Beleid Intensieve verpleegkundige zorg in de laatste levensfase (Menzis)

Menzis ontvangt veel vragen over het leveren van intensieve zorg in de laatste levensfase en het standpunt van Menzis daarin. Hierbij lichten we ons beleid daarin toe.

De aanspraak wijkverpleging in de ZVW omvat zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden. Niet de zorgverzekeraar, maar een HBO-geschoolde wijkverpleegkundige maakt een inschatting van de benodigde zorg. Dit doet zij op basis van klinisch redeneren volgens het normenkader van de V&VN. Menzis vindt dat de beroepsgroep het beste weet wat goede en noodzakelijke zorg is, gebaseerd op eigen normen en richtlijnen en waar mogelijk gebaseerd op kennis volgens de laatste stand van de wetenschap.

We merken dat het voor veel wijkverpleegkundigen lastig is, dat de beroepsgroep nog beperkt normen en richtlijnen heeft ontwikkeld, dit geeft onzekerheid in welke zorg er geïndiceerd kan worden. Dit geldt met name als het om complexe zorgsituaties gaat, waarbij er veel partijen betrokken zijn en er mogelijk ook sprake is van zorg die gefinancierd wordt vanuit verschillende domeinen. Dat vraagt, naast een uitstekende kennis van de sociale kaart, ook van de wijkverpleegkundige om in gesprek te gaan met WMO-consulenten, vrijwilligers en mantelzorgers om de vastgestelde zorgvraag zo te organiseren dat de cliënt zo goed mogelijk geholpen wordt.

Zorg die geboden wordt door de wijkverpleegkundige moet uiteraard voldoen aan onze polisvoorwaarden:

Indicatie en doelmatigheid
Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Nachtzorg of Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

We kiezen er bewust voor geen minimaal of maximaal aantal uren vast te leggen voor het aantal nachtzorg of PTZ-uren. We gaan uit van de professionaliteit van de indicatiesteller en meten de doelmatige zorginzet achteraf. De inzet van zorg hangt heel erg af van individuele situaties, waarbij we ervan uitgaan dat men optimaal gebruik maakt van mantelzorg(organisaties) en (terminale) vrijwilligers(organisaties) en dat 24 uurs toezicht en/of zorg in de nabijheid niet noodzakelijk is. We vragen dus zeker om actief te zoeken naar andere opties in afstemming met de klant en zijn/haar mantelzorg. Zie ook https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/ptz als het gaat om PTZ.

Deze afstemming is ook wat we terug willen zien in het zorgplan (aard, omvang, doelen en duur) inclusief de overwegingen en/of er actief is gezocht naar andere opties, zoals vrijwilligers (www.terminalezorg.nl of www.vptz.nl). Bij een overbelaste mantelzorger kan de conclusie zijn, dat de zorg thuis niet meer doelmatig geleverd kan worden, hoe verdrietig dat voor de cliënt ook is.

Tijdelijke zorg of palliatief terminale zorg

We gaan ervan uit dat tijdelijke zorg of palliatief terminale zorg zo kort mogelijk geboden wordt cq. een maximale duur kent van 3 maanden (die overigens in geval van PTZ met toestemming van de huisarts maximaal 3 maanden verlengd kan worden). Als er voor de langere termijn sprake is van een (mogelijke) noodzaak tot 24 uurs toezicht en/of beschermd wonen, dient er overwogen te worden of er (langdurige) zorg noodzakelijk is vanuit de WLZ. Als dat aan de orde

is dient er een indicatie te worden gedaan door het CIZ. We verwachten dat wijkverpleegkundigen dit pro-actief bespreekbaar maken bij hun cliënt. De stappen die zijn ondernomen zijn terug te vinden in het zorgplan.
https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo-zvw-wlz