

Aan: Instellingen voor cliënten met auditieve en/of communicatieve beperkingen
Van: Rob Bloem, Nicole Houdijk
Datum: Update 19 december 2017
Betreft: **Vragen en antwoorden registratie zorgprogramma's auditief en/of communicatief**

Cliëntprofielen

1) *Als een cliënt jarig is gedurende de behandeling, gaat hij dan over naar een ander cliëntprofiel?*

Nee, een cliënt blijft in het cliëntprofiel zitten waar hij bij de start van het behandeltraject is ingedeeld totdat het gehele behandeltraject wordt afgerond.

2) *Bij het indelen van de zittende cliënten in een cliëntprofiel: Ga je uit van het cliëntprofiel nu of het cliëntprofiel bij aanvang van de zorg?*

Je gaat dan uit van het cliëntprofiel dat je bij aanvang van de zorg gekozen zou hebben.

Uitzondering cliëntprofiel 1 t/m 4:

Voor cliëntprofiel 1 t/m 4 gaat het vaak om meerjarige behandeltrajecten. Dat zou kunnen betekenen dat cliënten dan altijd in cliëntprofiel 1 (D/SH 0-1 jaar) blijven zitten. Uiteraard wordt ook de geboortedatum aangeleverd, dus zijn ze wel naar leeftijdscategorie terug te herleiden, maar wanneer een CI wordt geplaatst tijdens het behandeltraject, wordt dat niet zichtbaar. Ook is het voor deze cliënten niet mogelijk om de kenmerken en factoren in te vullen terugleidend naar de periode start van het behandeltraject en kunnen de kenmerken en factoren alleen op de huidige situatie ingevuld worden.

→ Afspraak is om bij D/SH-clieënten in de leeftijd van 0-5 jaar bij indeling van zittende cliënten uit te gaan van het cliëntprofiel waar zij bij start nieuwe registratievereisten in 2017 in vallen. Dan is voor de jaar analyse informatie één-op-één te herleiden naar leeftijdscategorie en wel of geen CI. Ook sluiten de kenmerken en factoren daar dan goed op aan.

3) *Welk dB-verlies wordt gehanteerd als onderscheid tussen cliëntprofiel 2 (doof of ernstig slechthorend van 1-5 jaar) en 3 (slechthorend van 1-5 jaar)?*

Dit staat beschreven in het cliëntprofielen- en productenboek van SIAC en de daarbij behorende Beslisboom 1 toeleiding clientprofielen.

4) *Mogen we alleen uitgaan van een minimaal gehoorverlies van 35 dB Fletcher-high en niet van 25 dB-verlies Fletcher?*

Leidend is het Besluit Zorgverzekeringen. Daarin staat het volgende:

“In de desbetreffende FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een auditieve beperking is aangegeven dat er sprake is van een auditieve beperking indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een hoorapparaat.”

- 5) *Wanneer valt een D/SH cliënt onder cliëntprofiel 18-19 (ACVB)? Moet de diagnose verstandelijke beperking gesteld zijn?*

Nee, de diagnose hoeft niet gesteld te zijn. Voor cliëntprofiel 18-19 (ACVB) moet er sprake zijn van D/SH of een TOS. Er is sprake van een bijkomende verstandelijke beperking (IQ 70 of lager) dan wel een ernstig vermoeden daarvan.

- 6) *Wanneer een verwijzer een cliënt verwijst naar de ZG-zorg, maar deze cliënt geen vastgestelde ZG-stoornis heeft, mag dan ZG-zorg worden geleverd? En zo ja, in welk cliëntprofiel moet deze cliënt dan worden ingedeeld?*

Het Zorginstituut geeft aan dat ZG-zorg niet persé voorbehouden hoeft te zijn aan mensen met een auditieve en/of communicatieve of visuele stoornis. Iemand met een canule bijvoorbeeld kan redelijkerwijs zijn aangewezen op het aanleren van gebarentaal en dus aanspraak maken op deze ZG-zorg die ten laste van de Zvw kan worden gebracht. Cliënten, die geen vastgestelde ZG-stoornis hebben, maar wel een hulpvraag hebben, die met ZG-zorg beantwoord kan worden, kunnen worden ingedeeld in cliëntprofiel 99. Een voorwaarde hierbij is wel dat voor de declaraties van ZG prestaties voor deze cliënten toestemming wordt gevraagd aan de verzekeraar van de betreffende cliënt. Zie voor meer informatie: [brief NZa ZG-zorg aan cliënten die niet voldoen aan criteria ZG-aanspraak](#).

Behandelmodules

- 7) *Staat een behandelmodule niet bij het zorgprogramma, maar lever je deze wel aan een cliënt? Mag je deze behandelmodule dan nu niet meer leveren?*

Dan kun je leveren en registreren alsof de behandelmodule wel voorkomt in het betreffende zorgprogramma. Zorg kan ook gewoon gedeclareerd worden. Vraag je wel af waarom de behandelmodule niet opgenomen is in het zorgprogramma (zo kan het zijn dat bij zorgprogramma 19 deze zorg onder de Wlz valt ipv de Zvw). In de analyse komt naar voren of en op welke behandelmodules extra is geregistreerd en kan bekeken worden of aanpassing van het zorgprogramma daarop nodig is. Wanneer aan de orde kan de behandelmodule dan alsnog aan het zorgprogramma worden toegevoegd.

- 8) *Communicatietraining valt onder behandelmodule 4 (communicatietraining), maar kan ook vallen onder behandelmodule 6 (behandeling cliënt in omgeving) wanneer dit hier integraal onderdeel van uit maakt. Mogen beide behandelmodules gelijktijdig in een zorgprogramma voorkomen?*

Ja, dat mag. Voorbeeld: communicatietraining wordt geïntegreerd in het gezin aan ouders aangeboden als onderdeel van de systeembehandeling, maar daarnaast volgen opa en oma een gebarentraining losstaand van behandeling in gezin. Zie ook de omschrijving in de behandelmodules.

- 9) *Wij leveren geen individuele afgebakende logopedie (behandelmodule 5), maar bieden deze als integraal onderdeel aan binnen de groepssetting (behandelmodule 7) of binnen behandeling cliënt in omgeving (behandelmodule 6). Dit is dus niet van elkaar los te trekken. Is dat een probleem?*

Dit zou apart onder behandelmodule 5 geregistreerd moeten worden om de inzet zichtbaar te maken. Wanneer dit technisch niet kan zal het in de analyse tussen instellingen zichtbaar worden. Het is goed dat we dit verschil dan kunnen duiden. Vermeld dit dan duidelijk bij de aanlevering van je gegevens aan de NZa.

Hetzelfde geldt wanneer de individuele logopedie in de eerste lijn wordt geleverd, terwijl deze behandelmodule als standaard opgenomen staat in het zorgprogramma. Vermeld dit dan ook bij de aanlevering van je gegevens aan de NZa.

10) Valt de zorg geleverd door de gebarendocent thuis aan het systeem onder behandelmodule 4 (communicatietraining) of behandelmodule 6 (behandeling cliënt in omgeving)? En hoe zit het dan met groepsregistratie?

Wanneer het alleen communicatietraining betreft, dat door de gebarendocent wordt aangeboden, dan valt dit onder behandelmodule 4. Het maakt daarbij niet uit of de communicatiecursus in de thuisomgeving of op locatie van de instelling wordt aangeboden. Wanneer de communicatietraining geïntegreerd binnen het gezin wordt aangeboden als onderdeel van een bredere systeembehandeling, dan valt dit onder behandelmodule 6.

In het geval van behandelmodule 4 kan groepsregistratie aan de orde zijn (zie definitie groepszorg op pag.7 in de handreiking registratie zorgprogramma's). In het geval van behandelmodule 6 kan groepsregistratie niet aan de orde zijn. Het betreft dan één specifieke cliënt en zijn systeem.

11) Valt dossieronderzoek ten behoeve van diagnostiek onder behandelmodules 2 (coördinatie en afstemming behandeling) of onder behandelmodule 3 (behandelingsgerichte diagnostiek)?

Alle relevante disciplines kunnen registreren op behandelmodule 2. Het zal meestal zo zijn dat dossieronderzoek gedaan wordt tbv het opstellen of bijstellen van het behandelplan. Dossieronderzoek valt dan onder behandelmodule 2. Mocht dossieronderzoek puur ten dienste staan van het uitvoeren van diagnostisch onderzoek zelf, dan kan het onder behandelmodule 3 worden geschreven.

Kenmerken en factoren

12) Voor cliëntprofiel 1 t/m 4 gaat het vaak om meerjarige behandeltrajecten. Dat zou kunnen betekenen dat cliënten dan altijd in cliëntprofiel 1 (D/SH 0-1 jaar) blijven zitten. Het is voor deze zittende cliënten niet mogelijk om de kenmerken en factoren in te vullen terugleitend naar de periode start van het behandeltraject en kunnen eigenlijk de kenmerken en factoren alleen op de huidige situatie ingevuld worden. Hoe gaan we hiermee om.

Zie antwoord onder vraag 2. Kenmerken en factoren worden bij deze zittende cliënten ingevuld gebaseerd op de huidige situatie bij start van de registratievereisten in 2017.

13) Wanneer een kenmerk of factor niet bekend is (kan spelen bij kenmerken en factoren 5 t/m 12), mogen medewerkers deze dan niet invullen? Of kan er een scoremogelijkheid worden toegevoegd met 'onbekend'?

Alle kenmerken en factoren moeten ingevuld worden, behalve wanneer de exclusie voor specifieke cliëntprofielen expliciet staat benoemd in het vastgestelde document. 'Niet bekend' betekent op dat moment niet van invloed op de keuze voor het passende behandelprofiel bij start van het behandeltraject. Je scoort dan dus bv 'geen problemen' of 'neutraal'. Het betekent niet dat er geen problemen zijn of dat een kenmerk of factor niet alsnog later ondersteunend of belemmerend blijkt te zijn. Aan medewerkers kun je in de interne instructies hier een extra toelichting opgeven om zo wat comfort te bieden.

Er wordt geen scoremogelijkheid 'onbekend' toegevoegd, omdat het effect daarvan is dat medewerkers bij het scoren veel sneller geneigd zullen zijn om 'onbekend' te scoren en we uiteindelijk niets met de opgeleverde data kunnen.

14) Zijn er uitzonderingen mogelijk voor het invullen van kenmerken en factoren voor cliënten die bv in 2017 nog maar een uurtje (afroedende) zorg ontvangen?

In de registratierichtlijnen van de NZa staat vermeld dat de kenmerken en factoren verplicht moeten worden ingevuld voor alle cliënten bij wie een keuze gemaakt kan worden tussen meerdere behandelprofielen.

15) Is het verplicht om voor alle cliëntprofielen kenmerken en factoren in te vullen?

Kenmerken en factoren zijn alleen verplicht om in te vullen voor alle cliënten bij wie een keuze gemaakt kan worden tussen meerdere behandelprofielen. Het advies vanuit SIAC is om bij alle cliëntprofielen de kenmerken en factoren in te vullen.

Motivatie: Dit kan op termijn waardevolle informatie opleveren voor het aantonen van zorgzwaartever schillen binnen een cliëntprofiel. Het kan ook voorkomen dat een zorgprogramma alsnog wordt opgesplitst naar twee varianten.

16) Voor sommige cliëntprofielen is het niet mogelijk om bepaalde kenmerken en factoren in te vullen. Moeten alle aspecten van de kenmerken en factoren ingevuld worden voor alle cliëntprofielen?

In de SIAC-bijeenkomst van 1 december 2016 zijn we alle cliëntprofielen samen nog eens goed doorgelopen en hebben we het volgende afgesproken tav invullen kenmerken en factoren:

	<i>Cliëntprofiel</i>	<i>Wel/niet invullen</i>
D/SH	1	Alleen aspecten 1-2-3; overige niet
	2-3-4	Alle aspecten, muv aspecten 9 en 10 (nvt voor kinderen <5 jaar)
	7-8-11-12	Alle aspecten
	14-15-16	Alle aspecten
TOS	6	Alle aspecten, muv aspecten 9 en 10 (nvt voor kinderen <5 jaar)
	10-13	Alle aspecten
DB	5	Alle aspecten, muv aspecten 9 en 10 (nvt voor kinderen <5 jaar)
	9	Alle aspecten
	17	Alle aspecten
ACVB	18	Alle aspecten (bij kinderen <5 jaar muv aspecten 9 en 10))
	19	Alle aspecten

17) *In hoeverre zijn de kenmerken en factoren te wijzigen na de eerste invoer en NZa-aanlevering?*

Voor de aanlevering bij de NZa moeten de kenmerken en factoren worden aangeleverd, zoals deze bij start van het behandeltraject bekend waren. Het kan zijn dat je als organisatie steeds bij evaluatie van het zorgplan de kenmerken en factoren van een update wil voorzien (bv omdat gaandeweg het behandeltraject nieuwe informatie beschikbaar kan komen en je deze wilt vastleggen of omdat je de zorgzwaarteverschillen binnen een zorgprogramma wilt kunnen onderbouwen). Als je het wilt doen, leg de historie van de registratie vast en ook de datum van vaststelling. Aan de NZa lever je dan alleen de kenmerken en factoren aan, zoals ingevuld bij de start van het behandeltraject.

Registratie

18) *Klopt het dat in de registratierichtlijnen van de NZa een andere registratie voor groepstijd geldt dan in AW319 staat vermeld?*

Nee, de registratierichtlijnen van de NZa zijn gebaseerd op AW319. In de richtlijn is het wat minder nauwkeurig uitgewerkt, maar AW319 blijft het kader. In de sessie met de NZa, aanbieders en softwareleveranciers op 7 juli 2016 is dit door de NZa ook zo bevestigd.

19) *Wanneer een cliënt in behandeling is bij twee ZG-instellingen. Hoe gaat het dan met de aanlevering? Leveren beide aan bij de NZa?*

Nee, er is dan sprake van parallelle zorg. Er zal gewerkt moeten worden met hoofd- en onderaannemerschap. De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor de aanlevering van de totale uren en inzet die binnen het behandeltraject aan de cliënt zijn geleverd bij de NZa.

20) *Hoeft zorg aan buitenlandse cliënten (onverzekerde vreemdelingen en asielzoekers) niet aangeleverd te worden aan de NZa?*

Dit klopt, maar let erop dat in de aanlevering van de 100% tijdsregistratie deze moet worden opgenomen als tijd andere financiering. Het gaat dus om de productie op de aanspraak ZG Zvw.

21) *In het productieformat aan de NZa (tabblad 2): Moet er een regel per medewerker of per functie aangeleverd worden?*

Per functienaam.

22) *Kenmerken en factoren 9 en 10 zijn voor kinderen onder de 5 jaar niet van toepassing, hoe moeten we dit aanleveren aan de NZa?*

Dit aanleveren als een X, dus dan ziet het er bv. als volgt uit:

1BE.2D.3AD.4C.5C.6D.7A.8B.9X.10X.11C.12A

Dit geldt ook voor de aanlevering van de aspecten die niet van toepassing zijn op cliëntprofiel 1. Dan ziet dat het er in de aanlevering bv. als volgt uit:

1BE.2D.3AD.4X.5X.6X.7X.8X.9X.10X.11X.12X