

Een goed gesprek over grensvlakken in de ouderenzorg



Gesprekskaarten

November 2016





Instructiekaart 1

Het doel van het grensvlakkengesprek

Sommige praktijkcasussen in de ouderenzorg zijn complex doordat we te maken hebben met drie verschillende wetten. Hoe pakt de wijkverpleegkundige (Zvw) of het lid van een lokaal (wijk)team (Wmo) de vraag dan op? Hoe zorgen we vanuit de diverse wetten goed voor onze inwoners en cliënten? Door het gesprek over grensvlakken krijgen we meer inzicht in afwegingen en werkwijze van wijkverpleegkundigen en leden van een lokaal (wijk)team.

Met het opgedane inzicht in keuzes, afwegingen, eventuele knelpunten, taakverdeling en communicatie willen we aan de slag zodat ouderen geen hinder ondervinden van schotten tussen de wetten. En zodat professionals voldoende zijn gefaciliteerd om vanuit de drie wetten de zorg, hulp en ondersteuning te geven met de cliënt als uitgangspunt van zijn of haar handelen.

Aanwezigen bij het gesprek

- **Gespreksleider:** begeleidt het gesprek en zorgt ervoor dat alle partijen en daarmee alle argumentatie expliciet op tafel komen. Zorgt voor een evenwichtige en gelijkwaardige gespreksvoering.
- **Notulist:** zorgt voor verslaglegging.
- **Wijkverpleegkundigen:** geven aan hoe zij in de praktijk met de casuïstiek om zouden gaan, leggen uit waarom ze dat zouden doen en hoe ze de afstemming verloopt met het lokale (wijk) team en evt. met andere actoren in de wijk.
- **Leden van het wijkteam:** geven aan hoe zij in de praktijk met de casuïstiek om zouden gaan, leggen uit waarom ze dat zouden doen en hoe ze de afstemming verloopt met de wijkverpleging en evt. met andere actoren in de wijk.
- **Beleidsmedewerker van de gemeente:** zit er als toehoorder. Vraagt uitsluitend verduidelijkende vragen, geen oordelen. Geeft uitsluitend feitelijke informatie.
- **Vertegenwoordiger van zorgverzekeraar Zilveren Kruis:** zit er als toehoorder. Vraagt uitsluitend verduidelijkende vragen, geen oordelen. Geeft uitsluitend feitelijke informatie.



Instructiekaart 2

Opzet van het gesprek

- De beleidsmedewerker en vertegenwoordiger bereiden het gesprek voor, leggen de kaarten op tafel en heten iedereen welkom.
- Iedereen stelt zich kort voor.
- De gespreksleider benadrukt wat de verschillende rollen zijn van de aanwezige partijen en geeft aan dat het gesprek in alle openheid gevoerd mag worden.
- Er worden een gespreksleider en een notulist aangewezen en de andere taken worden uitgelegd.
- Kies als gespreksleider in ieder geval de kaarten uit waarvan je inschat dat deze een goed gesprek opleveren in jouw gemeente. Kies ook enkele kaarten waarvan je weet dat deze wat makkelijker liggen, zodat er een goede balans is in de bespreking. Een andere manier is om iedere aanwezige een casus uit te laten kiezen en deze vervolgens een voor een te bespreken.
- Kunst voor de gespreksleider is om bij de eerste niet te lang stil te staan en voldoende tijd over te houden voor de vraagstukken die complexer zijn.
- Maak eventueel groepen met een gelijke verdeling tussen wijkverpleegkundigen en leden van het wijkteam. Bijvoorbeeld: Elke groep krijgt een specifieke kaart aangewezen en neemt deze in de groep uitgebreid door; de knelpunten maar ook de overeenstemmingen worden door elke groep genoteerd. De groepen presenteren vervolgens de casussen aan elkaar, benoemen de punten die opvielen tijdens het gesprek en stellen eventueel vragen aan de andere groepen.
- Houd wat ruimte in de bespreking voor een inventariserende vraag naar eventuele andere casussen.
- Het gesprek wordt afgerond met afspraak over de aanpak/het vervolg.
- Totale duur: 1,5 - 2 uur (exclusief voorbereiding).
- Vergeet niet de uitkomst van het gesprek terug te koppelen!

Type vragen per deel en meer informatie

De vragen op de kaarten van deel 2 zijn uitgebreider en diepgaander dan de vragen bij de casussen in deel 1. De kaarten in de deel 2 gaan over de twee thema's: maaltijdbereiding en hoog risico op geneeskundige zorg. Bij deze thema's is de oplossing niet zo makkelijk te vinden door een goed gesprek over werkwijze.

Daarom ontwikkelen we samen met betrokken partijen – van cliënt, professional en aanbieder tot VWS en toezichthouder – een veldnorm voor deze twee thema's. Het gesprek aan de hand van deze gesprekskaarten draagt hieraan bij.



Grensvlak Wmo-Zvw

Kaart 1

Wmo



Zvw

Medicatie

Mevrouw van Doornik is 69 en heeft een visuele beperking en diabetes. Ze heeft moeite met het zelf injecteren van insuline en met het innemen van medicijnen. Hier is elke dag controle op nodig. Het wijkteam vraagt zich af: Valt deze controle door de wijkverpleegkundige onder de Wmo (zintuigelijke problemen)? Of onder de Zvw (samenhang geneeskundige zorg)?



- Herken je een dergelijke situatie? Hoe vaak komt dit voor in jouw werkpraktijk? En bij de anderen aan tafel?
- Vind je dit een lastige casus of is het klip en klaar voor je?
- **Wat zou jij doen:** Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?
- Waarom vind je deze verantwoordelijkheids- en taakverdeling belangrijk? Kan je dat toelichten?
- Hoe kijk jij aan tegen de hiervoor beschreven inzichten en gesprekspunten?
- Hoe zou jij dit toepassen in jouw werk?
- Wat betekent jouw keuze voor mevrouw van Doornik?
- Is het voor jou voldoende duidelijk wat het wijkteam doet en wat hun werkwijze is en wat de wijkverpleegkundige doet en wat haar werkwijze is?
- Waar zie je mogelijkheden? En waar knelpunten?
- Wat heb je nodig om op deze (of andere manier) te werken?

Ons inzicht:

Het toezien op inname, attenderen op, aanreiken van en toedienen van medicatie zijn altijd handelingen binnen de persoonlijke verzorging (PV) onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Assisteer je bij het injecteren? Dan valt dit onder Verpleging (VP) van de Zorgverzekeringswet (Zvw) Deze zorg voor mevrouw van Doornik valt dus onder de Zvw en niet onder de Wmo.



Grensvlak Wmo-Zvw

Kaart 2



Hulp bij het huishouden en wijkverpleging

Mevrouw de Vries woont in Rotterdam. Twee keer per week komt Jannie bij mevrouw de Vries langs om te helpen in het huishouden. Ook komt er iedere dag een wijkverpleegkundige langs voor wondverzorging en medicatie. Na iedere toiletgang raakt het toilet vervuild. Het toilet zou eigenlijk elke dag schoon-gemaakt moeten worden. Hoe organiseren we dat?



- Herken je een dergelijke situatie? Hoe vaak komt dit voor in jouw werkpraktijk? En bij de anderen aan tafel?
- Vind je dit een lastige casus of is het klip en klaar voor je?
- **Wat zou jij doen:** Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?
- Waarom vind je deze verantwoordelijkheids- en taakverdeling belangrijk? Kan je dat toelichten?

Inzicht en bespreking:

Het dagelijks schoonmaken van het toilet bij mevrouw De Vries kunnen we organiseren door bijvoorbeeld een combinatie van de inzet van het informele netwerk en Wmo gefinancierde ondersteuning. Jannie kan bijvoorbeeld iedere dag kort langs komen om het toilet schoon te maken. Woont er een familielid of bekende om de hoek die iets kan doen?

En de wijkverpleegkundige? Gemeenten zouden graag zien dat zij na mevrouw geholpen te hebben bij de toiletgang ook even een doekje langs het toilet haalt. Dit kan een keer voorkomen, maar het kan niet zo zijn dat de wijkverpleegkundige belast wordt met het schoonmaken van het toilet na iedere toiletgang. We verwachten wel dat de wijkverpleegkundige signaleert dat na iedere toiletgang het toilet vervuild is en dit aankaart bij de hulp bij het huishouden, de aanbieder die de

gemeente heeft gecontracteerd voor de hulp bij het huishouden of bij de gemeente zelf. Het is dan niet aan de wijkverpleegkundige om dit probleem op te lossen, maar aan de gemeente om huishoudelijke hulp te organiseren.

Vaak komt zowel de hulp bij het huishouden en de wijkverpleegkundige over de vloer bij een cliënt. Waar mogelijk wordt de ondersteuning en zorg op elkaar afgestemd.

- Hoe kijk jij aan tegen de hierboven beschreven inzichten en gesprekspunten?
- Hoe zou jij dit toepassen in jouw werk?
- Wat betekent jouw keuze voor mevrouw de Vries?
- Is het voor jou voldoende duidelijk wat het wijkteam doet en wat hun werkwijze is en wat de wijkverpleegkundige doet en wat haar werkwijze is?
- Waar zie je mogelijkheden? En waar knelpunten?
- Wat heb je nodig om op deze (of andere manier) te werken?



Grensvlak Wmo-Zvw

Kaart 3



Ambulante begeleiding en wijkverpleging

Al jaren komt de wijkverpleegkundige bij **mijnheer van Engelenhoven** thuis. Twee weken geleden is zijn zus met wie hij samenwoonde, onverwacht overleden. Mijnheer redt het niet meer om goed voor zichzelf te zorgen. In korte tijd is hij verwaarloosd; loopt in vieze kleding en heeft geen structuur meer in maaltijdmomenten. De wijkverpleegkundige heeft contact gezocht met het wijkteam van de gemeente voor de inzet van ambulante begeleiding. De wijkverpleegkundige zit met een dilemma: de aanvraag van de Wmo-indicatie duurt in sommige gemeenten enkele weken (maximaal 6 weken). Wat te doen? Zij wil mijnheer graag goed helpen en erger voorkomen en overweegt om naast de reguliere contacten extra langs te komen voor 'controlemomenten'.



- Herken je een dergelijke situatie? Hoe vaak komt dit voor in jouw werkpraktijk? En bij de anderen aan tafel?
- Vind je dit een lastige casus of is het klip en klaar voor je?
- **Wat zou jij doen:** Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?
- Waarom vind je deze verantwoordelijkheids- en taakverdeling belangrijk? Kan je dat toelichten?

Inzicht en bespreking:

In dit voorbeeld zijn meerdere oplossingen mogelijk en zoeken we in de eerste plaats binnen de Wmo. Zo kan in een aantal gemeenten ambulante begeleiding geboden worden vanaf het moment van melding. De indicatie hoeft dan niet te worden afgewacht. De wijkverpleegkundige kan signaleren dat het niet goed gaat met meneer en contact zoeken met (het wijkteam van) de gemeente.

- Hoe kijk jij aan tegen de hierboven beschreven inzichten en gesprekspunten?
- Hoe zou jij dit toepassen in jouw werk?
- Wat betekent jouw keuze voor mijnheer van Engelenhoven?
- Is het voor jou voldoende duidelijk wat het wijkteam doet en wat hun werkwijze is en wat de wijkverpleegkundige doet en wat haar werkwijze is?
- Waar zie je mogelijkheden? En waar knelpunten?
- Wat heb je nodig om op deze (of andere manier) te werken?



Grensvlak Wmo-Zvw

Kaart 4



Casemanagement dementie

Mevrouw de Boer uit Zaandam vertelt dat haar man steeds vaker dingen vergeet: waar hij de sleutels laat, welke dag het is en op welke verdieping hij woont. Soms gaat hij de deur uit voor een boodschap maar komt hij zonder boodschappen thuis. Er is nog geen diagnose gesteld voor dementie.

Waar kan mevrouw terecht voor ondersteuning in de zin van een luisterend oor en tips voor haar als partner in hoe ze hiermee om moet gaan?



- Herken je een dergelijke situatie? Hoe vaak komt dit voor in jouw werkpraktijk? En bij de anderen aan tafel?
- Vind je dit een lastige casus of is het klip en klaar voor je?
- **Wat zou jij doen:** Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?
- Waarom vind je deze verantwoordelijkheids- en taakverdeling belangrijk? Kan je dat toelichten?

Inzicht en bespreking:

Casemanagement dementie valt onder de Aanspraak en prestaties van Verpleging en Verzorging nadat de samenhang met een medische/geneeskundige zorgvraag is vastgesteld. In de periode daarvoor, zoals in het voorbeeld van mevrouw de Boer, kan ze o.a. terecht bij de huisarts of het generalistisch/wijkteam van de gemeente.

Meer informatie over casemanagement dementie vind je op de extra kaart over Grensvlak Wmo-Zvw.

- Kernvraag: Hoe wordt in deze gemeente omgegaan met vroeg-signalering?
- Kernvraag: Wie speelt er op dit moment een rol (welke?) in de periode voor de diagnose?
- Hoe ga je om met mensen met geheugenproblematiek die nog geen diagnose hebben?

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

- Wie ondersteunt de cliënt en zijn mantelzorgers bij het verkrijgen van de diagnose? Wie houdt de vinger aan de pols bij zorgelijke situaties?
- Wie ondersteunt bij welke problematiek?
- Welke rol heeft de wijkverpleegkundige en de casemanager? Welke rol de POH? Welke rol de specialist ouderengeneeskunde? Welke rol het wijkteam? Welke rol een eventuele andere professional?
- Is het voor jou voldoende duidelijk wat het wijkteam doet en wat hun werkwijze is en wat de wijkverpleegkundige doet en wat haar werkwijze is?
- Waar zie je mogelijkheden? En waar knelpunten?
- Wat heb je nodig om op deze (of andere manier) te werken?



Extra informatiekaart Grensvlak Wmo-Zvw

Casemanagement dementie

Wie mag casemanagement leveren?

De wijkverpleegkundige of iemand die daarvoor is opgeleid. Uitgangspunt is de zorgstandaard Dementie. Het is aan de zorgaanbieders hoe ze dit organiseren.

Kijkt de casemanager naar Wmo, Zvw, Wlz en sociaal domein?

De casemanager helpt de cliënt regie te (blijven) voeren over zijn leven en ziet erop toe dat afspraken gemaakt worden in samenhang met én aansluitend op de vraag en persoonlijke situatie van de cliënt.

Het is aan de wijkverpleegkundige om vast te stellen of meneer de Boer behoefte heeft aan verpleging en verzorging. Ook het casemanagement bij mensen met dementie kan door de wijkverpleegkundige worden uitgevoerd als hij/zij daarvoor de juiste competenties heeft. Waar nodig brengt hij/zij meneer en mevrouw de Boer in contact met een professional die hiervoor specifiek is opgeleid en casemanagement in zijn/haar takenpakket heeft.

De wijkverpleegkundige schakelt met het generalistisch wijkteam over eventuele aanvullende ondersteuning van zowel meneer de Boer als mevrouw de Boer (als mantelzorger) vanuit de Wmo, zoals bijvoorbeeld ambulante begeleiding, dagbesteding of mantelzorgondersteuning/respijtzorg.

Goed om te weten

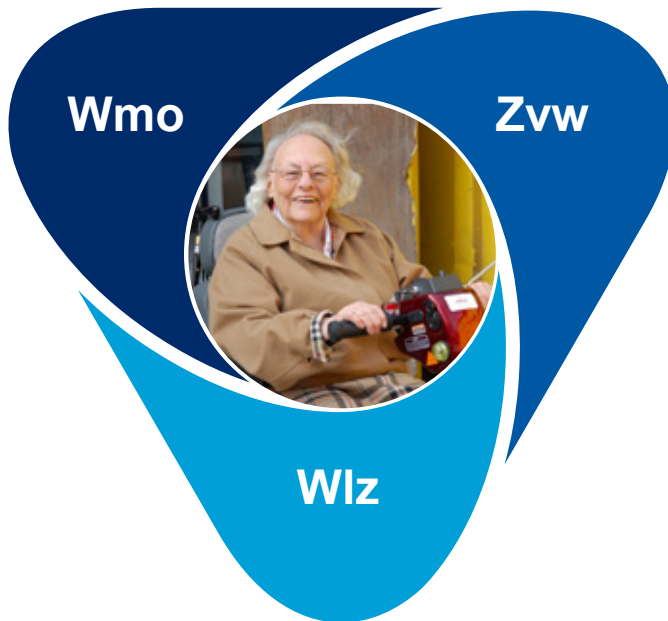
Vanuit het Deltaplan Dementie kijkt Alzheimer Nederland samen met diverse partijen naar een passende wijze om casemanagement dementie vorm te geven binnen de aanspraak Wijkverpleging. Wij verwachten hierover binnenkort meer duidelijkheid.





Grensvlak Wmo-Zvw-Wlz

Kaart 5



Casemanagement dementie

Mevrouw Spanjaard heeft thuis 24-uurs toezicht nodig. Haar man wil de zorg voor haar beslist niet opgeven. Beiden is er veel aan gelegen het thuis vol te houden. Mevrouw heeft slechte herinneringen aan de instelling waar haar moeder verbleef. Dat wil zij niet meemaken. Nu is mevrouw al twee keer gevallen in huis. Lopen lukt niet meer. Anderhalf jaar geleden is bij haar ook Alzheimer vastgesteld, waardoor ze zeer onrustig is.



Een cliënt kan intramuraal opgenomen worden wanneer 24 uren toezicht en zorg in de nabijheid nodig is. Ook kan het zijn dat de zorg en ondersteuning vanuit Wmo en Zvw niet voldoende meer is. Mensen kunnen overvallen worden doordat de wijkverpleegkundige of Wmo-adviseur zegt dat zij deze zorg niet meer kunnen bieden en dat er een Wlz aanvraag gedaan moet worden.

1. Herken je een dergelijke situatie? Hoe vaak komt dit voor in jouw werkpraktijk? En bij de anderen aan tafel?
2. Vind je dit een lastige casus of is het klip en klaar voor je?
3. **Wat zou jij doen:** Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?
4. Waarom vind je deze verantwoordelijkheids- en taakverdeling belangrijk? Kan je dat toelichten?

NB. Dit vraagstuk speelt ook op het grensvlak van Zvw naar Wlz.

Inzicht en bespreking:

Voor de zorg vanuit de Wlz geldt een eigen bijdrage. Voor de zorg vanuit de Zvw geldt dit niet. Soms is er een eigen bijdrage voor zorg vanuit de Wmo*. In de ideale situatie is de overgang van een cliënt van Wmo/Zvw naar Wlz vaak een duidelijk moment. In de praktijk draagt de 'prikkel' van de hogere eigen bijdrage bij aan onnodig lange zorg vanuit Wmo/Zvw.

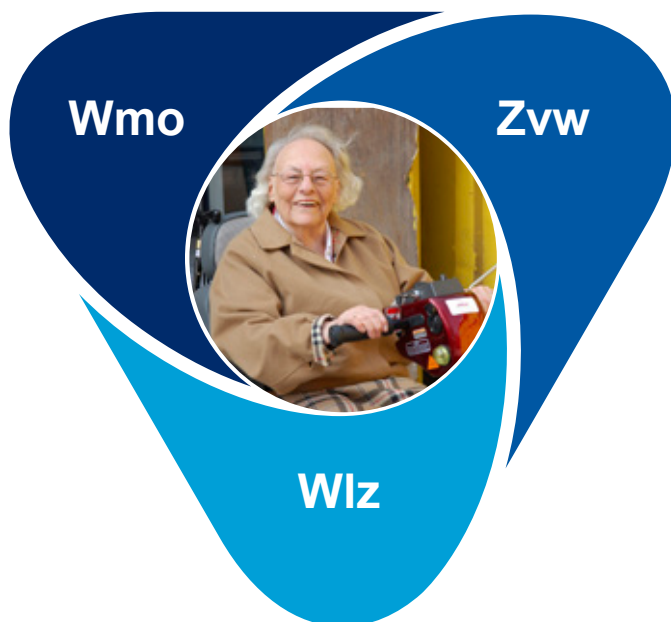
* *Meer informatie over dit onderwerp vind je op de extra kaart over het grensvlak Wmo-Zvw-Wlz.*

- Herken je het dat cliënten geen Wlz aanvraag willen doen vanwege de hogere eigen bijdrage? Of de mogelijkheid van minder zorg?
- Hoe ga je daar mee om?
- Wanneer begin je met het 'voorsorteren' op de Wlz?
- Zie je mogelijkheden om de overgang naar de Wlz in een eerdere fase te bespreken (managen van verwachtingen)?
- Wat betekent jouw keuze voor mevrouw Spanjaard?
- Is het voor jou voldoende duidelijk wat het wijkteam doet en wat hun werkwijze is en wat de wijkverpleegkundige doet en wat haar werkwijze is?
- Heb je zicht op de zorg vanuit de Wmo en de Wlz?
- Waar zie je mogelijkheden? En waar knelpunten?
- Wat heb je nodig om goed om te kunnen gaan met de overgang van Wmo-Zvw naar de Wlz?



Grensvlak Wmo-Zvw-Wlz

Kaart 6



Kortdurend verblijf

Peter Huizinga is na twee jaar intensief mantelzorgen toe aan een weekendje weg. Waar kan zijn vriendin heen die dag en nacht zorg nodig heeft als gevolg van een hersenbloeding? (Van toepassing: respijtzorg Wmo)

Sandra van Maanen verzorgt haar zoon die een verstandelijke beperking heeft en met een Wlz-indicatie thuis woont. Sandra moet geopereerd worden aan haar knie. Ze kan dan een paar weken niet voor haar zoon zorgen. (Van toepassing: Logeren Wlz)

Sylvia Espinoza (67 jaar) heeft ALS. Ze woont bij haar alleenstaande zus in Zeist die haar dag en nacht trouw verzorgt. Na een familie-uitje maakt haar zus een ongelukkige val met twee gebroken polsen als gevolg. Kan er in dit geval een beroep worden gedaan op respijtzorg (Wmo) of op ELV? (Wlz, maar vanaf 2017 is dit onderdeel van de Zvw).



Wanneer zorg thuis tijdelijk niet adequaat geleverd kan worden, is kortdurend verblijf noodzakelijk. Is de medische situatie stabiel? Dan kan respijtzorg geboden worden. Respijtzorg is een gemeentelijke voorziening die tijdelijk als vervanging voor de eigen omgeving geldt. Planbare verpleging kan daarom op basis van de Zvw binnen de plaatselijke/lokale voorzieningen geleverd worden. Als de mantelzorger wegvalt en er is behoefte aan verblijf in verband met geneeskundige zorg, dan zijn drie afwegingsvragen van belang. Zie daarvoor de Informatiekaart grensvlak Wmo-Zvw-Wlz.

1. Welke vorm van ondersteuning zou jij inzetten voor mevrouw Espinoza? Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?
2. Waarom vind je deze verantwoordelijkheids- en taakverdeling belangrijk? Kan je dat toelichten?
3. In welke gevallen kies jij voor welke vorm van kortdurend verblijf?
4. Kun je casussen noemen waar je twijfelde tussen respijtzorg en ELV? En waarom werd welke keuze gemaakt?



Extra informatiekaart Grensvlak Wmo-Zvw-Wlz

1. 24-uurs toezicht

De vraagstukken in dit grensvlak gaan ook over de bepaling van het moment waarop een cliënt 24-uurs toezicht en zorg in de nabijheid nodig heeft en dus voor hem/haar een Wlz-indicatie aangevraagd zou moeten worden.

Eigen bijdrage Wmo

Gemeenten hebben de mogelijkheid tot het heffen van eigen bijdragen. Elke gemeente heeft een eigen beleid rondom de hoogte van deze bijdrage en de ondersteuning waarvoor een eigen bijdrage wordt gevraagd. Het komt voor dat de eigen bijdrage in de Wmo lager is dan in de Wlz. Ook zijn er voorbeelden dat een cliënt minder uren zorg krijgt op basis van de Wlz (MPT of VPT), dan voorheen op basis van de Wmo en Zvw.

Landelijk bespreken

De financiële prikkel van de eigen bijdragen willen we landelijk agenderen en bespreken.

2. Kortdurend Verblijf

Definities

Logeren Wlz: logeeropvang van maximaal twee etmalen per week voor verzekerden met een Wlz-indicatie die thuis wonen via een PBG, VPT of MPT.

Eerstelijns verblijf: Kortdurend eerstelijns verblijf is mogelijk als mensen om medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen, bijvoorbeeld na ontslag uit het ziekenhuis. Kortdurend eerstelijns

verblijf valt onder een subsidieregeling van de Wet langdurige zorg (Wlz). In 2017 valt dit onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Respijtzorg: Respijtzorg is een gemeentelijke voorziening die tijdelijk als vervanging voor de eigen omgeving geldt. Het is onduidelijk of deze zorg ook geldt bij het (tijdelijk) wegvallen van de mantelzorger. De onderstaande vragen helpen bij het maken van de afweging.

Vragen bij de afweging eerstelijns verblijf in plaats van Respijtzorg:

- Is er sprake van medische instabiliteit in de zin van behoefte aan een 'wakend oog; dreigende gezondheidsverlies; en/of,
- Is er een behoefte aan onplanbare verpleging; en/of,
- Is er een behoefte aan verzorging in de zin van het overnemen van ADL-verrichtingen?

Er is sprake van een indicatie voor het eerstelijns verblijf in plaats van respijtzorg bij een bevestigend antwoord op tenminste een van deze vragen.

Landelijk bespreken

Het is de vraag of het logisch is om verblijf (tijdelijk) op deze manier te versnipperen over de wettelijke kaders. Wat is nodig om te zorgen dat iemand snel geholpen wordt en financiering daarin geen belemmering is? Dit punt gaan we landelijk agenderen en bespreken.





Grensvlak Zwv-Wlz

Kaart 7



Grens aanspraakbepaling wijkverpleging

Mijnheer Biswonu uit Amsterdam heeft beginnende dementie en vergeet als gevolg daarvan om insuline te spuiten voor zijn diabetes. Zijn zoon en dochter wonen in de buurt en doen veel voor hem. Ze zorgen er o.a. dat hij tijdig zijn insuline krijgt toegediend. De wijkverpleegkundige weet dat meneer erg graag thuisblijft, maar dit zonder zijn steunsysteem niet zou kunnen. De professionele inzet gecombineerd met de mantelzorg is omvangrijk, maar maakt thuis blijven wonen wel mogelijk. Wanneer echter een Wlz- indicatie wordt aangevraagd, blijkt die een beperktere omvang te hebben en niet toereikend om de kosten te dekken van alle professionele inzet.

De vragen die we ontvangen gaan vaak over een hogere aanspraakbepaling in Wijkverpleging dan de zorgomvang die recht geeft op Wlz-zorg. Vanaf welk moment heeft een cliënt 24-uurs toezicht en zorg in de nabijheid nodig en vraag je een Wlz-indicatie aan?

1. Herken je een dergelijke situatie? Hoe vaak komt dit voor in jouw werkpraktijk? En bij de anderen aan tafel?
2. Vind je dit een lastige casus of is het klip en klaar voor je?
3. **Wat zou jij doen:** Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?
4. Waarom vind je deze verantwoordelijkheids- en taakverdeling belangrijk? Kan je dat toelichten?

Ons inzicht:

Uitgangspunt voor het aanvragen van een Wlz-indicatie is altijd de noodzaak tot 24-uurs toezicht en zorg in de nabijheid. We zien meerdere redenen waarom cliënten geen Wlz-indicatie willen aanvragen. Zie daarvoor de extra informatiekaart grensvlak Wlz-Zvw.

- Kun je voorbeelden noemen van casussen in de praktijk die geen Wlz wilde aanvragen of het wel deden en toen een minder zorg en ondersteuning kregen? Welke zorg kregen zij vanuit de Wmo en de Wlz en welke zorg vanuit de Wlz?
- Hoe kijk jij aan tegen de hierboven beschreven inzichten en gesprekspunten?
- Wat doe je als een cliënt weigert om een Clz-indicatie aan te vragen?
- Is er meer ruimte nodig om op dit onderwerp het inzicht te verdiepen?
- Hoe zou jij dit toepassen in jouw werk?
- Wat betekent jouw keuze voor mijnheer Biswonu?
- Is het voor jou voldoende duidelijk wat het wijkteam doet en wat hun werkwijze is en wat de wijkverpleegkundige doet en wat haar werkwijze is?
- Waar zie je mogelijkheden? En waar knelpunten?
- Wat heb je nodig om op deze (of andere manier) te werken?



Extra informatiekaart Grensvlak Zvw-Wlz

Grens aanspraakbepaling wijkverpleging

Er zijn meerdere redenen waarom cliënten geen Wlz-indicatie willen aanvragen.

- De omvang van de Wlz-indicatie is niet voldoende voor de huidige hoeveelheid zorg die een cliënt nu vanuit Wijkverpleging ontvangt
- De cliënt moet overstappen van zorgaanbieder wanneer hij/zij een Wlz-indicatie krijgt, omdat de huidige zorgaanbieder niet gecontracteerd is voor Wlz-zorg.
- Wanneer de cliënt een Wlz-indicatie krijgt, moet hij/zij voor dezelfde zorg een eigen bijdrage gaan betalen.

Landelijk bespreken

Zilveren Kruis maakt zich hard voor een systeem met de juiste financiële prikkels en hoopt dat het nieuwe normenkader (V&VN) voor indicatiestelling door de wijkverpleegkundige handvatten biedt om het juiste gesprek met de cliënt te voeren over de grenzen aan wijkverpleging.





Gesprekskaarten deel 2





Persoonlijke verzorging bij hoog risico op geneeskundige zorg

Wmo



Zvw

Mijnheer van Leeuwen woont in Rotterdam. Vanwege zijn hoge leeftijd, hij is inmiddels 94 jaar, heeft hij te maken met diverse leeftijd gerelateerde beperkingen. Hij kan niet meer traplopen en zwaar huishoudelijk werk doen. Ook heeft hij een visuele beperking (chronische aandoening) waardoor hij onzeker is geworden in zijn bewegingen. Hij krijgt hulp bij het huishouden, is lid van een bridgeclub en drinkt regelmatig een kop koffie met zijn zus die in dezelfde wijk woont. Onder welk domein wordt de persoonlijke verzorging aan mijnheer van Leeuwen vergoed?



Voor dit voorbeeld hebben we nog geen klip en klare oplossing want er is (nog) geen eenduidige uitleg van het begrip hoog risico op geneeskundige zorg. De vraag aan jullie is: wat zou je doen? Wat is volgens jullie de beste oplossing en waarom?

Ons beeld is dat zodra blijkt dat ondersteuning nodig is bij persoonlijke verzorging, de wijkverpleegkundige een inschatting maakt of er sprake is van een 'hoog risico op geneeskundige zorg'. In dat geval volgt een aanspraakbepaling voor Wijkverpleging. Het is wenselijk dat de wijkverpleegkundige de ruimte heeft om in gesprek met meneer Van Leeuwen te bepalen welke ondersteuning en zorg nodig is. Welke handvatten heb je dan als wijkverpleegkundige om zowel het perspectief van de cliënt als de financiële kaders mee te nemen in de afweging?

Je helpt ons door samen in gesprek te gaan over waarom je in welke situaties of welke omstandigheden wat zou doen en hoe dan de taakverdeling eruit komt te zien. En ben je als wijkverpleegkundige voldoende opgeleid/toegerust om deze afweging te maken?



Persoonlijke verzorging bij hoog risico op geneeskundige zorg

In gesprek

Herkenbaar?

- Herken je een casus als deze in de dagelijkse praktijk?
- Heb je zelf nog andere voorbeelden?
- Vind je dit een lastige casus of is het klip en klaar voor je?

Wat zou je doen?

- Op welke manier wordt de cliënt het beste ondersteund? Wat heeft hij/zij nodig?
- Zijn er verschillende varianten te bedenken? En wat is de beste en wat is de slechtste optie?
- Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?

Taakverdeling

- Hoe ziet de taakverdeling er nu uit en wat is belangrijk voor de verdeling?
- Welke kenmerken van de cliënt en zijn omgeving zijn daarbij belangrijk – om die keuze te maken?

Onderbouwen afwegingen

- Wat is de reden dat de taakverdeling eruitziet zoals jullie nu voorstellen?
- Welke expertise en vaardigheden zijn daarbij doorslaggevend?
- Welke kenmerken van de cliënt en zijn omgeving zijn daarbij belangrijk – om die keuze te maken?

Randvoorwaarden

- Is het mogelijk om altijd de meest gewenste taakverdeling uit te voeren?
- Wat zijn daarvoor belangrijke randvoorwaarden?
- Waarom maak je soms een andere afweging?
- Geeft je werkgever (aanbieder of gemeente) je richtlijnen mee die kunnen belemmeren?
- Is geld of kennis/vaardigheden een belemmering?

Communicatie

- Hoe ga je met de cliënt in gesprek over de afgesproken taakverdeling?
- Hoe koppel je terug aan je collega's?
- Ga je hierover in gesprek met je werkgever?
- Op welke wijze communiceer je hierover met de beleidsafdeling van de gemeente of met de zorgverzekeraar?





Maaltijdvoorziening

Wmo



Zvw

Mevrouw Verwoerd uit Amersfoort was vroeger danslerares en is nog zeer vitaal. Ze woont al jaren alleen. Haar twee kinderen wonen in het buitenland. Mevrouw Verwoerd heeft beginnende dementie. Daardoor is ze al enkele malen vergeten haar maaltijd op te eten en te drinken. Wie regelt wat in de maaltijdvoorziening voor mevrouw?

Mevrouw Jansen is 78 jaar en woont in Hoogeveen. Enkele jaren geleden is haar man overleden. Mevrouw heeft de nodige fysieke beperkingen. Iedere ochtend komt de wijkverpleegkundige langs voor medicijn inname. En daarmee kan zij zich prima redden. Tot voor kort. Jan Vermaas van het wijkteam komt een keer per week langs om te begeleiden met financiën en draagstructuur. Hij constateert dat mevrouw steeds vaker dingen vergeet. De maaltijden worden bezorgd via Tafeltje dekje en in de vriezer gezet. Maar soms vergeet ze deze eruit te halen en op te eten. Wie regelt wat in de maaltijdvoorziening voor mevrouw?



Voor dit voorbeeld hebben we nog geen klip en klare oplossing. De vraag aan jullie is: wat zou je doen? Wat is volgens jullie de beste oplossing en waarom? We kunnen ons voorstellen dat het in dit geval best wat maatwerk vraagt of de wijkverpleegkundige de maaltijdvoorziening regelt of dat het wijkteamlid dat doet. Zou je ons kunnen helpen door met elkaar in gesprek te gaan over waarom je in welke situaties of welke omstandigheden wat zou doen en hoe dan de taakverdeling eruit komt te zien?



Maaltijdvoorziening

In gesprek

Herkenbaar?

- Herken je een casus als deze in de dagelijkse praktijk?
- Heb je zelf nog andere voorbeelden?
- Vind je dit een lastige casus of is het klip en klaar voor je?

Wat zou je doen?

- Op welke manier wordt de cliënt het beste ondersteund? Wat heeft hij/zij nodig?
- Zijn er verschillende varianten te bedenken? En wat is de beste en wat is de slechtste optie?
- Wie heeft welke verantwoordelijkheid? Wie doet wat?

Taakverdeling

- Hoe ziet de taakverdeling er nu uit en wat is belangrijk voor de verdeling?
- Welke kenmerken van de cliënt en zijn omgeving zijn daarbij belangrijk – om die keuze te maken?

Onderbouwen afwegingen

- Wat is de reden dat de taakverdeling eruitziet zoals jullie nu voorstellen?
- Welke expertise en vaardigheden zijn daarbij doorslaggevend?
- Welke kenmerken van de cliënt en zijn omgeving zijn daarbij belangrijk – om die keuze te maken?

Randvoorwaarden

- Is het mogelijk om altijd de meest gewenste taakverdeling uit te voeren?
- Wat zijn daarvoor belangrijke randvoorwaarden?
- Waarom maak je soms een andere afweging?
- Geeft je werkgever (aanbieder of gemeente) je richtlijnen mee die kunnen belemmeren?
- Is geld of kennis/vaardigheden een belemmering?

Communicatie

- Hoe ga je met de cliënt in gesprek over de afgesproken taakverdeling?
- Hoe koppel je terug aan je collega's?
- Ga je hierover in gesprek met je werkgever?
- Op welke wijze communiceer je hierover met de beleidsafdeling van de gemeente of met de zorgverzekeraar?





In de ouderenzorg is zorg en hulp geregeld vanuit drie wetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

We willen thuiswonende ouderen met een zorgvraag zo goed mogelijk helpen, zonder dat ze hinder ondervinden van de complexiteit van drie verschillende wetten.

Daarom voeren we met professionals het gesprek over de grensvlakken tussen de wetten met behulp van deze Gesprekskaarten. Wat doen we als niet in één keer duidelijk is onder welke wet een bepaalde vorm van zorg of zorghandeling valt? En wat betekent dat voor de cliënt?

Aan de hand van deze gesprekken willen gemeenten en zorgverzekeraar een goede werkwijze ontwikkelen voor de meer complexere situaties. Daarnaast kaarten we op landelijk niveau de thema's aan wanneer er onduidelijkheden of onjuiste prikkels zijn.

De Gesprekskaarten zijn ontwikkeld door Zilveren Kruis en de gemeenten Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Zwolle, Zaanstad en regio Drenthe.

De casussen zijn geschreven op basis van tientallen praktijksituaties. De namen en plaatsen zijn gefingeerd.

Meer informatie zilverenkruis.nl/gemeenten
Strategiegemeenten@zilverenkruis.nl

Versie 1, november 2016

© Deze set Gesprekskaarten grensvlakken ouderenzorg is een uitgave van Zilveren Kruis.