerdere organisaties betreft, dan vereist een optimale ondersteuning meer **specifieke deskundigheid**. Dit kan deskundigheid in de breedte zijn, zoals een wijkverpleegkundige die heeft of bijvoorbeeld MEE. Het kan, afhankelijk van de behoefte ook deskundigheid in de diepte zijn. Kennis van bepaalde ziektebeelden zoals bijvoorbeeld dementie of de ziekte van Huntington.
Door kennis te hebben van een specifieke ziekte kan de cliënt beter worden ondersteund en kunnen door vroegsignalering en herkenning van de problematiek tijdig en adequate preventieve maatregelen worden genomen, met andere woorden krijgt (secundaire) preventie een kans. In de figuur noemen we dit ‘specialistische cliëntondersteuning’.
De integrale cliëntondersteuner draagt de klant die dat wil over aan een gespecialiseerde cliëntondersteuner. Deze functionaris maakt met de klant een plan voor de komende periode en ondersteunt bij het krijgen van een sluitende zorgketen. Het accent ligt vooral op de organisatorische afstemming.
De zorg en ondersteuning aan klanten in dit kwadrant (situatie II) is momenteel geheel een combinatie van Wmo, AWBZ en Zvw.
Na overheveling van de functie begeleiding (2013) wordt dit hele kwadrant Wmo.

Actueel
In de praktijk ontstaan combinaties van cliëntondersteuning en hulpverlening zoals bij frontline teams of Welzijn Nieuwe Stijl op grond van het Amarillys gedachtegoed (Leeuwarden, 2010). Dit is een geïntegreerde benadering van zorg en welzijn. Ondersteuning uit het kwadrant rechtsboven wordt in één team georganiseerd (uitgangspunten, zie beneden).

[2] Het takenpakket van de medisch eindverantwoordelijke/behandelaar bestaat uit medische diagnostiek en behandeling voor zover het valt onder zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinische psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (bron: artikel 2.4 Besluit Zorgverzekeringen).



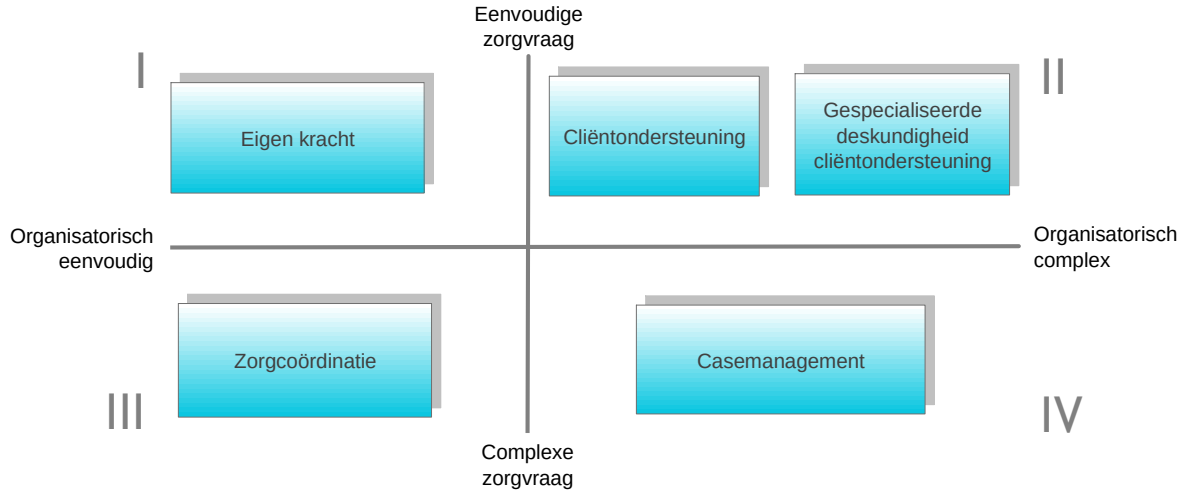
Daarnaast zijn er ook initiatieven van zorgaanbieders om deze zorg in natura zelf te organiseren en te financieren. Het ligt voor de hand dat gemeenten deze initiatieven vanaf 2013 combineren met hun aanpak Welzijn Nieuwe Stijl.

Klantsituatie III
In complexere en instabiele situaties is het nodig de samenhang en afstemming in de zorg (pro)actief te organiseren voor en met de klant. Dit heet **zorgcoördinatie**.
Dit betreft bijvoorbeeld de reguliere taak van een huisarts en de zorg zoals een huisarts die volgens de NHG-standaard beoogt te plegen (zie bijlage 3).
Het afstemmen van zorg met andere hulpverleners en de patiënt behoort tot het takenpakket van de huisarts, maar het gebeurt in de praktijk niet of onvoldoende. In sommige gevallen besteden huisartsen dit uit aan de praktijkondersteuners van de huisartsenpraktijk om zo adequaat in te spelen op de ondersteuningsbehoefte van klanten in dit kwadrant (in de vorm van een verlengde armconstructie).

Een ander voorbeeld van een klantgroep is een 'oncologie patiënt'. Daarbij neemt in de behandeling één partij of functionaris het voortouw en is eerste aanspreekpunt voor de klant, bijvoorbeeld de medisch specialist. Als dat nodig is, benadert die andere hulpverleners, regelt actief de onderlinge afstemming (organiseren van overleg, plannen van de zorgverlening en dergelijke). Het gaat vooral om intensievere zorgsituaties waarin de zorg frequent moet worden bijgesteld en waarbij het belangrijk is de situatie structureel in de gaten te houden (Hopman, 2010). Deze zorgcoördinatie is de reguliere verantwoordelijkheid van een zorgverlener en de financieringsbron is de Zvw.

In het geval er geen behandeling aan de orde is, maar bijvoorbeeld verzorging, dan ligt de rol om de hulpverlening af te stemmen bij de eerstverantwoordelijke verzorgende van bijvoorbeeld een verzorgingshuis of bij de hiervoor aangewezen contactpersoon van de thuiszorg. Deze zorgcoördinatie is de reguliere verantwoordelijkheid van een zorgaanbieder en valt in de langdurige zorg onder de AWBZ.

Klantsituatie IV
Casemanagement komt ter sprake wanneer de zorg- of hulpverlening organisatorisch en inhoudelijk complex is en er verschillende zorgverleners met meerdere eindverantwoordelijkheden zijn. De noodzaak voor coördinatie en afstemming overstijgt de capaciteit van de klant, maar ook die van de betrokken zorgverleners. Dit behoort dan niet meer tot de reguliere vakuitoefening.
De coördinatie rondom de complexe zorgvraag ligt primair bij de medisch specialist, al dan niet uitbesteed aan een verpleegkundig specialist/nurse practitioner. De casemanager heeft een drieledige taak: (1) de klant ondersteunen door inzicht te krijgen in zijn situatie en de mogelijkheden die er zijn, (2) het monitoren van het functioneren van de klant in zijn totaliteit, en (3) het organiseren van de samenhang en afstemming van de zorg en de ondersteuning. De huidige financieringsgrond van de taken van een casemanager is nu nog divers en vaak gebaseerd op tijdelijke (project) gelden. De financieringsgrond van deze taken zou ons inziens behoren tot de Zvw. Dit is tot op heden nog niet het geval. Het CvZ (Willemstein et al, 2009) heeft onlangs geadviseerd dat deze zorg het beste zou passen binnen de Zvw.



Figuur 3. Ondersteuningsvormen in verschillende klantsituaties aanvullend op de eigen regie van de klant

Wat we op grond van dit model kunnen concluderen is dat in de huidige wetgeving veel van de zorg al past binnen de domeinen Zvw, AWBZ of Wmo.
Maar grijze gebieden zijn er ook. Wat opvalt is de afbakening rondom klantsituatie II ‘organisatorisch complexe behoefte en eenvoudige zorgvraag’ met klantsituatie IV.
De werkzaamheden komen dicht bij elkaar, maar verschillen in mate van complexiteit van de zorgvraag.

De afbakening van deze begrippen vraagt om heldere criteria die uitgewerkt moeten worden zodat er theoretisch en in de praktijk een logische ordening van cliëntondersteuning in een sluitende keten ontstaat.

Ook is een klantsituatie denkbaar van iemand met een situatie uit kwadrant II die bijvoorbeeld tijdelijk opgenomen wordt in een ziekenhuis. Zijn ondersteuning wordt dan een combinatie van cliëntondersteuning en zorgcoördinatie. Daarbij sluit de ondersteuning aan bij de reguliere verantwoordelijkheden en activiteiten van reeds bestaande functionarissen. Er hoeft niet een functie bij te worden gecreëerd. De afbakening van taken moet dan wel helder zijn.

Tenslotte moet duidelijk zijn dat het hier gaat om een begripsverheldering, niet om het creëren van nieuwe functionarissen. Er is onderscheid te maken tussen taken en functies. De taken van de casemanager moeten beter gedefinieerd worden en toegevoegd worden aan de functionaris die het meest nauw betrokken is bij de directe hulpverlening aan de klant.

Conclusie casemanagement
Tot nu toe hebben we een theoretische ordening gemaakt van verschillende vormen van cliëntondersteuning waarin casemanagement slechts één van de kwadranten behelst. We beschrijven casemanagement als de ondersteuning van de regie van de klant omdat de zorgbehoefte complex is en er meerdere organisaties betrokken zijn en de vraag meerdere domeinen overstijgt.

Wat nog ontbreekt zijn criteria die betrokkenen handvaten bieden om te beoordelen in welk kwadrant de klantsituatie zich bevindt. Dit handvat biedt de professional inzicht wanneer welke ondersteuning kan worden ingezet met de bijbehorende financieringsvorm.
Verder is het wenselijk verder uit te werken hoe deze verschillende vormen van ondersteuning in de praktijk verbonden zijn, zodat er (blijvend) sprake is van een sluitende keten.

4. Casemanagement in een krachtenveld

In deze paragraaf plaatsen we de ordening en definitie uit hoofdstuk 3 in het veld van de krachten die van invloed zijn op het eerder of later inzetten van de casemanager. Er zijn 5 krachten te onderscheiden, namelijk:

1. De wens van de klant zelf
2. De handelingsverlegenheid van de professional
3. Het risico op gezondheidsschade
4. Onderling vertrouwen
5. De omgeving van de klant

We lichten iedere kracht nader toe.

Ad 1. De wens van de klant en zijn omgeving (klantsysteem)
Een klant die uitstekend zelf de regie kan voeren zal niet of nauwelijks een beroep doen op een casemanager. De klant beslist zelf over het 'invliegen' van experts. Mensen moeten kunnen kiezen tussen het wel of niet aanwijzen van een casemanager of andere vormen van cliëntondersteuning.

Ad. 2. De handelingsverlegenheid van de professional
Een arts of bijvoorbeeld verpleegkundige is eerder geneigd een casemanager in te schakelen wanneer hij of zij zich niet in staat voelt om de klant optimaal te kunnen ondersteunen. Een hiaat in kennis, tijd of anderszins kan hiervan de oorzaak zijn. Omgekeerd geldt ook dat een professional met een groot zelfvertrouwen soms geneigd kan zijn de klant langer onder zijn hoede te houden dan goed is voor de klant.

De ziekte van Huntington is een complexe ziekte die onder meer gepaard kan gaan met agressie, ontkenning en motorische problemen. Voor een gemiddelde huisarts is de begeleiding van een patiënt met Huntington lastig. De polikliniek voor Huntington in Grou is hierin gespecialiseerd. Huisartsen verwijzen hun klant graag door naar deze poli.

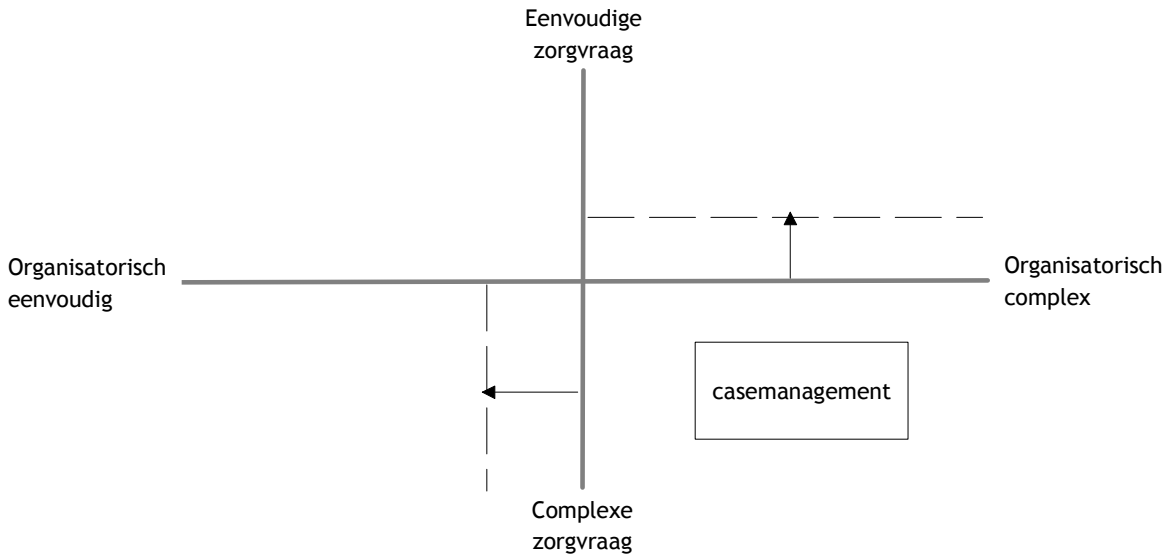
Ad. 3. Het risico op gezondheidsschade
Als het risico op schade groot is schakelen we eerder een casemanager in, dan wanneer dit niet het geval is. Hierbij is de (creatieve) vergelijking te maken met een aannemer bij een verbouwing. Veel mensen kunnen zelf verbouwen of doen dit met behulp van vrienden of bekenden. Anderen schakelen een aannemer in omdat het anders "niet goed komt" omdat ze menen dat er anders schade gaat ontstaan (financieel, in de constructie, of in de logische volgorde van de onderdelen). Het proces wordt zo complex dat alle risico's gemanaged moeten worden.
Variabelen die in het geval van casemanagement bepalend zijn, zijn onder meer: de medische diagnose, de prognose, de wijze waarop de cliënt zich daaraan kan of weet aan te passen, de belastbaarheid van de mensen uit de directe omgeving van de klant, de adequaatheid van de zorgverlening, de overeenstemming in de doelen van de zorgverlening, de cliënt en de omgeving van de cliënt.

Ad 4. Onderling vertrouwen
Een professional die de casemanager kent en vertrouwt is eerder geneigd de ondersteuning van de klant over te dragen aan een casemanager dan de regie in eigen hand te houden.

Een patiënt is uitbehandeld. De huisarts kan de zorg voor deze patiënt aan. De partner van de patiënt heeft schizofrenie. Om de partner te beschermen mijdt de patiënt de zorg van de huisarts en dreigt er een medische crisis te ontstaan. De huisarts kent de casemanager palliatieve zorg goed en vraagt om ondersteuning. De casemanager ondersteunt zowel de patiënt als zijn partner in zijn laatste levensfase en bereidt de partner voor op wat komen gaat.

Ad. 5. De omgeving van de klant
Afhankelijk van de sociale- en zorgkaart van de gemeente waarin de klant woont, zal de casemanager eerder of later worden ingezet. Als er geen sluitende zorgketen, of multidisciplinair overleg is, wordt de casemanager minder snel ingezet.

Dat betekent dat de statisch ogende assen kunnen verschuiven op grond van de aanwezige krachten.



Figuur 4. Illustratie verschuiving type zorgvraag

De context waarbinnen het krachtenveld zich bevindt verschilt per situatie.

Om de keten goed te benaderen is het van belang dat er specifieke aandacht is voor mogelijk belemmerende factoren. Zoals de concurrentie om de klant en de strijd tussen de casemanagers onderling over wie de regievoerder is.
Ook onduidelijkheid over de schakels in de keten en de onderlinge taakverdeling van de betrokken organisaties is een belemmerende factor.

Net als miscommunicatie en onvoldoende afstemming over een klant binnen en tussen organisaties. In ons model spreken we dan over zorgcoördinatie. Wanneer dit niet goed loopt is dit een beperking op de sluitende keten en de inzet van een casemanager.

Er zijn zorgaanbieders die hun casemanagers afrekenen op aantallen klanten. Afrekenen op grond van prestaties hoeft niet per definitie fout te zijn. Toch zijn er situaties te bedenken waarbij de casemanager op grond van een 0-urencontract wordt ingezet en daarmee een financieel belang heeft om zoveel mogelijk mensen te helpen gedurende een zo lang mogelijke periode. Dit is een verkeerde prikkel en faciliteert ketensamenwerking en ondersteuning op maat niet.

Wie voert de regie over de regievoerders? Dit is een verkeerde strijd. Het gaat er nu juist om dat de klant de regie voert en dat de betrokken professionals dit mogelijk maken.

Uitgangspunt is dat de ondersteuningbehoefte centraal staat en er ingestoken wordt op een zo laag mogelijk niveau. Dit is niet in overeenstemming met bevindingen uit het Nivel-rapport waarin in het geval van dementie gepleit wordt voor het inzetten van een casemanager al bij het niet-pluis gevoel (Rijken et al 2010). Daarmee zet je naar de mening van Frieslab in een te vroeg stadium een te zware functionaris in. Een goede cliëntondersteuner kan voor de klant hierin al van meerwaarde zijn en is goedkoper. En natuurlijk mag de klant niet van het kastje naar de muur gestuurd worden.

Ook in de jeugdzorg spelen initiatieven die de hulpverlening optimaliseren door direct een gezamenlijk diagnostisch kader toe te passen zodat een kind niet door 5 instanties gediagnosticeerd hoeft te worden om het probleem en de passende behandeling te bepalen (provincie Fryslan, 2010). Dit zijn goede initiatieven die samenhangen met ketenzorg. De ketenregie ligt in handen van de medisch specialist of behandelaar. Vanuit de verlengde armconstructie krijgt de functie van casemanager zo praktisch mogelijk vorm.

Dat is ook wat we de afgelopen jaren hebben zien gebeuren. Bijna alle vormen van cliëntondersteuning werden casemanagement genoemd en voor bijna al die vormen werd subsidie verworven en werd later gezocht naar structurele financiering. Op dat punt stonden we een jaar geleden.

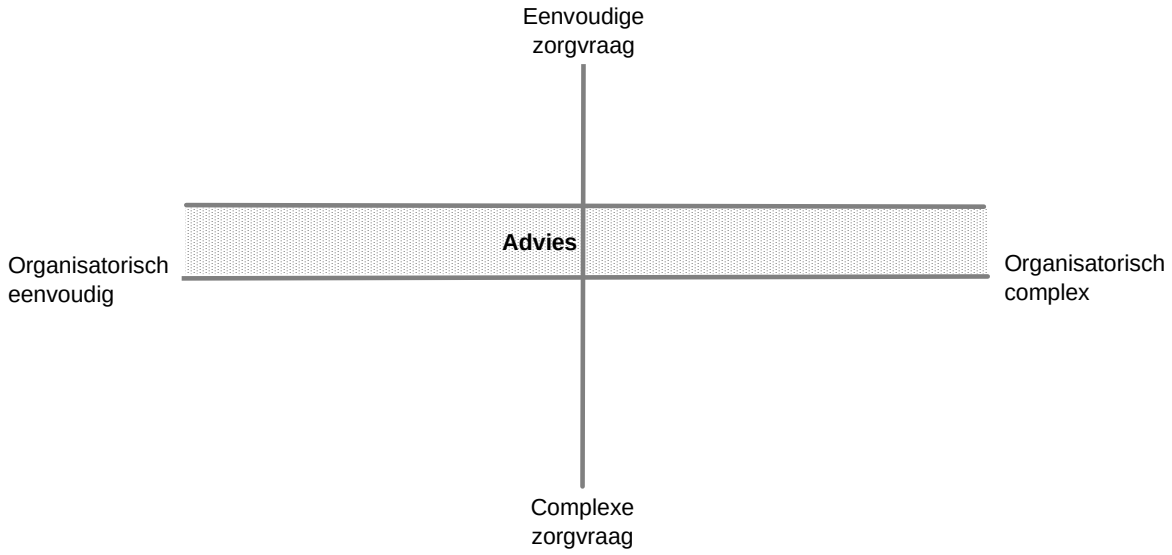
Door het afpellen van de taken en werkzaamheden van de casemanager van de polikliniek van Huntington, palliatieve zorg, de wijkverpleegkundigen en de standaard van de NHG werd Frieslab duidelijk dat niet alle cliëntondersteuning casemanagement is en dat niet voor elke ondersteuningsvorm separate financiering hoeft te worden gezocht. Eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en medici krijgt een belangrijkere plek in het totaalbeeld. Het is hun taak om de zorg af te stemmen met de klant en met andere zorgaanbieders. Dat dit op basis van de patiënt in kwestie, de casus, gebeurt is volstrekt logisch en heeft niets met casemanagement van doen.

Ditzelfde geldt voor de klant zelf. Vrijwel iedereen kan eigen regie voeren. Sommige mensen in mindere of afnemende mate. Daarin zal familie of omgeving zoveel mogelijk bijstaan. Dit kan en zal niet meer collectief gefinancierd worden uit de voorziening voor onverzekerbare risico's, de AWBZ. De functie begeleiding zal ingeperkt worden tot de begeleiding van mensen met de zeer zware indicatie verblijf.

In dat geval is het weer de reguliere taak van de AWBZ-aanbieder om de zorg af te stemmen en is financiering weer regulier.

Casemanagement is alleen dan in beeld wanneer het de reguliere capaciteit van een hulpverlener overstijgt en er meerdere organisaties bij betrokken zijn. Er zijn situaties waarbij casemanagement een aparte taak is: de zorg- of hulpverlening is organisatorisch en/of inhoudelijk complex en er zijn verschillende zorgverleners met meerdere eindverantwoordelijken. De noodzaak voor coördinatie en afstemming overstijgt de eigen mogelijkheden van de klant, maar ook van de onderscheiden zorgverleners. Dit behoort dan niet meer tot de reguliere vakuitoefening.

De mensen die tussen wal en schip vallen omdat ze een beetje regie kunnen voeren of omdat ze te maken hebben met een professional die zijn taak niet naar behoren uitvoert moeten ondersteuning krijgen.
Hierbij komt cliëntondersteuning weer in beeld. De klant kan teruggrijpen op de ondersteuning van het kwadrant daarboven. Daarmee wordt een vangnet behouden. Zo werkt MEE nu al.
De professionals kunnen op eigen kracht en verantwoordelijkheid heel ver komen in de afstemming van de zorg. Toch kunnen zij vragen hebben over complexe zaken die specifieke deskundigheid vereisen. Juist door de beschikbaarheid van een ‘vraagbaak’ kan de complexiteit worden gereduceerd.



Figuur 5 Adviesfunctie in relatie type zorgvraag

In de praktijk is het van belang dat zij deskundigen kunnen consulteren. Dit gebeurt nu ook. Het netwerk Palliatieve Zorg Noordwest Friesland heeft hiertoe het PAT ingericht, het palliatief advies team. Hier kunnen hulpverleners terecht met vragen over een goede multidisciplinaire aanpak voor hun klant.

Een vergelijkbare functie heeft de specialist ouderengeneeskunde die vragen uit Noord Nederland beantwoordt van collega artsen over hun patiënt met Huntington. Door het beantwoorden van die vragen kan de patiënt gewoon verder met zijn reguliere hulpverlener en hoeft hij te niet te verhuizen of over naar een andere hulpverlener. Door de adviesfunctie kan het reguliere behouden blijven. In Heerenveen was tot voor kort een sociaal geriatrisch team actief dat op soortgelijke wijze functioneerde.

Een dergelijke expertgroep zou een mogelijke partij zijn, voor de beoordeling van de mate waarin de inzet van casemanagement een meerwaarde heeft. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat casemanagement een plaats krijgt in het reguliere circuit.

5. Financiering casemanagement

Om tot een structurele financiering van ondersteuning van de klant (te komen) zijn drie financieringsstromen van belang:

- Bekostiging op basis van de Wmo
- Bekostiging op basis van de AWBZ
- Bekostiging op basis van de Zvw

Om de discussie goed te kunnen voeren is het van belang om de kern van het probleem helder te hebben. Veel van het huidige aanbod van ondersteuning aan de klant is in de huidige regelgeving afgedekt. Hiervoor hoeft geen oplossing te worden gezocht.

	Klanttype	Vorm	Domein	Toelichting	Knelpunt
I	Organisatorisch eenvoudig - Eenvoudige zorgvraag	Eigen kracht	Wmo	Financiering is nagenoeg niet aan de orde. Ondersteuning in de vorm van informatie en advies verloopt via de Wmo.	Nee
II	Organisatorisch complex - Eenvoudige zorgvraag	Cliëntondersteuner	Wmo Zvw AWBZ	Financiering loopt via de Wmo, Zvw en AWBZ. Het is de verwachting dat dit in de toekomst volledig Wmo wordt.	Nee
III	Organisatorisch eenvoudig - Complexe zorgvraag	Zorgcoördinatie	Zvw	Nadruk ligt bij het stroomlijnen van de complexe zorgvraag. Dit behoort tot takenpakket van medisch verantwoordelijke / behandelaar.	Nee
IV	Organisatorisch complex - Complexe zorgvraag	Casemanagement	Zvw AWBZ	De huidige structurele financiering valt onder verschillende domeinen en is klantafhankelijk. Een structurele oplossing moet worden gezocht in één domein. Dit zou de Zvw moeten zijn.	Ja

Tabel 1. Matrix financiering ondersteuning aan klanten

In tabel 1 is te zien dat er een financieringsknelpunt is rondom klanttype IV. Momenteel wordt deze zorg georganiseerd op basis van projectgelden. In de huidige situatie zou een deel van de financiering kunnen worden opgelost in de AWBZ. Als er voor een klant sprake is van de grondslagen psychiatrie (PSY), psychogeriatrie (PG) en/of verstandelijke handicap (VG) dan kan een beroep worden gedaan op de AWBZ voor de functie begeleiding.
Alle signalen wijzen erop dat de AWBZ zal versmallen. De kans is groot dat in de toekomst de functie begeleiding over gaat naar de Wmo.

De rol van de gemeenten wordt groter. Die van de AWBZ kleiner. Voorts is de Zvw voorliggend op de AWBZ. Casemanagement lijkt dan ook een te verzekeren prestatie waarover zorgverzekeraar en aanbieder afspraken kunnen maken. Een goede afbakening van verschillende vormen van ondersteuning is noodzakelijk om onduidelijkheid of dubbelingen te voorkomen. Dit is in lijn met de rapportage Casemanagement van het CVZ, die stelt dat casemanagement onder de Zvw valt.

Frieslab pleit ervoor casemanagement scherper te definiëren en daarbij duidelijke criteria te hanteren voor de toeleiding. Daarnaast is het meest voor de hand liggend dat de financiering plaatsvindt via de Zvw. Dit kan alleen met duidelijke spelregels.

6. Hoe verder?

In deze notitie is het begrip casemanagement afgebakend. Door de afbakening ontstaat meer zicht op de financiering ervan. Dat maakt het model helderder. Het blijft echter een model. Een model dat is gebaseerd op beelden en beschrijvingen die we hebben van casemanagement palliatieve zorg en van casemanagement bij de ziekte van Huntington. Gesprekken met het landelijk netwerk Dementie maakten duidelijk dat de gang naar het gemeentelijk Wmo-loket in de praktijk door iemand met dementie niet eenvoudig gevonden wordt: ‘als je dementie hebt ga je naar de dokter, niet naar de gemeente’. Hieraan kunnen we nog toevoegen dat in een vroeg stadium van dementie nog nauwelijks hulp wordt gezocht. In Friesland spelen integrale cliëntondersteuners zoals omtinkers of meitinkers in de signalering en toeleiding naar ondersteuning wel een belangrijke rol. De vraag is hoe we dat in de rest van Nederland ook zo krijgen.

De ordening in kwadranten en de krachten die erop inwerken maken dat er spelregels nodig zijn die bepalen wanneer er sprake is van casemanagement. De eigen regelcapaciteit van de klant staat hierbij bovenaan. Het is goed dat een model kan meebewegen op de behoefte van de klant en de voorzieningen die er al in een gemeente zijn. Essentieel is het verder doordenken en ontwikkelen van de criteria *wanneer* er wel sprake is van casemanagement en wanneer niet. Dit vraagt om verdere concrete vervolgstappen. Juist het stellen van transparante criteria maakt het mogelijk een beheersbaar zorgproduct structureel in te zetten en te financieren.

De volgende activiteiten zijn nodig:

- Het ontwikkelen van criteria voor de beoordeling van de inzet van casemanagement. Met behulp van een beslisboom met criteria is dan goed vast te stellen welk ondersteuningsaanbod het meest voor de hand ligt. Deze criteria hebben aandacht voor de mate van complexiteit en de regelcapaciteit van de cliënt.
- Het toepassen van de ontwikkelde criteria in de praktijk. In een pilot kunnen de ontwikkelde criteria worden getoetst. Op basis van praktijksituaties kan een verdere verfijning worden gemaakt van de omslagpunten van de verschillende vormen van cliëntondersteuning.
- Het nader financieel onderbouwen van het kostenbesparende aspect van casemanagement waarmee de meerwaarde aantoonbaar wordt.

Het succes van casemanagement valt of staat met een model dat werkt in de praktijk. Het is nodig dat de hiervoor gestelde vervolgstappen goed worden doorlopen om vervolgens te kunnen komen tot een landelijk en universeel toepasbaar model voor casemanagement dat ruimte laat voor goed werkende locale initiatieven.

Frieslab pakt deze handschoen zo mogelijk in Frieslab 2 op. Zoals gewoonlijk doet zij dit in nauwe samenwerking met het veld.

Bronnen

Bakker, P.F., Vergelijking GGZ NHN met landelijke cijfers peiljaar 2008, Enschede, bureau HHM, 2009.

Bouman, S., Omtinker, meitinker of ouderenadviseur. Naar een werkbaar model voor cliëntondersteuning, Leeuwarden, Frieslab, 2009.

Jeckmans, E., Welling, A.A.E., Bouman, S., rapport Kostprijs en meerwaarde polikliniek Huntington, Leeuwarden, Frieslab, 2010.

Herder, O.,Willemse, F., Amaryllis: Welzijn nieuwe stijl in Fryslân, Leeuwarden, gemeente Leeuwarden, 2010.

Hopman, A.M., Standpunt Casemanagement, Diemen, CVZ, 2011.

Horst, J. van der, Onderneem met zin! En behoud uw gezonde verstand, Amsterdam, Uitgeverij SWP BV, 2010.

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

Peeters, J., Francke, A., Pot, A.M., Organisatie en invulling van 'casemanagement dementie' in Nederland, Utrecht, Nivel, 2011.

Provincie Fryslân, Vlielandgroep: Versterkt naar verbinding, Leeuwarden, 2010.

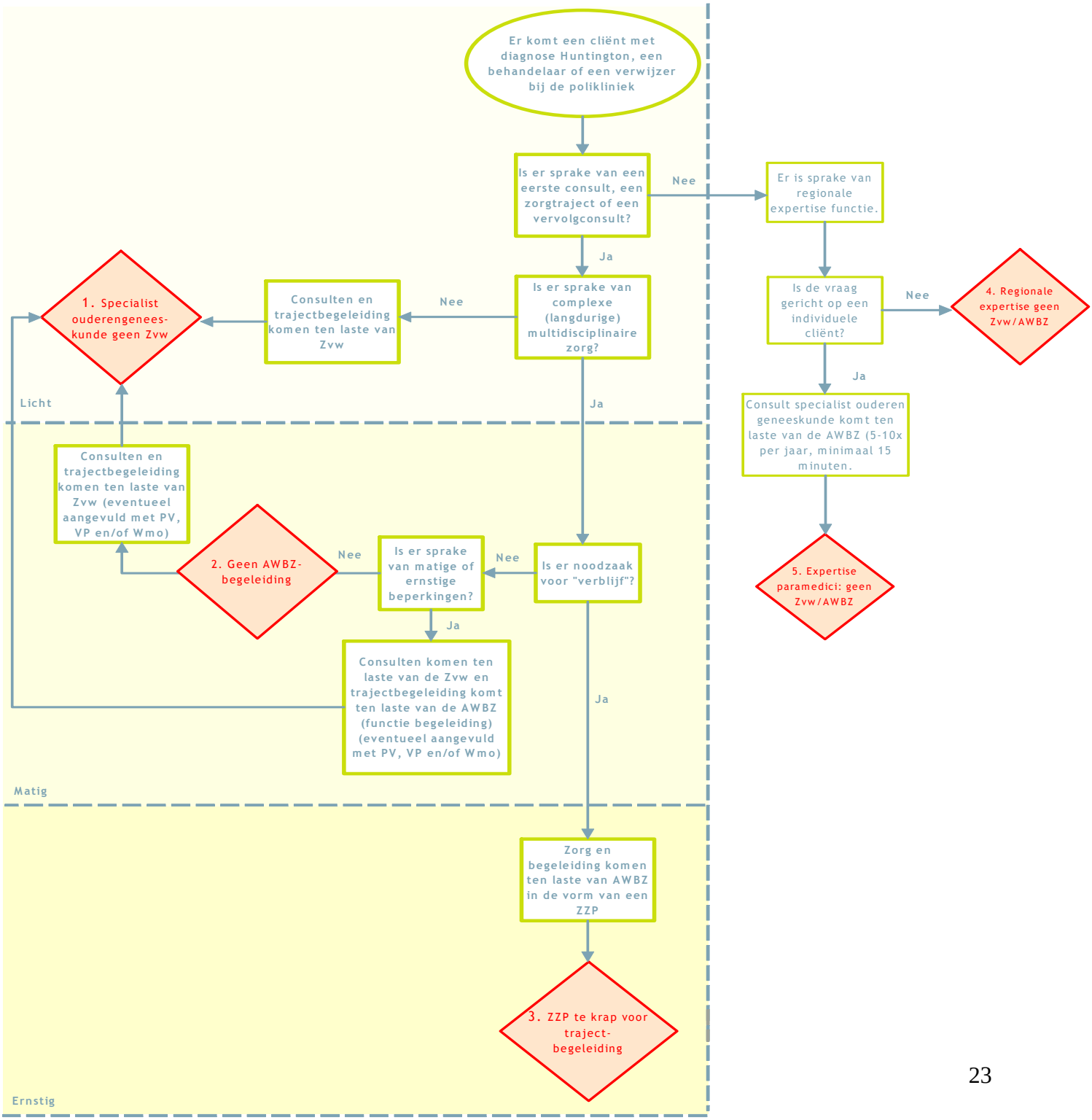
Rijken, E., De casemanager geketend, Succesfactoren van casemanagement en multidisciplinaire teams als onderdeel van ketenzorg bij dementie, Nijmegen, Kwaliteitsinstituut, Radboud University, 2010.

Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., C. Raad ed., Ketenzorg: praktijk in perspectief, Maarssen, Elsevier Gezondheidzorg, 2009.

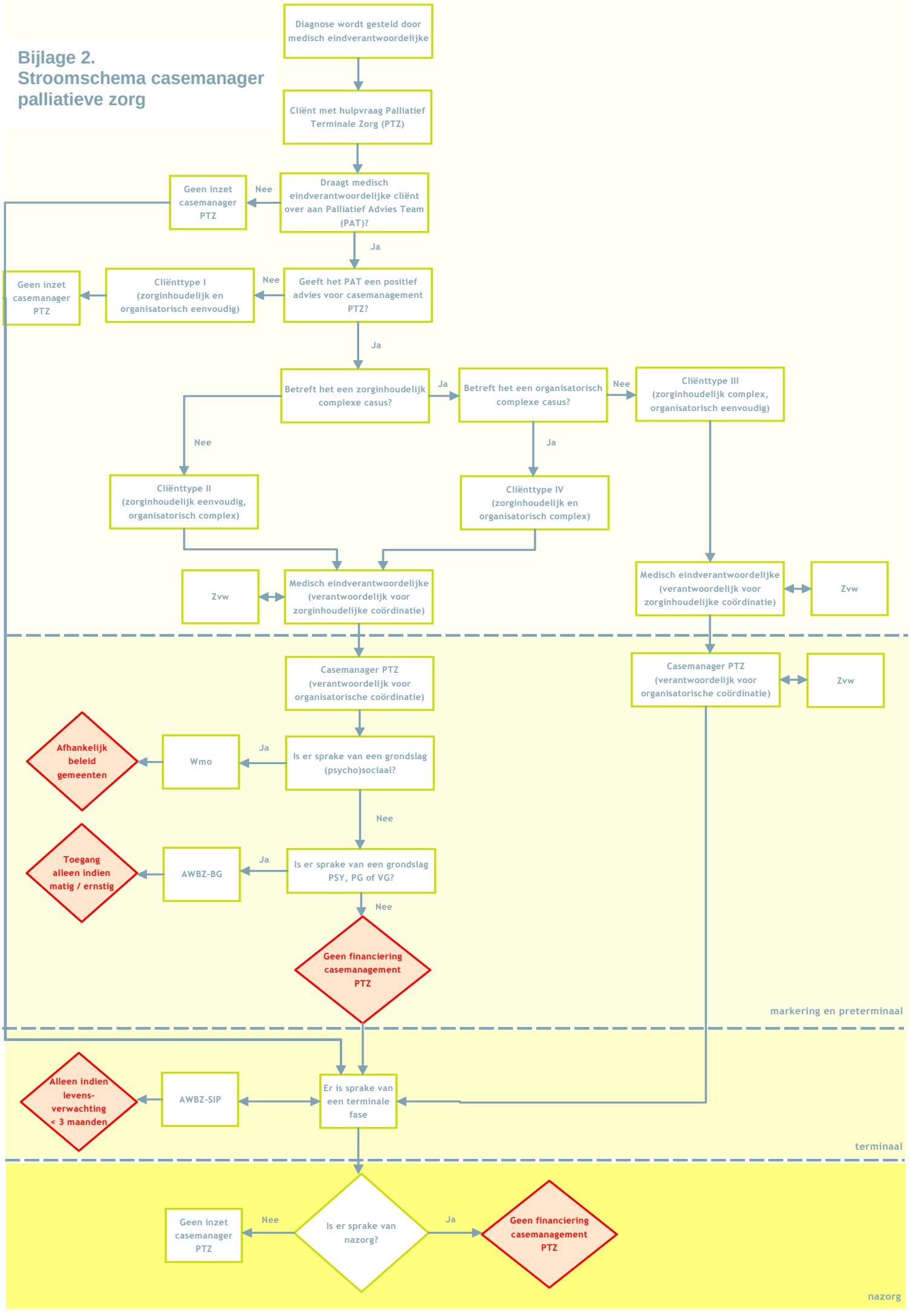
Welling, A.A.E., Jeckmans, E., Bouman, S., notitie Scenario's voor structurele financiering polikliniek Huntington, Leeuwarden, Frieslab, 2010.

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.

Bijlage 1. De financiering van de polikliniek van Huntington



Bijlage 2. Stroomschema casemanager palliatieve zorg



Bijlage 3. NHG standaard huisartsenzorg

Het standpunt over huisartsgeneeskunde voor ouderen: NHG 31 mei 2007.

Een uitgangspunt is: 'De zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang en dient daarom gegeven te worden in een samenhangend zorgnetwerk. De huisarts heeft hierbinnen vanuit zijn overzicht een regierol, gericht op onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken (huis)artsen, en andere hulpverleners. De huisarts houdt die regie (op de achtergrond) ook wanneer hij de patiënt in een fase overdraagt voor intensieve zorg in het ziekenhuis of wanneer een andere hulpverlener (bijvoorbeeld een verpleegkundige) de zorgcoördinatie op zich neemt.'

Over samenwerking binnen samenhangende zorg geeft het standpunt de volgende aanbevelingen:

- 'De huisarts biedt samen met verpleegkundigen en verzorgenden een samenhangend zorgaanbod van cure en care thuis en in het verzorgingshuis, gebaseerd op het medisch behandelplan en een gezamenlijk gedragen zorgplan.
- De huisarts bepaalt de aan de praktijkverpleegkundige te delegeren taken.
- De huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige maken afspraken over toepassing van nieuwe manieren van monitoring van zorg (zorg op afstand, telemonitoring).
- Bij sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoevendheid werkt de huisarts samen met het algemeen maatschappelijk werk, de wijkzorg, mantelzorg en vrijwilligers.
- De huisarts werkt bij ouderen met voedingsproblemen nauw samen met de diëtiste.'

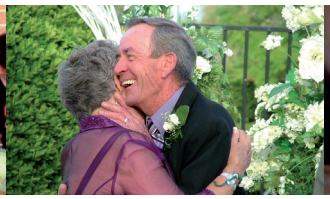
Ten aanzien van de huisartsenvoorziening (de huisartsenpraktijk) beveelt het standpunt het volgende aan: 'Wanneer er regionaal geen goede samenwerking is tussen de huisartsen en zelfstandig werkende thuiszorgorganisaties, dienen de huisartsen dat vanuit hun medisch-inhoudelijke regierol aan te kaarten en te pogen bij te sturen. De huisartsvoorziening/-groep kan ook zelf verpleegkundige zorg aanbieden door (wijk)verpleegkundigen en anderen (SPV-er, etc.) in dienst te nemen.'

Onder het thema 'maatschappelijk handelen': 'De huisartsenvoorziening brengt de specifieke doelgroep van ouderen in het praktijkgebied in kaart, inventariseert welke andere zorgverleners in het gebied actief zijn en maakt, zo mogelijk samen met hen, een plan van aanpak voor de opzet en uitvoering van beleid voor ouderen.

Huisartsen (en andere eerstelijns hulpverleners) participeren in het – binnen een wijkgerichte aanpak van eerstelijnszorg- versterken van de kwaliteit van leven in de thuissituatie op de vier domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn, ook in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).'

Het NHG ziet de huisarts als de spil in de zorg voor ouderen met complexe problematiek. De verantwoordelijkheid voor de afstemming van de zorg houdt niet op bij de puur medische aspecten, maar omvat ook aanpalende problematiek. Zijn regierol is ook gericht op de onderlinge afstemming van andere hulpverleners. Daarbij betrekt hij ook sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoevendheid. De huisarts onderneemt actief stappen om de samenwerking met andere hulpverleners te verbeteren, waarbij zijn betrokkenheid zich ook uitstrekt tot het maatschappelijk domein (Hopman, CVZ).

frieslab

SLIMME PADEN VOOR
ZORG EN DIENSTVERLENING

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