
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) en 10 (indien de zorgverlening is gericht op verzekerden met een psychiatrische aandoening) van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (1991, Stb. 732), dat laatstelijk gewijzigd is bij Besluit van 25 oktober 2002 (Stb. 2002, 527) en bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549).
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2005 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-829 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 2004'.
- e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel definities geestelijke gezondheidszorg'.

Inhoudsopgave:

2. Algemene definities
3. Klinische en deeltijdfuncties
4. Ambulante hulpverlening
5. Overige vormen van hulpverlening

2. ALGEMENE DEFINITIES**2.1 GGZ-instelling**

Een door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) toegelaten zorginstelling, waarbij de zorgverlening voornamelijk gericht is op verzekerden met een psychiatrische aandoening.

2.2 Toegelaten bedden of plaatsen beschermd wonen

Eenheid van capaciteit, als zodanig bepaald in de toelatingsbeschikking ingevolge de Regeling nadere regels zorgaanspraken 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 ingecalculeerd.

De maximaal in het budget te calculeren bezette bedden/plaatsen wordt bepaald aan de hand van de werkelijke productie (zie onderdeel 2.3.1), tenzij de productieafpraak van jaar t tot een hogere uitkomst leidt (zie onderdeel 2.3.2). Het aantal bezette bedden kan echter niet meer bedragen dan het aantal genoemd in de toelating ingevolge de AWBZ.

2.3.1 Bezette bedden/plaatsen op basis van gerealiseerde productie jaar t-2 en jaar t-1

Voor de algemene klinische psychiatrische functies wordt het aantal bezette bedden berekend door de gemiddelde werkelijke klinische productie van jaar t-2 en t-1 te delen door 365 en de uitkomst te verhogen met 6% (afronden op gehele getallen). Voor plaatsen beschermd wonen wordt in de berekening uitgegaan van maximaal 2%.

2.3.2 Bezette bedden/plaatsen op basis van productieafpraak jaar t

Voor de algemene klinische psychiatrische functies wordt het aantal bezette bedden/plaatsen berekend door de productieafpraak van jaar t te delen door 365, waarbij rekening wordt gehouden met de gemiddelde bezettingsgraad.

De landelijk gemiddelde bezettingsgraad per bed/plaats is als volgt:

Soort bed/plaats	Landelijk gemiddelde bezettingsgraad
Verslavingszorg	98,3%
Kinderen en jeugdigen	98,1%
Logeerplaatsen	98,1%
Volwassenen	97%
Forensisch	100%
Klinisch intensieve behandeling	100%
Beschermd wonen	99%

2.4 Verpleegdag/verzorgingsdag

Een verpleegdag/verzorgingsdag is een in rekening te brengen kalenderdag (inclusief afwezigheidsdagen), die deel uitmaakt van de periode vanaf de opname tot en met ontslag. De dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden voor 20.00 uur) en de dag van ontslag worden beide aangemerkt als een in rekening te brengen kalenderdag. Per toegelaten bed/plaats geldt als maximum het aantal kalenderdagen per jaar.

2.5 Deeltijdbehandeling

Een behandeling conform het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. Een deeltijdbehandeling gaat uit van een behandelingsduur van 6-8 uur. Een deeltijdbehandeling van 4-6 uur staat gelijk aan een halve deeltijdbehandeling van 6-8 uur.

2.6 Logeerdagen ten behoeve van kinderen en jeugdigen

Logeeropvang wordt geboden gedurende weekenden en in vakantieperioden. In de weekenden komen de cliënten doorgaans in de loop van vrijdagmiddag en vertrekken in de loop van de zondagmiddag, er is dan sprake van drie logeerdagen. Uitgaande van veertig weekenden en twaalf vakantieweken kunnen maximaal tweehonderd logeerdagen per jaar gerealiseerd worden.

2.7 Eerste opname (klinisch en deeltijd)

2.7.1 De toeslag van de eerste opname is van toepassing op de onder 2.7.2 genoemde vormen van dagaanbod bij de aanvang van een klinisch verblijf of bij de aanvang van een deeltijdbehandeling.

2.7.2 Algemene psychiatrische patiënten:	AD4
Patiënten kinder- en jeugdpsychiatrie:	KD4
Patiënten verslavingszorg:	VD4
Patiënten forensische psychiatrie:	FD4

2.7.3 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 dezelfde instelling.

2.8 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 productieafpraak 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:

- a. Uitbreiding van de productie wordt bij voorkeur geboden in beschermd wonen, kinder- en jeugdpsychiatrie, crisisopvang en extramurale zorg;
 - b. De zorg kan zorgproducten omvatten waarvoor budgetparameters zijn vastgesteld en kwantificeerbare eenheden zijn uitgedrukt en rekening houdend met het gestelde in hoofdstuk 3 van de Beleidsregel loon- en materiële kosten;
 - c. De instelling moet tegenover het zorgkantoor aannemelijk maken dat, mede gelet op de situatie op de arbeidsmarkt, de productieafpraak kan worden gerealiseerd;
 - d. 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 wachtlijsten. 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.

3. KLINISCHE EN DEELTIJDFUNCTIES

De behandel functies zijn ingedeeld in bekostigingscategorieën. Deze indeling is voor de algemene psychiatrische 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 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 behandelplan 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 bezigheids- 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 behandelplan 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).

VD5 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 deeltijdsetting 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 patiëntengroep 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

Gebleken 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

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).

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 één 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 dan wel 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 (zinvolle) 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 zonodig 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 en dergelijke 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 VOV-discipline (=Verpleegkundig Opvoedkundig Verzorgend). 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 Very Intensive Care-afdelingen).

FB1 De patiënt woont buiten de kliniek, maar volgt een dagprogramma binnen de kliniek. Dit niveau is van toepassing bij patiënten die bijvoorbeeld bescherm 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 separatieruimte.

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. Systeembehandeling 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 Géén 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 Bekostigingscategoriën

Bekostigingscategorie verpleegdagen/ deeltijdbehandelingen		Klinisch deeltijd	Kortdurend /Langerdurend	Behandelmodulescores	
Code				Dagaanbod	Begeleiding/ bescherming ¹
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 ²	Behandeling met beperkte tot volledige begeleiding	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 begeleiding op afstand	D		KD2	B2
V1.1	Klinische kortdurende zorg met beperkte begeleiding	K	K	AD1 t/m AD4	B2,B3
V1.2	Klinische kortdurende zorg met volledige begeleiding	K	K	AD1 t/m AD4	B4
V1.3	Klinische kortdurende zorg met intensieve begeleiding/bescherming	K	K	AD1 t/m AD4	B5,B6
V1.4	Herstellingsoortfunctie	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 ³	Crisisbehandeling met intensieve begeleiding/ Bescherming	K	L	LD5	B5,B6
V3.1	Structurerende deeltijdbehandeling	D	K	AD1,AD2,AD4	B0,B1
V3.2	Structurerende deeltijdbehandeling met beperkte Begeleiding	D	K	AD1,AD2, AD4	B2,B3
V3.3	Psychotherapeutische deeltijdbehandeling	D	K	AD3,AD4	B0,B1
V3.4	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

- 1) 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.
- 2) Deze bekostigingscategorie is eveneens van toepassing op de klinische psychotherapie voor kinderen en jeugdigen en op klinische gezinsbehandeling
- 3) Deze bekostigingscategorie is eveneens van toepassing op de woon/werkvoorzieningen voor volwassen autisten.

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

		Kortdurend /Langerdurend	Behandelmodulescores	
Code			Dagaanbod	Begeleiding/ bescherming ¹
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 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 bij een GGZ-instelling 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 van niet-cliënten:

- 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-verzorger).

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 doorgelane contacten kunnen niet als face-to-face-contacten worden geregistreerd en gedeclareerd.
- de duur van een face-to-face-contact is niet mede bepalend voor het aantal face-to-face-contacten. Met andere woorden één contact telt als één contact.

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. Onder herinschrijving wordt verstaan een overplaatsing tussen instellingen of het opnieuw opnemen van een patiënt in dezelfde instelling.

4.5 Intakecontact

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

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.

4.6 Onderzoekscontacten

4.6.1 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. Daarnaast kan dit face-to-face-contact bestaan uit psychiatrisch onderzoek of het gezinsonderzoek, uitgevoerd door een psychiater. Hiervan is uitgesloten observatie in thuis/schoolsituatie.

4.6.2 Psychodiagnostisch/neuropsychologisch onderzoek voor volwassenen, ouderen en verslaafden en psychiatrisch onderzoek

Een face-to-face-contact voor volwassenen, ouderen en verslaafden 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.

4.7 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.

4.8 Groepscontact psychotherapie

Er is sprake van een groepscontact als in het psychotherapiecontact de verhouding cliënt/hulpverlener groter is dan twee.

4.9 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.

4.10 Telefonisch- en e-mail-behandelingscontact/begeleidingscontact

In een telefonisch- of e-mail-begeleidingscontact wordt de cliënt ondersteund in zijn leefsituatie (veranderingsprocessen lijken te ontbreken) en alle daaraan toe te rekenen werkzaamheden. In een telefonisch- of e-mail-behandelingscontact worden volgens bepaalde methoden veranderingsprocessen bij de cliënt bevorderd (exclusief psychotherapie) en alle daaraan toe te rekenen werkzaamheden.

De gespreksduur of e-mailduur per contact is ononderbroken minimaal vijftien minuten. De contacten zijn onderdeel van het behandelplan; er dient een aantekening van elk telefonisch-contact te worden gemaakt in het patiëntendossier en een afschrift van het e-mail-contact. Per dag kan maximaal één telefonisch contact/ e-mail-contact worden geregistreerd.

4.11 Groepscontact behandeling/begeleiding

Er is sprake van een groepscontact als in het behandeling/begeleidingscontact de verhouding cliënt/hulpverlener groter is dan twee.

4.12 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. Per hulpverlener kan een crisiscontact worden gescoord met een maximum van twee crisiscontacten per crisis.

4.13 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. Per hulpverlener kan een crisiscontact worden gescoord met een maximum van twee crisiscontacten per crisis.

4.14 Toeslag contact buiten de instelling

Een toeslag voor een face-to-face-contact dat niet plaatsvindt op het bureau van één der vestigingen van de instelling of op een vast spreekuurpunt. Per bezoekende hulpverlener kan maximaal één toeslag (contact buiten de instelling) worden berekend. De toeslag is niet van toepassing op gespecialiseerde begeleiding (begeleid zelfstandig wonen), psychiatrische zorg thuis en psychiatrische crisisinterventie thuis. Bij de tarieven van deze prestaties is de toeslag al inbegrepen.

4.15 Toeslag hulpverlening aan doven

De volgende zeven instellingen verzorgen de bovenregionale ambulante hulpverlening aan doven: GGZ Groningen, De Gelderse Roos, Mentrum, Robert-Fleury, Curium, 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;
- onderzoekscontact;
- 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.

4.16 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 (niet verband houdend met individuele cliënten) 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.

4.17 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.

4.18 Psychiatrische zorg thuis (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 GGZ-instelling (grootste deel van de cliënten);
- verkorten van een al gerealiseerde opname in een GGZ-instelling (kleiner deel van de cliënten);
- toeleiden naar een opname in een GGZ-instelling (zeer klein deel van de cliënten);

– bieden van nazorg na een opname in een GGZ-instelling (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 thuis zijn twee vormen te onderscheiden:

1. Psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT)
2. Activerende psychiatrische thuiszorg (LPT)

Daarnaast valt in de psychiatrische zorg thuis nog de prestatie Psychiatrische crisisinterventie thuis (PCT)

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

Psychiatrische zorg thuis (PZT) (F121)

Dit kan omvatten

- Psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT)

PIT is te omschrijven als "intensieve psychiatrische behandeling en begeleiding in de thuissituatie". Binnen de PIT wordt in hoofdlijnen dezelfde zorg geboden als bij de PCT. Het verschil tussen de beide vormen van behandelaanbod is de intensiteit van de behandeling en begeleiding en de behandelduur. De duur van de zorg is maximaal drie maanden, met eventueel een verlenging. Een opvallend verschil met de PCT is dat er bij de PIT geen psychiater direct aan het team is verbonden. De cliënt die in zorg komt krijgt één vaste verpleegkundige toegewezen, eventueel met een 'schaduwverpleegkundige' voor voorkomende gevallen. Er wordt veelal binnen kantooruren gewerkt. Indien nodig kan incidenteel ook in het weekend zorg worden geboden.

- Activerende psychiatrische thuiszorg (AB-speciaal 2)

Doel:

herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek waar onder leren omgaan met de gevolgen van een psychische stoornis.

De interventies zijn gericht op verbetering van functioneren (gedrag en vaardigheden); ze berusten op methodische werkwijzen, door de beroepsgroep aanvaard (effectiviteit).

Grondslag:

een psychiatrische stoornis of ernstig psychosociaal probleem, in samenhang waarmee ernstige tekorten in zelfredzaamheid bestaan.

Inhoud:

- 1) begeleiding gericht op methodische gedragsbeïnvloeding en gedragsregulering, ter beheersing van ernstige gedragsproblematiek of psychische problematiek;
- 2) oefenen van vaardigheden op psychisch, sociaal en eventueel lichamelijk vlak, waar onder versterken van het sociaal en maatschappelijk netwerk van de cliënt;
- 3) leren omgaan met psychische en psychosociale beperkingen (advies en instructie) en versterking van redzaamheid.

Vorm:

AB-speciaal zal doorgaans bij de cliënt thuis plaatsvinden; in de vorm van enerzijds kortdurende hulp, anderzijds (met intervallen) langdurende begeleiding van mensen met chronisch psychiatrische problematiek. De begeleiding moet frequent worden afgestemd op de behandeling van de psychische stoornis.

De intensiteit van zorg is doorgaans geplaatst binnen de klassen 1, 2, 3, 4 van de indicatiesystematiek. Er is gewoonlijk geen overlap met OB (als individuele zorg). In bijzondere situaties bestaat ruimte voor extra zorg.

Opmerking

De hulp wordt geboden door instellingen met erkende deskundigheid op dit gebied van psychiatrische thuiszorg.

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 een GGZ-instelling 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.

4.19 Gespecialiseerde begeleiding (OB-speciaal 2) (voorheen begeleid zelfstandig wonen)

Doel:

ondersteunen bij langdurig tekortschietende zelfregie over het dagelijkse leven, als gevolg van een psychische stoornis. Het accent ligt op handavingsdoelen, maar er is tevens aandacht voor activerende elementen.

Grondslag:

langdurige psychische stoornis en daarmee samenhangende beperkingen in "sociale redzaamheid" (beide vastgesteld op grond van psychiatrische diagnostiek).

Inhoud:

- 1) begeleiden in verband met tekortschietende vaardigheden in het zelfregelend vermogen (dagelijkse bezigheden regelen, besluiten nemen, plannen en uitvoeren van taken, beheerszaken regelen, communicatie, sociale relaties, organisatie van de huishouding, persoonlijke zorg);
- 2) begeleiden bij de mogelijke integratie in de samenleving, met extra aandacht voor ontwikkeltrajecten op het vlak van wonen, werken, sociaal netwerk (doelgericht toepassen van methoden van case management).

Vorm:

Voornamelijk begeleid zelfstandig wonen. De intensiteit ervan ligt doorgaans binnen de klassen 1, 2, 3 van de indicatiesystematiek. Er is een mogelijkheid van extra uren (bijv. cliënten die anders in een RIBW zouden wonen).

Indicatoren:

Langdurige psychische stoornis + beperkingen in sociale redzaamheid

4.20 Zorgcoördinatie voor cliënten in case management

De werkzaamheden van een case manager 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 case manager rondom de zorg voor cliënt. Dit wordt zorgcoördinatie genoemd. Als aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan telt de cliënt in case management mee voor toepassing van onderdeel zorgcoördinatie in de Beleidsregel loon- en materiële kosten geestelijke gezondheidszorg.

Er kan slechts sprake zijn van zorgcoördinatie voorzover dit betrekking heeft op langdurig zorgafhankelijke cliënten (direct daaraan voorafgaand minimaal een jaar in zorg geweest) in case management waarbij de directe zorg bestaat uit ambulante hulpverlening. Deze cliënten hebben vanwege de hoge begeleidingfrequentie vaak contact met hun case manager. Verdeeld over het jaar

heeft de cliënt tenminste vijftientig maal een begeleidings/behandelingscontact met zijn case manager. 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 case management zijn geweest tellen naar rato mee.

5. OVERIGE VORMEN VAN HULPVERLENING

5.1. Dagactiviteiten

Dagbesteding in groepsverband. Het dagprogramma is bedoeld voor cliënten met een langdurige psychische stoornis en daarmee samenhangende beperkingen (onder meer sociale redzaamheid). Binnen de dagactiviteitencentra zijn een viertal functies te onderscheiden:

- de inloofunctie, inclusief de intake van nieuw deelnemers;
- de educatieve activiteiten;
- de (re-)creatieve 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 Educatieve en recreatieve activiteiten:

Hierbij wordt uitgegaan van een weekprogramma. Iedere week worden op vaste tijdstippen bepaalde activiteiten aangeboden in een groepssetting. Uitgaande van een gemiddelde groepsgrootte bij deze dagactiviteit (8) kan de aanbieder per type activiteit komen tot een variërend aantal deelnemers (van enkele tot wel twintig).

5.1.3 Arbeidsmatige activiteiten:

Hieronder vallen gestructureerde activiteiten, waarbij met de cliënt gerichte afspraken zijn gemaakt over de werkzaamheden die verricht zullen worden (er is een overeenkomst tussen cliënt en aanbieder). Het gaat om onbetaalde werkzaamheden (wél is in de praktijk een beperkte onkostenvergoeding mogelijk).

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 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 het toeleiden naar een (on-)betaalde baan;
- arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op het aanleren en/of onderhouden van arbeidsvaardigheden; er is een stimulerend leer- en oefenmilieu;
- arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op "herstel" van mensen met psychiatrische en/of psychische problemen (rehabilitatiedoelen) en dragen bij aan 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.

Het dagprogramma kan als strekking hebben: een toeleidingstraject naar betaalde of onbetaalde arbeid in een andere setting, of dagbesteding die plaats blijven vinden in het activiteitencentrum.

De groepsgrootte van de educatieve, recreatieve en arbeidsmatige activiteiten is groter of gelijk aan 8.

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 educatieve, (re)creatieve en arbeidsmatige activiteiten wordt bepaald door het aantal cliënturen.