

Kenniscentrum Verpleegkundigen ZN

Werkwijzer verpleging en verzorging in de thuissituatie

Kenniscentrum Verpleegkundigen Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Handreiking bij de inhoudelijke beoordeling

april 2021
Versie 2.0

Inhoud

1. Inleiding	2
1.1 Aanleiding	2
1.2 Doel	2
1.3 Literatuur	2
1.4 Uitgangspunten	3
1.5 Klankbordgroep	3
1.6 Wijzigingen ten opzichte van voorgaande versie 1.0	4
2 Goede en gepaste zorg	5
2.1 Aanspraak Zvw	5
2.2 Verpleegkundig proces	5
2.3 Doelmatigheid	6
2.4 Evidence Based Practice en Stand van Wetenschap en Praktijk	7
3 Afbakening verpleging en verzorging thuis	8
3.1 Zelfredzaamheid en eigen regie	8
3.2 Zorg en ondersteuning vanuit de omgeving	8
4 Afbakening Zvw t.o.v. andere wettelijke kaders	10
4.1 Afbakening van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)	10
4.2 Afbakening van Wet langdurige zorg (Wlz)	11
5 Afbakening overige voorzieningen vanuit Zvw	14
5.1 GGZ	14
5.2 Paramedische zorg en hulpmiddelen	15

1. Inleiding

Voor u ligt de 'Werkwijzer verpleging en verzorging in de thuissituatie' van het Kenniscentrum Verpleegkundigen Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

1.1 Aanleiding

Aanleiding voor het schrijven van deze werkwijzer is de behoefte aan een eenduidige beoordeling van verpleging en verzorging in de thuissituatie door zorgverzekeraars. Een tweede aanleiding is de wens tot transparantie over de wijze van de zorginhoudelijke beoordeling van deze zorg.

1.2 Doel

De doelstellingen van dit document vloeien voort uit bovenstaande aanleidingen.

- In de eerste plaats is het een hulpmiddel voor medisch adviseurs en medewerkers van zorgverzekeraars die beroepshalve in bepaalde situaties zorginhoudelijke beoordelingen uitvoeren onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. De werkwijzer is een hulpmiddel om tot een uniforme beoordeling te komen, zodat er zo min mogelijk praktijkvariatie bestaat tussen zorgverzekeraars¹. Het draagt bij aan transparantie over het handelen van de zorgverzekeraars.
- Daarnaast is de werkwijzer een handvat om objectief, onafhankelijk en onbevooroordeeld te kunnen komen tot een beoordeling op goede en gepaste zorg die onder de aanspraak wijkverpleging binnen de zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Dit document is met name gericht op gebieden binnen de aanspraak wijkverpleging waar zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheden hebben en knelpunten ervaren.
- Tot slot heeft de werkwijzer tot doel de medisch adviseurs werkzaam bij zorgverzekeraars een handvat te bieden, voor het nemen van de gezamenlijke verantwoordelijkheid (gezamenlijk met wijkverpleegkundigen) om in Nederland kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare wijkverpleegkundige zorg vanuit de Zvw te bieden.

Deze werkwijzer is **geen** richtlijn of protocol voor wijkverpleegkundigen, maar slechts bedoeld als vertaalslag van de geldende wet- en regelgeving om handvaten te kunnen bieden aan de medisch adviseurs bij de uitvoering van hun taken.

1.3 Literatuur

De werkwijzer vloeit voort uit normen, kaders en richtlijnen vanuit de (wijk)verpleegkundige beroepsgroep en andere relevante literatuur van onder andere Zorginstituut Nederland en relevante wet- en regelgeving.

Geraadpleegde literatuur betreft onder andere:

- Zorgverzekeringswet
- Geldende NZa beleidsregel verpleging en verzorging
- Nadere regel NZa betreffende het stellen van voorschriften voor verpleging en verzorging

¹ De medisch adviseur is een in het register van Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) ingeschreven arts of verpleegkundige, die de zorgverzekeraar adviseert over medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied (zoals die blijkt uit de BIG-registratie) en die in dit kader functioneel verantwoordelijk is voor de functionele eenheid c.q. functionele eenheden waarin deskundige medewerkers zijn betrokken bij verwerking van gegevens over gezondheid voor specifieke (gekwalficeerde) doeleinden.

- over registratie en declaratiewijze (NR/REG-1709)
- Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (V&VN; 2014)
- Begrippenkader Indicatieproces (V&VN; 2019)
- Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging (V&VN; 2011; wordt momenteel herzien, nieuwe versie verwacht in 2021, momenteel in commentaarfase)
- Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding (Zorginstituut Nederland; 2019) en Korte uitleg in heldere taal bij verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding (Zorginstituut, 2019)
- Handreiking Indicatieproces Kindzorg. Het inventariseren en organiseren van zorg in de eigen leefomgeving voor kinderen van 0 tot 18 jaar voor de Zorgverzekeringswet (VenVN Kinderverpleegkundigen, Kinderverpleegkunde.nl, VenVN; 2020)
- Verduidelijking Zorginstituut van begrippen bij verpleegkundige indicatiestelling kindzorg Zvw (Zorginstituut: 2020)
- De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis (geactualiseerde versie), handreiking voor de praktijk (Zorginstituut, 2020)
- Informatiestandaard voor overdracht van zorg (Nictiz e.a.; 2019)
- Expertisegebied wijkverpleegkundige (V&VN; 2019)
- Handreiking Normenkader (V&VN; 2020)
- Handreiking verpleegkundig proces (V&VN; 2020)
- Toolbox indicatieproces

1.4 Uitgangspunten

Wij hebben de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- De werkwijzer is van toepassing op het grootste gedeelte van de casuïstiek zoals die zich in de praktijk voordoet. Daar waar de werkwijzer niet van toepassing is, kan in de beoordeling in overleg en onderbouwd worden afgeweken.
- De werkwijzer is bedoeld voor de beoordeling van op het individu gerichte zorgdossiers, waarvan een zorgteam de vastgestelde interventies op basis van een verpleegkundig proces uitvoert. De werkwijzer is niet bedoeld voor de beoordeling van afspraken die zorgverzekeraars separaat maken met gecontracteerde aanbieders op het gebied van preventie, samenwerking met het sociaal domein, etc.
- De werkwijzer is een groeidocument. Dit geeft het document een dynamisch karakter. Bij nieuwe ontwikkelingen zoals veranderingen in wet- en regelgeving, adviezen of uitspraken van Zorginstituut Nederland, herzieningen van relevante documenten van de beroepsverenigingen, of nieuwe inzichten bij zorgverzekeraars, wordt dit document bijgesteld.

1.5 Klankbordgroep

De werkwijzer is aan een klankbordgroep voorgelegd. Dit om te toetsen of de handvatten geboden in deze werkwijzer passend zijn en de Nederlandse wet- en regelgeving op een juiste wijze vertalen naar de dagelijkse praktijk in de wijkverpleging.

De klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordigers van onderstaande organisaties:

- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap (NWG)
- Wijkverpleegkundigen en kinderverpleegkundigen op persoonlijke titel
- Zorginstituut Nederland

1.6 Wijzigingen ten opzichte van voorgaande versie 1.0

In deze versie 2.0 zijn enkele aanpassingen aangebracht ten opzichte van de versie 1.0 op basis van input van Patiëntenfederatie, zorgaanbieders en het Zorginstituut.

De belangrijkste wijzigingen benoemen we hier:

- Paragraaf 2.4 Stand van Wetenschap en praktijk is tekstueel herzien. Binnen de wijkverpleging is nog weinig onderzoek verricht, dus zal dit criterium niet in alle gevallen van toepassing kunnen zijn. De samenhang met het medisch domein is in veel gevallen wel aanwezig, en wanneer relevante interventies conform SW&P daar van toepassing zijn, dient de verpleegkundige interventie daar op aan te sluiten.
- Paragraaf 4.2 Afbakening van Wet langdurige is tekstueel herzien ter verduidelijking.
- Paragraaf 5.1 GGZ is tekstueel herzien. Bij de beoordeling of er sprake is van aanspraak wijkverpleging is de context van de zorgvraag van belang.
- Overige wijzigingen zijn allen tekstueel ter verduidelijking, om verschil in interpretatie te verkleinen.

2 Goede en gepaste zorg

Voor de inhoudelijke beoordeling van de indicatie voor wijkverpleging wordt deze getoetst aan zowel landelijke wet- en regelgeving, als de beroepsnormen, kaders en richtlijnen die beschikbaar zijn vanuit de beroepsgroep. Tevens wordt getoetst of de zorg voldoet aan de 'Stand van Wetenschap en Praktijk' (SWP) of dat er sprake is van Evidence Based Practise (EBP).²

2.1 Aanspraak Zvw

Het wettelijke kader, zoals beschreven door het Zorginstituut: 'Voor de Zorgverzekeringswet zijn de opvattingen van de beroepsgroep over het eigen professioneel handelen van belang, omdat deze opvattingen het vertrekpunt vormen bij de interpretatie van de regelgeving. De regelgeving omschrijft verschillende prestaties binnen de basisverzekering via het begrip 'plegen te bieden': 'zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, verloskundigen, klinisch psychologen', en ook 'verpleegkundigen die plegen te bieden'. Wijkverpleging valt onder de te verzekeren prestatie van artikel 2.10 Bzv: Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Voor de uitleg van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' sluit het Zorginstituut aan bij de opvattingen van de betrokken beroepsgroep zoals neergelegd in documenten als standaarden, richtlijnen, protocollen, maar ook opleidingseisen en beroepsvisies. Bij de uitleg van de inhoud en omvang van deze zorg zal het Zorginstituut nagaan wat de opvattingen hierover zijn van de beroepsgroep en deze opvattingen zijn leidend.³

2.2 Verpleegkundig proces

Uitgaande van de in de inleiding genoemde normen, richtlijnen, kaders, wet- en regelgeving verwachten wij van wijkverpleegkundigen en kinderverpleegkundigen, werkzaam in de eigen omgeving van verzekerden, die naar aanleiding van een zorg-/ hulpvraag van een verzekerde een indicatie stellen (een bachelor of master opgeleide verpleegkundige) dat deze tot een zorgbehoeftebepaling komt op basis van klinisch redeneren in een verpleegkundig proces in aanwezigheid en de eigen omgeving van de verzekerde/het kind die deze behoefte heeft. Als vast is komen te staan wat de zorgbehoefte is (vraagverheldering en diagnosestelling) en welke doelen (vaststellen van gewenste resultaten) en interventies daarbij passend zijn, is het aan de wijkverpleegkundige samen met de cliënt te kijken wie deze interventies het beste kan uitvoeren om tot zo groot mogelijke zelfredzaamheid te komen, of waar mogelijk te behouden; de cliënt zelf, iemand uit het eigen netwerk, een vrijwilliger, en/of doorverwijzing naar een ander wettelijk kader mogelijk aan de orde is (Wmo 2015, Wlz of een ander domein). Alleen de verpleegkundig zorg waarop verzekerde redelijkerwijs is aangewezen, die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop, komt voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking. Dit betekent niet dat er reeds een medische diagnose vastgesteld dient te zijn alvorens de zorglevering kan aanvangen. Daarbij verwijzen wij expliciet naar het document

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/01/15/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk>

³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/03/28/verpleegkundige-indicatiestelling-een-nadere-duiding>

'Expertisegebied wijkverpleegkundige 2019', waarin wordt vermeld dat het organiseren van zorg en advance care planning tot de wijkverpleegkundige expertise behoort. Oftewel; de wijkverpleegkundige heeft een signalerende en adviserende functie bij interventies die niet tot het verpleegkundig domein behoren, maar die wel nodig zijn om het beoogde niveau van functioneren te behalen. Ook de tijd die noodzakelijkerwijs besteed wordt aan dit signaleren, adviseren en verwijzen, wordt gezien als verzekerde zorg.

Beoordeling:

- Navolgbaarheid verpleegkundig proces stap 1 t/m 6⁴
- Is een verzekerde redelijkerwijs aangewezen op verpleging en verzorging die verband houdt met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop, ofwel valt de zorg binnen de aanspraak wijkverpleging van de Zvw?
- Kunnen de vastgestelde beperkingen worden geplaatst binnen een geobjectieerde geneeskundige context? Is er een logisch verband tussen de beperking en het niet kunnen omgaan van de verzekerde met deze beperking? In het geval van moeilijk objectieerbare klachten, bijvoorbeeld SOLK, chronische vermoeidheid etc. verwachten wij dat afstemming plaats heeft met behandelend artsen en dat wijkverpleging wordt ingezet in lijn en in afstemming met (in de toekomst mogelijke) behandeling.

2.3 Doelmatigheid

Doelmatigheid is een term die verschillende definities kent in de verschillende situaties waar deze van toepassing is. In deze werkwijzer wordt er over doelmatigheid gesproken waarbij het gaat om de inhoud van de zorg. Hierbij gaat het erom of de in te zetten (ingezette) zorg en/of interventies, de meest (kosten)efficiënte manier zijn om de beoogde verpleegdoelen te behalen. Doelmatigheid heeft betrekking op kostenefficiëntie. Bij de inhoudelijke beoordeling kan ook gesproken worden over passende zorg. Kern om te bepalen of er sprake is van inzet van passende zorg is het aantoonbaar gebruik maken van een proces van klinisch redeneren. Dit proces houdt in dat er een aantoonbaar en logisch verband is tussen de geobjectieerde en ervaren beperkingen en het vermogen van verzekerden om hiermee te kunnen omgaan. Hiernaast moet er een logisch verband bestaan tussen de medische problematiek die deze beperkingen veroorzaakt en de geneeskundige behandeling die daar al dan niet toe is of wordt ingezet, als ook de vastgestelde verpleegkundige doelen en interventies binnen de wijkverpleging .

Zorg kan nodig zijn, ook als er (nog) geen medische diagnose aan ten grondslag ligt. Het is aan de wijkverpleegkundige hier proactief te handelen c.q. te verwijzen. Ook waar sprake is van problematiek op sociaal gebied, bijvoorbeeld waar de wijkverpleegkundige eenzaamheid signaleert, verwijst zij actief naar die disciplines waar dit belegd is. Zij heeft een belangrijke signalerende functie als blijkt dat dit in haar gemeente niet goed belegd is.

Noodzakelijk is dat de behoefte aan wijkverpleging in een cyclisch proces wordt vastgesteld in de eigen omgeving van en in samenspraak met de verzekerde. Er is -SMART geformuleerd- sprake van een passend doel, met een bijpassende interventie, waar een onderbouwde tijdsinschatting voor wordt afgegeven, binnen passende financiering.

- Een passend doel betreft een doel dat ondersteunt in een oplossingsrichting bij 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'.
- Een passende interventie valt te scharen onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Om een algemeen beeld te hebben bij de doelmatigheid van de geïndiceerde zorg, kan er naar aanleiding van een geschatte tijdsindicatie om een doel te behalen een nadere

⁴ Zie normenkader en begrippenkader, en de handreikingen bij het normenkader en het verpleegkundig proces (VenVN)

onderbouwing worden gevraagd. Bij een onvoldoende onderbouwde tijdsinschatting in verhouding tot het gestelde doel, wordt verzocht om een nadere onderbouwing.

- De wijkverpleegkundige levert geen zorg meer aan verzekerden indien zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de geneeskundige context van de verzekerde, of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein⁵.
- Een SMART-formulering draagt bij aan een tijdige bijstelling, concretisering van verpleegdoelen en het vaststellen van passende (EBP) interventies. Classificatiesystemen als OMAHA of Nanda/Nic/Noc kunnen hierbij als hulpmiddel ondersteunend zijn.

Beoordeling:

- Zijn er SMART verpleegkundige doelstellingen geformuleerd, passend bij de gestelde verpleegkundige diagnoses?
- Zijn de doelstellingen en resultaten in het zorgplan zodanig onderbouwd dat duidelijk naar voren komt waarom de keuzes in het zorgplan zijn gemaakt?
- Is de aard, omvang en de duur van de ingezette zorg redelijkerwijs navolgbaar in het kader van de gestelde doelen?
- Zijn de doelen gericht op het (vergroten van) de zelfredzaamheid en blijkt uit het zorgplan dat het is het eigen netwerk van de cliënt hierin is meegenomen en waar mogelijk deelneemt aan de uitvoering van een of een deel van de interventies?
- Is onderbouwd welke voorliggende voorzieningen zijn meegenomen? Zoals: behandeling, hulpmiddelen, voorzieningen of begeleiding vanuit de Wmo, mogelijke aanspraak op Wlz, etc.?

2.4 Evidence Based Practice en Stand van Wetenschap en Praktijk⁶

Het begrip 'de stand van de wetenschap en praktijk' heeft een normatief karakter. 'Praktijk' is daarom niet: 'dat wat individuele professionals (gewoonlijk) feitelijk aan zorg leveren'. Evenmin gaat het bij 'praktijk' om de mening van individuele behandelaars (en individuele patiënten) over de waarde van de interventie. Wat meegenomen wordt in de afweging is dat wat de beroepsgroep als geheel maatgevend vindt, respectievelijk als juiste handelwijze beschouwt. Concreet betekent dit:

Waar de medische behandeling aanleiding is tot verpleegkundige inzet, beoordelen we de stand van wetenschap en praktijk van de medische behandeling van de aandoening waar deze voor wordt geïndiceerd. Daar waar de (verpleegkundige) interventies en activiteiten onderdeel zijn van een behandeling dient deze behandeling, en dus ook de bijbehorende (verpleegkundige) interventies, te voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk.

Ten aanzien van de geïndiceerde verpleging en verzorging die los staat van een medische behandeling beoordelen we deze op Evidence Based Practice (EBP). Van de verpleegkundige wordt verwacht dat zij onderbouwt op welke wijze de ingezette interventies passend zijn bij de beoogde verpleegkundige zorgdoelen.

⁵ Bron: Zorginstituut Nederland; Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding, 28 maart 2019, p.12)

⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringwet/documenten/rapport/2015/01/15/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk>

3 Afbakening verpleging en verzorging thuis

Ten aanzien van de inzet van zorg wordt uitgegaan van een stepped care model. Dit model gaat uit van het principe van getrapte zorg. Een stappenplan van steeds intensievere vormen van zorg, waarbij het niet de bedoeling is om alle stappen af te lopen, maar juist om met zo weinig mogelijk stappen, samen met verzekerde en eventueel netwerk te beslissen over het beoogde/gewenste resultaat te bereiken. Gestart wordt met de evaluatie van mogelijkheden met betrekking tot een toename van zelfredzaamheid in relatie tot de zorgvraag en de context van de verzekerde. Hierna wat de mogelijkheden zijn van zorg en ondersteuning door het eigen sociale netwerk (cliëntsysteem), eventueel na een kortdurende interventie van de wijkverpleegkundige om het eigen sociale netwerk te scholen. Wanneer ondanks benutting van deze mogelijkheden er nog steeds een noodzaak bestaat voor verpleging, verzorging of ondersteuning, kan gekeken worden welke oplossingen te vinden zijn vanuit de aanspraak vanuit de wettelijke kaders Wmo 2015, Wlz, Jeugdwet en Zvw.

3.1 Zelfredzaamheid en eigen regie

De term zelfredzaamheid staat voor het vermogen van mensen om zichzelf te redden op alle levensterreinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg. Eigen regie is een belangrijk onderdeel van zelfredzaamheid⁷.

Een zelfredzaam persoon is in staat om te gaan met beperkingen, eventueel met hulpmiddelen. De wijkverpleegkundige beoordeelt of een verzekerde in staat is zelfredzaam te zijn en geeft zo nodig advies, instructie of voorlichting. Eventueel kan zij een verzekerde doorverwijzen naar een ergotherapeut of andere professionele ondersteuner ten behoeve van de zelfredzaamheid. Van de verzekerde wordt verwacht dat hij dit advies opvolgt. Ook als dit betekent dat de verzekerde kosten moet maken om bijvoorbeeld een hulpmiddel aan te schaffen.

Beoordeling:

- Is er in kaart gebracht en onderbouwt wat verzekerde nog zelf kan? Eventueel samen met het eigen netwerk.
- Is er in kaart gebracht en onderbouwt wat verzekerde (eventueel met behandeling, coaching, training, of hulpmiddelen) nog zelf zou gaan kunnen?
- Is er in kaart gebracht en onderbouwt wat verzekerde op basis van zijn prognose nog zou kunnen gaan verliezen? En of inzet van behandeling, hulpmiddelen, coaching, training hier een preventief effect op kunnen hebben?

3.2 Zorg en ondersteuning vanuit de omgeving

Wanneer een verzekerde niet in staat is zelfredzaam te zijn ondanks beperkingen kan een beroep gedaan worden op het eigen sociale netwerk. Netwerk zien we breed: wijkverpleegkundigen omschrijven in hun expertisegebied dat in alle fasen in het verpleegkundig proces met de cliënt wordt afgestemd 'wat hun omgeving kan betekenen, en of inzet van technologie mogelijk is. Pas als hierin niets meer mogelijk is, wordt overgegaan tot inzet van verpleging of verzorging⁸.

Partners, ouders en kinderen zijn niet verplicht om mantelzorg te bieden. Het al dan niet kunnen of willen bieden van mantelzorg kan van invloed zijn op de mogelijkheden om verantwoord thuis

⁷ Vilans, Handreiking zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen 2019:
<https://www.vilans.nl/producten/handreiking-zelfredzaamheid>

⁸ <https://www.venvn.nl/media/20fardarne/20190607-expertisegebied-wijkverpleegkundige.pdf>, p15

te kunnen blijven wonen. Denk hierbij aan de volgende uitgangspunten:

1. Het moet verantwoord zijn nog zelfstandig thuis te functioneren (zonder continu toezicht). Indien de inzet van zorg thuis niet meer als verantwoord of passend gezien kan worden, verwachten zorgverzekeraars dat de wijkverpleegkundige, waar nodig in samenspraak met de regiebehandelaar, (huisarts, medisch specialist, PA en VS) tijdig alternatieve wijzen van zorg bespreekt met de verzekerde, door middel van proactieve zorgplanning. Zie volgende paragraaf voor overgang naar Wlz financiering.
2. Het moet gaan om zorg waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Voorwaarde is dat er sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.
3. Ondersteuning bij het verantwoord, zo lang mogelijk zelfstandig thuis verblijven moet zorginhoudelijk en organisatorisch op verantwoorde wijze mogelijk zijn voor de verzekerde en diens naasten. Conform het normenkader sluiten verpleegkundigen aan op de maatschappelijke noodzaak de zorg verantwoord uit te voeren. Dit sluit aan op het door de beroepsgroep erkende maatschappelijk belang, in het door hen gehanteerde principe van Triple Aim.

De wijkverpleegkundige is niet aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de geneeskundige context van de verzekerde. Of als zij vindt dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein.⁹

Beoordeling:

- Is er in kaart gebracht en onderbouwd wat het eigen sociale netwerk van verzekerde voor verzekerde kan betekenen? Zo ja, wat is dit en wat betekent het in de context van verzekerde en het netwerk?
- Is er in kaart gebracht en onderbouwd hoe dit eruit ziet voor de korte, middellange en langere termijn?

⁹ Zorginstituut Nederland; Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding, 28 maart 2019, p.12.
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/03/28/verpleegkundige-indicatiestelling-een-nadere-duiding>

4 Afbakening Zvw t.o.v. andere wettelijke kaders

Zorg en ondersteuning thuis voor verzekerden kan uit vier zorgwetten geleverd worden: Zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz), ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), Jeugdwet en Verpleging en Verzorging uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Indien nodig zal in een volgende versie het onderdeel Jeugdwet nader worden uitgewerkt. De zorgverzekeraar heeft als plicht aan te tonen dat hij verantwoorde, rechtmatige en doelmatige zorg vergoedt; deze zorg wordt immers gefinancierd vanuit collectieve gelden, betaald vanuit de basisverzekering. Uitgangspunt daarbij is ook, dat dezelfde zorg niet dubbel gefinancierd wordt. Wijkverpleging omvat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en wordt geboden 'in de eigen omgeving' van de verzekerde. Deze zorg valt onder de Zvw als er sprake is van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop', zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. En de verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. Art 2.1 3^e lid Besluit zorgverzekering.

4.1 Afbakening van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)

Gemeenten moeten ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen en een volwaardig leven kunnen leiden. De gemeente geeft ondersteuning thuis via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De officiële afkorting van deze wet is wet Wmo 2015. De ondersteuning van de gemeente vanuit de Wmo 2015 is bedoeld als een aanvulling op de hulp die mensen zelf regelen en krijgen van familie of vrienden. Uitgangspunten van de Wmo 2015 zijn dus onder meer zelfredzaamheid, participatie en een brede benadering van hulpvragen.¹⁰

Het is niet de handeling zelf die maakt dat zorg vanuit de Wmo 2015 of de Zvw geboden moet worden, maar de context van de zorgvraag die al dan niet binnen een geneeskundige context te plaatsen is, maakt dat deze binnen een bepaald wettelijk kader valt. Binnen de Wmo 2015 ligt de nadruk op begeleiding zodat een verzekerde kan participeren in de maatschappij.

ADL-ondersteuning Persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning) als een verzekerde niet voldoende zelfredzaam is, en deze ADL-ondersteuning niet samenhangt met een geneeskundige context, is geregeld in de Wmo 2015. Dit is bijvoorbeeld van toepassing in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een lichamelijke beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg moet worden aangevraagd bij de gemeente waarin de verzekerde woont.¹¹

Voorbeeld 1: Het controleren van bloedglucosewaarden en injecteren van insuline kan onder de aanspraak wijkverpleging Zvw vallen, afhankelijk van de context: Een verstandelijk beperkte verzekerde, is door deze beperking niet in staat zelfstandig zijn diabetes te reguleren. Bij goed ingestelde diabetes kan de zorg aangeleerd worden aan verzekerde, iemand uit het eigen sociale netwerk of een begeleider (intramuraal dan wel extramuraal). Alleen kortdurende inzet van wijkverpleging voor het aanleren valt onder de aanspraak. Wanneer er sprake is van een moeilijk instelbare diabetes, waarbij niet redelijkerwijs van de cliënt of diens netwerk verwacht kan worden dat deze de regie hierop kunnen voeren, kan de verzekerde aanspraak maken op zorg vergoed vanuit de aanspraak wijkverpleging Zvw.

Voorbeeld 2: Wanneer een psychiatrisch belaste verzekerde op grond van zijn psychiatrische aandoening, begeleiding nodig heeft bij ADL-activiteiten is dit geen zorg die valt onder de

¹⁰ <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/Wmo-praktijk-uitgangspunten>

¹¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/w/wijkverpleging-zvw>

aanspraak wijkverpleging Zvw. Er kan dan mogelijk zorg nodig zijn vanuit psychiatrische behandeling Zvw als onderdeel van de behandeling, begeleiding Wmo 2015, of zorg vanuit de Wlz. Dit is afhankelijk van de situatie en ter beoordeling aan de daartoe bevoegde en bekwame professionals. Als deze verzekerde een heup breekt tijdens een val en ADL-ondersteuning nodig heeft niet op grond van zijn psychiatrische aandoening, dan kan tijdelijk aanvullende verpleging en verzorging noodzakelijk zijn vanuit de Zvw.

Maaltijdondersteuning: Er wordt een grijs gebied ervaren in de afbakening tussen zorg gefinancierd vanuit de Zvw of Wmo 2015. Zo wordt bijvoorbeeld de zorg rondom maaltijden als knelpunt ervaren. Hiervoor verwijzen we naar de meest recente versie van de factsheet Maaltijdondersteuning¹².

Aanreiken van medicatie: Er wordt een grijs gebied ervaren in de afbakening tussen zorg gefinancierd vanuit de Zvw, Wmo 2015 en zelfredzaamheid. Zo wordt bijvoorbeeld de zorg rondom het aanreiken van medicatie als knelpunt ervaren. Hiervoor verwijzen we naar het Begrippenkader V&VN.¹³

Respijtzorg: Respijtzorg betreft het tijdelijk overnemen van zorg die ontstaat als gevolg van het ontbreken van mantelzorg, het plotseling wegvallen van mantelzorg of het ontlasten van mantelzorgers. Deze zorg kan thuis geboden worden, maar ook buitenshuis (dagopvang of logeeropvang). Respijtzorg kan geboden worden vanuit de Wmo. Respijtzorg kan samen met wijkverpleging geboden worden.

Beoordeling:

- Bij de afbakening Wmo/Zvw speelt het begrip 'geneeskundige context' een belangrijke rol, en dient onderbouwd te zijn in de indicatie. Geneeskundige context is een vertaling van 'in verband met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'.

4.2 Afbakening van Wet langdurige zorg (Wlz)

Zorg vanuit de Wlz heeft vaak dezelfde naam als hulp en zorg vanuit de Wmo 2015 en/of de Zvw. Bijvoorbeeld verpleging, verzorging, begeleiding, dagbesteding, logeren of hulp bij het huishouden. De invulling van de zorg is wel anders, dit omdat het gaat om erg kwetsbare mensen die een blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben.

De Wlz is primair gericht op mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben vanwege:

- Een somatische aandoening of beperking;
- Een psychogeriatrische aandoening of beperking;
- Een verstandelijke handicap;
- Een lichamelijke handicap;
- Een psychische stoornis (volwassenen);
- Een zintuigelijke handicap:
 - Een visuele handicap; of
 - Een auditief-communicatieve handicap; of
 - Een (zeer) ernstige spraakstoornis of taalstoornis.

Voor meer informatie verwijzen we naar de beleidsregels indicatiestelling Wlz.¹⁴

¹² <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/normenkader/maaltijdondersteuning-in-de-thuissituatie/>

¹³ <https://www.venvn.nl/nieuws/v-vn-publiceert-begrippenkader-indicatieproces/>

¹⁴ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/toegang-tot-wlz-zorg>

Het is wettelijk bepaald dat Wlz zorg voorliggend is op inzet van wijkverpleging vanuit de Zvw en op inzet vanuit de Wmo of de Jeugdwet, tenzij er sprake is van een van de drie genoemde uitzonderingen in artikel 3.1.5 Besluit langdurige zorg (Blz)¹⁵. Dat betekent dat wanneer een verzekerde aanspraak kan maken op zorg vanuit de Wlz en er is geen sprake van één van de hiervoor genoemde uitzonderingen, er geen aanspraak bestaat op wijkverpleging vanuit de Zvw¹⁶. Om zorg vanuit de Wlz te krijgen, is een Wlz-indicatie nodig. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt aanvragen voor toegang tot de Wlz en geeft hier indicaties voor. Als iemand voldoet aan de voorwaarden van de Wlz en een indicatie is gesteld door het CIZ, dan is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de te leveren zorg. Zorgverzekeraar of gemeenten financieren dan geen langdurige zorg.

Verzekerden en zorgverleners kunnen dan ook niet zelf kiezen onder welke wetgeving een zorgvraag valt. De context van de zorgvraag bepaalt vanuit welke wet zorg wordt gefinancierd. Verzekerden zijn niet verplicht een Wlz-indicatie aan te vragen. Het is een keuze met bijbehorende consequenties. De keuze om geen Wlz-indicatie aan te vragen, daar waar een verzekerde hier wel voor in aanmerking zou kunnen komen, is aan de verzekerde. Als voldaan wordt aan de criteria zoals het CIZ deze hanteert, dan is er formeel geen aanspraak meer op zorg vanuit de Zvw.

Zorgverzekeraars verwachten van de wijkverpleegkundige dat zij de verzekerde goed informeert over het voorliggend zijn van de Wlz, zodat de verzekerde passende zorg ontvangt vanuit het juiste domein, passend bij de verwachting dat de wijkverpleegkundige 'Juiste Zorg op de Juiste Plaats' integreert in haar handelen tijdens de zorg. Wanneer wijkverpleegkundigen of verzekerden hier ondersteuning bij nodig hebben kunnen zij een beroep doen op onafhankelijke cliëntondersteuning¹⁷ of de zorgadvieslijn van zorgverzekeraars.

Als er twijfel bestaat of een Wlz-indicatie van toepassing kan zijn, wordt verwacht dat in het dossier de onderbouwing staat die heeft geleid tot het wel of niet aanvragen van een Wlz-indicatie. Wij noemen enkele veel voorkomende onderbouwingen:

- Er is geen opnamewens; om in aanmerking te komen voor de Wlz is een opnamewens geen voorwaarde. De blijvende noodzaak voor 24 uur per dag zorg in de nabijheid, in de meeste gevallen door ernstige regieproblemen, is leidend. De zorg uit de Wlz kan ook thuis worden geboden.
- De Wlz vraagt een inkomensafhankelijke bijdrage, waar de Zvw geen eigen bijdrage kent. Dit argument beoordelen zorgverzekeraars als niet valide. Het al of niet sprake zijn van een eigen bijdrage is inherent aan de betreffende wetgeving.
- De Wlz kent een gemaximeerd aantal uren per profiel, waardoor de verzekerde risico loopt op een terugval van uren. Dit kan worden ondervangen door de toeslag Extra Kosten Thuis (EKT).
- In complexe zorgsituaties, waarbij de financiering vanuit de Wlz onvoldoende is om adequaat zorg te verlenen, kan, afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel, een meerzorgregeling in de Wlz van toepassing zijn.
- Het aanvragen van een Wlz kan betekenen dat een verzekerde geen gebruik meer kan maken van de huidige zorgverleners.
- Het CIZ heeft zes weken de tijd om een besluit te nemen inzake een gedane aanvraag voor zorg vanuit Wlz. Gedurende een lopende aanvraag voor zorg vanuit de Wlz is er recht op zorg vanuit de Zvw/Wmo 2015.

Voorbeeld: Een Alzheimer patiënt vergeet te eten, vergeet medicatie in te nemen, kan gevaarlijke situaties niet meer inschatten, waardoor ernstige risico's ontstaan, zowel voor verzekerde als voor zijn omgeving. Er is blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid

¹⁵ https://wetten.overheid.nl/BWBR0035948/2021-01-01/#Hoofdstuk3_Paragraaf1_Artikel3.1.5

¹⁶ [standpunt+verpleging+Wlz+en+Zvw \(1\).pdf](#)

¹⁷ <https://www.informatielangdurigezorg.nl/clientondersteuning>

noodzakelijk. Een kenmerk van deze zorg is dat het initiatief tot zorgverlening bij de zorgverlener ligt (omdat de verzekerde zelf niet (altijd) adequaat kan alarmeren). Zowel voor geplande als ongeplande zorginzet. De zorg die voortkomt uit de risico's die ontstaan als gevolg van de regieproblemen, komt niet voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking.

Beoordeling:

- Wat is de prognose van verzekerde?
- Is er sprake van regieproblemen waar levenslang inzet van toezicht nodig is? Zo ja, is het gezien het beeld van verzekerde aannemelijk dat dit dermate frequent nodig is dat 24/7 toezicht of zorg in de nabijheid noodzakelijk is? En blijkt dit uit de onderbouwing in de indicatiestelling.

5 Afbakening overige voorzieningen vanuit Zvw

5.1 GGZ

Binnen de GGZ zorg wordt ook verpleegkundige zorg geboden die kan vallen ook onder de omschrijving 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Bij de beoordeling of er sprake is van aanspraak wijkverpleging is de context van de zorgvraag van belang. Verpleging en verzorging, waarbij de hulpvraag niet samenhangt met een geneeskundige zorg of een hoog risico hierop, voortkomend uit GGZ problematiek is in beginsel geen verzekerde zorg onder de aanspraak wijkverpleging.

GGZ zorg bij jeugdigen

Voor jeugdigen tot 18 jaar geldt dat er sprake kan zijn van behandeling die de huisarts kan bieden. Dan is dit verzekerde zorg onder de Zvw. Soms is meer specialistische zorg en begeleiding nodig die de huisarts niet kan bieden, in dat geval wordt de inzet van deze specialistische zorg gefinancierd vanuit de Jeugdwet. Onder de Jeugdwet kan ook opvoedondersteuning aan ouders vallen. Er kan sprake zijn van een combinatie van psychische problemen en lichamelijke problemen. In dat geval kan er ook sprake zijn van een combinatie aan zorg vanuit de Jeugdwet en de aanspraak wijkverpleging. Jeugdigen die zowel een psychische stoornis als een lichamenlijk beperking of chronische aandoening hebben, krijgen te maken met twee of drie wettelijke domeinen:

- de Jeugdwet voor de behandeling van de psychische stoornis en voor de verzorging in verband met de lichamenlijke beperking of chronische aandoening,
- de Zvw voor de geneeskundige zorg incl. verpleging en medisch noodzakelijke persoonlijke verzorging van de lichamenlijke beperking of chronische aandoening en
- de Wmo 2015 als hulpmiddelen nodig zijn.

Voorbeeld 1: Een meisje heeft als gevolg van een chromosoomafwijking zowel lichamenlijke handicaps als ontwikkelingsproblematiek. Vanwege de lichamenlijke problematiek heeft zij professionele hulp nodig met dagelijkse blaaskatheterisatie (is verzekerde zorg), daarnaast oefent een zorgverlener dagelijks gebarentaal, dit is pedagogische ondersteuning en valt niet onder de aanspraak wijkverpleging.

Voorbeeld 2: Bij een jeugdige wordt Diabetes Mellitus type 1 vastgesteld. De verpleegkundige leert het kind en/of diens ouders/verzorgers hoe om te gaan met deze aandoening. Dit is verzekerde zorg onder de aanspraak wijkverpleging. Door gedragsproblematiek of psychische problematiek is de jeugdige niet meer in staat om zelf zijn diabetes te reguleren, er is hierbij behandeling, ofwel begeleiding bij nodig. Dit is geen verzekerde zorg onder de aanspraak wijkverpleging.

GGZ zorg bij volwassenen

Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken, worden aangestuurd door de (hoofd)behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de (hoofd)behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig. Zeker bij gespecialiseerde GGZ komt het regelmatig voor dat begeleidingsactiviteiten een wezenlijk onderdeel zijn van de behandeling. De verpleegkundige kan deze activiteiten in opdracht van de behandelaar uitvoeren, echter de zorg dient gefinancierd te worden vanuit het kader GGZ.

Begeleidingsactiviteiten die een niet geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van de behandelaar is vereist en waarbij geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig is, worden niet gerekend tot geneeskundige GGZ. Deze begeleidingsactiviteiten kunnen mogelijk vallen onder de Wmo 2015. Ook als er sprake is van het daadwerkelijk overnemen van de zorg.

Wanneer er naast psychiatrische zorg verpleging en verzorging noodzakelijk is die niet samenhangt met de behandeling of begeleiding bij de psychiatrische aandoening, kan wijkverpleging vanuit de Zvw wel aangewezen zijn.

Voorbeeld 3: Een man heeft een zware depressie met psychotische symptomen. Hij krijgt psychiatrische behandeling bestaande uit medicatie en regelmatig gesprekken met de psychiater. Naast medicatie krijgt de man gedragstherapie en psycho-educatie. De man is voor zijn behandeling niet aangewezen op verblijf, maar heeft wel geneeskundige begeleiding in de thuissituatie nodig. Het gaat hierbij om motiveren tot behandeling, het stimuleren tot zelfzorg en het stimuleren tot medicatie -inname. Belangrijk aspect is het motiveren tot behandeling: de zorg in de thuissituatie is erop gericht behandeling door de psychiater mogelijk te maken. Zowel de zorg van de psychiater (behandeling) als de geneeskundige activerende begeleiding in de thuissituatie is geneeskundige zorg. De zorg thuis (motiveren tot behandeling, begeleidingsactiviteiten als het stimuleren zelfzorg, stimuleren tot medicatie-inname) is een onlosmakelijk deel van de GGZ-behandeling. De zorg verleend door andere disciplines dan de psychiater moet zijn opgenomen in het behandelplan en er moet terugkoppeling plaatsvinden naar de hoofdbehandelaar. Alle onderdelen behoren daarmee tot de Zvw prestatie geneeskundige zorg. Het bieden van geneeskundige begeleiding vereist specifieke deskundigheid van een professional. Deze zorg betreft verzekerde zorg, het betreft geen aanspraak Verpleging en Verzorging, maar aanspraak GGZ. Het is mogelijk dat een thuiszorgorganisatie deze zorg uitvoert in opdracht van de behandelaar, de GGZ instelling blijft dan verantwoordelijk voor de behandeling en de juiste declaratie van deze zorg. Behalve het oordeel wanneer er sprake is van een medische noodzaak is ook het oordeel wanneer de medische noodzaak eindigt van belang. Vragen die hierbij moeten worden beantwoord zijn bijvoorbeeld: is de cliënt stabiel en adequaat ingesteld op medicatie, is het doel van de behandeling bereikt, etc. Als de behandeldoelen zijn bereikt, en begeleiding blijft noodzakelijk, kan de zorg mogelijk worden overgedragen aan de Wmo¹⁸.

Voorbeeld 4: Een vrouw met een ernstige depressie heeft begeleiding nodig bij haar dag invulling. En er is geen sprake van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. 's Ochtends komt een zorgverlener langs om haar te motiveren uit bed te komen en te begeleiden met wassen en aankleden. Regelmatig is het nodig dat de zorgverlener het wassen en aankleden daadwerkelijk moet overnemen. Ook ziet de zorgverlener erop toe, dat de vrouw haar medicatie inneemt. Deze zorg komt voort uit de psychiatrische problematiek en is geen verzekerde zorg onder de aanspraak wijkverpleging. Door een val van de trap breekt de vrouw haar heup. Hierdoor is tijdelijk aanvullende verpleging en verzorging nodig. Op het moment dat er een stabiele situatie ontstaat en er geen wijkverpleegkundige expertise meer noodzakelijk is, en er geen sprake meer is van een geneeskundige context, is er geen aanspraak meer op wijkverpleging.

5.2 Paramedische zorg en hulpmiddelen

Paramedische zorg en hulpmiddelen hebben onder andere tot doel een verzekerde in zelfstandigheid/zelfredzaamheid te doen groeien en/of te laten behouden. Om deze reden

¹⁸ Voorbeeld overgenomen uit: *Handreiking wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis* (Zorginstituut, 2020)

moeten de mogelijkheden die hieruit volgen meegenomen worden in de indicatiestelling. Er wordt dan ook van uitgegaan dat inzet van deze zorg en hulpmiddelen voorliggend zijn ten opzichte van de inzet van wijkverpleging. Indien noodzakelijk kan wijkverpleging kortdurend parallel aan paramedische zorg en hulpmiddelen worden ingezet. Dit is enkel mogelijk indien dit onderbouwd plaats heeft/vindt en duidelijk beschreven wordt welk verpleegkundig doel wordt nagestreefd met een bijbehorende inschatting van de tijd die hiervoor nodig is. Wijkverpleging is niet mogelijk als vervanging van paramedische zorg of hulpmiddelen.

Voorbeeld 1: Bij indiceren van tijd voor het aan en uit doen van steunkousen is het uitgangspunt dat wordt onderbouwd waarom dit niet zelfstandig aan te leren is met hulpmiddelen.

Voorbeeld 2: Indiceren van verpleging en verzorging in verband met ondersteuning bij douchen vanwege valgevaar door staan in een gladde douche en drempels wordt niet als passend beoordeeld. Hier is het verwijderen van drempels, plaatsen van een douchestoel en indien van meerwaarde een consult door een ergotherapeut voorliggend. De resultaten van een ergotherapeutisch consult kunnen een onderbouwing vormen voor de inzet van de hoeveelheid zorg.

Voorbeeld 3: Inzet van wijkverpleging ten behoeve van het doen van oefeningen of begeleiding bij het maken van een wandeling zijn niet aan te merken als zorg binnen de aanspraak wijkverpleging.

Voorbeeld 4: Na een staaroperatie schrijft de arts oogdruppels voor. Naar het professioneel oordeel van de wijkverpleegkundige kan de patiënt dit zelfstandig met behulp van een hulpmiddel. De patiënt weigert dit hulpmiddel aan te schaffen. Het leren omgaan met een hulpmiddel betreft verzekerde zorg. Zorg die voortkomt uit het niet willen aanschaffen van een hulpmiddel komt niet voor vergoeding in aanmerking.