

FINANCIERINGEN IN DE WIJKVERPLEGING

2018

Bronvermelding:

De volgende bronnen liggen ten grondslag aan deze scholing:

- Vilans Protocol: 17 Misverstanden over de Wet Langdurige zorg op zorgvoorbeter.nl/vernieuwendzorgen
- Adviesbrief van Zorginstituut Nederland aan Staatssecretaris van Rijn van VWS d.d. 30-11-2016/0530.2016133791 inclusief standpunt ZN "Overige zorg voor cliënten met ADL-assistentie en een zeer zware zorgvraag"
- Voorschrift Zorgtoewijzing inclusief rekenmodule op Menziszorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop d.d. maart 2018
- Inkoopcontracten 2018 diverse zorgverzekeraars
- NZA beleidsregels 2018
- Informatiekaart Ministerie VWS d.d. december 2014 "afbakening WMO 2015 en wijkverpleging zorgverzekeringswet"
- Landelijk format uitvraag doelgroepen per 01-01-2017 Zorginstituut Nederland
- ZN doelgroepenregistratieschema en beslisboom d.d. 25-10-2017 versie 1.1
- ZN begeleidingsbrief "declareren en controleren wijkverpleging, wijzigingen per 01-01-2018" Auteur John Rijdsijk

De informatie uit bovengenoemde bronnen is gefragmenteerd en toepasselijk voor de doelgroep van deze scholing opgenomen.

1. Algemene Inleiding

Sinds 2015 zijn de hervormingen in de langdurige zorg van kracht. De AWBZ is opgegaan in de WLZ, de ZVW, de WMO en een aantal subsidieregelingen.

De wijkverpleging wordt sinds 01-01-2015 in eerste instantie gefinancierd door de zorgverzekeraar van de cliënt. Dit geldt voor het merendeel van de cliënten die zorg ontvangen van de wijkverpleegkundige.

Echter, ook hier zijn er uitzonderingen die de regel bevestigen. In deze scholing willen we graag hier meer duidelijkheid over verschaffen en wat je in welke situatie moet doen.

Inbrengen van casuïstiek is wenselijk en maakt dat de theorie en de praktijk met elkaar verweven gaan worden.

2. De financieringsstromen

PGB

Op het moment dat een cliënt aangeeft een PGB te hebben vervallen daarmee direct alle andere vormen van financiering.

Een cliënt kan binnen de wijkverpleging twee verschillende soorten PGB hebben:

1. Een WLZ PGB
2. Een ZVW PGB

WLZ PGB

Bij deze vorm van PGB is de cliënt door het CIZ geïndiceerd voor een WLZ indicatie. De cliënt ontvangt voor deze WLZ zorg een PGB. De cliënt heeft een Zorgprofiel ontvangen en de cliënt betaalt de zorgkosten in zijn geheel of gedeeltelijk uit het PGB dat gekoppeld is aan dit Zorgprofiel. Indien de cliënt 100% beschikking heeft over het PGB dan is het niet mogelijk om daarnaast nog Zorg in Natura te leveren.

In de variant dat de cliënt slechts een deel van de zorgkosten betaalt uit het PGB en er is nog ruimte binnen het zorgprofiel, dan kan een deel van de zorgkosten als Zorg in Natura door een gecontracteerde aanbieder geleverd worden. Binnen het zorgprofiel kan dus zorg in natura geleverd worden en PGB, ongeacht de functies die geleverd worden. Iedereen krijgt een bepaald percentage van het zorgprofiel toegewezen. De zorgadministratie weet de exacte regels. Zij helpen met de rekentool (deze kan niet via de tablet geopend worden) en dienen via het notitieverkeer van het zorgkantoor de aanvraag in. Zodra de aanvraag goedgekeurd wordt door het zorgkantoor wordt de indicatie ingelezen in ONS.

Een WLZ PGB wordt gefinancierd door het zorgkantoor.

ZVW PGB

Een ZVW PGB is een vorm van PGB die geïndiceerd wordt door de wijkverpleegkundige. Elke gecontracteerde zorgaanbieder voor wijkverpleging kan een niveau 5 wijkverpleegkundige indicaties laten stellen voor cliënten die de zorg in de vorm van een PGB willen ontvangen.

TSN levert geen zorg aan PGB cliënten, maar stelt wel de indicatie voor deze groep PGB cliënten.

De reden dat TSN geen zorg levert aan PGB cliënten is gelegen in het feit dat TSN met alle zorgverzekeraars in het hele land een contract heeft voor Zorg in Natura.

Een werkinstructie voor de indicatiestelling aan PGB cliënten is beschikbaar via de infotheek.

Er is een mogelijkheid om toch zorg onder de ZVW te leveren bij een ZVW PGB cliënt door TSN.

Zorgverzekeraars stellen dat TSN zorg aan PGB cliënten als zorg in natura mogen declareren mits aan een aantal voorwaarden is voldaan:

- De indicatie is geïndiceerd door een niveau 5
- In het zorgplan/indicatie is heel duidelijk opgenomen welke zorg (in omvang en handelingen) door TSN als zorg in natura wordt geleverd en welke zorg onder het PGB valt.
- Overschrijding van deze indicatie voor zowel de PGB houder als TSN is niet mogelijk en bij een niet veranderende zorgvraag mag er tussendoor geen herindicatie gesteld worden
- Als de indicatie is gesteld door een andere zorgaanbieder, dan is deze leidend.

Contractzorg

Contractzorg wordt ingezet bij b.v. cliënten die tijdelijk in het werkgebied van TSN verblijven of tijdelijk naar het werkgebied gaan van een andere zorgaanbieder. Er dient te allen tijde een contract aanwezig te zijn. De zorgaanbieder die de zorg verleent stelt het contract op.

TSN hanteert 100% NZA tarieven. Daar is geen uitzondering op mogelijk.

Contractzorg kan ook ontstaan als TSN specialistische zorg verleent bij een andere zorgaanbieder die daar zelf niet de juiste medewerkers voor beschikbaar hebben. Het is heel belangrijk om af te spreken dat TSN dan 100% specialistisch tarief berekent. De andere zorgaanbieder heeft zelf immers de expertise niet in huis en daarmee ook niet de kosten.

WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)

Persoonlijke verzorging, Verpleging en Begeleiding onder de WLZ

De Wlz biedt cliënten de mogelijkheid om zorg en verblijf als integraal pakket af te nemen. De Wlz is bedoeld voor cliënten die blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben en biedt dan ook een integraal pakket aan zorg. Cliënten kunnen ervoor kiezen dit integrale pakket thuis te genieten. Zij kunnen dan kiezen voor een persoonsgebonden budget (pbg), een volledig pakket thuis (vpt) of een modulair pakket thuis (mpt).

Het PGB onder de WLZ is hiervoor uitgebreid besproken.

Het Wlz-pakket omvat onder andere persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging als vormen van zorg. Of en in welke mate je aanspraak hebt op deze functies is afhankelijk van welk zorgprofiel is geïndiceerd (door het CIZ wordt het best passende zorgprofiel geïndiceerd) en welke samenhangende zorg daarbij hoort. Deze zorgprofielen staan in de Regeling langdurige zorg. Deze zorgprofielen zijn globaal omschreven en niet uitgedrukt in uren zorg per week. Concretisering van de benodigde zorg gebeurt in de zorgplanbespreking tussen cliënt en zorgaanbieder.

Persoonlijke verzorging

Bij persoonlijke verzorging gaat het om het ondersteunen of overnemen van zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Persoonlijke verzorging is gericht op het opheffen van het tekort aan zelfredzaamheid van de cliënt. Dit kan ook inhouden dat de cliënt wordt gestimuleerd om deze activiteiten zelf te doen en aan te leren.

Als een cliënt niet voldoet aan de criteria voor de Wlz en is aangewezen op persoonlijke verzorging, dan valt dit afhankelijk van de situatie onder de Wmo of onder de Zvw (als er sprake is van een hoog risico op geneeskundige zorg).

Zelfzorg

Het uitgangspunt van het Zorginstituut is dat alles wat mensen gebruikelijk aan zelfzorg uitvoeren, persoonlijke verzorging is. Dat geldt niet alleen voor de persoonlijke verzorging die iedereen nodig heeft, zoals tandenpoetsen, wassen en aankleden, maar ook voor de persoonlijke verzorging die nodig is in verband met een gezondheidsprobleem, zoals een stoma.

Het onderscheid tussen de zorgvormen verpleging en persoonlijke verzorging loopt niet parallel met de historische taakverdeling tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Bij de vraag tot welke zorgvorm iets hoort, is het beroep van de zorgverlener dus niet van belang. De Kwaliteitswet zorginstellingen bepaalt dat de geleverde zorg verantwoord moet zijn. De zorg moet dus worden geleverd door iemand die bekwaam is.

Begeleiding

Onder begeleiding worden activiteiten verstaan waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven.

Begeleiding kan ook toezicht omvatten. Toezicht en zorg in de nabijheid zijn kernbegrippen in de Wlz. Het bieden van toezicht buitenshuis kan nodig zijn voor de regie over het eigen leven of deel uitmaken van de ondersteuning van dagelijkse levensverrichtingen, en valt daarom onder de definitie van begeleiding. Het kan ook gaan om begeleiding bij recreatieve en sociaal-culturele activiteiten.

De recreatieve en sociaal-culturele activiteiten op zichzelf vallen niet onder begeleiding. Bij feitelijk verblijf in de instelling horen wel enige sociaal-culturele activiteiten. Het gaat dan om een alternatief voor het normale sociale leven dat mensen gebruikelijk hebben. Iemand die thuis woont met een Wlz indicatie voorziet zelf in zijn recreatieve en sociaal-culturele activiteiten en geestelijke verzorging. Als een cliënt daar met gebruik van zijn netwerk niet zelf in kan voorzien, kan hij wellicht een beroep doen op de algemene voorzieningen uit de Wmo. Algemene voorzieningen staan ook open voor mensen met een Wlz-indicatie.

De omvang van de inzet van de begeleiding moet passen binnen een zorgplan waarbij de zorg verantwoord en doelmatig kan worden verleend.

Onderscheid begeleiding en behandeling

Van behandeling is sprake als er verbeterdoelen zijn geformuleerd, die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeling is niet alleen op herstel gericht, maar kan ook gericht zijn op voorkomen van verergering, waaronder begrepen het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening, voor zover de interventie gestructureerd is, programmatisch is, en zich richt op een specifiek behandeldoel.

De functie begeleiding omvat het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. Voor (de begeleiding bij) dit oefenen is geen specifieke vaardigheid vereist.

Individueel of in groepsverband

Begeleiding in groepsverband kan aangewezen zijn omdat de cliënt vanwege de aard, omvang en duur van zijn beperkingen niet in staat is om tot een vorm van dag structurering te komen, ook niet door bijvoorbeeld onderwijs of arbeid. Deze begeleiding (in dagdelen) wordt aangeduid met de term 'BG-groep'. BG-groep is een integraal pakket, dat alle persoonlijke verzorging, verpleging,

behandeling op de achtergrond en individuele begeleiding (BG-ind) omvat, die tijdens de BG-groep moet worden gegeven.

Maaltijden op gebruikelijke tijdstippen maken onderdeel uit van begeleiding in dagdelen. Er mag hiervoor geen bijdrage van de cliënt worden gevraagd.

Voor vervoer naar dagbesteding (een dagdeel begeleiding) zie de pagina over vervoer.

Passende dagbesteding

Onder passende dagbesteding verstaan we: de match tussen datgene wat de cliënt nodig heeft in combinatie met zijn/haar wensen (vraag) en de 'randvoorwaarden en kenmerken' waaraan dagbesteding voldoet (aanbod). De keuze voor een bepaalde vorm van dagbesteding komt tot stand in overleg tussen cliënt en zorgaanbieder.

Verpleging

Verpleging in de Wlz omvat verpleegkundige zorg. Het gaat daarbij in de Wlz vooral om het uitvoeren van verpleegkundige handelingen maar het kan, afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt, ook gaan om signalerende, begeleidende en voorlichtende taken of het oefenen in zelfzorg.

Als een cliënt niet voldoet aan de criteria voor de Wlz en is aangewezen op verpleging, dan valt dit onder de Zvw (cliënt prestatie 'Verpleging in de wijk').

Afbakening Verpleging en Persoonlijke verzorging

Binnen de Wlz is verpleging af te bakenen van persoonlijke verzorging en van begeleiding. Daarnaast is verpleging op grond van de Wlz af te bakenen van verpleging Zvw.

Onderscheid verpleging en persoonlijke verzorging

Voor het onderscheid tussen verpleging en persoonlijke verzorging geeft de aard van de zorg de doorslag. Het onderscheid loopt niet parallel met de historische taakverdeling tussen verpleegkundigen en verzorgenden.

Het uitgangspunt is: alles wat mensen gebruikelijk aan zelfzorg uitvoeren is persoonlijke verzorging. Dat geldt niet alleen voor de persoonlijke verzorging die iedereen nodig heeft zoals bijvoorbeeld wassen, maar ook voor de persoonlijke verzorging die nodig is vanwege een gezondheidsprobleem, zoals een stoma.

Bij de afbakening tussen verpleging en persoonlijke verzorging is het beroep van de zorgverlener niet van belang. De Kwaliteitswet zorginstellingen bepaalt dat de geleverde zorg verantwoord moet zijn. De zorg moet dus worden geleverd door iemand die bekwaam is.

Onderscheid tussen verpleging en begeleiding

De aard van de zorg bepaalt of het gaat om verpleging of begeleiding. Het beroep van degene die de zorg levert, is niet van belang. Verpleegkundigen leveren ook zorg die onder begeleiding valt.

Het aanleren van verpleegkundige handelingen valt onder verpleging.

Afbakening Wlz en Zvw

Verpleging op grond van de Wlz omvat in principe alle verpleegkundige zorg, ook de verpleging die noodzakelijk is vanwege een medisch specialistische behandeling, bijvoorbeeld als de medisch specialist wondverzorging of het toedienen van injecties voorschrijft. Indien een client een WLZ indicatie heeft mag er geen zvw zorg naast geleverd worden. Dit geldt ook voor de MSVT. Een combinatie tussen WLZ en MSVT geleverd door de wijkverpleegkundige is niet mogelijk.

Onder directe aansturing verstaat het zorginstituut dat de medisch specialist direct opdracht geeft voor de verpleegkundige handelingen, daarvoor aanwijzingen geeft, waarbij het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld.

In de thuissituatie

Een cliënt die zorg nodig heeft van de wijkverpleegkundige zal een intakegesprek krijgen. In dit intakegesprek moet naar voren komen of de cliënt een WLZ indicatie heeft of gaat krijgen. Een WLZ indicatie kan ook niet actief zijn bijvoorbeeld omdat deze "voor de zekerheid" is aangevraagd of omdat de cliënt op de wachtlijst staat bij een verpleeg- of verzorgingshuis. In alle gevallen waarbij een WLZ indicatie aanwezig is moet de zorg die de wijkverpleging levert uit deze WLZ indicatie gefinancierd worden.

Er zijn op dit moment twee mogelijkheden:

- Overbruggingszorg, dat wil zeggen de client staat actief op een wachtlijst bij een intramurale instelling. De betreffende instelling is dossierhouder van deze client en moet de zorg middels een Aangepaste Zorgtoewijzing (AAT) toewijzen in een percentage van het zorgprofiel aan de thuiszorgaanbieder. De wijkverpleegkundige neemt hiervoor contact op met de betreffende instelling. De AGB code voor WLZ zorg is afhankelijk van de regio waarin de client woonachtig is. Voor de juiste AGB code zie hoofdstuk AGB codes.
- Modulair pakket Thuis: de client wil met de WLZ indicatie thuis blijven wonen en heeft op dit moment geen opnamewens. De indicatie is vaak niet toegewezen aan een bepaalde zorgaanbieder. De zorgadministratie

kan de indicatie bij het zorgkantoor opvragen en laten toewijzen aan TSN. Middels een AAT wordt het benodigde percentage aan zorg uit het zorgprofiel gehaald. Bij meerdere zorgaanbieders wordt 1 zorgaanbieder coördinator voor de zorg thuis en deze verdeelt de indicatie over de verschillende zorgaanbieders.

Een client krijgt de WLZ indicaties in de thuissituatie een percentage van het zorgprofiel. Er mogen niet meer uren zorg geleverd worden dan toegewezen door het zorgkantoor. In uitzonderlijke, meestal tijdelijke, situaties mag er na toestemming van het zorgkantoor meer geleverd worden. Denk hierbij aan dat een client tijdelijk meer zorg nodig heeft na b.v. een val of tijdelijke uitval mantelzorg. De zorgadministratie helpt bij het aanvragen van een tijdelijke verhoging. Dit gaat nl. via het notitieverkeer van het zorgkantoor.

Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT)

De MSVT zoals deze in 2017 en voorgaande jaren bestaat en bestond vervalt per 01-01-2018. De medisch specialist geeft nog wel een MSVT af, maar de wijkverpleegkundige indiceert zelf de benodigde zorg en tijd. Dit wordt net als de overige zvw zorg geïndiceerd onder een doelgroep. De tijd wordt geregistreerd onder MSVT hoog of laag complex.

Er is één uitzondering; cliënten die bij VGZ of een label van VGZ verzekerd zijn en MSVT hoog complexe zorg ontvangen worden geïndiceerd onder de ZVW 2015, maar dan niet onder een doelgroep maar onder Gespecialiseerde Verpleging. Mocht je een VGZ client tegenkomen (of Unive, IZZ, IZA, UMC) neem dan even contact op met de zorgadministratie. Zij helpen verder.

Zorgverzekeringswet (ZVW)

De wijkverpleegkundige levert zorg op maat, met de eigen kracht van de cliënt en diens netwerk als uitgangspunt. Bij zorg thuis speelt de mantelzorger een belangrijke rol. De mantelzorger kan samen met de cliënt de regie hebben, regelt en stemt zaken af voor de cliënt en biedt persoonlijke hulp. Mantelzorgers maken het (langer) thuis wonen vaak mogelijk. De wijkverpleegkundige speelt een rol in de inschakeling van de mantelzorger, maar ook in het signaleren en voorkomen van overbelasting. Samenwerking en afstemming met gemeenten voor het ondersteunen van mantelzorgers is essentieel. Voor de cliënt en zijn netwerk is een vast team van hulpverleners met een vast aanspreekpunt zeer belangrijk (Bron: Patiëntenfederatie Nederland).

Valt de client niet onder een van de financieringsvormen zoals hierboven benoemd, dan bepaalt de wijkverpleegkundige de zorgbehoefte van de client en indiceert de wijkverpleegkundige voor de zorgverzekeringswet (zvw).

Een client die onder de zvw geïndiceerd is wordt geregistreerd volgens de afspraken die TSN hierover heeft gemaakt. Deze afspraken zijn terug te vinden in de infotheek.

Deze scholing beperkt zich tot de registratie in doelgroepen. Omaha systematiek en werkwijze zijn beschikbaar op de infotheek.

Handleiding doelgroepenbepaling voor cliënten.

Vanaf 1 januari 2017 moeten we de zorg in de wijk declareren per doelgroep. We krijgen daar in 2017 ook één integraal tarief voor. Er is dus geen onderscheid meer in tarief per doelgroep of geleverde prestatie (VP, PV, AIV, etc.) De zorgverzekeraars hebben gezamenlijk 7 doelgroepen vastgesteld. Dat wil zeggen dat er m.i.v. deze datum alle cliënten ook op doelgroep geregistreerd moeten zijn. Hieronder staat beschreven hoe de doelgroepen bepaling tot stand komt. De beslisboom is hierbij ondersteunend.

Bij het bepalen van de doelgroep geldt dat de dominante doelgroep leidend is.

Kort samengevat komt de doelgroepenregistratie neer op het volgende:

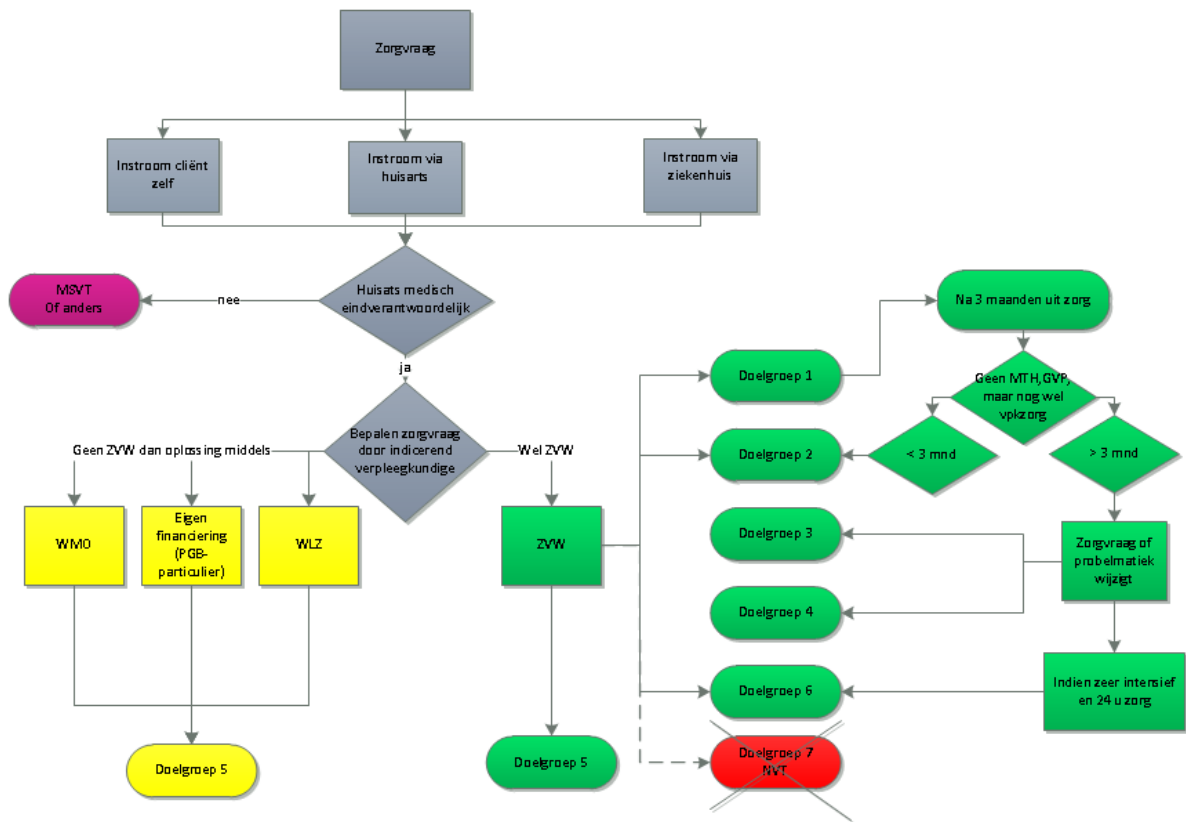
Ontslag uit ziekenhuis of van huisarts met uitvoeringsverzoek	→	Ja	→	Doelgroep 1		
	→	Nee	→	Doelgroep 2		
Client heeft zelf een zorgvraag (niet na ontslag uit ziekenhuis) en heeft geen uitvoeringsverzoek	→	Alleen preventie (AIV)	→	Ja	→	Doelgroep 5
			→	Nee	→	Doelgroep 2
Client is terminaal met terminaalverklaring	→			Doelgroep 6		
Client alleen voor preventie (AIV)	→			Doelgroep 6		

Client met een WLZ indicatie of MSVT komt niet op een doelgroep maar de legitimatie wordt aangemaakt als MSVT en bij WLZ wordt deze ingelezen.

Doelgroep	Aard van de dienstverlening	Kenmerken
1. ziekenhuis (na)zorg of VRH zorg op verzoek van huisarts op basis van een uitvoeringsverzoek.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren 2. Zorgbrug: overdracht naar 2e van 1e lijn (en vice versa/polikliniek) 3. Verpleging en ADL training gericht op reactivering / revalidatie / zelfzorg/ zelfredzaamheid 4. Begeleiding en stabilisatie na ziekenhuisopname 5. Aanleren stomazorg, wondzorg, MTH zorg, etc. 6. Coördinatie, afstemming en overdracht huisarts, Verpleegkundig specialist, WMO, etc. 7. AIV mantelzorg en systeem (primair, secundair, tertiair) 8. Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. 	Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald worden: korter dan drie maanden of over naar doelgroep 3,4 of 6)
2. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die naar verwachting korter dan 3 maanden duurt. Gaat om alle cliënten die niet in doelgroep 1 instromen	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren • Verpleging en ADL training gericht op reactivering / revalidatie / zelfzorg/ zelfredzaamheid • Coördinatie, afstemming huisarts, POH, WMO, etc. • Tijdelijke overname stomazorg, wondzorg, MTH zorg • AIV mantelzorg en systeem (primair, secundair, tertiair), • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase 	Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald worden: korter dan 3 maanden of over naar doelgroep 3, 4 of 6)
3. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op somatische problematiek (waaronder palliatieve zorg). Een cliënt stroomt nooit direct in deze doelgroep in. Instroom vindt altijd plaats in doelgroep 1 of 2	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren • Verpleegkundige en verzorgende zorg in langdurige situatie, maar met name gericht op behoud ADL en of voorkomen van verslechtering van de clientsituatie • Begeleiding mantelzorg/systeem, indien nodig begeleiding en ondersteuning door wijkverpleegkundige. • Coördinatie, afstemming huisarts, POH, etc. • Voorkomen complicaties • Casemangement ziekte specifiek en noodzakelijke afstemming WMO, etc. • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. • Bewaken doelmatige zorg en indien noodzakelijk initiëren en voorbereiden WLZ indicatie: zorgen voor overdracht 	> 3 maanden
4. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op psychogeriatrische problematiek. Een cliënt stroomt nooit direct in deze doelgroep in.	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren • Verpleegkundige en verzorgende zorg in langdurige situatie, maar met name gericht op behoud ADL en of voorkomen van verslechtering van de klantsituatie • Begeleiding mantelzorg/systeem, indien nodig begeleiding en ondersteuning door wijkverpleegkundige. • Coördinatie, afstemming huisarts, POH, etc. • Voorkomen complicaties 	> 3 maanden

<p>Instream vindt altijd plaats in doelgroep 1 of 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. • Casemanagement dementie (of ziekte specifiek) en noodzakelijke afstemming WMO, etc. • Bewaken doelmatige zorg en indien noodzakelijk initiëren en voorbereiden 	
<p>5. Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese en bepalen zorgbehoefte • Advies, Instructie en voorlichting gericht op voorkomen van zorg • Primaire en secundaire preventie activiteiten, individueel en groepsgericht • Alle acties zijn gericht op voorkomen van zorg als dat niet noodzakelijk is, maar wel advisering en begeleiding naar juiste domein of loket. 	<p>Max 4 bezoeken. Na 4 bezoeken stopt de zorg.</p>
<p>6. Zorg aan Terminale cliënten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundige en verzorgende zorg gericht op het terminale proces en laatste levensfase, waarbij klant binnen afzienbare tijd zal overlijden (evt. kortdurend 24 uurs zorg thuis) • Zorg is gericht op verantwoord en humaan sterven in thuissituatie • Wijkverpleegkundige coördineert en maakt gebruik van alle vrijwilligers en mantelzorg mogelijkheden • Het klantsysteem wordt optimaal begeleidt en geïnstrueerd om ook zorg zelf op zich te kunnen nemen: op maat! 	<p>Terminale zorg wordt vaak ingezet indien de levensverwachting nog max. 3-6 maanden is.</p>
<p>7. Intensieve Kindzorg, dit levert TSN NIET</p> <p>zorgvraag is primair gericht op deze doelgroep. Let op! Is geen tijdelijke zorg aan zieke kinderen. Dat valt onder doelgroep 1 of 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • verpleegkundige en verzorgende zorg gericht op reactivering / revalidatie / zelfredzaamheid 	<p>Conform Medisch Kindzorg Systeem vast te stellen.</p>

Stroomschema doelgroepen



3. Subsidieregelingen en uitzonderingen

Een cliënt met een lage ZZP indicatie (VV01, VV02, VV03) (AWBZ, geïndiceerd voor 31-12-2014 en geldig tot na 2015) heeft overgangsrecht en kan kiezen voor:

- zelfstandig te blijven wonen met zorg en/of ondersteuning. Hij moet in de loop van 2015 kiezen voor Wlz of Wmo/Zvw. Kiest de cliënt voor zorg thuis, maar wil hij later toch in een zorginstelling wonen dan is dat mogelijk. Hij houdt op basis van de huidige indicatie het recht om alsnog te gaan wonen in een zorginstelling. Dit recht verjaart niet. Het overgangsrecht was voor de cliënt met dezelfde aanbieder en niet wanneer hij overstapt naar een nieuwe aanbieder. De nieuwe zorgaanbieder moet direct een gesprek aangaan met de cliënt zodat duidelijk is waar de cliënt voor kiest. De uitloop van extra extramurale zorg geldt alleen voor bestaande cliënten die deze extra zorg ook hadden voor december 2014. Deze uitzondering loopt tot juni 2015. Voor andere cliënten is dit niet meer mogelijk. Wanneer de cliënt het nu verzilvert heeft in functies en klassen krijgt hij nu niet een omzetting naar MPT. Alleen nieuwe cliënten kunnen een MPT krijgen en hierop moet het Zorgkantoor een positieve of negatieve beschikking afgeven.
- verhuizen naar een kamer of woning in een zorginstelling. Dan worden de zorg en verblijf vergoed op basis van de WLZ. Voor een klant met een geldige extramurale indicatie (dus indicatie zonder verblijf) vanuit 2014 geldt dat er bij deze klant voor 1 mei 2015 een herbeoordeling (herindicatie) dient plaats te vinden door een wijkverpleegkundige niveau 5 voor wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet Er is geen sprake van overgangsregime of overgangsrecht. Het overgangsregime spreekt er alleen over dat een klant recht heeft op dezelfde zorg van dezelfde organisatie, op basis van CIZ indicatie 2014. Als een klant overstapt naar andere een organisatie vervalt het overgangsrecht. Als een klant overstapt is hij voor de nieuwe organisatie een nieuwe klant en dus moet er nieuw indicatie geteld worden. CIZ indicatie 2014 kan wel als onderlegger/informatiebron voor zorgplan dienen.

Op dit moment krijgt een cliënt een aanspraak op ADL-assistentie indien men woonachtig is in een ADL-woning. Samenloop met een ZZP-indicatie niet mogelijk is. Onder de Wlz is in Artikel 10.1.3 de gedachte gehandhaafd dat er voor cliënten die gebruik maken van ADL-assistentie samenloop met een Wlz-indicatie niet wenselijk is. Zorg die zij aanvullend op ADL-assistentie nodig hebben, kunnen zij via de Zvw en de Wmo verkrijgen. Bewoners van een ADL-woning zijn ook uitgesloten in de Regeling WzI-indiceerbaren. Voor de zorg die men aanvullend op ADL-assistentie via de Wmo en Zvw kan ontvangen, kan

men voor het PGB blijven kiezen. Er zijn echter bijzondere situaties, bijvoorbeeld indien een klant Wlz-profiel heeft, maar naast de oproepbare ADL-assistentie permanent toezicht in de ADL-woning heeft. In gevallen waarin huidige Fokus-bewoners naast de ADL-zorg een omvangrijke aanvullende zorgvraag hebben (zoals bijvoorbeeld maar niet uitsluitend een slaapwacht), kan het bezwaarlijk zijn om deze aanvullende zorgvraag vanuit de Zvw en/of de Wmo te laten leveren. Voor die groep Fokus-bewoners, die geen gebruik kunnen maken van de overgangsregeling Wlz-indiceerbaren omdat zij in een Fokus-woning verblijven, maar wel 25 uur of meer individuele zorg hebben wordt toegang geboden tot de regeling Wlz-indiceerbaren. Dit houdt in dat zij voor hun aanvullende zorgvraag in 2015 een beroep kunnen doen op de Wlz, indien zij zich in 2014 melden bij het informatiepunt Wlz-overgangsrecht. De ADL-zorg blijft bekostigd via de aparte subsidieregeling die daarvoor in het leven is geroepen.

4. AGB codes

Nog even op een rijtje welke AGB code waarvoor gebruikt wordt:

- 75752490 AGB code voor de ZVW, voor het hele land
- 42424814 AGB code voor de Extra Murale WLZ V&V in Groningen
- 75752490 AGB code voor de Extra Murale WLZ V&V Twente
- 75752882 AGB Code voor de Extra Murale WLZ V&V rest van het land
- 42424814 AGB Code voor Eerstelijns verblijf (alleen intramuraal)
- 42424828 AGB code Mercator, zowel intra- als extramurale WLZ
- 42424829 AGB code Ebbingepoort, zowel intra- als extramurale WLZ
- 42424830 AGB code Voor Anker, zowel intra- als extramurale WLZ

5. Faq Menzis



Veel gestelde vragen

Categorie	Vraag	Antwoord
Indicatie	1 Wie stelt de indicatie tbv de aanspraak wijkverpleging?	Voor de aanspraak wijkverpleging geldt dat er een HBO-(wijk)verpleegkundige niveau 5 (formeel: art. 3a, wet BIG, hbo bachelor) of verpleegkundig specialist (art. 14 wet BIG, hbo master), conform het normenkader V&VN, een indicatie moet stellen en de zorgbehoefte zal moeten beoordelen. Indien er een zorgbehoefte bestaat dan dient er een zorgplan te worden opgesteld door een HBO- (wijk)verpleegkundige niveau 5, waar alle aspecten van de zorgverlening (lichamelijk, psychisch en sociaal), dienen te worden vermeld, in aard omvang en duur. Als een zorgaanbieder niet aan deze landelijke norm kan voldoen wordt er een verbeterplan geëist, conform ZN inkoopgids Wijkverpleging paragraaf 6.3.1. Let op: we hechten erg veel waarde aan niveau 5. Alleen als er met de werkgever afwijkende afspraken zijn gemaakt in de vorm van een zogenaamd verbeterplan, kan het mogelijk zijn dat er tijdelijk indicaties gedaan mogen worden door een verpleegkundige niveau 4.
Indicatie	2 Moet een wijkverpleegkundige ook PGB indiceren?	Er wordt geïndiceerd voor zorg vanuit de aanspraak wijkverpleging. De financieringsvorm kan daarbij PGB zijn. Mogelijk heeft de klant nu een PGB en is een herbeoordeling/herindicatie nodig. De polisvoorwaarden stellen dat hiervoor een indicatie en zorgplan opgesteld moet worden door een (wijk)verpleegkundige HBO, niveau 5. Klanten kunnen daarvoor een verpleegkundige van een gecontracteerde zorgaanbieder vragen een (PGB) indicaties te stellen. De activiteiten/uren die daar mee gemoeid zijn, krijgt de betreffende zorgaanbieder vergoed. Dit wordt niet betaald vanuit het PGB. De wijkverpleegkundige (niveau 5) kan (mede) bepalen/adviseren of een PGB de juiste variant is, of dat er betere alternatieven zijn. De klant kan overigens wel altijd een PGB aanvragen. Indien er een indicatie gedaan wordt voor een PGB dient de code '1008 indicatiestelling' en evaluatie voor PGB verpleging en verzorging te worden gebruikt. Dit moet ook in de productiemonitor worden aangegeven bij de preferente zorgverzekeraar.
Indicatie	3 Hoe moet een (wijk)verpleegkundige een inschatting maken van het zorgproces qua duur en evaluatie momenten (bij het bepalen van een zorgbehoefte/indicatiestelling PGB)	De (wijk)verpleegkundige maakt de inschatting betreffende de duur van het zorgverleningsproces en bepaald hoe snel doelen gehaald kunnen worden. Doelen horen haalbaar te zijn en worden altijd in samenspraak met de klant opgesteld. In geval van langdurige zorg dient dit ook vermeld te worden in het zorgplan. De wijkverpleegkundige kan een einddatum stellen tot uiterlijk 12 maanden. Er dienen ook evaluatie momenten te worden vastgesteld in het zorgplan. De klant dient zich aan deze afspraken en evaluatiemomenten te houden. Menzis zal dit monitoren. De wijkverpleegkundige is bij een PGB situatie niet verantwoordelijk voor het nakomen van deze afspraken van de klant. NB: een wijkverpleegkundige maakt bij bovenstaande zaken een inschatting, net zoals voorheen. Een PGB situatie is niet anders als een ZIN situatie: de financieringsstroom is alleen anders.

OV_5416_0215

Veel gestelde vragen

Categorie	Vraag	Antwoord
Indicatie	4 Kan een wijkverpleegkundige die niet-toewijsbare zorg levert ook deel uitmaken van een wijkteam van de eigen organisatie? En kan deze wijkverpleegkundige deels toewijsbare en deel niet-toewijsbare zorg leveren?	Het is belangrijk dat een wijkverpleegkundige professioneel en onafhankelijk op basis van vakinhoudelijk, klinisch redeneren haar werk kan uitvoeren en keuzes kan maken. Een zorgaanbieder moet haar wijkverpleegkundigen deze ruimte bieden. Menzis is er voorstander van dat een wijkverpleegkundige op de gehele breedte van haar beroep werkzaam is en dus zowel toewijsbare als niet-toewijsbare activiteiten uitvoert. Het moet bijvoorbeeld mogelijk zijn dat de wijkverpleegkundige een klant, in het belang van de klant, doorverwijst naar een andere zorgorganisatie als waar hijzelf in dienst is. Dus klantbelang en klantwens gaan voor organisatiebelang.
Indicatie	5 Wat wordt onder overgangsrecht verstaan en wat zijn de gevolgen voor de klant.	<p>Een cliënt met een lage ZZP indicatie (AWBZ, geïndiceerd voor 31-12-2014 en geldig tot na 2015) heeft overgangsrecht en kan kiezen voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zelfstandig te blijven wonen met zorg en/of ondersteuning. Hij moet in de loop van 2015 kiezen voor Wlz of Wmo/Zvw. Kiest de cliënt voor zorg thuis, maar wil hij later toch in een zorginstelling wonen dan is dat mogelijk. Hij houdt op basis van de huidige indicatie het recht om alsnog te gaan wonen in een zorginstelling. Dit recht verjaart niet. Het overgangsrecht was voor de cliënt met dezelfde aanbieder en niet wanneer hij overstapt naar een nieuwe aanbieder. Zo heeft Menzis ook de zorg ingekocht. De nieuwe zorg moet direct een gesprek aangaan met de cliënt zodat duidelijk is waar de cliënt voor kiest. De uitloop van extra extramurale zorg geldt alleen voor bestaande cliënten die deze extra zorg ook hadden voor december 2014. Deze uitzondering loopt tot juni 2015. Voor andere cliënten is dit niet meer mogelijk. Wanneer de cliënt het nu verzilvert heeft in functies en klassen krijgt hij nu niet een omzetting naar MPT. Alleen nieuwe cliënten kunnen een MPT krijgen en hierop moet het Zorgkantoor een positieve of negatieve beschikking afgeven. • verhuizen naar een kamer of woning in een zorginstelling. Dan worden de zorg en verblijf vergoed op basis van de WLZ. <p>Voor een klant met een geldige extramurale indicatie (dus indicatie zonder verblijf) vanuit 2014 geldt dat er bij deze klant voor 1 mei 2015 een herbeoordeling (herindicatie) dient plaats te vinden door een wijkverpleegkundige niveau 5 voor wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet</p> <p>Er is geen sprake van overgangsregime of overgangsrecht. Het overgangsregime spreekt er alleen over dat een klant recht heeft op dezelfde zorg van dezelfde organisatie, op basis van CIZ indicatie 2014. Als een klant overstapt naar andere een organisatie vervalt het overgangsrecht. Als een klant overstapt is hij voor de nieuwe organisatie een nieuwe klant en dus moet er nieuw indicatie geteld worden. CIZ indicatie 2014 kan wel als onderlegger/informatiebron voor zorgplan dienen.</p>

Veel gestelde vragen

Categorie	Vraag	Antwoord
Indicatie	6 Wat is de minimale indicatie voor zorg vanuit de zorgverzekeringswet?	In de ZVW bestaat geen minimale indicatie. Het gaat om de zorgbehoefte van de klant. Wanneer de wijkverpleegkundige van mening is dat de zorgvraag goed opgelost kan worden zonder dat er professionele wijkverpleegkundige zorg wordt ingezet, dan is de indicatie zelfs nihil. Wanneer er wel professionele zorg wordt ingezet, dan gaat dit op basis van het opgestelde zorgplan. Deze zorg moet per 5 minuten worden gedeclareerd.
Indicatie	7 Hoe kun je het verschil duiden in de aanspraak tussen verpleging en persoonlijke verzorging?	De discussie over wat precies persoonlijke verzorging en wat verpleging is, is lastig. Binnen de aanspraak verpleging en verzorging wordt gesproken over zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en dan maakt het "eigenlijk" niet uit wie die zorg biedt. Het hangt overigens wel af van het zorgplan. In het zorgplan staat beschreven aard, omvang en duur en welke de doelen gesteld zijn (conform normenkader V&VN). In het zorgplan staat dus beschreven welke zorg (PV/VP) er geleverd wordt en wie wat doet (wie welke zorg uitvoert) en dat kan vervolgens worden gedeclareerd. Daarnaast is en blijft het belangrijk dat organisaties ook moeten kijken naar het budgetplafond, maar dat is geen zorginhoudelijk aspect en is meer voor het management.
Indicatie	8 Wanneer een product (pv en/of vp) geïndiceerd wordt, mag je dan een gemiddelde indiceren?	Er dient zorg op maat te worden gegeven, o.b.v. van een zorgvraag en zorgplan. Menzis wil af van standaard gemiddelden. Alles hangt af van de situatie van de klant en de individuele omstandigheden, maar ook de (on)mogelijkheden van de individuele daadkracht, het sociale netwerk, wijk of buurt. Zie ook vraag en antwoord 13.
Indicatie	9 Wie mag/moet MTH zorg indiceren?	Op het moment dat er MTH zorg na een ziekenhuis opname in de thuissituatie aan de orde is (vaak acuut en ingeregeld via een transferpunt) geldt toch dat een (wijk)verpleegkundige niveau 5 de indicatie moet stellen. Een transferverpleegkundige kan/mag dat niet doen. We kunnen ons echter voorstellen dat de MTH zorg (zeker als dat op basis van een duidelijke overdracht van het transferpunt of specialist snel in moet gaan) deze zorg alvast opstart. Een formele indicatie kan zo spoedig mogelijk worden gedaan. De gedachte daarachter is dat de (wijk)verpleegkundige weet wat er speelt (of dit kan inschatten) in relatie tot de totale zorg. De inhoud van de MTH zorg zal niet zonder afstemming met het team en de (behandelend) (huis)arts kunnen worden geleverd. Deze afstemming is wat we terug willen zien in het zorgplan en aard / inhoud en omvang.

Veel gestelde vragen



Categorie	Vraag	Antwoord
Indicatie	10 Is er een maximum of minimum te benoemen in noodzakelijke zorg?	De inzet van zorg hangt heel erg af van individuele situaties, waarbij we ervan uitgaan dat men optimaal gebruik maakt van het klantsysteem, mantelzorg(organisaties) en (terminale) vrijwilligers(organisaties) Menzis gaat op dit moment uit van de professionaliteit van de indicatiesteller en meet de doelmatige zorginzet achteraf.
Indicatie	11 Kan er naast WLZ zorg aanvullend wijkverpleging worden gegeven?	Nee, dat is niet mogelijk. Als een klant een WLZ indicatie heeft, en deze al heeft verzilverd, dan mag er geen aanvullende wijkverpleging vanuit de zorgverzekeringswet worden gegeven/gedeclareerd. Als er structureel meer zorg noodzakelijk is naast deze bestaande zorgverlening, dient er bij het CIZ een herindicatie te worden aangevraagd.
Indicatie	12 In hoeverre mogen we taken uitvoeren die eigenlijk onder huishoudelijke hulp / WMO vallen?	Een verpleegkundige, verzorgende mag taken uitvoeren die onder de WMO vallen, maar deze zorg zal wel gefinancierd moeten worden vanuit die WMO: hiervoor moet men bij het management van de organisatie navragen wat de mogelijkheden zijn. Het past wel in doelmatig werken als er zaken gecombineerd worden uitgevoerd en hiermee dubbelingen worden
Declareren	13 Is er een eigen risico/eigen bijdrage van toepassing bij de zorg van wijkverpleegkundigen?	Nee, voor wijkverpleging is er in 2015 geen eigen risico/eigen bijdrage/ eigen bijdrage vanuit de zorgverzekeringswet van toepassing. Begeleiding (ind./grp) is overgegaan naar de WMO. Gemeenten mogen voor de ondersteuning die zij bieden een eigen bijdrage vragen. Dit is per gemeente verschillend en het beleid staat beschreven in de gemeentelijke verordening.
Declareren	14 Kunnen de uren van indicatiestelling gedeclareerd worden?	Ja, deze uren kunnen gedeclareerd worden, maar niet als aparte prestatie. De (her)indicatie maakt deel uit van het verpleegkundig methodisch handelen en het zorgverleningsproces. De tijd die hiermee gemoed gaat, kan als Verpleging (VP) worden gedeclareerd op naam van de klant en bij de zorgverzekeraar van de klant. Het geheel maakt deel uit van de budgetafspraken. Er wordt vooraan nog geen maximale tijd gekoppeld aan een indicatiestelling. Menzis neemt aan dat er doelmatig zal worden gewerkt en we zullen hierop monitoren en benchmarken. Tevens dient de organisatie de productiemonitor in te vullen. Indien er een PGB financiering uit de indicatiestelling voortvloeit, dient de indicatiestelling gedeclareerd te worden op de prestatie 'PGB indicatiestelling. Code 1008.'

Veel gestelde vragen

Categorie	Vraag	Antwoord
Declaren	15 Casemanagement dementie valt nu onder de aanspraak wijkverpleging. Hoe moeten we dat declareren?	De activiteiten m.b.t. casemanagement vallen onder de aanspraak wijkverpleging en kan gedeclareerd worden als verpleging. Deze activiteiten dienen te worden beschreven in het zorgplan en dienen in relatie te staan tot een van de doelen vermeld in het zorgplan. Je kunt een bezoek in één keer declareren in eenheden van 5 minuten (en niet in minuten opnemen in een arrangement).
Declaren	16 Kunnen er meerdere zorgaanbieders van verschillende zorgorganisaties bij dezelfde klant zorg verlenen?	Ja, dat kan, maar de zorgverlening is altijd op basis van één zorgplan. Het zorgplan moet altijd overeengekomen worden en ondertekend worden door de klant en moet ook in het bezit zijn van beide organisaties. Het moet duidelijk zijn wie de regie heeft en wie/wat declareert en hoe. Er zijn een paar belemmeringen m.b.t. declareren: <ul style="list-style-type: none"> • Eén en dezelfde prestatie op één dag, bij één klant, door twee AGB codes is niet mogelijk: dus code 1002 door 2 agb's op één dag kan niet: hiervoor is de oplossing onderlinge dienstverlening een optie. • Bij één klant kunnen wel twee aparte prestaties (1001 en 1002) door 2 verschillende agb's geleverd worden op dezelfde dag: aanbieder A: 1001, aanbieder B: 1002. Het kan dus wel zo zijn dat een verzekerde op 1 dag 's morgens verpleging krijgt van aanbieder B, en 's avonds verzorging krijgt van aanbieder A.
Declaren	17 Hoe moeten we omgaan met beeldzorg?	Beeldzorg is ook een vorm van verpleging of persoonlijke verzorging die onder de aanspraak wijkverpleging valt. De uren verpleging OF persoonlijke verzorging gerelateerd/uitgevoerd als beeldzorg kunnen alleen worden gedeclareerd indien deze staan vermeld in het zorgplan.
Declaren	18 Hoe moeten we omgaan met de doelgroepindeling op de productie monitor?	Deze indeling op de productiemonitor die centraal moet worden ingevuld, is een landelijk vastgestelde indeling. We begrijpen dat het ingewikkeld is om iedereen "in hokjes" te duwen en we begrijpen ook dat er overlap is. Er moet gekeken worden naar het hoofdprobleem waarvoor iemand in zorg is: eenduidige antwoorden zijn lastig. We staan aan het begin van de registratie en hopelijk wordt dit deel van de monitor landelijk snel verder doorontwikkeld. We gaan uit van eigen kennis, interpretatie en expertise van de (wijk) verpleegkundige. De groep kortdurende zorg wordt helaas niet benoemd/gehanteerd, dit is landelijk zo afgesproken.

Veel gestelde vragen



Categorie	Vraag	Antwoord
Declareren	19 Wat zijn de mogelijkheden om op het vakantieadres gebruik te maken van een andere thuiszorgorganisatie?	Als de zorg tijdelijk wordt overgenomen door een andere zorgaanbieder dan declareert de ze aanbieder de zorg voor dezelfde klant. Het is wel noodzakelijk dit in het zorgplan te vermelden zodat gecontroleerd kan worden (bv bij materiële controle) dat de zorg tijdelijk is overgenomen. In de Wijkverpleging zijn controles ingebouwd dat de zorg niet tegelijkertijd door 2 aanbieders (AGB codes) gedeclareerd kan worden. Het is wel mogelijk dat op verschillende tijden de zorg door verschillende aanbieders gedeclareerd wordt, maar niet op de delfde dag voor de zelfde functie, zie vraag.
Zorgplan	20 Moet de wijkverpleegkundige een zorgplan aanleveren bij Menzis?	<p>Voor elke klant dient er een zorgbehoefte bepaling/intake/indicatiestelling te worden gedaan. Voor een ZIN situatie hoeft een wijkverpleegkundige geen zorgplan bij Menzis aan te leveren.</p> <p>Indien zorg wordt gefinancierd vanuit het PGB moet de wijkverpleegkundige (niveau 5) die de intake heeft gedaan WEL een intake met het daarbij behorende (voorlopig) zorgplan aanleveren bij de klant die de zorg aanvraagt.</p> <p>Een intake/zorgplan moet voldoen aan de gestelde eisen vanuit het normenkader indicatiestelling met daarin beschreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een analyse van de situatie en de beschrijving van de zorg (aard, omvang en duur, met de gestelde doelen). • Door wie (formeel, informeel) welke activiteiten in het zorgplan worden verricht tav PV en VP. Hierbij kan er ook sprake zijn van BG geleverd vanuit de WMO. • De op het moment van intake benodigde uren VP en PV, die in het zorgplan zijn opgenomen, vallen onder de zorgverzekeringswet zijn daarmee de grondslag voor de declaratie / PGB. • Het alleen aangeven van – en werken met functies en klassen of verwijzen naar het pakket PTZ, zoals in de AWBZ gebruikelijk was, achten wij niet wenselijk. • Indien er sprake is van een (zeer) instabiele situatie of palliatieve terminale zorg is het zeer gewenst ook een verwachting/inschatting te geven hoe de zorg zal kunnen fluctueren, of wat in een later stadium van een terminaal proces in de ogen u als wijkverpleegkundige (maximaal) noodzakelijk zal zijn.
Zorgplan	21 Wanneer moet een zorgplan bijgesteld worden qua omvang en duur?	In de overeenkomst met Menzis staat dat een afwijking van 10% kan plaatsvinden ten opzichte van het zorgplan, gemiddeld genomen over de duur van het zorgplan. We kijken hierbij naar structurele afwijkingen, niet incidenteel. In het zorgplan kan het precies aantal uren worden opgenomen, dit vormt de basis voor de declaratie. De berekening kan wel o.b.v. gemiddelden per week/zorgperiode. Hoe een organisatie dit inregelt is aan de organisatie: wij zullen dit o.b.v. doelmatigheid toetsen.

Veel gestelde vragen



Categorie	Vraag	Antwoord
Declareren	19 Wat zijn de mogelijkheden om op het vakantieadres gebruik te maken van een andere thuiszorgorganisatie?	Als de zorg tijdelijk wordt overgenomen door een andere zorgaanbieder dan declareert de ze aanbieder de zorg voor dezelfde klant. Het is wel noodzakelijk dit in het zorgplan te vermelden zodat gecontroleerd kan worden (bv bij materiële controle) dat de zorg tijdelijk is overgenomen. In de Wijkverpleging zijn controles ingebouwd dat de zorg niet tegelijkertijd door 2 aanbieders (AGB codes) gedeclareerd kan worden. Het is wel mogelijk dat op verschillende tijden de zorg door verschillende aanbieders gedeclareerd wordt, maar niet op de delfde dag voor de zelfde functie, zie vraag.
Zorgplan	20 Moet de wijkverpleegkundige een zorgplan aanleveren bij Menzis?	<p>Voor elke klant dient er een zorgbehoefte bepaling/intake/indicatiestelling te worden gedaan. Voor een ZIN situatie hoeft een wijkverpleegkundige geen zorgplan bij Menzis aan te leveren.</p> <p>Indien zorg wordt gefinancierd vanuit het PGB moet de wijkverpleegkundige (niveau 5) die de intake heeft gedaan WEL een intake met het daarbij behorende (voorlopig) zorgplan aanleveren bij de klant die de zorg aanvraagt.</p> <p>Een intake/zorgplan moet voldoen aan de gestelde eisen vanuit het normenkader indicatiestelling met daarin beschreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een analyse van de situatie en de beschrijving van de zorg (aard, omvang en duur, met de gestelde doelen). • Door wie (formeel, informeel) welke activiteiten in het zorgplan worden verricht tav PV en VP. Hierbij kan er ook sprake zijn van BG geleverd vanuit de WMO. • De op het moment van intake benodigde uren VP en PV, die in het zorgplan zijn opgenomen, vallen onder de zorgverzekeringswet zijn daarmee de grondslag voor de declaratie / PGB. • Het alleen aangeven van – en werken met functies en klassen of verwijzen naar het pakket PTZ, zoals in de AWBZ gebruikelijk was, achten wij niet wenselijk. • Indien er sprake is van een (zeer) instabiele situatie of palliatieve terminale zorg is het zeer gewenst ook een verwachting/inschatting te geven hoe de zorg zal kunnen fluctueren, of wat in een later stadium van een terminaal proces in de ogen u als wijkverpleegkundige (maximaal) noodzakelijk zal zijn.
Zorgplan	21 Wanneer moet een zorgplan bijgesteld worden qua omvang en duur?	In de overeenkomst met Menzis staat dat een afwijking van 10% kan plaatsvinden ten opzichte van het zorgplan, gemiddeld genomen over de duur van het zorgplan. We kijken hierbij naar structurele afwijkingen, niet incidenteel. In het zorgplan kan het precies aantal uren worden opgenomen, dit vormt de basis voor de declaratie. De berekening kan wel o.b.v. gemiddelden per week/zorgperiode. Hoe een organisatie dit inregelt is aan de organisatie: wij zullen dit o.b.v. doelmatigheid toetsen.

Veel gestelde vragen



Categorie	Vraag	Antwoord
Ontslag uit het ziekenhuis	<p>26 Wie stelt de indicatie voor wijkverpleging als een klant met ontslag uit het ziekenhuis gaat. Wat is de taak van het transferpunt? Zijn er richtlijnen over hoeveel uren thuiszorg per week geboden mogen worden bij niet-terminale cliënten? Is dit bijvoorbeeld nog steeds analoog aan de bovengrens van 24,9 uur zoals tot 2015 werd gehanteerd?</p>	<p>De indicatie dient te worden gesteld door een (wijk)verpleegkundige, niveau 5, zie vraag en antwoord 1. Menzis hanteert het standpunt dat het ziekenhuis geen zorgplan kan opstellen maar alleen kan aangeven WELKE zorg er nodig is. Niet HOE de zorg georganiseerd gaat worden thuis. In die zin kan het ziekenhuis ook niet bepalen hoeveel uren zorg er thuis nodig is. Dit is geheel afhankelijk welke afspraken de wijkverpleegkundige maakt met de klant en in hoeverre hierbij gebruik gemaakt kan worden van mantelzorg, informele zorg of vrijwilligers, etc. Een transferpunt zorgt voor een warme overdracht en maakt duidelijke afspraken met de klant en de wijkverpleegkundigen. Zie verder ook vraag en antwoord 5.</p>
Terminale zorg	<p>27 Zijn er standaard afspraken gemaakt / te maken met betrekking tot palliatieve terminale zorg? En moet een huisarts een verklaring afgeven ivm Palliatief Terminale Zorg (PTZ)?</p>	<p>Indien er sprake is van een terminale situatie kan een wijkverpleegkundige niveau 5 conform het normenkader V&VN een indicatie stellen en de zorgvraag beoordelen. Menzis hanteert momenteel geen maximum voor het aantal PTZ-uren. We gaan uit van de professionaliteit van de indicatiesteller en meten de doelmatige zorginzet achteraf (zie blz 13 inkoopbeleid). De inzet van zorg hangt erg af van individuele situaties, waarbij we ervan uitgaan dat men optimaal gebruik maakt van mantelzorg(organisaties) en (terminale) vrijwilligers(organisaties). De wijkverpleegkundige weet wat PTZ inhoud en zal niet zonder afstemming met de arts de juiste zorg kunnen leveren. Wat ons betreft is het dus voldoende dat de wijkverpleegkundige de PTZ indiceert, waarbij hij/zij mondeling (maar schriftelijk mag natuurlijk ook) afstemt met de huisarts. Deze afstemming is ook wat we terug willen zien in het zorgplan en aard / inhoud en omvang. We gaan ervan uit dat palliatief terminale zorg een maximale duur kent van 3 maanden, die overigens met toestemming maximaal 3 maanden verlengd kan worden.</p>
Terminale zorg	<p>28 Wat te doen bij een (voorheen) terminale cliënt, bij wie de situatie echt verbeterd is en waarbij de wijkverpleegkundige heeft geprobeerd te overleggen over de zorgafname. De wijkverpleegkundige vindt dat de zorg fors omlaag kan omdat klant opgeknapt is. De familie pikt dit niet en beroept zich op het overgangsrecht. Hoe kan je handelen als wijkverpleegkundige?</p>	<p>Hier komt nadrukkelijk aan de orde: wat is gebruikelijk te doen en wat is de professionele inschatting van de wijkverpleegkundige. Hoe professioneel kan de wijkverpleegkundige zich opstellen en bespreken dat alleen die zorg aangeboden wordt die ook nodig is. In deze casus kan de professionele ondersteuning waarschijnlijk verminderd worden. Hier geldt het overgangsrecht niet. Indien de klant klachten heeft kan hij via de reguliere weg zijn klachten indienen, bij de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.</p>

Veel gestelde vragen



Categorie	Vraag	Antwoord
Overig	29 Is MTH zorg hetzelfde als MSVT?	<p>Het zou zorginhoudelijk hetzelfde kunnen zijn. MTH en MSVT vallen beide formeel onder de aanspraak wijkverpleging, maar:</p> <ul style="list-style-type: none"> als de huisarts eindverantwoordelijk is voor de totale zorg (dus incl MTH), valt dit in 2015 onder de financieringsafspraken van wijkverpleging. Als een specialist hoofd- en eindbehandelaar is, geldt in 2015 voor MSVT onderstaande en valt dit onder specifieke financieringsafspraken die met Menzis zijn gemaakt. <p>“Medisch specialistische verpleging thuis. Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Omvang verpleegkundige handeling. Frequentie verpleegkundige handeling. Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum).”
Overig	30 Hoe om te gaan met een verzoek m.b.t. wijkverpleging in of vanuit een FOKUS of ADL clusterwoning?	<p>Op dit moment krijgt een cliënt een aanspraak op ADL-assistentie indien men woonachtig is in een ADL-woning. Samenloop met een ZZP-indicatie niet mogelijk is. Onder de Wlz is in Artikel 10.1.3 de gedachte gehandhaafd dat er voor cliënten die gebruik maken van ADL-assistentie samenloop met een Wlz-indicatie niet wenselijk is. Zorg die zij aanvullend op ADL-assistentie nodig hebben, kunnen zij via de Zvw en de Wmo verkrijgen. Bewoners van een ADL-woning zijn ook uitgesloten in de Regeling Wlz-indiceerbaren. Voor de zorg die men aanvullend op ADL-assistentie via de Wmo en Zvw kan ontvangen, kan men voor het PGB blijven kiezen.</p> <p>Er zijn echter bijzondere situaties, bijvoorbeeld indien een klant Wlz-profiel heeft, maar naast de oproepbare ADL-assistentie permanent toezicht in de ADL-woning heeft. In gevallen waarin huidige Fokus-bewoners naast de ADL-zorg een omvangrijke aanvullende zorgvraag hebben (zoals bijvoorbeeld maar niet uitsluitend een slaapwacht), kan het bezwaarlijk zijn om deze aanvullende zorgvraag vanuit de Zvw en/of de Wmo te laten leveren. Voor die groep Fokus-bewoners, die geen gebruik kunnen maken van de overgangsregeling Wlz-indiceerbaren omdat zij in een Fokus-woning verblijven, maar wel 25 uur of meer individuele zorg hebben wordt toegang geboden tot de regeling Wlz-indiceerbaren. Dit houdt in dat zij voor hun aanvullende zorgvraag in 2015 een beroep kunnen doen op de Wlz, indien zij zich in 2014 melden bij het informatiepunt Wlz-overgangsrecht. De ADL-zorg blijft bekostigd via de aparte subsidieregeling die daarvoor in het leven is geroepen.</p>

Veel gestelde vragen



Categorie	Vraag	Antwoord
Overig	31 Is er een aparte regeling voor crisissituaties (spoed)?	Binnen de aanspraak wijkverpleging is er geen sprake van een crisisregeling. Als er met spoed zorg nodig is, dient dit te worden geleverd. Dit is contractueel overeengekomen met de zorgaanbieders met wie Menzisj een overeenkomst heeft (7x 24 zorgverlening).
Overig	32 Wat te doen als we merken dat klanten shoppen?	In het kader van de privacy wetgeving kan hier weinig aan worden gedaan. Er moet op basis van de professionele autonomie en onafhankelijkheid een indicatie worden gesteld op basis van het normenkader V&VN, inkoopbeleid, etc. Hierin kunnen klanten worden geadviseerd. Als een klant het onverhoopt niet eens is met de uitkomsten, dan kan men doorverwijzen naar de klachtenregelingen van de eigen organisatie of die van Menzis. Momenteel werken we aan het opstellen van een second opinion regeling voor wijkverpleging, binnen de zorgverzekeringwet is dat een mogelijkheid voor de klant.
Overig	33 In hoeverre wordt het normenkader nog verder uitgewerkt? We vinden het nog niet voldoende concreet.	Dit wordt door de V&VN (de beroepsgroep zelf) verder uitgewerkt. Zorgverzekeraars adviseren hierin en zijn hierover in gesprek met de V&VN.
Overig	34 Kunnen jullie ook hulpmiddelen opnemen in de vergoeding?	Klanten moeten naar hun eigen (aanvullende) polis kijken wat zij specifiek vergoedt kunnen krijgen m.b.t. hulpmiddelen. Ook hulpmiddelen voor het aantrekken van kousen worden in diverse situaties wel vergoed. Kousen worden bijvoorbeeld functiegericht voorgeschreven en als er een hulpmiddel noodzakelijk is om deze kousen aan te trekken dan is het aantrek hulpmiddel een deel van de aanspraak. Het hulpmiddel is geen onderdeel van de aanspraak indien de thuishulp het gebruikt uit arbeid technische overwegingen. Dan dient de thuiszorgorganisatie dit aan te schaffen. Kijk voor meer informatie op onze website.