

# frieslab



SLIMME PADEN VOOR  
ZORG EN DIENSTVERLENING

## Maatwerk in ondersteuning

Vervolgonderzoek naar het Frieslab model voor  
casemanagement in de praktijk



# Maatwerk in ondersteuning

Vervolgonderzoek naar het Frieslab model voor  
casemanagement in de praktijk



## 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](http://www.frieslab.nl)

Frieslab  
Oldehoofsterkerkhof 2  
8911 DH Leeuwarden  
T: 058 – 750 54 50  
E: [frieslab@leeuwarden.nl](mailto:frieslab@leeuwarden.nl)  
I: [www.frieslab.nl](http://www.frieslab.nl)

2

## Colofon

*Maatwerk in ondersteuning is een uitgave van Frieslab.*

*Auteurs: Drs. S. Bouman, programma manager Frieslab  
Drs. A.A.E. Welling, HHM  
Drs. H. Doornink, HHM*

*Leeuwarden, februari 2013*



# Inhoudsopgave

---

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Verschillende percepties</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Het model samengevat</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Onderzoeksopzet</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Resultaten onderzoek</b>	<b>17</b>
5.1	Ruwe criterialijst	17
5.2	Beschrijven casuïstiek	18
5.3	Analyse beoordelingen	19
5.4	De belangrijkste criteria per ondersteuningsvorm	24
5.5	Totaalbeeld criteria	25
5.6	Criteria voor omslagpunten	26
5.7	Discussie: de bril van de professional	27
<b>6.</b>	<b>Aanvulling model</b>	<b>29</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusies en adviezen</b>	<b>34</b>
<b>8.</b>	<b>Vertaling naar de praktijk</b>	<b>36</b>
	<b>Bronnen</b>	<b>43</b>
	<b>Bijlage 1. Overzicht zelfredzaamheid-matrix</b>	<b>44</b>



# 1 Inleiding

---

Frieslab wil het gedachtegoed rondom cliëntondersteuning verder ontwikkelen. In de rapportage 'casemanagement van idee naar model' (Bouman, Welling, 2011) is hiermee een start gemaakt. De in deze rapportage door Frieslab uiteengezette denklijn is in het veld goed ontvangen. De vele positieve reacties ten aanzien van de herkenbaarheid en bruikbaarheid van het model in de dagelijkse praktijk, zijn voor Frieslab aanleiding om verder te gaan op de ingeslagen weg.

Dit rapport beschrijft de resultaten van het, in opdracht van Frieslab, door Bureau HHM in 2012 uitgevoerde vervolgonderzoek naar de toepassing van het ontwikkelde model voor casemanagement. Hoofdstuk 3 vat dit model nog eens kort samen. In het daaropvolgende hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet gepresenteerd. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van de resultaten van het onderzoek. Deze leiden, zoals in hoofdstuk 6 beschreven, tot enkele aanvullingen op het model. Na de presentatie van de conclusies in hoofdstuk 7, sluit deze rapportage af met een hoofdstuk waarin adviezen worden gegeven voor de toepassing van het model in de inkooppraktijk van gemeenten en zorgverzekeraars.



# 2 Verschillende percepties

Een veel gehoorde verzuchting in gesprekken over ketensamenwerking in de wereld van zorg en welzijn, is dat “we” niet dezelfde taal spreken. Soms in figuurlijke zin bedoeld, met het oog op cultuurverschillen die maken dat de ene professional nu eenmaal anders kijkt naar en omgaat met de cliënt, dan de andere professional. Vaak ook letterlijk bedoeld. Met het oog op feitelijke verschillen in het taalgebruik.

*In de domeinen zorg, welzijn, onderwijs, arbeid en openbaar bestuur wordt ondermeer gesproken van netwerksamenwerking, multidisciplinair overleg, allianties, werkstroombeheersing, cirkelsamenwerking, afstemming, partnerships, ketenaanpak, ketensamenwerking, integrale dienstverlening, samenwerkingsverbanden, zorgnetwerken, integrale klantgerichtheid, wanneer wordt bedoeld op de samenwerking die nodig is voor deze burger, cliënt, patiënt, huurder, leerling, deelnemer, klant, enzovoorts. Waarbij ook de verschillende benamingen van de doelgroep, hun gevolgen hebben.*

## Bijvoorbeeld de heer Bommel

De heer Bommel is 83 jaar, alleenstaand en woont in een dorpje onder de rook van Leeuwarden. Hij heeft vier kinderen, waarvan er één in de buurt woont en de anderen verder weg in Nederland. De heer Bommel nam contact op met de lokale welzijnsorganisatie. Dit naar aanleiding van een advertentie in de regionale krant, van project De Opstap. De heer Bommel zocht een vrijwilliger voor individuele bezoeken en gesprekken. Tijdens het gesprek met de professional van De Opstap geeft hij aan zich eenzaam en onbegrepen te voelen na het overlijden van zijn vrouw. Hij vergist zich in de dagen en is in tijdsbeleving soms een uur kwijt. Hierover maakt hij zich zorgen en dit maakt hem onzeker. Het lijkt er op dat de heer Bommel door het verlies van zijn vrouw en het gemis van contacten, in een sociaal isolement dreigt te komen. Hij mist zijn vrouw heel erg.

### Gezondheid

Tien jaar geleden is er chronische leukemie bij de heer Bommel geconstateerd. Zoals hij zegt is dit na één kleine kuur als een wonder verdwenen. De heer Bommel is nog steeds onder controle bij zijn huisarts. De heer Bommel is lichamelijk in goede vorm.



Hij geniet van zijn lichamelijke gezondheid omdat hij zich vlug en redelijk fit voelt en vertelt dit vol trots. De heer Bommel kan nog goed zelfstandig uit de voeten. Hij heeft ondersteuning bij het huishouden. Met deze particuliere hulp kan de heer Bommel het goed vinden en hij is hier erg tevreden over. Hij kan zijn zorgen met haar delen. In het eerste gesprek met de hulpverlener is De heer Bommel netjes verzorgd en staan koffie en koeken klaar. Tijdens het derde en vierde bezoek is de heer Bommel om 10.00 uur nog druk doende om koffie en boterhammen klaar te maken.

### *Wonen*

De heer Bommel woont in een grote verbouwde boerderij aan de rand van het dorp. Het is een forenzendorp. Zijn burens zijn overdag niet thuis. Het gaat hier om een krimpdorp. Er is één bloemenwinkeltje, een SRV en een drietal bedrijven. Het cultureel centrum speelt een belangrijke rol en wordt in stand gehouden door de bewoners van het dorp zelf. De heer Bommel woont hier naar tevredenheid. Hij heeft een auto. Hier haalt hij de boodschappen mee en bezoekt hij de dichtstbijzijnde dorpen. De auto geeft hem, zoals hij zegt, een stukje vrijheid, zo is hij niet afhankelijk van anderen. Tegelijkertijd geeft hij aan steeds meer moeite met het autorijden te krijgen.

### *Participatie*

De heer Bommel is geen lid van de plaatselijke clubs of verenigingen. De relatie met de kerk heeft hij verbroken. Dit alles mist hij wel. De heer Bommel heeft elke dag contact met een familielid, buur, vriend en of kennis.

Soms in de vorm van een bezoek, soms door ‘een gesprek over de heg’ en regelmatig door een telefoontje. Hij krijgt daarnaast elke week bezoek van zijn, dichtbij wonende zoon.

### *Welzijn*

De heer Bommel vindt de kwaliteit van leven op het moment redelijk. Als hij zichzelf een rapportcijfer geeft over bijvoorbeeld tevredenheid, plezier en voldoening vindt hij dit een 6 waard. Hij voegt hier aan toe dat dit één punt is gezakt vergeleken bij vorig jaar. Uit begeleidend onderzoek komt naar voren dat hij een hoge eenzaamheidscore heeft. De heer Bommel heeft volop ideeën over wat hij met zijn leven wil. Hij wil bijvoorbeeld het internet op, en actief op zoek gaan naar nieuwe kennissen en vrienden. Maar hij zet deze stappen niet. Hij twijfelt er aan of hij het wel kan.

### **Wat zien zij?**

Wat betekent deze willekeurige casus voor de verschillende betrokkenen? Wat zijn de gezichtspunten van de betrokken hulpverleners en andere professionals, gemeente, zorgverzekeraar en, niet in de laatste plaats, de heer Bommel zelf?

Om met de heer Bommel te beginnen. Hij voelt zich eenzaam. Hij krijgt “last van de jaren” en mist de gezelligheid en voldoening van goede gesprekken met gelijkgestemden.



Hij is er zich bewust van en hij komt er maar niet toe om de juiste stappen te zetten. Zijn zorgen groeien.

De kijk van de betrokken hulpverleners en andere professionals varieert. Voor de woningcorporatie is de krimp van het dorp een gegeven. Grondslagen om te investeren in ontwikkeling, ook van woonzorgvoorzieningen, ontbreken. Vanuit oogpunten van bedrijfsvoering is het rendabeler om het beleid te concentreren op het nabijgelegen Leeuwarden. Voor de betrokken hulpverlener van het project 'Dichtbij de burger', de Netwerkstiper gaat het eerst en vooral om het versterken van het sociale steunnetwerk. Terwijl de huisarts zich concentreert op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de heer Bommel. En vanuit het perspectief van de thuiszorg de vraag is of de particuliere hulp van de heer Bommel in staat is om al datgene te doen wat nodig is. Het lijkt immers niet helemaal goed te gaan met de maaltijden van de heer Bommel.

In het perspectief van de zorgverzekeraar staat vooral de potentiële neerwaartse spiraal centraal. Wanneer de heer Bommel niet tijdig en op de juiste wijze wordt bijgestaan, dan verslechteren zowel zijn leef- en sociale situatie, als zijn lichamelijke en psychische gezondheid. Het lijkt er op dat de problemen nu nog zijn te overzien, maar het tij kan snel keren. In de situatie van de heer Bommel is preventie cruciaal. Om erger te voorkomen. Nu kan nog worden volstaan met lichte zorg en lichte interventies en is geen sprake van chronische en complexe problematiek. Dit betekent ook dat nu maatregelen nemen, goedkoper is, dan pas in een latere fase ingrijpen.

Voor de gemeente staan de veranderingen in de sfeer van AWBZ en Wmo centraal. Wat betekent dat het aan de gemeente is om de begeleiding van mensen zoals de heer Bommel te organiseren en regisseren. En omdat eerst en vooral gekeken wordt naar het sociale netwerk, roept dit vragen op omtrent de beschikbaarheid van mantelzorg en wat de gemeente kan doen om dit te stimuleren. Voor de gemeente is de vraag in hoeverre de cliëntondersteuning zo is ingericht en georganiseerd dat zowel de lichtere als de zwaardere varianten beschikbaar zijn. En dat tijdig wordt gesignaleerd dat de heer Bommel op dit moment een van de lichtere varianten nodig heeft. En dan is er vanzelfsprekend nog Welzijn Nieuwe Stijl en de gevraagde kanteling naar een meer op de burger gerichte aanpak. En dit in de context van een onder druk staande gemeentelijke financiële huishouding.

### Een gemeenschappelijk kader

Deze combinatie van verschillende perspectieven, maakt dat de dagelijkse praktijk geholpen is met een uniform en goed beschreven begrippenkader.

Dit kader kan immers de verschillende perspectieven verenigen en maakt dat de communicatie over de cliënt, klant, burger, leerling, deelnemer, patiënt, of hoe de doelgroep ook genoemd mag worden, eenvoudiger wordt. Het Frieslab model heeft de ambitie om de verschillende gezichtspunten te verbinden, door een gemeenschappelijke taal te bieden.





## Terug naar de heer Bommel

In het geval van de heer Bommel ging vanuit project Dichtbij de burger een Netwerkstiper aan de slag. Het project Dichtbij de burger heeft de ambitie om door preventie en het versterken van de sociale steunstructuur de zorgvraag te verminderen. Altijd wordt eerst gezocht naar de eenvoudigste oplossingen, zo dicht mogelijk bij de burger. In het geval van de heer Bommel werd door een onafhankelijk panel van professionals een achteruitgang in ervaren kwaliteit van leven verwacht, een afname van zijn sociale contacten en een versterkt eenzaamheidsgevoel. In werkelijkheid kon de Netwerkstiper voorkomen dat zijn situatie verslechterde, door een aantal relatief eenvoudige maatregelen. Zo regelde de Netwerkstiper dat twee buurvrouwen de heer Bommel meenemen naar informatiebijeenkomsten van de kerk en hem vaker uitnodigen om op zondag koffie te komen drinken. Daarnaast bezoekt eenmaal per week een vrijwilliger de heer Bommel, om met hem te schaken en om hem te ondersteunen bij kleine administratieve zaken. De particuliere huishoudelijke hulp komt tweemaal per week langs. Eenmaal voor een praatje en eenmaal voor het reguliere huishoudelijke werk. Vanwege zijn vergeetachtigheid en warrigheid is een alarmeringssysteem geplaatst in de woning van de heer Bommel. Hierdoor kan de heer Bommel vooralsnog gewoon in zijn eigen huis blijven wonen.

Is dit belangrijk? Ja

Is dit reguliere ondersteuning? Nee

Is dit casemanagement? Nee

Past dit in een gemeentelijke visie op ondersteuning op maat? Ja

Hoe, dat wordt in dit rapport nader toegelicht.



# 3 Het model samengevat

Frieslab onderzocht de organisatorische en financiële aspecten van verschillende vormen van cliëntondersteuning en casemanagement. En kwam tot de conclusie dat er vele vormen van cliëntondersteuning bestaan, die onderling ‘in de kern’ sterk verschillen. Daarom is er geen duidelijkheid over de financiering te geven en te krijgen.

*Bij cliëntondersteuning gaat het er om mensen te helpen die (tijdelijk) verminderd zelfredzaam zijn, bij het oplossen van een vraag of een situatie, die dusdanig complex is dat hij of zij niet zelf tot een oplossing komt. Het doel van cliëntondersteuning is regieversterking van de cliënt om zo de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie te bevorderen.*

(Samenvatting van de definitie uit de brief ‘Visie op cliëntondersteuning’ van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, gedateerd 22 juni 2011.)

Frieslab beschrijft haar bevindingen in de rapporten ‘Handreiking integrale cliëntondersteuning’ (De Jong, Popma, Bouman, 2011) en ‘Casemanagement, van idee naar model’ (Bouman, Welling, 2011)<sup>1</sup>. In het laatstgenoemde rapport wordt geconcludeerd: Casemanagement is in de loop van de tijd een containerbegrip geworden waardoor niemand er meer hetzelfde onder verstaat en er ook onduidelijkheid is over de financiering ervan. Frieslab ging op zoek naar een ordening van de verschillende vormen, gericht op het faciliteren van de regie voor mensen. Frieslab hanteerde daarbij vier uitgangspunten ten aanzien van cliëntondersteuning:

1. De regie ligt primair bij de klant.
2. Ingestoken wordt op het laagste ondersteuningsniveau dat aansluit bij de behoefte van de klant. Niet meer, maar zeker ook niet minder.
3. Aangesloten wordt bij de hulpverleners die er al zijn.
4. Het gaat om zorgen dát, in plaats van zorgen vóór.

Casemanagement is in de eerste plaats aan de orde als cliënten een beperkte regelcapaciteit hebben. Hierbij gaat het er om in hoeverre de cliënt – met hulp van zijn omgeving – in staat is om zelf de regie te voeren. Zeg maar, de eigen kracht van de cliënt en zijn sociale omgeving. In de tweede plaats speelt een belangrijke rol de complexiteit van de ondersteuningsvraag.

<sup>1</sup> Beide rapporten kunnen worden gedownload op [www.frieslab.nl](http://www.frieslab.nl).



Deze blijkt samen te hangen met de zorginhoudelijke complexiteit, waarbij het gaat om de zorginhoudelijke (medische) behoefte en de organisatorische complexiteit, waarbij het gaat om het aantal betrokken organisaties en domeinen. Dit leidt tot vier varianten van ondersteuningsbehoeften. Deze varianten kunnen worden gekoppeld aan vier vormen van cliëntondersteuning (zie hiervoor figuur 1). Casemanagement is in dit model aan de orde in die gevallen dat er zowel sprake is van een complexe zorgvraag als van een complexe organisatorische situatie. In alle andere gevallen zijn lichtere vormen van cliëntondersteuning aan de orde.

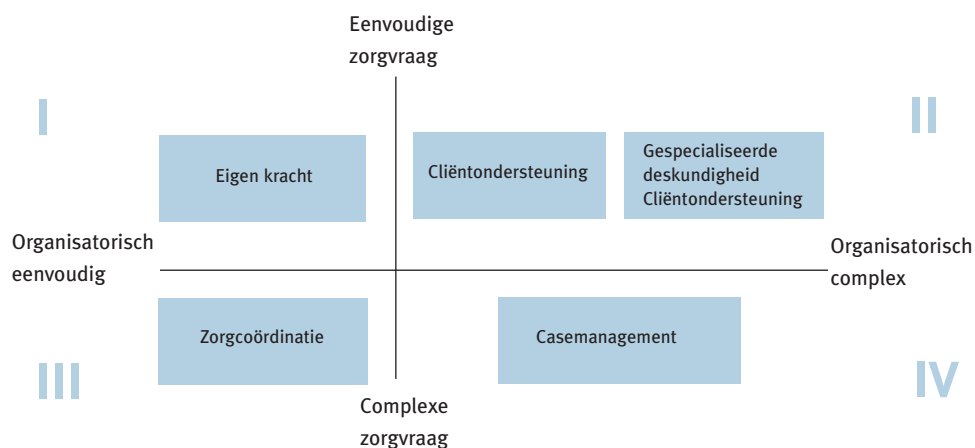
Wanneer er een eenvoudige zorgvraag is en een organisatorisch eenvoudige situatie, dan kan de cliënt zelf de regie voeren. Eventueel met de hulp van mensen uit de directe omgeving (mantelzorg). De aard van de problematiek kan variëren, zoals enkelvoudig hartfalen en beperkingen in lichamelijk functioneren. Zo nodig kan een cliënt met vragen over wonen, welzijn en zorg terecht bij een cliëntondersteuner of Wmo-loketmedewerker. De huisarts kan bij medische vragen helpen.

Bij een zorginhoudelijk eenvoudige, maar organisatorisch complexe ondersteuningsvraag, waarbij de ondersteuningsvraag meerdere domeinen beslaat en de betrokkenheid van meerdere organisaties nodig is, kunnen cliënten in eerste instantie terecht bij een cliëntondersteuner of Wmo-loketmedewerker. Het gaat in deze gevallen 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. Er komt een moment dat gespecialiseerde deskundigheid nodig is van specifieke ziektebeelden, zoals het geval is bij de genoemde voorbeelden.

Als de organisatorische situatie eenvoudig is, maar de zorgvraag complex, is de medisch specialist aan zet om samenhang in de zorg te organiseren. Dit wordt zorgcoördinatie genoemd. Het afstemmen van de zorg hoort ook onder meer tot het takenpakket van de (huis)arts en kan onder diens verantwoordelijkheid uitgevoerd worden door een praktijkondersteuner of nurse practitioner. Dit is de reguliere verantwoordelijkheid van een arts. In het geval iemand intramuraal verblijft, is afstemming de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Een voorbeeld is een vrouw in een ziekenhuis of een zelfstandig wonende man met diabetes die moeilijk stabiel te krijgen is.





Figuur 1. Ondersteuningsvormen

Bij een complexe zorgvraag en een complexe organisatorische zorgsituatie is casemanagement aan de orde (zie figuur 2). 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. Deze behoren dan ook niet meer tot de reguliere verantwoordelijkheid van de zorgverleners. De casemanager heeft de taak om de cliënt te ondersteunen én om de samenhang en afstemming van de zorg en ondersteuning te organiseren. Voorbeelden van mensen 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.

De financiering van de ondersteuning verschilt per kwadrant. Na de decentralisatie is rechtsboven de Wmo de geëigende financier, rechtsonder de Zvw (zie ook duiding CVZ<sup>2</sup>) en linksonder de Zvw voor de medische zorgcoördinatie en de AWBZ bij langdurende intramurale zorgcoördinatie.

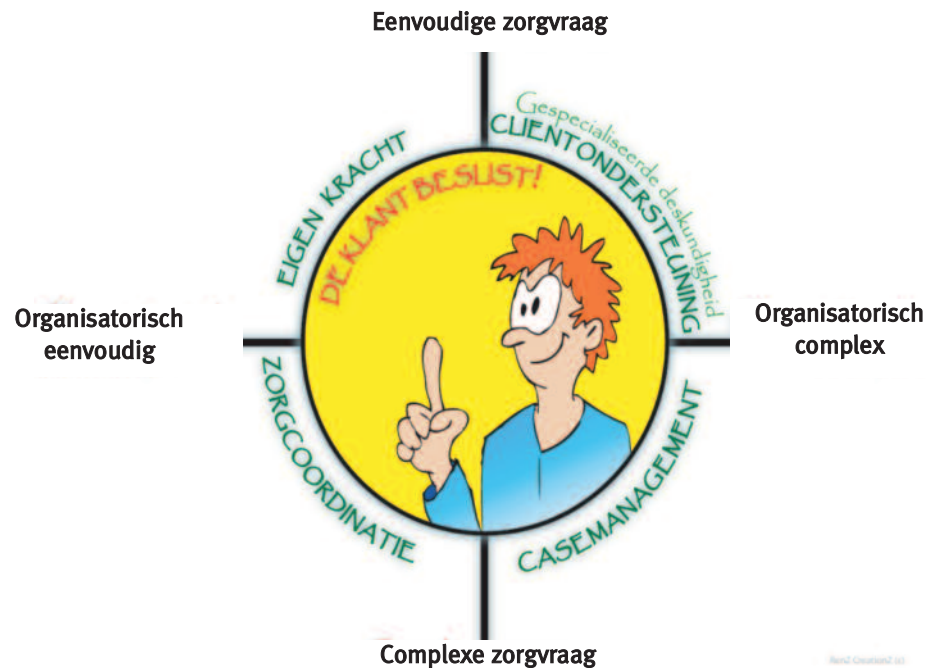
In het model dat de bevindingen van Frieslab samenvat, bepalen verschillende factoren welke vorm van cliëntondersteuning – inclusief casemanagement - onder welke omstandigheden het beste kan worden ingezet. Met als uitgangspunt dat de ondersteuningsvormen bedoeld zijn als aanvulling op de eigen kracht, of het eigen regievermogen van de klant. Want de klant staat centraal.

De regelcapaciteit van de cliënt is een belangrijke factor. Datzelfde geldt voor de handelingsverlegenheid van een hulpverlener. Ook speelt mee of er al een dekkend netwerk van ondersteuning is en bijvoorbeeld de mate waarin de hulpverleners elkaar kennen en op elkaar vertrouwen.

<sup>2</sup> Casemanagement, Hopman, 2011



De assen kunnen dus verschuiven. De factoren die van invloed zijn op het verschuiven van de assen en daardoor de behoefte aan casemanagement vergroten of reduceren staan centraal in het vervolgonderzoek waarvan in deze rapportage verslag wordt gedaan.



Figuur 2. Friesland model voor casemanagement

Friesland introduceert vier overwegingen die een doorslaggevende rol spelen bij de beslissing om in een bepaalde situatie een casemanager in te zetten. Allereerst de wens van de klant en zijn omgeving. Een klant die uitstekend zelf de regie kan voeren zal niet of nauwelijks een beroep doen op een casemanager. De klant beslist hierover zelf en moet kunnen kiezen tussen het wel of niet aanwijzen van een casemanager of andere vormen van cliëntondersteuning. Dus, wat wil de klant?

In de tweede plaats de handelingsverlegenheid van de professional: een arts of bijvoorbeeld verpleegkundige schakelt eerder een casemanager in wanneer hij of zij zich niet in staat voelt om de klant optimaal te kunnen ondersteunen. Dus, wat wil de professional? Het onderlinge vertrouwen, vormt de derde overweging. Een professional die de casemanager kent en vertrouwt draagt de ondersteuning van een klant eerder over aan een casemanager.

In hoeverre kunnen en willen zij door één deur? Tot slot speelt de omgeving van de klant nog een belangrijke rol. 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 eerder ingezet.



# 4 Onderzoeksopzet

Een model ‘op papier’ staat niet garant voor een goede cliëntondersteuning. Wanneer is welke ondersteuning optimaal? Wanneer een cliënt door te verwijzen? In welke gevallen lever je andere ondersteuning, schakel je over naar een andere vorm<sup>3</sup>? Deze – en andere – vragen wilde Frieslab beantwoorden met dit door bureau HHM uitgevoerde vervolgonderzoek.

In dit onderzoek staat de vraag centraal: ‘Wanneer behoort een cliënt tot welk kwadrant?’

Met als deelvragen: ‘Wat zijn de criteria die bepalend zijn dat een bepaalde vorm van ondersteuning nodig is?’ en ‘Is het mogelijk om de criteria te kwantificeren?’

Het onderzoek is uitgevoerd in vier stappen. Dit zijn:

- Stap 1. Aanzet criterialijst casemanagement.
- Stap 2. Interviewronde casemanagement.
- Stap 3. Ontwikkelen afwegingsmodel.
- Stap 4. Vaststellen afwegingsmodel en verslaglegging.

## Stap 1. Aanzet criterialijst casemanagement

De beschikbare bronnen werden geïnventariseerd en geanalyseerd vanuit de vraagstelling: Welke criteria zijn te herleiden op basis van beschikbare definities en rapporten? Het resultaat van deze stap was een eerste aanzet voor criteria. De uitkomsten van deze stap werden gebruikt als voorbereiding op de uitvoering van de stappen 2 en 3.

## Stap 2. Praktijk onderzoek: interviewronde casemanagement

De uitkomsten van stap één zijn meegenomen bij het opstellen van een vragenlijst voor het praktijkonderzoek. Doelstelling was het verzamelen van criteria en casuïstiek uit de praktijk. Dit door diepte-interviews uit te voeren met professionals uit het werkveld, met ervaring in projecten rondom cliëntondersteuning of casemanagement. Omdat Frieslab met dit onderzoek zicht wil krijgen op de criteria die gelden voor de specifieke vormen van ondersteuning en op de scheidsvlakken, zijn de gesprekspartners zodanig geselecteerd dat zij samen 3 van de 4 kwadranten van het model bestrijken. Van de bij het onderzoek betrokken professionals kan de volgende indeling worden gemaakt.

<sup>3</sup> Frieslab onderscheidt vier vormen van cliëntondersteuning die uitgevoerd kunnen worden door dezelfde dan wel verschillende personen. Dit is afhankelijk van de specifieke casus.



Kwadrant	Aantal betrokken vertegenwoordigers
I Eigen Kracht	n.v.t.
II Cliëntondersteuning	4
III Zorgcoördinatie	4
IV Casemanagement	4
<b>Totaal</b>	<b>12</b>

Tabel 1. Verdeling betrokken professionals

Er zijn twaalf professionals uit twaalf organisaties bij het onderzoek betrokken. Deze zijn deels ook afkomstig uit andere provincies dan Friesland. Dit is gedaan om te voorkomen dat specifieke regionale kenmerken van Friesland de uitkomsten zo beïnvloeden dat deze niet van toepassing zijn op Nederland.

De ambitie van het onderzoek is dat de uitkomsten van nut zijn voor heel Nederland. De volgende organisaties en professionals leverden een bijdrage:

Ondersteuningsvorm	Betrokken organisaties
Cliëntondersteuner	Stichting Mienskipsoarch, meitinker Pallet, buurtverpleegkundige MEE, beleidsadviseur Buurtzorg, wijkverpleegkundige
Zorgcoördinatie	Zorgpartners, specialist ouderengeneeskunde Canisius Ziekenhuis, MDL-arts Huisarts
Casemanagement	Talant, Kind en Gezin, casemanager Palliatief Advies Team, casemanager Ketenzorg Dementie, adviseur Deventer Ziekenhuis, transferverpleegkundige

Tabel 2. Betrokken organisaties

In deze tweede stap werd informatie verzameld door de deelnemende professionals te interviewen. Daarnaast is hen gevraagd casuïstiek aan te leveren van situaties waarbij sprake is van één van de vier vormen van cliëntondersteuning. Een groot aantal van de geïnterviewden heeft dat gedaan. Op basis hiervan is een verzameling casussen samengesteld, die door een grotere groep van 25 experts is beoordeeld. Deze experts zijn allen in de dagelijkse praktijk betrokken bij cliëntondersteuning, zorgcoördinatie of casemanagement. Bij deze beoordeling ging de aandacht vooral uit naar de 'omslagpunten' tussen de verschillende vormen van cliëntondersteuning.

### Stap 3. Ontwikkelen afwegingsmodel

De hulpvraag van mensen blijft niet per definitie in een en hetzelfde kwadrant. De aard van de hulpvraag kan veranderen doordat de situatie waarin iemand zich bevindt verergert of verbetert.



Ook de aard van de optimale ondersteuning verandert dan. Maar hoe en wanneer? De antwoorden op deze vragen werden gezocht met behulp van beschrijvingen van casuïstiek, de verhalen van mensen met een hulpvraag op de grensvlakken van case-management, cliëntondersteuning of zorgcoördinatie. Aan de groep van 25 experts is gevraagd om bij deze verhalen aan te geven welke ondersteuningsvorm het beste past binnen de beschreven situatie. De door de experts gemaakte keuzes en de argumentatie hiervoor, vormen een belangrijke informatiebron in dit onderzoek.

#### **Stap 4. Vaststellen afwegingsmodel**

Nadat de experts de casussen beoordeelden, is een verzameling criteria samengesteld. Deze verzameling vormt de belangrijkste bouwsteen van het ontwikkelde afwegingsmodel

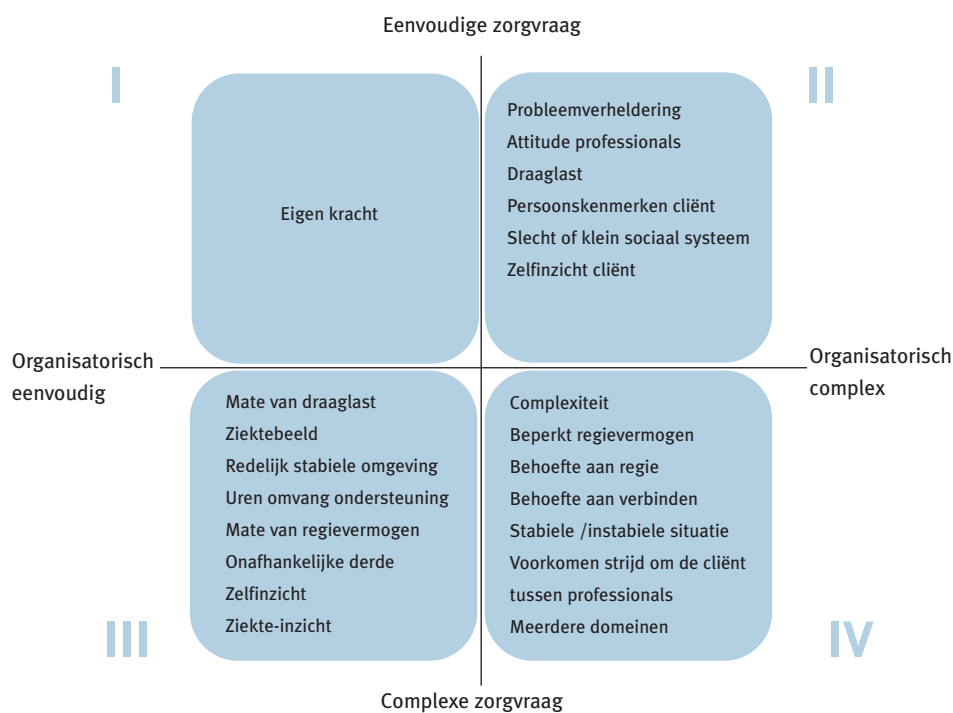




# 5 Resultaten onderzoek

## 5.1 Ruwe criterialijst

Op basis van de literatuurstudie en de interviews met professionals is een eerste lijst met criteria opgesteld. In onderstaande figuur is een impressie gegeven van de vele criteria die door de gesprekspartners zijn genoemd. Een volledig overzicht is opgenomen in bijlage 1.



Figuur 3. Impressie criteria over alle kwadranten heen



Uit de literatuurstudie en de interviews komen als belangrijkste criteria naar voren:

- aantal betrokken organisaties;
- benodigde omvang;
- aantal (leef)domeinen;
- duur van de ondersteuning;
- behoefte aan onafhankelijke derde;
- instabiele omgeving (draagkracht);
- regievermogen van cliënt(systemen).

Deze eerste lijst met criteria is getoetst en verder aangescherpt in een volgende onderzoeksrunde, door het bevragen van de groep van 25 experts. Zij beoordeelden gezamenlijk 25 casussen. Iedere expert is gevraagd een set van minimaal 6 casussen te beoordelen. Bij deze beoordeling stonden twee vragen centraal:

- Wat is volgens de experts de best passende ondersteuningsvorm?
- Welke criteria spelen hierbij een rol en hoe verhouden deze criteria zich tot elkaar?

## 5.2 Beschrijven casuïstiek

De casussen zijn volgens een vast stramien beschreven, met de volgende onderdelen:

Onderdeel	Toelichting
Algemene context	Korte algemene typering van de cliënt.
Zorginhoudelijke kenmerken	Beschrijving van de medische en/of zorginhoudelijke situatie van de cliënt.
Organisatorische kenmerken	Beschrijving van de organisatorische situatie van de cliënt, zoals aantal betrokken organisaties, inzet mantelzorg, et cetera.
Huidig ondersteuningsaanbod	Ondersteuning die de cliënt nu ontvangt vanuit AWBZ, Zvw, Wmo, informele zorg, et cetera. Indien mogelijk aangevuld met de omvang waarin deze ondersteuning wordt geboden.
Zelfredzaamheidsmatrix <sup>4</sup>	Hierbij zijn elf leefdomeinen van de cliënt in beeld gebracht en de mate van zelfredzaamheid. Deze domeinen zijn: inkomen, dagbesteding, huisvesting, gezinsrelaties, geestelijke gezondheid, fysieke gezondheid, verslaving, ADL-vaardigheden, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. Per domein is geschetst in hoeverre er sprake is van acute problematiek, niet zelfredzaam, beperkt zelfredzaam, voldoende zelfredzaam, of volledig zelfredzaam.

Tabel 3. Overzicht onderdelen casusbeschrijving

<sup>4</sup> De zelfredzaamheidsmatrix is een Nederlandse bewerking van een Amerikaans instrument: de Self-Sufficiency matrix (SSM). De GGD Amsterdam paste dit instrument aan de Nederlandse situatie aan. Zie bijlage 1 voor achtergrondinformatie zelfredzaamheidsmatrix.

Uiteindelijk zijn 24 casussen meegenomen bij de beoordeling van de inzet van cliënt-ondersteuning. Een casus viel af omdat niet werd voldaan aan het criterium dat iedere casus door tenminste 5 of 6 experts beoordeeld diende te worden. Er zijn 90 complete beoordelingen gemaakt, dat betekent een respons van 70%.

### 5.3 Analyse beoordelingen

Bij de analyse van de casussen is vanuit meerdere invalshoeken gekeken en is beoordeeld in hoeverre de experts tot dezelfde inschattingen kwamen.

De volgende invalshoeken komen hierna aan de orde:

1. variëteit in keuze van ondersteuningsvorm;
2. variëteit in inschatting complexiteit;
3. relatie mate van complexiteit en keuze van ondersteuningsvorm;
4. variëteit in inschatting van regievermogen en draagkracht;
5. relatie tussen enerzijds de mate van regievermogen en draagkracht en anderzijds de keuze van de ondersteuningsvorm.

#### Ad 1. Variëteit in keuze van ondersteuningsvorm

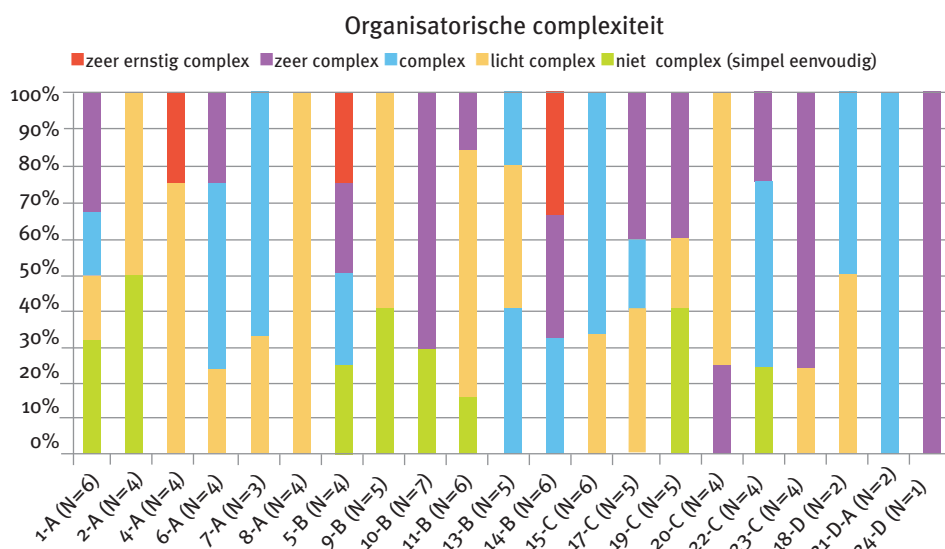
Opvallend is dat de experts in een (flink) aantal gevallen onderling van mening verschillen over de specifieke vorm van cliëntondersteuning die bij een casus zou horen. In tabel 4 wordt duidelijk dat er in de praktijk lang niet altijd consensus is over de best passende vorm van ondersteuning. In minder dan de helft van de gevallen (43%) ligt het percentage consensus tussen de experts hoger dan 70%. Dit komt ook het meeste voor als er sprake is van casemanagement. Het is wel nodig om de kanttekening te maken dat deze uitspraak is gebaseerd op een beperkt aantal waarnemingen per casus (zie ook de meest rechtse kolom).

Casus	Gespecialiseerde cliënt-ondersteuning	Case-management	Integrale cliënt-ondersteuning	Zorgcoördinatie (bijv. specialist, huisarts)	Door mantelzorg	Aantal beoordelingen
1	33%	50%	17%	0%	0%	6
2	100%	0%	0%	0%	0%	4
3	0%	100%	0%	0%	0%	4
4	25%	50%	0%	25%	0%	4
5	0%	100%	0%	0%	0%	3
6	25%	0%	0%	0%	75%	4
7	67%	0%	0%	0%	0%	4
8	0%	20%	0%	0%	80%	5
9	14%	71%	14%	0%	0%	7
10	33%	17%	0%	0%	50%	6
11	20%	20%	0%	0%	60%	5
12	17%	50%	33%	0%	0%	6
13	33%	17%	33%	0%	17%	6
14	60%	0%	0%	40%	0%	5
15	20%	20%	20%	0%	40%	5
16	25%	0%	0%	0%	75%	4
17	0%	75%	0%	0%	0%	4
18	0%	50%	0%	25%	25%	4
19	0%	50%	50%	0%	0%	2
20	0%	50%	50%	0%	0%	2
21	0%	100%	0%	0%	0%	1

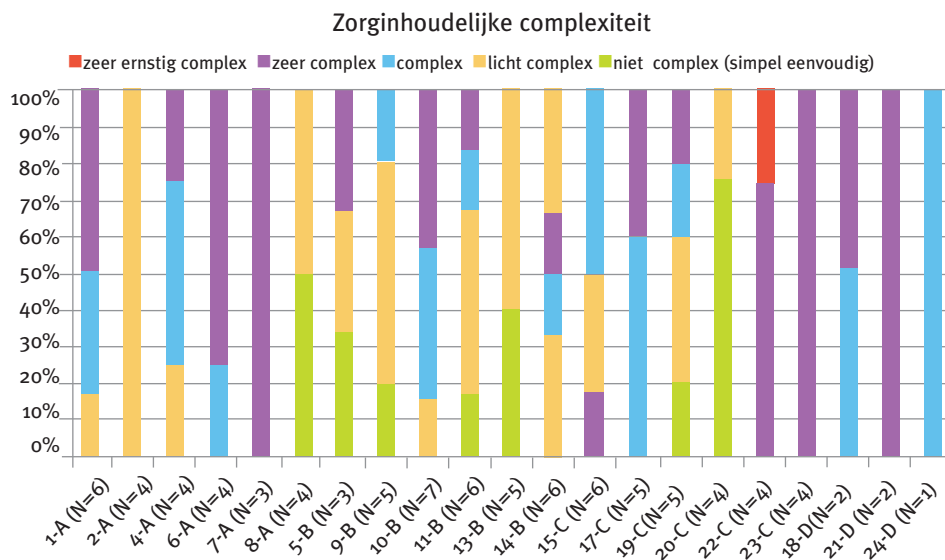
Tabel 4. Overzicht spreiding beoordelingen per casus

## Ad 2 Variëteit in inschatting complexiteit

In het Frieslab model staan de variabelen ‘zorginhoudelijke complexiteit’ en ‘organisatorische complexiteit’ centraal. De spreiding in de beoordelingen van de experts wordt goed zichtbaar in de figuren 4 en 5. Hen is gevraagd op basis van de casus een inschatting te maken van de mate van organisatorische en zorginhoudelijke complexiteit. De experts hadden de mogelijkheid de intensiteit in één van de vijf classificaties in te delen. Deze classificaties lopen van niet complex tot zeer ernstig complex.



Figuur 4. Overzicht variatie in beoordeling mate van organisatorische complexiteit per casus



Figuur 5. Overzicht variatie in beoordeling mate van zorginhoudelijke complexiteit per casus



We zien een behoorlijke variëteit in de beoordelingen van zowel de organisatorische als de zorginhoudelijke complexiteit. Elk staafje vertegenwoordigt een casus. Het aantal verschillende kleuren in een staafje laat het aantal verschillende inschattingen zien van de mate van complexiteit. Deze variëteit in beoordeling is ook te zien bij de keuze van de benodigde ondersteuning.

### Ad 3. Relatie mate van complexiteit en keuze van ondersteuningsvorm

Een variëteit in de beoordelingen per casus, hoeft nog niet te betekenen dat dezelfde spreiding ook van toepassing is per ondersteuningsvorm. Bij deze analyses is gekeken hoe de mate van complexiteit – zoals beoordeeld door de experts - zich verhoudt tot de ondersteuningsvorm. Op deze wijze bekeken, blijkt er wel degelijk sprake te zijn van overeenstemming tussen de experts.

Zorginhoudelijk					
Organisatorisch	Niet complex	Licht complex	Complex	Zeet complex	Zeet ernstig complex
Niet complex	N = 7 mz : 6 co : co+ : 1 zc : cm :	N = 3 mz : 3 co : co+ : zc : cm :	N = 1 mz : co : 1 co+ : zc : cm :		
Licht complex	N = 7 mz : 4 co : co+ : 3 zc : cm :	N = 12 mz : 3 co : 1 co+ : 5 zc : cm : 3	N = 3 mz : co : 1 co+ : 1 zc : cm : 1	N = 2 mz : co : 1 co+ : 1 zc : cm :	N = 1 mz : co : co+ : 1 zc : cm :
Complex	N = 1 mz : co : co+ : zc : cm : 1	N = 8 mz : co : co+ : 3 zc : 1 cm : 4	N = 9 mz : 1 co : 2 co+ : 3 zc : cm : 3	N = 4 mz : 1 co : co+ : 1 zc : cm : 2	
Zeet complex		N = 5 mz : co : co+ : 2 zc : 1 cm : 2	N = 6 mz : co : 1 co+ : zc : cm : 5	N = 15 mz : 2 co : 2 co+ : 1 zc : 2 cm : 8	N = 1 mz : co : co+ : zc : cm : 1
Zeet ernstig complex			N = 2 mz : co : co+ : zc : cm : 2		N = 1 mz : co : co+ : zc : cm : 1

Tabel 5. Overzicht ondersteuningsvorm in relatie met mate van zorginhoudelijke en organisatorische complexiteit

#### Toelichting: Legenda tabel 5:

Blaue vak:	mantelzorg is dominant	
Wit vlak:	te klein aantal waarnemingen Mz: Mantelzorg (kwadrant I)	
Roze vlak:	cliëntondersteuning is dominant	Co+: gespecialiseerde cliëntondersteuning (kwadrant II)
Groene vlak:	casemanagement is dominant	Zc: Zorgcoördinatie (kwadrant III)
Grijze vlakken:	variëteit in ondersteuningsvariant Cm: Casemanagement (kwadrant IV)	

De experts zijn het er met elkaar over eens dat bij een lichte complexiteit van zorg of de organisatie daarvan, geen professionele ondersteuning nodig is. In veruit de meeste gevallen geven de experts aan dat de klant zelf de regie kan voeren. Eventueel bijgestaan door een mantelzorger. Er is ook grote consensus onder de experts voor wat betreft de bevinding dat 'eigen kracht' speelt in niet-complexe situaties en casemanagement in zeer tot ernstig complexe situaties, waarin de 'eigen kracht' tekort schiet. Bij de (ernstige) complexe situaties is de score op casemanagement dominant. De beoordelingen wijzen in de meeste gevallen richting casemanagement. Slechts in enkele situaties is een lichte ondersteuningsvorm naar de mening van de experts voldoende.

Daarnaast is sprake van enkele combinaties waarbij de beoordelingen verschillend zijn. Deze waarnemingen zijn in de tabel grijs gearceerd. In deze situaties is sprake van een grote variëteit in de beoordeling van de 'beste ondersteuningsvorm'. Dit speelt met name bij (gemiddeld) complexe situaties. Meestal kiezen de experts dan voor zorgcoördinatie of cliëntondersteuning. Dit is afhankelijk van de inschatting of het accent op de zorg, of juist op de organisatorische kant ligt. Opvallend is dat de experts de zorgcoördinator niet zo vaak noemen. Dit komt mogelijk door de samenstelling van de set van casussen.

De geraadpleegde experts bevestigen het model van Frieslab in zijn uitersten. Bij minimale ondersteuning valt de keuze op de eigen kracht en inzet van de klant zelf. Eventueel aangevuld met de mantelzorger (kwadrant I). Bij de meer complexe casussen krijgt casemanagement de voorkeur (kwadrant IV). In gevallen van 'gemiddelde' complexiteit, beoordelen de experts de gewenste ondersteuningsvorm verschillend.

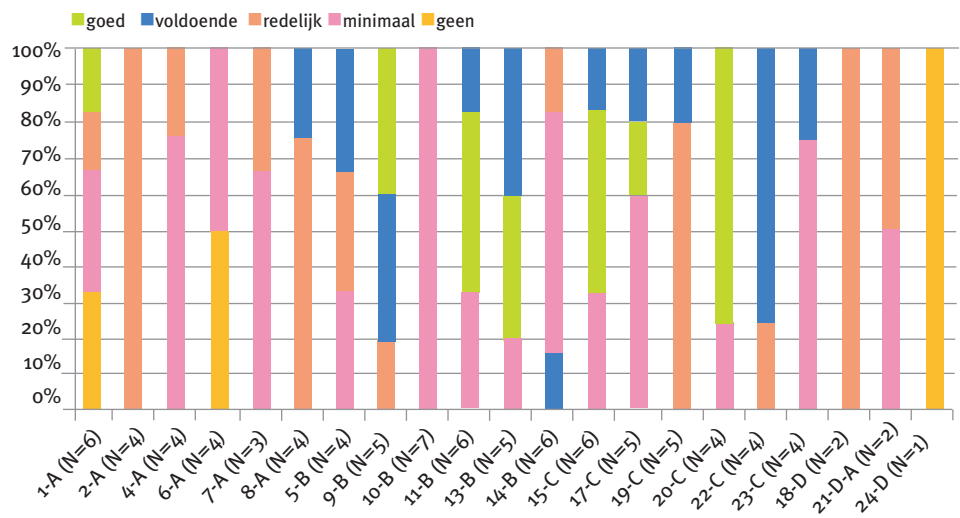
#### Ad 4 Variëteit in inschatting van regievermogen en draagkracht

De experts is gevraagd een inschatting te maken van de mate van regievermogen<sup>5</sup> en draagkracht<sup>6</sup> van de cliënt in de verschillende casussen. Variërend van 'geen' tot en met 'goed'. Ook ten aanzien van regievermogen en draagkracht blijken de experts de casussen verschillend in te schatten (zie hiervoor de figuren 6 en 7).

- 5 Onder regievermogen verstaan wij de mate waarin de persoon zelf, op acceptabele wijze, in staat is sturing te geven aan zijn of haar leven.
- 6 Onder draagkracht verstaan we de mate waarin de cliënt of zijn systeem in staat is zaken ook daadwerkelijk op te pakken.

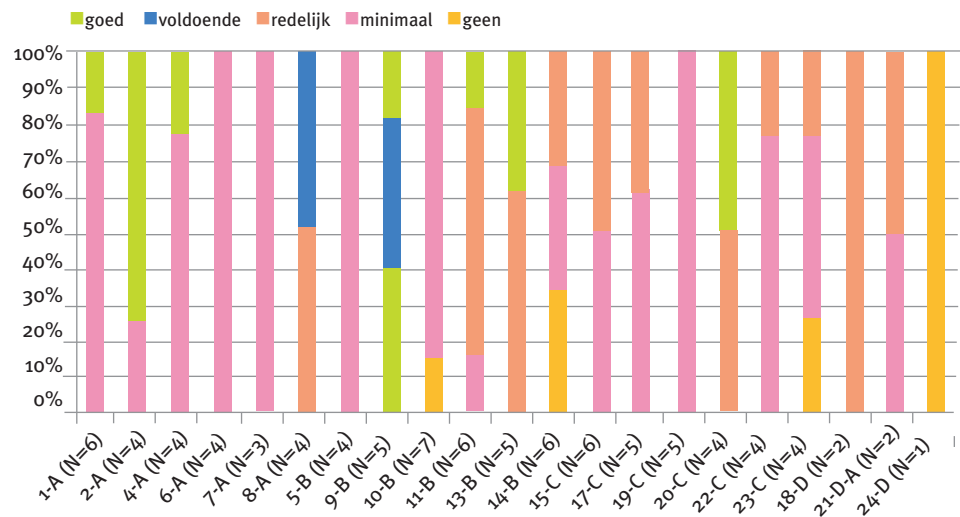


## Regievermogen



Figuur 6. Overzicht variatie in beoordeling mate van regievermogen per casus

## Draagkracht



Figuur 7. Overzicht variatie in beoordeling mate van draagkracht per casus

## Ad 5 Relatie mate van regievermogen en draagkracht met de keuze van de ondersteuningsvorm

Wanneer naar de inschatting van de experts de draagkracht en het regievermogen van de cliënt goed of voldoende zijn, dan bestaat er overeenstemming over de noodzaak van externe ondersteuning.



Deze is niet of nauwelijks nodig. Wanneer de experts menen dat de draagkracht en het regievermogen ontbreken of zeer gering zijn, dan zijn zij het er met elkaar over eens dat ondersteuning gewenst is. De meningen zijn echter verdeeld over de gewenste vorm van deze ondersteuning. De experts noemen zowel gespecialiseerde cliëntondersteuning, als zorgcoördinatie en casemanagement. Dit lijkt te betekenen dat de conclusie ‘beperkt regievermogen’ an sich onvoldoende houvast biedt om de juiste vorm van cliëntondersteuning te kunnen vaststellen. Hiervoor is met name inzicht nodig in de organisatorische en zorginhoudelijke complexiteit van de situatie van de cliënt.

#### 5.4 De belangrijkste criteria per ondersteuningsvorm

Wat zijn de belangrijkste criteria die de experts gebruiken om een klant of casus in een specifiek kwadrant te ‘plaatsen’? Figuur 8 biedt een overzicht per ondersteuningsvorm. Bij alle ondersteuningsvormen is te zien dat belangrijke criteria zijn:

- het regievermogen van de klant en zijn systeem
- het aantal (levens)domeinen<sup>7</sup> waarop er problematiek is
- de instabiele omgeving (draagkracht)
- het aantal betrokken organisaties

De behoefte aan een onafhankelijke derde is één van de dominante criteria bij de ondersteuningsvorm casemanagement. Opvallend is dat dit criterium alleen bij casemanagement naar voren komt.

Wanneer de experts aangeven dat mantelzorg de voorkeur heeft in de ondersteuning, dan geven zij voor het overgrote deel van de cliënten geen criteria aan. Dit is niet verbazend, omdat dit onderzoek zich niet primair op deze ondersteuningsvorm richt. Er is ook gekeken in hoeverre de achtergrond van een expert van invloed is op de beoordeling van de mate van complexiteit.

<sup>7</sup> Leefdomeinen: per casus is op 11 leefdomeinen de mate van problematiek aangegeven. Er is hierbij gebruik gemaakt van de indeling van de zelfredzaamheidsmatrix van de GGD Amsterdam. De leefdomeinen zijn: inkomen, dagbesteding, huisvesting, gezinsrelaties, geestelijke gezondheid, fysieke gezondheid, verslaving, ADL-vaardigheden, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie.





Vooralsnog is er geen aanleiding om aan te nemen dat de achtergrond van de experts de beoordeling eenzijdig hebben beïnvloed. Een kanttekening is wel dat de analyse is gebaseerd op een klein aantal waarnemingen.



Figuur 8. Vormen van ondersteuning

## 5.5 Totaalbeeld criteria

Wanneer de criteria uit de literatuurstudie, interviews met professionals én de beoordelingen van de experts worden samengevoegd, dan ontstaat het eindbeeld<sup>8</sup>. De inzet van (een vorm van) cliëntondersteuning is afhankelijk van het samenspel van cliëntgebonden en niet-clieñtgebonden factoren. Wat zijn criteria waar de cliëñt zelf invloed op uit kan oefenen en welke niet?

### Cliëñtgebonden criteria

- regievermogen cliëñt/cliëñtsysteem;
- draagkracht cliëñt/clientsysteem.

### Niet-clieñtgebonden criteria

- duur van de ondersteuning;
- omvang van de ondersteuning;
- aantal domeinen;
- aantal betrokken organisaties;
- onafhankelijke derde.

<sup>8</sup> In het onderzoek is aandacht besteed aan het kwantificeren van de criteria. Dit zou een nuttige aanvulling zijn op het praktisch toepasbaar maken van het model. Dit blijkt echter nog een brug te ver te zijn. De verkregen informatie biedt onvoldoende aanknopingspunten voor kwantificering.

## 5.6 Criteria voor omslagpunten

De situatie van een cliënt is niet statisch. Deze kan veranderen op het gebied van regie, draagkracht, complexiteit van zorg en complexiteit van organisatie. Zo kan bijvoorbeeld het ziektebeeld van een cliënt verslechteren of verbeteren. Maar er kan ook iets veranderen in de cliëntsituatie. Een mantelzorgverder kan bijvoorbeeld wegvallen, waardoor de ondersteuningsbehoefte verandert.

In het onderzoek is de experts gevraagd naar de criteria die ervoor zorgen dat de professional besluit dat een andere ondersteuningsvorm nodig is. Tabel 6 laat per overgangssituatie zien welke criteria werden genoemd.

Overgangssituatie	Criteria
<p><b>Cliëntondersteuning – casemanagement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Achteruitgang situatie</li> </ul>
<p><b>Casemanagement – cliëntondersteuning</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Betrokken mantelzorg in de nabije omgeving</li> <li>■ Aantal betrokken organisaties</li> <li>■ Geen zorgmijder</li> <li>■ Stabiele situatie op verschillende domeinen (bijv. huisvesting geregeld, prioriteiten gesteld, hulpverlening werkt goed samen)</li> <li>■ Minder complexe zorgvraag</li> <li>■ Relationale problematiek verbeterd</li> <li>■ Inzicht in ziektebeeld</li> </ul>
<p><b>Gespecialiseerde cliëntondersteuning – casemanagement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Behoeft aan afstemming met casemanagement</li> <li>■ Aantal domeinen neemt toe</li> <li>■ Beperkte deskundigheid op relevante domeinen</li> <li>■ Organiseren verhuizing naar instelling</li> <li>■ Toename zorginhoudelijke complexiteit</li> <li>■ Aantal betrokken partijen (professionele instanties) neemt toe</li> <li>■ Ontregeld leven</li> <li>■ Verandering in gezinssituatie</li> <li>■ Geen aanvullende criteria.</li> <li>■ Zie overgang casemanagement – cliëntondersteuning</li> </ul>
<p><b>Casemanagement – gespecialiseerde cliëntondersteuning</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geen aanvullende criteria.</li> <li>■ Zie overgang casemanagement – cliëntondersteuning</li> </ul>

Overgangssituatie	Criteria
<p><b>Zorgcoördinatie – casemanagement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Huisarts kan geen coördinator zijn</li> </ul>
<p><b>Casemanagement – zorgcoördinatie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cliënt voldoende zelfredzaam (bijv. inkomen, huisvesting, dagbesteding, gezinsrelaties)</li> <li>■ Geen zorgmijder</li> <li>■ Accent verschuift naar zorginhoudelijke ondersteuning en organisatorische complexiteit is geregeld</li> <li>■ Sprake van stabiele situatie</li> <li>■ Sprake van goede afstemming met betrokken hulpverleners/organisaties.</li> <li>■ Sprake van ontlasting cliëntsysteem bijv. door 9 dagdelen dagbehandeling/ opvang</li> <li>■ Regie rondom behandeling</li> <li>■ Verhuizing naar intramurale instelling (verzorgingshuis) of begeleid wonen</li> </ul>

Tabel 6. Overzicht genoemde criteria per omslagpunt

## 5.7 Discussie: de bril van de professional

### Beoordeling door de professional

In het onderzoek speelden professionals een rol die betrokken zijn bij de verschillende vormen van cliëntondersteuning. Hierdoor ontstond de mogelijkheid om te kijken naar de mate van overeenkomst in het beoordelen van individuele situaties van cliënten. Alle respondenten geven aan dat het regievermogen van de cliënt de belangrijkste rol speelt, bij het bepalen van de optimale ondersteuningsvorm. Tegelijkertijd laten de onderzoeksresultaten zien dat de experts juist op dit punt niet tot eensluidende beoordelingen komen.

Bij de vraag naar de inschatting van de mate waarin een cliënt in staat is om regie te voeren, worden alle antwoordmogelijkheden gegeven. Variërend van 'helemaal niet' tot 'helemaal wel'.

De 'bril' waarmee een beoordelaar naar een situatie kijkt, is bepalend voor de inschatting. Persoonsgebonden factoren zoals voorgeschiedenis, kennis, ervaring, of de persoonlijke visie op wat wenselijk en mogelijk is, spelen een beslissende rol. Daarnaast maakt 'de turbulentie' van de omgeving het beoordelen lastiger. Professionals werken in een omgeving die op allerlei aspecten sterk aan het veranderen is: van zorgen voor, naar zorgen dat; van verzorgen, naar zelf doen; van recht hebben op, naar eigen verantwoordelijkheid; van alleen werken naar samenwerken. Met als gevolg dat voor professionals lang niet altijd duidelijk is hoe zij naar een casus dienen te kijken en welke gevolgen dit nieuwe perspectief heeft voor het eigen 'doen en laten'. Deze constatering plaatst een vraagteken bij de mogelijkheid om een instrument te ontwikkelen om kantelpunten in het Frieslab model te definiëren op grond van de gekozen werkwijze. Ook in het veld is een verschuiving te zien van papieren indicatiestelling naar keukentafelgesprekken. Los van alle praktische gevolgen rijst de vraag of Frieslab in haar aanpak ook niet beter voor keukentafelgesprekken had kunnen kiezen<sup>9</sup>. Dit inzicht vroeg om een vervolgsessie.

---

<sup>9</sup> Dank aan J. Meerveld van Alzheimer Nederland voor deze suggestie.



# 6 Aanvulling model

Nadat de onderzoeksresultaten op een rij waren gezet, bleven er nog enkele vragen onbeantwoord: Hoe kan het dat er zo'n grote diversiteit is bij de beoordeling van de mate van regie? Hoe kunnen de criteria in de praktijk goed worden toegepast? Als aanvulling op de in hoofdstuk 3 beschreven onderzoeksopzet, werd een bijeenkomst georganiseerd met een kleine groep professionals. Deze had als doel om de onderzoeksresultaten vanaf enige afstand te bezien, waar nodig te bediscussiëren en te verbinden met de praktische ervaringen en inzichten van de deelnemende professionals. Uitgenodigd werden professionals werkzaam in tenminste één van de kwadranten van het Frieslab model.

De deelnemers gaven aan dat een goed ondersteuningsaanbod altijd ondersteuning op individuele maat biedt. Klanten hebben behoefte aan iemand die naast hen staat. Dit vraagt om maatwerk. Hoe dit maatwerk moet worden geleverd is afhankelijk van verschillende factoren. In het gesprek zijn twee 'nieuwe' factoren aangedragen, die een belangrijke rol spelen bij het in beeld brengen van de cliënt en de situatie waarin deze zich bevindt. Deze factoren zijn 'prognose' en de 'lokale situatie'.

De onderzoeksresultaten ordenend benoemen de professionals vijf groepen van variabelen die in onderlinge samenhang bepalend zijn voor de gewenste, optimale ondersteuning:

- Cliëntgebonden variabelen
- Zorginhoudelijke variabelen
- Organisatorische variabelen
- Prognose
- Lokale situatie

Deze indeling is een ordening van de al gevonden criteria. Alle in het onderzoek gevonden criteria zijn onder te brengen in één van deze groepen.

## Cliëntgebonden variabelen

Hiertoe behoren de criteria die direct te maken hebben met de cliënt en het cliëntsysteem. In dit onderzoek gaat het om:

- Regievermogen
- Draagkracht



## Zorginhoudelijke variabelen

Dit zijn de aan het ziektebeeld gerelateerde criteria. Deze geven in de eerste plaats vanuit een medische invalshoek inzicht in de complexiteit van een ziektebeeld. In de tweede plaats laten deze variabelen zien wat de complexiteit is van de door de zorgpartners te verlenen zorg. De zorginhoudelijke variabelen worden onderverdeeld in<sup>10</sup> :

- Functioneel (zoals lopen, vallen, ADL, incontinentie en meestal ook zintuigen: gezichtsvermogen en gehoor)
- Psychisch (hieronder vallen psychiatrische stoornissen, maar ook cognitieve problemen en dementie)
- Somatisch (chronische ziekten en acute lichamelijke aandoeningen)

## Organisatorische variabelen

Organisatorische factoren hebben betrekking op de complexiteit van het benodigde zorgsysteem, het samenstel van organisaties dat in samenwerking de gewenste zorg en ondersteuning dient te realiseren.

De volgende criteria spelen hierbij een rol:

- Aantal betrokken organisaties
- Duur van de ondersteuning
- Aantal domeinen<sup>11</sup>
- Omvang van de ondersteuning

## Prognose

Deze groep bevat twee criteria:

- Begeleidingsdoelen van de professional voor de cliënt
- Ontwikkeling van het ziektebeeld

## Lokale situatie

De lokale situatie omvat alle partijen die een rol spelen in het realiseren van goede zorg en ondersteuning. De cliënt heeft hierop geen enkele invloed. Relevante vragen zijn ondermeer de volgende: Hoe werken lokale partijen met elkaar samen? Hoe is de afstemming tussen de betrokken instanties georganiseerd? Ook domeinoverstijgend, dus tussen zorg, welzijn en gemeenten. Criteria die hierbij van invloed zijn, zijn:

- Samenwerking van de betrokken organisaties. In hoeverre werken organisaties met elkaar in plaats van naast elkaar?
- De mate van Informatie uitwisseling tussen de betrokken organisaties.
- In welke mate is er sprake van een sluitende keten?

De organisatorische en zorginhoudelijke variabelen, vormen de assen van het Frieslab model. Deze geven een houvast voor de financiering. Op de kantelpunten in het model zijn de cliëntsituatie, de prognose en de lokale situatie mede bepalend voor de beoordeling van de ondersteuningsbehoefte.

Bij het in beeld brengen van de cliënt en de situatie waarin deze zich bevindt, kunnen deze vijf groepen variabelen gebruikt worden als referentie- en beoordelingskader.

<sup>10</sup> Ontleend aan het SFMPC model, dit model bevat ook een 4e as, 'maatschappelijk' maar valt in het Frieslab model onder sociaal en cliënt.

<sup>11</sup> Zoals zorg, welzijn, onderwijs, of openbaar bestuur (gemeenten).

Bij elke beoordeling van de ondersteuningsbehoefte in een specifieke cliëntsituatie zijn twee vragen aan de orde:

- Welke compensatie is nodig in antwoord op beperkingen in de eigen kracht en eigen regie van de cliënt?
- Welke compensatie is nodig in antwoord op de waargenomen verhouding tussen de complexiteit van de ondersteuningsvraag van de cliënt en de capaciteiten van de betrokken zorgorganisaties en zorgprofessionals (de zorginhoudelijke en organisatorische complexiteit)?

Met als extra aandachtspunt dat de situatie kan veranderen waardoor ook de behoefte aan ondersteuning anders wordt. Het blijft van belang om goed zicht te houden op de situatie en, zodra deze verandert, de ondersteuningsbehoefte te heroverwegen.



## Hulpmiddel voor de praktijk

Deze matrix is een hulpmiddel in het gesprek over de gerealiseerde cliëntondersteuning. De uitkomsten van dit gesprek zijn belangrijker dan de afzonderlijke ingevulde matrixen. Invullen is nodig om de verschillende standpunten met elkaar te kunnen vergelijken en de oorzaken van verschillen in de beoordelingen boven tafel te krijgen. **Kernvraag bij de 13 criteria is telkens weer: In welke mate werkt de aangetroffen situatie positief op het vermogen van de cliënt en zijn omgeving, alsmede van de betrokken zorg- of hulpverlener(s), om zelfstandig een weg naar een oplossing te vinden en deze met goed resultaat te bewandelen?**

De hogere scores 4 en 5 duiden op een (zeer) positieve invloed. De lagere scores 1 en 2 geven een (zeer) negatieve invloed weer. Score 3 is neutraal, de invloed is noch positief, noch negatief.

- ❑ Bij een gemiddelde vanaf 4 staat de eigen kracht van de burger voorop.
- ❑ Bij een gemiddelde tussen 2,5 en 3,5 kan in principe worden volstaan met lichte vormen van cliëntondersteuning. Maar let op! Deze groep kan over het hoofd worden gezien. Check daarom de uitkomsten zorgvuldig.
- ❑ Bij een gemiddelde lager dan 2,5 kan casemanagement het aangewezen middel zijn. Naarmate het gemiddelde dichterbij 2,5 ligt, is mogelijk ook een van de lichtere vormen van cliëntondersteuning van toepassing. Extra aandachtig naar kijken dus.





Oriëntatie	Criteria	Beoordeling (gericht op zowel hulpvrager, als zorg- of hulpverlener)				
		Zeer negatief (1)	Negatief (2)	Neutraal (3)	Positief (4)	Zeer positief (5)
Cliëntgebonden	1. Vermogen tot regie: <i>de invloed van de eigen kracht op het vermogen tot regie</i>					
	2. Draagkracht: <i>de invloed van de draagkracht van cliënt &amp; omgeving op de mogelijkheid te doen wat nodig is</i>					
Zorg en hulp-inhoudelijk	3. Functioneel: <i>de effecten van het lichamelijk functioneren</i>					
	4. Psychisch: <i>de effecten van het psychisch functioneren</i>					
	5. Somatisch: <i>de effecten van chronische en acute ziekten en aandoeningen</i>					
Organisatie	6. Duur van de ondersteuning: <i>de gevolgen van de vereiste tijdsduur</i>					
	7. Aantal betrokken organisaties: <i>de vereisten gesteld door de noodzakelijke communicatie en samenwerking en de gevolgen voor de gewenste zorg of hulp</i>					
	8. Omvang van de ondersteuning: <i>de vereisten gesteld door de omvang van de ondersteuning en de gevolgen voor de gewenste zorg of hulp</i>					
Prognose	9. Begeleidingsdoelen: <i>de gevolgen van de gestelde doelen</i>					
	10. Ontwikkeling ziekte- of probleembeeld: <i>de effecten van de actuele ontwikkeling van ziekte of probleem</i>					
Lokale situatie	11. Kwaliteit van de samenwerking van organisaties: <i>de positieve en negatieve gevolgen</i>					
	12. Kwaliteit van de onderlinge communicatie van organisaties: <i>de positieve en negatieve gevolgen</i>					
	13. In welke mate is sprake van een sluitende keten: <i>de belemmeringen van een onvolledige keten en de stimulansen van een volledige</i>					
	<b>Som van alle scores (maximaal 65, minimaal 13) =</b>					
	<b>Het gemiddelde van deze scores (som/13) =</b>					
	<b>Onze gezamenlijke conclusie =</b>					



# 7 Conclusies en adviezen

## Het Frieslab model biedt voldoende handvatten

De experts bevestigen het model in zijn uitersten. Er bestaat consensus over de inzet van casemanagement en de situaties waarin een cliënt op eigen kracht verder kan.

## Er is consensus over de belangrijkste criteria

Het onderzoek levert een overzicht op van de belangrijkste criteria die zowel bepalend zijn voor de keuze van de ondersteuningsvorm, als inzicht geven in de omslagpunten tussen de verschillende vormen van ondersteuning. Deze kunnen worden gerangordend in vijf groepen (zie hoofdstuk 6).

- Cliëntgebonden variabelen
- Zorginhoudelijke variabelen
- Organisatorische variabelen
- Prognose
- Lokale situatie

## De samenhang van de criteria

Het onderzoek laat zien dat er verschillende categorieën van criteria zijn. Op casusniveau dienen deze categorieën altijd in samenhang te worden beoordeeld. Het samenspel van alle variabelen telt. Dit vraagt voortdurend om aandacht.

## Noodzaak van een gemeenschappelijk kader

Het is de ambitie om te komen tot een eenduidig, algemeen bruikbaar beoordelingsmodel. Het onderzoek laat zien dat de gehanteerde begrippen door professionals verschillend worden uitgelegd. Om tot een goed bruikbaar beoordelingsmodel te komen, is het nodig dat er consensus ontstaat over de interpretatie en toepassing van de verschillende begrippen.

## Referentiekader bepalend

Het onderzoek laat zien dat professionals een en dezelfde casus op sterk verschillende wijzen interpreteren. Eensgezindheid ontbreekt. Dit is zichtbaar in zowel de inschatting van de mate van complexiteit, het regievermogen, als de draagkracht. Het onderzoek suggereert dat dit verband houdt met een samenstel van factoren. Het onderzoek is niet eenduidig voor wat betreft de rol die de achtergrond van de experts speelt bij het beoordelen van de meest geschikte ondersteuningsvorm.



## Geen functie maar een taak

Zowel op landelijk als regionaal niveau wordt wel gediscussieerd over de vraag in hoeverre de verschillende vormen van cliëntondersteuning gezien dienen te worden als aparte functies. Deze discussie woedt het heftigst rond casemanagement. Frieslab beschouwt de verschillende vormen van cliëntondersteuning als taken en niet als afzonderlijke functies. Leidend is de vraag welk probleem van de klant om een oplossing vraagt. Leidend zijn niet de vraagstukken rondom financiering en verantwoording. Omdat de cliëntondersteuning in de dagelijkse praktijk op verschillende wijzen is ingericht, is het niet mogelijk om deze te koppelen aan één functie. Wat Frieslab betreft gaat het er om de aansluiting te vinden met de lokale situatie. Juist ook door de uitwerking van de omslagpunten tussen de verschillende vormen van cliëntondersteuning, krijgen professionals argumenten in handen om onderbouwd een andere taak uit te voeren voor een cliënt.



# 8 Vertaling naar de praktijk

## Tenslotte: we gaan weer terug naar de praktijk.

Het begint met een verzoek van bewoners aan de wethouder. Zij willen graag iemand in hun wijk bij wie ze met al hun vragen terecht kunnen. Iemand die hen soms even bij de hand neemt en die niet alleen vanuit de zorg kijkt.

De wethouder richt zich tot de zorgaanbieder. Ook de zorgverzekeraar bemoeit zich ermee, en tenslotte richt de zorgaanbieder zich tot de wethouder en de zorgverzekeraar. Het Frieslab model over casemanagement biedt uitkomst: er wordt pas professionele hulp ingeschakeld als het echt niet anders kan.

De wereld van wonen, welzijn en zorg kent verschillende perspectieven. Het Frieslab model dient niet als blauwdruk, maar laat ruimte voor een lokale invulling. Het model beoogt ook niet om ieders perspectief tot een ideaaltypisch integraal holistisch keurslijf te dwingen. Het model laat ruimte voor ieders perspectief en professionaliteit en bakent deze af. Het model in kwadranten biedt een kader voor het gesprek tussen verschillende professionals dat erop gericht is om klanten op maat te ondersteunen. Een sluitende keten ontstaat alleen als duidelijk is waar de verantwoordelijkheid van de één stopt en waar die van de ander begint. Deze grens moet worden besproken, zodat voorkomen wordt dat mensen tussen de wal en het schip vallen, of voor deze grens maanden moeten wachten op de hulp van iemand aan de andere kant van de grens. Het afstemmen van het aanbod tot een sluitende keten is mogelijk. Dit kan alleen door het gesprek op gang te brengen door inzicht te krijgen in elkaars perspectieven en belangen. Frieslab constateerde dat er in de praktijk verschillende stijlen zijn. Dit kunt u in het navolgende lezen. De praktijksituaties dienen als voorbeeld.

Lees hier hoe het zou kunnen gaan....



De Gemeente  
Gemeenteplein 100

Leeuwarden, 1 maart 2013

Kenmerk:

Beste Wethouder,

Wij van Wijkvereniging Ons Belang schrijven u deze brief omdat wij een verzoek hebben. Wij willen namelijk heel graag één vast aanspreekpunt voor onze vragen over de zorg. Zoveel mensen zoveel wensen en er zijn heel veel regels. Onze bewoners zien door de bomen het bos niet meer.

Het merendeel van onze wijkbewoners - gebied Rozenstraat, Dahliastraat tot en met Mezenstraat - wil niet teveel keuzemogelijkheden. Overzichtelijke en eenvoudige zorg. Daar vragen zij om<sup>1</sup>. Persoonlijk contact met vaste zorgverleners, dat is waar zij behoefte aan hebben. Dat geeft rust en een gevoel van veiligheid. De bewoners vinden het prettig als iemand hen bij de hand neemt, en als er op de partner wordt gelet.

Een kleiner deel van de wijkbewoners is kritischer, gemiddeld jonger en hoger opgeleid. (Het gebied nieuwe gedeelte Klompenmakersstraat, Mandenvlechterstraat en de Kantklosser.) Zij willen betrouwbare en gedetailleerde informatie, maar daarvoor niet eerst een uur in de rij bij de huisarts zitten. Zij willen niet betutteld worden maar wel weten waar ze de informatie kunnen halen. En bij wie ze het best terecht kunnen. Zelf extra informatie zoeken op internet, reizen: het is voor hen geen probleem. Maar dan willen ze wèl waar voor hun geld.

Kunt u, gezien bovenstaande wensen, onze wijk een cliëntondersteuner ter beschikking stellen? Dat moet vooral een aardig mens zijn en ze hoeft niet per se uit de zorg te komen. Ze moet weten waar ze het over heeft en aansluiten bij de daadwerkelijke behoeften van onze wijkbewoners. Als we complexe zorg nodig hebben willen we graag in onze wijk kunnen blijven wonen. Wij horen goede verhalen over de wijkverpleegkundige, maar zij kijkt alleen naar de zorg. Daarom willen we heel graag nog iemand die laagdrempeliger antwoord kan geven op onze vragen. Want vragen hebben we allemaal.

Met vriendelijke groet,

De Wijkvereniging

<sup>1</sup> De Praktijk Index & Motivaction: Wat werkt bij wie? Een doelgroepbenadering bij innovaties in zorg en preventie. Utrecht, november 2011. i.o.v. Ministerie van VWS



De Zorgaanbieder  
Welgelegen 100

Leeuwarden, 1 maart 2013

Kenmerk:

Geachte zorgaanbieder,

Onlangs is een rapport van Frieslab verschenen met als titel 'Ondersteuning op maat'. Hierin wordt het Frieslab model voor casemanagement toegelicht. Tevens wordt aangegeven wat de kantelpunten zijn in de overgangen tussen de verschillende vormen van ondersteuning op maat. Dit model, in combinatie met de drie aangekondigde decentralisaties, heeft ons ertoe gezet u deze brief te schrijven.

Het model laat de verschillen zien tussen cliëntondersteuning, de wijkverpleegkundige, casemanagement en medisch specialistische begeleiding van klanten. Bij Frieslab staat, net als in onze gemeente, de burger centraal. Hij voert zoveel mogelijk de regie en probeert eerst zelf zijn vragen beantwoord te krijgen of problemen op te lossen. Wanneer hij daar niet uit komt raadpleegt hij familie, burens, mensen op school of vrijwilligers. Pas wanneer dit niet tot het gewenste effect leidt worden professionals ingezet. Frieslab onderscheidt vijf groepen van variabelen die in onderlinge samenhang bepalend zijn voor de gewenste, optimale ondersteuning:

- Cliëntgebonden variabelen
- Zorginhoudelijke variabelen
- Organisatorische variabelen
- Prognose
- Lokale situatie

Een belangrijke conclusie die Frieslab trekt is dat de onderlinge verschillen tussen professionals in de beoordeling van casuïstiek groot zijn. Dat verbaasde mij in eerste instantie. Deze mensen zijn immers allemaal professional en middelbaar of hoog opgeleid. Maar nu zie ik het als kans.

De matrix die professionals kunnen invullen om een inschatting te kunnen maken van de benodigde vorm van ondersteuning biedt onze gemeente houvast. Het invullen maakt mensen bewust van het eigen handelen. Dat heeft een grote toegevoegde waarde.

In onze gemeente streven we naar wijkgerichte combinaties van preventie, welzijn en zorg op alle leefgebieden in de nulde en eerste lijn. Daarvoor moeten we integraal samenwerken. Juist omdat professionals allemaal anders kijken kunnen zij elkaar enorm versterken. De vraag is echter hoe we lokale aanbieders zoals u zo ver krijgen dat u afspraken maakt over een sluitende wijkaanpak.

Mijn vraag is of u met dit model in de hand een plan kunt maken over hoe en met wie u samen wilt werken in de diverse wijken in onze gemeente. Een plan waaruit blijkt waar ieders verantwoordelijkheid of bemoeienis stopt. En ook hoe u er voor zorgt dat de zelfredzaamheid van de klant zoveel mogelijk wordt benut, zo nodig door een andere aanbieder die de ondersteuning van de burger naadloos overneemt. Immers, de conclusie die Frieslab trekt over de verschillen in de beoordeling van een klantsituatie zie ik als een kans voor integrale samenwerking.

Als voorbeeld voor de vragen die ik krijg van bewoners heb ik als bijlage het verzoek van een wijkvereniging om een cliëntondersteuner toegevoegd. Dit verzoek wil ik, zoals u zult begrijpen, honoreren. Maar niet voordat ik uw plan ontvangen heb.

Samen staan we sterk. Alle beschikbare expertise is nodig om de klant optimaal te ondersteunen. Terwijl we meer moeten doen met minder middelen.

Hoogachtend,

De Gemeente

Geachte Wethouder,

Op dit moment worden algemene netwerken ontwikkeld voor kwetsbare ouderen. Daarin hebben de huisarts en wijkverpleging een spilfunctie. Deze ontwikkeling juichen wij toe en wij ondersteunen haar met de Module Zorg voor kwetsbare ouderen.

Deze algemene netwerken hebben een belangrijke taak op het vlak van vroegsignalering en vroegdiagnostiek. In de allereerste fase hebben cliëntondersteuner en huisarts een belangrijke rol.

Met het ouder worden zal de gezondheid gemiddeld genomen afnemen. Bij sommige mensen kunnen ziekten worden geconstateerd als dementie. Het gevolg hiervan is dat de zorgbehoefte groter wordt. De rol van de wijkverpleegkundige neemt toe.

Er komt een moment dat er kennis nodig is van specifieke ziekten en de coördinatie tussen verschillende hulpverleners. Dan verschuift de regiefunctie naar casemanagement.

Dit wordt beschreven in het Frieslab model voor casemanagement, waarover onlangs een vervolgonderzoek is verschenen. Het aardige van het vervolgonderzoek is dat Frieslab verschillen constateert in de beoordeling van de regiecapaciteit van klanten. Dezelfde klant wordt anders beoordeeld. Dat maakt het dus lastig om de optimale ondersteuningsvorm te bepalen.

Het gebruik van het Frieslab model vereist een goed samenspel van welzijnswerk, vrijwilligerswerk, begeleiding en de bij de zorg betrokken zorgaanbieders. Het is van groot belang dat gedurende het ziekteproces het hele aanbod beschikbaar is. Afstemming tussen huisarts/POH en casemanagement is gedurende het hele zorgtraject noodzakelijk. Er moet duidelijkheid zijn over waar de regierol ligt. Dat is essentieel. Frieslab maakt dat in haar model helder.

Als het Frieslab model wordt toegepast heeft de klant geen last meer van het bestaan van aparte organisaties en diensten die met hun aanbod niet goed op elkaar aansluiten.

Uit de probleemveldinventarisaties blijkt dat in veel regio's zorgvragers nog steeds problemen ondervinden omdat goede zorgcoördinatie ontbreekt. Zo blijken mantelzorgers een grote behoefte te hebben aan begeleiding en emotionele en praktische ondersteuning op permanente basis.

Een duidelijke en toegankelijke netwerkstructuur is voor zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatigheid van groot belang. Verder is een hoogwaardige vorm van casemanagement, die bekend is bij alle relevante zorgaanbieders/verwijzers, van invloed op de kwaliteit en de hoogte van de zorgkosten. Door vroegtijdige inzet van begeleiding en ondersteuning wordt bespaard op zorgkosten zoals kortdurend verblijf: crisisopnamen, verblijf ten behoeve van observatie en screening, ziekenhuiskosten en langdurend verblijf door opname in een latere fase van een ziekte.

Beste Wethouder, u denkt na over een nieuwe manier om uw Wmo-loket vorm te geven. Het Frieslab model en de bijbehorende praktijkverhalen in het boekje Als het schuurt in de zorg kunnen u daarbij helpen. Graag doen we u de suggestie om cliëntondersteuners te introduceren die laagdrempelig vragen van burgers verhelderen en eerst proberen de vraag van de klant met mensen in de nabije omgeving te beantwoorden. Pas daarna is professionele ondersteuning aan de orde.

Idealiter is de cliëntondersteuner onafhankelijk en gemandateerd om direct zorg of andere vormen van ondersteuning in te zetten als dat nodig is. Graag delen wij met u onze expertise over de doelgroep die nog begeleiding via de AWBZ ontvangt, zodat u weet wat hun behoefte is en hoe u hierin via de cliëntondersteuners goed kunt voorzien.

Dan is er nog een thema dat wij met u zouden willen bespreken. De ondersteuning van mantelzorgers van mensen met een progressieve ziekte als Huntington of dementie is een belangrijke pijler in ons beleid.

Mantelzorg draagt in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de klant. De komende jaren is er sprake van meervoudige vergrijzing en toenemende krapte op de arbeidsmarkt voor zorg. Het versterken van mantelzorg is daarom een absolute noodzaak.

Mantelzorgondersteuning is een verantwoordelijkheid van u, als gemeenten op basis van de Wmo, zorgkantoren en zorgverzekeraars op basis van AWBZ en Zvw. Het Frieslab model laat zien dat de verantwoordelijkheid voor de bovenste twee kwadranten vooral bij de gemeente ligt. De onderste twee vallen onder de AWBZ en de Zvw en zijn daarmee ons domein.

Wilt u op korte termijn hierover met ons van gedachten wisselen, met als doel tot een gezamenlijke aanpak te komen? Bij voorkeur op regionaal netwerkniveau. Alleen op die manier kan een samenhangend pakket van mantelzorgondersteuning en ondersteuning van de cliënt op maat gerealiseerd worden.

Hoogachtend,

De Zorgverzekeraar

Leeuwarden, 1 maart 2013

Kenmerk:

Geachte gemeente en zorgverzekeraar,

Wij onderschrijven het model van Frieslab voor casemanagement en willen graag de samenhang tussen de cliëntondersteuner en de wijkverpleegkundige toelichten. In het model staat deze functie op de goede plek: na cliëntondersteuning en vóór casemanagement.

Cliëntondersteuning zou eigenlijk burgerondersteuning moeten heten: het richt zich op het beantwoorden van vragen van burgers en leidt zo nodig naar zorg. Uitgangspunt is dat de daadwerkelijke behoefte van de burger centraal staat. Eerst wordt gekeken wat hij of zij zelf kan, eventueel samen met de mensen in de directe omgeving. Wanneer er intensieve zorg nodig is komt de wijkverpleging in beeld. De cliëntondersteuner kan een klant doorgeleiden (de zogeheten warme overdracht) naar de wijkverpleging.

De wijkverpleging richt zich vooral op twee hoofdstromen van cliënten:

1. mensen die intensieve zorg van de wijkverpleegkundige vragen, doorgaans over een lange periode en waarbij de verpleging ook coördinatie- of casemanagement-rollen heeft;
2. mensen die in beperkte tijd, met enkele of vele contacten in 4 tot 6 weken, hun problemen weer grotendeels verholpen zien, dan wel deze zelf of met behulp van de cliëntondersteuner kunnen hanteren. En waarbij de kracht van wijkverpleging zit in het snel kunnen schakelen naar andere voorzieningen.

Waar cliëntondersteuning zich richt op burgers met enkelvoudige- of dubbelproblematiek, is wijkverpleging vooral gericht op de meervoudige problematiek van extra kwetsbare burgers of patiënten en hun omgeving, mantelzorgers, het gezinssysteem. Een cliëntondersteuner hoeft niet HBO-opgeleid te zijn en is daardoor goedkoper. Ook kan zij de wijkverpleegkundige helpen bij de sociale problematiek van een klant. Goede samenwerking is mogelijk en zelfs nodig om in de groeiende zorgvraag te kunnen voorzien. We moeten meer doen met minder middelen en daarom is een goede samenwerking tussen cliëntondersteuners en wijkverpleegkundigen cruciaal.

Als belangrijkste risicogroepen noemen huisartsen en wijkverpleegkundigen de ouderen die alleenstaand zijn, vooral als ze recent hun partner hebben verloren, zelfstandig wonende ouderen boven de 85 jaar waarbij zorgafhankelijkheid toeneemt, mensen zonder sociaal netwerk en in achterstand (onder wie alleenstaanden die zich isoleren), problematische zorgmijders (onder wie alcoholisten, mensen met een depressie en psychiatrische patiënten) en mensen met een sterk progressief verloop van de ziekte (kanker, dementie, neurologische aandoeningen).

Bepalend voor de inzet van casemanagement zijn volgens een zorgverzekeraar: de mate van kracht van het steunsysteem, het aantal verschillende zorgverleners of organisaties die bij de cliënt betrokken zijn en de complexiteit van de hulpvraag van de cliënt (bijvoorbeeld co- en multimorbiditeit).

Wij gaan aan de slag met de set van vijf variabelen van Frieslab.

Ondersteuning op maat legt de regie bij de klant en dwingt ons als aanbieders om onderling af te stemmen wie de zorg coördineert. Zo worden verantwoordelijkheden en grenzen helder. Dit alles met als doel een tevreden klant en minder kosten. Immers, met het uitstel van een intramurale opname kan veel geld worden bespaard.

Hoogachtend,

De Zorgaanbieder



De Wijkvereniging  
De Wijk 100

Leeuwarden, 1 maart 2013

Kenmerk:

Beste leden van de Wijkvereniging,

Hartelijk dank voor uw brief waarin u vraagt om een cliëntondersteuner in uw wijk.

Ik heb begrip voor uw vraag. Maar als ik nu zou besluiten om een cliëntondersteuner te introduceren dan creëer ik een nieuwe functie. Meer functionarissen de wijk insturen, dat maakt het geheel niet per definitie duidelijker. En zeker niet goedkoper. Tegelijkertijd is het voor u niet prettig om steeds weer uw verhaal te moeten doen bij een andere hulpverlener.

Om uw vraag vast te beantwoorden: ja, maar alleen als het nodig is. Misschien is er al zo iemand maar weten u en ik niet van zijn of haar bestaan af. Dat gaan we nu uitzoeken.

Onze gemeente bestaat uit een stad en een aantal dorpen. Wij inventariseren op korte termijn welke functionarissen er actief zijn in de dorpen en de stad. Als er niemand is waar u terecht kunt met uw vragen dan stellen wij voor de komende twee jaar een cliëntondersteuner aan. Deze persoon heeft de opdracht uw vragen zo simpel mogelijk op te lossen en mij van casuïstiek te voorzien over concrete problemen en gekozen oplossingen.

U heeft zodoende iemand bij wie u terecht kunt met vragen op het gebied van wonen, welzijn, werk en zorg en ik heb zicht op wat de inwoners van onze gemeente daadwerkelijk nodig hebben om problemen te voorkomen.

De komende twee jaar ontwikkelen wij een model van vraagverheldering naar toeleiding dat past in elk van onze dorpen en de stad. Ik neem hiervoor een periode van twee jaar omdat in die periode duidelijk zal worden hoe de decentralisatie in de zorg vorm zal krijgen, zoals die door de Minister aan het parlement wordt voorgelegd.

Als het model er is kunt u met uw vraag terecht bij iemand die goed toegankelijk en bereikbaar is. Dat noemen we een generalist. Het begint met een generalist aan de voorkant (frontoffice) en een specialist aan de achterkant (backoffice). Ik wil onafhankelijk teams waarin men goede afspraken maken over wie wat doet.

Dat werkt zo: iemand komt met een vraag bij de generalist. Deze persoon verkent in een zogeheten “keukentafelgesprek” de vraag van de klant en de eventuele problemen. Hij verkent met de klant de mogelijkheden om problemen zelf of met de mensen in de nabije omgeving op te lossen. Als er geen sterk sociaal netwerk is kan dat worden versterkt en worden er vrijwilligers benaderd. Het eerste aanspreekpunt kan u, als u dat wenst, ondersteunen bij het zoeken naar de oplossing van uw probleem en kan tevens de voortgang van gemaakte afspraken bewaken. Hij blijft uw eerste aanspreekpunt totdat uw vraag is beantwoord of tot duidelijk is wie de zorg voor u overneemt.

In de ene wijk is de wijkverpleegkundige het eerste aanspreekpunt, in de andere wijk of dorp is dat de maatschappelijk werker of de cliëntondersteuner. Wie het aanspreekpunt ook is, deze persoon moet onafhankelijk met u uw vraag verhelderen zodat er een goed beeld is over hetgeen u nodig heeft om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven. Kerntaak van het eerste aanspreekpunt is dat hij breed kijkt, en niet alleen vanuit de zorgbehoefte redeneert. Hij of zij zal koppelingen maken tussen werk, school, welbevinden en meedoen in de maatschappij en zorg.

Deze mensen zijn nu al actief in de dorpen en de stad. Ze werken er al, alleen weten wij dat vaak niet. Problemen worden vanuit het eigen referentiekader opgelost en dat is eigenlijk ook niet vreemd. Zo is men opgeleid en daarvoor wordt men betaald.

We gebruiken de komende periode om hen te leren breed te kijken en samen met de klant simpele oplossingen te bedenken. Ook moeten zij tijdig hulp van andere professionals inschakelen. Ook hiervoor geldt, beter een tijdige en goede behandeling dan een probleem laten bestaan totdat het een crisis of medisch probleem wordt.

Ook gaan wij aan de slag met een nieuwe organisatievorm voor dit team. Na de decentralisaties is het mijn taak om kwetsbare burgers te helpen. Uitgangspunt is het model van Frieslab omdat het helder weergeeft welke ondersteuningsvorm past bij de mate van kwetsbaarheid van de burger. Het helpt u en de leden van het team in de wijk de optimale ondersteuningsvorm te vinden: niet teveel, niet te weinig, niet te vroeg, niet te laat.

Met vriendelijke groet,

De Gemeente, wethouder

# Bronnen

---

## Geïnterviewden

N. Hoornweg	Paletgroep
R. van der Velde	Mienskipsssoarch
G. Seinstra	MEE Friesland
D. Marissen	Buurtzorg
R. Veenhuizen	Zorggroep Noorderbreedte
S. Hoekstra	Hogeschool Arnhem Nijmegen
C. van Enckevort	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, MDL-arts
E. Ligt	Talant
I. Diermanse	Vilans
N. Planting	PAT Friesland
J. van Leeuwen	huisarts

## Deelnemers beoordeling casuïstiek casemanagement

M. Pietersma	MCL
M. Veenstra	Thuiszorgmakelaar Friesland
E. Talma	Talant
N. Hoornweg	Paletgroep
J. van der Meulen	Hogeschool Arnhem en Nijmegen
C. Flisijn	Noorderbrug
J. Rinsma	Thuiszorg Het Friese Land
J. Wiersma	Bureau Jeugdzorg Friesland
R. Veenhuizen	Zorggroep Noorderbreedte
S. Denis	MCC Omnes
C. de Schiffart	Zorggroep Noorderbreedte
A. Duken	Thuiszorg Het Friese Land
R. Niezink	Timpaan
B. Zomer	Leger des Heils
J. Groninger	Talant
E. Schriemer	casemanager

## Deelnemers 'boerenwijsheid' sessie

J. van Leeuwen	huisarts
K. Boonstra	Venturaplus
A. Welling	HHM
I. Diermanse	Vilans
L. Bakker	Paletgroep

# Bijlage 1 **1** Overzicht zelfredzaamheid-matrix

S.Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. De Wit, S. van de Weerd, en G. Tigchelaar.

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam
<b>Inkomen</b>	Geen inkomsten, hoge en groeiende schulden	Onvoldoende inkomsten en/of spontaan of ongepast uitgeven, groeiende schulden	Komt met inkomsten aan basisbehoefte tegemoet; gepast uitgeven; indien sprake is van schulden zijn deze tenminste stabiel; Bewindvoering/ inkomensbeheer.
<b>Dagbesteding</b>	Geen dagbesteding en veroorzaakt overlast	Geen dagbesteding maar geen overlast	Laagdrempelige dagbesteding/ arbeidsactivering
<b>Huisvesting</b>	Dakloos en/of in nachtopvang	Voor wonen ongeschikte huisvesting en/of huidige huur/ hypotheek is niet betaalbaar; dreigende huisuitzetting	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend; in onderhuur; nietautonome huisvesting
<b>Gezinsrelatie</b>	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing	Leden van het gezin gaan niet goed met elkaar om; potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing	Leden van het gezin erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.
<b>Geestelijke gezondheid</b>	Een gevaar voor zichzelf of anderen; terugkerende suïcideideatie; ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door psychische problemen	Terugkerende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen; aanhoudende functioneringsproblemen	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn maar zijn voorbijgaand; enkel matige functioneringsmoeilijkheden door psychische problemen; behandeltrouw is minimaal
<b>Fysieke gezondheid</b>	Heeft direct medische aandacht nodig; een noodgeval/kritieke situatie.	Een (direct/ chronische) medische aandoening die regelmatige behandeling vereist en die op dit moment niet behandeld wordt en matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamelijke gezondheidprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld; behandeltrouw is echter minimaal en de lichamelijke gezondheidproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit.



DOMEIN	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
<b>Inkomen</b>	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering; heeft schulden in eigen beheer en deze verminderen	Inkomsten zijn voldoende, goed financieel beheer; heeft inkomen en mogelijkheid om te sparen
<b>Dagbesteding</b>	Hoogdrempelige dagbesteding/ arbeids-toeleiding of seizoensgebondenwerk en/ of volgt opleiding voor startkwalificatie	Vast werk of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie
<b>Huisvesting</b>	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting; (huur)contract met bepalingen; gedeeltelijk autonome huisvesting	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting; regulier(huur)contract; autonome huisvesting
<b>Gezinsrelatie</b>	Relationele problemen tussen leden van het gezin zijn niet (meer) aanwezig	Communicatie tussen gezinsleden is consistent open; gezinsleden ondersteunen elkaar
<b>Geestelijke gezondheid</b>	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven; marginale beperking van functioneren; goede behandeltrouw	Symptomen zijn afwezig of zeldzaam; goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten; niet meer dan de dagelijkse besommeringen of zorgen
<b>Fysieke gezondheid</b>	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening; goede behandeltrouw.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen.



DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam
<b>Verslaving</b>	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/ verslaving; resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering	Voldoet aan criteria voor verslaving; preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen; afkick- of afkick- ontwijkend gedrag zichtbaar; gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven.	Gebruik binnen de laatste 6 maanden; aanwijzingen voor aan middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen; gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven; behandeltraouw is minimaal.
<b>ADL - Vaardigheden</b>	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe vaardigheden.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden.	Voorziet in de meeste maar niet alle basis behoeften van het dagelijks leven; de zelfzorg is op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere complexe vaardigheden
<b>Sociaal netwerk</b>	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/vrienden. Geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Ernstig en kommervol sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en/ of wegens terugtrekken uit sociale relaties.	Familie/vrienden hebben niet de vaardigheden/ financiële mogelijkheden om te helpen. Nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Blijvend, belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties.	Enige steun van familie/ vrienden. Enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.
<b>Maatschappelijke participatie</b>	Niet van toepassing door crisissituatie; in 'overlevingsmodus'	Maatschappelijk geïsoleerd en/of geen sociale vaardigheden en/of gebrek aan motivatie om deel te nemen	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, steungroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline, of kinderopvang
<b>Justitie</b>	Zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie/ justitie. Openstaande zaken	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie/ justitie. Lopende zakenactiviteiten tgv een lichamelijk gezondheid-probleem.	Incidenteel contact met politie/ justitie. Geen lopende zaken



DOMEIN	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
<b>Verslaving</b>	Cliënt heeft gedurende de laatste 6 maanden gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar; geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik, goede behandeltrouw.	Geen middelengebruik/ misbruik in de laatste 6 maanden
<b>ADL - Vaardigheden</b>	Voorziet in alle basis behoeften van het dagelijks leven; alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd	Geen problemen van deze aard; goed in staat op alle gebieden te functioneren.
<b>Sociaal netwerk</b>	Voldoende steun van familie/ vrienden. Weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Gezond sociaal netwerk. Geen foute vrienden
<b>Maatschappelijke participatie</b>	Voldoende steun van familie/ vrienden. Weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Actief participierend in de maatschappij
<b>Justitie</b>	Zelden contact met politie/ justitie Strafbblad.	Geen contact met politie/ justitie. Geen strafblad



## Zelfredzaamheid-Matrix Score Formulier

Achternaam:	Voornaam:	Voorletters:	
BSN nummer:		Geboortedatum (dd/mm/jjjj):	
Beoordelaar kenmerk: _____ Beoordelaar organisatie: _____ Beoordelingsdatum: _____		Geregistreerd in (gemeente):	
Soort beoordeling:	<input type="checkbox"/> Instroom	<input type="checkbox"/> Interim	<input type="checkbox"/> Uitstroom

Verwijs naar de Zelfredzaamheid matrix en beoordeel het niveau van de zelfredzaamheid van de client voor elk domein. Omcirkel een score tussen 1 en 5. Geef op ieder domein een beoordeling. Geef bij ieder domein aan of professionele hulp aan-, afwezig of in aanvraag is.

Zorgverzekering aanwezig?	Ja/Nee in aanvraag
---------------------------	--------------------

Cognitief vermogen	Belemmering / Nader te onderzoeken / Geen belemmering
--------------------	---

Taal	<b>Beperking in :</b>	Geen belemmering
	<input type="checkbox"/> Spreken <input type="checkbox"/> Lezen <input type="checkbox"/> Schrijven <input type="checkbox"/> Verstaan	

Verantwoordelijk voor kinderen?	<b>0-12 jaar</b>	<b>12-18 jaar</b>
	Ja/Nee	Ja/Nee

Domein	Score	Prof. hulp aanwezig?
Inkomen	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Dagbesteding	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Huisvesting	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Gezinsrelaties	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Geestelijke gezondheid	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Fysieke gezondheid	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Verslaving	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
ADL – vaardigheden	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Sociaal netwerk	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Maatschappelijke participatie	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag
Justitie	1 2 3 4 5	Ja Nee In aanvraag

<b>Totaal score ZRM =</b>
---------------------------





SLIMME PADEN VOOR  
ZORG- EN DIENSTVERLENING

Oldehoofsterkerkhof 2  
Postbus 21000  
8900 JA Leeuwarden  
t 058 - 750 54 50  
[www.frieslab.nl](http://www.frieslab.nl)

