

Onderwerp:	<b>Casemanagement</b>
Samenvatting:	<p>Het CVZ heeft de elementen, die als onderdeel van casemanagement voorkomen, geïntariseerd en heeft daarvan beoordeeld of die tot de te verzekeren prestaties behoren.</p> <p>Het CVZ is nagegaan of casemanagement voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Een gedegen organisatie, met goede protocollen, indicatiecriteria en een door partijen gedragen geformaliseerde samenwerking is een voorwaarde voor effectief casemanagement.</p> <p>Casemanagement zorg is zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Omdat de Zvw voorgaat op de AWBZ, gaat het om Zvw-zorg. Een verzekerde is alleen aangewezen op casemanagement als eenvoudigere vormen van coördinatie tekortschieten.</p> <p>De indicatiecriteria moeten zijn vastgelegd in de prestatie die de verzekeraar inkoop.</p>
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	25 maart 2011
Uitgebracht aan:	VWS

Onderstaand de volledige tekst.

<b>Standpunt</b>	<b>Casemanagement</b>
	Op 25 maart 2011 vastgesteld en uitgebracht aan de minister van VWS
<b>Volgnummer</b>	2010136155
<b>Afdeling</b>	ZORG-ZA
<b>Auteur</b>	drs. A.M. Hopman
<b>Doorkiesnummer</b>	Tel. (020) 797 85 55



## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Achtergrond en ontwikkeling
4	3. Het begrip casemanagement
4	3.a. Definities
4	3.b. Vormen van casemanagement
6	3.c. Voorbeelden
6	3.c.1. DOC-teams van Geriant
7	3.c.2. Casemanagement bij palliatieve zorg bij kinderen
7	3.c.3. BinG: Bemoeizorg in Groningen
8	3.c.4. Wijkteams GGZ Noord-Holland-Noord
9	3.d. Casemanagement als zorgvorm
10	3.e. Inperken van de duiding
10	3.e.1. Casefinding, bemoeizorg en zorgtoeleiding
11	3.e.2. Diagnostiek en behandeling
12	3.e.3. Uitvoering van het zorgbehandelplan
12	3.e.4. Dienstverlening
12	3.e.5. Zorgmakelaar
13	3.e.6. Belangenbehartiging
14	4. Kern van casemanagement
14	4.a. Zorgdiagnostiek
14	4.b. Coördinatie
16	4.c. Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan
16	4.d. Organisatie van casemanagement
17	5. Duiding te verzekeren prestatie
18	5.a. Criterium plegen te bieden
18	5.a.1. Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden
21	5.a.2. Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden
21	5.a.3. Zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden
21	5.a.4. AWBZ-zorg
23	5.a.5. Individueel en/of systeemgericht
23	5.a.6. Organisatie van het casemanagement
25	5.b. Criterium stand van wetenschap en praktijk
25	5.b.1. Effectiviteit van casemanagement
27	5.b.2. Organisatorische eisen aan casemanagement
28	5.b.3. Conclusie stand van wetenschap en praktijk
28	5.c. Redelijkerwijs aangewezen op
29	5.c.1. Indicatiestelling

29	5.c.2. Conclusie indicatiestelling
30	5.d. Afbakening met andere domeinen
31	5.d.1. Randvoorwaarde: structurele organisatie
31	5.d.2. Verantwoordelijkheden van betrokken instanties
32	5.d.3. Geen primair geneeskundige zorgvraag
32	5.e. Duiding
34	6. Consequenties voor de uitvoering
34	6.a. Doorontwikkeling casemanagement
35	6.b. Kwaliteit van zorg
35	6.c. Bekostiging
36	6.c.1. Prestatiebeschrijvingen
36	6.c.2. Afbakening met andere zorg
37	6.d. Zorginkoop
39	7. Vaststelling standpunt
40	8. Relevante regelgeving
41	9. Literatuurlijst

### ***Bijlage(n)***

1. Overzicht definities van casemanagement

## Samenvatting

Uit het Landelijk Dementie Programma blijkt dat veel regio's casemanagement als een belangrijk onderdeel van de zorg zien. De NZa en VWS hebben het CVZ gevraagd te beoordelen of casemanagement bij dementie behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ.

Omdat casemanagement ook bij andere aandoeningen een rol speelt, heeft het CVZ de duiding breder uitgevoerd dan alleen bij dementie.

Er is geen eenduidige definitie van casemanagement. De inhoud en het doel ervan varieert in de praktijk sterk. Dat geldt ook voor de vorm waarin het wordt aangeboden. Het CVZ heeft de elementen geïnventariseerd die als onderdeel van casemanagement voorkomen, en heeft daarvan beoordeeld of die tot de te verzekeren prestaties behoren. Van een aantal elementen is direct duidelijk of die tot de te verzekeren prestaties horen of niet.

Casefinding, bemoeizorg en zorgtoeleiding in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) zijn geen te verzekeren prestaties. Ook belangenbehartiging is geen verzekerde zorg voor zover die verder gaat dan het actief mobiliseren van de noodzakelijke zorg- en dienstverlening.

De feitelijke levering van zorg komt ten laste van het reguliere domein. Diagnostiek en behandeling in het kader van de Zvw is Zvw-zorg. AWBZ-zorg en diensten uit andere domeinen (wonen, welzijn) komen ten laste van het betreffende domein. De eigenlijke duiding in dit rapport gaat over de kern van casemanagement, namelijk zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie.

Casemanagement is meer dan de som der delen. De meerwaarde ligt in het integrale aanbod en het hebben van één aanspreekpunt voor de verzekerde. Van casemanagement als verzekerde zorg is alleen sprake, als het voldoet aan een aantal randvoorwaarden. De werkwijze, taakverdeling, communicatie en afstemming, onderlinge taakverdeling en dergelijke moeten zijn uitgewerkt. De bereikbaarheid en huisvesting moeten zijn geregeld. Er moet een ondersteunende infrastructuur zijn, de personele invulling en dergelijke moet zijn geregeld.

In een eerder rapport heeft het CVZ geoordeeld dat samenhangbevorderende elementen tot de verzekerde prestaties horen<sup>1</sup>. De extra investeringen die nodig zijn horen dus tot de te verzekeren prestaties.

Het CVZ duidt eerst tot welke te verzekeren prestatie casemanagement hoort. Het gaat meestal om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Het kan ook gaan om casemanagement in het kader van medisch specialistische zorg, bijvoorbeeld bij chronische psychiatrie. Dan gaat het om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Het kan dan ook gaan om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. In al deze gevallen gaat het om te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw.

Het CVZ is ook nagegaan of casemanagement voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Een gedegen organisatie, met goede protocollen, indicatiecriteria en een door partijen gedragen geformaliseerde samenwerking is een voorwaarde voor effectief casemanagement. Er zijn aanwijzingen dat integralere vormen effectiever zijn dan alleen zorgcoördinatie.

De conclusie is dat het alleen onderdeel is van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw is, als aan die voorwaarden is voldaan.

Op grond van artikel 2 lid 1 Besluit zorgaanspraken is er geen aanspraak op de AWBZ als de zorg ten laste van de Zvw kan komen. Omdat casemanagement is te duiden als Zvw-zorg, behoort het op grond van dat artikel niet tot de AWBZ-aanspraken.

Een verzekerde is alleen aangewezen op casemanagement als eenvoudigere vormen van coördinatie tekortschieten. De indicatiecriteria moeten zijn vastgelegd in de prestatie die de verzekeraar inkoop.

Het CVZ gaat tenslotte in op enkele praktische knelpunten. Casemanagement is in de praktijk alleen goed ontwikkeld bij psychiatrische zorg en dementie, en enkele niet-geneeskundige zorgvormen zoals jeugdzorg. In de eerstelijnszorg gaat het vooral om projecten die apart worden gefinancierd. Structurele bekostiging ontbreekt.

Casemanagement vereist extra investeringen en personele kosten. Ook is verder onderzoek nodig over de manier waarop het goed is vorm te geven.

---

<sup>1</sup> Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen, en de te verzekeren prestaties Zvw, CVZ, op 21 september 2009 uitgebracht aan de minister van VWS.

Verdere stimulering en investering in innovatie is nodig, en ook moet er een structurele bekostiging zijn, op grond waarvan partijen de nodige investeringen aandurven. Casemanagement komt niet vanzelf tot stand.

## 1. Inleiding

Uit het Landelijk Dementie Programma blijkt dat veel van de betrokken regio's een vorm van "casemanagement" als oplossing zien voor een aantal probleemvelden, zoals onduidelijkheid bij cliënten over de mogelijkheden voor zorg en begeleiding, onzekerheid over het verloop van de ziekte, overbelasting van mantelzorgers en miscommunicatie tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en cliënt<sup>2</sup>. Uit een onderzoek naar de toekomst van de geriatrische zorg dat het CVZ in 2007 heeft laten doen door Regioplan<sup>3</sup> kwam een zelfde conclusie.

VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht een prestatiebeschrijving voor casemanagement bij dementie vast te stellen en te tarifieren. De NZa heeft daarvoor het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd of casemanagement tot een van de AWBZ-aanspraken behoort, en om welke functie het dan gaat. De activiteiten die de NZa in zijn brief noemt, zijn een uiteenlopende reeks activiteiten, waarin onvoldoende samenhang is te ontdekken om daarover een uitspraak te doen.

Casemanagement is geen zorgvorm die specifiek is voor dementie. Ook bij andere problematiek vindt casemanagement plaats. Daarom heeft het CVZ voor een bredere invalshoek gekozen. Het wil in dit rapport een algemene duiding geven of casemanagement tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of AWBZ behoort.

In dit rapport geeft het CVZ in Hoofdstuk 2 een kort overzicht van de achtergrond en ontwikkeling van casemanagement. In Hoofdstuk 3 gaat in op de vraag wat in de praktijk zoal onder het begrip casemanagement wordt verstaan. In hoofdstuk 4 beschrijft het CVZ wat de kern van casemanagement is: het onderwerp van deze duiding. In Hoofdstuk 5 duidt het CVZ of casemanagement tot een te verzekeren prestatie is in het kader van de Zvw of AWBZ behoort. Het beoordeelt of deze zorg voldoet aan het criterium 'plegen te bieden' en het criterium van stand van de wetenschap en praktijk. Ook gaat het na wat te zeggen is over het criterium 'redelijkerwijs zijn aangewezen op'. Hoofdstuk 6 gaat over de uitvoeringsconsequenties, zoals de bekostiging en zorginkoop.

---

<sup>2</sup> Ligthart, Suzanne A., Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit Nijmegen, september 2006.

<sup>3</sup> Koning CC en Plochg-Holtman M, Geriatrische zorg, Regioplan Beleidsonderzoek, juli 2007



In de tekst verwijst het CVZ waar nodig naar de relevante regelgeving. Die is als bijlage opgenomen in hoofdstuk 8. Hoofdstuk 9 geeft de gebruikte literatuur weer. Als bijlage is een overzicht van definities van casemanagement bijgevoegd.

## 2. Achtergrond en ontwikkeling

Casemanagement is aan het eind van de jaren zeventig in de Verenigde Staten ontstaan als een specifieke behandel- en begeleidingsvorm van chronisch psychiatrische patiënten. Deze ontwikkeling moet worden gezien tegen de achtergrond van de toenmalige dehospitalisatie die de overheid voorstond. Casemanagement werd gezien als substitutie voor het langdurig opnemen van patiënten.

Basisfuncties van dit casemanagement waren: systematische diagnostiek en inschatting van de zorgbehoeften, de vaststelling van een samenhangend en volledig hulpverleningsplan, het regelen van de benodigde hulpverlening, het bewaken van de geleverde hulpverlening en de evaluatie daarvan en aangeven van het vervolg<sup>4</sup>.

Ook in Nederland zijn in het kielzog van de modernisering en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vormen van casemanagement ontstaan<sup>5</sup>. Maar ook in andere zorgvormen is sprake van een dergelijke ontwikkeling. Er zijn voorbeelden van casemanagement bij dementiezorg, zorg voor chronisch zieken, jeugdzorg, palliatieve zorg, verslaafdenzorg en allerlei andere zorgvormen.

De toename van de behoefte aan een dergelijke functie komt voort uit de volgende maatschappelijke ontwikkelingen:

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

De problemen van chronisch zieken hebben vaak 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, dat naarmate het eigen regelvermogen van verzekerden afneemt, de noodzaak van coördinatie meestal toeneemt. De vraag is hoe een afgestemde zorgverlening is te organiseren, wie dat zou moeten doen, en hoe. En niet in de laatste plaats wie dat betaalt.

---

<sup>4</sup> van der Velden en Hassing, Casemanagement: een functionele organisatievorm van de zorg voor de chronische patiënt, Tijdschrift voor Psychiatrie 35 (1993) 7:

<sup>5</sup> Wolf J. cs Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, GGZ-N, J. juli 2002

## 3. Het begrip casemanagement

### 3.a. Definities

Casemanagement is geen duidelijk gedefinieerd begrip. Uit een literatuursearch die het CVZ heeft uitgevoerd, komt een veelheid aan definities naar voren. In verschillende settingen heeft het verschillende betekenissen. In Bijlage 1 zijn een aantal (maar niet alle) definities verzameld.

De definities zijn heel divers, en hebben verschillende invalshoeken:

- Organisatie;
- Proces;
- cliëntbelang (focus op persoonlijke omstandigheden, totaalbeeld);
- inhoud.

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

Vaak staat bij de definitie de inhoud van het casemanagement voorop. In het rapport Casemanagement bij Dementie<sup>6</sup> zijn de basiskenmerken als volgt samengevat;

- zorgdiagnostiek;
- planning, opstellen individueel zorgplan;
- uitvoering en coördinatie van het zorgplan;
- monitoring en evaluatie van de uitvoering, eventueel bijstellen zorgplan;
- belangenbehartiging.

In sommige definities staan ook casefinding (het opsporen van patiënten) en bemoeizorg als functies van casemanagement genoemd.

### 3.b. Vormen van casemanagement

Casemanagement wordt op veel verschillende manieren vormgegeven en aangeboden. De uitwerking en vormgeving in de praktijk is afhankelijk van de doelgroep en bestaande lokale structuren. Toch is het mogelijk die verschillende vormen te rubriceren.

---

<sup>6</sup> Casemanagement bij dementie, 26 september 2006, Radboud Universiteit Nijmegen, Suzanne A. Ligthart.

Mueser e.a. (1998)<sup>7</sup> onderscheiden de volgende (vooral in de psychiatrie ontwikkelde) modellen:

- het makelaarsmodel (zorgcoördinator). Dit model is bedoeld om verbindingen te leggen tussen zorgverleners onderling en cliënten;
- clinical case management (cliëntmentorschap). In dit model verleent de casemanager zelf ook hulp;
- assertive community treatment (betreft outreachend werkende teams). Dit model is ontwikkeld voor complexe problemen; het overstijgt de reikwijdte van eerdere modellen en gaat uit van multidisciplinaire teams. In de praktijk bestaan er flinke verschillen in de uitwerking als gevolg van aanpassing aan de lokale situatie en de karakteristieken van de cliënten;
- intensive case management (bemoeizorg). Dit model is bedoeld voor cliënten met een hoge zorgconsumptie; er wordt uitgegaan van een lage caseload bij de hulpverleners, assertive outreach en dienstverlening in de directe omgeving van de cliënt;
- strength model. In dit model ligt de focus op individuele potenties in plaats op pathologie; de cliënt bepaalt zelf in welke richting de samenwerking zich ontwikkelt; de sociale omgeving wordt gezien als een bron van steun; contacten met de hulpverlener vinden plaats buiten de kantoren van de zorginstelling;
- het rehabilitatiemodel. Dit model komt overeen met het strength model doordat het de uitgesproken behoeften en doelen van de cliënt boven die van het zorgsysteem stelt; in dit model ligt het accent op het leren van sociale vaardigheden opdat de cliënt zich maatschappelijk kan integreren.

Ook andere indelingen van modellen komen voor, zoals die van Banks<sup>8</sup>:

- intensive case management model. In dit model worden diensten voor cliënten met complexe problematiek gecoördineerd. De juiste zorg wordt langdurig gecoördineerd en bijgesteld, naar behoeften van de cliënt. Het casemanagement wordt aangeboden vanuit één organisatie of samenwerkingsverband;

---

<sup>7</sup> De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. Praecox, nr 34, december 2002, J. van der Stel.

<sup>8</sup> Banks P Casemanagement. In: Nies, H, Berman PC (Ed.). Integrating services for older people- a resource book for managers. EHMA 2004; 101-112. Bron: Suzanne A. Ligthart, Casemanagement bij dementie; Radboud Universiteit Nijmegen, 2006.

- shared core task model. Er is geen echte casemanager aan te wijzen in dit model, maar er zijn organisatorische procedures die ervoor moeten zorgen dat de zorg goed uitgevoerd wordt. Dit kan door meer dan één persoon gedaan worden. Dit model wordt minder geschikt gevonden voor cliënten met complexe behoeften;
- joint agency model. Hier wordt het casemanagement ondersteund door een multidisciplinair team, met hulpverleners van verschillende organisaties. Een van hen is de casemanager of sleutelfiguur;
- brokerage model. In dit model worden casemanagers geleverd door een onafhankelijke organisatie, van waaruit zij zorg bemiddelen. Deze casemanagers hebben minder voeling met de doelgroep en diensten op zich en hebben minder invloed op hulpverlenende organisaties. Zij voorzien de cliënt hoofdzakelijk van advies en informatie;
- case management agency model. Een casemanagement bureau contracteert diensten die de cliënt aanvraagt. Het bureau beperkt de kosten door selectief contracten aan te gaan met zorgaanbieders.

### **3.c. Voorbeelden**

Ter illustratie beschrijft het CVZ hieronder enkele voorbeelden uit de Nederlandse praktijk.

#### *3.c.1. DOC-teams van Geriant*

Geriant werkt met een model, dat in Nederland gezien wordt als een best-practice bij dementiezorg<sup>9</sup>. Er zijn zogenaamde DOC-teams (Dementie Onderzoek en Casemanagementteams) in het leven geroepen, die de zorg leveren. Geriant typeert de werkwijze als “clinical casemanagement”. Praktische zorg en persoonlijke begeleiding gaan hand in hand. Het DOC-team en het casemanagement richten zich niet alleen op de patiënt, maar ook op zijn directe omgeving. Er is uitdrukkelijk aandacht voor comorbiditeit. Daarom zitten in het DOC team ook een psychiater, gz-psycholoog en specialist ouderengeneeskunde.

Het uitgangspunt bij de zorg is de patiënt en zijn omgeving zo zelfredzaam mogelijk te houden (empowerment), in plaats van de zorg en hulp over te nemen.

---

<sup>9</sup> [www.ggz-nhn.nl](http://www.ggz-nhn.nl)

Geriant heeft ketenafspraken gemaakt met andere aanbieders in de regio. Het DOC-team kan zo ook andere deskundigheden en diensten inroepen<sup>10</sup>.

### *3.c.2. Casemanagement bij palliatieve zorg bij kinderen*

Het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam heeft in de regio Rotterdam een coördinerende rol in de palliatieve zorg voor kinderen. Twee verpleegkundig consulenten hebben de rol van casemanager. Zij worden binnen het ziekenhuis betrokken bij het multidisciplinaire overleg, en regelen de overdracht van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Incidenteel wordt een huisbezoek afgelegd. Ouders kunnen de casemanager bellen als ze vragen hebben of als het contact met hulpverleners niet goed verloopt<sup>11</sup>

### *3.c.3. BinG: Bemoeizorg in Groningen<sup>12</sup>*

De werkwijze van BinG berust op ACT, Assertive Community Treatment. Dit is een vorm van bemoeizorg en casemanagement die psychiatrische zorg, verslavingszorg, praktische hulp, woonondersteuning en maatschappelijke hulp met elkaar combineert op plaatsen waar de cliënt zich bevindt.

BinG is bedoeld voor cliënten met langdurige verslavings- en psychiatrische problemen die daarvan op verschillende levensgebieden problemen ondervinden. Deze zogenaamde Dubbel Diagnose cliënten zijn zeer moeilijk in zorg te krijgen of te houden. Er is voor hen geen passend aanbod binnen een van de reguliere instellingen en de cliënten vallen voortdurend tussen wal en schip.

Binnen het ACT model is vooral van belang om een relatie met de cliënt aan te gaan en in stand te houden, met als uiteindelijk doel om een stabiel leven van voldoende kwaliteit te leiden in de maatschappij (rehabilitatie naast bemoeizorg). Het gaat om een integrale vorm van hulpverlening, waarbij BinG een bijdrage levert aan vroeghulp, verdere diagnostiek, indicatiestelling en verdere behandeling/begeleiding. Het ACT model wordt gekenmerkt door intensieve zorg. De uitvoering van de behandeling ligt in handen van het gehele ACT team. Er wordt hulp geboden op alle levensgebieden.

De begeleiding zal zoveel mogelijk bij de cliënt thuis, op straat, of bij de dagopvang plaatsvinden. Ook wordt gebruik gemaakt van andere betrokken instellingen.

---

<sup>10</sup> Zie ook <http://www.tplz.nl/duurzaameter/11/2/get.aspx>

<sup>11</sup> Casemanagement in de palliatieve zorg voor kinderen, een exploratieve studie; Huizinga, UMCG, februari 2009.

<sup>12</sup> Bron: <http://www.vnn.nl/index.cfm?pid=340>

Een ACT team bestaat uit verschillende deskundigheden, waardoor een integrale vorm van hulpverlening gerealiseerd kan worden. In het team BinG werken een psychiater, een verslavingsarts, een nurse practitioner, verpleegkundigen, een SPV'er en woon/traject- begeleiders nauw met elkaar samen.

#### *3.c.4. Wijkteams GGZ Noord-Holland-Noord*

GGZ Noord-Holland- Noord zet sterk in op extramuralisering van de I zorg voor chronische psychiatrische cliënten. De organisatie is daarop ingericht.

Wijkteams coördineren de hulpverlening en bieden behandeling en begeleiding aan de cliënten die wonen in hun zorggebied. Dit wijkgericht werken zorgt ervoor dat ook mensen die langdurig behandeling nodig hebben, kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijke leven. De instelling biedt hierbij ondersteuning en begeleiding.

Ieder wijkteam beschikt over een psychiater, een psycholoog, één of meer sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, een IPS (arbeidsbegeleiding) en een ervaringsdeskundige die zorgen voor de behandeling.

Iedere cliënt heeft een vast aanspreekpunt binnen een wijkteam: een casemanager of persoonlijke begeleider. Casemanagers zijn er vooral voor cliënten die zelfstandig wonen, persoonlijk begeleiders voor cliënten op afdelingen. Zij coördineren de behandeling rondom de cliënt en bieden ondersteuning op verschillende vlakken zoals wonen en dagbesteding. Een wijkteam kan een compleet behandelplan aanbieden afgestemd op elke afzonderlijke cliënt.

In periodes dat het minder goed gaat kan intensieve hulp en behandeling worden geboden. Dit kan betekenen dat een cliënt tijdelijk meer contact heeft met de leden van het wijkteam. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de FACT-methodiek. FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment. Dit houdt in dat er, indien noodzakelijk, meer zorg geboden kan worden. Meerdere leden van het wijkteam kunnen dan bij een cliënt thuis langskomen.

### **3.d. Casemanagement als zorgvorm**

Afhankelijk van de gekozen werkvorm (model), het doel dat men nastreeft en de doelgroep, maken meer of minder activiteiten deel uit van het casemanagement. Hieronder inventariseert het CVZ heel breed de activiteiten die in de verschillende modellen plaats kunnen vinden.

Het gaat om de volgende activiteiten:

- Casefinding;
- Bemoeizorg;
- Zorgtoeleiding;
- Diagnostiek en behandeling;
- Zorgdiagnostiek;
- Coördinatie;
- Zorgmakelaar;
- Uitvoering van het zorgbehandelplan;
- Dienstverlening;
- Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan;
- Belangenbehartiging.

Het zou de functie casemanagement tekort doen het daarbij te laten. De meerwaarde van casemanagement is juist gelegen in het feit dat de verzekerde die elementen als integraal pakket krijgt aangeboden, met één aanspreekpunt, alsof de zorg- en dienstverlening vanuit één organisatie plaatsvindt. Juist in de (pro)actieve opstelling van de casemanager, en in de integrale aanpak, ligt de meerwaarde.

Casemanagement is meer dan de som der delen. Verschillende organisatorische elementen spelen een belangrijke rol. Daarbij valt te denken aan het ontwikkelen van organisatiestructuren, waaronder structurele afstemming tussen betrokken organisaties en instanties, het ontwikkelen van protocollen, bevoegdheids- en taakverdeling, informatiesystemen en dossiervorming, multidisciplinair overleg etc.

Er is geen sprake van één beste manier van casemanagement. Casemanagement is altijd een mix van een aantal van de hiervoor genoemde elementen. Welke elementen zijn samengebracht, wie de uitvoerder is, en hoe de functie is ingebed in de zorgstructuur hangt af van de doelgroep, bestaande ondersteuningsstructuren en de lokale zorginfrastructuur.



### ***3.e. Inperken van de duiding***

Het doel van dit rapport is na te gaan in hoeverre de elementen van casemanagement behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw en/of AWBZ. Van een aantal elementen is dat op voorhand duidelijk. Op die elementen gaat het CVZ hieronder eerst in. In het volgende hoofdstuk behandelt het de overige elementen, die de kern van deze duiding vormen.

#### ***3.e.1. Casefinding, bemoeizorg en zorgtoeleiding***

Om van casemanagement te spreken, moet er eerst sprake zijn van een “case”. Er moet een diagnose zijn gesteld, en een behandelplan zijn opgesteld.

Casefinding in de zin van het outreachend opsporen en contact zoeken met dak- en thuislozen met (mogelijke) psychiatrische en verslavingsproblematiek behoort niet tot het domein van de wettelijke zorgverzekeringen.

De openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder het “bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen”, en collectief verslavingsbeleid zijn op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) taken van de gemeente<sup>13</sup>.

De verzekerde moet de zorg vervolgens ook willen ontvangen. Het ongevraagd bieden van zorg past niet in een verzekeringsstelsel<sup>14</sup>. Het gaat dan niet om zorg die is verzekerd in de Zvw of AWBZ. Bemoeizorg in de zin van ongevraagde zorg, is ook onderdeel van de openbare geestelijke gezondheidszorg, en onderdeel van de maatschappelijke ondersteuning door gemeenten<sup>15</sup>.

Zorgtoeleiding is het zorgen voor een snelle toeleiding naar hulp, met een vlotte indicatiestelling en een soepele ‘routing’ voor plaatsing en overdracht.

Ook deze term komt vooral voor in de openbare geestelijke gezondheidszorg. Het gaat er dan om de persoon in kwestie te motiveren en open te laten staan voor formele zorg. Zolang deze persoon geen formele zorg wil ontvangen, is zorgtoeleiding onderdeel van de openbare geestelijke gezondheidszorg, en dus een gemeentelijke taak<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> Wet maatschappelijke ondersteuning, artikel 1, lid 1, onderdelen e en f.

<sup>14</sup> Op dit uitgangspunt kan alleen op grond van een wettelijke bepaling worden afgeweken, zoals bij forensische zorg en de Wet BOPZ.

<sup>15</sup> Artikel 1 lid 1 onderdelen e en f Wet maatschappelijke ondersteuning.

<sup>16</sup> Artikel 1 lid 1 onderdelen e en f Wet maatschappelijke ondersteuning.

Casefinding kent ook een andere definitie: het zoeken door de hulpverlener of arts naar risicofactoren of beginnende afwijkingen bij mensen die om andere redenen een hulpverlener of arts bezoeken; het doel is vroegtijdig kunnen behandelen of erger voorkomen<sup>17</sup>. Die vorm van casefinding is onderdeel van de reguliere zorg. Een goed hulpverlener signaleert mogelijke problemen en wijst de verzekerde daarop.

*Het gaat bijvoorbeeld om het signaleren van hoge bloeddruk of overgewicht bij iemand die voor een kalknagel bij de huisarts komt. Of het constateren van overbelasting en dreigende ontsporing van het informele hulpsysteem door de verzorgende die bij een dementerende persoonlijke verzorging levert.*

*Casefinding kan ook structurele vormen aannemen. Zo kan de huisarts op grond van een risicoanalyse patiënten actief benaderen voor een screening. Op verschillende plaatsen in het land gebeurt dat al.*

Zorgtoeleiding kan ook slaan op de organisatie van de ketenzorg: een adequaat proces van doorverwijzen en regelen van zorg nadat een probleem is gesignaleerd. Dat is onderdeel van het reguliere zorgproces van iedere aanbieder, en is een vorm van reguliere overhead.

### *3.e.2. Diagnostiek en behandeling*

Medische diagnostiek en behandeling zijn verzekerd in de Zvw voor zover het valt onder zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden<sup>18</sup>. Ook paramedische zorg is geregeld in de Zvw.

Behandeling is ook verzekerde zorg in het kader van de AWBZ<sup>19</sup>. Het gaat om specifieke behandeling gericht op de doelgroepen binnen de AWBZ. Die (specifieke) doelgroepen worden getypeerd door de zogenoemde grondslagen.

Het gaat in de AWBZ niet om de primaire diagnostiek en behandeling. Behandeling in de AWBZ omvat<sup>20</sup>:

- Consultatie aan andere hulpverleners
- Medebehandeling
- Functionele diagnostiek
- Kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag
- Continue, Systematische, Langdurige en Multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg).

<sup>17</sup> <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/cas>

<sup>18</sup> Artikel 2.4. Besluit zorgverzekering

<sup>19</sup> Artikel 8 Besluit zorgaanspraken AWBZ

<sup>20</sup> AWBZ-Kompas College voor zorgverzekeringen.

### *3.e.3. Uitvoering van het zorgbehandelplan*

Afhankelijk van het ziektebeeld en van de persoonlijke omstandigheden van de verzekerde kan het zorgbehandelplan verschillende levensterreinen betreffen, en kan het heel verschillende zorgvormen en vormen van dienstverlening omvatten.

Een van de kernfuncties van het casemanagement is die domeinen met elkaar te verbinden en af te stemmen zodat een integraal en op maat gesneden aanbod ontstaat.

Het feit dat bepaalde zorg of een bepaalde dienst noodzakelijk is om een integraal aanbod en een verantwoorde zorgsituatie te realiseren, maakt echter niet dat die zorg of dienst zelf meteen onder de Zvw of AWBZ valt.

Schuldsanering en hulp bij het zoeken van werk of passende activiteiten zijn bijvoorbeeld geen verzekerde zorg, net zomin als maatschappelijke participatie. De casemanager brengt de domeinen bij elkaar en zorgt voor afstemming, maar de verantwoordelijkheid voor het realiseren van de zorg en diensten zelf blijft zoals die wettelijk is bepaald.

### *3.e.4. Dienstverlening*

Dienstverlening kan allerlei zaken betreffen.

Van boodschappendienst tot boekhouding. Tot welk domein een bepaalde dienst behoort, en of die dienst ten laste van een collectieve voorziening kan komen, hangt af van de aard van de dienst.

### *3.e.5. Zorgmakelaar*

De term zorgmakelaar heeft verschillende betekenissen.

Vaak wordt die term gebruikt als degene die de verschillende zorgvormen coördineert, zoals in de indeling van Mueser (paragraaf 3b). Het gaat dan puur om de coördinatie van zorg. Het CVZ vat dat niet onder het begrip zorgmakelaar, maar onder het begrip zorgcoördinatie. In het volgende hoofdstuk gaat het CVZ hier verder op in.

In het brokerage-model van Banks (paragraaf 3b) staat de zorgcoördinator op afstand van de zorgverleners. Zolang dat niet meer is dan een organisatorische invulling van de zorgcoördinatie maakt dat geen verschil. Het blijft ook dan gaan om zorgcoördinatie.

Het casemanagement agency model (Banks, paragraaf 3b), is een heel andere invulling van het begrip zorgmakelaar. Het gaat in dat model om een zorginkoopfunctie. Dat is geen zorg die is verzekerd in de wettelijke zorgverzekeringen, omdat die leveren in natura of alleen de kosten van de zorg zelf restitueert (Zvw). Zorginkoop is de taak van de zorgverzekeraar.

### *3.e.6. Belangenbehartiging*

In verschillende modellen wordt belangenbehartiging genoemd als onderdeel van het casemanagement.

In het algemeen is belangenbehartiging niet verzekerd in het kader van de Zvw of de AWBZ. Het organiseren van de nodige zorg kan inhouden dat de noodzaak van interventies wordt aangekaart bij de bij de zorgsituatie betrokken instellingen, en dat daarover overleg plaatsvindt. Bijvoorbeeld over huisvesting, arbeidstoeleiding en dergelijke. Dat valt nog onder de term zorgcoördinatie. Verdergaande bemoeienis om zaken buiten de zorgverlening te realiseren, is echter geen onderdeel van de te verzekeren prestaties van de Zvw of AWBZ.

## 4. Kern van casemanagement

Uit de definities die in de literatuur zijn gevonden, blijkt dat de kern van casemanagement bestaat uit:

- Zorgdiagnostiek;
- Coördinatie;
- Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan;

Het gaat echter niet alleen om het uitvoeren van activiteiten. De organisatorische aspecten van casemanagement blijken van groot belang.

In dit hoofdstuk gaat het CVZ eerst verder op de afzonderlijke onderdelen van casemanagement in.

### **4.a. Zorgdiagnostiek**

Zorgdiagnostiek is het onderzoeken en vaststellen van de problemen van de verzekerde op verschillende levensterreinen, de mogelijkheden en belastbaarheid van het informele systeem, en andere oplossingen. De zorgdiagnostiek mondt uit in een zorgbehandelplan, waarin de te behalen doelen, de middelen en maatregelen die daarvoor nodig zijn, en de manier waarop de doelen zijn te bereiken.

Zorgdiagnostiek richt zich niet alleen op de medische problematiek, maar op het functioneren van de verzekerde in zijn totaliteit.

### **4.b. Coördinatie**

Bij de uitvoering van het zorgbehandelplan is coördinatie van belang, als het nodig is dat de verzekerde de zorg in samenhang ontvangt. Daarvoor is lang niet altijd een opgetuigd systeem van casemanagement nodig.

Van elke hulpverlener mag worden verwacht dat die verantwoorde zorg levert. Dat houdt in dat elke zorgverlener de nodige inspanning levert om afgestemde zorg mogelijk te maken. Daartoe behoort de onderlinge afstemming van de zorgmomenten, maar ook deelname aan cliëntgericht overleg, als dat nodig is. Dat maakt integraal onderdeel uit van de reguliere zorg. Van aanbieders van zorg- en diensten uit andere domeinen mag eenzelfde inspanning worden gevraagd. Die inspanning komt dan niet ten laste van de Zvw of AWBZ, maar van het betreffende domein.

*Als voorbeeld een verzekerde die verpleging en verzorging in het kader van de AWBZ ontvangt, en enkele keren per week naar de dagverzorging van de gemeente gaat. Uiteraard moet er onderlinge afstemming plaatsvinden wanneer welke zorgverlener aanwezig is, wie welke taken uitvoert, en moeten hulpverleners elkaar informeren over de voortgang. Dat is integraal onderdeel van verantwoorde zorg. In dit soort situaties gaat het niet om casemanagement.*

*Als een breed overleg nodig is waarbij de woningbouwcorporatie, maatschappelijk werk en de wijkverpleegkundige aanwezig zijn, komt de inspanning van elke deelnemer ten laste van hun eigen organisatie. Deelname aan het overleg is gewoon onderdeel van hun werk.*

Coördinatie kan ook een verdergaande inhoud hebben. In complexere en instabieler situaties kan het nodig zijn de samenhang en afstemming in de zorg (pro)actief te organiseren. Daarbij neemt één partij of functionaris het voortouw, en is eerste aanspreekpunt voor de verzekerde. Als dat nodig is, benadert die andere hulpverleners, regelt actief de onderlinge afstemming (organiseren van overleg, plannen van de zorgverlening en dergelijke). Naast het vrijwel continu monitoren, plannen en bijsturen van de zorg, kan ook een periodieke evaluatie nodig zijn, aan de hand waarvan het (behandel)zorgplan wordt bijgesteld. Het gaat vooral om intensievere zorgsituaties waarin de zorg frequent moet worden bijgesteld, en waarbij het belangrijk is de situatie structureel in de gaten te houden (monitoring).

*Het gaat bijvoorbeeld om chronisch psychiatrische patiënten die thuis wonen, onvoldoende zelfredzaam zijn en soms terugvallen. Een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige bezoekt de verzekerde regelmatig, en past (in overleg met de behandelaar) zonedig het zorgplan aan. Daarbij kan het ook zijn dat de SPV-er contact opneemt met andere hulpverleners of instanties en hen zonedig inschakelt bij de zorgverlening.*

Van casemanagement is alleen sprake als eenvoudige middelen om tot afstemming te komen, zoals incidenteel onderling overleg, tekortschieten, en een (pro)actieve benadering nodig is.

#### ***4.c. Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan***

In dergelijke complexere gevallen kan het ook nodig zijn de situatie actief te monitoren, en te evalueren. Actieve monitoring houdt in dat de casemanager de situatie niet alleen in het oog houdt, maar ook intervenueert als dat nodig is, of in ieder geval de passende interventie in gang zet. Het gaat feitelijk om periodiek herhaalde zorgdiagnostiek. Net als de primair uitgevoerde zorgdiagnostiek valt dit onder het zorgdomein. Daarbij geldt hetzelfde als bij coördinatie. Zolang eenvoudige manieren van onderlinge afstemming volstaan, is geen sprake van casemanagement.

Van elk van de betrokken hulpverleners mag worden verwacht dat ze alert zijn op wijzigingen in de situatie en op complicaties en dat signaleren. Ze moeten ook de nodige inspanning leveren om hun zorg- en dienstverlening op elkaar af te stemmen en te zorgen voor adequate informatievoorziening tussen de verschillende hulpverleners. Dat is onderdeel van hun zorg. In complexe en instabiele situaties kan dit onvoldoende zijn, en is de inzet van een casemanager nodig.

#### ***4.d. Organisatie van casemanagement***

Casemanagement is niet mogelijk zonder een aantal organisatorische randvoorwaarden. De werkwijze, taakverdeling, communicatie en afstemming, onderlinge taakverdeling en dergelijke moeten zijn uitgewerkt. De bereikbaarheid en huisvesting moeten zijn geregeld. Er moet een ondersteunende infrastructuur zijn. Enzovoort.

Zonder een goede organisatorische inbedding in de (eerstelijns) zorg, en duidelijke ketenafspraken is casemanagement niet goed uit te voeren.

## 5. Duiding te verzekeren prestatie

In de literatuur is een veelheid aan definities te vinden. In deze duiding verstaat het CVZ onder casemanagement het volgende:

- het functioneren als eerste aanspreekpunt voor de verzekerde;
- het uitvoeren van zorgdiagnostiek (multipobleemanalyse) en het opstellen van een zorgbehandelplan;
- monitoring, evaluatie en bijstellen van het zorgbehandelplan;
- de (pro)actieve organisatie van de samenhang en afstemming;
- het in stand houden van de organisatorische aspecten van casemanagement, zoals procedures en protocollen, ketenafspraken, communicatie en dergelijke.

Voor die duiding van deze zorg is artikel 2 lid 1 Besluit Zorgaanspraken AWBZ (Bza) belangrijk. Dat artikel bepaalt dat er geen aanspraak op AWBZ-zorg bestaat, als die zorg op grond van een andere wettelijke regeling of van de Zvw kan worden bekostigd. Daarom gaat het CVZ eerst na of de zorg ten laste van de Zvw kan komen. Als dat zo is, komt de zorg niet ten laste van de AWBZ.

Als casemanagement ten laste van de Zvw komt, kan het gaan om:

- geneeskundige zorg zoals die is beschreven in artikel 2.4. Bzv: zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden zo;
- verpleegkundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Die verpleegkundige zorg is in de Zvw beperkt tot de verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg;

Het eerste criterium dat het CVZ hanteert om te beoordelen of het gaat om zorg die tot een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw behoort, is het criterium 'plegen te bieden'. In paragraaf 5.a. toetst het CVZ of casemanagement aan dat criterium voldoet.



De zorg en diensten die ten laste van de Zvw worden geboden, moeten ook voldoen aan het criterium van stand van de wetenschap en praktijk<sup>21</sup>. Dat houdt in dat voldoende vast moet staan dat de zorg effectief is<sup>22</sup>. Dat toetst het CVZ in paragraaf 5.b.

Op grond van artikel 2.1. lid 3 van het Besluit zorgverzekering heeft de verzekerde alleen recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Casemanagement is niet de oplossing voor alle problemen. In paragraaf 5.c. gaat het CVZ daar verder op in.

### **5.a. Criterium plegen te bieden**

#### *5.a.1. Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden*

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsgerelateerde problematiek. Zijn rol is in het KNMG-Standpunt over ouderenzorg<sup>23</sup> uitgewerkt. Het maken van een multi-domein-problemanalyse, het opstellen van een zorgbehandelplan en het zonodig instellen van trajectbegeleiding horen tot zijn taak.

Het KNMG-standpunt over geneeskundige zorg voor kwetsbare ouderen<sup>24</sup> maakt een onderscheid tussen het opstellen van een multidomeinproblemanalyse en het op grond daarvan een zorgbehandelplan maken, en het ‘instellen van trajectbegeleiding’. Het is onduidelijk in hoeverre de KNMG het casemanagement ziet als onderdeel van de huisartsgeneeskunde. De huisarts zal hier volgens de KNMG vooral een regisseursfunctie vervullen. De uitvoering van de ‘trajectbegeleiding’ laat hij veelal over aan een verpleegkundige of een andere discipline.

Maakt die uitvoering onderdeel uit van de huisartsenzorg?

Het standpunt over huisartsgeneeskunde voor ouderen<sup>25</sup> dat het NHG op 31 mei 2007 heeft ingenomen geeft daarop antwoord. In het standpunt staat een aantal passages die belangrijk zijn voor de interpretatie van ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’.

---

<sup>21</sup> Artikel 2.1. onderdeel 2 Besluit zorgverzekering

<sup>22</sup> Zie voor de benadering die het CVZ voor dit criterium kiest het Rapport “Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, CVZ, 5 november 2007, publicatienummer 254.  
[http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ\\_Internet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2007/rpt0711+stand+wetenschap+en+praktijk.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2007/rpt0711+stand+wetenschap+en+praktijk.pdf)

<sup>23</sup> Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, Standpunt van de KNMG, 25 maart 2010.

<sup>24</sup> Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG-standpunt, vastgesteld door het Federatiebestuur en in werking getreden op 25 maart 2010

<sup>25</sup> Huisartsgeneeskunde voor ouderen ‘Er komt steeds meer bij...’, Nederlands Huisartsen Genootschap, vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 31 mei 2007

Een uitgangspunt is:

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

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

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

Ten aanzien van de huisartsenvoorziening (de huisartsenpraktijk) beveelt het standpunt het volgende aan:

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

*Onder het thema 'maatschappelijk handelen':  
'De huisartsenvoorziening brengt de specifieke doelgroep van ouderen in het praktijkgebied in kaart, inventariseert welke andere zorgverleners in het gebied actief zijn en maakt, zo mogelijk samen met hen, een plan van aanpak voor de opzet en uitvoering van beleid voor ouderen.  
Huisartsen (en andere eerstelijns hulpverleners) participeren in het – binnen een wijkgerichte aanpak van eerstelijnszorg- versterken van de kwaliteit van leven in de thuissituatie op de vier domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn, ook in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).'*

Het NHG ziet de huisarts als de spil in de zorg voor ouderen met complexe problematiek. De verantwoordelijkheid voor de afstemming van de zorg houdt niet op bij de puur medische aspecten, maar omvat ook aanpalende problematiek. Zijn regierol is ook gericht op de onderlinge afstemming van andere hulpverleners. Daarbij betreft hij ook sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoefendheid. De huisarts onderneemt actief stappen om de samenwerking met andere hulpverleners te verbeteren<sup>26</sup>, waarbij zijn betrokkenheid zich ook uitstrekt tot het maatschappelijk domein.

Gezien deze centrale rol van huisartsen in de eerstelijnszorg is casemanagement bij gezondheidsgerelateerde problematiek onderdeel van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. In ieder geval voor de ouderen met complexe zorg. Het CVZ ziet niet in dat dit voor andere groepen met medisch gerelateerde problematiek anders zou zijn. Het is logisch dat de beroepsgroep primair inzet op de zorg aan ouderen, omdat daar de problematiek nu eenmaal het meest manifest is.

Uit het standpunt komt ook duidelijk naar voren dat de huisarts het casemanagement niet persé zelf uitvoert. Hij vervult de regiefunctie en delegeert het feitelijke casemanagement zoveel mogelijk aan (praktijk- of wijk-) verpleegkundigen. Of aan casemanagers met een specifieke opleiding. Dat is een vorm van taakherschikking die vanuit het oogpunt van doelmatigheid heel wenselijk is. Ondanks dat de huisarts die taken delegeert, blijven die onderdeel van de te verzekeren prestatie 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dat is inherent aan de functiegerichte benadering in de Zvw.

In paragraaf 5.d. gaat het CVZ in op de grenzen van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en de afbakening met andere domeinen.

---

<sup>26</sup> Die verantwoordelijkheid spreekt sterk uit de suggestie dat de huisartsenvoorziening desnoods zelf in de verpleegkundige zorg kan voorzien.

#### *5.a.2. Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden*

Uit het beroepsprofiel van de verpleegkundige<sup>27</sup> blijkt dat onder andere het vaststellen en plannen van de benodigde zorg, het observeren en signaleren, begeleiden en coördineren tot de taakgebieden van de verpleegkundige horen. Ook het evalueren van het zorgproces valt onder het verpleegkundig domein. Er is dus een overlap tussen de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In de praktijk zal de mate waarin medische aspecten een rol spelen, danwel care-activiteiten van belang zijn, bepalend zijn voor de mate waarin de huisarts deze zorg zelf biedt, of dat hij dat overlaat aan de verpleegkundige.

Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden is in de Zvw alleen een op zichzelf staande te verzekeren prestatie voor zover het gaat om verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, uitgezonderd palliatief-terminale zorg en thuisbeademing.

Het gaat vaak om vormen van “ziekenhuisverplaatste zorg”, waarbij de medisch specialist de medische eindverantwoordelijkheid houdt. Bijvoorbeeld bij het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam (zie paragraaf 3c).

#### *5.a.3. Zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden*

Casemanagement kan ook zorg zijn zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij chronisch psychiatrische zorg die thuis wordt geboden onder directe aansturing door een psychiater.

Overigens wordt het casemanagement bij psychiatrische zorg vaak door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige geboden of een specifiek daarvoor opgeleide casemanager. De zorg valt dan onder ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg’. Ook dan gaat het om Zvw-zorg.

#### *5.a.4. AWBZ-zorg*

Hierboven is vastgesteld dat casemanagement onderdeel is van de te verzekeren prestaties van artikel 2.4 en 2.11 Bzv. Op grond van artikel 2 lid 1 Bza is er dan geen aanspraak op AWBZ-zorg. Dat betekent echter niet dat in de AWBZ geen enkele vorm van coördinatie plaatsvindt.

---

<sup>27</sup> Leistra E. ea, Beroepsprofiel van de verpleegkundige, Elsevier Gezondheidszorg/LEVV, 1999

Maar niet in alle gevallen waarbij onderlinge afstemming nodig is, is er sprake van casemanagement. Casemanagement veronderstelt een gestructureerd samenwerkingsverband. De dagelijkse afstemming van zorg is onderdeel van de reguliere zorg van iedere afzonderlijke hulpverlener. Zolang met onderlinge afstemming een stabiele situatie is te realiseren, is er dan ook geen sprake van casemanagement, maar van normale samenwerking tussen hulpverleners. Daartoe hoort onderlinge afstemming en informatievoorziening. Ook het incidenteel inroepen van andere hulpverleners hoort daartoe.

#### *Verpleging*

De functie verpleging in de AWBZ is in de beleidsregels voor de indicatiestelling vooral instrumenteel uitgewerkt in concrete (technisch)verpleegkundige handelingen<sup>28</sup>. Casemanagement maakt daar geen deel van uit.

Binnen een thuiszorgteam heeft een verpleegkundige vaak een coachende rol en zorgt zij voor de onderlinge afstemming. Dit is een overheadtaak in het kader van kwaliteitsbewaking van de instelling.

#### *Begeleiding*

De AWBZ-functie Begeleiding is gericht op de zelfredzaamheid van verzekerden door het bieden van toezicht, structuur, en ondersteuning bij praktische handelingen. Uiteraard kan van de begeleider worden verwacht dat die de verzekerde op tijd naar zorgverleners, bijvoorbeeld de huisarts stuurt, en zonedig met andere hulpverleners afstemt. Maar in essentie is de begeleiding face-to face zorgverlening. Bij casemanagement is de structurele afstemming tussen verschillende disciplines een essentieel kenmerk.

Als naast AWBZ-begeleiding ook andere disciplines betrokken zijn, en casemanagement nodig is, ligt het voor de hand dat de casemanager ook de begeleiding coördineert. Het kan zelfs zijn dat degene die de AWBZ-begeleiding uitvoert, ook de taak van casemanager uitvoert. Dat maakt nog niet dat die zorg dan begeleiding wordt. Het gaat in een functiegerichte zorgverzekering primair om de vraag wat de aard van de zorg is, niet wie die zorg uitvoert. De aard van casemanagement is zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

---

<sup>28</sup> Standpunt CVZ 'Verpleging in de eigen omgeving', 25 augustus 2009, [http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ\\_Internet/hst\\_content/nl/documenten/standpunten/2009/sp0908+verpleging+in+de+eigen+omgeving.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2009/sp0908+verpleging+in+de+eigen+omgeving.pdf)

#### *AWBZ-behandeling*

Het is mogelijk dat AWBZ-behandeling extramuraal wordt geboden. AWBZ-behandeling is specifiek gericht op de AWBZ-problematiek, en omvat niet de algemene medische zorg<sup>29</sup> of de coördinatie met andere levensterreinen. In de thuissituatie is de huisarts eindverantwoordelijk. Als de AWBZ-behandeling onderdeel uitmaakt van een totaal zorgplan, waarbij casemanagement nodig is, coördineert de casemanager ook de AWBZ-zorg.

#### *5.a.5. Individueel en/of systeemgericht*

De zorg aan verzekerden met regieverlies en/of comorbiditeit is vaak niet alleen direct op het individu gericht, maar omvat ook onderdelen van diens directe omgeving. Vaak is de rol van mantelzorgers van doorslaggevend belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Zorg die indirect, via de mantelzorgers wordt geboden om het systeem in stand te houden, hoort voor een belangrijk deel tot de zorg zoals huisartsen en/of verpleegkundigen die plegen te bieden. Het gaat dan om de zorg die op het specifieke individuele geval is gericht. Het gaat bijvoorbeeld om adviezen hoe om te gaan met de verzekerde. Of het bespreken van de belastbaarheid en mogelijkheden van de mantelzorgers en de mantelzorgers wijzen op ondersteuningsmogelijkheden.

Over coping en rouwverwerking heeft het CVZ in een eerder advies<sup>30</sup> een standpunt ingenomen. Verlies en rouwverwerking horen tot het normale leven. Als de rouwverwerking is verstoord, kan professionele hulp noodzakelijk zijn. Het kan dan, afhankelijk van de problematiek, gaan om zorg zoals verpleegkundigen en/of huisartsen die plegen te bieden, of om zorg zoals eerstelijnspsychologen die plegen te bieden.

Gemeenten hebben op grond van de Wmo ook de taak om mantelzorgers te ondersteunen. Het gaat dan niet zozeer om de professionele zorg die is gericht op de specifieke individuele situatie, maar om collectievere ondersteuningsvormen, zoals mogelijkheden tot lotgenotencontact, recreatie, informatievoorziening over de lokale mogelijkheden, in stand houden van vrijwilligerswerk, etc.

#### *5.a.6. Organisatie van het casemanagement*

In het rapport over zorgstandaarden en ketenzorg<sup>31</sup> dat het CVZ eerder uitbracht, kwam het tot de conclusie dat dergelijke 'samenhang bevorderende elementen' tot de te verzekeren prestaties behoren. Het CVZ stelt in dat rapport vast dat voor

---

<sup>29</sup> Algemene medische zorg komt alleen bij intramurale zorg ten laste van de AWBZ. Er moet dan sprake zijn van verblijf en AWBZ-behandeling in dezelfde instelling.

<sup>30</sup> Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, CVZ, op 13 juli 2006 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS.

<sup>31</sup> Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen, en de te verzekeren prestaties Zw, CVZ, op 21 september 2009 uitgebracht aan de minister van VWS.

ketenzorg een aantal organisatorische zaken noodzakelijk is. Het rapport toetst deze aspecten van zorgverlening aan de criteria voor de term “plegen te bieden” die het CVZ heeft vastgesteld<sup>32</sup>. Het criterium ‘plegen te bieden’ bepaalt de inhoud en omvang van de zorg. Het criterium heeft twee aspecten, namelijk ‘soorten zorg’ en een ‘professioneel juiste wijze’.

*Over dat laatste criterium stelt het CVZ:  
Het aspect ‘op professioneel juiste wijze’ kan betrekking hebben op specifieke kenmerken of specifieke organisatorische aspecten van de zorg. Het gaat dan om kenmerken of aspecten die zodanig bepalend zijn voor de inhoud of omvang van de zorg, dat alleen als aan deze kenmerken/aspecten is voldaan, er sprake kan zijn van ‘professioneel juiste zorg’.*

*Het CVZ leidt uit de zorgstandaarden af dat multidisciplinaire zorg in samenhang georganiseerd (als ketenzorg) in de opvatting van de beroepsbeoefenaren een toegevoegde waarde heeft voor de patiënt, het totaal is meer dan de som der individuele (zorg)delen.’*

Bij casemanagement past eenzelfde benadering. Ook bij casemanagement ligt immers de meerwaarde juist in de samenhang die tussen de verschillende zorgvormen wordt gecreëerd. Daarnaast het bestaan van één aanspreekpunt voor de verzekerde. Zonder een goede inbedding in de (eerstelijns)zorgstructuur is casemanagement niet op professioneel verantwoorde wijze uit te voeren. Om die elementen samenhangend en proactief aan te bieden, is meer nodig dan de afzonderlijke onderdelen. Er moet het een en ander worden georganiseerd.

Het gaat om vergelijkbare voorwaarden als die bij ketenzorg aan de orde zijn. In het rapport over ketenzorg constateert het CVZ dat de volgende punten essentieel zijn:

- De structuur van het proces moet voor een ieder helder en overzichtelijk zijn (wat zich bijvoorbeeld uit in de aanwezigheid van een individueel behandelplan en het opleveren van relevante uitkomstmaten);
- De beheersing van het proces moet duidelijk zijn, (bijvoorbeeld via duidelijkheid over de regie- en coördinatiefunctie van de zorg en protocollering van de zorgverlening);
- Beschikbaarheid van ondersteunende (informatie) systemen met het oog op de structuur en beheersing van het proces.

---

<sup>32</sup> Betekenis en beoordeling ‘plegen te bieden’, CVZ, publicatienummer 268, op 17 november 2008 uitgebracht aan de minister van VWS

Voor casemanagement geldt dat behalve de structuur ook de betrokkenheid van de benodigde hulpverleners en instanties moet zijn vastgelegd en hun inbreng moet zijn geborgd.<sup>33</sup> Ook is het nodig dat het aanbod voldoende breed is: het moet eenvoudig mogelijk zijn te schakelen tussen verschillende probleemvelden. Als aan die eisen niet is voldaan, is casemanagement niet effectief, en gaat het dus niet om doelmatige zorg.

*Bij casemanagement in verband met verslavingszorg bijvoorbeeld, moet de casemanager eenvoudig toegang hebben (bijvoorbeeld een vast aanspreekpunt hebben) tot relevante instanties zoals woningbouwvereniging, gemeentelijke sociale dienst, schuldhulpverlening en dergelijke. Er moeten afspraken zijn wat van alle betrokken instanties mag worden verwacht. Als dat niet het geval is, kan er geen sprake zijn van effectief casemanagement.*

In het rapport over ketenzorg beoordeelde het CVZ de zorgstandaarden voor een aantal chronische ziekten. Voor casemanagement ontbreken landelijk geldende standaarden, maar er zijn wel best-practices voorhanden hoe casemanagement voor verschillende soorten zorg is vorm te geven, zoals de voorbeelden die in paragraaf 3 c zijn genoemd. Die voorbeelden zijn ter illustratie. Het voert te ver om in dit rapport in te gaan op specifieke doelgroepen.

Voor dementie zijn er ook landelijke afspraken gemaakt tussen de meest relevante beroepsgroepen over de zorgverlening aan dementerenden, de zogenoemde LESA Dementie<sup>34</sup>. Dit document is opgesteld om als basis te dienen voor regionale werkafspraken.

De brochure 'Samenwerken in de eerste lijn'<sup>35</sup> geeft allerlei handvatten om de eerstelijnszorg verder te ontwikkelen.

### **5.b. Criterium stand van wetenschap en praktijk**

In deze paragraaf gaat het CVZ na of casemanagement voldoet aan het criterium stand van wetenschap en praktijk van artikel 2.1. lid 2 Bzv. De zorg moet voldoende bewezen effectief zijn.

#### **5.b.1. Effectiviteit van casemanagement**

Het CVZ beoordeelt de effectiviteit van interventies aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM). Die criteria zijn gericht op de inhoudelijke effectiviteit van afzonderlijke interventies. Voor de beoordeling van een zorgvorm als

---

<sup>33</sup> Zie de constatering in paragraaf 5b dat bij betrokken instanties voldoende system readiness'' aanwezig moet zijn.

<sup>34</sup> Boomsma LJ cs Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Dementie (LESA Dementie), Huisarts Wet 2009: 52(3):S1-S5.

<sup>35</sup> Konings J cs, Samenwerken in de eerste lijn, Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE), 2010



casemanagement zijn ze minder geschikt. De effectiviteit van dit soort zorg is moeilijk te onderzoeken, en een eenduidige effectmaat ontbreekt. Daarom is het niet zinvol om de EBM-criteria toe te passen op dit onderwerp. Wel is het CVZ nagegaan wat er in de literatuur over de effectiviteit van casemanagement bekend is.

Er is een veelheid aan (vaak buitenlandse) literatuur te vinden over de effectiviteit van casemanagement. Vaak ook met een vergelijking van de interventie met de gebruikelijke interventie (care as usual). In beperkte mate zijn er ook Nederlandse studies, vooral ten aanzien van psychiatrische problematiek en dementie.

Effectiviteitsstudies ten aanzien van casemanagement hebben de nodige beperkingen:

- Casemanagement is geen eenduidig begrip. Zoals in paragraaf 3.b. is beschreven, zijn er verschillende vormen, die op essentiële punten van elkaar verschillen;
- Het toepassingsgebied (indicatiegebied) is heel divers. Er zijn voorbeelden van casemanagement voor palliatieve zorg voor kinderen, verslavingszorg, jeugdzorg, dementie, psychiatrie, chronische somatische zorg etc.;
- In de literatuur omvat casemanagement meestal ook elementen van reguliere zorgverlening;
- Een goede uitkomstmaat is moeilijk vast te stellen. Casemanagement heeft kwaliteitsaspecten in zich (zoals één aanspreekpunt voor de verzekerde), maar kan ook effecten hebben op het functioneren van de verzekerde, op de mantelzorger, op de kosten binnen de gezondheidszorg of op de maatschappelijke kosten.

De veelheid aan vormen van casemanagement en doelgroepen, maakt algemene uitspraken over de effectiviteit van casemanagement onmogelijk. Idealiter moet de effectiviteitsbeoordeling per interventie en doelgroep plaats vinden.

Er zijn studies waaruit blijkt dat assertive community treatment en clinical (intensive) casemanagement effectiever zijn dan traditionelere vormen als het brokaragemodel of (geïsoleerde) zorgcoördinatie<sup>36</sup>. In dat geval is casemanagement als op zichzelfstaande zorgvorm niet aangewezen, maar moet het onderdeel uitmaken van een breder aanbod. In ieder geval is er consensus over de

---

<sup>36</sup> Stel van der J, De effectiviteit van case management voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten, Praecox, nr 34, december 2002; Stichting Geriant, Hoofdzaken, factsheet DOC-team en casemanagement dementie

effectiviteit van casemanagement ten aanzien van dementie<sup>37</sup> en psychiatrische problematiek<sup>38</sup>, waaronder hulp aan langdurig verslaafden.

Op grond van deze informatie komt het CVZ tot het oordeel dat er voldoende grond is om aan te nemen dat casemanagement effectief is, mits dit aan een aantal randvoorwaarden voldoet.

#### *5.b.2. Organisatorische eisen aan casemanagement*

Enkele van de hierboven genoemde studies gaan in op de succes- en faalfactoren van casemanagement.

Organisatieaspecten zijn van groot belang voor de effectiviteit van casemanagement. Een belangrijke observatie die Wolf c.s. in hun studie<sup>39</sup> doen, is dat er bij de betrokken instanties een zekere 'system readiness' moet zijn: bij betrokken instanties moet het nodige draagvlak zijn tot samenwerking, en zij moeten overtuigd zijn van de noodzaak van een goed samenhangend netwerk van voorzieningen. Ook moeten zij zich committeren aan hun medewerking. Dezelfde auteurs pleiten ook voor een inventarisatie van hiaten in de voorzieningen. Het is onvoldoende als een min of meer toevallige groep organisaties een gezamenlijk aanbod creëert. Het aanbod moet alle relevante zorg omvatten. Zij gaan ook in op de voorwaarden vooraf. Belangrijke punten zijn:

- een goede analyse waarom reguliere zorg geen oplossing kan bieden, en casemanagement wel;
- een goede analyse van het beschikbare aanbod van voorzieningen en diensten;
- een door betrokken partijen gedragen doelstelling en succesindicatoren;
- zorgvuldige implementatie met aandacht voor mogelijke onbedoelde effecten;
- periodieke evaluatie;
- duidelijkheid over de financiering;
- kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel;
- duidelijke werkwijze en organisatie van de werkzaamheden.

Rijken<sup>40</sup> komt op basis van literatuuronderzoek en interviews bij betrokkenen bij casemanagement bij dementie in Nederland tot tien succesfactoren. Naast inhoudelijke factoren gaat het om duidelijke structuren voor communicatie en

---

<sup>37</sup> Ligthart, Suzanne A., Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit, september 2006; De casemanager geketend, E. Rijken, Radboud Universiteit, 2010-09-2; Consensus over casemanagement bij dementie, P.J. Verkade, UMC Utrecht, 2009;

<sup>38</sup> De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten, van der Stel c.s. De Geestgronden, oktober 2002; Wolf J c.s., Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, Trimbos Instituut, 2002

<sup>39</sup> Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, J. Wolf c.s., Trimbos Instituut, 2002;, blz. 22.

<sup>40</sup> Rijken E, De casemanager geketend, Radboud Universiteit Nijmegen, januari 2010

samenwerking, structurele financiering, ICT-toepassingen, betrokkenheid en draagvlak bij de benodigde organisaties en gemotiveerde bestuurders (vgl. 'system readiness' bij Wolf cs). Het belang van draagvlak en onderling vertrouwen, de opbouw van een netwerk en structurele financiering blijkt ook uit de studie van Ligthart. Zij benadrukt ook het belang van een goede inbedding van casemanagement in de keten, en de noodzaak van gestructureerde werkwijzen.

In ieder geval is casemanagement zonder goede organisatorische inbedding geen effectieve zorg. De organisatorische eisen die voor effectief casemanagement gelden, kunnen worden ontleend aan de literatuur en de standpunten van de beroepsverenigingen<sup>41</sup>.

### *5.b.3. Conclusie stand van wetenschap en praktijk*

Casemanagement is alleen effectief (en dus alleen onderdeel van de te verzekeren prestaties van de Zvw) als er sprake is van een geformaliseerde en gestructureerde samenwerking, waaraan alle relevante organisaties en instanties zich hebben verbonden. De onderlinge taken en verantwoordelijkheden (protocollen) moeten vastliggen, en de betrokken partijen moeten zich daaraan committeren: de bijdrage is niet vrijblijvend. De werkprocessen en onderlinge communicatie moeten zijn vastgelegd, en de financiële verhoudingen moeten zijn geregeld. Het beschikbare personeel en (ICT) infrastructuur moeten kwalitatief en kwantitatief voldoende zijn.

Hoe de organisatie verder is vormgegeven, bijvoorbeeld of het gaat om een geformaliseerd samenwerkingsverband, een aparte organisatie of dat alle zorg door één organisatie wordt geleverd, lijkt minder van belang. Er is enige evidence dat assertive community treatment en clinical (intensive) case treatment effectiever zijn dan een traditioneel aanbod<sup>42</sup>.

### *5.c. Redelijkerwijs aangewezen op*

Er is alleen recht op zorg voor zover de verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen<sup>43</sup>.

De veelheid aan verschijningsvormen van 'casemanagement' brengt het risico met zich mee dat het gezien wordt als panacee voor alle vragen voor zorg, ondersteuning en afstemming. De oplossing voor het complexe probleem wordt dan de standaard voor alle zorg. Dat is ondoelmatig. Hier geldt het gezegde van Goethe: 'In der Beschränkung zeigt sich erst

---

<sup>41</sup> Ligthart, Suzanne A., Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit, september 2006;

<sup>42</sup> Stel van der J, De effectiviteit van case management voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten, Praecox, nr. 34, december 2002;

Stichting Geriant, Hoofdzaken, factsheet DOC-team en casemanagement dementie.

<sup>43</sup> Artikel 2.1. onderdeel 3 Besluit zorgverzekering

der Meister'; in de beperking toont zich pas de meester.

Die beperking geldt zowel voor de vraag wanneer casemanagement noodzakelijk is (indicatiestelling) als voor de inhoud ervan.

#### *5.c.1. Indicatiestelling*

Het onderling afstemmen van zorg, het elkaar informeren over de voortgang van de zorg, hoort tot de reguliere taak van de individuele zorgverlener. Ook van de verzekerde of diens directe omgeving mag worden verwacht dat die actief meewerkt aan een goede planning. Van verzekerden mag ook zelfmanagement worden verwacht, voor zover ze daartoe in staat zijn. Over zelfmanagement heeft het CVZ een apart rapport uitgebracht<sup>44</sup>.

Zolang andere, eenvoudigere coördinatiemechanismen mogelijk zijn, zoals zelfmanagement van de verzekerde of diens directe omgeving, of het incidenteel onderling afstemmen van hulpverleners, is casemanagement niet aangewezen. De inzet van professionele hulp moet proportioneel zijn met de problematiek die het oplost. Een van de voorwaarden om van effectief casemanagement te spreken is dat de werkwijzen en taakverdeling zijn vastgelegd. (zie paragraaf 5.a.3.).

Het moet duidelijk zijn wanneer casemanagement als aparte activiteit aan de orde is, en wanneer minder vergaande vormen van coördinatie zijn aangewezen. Dat vereist goede protocollen, waarin staat beschreven wanneer casemanagement nodig is (indicatiecriteria), en wanneer en op welke manier de intensiteit van de zorg wordt opgeschaald. Die criteria verschillen per doelgroep en zijn ook afhankelijk van de lokale context. Zorgverzekeraar en aanbieder moeten daarover specifieke afspraken maken. Een denkkader voor het opschalen van de intensiteit van de zorg is het "integrated care model" dat Kaiser Permanente in de Verenigde Staten heeft ontwikkeld. Afhankelijk van de complexiteit van de zorg en de risico's die de verzekerde loopt, schaal het niveau van zorg op.

#### *5.c.2. Conclusie indicatiestelling*

Zolang eenvoudigere coördinatiemechanismen, zoals zelfmanagement of incidentele onderlinge afstemming tussen zorgverleners voldoende zijn, is casemanagement niet aangewezen. Er zijn concrete en toetsbare indicatiecriteria nodig om te bepalen of een verzekerde op een bepaalde vorm van casemanagement is aangewezen. De criteria zijn afhankelijk van de doelgroep en de lokale context. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten daarover specifieke

---

<sup>44</sup> [http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ\\_Internet/hst\\_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1011+zelfmanagement+chronische+ziekten.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1011+zelfmanagement+chronische+ziekten.pdf)

afspraken maken.

### **5.d. Afbakening met andere domeinen**

Casemanagement op zich is geen te verzekeren prestatie. In paragraaf 5.a. is aangegeven dat het onder voorwaarden onderdeel is van de te verzekeren prestaties “zorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden” of “zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg”.

Er moet primair sprake zijn van een zorgvraag, waarvoor de zorg onder de te verzekeren prestaties valt. Vervolgens kan casemanagement aangewezen zijn, als de aard en de omvang van de zorg dit nodig maakt. Ook het casemanagement dat ten laste van de Zvw komt, wordt begrensd door de omschrijving “zorg zoals .... plegen te bieden”.

Zoals in paragraaf 5.a.1. is uitgelegd, zijn het actief signaleren van complexe problematiek (casefinding), het maken van een multidomeinprobleemanalyse, het opstellen van een zorgbehandelplan en het vervullen van de regiefunctie, activiteiten die op zichzelf al vallen onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Daarbij betreft de huisarts ook sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoefendheid.

*Het NHG-standpunt over kwetsbare ouderen<sup>45</sup> stelt: ‘Huisartsen (en andere eerstelijns hulpverleners) participeren in het – binnen een wijkgerichte aanpak van eerstelijnszorg- versterken van de kwaliteit van leven in de thuissituatie op de vier domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn, ook in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).’*

De vraag is hoever die betrokkenheid gaat, zeker als er voorzieningen, zorg of diensten uit een ander domein nodig zijn om tot een verantwoorde thuissituatie te komen. Voorzover kan worden volstaan met een verwijzing naar de betrokken instanties, zoals gemeentelijk Wmo-loket of wooncorporatie, valt dit onder de reguliere verwijs- en informatietaak van de eerstelijns hulpverlener. Van casemanagement is dan echter nog geen sprake.

Als er sprake is van een complexe en kwetsbare situatie met problematiek op verschillende domeinen kan overleg en afstemming met andere domeinen nodig zijn. Dan speelt de vraag wie daartoe het initiatief neemt. Gezien de regie- en spilfunctie die de huisarts in de eerstelijnszorg inneemt, is het CVZ van oordeel dat dit tot de taak van de huisarts hoort,

<sup>45</sup> Huisartsgeneeskunde voor ouderen ‘Er komt steeds meer bij...’, Nederlands Huisartsen Genootschap, vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 31 mei 2007

voorzover de problematiek samenhangt met een zorgvraag waarvoor de zorg primair binnen het domein van de Zvw valt.

#### *5.d.1. Randvoorwaarde: structurele organisatie*

Dat is echter niet onvoorwaardelijk het geval. In paragraaf 5.b. gaat het CVZ in op de organisatorische voorwaarden van casemanagement. Er moet sprake zijn van een geformaliseerde en gestructureerde organisatie, waaraan alle betrokken instanties zich hebben geconformeerd, en die is ingebed in de lokale eerstelijnsstructuur. Op voorhand moet duidelijk zijn wat van de verschillende betrokken organisaties (gemeentelijke Wmo-loket, woningcorporatie etc.) concreet mag worden verwacht. Ook de overlegstructuren en andere organisatorische randvoorwaarden moeten zijn geregeld.

*In de praktijk zal het erop neer komen dat de huisarts de verzekerde kan laten instromen in een georganiseerde structuur voor casemanagement. De casemanager onderneemt de nodige activiteiten die op zichzelf vallen onder de Zvw, en legt zonodig contact met instanties uit andere domeinen, en organiseert het overleg en de afstemming daarmee.*

Als er niet is voorzien in een dergelijke organisatorische setting, kan van de huisarts niet meer worden verwacht dan de verzekerde te informeren over de mogelijkheden en de verzekerde te verwijzen naar de instantie die de benodigde voorziening, zorg of dienstverlening moet bieden.

#### *5.d.2. Verantwoordelijkheden van betrokken instanties*

Een onderdeel van de organisatie van casemanagement bestaat uit geformaliseerde afspraken met relevante instanties over hun aandeel om bepaalde problematiek op te lossen, en hun commitment daarvoor. Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken domeinen zelf om de voorziening, zorg of dienst te leveren die noodzakelijk is, en waarover zij in het overleg afspraken hebben gemaakt.

*De zorgvraag van een dementerende verzekerde ligt primair binnen het domein van de sociale ziektekostenverzekering. Het casemanagement komt dan ook ten laste van de zorgverzekering. De dementie kan ook tot zorg leiden binnen andere domeinen, bijvoorbeeld in verband met eenzaamheid, behoefte aan dagstructuur en woonsituatie. De casemanager neemt dan wel het initiatief om ook deze problematiek het hoofd te bieden, bijvoorbeeld door het inschakelen van welzijnszorg, maar lost deze problematiek niet zelf op.*

De casemanager heeft daar verder geen taak in dan de coördinatie bij de verzekerde thuis.

### *5.d.3. Geen primair geneeskundige zorgvraag*

Als de problematiek niet primair leidt tot een zorgvraag die valt onder de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw, maakt ook het casemanagement geen onderdeel uit van de te verzekeren prestaties van de Zvw. Dat is bijvoorbeeld het geval als sociaal-maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen, huisvestingsproblemen en dergelijke op de voorgrond staan. Het kan heel goed zijn dat die maatschappelijke problematiek zo ernstig en complex is, dat een vorm van casemanagement is aangewezen. Maar het casemanagement is dan de verantwoordelijkheid van de gemeente of van jeugdzorg. Als daarbij ook geneeskundige aspecten een rol spelen en de directe betrokkenheid van de huisarts of een andere zorgverlener nodig is, komt die betrokkenheid ten laste van de zorgverzekering. Hetzelfde geldt als het gaat om justitiële problemen, onderwijs of arbeid.

*Bij multiprobleemgezinnen waarbij jeugdhulpverlening nodig is, is bijvoorbeeld vaak sprake van casemanagement. De betrokkenheid van de GGZ, politie en justitie, onderwijs en eerstelijnsgezondheidszorg kan daarbij noodzakelijk zijn. De (pro)actieve mobilisatie van het netwerk is dan onderdeel van de jeugdzorg. Van iedere betrokken hulpverlener mag inbreng vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid worden verwacht.*

*Welzijnsgerelateerde problematiek (zonder medische oorzaak) kan ook aanleiding zijn om een vorm van casemanagement in te zetten. Het kan bijvoorbeeld gaan om (combinaties van) eenzaamheidsproblematiek, relatieproblemen, financiële problemen, huisvestingsproblemen of andere sociaal-maatschappelijke of sociaaleconomische problematiek. Dergelijk casemanagement valt niet onder het domein van de zorgverzekeringen (Zvw of AWBZ). Voorzover de betrokkenheid van huisarts of wijkverpleegkundige nodig is, kan dat onderdeel zijn van hun reguliere zorg.*

Als de medische problematiek niet op de voorgrond staat, maar het vooral gaat om welzijnsgerelateerde problematiek, is casemanagement vanuit de huisartsengeneeskundige zorg niet aangewezen. Collectief preventieve en ondersteunende activiteiten om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, zoals de seniorenadviseur, zijn onderdeel van de maatschappelijke ondersteuning door gemeenten. Als in individuele gevallen afstemming en coördinatie nodig is tussen de verschillende gemeentelijke activiteiten, is dat de verantwoordelijkheid van de gemeente.

### **5.e. Duiding**

In deze paragraaf vat het CVZ de conclusies uit het voorgaande samen.

Casemanagement in de zin van zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie is onder voorwaarden onderdeel van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. Het gaat om zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, en om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Dat is alleen het geval als de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Casemanagement voor problematiek die niet primair geneeskundig van aard is, zoals bij sociaal-maatschappelijke problematiek, of opvoedingsproblemen, valt buiten de te verzekeren prestaties.

Omdat er geen aanspraak bestaat op de AWBZ als zorg ten laste van de Zvw kan komen, is er geen aanspraak op AWBZ-verpleging voor casemanagement.

Casemanagement is alleen effectief als er sprake is van een gestructureerde samenwerking, waaraan alle relevante organisaties en instanties zich hebben verbonden. De onderlinge taken en verantwoordelijkheden (protocollen) moeten vastliggen, en de betrokken partijen moeten zich daaraan committeren: de bijdrage is niet vrijblijvend. De werkprocessen en onderlinge communicatie moeten zijn vastgelegd, en de financiële verhoudingen moeten zijn geregeld. Het beschikbare personeel en (ICT) infrastructuur moeten kwalitatief en kwantitatief voldoende zijn.

Een goede organisatie die is ingebed in de lokale infrastructuur is noodzakelijk om casemanagement te kunnen leveren. Die organisatorische schil is onderdeel van de te verzekeren prestatie.

Hoe de organisatie verder is vormgegeven, bijvoorbeeld of het gaat om een geformaliseerd samenwerkingsverband, een aparte organisatie of dat alle zorg vanuit één organisatie wordt geleverd, lijkt minder van belang. Er is enige evidence dat assertive community treatment en clinical (intensive) case treatment effectiever zijn dan een traditioneel aanbod.

Er zijn concrete en toetsbare indicatiecriteria nodig om te bepalen of een verzekerde op casemanagement is aangewezen. De criteria zijn afhankelijk van de doelgroep en de lokale context. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten daarover specifieke afspraken maken.



## 6. Consequenties voor de uitvoering

Casemanagement is nog geen ingeburgerd fenomeen. In de bestaande praktijk komt casemanagement als specifieke zorgvorm vooral voor in de psychiatrische zorg, en in niet-geneeskundige domeinen zoals jeugdzorg. In de eerstelijnszorg gaat het vooral om projecten die apart gefinancierd worden, zoals de projecten in het kader van het Landelijk Dementieprogramma.

Om casemanagement verder te implementeren in de praktijk van alledag is nog heel veel werk te verzetten. Het concept casemanagement moet inhoudelijk nog verder worden ontwikkeld, de implementatie verdient veel aandacht, en de bekostiging en zorginkoop moeten nog vorm krijgen.

Deze duiding is in dit licht een eerste stap. Het verduidelijkt dat casemanagement onder bepaalde voorwaarden onderdeel is van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw maar daarmee zijn nog lang niet alle vragen beantwoord.

Hieronder gaat het CVZ in op een aantal uitvoeringskwesties.

### **6.a. Doorontwikkeling casemanagement**

Er zijn veel initiatieven om casemanagement tot stand te brengen. Daarin zijn de nodige overeenkomsten, maar ook zijn er grote verschillen. Er is veel creativiteit, doorzettingsvermogen en persoonlijke betrokkenheid nodig om casemanagement goed van de grond te krijgen. Het is nog steeds pionieren.

Diseasemanagement, integrale zorg en casemanagement zijn veelgehoorde antwoorden op de vraag hoe om te gaan met komende problemen in de zorg.

In paragraaf 5.a.2. is beschreven dat casemanagement alleen effectief is als aan een aantal zorginhoudelijke en organisatorische voorwaarden is voldaan. Vormen van assertive communitytreatment en clinical (intensive) casemanagement zijn waarschijnlijk effectiever dan andere vormen.

In ieder geval vereist casemanagement een specifieke organisatie die is ingebed in de lokale zorginfrastructuur, met goede protocollering en indicatiecriteria.

Hoewel de vormgeving van casemanagement ook afhangt van lokale factoren, en eenheidsworst niet wenselijk is, is het nodig de opgedane ervaring en kennis te verspreiden. Het is belangrijk lering te trekken uit de bestaande initiatieven om de effectiviteit en doelmatigheid van casemanagement verder te verbeteren.

Daarvoor is stimulering en investering in innovatie nodig, zoals in het Landelijk Dementie Programma of het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het is denkbaar dat ook voor andere doelgroepen een dergelijk stimuleringsprogramma nodig is. Casemanagement dat voldoet aan de gestelde voorwaarden komt niet vanzelf van de grond.

### **6.b. Kwaliteit van zorg**

Dit rapport richt zich op de vraag of casemanagement tot de te verzekeren prestaties in het kader van de wettelijke zorgverzekeringen behoort.

Uit de literatuur blijkt dat de effectiviteit van casemanagement een goede inbedding in de lokale infrastructuur en een solide organisatie vereist. Ook zijn er aanwijzingen dat vormen van casemanagement waarbij de casemanager ook zorg verleent (assertive community treatment, intensive case management) effectiever zijn dan wanneer dat niet het geval is. Die kwaliteitseisen komen voort uit het effectiviteitsonderzoek zelf.

Verschillende partijen hebben erop gewezen dat de kwaliteit van casemanagement ook afhangt van andere factoren, zoals de professionele achtergrond van de zorgverlener en de continuïteit in persoon van de casemanager. Het gaat het bestek van dit rapport te buiten daarover verdere uitspraken te doen. Het functiegerichte karakter van de Zvw brengt met zich mee dat het CVZ geen uitspraak over de professionele achtergrond van hulpverleners kan doen, en de kwaliteitseisen kunnen afhangen van de specifieke problematiek van de doelgroep. De verdere uitwerking van kwaliteitseisen is een taak van betrokken partijen: verzekeraars, aanbieders en cliëntvertegenwoordigers.

### **6.c. Bekostiging**

Veel bestaande initiatieven zijn niet dankzij, maar ondanks bestaande bekostigingsstructuren tot stand gekomen. Bestaande initiatieven zijn heel divers bekostigd<sup>46</sup>. Vaak is de bekostiging geregeld door het stapelen van allerlei financieringsbronnen, waarbij het ook vaak nodig is de grenzen van de regelgeving op te zoeken. Binnen de bestaande bekostiging van de eerstelijnszorg is casemanagement niet opgenomen. Binnen geestelijke gezondheidszorg varieert de bekostiging, maar blijkt het mogelijk dit op grond van de Zvw te bekostigen.

Om casemanagement te organiseren, te implementeren en in

---

<sup>46</sup> Casemanagement bij dementie, Suzanne A. Ligthart, Radboud Universiteit Nijmegen, september 2006.  
[http://www.geriant.nl/uploads/Algemeen/Publicaties/Publicaties\\_\\_\\_CM\\_dementie/GER044\\_Wat\\_is\\_casemanagement\\_Geriant.pdf](http://www.geriant.nl/uploads/Algemeen/Publicaties/Publicaties___CM_dementie/GER044_Wat_is_casemanagement_Geriant.pdf)

stand te houden, zijn extra inspanningen nodig. Ook de uitvoering van casemanagement op verzekerdenniveau vraagt extra inspanning bovenop bestaande zorglevering. In de bekostiging daarvan is op dit moment niet afdoende voorzien.

Casemanagement is alleen op een effectieve manier vorm te geven en uit te voeren, als partijen investeren in de benodigde infrastructuur (organisatie, protocollering, ICT en huisvesting). Voor de uitvoering is voldoende gekwalificeerd personeel nodig.

Om casemanagement als standaardvoorziening in te bedden in de eerstelijnszorg, is het daarom nodig te voorzien in een structurele en duurzame bekostiging, zodat partijen de nodige investeringen en organisatieveranderingen aandurven. Investeren in een product waarvan onduidelijk is of het ooit te bekostigen is, kan van geen enkele particuliere organisatie worden gevraagd.

#### *6.c.1. Prestatiebeschrijvingen*

Om te voorzien in een structurele bekostiging van casemanagement zijn duidelijke prestatiebeschrijvingen nodig. Die zijn nog niet voorhanden. Voor casemanagement voor dementie lopen een aantal onderzoeken die wellicht het basismateriaal aan kunnen dragen voor een scherpe inhoudelijke beschrijving<sup>47</sup>. Voor casemanagement bij chronische psychiatrie is de nodige informatie wellicht te halen bij bestaande initiatieven.

Ook is het nodig dat voor de verschillende doelgroepen de indicatiegebieden duidelijk zijn omschreven. Casemanagement moet alleen worden ingezet als dat noodzakelijk is en toegevoegde waarde heeft. Het gaat de strekking van dit rapport te buiten om die prestatiebeschrijvingen te formuleren. In dit rapport gaat het alleen om de vraag wat (de kern van) casemanagement in het algemeen inhoudt, en of het behoort tot de te verzekeren prestaties.

#### *6.c.2. Afbakening met andere zorg*

In een aantal modellen van casemanagement (bv. clinical casemanagement) biedt de casemanager ook reguliere zorg. Daar is op zich niets op tegen. Op basis van de literatuur lijkt dit zelfs vaak beter te zijn.

De wens van aanbieders om alle benodigde zorg ten laste van één financieringsbron te kunnen brengen<sup>48</sup>, is begrijpelijk. Maar omdat casemanagement vaak allerlei reguliere zorgvormen coördineert, en vaak ook de afstemming met andere levensterreinen omvat, is één financieringsbron meestal niet mogelijk.

---

<sup>47</sup> Zoals het onderzoek dat van NPO Invest.

<sup>48</sup> LDP advies voor financiering van casemanagement bij dementie

De (lokale) organisatie van casemanagement moet de verschillende financieringsbronnen bij elkaar brengen. Het is een onderdeel van de organisatie om die transparant te kunnen verantwoorden. Om de uitvoering transparant en beheersbaar te houden, is het nodig dat duidelijk is welke activiteiten en investeringen extra zijn ten opzichte van de bestaande bekostiging. Ook moet transparant zijn hoe de zorg uit de verschillende domeinen is bekostigd. Alleen dan is dubbele bekostiging te voorkomen, en is te voorkomen dat kosten die niet tot het zorgdomein horen, ten laste van de ziektekostenverzekering komen.

Er lopen studies die antwoord willen bieden op de vraag welke activiteiten en investeringen extra nodig zijn boven bestaande zorgstructuren. ZonMw subsidieert in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg bijvoorbeeld het project Invest NPO<sup>49</sup>. Dat moet uitmonden in concept modellen voor financiering van casemanagement.

De verdere uitwerking van de bekostiging gaat buiten het bestek van dit rapport, en is ook niet de taak of bevoegdheid van het CVZ maar van de NZa. Het CVZ wil de NZa uiteraard wel zoveel mogelijk behulpzaam zijn bij een verdere uitwerking.

#### **6.d. Zorginkoop**

Over de manier waarop zorgverzekeraars de zorg inkopen, maakt het CVZ in zijn advies over zorgstandaarden en ketenzorg<sup>50</sup> enkele opmerkingen. De vrijheid van zorgverzekeraars moet wel blijven sporen met de opvattingen die we in Nederland hebben over huisartsenzorg. Huisartsenzorg is in Nederland integraal, persoonsgericht, continu en toegankelijk. (*zie bijvoorbeeld: Toekomstvisie huisartsenzorg 2012 van het NHG*).

De belangrijkste onderdelen van casemanagement horen tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zwv. Zorgverzekeraars moeten deze zorg contracteren. Daardoor ligt ook de toets of de organisatievorm, de gehanteerde protocollen en de inhoud van de zorg voldoende zijn ontwikkeld, bij de zorgverzekeraars.

Best practices en kengetallen kunnen behulpzaam zijn om daar handen en voeten aan te geven. Transparantie en verspreiding van best practices en de beschikbaarheid van haalbare modellen met stabiele financiering zijn belangrijke voorwaarden om de ontwikkeling van casemanagement verder

---

<sup>49</sup> Een eerste tussenrapportage van dit onderzoek is gereed.

<sup>50</sup> Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zwv, CVZ, op 21 september 2009 uitbracht aan de minister van VWS

te brengen. En daarmee een antwoord te hebben op komende problemen in de zorg.

De functiegerichte benadering in de Zvw houdt in dat er geen dwingende koppeling is tussen de soort functionaris die in het Bzv staat genoemd, en de professie van degene die de zorg uitvoert. Het is mogelijk dat verzekeraars casemanagement inkopen bij een andere organisatie dan de huisartsenvoorziening, bijvoorbeeld als een grotere (regionale) schaal nodig is, of omdat de doelgroep een specifieke deskundigheid vereist. Of dat gewenst is, is afhankelijk van lokale factoren, de aard van de doelgroep, en van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is uiteindelijk verantwoordelijk voor de levering van de zorg aan zijn verzekerden. Hoe, en in welke organisatorische setting dat gebeurt, is ter bepaling aan de zorgverzekeraar in overleg met de zorgaanbieder.

## **7. Vaststelling standpunt**

Dit standpunt is vastgesteld op 25 maart 2011.

### **College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

dr. P.C. Hermans

## 8. Relevante regelgeving

### *Artikel 2 lid 1 Besluit zorgaanspraken AWBZ*

De verzekerde heeft, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, aanspraak op (...).

### *Artikel 2.1. lid 2 Besluit zorgverzekering*

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### *Artikel 2.1 lid 3 Besluit zorgverzekering*

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

### *Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering*

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden (...).

### *Artikel 2.11 Besluit zorgverzekering*

1. Naast de in [artikel 2.10](#) bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

## 9. Literatuurlijst

- Ligthart, Suzanne A, Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit Nijmegen, september 2006.
- van der Velden en Hassing, Casemanagement: een functionele organisatievorm van de zorg voor de chronische patiënt, Tijdschrift voor Psychiatrie 35 (1993) 7:
- Wolf J c.s. Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, GGZ-N, J. juli 2002
- van der Stel J, De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. Praecox, nr 34, december 2002, J.
- Banks P Casemanagement. In: Nies, H, Berman PC (Ed.). Integrating services for older people- a resource book for managers. EHMA 2004; 101-112. Bron: Suzanne A. Ligthart, Casemanagement bij dementie; Radboud Universiteit Nijmegen, 2006.
- Huizinga G, Casemanagement in de palliatieve zorg voor kinderen, een exploratieve studie, UMCG, februari 2009.
- Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw, CVZ, op 21 september 2009 uitbracht aan de minister van VWS
- AWBZ-Kompas College voor zorgverzekeringen.  
<http://www.cvz.nl/zorgpakket/awbz-kompas/behandeling/behandeling.html>
- Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, Standpunt van de KNMG, 25 maart 2010
- Rijken, E, De casemanager geketend, Radboud Universiteit, 2010;
- Verkade, P.J, Consensus over casemanagement bij dementie, UMC Utrecht, 2009;
- Wolf J cs Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, Trimbo's Instituut, 2002
- Meerveld J cs LDP advies voor financiering van casemanagement bij dementie, LDP-werkgroep financiering casemanagement bij dementie, april 2007
- Wynia K cs Casemanagement voor mensen met en chronische ziekte, Verpleegkunde 2006-21, nr 4
- Huisartsen en huisartsenvoorziening, concretisering toekomstvisie 2012, NHG, december 2003
- van Riet N, Wouters H, Casemanagement, een leer- werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg- hulp- en dienstverlening;, van Gorcum 2010
- Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg; KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ-Nederland, NPCF, januari 2010
- Huisartsgeneeskunde voor ouderen, NHG-Standpunt, mei 2007
- Boomsma LJ cs Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Dementie (LESA Dementie), Huisarts Wet 2009: 52(3):S1-S5.
- Konings J cs , Samenwerken in de eerste lijn, Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE), 2010
- College voor zorgverzekeringen, uitvoeringstoets geestelijke verzorging, op 13 juli 2006 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS



## Bijlage 1 Overzicht definities casemanagement

- **Zorgcoördinatie.** coördineren van de hulpverlening of begeleiding geleverd door een of meer instellingen of door verschillende hulpverleners rondom één patiënt of cliënt (Thesaurus zorg en welzijn)
- Een echte definitie heeft Aladin niet gevonden, wel een paar omschrijvingen van de term: "Casemanagement is begeleiding bij het oplossen van een probleem. U bent bijvoorbeeld ziek of langdurig zonder werk en wilt weer beginnen met werken. U heeft dan te maken met veel partijen zoals uw werkgever, de arbodienst, uw huisarts of specialist of uw reïntegratieconsulent. Met zoveel mensen is het lastig om uw doel te bereiken. Er moet bijvoorbeeld veel worden overlegd tussen personen en dat is best lastig. Daarnaast spelen ook nog eens verschillende belangen. Een 'casemanager' begeleidt het proces van het vinden van een juiste oplossing voor alle partijen".  
bron: [www.bpv.nl/doc/zm-checklist\\_cm.doc](http://www.bpv.nl/doc/zm-checklist_cm.doc) of als deze link niet werkt: [www.ziekenmondig.nl/zenm1a.html](http://www.ziekenmondig.nl/zenm1a.html) (klik op de lijn: tips casemanagement) "Intensief casemanagement is een hulpverleningsmethode die vanuit een geëxpliciteerde zorgvisie is ontwikkeld. Kernbegrip in die visie is emancipatie: de cliënt leert zich te bevrijden uit de warboel die hijzelf en/of anderen van zijn leven heeft en/of hebben gemaakt. Daarbij legt intensief casemanagement de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. De verantwoordelijkheid van de hulpverlener wordt daarbij niet kleiner, maar verandert van karakter. De casemanager reikt de cliënt middelen aan waarmee 1. hij inzicht krijgt in zijn eigen leefsituatie, 2. hij zijn eigen hulpvragen kan gaan ontwikkelen en vaststellen en 3. hij zijn eigen hulpdoelen kan formuleren. Vervolgens probeert de cliënt samen met de casemanager die hulp te krijgen waar hij om vraagt". bron: [www.casemanagement-advies.nl/](http://www.casemanagement-advies.nl/) "Casemanagement is een doelgericht proces van een klant die, in het kader van een bepaald vraagstuk, te maken krijgt met meerdere aanbieders van diensten. Een proces waar diverse financieringsstromen mee gemoeid kunnen zijn en waar meervoudige belangen een rol spelen". bron: [www.casemanagementcenter.nl/v2/index.asp](http://www.casemanagementcenter.nl/v2/index.asp)
- Casemanagement blijkt in de praktijk een containerbegrip te zijn. In bv. de sociale teams is casemanagement aan de orde op het moment dat er gesignaleerd wordt dat iemand uit de doelgroep te maken heeft met een complexe probleemsituatie waardoor mogelijk het zelfstandig wonen in geding is of dreigt te raken en waarbij een gecoördineerd en afgestemd aanbod nodig is uitgaande van de cliëntsituatie. De vraag stuurt het aanbod is daarbij het parool.

### Situationeel of situatiegebonden casemanagement

De woorden "situationeel" en "situatiegebonden" casemanagement zijn ingebracht om te benadrukken dat de organisatie die de casemanager levert dit doet voor die specifieke cliëntsituatie in dat geval. Dit betekent dat er per situatie bekeken wordt welke organisatie de casemanager levert. ([ww.Encyclo.nl](http://www.Encyclo.nl)).

- Casemanagement is een vorm van hulpverlening, die onder meer wordt toegepast in de geestelijke gezondheidszorg. Patiënten worden zodanig begeleid dat zij in staat zijn zoveel mogelijk in de maatschappij mee te draaien. Kenmerkend voor casemanagement is dat een hulpverlener aan een patiënt wordt gekoppeld om op alle levensterreinen zorg te bieden of deze zorg voor hem of haar te regelen. De vraag van de patiënt en niet het toevallig beschikbare aanbod bepaalt welke hulp wordt ingezet. Daarbij ligt het accent meer op begeleiding dan op behandeling. Casemanagement in de psychiatrie is een uitvloeisel van de rehabilitatiegedachte en is vooral bedoeld om de zelfredzaamheid van patiënten met blijvende beperkingen te bevorderen en te ondersteunen. De casemanagementmethodiek kent inmiddels vele vormen, die verschillen in intensiteit en aanpak.  
[http://nl.wikipedia.org/wiki/Casemanagement\\_\(psychiatrie\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Casemanagement_(psychiatrie))
- In de (concept) Wet op de jeugdzorg worden de volgende taken als 'casemanagement' (overigens zonder dat deze term gebruikt wordt) gezien:
  - Actief bijstaan van een cliënt bij en het zonedig motiveren van een cliënt bij het tot gelding brengen van zijn aanspraak op geïndiceerde zorg

- Bevorderen van het tot stand komen van een samenhangend hulpverleningsplan dat is afgeleid van het indicatiebesluit
  - Volgen van de verleende zorg en het bijstaan van de cliënt bij vragen omtrent de inhoud van de zorg en de evaluatie van deze zorg
  - Adviseren van de cliënt omtrent zorg die na beëindiging van de jeugdzorg nodig is en het bijstaan van de cliënt bij het verkrijgen van deze zorg
  - Het in gevallen van niet-geïndiceerde zorg, bijstaan van een cliënt bij het verkrijgen van zorg, zo nodig motiveren van een cliënt tot het gebruik maken van zorg, en volgen van deze zorg (Bureau Jeugdzorg Utrecht)
- Iemand die er altijd is voor de cliënt en de mantelzorger, informatie geeft en ondersteuning biedt, onafhankelijk diens positie vertegenwoordigt en zorgt voor continuïteit in het zorgproces. Deze casemanager maakt deel uit van een zorgketen waarin signalering van tekenen van dementie, ziekte- en zorgdiagnostiek, behandeling, evaluatie, bijstellen/afstemmen van zorg en nazorg onderdeel uitmaken. (CBO, Casemanagement bij dementie)
  - Case Management behelst het beheer van langdurige processen waaraan meerdere mensen met verschillende expertises deelnemen, waarvan het pad niet van tevoren kan worden vastgelegd en welke door externe gebeurtenissen op elk moment kan worden beïnvloed. Vrijwel alle organisaties die een dienst leveren aan een bepaalde klant hebben er, bewust of onbewust, mee te maken. Een "Case" wordt hierbij gekenmerkt als de set van onderling samenhangende taken en interacties met klant en derden, die worden uitgevoerd nadat een klant een bepaald proces heeft geïnitieerd. (Atos Origin)
  - Bij casemanagement is een individu of een team, dat wel of niet ook verantwoordelijk is voor de zorgverlening aan de patiënt (de case), verantwoordelijk voor het organiseren van een samenhangend hulppakket rond een bepaalde, meestal complexe hulpvraag van een cliënt. (Agora ondersteuningspunt palliatieve zorg)
  - Casemanagement in de oncologische keten is het plannen, organiseren, coördineren, monitoren en evalueren van diensten binnen de complexe oncologische keten om aan de behoefte van de individuele patiënt tegemoet te komen. (V&VN oncologie, Visiedocument casemanagement in de oncologische keten).
  - Het geheel van competente professionals, zelfbewuste klanten en adequate dienstverlening door heldere processen. (Casemanagement Group).
  - "Casemanagement is iedere methode van samenbrengen, regelen of coördineren van diensten om aan de behoefte van cliënten tegemoet te komen en bestaat per definitie uit vaststellen van zorgbehoeften, afstemmen van de hulpverlening en follow up" (Wennink en Goudriaan 1991)
  - Casemanagement is een proces gericht op de coördinatie, revalidatie, verzorging en ondersteuning van mensen met complexe behoeften. Het is een instrument om kwaliteit van zorg voor complexe problematieken en behandelingen te verbeteren.

Het diagnosticeren van de zorgbehoefte

In overleg met cliënt /familie keuzes maken

Het formuleren van een plan van aanpak en bijsturen indien noodzakelijk

Het aannemen van een actieve rol bij het aanreiken van mogelijkheden

Het benaderen van de gewenste professionele hulpverleners en/of leveranciers

Het creëren van een goed begrip van de cliënt en de mogelijkheden en behoeften van het gezin.

Het coördineren van een therapie/ re-integratie programma

De contacten en de dialoog tussen alle betrokken beroepsbeoefenaars bevorderen voor het verkrijgen van een consistente benadering

Het ondersteunen van de cliënt en het ondersteunen van alle betrokkenen door middel van regelmatige bezoeken of andere contacten

Het optreden als pleitbezorger voor de cliënt

(ACT Nederland)

- Casemanagement is het organiseren van een samenhangend hulppakket rond een bepaalde meestal complexe hulpvraag van een patiënt. (Wenckenbach Instituut UMCG Casemanagement in de palliatieve zorg voor kinderen)
- Het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling zorg en welzijn, door een vaste professional die onderdeel 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 of overlijden. In deze definitie zitten drie belangrijke kenmerken die direct af te leiden zijn uit het onderzoek naar wensen en knelpunten van cliënten. Ten eerste dat casemanagement bij dementie door een vaste begeleider wordt geleverd, dat deze het hele ziekte-traject duurt en ten derde dat deze start na of kort voor de diagnose 'dementie'. (Het Landelijk Dementie Programma)
  - Een casemanager is een onafhankelijke en vaste begeleider die mensen met dementie en hun naasten met raad en daad ter zijde staat rondom de diagnose tot het overlijden. Een casemanager informeert, denkt mee, adviseert, regelt zorg en helpt keuzes te maken. (Alzheimer Nederland).
- Het gaat om de centrale coördinatie, inschatting, planning en evaluatie van zorg rondom een cliënt, cliëntstelsel of gezin. (Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, Ontwikkelingscentrum sociaal verslavingsbeleid)
- [http://books.google.nl/books?id=yFsO2SkTlf4C&pg=PA352&lpg=PA352&dq=casemanagement+definitie&source=bl&ots=SAe0IK6YgV&sig=IEUfErwnr5piU3e0pM2iOia pMwk&hl=nl&ei=0ABcTKjQNNmL4gbcy\\_HuAQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=8&ved=0CCkQ6AEwBzgU#v=onepage&q&f=false](http://books.google.nl/books?id=yFsO2SkTlf4C&pg=PA352&lpg=PA352&dq=casemanagement+definitie&source=bl&ots=SAe0IK6YgV&sig=IEUfErwnr5piU3e0pM2iOia pMwk&hl=nl&ei=0ABcTKjQNNmL4gbcy_HuAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=8&ved=0CCkQ6AEwBzgU#v=onepage&q&f=false) blz 352
- De activiteiten van de plaatsers om te komen tot passende diagnostiek en indicatiestelling, begeleiding van de cliënt, opstellen van het hulpverleningsplan, effectivering van de toegewezen zorg, bewaking van continuïteit en samenhang, evaluatie en herindicatie. (Handboek methode jeugdreclassering 2006; Handreiking 12; Casemanagement in de jeugdreclassering)
- Casemanagement is het organiseren van een samenhangend hulppakket rond een complexe problematiek en het zorgdragen voor continuïteit en aansluiting. (Casemanagement in de aanpak van huiselijk geweld, Transact Utrecht)
- Casemanagement is een methode om de behandeling van cliënten zodanig te coördineren dat een geïndividualiseerde sequentiële of simultane zorg wordt gewaarborgd, terwijl cliënten tevens ondersteund worden bij het vinden van hun weg door het behandelstelsel. Het lijkt er echter op dat casemanagement in de EU niet vaak wordt toegepast. Frankrijk meldt dat er een samenwerking tussen de verslavingszorg en de psychiatrie wordt opgezet om de toelating tot behandelingen en het casemanagement tussen beide disciplines te coördineren voor patiënten met zowel psychiatrische stoornissen als verslavingen; een dergelijke samenwerking blijft echter vaak tot één bepaald geval beperkt. In Luxemburg en in Nederland onderkennen beide beroepsgroepen tegenwoordig dat casemanagement de meest effectieve methode is voor de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose, maar een dergelijke aanpak is duur en tijdsintensief en vereist speciale beroepsmatige vaardigheden. In sommige landen wordt echter al een soort casemanagement toegepast dat bekend staat als „Assertive Community Treatment (ACT)” (zie hierna). (EMCDDA Jaarverslag 2004; stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen)
- Casemanagement is een vorm van organisatieontwikkeling: het is een poging om ten dienste van de zorgvrager en diens zorgvragen gecoördineerd samen te werken. (Hesser, 1991). Op het niveau van de zorgvrager is casemanagement synoniem voor: "ervoor zorgdragen dat een hulpvrager de benodigde hulp en zorg krijgt, waarbij de manier waarop deze gegeven wordt, ondersteunend, effectief en efficiënt is, en de zorgvrager zo onafhankelijk mogelijk blijft (Vugs 1991).

## Bijlage 1 Overzicht definities casemanagement

- **Zorgcoördinatie.** coördineren van de hulpverlening of begeleiding geleverd door een of meer instellingen of door verschillende hulpverleners rondom één patiënt of cliënt (Thesaurus zorg en welzijn)
- Een echte definitie heeft Aladin niet gevonden, wel een paar omschrijvingen van de term: "Casemanagement is begeleiding bij het oplossen van een probleem. U bent bijvoorbeeld ziek of langdurig zonder werk en wilt weer beginnen met werken. U heeft dan te maken met veel partijen zoals uw werkgever, de arbodienst, uw huisarts of specialist of uw reïntegratieconsulent. Met zoveel mensen is het lastig om uw doel te bereiken. Er moet bijvoorbeeld veel worden overlegd tussen personen en dat is best lastig. Daarnaast spelen ook nog eens verschillende belangen. Een 'casemanager' begeleidt het proces van het vinden van een juiste oplossing voor alle partijen". bron:[www.bpv.nl/doc/zm-checklist\\_cm.doc](http://www.bpv.nl/doc/zm-checklist_cm.doc) of als deze link niet werkt: [www.ziekenmondig.nl/zenm1a.html](http://www.ziekenmondig.nl/zenm1a.html) (klik op de lijn: tips casemanagement) "Intensief casemanagement is een hulpverleningsmethode die vanuit een geëxpliciteerde zorgvisie is ontwikkeld. Kernbegrip in die visie is emancipatie: de cliënt leert zich te bevrijden uit de warboel die hijzelf en/of anderen van zijn leven heeft en/of hebben gemaakt. Daarbij legt intensief casemanagement de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. De verantwoordelijkheid van de hulpverlener wordt daarbij niet kleiner, maar verandert van karakter. De casemanager reikt de cliënt middelen aan waarmee 1. hij inzicht krijgt in zijn eigen leefsituatie, 2. hij zijn eigen hulpvragen kan gaan ontwikkelen en vaststellen en 3. hij zijn eigen hulpdoelen kan formuleren. Vervolgens probeert de cliënt samen met de casemanager die hulp te krijgen waar hij om vraagt". bron:[www.casemanagement-advies.nl/](http://www.casemanagement-advies.nl/) "Casemanagement is een doelgericht proces van een klant die, in het kader van een bepaald vraagstuk, te maken krijgt met meerdere aanbieders van diensten. Een proces waar diverse financieringsstromen mee gemoeid kunnen zijn en waar meervoudige belangen een rol spelen". bron:[www.casemanagementcenter.nl/v2/index.asp](http://www.casemanagementcenter.nl/v2/index.asp)
- Casemanagement blijkt in de praktijk een containerbegrip te zijn. In bv. de sociale teams is casemanagement aan de orde op het moment dat er gesignaleerd wordt dat iemand uit de doelgroep te maken heeft met een complexe probleemsituatie waardoor mogelijk het zelfstandig wonen in geding is of dreigt te raken en waarbij een gecoördineerd en afgestemd aanbod nodig is uitgaande van de cliëntsituatie. De vraag stuurt het aanbod is daarbij het parool.

### Situationeel of situatiegebonden casemanagement

De woorden "situationeel" en "situatiegebonden" casemanagement zijn ingebracht om te benadrukken dat de organisatie die de casemanager levert dit doet voor die specifieke cliëntsituatie in dat geval. Dit betekent dat er per situatie bekeken wordt welke organisatie de casemanager levert. ([www.Encyclo.nl](http://www.Encyclo.nl)).

- Casemanagement is een vorm van hulpverlening, die onder meer wordt toegepast in de geestelijke gezondheidszorg. Patiënten worden zodanig begeleid dat zij in staat zijn zoveel mogelijk in de maatschappij mee te draaien. Kenmerkend voor casemanagement is dat een hulpverlener aan een patiënt wordt gekoppeld om op alle levenssterreinen zorg te bieden of deze zorg voor hem of haar te regelen. De vraag van de patiënt en niet het toevallig beschikbare aanbod bepaalt welke hulp wordt ingezet. Daarbij ligt het accent meer op begeleiding dan op behandeling. Casemanagement in de psychiatrie is een uitvloeisel van de rehabilitatiegedachte en is vooral bedoeld om de zelfredzaamheid van patiënten met blijvende beperkingen te bevorderen en te ondersteunen. De casemanagementmethodiek kent inmiddels vele vormen, die verschillen in intensiteit en aanpak. [http://nl.wikipedia.org/wiki/Casemanagement\\_\(psychiatrie\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Casemanagement_(psychiatrie))
- In de (concept) Wet op de jeugdzorg worden de volgende taken als 'casemanagement' (overigens zonder dat deze term gebruikt wordt) gezien:
  - Actief bijstaan van een cliënt bij en het zonodig motiveren van een cliënt bij het tot gelding brengen van zijn aanspraak op geïndiceerde zorg
  - Bevorderen van het tot stand komen van een samenhangend hulpverleningsplan dat is afgeleid van het indicatiebesluit
  - Volgen van de verleende zorg en het bijstaan van de cliënt bij vragen omtrent de inhoud van de zorg en de evaluatie van deze zorg
  - Adviseren van de cliënt omtrent zorg die na beëindiging van de jeugdzorg nodig is en het bijstaan van de cliënt bij het verkrijgen van deze zorg

- Het in gevallen van niet-geïndiceerde zorg, bijstaan van een cliënt bij het verkrijgen van zorg, zo nodig motiveren van een cliënt tot het gebruik maken van zorg, en volgen van deze zorg (Bureau Jeugdzorg Utrecht)

- Iemand die er altijd is voor de cliënt en de mantelzorger, informatie geeft en ondersteuning biedt, onafhankelijk diens positie vertegenwoordigt en zorgt voor continuïteit in het zorgproces. Deze casemanager maakt deel uit van een zorgketen waarin signalering van tekenen van dementie, ziekte- en zorgdiagnostiek, behandeling, evaluatie, bijstellen/afstemmen van zorg en nazorg onderdeel uitmaken. (CBO, Casemanagement bij dementie)
- Case Management behelst het beheer van langdurige processen waaraan meerdere mensen met verschillende expertises deelnemen, waarvan het pad niet van tevoren kan worden vastgelegd en welke door externe gebeurtenissen op elk moment kan worden beïnvloed. Vrijwel alle organisaties die een dienst leveren aan een bepaalde klant hebben er, bewust of onbewust, mee te maken. Een "Case" wordt hierbij gekenmerkt als de set van onderling samenhangende taken en interacties met klant en derden, die worden uitgevoerd nadat een klant een bepaald proces heeft geïnitieerd. (Atos Origin)
- Bij casemanagement is een individu of een team, dat wel of niet ook verantwoordelijk is voor de zorgverlening aan de patiënt (de case), verantwoordelijk voor het organiseren van een samenhangend hulppakket rond een bepaalde, meestal complexe hulpvraag van een cliënt. (Agora ondersteuningspunt palliatieve zorg)
- Casemanagement in de oncologische keten is het plannen, organiseren, coördineren, monitoren en evalueren van diensten binnen de complexe oncologische keten om aan de behoefte van de individuele patiënt tegemoet te komen. (V&VN oncologie, Visiedocument casemanagement in de oncologische keten).
- Het geheel van competente professionals, zelfbewuste klanten en adequate dienstverlening door heldere processen. (Casemanagement Group).
- "Casemanagement is iedere methode van samenbrengen, regelen of coördineren van diensten om aan de behoefte van cliënten tegemoet te komen en bestaat per definitie uit vaststellen van zorgbehoeften, afstemmen van de hulpverlening en follow up" (Wennink en Goudriaan 1991)
- Casemanagement is een proces gericht op de coördinatie, revalidatie, verzorging en ondersteuning van mensen met complexe behoeften. Het is een instrument om kwaliteit van zorg voor complexe problematieken en behandelingen te verbeteren.

Het diagnosticeren van de zorgbehoefte

In overleg met cliënt /familie keuzes maken

Het formuleren van een plan van aanpak en bijsturen indien noodzakelijk

Het aannemen van een actieve rol bij het aanreiken van mogelijkheden

Het benaderen van de gewenste professionele hulpverleners en/of leveranciers

Het creëren van een goed begrip van de cliënt en de mogelijkheden en behoeften van het gezin.

Het coördineren van een therapie/ re-integratie programma

De contacten en de dialoog tussen alle betrokken beroepsbeoefenaars bevorderen voor het verkrijgen van een consistente benadering

Het ondersteunen van de cliënt en het ondersteunen van alle betrokkenen door middel van regelmatige bezoeken of andere contacten

Het optreden als pleitbezorger voor de cliënt

(ACT Nederland)

- Casemanagement is het organiseren van een samenhangend hulppakket rond een bepaalde meestal complexe hulpvraag van een patiënt. (Wenckenbach Instituut UMCG Casemanagement in de palliatieve zorg voor kinderen)
- Het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling zorg en welzijn, door een vaste professional die onderdeel 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 of overlijden. In deze definitie zitten drie belangrijke kenmerken die direct af te leiden zijn uit het onderzoek naar wensen en knelpunten van cliënten. Ten eerste dat casemanagement bij dementie door een vaste begeleider wordt geleverd, dat deze het hele ziektraject duurt en ten derde dat deze start na of kort voor de diagnose 'dementie'. (Het Landelijk Dementie Programma)

- Een casemanager is een onafhankelijke en vaste begeleider die mensen met dementie en hun naasten met raad en daad ter zijde staat rondom de diagnose tot het overlijden. Een casemanager informeert, denkt mee, adviseert, regelt zorg en helpt keuzes te maken. (Alzheimer Nederland).
- Het gaat om de centrale coördinatie, inschatting, planning en evaluatie van zorg rondom een cliënt, cliëntstelsel of gezin. (Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, Ontwikkelingscentrum sociaal verslavingsbeleid)
- [http://books.google.nl/books?id=yFsO2SkTif4C&pg=PA352&lpg=PA352&dq=casemanagement+definitie&source=bl&ots=SAe0IK6YgV&sig=IEUfErwnr5piU3e0pM2iOlapMwk&hl=nl&ei=0ABcTKjQNNmL4gbcy\\_HuAQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=8&ved=0CCkQ6AEwBzgU#v=onepage&q&f=false](http://books.google.nl/books?id=yFsO2SkTif4C&pg=PA352&lpg=PA352&dq=casemanagement+definitie&source=bl&ots=SAe0IK6YgV&sig=IEUfErwnr5piU3e0pM2iOlapMwk&hl=nl&ei=0ABcTKjQNNmL4gbcy_HuAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=8&ved=0CCkQ6AEwBzgU#v=onepage&q&f=false)  
blz 352
- De activiteiten van de plaatser om te komen tot passende diagnostiek en indicatiestelling, begeleiding van de cliënt, opstellen van het hulpverleningsplan, effectuering van de toegewezen zorg, bewaking van continuïteit en samenhang, evaluatie en herindicatie. (Handboek methode jeugdreclassering 2006; Handreiking 12; Casemanagement in de jeugdreclassering)
- Casemanagement is het organiseren van een samenhangend hulppakket rond een complexe problematiek en het zorgdragen voor continuïteit en aansluiting. (Casemanagement in de aanpak van huiselijk geweld, Transact Utrecht)
- Casemanagement is een methode om de behandeling van cliënten zodanig te coördineren dat een geïndividualiseerde sequentiële of simultane zorg wordt gewaarborgd, terwijl cliënten tevens ondersteund worden bij het vinden van hun weg door het behandelstelsel. Het lijkt er echter op dat casemanagement in de EU niet vaak wordt toegepast. Frankrijk meldt dat er een samenwerking tussen de verslavingszorg en de psychiatrie wordt opgezet om de toelating tot behandelingen en het casemanagement tussen beide disciplines te coördineren voor patiënten met zowel psychiatrische stoornissen als verslavingen; een dergelijke samenwerking blijft echter vaak tot één bepaald geval beperkt. In Luxemburg en in Nederland onderkennen beide beroepsgroepen tegenwoordig dat casemanagement de meest effectieve methode is voor de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose, maar een dergelijke aanpak is duur en tijdsintensief en vereist speciale beroepsmatige vaardigheden. In sommige landen wordt echter al een soort casemanagement toegepast dat bekend staat als „Assertive Community Treatment (ACT)” (zie hierna). (EMCDDA Jaarverslag 2004; stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen)
- Casemanagement is een vorm van organisatieontwikkeling: het is een poging om ten dienste van de zorgvrager en diens zorgvragen gecoördineerd samen te werken. (Hesser, 1991). Op het niveau van de zorgvrager is casemanagement synoniem voor: “ervoor zorgdragen dat een hulpvrager de benodigde hulp en zorg krijgt, waarbij de manier waarop deze gegeven wordt, ondersteunend, effectief en efficiënt is, en de zorgvrager zo onafhankelijk mogelijk blijft (Vugs 1991).