
Wet langdurige zorg voor ongedocumenteerde mensen

Praktijkgerichte informatie

Versie 19 september 2024



Inhoudsopgave

Wat is de Wet langdurige zorg?.....	3
Welke Wlz indicaties zijn er?	4
Voor wie is deze zorg?.....	4
Hoe valt dit aan te vragen?	5
Waar kan deze zorg gevonden worden?	6
Leerpunten	7
Advies	7
Ten slotte.....	8

Wat is de Wet langdurige zorg?

De Wet langdurige zorg (Wlz) is er voor mensen die blijvend intensieve zorg of toezicht nodig hebben voor 24 uur per dag. Deze wet regelt zware zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. Deze zorg wordt gegeven in een zorginstelling, maar zou in bepaalde gevallen ook thuis gegeven kunnen worden.

Een cliënt komt in aanmerking voor Wlz-zorg als er blijvende behoefte is aan 24 uur per dag toezicht of zorg in de nabijheid. De cliënt kan niet altijd zelf inschatten op welk moment diegene zorg nodig heeft, daarom kan het ernstig mis gaan. De precieze zorg die een cliënt zal krijgen is afhankelijk van de indicatie, die u mede opstelt. Een indicatie is een beschrijving van de benodigde zorg.

De zorg kan bestaan uit:

- Begeleiding in het dagelijks leven, bijvoorbeeld voor uzelf zorgen, het eigen huishouden organiseren, de administratie, sociale contacten, gedragsregulering enzovoort.
- Verzorging en verpleging bij een bijkomende lichamelijke ziekte of beperking. Bijvoorbeeld hulp bij het opstaan, wassen en aankleden, wondverzorging en toediening van medicatie.
- Dagbesteding (begeleiding in een groep, bijvoorbeeld arbeidsmatig of creatief).

Welke Wlz indicaties zijn er?

Er zijn verschillende soorten Wlz indicaties voor verschillende soorten zorg en zorgvragen. Zorg kan nodig zijn voor lichamelijke ziekte of en belangrijke factor is dat degene niet zelf hulp in kan schakelen zodra diegene zich in een onveilige situatie bevindt.

Zorgprofielen

- Verpleging en verzorgen (VV)
 - Ouderenzorg
 - Somatiek
- Verstandelijk gehandicapt (VG)
- Licht verstandelijk gehandicapt (LVG)
- Lichamelijk gehandicapt (LG)
- Zintuiglijk gehandicapt (ZGaud en ZGvis)
- Geestelijke gezondheidszorg ([GGZ B](#) en [GGZ Wonen](#))

Voor wie is deze zorg?

Deze zorg is voor cliënten die 24 uur zorg nodig hebben of zorg in de nabijheid nodig hebben zodat de zorg ingeschakeld kan worden wanneer dit nodig is. De zorg valt niet in te plannen of bijvoorbeeld door thuiszorg te doen is. Er zijn enkele criteria waaraan iemand moet voldoen om aan de eisen van de Wlz te voldoen:

- Blijvende zorg is nodig; de zorg zal voor de rest van zijn/haar leven gegeven moeten worden
- Cliënt kan zelf geen hulp inschakelen als er een onveilige situatie voordoet
- Cliënt kan niet wachten op hulp
- Er moet dag en nacht iemand in de buurt zijn om de veiligheid van de cliënt te waarborgen

Er kan een Wlz check gedaan worden in [deze link](#).

Hoe valt dit aan te vragen?

Mensen met een Nederlandse verblijfsvergunning of paspoort kunnen een Wlz indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Mensen zonder deze verblijfsdocumenten kunnen daarom geen officiële Wlz indicatie krijgen van het CIZ. Voor hen is er een andere route om alsnog toegang te krijgen tot de Wlz. Die route loopt via u (de aanmelder) en de Wlz-instelling waarbij u uw cliënt wil aanmelden. De Wlz-instelling kan zelf, zonder tussenkomst van het CIZ, bepalen of iemand Wlz nodig heeft. De Wlz-instelling zal voor het inschatten van de Wlz indicatie moeten vertrouwen op de rapportages, diagnostische onderzoeken en adviezen die worden aangedragen bij de aanmelding die u doet voor uw cliënt. Daarom is belangrijk dat er uitgebreide informatie beschikbaar is over de cliënt.

Deze informatie moet tenminste bevatten

- SFMPC model
- Diagnostiek
 - Behandelgeschiedenis
 - Episodelijst
 - Medicatielijst
- Verklaring toestemming uitwisselen medische gegevens
- Begeleidende brief
- Eventueel: Schatting van indicatie

SFMPC model

Het SFMPC model staat voor verschillende deelgebieden die allemaal samen het hele systeem van en rondom een cliënt vormen. Deze deelgebieden staan voor Somatisch, Functioneel (ADL), Maatschappelijk, Psychisch en Communicatie. Het model is ontwikkeld voor de ouderengeneeskunde maar kan voor alle soorten zorgvragen gebruikt worden. Het beschrijven van de cliënt in dit model kan veel werk met zich meebrengen maar is tegelijkertijd een cruciaal onderdeel voor de Wlz- zorginstelling om een goed beeld te krijgen en een schatting te maken welke zorg nodig is. Via [deze link](#) kan je het SFMPC model inclusief alle onderdelen die beschreven kunnen worden in dit model opnemen. Dit helpt om handvatten te bieden aan het beschrijven van de problematiek. Om een voorbeeld te geven hoe dit model ingevuld kan worden staat in bijlage 1 een geanonimiseerde brief. Deze brief is daadwerkelijk gebruikt voor een ongedocumenteerde cliënt die is geplaatst in een Wlz instelling. Zoals je kan zien in de voorbeeldbrief met het SFMPC model worden alleen de onderdelen die van toepassing zijn toegelicht, met voorbeelden. Het is niet de bedoeling dat het SFMPC model wordt ingevuld door per onderdeel “ja” of “nee” te beantwoorden. Onderdelen die niet van toepassing zijn worden weggelaten.

Diagnostiek

Een overzicht van alle diagnoses die gesteld zijn, moeten opgevraagd worden bij de huisarts en/of behandelende artsen. Wees alert op nieuwe diagnoses die wellicht nog niet gesteld zijn: mocht je vermoeden dat nieuwe diagnostiek van invloed kan zijn op een Wlz-indicatie is het verstandig om eerst (nieuwe) diagnostiek te doen zodat je dit kan meesturen naar de Wlz-instelling. Voor oudere cliënten is het mogelijk om hulp te vragen bij [Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam \(NOA\)](#).

Daarnaast is het ook belangrijk om de volgende gegevens toe te voegen:

- Behandelgeschiedenis toe te voegen, zowel van de specialisten als de huisarts
- Episodelijst van de huisarts
- Medicatielijst van de apotheek

Verklaring toestemming uitwisselen medische gegevens

De cliënt moet akkoord geven om de medische gegevens uit te wisselen met de zorginstelling.

Korte beschrijving van casus en persoonlijkheid

Voor een zorginstelling is het belangrijk om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van een cliënt. Het SFMPC model is een belangrijk onderdeel voor het krijgen van een beeld maar geeft onvoldoende beeld van een ontwikkeling in tijd (is cliënt stabiel of gaat cliënt achteruit). Daarnaast gaat het SFMPC model niet in op de vraag hoe cliënt bij u in beeld is gekomen, en waarom u juist nu besluit om cliënt aan te melden: is er bijvoorbeeld recent iets veranderd in de situatie? En tot slot: waarom is de huidige zorg niet toereikend, of met andere woorden: waarom de zorg niet zelf geven en wel aanmelden bij Wlz. Dit is belangrijk om goed over te dragen zodat een Wlz instelling de urgentie en noodzaak begrijpt. Zie bijlage 2.

Schatting van de indicatie

Een specialist (bijvoorbeeld ouderengeneeskunde of psychiater) kan een schatting geven van de Wlz zorg die de cliënt nodig zou hebben. Hierbij kan deze specialist een schatting van de Wlz indicatie geven. Dit is noodzakelijk voor een juiste plaatsing op de wachtlijst, dit wordt dus wel sterk aangeraden maar is niet in alle gevallen mogelijk.

Waar kan deze zorg gevonden worden?

Ongedocumenteerde mensen zijn onverzekerbaar, er is geen mogelijkheid voor hen om een zorgverzekering af te sluiten. De zorg kan hierdoor niet worden vergoed door de verzekeraar. Wel hebben deze mensen recht op medisch noodzakelijke zorg, Wlz valt hieronder.

Zorginstellingen kunnen voor de financiering van deze zorg een beroep doen op het Centraal Administratie Kantoor (CAK), zodra de persoon de eigen zorg niet kan betalen. De zorginstelling kan rond de 95% van de zorg declareren bij het CAK. Niet iedere zorginstelling heeft een contract met het CAK, een contract is een voorwaarde om de zorg te kunnen declareren. In [deze link](#) staan alle Wlz organisaties die een contract hebben met het CAK.

Echter bieden niet alle Wlz organisaties een woonplek aan, daarnaast moet een Wlz plek ook nog bij de cliënt passen en de juiste zorg gegeven worden. Voor sommige cliënten zal het nodig zijn om buiten Amsterdam een plek te zoeken. Alle Wlz locaties zijn [hier te vinden](#). Er zijn meerdere aspecten die meegenomen moeten worden in de aanvraag, enkele hiervan zijn;

- Indicatie
- Leeftijd
- Geslacht
- Drugsgebruik
- Wachtlijst
- Eigen bijdrage nodig

Lukt het niet om een geschikte Wlz locatie te vinden? Dan kan je de hulp inschakelen van cliënten behartigers; dit zijn organisaties die mensen met een Wlz indicatie helpen een geschikte hulp te vinden. Echter is dit niet opgezet voor ongedocumenteerde mensen, wel kunnen ze advies geven over welke Wlz instellingen korte wachtlijsten zijn en waar een cliënt zou passen. Belangrijk om zelf te zoeken of de geadviseerde instelling een contract met het [CAK](#) heeft.

- Stichting MEE
- Adviespunt Zorgbelang

Leerpunten

Tijdens het proces van aanmelden van vele cliënten viel ons het volgende op:

- We merken dat veel cliënten met thuiszorg goed geholpen kunnen worden. Wlz zorg wordt wellicht onderschat door meerdere medewerkers in het veld. Kijk goed naar de Wlz checklist en vul dit met een objectieve blik.
- Weinig GGZ aanmeldingen gezien, ondanks dat wij vermoeden dat veel cliënten in instellingen en op straat baat kunnen hebben bij een Wlz GGZ woneninstelling.
- Weinig instellingen kennen de CAK regeling voor ongedocumenteerde, vaak moet jij uitleggen hoe dit werkt.
- Lange wachttijden!

Advies

Informatie verzamelen

- Doe het samen, wij adviseren om verpleegkundigen samen met woonbegeleiders de aanmelding compleet te maken.
- Probeer je te verplaatsen in wat iemand leest als je diegene niet kent.
- Laat het eens nalezen door iemand anders die de cliënt niet kent.

Organisatie

- Maak een aandachtsfunctionaris Wlz binnen een organisatie.
- Weest pro actief met signaleren van casussen.
- Maak of vraag extra tijd om deze aanmeldingen te doen, het kost veel tijd maar levert op lange termijn ook veel op.

Aanmelden

- Bel organisaties voor algemeen advies zorgbemiddeling in plaats van mailen.
- Zet de cliënt op meerdere wachtlijsten tegelijkertijd

Ten slotte

We moedigen bij deze iedereen aan om zelf cliënten aan te melden bij zorginstellingen, mocht je ergens tegenaan lopen, dan helpen Sigrid en Anouk je verder als je ergens tegenaan loopt.

Onze contactgegevens zijn:

Sigrid van Dijke

sigrid.vandijke@kruispost.nl

Anouk Brugman

0642697055

abrugman@deregenboog.org

Met dank aan:

Sigrid van Dijke, Kruispost

Ida in 't Veld, ASKV

José Dams, ACO

Caroline Gorrisens, HVO Querido

Anouk Brugman, De Regenboog Groep



Bijlage 1: geanonimiseerd voorbeeld van ingevuld SFMPC model

S: Somatisch

Medicatie

- Meneer begrijpt niet welke medicatie hij krijgt of waarom. Ook overziet hij niet wanneer hij medicatie moet innemen. Het baxterrol zakje openen lukt meneer niet zelfstandig. Daarom krijgt meneer zijn medicatie aangereikt door de begeleiders van de woonlocatie. Zie bijlage voor het medicatieoverzicht van meneer.
- De verpleegkundigen van de woonlocatie onderhouden het contact met de apotheek, de huisarts en andere betrokken artsen met betrekking tot de medicatie. Meneer is niet in staat om dit zelf te doen.

Vocht- en voedselintake

- Meneer eet en drinkt alleen op initiatief van begeleiding van de woonlocatie. Meneer komt nooit uit zichzelf vragen om eten of drinken. Ook niet wanneer het eten later dan normaal wordt aangeboden. De begeleiders van de woonlocatie hebben meneer nooit uit eigen beweging zien eten of drinken.
- Meneer weigert regelmatig het eten dat hij aangereikt krijgt en zegt dat hij vol zit. De verpleegkundigen van de woonlocatie hebben meerdere keren contact gehad met de huisarts om hun zorgen te uiten. Nav deze gesprekken is een diëtiste ingeschakeld. Meneer krijgt nu dagelijks energie- en/of eiwitverrijkte drinkvoeding.
- Meneer wordt maandelijks gewogen, zijn gewicht is te laag maar wel stabiel.
- De lengte van meneer is ongeveer ...cm, zijn gewicht is ...kg. BMI....

Incontinentie (urine / faeces)

- Meneer plast regelmatig in zijn kamer op de grond, in zijn broek of een enkele keer in de wasbak. Op andere momenten gaat hij wel naar het toilet om te urineren. Het is onduidelijk waarom dit soms niet lukt en op andere momenten wel.
- Dhr is voor zover wij weten niet incontinent van defecatie. We hebben nooit ontlasting in zijn onderbroek of kamer aangetroffen. Hoe het verder gaat met defecatie is bij ons niet bekend.

Gevaar voor letsel

- Meneer sleept, nauwelijks waarneembaar, met zijn linkerbeen omdat het lijkt alsof hij dat been minder goed kan optillen. Daarnaast kan hij moeilijker zijn broekspijp aankrijgen aan zijn linkerbeen omdat hij het been niet goed kan optillen. Dit is ook omschreven in de bijgevoegde brief van de revalidatiearts.
- Meneer loopt behoorlijk wankel, ik vermoed dat dit komt door de restverschijnselen van het CVA. Mogelijk is er (ook) sprake van evenwichtsproblemen. Meneer is nooit gevallen sinds hij bij De Woonlocatie woont. Desondanks is er mijns inziens wel sprake van een valrisico en ook van een verhoogd risico op verwonding wanneer hij zou vallen gezien zijn verminderde voedingstoestand.

F: Functioneel (A: ADL)

Beperking persoonlijke verzorging

- Wassen en uiterlijke verzorging: de eerste maanden van meneer zijn verblijf bij De Woonlocatie nam hij zelf initiatief om te gaan douchen en regelmatig schone kleding aan te

trekken. Sinds enkele maanden neemt meneer geen enkel initiatief meer om te gaan douchen, ook niet als hij incontinent is geweest van urine.

- Hulp bij ADL van thuiszorg heeft meneer geweigerd omdat hij hen niet vertrouwd. Sinds kort is er nieuwe thuiszorg opgestart voor 2x per week, voor hulp bij douchen. Meneer accepteert de hulp tot nu toe alleen als er ook iemand van De Woonlocatie bij aanwezig is. Onze indruk is dat meneer niet begrijpt wat de thuiszorg komt doen. Dit lijkt hem wantrouwend te maken. Ik help meneer met douchen als het de thuiszorg niet lukt, dat accepteert hij wel omdat hij mijn gezicht kent. Meneer wast zichzelf uitgebreid als hij een washandje aangereikt krijgt onder de douche.
- Aan- en uitkleden kan meneer niet meer altijd zelfstandig. Mede doordat het moeilijk voor hem is om zijn been op te tillen en een sok aan te trekken. Wisselen van kleding doet meneer vrijwel niet meer op eigen initiatief, ook niet als zijn onderbroek nat is van urine. Daarnaast lijkt meneer op sommige momenten de functie van een kledingstuk niet meer te begrijpen: hij droeg bijvoorbeeld een vest achterstevoren waardoor de capuchon voor zat en de rits achter. Ook kan meneer een vest om zijn nek doen alsof het een sjaal is. Meneer lijkt op die momenten zijn vergissing niet op te merken.
- Handhaving continëntie / toiletgang: (zie incontinentie urine / faeces)
- Meneer krijgt twee keer per dag hulp bij het poetsen van zijn tanden. Dhr voert de handeling van het poetsen van zijn tanden zelfstandig uit maar neemt zelf geen initiatief om zijn tanden te poetsen. Hij krijgt dus een tandenborstel met daarop tandpasta, aangereikt door ons, waarna hij zelf zijn tanden poetst.

Beperking gezondheidshandhaving

- Beperking huishoudelijke activiteiten. Meneer kan niet zelfstandig boodschappen doen omdat hij de weg naar de supermarkt niet kan onthouden maar ook omdat hij zijn geld niet meer kan beheren, niet kan koken en zelf geen initiatief neemt om te eten of drinken. Meneer krijgt in tegenstelling tot de meeste cliënten van De Woonlocatie geen maandelijks leefgeld om zelfstandig boodschappen te kunnen doen. Wij kopen alle maaltijden voor meneer van het leefgeld die wij normaal gesproken aan de cliënt zelf zouden geven.
- Zorg voor de omgeving. Meneer maakt zijn kamer niet uit eigen initiatief schoon. Ook niet als er urine op de vloer ligt. Meneer helpt wel graag met het schoonmaken als hij een taak krijgt, hij gaat dan bijvoorbeeld met een doekje zijn wastafel schoonmaken.

Beperking beheer, administratie / financiën.

- Het beheren van administratie en financiën ligt volledig in handen van De Woonlocatie. Meneer weet bijvoorbeeld niet hoe hij in de supermarkt kan zien hoeveel geld een product kost. Ook weet meneer niet meer dat hij een paar duizend euro heeft. Dit geld droeg hij bij zich toen hij 1,5 jaar geleden verward op straat werd gevonden waarna CVA's geconstateerd werden. Als we hem vertellen over dit geld glimlacht meneer maar gaat verder niet in op de boodschap. Wij bewaren zijn geld op onze bankrekening.
- De Woonlocatie heeft alle administratieve taken van meneer overgenomen met betrekking tot communicatie met de IND. Meneer vraagt nooit hoe zijn juridische proces ervoor staat.

(Ver)dwalen:

- De laatste maanden kan meneer regelmatig zijn slaapkamer niet vinden. Hij loopt bij andere mensen naar binnen, wat onrust teweeg brengt, of blijft uren beneden zitten totdat een van de begeleiders vraagt of hij wil slapen. Wanneer meneer vervolgens naar zijn kamer wordt begeleid zegt hij bijvoorbeeld geëmotioneerd "thank God". Dat geeft ons de indruk dat meneer niet meer wist waar zijn kamer is. Meneer herkende zijn kamer op die momenten wel.

- Meneer is de afgelopen maanden meerdere keren op eigen initiatief (zonder dat wij het doorhadden) naar buiten gegaan, waarna hij is verdwaald. Gelukkig konden we hem snel terugvinden in de buurt van De Woonlocatie. Meneer droeg twee keer slechts een pyjamabroek en een vest, terwijl het buiten bijna vroom. Meneer gaf zelf aan bij vrienden op bezoek te zijn geweest en de weg naar huis niet meer te kunnen vinden. Meneer liep huilend en verdwaasd over straat. Meneer was enorm dankbaar en emotioneel toen we hem terugvonden “alhamdulillah, God is great, thank you”.
- We zijn bang dat meneer vaker buiten gaat wandelen en dat we hem op enig moment niet meer kunnen terugvinden. Wij hebben helaas niet altijd zicht op de voordeur waardoor het kan voorkomen dat we niet zien dat meneer naar buiten loopt. Meneer heeft twee briefjes in zijn zakken gekregen met onze contactgegevens.

M: Maatschappelijk

Immaterieel

- Verwerkingsproblemen familie / relatie. Meneer schijnt 3 kinderen te hebben in de UK. Via het Legers des Heils hebben we contact met een van hen weten te krijgen. Dit contact verloopt echter zeer stroef via de mail. Het is voor ons onduidelijk hoe de relatie tussen meneer en zijn kinderen eruit heeft gezien in het verleden. Wanneer ik meneer vraag naar zijn kinderen glimlacht hij maar reageert niet verbaal. Ook niet toen ik vertelde dat ik via mail contact had met zijn dochter en haar naam daarbij noemde. Het is tot op heden nog niet gekomen tot een afspraak met zijn kinderen, ook niet via (beeld)bellen.
- Beperkte sociale contacten. Meneer heeft enkele vrienden in Amsterdam die hem af en toe komen opzoeken. Het initiatief voor dit contact is eenzijdig en ligt volledig bij de vrienden van meneer. Meneer is vervolgens blij om hen te zien maar lijkt zich verder niet af te vragen of hij ook contact kan opnemen met hen.
- Beperkt in het vinden van een dagbesteding / dagstructuur. Meneer zit vrijwel altijd bij ons in kantoor. Soms maakt hij een kleurplaat en soms luisteren we samen naar de Koran. Meneer onderneemt geen activiteiten uit zichzelf.

Inadequate sociale interactie

- Omgaan met zorgverleners: meneer is vriendelijk en coöperatief in contact met hulpverleners.
- Omgang met medecliënten: meneer is vriendelijk in contact met mede cliënten. De medecliënten helpen meneer regelmatig of gaan een stukje met hem wandelen. Met een vrouw in de opvang verloopt het contact moeizaam omdat meneer meerdere keren haar kamer is binnengelopen. Dit heeft zij ervaren alsof meneer haar seksueel benaderde. Wij hebben daar echter geen zicht op gehad. Het kan zijn dat meneer inderdaad seksueel grensoverschrijdend was (dit hebben wij verder nooit gezien) of mogelijk is hij de kamer per ongeluk binnengelopen.
- Religie / levensbeschouwing: meneer heeft jaren op een Koranschool gezeten, waarschijnlijk in Syrië. Meneer kan de Koran lezen. Religie speelt een belangrijke rol in zijn leven. Meneer zegt vaak islamitische verzen op met zijn handen naar de hemel geheven.

Materieel

- Woning / woonomstandigheden: meneer woont bij De Woonlocatie en heeft geen eigen woning. Heeft dit ook nooit gehad vanwege zijn ongedocumenteerde status. Meneer heeft veel bij vrienden verbleven en op straat overleefd.

P: Psychisch

Bewustzijnsstoornissen

Cognitieve stoornissen

- Geheugen (kort / lang): ik vind het moeilijk om te zeggen in hoeverre meneer zijn geheugen intact is omdat hij zich moeilijk kan uiten door taalstoornissen. Meneer zijn korte termijn geheugen is in ieder geval gedeeltelijk intact omdat meneer hij zijn slaapkamer herkent en de gezichten van de medewerkers van De Woonlocatie ook. Ook herkent meneer zijn vriend wanneer hij op bezoek komt.
- Oriëntatiestoornissen (tijd, plaats, persoon): dit is eveneens moeilijk te zeggen ivm taalstoornissen. Als ik meneer vraag of hij weet waar hij is reageert hij niet, of niet adequaat (brabbelt bijvoorbeeld onnavolgbaar als reactie). Wij bieden meneer houvast in dag en nachtritme door hem 's morgens te wekken, aan te kleden en naar beneden te begeleiden. Meneer vraagt nooit hoe laat het is. Mijns inziens is hij niet georiënteerd in tijd maar dat kan ik niet met zekerheid zeggen. Zoals omschreven herkent meneer wel de gezichten van de begeleiding en zijn vrienden. Mogelijk overziet hij de aard van het contact niet maar dat is onduidelijk.
- Apraxie: meneer slaat soms met zijn mes op zijn boterham, lijkt het voorwerp niet meer te kunnen plaatsen. Heeft initiatiefverlies op veel gebieden in zijn leven (zoals omschreven). Doet kledingstukken verkeerd aan (ook omschreven).

Gedragsproblemen

- Decorumverlies: meneer is een paar keer in zijn onderbroek naar beneden gekomen. Leek op die momenten niet door te hebben dat dit niet passend is bij de setting. Mogelijk heeft een medebewoner seksueel benaderd, maar dat is niet duidelijk (eerder omschreven in bovenstaande tekst).

C: Communicatie

- Meneer praat vaak onsamenhangend. Is onnavolgbaar en vermengt verschillende talen met elkaar. Praat dan bijvoorbeeld Frans, Engels en Arabisch door elkaar.
- Het begripsniveau van meneer verschilt per moment en per setting. Er zijn momenten waarop meneer een opdracht kan uitvoeren, bijvoorbeeld wanneer hem gevraagd wordt om zijn jas op te halen uit zijn kamer. Op andere momenten lijkt meneer verbale communicatie niet te kunnen plaatsen en slaat hij de plank mis (Ik "how are you?", meneer "okay, bravo"). Op de meeste momenten reageert meneer niet als hem iets wordt gevraagd of lacht hij hartelijk zonder de vraag te beantwoorden.
- Meneer heeft woordvindstoornissen en kan zich derhalve moeilijk uiten. Meneer wil soms iets vertellen maar kan dan de juiste woorden niet vinden. Meneer raakt daarbij gefrustreerd maar tegelijkertijd springt de vredige uitstraling van meneer in het oog ondanks de frustratie. Het is voorgekomen dat meneer gevraagd werd om een kopje te pakken uit de keuken waarna meneer terugkomt met een pak suiker. Mogelijk herkende hij het woord "kopje" niet meer, of mogelijk herkende hij het voorwerp niet meer als zodanig.
- Meneer kan lezen en schrijven in verschillende talen. Leest soms een vers uit de Koran voor.

Bijlage 2: format begeleidende brief

Naam afzender
Organisatie/instelling afzender
Straat en huisnummer afzender
Postcode en plaats afzender

Naam ontvangen
Naam instelling ontvanger
Straat en huisnummer ontvanger
Postcode en plaats ontvanger

Plaats en datum

Betreft: verpleegkundige/begeleidende brief voor aanvraag plaatsing Wlz

Geachte mevrouw/meneer,

Sinds dag/maand/jaar woont meneer/mevrouw/anders met geboortedatum bij instelling. Ik ben verpleegkundige/begeleider en ik ken cliënt sinds maand/jaar. Cliënt is bij ons aangemeld/ in beeld gekomen via deze route. Wij zijn een instelling voor de doelgroep en bieden hulp bij eten/medicatie/onderdak. Deze hulp is ambulante/24 uur per dag of anders. Het SFMPC model is ingevuld om de huidige zorgvraag van cliënt uiteen te zetten. Deze begeleidende brief geeft een alomvattend beeld van de ontwikkeling van de casus sinds cliënt bij ons woont/verblijft/zorg ontvangt en beschrijft waarom de huidige zorg niet toereikend is.

Toen cliënt voor het eerst bij ons in beeld was, functioneerde cliënt op deze manier. Inmiddels is de zorgvraag stabiel gebleven/toegenomen/afgenomen. Door de intensiteit van de zorgvraag krijgt cliënt momenteel geen toereikende zorg. Omschrijf heel kort wat volgens jou de kern van de zorgvraag is, bijvoorbeeld hulp bij ADL, medicatie en verdwalen waardoor gevaar voor zichzelf (als aanvulling op het SFMPC). Omschrijf ook welk risico er ontstaat wanneer cliënt die zorg niet krijgt. Geef uitleg waarom de huidige zorg die cliënt krijgt niet toereikend is. Geef daarna uitleg welk type zorg volgens jou wel toereikend is.

Slotline voorbeeld. Deze brief is een aanvulling op het SFMPC en de diagnostische brieven. Beide documenten zijn meegestuurd bij de aanmelding. Ik hoop dat u hiermee een volledig beeld heeft van de zorgvraag van cliënt. Mocht u vragen hebben, ben ik uiteraard bereikbaar op telefoonnummer/mail.

Met vriendelijke groet,

Naam
Functie

Handtekening