

Vraag en antwoord VPT in de wijk

De antwoorden zijn tot stand gekomen op grond van de huidige werkwijze van een 7-tal zorgaanbieders. De gegeven antwoorden zijn besproken en voor zover nodig, getoetst op hun bron/(wettelijke) grondslag.

Thema onplanbare zorg & verwachtingen mantelzorg

1. Hoe kan de onplanbare zorg, opvolging alarmering en avond & nachtzorg het best geleverd worden?

De organisatie van onplanbare zorg kan per organisatie en regio verschillen. Dit is mede afhankelijk van de zorgvragen van de VPT-klant, de concentratie van de VPT-populatie in een bepaald gebied, de reisafstand en de aanwezigheid van andere zorgorganisaties en zorgvoorzieningen.

De betrokken organisaties zullen zelf hier hun vorm moeten vinden. Belangrijk daarbij is dat zij hun afspraken over samenwerking hierbij, opnemen in een samenwerkingsovereenkomst.

Bij sommige organisaties wordt de zorg overdag en in de avond geleverd door het eigen zorgteam. In de nacht wordt samenwerking gezocht worden met een partij die in de regio de onplanbare zorg levert.

Indien VPT-zorg in nabijheid van een woonzorglocatie wordt geleverd, kan er ook voor gekozen worden om de onplanbare zorg (of evt. alleen in de ANW-uren) vanuit de bezetting van de woonzorglocatie te leveren.

2. Welke tijdsnormen worden gehanteerd bij onplanbare- en oproepbare zorg. (Bijv. bij vallen, toiletgang e.d.) . Wat voor afspraken worden hierover gemaakt met de klant.

Er zijn geen scherpe normen, in minuten nabijheid, in de betrokken beleidsregel of andere wettelijke teksten met betrekking tot VPT beschreven. De basis van een Wlz-indicatie is wel dat de klant zorg in de nabijheid beschikbaar heeft. Die 'nabijheid' (en ook het 24/7 toezicht) is onderdeel van de afspraken (zorgovereenkomst en zorgplan) tussen zorgaanbieder en klant en moet daarin dus beschreven worden; inzet van mantelzorgers voor bijvoorbeeld het toezicht is ook mogelijk, mits goed beschreven wanneer de mantelzorger of klant kunnen alarmeren voor professionele inzet (en wat zij dan mogen verwachten).

Er worden dus afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid gemaakt tussen klant, mantelzorger en/of verwanten en de zorgaanbieder. Als het nodig is kan klant alarmeren en wordt de benodigde zorg geleverd.

3. Wat verwacht je bij onplanbare zorg en oproepbare zorg van de mantelzorger

Zie ook vraag 2

In sommige gevallen is een partner in huis of verwant/mantelzorger vlakbij een 'must' voor de veiligheid en de doelmatigheid (of ter voorkoming van onveilige situaties waarbij alarmering noodzakelijk is). Sommige zorgaanbieders stellen dit als voorwaarde voor het beginnen van VPT in de wijk. Op deze wijze kan veel ongeplande zorg voorkomen worden. Men kan onder andere denken aan situaties waar de klant veel ('s nachts) 'dwaalt'.

Dit betekent dat de zorgaanbieder zorgvuldig de zorgvraag en de mogelijkheden van de mantelzorg in kaart moet brengen en daarop het aanbod aanpast.

Als er geen partner en/of mantelzorg aanwezig is kan de zorgaanbieder onderzoeken of er op een andere manier een netwerk geactiveerd kan worden.

Bij wijzigingen in de inzet van mantelzorg(s) is de zorgaanbieder wel verantwoordelijk voor het organiseren van professionele inzet als alternatief daarvoor (dus ook bij alarmering/toezicht).

Thema: Doelgroepen, Wzd en behandeling

1. Welke doelgroepen zijn wel en niet geschikt voor VPT in de Wijk?

In principe kan aan iedere klant, met een Wlz indicatie voor de ouderenzorg, die de wens heeft om thuis te blijven wonen, VPT in de wijk geleverd worden. Over het algemeen is een ondersteuningsvraag op het gebied van begeleiding/welzijn/ondersteuning dominant. Als het gaat om intensieve (verpleegkundige) zorg lijkt de klant minder geschikt voor VPT in de wijk. Dit geldt ook voor klanten die intensief 24-uurs toezicht nodig hebben, dat het mantelzorg netwerk niet kan bieden. Uiteraard zal dit verschillen per zorgaanbieder en klantsituatie. Het is de kunst en uitdaging om samen met de mantelzorg zoveel mogelijk VPT in de wijk voor iedereen mogelijk te maken.

4. Hoe VPT in de Wijk te organiseren inclusief behandeling en samenwerking met 1^e en 2^e lijn

Bij VPT is de huisarts altijd de hoofdbehandelaar. De Wlz-zorgaanbieder dient in goed overleg en afstemming met de huisarts de VPT in de wijk op te zetten en de zorg voor de klant in het zorgplan te beschrijven.

Crisis zorg is een aandachtspunt, hierbij kun je goed aan sluiten op de crisis-procesafspraken Wzd, die nu op steeds meer plekken regionaal ingericht worden. Daarnaast kan het voor de afstemming met de huisarts helpen om een Specialist Ouderen Geneeskunde (SO) ter consultatie beschikbaar te hebben. Deze SO kan ook mee ondersteunen bij de inrichting van VPT in de wijk en zo nodig mede beoordelen van de intake. Een verdere ontwikkeling van de functie verpleegkundig specialist als aanvulling op de SO kan voor Wlz-zorgaanbieders een goede aanvulling zijn.

Let op: sommige vormen van paramedische zorg en of mondzorg zijn geen onderdeel van het basispakket in de Zvw, de klant moet hiervoor mogelijk een aanvullende verzekering hebben gesloten of de kosten van die inzet van paramedici zelf betalen.

5. Hoe wordt om gegaan met de Wet zorg en dwang (Wzd)?

In principe wordt er bij VPT in de wijk niet gewerkt met vrijheidsbeperkende maatregelen. Mocht dit een nadrukkelijke wens zijn van de familie wordt eerst onderzocht of er andere maatregelen genomen kunnen worden. Als dit echt niet mogelijk is wordt dit vastgelegd in het dossier en worden de maximaal in te zetten maatregelen onderschreven (en ook ondertekend) door de klant/mantelzorg.

N.B. Momenteel lopen over dit onderwerp proeftuinen bij Actiz

Thema: Organisatie van VPT

1. Wordt er ook gebruik gemaakt van de inzet van andere organisaties in het domein van onder ander welzijn en huishouding bij de levering VPT in de wijk? Welke (soort) afspraken worden hier gemaakt?

Dit zal per organisatie verschillend zijn. Verschillende zorgaanbieders hebben bijvoorbeeld onderaannemersovereenkomsten met andere organisaties voor huishouding / voeding / alarmering / dagbesteding.

Bij anderen wordt alles door dezelfde zorgaanbieder geleverd. Dit is mede afhankelijk van de visie, de aard en omvang van de zorgaanbieder, maar ook van de inkoopvoorwaarden van de zorgkantoren hierbij.

2. Biedt de inzet van MPT niet meer mogelijkheden dan VPT bij toenemende zorgvraag en krapte op de arbeidsmarkt?

Het grote voordeel van VPT in de wijk is dat het gaat om een totaal en integraal pakket, waarbinnen de zorgaanbieder in nauwe afstemming met de zorgvrager en diens netwerk kan inzetten wat nodig is. MPT is een modulair pakket, waar vaak andere zorgaanbieders ook bij zijn betrokken. De verschillende losse functies moeten aan aparte voorwaarden voldoen, waarmee het minder (snel) lukt om een totaal pakket van zorg en welzijn te leveren, waarmee de mantelzorger minder snel overbelast wordt.

6. Hoe wordt met potentiële klanten omgegaan die geen VPT willen vanwege de hoge eigen bijdrage

In praktijk valt het verschil in eigen bijdrage meestal reuze mee, als je kijkt wat een klant hiervoor krijgt. Zo is de VPT inclusief maaltijden. De maandelijkse kosten hiervan zijn vaak hoger dan het verschil in eigen bijdrage.

Wijkverpleegkundigen worden getraind om de nadruk te leggen op de noodzaak van de Wlz indicatie t.o.v. de Zvw indicatie, dit is in het gesprek uitgangspunt, dus de aard en inhoud van de zorgvraag; de financiële consequenties liggen in het verlengde hiervan.

7. Wie is er nu eindverantwoordelijk voor de zorg. Zorgaanbieder, mantelzorger? Hoe borg je dit?

De Wlz-zorgaanbieder is altijd eindverantwoordelijk voor de zorg. Toch is er sprake van een gezamenlijk gevoel daarbij. In overleg met de klant en de mantelzorg wordt een zorgleefplan opgesteld, dat door beide partijen ondertekend wordt.

Bij de start van de zorgverlening kun je dus afspraken daarover maken en die goed met elkaar vastleggen (aanvullende module). Geef daarbij ook aan dat je streeft naar duurzame levering van zorg via VPT, maar dat je continu en met elkaar blijft bewaken of dit nog steeds een passende vorm is. Bij verzwaring zorgvraag of wegvallen mantelzorger is het mogelijk dat je toch iets anders moet kiezen (bijv. een verhuizing naar een intramurale setting)

Thema: Financiën

1. Hoe maak je VPT in de wijk kostendekkend?

Kijk heel goed naar de zorgvraag en door wie deze vraag geleverd kan worden. Niet alles hoeft door duurdere krachten: wijkverpleegkundigen en/of leden transmuraal team geleverd te worden. Helpenden, verzorgenden, welzijnsmedewerkers kunnen ook een grote rol spelen.

Wees kritisch met betrekking tot reistijd, stel zo nodig vast waar het wel en niet aangeboden kan worden. De toepassing van zogenaamde 'blokzorg' van die medewerkers kan voor efficiëntie zorgen.

2. Hoe maak je een goede business case die flexibel is om in de wisselende vraag te voorzien

Je kunt per ZZP-indicatie met het bijbehorende budget de vertaling maken naar aantal uren zorg, welzijn, HH etc. Zo maak je een businesscase op clientniveau en kun je de doelmatigheid bepalen, kan het er wel of niet uit gezien de indicatie vs. zorgvraag?

De vertaling van het ZZP naar zorginzet kan als basis dienen voor passende afspraken in het zorgleefplan van de klant.

3. Hoe wordt de inzet van het multidisciplinair behandelteam gefinancierd?

De huisarts en de paramedici (zie voetnoot) uit de wijk worden uit de Zvw gefinancierd. Als Wlz-specifieke behandeling noodzakelijk is, kan de huisarts ondersteunende consults vragen aan de Specialist Ouderen Geneeskunde, gedragswetenschapper of paramedische behandelaren met expertise in de Langdurige Ouderen Zorg. Deze worden bekostigd uit de Wlz als deze behandelaren een contract hebben met een van de zorgkantoren. Als het mogelijk is, geeft de inzet van behandelaren uit de organisatie van de Wlz-zorgaanbieder die het VPT al aan de klant levert, zekerheid voor klant en huisarts.

Tandarts (zie voetnoot), hulpmiddelen en medicatie vallen ook onder de Zvw.

4. Welk rekenmodel kunnen we gebruiken voor het VPT?

Er wordt door de verschillende zorgaanbieders geen standaardmodel gebruikt. Voor de kosten is het met het zorgkantoor afgesproken tarief voor de betreffende VPT-prestatie het uitgangspunt.

5. Hoe wordt aanvullende technologie(medicijndispenser, licentiekosten Beeldzorg etc.) bekostigd?

De inzet van technologie is onderdeel van het VPT pakket en dient dus door de Wlz-zorgaanbieder bekostigd te worden uit de VPT-vergoeding. De benodigde achterwacht voor (alarm)opvolging van de zorg kan via het VPT-tarief worden ingeregeld door de zorgaanbieder.

6. Hoe kan voeding, drinken en wasgoed bekostigd worden vanuit het VPT tarief. Hoe bespreek je dit met de klant. Graag tips.

Voeding is onderdeel van het VPT-tarief. Wasgoed niet; dit kan gewassen worden in de wasmachine van de klant (of de mantelzorger) en/of worden uitgevoerd door de huishoudelijke hulp; de kleding koopt de klant/mantelzorger zelf. Voor berekening van het eerste gebruiken (intramurale) instellingen vaak als richtlijn de kosten die zij zelf berekenen voor de voeding van hun bewoners. Hoewel er verschil in zit betreft dit ongeveer 6 a 7 euro per dag. Daarnaast kan gekozen worden voor een maaltijdvergoeding i.p.v. uitbetaling maaltijd in natura. Bij een aanwezige partner die zelf nog kan koken kan het goed dat daar de voorkeur naar uit gaat.

Kijk voor de vergoedingen van broodmaaltijden en wasgoed op de volgende website: [Broodkosten en waskosten 2022 - LOC Cliëntenraden \(clientenraad.nl\)](https://www.clientenraad.nl/loc/waskosten-2022)

7. Wanneer iemand 10 dagdelen gebruik maakt van dagbesteding is er binnen een VPT dan genoeg financiële ruimte om de overige ondersteuning te bieden? Hoe organiseren jullie dat?

Per klant kan men afspreken wat deze zelf wil en kan doen, wat de mantelzorg kan doen en wat men wenst aan begeleiding en ondersteuning van de zorgorganisatie. Een en ander moet wel passen binnen het VPT-budget. Indien dit overschreden wordt moet men in gezamenlijkheid keuzes maken.

Thema: Personeel

1. Er is krapte op arbeidsmarkt, hoe vind je goed personeel?

De personele mix aan deskundigheid kan bij VPT in de wijk anders zijn dan bij reguliere wijkverpleging en MPT-teams. Dit omdat veel ondersteuningsbehoefte ook met verschillende vormen van begeleiding en ondersteuning geboden kan worden. De betreffende organisatie kan benadrukken waarom VPT voor medewerkers zo zinvol en aantrekkelijk kan zijn. Bijvoorbeeld oudere medewerkers kunnen het fijn vinden wat meer tijd en verbinding met klanten te hebben. VPT in de wijk kan ook aantrekkelijk zijn voor zij-instromers en herintreders of voor medewerkers uit de dagbesteding en/of gehandicaptenzorg. Uit de eerste cijfers valt af te lezen dat het ziekteverzuim omlaag gaat en de medewerkerstevredenheid omhoog.

2. Wat is de personele mix qua deskundigheidsniveau bij VPT in de Wijk. Hoe vervul je de welzijnsbehoefte?

Dit kan per zorgaanbieder verschillen. Een aantal zorgaanbieders gaat uit van de volgende mix: 10% welzijnsmedewerkers (ongeschoold), 30% niveau 2+, 30% niveau 3IG en 30% niveau 4/5

Voor de inzet van behandelaren wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 2.

Overig

1. Hoe wordt met potentiële klanten omgegaan die geen VPT willen vanwege de hoge eigen bijdrage

In praktijk valt de hoge eigen bijdrage mee als je kijkt naar wat een klant hiervoor krijgt. Zo is de VPT inclusief maaltijden. De maandelijkse kosten hiervan zijn vaak hoger dan de eigen bijdrage.

Met behulp van VPT is het de bedoeling dat men langer thuis verblijft. Dit betekent dat een opname in een verpleeghuis met een nog hogere eigen bijdrage uitgesteld kan worden. De berekeningen hierover kunnen gemaakt worden met de rekenhulp op het CAK. Zie <https://www.hetcak.nl/zelf-regelen/eigen-bijdrage-rekenhulp>

Wijkverpleegkundigen worden getraind om de nadruk te leggen op de noodzaak van de Wlz indicatie t.o.v. de Zvw indicatie, dit is in het gesprek uitgangspunt, dus de aard en inhoud van de zorgvraag; de financiële consequenties liggen in het verlengde hiervan.

2. Hoe kunnen zorgorganisaties beter samenwerken om voldoende medewerkers voor VPT in de wijk te hebben?

Goed samenwerken betekent ook, samen kunnen en willen kijken waar een medewerker de meeste meerwaarde kan creëren, zowel voor de klant als voor zichzelf, zodat deze medewerker behouden blijft voor de zorg. Dit betekent dat de samenwerkende zorgaanbieders niet alleen op uitvoerend niveau gezamenlijk moeten optrekken, maar ook strategisch en tactisch niveau rond personeelsinzet.

3. Hoe stimuleer je het gevoel van verbondenheid met elkaar in het team?

Dat is niet heel veel anders dan met andere teams. Dit betekent gezamenlijke verhalen en successen delen. Maar ook de verhalen delen van initiatieven of ideeën die niet lukten (of niet meteen). Belangrijk is dat het een gezamenlijke belevenis is: met elkaar pionieren, en vooral aandacht hebben voor de meerwaarde voor de klanten, hoeveel waarde het voor hen toevoegt.

- 4. Door VPT blijven sommige ouderen met veel plezier thuis wonen in een woning van een woningcorporatie. Dit staat soms haaks op de visie/taakstelling van corporaties om bewoners zoveel als mogelijk 'passend' te laten wonen. Veel corporaties zetten in op doorstroming naar een woning die past bij doelgroep en gezinsomvang. Woningen zijn schaars en ouderen laten wonen in grote woningen waarbij VPT geleverd wordt geeft een dilemma**

Dit is inderdaad meer een dilemma dan een vraag, die niet éénduidig beantwoord kan worden. Eens met de opmerking dat woningen schaars zijn. Het is dan ook goed dat er veel aandacht is voor de bouw van meer goede en passende woningen voor ouderen. Een goede doorstroming naar een passende woning heeft ook voordelen voor de mogelijkheid tot levering van Wlz zorg. Een oplossing naast vormen van meer intensieve geclusterde vormen van Wlz-zorg.