

Casemanagement



Op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij

vilans

Colofon

De beschrijving van casemanagement is een vervolg op de invitational conference gehouden op 1 maart 2011. Dit rapport is tot stand gekomen op basis van uitkomsten van een werkconferentie met experts op 28 augustus 2012, onderzoek, bespreking van het eerste concept in een expertgroep op 6 maart 2013, een feedbackronde met herziening en wordt aangeboden aan de opdrachtgever, het ministerie van VWS op 22 maart 2013.

Deelnemers expertgroep:

Anno Pomp	coördinator beleidsstrategie VWS, opdrachtgever en voorzitter
Angela Bransen	beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland
Corine Zijdeveld	NPCF
Fons Hopman	College voor Zorgverzekeringen
Hans Vlek	eerstelijnscentrum Tiel
Jan Vuister	directeur Geriant
Julie Meerveld	manager belangenbehartiging en zorgvernieuwing, Alzheimer Nederland
Leo Kliphuis / Marc Roosenboom	directeur / Waarnemend Directeur Landelijk Vereniging Georganiseerde eerstelijnszorg LVG
Lies Rutten	wijkverpleegkundige en casemanager dementie, Buurtzorg Nederland
Martien Bouwmans	beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland
Paul Jeroen Verkade	voorzitter V&VN Netwerk casemanagers dementie
Pieter Roelfsema	ministerie VWS
Sanja Bouman	programmamanager Frieslab

Vilans

Margje Mahler, Astraia Rühl en Marielle Cuijpers

Contactpersoon: Margje Mahler

Postbus 8228, 3503 RE Utrecht

Telefoon: (030) 789 2309, e-mail: m.mahler@vilans.nl

Website: www.vilans.nl

Inhoudsopgave

Casemanagement	1
Colofon	2
Inhoudsopgave.....	3
1. Inleiding.....	4
2. Situatieschets zorg voor mensen met een chronische ziekte.....	5
3. Situatieschets casemanagement.....	7
3.1 Opbrengst van casemanagement onderzocht.....	8
3.2 Uitgangspunten casemanagement	9
4. Op weg naar een definitie voor casemanagement	14
4.1 Wat is casemanagement?.....	14
4.2 Activiteiten passend bij casemanagement	15
4.3 Conclusie	17
4.4 Aanvullende vragen VWS	18
5. Mogelijk toekomstscenario	19
6. Bronnenlijst	21

1. Inleiding

Binnen de zorg voor mensen met een chronische ziekte zijn de afgelopen jaren vele vormen van casemanagement ontstaan. Vanuit het Landelijk Dementie Programma bijvoorbeeld zijn er in de periode 2005-2008 52 casemanagement projecten gestart om aan de behoefte van mensen met dementie en hun naasten tegemoet te komen. De praktijkvariatie rondom casemanagement is op dit moment groot, zowel wat inhoud, takenpakket, organisatie als financiering betreft. De variatie wordt bevorderd door het tot op heden ontbreken van een eenduidige beschrijving en grondslag voor financiering.

In Nederland is al enige jaren een discussie gaande over wat onder casemanagement moet worden verstaan, welk doel het dient en hoe het gefinancierd dient te worden. Noch is er overeenstemming over wie casemanagement verleent en wat het dan inhoudt. Evenmin bestaat overeenstemming over voor welke cliënten casemanagement dient te worden ingezet en op welk moment in het ziekteproces. Het CVZ (2011) verzamelde 21 definities van casemanagement in de zorg. Door het ontbreken van een goede definitie kunnen ook de opbrengsten niet eenduidig inzichtelijk gemaakt worden.

De noodzaak tot het opstellen van deze definitie is verwoord in de kamerbrief van november 2011. Het ministerie van VWS heeft in een eerste stap naar het helder maken van de definitie een invitationale conference georganiseerd op 1 maart 2012. Tijdens de invitationale conference werd het belang van een eenduidige definitie onderschreven. In vervolg op deze conference is door het ministerie van VWS aan Vilans gevraagd een definitie van casemanagement op te stellen.

Het opstellen van een definitie is de vraag die binnen dit rapport centraal staat. Op basis van deze definitie kan monitoring plaatsvinden van de huidige vormen waarin casemanagement wordt aangeboden. Het uiteindelijke doel is te komen tot concrete en toetsbare indicatiecriteria zodat zowel patiënten, zorgaanbieders als zorgkantoren/verzekeraars meer houvast hebben wanneer casemanagement in te zetten.

De vraag vanuit het ministerie van VWS is door Vilans als volgt benaderd: Eerst is een algemeen beeld geschetst van de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Vervolgens is de achtergrond van casemanagement beschreven. De opbrengsten van casemanagement worden genoemd, gevolgd door de uitgangspunten voor casemanagement zoals deze in verschillende bronnen worden beschreven. Vervolgens wordt de definitie aan de hand van activiteiten beschreven en wordt een mogelijk toekomstscenario geschetst. Afsluitend wordt een tijdspad geschetst waarin op basis van deze definitie en de stappen in de kamerbrief het proces vervolgd kan worden.

2. Situatieschets zorg voor mensen met een chronische ziekte

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de algemene stand van zaken in de zorg voor mensen met een chronische ziekte en daaruit volgend de introductie van casemanagement in Nederland.

Sterke toename aantal chronisch zieken en belang van preventie

Het is een bekend gegeven dat in Nederland de groei van het aantal mensen met chronische ziekten en comorbiditeit zal leiden tot een grotere vraag naar zorg. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch zieken maakt aandacht voor preventie steeds belangrijker. Preventie biedt mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen. Ook vóódat een ziekte of aandoening manifest wordt kunnen mensen worden gemotiveerd zich gezond te gedragen ('Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag'; RVZ, 2010).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers, zullen onder meer leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg. Ook de aard van de zorgvraag zal veranderen: burgers stellen meer eisen aan de zorg, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, en aan de informatievoorziening en communicatie rond de zorg.

Ondersteuning van zelfmanagement en eigen regie

Ondersteuning van het zelfmanagement van mensen die achteruitgaan is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg die de Nederlandse overheid voorstaat. Veel zorgprofessionals en (para) medici zijn van oudsher gewend om zich vooral te richten op wat mensen niet (meer) kunnen. Het bevorderen van zelfmanagement krijgt tot nu toe weinig aandacht in de zorg, vanwege de traditionele sterke gerichtheid op verzorgen en behandelen en op het overnemen van zorgtaken. Meer aandacht voor zelfmanagement en daarmee eigen regie vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de cliënt¹ en het cliëntensysteem kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven - of het voorkómen daarvan. De focus moet verlegd worden naar wat mensen met chronische ziekten wél kunnen, om van daaruit het zelfmanagement te versterken.

Speciale aandacht zal nodig zijn voor de manier waarop zelfmanagement vormgegeven kan worden bij de meest kwetsbare groepen, zoals mensen met dementie, mensen op hoge leeftijd (85+), mensen met complexe problemen, mensen met een zeer lage sociaaleconomische status, mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of mensen in de terminale fase. Zelfmanagement gaat niet altijd over voorkomen of verbeteren, bij mensen met een chronische ziekte die achteruitgaan kan het zich ook richten op het handhaven van het huidige niveau of begeleiden van achteruitgang. Individuele vaardigheden voor zelfmanagement zullen bij deze mensen eerder beperkt zijn. Zelfmanagement kan dan mogelijk nog wel op het niveau van de familie of het bredere sociale netwerk vorm krijgen.

¹ Binnen dit rapport wordt vanwege de leesbaarheid de term cliënt gebruikt.

Wijzigingen in beroepsprofielen en ontwikkeling van zorgstandaarden

Zeer recentelijk zijn er aangepaste beroepsprofielen gepubliceerd van onder andere de verpleegkundigen, zorgkundigen, het expertisegebied wijkverpleegkundige en het expertisegebied van de casemanager dementie. Huisartsen hebben een toekomstvisie op de huisartsenzorg gepresenteerd. Ook is er een productenboek in ontwikkeling voor de wijkverpleegkundige. Binnen deze beschrijvingen is ruim aandacht voor integrale en afgestemde zorg. De beschrijvingen spitsen zich toe op de verschillende taken en rollen voor de diverse disciplines en schetsen uitdagingen om tot een optimale afstemming en persoonsgerichte zorg te komen. Ook binnen de zorgstandaarden voor mensen met een chronische ziekte die de laatste jaren ontwikkeld zijn is ruimschoots aandacht voor integrale en afgestemde zorg.

Introductie casemanagement in Nederland

Zoals het CVZ (2011) reeds aangeeft hebben de problemen van mensen met een chronische ziekte over het algemeen niet alleen betrekking op de gezondheidszorg, maar ook op andere levensgebieden. Zeker als er sprake is van comorbiditeit. Het is dan onvermijdelijk dat verschillende instanties en hulpverleners samen moeten werken. De paradox is volgens het CVZ (2011), dat naarmate het eigen regelvermogen van mensen met een chronische ziekte afneemt, de noodzaak van coördinatie meestal toeneemt.

Voor sommige mensen met een chronische ziekte of complex ziektebeeld is er meer nodig dan het reguliere zorgaanbod om tegemoet te komen aan hun behoefte. Mensen met een of meerdere chronische ziekten kunnen vaak de weg in het complexe en versnipperde zorglandschap moeilijk vinden. “Door de bomen het bos niet meer zien” is een van de probleemvelden die mantelzorgers vaak aangeven.

Als antwoord op de vraag hoe binnen de complexiteit van het huidige zorgveld en in relatie tot bovenstaande ontwikkelingen mensen optimale ondersteuning² te bieden is in veel regio's en bij verschillende ziektebeelden casemanagement geïntroduceerd. Naast de complexiteit van het aanbod vragen mensen om een aanspreekpunt, een persoon aan wie zij alle vragen kunnen stellen en die helpt bij het maken van keuzes. Functioneel wordt bij casemanagement, gegeven een verminderde regelcapaciteit, een sterk accent gelegd op coördinatie en organisatie van zorg. Vanuit het perspectief van de cliënt en zijn naasten ontstaat meerwaarde als het casemanagement geboden wordt door een vast aanspreekpunt met verstand van zaken en kennis van de problematiek. De persoon die het casemanagement uitvoert combineert de coördinerende en organiserende taken met het bieden van voorlichting en het geven van persoonlijke steun en begeleiding³. Deze persoon richt zich daarbij zowel op de cliënt zelf als zijn directe naasten, in casu familie en mantelzorgers.

De behoefte aan casemanagement en daarmee samenhangend aan een beschrijving van wat casemanagement inhoudt in Nederland komt volgens het CVZ (2011) voort uit de volgende maatschappelijke ontwikkelingen:

- Extramuralisering van complexe zorg;
- Toename van chronische ziekten (vergrijzing);
- Een versnipperd zorgaanbod;
- Toename van de autonomie van verzekerden;
- Verminderde kracht van het eigen netwerk (mantelzorg).

² Ondersteuning en ondersteunen dient hier niet te worden uitgelegd als Wmo term, maar als datgeen dat bedoeld wordt als invulling van een taak.

³ Begeleiden dient hier niet te worden uitgelegd als Wmo term, maar als datgeen dat bedoeld wordt als invulling van een taak.

3. Situatieschets casemanagement

De inzet, vorm en inhoud van casemanagement is zowel nationaal als internationaal divers en komt voor bij verschillende beleidsterreinen, zoals sociale zaken, justitie en zorg. Ook binnen de zorg neemt casemanagement verschillende vormen aan. De oorsprong van het casemanagement binnen de zorg is te vinden in de psychiatrie, waar psychiatrische patiënten na opname in een instelling door middel van casemanagement begeleid werden in de rehabilitatie. Casemanagement werd gezien als substitutie voor het langdurig opnemen van patiënten. Ook in Nederland zijn in het kielzog van de modernisering en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vormen van casemanagement ontstaan. Casemanagement wordt ingezet bij diverse aandoeningen en zorgsituaties, in de GGZ, in de palliatieve zorg en bij chronische ziektes en bevindt zich in Nederland in verschillende ontwikkelfasen, afhankelijk van de aandoening die het betreft en de ontwikkelingsfase van het betreffende werkveld.

In de zorg voor mensen met dementie is de laatste jaren veel gewerkt met casemanagement, ook weer in verschillende vormen met als gevolg een verscheidenheid aan invulling van het casemanagement. In een evaluatiestudie van NIVEL en Trimbos (2012) is de diversiteit van het casemanagement bij dementie beschreven. Ook zijn effecten bij dementie na een jaar beschreven.

Ook het rapport van het CVZ (2011) geeft de variatie binnen het casemanagement duidelijk weer. Volgens het CVZ (2011) is er geen sprake van één beste manier van casemanagement. De uitwerking en vormgeving hangt af van doelgroepen, bestaande ondersteuningsstructuren inclusief de sociale context en lokale structuren. Het CVZ rubriceerde op basis van literatuur de verschillende vormen van casemanagement in de zorg:

- makelaarsmodel (zorgcoördinator)
- clinical case management (cliëntmentorschap)
- assertive community treatment (outreachinge hulpverlening)
- intensive case management (bemoeizorg)
- strength model (focus op individuele potenties)
- rehabilitatiemodel (focus op maatschappelijke integratie)
- intensive case management model
- shared core task model (organisatorische procedures)
- joint agency model
- brokerage model
- case management agency model

Deze vormen worden wisselend toegepast binnen de huidige zorg. Casemanagement heeft zich sterk van de inhoud ontwikkeld en heeft daarom aandoening-specifiek en andere invulling gekregen. Zo is bijvoorbeeld casemanagement bij de chronische aandoeningen schizofrenie, dementie of COPD telkens verschillend van inhoud en de accenten die het legt. In het concept van de zorgstandaard dementie (2012) hebben de betrokken partijen uit de sector casemanagement bij dementie beschreven op basis van onderzoek en goede praktijkvoorbeelden op een manier die het meest lijkt op clinical case management, maar ook elementen van andere vormen omvat. Voor mensen met een chronische ziekte is er geen leidend model waarin moment van start van het casemanagement, inhoud en organisatievorm vastliggen.

Naast variaties in invulling is het ook relevant de opbrengsten van casemanagement inzichtelijk te maken. De opbrengst van casemanagement is op verschillende wijze onderzocht. Dit wordt beschreven in paragraaf 3.1. Tevens zijn er de afgelopen jaren een aantal uitgangspunten in verschillende rapporten en brieven geformuleerd waaraan casemanagement dient te voldoen. Deze worden in paragraaf 3.2 nader uitgewerkt.

3.1 Opbrengst van casemanagement onderzocht

Er bestaan internationaal meerdere modellen waar casemanagement een plaats inneemt. De modellen met bewezen effecten in het buitenland zijn niet zonder meer in Nederland toepasbaar gezien de afwijkende organisatie van zorg in Nederland. Uit verschillende onderzoeken en modellen kunnen kernelementen van casemanagement geabstraheerd worden. Het CVZ heeft deze geabstraheerd en is gekomen tot de elementen

- zorgdiagnostiek,
- coördinatie van zorg,
- het opstellen, monitoren en evalueren van een integraal zorgleef⁴plan en de organisatie van casemanagement.

De afgelopen jaren zijn er veel studies verricht naar de effectiviteit van casemanagement. Verschillende onderzoeken tonen aan dat er een positieve impact van casemanagement lijkt te zijn op tevredenheid, zorguitkomsten en gebruik van zorg.

De opbrengst van casemanagement bij dementie is onlangs onderzocht door Trimbos en NIVEL (2012). Een van de conclusies was dat de waardering van mantelzorgers en professionals van casemanagement hoog is, ongeacht de organisatievorm en het startmoment. Mantelzorgers zijn beter geïnformeerd over zorg- en ondersteuningsmogelijkheden en ziekteverschijnselen. Ook kunnen zij beter omgaan met gevoelens en gedragingen die dementie met zich meebrengt, zoals tegenwerking, angst, boosheid en verwardheid.

Een andere manier om opbrengsten in beeld te brengen is de beschrijving in maatschappelijke business cases. Verschillende maatschappelijke business cases tonen kosteneffectiviteit van casemanagement aan. De kostenmonitor van VGZ (maart 2012) op basis van onderzoek naar de werkelijke kosten toont aan dat de inzet van casemanagement binnen de dementiezorg kosten bespaart. Drie jaar lang zijn de kosten in verschillende regio's gemonitord. Hieruit blijkt dat investeren aan de voorkant door middel van casemanagement lonend is. Dit leidt tot besparingen doordat er minder verpleeghuiscapaciteit nodig is en minder ziekenhuiskosten worden gemaakt. Bij invoering op landelijke schaal berekent deze kostenmonitor een totaal besparing van € 200 mln.

Binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) lopen eveneens experimenten naar casemanagement. Het startmoment is ook daar onderwerp van onderzoek. Een eerste inkijk leert dat bij de onderzoeken de tevredenheid over het algemeen hoog is en er over het startmoment en takenpakket een verschil in aanpak te zien is. Deze tevredenheid kan deels worden verklaard uit het bij de reguliere en ziektegerichte zorg ontbreken van goed afgestemde zorg en ondersteuning (fragmentatie) op de vragen van de cliënt en zijn systeem. Een ander deel van de geconstateerde waardering ligt - zowel bij kwetsbare ouderen als bij mensen met dementie en hun naasten - voor de hand omdat deze zekerheid biedt, een vast aanspreekpunt biedt die de weg in het soms complexe zorglandschap weet. De veelheid van vormen en doelgroepen maken dan ook algemene uitspraken onmogelijk.

Uit de literatuur blijkt dat de opbrengsten van casemanagement in zijn vele facetten niet tot eenduidigheid hebben geleid. Enerzijds kan dit veroorzaakt worden juist door de vele vormen waarin casemanagement wordt aangeboden. Anderzijds is het mogelijk dat implementatie onvoldoende heeft plaatsgevonden en wellicht niet de meest passende instrumenten gekozen zijn om de effectiviteit vast te leggen. Door het ontbreken van een heldere definitie en implementatiestrategie zijn de opbrengsten van casemanagement niet eenduidig te formuleren.

⁴ Binnen dit rapport wordt de term zorgleefplan gebruikt. Hiervoor kan ook (individueel) zorgplan, behandelplan of leefplan gelezen worden.

3.2 Uitgangspunten casemanagement

In diverse rapporten en brieven zijn er de afgelopen jaren uitgangspunten geformuleerd waaraan casemanagement dient te voldoen. Deze uitgangspunten zijn belangrijk in de beschrijving van de definitie van casemanagement en kunnen wellicht antwoord geven op enkele vragen die nog niet binnen het wetenschappelijke domein zijn beantwoord. In deze paragraaf worden verschillende uitgangspunten nader beschreven.

Uitgaan van beleidsuitgangspunten van VWS

De beleidsuitgangspunten van VWS rondom casemanagement zoals geformuleerd op 1 maart 2012 zijn als volgt samengevat:

Bij casemanagement worden professionals, vrijwilligers, mantelzorgers en de cliënt bij elkaar gebracht met als doel dat een cliënt zo lang mogelijk verantwoord thuis woont met zorg in de eigen omgeving, dat hij zijn maatschappelijke participatie behoudt of verbetert en zijn regelcapaciteit vergroot. Casemanagement zet in op zelfmanagement, eigen regie en zelfredzaamheid en wordt benaderd vanuit een generieke invalshoek.

Uitgaan van de behoefte van de cliënt

Voor een generieke beschrijving van casemanagement is het belangrijk dat de beschrijving uitgaat van de vragen en behoeften van de cliënt en het cliëntstelsel. Het uitgangspunt van casemanagement is dat het een plek krijgt bij professionals die al in de situatie aanwezig zijn en met wie de cliënt een relatie heeft opgebouwd. Vanuit deze relatie met de cliënt en het cliëntstelsel is continuïteit van belang. Casemanagement gaat ook uit van de lokale context, de verschillende fasen en progressie danwel prognose van het ziekteproces en vraagt om kennis over de ziekte en de beperkingen en problemen die deze ziekte met zich meebrengt. Een mens is meer dan de ziekte die hij heeft.

Van belang is binnen een wijkteam ruimte te hebben om op basis van de cliëntbehoefte en kennis, expertise en competenties van professionals keuzes te kunnen maken in de uitvoering van het casemanagement. Het is daarmee een krachtige werkwijze om niet de ziekte, maar de mens en zijn behoefte centraal te stellen.

In diverse rapporten en programma's wordt het centraal staan van de vraag van de cliënt en het cliëntstelsel genoemd als belangrijk uitgangspunt van casemanagement. Zo zijn bij de start van het Landelijk Dementie Programma (LDP, 2005) 14 probleemvelden benoemd. 'Bang, boos en in de war' (moeite met omgaan met gedragsproblemen en stemmingen van de persoon met dementie), 'Het wordt me teveel' (belasting) en 'Weerstand tegen opname' behoren in verschillende onderzoeken, waaronder de Dementiemonitor (NIVEL, mei 2012), tot de top van problemen waar mantelzorgers van mensen met dementie mee worstelen. In de zorgstandaard dementie zijn de volgende uitgangspunten vanuit de behoefte van de persoon met dementie beschreven:

- persoonlijk,
- op maat,
- stepped care,
- systeembenadering,
- ook gericht op de mantelzorger en omgeving, en
- een outreachende benadering.

Deze uitgangspunten gelden zeer waarschijnlijk ook voor andere kwetsbare ouderen en andere groepen mensen met meerdere chronische ziekten.

Uitgaan van specifieke behoefte van mensen met dementie

Vanuit de behoefte van mensen met dementie is sinds het Landelijk Dementie Programma (2005-2008) en aansluitend het Programma Ketenzorg Dementie (2008-2012) gewerkt aan verdere invulling van casemanagement bij dementie. Alzheimer Nederland hanteert als uitgangspunt voor casemanagement een vast persoon die gedurende het gehele traject de zorg coördineert. Stichting Geriant heeft hier jarenlange positieve ervaringen mee opgedaan. Door met een vaste persoon te werken, die vanaf de diagnose, gedurende het gehele ziekteproces continuïteit voor de cliënt en het cliëntsysteem biedt.

De zorgstandaard dementie beschrijft casemanagement als: *Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van ‘niet pluis’ of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.*

Uitgaan van de eigen regie van de cliënt

In verschillende bronnen valt te lezen dat casemanagement - net als andere zorg en ondersteuning - uitgaat van de eigen regie van de cliënt. Casemanagement in de zorg gaat over de ondersteuning van mensen. Frieslab stelt in haar rapport (2011) “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. Deze mensen 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”. De mate waarin burgers, cliënten of cliëntsysteem in staat zijn regie te voeren noemen we regelcapaciteit. Frieslab heeft daarover enkele publicaties geschreven die inzicht geven in de historie en uitdagingen rondom regelcapaciteit.

De laatste jaren is eigen regie een belangrijk onderzoeksthema. In de visie op de kernwaarden voor de toekomst van de zorg voor kwetsbare ouderen (CSO, NFU en ZonMw) in de context van het NPO wordt aangegeven dat het een veranderingsproces vergt om tot eigen regie en zelfmanagement van ouderen en een geïntegreerde aanpak te komen. Dat veranderingsproces wordt gekarakteriseerd door vier kernwaarden (zeggenschap, voorzorg, samenhang en kwaliteit en doelmatigheid).

Uitgaan van doelgerichtheid en cyclisch proces

Het bereiken van een gezamenlijk gewenst doel maakt onderdeel uit van verschillende definities van casemanagement. Dit gezamenlijke doel komt tot stand op basis van de vraag en behoefte van de cliënt en het cliëntsysteem en wordt op basis van gezamenlijke besluitvorming vastgelegd in een zorgleefplan. Uit de verschillende beschrijvingen blijkt dat het cyclische proces een belangrijk uitgangspunt van casemanagement is. Daarnaast zijn er binnen de diverse beschrijvingen van casemanagement samenwerkings-elementen genoemd. Doelgerichtheid kan bij complexe problematiek waarbij meerdere organisaties betrokken zijn alleen plaatsvinden indien de verschillende professionals, formele en informele zorg samenwerken om de doelen te bereiken.

Uitgaan van geformaliseerde samenwerkingsafspraken

Het CVZ beschrijft in haar rapport (2011) dat casemanagement meer is dan de som der delen. De meerwaarde ligt in het integrale aanbod en het hebben van één aanspreekpunt. Casemanagement kan alleen een functie hebben - en dus succesvol zijn - als het onderdeel uitmaakt van integrale zorg. Voorwaarde volgens het CVZ (2011), maar ook volgens de zorgstandaard dementie (2012), is dat casemanagement plaatsvindt met geformaliseerde samenwerkingsafspraken.

Daarnaast geeft het CVZ (2011) aan dat casemanagement zonder goede organisatorische inbedding geen effectieve zorg is. De onderliggende taken en verantwoordelijkheden moeten vastliggen en partijen moeten zich daaraan gecommitteerd hebben. Dit geldt voor onder meer cliënten- of patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorgorganisaties, zorgverzekeraars / zorgkantoren, welzijnsorganisaties, ondersteuningsorganisaties, vrijwilligersorganisaties en gemeenten. Binnen het RVZ Rapport 'Regie aan de poort' en de nieuwe toekomstvisie huisartsenzorg zijn tevens aanknopingspunten beschreven voor de regiefunctie.

Verder dienen de werkprocessen en onderlinge communicatie te zijn vastgelegd en de financiële verhoudingen geregeld. Het beschikbare personeel en (ICT) infrastructuur moeten kwalitatief en kwantitatief zijn geregeld. Dit zijn randvoorwaarden waarbinnen casemanagement een plaats heeft. Toepassing van deze randvoorwaarde betekent dat casemanagement niet uitgevoerd kan worden door een professional die geen onderdeel uitmaakt van het geformaliseerde samenwerkingsverband. Het betreft daarmee een werkwijze waarbij afspraken zijn gemaakt over taakverdeling, kwaliteit van zorgverlening, communicatie en afstemming, bereikbaarheid, huisvesting, ondersteunende infrastructuur en personele invulling.

Uitgaan van doelmatigheid

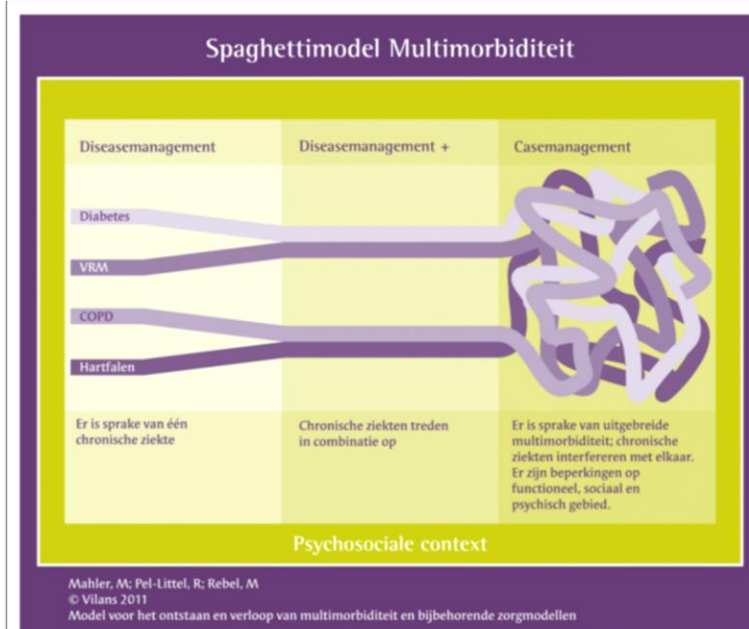
Gezondheid is belangrijk. We willen allemaal gezond zijn én blijven. En goede zorg ontvangen als wij dat nodig hebben. Maar ook in de gezondheidszorg zijn geld, mankracht en apparatuur schaars. Om onze gezondheidszorg betaalbaar te houden, moeten deze schaarse middelen doelmatig worden ingezet (ZonMw beschrijving doelmatigheid). Het uitgaan van doelmatigheid gaat daarmee over toekomstbestendigheid, kwaliteit en het op een efficiënte wijze omgaan met middelen en mensen. Het is vanuit dit uitgangspunt aannemelijk zo lang mogelijk gebruik te maken van reguliere zorg- en hulpverlening waar het gaat om ondersteuning van mensen.

Het CVZ beschrijft in haar rapport (2011) dat het onderling afstemmen van zorg, het informeren over de voortgang van de zorg, hoort tot de reguliere taak van de individuele zorgverlener. Ook van de mensen met een chronische ziekte of diens directe omgeving mag worden verwacht dat die actief meewerkt aan een goede planning en zoveel mogelijk de eigen regie behoudt. Zolang andere, eenvoudiger coördinatiemechanismen mogelijk zijn, zoals zelfmanagement van de persoon met chronische ziekte of diens directe omgeving, of het incidenteel onderling afstemmen van hulpverleners, is casemanagement niet aangewezen.

Wanneer de verwachting is dat iemand in de komende jaren achteruitgaat in vermogen om zelf de regie te voeren, zoals bij progressieve ziektes als Huntington, Parkinson, dementie, kan uitgaande van de zorgvraag en aansluitend bij de behoefte gedoseerd casemanagement gestart worden om een relatie op te bouwen, elkaar te leren kennen en zicht krijgen op de manier waarop iemand in het leven staat. Ook kan ziekte specifieke informatie of voorlichting worden gegeven, zodat de cliënt en zijn naasten weten wat er mogelijk komen gaat. Van gestructureerd casemanagement is hier nog geen sprake, het is een kennismaking, aanvullend op de reguliere hulpverlening. Een persoon is alleen aangewezen op een intensieve frequentie van casemanagement als eenvoudigere vormen van coördinatie tekortschieten. De inzet van professionele hulp moet proportioneel zijn met de problematiek die het oplost. Hiermee is deze inzet gradueel van aard en vindt gedoseerd plaats, volgens het principe "licht waar mogelijk, zwaar waar nodig".

Uitgaan van stepped-care benadering

Binnen diverse rapporten en zorgstandaarden wordt het uitgangspunt van de stepped-care benadering genoemd. Ondersteuning op maat dient volgens een getrapte aanpak vorm te krijgen. Het is aannemelijk dat voor mensen met een chronische ziekte die over voldoende eigen regelvermogen beschikken een diseasemanagement aanpak volgens zorgpaden en zorgprogramma's met als uitgangspunt de eigen regie de voorkeur heeft. Wanneer gekeken wordt naar het Spaghettimodel Multimorbiditeit is de opbouw in complexiteit duidelijk zichtbaar.



Er is sprake van een populatie met meerdere chronische ziekten die ook complexere zorgvragen met zich meebrengen. Voor hen is het van belang persoonsgerichte zorg te ontvangen, soms met ondersteuning van een hulpverlener die coördinerende taken verricht of de complexiteit van de zorg vermindert. Ook de lokale context en de prognose van de ziekte spelen hierbij een rol.

Frieslab beschrijft in haar rapport uit 2011 dat op een bepaald moment in de ondersteuning de noodzaak voor coördinatie en afstemming de eigen mogelijkheden van de cliënt overstijgt, maar ook van de onderscheiden zorgverleners. Dit behoort dan niet meer tot de reguliere vak uitoefening. Casemanagement is daarmee bedoeld voor die situaties waarin de zorgvraag van de cliënt en het systeem zodanig complex is, dat de eigen regelcapaciteit verminderd is, de complexiteit de reguliere capaciteit van een hulpverlener overstijgt en er meerdere organisaties bij betrokken zijn. Ook hier ligt de nadruk op het behoud van eigen regie en waar nodig deze versterken of begeleiden bij achteruitgang.

Uitgaan van kwaliteit

Een belangrijk uitgangspunt bij casemanagement is de kwaliteit van de ondersteuning. Het is aannemelijk dat met een grote variatie aan invulling van het begrip casemanagement en aan huidige financieringsmogelijkheden, er op dit moment een grote variatie in kwaliteit van de professionals optreedt. Voor het doelmatig en doeltreffend verlenen van passende zorg en ondersteuning is het van belang de kwaliteit van de professional die het casemanagement uitvoert te beschrijven en bewaken.

De vereiste toerusting van de professional hangt af van het type patiënt, type aandoening en de fase van het ziekteproces. Omdat veel cliënten kwaliteit verbinden met het hebben van één aanspreekpunt en één gezicht verdient het de voorkeur de werkwijze casemanagement toe te wijzen aan een professional die in de wijk, en het liefst bij de cliënt betrokken is.

Kwaliteit gaat ook over kennis. Professionals met specifieke kennis van een ziekte zijn belangrijk. Het gaat immers om patiënten die jarenlang leven met een ziekte en die zelf veel kennis hebben over hun eigen individuele ziekteproces. Als deze patiënten om hulp vragen omdat ze er zelf niet uitkomen dan is een professional nodig met kennis van zaken (doelgroepgericht) die bovendien de ervaringskennis van de patiënten en hun mantelzorgers de juiste plek kan geven.

De voldoende toegeruste professional dient samen te werken in een multidisciplinair team, waarin gespecialiseerde professionals een plaats hebben. De persoon die medisch gezien de regie voert maakt hier onderdeel van uit. Deze vorm van multidisciplinaire samenwerking biedt de mogelijkheid om kennis uit te wisselen en vragen te stellen zodat de patiënt zo lang mogelijk zijn vaste aanspreekpunt houdt. Dit biedt de professional de mogelijkheid om de zorg en ondersteuning te doseren op basis van de vraag en passend bij de complexiteit.

De grote variatie aan invulling van het begrip casemanagement vertaalt zich ook naar het onderwijs. Anno 2013 zijn er vele opleidingen die zich richten op het onderwijzen van casemanagement. Het V&VN Netwerk Casemanagers Dementie en Hogeschool Windesheim hebben de verschillen en overeenkomsten in kaart gebracht. Door het ontbreken van een duidelijke definitie is ook de variatie binnen de opleidingen groot. Sommige opleidingen zijn specifiek voor een ziektebeeld (voornamelijk dementie), andere opleidingen zijn generalistisch van aard. In lijn met voorgaande is het logisch dat er verschillen zijn afhankelijk van de doelgroep.

De situatieschets van het casemanagement, de opbrengsten en uitgangspunten onderstrepen het belang van een eenduidige definitie van casemanagement.

4. Op weg naar een definitie voor casemanagement

Bij de ontwikkeling van de definitie is gebruik gemaakt van recente publicaties (zie bronnenlijst, niet uitputtend) waarin definities van casemanagement omschreven zijn. Het betreft een generieke (niet-ziekte specifieke) definitie van casemanagement.

4.1 Wat is casemanagement?

Casemanagement betreft een systematische werkwijze die niet gekoppeld is aan een bepaalde persoon of functie. Casemanagement biedt een meerwaarde voor de cliënt door de zorgvraag en behoefte centraal te stellen en continuïteit te bieden voor de cliënt en het cliëntsysteem. Casemanagement is een systeemgerichte benadering. Casemanagement is een plus op de reeds bestaande hulpverlening. De behoefte van de cliënt- en zijn systeem is het aanknopingspunt. Casemanagement wordt aangeboden dicht bij de eigen leefomgeving en de zorg thuis. Al naar gelang de lokale situatie en problematiek van de klant zal de werkwijze generiek of ziekte specifiek zijn. Ook de prognose van een ziektebeeld is van invloed op de behoefte aan casemanagement. Zo zal een cliënt met een vorm van dementie met een sterk verminderde regiefunctie behoefte hebben aan casemanagement door een functionaris met ziekte specifieke kennis van dementie.

Casemanagement dient een plek te hebben in de keten van integrale zorg. Het is geen oplossing voor tekortschietende samenwerking of gebrek aan integrale zorg. Casemanagement maakt juist onderdeel uit van een brede integrale aanpak en is een systematische werkwijze die door professionals met specifieke kennis geboden wordt. Het is van belang dat binnen teams ruimte is om keuzes te maken voor wie bij welke cliënt het casemanagement vervult om zo de continuïteit voor cliënten en hun systeem te vergroten.

De doelen van casemanagement kunnen worden bereikt door middel van het:

- Vergroten van de regelcapaciteit.
- Verkleinen van de complexiteit door
 - Goede organisatie (verminderen complexiteit organisatie van zorg);
 - Optimale zorg (verminderen complexiteit van zorgwaarte).

Hulpmiddel daarbij is een individueel zorgleefplan, dat samen met de cliënt en diens naasten en in afstemming met overige zorgverleners wordt opgesteld.

Op grond van de situatieschets, de opbrengsten, de uitgangspunten en met gebruikmaking van de uitkomsten van de invitational conference op 1 maart 2012 en de bijeenkomst met experts op 28 augustus 2012 kan de definitie van casemanagement als volgt geformuleerd worden

Casemanagement is een systematische werkwijze die toegepast wordt bij cliënten waar de zorgvraag hier aanleiding toe geeft en waarvan de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening overstijgt en waarbij de regelcapaciteit van de cliënt en zijn systeem gezien de situatie te laag is. Casemanagement coördineert de zorg vanuit de behoefte van de cliënt.

4.2 Activiteiten passend bij casemanagement

Onderdeel van reguliere zorgverlening is methodisch handelen. Casemanagement vindt plaats volgens een bepaalde werkwijze en vanuit een persoon die beschikt over de juiste deskundigheid, competenties en vaardigheden: een gereedschapskist met gepaste interventies en instrumenten. De methodische werkwijze bestaat uit de volgende stappen:

- gegevens verzamelen,
- de zorgvraag in kaart brengen en een zorgdiagnose stellen, waarbij ook psychosociale en welzijnsaspecten in beeld worden gebracht,
- doelen van de cliënt en hulpverlening samen met cliënt opstellen en vastleggen in het zorgleefplan
- de resultaten volgen (monitoring) en
- de zorg evalueren.

De werkwijze kenmerkt zich door een gerichtheid op het versterken van de eigen kracht van de cliënt en zijn naaste, het optimaliseren van de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven of het voorkomen of begeleiden van achteruitgang. In situaties waarin verbetering gezien de complexiteit en ernst van de ziekte niet haalbaar is, richt het casemanagement zich op houdbaarheid van de situatie en beperking van de ziektelast voor de cliënt en het cliëntstelsel.

De inzet kan ook tijdelijk van aard zijn. Wanneer de eigen regelcapaciteit vergroot wordt, de complexiteit van zorg of complexiteit van organisatie van zorg verminderd wordt, kan de reguliere zorgverlening de coördinatie vanuit de relatie met de cliënt en het cliëntstelsel weer overnemen.

De werkwijze van het casemanagement gaat uit van integrale netwerkzorg, waarbij naast zorgorganisaties, welzijnsorganisaties en andere professionals gelijktijdig partners, familie, vrienden en kennissen uit het sociale netwerk zijn of worden betrokken.

Deze werkwijze omvat de volgende opsomming van taken en activiteiten die complementair zijn en voortbouwen op hetgeen binnen de reguliere zorgverlening reeds heeft plaatsgevonden:

1. Herkenbaar aanspreekpunt
De cliënt en het cliëntstelsel vragen om een herkenbaar eerste aanspreekpunt. Dat is iemand die zichtbaar en toegankelijk is. Ook valt hieronder het informeren van de cliënt over de mogelijkheden, uitgangspunten en verwachtingen van het casemanagement en waar nodig of wenselijk over de ziekte, omgaan met de gevolgen van de ziekte en psychosociale aspecten in de zorg voor een naaste. Het is belangrijk casemanagement goed gepositioneerd en in beeld te hebben in de keten.
2. Anamnese, intake en indicatie
In het geval dat casemanagement ingezet wordt is er sprake van complexe zorg, meerdere organisaties en een verminderde zelfsturing. Een brede anamnese is wenselijk, op alle levensterreinen. De vraag van de cliënt is de basis voor interventies. Deze vraag wordt door de persoon die het casemanagement uitvoert expliciet gesteld in de relatie die hij opbouwt met de cliënt. Vervolgens worden noodzakelijk acties door deze professional ingezet vanuit de vraag van de cliënt. Deze zijn gericht op herstel of behoud van zelfredzaamheid en verhogen of handhaven van mogelijkheden tot zelfmanagement van het individu en het cliëntstelsel. Indien er wel zorginzet noodzakelijk is dan is de inzet gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid, en is dit ondersteunend aan het cliëntstelsel. Met als doel het realiseren van vergroten van de regelcapaciteit of het verkleinen van de complexiteit van zorg danwel organisatie van zorg. Bij inzet van zorg en ondersteuning wordt verantwoord gebruik gemaakt van het cliëntstelsel, maar ook van het informele en sociale systeem. Indien nodig wordt de cliënt ondersteund bij het aanvragen van een indicatie.

3. Het uitvoeren van zorgdiagnostiek (Multi probleemanalyse) en het opstellen en formuleren van een zorgleefplan
 Het stellen van een zorgdiagnose is een belangrijke activiteit van de persoon die het casemanagement uitvoert in afstemming met een multidisciplinair team. De professional voorkomt onnodige inzet van professionele zorg en maakt dit inzichtelijk middels het zorgleefplan. In het zorgleefplan wordt ook duidelijk hoe de verschillende multidisciplinaire zorg-, welzijns-, behandel- en ondersteuningssystemen zich samen met de cliënt richten op het versterken van de eigen kracht en hoe dat methodisch vorm krijgt. Het formele plan omvat alle interventies die nodig zijn om die eigen kracht te stimuleren of te handhaven. Door de doelen en gekoppelde interventies in een Plan-Do-Check-Act cyclus te evalueren kan voortgang inzichtelijk gemaakt worden.
4. Verwijzing, samenwerking en toeleiding gespecialiseerde hulpverlening. Indien de professional tijdens de intake of gedurende het ondersteuningsproces merkt dat de zorgvraag de specifieke kennis en competenties overstijgt, verwijst hij door en leidt eventueel toe naar gespecialiseerde hulpverlening, bijvoorbeeld in het geval van ontspoorde zorg, psychiatrische uitingen of financiële of juridische problemen. Telefonische raadpleging of een adviesverzoek behoort ook tot de mogelijkheden. Het casemanagement zorgt voor de verbinding, maar neemt niet over. Het is zorgen dat in plaats van zorgen voor. Samenwerking vindt, naast medische en paramedische disciplines, ook en juist op het sociale netwerk en het welzijnsdomein plaats. In de samenwerking zijn interventies gericht op het versterken van het sociale netwerk, waarbij een duidelijke rol weggelegd is voor ouderenadviseurs, vrijwilligers en verenigingen.
5. Bieden van steun en begeleiding⁵ aan cliënt en cliëntstelsel
 In het geval van een chronische ziekte, verminderde zelfregie, complexe zorg en / of complexe organisatie van zorg is het begeleiden (in de zin van vinger aan de pols houden, overstijgend denken en verbindingen leggen) van de cliënt en het cliëntstelsel een onmisbare activiteit. Deze steun en begeleiding kan meerdere vormen krijgen: individuele begeleiding op maat, informatie en advies, familiegesprekken, groepsaanbod. Ook het begeleiden van de cliënt en het cliëntstelsel bij verdere achteruitgang tot overlijden behoort tot de taken van het casemanagement. Goede afstemming en afbakening met andere vormen van begeleiding vanuit reguliere welzijns- en zorgprofessionals is een belangrijke taak van de professional die het casemanagement uitvoert. Tevens is het begeleiden van overplaatsingen of verhuizing naar andere (woon) omgevingen en tijdelijke overplaatsingen waaronder ook ziekenhuisopnames, een belangrijke activiteit. Met de cliënt wordt, afhankelijk van de zorgvraag, afgestemd hoe en op welke wijze deze begeleiding vorm krijgt en wie hierin de cliënt en het cliëntstelsel kan ondersteunen.
6. Monitoren, evaluatie en bijstellen zorgleefplan
 Deze activiteit bestaat uit het met cliënt methodisch evalueren of de beschreven doelen en interventies nog juist zijn en passen bij de zorgvraag en zonodig aanpassen. De persoon die het casemanagement uitvoert is in staat zijn professionele handelen te verantwoorden vanuit het zorgleefplan. Het multidisciplinaire team heeft tevens een rol in de totstandkoming en toetsing van het opgestelde zorgleefplan.
7. Effectieve zorgcoördinatie en de (pro)actieve organisatie van de samenhang en afstemming
 Het coördineren van zorg, het aansluiten bij de vraag en handelen vanuit de behoefte van de cliënt en het cliëntstelsel zijn kernactiviteit van casemanagement. De kracht van casemanagement is gelegen in het feit dat het zich vooral richt op het organiseren en afstemmen van reguliere/bestaande zorg en ondersteuning dicht bij de klant binnen de integrale zorg van het netwerk of de keten. Bij hoge complexiteit is ook sprake van medische coördinatie of regie en zorgcoördinatie (Frieslab 2011).

⁵ Begeleiden dient hier niet te worden uitgelegd als Wmo term, maar als datgeen dat bedoeld wordt als invulling van een taak, zoals dat bij verzorgenden en verpleegkundigen hoort.

Casemanagement draagt bij aan afstemming van de verschillende taken en rollen zodat tegemoet gekomen wordt aan de vraag van de patiënt. Juist in de samenhang van welzijnsvoorzieningen en medische zorg en ondersteuning is het van belang dat het casemanagement het overzicht heeft. Hiervoor is het van belang dat het samenwerkingsverband stevig geïmplementeerd is en duidelijk is wie wat doet en waarvoor verantwoordelijk is. Zo kan ook doorverwijzing of crisisinterventie snel plaatsvinden.

8. Consultatie

Deze activiteit bestaat uit het geven van adviezen en verzorgen van consultaties aan professionals wier kennis en expertise de problematiek overstijgt en kan de vorm hebben van een expertrol of het verlenen van advies.

4.3 Conclusie

Casemanagement is een systematische werkwijze die toegepast wordt bij cliënten waar de zorgvraag hier aanleiding toe geeft en waarvan de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening overstijgt en waarbij de regelcapaciteit van de cliënt en zijn systeem gezien de situatie te laag is.

Casemanagement is bijzonder in het feit dat deze methodische werkwijze bij de specifieke groep mensen met lage regelcapaciteit, complexe organisatie van zorg of complexe zorgvraag het geheel vanuit de behoefte van de cliënt coördineert en werkt vanuit een relatie met de cliënt en het cliëntsysteem.

Casemanagement als werkwijze zorgt voor een vast aanspreekpunt en ontleent zijn meerwaarde aan het in combinatie met de systematische werkwijze bieden van voorlichting en advies, alsmede persoonlijke steun en begeleiding aan de cliënt en zijn naasten.

Er zijn nog geen criteria op basis waarvan de indicatie voor casemanagement gesteld kan worden. Een uitgebreide triage of indicatiestelling is gezien de complexiteit en het uitgangspunt om aan te sluiten bij de lokale situatie niet wenselijk. De inzet van casemanagement dient gedoseerd plaats te vinden en mee te bewegen met de daadwerkelijke behoefte van de patiënt. Frieslab definieert kantelpunten in haar meest recente rapport (2013). De activiteiten in de voorgaande paragraaf geven samen met de definitie en de uitgangspunten volgens de expertgroep voldoende houvast voor de inkoopbaarheid van casemanagement.

Casemanagement is op grond van deze beschrijving van toepassing vanaf het moment dat de cliënt een (te) lage zelfredzaamheid heeft in combinatie met een inhoudelijk en organisatorisch complexe zorgbehoefte en een lage regelcapaciteit tot het moment van opname of overlijden. Of het moment dat de cliënt en het cliëntsysteem over voldoende eigen regelmogelijkheden beschikken en de inhoudelijke en organisatorische complexiteit is gereduceerd. De ervaren complexiteit kunnen per lokale context en aandoening verschillen. De prognose van de specifieke ziektebeelden en de lokale situatie leveren een belangrijke bijdrage aan de bepaling van noodzaak inzet van casemanagement.

Frieslab (2011) geeft aan dat er ruimte dient te zijn voor verschillende startmomenten per cliënt. Bij inhoudelijke complexiteit kunnen voor de beoordeling en inzet van casemanagement bij een hoog gezondheidsrisico de medische diagnose, de prognose, de wijze waarop de cliënt zich daaraan kan of weet aan te passen, de belastbaarheid van het cliëntsysteem in de directe omgeving van de klant, de overeenstemming in de doelen van de zorgverlening, de cliënt en de omgeving van de cliënt, bepalende criteria zijn. Ook de progressie van het ziektebeeld zoals bij dementie is een belangrijke criterium voor een aangepast startmoment. Casemanagement kan gedurende het verloop van de ziekte gedoseerd worden ingezet, gerelateerd aan de ernst en complexiteit van de situatie.

De functionaris die het casemanagement uitvoert heeft als doel de regelcapaciteit van de cliënt en zijn naaste te vergroten, te handhaven of te begeleiden bij achteruitgang en daar waar mogelijk de complexiteit te verminderen, dan wel in te zetten op de houdbaarheid van de situatie. De inzet van deze functionaris(sen) is om de regie bij de cliënt te ondersteunen danwel te vergroten, de complexiteit van zorg danwel te verminderen, of beheersbaar te houden.

Casemanagement is vanuit organisatorisch niveau noodzakelijk wanneer de zorgtaken de reguliere vakuitoefening van de betrokken professional(s) overstijgen. Een integraal zorgleefplan maakt onderdeel uit van de integrale zorg en dient als hulpmiddel om het casemanagement goed te monitoren.

4.4 Aanvullende vragen VWS

Het ministerie van VWS heeft tevens verzocht aan te geven wat het achterliggende zorgaanbod en de coördinatie daartussen is.

Het achterliggende zorgaanbod omvat zaken die tot de reguliere uitoefening van de verschillende betrokken professionals behoren. Deze staan omschreven in de verschillende beroepsprofielen. Meest in het oog springende en meest relevante zijn de op CANMeds gebaseerde beroepsprofielen voor de verpleegkundige, de POH, het expertisegebied wijkverpleegkundige, het expertisegebied casemanager dementie, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde.

Dat laat onverlet dat juist de inbedding van casemanagement vanuit een multidisciplinair team nodig is. Het voeren van een MDO kost tijd. Omgekeerd is overleg en afstemming van zorg een reguliere taak van elke zorgaanbieder, ook van de huisarts en medisch specialist. Het is van belang dat er slimme overlegvormen en methodieken gevonden worden die het overleg ten dienste maken van de klant en de professionals niet teveel tijd kosten.

Ook heeft het ministerie van VWS verzocht aan te geven welke professionals op basis van deze definitie het meest voor de hand liggen voor de uitvoering van deze werkwijze.

De uitvoering van casemanagement vindt plaats door een, gezien de aard van de aandoening en ernst van de omstandigheden, voldoende toegeruste professional⁶. Een HBO niveau is gezien de complexiteit het minimale niveau dat de professional moet beheersen. Aanvullend is een opleiding waarin de systematische werkwijze centraal staat een vereiste. Het gaat niet om een nieuwe basisopleiding of functie maar om taken, kennis en vaardigheden die toegevoegd worden aan een professional die al dan niet reeds betrokken is bij de hulpverlening aan de betreffende cliënt en met wie reeds een vertrouwensrelatie bestaat danwel wordt opgebouwd en die kennis van het ziektebeeld heeft. Het expertisegebied wijkverpleegkundige (nov 2012) geeft voor de invulling van de activiteiten die onder casemanagement verstaan worden zeer goede aanknopingspunten en ligt inhoudelijk dicht bij de werkwijze en activiteiten van het casemanagement. De noodzakelijke ziekte specifieke kennis en competenties voor de beschreven taken en werkwijze dienen aanvullend te worden verworven.

⁶ Binnen de zorgstandaard Dementie wordt gesproken van een HBO plus opgeleide professional, bij voorkeur met verpleegkundige achtergrond, en een aanvullende opleiding. Het V&VN Netwerk Casemanagers Dementie heeft een eigen profiel opgesteld (2012)

5. Mogelijk toekomstscenario

Tijdens de bijeenkomst van de expertgroep op 6 maart 2013 is verzocht om met behulp van de definitie, op basis van de context van de huidige gezondheidszorg, een nabij toekomstscenario te schetsen. Dit hoofdstuk is daar een uitwerking van en beschrijft een mogelijk toekomstscenario. Daarnaast wordt er een tijdspad geschetst waarin op basis van de definitie en de stappen in de kamerbrief het proces vervolgd kan worden.

Mogelijk toekomstscenario

In het kort komt dit mogelijke toekomstscenario neer op een krachtig (integraal)wijkteam, met huisarts / POH, welzijn, wonen en zorgteam. Casemanagement zal dan voor de meeste personen door de (wijk) verpleegkundige met toegevoegde expertise die voldoet aan de eisen die aan casemanagement als werkwijze gesteld wordt en met kennis over het ziektebeeld, als extra taak verricht worden, uitgaande van de zorgvraag en behoefte van de cliënt en het cliëntensysteem en in samenspraak met (en indicatie door) een multidisciplinair team. Wanneer de complexiteit van zorg en specificiteit van het ziektebeeld of bijkomende problemen de competenties van de (wijk) verpleegkundige overstijgt, zorgt zij tijdig voor een opschaling naar een regionaal netwerk met specifieke expertise. Aanvullend aan het wijkteam zal er met een specifiek multidisciplinair team op de achtergrond gewerkt moeten worden bij specifieke complexe problematieken. De professional die dan de activiteiten van het casemanagement op zich neemt is gespecialiseerd in bijvoorbeeld dementie, NAH, complexe multimorbiditeit, GGZ of psychosociale problematiek en kan regionaal snel schakelen naar de benodigde zorg en ondersteuning. De uitgangspunten van eigen regie en zelfmanagement, stepped care en licht waar mogelijk, zwaar waar nodig gelden ook hier.

Ter illustratie een voorbeeld:

In de eerste fase van een ziekteproces pakken de cliënt en zijn sociale netwerk zelf de regie op. Indien nodig wordt zorg geboden. De klant voert zelf regie. Als de belasting voor de cliënt en het sociale netwerk te zwaar wordt, komen de (wijk) verpleegkundige en de huisarts in beeld. Deze zijn vertrouwd met de cliënt en kunnen, ook gebruikmakend van aanvullende modules binnen de ouderenzorg en zorg voor chronisch zieken, samen met de POH-er, andere zorgprofessionals, en welzijn, de regie faciliteren en samen met de cliënt vorm geven aan lichte ondersteuningsarrangementen. Een van de professionals voert activiteiten passend bij het casemanagement uit binnen de reguliere zorgverlening. De huisarts en de andere betrokken professionals maken deel uit van het integrale zorgsysteem en kunnen voor ondersteuning een beroep doen op de in het netwerk aanwezige expertise van specialisten op het gebied van een bepaald ziektebeeld of complexiteit van zorg of organisatie van zorg. De cliënt en het cliëntensysteem denkt mee over de vormgeving van een optimaal ondersteuningsarrangement. Zo kan de cliënt en het cliëntensysteem kennis maken en vertrouwd raken met mensen uit een uitgebreider, boven-wijks of bovenlokaal netwerk met specifiekere expertise. Indien de reguliere hulpverlener de noodzakelijke zorg en ondersteuning niet meer kan bieden dan volgt uitbreiding van de ondersteuning door middel van specifieke taken en activiteiten behorende bij casemanagement.

Dit is een HBO opgeleide professional, met een aanvullende opleiding op het gebied van de taken en werkwijze die casemanagement met zich meebrengt en waar nodig aangevuld met ziekte specifieke kennis en ervaring. Deze professional vormt met de huisarts de spil van de ketenzorg, is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en de mantelzorger, ontlast de huisarts van (een deel van) zijn taken en draagt zorg voor een goede verbinding van wonen, welzijn en gezondheidszorg en begeleiding van de patiënt en zijn mantelzorger vanuit de vraag van de cliënt en het cliëntensysteem.

Ook begeleiding bij verhuizingen of overplaatsingen naar andere (woon) omgevingen of ziekenhuis valt onder de invulling van het casemanagement. Bij overplaatsing naar een andere woonsituatie draagt de professional die het casemanagement uitvoert zorg voor een warme overdracht. Wanneer de cliënt overlijdt dan draagt deze professional zorg voor ondersteuning van de mantelzorger naar een nieuwe situatie.

Uitgaande van de definitie en bovenstaand perspectief ligt het voor de hand casemanagement in te richten vanuit de zorgverzekeringswet. Dit staat los van het feit dat casemanagement ook publieke taken vanuit welzijn en Wmo uitvoert. De basis van casemanagement ligt in de Zvw omdat de aansluiting, expertise en doelgroep uitgaat van mensen met complexe zorgvragen die intensieve zorg en ondersteuning behoeven en aansluit bij het chronisch zorgmodel.

Schets tijdsplan vervolg

Het huidige gezondheidszorgsysteem ondergaat een forse stelselwijziging. Decentralisatie naar lokale overheden, de vorming van een romp-AWBZ en het buurtgericht werken met versterking van eigen kracht zijn hierbij centrale uitgangspunten.

Dit rapport biedt kansen om op de ontwikkelingen aan te haken en mede te ondersteunen dat de wijzigingen slagen. Bovenstaand scenario kan daarbij richtinggevend zijn. Met behulp van de beschreven definitie en uitgangspunten heeft de expertgroep aangegeven geen monitoring te willen uitvoeren maar direct over te willen gaan tot invoering en bekostiging van casemanagement.

De weg naar bekostiging zoals besproken in de expertgroep van 6 maart 2013 vindt plaats via twee mogelijke routes:

- 1) Aansluiting bij de bekostiging van de Zorgverzekeringswet (eerstelijns dan wel andere geneeskundige hulp) zoals die er nu uitziet;
Bredere mogelijkheden vanuit de Zvw ontstaan als de voorgenomen overheveling van de functie 'verpleging' vanuit de AWBZ naar de Zvw plaatsvindt.
- 2) Het indienen van een uitvoeringstoets bij de NZA, met daarin het verzoek om te komen tot een adequaat takenpakket voor het product casemanagement en een nadere uitwerking voor wie casemanagement van toepassing is (patiëntprofielen)

Het is aan het ministerie van VWS de juiste route voor bekostiging van casemanagement te bepalen in het licht van de systeemwijzigingen. Het tijdsplan is dan als volgt: aanbieder rapport casemanagement eind maart 2013, bekostigingsroute bepalen en uitvoeren tot najaar 2013, realisatie in 2014.

6. Bronnenlijst

Er is gebruik gemaakt van vele beschrijvingen, rapporten en onderzoeken. Hieronder de belangrijkste bronnen:

- *Beschrijving casemanagement in Zorgstandaard Dementie, 2012*
- *Casemanagement bij dementie, 2011, Geriant*
- *Casemanagement in toetsingskader geïntegreerde zorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, versie 2012 09 13, IGZ*
- *Casemanagement, maart 2011, CVZ*
- *Casemanagement: van idee naar model, juni 2011, Frieslab*
- *Definiëring casemanagement, ZN*
- *Dementiemonitor Mantelzorg, NIVEL, 2012*
- *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie, 2012, NIVEL/Trimbos*
- *Maatwerk in ondersteuning, Frieslab, februari 2013*
- *Rapportage onderzoek zorgkostenmonitor dementie, maart 2012, VGZ*
- *Toepassing van het casemanagementmodel bij dementie, 2012, Frieslab*
- *V&VN Expertisegebied Casemanager Dementie, november 2012*
- *V&VN Expertisegebied Wijkverpleegkundige, november 2012*
- www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl en visie op ouderenzorg vanuit de NFU, CSO en ZonMw
- www.rvz.net/publicaties