



ZN Doelgroepenregistratie schema en beslisboom, d.d. 01 juli 2018, versie 2.1

Wijkverpleegkundigen hebben sinds 2015 een intensievere en complexere rol gekregen in de toegang tot- en uitvoering van verpleegkundige en verzorgende zorg thuis, wijkverpleging, die onder de aanspraak vanuit zorgverzekeringswet valt. Wijkverpleegkundigen hebben dus een stevigere positie gekregen binnen de eerste lijn, naast de huisartsenzorg. De wijkverpleegkundigen worden teruggezet in hun kracht; het (doen laten) leveren van zorg bij mensen thuis. Elke casus kent zijn eigen afwegingen, mede afhankelijk van vele factoren als: sociale context, aanwezigheid of juist ontbreken van een mantelzorg systeem, de co-morbiditeit, etc. etc. Veel klanten zijn kortere of langere tijd afhankelijk van deze zorg en hier is landelijk grote bedragen mee gemoeid.

Het is dan ook zeer belangrijk dat de wijkverpleegkundige vanuit zijn/haar eigen professionele vaardigheid én verantwoordelijkheid de zorgbehoefte bepaalt en de zorgverleningstrajecten aangaat, de juiste zorg levert en waar mogelijk klanten zo snel mogelijk zelfredzaam maakt en de zorg afbouwt waar mogelijk. Het bepalen van de zorgbehoefte, het organiseren en leveren van deze zorg vraagt veel kennis en kunde van wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen hebben te maken met integrale zorgvragen die een integraal antwoord qua zorgverlening behoeven. Wijkverpleegkundigen hebben altijd te maken met verschillende zorg- en dienstverlening aspecten. Daarbij moeten de interventies ook nog vanuit verschillende wetgeving geleverd en gefinancierd worden (Wmo, Wlz). Daarnaast bleken in de gesprekken met zorgaanbieders dat er behoefte was om in gesprek te gaan omtrent de populatie/klantgroepen van de verschillende organisaties in de verschillende regio's.

Het is en wordt steeds belangrijker inzichtelijk te maken of de wijkverpleegkundige in staat is een juiste inschatting te maken over de verwachte zorgduur en het behalen van de doelen. In 2016 is ervoor gekozen om dit onder andere te doen op basis van de zogenaamde doelgroepenregistratie. Dit was op dat moment "the best of the rest" wat de zorgverzekeraars betrof. Deze registratie is bedoeld om inzicht te krijgen in de zorgduur en doelgroepen, maar is nadrukkelijk niet bedoeld om te veroordelen, en of er consequenties in welke vorm dan ook aan te verbinden!

Alle zorgverzekeraars hebben er voor gekozen om dit instrument te blijven hanteren totdat er een beter instrument door de beroepsgroep zelf is ontwikkeld of dat er duidelijkheid is over een nieuwe bekostigingssystematiek, met mogelijk andere registraties.

Mede op basis van de evaluatie uitgevoerd door V&VN in 2017 is geconcludeerd dat er kennelijk nog onduidelijkheid is bij de beroepsgroep over hoe de doelgroep registratie op een juiste wijze in te vullen. Daarnaast werd ook duidelijk dat lang niet alle betrokkenen op de hoogte waren van het stroomschema (met de beschikbare toelichting), welke gevolgd kan worden om ervoor te zorgen dat iedereen dezelfde afwegingen maakt.

Om die reden is bijgaande toelichting geformuleerd, waarbij nogmaals en vooraf gesteld moet worden dat:

- Uit wordt gegaan van de professionele autonomie, kennis en kunde van de indicerende wijkverpleegkundige (op basis van normenkader indicatiestelling V&VN)
- Uit wordt gegaan van de integrale zorgvraag met een integraal zorgplan, wat opgesteld is op basis van een verpleegkundige visie (kwaliteitskader als referentiekader) voor de wijkverpleging, het verpleegkundig cyclisch proces en goed klinisch redeneren.
- Aanbieders of wijkverpleegkundigen worden niet beoordeeld of gekort alléén op basis van de doelgroep registratie. Het is juist de bedoeling met elkaar in gesprek te gaan over de beelden die ontstaan **onder andere** op basis van de doelgroep registraties. Financiering staat nadrukkelijk los van de doelgroepen
- Er zo veel mogelijk eenduidigheid nagestreefd wordt wat betreft de invulling van de doelgroep registratie, daarom per doelgroep een aanvullende toelichting.
- De eerste inschatting van de **primaire** zorgvraag en het –concept-zorgplan met de daarbij behorende doelen bepaald de score van doelgroep (let op: niets is fout!). Als bij de eerste evaluatie blijkt dat doelen veranderd of behaald zijn en dat er nieuwe zorgdoelen gesteld zijn op basis van de zorgontwikkelingen (en dus de bestaande score niet meer van toepassing is) kan de oorspronkelijke score veranderen.
- Een klant kan dus van doelgroep wijzigen, maar altijd opgeleide van de (professionele kennis en kunde, inschattingen en afspraken met de klant) van de coördinerende wijk verpleegkundige (of verzorgende)

Doelgroep	Aard zorg verlening	Kenmerken
<p>1. Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en gespecialiseerde verpleegkundige (MTH zorg) op verzoek huisarts/specialist (code 1032)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehoefte bepalen zorgplan opstellen en evalueren • Zorgbrug: overdracht naar 2^e → 1^e lijn (en vice versa/polikliniek) • Verpleging en ADL training gericht op reactivering / revalidatie / zelfzorg/ zelfredzaamheid • Begeleiding en stabilisatie na ziekenhuisopname • Aanleren stomazorg, wondzorg, MTH zorg, etc. • Coördinatie, afstemming en overdracht huisarts, Verpleegkundig specialist., WMO, etc. • AIV mantelzorg en systeem (primair, secundair, tertiair) • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. 	<p>Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald moeten worden: < 3 maanden of over naar doelgroep 3 of 4)</p> <p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor alle leeftijdsklassen • Betreft reguliere wijkverpleging maar ook gespecialiseerde verpleging in aansluiting op ontslag uit ziekenhuis op verzoek van huisarts/specialist (dus ook "oude MSVT": let op het kan ook zijn dat ziekenhuis dit zelf levert!) • Indien blijkt dat een klant gaat overlijden, i.v.m. de aandoening/reden waarom de klant in zorg is: geen wijziging qua doelgroep!. • Als gestelde doelen niet behaald kunnen worden om welke reden dan ook, zal deze groep wsch. overgaan naar doelgroep 3: inschatting door wijkverpleegkundige.
<p>2. Zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die naar verwachting korter dan 3 maanden duurt (code 1033)</p>	<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. 	<p>Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald moeten worden: < 3 maanden of over naar doelgroep 3 of 4)</p> <p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor alle leeftijdsklassen, je kunt ook op jongere leeftijd chronisch ziek zijn • Indien blijkt dat een klant gaat overlijden, i.v.m. de aandoening/reden waarom de klant in zorg is: geen wijziging qua doelgroep. • Als gestelde doelen niet behaald kunnen worden om welke reden dan ook, zal deze groep waarschijnlijk overgaan naar doelgroep 3: inschatting door wijkverpleegkundige
<p>3. Zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op somatische problematiek (incl. palliatieve zorg). (code 1034)</p>	<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 • Casemanagement ziekte specifiek en noodzakelijke afstemming WMO, etc. • Voorbereiding op chronische fase of terminale fase. 	<p>> 3 maanden</p> <p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In principe met name de groep kwetsbare ouderen: > 75, • MAAR OOK alle chronisch zieken (kan dus 0-100+ zijn) • De primaire zorgvraag is leidend: indien deze somatisch van aard is en er geen PG problematiek bekend of bovenliggend is zal dit in eerste instantie meestal een somatische zorgvraag zijn : dan indelen in groep 3

	<ul style="list-style-type: none"> • Bewaken doelmatige zorg en indien noodzakelijk initiëren en voorbereiden WLZ indicatie: zorgen voor overdracht 	<ul style="list-style-type: none"> • Indien blijkt dat een klant gaat overlijden, i.v.m. de aandoening/reden waarom de klant in zorg is: geen wijziging qua doelgroep!. • Als er toch een psychogeriatrische problematiek is die de boventoon voert, of de somatische problematiek is opgelost en de psychogeriatrische problematiek blijft bestaan, waarvoor zorg noodzakelijk blijft, zal deze klantgroep waarschijnlijk overgaan naar doelgroep 4 • Klanten waarbij de psychiatrische problematiek de boventoon voert, vallen niet onder deze doelgroep (zelfs niet onder de wijkverpleging): wel mogelijk wijkverpleegkundige somatische zorg in combinatie met GGZ organisatie(let op dan wel 2 verschillende financieringen) : deze klant indelen bij groep 4
<p>4. Zorg aan kwetsbare ouderen, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op psychogeriatrische problematiek (code 1035)</p>	<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. (max xx uur per maand?) • Voorkomen complicaties • 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 WLZ indicatie: zorgen voor overdracht 	<p>> 3 maanden</p> <p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In principe met name de groep kwetsbare ouderen: > 75, • MAAR OOK jong dementerende of daar mee vergelijkbare ziekten. • Indien de primaire zorgvraag PG problematiek betreft en dit bovenliggend is: indelen in groep 4, overigens kan er ook een somatische zorgvraag zijn. • Indien blijkt dat een klant gaat overlijden, i.v.m. de aandoening/reden waarom de klant in zorg is: geen wijziging qua doelgroep!. • Klanten waarbij de psychiatrische problematiek de boventoon voert, vallen niet onder deze doelgroep (en mogelijk zelfs niet onder de wijkverpleging): wel mogelijk wijkverpleegkundige PG zorg in combinatie met GGZ organisatie. • Indien er zorg noodzakelijk is/blijkt te zijn van een casemanager dementie (ook in beginfase van de dementie en er nog geen structurele zorg geleverd wordt dient dit beschreven te zijn in één zorgplan. (alle activiteiten van de casemanager vallen onder code 1035, ook als er vanuit 2 verschillende organisaties zorg geleverd worden.

<p>5. Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen (of een lichte) zorgvraag hebben (code 1036)</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 Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor alle leeftijdsklassen • Indien na het bepalen van de zorgbehoefte geen geplande zorg noodzakelijk lijkt te zijn en/of de klant kan worden verwezen naar andere instanties • Indien er op basis van maximaal 4 (losstaande) interventies het probleem opgelost kan worden • Indien er wel (langdurige) geplande zorg noodzakelijk blijkt dan score onder een van de andere doelgroepen. (1036 kan dus niet combinatie met een andere doelgroep gedeclareerd worden)
<p>6. Zorg aan terminale cliënten (code 1037)</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>3-6 maanden Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor alle leeftijdsklassen • De primaire zorgvraag is verpleegkundige zorg in de laatste fase van het leven: klant gaat naar verwachting binnen 3 maanden overlijden • Niet scoren als er al zorg verleend wordt op basis van bovenstaande doelgroepen 1,2,3,4,
<p>7. Medische Kindzorg (voorheen Intensieve Kindzorg) (code 1038)</p>	<p>verpleegkundige en verzorgende zorg gericht op reactivering / revalidatie / zelfredzaamheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (Medische) kindzorg bij complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap waarbij behoefte is aan permanent toezicht of 24 uurs zorg in de nabijheid, in combinatie met specifieke verpleegkundige handelingen. • Conform MKS vast te stellen.

Om te komen tot een doelgroep is er een beslisboom beschikbaar (zie hieronder)

GRONDSLAG FINANCIERING | **CLIËNT BEOORDELING**

GVP/IKZ/MKS onder directe aansturing medisch specialist, kan door specialistische (kinder)thuiszorg organisatie.
Budget: MSZ (OZP)
Declareren via ZH

ZVW & cliënt woont thuis?

ZVW Nee

Indicatie voor de Wlz?

Nee

Ja

Eigen kosten cliënt

WMO

Wlz

Langdurige zorg in combi met 24h toezicht en beschermd wonen

Vraag uit Ziekenhuis/TP

Vraag van huisarts

Vraag van de cliënt zelf

Huisarts of Med. Specialist is opdrachtgever, maar zorg kan thuis onder verantwoordelijkheid van huisarts?

Nee

Er is sprake van een medische oorzaak/risico

Beoordeling door wijkverpleegkundige (bijeerste aanmelding, intake of a.d.h.v. een periodieke evaluatie)

Ja

Per doelgroep zie nadere toelichting schema!

