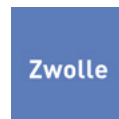




# Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg Juni 2017



## Ons verhaal vooraf

Vanaf 2015 is de zorg en ondersteuning voor ouderen anders gefinancierd en georganiseerd. Drie wetten spelen daarin een belangrijke rol: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). [Voor meer informatie over de wetten zie bijlage 2.](#)

Kort samengevat is de essentie van deze drie wetten dat ouderen passende zorg, hulp en ondersteuning krijgen die zoveel mogelijk aansluit op hun persoonlijke (thuis)situatie, mogelijkheden en sociale netwerk. We willen dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen én dat ze daarbij zoveel mogelijk zelf de regie hebben over het zorgproces. Een kleine twee jaar na de transitie in 2015 zien we dat dit doel breed wordt gesteund; dat er positieve effecten zichtbaar zijn, maar ook dat de praktijk van de drie-wetten-in-samenhang weerbarstig kan zijn.

### Weerbarstige praktijk

Wat zien we? Tientallen casussen passeerden de afgelopen periode de revue. We zien dat ouderen soms hinder ondervinden van de schotten in de financiering van zorg, hulp en ondersteuning. In de casuïstiek treffen we situaties aan waarin precies volgens alle wet- en regelgeving gewerkt wordt, maar waar het desondanks niet lukt om oplossingen op maat tot stand te brengen. We zien machteloosheid en frustraties bij professionals wanneer ouderen tussen wal en schip belanden. We zien ook dat professionals goed uit de voeten kunnen met de bedoeling van de wetten (ouderen vitaal te houden en zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen met een combinatie van professionele en informele zorg & ondersteuning). Maar tegelijkertijd worstelen zij met de vragen als: Wie is verantwoordelijk? Wie wordt betaald? Welke wet is leidend? Ook is het soms niet duidelijk wat professionals van elkaar en van de gemeente en de verzekeraar mogen verwachten. Ook zien we dat de eigen interpretaties van professionals over welke zorg/handeling in welk takenpakket hoort niet altijd passen binnen de door ons (gemeente en zorgverzekeraar) gestelde kaders of binnen de gestelde kaders vanuit het Rijk.

### Van overzicht naar inzicht naar impact

Ons doel is dat ouderen geen hinder ondervinden van schotten tussen de wetten. En dat 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.

Vanuit dit gezamenlijke doel organiseerden we gesprekken, allereerst met elkaar als zorgverzekeraar en zorgkantoor Zilveren Kruis\* en de gemeenten Zaanstad, Amsterdam, regio Zwolle, Regio Drenthe, Rotterdam en Utrecht. We bespraken casussen en stelden een gespreksdocument op met een overzicht van de [grensvlakvraagstukken](#) die wij zagen in de ouderenzorg. We ontwikkelden Gesprekskaarten voor groeps gesprekken met wijkteams, wijkverpleging, huisartsen, CIZ en mantelzorgers. Wat zien zij? Wat herkennen zij? Wat is een passende aanpak/werkwijze op uitvoerings- en organisatieniveau op de grens van de wettelijke kaders? De leefwereld van onze cliënten was startpunt van het gesprek.

### Inzicht

De gesprekken met professionals leidden tot inzichten waarmee we op verschillende niveaus aan de slag kunnen, zodat ouderen de zorg en ondersteuning ontvangen die ze nodig hebben. Maatwerk mogelijk maken vraagt goed samenspel tussen alle actoren en vraagt om verbindingen tussen drie niveaus: Wat gebeurt op *uitvoeringsniveau*? Welke keuzes maken wij als financiers op *organisatieniveau* in de wijze waarop we ondersteuning en zorg bekostigen en inkopen? En welke kaders zijn op *stelselniveau* geformuleerd?

Hoe zorgen we dat we vanuit dit inzicht impact maken bij grensvlakcasussen? Allereerst is het zaak dat we de casussen die we binnenkrijgen goed afronden; er vervolgens van leren en ze ook voorkomen! Om dat te realiseren zijn goede structurele verbindingen nodig. Daarbij zijn twee uitgangspunten van belang voor gemeenten en Zilveren Kruis:

- We faciliteren dat op uitvoeringsniveau afspraken gemaakt worden
- En sluiten daar vervolgens op organisatieniveau (in samenhang gemeente en zorgverzekeraar/zorgkantoor) op aan door logica uit de praktijk zoveel mogelijk leidend te laten zijn in ons beleid

In dit document geven we per casus suggesties en inzicht in de dilemma's waar zorgprofessionals in de praktijk mee te maken hebben en welke afwegingen daarin van belang zijn. We moedigen iedere lezer aan hiermee aan de slag te gaan!

\* In dit document spreken we over Zilveren Kruis zowel in de functie van Zorgkantoor als die van Zorgverzekeraar.



Start het gesprek én maak impact door onderlinge afspraken. Een goed gesprek over grensvlakken met wijkteams, wijkverpleegkundigen, huisartsen (en de daarbij ontwikkelde Gesprekskaarten) is een prima basis gebleken om inzicht te krijgen in de grensvlakkvraagstukken in de gemeente of regio en om dit inzicht te vertalen naar concrete (samenwerkings)afspraken.

### Impact

Daarom heeft Zilveren Kruis de verplichting tot het maken van afspraken over grensvlakken (primair grensvlak Wmo/Zvw) in de gemeente opgenomen in het [inkoopkader Wijkgericht werken 2018](#). We zien dat de lokale context ertoe doet. Dat kan betekenen dat afspraken per gemeente/regio verschillend zijn: In Zaanstad neemt de wijkverpleegkundige de Gesprekskaarten dagelijks mee als handig naslagwerk. In Hoogeveen verkent de gemeente of de casemanager dementie een breder mandaat kan krijgen.

Zilveren Kruis op haar beurt volgt en verzamelt de afspraken en de uitwerking ervan. Zodat we in breder verband blijven ontwikkelen en leren.

### Overgang naar de Wlz

Tijdens de gesprekken bleek de overgang van Wmo/Zvw naar Wlz een grensvlak dat vraagt om een integrale aanpak. Zie deel 3 van dit document.

## Leeswijzer

### Deel 1: Praktijk als uitgangspunt: analyse van grensvlak casuïstiek

In het eerste deel benoemen wij de thema's waar de interpretatieverschillen overbrugbaar bleken te zijn door ons te verplaatsen in de ander en van elkaar te leren. We geven suggesties naar aanleiding van inzichten door groepsgesprekken en beschrijven actuele ontwikkelingen.

### Deel 2: Twee taaie thema's

De twee thema's: maaltijdbereiding en hoog risico op geneeskundige zorg vragen meer verdieping en onderzoek. Deze thema's zijn daarom intensiever onderzocht en besproken met diverse professionals. Ook voor deze thema's doen we vervolgens suggesties en concluderen we het primaat bij de uitvoering te leggen (van beleidsregie

naar uitvoeringsregie). De thema's zijn taaie omdat de meest passende oplossingen op gespannen voet kunnen staan met rechtmatigheid. Ook spelen er diverse belangen...

### Deel 3: De volgende stap

Onderlinge afspraken zijn een cruciale eerste stap naar impact en het bereiken van ons doel. Daarnaast is er op het grensvlak van Wmo/Zvw naar Wlz meer nodig: namelijk een integrale praktijkaanpak. In een notitie (d.d. juni 2017) pleiten Zilveren Kruis en de deelnemende gemeenten ervoor deze aanpak een vervolg te geven in een breder landelijk verband.

### Bijlagen:

1. [Link naar beslisboom kortdurend verblijf en beslisboom palliatieve terminale zorg](#)
2. [Toelichting op de Wmo, Zvw en Wlz](#)
3. [Toelichting op de begrippen en afkortingen in dit document](#)

Dit document kunt u op diverse wijzen lezen.

- Via het [Grensvlakkenoverzicht](#): U klikt u op het desbetreffende grensvlak en leest direct over de thema's die in dit grensvlak een rol spelen.
- Via de [Inhoudsopgave](#). U klikt op het onderwerp van uw keuze en leest vervolgens de betreffende informatie.

### Actuele ontwikkelingen

Dit Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg is een levend beleidsdocument. De versie van juni 2017 is een vervolg op de eerdere versie van november 2016. Kijk voor actuele informatie op [www.zilverenkruis.nl/gemeenten](http://www.zilverenkruis.nl/gemeenten).

### Vragen en uitwisseling

[Zie Informatie en colofon](#)

Voor de gemeenten in het kernwerkgebied van Zilveren Kruis is er een online community om casussen en vragen/aandachtspunten uit te wisselen. Meer informatie op [www.zilverenkruis.nl/gemeenten](http://www.zilverenkruis.nl/gemeenten).

# Inhoudsopgave

Voor informatie, klik op het paginanummer.

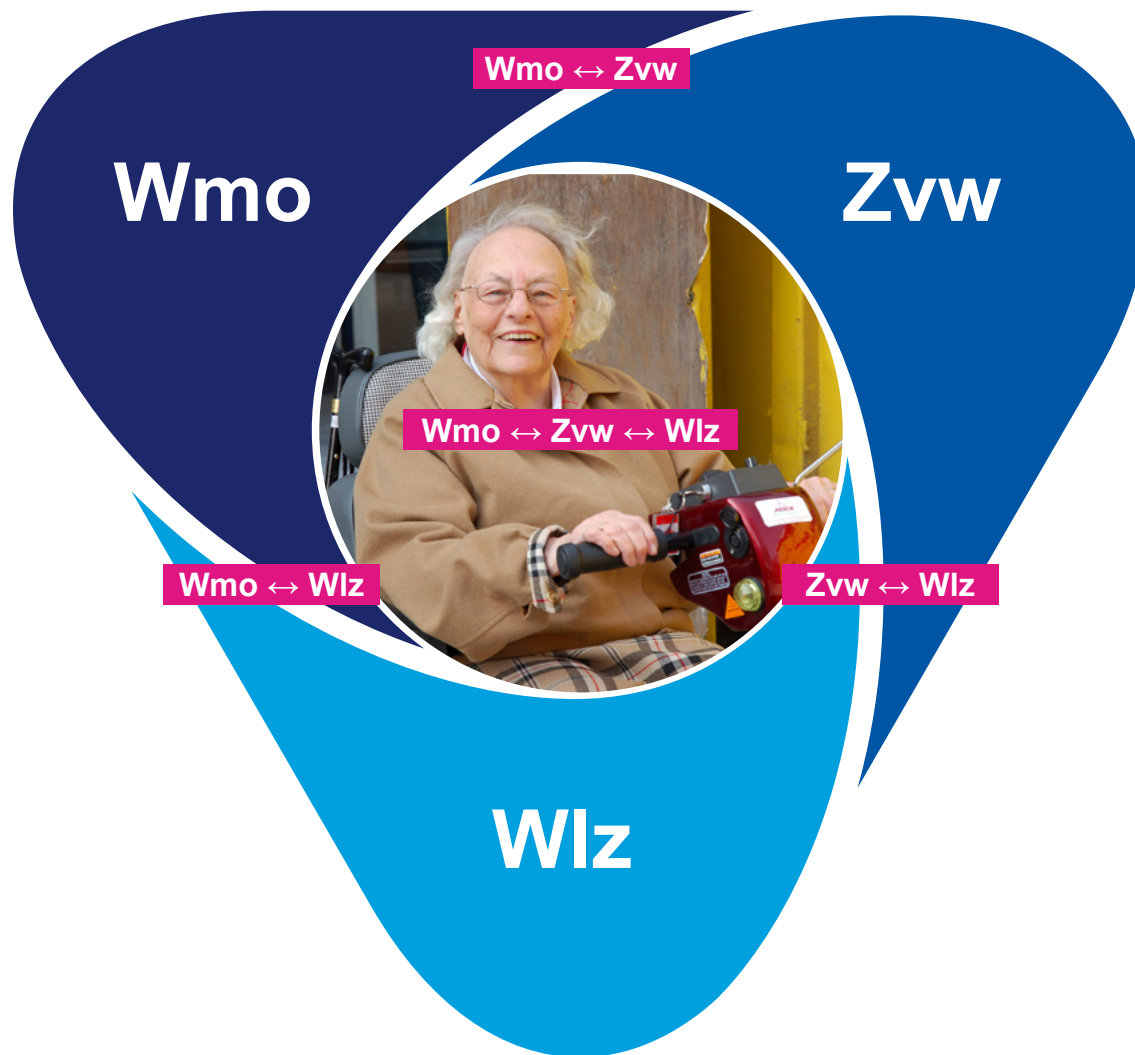
Hoofdstuk	Thema's	Pagina	
Ons verhaal vooraf		2	
Leeswijzer		3	
Grensvlakken Ouderenzorg		5	
Deel 1	<b>Grensvlak Wmo en Zvw</b>	7	
	Thema 1. Persoonlijke verzorging op de grens van Wmo en Zvw	8	
	Thema 2. Casemanagement dementie	10	
	<b>Grensvlak Wmo, Zvw en Wlz</b>	12	
	Thema 1. 24-uurs toezicht	13	
	Thema 2. Kortdurend verblijf	14	
	<b>Grensvlak Wmo en Wlz</b>	16	
	Thema 1. Schoonmaak, woningaanpassingen en hulpmiddelen	17	
	<b>Grensvlak Zvw en Wlz</b>	18	
	Thema 1. Grens aanspraakbepaling wijkverpleging	19	
	Thema 2. Palliatieve zorg	20	
	Deel 2	Deel 2. Taaie thema's	21
		Thema 1. Persoonlijke verzorging bij hoog risico op geneeskundige zorg	24
Thema 2. Maaltijdvoorziening		26	
Deel 3	Deel 3. De volgende stap	28	

Hoofdstuk	Thema's	Pagina
Bijlagen	Bijlage 1: Links naar meer informatie	30
	Bijlage 2: Toelichting op de wetten	31
	Bijlage 3: Begrippen en afkortingen	34
Meer informatie en colofon		35



# Grensvlakken Ouderenzorg

Voor informatie, klik op het grensvlak.



Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning

Zvw = Zorgverzekeringswet

Wlz = Wet langdurige zorg



## Deel 1 Praktijk als uitgangspunt: analyse grensvlakcasuïstiek

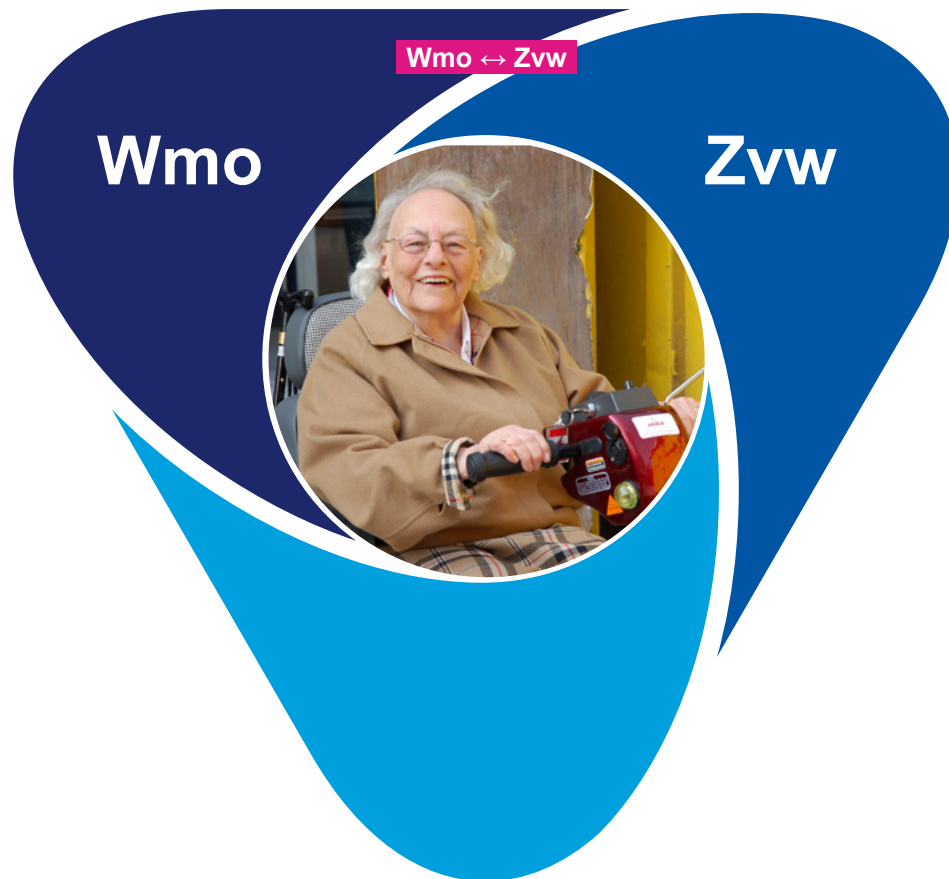
Tientallen casussen staan aan de basis van dit overzicht. Casussen waarin we ervaren dat inwoners/verzekerden in de knel komen door botsende logica's van verschillende wetten, regelgeving en routines of vastlopen in de werkprocessen van gemeenten of zorgverzekeraar. We geven per grensvlak een overzicht van de meest voorkomende thema's en vragen. Per thema schetsen wij het dilemma als ook een mogelijke oplossingsrichting.

In de tekst zijn de uitkomsten verwerkt van gesprekken met professionals in de periode 2016-2017. Actuele inzichten en ontwikkelingen tot en met juni 2017 zijn zoveel mogelijk verwerkt.



# Grensvlak Wmo en Zvw

Betrokken professionals en zorgsoorten:



## Wmo

- Sociaal (wijk)team
- Maatschappelijke voorzieningen:
  - *Rolstoelen*
  - *Hulp bij huishouden*
  - *Woonvoorzieningen*
  - *Ambulante begeleiding*
  - *Dagbesteding*
  - *Vervoersvoorzieningen*
  - *Woningaanpassingen*
  - *Kortdurend verblijf*
  - *Cliëntondersteuning*
  - *Veilig thuis*
  - *Mantelzorgondersteuning*

## Zvw

- Huisartsenzorg
- Wijkverpleging incl. casemanagement dementie
- (Para)medische behandeling
- Ziekenhuiszorg
- Geriatrische revalidatiezorg
- Eerstelijnsverblijf
- Farmacie

## Wlz

- Wlz thuis (via VPT, MPT (verpleging, verzorging, begeleiding en schoonmaak) of PGB)
- Intramurale Wlz-zorg
- Behandeling (inclusief SOB en AVG)

*Gemeenten hanteren diverse termen voor deze zorgvormen en hebben de ondersteuning vaak op verschillende manieren georganiseerd en gecontracteerd.*

# Thema 1: Persoonlijke verzorging op de grens van Wmo en Zvw



8

Vanaf 2015 is de persoonlijke verzorging onderdeel van de Aanspraak wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). De persoonlijke verzorging in het verlengde van begeleiding is overgegaan naar de Wmo. We merken dat er onduidelijkheid is over de antwoorden op de vragen: Wanneer is er sprake van een hoog risico op geneeskundige zorg? Wie heeft wanneer welke rol rondom de maaltijdvoorziening en wie heeft welke rol rondom medicatie? Hoe stemmen we de ondersteuning en zorg slim op elkaar af, bijvoorbeeld de hulp bij het huishouden en de persoonlijke verzorging of persoonlijke verzorging en ambulante begeleiding?

De afgelopen maanden bleek dat er niet alleen interpretatieverschillen zijn tussen Zilveren Kruis en gemeenten, maar ook tussen gemeenten onderling. Gezamenlijk formuleerden wij een lijn voor drie van de vijf thema's binnen dit grensvlak: medicatie, ambulante begeleiding & wijkverpleging, hulp bij het huishouden & wijkverpleging. In diverse gemeenten is deze lijn eind 2016/begin 2017 besproken met de professionals.

De antwoorden op de vragen 'wie heeft welke rol rondom de maaltijdvoorziening?' en 'wanneer is er sprake van een hoog risico op geneeskundige zorg?' bleken minder eenvoudig te geven. In [deel 2 van dit document](#) schetsen wij waarom dit complex is en benoemen wij hoe we met deze thema's verder gaan.

## 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 voor nodig. Het wijkteam vraagt zich af: Valt deze controle door de wijkverpleegkundige onder de Wmo (zintuigelijke problemen)? Of onder de Zvw (samenhang geneeskundige zorg)?*

Het toezien op inname, attenderen op, aanreiken van en toedienen van medicatie zijn altijd handelingen binnen de persoonlijke verzorging (PV) onder de Zvw. Assistentie bij injecteren valt onder Verpleging (VP) (NZa beleidsregel BR/CU-7138). Deze zorg voor mevrouw van Doornik valt dus onder de Zvw en niet onder de Wmo.

## 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 iedere dag schoongemaakt moeten worden. Hoe organiseren we dat?*

Het dagelijks schoonmaken van het toilet bij mevrouw De Vries kan op verschillende manieren georganiseerd worden. De oplossing wordt gezocht in een combinatie van de inzet van het informele netwerk van mevrouw en Wmo gefinancierde ondersteuning. Jannie kan bijvoorbeeld iedere dag kort langs komen om het toilet schoon te maken. Er kan gekeken worden naar oplossingen in het informele netwerk van mevrouw de Vries: 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.

Net als bij mevrouw De Vries is het vaak het geval dat de hulp bij het huishouden en de wijkverpleegkundige over de vloer komen. Waar mogelijk wordt de ondersteuning en zorg op elkaar afgestemd. Wij zijn benieuwd hoe aanbieders dit vorm geven binnen de bestaande financiële en contractuele kaders.



*Al jaren komt de wijkverpleegkundige bij meneer van Engelenhoven thuis. Twee weken geleden is zijn zus met wie hij samenwoonde, onverwacht overleden. Meneer redt het niet meer om goed voor zichzelf te zorgen. In korte tijd heeft hij zichzelf 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 meneer graag goed helpen en erger voorkomen en overweegt om naast de reguliere contacten extra langs te komen voor 'controlemomenten'.*

Ook in dit voorbeeld zijn meerdere oplossingen denkbaar. De oplossing dient in de eerste plaats gezocht te worden 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. Als gemeente en zorgverzekeraar denken we op onze beurt na over hoe we beide zorg- en ondersteuningsvormen in kunnen kopen bij dezelfde zorgaanbieders.



## Thema 2: 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?*

*Nu een halfjaar geleden de diagnose Alzheimer is vastgesteld bij meneer Medemblik uit Zwolle, probeert zijn vrouw hem zo goed mogelijk te verzorgen. De ene dag lukt het best en hebben ze samen een goede dag. De andere dag is er geen land met meneer te bezeilen. Mevrouw weet soms niet goed raad met de situatie. Eén van de dochters trekt aan de bel. Kan er hulp komen?*

Op grond van de beleidsregel Verpleging en Verzorging (BR/CU–7138) valt case-management dementie 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 bij het generalistisch team van de gemeente. Ook kan de gemeente cliëntondersteuning voor mevrouw regelen.

### Wenkend perspectief

Het is aan de wijkverpleegkundige om vast te stellen of meneer Medemblik 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 Medemblik 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 Medemblik als mevrouw Medemblik (als mantelzorger) vanuit de Wmo, zoals bijvoorbeeld ambulante begeleiding, dagbesteding of mantelzorgondersteuning/respijtzorg.

### Vragen

We krijgen veel vragen over casemanagement als onderdeel van de aanspraak wijkverpleging. Enkele, kernachtig beschreven, veel voorkomende vragen en bijbehorende antwoorden:

- **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.*

In de praktijk zien we daarnaast dat er onduidelijkheid is over de vraag wie het casemanagement voor zijn of haar rekening neemt voordat de diagnose gesteld is.

### Oplossingsrichting

Zilveren Kruis en gemeenten delen de ambitie dat mensen met dementie en hun directe omgeving op passende wijze ondersteund worden in het ziekteproces. De ervaring leert dat deze kwetsbare groep ondersteuning en zorg krijgt die (tegelijkertijd of na elkaar) gefinancierd wordt vanuit Wmo, Zvw en Wlz. Juist voor mensen met dementie is ondersteuning bij het voeren van regie van groot belang. Dit kan in de verschillende fasen van het ziekteproces anders ingevuld worden. Vooral voordat de diagnose dementie is gesteld, is sprake van een grijs gebied dat verschillend wordt vormgegeven. In de praktijk zien we bijvoorbeeld dat de praktijkondersteuner (POH) van de huisarts een rol heeft in de vinger-aan-de-pols-contacten voor de diagnose; dat de casemanager ondersteunt bij het diagnosetraject en dat er ambulante ondersteuning is bij de sociale problematiek. Gemeenten en Zilveren Kruis zijn o.a. in Amsterdam en Rotterdam met organisaties in overleg om op basis van casuïstiek te komen tot een duiding van de taken waaraan cliënten behoefte hebben in de verschillende fasen van het ziekteproces. Ook bespreken we hoe we dit organiseren binnen de kaders van Wmo, Zvw en Wlz. Er wordt nagedacht over bijvoorbeeld het contracteren van dezelfde aanbieders met daarbij het mandaat voor een casemanager dementie of een wijkverpleegkundige om afspraken te maken voor de cliënt over alle segmenten van zorg en ondersteuning.

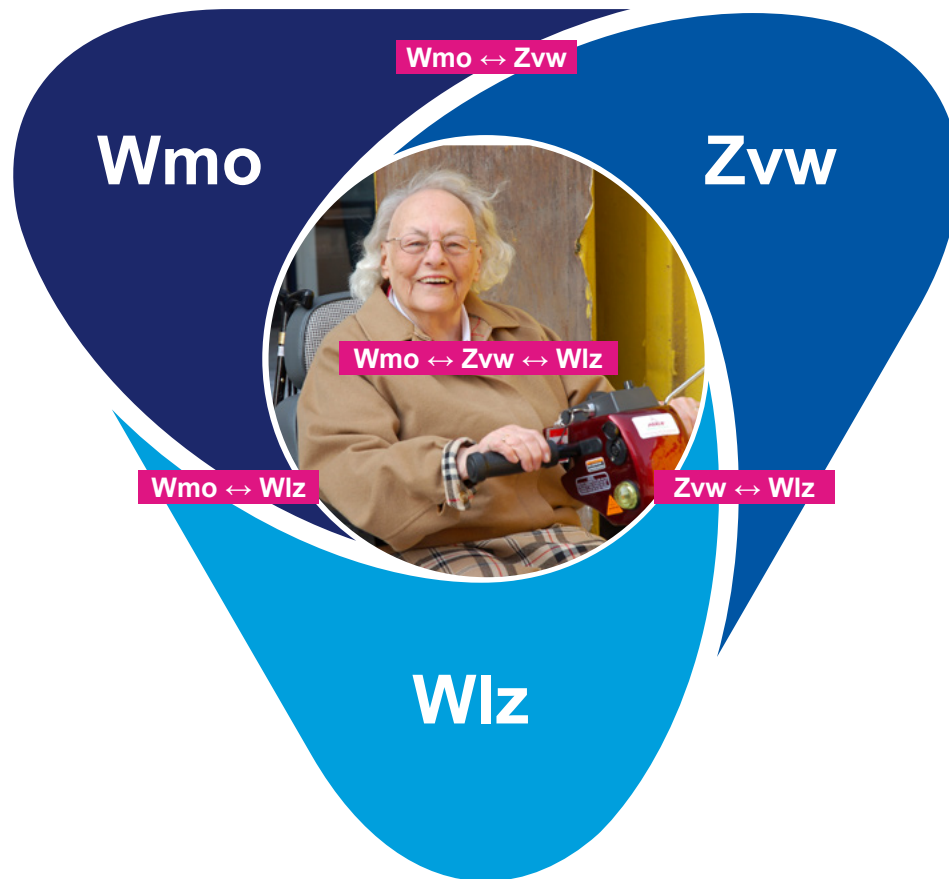


Vanuit het Signaalteam van het ministerie van VWS wordt in een memo over de zorgval tussen Wmo/Zvw en Wlz, het volgende vermeld over casemanagement: 'Casemanagement lijkt een ondergeschoven kindje bij het bepalen van de aanspraak van de cliënt of in het geval de cliënt veel persoonlijke verzorging en verpleging nodig heeft. Het signaalteam vraagt hiervoor aandacht in relatie tot de zorgval die mensen met dementie in hun thuissituatie ervaren als zij van wijkverpleging en Wmo overgaan naar de Wlz. Landelijk wordt de mogelijkheid onderzocht om alsnog een aparte prestatie voor casemanagement in te stellen, vanuit de gedachte dat goed casemanagement bijdraagt aan het uitstellen of verminderen van zorgkosten.'



# Grensvlak Wmo, Zvw en Wlz

Betrokken professionals en zorgsoorten:



## Wmo

- Sociaal (wijk)team
- Maatschappelijke voorzieningen:
  - Rolstoelen
  - Hulp bij huishouden
  - Woonvoorzieningen
  - Ambulante begeleiding
  - Dagbesteding
  - Vervoersvoorzieningen
  - Woningaanpassingen
  - Kortdurend verblijf
  - Cliëntondersteuning
  - Veilig thuis
  - Mantelzorgondersteuning

## Zvw

- Huisartsenzorg
- Wijkverpleging incl. casemanagement dementie
- (Para)medische behandeling
- Ziekenhuiszorg
- Geriatrische revalidatiezorg
- Eerstelijnsverblijf
- Farmacie

## Wlz

- Wlz thuis (via VPT, MPT (verpleging, verzorging, begeleiding en schoonmaak) of PGB)
- Intramurale Wlz-zorg
- Behandeling (inclusief SOB en AVG)

# Thema 1: 24-uurs toezicht



*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.*

## Dilemma

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. Zie in dit geval ook de vraagstukken rondom de grenzen van de aanspraakbepaling Wijkverpleging verderop in dit document.

Als zorg en ondersteuning vanuit Wmo en Zvw opgeteld leidt tot een zorgaanbod dat omvangrijker is dan wanneer een cliënt een Wlz-indicatie ontvangt, kan dit een dilemma opleveren. Namelijk dat een cliënt intramuraal opgenomen moet worden om invulling te geven aan zijn/haar zorgvraag. Het gebeurt regelmatig dat de cliënt vindt dat zorg thuis met meer wijkverpleging mogelijk is. De cliënt kan dan verrast zijn wanneer de wijkverpleegkundige aangeeft dat de grens is bereikt. Wanneer de cliënt overgaat naar de zorg vanuit de Wlz, geldt een eigen bijdrage. Dit is niet het geval wanneer hij of zij thuis blijft en (wijkverpleegkundige) zorg vanuit Zvw ontvangt.

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.

## Wenkend perspectief

In de ideale situatie is de overgang van een cliënt van Wmo/Zvw naar Wlz op grond van zorginhoud en de behoefte aan 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid voor de cliënt duidelijk te markeren. In de praktijk draagt de perverse prikkel van de hogere eigen bijdrage bij aan onnodig lang zorg of ondersteuning leveren vanuit de Wmo/Zvw. In het belang van de kwaliteit van leven van de cliënt, maar ook van de doelmatigheid van de diverse financieringsdomeinen, is het wenselijk/noodzakelijk dat deze perverse prikkel wordt weggenomen.

## Oplossingsrichting

Het is belangrijk om duidelijk te zijn over de grenzen aan zorg en ondersteuning vanuit Wmo en Zvw en regelmatig te bespreken met de cliënt welke mogelijkheden er zijn voor hem/haar in de thuissituatie én wanneer een andere thuissituatie of intramurale opname aan de orde is (verwachtingenmanagement bij de cliënt).

Omdat de cliënt geen nadeel zou mogen ondervinden van deze overgang tussen financieringsstelsels (zowel financieel als zorginhoudelijk) is ook hernieuwde aandacht nodig voor de perverse prikkel van de eigen bijdrage. Gemeenten en Zilveren Kruis voeren hiervoor gezamenlijk de lobby bij VWS/NZa aan de hand van casuïstiek.

Het signaalteam van VWS verwoordde deze bevindingen in een memo over Zorgval. Ook verwerkten Zilveren Kruis en de gemeenten hun bevindingen naar aanleiding van grensvlakgesprekken in een voorstel voor een integrale aanpak van een soepele overgang naar de Wlz. [Zie Deel 3](#) van dit document.



## Thema 2: 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 heeft dementie. Ze woont met een Wlz-indicatie thuis. Haar partner moet geopereerd worden aan haar knie. Ze kan dan een periode niet voor Sandra 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).*

De vraagstukken gaan over kortdurend verblijf dat noodzakelijk is, omdat zorg in de thuissituatie tijdelijk niet adequaat geleverd kan worden.

### Eerstelijnsverblijf (ELV)

ELV is tijdelijke opvang wanneer een oudere vanwege medische redenen niet thuis kan wonen, maar na het verblijf wel weer terug gaat naar huis. Per 2017 wordt ELV onderdeel van de Zvw. Dit ging gepaard met wijzigingen in de manier waarop deze zorg voor cliënten/burgers toegankelijk is. De huisarts stelt nu de aanspraak voor de cliënt vast.

### Respijtzorg Wmo

In het geval van respijtzorg wordt de mantelzorg voor een korte periode 'overgenomen' zodat de mantelzorger op adem kan komen (bijvoorbeeld door een vakantie of weekendje weg) en zo de zorg kan volhouden. Punt van discussie is of deze voorziening ook ingezet kan worden bij het plotseling wegvallen van de mantelzorger. Dit zou alleen het geval zijn als het opschalen van de ondersteuning en zorg thuis geen oplossing biedt. Ook is ELV een optie als de huisarts een medisch risico ziet bij het thuis blijven van de cliënt wanneer de mantelzorger uitvalt.

### Logeren Wlz

Waar het gaat om Wlz-cliënten die hun zorg thuis (VPT of MPT) ontvangen, kan de mantelzorger tijdelijk ontlast worden door de mogelijkheid van Logeren Wlz. Daarnaast zou een cliënt acute gezondheidsproblemen kunnen krijgen, die maken dat hij/zij met spoed opgenomen moet worden.

### Crisis zorg Wlz

Daarnaast kan de situatie ontstaan dat er acuut (binnen 24 uur) een opname nodig is (bij veranderingen in de gezondheidssituatie of thuissituatie van de cliënt) om onaanvaardbare gezondheidsrisico's of ander gevaar voor cliënt/omgeving te voorkomen. Wanneer de verwachting is dat de cliënt een intramurale opname nodig heeft, gezien de omvang en duur van de benodigde zorg aansluitend op de crisisopname, is sprake van crisiszorg Wlz.

### Let op: aanvullend verzekerd?

Het is goed om na te gaan of de cliënt aanvullend verzekerd is. Soms biedt de aanvullende polis nog andere mogelijkheden in aansluiting op de Wmo of in aanvulling op de basis-verzekering (Wijkverpleging). Uiteraard is tijdelijk verblijf op particuliere basis altijd mogelijk, de cliënt betaalt dit zelf.

## Dilemma's

Als gevolg van de overhevelingen in 2015 zijn onduidelijkheden ontstaan over de grenzen van respijtzorg en Eerstelijnsverblijf. Op basis van de gesprekken tussen Zilveren Kruis en gemeenten werd duidelijk dat we andere beelden hebben bij wanneer Wmo-respijtzorg aan de orde is. De vraag is of onder Wmo-respijtzorg ook de zorg valt voor een cliënt als de mantelzorger wegvalt (al dan niet onverwacht), dan wel dat Wmo-respijtzorg bedoeld is ter voorkoming of oplossing van overbelasting. In dat laatste geval zou dus bij wegvallen van de mantelzorger altijd sprake zijn van ELV (als opschaling thuis niet kan). Tijdens de gesprekken bleek dat gemeenten en Zilveren Kruis hier andere beelden bij hebben en het onvoldoende duidelijk is wanneer welke voorziening of zorg het beste kan worden ingezet.

Binnen het thema Kortdurend Verblijf zien we als zorgverzekeraar en gemeenten nog enkele aandachtspunten die te maken hebben met de wettelijke kaders. Zo is het denkbaar dat iemand minder ondersteuning en zorg ontvangt op basis van de Wlz dan daarvoor op basis van (een combinatie van) Wmo en Zvw. Het is daarnaast denkbaar dat iemand significant meer betaalt voor deze zorg dan voorheen wanneer hij een Wlz-indicatie krijgt.

Tot slot is het 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?

## Oplossingsrichting

Gemeenten en Zilveren Kruis voeren hiervoor gezamenlijk lobby bij VWS/NZa/ZIN aan de hand van casuïstiek op bovenstaande dilemma's. Daarnaast verkennen wij op een aantal plekken samen met aanbieders hoe ELV en respijtzorg goed op elkaar kunnen worden afgestemd.

Op dit moment zijn de veldpartijen met elkaar in overleg om de versnippering rond kortdurend verblijf te beperken. Er is een landelijk onderzoek naar V&V crisiszorg in de Wlz. De gelijkenis met ELV (dat valt onder de Zvw) is groot, dus naar verwachting worden deze beide vormen samengevoegd onder de ELV (in de Zvw). We verwachten dat dit vanaf 2019 geëffectueerd wordt.

Zilveren Kruis brengt de casuïstiek in bij het verkennen van mogelijkheden voor de (verdere) clustering van de financiering van kortdurend verblijf.

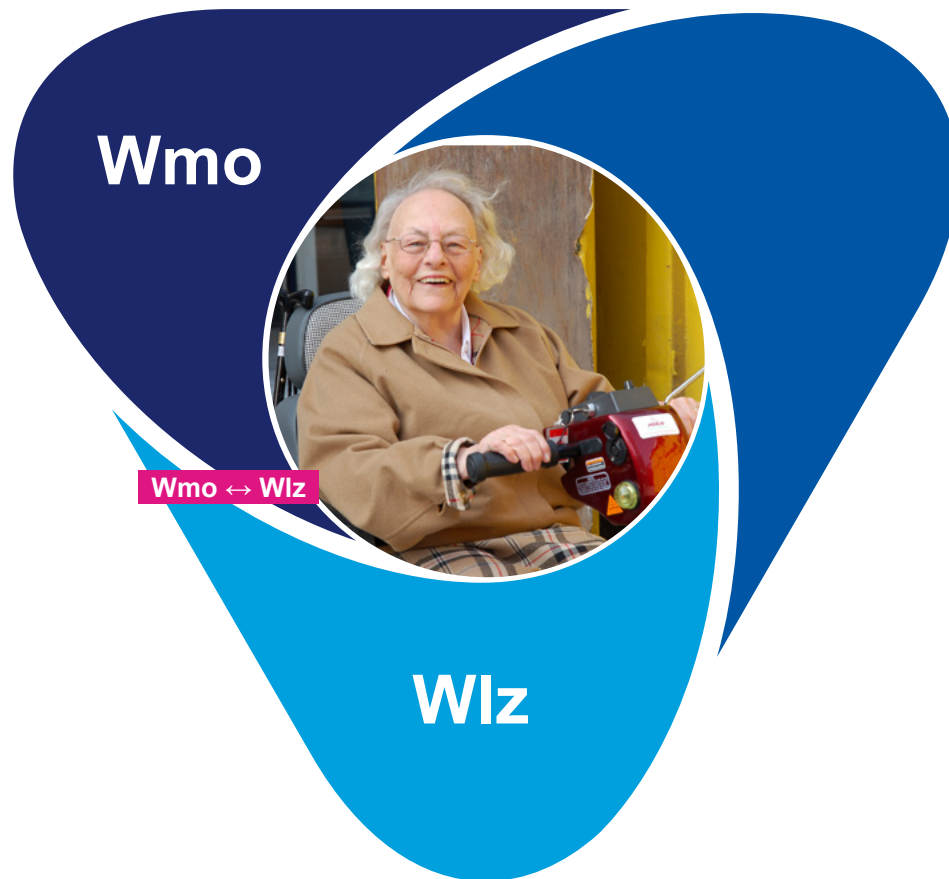


# Grensvlak Wmo en Wlz

Betrokken professionals en zorgsoorten:



16



## Wmo

- Sociaal (wijk)team
- Maatschappelijke voorzieningen:
  - *Rolstoelen*
  - *Hulp bij huishouden*
  - *Woonvoorzieningen*
  - *Ambulante begeleiding*
  - *Dagbesteding*
  - *Vervoersvoorzieningen*
  - *Woningaanpassingen*
  - *Kortdurend verblijf*
  - *Cliëntondersteuning*
  - *Veilig thuis*
  - *Mantelzorgondersteuning*

## Zvw

- Huisartsenzorg
- Wijkverpleging incl. casemanagement dementie
- (Para)medische behandeling
- Ziekenhuiszorg
- Geriatrische revalidatiezorg
- Eerstelijnsverblijf
- Farmacie

## Wlz

- Wlz thuis (via VPT, MPT (verpleging, verzorging, begeleiding en schoonmaak) of PGB
- Intramurale Wlz-zorg
- Behandeling (inclusief SOB en AVG)

## Thema 1: Schoonmaak, woningaanpassingen en hulpmiddelen

*Mijnheer Hadai woont in Epe. Hij is niet gewend om zelf het huishouden te verzorgen. Zijn vrouw deed dat altijd maar is een paar jaar geleden overleden. Mijnheer is niet meer zo mobiel en hij overziet niet goed wat er in huis moet gebeuren. Zijn dochter woont op loopafstand en brengt drie keer per week een verse maaltijd langs. Ook komen er verschillende professionals over de vloer gefinancierd vanuit zijn VPT, onder andere Ria voor hulp bij het huishouden.*

Cliënten die met een Wlz-indicatie thuis wonen, kunnen zorg in diverse leveringsvormen (VPT, MPT en PGB) ontvangen. Deze verschillende leveringsvormen kennen ook verschillende 'rechten'. Cliënten die hun zorg in de vorm van een Modulair Pakket Thuis (MPT) ontvangen (er zijn meerdere zorgaanbieders die delen van de zorg leveren), ontvangen vanaf 1 april hun schoonmaak vanuit de Wlz.

Dit grensvlak is per 1 april 2017 niet meer van toepassing vanwege andere wetgeving, Schoonmaak hoort nu thuis bij de Wlz.

De overgang hiervan (tussen Wmo en Wlz) vraagt overigens wel aandacht van gemeenten en zorgverzekeraars.

Daarnaast is er nog een discussie over woningaanpassingen en hulpmiddelen in relatie tot VPT, PGB, MPT. Deze blijven in ieder geval tot 01-01-2018 een verantwoordelijkheid van de gemeenten. De oplossingsrichting is nog niet helder. Zodra er meer informatie is, zal hierover overleg plaatsvinden tussen gemeenten en Zilveren Kruis. Zie \*



\* Voor cliënten die zorg met verblijf en Wlz-behandeling ontvangen en individueel aangepaste hulpmiddelen nodig hebben, blijft boven-budgetair € 121 miljoen beschikbaar. De overige hulpmiddelen en woningaanpassingen voor Wlz-cliënten blijven in 2017 een verantwoordelijkheid van de gemeenten. (bron: PM brief VWS aan ZN).

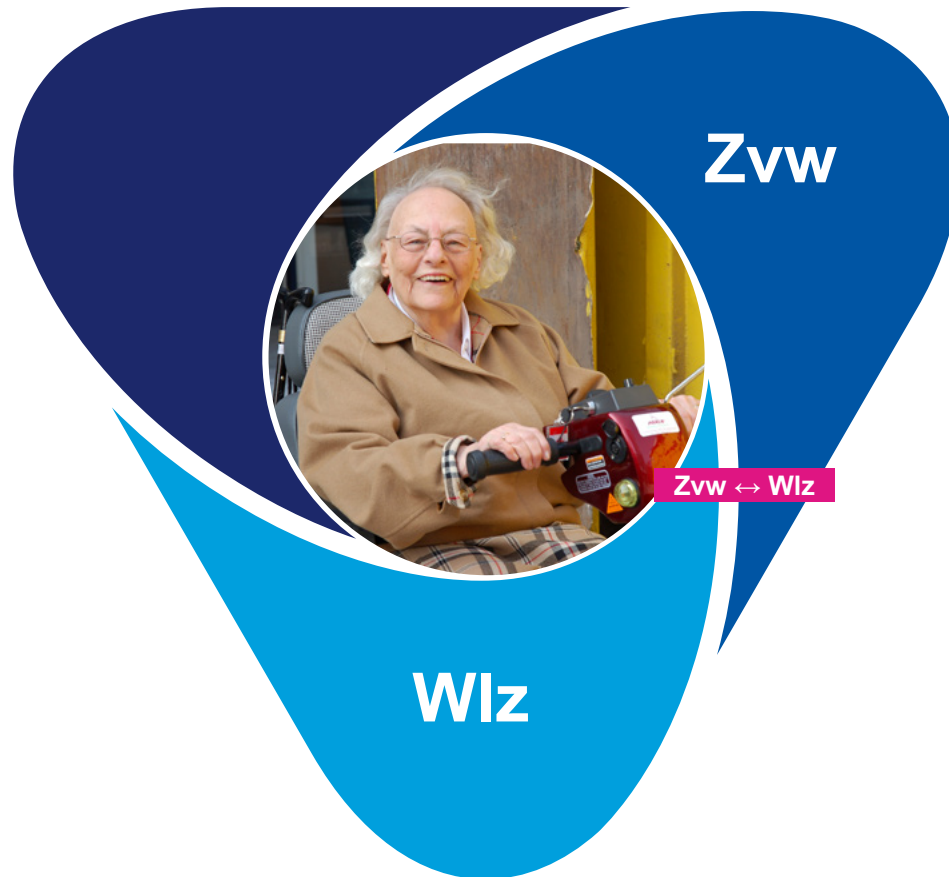


# Grensvlak Zvw en Wlz

Betrokken professionals en zorgsoorten:



18



## Wmo

- Sociaal (wijk)team
- Maatschappelijke voorzieningen:
  - Rolstoelen
  - Hulp bij huishouden
  - Woonvoorzieningen
  - Ambulante begeleiding
  - Dagbesteding
  - Vervoersvoorzieningen
  - Woningaanpassingen
  - Kortdurend verblijf
  - Cliëntondersteuning
  - Veilig thuis
  - Mantelzorgondersteuning

## Zvw

- Huisartsenzorg
- Wijkverpleging incl. casemanagement dementie
- (Para)medische behandeling
- Ziekenhuiszorg
- Geriatrische revalidatiezorg
- Eerstelijnsverblijf
- Farmacie

## Wlz

- Wlz thuis (via VPT, MPT (verpleging, verzorging, begeleiding en schoonmaak) of PGB)
- Intramurale Wlz-zorg
- Behandeling (inclusief SOB en AVG)

Gemeenten hanteren diverse termen voor deze zorgvormen en hebben de ondersteuning vaak op verschillende manieren georganiseerd en gecontracteerd.



# Thema 1: 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. voor dat hij tijdig zijn insuline krijgt toegediend. De wijkverpleegkundige weet dat meneer erg graag thuis blijft, 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.*

*Mevrouw Achterveld heeft al jaren zorg en ondersteuning thuis via Zorgaanbieder A (op basis van de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning). Nu heeft zij een Wlz- indicatie gekregen, maar haar zorgaanbieder is niet gecontracteerd voor Wlz zorg. Mevrouw Achterveld moet dus 'overstappen' naar een andere zorgaanbieder maar weigert dit.*

*Mijnheer van Stenis weigert, uit financieel oogpunt, mee te werken aan het verkrijgen van een Wlz-indicatie. Hij moet straks meer gaan betalen voor dezelfde zorg.*

Deze vraagstukken gaan veelal 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 zou dus voor de betreffende cliënt een Wlz-indicatie aangevraagd moeten worden?

## Zoals uit de voorbeelden hiervoor blijkt, zijn er meerdere redenen waarom cliënten geen Wlz-indicatie willen aanvragen:

- De omvang van de Wlz-indicatie is ontoereikend 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 (of minder) een eigen bijdrage gaan betalen.

Uitgangspunt voor het aanvragen van een Wlz-indicatie is altijd de noodzaak tot 24-uurs toezicht en zorg in de nabijheid. 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.

Het Signaalteam op het gebied van casemanagement en dementie heeft deze punten benoemd in hun notitie over de Zorgval.

Zie ook de notitie van Zilveren Kruis en de gemeenten naar aanleiding van gesprekken met professionals over dit grensvlak. [Lees meer hierover in Deel 3.](#)

## Thema 2: Palliatieve zorg

Wanneer cliënten in de terminale fase van hun leven komen, bepalen hun wensen en woonsituatie vanuit welke financieringsstroom (Wijkverpleging, subsidieregeling Eerstelijnsverblijf of Wlz) de palliatieve zorg vergoed wordt.

Dit landschap is zo complex, dat Zilveren Kruis pleit voor de ontwikkeling van landelijk beleid, zodat, ongeacht waar de financiering vandaan komt, de zorg snel geregeld kan worden. [Zie bijlage 1 met link naar Stroomschema Palliatief Terminale Zorg \(PTZ\)](#). Het ministerie van VWS onderschrijft een versimpeling van het financieringslandschap rond PTZ en onderzoekt inmiddels een aantal oplossingsrichtingen. Zilveren Kruis levert, samen met andere zorgkantoren en zorgverzekeraars een actieve bijdrage aan deze discussie.

Palliactief en IKNL werken op dit moment aan een kwaliteitskader voor PTZ. Aan de hand van dit kader kunnen zorgaanbieders de kwaliteit van hun zorgaanbod verbeteren. Dit kwaliteitskader heeft mogelijk op termijn ook invloed op het financieringslandschap. Wij sluiten aan bij de ontwikkelingen rond dit onderwerp en kijken hoe dit kwaliteitskader een bijdrage kan leveren aan de grensvlakkendiscussie.



## Deel 2 Taaie thema's

Voor een aantal grensvlakvraagstukken is het mogelijk om eenduidig en vanuit een bepaald perspectief te redeneren. Vooral omdat het normenkader hiervoor scherp omlijnd is. Voor een groot aantal grensvlakken geldt dat niet: er is geen normenkader, beleidslijnen (bijvoorbeeld geformuleerd door VNG, het Zorginstituut of V&VN) zijn niet eenduidig en soms staan ze zelfs op gespannen voet met elkaar. Op dat moment ontstaat er een (taai) vraagstuk, waarbij het niet voldoende is om alleen afspraken te maken tussen gemeente en zorgverzekeraar. Er is geen vanzelfsprekende oplossing en het creëren van een oplossing vanuit één perspectief, heeft grote consequenties voor een ander perspectief. Deze situatie kan ook ontstaan als het normenkader wel helder is, maar in de praktijk leidt tot ongewenste situaties voor de cliënt.

Ons doel is om (als Zilveren Kruis en gemeenten) het vraagstuk in het belang van de inwoner/verzekerde te beslechten. Onze uitgangspunten daarbij zijn:

- A.** Niet het zorgaanbod of de voorzieningen staan centraal, maar de oplossing.
- B.** De ondersteuning en zorg zijn simpel georganiseerd, toegankelijk en vertrouwd.

Als we vanuit deze uitgangspunten de ondersteuning en zorg organiseren heeft dat consequenties. De meest passende oplossing kan – zeker op de grens van de wettelijke kaders – op gespannen voet staan met rechtmatigheid. Ook spelen perverse prikkels in het systeem een rol, zoals het voorkomen van het betalen van een eigen bijdrage. Of de professional (bijvoorbeeld wijkverpleegkundige of lid van wijkteam) moet balanceren tussen de vraag van de cliënt, zijn eigen professionele opvatting en de kaders van de eigen organisatie.

Dit zijn spannende dilemma's. Niets doen is daarentegen ook geen optie. We staan immers voor goede zorg en ondersteuning en willen verzekerden/inwoners helpen om hun weg te vinden in de zorgwereld en waar nodig, bij het maken van de juiste persoonlijke keuzes in de zorg. Op dit moment zijn er te veel voorbeelden waar dit niet één, twee, drie goed gaat. Onderstaand schema biedt een overzicht van de dilemma's die kunnen ontstaan, wanneer de verschillende actoren handelen vanuit (uitsluitend) hun eigen perspectief en hun risico afwentelen op een andere partij.

Vanuit het perspectief van...	Dilemma's, belangen, waarden en beperkingen
Cliënt (logica van de uitvoering)	<p><b>Beoogd:</b> de cliënt wil ondersteuning die past bij zijn of haar omstandigheden. Liefst in de vorm van één persoon.</p> <p><b>Mogelijke negatieve consequenties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Onduidelijkheid over zijn situatie kan leiden tot onregelmatigheid in de verzorging/ondersteuning, steeds herziene afspraken of – in het ergste geval – uitblijvende zorg.</li> <li>▪ De cliënt heeft te maken met een (mogelijke) eigen bijdrage in de Wmo. Voor de Zvw geldt geen eigen bijdrage, wel een eigen risico. Bij onduidelijkheid tussen Wmo en Zvw kan de cliënt druk uitoefenen op de wijkverpleegkundige om zo te ontkomen aan een eigen bijdrage</li> </ul>
Professional (logica van de uitvoering en de organisatie)	<p><b>Beoogd:</b> vanuit haar professionele (vak)opvatting en met uitgangspunt de beoogde transformatie <i>van zorgen voor naar zorgen dat</i>, maakt ze samen met de cliënt de afweging wat nodig is. Daarbij kan zij leveren wat nodig is of andere professionals aanspreken op hun verantwoordelijkheid.</p> <p><b>Mogelijke negatieve consequenties:</b></p> <p>Met onduidelijkheid in het normenkader kan er een aantal patronen ontstaan tussen professionals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afschuifgedrag: de wijkverpleegkundige heeft te maken met strenge eisen opgelegd vanuit de aanbieder/werkgever en duwt de verantwoordelijkheid naar de gemeente en vice versa (gemeente professional duwt terug naar wijkverpleegkundige)</li> <li>▪ Vakopvatting en risicoreductie: de wijkverpleegkundige kiest het zekere voor het onzekere (wil voorkomen dat problematiek wordt onderschat) en lost het probleem op door ondersteuning te leveren (nl. eigen beslissingsbevoegdheid)</li> <li>▪ Druk vanuit cliënt op wijkverpleegkundige om zorg te leveren, vanwege het ontbreken van eigen bijdrage in de Zvw.</li> </ul>
Zorgverzekeraar (logica van de organisatie en het systeem/stelsel)	<p><b>Beoogd:</b> de zorgverzekeraar is samen met de gemeenten op zoek naar situationele en daarmee financiële ruimte in de lokale praktijk om recht te doen aan de gedifferentieerde vraag.</p> <p><b>Mogelijke negatieve consequenties:</b></p> <p>De zorgverzekeraar is risicodragend t.a.v. de wijkverpleging. Dat betekent dat de zorgverzekeraar individueel dit risico draagt en daarmee zich extra zal inspannen om de zorgkosten te beheersen. Meer wijkverpleegkundige zorg, leidt tot hogere zorgkosten leidt uiteindelijk tot een hogere premie. De zorgverzekeraar stuurt primair via de inkoopafspraken met aanbieders en door te sturen op de rechtmatige inzet van zorg. Dat doet zij binnen kaders en onder toezicht van de Nza. Dat geeft de zorgverzekeraar weinig instrumenten in handen om én te sturen op kwaliteit en maatwerk én te sturen op reductie van zorgkosten.</p>
Gemeente (logica van de organisatie en het systeem/stelsel)	<p><b>Beoogd:</b> de gemeente is samen met de zorgverzekeraar op zoek naar situationele en daarmee financiële ruimte in de lokale praktijk om recht te doen aan de gedifferentieerde vraag.</p> <p><b>Mogelijke negatieve consequenties:</b></p> <p>De Wmo is er op gericht mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten zijn en gaat uit van de eigen mogelijkheden van inwoners. Eerst wordt gekeken wat iemand zelf kan doen, dan naar wat het netwerk kan oplossen. Wanneer daar geen mogelijkheden toe zijn, kan er aanbod vanuit de Wmo geleverd worden. De individuele gemeenten hebben daarin beleidsvrijheid om de hulp en ondersteuning naar de colour locale in te richten. De gemeente heeft een budget tot haar beschikking om hulp, ondersteuning en zorg in te kopen in het kader van de Wmo. De gemeente heeft meer bestedingsvrijheid dan de zorgverzekeraar maar ook hier geldt een maximaal budget. Daarnaast kan de gemeente meer dan de zorgverzekeraar rechtstreeks sturen op de inzet van middelen. De wijze waarop de wijkverpleegkundige wordt geconfronteerd met het probleem van de cliënt, hangt in bepaalde mate ook af van de invulling en vormgeving van de Wmo binnen de gemeente: is er een ruimhartig beleid, of worden er strenge eisen aan de poort gesteld. Daar tegenover staat dat, mocht een vraagstuk van de cliënt politiek worden, de gemeente vaak het probleem oplost – ongedacht de rol verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.</p>

VWS  
(logica van het systeem)

**Beoogd:** evenwichtige afweging in de praktijk leidt tot een reductie van zorgkosten op macroniveau. De overheid geeft ruimte aan de zorgverzekeraars en gemeenten om te komen met passende oplossingen zonder voorschrijvende taakstellingen en beleidsregels.

**Mogelijke negatieve consequenties:**

VWS is stelselverantwoordelijk en verantwoordelijk voor de totale collectieve uitgaven zorg. De komende jaren blijven de zorgkosten groeien en krijgen ze een nog groter aandeel in het totale uitgavenkader van het Rijk. Zorgkostenreductie is daarmee van groot belang. De verantwoordelijkheid hiervoor is belegd bij gemeenten en zorgverzekeraar. Als budgetten worden overschreden of cliënten dreigen tussen wal en schip te vallen, dan grijpt VWS in met bijvoorbeeld een taakstelling, of beleidsregel.

Bovenstaand schema maakt duidelijk dat we er met uitsluitend een nieuwe norm formuleren niet zijn. Een werkwijze ontwikkelen die hout snijdt en waar professionals samen met de inwoners/verzekerden mee uit de voeten kunnen, vraagt om een andere oplossing. Een oplossing met als kernwaarde dat de verschillende partijen oog hebben voor elkaars belangen en daarbij gezamenlijk een afweging maken. Voor de thema's hoog risico op geneeskundige zorg en maaltijdbereiding lichten we dit op de volgende pagina's toe.



# Thema 1: Persoonlijke verzorging bij hoog risico op geneeskundige zorg



*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?*

Of de persoonlijke verzorging aan meneer van Leeuwen wordt vergoed vanuit de Wmo of de Zvw hangt af van de vraag of er wel of geen sprake is van 'hoog risico op geneeskundige zorg'.

De zinsnede 'behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop' wil zeggen dat deze zorg bestemd is voor inwoners /verzekerden bij wie nog geen sprake is van een ziekte, aandoening of beperking, maar wel een 'hoog risico' hierop hebben. Denk daarbij aan ouderen met een lichamelijke aandoening of beperking en aan ouderen met dementie. Of, in het algemeen, mensen bij wie de gezondheidssituatie snel kan veranderen en verslechteren en die vaak al (intensief) te maken hebben met huisartsenzorg of ziekenhuiszorg.

De aanspraak van meneer van Leeuwen op Wijkverpleging wordt bepaald door de wijkverpleegkundige op basis van het normenkader van de beroepsgroep, verenigd in V&VN. Eind 2015 is V&VN gevraagd om i.o.m. Zorginstituut Nederland de duiding rond de term 'hoog risico op geneeskundige zorg' te verbeteren. Dit aangevulde normenkader is nog niet beschikbaar.

Ook VWS en VNG hebben uitspraken gedaan over wanneer persoonlijke verzorging geleverd dient te worden op basis van Wmo en Zvw. De duiding komt niet overeen:

- In het besluit Zorgverzekeringen 2015 is opgenomen dat verpleging en verzorging in verband met hoog risico op medische zorg onder de Zvw valt. Dit kan voorkomen bij kwetsbare ouderen met lichamelijke aandoeningen of dementie. Verzorging die verband houdt met begeleiding maakt onderdeel uit van de Wmo.
- VWS stelt (zie Informatiekaart afbakening PV) dat: gemeenten op basis van het zorgvuldig onderzoek — zoals dat is opgenomen in de Wmo 2015 — gehouden zijn passende ondersteuning te verlenen aan mensen die behoefte hebben aan ondersteuning bij hun zelfredzaamheid en participatie. De (wijk)verpleegkundige bepaalt op basis van het criterium van behoefte aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop, de aard, inhoud en omvang van de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg maakt onderdeel uit van het basispakket van alle verzekerden.
- VNG stelt dat de wijkverpleegkundige, in overleg met de Wmo consultant of de medewerker van het sociale wijkteam van de gemeente, het best kan beoordelen of de cliënt al dan niet behoefte heeft aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop heeft.

Wel is er overeenstemming over de zorg voor cliënten in een Fokuswoning. Voor deze groep geldt dat de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) worden vergoed uit de subsidieregeling van VWS, medische zorg vanuit de Zvw en woningaanpassingen vanuit de Wmo.

Er wordt onderzoek gedaan (door bureau Argonaut) naar de financiering van de zorg- en begeleidingscomponenten van cliënten die in een zorgwoning wonen. De uitkomsten moeten duidelijkheid geven onder welk financieringsdomein bepaalde vormen van zorg en ondersteuning vergoed moeten worden. De uitkomsten van dit onderzoek worden medio 2017 verwacht.

Samenvattend: een eenduidige duiding van hoog risico op geneeskundige zorg is nog niet voorhanden. Tegelijkertijd is ons beeld dat we er met deze duiding alleen niet zijn.

## Wenkend perspectief

Net zoals in het voorbeeld van meneer van Leeuwen is het vaak de hulp bij het huishouden die als eerste in een huishouden komt. In dat geval moet men voor de persoonlijke verzorging zelf, via huisarts of wijkteam contact opnemen met een thuiszorgaanbieder. De wijkverpleegkundige kijkt dan of er naast de hulp bij het huishouden ook Zvw-zorg nodig is. Zodra blijkt dat er ondersteuning nodig is bij persoonlijke verzorging, kan de wijkverpleegkundige een inschatting maken of 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. Idealiter doet zij dat binnen een richtinggevend kader dat haar handvatten geeft om zowel het perspectief van de patiënt als de financiële kaders in haar afweging mee te nemen. Dat vraagt wel dat zij daartoe geëquipeerd wordt door de eigen organisatie.

## Dilemma's

Er is geen gemakkelijke oplossing, omdat – vooral voor de thema's maaltijdvoorziening en risico op hoog geneeskundige zorg – de principes over rechtmatigheid een praktische oplossing in de weg kunnen staan. Veel wijkverpleegkundigen en wijkteammedewerkers die wij afgelopen periode spraken, herkenden dit dilemma. Vaak doen wijkverpleegkundigen en casemanagers niet-Zvw handelingen er 'eventjes bij'. Dit wordt weggeschreven onder de Zvw. Veel gemeenten wijzen "begeleiding-met-de-handen op de rug" af omdat het uitgangspunt van het beleid is dat de mantelzorger dit zou moeten doen.

Het aanvragen van Wmo-voorzieningen gebeurt in de eigen tijd van de zorgaanbieder. Als de Wmo-aanvragen vaak worden afgewezen rendeert het niet om aanvragen in te dienen. De oplossingsrichting van dit vraagstuk moet onzes inziens gevonden worden in het organiseren van ondersteuning en zorg in aansluiting op de logica van de uitvoering én in het investeren in het samenspel in de 1e lijn.

Zilveren Kruis geeft in haar inkoopbeleid Wijkgericht Werken 2018 nadrukkelijk een rol aan gemeenten in het versterken van de samenwerking van de Eerstelijns en daarvoor afspraken te maken met de V&V aanbieders in de gemeente/regio. Dit biedt mogelijkheden voor afspraken op organisatieniveau die passen in de lokale context en aansluiten bij de logica van de uitvoeringspraktijk.



## Thema 2: Maaltijdvoorziening



*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 één 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 er uit te halen en op te eten. Wie regelt wat in de maaltijdvoorziening voor mevrouw?*

[Zie ook: Informatiekaart afbakening Wmo 2015 en Wijkverpleging Zvw.](#)

De maaltijdvoorziening kan uit de volgende handelingen bestaan:

- De maaltijdbereiding: 2x per dag brood klaarmaken en 1x per dag een (magnetron) maaltijd klaarmaken /opwarmen;
- Het klaarzetten van de maaltijd zodat de cliënt erbij kan om het op te eten;
- De cliënt aansporen en hem of haar eraan herinneren dat hij of zij moet eten;
- Erop toezien dat de cliënt eet;
- De maaltijd toedienen.

Er zijn veel algemeen gebruikelijke of voorliggende voorzieningen voor maaltijdbereidingen. Als dat niet mogelijk blijkt dan kan maaltijdvoorziening een onderdeel zijn van:

- Ondersteuning op grond van de Wmo. Denk aan hulp bij het huishouden of ambulante begeleiding.
- Persoonlijke verzorging als onderdeel van Wijkverpleging (Zvw).

Als er sprake is van ondersteuning bij het eten is het allereerst van belang te zorgen dat er boodschappen zijn gedaan om een warme maaltijd te kunnen bereiden. Als een inwoner/cliënt dit niet zelf kan organiseren, hebben gemeenten dit vaak gecontracteerd als onderdeel van de hulp bij het huishouden. We krijgen hier weinig vragen over.

### Twee standpunten

Het Zorginstituut Nederland en ook de V&VN maken onderscheid tussen het ondersteunen van handelingen en het overnemen van handelingen. In lijn met de Informatiekaart van VWS zou een groot deel van de maaltijdbereiding onder de Wmo vallen, omdat vanuit de Wmo de zelfredzaamheid van inwoners wordt ondersteund. De VNG staat op het standpunt dat wanneer een cliënt persoonlijke verzorging uit de Zvw krijgt, deze pv-er ook de maaltijdbereiding tot zijn of haar taak zou moeten rekenen op de momenten dat hij of zij bij de cliënt thuis aanwezig is. Dus ook als deze maaltijdbereiding formeel onder de Wmo 2015 valt (duiding VNG).

Het mag duidelijk zijn dat bovengenoemde twee standpunten niet een op een op elkaar aansluiten. Ook hier geldt dat eenduidige duiding ontbreekt. Maar in de praktijk spelen meer dilemma's.

## Wenkend perspectief

Allereerst kijken de professionals (denk aan generalistisch wijkteammedewerker of wijkverpleegkundige) of een huisgenoot of iemand van het aanwezige steunsysteem de taken rond de maaltijd kan uitvoeren. Is dat niet mogelijk? Dan is het uitgangspunt dat mevrouw Verwoerd en mevrouw Jansen zoveel mogelijk te maken krijgen met één aanspreekpunt. Zilveren Kruis en gemeenten geven vanuit deze denkrichting de voorkeur aan de meest praktische en efficiënte oplossing.

Vanuit het perspectief van mevrouw Verwoerd en mevrouw Jansen zou dit idealiter betekenen dat de vraag uit welke wettelijk kader de ondersteuning of zorg gefinancierd wordt geen rol speelt. Dat zou er bijvoorbeeld als volgt uit kunnen zien: de diverse betrokken professionals die bij mevrouw Verwoerd over de vloer komen maken afspraken over wie haar wanneer helpt met eten en drinken. De verzorgende die de PV levert, (want mevrouw maakt gebruik van Persoonlijke Verzorging uit de Zvw) neemt de maaltijdverzorging op zich als zij bij mevrouw thuis is, ook al valt deze taak formeel onder de ambulante begeleiding/hulp bij het huishouden als onderdeel van de Wmo. De medewerker Ambulante Begeleiding neemt de maaltijdverzorging op zich op de dagen dat zij bij mevrouw Verwoerd is en de verzorgende die PV levert niet langskomt, ook al valt dit deel van de handelingen normaliter onder persoonlijke verzorging in de Zvw. Voor mevrouw Jansen is meer toezicht nodig bij het eten van de maaltijd. De wijkverpleegkundige kan iedere ochtend controleren of de maaltijd uit de vriezer is en toezien op de maaltijd, ook al valt deze taak in deze casus onder de Wmo. Omdat 'toezien op de maaltijd' onder de Wmo valt, ziet iemand uit het wijkteam 's avonds toe op het gebruik van de maaltijd, wanneer het informele netwerk van de cliënt onvoldoende mogelijkheden biedt om het toezicht op zich te nemen.

## Dilemma's

De passende oplossing voor de cliënt zoals we hierboven schetsen past niet bij het strikt hanteren van de kaders die VWS heeft gemaakt. Daarmee ontstaat een dilemma voor de zorgverzekeraar en voor aanbieders. Bovendien heeft de praktische en

efficiënte opzet die we voorstaan gevolgen voor met name de financiële kaders van de aanspraak Wijkverpleging. Aangezien dit dilemma net als bij het thema: hoog risico op geneeskundige zorg met name speelt bij kwetsbare ouderen gaat het in potentie om een grote groep verzekerden.

We staan voor passende en praktische oplossingen voor onze verzekerden/inwoners. Veel wijkverpleegkundigen maken precies deze afweging als in deze casus wordt beschreven. Daarmee is er vaak geen probleem voor de betreffende cliënt, maar ontstaat er wel een dilemma op organisatieniveau. De oplossing op organisatieniveau is niet zo eenvoudig, omdat – zie ook thema risico op hoog geneeskundige zorg – de principes over rechtmatigheid een praktische oplossing in de weg kunnen staan. Veel wijkverpleegkundigen en wijkteammedewerkers die wij afgelopen periode spraken, herkenden dit dilemma.

- Vaak doen wijkverpleegkundigen en casemanagers niet-Zvw handelingen er 'eventjes bij'. Dit wordt weggeschreven onder de Zvw.
- Veel gemeenten wijzen "begeleiding-met-de-handen op de rug" af omdat het uitgangspunt van het beleid is dat de mantelzorger dit zou moeten doen.
- Het aanvragen van Wmo-voorzieningen gebeurt in de eigen tijd van de zorgaanbieder. Als de Wmo-aanvragen vaak worden afgewezen rendeert het niet om aanvragen in te dienen.

De oplossingsrichting van dit vraagstuk moet onzes inziens gevonden worden in het organiseren van ondersteuning en zorg organiseren in aansluiting op de logica van de uitvoering én in het investeren in het samenspel in de 1e lijn.

Zilveren Kruis geeft in haar inkoopbeleid Wijkgericht Werken 2018 nadrukkelijk een rol aan gemeenten in het versterken van de samenwerking van de Eerstelijns en daarvoor afspraken te maken met de V&V aanbieders in de gemeente/regio. Dit biedt mogelijkheden voor afspraken op organisatieniveau die passen in de lokale context en aansluiten bij de logica van de uitvoeringspraktijk.

Daarnaast onderzoeken we de mogelijkheden om als gemeente en zorgverzekeraar dezelfde zorgaanbieder te contracteren.

*NB. Ook op de grens van Wmo en Wlz is de maaltijdvoorziening een thema. Cliënten die met een Wlz-indicatie thuis wonen, kunnen zorg in diverse leveringsvormen (VPT, MPT en PGB) ontvangen. Deze verschillende leveringsvormen kennen ook verschillende 'rechten'. Cliënten met een Volledig Pakket Thuis (VPT) ontvangen hun maaltijdvoorziening uit de Wlz. Cliënten die hun zorg in de vorm van Modulair Pakket Thuis (MPT) verzilveren (er zijn meerdere zorgaanbieders die delen van de zorg leveren) of via PGB, ontvangen in 2016 hun maaltijdvoorziening vanuit de Wmo. De dilemma's die we schetsen bij het thema maaltijdvoorziening (Wmo en Zvw) gelden ook hier: er is onduidelijkheid wanneer welke handeling vergoed wordt vanuit de Wmo, dan wel vanuit de Wlz. Per 2017 is dit, door overheveling van Huishoudelijke Hulp naar de Wlz, naar verwachting geen thema meer.*

## Deel 3 De volgende stap

### Inzicht door gesprekken: onderlinge afspraken maken

Naar aanleiding van de casussen in dit document waren er groepsgesprekken met wijkverpleegkundigen, professionals uit lokale (wijk)teams, huisartsen, praktijkondersteuners, mantelzorgers en medewerkers van het CIZ. Deze gesprekken met professionals over concrete casuïstiek, ieders werkwijze & afwegingen op de grens tussen Wmo/Zvw met de Wlz leverden inzicht in de grootste vraagstukken/knelpunten. Ook gaven ze inzicht in elkaars werkwijze en daarmee duidelijkheid.

Goede onderlinge afspraken op uitvoeringsniveau zijn daarbij cruciaal om ons doel te bereiken. Op organisatieniveau zullen we vervolgens daarop moeten aansluiten.

Naar aanleiding van de gesprekken en de notitie van november 2016, zijn diverse casussen op allerlei niveaus onder de aandacht gebracht. Zowel op landelijk niveau (bij het Bestuurlijk Overleg tussen ZN, VNG) als op organisatieniveau bij Zilveren Kruis en bij de deelnemende gemeenten. Daardoor zijn vervolgsafspraken tot stand gekomen. Diverse vervolgsafspraken worden genoemd in dit document.

Zilveren Kruis heeft de grensvlakken Ouderenzorg geagendeerd in haar inkoopbeleid Wijkgericht Werken. Ze vraagt daarmee gericht aan de gemeenten en zorgaanbieders om het gesprek hierover te starten. Zie ook inleiding van dit document.

### Overgang naar Wlz

Het grensvlak van de Wlz vraagt meer aandacht dan alleen onderlinge afspraken.

Daarom organiseerden wij specifiek gesprekken over casussen, knelpunten en werkwijze op het grensvlak tussen Wmo of Zvw met de Wlz.

Deze leverden inzicht in de grootste vraagstukken/knelpunten op dit gebied

Vraagstukken zijn onder andere:

- 24-uurs toezicht: Vanaf welk moment heeft een oudere 24-uurs toezicht en zorg in de nabijheid nodig en zou dus voor de betreffende oudere een Wlz-indicatie aangevraagd moeten worden. Betrokken professionals maken ieder voor zich de afweging over wanneer toeleiding naar Wlz gewenst is. Dit leidt in een aantal gevallen ook tot verschillende of tegenstrijdige advisering aan oudere en mantelzorger, waardoor hij of zij zich niet gesteund voelt.
- Uren Zvw en Wmo in verhouding tot uren Wlz zorg: Het aantal uren ondersteuning vanuit de Wmo en zorg vanuit de Zvw gezamenlijk leidt tot een aanbod dat omvangrijker is dan wanneer een oudere een Wlz-indicatie ontvangt.
- Eigen bijdrage Wlz: Wanneer de oudere overgaat naar de zorg vanuit de Wlz, geldt een eigen bijdrage. Dit is niet het geval wanneer hij of zij thuis blijft en zorg vanuit Zvw ontvangt. De eigen bijdrage in de Wmo (bepaalt de gemeente) is in de meeste gevallen lager dan de eigen bijdrage Wlz.
- Continuïteit van zorgverlener: Het is mogelijk dat de oudere moet overstappen van zorgaanbieder wanneer hij/zij een Wlz-indicatie krijgt, omdat de huidige zorgaanbieder niet gecontracteerd is voor Wlz-zorg. Op dit punt worden dit jaar een aantal stappen gezet binnen de Wlz. Zo maakt het zorgkantoor Zilveren Kruis dit jaar met een grotere groep aanbieders afspraken.
- Verantwoordelijkheid van oudere om zelf Wlz aan te vragen én tegenstrijdige adviezen/gebrekkige communicatie en afstemming: in sommige gevallen krijgt de oudere en zijn/haar mantelzorger tegenstrijdige adviezen van verschillende professionals. Dat maakt het lastig voor hen om in te schatten wat te doen in relatie tot aanvraag Wlz.
- Door het Modulair Pakket Thuis (MPT) en het Volledig Pakket Thuis (VPT) zijn binnen de Wlz de grenzen tussen de wetten minder helder geworden. Ouderen kunnen thuis blijven wonen, ook als ze 24-uurszorg nodig hebben. Voor de professional, oudere en mantelzorger zijn daarmee de grenzen tussen de wetten opgerekt en minder eenduidig. Op papier geeft dat enorme ruimte, maar in de praktijk ontstaat onduidelijkheid en daarmee handelingsverlegenheid.



## Conclusie en vervolg

Onze overall-conclusie naar aanleiding van deze gesprekken: de gesignaleerde knelpunten zijn in de praktijk zeer herkenbaar. De oplossing voor deze knelpunten ligt niet in het enkel aanpassen van de wet- en regelgeving. Het vermoeden is dat een wetswijziging vooral leidt tot nieuwe grensvlakkraagstukken. De oplossing denken wij ook niet te vinden door ieder voor zich aan de slag te laten gaan met een of meerdere van de knelpunten. Er is een integrale aanpak op verschillende niveaus nodig: het uitvoeringsniveau, het organisatieniveau en het stelselniveau. De basis van de aanpak ligt naar onze stellige overtuiging op het uitvoeringsniveau en de verbindingen tussen het medisch en sociale domein. Daarbij is het zaak om te komen tot oplossingen die niet alleen symptomen wegnemen, maar juist de onderliggende oorzaken aanpakken.

In de notitie [Overgang van Wmo en Zvw naar Wlz ouderenzorg](#) van juni 2017 pleiten we daarom voor een integrale praktijkaanpak in zorg en ondersteuning.

De doelen van deze aanpak zijn:

1. Continuïteit van zorg in de overgang naar de Wlz;
2. Meer duidelijkheid voor ouderen en hun naasten omtrent de overgang;
3. Betere positionering van de oudere (eigen regie) en de mantelzorger in de hele keten;
4. Effectievere samenwerking van medisch en sociaal domein en verbinding met het CIZ;
5. Onnodige crises voorkomen en het aantal ouderen bij HAP en op SEH terugdringen;
6. Effectieve inzet van financiële middelen.

De aanpak kenmerkt zich door het primaat in de zoektocht naar oplossingen te leggen bij de uitvoering. Maar het is randvoorwaardelijk dat deze oplossingsrichtingen vervolgens ook geborgd worden op organisatie- en stelselniveau. Op deze wijze zijn alle partijen geëngageerd en zijn de condities voor een effectieve en kwalitatief goede hulp, ondersteuning en zorg geborgd. We stellen zodoende een vervolgaanpak voor waarin we op drie niveaus – in samenhang – stappen zetten:

### 1. Uitvoeringsniveau

De praktijk is het uitgangspunt. In de dagelijkse uitvoeringspraktijk van professionals in de eerste lijn (medisch en sociaal) wordt in interactie met het CIZ – en in relatie tot het verpleeghuis, gezocht naar de optimale oplossing voor de werkvloer en de oudere en zijn of haar omgeving.

Werkwijze: proeftuinen

### 2. Organismatieniveau

Van daaruit wordt gezocht naar oplossingen op organisatieniveau om ervoor te zorgen dat datgene wat is geleerd, geborgd wordt in het beschikbare en meest toepasbare sturingsinstrumentarium.

Werkwijze: expertsessies met gemeenten, aanbieders, Zilveren Kruis, CIZ

### 3. Stelselniveau

Als blijkt dat een oplossing op uitvoerings- en organisatieniveau niet voorhanden is, is het van belang om stelseloplossingen te formuleren. Echter elke oplossing op stelselniveau zal ook leiden tot nieuwe grensvlakkraagstukken. Dat betekent dat voor elke oplossing op stelselniveau de consequenties op uitvoerings- en organisatieniveau in beeld moeten worden gebracht.

Werkwijze: landelijk informeel netwerk van VNG, ZN, brancheorganisaties, VWS, NZA, ZIN

## Bijlage 1: Links naar meer informatie

### **Informatiekaart tijdelijk verblijf Utrecht**

<https://www.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/5.sociaal-maatschappelijk/Ontwikkeling/PDF/Informatiekaart-tijdelijk-verblijf-ouderen.pdf>

### **Beslisboom naar tijdelijke vervolgzorg Amsterdam**

<https://www.sigra.nl/beslisboom-vervolgzorg>

### **Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf**

<https://www.ciz.nl/voor-professionals/aanvragen-subsidieregelingen/Paginas/Subsidieregeling-eerstelijns-verblijf-2015.aspx>

### **Informatiekaart VWS palliatief terminale zorg**

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2015/12/01/informatiekaartpalliatief-terminale-zorg-ptz>

## Bijlage 2: Toelichting op de wetten

Sinds begin 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervangen door een aantal nieuwe en bestaande (zorg)wetten, waaronder de Wet langdurige zorg (Wlz). Om precies te zijn, zijn alle taken die onder de AWBZ vielen, overgeheveld naar één van de volgende wetten:

- De Wet langdurige zorg (Wlz).
- De Zorgverzekeringswet (Zvw) via het basispakket.
- De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- De Jeugdwet.

### Wat is de kern van de Wet maatschappelijke ondersteuning?

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt sinds 2007 uitgevoerd door gemeenten in Nederland en heeft als doel om burgers zo goed mogelijk in staat te stellen om deel te nemen aan de samenleving. De Wmo is vooral bedoeld voor burgers die participatie- problemen ondervinden, zoals ouderen en mensen met een beperking. Gemeenten zijn volgens de Wmo verplicht om deze groepen te compenseren door het aanbieden van voorzieningen en ondersteuning, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of een aanpassing aan de woning.

Voor de uitvoering van de Wmo hebben gemeenten de volgende taken:

- Leefbaarheid en sociale samenhang bevorderen.
- Mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen.
- Het bevorderen van deelname aan de samenleving voor mensen met een beperking of psychisch probleem.
- Maatschappelijke opvang aanbieden.
- Openbare geestelijke gezondheid bevorderen.
- Informatie, advies en cliëntondersteuning geven.
- Verslavingsbeleid bevorderen.
- Jeugdigen met problemen preventief ondersteunen.

### Meer taken naar gemeenten per 2015

Per 1 januari 2015 is de Wmo gewijzigd en hebben gemeenten meer verantwoordelijkheden gekregen, bijvoorbeeld de ambulante begeleiding thuis, dagbesteding en beschermd wonen. Gemeenten zijn daarmee verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de ondersteuning bij mensen thuis. Het doel hiervan is om hen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen (zelfredzaamheid) en te laten deelnemen aan de maatschappij (participatie). Ook moeten gemeenten het ontmoeten van andere mensen blijven bevorderen.

### Van compensatieplicht naar maatwerkvoorziening

In de oude Wmo stond de compensatieplicht centraal. Gemeenten zijn verplicht om mensen met een beperking of psychische problematiek te compenseren voor de beperkingen die zij ondervinden bij hun zelfredzaamheid en participatie. In de huidige wet worden daarbij vier resultaatgebieden onderscheiden. In de nieuwe Wmo is de term 'maatwerkvoorziening' geïntroduceerd. De maatwerkvoorziening is aanvullend op wat iemand zelf kan bijdragen, en vormt samen met de inzet van eigen kracht of, indien van toepassing, gebruikelijke hulp of mantelzorg een samenhangend ondersteuningsaanbod, ofwel maatwerk. Ook het gebruik van een algemene voorziening kan, afhankelijk van de omstandigheden van de cliënt, tot het vereiste maatwerk leiden.

Gemeenten hebben in de nieuwe wet nog steeds een resultaatverplichting. Het uitgangspunt is dat zelfredzaamheid en meedoen de verantwoordelijkheid zijn van mensen zelf. Maar gemeenten zijn gehouden om beleid te maken ter ondersteuning van mensen die niet volledig zelf kunnen voorzien in hun zelfredzaamheid en participatie, of behoefte hebben aan beschermd wonen of opvang.

### Gemeenten maken zelf keuzes in hoe zij de ondersteuning organiseren

Gemeenten bepalen zelf hoe de uitvoering van de Wmo wordt geregeld. Dat houdt in dat de uitvoering van de Wmo per gemeente iets kan verschillen. De kosten die worden gemaakt voor de uitvoering van de Wmo worden gefinancierd uit belastinggeld.

## Wat is de kern van de Zorgverzekeringswet (Zvw)?

Ook zorgverzekeraars hebben er in 2015 taken bijkregen. Dat komt doordat een aantal taken vanuit de (voormalige) AWBZ zijn overgeheveld naar het basispakket van de Zvw.

Om precies te zijn gaat het om:

- Wijkverpleging (Verzorging en verpleging thuis, zoals het toedienen van medicatie, hulp bij het wassen en aankleden en het verzorgen van wonden)
- Behandeling (zonder opname) van mensen met een zintuiglijke beperking
- Palliatief terminale zorg (verzachting en verlichting voor mensen in het laatste stadium van hun ziekte/aandoening)
- Intensieve kindzorg
- De eerste drie jaar Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Per 1 januari 2017 vervalt ook de subsidieregeling Eerstelijnsverblijf (ELV) onder de Wlz en komt er een aanspraak Eerstelijnsverblijf voor verzekerden in de Zvw.

Naar verwachting wordt per 1 januari 2018 ook de behandeling die nu onder de Wlz-subsidieregeling Extramuraal Behandeling valt ,overgeheveld naar de Zvw.

## Wanneer kan iemand gebruik maken van de Zvw?

In Nederland is de basisverzekering verplicht. De overheid bepaalt welke zorg hierin zit en dit is dus bij elke verzekeraar hetzelfde. Elke basisverzekering dekt o.a. huisartsenzorg, geneesmiddelen, ziekenvervoer, medisch specialisten. Ook Wijkverpleging (verpleging en verzorging) valt vanaf 2015 onder deze basisverzekering.

Mensen krijgen verpleging en verzorging via de Zvw als ze geneeskundige zorg nodig hebben of als hun risico daarop hoog is. Dit zijn mensen met een gezondheidssituatie die snel kan veranderen en verslechteren, bijvoorbeeld kwetsbare ouderen.

Deze mensen krijgen vaak al (intensieve) huisartsenzorg of ziekenhuiszorg.

Niet alle zorg is opgenomen in de basisverzekering, daarom is er ook een aanvullende verzekering. Een aanvullende verzekering is aan te raden als mensen specifieke zorg nodig hebben of meer zekerheid willen. Er zijn verschillende pakketten. De gedekte zorgprestaties en de hoogte van de vergoeding daarvoor verschilt per pakket. Bij een aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

## Hoe gaat de uitvoering van langdurige zorg via de Zvw?

De wijkverpleegkundige maakt een inschatting van de (Zvw-) zorg die nodig is. Daarnaast kijkt hij of zij of er Wmo-ondersteuning nodig is. Hiervoor zoekt de wijkverpleegkundige contact met het wijkteam van de gemeente. In een aantal gemeenten is de wijkverpleegkundige door de gemeente gemandateerd om gemeentelijk gefinancierde voorzieningen zoals hulp bij het huishouden of ambulante begeleiding direct aan te vragen.

Voor de meeste zorg die op grond van de Zvw wordt vergoed, geldt het eigen risico. Wijkverpleging vormt daarop echter, net zoals de huisartsenzorg, een uitzondering.

## Wat is de kern van de Wet langdurige zorg?

De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die voortdurend toezicht en (intensieve) zorg nodig hebben. Denk daarbij aan chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige geestelijke, lichamelijke beperking of aandoening

## Welke zorg wordt geregeld vanuit de Wlz?

Alles wat de cliënt nodig heeft wordt vanuit de Wlz geregeld, namelijk:

- Begeleiding, verpleging en verzorging
- Geneeskundige zorg en behandeling in verband met de ziekte, beperking of stoornis.
- Hulpmiddelen
- Dagbehandeling waar mogelijk thuis (en in aansluiting daarop: Vervoer naar de plaats waar de (dag)behandeling plaatsvindt)
- Verblijf (wanneer de zorg niet meer verantwoord in een thuissituatie geleverd kan worden)

Cliënten die 24-uurs toezicht en zorg in de nabijheid nodig hebben, komen in aanmerking voor een Wlz-indicatie. Op grond van deze indicatie organiseren zorgaanbieders een integraal zorgaanbod voor de cliënt, waarbij de eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt zoveel mogelijk behouden blijft.

## Hoe kom ik voor deze Wlz-zorg in aanmerking?

Iemand met een zware zorgbehoefte gaat in gesprek met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ voert een objectief onderzoek uit naar de persoonlijke situatie en omgeving. Er wordt dan gekeken of er aan de volgende criteria wordt voldaan:

- Is er permanent toezicht nodig?
- Is er 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig?

Daarbij beoordeelt het CIZ ook of de cliënt naar verwachting de rest van zijn leven dit toezicht en zorg in de nabijheid nodig heeft. Zo niet, dan is een cliënt aangewezen op het ELV of de Zvw/Wmo. Het gesprek met het CIZ vindt plaats met de zorgbehoevende en/of de mantelzorger/begeleider. Een cliënt kan zich daarbij laten ondersteunen door een (gratis) (onafhankelijke) cliëntondersteuner op basis van de Wmo.

### **CIZ verstrekt een Wlz-indicatie**

Aan de hand van het gesprek en het onderzoek wordt er wel of geen Wlz-indicatie gegeven:

- Is er geen Wlz-indicatie? Dan zal de zorg waar de cliënt recht op heeft uit één of meerdere van de overige wetten georganiseerd worden. Hierover gaat men echter niet in gesprek met het CIZ, maar met het wijkteam en de Gemeente (Wmo en Jeugdwet) of de wijkverpleegkundige en zorgverzekeraar (Zvw).
- Is er wel een Wlz-indicatie? Dan zal het CIZ een zorgprofiel vaststellen waarin staat wat de inhoud en omvang is van de zorg waar de cliënt behoefte aan heeft. Vervolgens wordt het indicatiebesluit doorgestuurd naar de zorgaanbieder van voorkeur van de cliënt, met wie nadere afspraken gemaakt worden over de vorm van de geleverde zorg.

### **Vorm van geleverde zorg (leveringsvorm)**

Bij een Wlz-indicatie wordt er ook met het CIZ besproken over de vorm van de zorg die geleverd zal worden: dus intramuraal, VPT, MPT en PGB.

In principe kan zorg op twee manieren worden geleverd:

- **Intramuraal:** zorg in een zorginstelling, middels zorg in natura.
- **Extramuraal:** zorg thuis (als de situatie dit toelaat en de kosten niet hoger zijn dan bij verblijf in een instelling) of in een kleinschalige woonvorm, middels een volledig pakket thuis (VPT), modulair pakket thuis (MPT) of een persoonsgebonden budget (PGB).

### **Thuis blijven wonen of naar een zorginstelling?**

Met een Wlz-indicatie kan de cliënt er voor kiezen om thuis te blijven wonen. Er zijn dan drie mogelijkheden om de zorg te organiseren, namelijk via:

1. Een volledig pakket thuis (VPT): de zorg wordt geleverd door één zorgaanbieder.
2. Een modulair pakket thuis (MPT): de zorg kan door meerdere zorgaanbieders geleverd worden en de cliënt kan delen van de zorg door mantelzorgers laten uitvoeren icm PGB.

3. Een persoonsgebonden budget (PGB): de cliënt sluit zelf zorgverleningsovereenkomsten met partijen van zijn/haar voorkeur en beheert zelf het beschikbare budget. Een combinatie van MPT en PGB is tevens mogelijk.

Voordat de zorg middels een VPT of MPT thuis wordt toegekend, beoordeelt het zorgkantoor eerst of het verantwoord en doelmatig is om de zorg bij de cliënt thuis te organiseren. In het geval van een PGB wordt er gekeken of de verzekerde in staat is om bepaalde administratieve zaken zelf te regelen (bijvoorbeeld het inkopen van zorgaanbieders). Uiteindelijk geeft het zorgkantoor de beschikking af en beoordeelt de zorgaanbieder of het verantwoord en doelmatig is.

### **Volledig Pakket Thuis (VPT)**

Bij een VPT wordt alle zorg die in het zorgprofiel past, geleverd door één zorgaanbieder en valt dus onder de verantwoordelijkheid van één Wlz-instelling. De cliënt woont in zijn eigen woonomgeving en is verantwoordelijk voor zijn eigen woonlasten. Met de Wlz-instelling maakt de cliënt afspraken over de zorg die hij/zij wenst en over de momenten waarop die zorg geleverd wordt. Cliënt en zorgaanbieder maken ook afspraken over de maaltijdvoorziening en schoonmaak als onderdeel van VPT. Cliënt en zorgaanbieder bespreken regelmatig of de zorg nog voorziet in de behoefte van de cliënt en of deze verantwoord geleverd kan blijven worden.

### **Modulair Pakket Thuis (MPT)**

Met een MPT kan de cliënt de zorg thuis laten leveren door één of meerdere zorgaanbieders middels zorg in natura. Daarbij spreken cliënt en zorgaanbieder af welke zorgaanbieder hoofdverantwoordelijk is voor het integrale karakter van de zorg. Het MPT kan ook worden afgesproken naast PGB.

### **Persoons Gebonden Budget (PGB)**

Met een persoonsgebonden budget kan de verzekerde zelf zorg inkopen bij één of meerdere zorgaanbieders. Het zorgkantoor toetst of de aanvrager het budget kan beheren en de administratie kan voeren. Een combinatie van PGB en MPT is mogelijk. Het budget wordt door de Sociale Verzekeringsbank beheerd. Sinds 2015 zijn wijzigingen doorgevoerd in het beheer van het budget. Er is een toets door het zorgkantoor of de verzekerde het budget kan beheren en de administratie kan voeren. En of combinatie met MPT mogelijk is.



## Bijlage 3: Begrippen en afkortingen

### Begrippen

We hanteren de term cliënten als verzamelterm voor patiënten, klanten, verzekerden, inwoners en burgers.

We hanteren de term zorgaanbieders als verzamelterm voor instellingen, verwijzers en professionals.

We hanteren de term generalistisch wijkteam als verzamelterm voor buurtteams, wijkteams, wijkzorgteams, etc.

Meer weten over begrippen en de duiding ervan in de Wlz? Zie de website van het Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/persoonlijke+verzorging+begeleiding+en+verpleging>

- **Aanspraakbepaling:** Onder zorgaanspraken wordt verstaan de zorg of vergoeding van kosten van zorg waar een verzekerde recht op heeft op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze aanspraken zijn voor iedereen gelijk in de basisverzekering. In de polisvoorwaarden worden de inhoud en omvang van de zorgaanspraken omschreven.
- **Ambulante begeleiding:** 'Begeleiding' is praktische en sociale hulp in het dagelijks leven. Een persoonlijk begeleider of coach helpt mensen om zelfstandig te (blijven) leven. Of ondersteunt een kind met een ziekte, beperking of gedragsproblemen. Ambulant betekent dat de begeleider zich verplaatst naar de cliënt.
- **Crisis zorg Wlz:** Onder crisiszorg (ook wel crisisopvang of spoedzorg genoemd) verstaan we een hulpvraag om zorg of ondersteuning waarop binnen 24 tot 48 uur moet worden gehandeld. Het gaat om situaties waarin iemand uit de huiselijke setting moet worden gehaald als gevolg van een onverwachte en voor de cliënt ingrijpende gebeurtenis.
- **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:** tijdelijke professionele hulp wanneer mantelzorgers de gebruikelijke zorg gedurende een korte periode niet kunnen verlenen, bijvoorbeeld doordat zij overbelast zijn. De mantelzorger kan zodoende even 'op adem komen', om daarna de zorg weer op zich te nemen.
- **Wijkverpleging:** persoonlijke zorg en verpleging aan huis. Bijvoorbeeld hulp bij het opstaan, wassen en aankleden, wondverzorging of het geven van injecties. Deze zorg wordt gegeven vanwege een lichamelijke ziekte, lichamelijke beperking of dementie.
- **24 uren toezicht:** De Wet Langdurige zorg (Wlz) regelt zorg en verblijf voor kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben.

### Afkortingen

ADL:	Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen
ELV:	Eerstelijns Verblijf
IB:	Individuele Begeleiding (ook wel ambulante begeleiding)
GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg
MPT:	Modulair Pakket Thuis
PGB:	Persoonsgebonden Budget
PTZ:	Palliatief Terminale Zorg
PV:	Persoonlijke Verzorging
VGZ:	Verstandelijk Gehandicapten Zorg
VP:	Verpleging
VPT:	Volledig Pakket Thuis
VV10:	Verpleging & Verzorging 10 – zorgarrangement zzp - beschermd verblijf i.v.m. naderend overlijden
Wlz:	Wet langdurige zorg
Wmo:	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw:	Zorgverzekeringswet
ZZP:	Zorgzwaartepakket

Dit Gespreksdocument Grensvlakken Ouderenzorg is geschreven door Zilveren Kruis in partnerschap met de gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Vereniging Drentse gemeenten, Zaanstad en Zwolle. De tekst is getoetst bij diverse professionals, zorgaanbieders en gemeenten. De beschreven casussen zijn situaties die in de afgelopen periode door gemeenten en Zilveren Kruis zijn verzameld. De namen van cliënten en woonplaatsen zijn fictief.

### Heeft u vragen naar aanleiding van dit document?

Stuur dan een mail naar: [strategiegemeenten@zilverenkruis.nl](mailto:strategiegemeenten@zilverenkruis.nl)

### Colofon

#### **Samenstelling en teksten:**

Reina van Cadsand en Ingrid Renes (Zilveren Kruis) met medewerking van José Jeltjes, Mathilde Dijk, Ellen van Assem, Ruth Prummel, John Backers, Nienke Siemonsma, Lisan Adolf, Susan Korthagen, Riemke Voskuil, Yolande Slagman, Ingrid Renes, Jeanet Oonk, Inge Marsman, Annemarie Spruijt en Anouk Op het Veld (AEF).

#### **Redactie:**

Judith de Gelder, Lopend Vuur communicatie.

#### **Vormgeving:**

Studio Zilveren Kruis, Grafisch Geluk.