

## Casusbesprekingen Wmo begeleiding individueel regio Lekstroom

### Algemeen

In de uitwerking van de inkoopstrategie willen de Lekstroom gemeenten aan de slag met een nieuwe productindeling voor individuele ondersteuning. Met deze nieuwe indeling – we noemen ze trajecten individuele ondersteuning – willen de gemeenten een stimulans geven aan de doorontwikkeling van begeleiding als maatwerkvoorziening in het kader van de Wmo.

### Op basis van dialoog naar een nieuwe opzet voor trajecten individuele ondersteuning

Vanaf december 2020 tot en met mei 2021 hebben aanbieders en gemeenten in verschillende dialoog- en consultatierondes verkend en besproken hoe we gezamenlijk de beweging maken naar:

- meer inzet van basisvoorzieningen;
- meer inzet van informele ondersteuning;
- meer passende afschaling.

Op basis van deze gesprekken – en ook ervaringen uit andere regio's – zijn de gemeenten tot een nieuwe trajectopzet gekomen die moet helpen de bovengenoemde beweging te faciliteren. Deze opzet bestaat uit het doorlopen van enkele elementen die samen bepalend zijn voor het type, de omvang en de intensiteit van een ondersteuningstraject. In de bijlage bij deze mail is de opzet in concept uitgewerkt.

### Toetsen opzet ondersteuningstrajecten met casusbespreking

Voor we de nieuwe opzet voor ondersteuningstrajecten definitief maken, willen we deze opzet bespreken aan de hand van realistische casussen. We hebben daarom aanbieders breed uitgenodigd om zich aan te melden voor een casusbespreking. Op basis van aanmelding en afspiegeling van de verschillende doelgroepen inwoners<sup>1</sup> hebben we afspraken met aanbieders gepland voor een casusbespreking. Mede door beperkte beschikbare capaciteit bij gemeenten in deze periode hebben we niet met alle geïnteresseerde aanbieders een casusbespreking kunnen inplannen en uitvoeren. Het doel van de casusbespreking is om, in gezamenlijkheid met professionals van de sociaal teams, te toetsen of de opzet helder en compleet is, of de opzet helpt om ondersteuning anders te organiseren of in te vullen en waar aanvullingen en aanscherpingen nodig zijn. Om de casusbespreking zo effectief mogelijk te laten zijn, is er gevraagd om een gemiddelde en een wat zwaardere casus voor te bereiden uit uw praktijk. In totaal is er met 8 aanbieders gesproken over casussen. De belangrijkste aandachtspunten die tijdens deze besprekingen naar voren zijn gekomen vindt u in dit verslag.

### Vervolg

Met de feedback die ontvangen is tijdens de casusbesprekingen, wordt de productindeling/stappenplan, daar waar nodig, aangescherpt en aangepast. Deze productindeling en stappenplan zal vervolgens verwerkt worden in de inkoopdocumenten. Om te zorgen dat de productindeling en het stappenplan goed ingebed wordt bij de sociaal teams, zullen na contractering en tijdens implementatie de casusbesprekingen tussen aanbieders en sociaal teams voortgezet worden.

---

<sup>1</sup> In dit verslag kiezen we ervoor om over inwoners te spreken in plaats van cliënt



## Opmerkingen en aandachtspunten ten aanzien van de productindeling

### Algemene opmerkingen vooraf

We hebben gemerkt dat de gesprekken beter liepen naar mate we het gesprek meer vanuit de inwoner en de ondersteuningsbehoefte voerden. De dimensies van de productindeling fungeerden daarbij als houvast in het gesprek en niet als afvinklijst. In het begin wilden we te doelgericht toetsen of de productindeling werkt en gingen daarbij te direct en 'systeemgericht' te werk. In de opvolgende gesprekken lieten we de productindeling als systeem en tabel iets meer los en gebruikten de elementen uit de productindeling als gesprekstema's. Dat werkte beter en leidde tot interessante gesprekken.

### Resultaatgebieden

1. Zelfzorg en (geestelijke en lichamelijke) gezondheid
2. Regelvermogen en structuur
3. Administratie en financiën (alleen icm andere doelen, anders voorliggend of informeel)
4. Sociaal en persoonlijk functioneren
5. Dagingvulling en zingeving

Een (nog) concretere uitwerking en uitleg van de resultaatgebieden kan helpen het onderscheid beter te duiden.

Positieve gezondheidsbenadering (Nieuwegein) heeft 6 pijlers (lichaam, mentaal, zingeving, kwaliteit van leven, sociale participatie en dagelijks functioneren). Deze lijken op de resultaatgebieden die hier gebruikt worden, maar zijn nog simpeler.

Een complexe casus hoeft niet direct over meerdere resultaatgebieden te gaan, want vaak zit de zwaarte van de casus in de verzwarende omstandigheden.

Resultaatgebied 2 en 5 lijken op elkaar. Het een kan het ander helpen en andersom (als er dagingvulling is, moet men eerder opstaan en komt men erachter dat men ook eerder naar bed moet gaan (regelvermogen- structuur).

De doelen die gesteld zijn per resultaatgebied zijn globaal opgesteld om een denkrichting te geven. In principe wordt alleen het einddoel aangegeven en niet de subdoelen (kleine stapjes) De doelen/ resultaatgebieden zijn verschillend te interpreteren. Goed om hier gezamenlijk (aanbieder en ST) over te praten zodat er duidelijke overeenstemming is.

Belangrijk is dat het aantal resultaatgebieden aangepast kan worden. Het is mogelijk om aan verschillende resultaatgebieden tegelijkertijd te werken, maar vaak is dat niet effectief (vgl. met een huis verbouw je ook niet in een keer alles). Kan men bijvoorbeeld beginnen met 1 of twee resultaatgebieden en later een resultaatgebied toevoegen of veranderen.

Indeling zou ook kunnen zijn: 1 tot 3 resultaatgebieden en 4 tot 6 resultaatgebieden.

Kijk niet alleen naar de omstandigheden van nu van de inwoner, maar ook naar het verleden. Zijn er traumatische ervaringen waardoor er bijvoorbeeld een afkeer tegen behandelingen/ dagopvang is, heeft de inwoner in het verleden te maken gehad met depressies, die misschien weer de kop op kunnen steken, enz.

### Type ondersteuning (behouden of ontwikkelen)

Kijk goed naar het doel wat je als eerste prioriteit wilt bereiken.

Onder ontwikkelen verstaan we ook het stabiliseren van de situatie, waardoor je verder kan gaan ontwikkelen. Met behouden wordt vooral bedoeld: zorgen dat het niet minder wordt. Wat te doen als sommige resultaatgebieden wel ontwikkelbaar zijn en andere niet (behouden)?

Soms is er een wisselende behoefte van hulp, bijvoorbeeld als er een nieuwe fase in het gezin aanbreekt, zoals de geboorte van een kind. De situatie kan dan eerst “behouden” zijn en als er een nieuwe fase aanbreekt kan men hier weer ontwikkelbaar op zijn (sprake van een cyclus: ontwikkelen – stabiliseren- ontwikkelen – enz).

NAH is altijd chronisch, het is (soms) ontwikkelbaar, maar er blijft altijd hulp nodig. Het inzetten van het voorliggend veld kan, maar is vaak wat lastiger omdat deze mensen minder ervaring met/ expertise hebben van NAH.

Ook bij dementie is het doel om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Bij dementie is er geen sprake van verbetering, maar verslechtering. Afschalen van zorg is hier niet mogelijk. Het grensvlak van Wmo en WLZ is duidelijk aanwezig bij deze doelgroep. Er moet altijd rekening gehouden worden dat de zorg die geboden wordt, uiteindelijk (gedeeltelijk) moet worden geleverd via WLZ.

### **Benodigde intensiteit**

Het vertrekpunt van de intensiteit is een gemiddelde situatie (van een inwoner met een bepaalde ondersteuningsbehoefte) waarbij verzwarende omstandigheden kunnen leiden tot een hogere/zwaardere intensiteit.

Concreet definiëren wat onder verzwarende omstandigheid valt. Het begrip verzwarende omstandigheid is nog niet eenduidig en leidt nog tot discussie.

Het moet duidelijk zijn of het een verzwarende omstandigheid is of dat het toch een resultaatgebied is. Bijvoorbeeld bij regelvermogen en structuur: is er een resultaat / doel te bereiken of hoort het bij de specifieke situatie en/of beperking van de inwoner. In dit laatste geval kan het gezien worden als een verzwarende omstandigheid). Dit model is bedoeld om hier objectief naar te kijken.

Het is belangrijk om de omstandigheden in context te plaatsen. (Wat kan en doet de familie, het netwerk, omgeving, enz). Hoe is de situatie thuis, kan een partner zorg aan, of is deze eerder een beperkende factor voor de inwoner?

Kan een verzwarende omstandigheid ook tijdelijk zijn, bijvoorbeeld in het kader van een live event? Hierdoor moet je misschien tijdelijk meer uren inzetten (panieksituaties, tia, enz).

Buiten de normale begeleiding is het vaak ook mogelijk dat de inwoner tussendoor belt voor hulp op informatie, hoe ga je met die uren om?

Lvb wordt niet gezien als een verzwarende omstandigheid. Hier kan wel weer problematiek uit voort komen, wat als verzwarende omstandigheid geldt.

Kijk voor wie de beschikking is, is dit voor een gezinslid of hebben meerdere leden uit het gezin een beschikking. Als een gezinslid geen beschikking heeft, maar er wel hulp nodig wordt geacht, kan dit ook een verzwarende omstandigheid zijn.

Voor sommige doelgroepen kan het goed zijn om niet alleen naar het aantal uren per week te zoeken, maar ook te kijken of deze uren misschien over meerdere keren per week moeten worden ingezet. Met deze productindeling wordt er niet zozeer gekeken naar het aantal uren per week, maar is de aanbieder vrij om de intensiteit die geïndiceerd wordt in te zetten op de manier die zij nodig achten.

### **Duur van beschikking**

In veel trajecten heb je eerst tijd nodig om de cliënt te leren kennen en vertrouwen op te bouwen voordat duidelijk is wat er aan de hand is en welke ondersteuning met welke intensiteit passend is.

Als men eenmaal weet wat de resultaatgebieden zijn en duidelijk is dat de vorm van ondersteuning “behouden” is, kan men kiezen voor een langere beschikking. Dit betekent nog steeds dat er contact met sociaal team moet zijn, omdat zij graag willen weten wat er met de doelen die gesteld zijn wordt/ is gedaan. Dit zou dan 1 keer per jaar of per 2 jaar kunnen zijn.

De duur van een beschikking of het op- en afschalen daarvan zal tijdens een inhoudelijk gesprek tussen aanbieder- sociaal team (– inwoner) plaats moeten vinden. Een goede verstandhouding tussen aanbieder en sociaal team is cruciaal.

Let bij de duur van beschikking ook op de kleine stappen die gemaakt worden, laat een beschikking niet te kort duren.

### **Overige opmerkingen en aandachtspunten**

- Het is goed om een gestructureerd proces in te richten, maar zorg dat de inwoner centraal komt te staan en niet het systeem. Richt de werkwijze vooral op hoe een simpele en effectieve beschikking / opdracht tot stand komt. Een mensenleven is niet in een product of matrix van een product te vangen;
- Ook voor doelgroepen zoals mensen met dementie, kan deze productindeling handvatten bieden om te achterhalen wat de inwoner echt nodig heeft. Door het proces te doorlopen kan men ook achterhalen wanneer het grensvlak tussen Wmo en WLZ bereikt is. Bijvoorbeeld als er teveel verzwarende omstandigheden zijn.
- Vind een goede balans tussen de dwingende structuur waardoor regio Lekstroom breed eenzelfde werkwijze wordt aangeboden aan aanbieders en de ruimte van een vrijere samenwerking op basis van vertrouwen. Bijvoorbeeld door van te voren vast te leggen waarover aanbieder en sociaal team met elkaar contact hebben;
- Het voorliggend veld kan nadrukkelijker naar voren komen. Met (digitale) trainingen die collectief ingezet kunnen worden, kunnen inwoners ook veel leren. Hierdoor kan men soms eerder afschalen. Hiervoor zou collectief budget goed zijn. Vooral voor de doelgroep Lvb zou dit goed zijn;
  - Een collectief budget zou hier mogelijk voor moeten zijn, maar regio Lekstroom zal eerst een aantal andere stappen moeten zetten om dit te realiseren.
- Inzet van het voorliggend veld is vaak meer mogelijk dan gedacht wordt en kan een meerwaarde zijn (b.v. om mee naar een diëtiste te gaan, hulp bij financiën, of vriendschappelijk contact). Daar waar mogelijk moet geprobeerd worden om voorliggend veld in te zetten. Wel moet men in de gaten houden dat er niet te veel hulpverleners/ vrijwilligers betrokken zijn bij een inwoner;
- Centraal contact onderhouden (regie) als er vanuit verschillende kanalen hulp wordt geboden. Hoe zorg je dat de juiste persoon de juiste vorm van regie oppakt? (casusregie/ procesregie/ begeleiding regie)
  - ST houdt zich over het algemeen bezig met het WAT en de organisatie het HOE;
  - Als aan het begin van het proces al verschillende partijen betrokken zijn, kun je op dat moment bepalen en vastleggen wie welke regie gaat doen;

- ST is verantwoordelijk voor proces, hulpverlening en voor lijntjes en afspraken met de verschillende partijen;
- Voor mensen met NAH bestaat er ook een casemanager hersenletsel. Dit is een landelijke Pilot. Informatie: [www.casemanagerhersenletsel.nl](http://www.casemanagerhersenletsel.nl);
- Zorg dat duidelijk is wie betrokken is bij de casus (ook informele begeleiding) en leg vast wie de inhoudelijk regisseur is, deze heeft een actieve relatie met de hulpvrager(s);
- Professionals die betrokken zijn, regelmatig bij elkaar laten komen (kan b.v. ook via what's app groep).
- Richt een proces in voor als er onenigheid is over wat er moet gebeuren binnen een casus, soms zijn het sociaal team en de zorgaanbieder het niet met elkaar eens, dan moet je er toch samen uitkomen.
- Zorg dat er binnen de gemeenten meer bekendheid/ bewustzijn is wat NAH inhoudt;
- Stel niet teveel doelen tegelijkertijd, maar bepaal bijvoorbeeld per jaar, of als een doel is bereikt, de nieuw te behalen doelen;
- Het doel van deze casusbesprekingen is om te zorgen dat het indiceren makkelijker wordt en minder tijd gaat kosten daarom is het belangrijk dat deze casusbesprekingen tussen aanbieder en ST ook na contractering worden voortgezet.
- Zorg dat er voldoende tijd is (wordt geïndiceerd) om daadwerkelijk de verbinding te kunnen maken met het sociale netwerk en het voorliggend veld. Bij een te krappe indicatie lukt het niet om deze beweging te kunnen inzetten, dit kost tijd.