

Definities geestelijke gezondheidszorg

---

**1. ALGEMEEN**

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummers 1 (algemene ziekenhuizen voorzover het de psychiatrische afdelingen betreft), 10 (psychiatrische ziekenhuizen), 23 (RIAGG's) en 28 (RIBW's) van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (Stb. 1991, nummer 732), laatstelijk gewijzigd bij Besluit van 18 oktober 2001 (Stb. 2001, 525).
  - b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2003 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de nederlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
  - c. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt: onbepaald.
  - d. De termijn waarvoor de goedgekeurde beleidsregel III-569 met betrekking tot onderstaande onderwerpen en de onder 1.a aangeduide categorieën van organen van gezondheidszorg geldt, wordt gewijzigd van 'onbepaald' in 'tot en met 31 december 2002'.
  - e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel definities geestelijke gezondheidszorg'.
- 

**Inhoudsopgave:**

2. Algemene definities
3. Klinische en deeltijdfuncties
4. Ambulante hulpverlening
5. Zorg-op-maat

**2. ALGEMENE DEFINITIES****2.1 Instelling**

Een door de overheid toegelaten psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, RIBW of RIAGG. Psychiatrische ziekenhuizen die onder het Ministerie van Justitie ressorteren en tevens zijn toegelaten als forensische polikliniek en of deeltijdbehandelingsinstituut.

**2.2 Toegelaten bedden, deeltijdbehandelingsplaatsen of plaatsen in een RIBW**

Eenheid van capaciteit, als zodanig bepaald in de toelatingsbeschikking ingevolge de Regeling nadere regels zorgaanpak AWBZ.

**2.3 Bezette bedden en plaatsen beschermd wonen**

Eenheid van het deel van de capaciteit dat feitelijk in exploitatie is. Per eenheid wordt in de opbouw van het budget een bedrag aan loonkosten en een bedrag aan materiële kosten ingecalculleerd, Voor de algemene klinische psychiatrische functies wordt het aantal bezette bedden berekend door de gemiddelde werkelijke klinische productie in jaar t-2 en t-1 te delen door 365 en de uitkomst te verhogen met 6% (afroonden op helen). Voor plaatsen beschermd wonen wordt in de berekening uitgegaan van maximaal 2%.

## 2.4 Verpleeg- of verzorgingsdag

Elke dag welke de patiënt/bewoner is opgenomen/ingeschreven in een algemeen of categoriaal psychiatrisch ziekenhuis of in een RIBW (inclusief afwezigheidsdagen). Per erkend bed/plaats geldt als maximum 365 dagen per jaar.

## 2.5 Deeltijdbehandeling

Een behandeling conform de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ. Per erkende deeltijdplaats geldt als maximum 255 deeltijdbehandelingen van 6-8 uur. Een deeltijdbehandeling van 4-6 uur staat gelijk aan een halve deeltijdbehandeling van 6-8 uur. Het maximum aantal deeltijdbehandelingen per deeltijdplaats geldt niet voor deeltijdplaatsen die zijn ontstaan door substitutie.

## 2.6 Eerste opname

2.6.1 De toeslag van de eerste opname is van toepassing op de onder 2.6.2 genoemde vormen van dagaanbod bij de aanvang van een klinisch verblijf of bij de aanvang van een behandeling in deeltijd in een algemeen-, kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis of in een verslavingskliniek.

<u>2.6.2</u> Algemene psychiatrische patiënten:	AD4
Patiënten kinder- en jeugdpsychiatrie:	KD4
Patiënten verslavingszorg:	VD4
Patiënten forensische psychiatrie	FD4

2.6.3 Tot een eerste opname wordt tevens gerekend een opname in dezelfde instelling na een termijn van minimaal zes maanden na ontslag. Een eerste opname wordt onderscheiden van een heropname. Onder een heropname wordt verstaan een overplaatsing tussen instellingen en het binnen een termijn van zes maanden opnieuw opnemen van een patiënt in hetzelfde psychiatrisch ziekenhuis.

## 2.7 Productieafspraken

De tussen de instelling en het zorgkantoor gemaakte afspraak over de reële productie voor het komende jaar van verpleeg- /verzorgingsdagen, deeltijdbehandelingen en face-to-face-contacten. Onder reële productie wordt verstaan productie die volgens inschatting feitelijk zal worden gerealiseerd. De basis voor de productieafspraken wordt gevormd door de realisatie van het voorafgaande jaar. Sterke afwijkingen dienen te worden onderbouwd en worden bij gebreke daarvan niet in het budget verwerkt.

Voor de af te spreken producten gelden de volgende uitgangspunten en voorwaarden:

- Bij het maken van de productieafspraken wordt het door de Minister van VWS aanvaarde regionale wachtlijstplan gehanteerd als uitgangspunt.
- Uitbreiding van de productie wordt bij voorkeur geboden in beschermd wonen, kinder- en jeugdpsychiatrie, crisisopvang en extramurale zorg;
- De zorg kan zorgproducten omvatten waarvoor budgetparameters zijn vastgesteld en zorgproducten waarvoor zulks nog niet geldt mits laatstgenoemden wel in toetsbare en kwantificeerbare eenheden zijn uitgedrukt en het maximum dat is gesteld aan de omvang van de nog niet geparametiseerde productie niet wordt overschreden;
- De zorg kan worden geleverd door GGZ-instellingen of door vrijgevestigde psychotherapeuten in een 'door of vanwege de RIAGG-constructie'. In laatst genoemd geval dienen de kosten van de geleverde zorg te passen binnen het bedrag dat in 2002 beschikbaar is gesteld verhoogd met de index. De afspraken over inzet van middelen door vrijgevestigde psychotherapeuten in een 'door of vanwege de RIAGG-constructie' worden verwerkt in het budget van de RIAGG's die als kassier voor de structurele regeling ten behoeve van deze beroepsgroep fungeren. Deze RIAGG's kunnen over de financiële waarde van de aanvullende zorg 1,75% beheerskosten in rekening brengen.
- Eenzijdig ingediende verzoeken voor productieafspraken worden alleen in behandeling genomen nadat de LALO-commissie uitspraak heeft gedaan over het geschil over de productieafspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.

- f. De instelling moet tegenover het zorgkantoor aannemelijk maken dat, mede gelet op de situatie op de arbeidsmarkt, de productieafsprake kan worden gerealiseerd;
- g. De zorgaanbieder levert via de landelijke databank wachtlijsten en via Zorgis structureel informatie aan over de ontwikkeling van de gerealiseerde productie van de zorgaanbieder in relatie tot de productieafspraken en over het effect van de productie van de zorgaanbieder op de wachttijden- en lijsten. Het aanleveren van informatie verloopt conform het beheersreglement van de landelijke databank wachtlijsten. Bovengenoemde gegevens worden door de zorgaanbieder periodiek ter beschikking gesteld aan het zorgkantoor.
- h. De positie van het niet-vreemde vermogen wordt in het lokaal overleg mede in ogenschouw genomen.

### 3. KLINISCHE EN DEELTIJDFUNCTIES

De behandel functies zijn ingedeeld in bekostigingscategorieën. Deze indeling is voor de algemene APZ/RIBW-functies conform de behandelmodulen-98 van het NZI gebaseerd op de drie hoofdaspecten van het zorgaanbod: dagaanbod, ondersteuning zelfzorg en begeleiding/bescherming. Voor de bepaling van de bekostigingscategorieën zijn alleen de scores met betrekking tot het dagaanbod en de begeleiding/bescherming relevant. Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, de verslavingszorg en de forensische psychiatrie zijn specifieke behandelmodulen ontwikkeld.

#### 3.1 Dagaanbod

Hierbij gaat het om activiteiten die tot doel hebben de patiënten (al dan niet met inbegrip van hun systeem) in hun psychisch, sociaal en somatisch functioneren gericht te beïnvloeden (in het algemeen volgens behandel-/zorg of begeleidingsplannen). Dit kan zijn om het functioneren van de patiënten te verbeteren ofwel om de bestaande toestand te proberen te handhaven.

Omdat het dagaanbod in het circuit voor kortdurend respectievelijk langdurig zorgafhankelijk en een eigen aanpak vereist, is het dagaanbod onderverdeeld in acute (kortdurende) psychiatrische hulpverlening (AD-dimensie) en in langerdurende (woon)zorg voor mensen met psychiatrische problematiek (LD-dimensie). Bij de toepassing van het systeem kan er per patiënt ofwel op de AD- ofwel op de LD-dimensie worden gescoord. Het dagaanbod bij de kinderen en jeugdigen komt tot uitdrukking in de KD-dimensie, bij de verslavingszorg in de VD-dimensie en in de forensische psychiatrie in de FD-dimensie.

##### 3.1.1 Dagaanbod verslavingszorg

###### VD1 Resocialisatie

Van resocialisatie is sprake als gericht wordt gewerkt aan ontslag binnen korte tijd. Het behandelaanbod concentreert zich met name op herstel en eventueel aanleren van vaardigheden; de therapie met betrekking tot de verslavingsproblematiek is grotendeels afgerond.

###### VD2 Voortgezette behandeling individueel

Dit aanbod is erop gericht met een breed scala van therapeutische mogelijkheden een aan de individuele patiënt aangepast programma te bieden. De behandeling van de verslavingsproblematiek staat centraal. Een individueel programma is noodzakelijk omdat een groepsgewijze behandeling (nog) niet mogelijk is. Het aanbod omvat drie elementen: psychotherapeutisch gerichte behandeling, biologisch psychiatrische behandeling en activiteitentherapieën. Verder omvat het programma dagactiviteiten met een bezigheds- en arbeidskarakter.

###### VD3 Voortgezette behandeling groepsgewijs

Deze behandeling heeft vergelijkbare doelstellingen en kent vergelijkbare elementen als de individuele behandeling (VD2). Het grote verschil is de mate waarin de groep een rol speelt enerzijds en anderzijds de mate waarin het behandelaanbod precies wordt toegesneden op de individuele patiënt. De "normale" behandeling is een groepsgewijze. Alleen in die gevallen dat een groepsgewijze aanpak onvoldoende vruchten afwerpt in verband met de toestand van de patiënt wordt een individuele behandeling gegeven.

#### VD4 Opname en observatie

Hieronder vallen patiënten die voor het eerst in klinische of deeltijdsetting psychiatrische hulpverlening ontvangen. Hiervan is sprake indien eerdere psychiatrische hulpverlening langer dan zes maanden geleden heeft plaatsgevonden. Dit aanbod wordt van toepassing geacht, in het algemeen gedurende maximaal één maand, in aansluiting op de opname.

Daarbij gaat het om probleemverkenning, observatie, verschillende onderzoeken, de administratieve verwerking en de eerste noodzakelijke behandeling. Dit aanbod omvat tevens het op gang brengen van een gerichte behandeling (ontwikkelen van het behandelplan).

#### VD 5 Crisisinterventie

In sommige gevallen is sprake van een acute crisissituatie die vereist dat er, voordat tot behandeling van de verslavingsproblematiek als zodanig kan worden overgegaan, een zeer intensieve interventie moet plaatsvinden om de patiënt uit die crisis te helpen. Deze interventie heeft nadrukkelijk een multidisciplinair karakter.

#### VD6 Motivatie

Dit aanbod gaat vooraf aan het eigenlijke behandelprogramma. In de regel vindt dit plaats in speciaal daartoe ingerichte eenheden. Hierin wordt nog niet gestart met de eigenlijke behandeling, maar wordt getracht om de randvoorwaarden te vervullen die nodig zijn om tot een succesvolle behandeling te kunnen komen. De motivatie van patiënt is daarbij een belangrijke factor. In een aantal gevallen dient in deze fase ook al begonnen te worden met de ontgifting.

### 3.1.2 Dagaanbod kinder- en jeugdpsychiatrie

#### KD1 Behandeling bij complexe problematiek

Dit type dagaanbod is van toepassing wanneer er sprake is van zeer ernstige pathologie of zeer moeilijk behandelbaar gedrag. Het gevolg daarvan is dat de behandeling zeer sterk is geïndividualiseerd. Veel van de onderdelen van het programma worden dan ook individueel aangeboden. Meer dan bij andere niveaus vindt frequent (breed) multidisciplinair overleg plaats om de toe te passen strategie onderling af te stemmen en de effecten te evalueren. Dit type dagaanbod komt alleen voor in de klinische setting. Vanwege de aantoonbare complexe (meervoudige) problematiek is een bovengemiddelde inzet van meerdere disciplines vereist.

#### KD2 Algemene behandeling

De term 'algemene behandeling' wil zeggen dat het aanbod KD2 het 'standaardaanbod' is in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De algemene behandeling is van toepassing als geen van de andere specifieke typen dagaanbod aan de orde is. Dagaanbod KD2 kan zowel in de klinische als in de deeltijd setting worden aangeboden. Het aanbod is erop gericht met een breed scala van therapeutische mogelijkheden een aan de individuele patiënt aangepast programma te bieden, waarbij opvoeding, onderwijs en behandeling zoveel mogelijk op elkaar worden afgestemd. De behandeling van de psychiatrische problematiek staat centraal. Per unit/afdeling kan door nadere precisering van de doelstelling of doelgroep een bepaalde uitwerking worden gegeven aan dit dagaanbod. Daardoor zijn accentverschillen mogelijk tussen de units/afdelingen met dagaanbod KD2.

#### KD3 Klinische psychotherapie

Onder dit type dagaanbod wordt een groepsgewijs totaalprogramma verstaan, waarin verschillende elementen voorkomen. Uitgangspunten daarbij zijn de psychotherapeutisch gerichte behandelingen (zoals individuele therapie, systeemtherapie en gedragstherapeutische behandeling) en activiteitentherapieën (zoals psycho-motore therapie, creatieve therapie en muziektherapie). Een patiënten groep volgt gezamenlijk de onderdelen van het dagprogramma. Deze groep wordt door de begeleiders en behandelaars als therapeutisch instrument gehanteerd. In een klinische setting is deze groep tevens de woongroep. Hoewel dit type dagaanbod in theorie ook in deeltijdsetting kan worden aangeboden komt het in de praktijk bij de kinder- en jeugdpsychiatrie niet in deeltijdsetting voor. Dagaanbod type KD3 komt alleen voor in gespecialiseerde units/afdelingen.

#### KD4 Opname en observatie

Hieronder vallen patiënten die voor het eerst in klinische of deeltijdsetting psychiatrische hulpverlening ontvangen. Hiervan is ook sprake indien eerdere psychiatrische hulpverlening langer dan zes maanden geleden heeft plaatsgevonden. Dit aanbod wordt van toepassing geacht, in het algemeen gedurende maximaal twee maanden, in aansluiting op de opname. Daarbij gaat het om de probleemverkenning, observatie, verschillende onderzoeken, de administratieve verwerking en de eerste noodzakelijke behandeling (zodanig crisisinterventie).

#### KD5 Gezinsbehandeling

Dit type dagaanbod is bedoeld voor de situatie waarin de problematiek binnen het gezin in sterke mate is verweven met problematiek van het kind. Om die reden volstaat een afzonderlijke behandeling van het kind niet en moet het hele gezin als patiënt van de behandeling worden gezien. Binnen dit aanbod is het programma erop gericht de interacties binnen het gezin nieuwe vorm en inhoud te geven. Deze interacties zijn veelal onderdeel van het gewone dagelijkse leven. Daarnaast kunnen individuele leden van het gezin activiteiten volgen (onderwijs, therapieën) en kan op indicatie individueel worden behandeld (gesprekken, medicatie etc.). Bij gezinsbehandeling worden zowel kinderen als gezinsleden behandeld in dezelfde setting. Of de gezinsleden en kinderen zijn tegelijk opgenomen, of de gezinsleden en kinderen worden tegelijk in deeltijd behandeld. Vanwege het karakter van de behandeling worden alle patiënten van de afdeling waar gezinsbehandeling aan de orde is als KD5 gescoord. Dagaanbod type KD5 komt alleen voor in gespecialiseerde units/afdelingen.

#### KD6 Stabilisatie

In een aantal gevallen kan behandeling niet leiden tot volledig herstel. Het gaat daarbij om patiënten bij wie geen sterke verbeteringen voor wat betreft de psychiatrische problematiek (meer) verwacht mogen worden. Er zal eerder sprake zijn van het (leren) accepteren van de situatie of het beter (leren) om te kunnen gaan met de handicap. Wanneer terugkeer naar het oorspronkelijke milieu niet mogelijk is, kan een aanbod worden geboden dat gedurende langere tijd de noodzakelijke begeleiding omvat die nodig is om de bereikte resultaten vast te houden en verder uit te bouwen. Binnen dit aanbod is geen perspectief van volledig ontslag, maar eerder van overgang naar een voorziening ingesteld op langer verblijf. In verband daarmee richt het aanbod zich enerzijds op stabilisatie van (psychiatrische) symptomen en anderzijds op verdere ontwikkeling van vaardigheden en mogelijkheden binnen de grenzen van de aanwezige handicaps.

#### KD7 (Licht) verstandelijke handicap

Gebleden is dat diagnostiek en behandeling bij een opname van patiënten met een (licht) verstandelijke handicap intensiever is dan bij andere patiënten. Bovendien bleek de opname-/observatiefase voor de (licht) verstandelijk gehandicapte patiënten met psychiatrische problematiek gemiddeld langer te duren dan voor de overige patiënten. Om die reden geldt voor (licht) verstandelijk gehandicapte patiënten met psychiatrische problematiek gedurende het eerste half jaar van de opname een aangepast dagaanbod KD7. KD7 is van toepassing gedurende de eerste zes maanden na opname.

### 3.1.3 Dagaanbod algemene psychiatrie

#### 3.1.3.1 Acute (kortdurende) psychiatrische hulpverlening

De aard van de acute psychiatrische hulpverlening wordt getypeerd met een score op de AD-dimensie. De vier scoringsmogelijkheden zijn AD1 t/m AD4.

#### AD1 Resocialisatie

Resocialisatie omvat een dagaanbod waarbinnen gericht wordt gewerkt aan ontslag binnen een termijn van maximaal één jaar. Het dagaanbod concentreert zich op vergroting van vaardigheden door middel van training en niet op inzichtgevende therapieën.

#### AD2 Individuele behandeling

Dit aanbod is erop gericht met een breed scala van therapeutische mogelijkheden een aan de individuele patiënt aangepast programma te bieden. De behandeling van de psychiatrische problematiek staat centraal. Het aanbod omvat drie elementen die onderling gelijkwaardig zijn: biologisch psychiatrische behandeling, psychotherapeutisch gerichte behandeling en activiteiten-therapieën. Verder omvat het programma dagactiviteiten met een arbeids- en bezigheidskarakter.

### AD3 Klinische psychotherapie

Hieronder wordt verstaan een groepsgewijs totaalprogramma, waarin de nadruk ligt op psychotherapeutisch gerichte behandelingen en activiteitentherapieën, terwijl de biologisch psychiatrische behandeling veel minder op de voorgrond staat. Een patiëntengroep volgt gezamenlijk de onderdelen van het dagprogramma. Deze groep wordt door de behandelaars als therapeutisch instrument gehanteerd.

### AD4 Opname/observatie

Hieronder vallen patiënten die voor het eerst in klinische of deeltijdsetting psychiatrische hulpverlening ontvangen. Hiervan is ook sprake indien eerdere psychiatrische hulpverlening langer dan zes maanden geleden heeft plaatsgevonden. Dit aanbod wordt van toepassing geacht, in het algemeen gedurende maximaal één maand, in aansluiting op de opname. Daarbij gaat het om de probleemverkenning, observatie, verschillende onderzoeken, de administratieve verwerking en de eerste noodzakelijke behandeling (zodanig crisisinterventie).

### 3.1.3.2 Langerdurende (woon)zorg voor mensen met psychiatrische problematiek

De aard van de langerdurende (woon)zorg wordt getypeerd met een score op de LD-dimensie. De vijf scoringsmogelijkheden zijn LD1 t/m LD5.

#### LD1 Stabilisatie

Er is sprake van een stabiele situatie, waarin geen verandering wordt verwacht, noch wordt nagestreefd. Er is weinig kans op terugvallen in psychiatrische problematiek. In psychiatrische zin is de patiënt/bewoner stabiel, maar er is wel sprake van restverschijnselen/ handicaps. De psychiatrische problemen zijn echter voorspelbaar/onder controle. Een dagbesteding en structuur in het dagelijks leven wordt geboden om teruggang in vaardigheden te voorkomen.

#### LD2 Woonrevalidatie

Evenals bij LD1 is sprake van een stabiele situatie. Wel is er sprake van handicaps als gevolg van psychiatrisch verleden. Deze handicaps beperken de mate waarin zelfstandig kan worden gefunctioneerd. Daarbij zijn er mogelijkheden om te komen tot meer zelfstandigheid via een gerichte training van praktische vaardigheden. Dit kan op termijn resulteren in een meer zelfstandige levenswijze tot en met het overgaan naar woonvormen waarin een grotere mate van zelfstandigheid wordt gevraagd. Dit zorgaanbod is tevens een vorm van rehabilitatie (niet intensief).

#### LD3 Resocialisatie / rehabilitatie

Via een gericht en intensief trainingsprogramma worden vaardigheden aangeleerd die het mogelijk maken binnen een beperkte periode (omstreeks een jaar) over te gaan naar een substantieel zelfstandiger woonvorm of ontslag mogelijk te maken. Een intensief begeleidingsprogramma in het kader van rehabilitatie kan ook tot dit dagaanbod worden gerekend. Hiermee wordt bedoeld rehabilitatie in engere zin, waarbij speciaal in een rehabilitatiemethodiek geschoold personeel systematisch een intensief begeleidingsprogramma biedt, dat op afzienbare termijn tot verandering leidt op door de patiënt bepaalde doelen.

#### LD4 Behandeling en activering

Er is (gedurende langere tijd) sprake van psychiatrische problematiek c.q. floride psychopathologie. Er is sprake van een psychiatrisch gezien niet stabiele situatie, waardoor de psychiatrische toestand regelmatig de aandacht vraagt van het multidisciplinaire team, met name van de psychiater om de problematiek onder controle te houden en te zorgen dat de patiënt/bewoner redelijk zelfstandig kan functioneren. Het aanbod richt zich dan ook zowel op het verminderen van de psychiatrische problematiek zelf als op het aanleren van vaardigheden.

#### LD5 Gerichte behandeling en crisisinterventie

Hierbij is de psychiatrische toestand dermate ernstig dat deze intensieve bemoeienis van het multidisciplinaire team vraagt, omdat de toestand snel veranderd moet worden. Bij dit aanbod is sprake van intensieve, multidisciplinaire begeleiding en behandeling, gericht op het beheersbaar maken en reduceren van psychiatrische problematiek. De behandeling kan van korte duur zijn (bij een tijdelijke crisisopname) of van lange duur (bij ernstige chronische problematiek).

### 3.1.4 Dagaanbod forensische psychiatrie

#### FD1 Resocialisatie

Het dagaanbod dat erop gericht is om de patiënt voor te breiden op een minder intensieve behandelsetting dan wel terugkeer in de maatschappij.

#### FD2 (Voortgezette) behandeling

Het dagaanbod dat samenhangt met (zinnvolle) voortgezette behandeling, zowel individueel als groepsgewijs; er moet een realistische op verandering gerichte behandelstelling zijn.

#### FD3 Long-stay

Het dagaanbod is niet zozeer (meer) gericht op uiteindelijke terugkeer in de maatschappij. Er is sprake van stabilisering en continuering van de behandeling.

#### FD4 Opname en observatie

Het dagaanbod dat samenhangt met de opname en observatiefase van de behandeling. Deze fase is beperkt tot de eerste twee maanden van de behandeling. In deze fase is extra inzet van het direct-patiëntgebonden personeel noodzakelijk ten behoeve van het uitvoeren van diagnostiek en het opzetten van een behandelplan

## **3.2 Ondersteuning zelfzorg (algemene en forensische psychiatrie)**

De ondersteuning van de zelfzorg is als afzonderlijke dimensie niet van toepassing binnen de circuits kinder- en jeugdpsychiatrie en verslavingszorg. De ondersteuning wordt onderscheiden in:

### 3.2.1 Ondersteuning bij ADL-activiteiten (lichamelijke verzorging)

Hierbij gaat het om alle ondersteuning bij ADL-verrichtingen, bij lopen of staan en hulp bij incontinentie, als er sprake is van chronische psychische of somatische invaliditeit. De intensiteit van de ondersteuning bij ADL-verzorging wordt aangegeven met een score op de V-dimensie. De V-dimensie is gekoppeld aan de schaal waarmee de ADL-redzaamheid kan worden vastgelegd. De vijf scoringsmogelijkheden zijn V0 t/m V4.

### 3.2.2 Ondersteuning bij praktische en huishoudelijke (HDL-)activiteiten (huishoudelijke verzorging)

Hierbij gaat het om alle ondersteuning bij HDL-verrichtingen, zoals huishoudelijk werk, verzorging van eigen lijf en kleding, de eigen kamer, beheer eigen geld en het zich kunnen houden aan afspraken.

De intensiteit van de ondersteuning bij huishoudelijke verzorging wordt aangegeven met een score op de H-dimensie. De drie scoringsmogelijkheden zijn H0 t/m H2.

## **3.3 Begeleiding / bescherming**

### 3.3.1 Begeleiding/bescherming met uitzondering van de forensische psychiatrie

Hierbij gaat het er om patiënten/bewoners buiten het dagaanbod te ondersteunen in hun psychisch en sociaal functioneren en zondig te beschermen. Hierbij hoort het handhaven van een passend therapeutisch en/of woonklimaat. Hierbij is inbegrepen het tijdelijk ondersteunen of overnemen van ADL-functies. De intensiteit van de begeleiding/bescherming wordt aangegeven met een score op de B-dimensie. De zeven scoringsmogelijkheden zijn B0 t/m B6.

#### B0 Geen begeleiding

Dit niveau is van toepassing bij geheel zelfstandig wonende patiënten die buiten kantooruren geen beroep doen op begeleidend personeel. Dat betekent dat alle begeleiding die wordt geboden, deel uit maakt van het hiervoor bepaalde dagaanbod.

### B1 Begeleiding op consultatiebasis

Dit niveau is van toepassing, wanneer de patiënten zelfstandig wonen en zich in hun eigen milieu nagenoeg kunnen handhaven. Er is sprake van een beschikbaarheid van begeleiding op afroepbasis, waarop geheel op initiatief van de patiënt een beroep kan worden gedaan. Dit niveau is bijvoorbeeld van toepassing bij patiënten met een ambulante of deeltijdbehandeling, die gebruik kunnen maken van telefoon-op-recept.

### B2 Begeleiding op afstand

Bij dit niveau is sprake van in grote mate zelfstandige patiënten/bewoners(groepen). De patiënten/bewoners zijn grotendeels selfsupporting en hebben slechts een minimale ondersteuning nodig om een bevredigend woon- en leefklimaat in stand te houden. De begeleiding bestaat uit regelmatige contacten tussen begeleider(s) en de patiënten/bewoners(groep), op vaste momenten. Buiten de vaste contacten bestaat de mogelijkheid een begeleider op te roepen (beschikbaarheidsdienst) of ad hoc afspraken te maken. Dit niveau is bijvoorbeeld van toepassing bij patiënten/bewoners die gezamenlijk een huis bewonen, waar op vaste momenten een begeleider op bezoek komt teneinde de noodzakelijke contacten te onderhouden. Ook kan het van toepassing zijn bij patiënten/bewoners met een ambulante of deeltijdbehandeling, die gebruik maken van bed-op-recept.

### B3 Beperkte begeleiding

Vanaf het niveau B3 is er een gerichte en regelmatige begeleiding van de patiënten/bewonersgroep. Deze begeleiding is gericht op zaken als leefklimaat, sociale interactie, huishoudelijke zaken en dergelijke. Stimulering en gedragsbeïnvloeding spelen een belangrijke rol. Alhoewel de patiënten/bewonersgroep een belangrijke invalshoek vormt, komt ook individuele begeleiding naar voren. Toezicht of aanwezigheid uit oogpunt van beveiliging is niet het kernpunt van dit niveau. Waar continuïteit in aanwezigheid een rol speelt, is dat vooral uit oogpunt van emotionele veiligheid en beïnvloeding van het leefklimaat. Het is dan ook mogelijk dat de aanwezigheid van begeleiding gedurende niet onaanzienlijke tijd kan worden onderbroken. Dit heeft vooral zijn weerslag op avond-, nacht- en weekendbezetting.

### B4 Volledige begeleiding

Bij dit niveau is gedurende het gehele etmaal begeleiding aanwezig. Weliswaar bestaat er geen noodzaak tot permanent en direct toezicht. Patiënten/bewoners kunnen zich aan toezicht onttrekken, bijvoorbeeld door naar de eigen kamer te gaan of door (na afspraken daarover) gedurende enige tijd de eenheid te verlaten. De patiënten/bewoners moeten wel op ieder moment van de dag terug kunnen vallen op een aanwezige medewerker. Ook het handhaven van een adequaat leefklimaat vergt de voortdurende aanwezigheid van een begeleider. Een en ander kan samenhangen met een wisselende toestand van de patiënten/bewoners: dreigende psychose, suïcidaliteit, desoriëntatie e.d. of met de noodzaak tot observatie gedurende de eerste tijd na opname. Er kunnen zonodig aan de bewegingsvrijheid van de cliënten beperkingen worden opgelegd.

### B5 Continu bescherming

Bij dit niveau wordt uitgegaan van de noodzaak tot voortdurend observatie van de patiënten, dit in verband met hun toestand. Gedacht kan worden aan psychose, agressie, acting-out gedrag of suïcidaliteit. De patiënten kunnen zich maar in beperkte mate aan het toezicht onttrekken (na toestemming naar de eigen kamer gaan). De risico's bij de begeleiding zijn zodanig dat overdag altijd een dubbele bezetting aanwezig dient te zijn. De begeleiding is vooral individueel gericht. Doordat echter de patiënten in een (kleine) groep kunnen verblijven kan de begeleiding voor een deel groepsgewijs worden geboden. Het leefklimaat binnen de groep is vaak sterk gestructureerd, bijvoorbeeld via leefregels, dagindeling etc. Aan de bewegingsvrijheid van de patiënten worden in de regel beperkingen opgelegd.

### B6 Zeer intensieve bescherming

Bij dit niveau is sprake van een permanent, direct toezicht op het doen en laten van iedere patiënt. Patiënten kunnen zich niet aan dit toezicht onttrekken. De begeleiding is zeer individueel gericht. Regelmatig is hand-in-hand begeleiding aan de orde. De noodzaak hiertoe kan voortkomen uit sterk acting-out gedrag, hevige agressie of sterk suïcidaal gedrag. Dit gedrag is in sterke mate onvoorspelbaar. In verband met de hiervan uitgaande dreiging is een dubbele bezetting absoluut noodzakelijk. Aan bewegingsvrijheid worden sterke beperkingen opgelegd. Dit kan tevens inhouden het gebruik maken van separatie.

### 3.3.2 Begeleiding / bescherming forensische psychiatrie

Naast de behandeling zelf, die vooral via het dagaanbod wordt getypeerd, kan er sprake zijn van een bepaald niveau van (aanvullende) begeleiding of bescherming. De begeleiding / bescherming wordt primair verzorgd vanuit de OVV-discipline. Voor de forensische psychiatrie zijn voor deze aanvullende begeleiding vijf verschillende niveaus gedefinieerd en een opslag indien er sprake is van kleine afdelingen (<10) bij een hoog begeleidingsniveau (in de praktijk op de zogeheten VIC-afdelingen).

FB1 De patiënt woont buiten de kliniek, maar volgt een dagprogramma binnen de kliniek. Dit niveau is van toepassing bij patiënten die bijvoorbeeld in een Ribw wonen en overdag in de kliniek een dagprogramma volgen.

FB2 De patiënt woont in de kliniek maar volgt het dagprogramma buiten de kliniek. Dit niveau is van toepassing bij bijvoorbeeld patiënten die in het kader van de resocialisatie arbeidsmatige activiteiten of cursussen buiten de kliniek volgen.

FB3 De patiënt woont / verblijft in de kliniek en volgt daar het dagprogramma, de begeleiding is vooral groepsgewijs gericht.

FB4 De patiënt woont in de kliniek en volgt daar het dagprogramma; de begeleiding is sterk individueel gericht.

FB5 De patiënt woont in de kliniek en volgt daar het dagprogramma; er is sprake van een zeer intensieve vorm van begeleiding. De begeleiding heeft bijvoorbeeld de vorm van hand in hand begeleiding of er is sprake van regelmatig verblijf in de separatuurruimte.

FBX Een opslag voor kleine afdelingen (<10 patiënten) waarbij meerdere patiënten een hoog begeleidingsniveau hebben (FB5), in de praktijk gaat het hier om de VIC-afdelingen

### **3.4. Stysteembehandeling forensische psychiatrie**

Bij de meeste patiënten is wel sprake van enig contact met het systeem vanuit de instelling. Alléén de aanwezigheid van systeembehandeling in de strikte zin waarbij sprake is van een omschreven werkplan met doelstellingen in relatie met het systeem en waarbij meer dan vier uur per maand contact met het systeem bestaat blijkt invloed te hebben op de inzet van direct-patiëntgebonden personeel. Over het algemeen zal hierbij ook personeel worden ingezet met een therapeutische achtergrond. Op deze manier is een onderscheid in twee niveaus te maken:

#### SYS0

Geén systeembehandeling in de strikte zin, wel kunnen contacten bestaan vanuit de instelling met het systeem, maar deze maken niet expliciet deel uit van het behandelplan.

#### SYS1

Wel systeembehandeling in de strikte zin: contacten met het systeem worden expliciet ingezet voor het realiseren van de behandel doelstellingen, deze contacten zullen over het algemeen meer dan vier uur per maand in beslag nemen.

### 3.5 Bekostigingscategorieën

Bekostigingscategorie verpleegdagen/ deeltijdbehandelingen Psychiatrische Ziekenhuizen		Klinisch deeltijd	Kortdurend /Langerdurend	Behandelmodulescores	
Code				Dagaanbod	Begeleiding/ bescherming <sup>1</sup>
A1.1	Groepsgewijze behandeling met beperkte begeleiding	K		VD1,VD3,VD6	B2,B3
A1.2	Groepsgewijze behandeling met volledige begeleiding	K		VD1,VD3,VD6	B4
A1.3	Individuele behandeling met beperkte begeleiding	K		VD2,VD4	B2,B3
A1.4	Individuele behandeling met volledige begeleiding	K		VD2,VD4	B4
A1.5	Behandeling met continue tot zeer intensieve bescherming	K		VD4,VD6	B5,B6
A1.6	Crisisinterventie	K		VD5	B4,B5,B6
A2.1	Deeltijdbehandeling	D		VD1 t/m VD4	B0,B1
A2.2	Deeltijdbehandeling met beperkte begeleiding	D		VD1 t/m VD4	B2,B3
K1.1	Behandeling met beperkte tot volledige begeleiding <sup>4</sup>	K		KD2, KD3, KD5	B3,B4
K1.2	Behandeling met continue tot zeer intensieve bescherming	K		KD2	B5,B6
K1.3	Stabilisatie met beperkte tot volledige begeleiding	K		KD6	B3,B4
K1.4	Stabilisatie met continue tot zeer intensieve bescherming	K		KD6	B5,B6
K1.5	Zeer intensieve behandeling met beperkte tot volledige begeleiding	K		KD1,KD4,KD7	B3,B4
K1.6	Zeer intensieve behandeling met continue tot zeer intensieve bescherming	K		KD1,KD4,KD7	B5,B6
K2.1	Opname en observatie	D		KD4	B0,B1
K2.2	Algemene en gezinsbehandeling	D		KD2,KD5	B0,B1
K2.3	Algemene en gezinsbehandeling met beg. op afstand	D		KD2	B2
V1.1 <sup>2</sup>	Klinische kortdurende zorg met beperkte begeleiding	K	K	AD1 t/m AD4	B2,B3
V1.2 <sup>2</sup>	Klinische kortdurende zorg met volledige begeleiding	K	K	AD1 t/m AD4	B4
V1.3 <sup>2</sup>	Klinische kortdurende zorg met intensieve begeleiding/ bescherming	K	K	AD1 t/m AD4	B5,B6
V1.4	Herstellingsoordfunctie	K	K		
V2.1	Structuur biedend met beperkte begeleiding	K	L	LD1,LD2	B2,B3
V2.2	Structuur biedend met volledige begeleiding	K	L	LD1,LD2	B4
V2.3	Veranderingsgericht met beperkte begeleiding	K	L	LD3,LD4	B2,B3
V2.4	Veranderingsgericht met volledige begeleiding	K	L	LD3,LD4	B4
V2.5	Crisisbehandeling met intensieve begeleiding/ bescherming	K	L	LD5	B5,B6
V3.1 <sup>2</sup>	Structurerende deeltijdbehandeling	D	K	AD1,AD2,AD4	B0,B1
V3.2 <sup>2</sup>	Structurerende deeltijdbehandeling met beperkte begeleiding	D	K	AD1,AD2, AD4	B2,B3
V3.3 <sup>2</sup>	Psychotherapeutische deeltijdbehandeling	D	K	AD3,AD4	B0,B1
V3.4 <sup>2</sup>	Psychotherapeutische deeltijdbehandeling met beperkte begeleiding	D	K	AD3, AD4	B2,B3
V4.1	Stabilisatie	D	L	LD1,LD2	B0, B1
V4.2	Rehabilitatie	D	L	LD3	B0, B1
F1.1	Resocialisatie FPA	K		FD1	FB2, FB3, FB4
F1.2	Behandeling FPA	K		FD2, FD4	FB3, FB4, FB5
F1.3	Long stay (basis) FPK	K		FD3	FB3, FB4
F1.4	Long stay (intensief) FPK	K		FD3	FB5
F1.5	Resocialisatie FPK	K		FD1	FB1 t/m FB5
F1.6	Behandeling FPK	K		FD2, FD4	FB1 t/m FB5

<sup>1</sup>) Niet alle scoringsmogelijkheden op de B-dimensie worden genoemd, omdat bepaalde combinaties van dagaanbod en begeleiding/bescherming niet of nauwelijks voorkomen. Voorzover dit zich toch voordoet dient de meest naastgelegen bekostigingscategorie te worden genomen.

Voorbeeld: Voor de klinisch opgenomen patiënt die voor het dagaanbod wordt ingedeeld in AD1 en voor de begeleiding/bescherming in B1 geldt bekostigingscategorie 1.

<sup>2</sup>) Deze bekostigingscategorieën zijn eveneens van toepassing op de PAAZ'en.

<sup>3</sup>) Deze bekostigingscategorie is eveneens van toepassing op de woon/werkvoorzieningen voor volwassen autisten.

<sup>4</sup>) Deze bekostigingscategorie is eveneens van toepassing op de klinische psychotherapie voor kinderen en jeugdigen en op klinische gezinsbehandeling

Voor cliënten die voor het dagaanbod worden ingedeeld in AD4 geldt een toeslag bij de aanvang van de psychiatrische hulpverlening.

Bekostigingscategorie verzorgingsdagen RIBW		Kortdurend /Langerdurend	Behandelmodulescores	
Code			Dagaanbod	Begeleiding/ bescherming <sup>1</sup>
VZ2.1	Structuur biedend met beperkte begeleiding	L	LD1,LD2	B2,B3
VZ2.2	Structuur biedend met volledige begeleiding	L	LD1,LD2	B4
VZ2.3	Veranderingsgericht met beperkte begeleiding	L	LD3,LD4	B2,B3
VZ2.4	Veranderingsgericht met volledige begeleiding	L	LD3,LD4	B4

### 3.6 Specifieke afdelingen/bedden

De onderscheiden specifieke afdelingen, bedden/deeltijdplaatsen of instellingen voor alcohol- en/of drugverslaafden, kinderen en jeugdigen, ZIZ-patiënten, KIB-patiënten en forensische patiënten zijn alleen van toepassing als deze in de desbetreffende toelatingsbeschikking zijn vastgesteld.

## 4. AMBULANTE HULPVERLENING

### 4.1 Cliënt

Iemand die is ingeschreven en minimaal één face-to-face-contact in het kader van de hulpverlening heeft gehad. Deze hulp kan gericht zijn op eigen problematiek van de cliënt, of op de als problematisch ervaren problematiek van een persoon uit zijn directe omgeving.

Toelichting:

- onder "hulp" wordt verstaan de voor een persoon noodzakelijke behandeling, dan wel de noodzakelijke advisering, begeleiding, voorlichting;
- alleen personen worden tot "cliënt" gerekend die hulp ontvangen zoals boven omschreven (dat wil zeggen bij de jeugdzorg ook ouders die begeleid worden);

Voorbeelden:

- man en vrouw (of partners van dezelfde sekse) in relatietherapie,
- kind en ouders in gezinstherapie;
- ouders die ouderbegeleiding ontvangen (dit komt ook wel voor zonder dat met het kind contact is);
- een bejaarde bij opnamebemiddeling;
- degene die een bejaarde verzorgt en voor problemen rond die verzorging wordt geholpen (hij/zij is "cliënt", ongeacht of de bejaarde eveneens wordt geholpen of ingeschreven).

Geen personen worden tot "cliënt" gerekend die slechts zijdelings (ter informatie, burenen) of nauwelijks (broertje, zusje tijdens één gezinssessie) bij de hulpverlening worden betrokken.

Voorbeelden:

- personen die geen hulp ontvangen in verband met een probleem in hun directe omgeving, maar daar informatie over verstrekken of ontvangen of anderszins tijdelijk/eenmalig bij de gesprekken aanwezig zijn (bijvoorbeeld burenen, broers en zusters);
- personen die beroepsmatig bij de cliënt zijn betrokken (bijvoorbeeld leerkrachten en bejaarden-verzorgster).

### 4.2 Groeperingen van cliënten

Kinderen en Jeugd: tot en met 17 jaar

Volwassenen: 18 jaar tot en met 64 jaar

Ouderen: 65 jaar en ouder

Hierbij is de leeftijd van de cliënt die het contact ontvangt bepalend, ongeacht in welke soort instelling het face-to-face contact plaatsvindt.

### 4.3 Face-to-face contact

Een contact in een ruimte tussen cliënt(en) en hulpverlener(s) in het kader van de hulpverlening. Bij de bepaling van de omvang van de productieparameters dient te worden uitgegaan van ontvangen contacten. In beginsel kan per dag per cliënt één face-to-face contact plaatsvinden.

Toelichting:

- contacten met personen die wel in dezelfde ruimte aanwezig zijn, maar niet als cliënt zijn ingeschreven, zijn geen "face-to-face" contacten;
- indien een hulpverlener een zitting bijwoont achter een one-way-screen, is er geen sprake van "face-to-face" contact, tenzij de hulpverlener ook invloed uitoefent op het verloop van het contact aan de ander zijde van het screen;
- niet doorgegane contacten kunnen niet als face-to-face contacten worden geregistreerd en gedeclareerd.

### 4.4 Nieuwe inschrijving

Een nieuwe inschrijving van een cliënt waarbij minimaal een face-to-face contact in het kader van hulpverlening plaatsvindt. Een herinschrijving wordt ook beschouwd als een nieuwe inschrijving.

### 4.5 Crisiscontact binnen kantooruren

Een face-to-face contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uursdienst op maandag tot en met vrijdag, niet zijnde een feestdag, waarbij de face-to-face tijd 50% of meer valt binnen de periode van 08.00 - 18.00 uur.

### 4.6 Crisiscontact buiten kantooruren

Een face-to-face contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uursdienst op zaterdagen, zondagen en feestdagen en ieder face-to-face contact bij acute problematiek in het kader van de 7x24-uursdienst op werkdagen waarbij de face-to-face tijd voor meer dan 50% valt buiten de periode van 08.00-18.00 uur.

### 4.7 Intakecontact

Een face-to-face contact in de periode voor de aanvang van de behandeling; bedoeld wordt op contacten van hulpverleners vanaf het moment van aanmelding en onderzoekscontacten.

De volgende onderzoekscontacten behoren niet tot het intakecontact:

- het psychiatrische onderzoek en het gezinsonderzoek uitgevoerd door een psychiater;
- de orthodidactische en psychodiagnostische onderzoekscontacten voor kinderen en jeugdigen in het kader van globale en specifieke oordeelsvorming tot de aanvang van de behandeling;
- de psychodiagnostische en neuropsychologische onderzoekscontacten voor volwassenen en ouderen uitgevoerd door een psycholoog.

### 4.8 Onderzoekscontacten

#### 4.8.1 Orthodidactisch/psychodiagnostisch-onderzoek voor kinderen en jeugdigen

Een face-to-face contact voor kinderen en jeugdigen doorgaans in de periode voor de aanvang van de behandeling. Het accent ligt op het toepassen van diagnostische instrumenten om te komen tot globale en specifieke oordeelsvorming en op het psychiatrisch en gezinsonderzoek uitgevoerd door een psychiater. Hiervan is uitgesloten observatie in thuis/schoolsituatie.

#### 4.8.2 Psychodiagnostisch/neuropsychologisch onderzoek voor volwassenen en ouderen

Een face-to-face contact voor volwassenen en ouderen doorgaans in de periode voor de aanvang van de behandeling, bestaande uit psychodiagnostisch onderzoek of neuropsychologisch onderzoek, uitgevoerd door een psycholoog. Bij psychodiagnostisch onderzoek gaat het om onderzoek naar de persoonlijkheid van de cliënt en bij neuropsychologisch onderzoek naar het cognitief functioneren van

een cliënt met een mogelijke cerebrale beschadiging (bijvoorbeeld Korsakov). Daarnaast kan dit face-to-face contact bestaan uit psychiatrisch onderzoek of het gezinsonderzoek, uitgevoerd door een psychiater.

#### **4.9 Psychotherapiecontact**

Een face-to-face contact verstrekt in het kader van een psychotherapeutische behandeling door een erkende en als zodanig aangestelde psychotherapeut of door een psychiater die als psychotherapeut is aangesteld c.q. werkzaam is of een psychotherapeut in opleiding voor zover deze als psychotherapeut werkzaam is en waarbij de verhouding cliënt/hulpverlener kleiner of gelijk is aan twee.

#### **4.10 Begeleidingscontact/behandelingscontact**

Een face-to-face contact waarbij de cliënt wordt ondersteund in zijn leefsituatie (veranderingsmogelijkheden lijken te ontbreken) en/of een face-to-face contact waarin volgens bepaalde methoden veranderingsprocessen bij de cliënt worden bevorderd (niet-psychotherapie) en waarbij de verhouding cliënt/hulpverlener kleiner of gelijk is aan twee.

#### **4.11 Groepscontact (per cliënt)**

Er is sprake van groepscontact indien de verhouding cliënt/hulpverlener groter is dan twee.

#### **4.12 Contact buiten de instelling**

Een face-to-face contact dat niet plaatsvindt op het bureau of op een vast spreekuurpunt van de instelling. Per bezoekende hulpverlener kan maximaal één toeslag (contact buiten de instelling) worden berekend.

#### **4.13 Toeslag hulpverlening aan doven**

De volgende vijf instellingen verzorgen de bovenregionale ambulante hulpverlening aan doven: GGZ Groningen, De Gelderse Roos, Mentrum, Riagg Rijnmond Zuid en Riagg Midden Limburg.

Voor deze instellingen geldt dat een dovencontact telt voor twee contacten. Deze productiefactor geldt voor de volgende face-to-face-contacten die met een dove plaatsvinden:

- intakecontact;
- psychotherapiecontact;
- groepscontact psychotherapie;
- behandeling/ begeleidingscontact;
- groepscontact behandeling/ begeleiding.

Bij het opgeven van de productieafspraken en de werkelijke productie, door bovengenoemde instellingen, dient hiermee rekening te worden gehouden.

#### **4.14 Preventie (eenheid voor het maken van productieafspraken)**

De tijd die wordt besteed aan directe activiteiten, de preventie betreffend (exclusief overhead). Dit zijn:

- de uitvoering van directe preventieactiviteiten;
- overleg (intern/extern) direct deze activiteiten betreffend;
- voorbereiding, rapportage, literatuurstudie met betrekking tot deze activiteiten;
- reizen ten behoeve van deze activiteiten.

Onder preventie wordt verstaan: het geheel aan activiteiten gericht op het voorkomen in brede zin van (ernstige) psychosociale problemen, veroorzaakt door persoonlijke, intermenselijke en/of maatschappelijke factoren die als zodanig kunnen worden gesignaleerd.

Tot de preventie behoren: de signalering, het doorgeven van signalen, het voorbereiden van preventieve activiteiten, de uitvoering ervan, de bewaking van de continuïteit en de complementariteit, de evaluatie en de verslaglegging.

Tot "tijdsbesteding aan preventie" wordt gerekend: tijd besteed door preventiewerkers of hulpverleners, dat wil zeggen niet door administratie of management.

#### **4.15 Dienstverlening (eenheid voor het maken van productieafspraken)**

De tijd die wordt besteed aan directe activiteiten, de dienstverlening betreffend (exclusief overhead). Dit zijn:

- de uitvoering van directe dienstverleningsactiviteiten;
- overleg (intern/extern) direct deze activiteiten betreffend;
- voorbereiding, rapportage, literatuurstudie met betrekking tot deze activiteiten;
- reizen ten behoeve van deze activiteiten.

Onder dienstverlening wordt verstaan: alle activiteiten (niet verband houdend met individuele cliënten) gericht op andere werkers buiten de instelling door middel van voorlichting, advies, consult, (ad hoc) consultatie, overleg met verwijzers.

Hiertoe wordt ook gerekend: het leveren van bijdragen aan opleidingen, aan onderzoek, aan stagebegeleiding, deelnemen aan overlegsituaties e.d.

#### **4.16 Psychiatrische thuiszorg (PT)**

Cliënten die PT ontvangen, krijgen psychiatrische behandeling en begeleiding in de thuissituatie. Dit is een belangrijk basiskenmerk van deze zorgvorm.

Doelstellingen van de inzet van PT kunnen zijn:

- voorkomen en/of vervangen van (gedwongen) opname in een APZ (grootste deel van de cliënten);
- verkorten van een al gerealiseerde opname in een APZ (kleiner deel van de cliënten);
- toeleiden naar een opname in een APZ (zeer klein deel van de cliënten);
- bieden van nazorg na een opname in een APZ (zeer klein deel van de cliënten).

Een algemeen doel van de PT is opname te voorkomen en te verkorten, teneinde de nadelige gevolgen van een opname te vermijden en het thuismilieu in stand te houden.

De intensiteit van de hulpverlening in het kader van de PT kan variëren van (minimaal) één bezoek per week tot meerdere dagdelen per week.

Kenmerkend voor de PT is dat er sprake is van een duidelijk behandelingsgerichte insteek. Er wordt intensieve begeleiding en behandeling geboden die vaak is gericht op de primaire problematiek, namelijk de vermindering van symptomen die horen bij de psychiatrische diagnose.

Bij de cliënten die gebruik maken van PT is altijd sprake van actieve, floride psychiatrische problematiek. De meeste cliënten maken nadrukkelijk gebruik van medicijnen om deze problematiek te reguleren.

In de psychiatrische zorg zijn drie vormen te onderscheiden:

1. Psychiatrische crisisinterventie thuis (PCT)
2. Kortdurende psychiatrische thuiszorg
3. Langdurende psychiatrische zorg thuis.

Voor de inhoudelijke kant van de drie zorgvormen wordt verwezen naar het van HHM "Bouwstenen voor financiering van de psychiatrische thuiszorg" (pagina's 11 tot en met 15) uitgebracht oktober 1999.

Aangezien de onderdelen twee en drie veel overeenkomsten vertonen worden deze in de Beleidsregel zorg-op-maat samengebundeld tot één categorie: de psychiatrische zorg thuis (PZT)

#### 4.16.1 Psychiatrische crisisinterventie thuis (PCT)

De PCT wordt in het algemeen getypeerd als zeer intensieve psychiatrische behandeling en begeleiding in de thuissituatie aan cliënten die in een acute crisis verkeren. Hiermee is deze vorm van PT te zien als een geambulantiseerde opnameafdeling dan wel een verplaatste opnamefunctie.

In principe zou er naast de PCT nog maar een beperkt aantal cliënten met acute crises op de opnameafdeling van het APZ terecht moeten komen.

De cliënt komt in zorg bij het gehele team en 'ziet' dan ook alle verpleegkundigen uit het team gedurende de zorgperiode.

De duur van de PCT is maximaal zes weken met eventueel een maal verlenging.

Binnen de PCT-projecten wordt gedurende zeven dagen per week gewerkt. Op weekdays van 08.00 of 08.30 uur tot 21.00 of 22.00 uur en in het weekend van 10.00 uur tot 18.00 of 19.00 uur. Gezien de aard van de zorg is dit ook noodzakelijk.

#### 4.16.2 Psychiatrische zorg thuis (PZT)

##### 4.16.2.1 Kortdurende psychiatrische zorg in de thuissituatie (KPT)

Binnen de KPT wordt in hoofdlijnen dezelfde zorg geboden als bij de PCT, maar minder vergaand. KPT is te omschrijven als "intensieve psychiatrische behandeling en begeleiding in de thuissituatie".

In verhouding tot de regio's waar PCT wordt geboden, komen in deze regio's meer opnamen op de opnameafdeling voor (hoewel niet getalsmatig onderzocht, bestaat het vermoeden dat de grens aan de mogelijkheden van de KPT eerder wordt bereikt dan bij de PCT).

Een opvallend verschil met de PCT is dat er bij de KPT-teams geen psychiater direct aan het team is verbonden. De cliënt die in zorg komt bij een KPT-project krijgt één vaste verpleegkundige toegewezen, eventueel met een 'schaduwverpleegkundige' voor voorkomende gevallen.

De duur van de zorg is maximaal drie maanden, met eventueel een verlenging.

Binnen de KPT-projecten wordt veelal binnen kantooruren gewerkt. Indien nodig kan incidenteel ook in het weekend zorg worden geboden.

##### 4.16.2.2 Langdurende psychiatrische zorg in de thuissituatie (LPT)

De LPT wordt in het algemeen getypeerd als langdurende begeleiding en behandeling van cliënten met niet-acute, maar wel floride psychiatrische problematiek in de thuissituatie van de cliënt.

De duur is in principe onbeperkt. In de praktijk treedt echter toch wel een zeker verloop op. Er is op dit moment niet te zeggen wat dit voor de gemiddelde duur van de zorg in de LPT gaat betekenen, omdat de projecten daarvoor nog maar te kort bestaan.

De LPT-teams werken binnen kantooruren.

### **4.17 Begeleid zelfstandig wonen (BZW)**

#### Doel

Begeleid zelfstandig wonen (BZW) is gericht op het in stand houden en verbeteren van de zelfredzaamheid in het wonen, in het sociaal en maatschappelijk verkeer en in de dagbesteding. Woonbegeleiding (=BZW) richt zich op de zogenaamde leefbegeleiding, waarbij een vergroting van de kwaliteit van het leven wordt beoogd. Er wordt gestreefd naar normalisatie en integratie in de samenleving met als doel de cliënt in staat te stellen zijn eigen leven zelfstandig vorm en inhoud te kunnen geven.

#### Doelgroep

De cliënten die gebruik maken van begeleid zelfstandig wonen zijn mensen met een langdurig psychiatrische aandoening, die voorheen of in een beschermende woonvorm of in een APZ/PAAZ verbleven, of die thuis verbleven maar in het leven eigenlijk wel begeleiding nodig hebben. In toenemende mate wordt BZW geboden aan mensen die in een instelling / groep niet meer kunnen

worden gehandhaafd, bijvoorbeeld cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en gedragsproblematiek en zorgwekkende zorgmijders.

### Begeleidingsduur

BZW kent in het algemeen en lange begeleidingsduur, van enkele maanden tot (vele) jaren. Cliënten krijgen over het algemeen één tot twee uur begeleiding per week. De begeleiding vindt in alle projecten plaats bij de cliënt thuis.

## **4.18 Zorgcoördinatie voor cliënten in case management**

De werkzaamheden van een casemanager vallen uiteen in twee onderdelen. Het ene onderdeel betreft de directe contacten (begeleiding/behandeling) met een cliënt. Hiervoor kunnen de geldende producten in rekening worden gebracht. Het andere deel betreft alle overige activiteiten van de casemanager rondom de zorg voor cliënt. Dit wordt zorgcoördinatie genoemd. Als aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan telt de cliënt in casemanagement mee voor toepassing van de budgetparameter zorgcoördinatie.

Er kan slechts sprake zijn van zorgcoördinatie voor zover dit betrekking heeft op langdurig zorgafhankelijke cliënten (direct daaraan voorafgaand minimaal een jaar in zorg geweest) in casemanagement waarbij de directe zorg bestaat uit ambulante hulpverlening. Deze cliënten hebben vanwege de hoge begeleidingfrequentie vaak contact met hun casemanager. Verdeeld over het jaar heeft de cliënt tenminste vijftwintig maal een begeleidings/behandelingscontact met zijn casemanager. Dit aantal geldt als minimum om in aanmerking te komen voor toepassing van de beleidsregel. Cliënten kunnen slechts eenmaal worden geteld voor zorgcoördinatie. Het is dus niet mogelijk om dezelfde cliënt bij meerdere GGZ-instellingen mee te tellen.

Het beleidsregelbedrag geldt voor een volledig jaar. Cliënten die slechts een gedeelte van het jaar in casemanagement zijn geweest tellen vanaf de start van de zorg naar rato mee.

## **5. OVERIGE VORMEN VAN HULPVERLENING**

### **5.1. Dagactiviteiten**

Binnen de dagactiviteitencentra zijn een viertal functies te onderscheiden:

- de inloofunctie, inclusief de intake van nieuw deelnemers;
- de (re-)creatieve activiteiten;
- de educatieve activiteiten;
- de arbeidsmatige activiteiten, onderscheiden naar de mate waarin deze voor de arbeidsrehabilitatie een rol spelen.

**De deelnemers aan de inloofunctie hoeven geen cliënten te zijn. Voor de recreatieve, educatieve en arbeidsmatige activiteiten geldt dat de deelnemers aan deze activiteiten tevens cliënten zijn.**

#### 5.1.1 Inloofunctie en intake nieuwe deelnemers

De inloofunctie wordt beschouwd als de meest "laagdrempelige" functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Het gaat hierbij dan ook vooral over de beschikbaarheidsfunctie. Dat betekent onder meer dat aan deelnemers over het algemeen geen stringente eisen worden gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop. In de praktijk komen en gaan deelnemers op het moment dat daaraan behoefte bestaat. Zo kan het voorkomen dat de ene deelnemer een half uurtje langskomt en een andere deelnemer hele dagen in de inloofruimte aanwezig is.

Voor een dergelijke functie is dan ook niet zozeer het aantal bezoekers(uren) van belang als wel de openstelling van de functie. **De productie wordt bepaald door het aantal uren dat de inloofunctie open is.** Over het algemeen is tijdens de openingsuren van de inloofunctie altijd minimaal een begeleider aanwezig. **De deelnemers aan de inloofunctie hoeven niet noodzakelijkerwijs cliënten te zijn.**

### 5.1.2 (Re-)creatieve activiteiten

Bij de (re-)creatieve activiteiten wordt uitgegaan van een weekprogramma. Iedere week worden op vaste tijdstippen bepaalde activiteiten aangeboden. (Re-)creatieve activiteiten worden groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar wel minder vrijblijvend dan bij de inloop. Het aantal cliënten varieert per type (re-)creatieve activiteit van enkele cliënten tot wel twintig. Voor incidentele activiteiten, bijvoorbeeld jaarlijkse uitstapjes, kan het aantal cliënten nog groter zijn.

### 5.1.3 Educatieve activiteiten

Ook bij de educatieve activiteiten is er sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Ook hier is de deelname niet verplicht, maar omdat het de bedoeling is dat de cliënten er iets van opsteken, is de deelname minder vrijblijvend dan bij de recreatieve activiteiten.

### 5.1.4 Arbeidsmatige activiteiten

Onder arbeidsmatige activiteiten worden gestructureerde activiteiten verstaan die een niet-vrijblijvend karakter hebben en waarbij met de cliënt afspraken zijn gemaakt over de werkzaamheden die verricht zullen worden. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden. Wel komt het in de praktijk voor dat een beperkte onkostenvergoeding wordt verstrekt. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het aantal dagdelen dat de cliënt werkzaam is en het tijdstip waarop de werkzaamheden verricht worden. De volgende punten zijn hierbij van belang:

- arbeidsmatige activiteiten hebben betekenis in het kader van persoonlijke ontplooiing en verkenning van individuele mogelijkheden (bijvoorbeeld gericht op het opdoen van arbeidservaring of gericht op het toeleiden naar een (on-)betaalde baan);
- arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op het aanleren en/of onderhouden van arbeidsvaardigheden (het DAC als stimulerend oefenmilieu);
- arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychiatrische en/of psychische problemen en dragen op die manier bij aan de bevordering van maatschappelijke (her-)integratie;
- arbeidsmatige activiteiten hebben een stabiliserend effect op het dagelijks leven van de cliënten en dragen op die manier bij aan het voorkomen van isolement, terugval en decompensatie.

Essentieel voor arbeidsmatige activiteiten is:

1. dat er een overeenkomst (mondeling dan wel schriftelijk) bestaat tussen individuele cliënt en organisatie waarin geregeld is wat er van elkaar wordt verwacht;
2. dat er sprake is van activiteiten die gericht zijn op een toeleidingstraject naar (betaalde of onbetaalde) arbeid in een andere setting of dat er sprake is van arbeidsmatige activiteiten als dagbesteding die plaats blijven vinden in het DAC.

## **5.2 Productie dagactiviteiten**

-De productie van de inloofunctie wordt bepaald door het gemiddeld aantal uren per week dat de inloofunctie open is.

-De productie van de (re)creatieve en educatieve activiteiten wordt bepaald door het gemiddeld aantal aangeboden uren per week. Deze activiteiten worden gegeven in groepen van in de regel maximaal 20 cliënten, waarbij minimaal één begeleider per groep aanwezig is. Meerdere begeleiders per groep leiden niet tot een hoger gemiddeld aantal uren per week. Bij een uitbreiding met een nieuwe groep is ook sprake van een toename van het aantal aangeboden uren.

-De productie voor de arbeidsmatige activiteiten wordt bepaald door het gemiddeld aantal cliëntenuren per week.