

Handleiding toepassing en registratie modules msrz 2017

Ingangsdatum 1 januari 2017

Inhoud

1. Inleiding	5
2. Aanleiding en doel modules	7
3. Opbouw van de modulestructuur	9
3.1.1 Herkenbaarheid patiëntgroepen binnen diagnosegroepen	9
3.1.2 Hoe komt een behandelaanpak tot stand	9
3.1.3 Participatieambitie	10
3.1.4 Koppeling tussen proces en inhoud	10
3.1.5 Diagnosespecifiek of niet-diagnosespecifiek	11
3.1.6 Niet alle delen van de behandeling zijn in modules beschreven	11
3.1.7 Combinaties van modules	12
3.1.8 Opbouw en inhoud van de modules	12
3.1.9 Fasen in de behandeling	12
3.1.10 Diagnostiek	13
3.1.11 Ziekenhuis versus centrum	13
3.1.12 Behandelsetting	13
3.1.13 Hoe bestaande behandelprogramma's in modules vertalen?	14
3.1.14 Module in context diagnosegroep	14
4. Toepassing modules	15
4.1 Reikwijdte modules: ingangsdatum	15
4.2 Reikwijdte modules: welke zorg?	15
4.3 Reikwijdte modules: Wie registreert?	15
4.4 Reikwijdte modules: Wat wordt geregistreerd?	15
4.5 Indiceren	16
4.6 Registreren	16
4.7 Hoe nauwkeurig dient de registratie te zijn?	16
4.8 Moet een module worden afgesloten binnen de behandeling?	17
4.9 120 dagen DBC's en modules	17
4.10 Herindiceren na 360 dagen	17
4.11 Indicatie vervalt bij einde behandeling	17
4.12 Meerdere behandelingen binnen één zorgtraject	18
5. Toepassingsregels modules	19

1. Inleiding

In het kader van de doorontwikkeling van de productstructuur voor de medisch specialistische revalidatiezorg (msrz) heeft de sector modules ontwikkeld.

In de NZa-regelgeving staat dat alle instellingen die msrz leveren deze modules met ingang van 1 juli 2015 verplicht naast de huidige zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten moeten registreren en aanleveren aan het dbc-informatiesysteem (DIS). Zie ook de nadere regel NR/CU-254 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg (mds)', te downloaden via de website van de NZa.

De zorgaanbieders leveren vanaf 1 juli 2015 de registratie-informatie aan de datamonitor van Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA) en Revalidatie Nederland (RN). Op basis van de geregistreerde modules en de verzamelde vragen uit de implementatie hebben de diagnosegebonden werkgroepen met artsen de definities van de modules verbeterd. De modules zijn beschreven in de moduleboeken 2016 voor volwassenen en kinderen. Ook zijn de toepassingsregels voor de modules aangescherpt. Deze handleiding bevat de instructie voor de registratie van alle modules binnen de msrz, met de aangepaste toepassingsregels.

Behalve de moduleset en deze handleiding is er nog een aantal begeleidende documenten en tabellen. Deze zijn beschreven in de oplegger voor de module registratie medisch-specialistische revalidatiegeneeskunde, te downloaden via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>; [Revalidatie Kennisnet](#) en het ledengedeelte van de [website van de VRA](#).

In dit document staan alle regels over de toepassing en registratie. Als er een inconsistentie bestaat tussen dit document en de ICT-regels, dan geeft dit document de doorslag.

2. Aanleiding en doel modules

Er is meer transparantie nodig over de noodzaak, samenstelling en uitvoering van de revalidatiebehandelingen. In de huidige bekostiging is die transparantie onvoldoende aanwezig; door de indeling van behandelingen in tijdsklassen is de verbinding met de inhoud verloren gegaan. Je kunt op basis van de (afgeleide) zorgproducten niet zien welke behandeling een patiënt heeft gekregen, bijvoorbeeld welke therapieën zijn ingezet. Dit is belemmerend voor het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de kwaliteit, prijs en doelmatigheid van de zorg.

De bestaande zorgactiviteiten staan voor de bestede tijd en zijn niet gekoppeld aan specifieke behandeldoelen. Hierdoor is niet helder welke behandeling een patiënt heeft gekregen. Ook is er geen relatie tussen de gerealiseerde behandeling en het behandelplan en zorgvraagzwaarte van de patiënt.

Met de doorontwikkeling van de productstructuur willen we komen tot een bekostiging met producten die zijn gedefinieerd op basis van de behandelvraag en bijbehorende behandelprogramma's van afgebakende patiëntendoelgroepen. Hiervoor introduceren we nieuwe kenmerkende zorgactiviteiten die zijn gerelateerd aan specifieke behandeldoelen en dienen als bouwstenen voor de behandelprogramma's.

De kenmerkende zorgactiviteiten hebben de vorm van modules. Een module vertegenwoordigt het geheel van op elkaar afgestemde activiteiten van de verschillende behandelaars en/of de revalidatiearts, gericht op een specifiek behandeldoel van de patiënt. De koppeling van de modules aan specifieke behandeldoelen legt de relatie met het behandelplan/behandelprogramma. Daardoor zijn de zorgactiviteiten (modules) vanuit behandelperspectief medisch herkenbaar.

3. Opbouw van de modulestructuur

3.1.1 Herkenbaarheid patiëntgroepen binnen diagnosegroepen

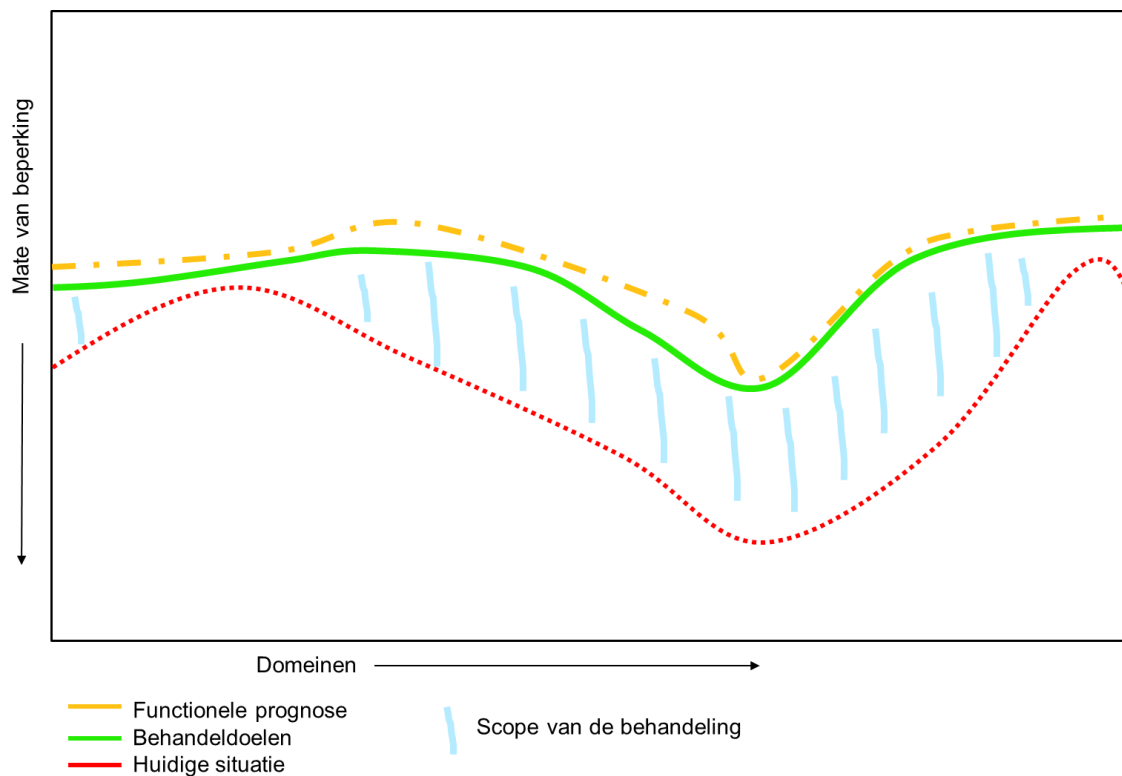
De modules zijn bedoeld om patiëntgroepen te kunnen onderscheiden binnen diagnosegroepen. De modules bevatten patiëntkenmerken en doelen die bijdragen aan deze herkenbaarheid.

Na de eerste periode van registreren van 1 juli 2015 tot 1 februari 2016 zijn de definities van de modules verbeterd om de herkenbaarheid van patiëntgroepen te vergroten. Toch is nog niet voldoende bekend welke factoren in welke mate bijdragen aan het onderscheid. Daarom is het aantal modules van de huidige set waarschijnlijk groter dan nodig is in de eindsituatie.

3.1.2 Hoe komt een behandelaanpak tot stand

Het bepalen van de behandelaanpak verloopt als volgt:

- De conclusies voor de patiënt worden geformuleerd in een revalidatiediagnose. Daaraan is een functionele prognose, de behandeldoelstelling en het huidig functioneren gekoppeld.
- De functionele prognose beschrijft het mogelijke maximale functioneren van de patiënt en de inzet van externe middelen (bijvoorbeeld een rolstoel of een prothese). De functionele prognose bakent de hulpvraag en behandeling af.
- Op basis van de hulpvraag en de functionele prognose wordt in overleg met de patiënt het behandeldoel bepaald.
- De modules bij een patiënt beschrijven het gat tussen het huidig functioneren en de behandeldoelstelling.
- Met de modules wordt invulling gegeven aan deze beschrijving.



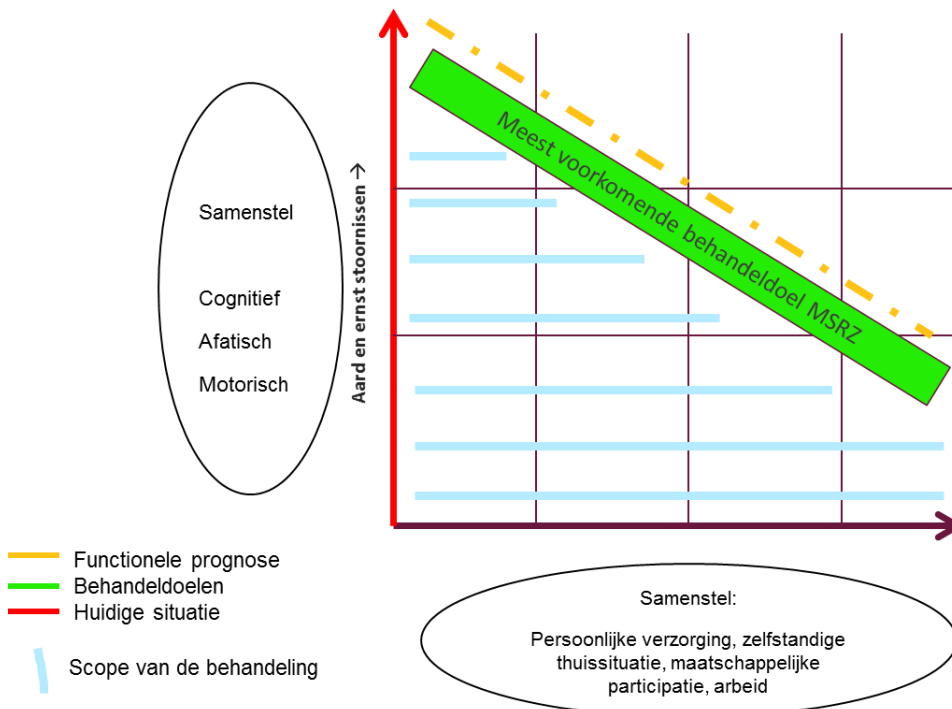
De beperkingen kunnen in verschillende domeinen voorkomen. Voorbeelden van domeinen zijn: mobiliteit, communicatie,

zelfverzorging, ervaren pijn en participatie. De samenstelling van de beperkingen op de verschillende domeinen en de participatieambitie van de patiënt bepalen samen met de functionele prognose de behandelinzet. De samenstelling van deze factoren verschilt per patiënt. Dit maakt het vergelijkbaar maken van patiënten complex. De modules delen de factoren daarom op in blokken met kenmerken/doelstellingen die het verschil maken in de omvang van de behandelinzet tussen patiënten. Daarmee vergroten de modules het inzicht in de patiënt, de problematiek en de doelstellingen. Het was in de oude situatie niet mogelijk om functionele prognose, hulpvraag, behandeldoelen en huidig functioneren zo te beschrijven dat patiënten te vergelijken zijn, behalve door twee dossiers naast elkaar te leggen.

3.1.3 Participatieambitie

De participatieambitie is bij veel patiënten¹ de basis van de doelbepaling in de revalidatiebehandeling. Er is geen onderzoeksresultaat dat concludeert dat de participatieambitie van patiënten met gelijke beperkingen even groot is. Wel is er een sterk vermoeden van een ongeveer gelijke participatieambitie. Ook een participatieambitie richting arbeid is waarschijnlijk onderscheidend. Daarom is de arbeidsambitie of actieve leefstijlambitie zichtbaar gemaakt.

Onderstaand voorbeeld geeft de samenhang tussen de gemiddelde participatieambitie bij een samenstel van beperkingen/stoornissen weer.



3.1.4 Koppeling tussen proces en inhoud

De modules zijn een middel om patiëntgroepen te onderscheiden van elkaar. De modules geven inzicht in de beperking van de patiënt en de behandelinstellingen: de inclusiecriteria van de geïndiceerde modules beschrijven de beperkingen en doelstellingen van de patiënt. Het totaal

¹ Bijvoorbeeld: patiënten met een progressieve ziekte streven naar behoud van functies of naar het kunnen omgaan met toenemende beperkingen.

aan ingezette modules geeft samen met de diagnose een karakteriserend beeld van de patiënt en diens behandoelen.

Het dbc-systeem in de msrz is activiteit gebaseerd: een zorgproduct bestaat uit een combinatie van activiteiten. Door patiëntkenmerken te verbinden met de behandeling, nemen de controleerbaarheid en transparantie toe. Als een patiënt getypeerd zou worden zonder directe koppeling met behandelinzet, dan zou er geen proceswaarborg zijn dat de patiëntkenmerken ook daadwerkelijk leiden tot de behandeling. Om te bepalen hoe doelmatig de zorg is, moet helder zijn waarom de ene patiënt duurder is dan de andere. Het koppelen van de behandelinzet aan een probleemfactor geeft inzicht in de relatie tussen patiëntcomplexiteit, behandelinzet en kosten.

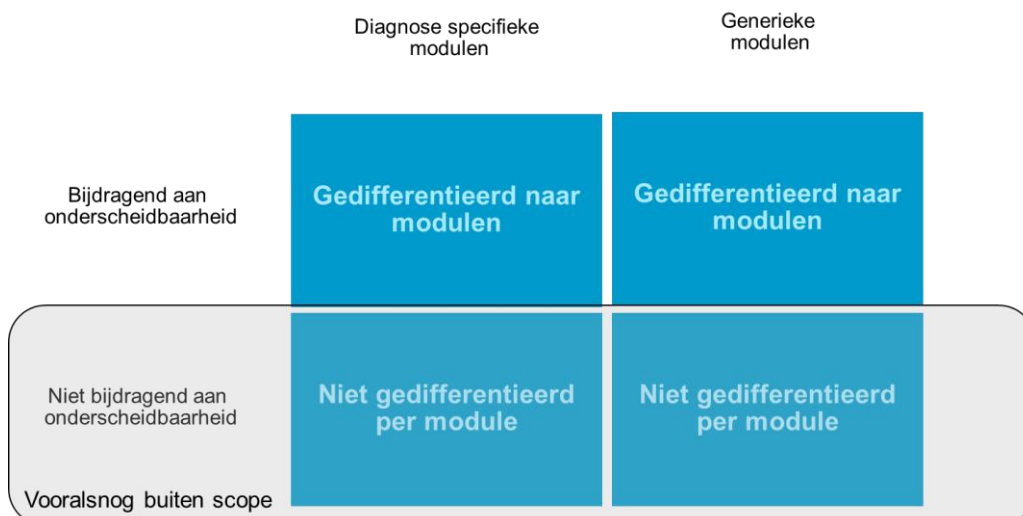
3.1.5 Diagnosespecifiek of niet-diagnosespecifiek

De modules zijn grotendeels uitgewerkt per diagnosegroep omdat per diagnose andere eigenschappen en hulpvragen van de patiënt een rol spelen. Maar niet alle onderdelen van de behandeling zijn specifiek voor een bepaalde diagnosegroep. Deze onderdelen noemen we 'niet-diagnosespecifiek' of generiek. De modules die niet diagnosespecifiek zijn kunnen bij alle diagnosegroepen gebruikt worden.

3.1.6 Niet alle delen van de behandeling zijn in modules beschreven

Modules worden alleen vastgelegd indien de revalidatiearts hoofdbehandelaar is. Een groter aantal modules betekent dat het behandelproces wordt opgedeeld in meer blokken. Deze moeten allemaal geïndiceerd en gepland worden. Om deze processen hanteerbaar te houden, houden we het aantal modules zo laag mogelijk. Daarbij moeten de combinaties van modules wel de verschillende patiëntgroepen voldoende herkenbaar beschrijven. Daarom zijn alleen modules opgenomen die lijken bij te dragen aan de herkenbaarheid.

Behandelingen die bij iedere patiënt worden ingezet of die geen onderdeel vormen van het kernprobleem zijn niet gedefinieerd als module. Denk aan bijvoorbeeld voorlichting over ziekte of basisvoorlichting over een gezonde leefstijl.



Het is wel nodig om de totale behandelinzet te koppelen aan een patiënt. Daarom is een algemene code aangemaakt:

- code 196364 (GEN msr, Niet in modules omschreven) voor directe patiëntgebonden tijd die niet in modules is beschreven;

3.1.7 Combinaties van modules

Een module kan direct bijdragen aan de omvang van de behandeling. Een module kan ook verklarend zijn voor hogere totale kosten in andere modules vanwege het effect op de behandelbaarheid. Een voorbeeld is een patiënt met stemmingsproblematiek, waarbij de mogelijkheden om te trainen beperkter zijn. Hierdoor kan het bereiken van de behandeldoelen langer duren of heeft deze patiënt meer persoonlijke begeleiding nodig dan een patiënt zonder stemmingsproblematiek.

3.1.8 Opbouw en inhoud van de modules

Een module heeft de volgende onderdelen:

- inclusiecriteria
- exclusiecriteria
- doelstelling
- inhoud

De inclusiecriteria beschrijven bij welke patiënt in welke situatie de module wordt ingezet. De inclusiecriteria bevatten meestal geen klinimetrie. Er zijn geen harde afkappunten waarboven/beneden een module wordt ingezet. Voorbeeld van een inclusiecriterium: een patiënt met problemen op het gebied van balans of over beweeglijkheid bij Parkinson.

Exclusiecriteria beschrijven specifieke situaties of patiënten waarin de module niet wordt ingezet. Een voorbeeld is een patiënt met een ernstige depressie bij een module waar gewerkt wordt aan de cognitieve problematiek. Exclusiecriteria zijn niet gedefinieerd als omkering van de inclusiecriteria.

De doelstelling geeft aan wat de te bereiken situatie voor de patiënt is. Voorbeeld van een doelstelling: weer kunnen lopen met behulp van een prothese bij een amputatie.

De inhoud van de module is beperkt beschreven. Zorgaanbieders zijn vrij om de invulling zelf te bepalen. Deze is al snel uitvoerend en gericht op de patiënt en daardoor moeilijk centraal te bepalen. Ook is het nadrukkelijk de bedoeling dat de modules vernieuwing en innovatie in het zorgproces mogelijk maken. Een specifieke beschrijving van de inhoud kan die vernieuwing juist hinderen.

3.1.9 Fasen in de behandeling

De revalidatiebehandeling kent drie fasen: de diagnostische fase, de behandelfase en de controlefase. Voor elke fase bestaan specifieke modules. Per fase kunnen de modules elkaar echter wel volgtijdelijk overlappen.

De behandelfase kent op haar beurt weer drie fasen:

- assessment
- behandeling
- monitoring

Assessment

Als bij de patiënt een hulpvraag is vastgesteld, volgt een assessment. Het assessment:

- brengt alle relevante patiëntkenmerken en hulpvragen in kaart;
- geeft inzicht in de behandeldoelen;

- resulteert in een behandelplan;
- maakt duidelijk of de patiënt behandelbaar is;
- maakt helder of de verwijzing naar msrz terecht is.

Het assessment kent drie varianten: van een beperkt assessment tot een uitgebreid assessment waarin het behandelteam wordt ingeschakeld.

Binnen de assessmentfase zijn gespecialiseerde onderzoeken mogelijk.

Deze worden naast het assessmentcodes geregistreerd, zodat de inhoud van het assessment transparant wordt. Daarnaast kan op basis van deze onderzoeken de kostprijs van het assessment bepaald worden.

Behandeling

In de behandelfase wordt gewerkt aan het realiseren van de behandeldoelen. Het realiseren van de behandeldoelen is onderdeel van de meeste modules. Als er sprake is van regievoering op behandelaars bij een andere zorgaanbieder, zoals in de eerste lijn, dan zijn daar speciale modules voor.

Monitoring

In de monitoringfase heeft de patiënt geen actieve hulpvraag meer. De patiënt wordt wel met een zekere regelmaat gezien om het verloop van een aandoening te volgen en te bepalen of er sprake is van een nieuwe hulpvraag.

3.1.10 Diagnostiek

Het assessment is de fase in de behandeling waarin behandeldoelen tot stand komen op basis van de functionele prognose en hulpvraag van de patiënt. Hiertoe wordt diagnostiek ingezet. Ook in de behandelfase kan er behoefte zijn aan diagnostiek om te bepalen of een aanvullende module noodzakelijk is of voor inzicht in vorderingen van de patiënt. Deze diagnostiek wordt dan niet als assessment gescoord, maar als diagnostiek tijdens de behandeling. Bepaalde diagnostische onderzoeken zijn opgenomen in een specifieke module, zoals gangbeeldanalyse. Als er zo'n specifieke diagnostische module bestaat, dan wordt een dergelijk onderzoek altijd daarin geregistreerd. Gangbeeld wordt dus altijd als de module Gangbeeld geregistreerd.

3.1.11 Ziekenhuis versus centrum

De modules gelden voor msrz in ziekenhuizen, de zelfstandige behandelcentra (zbc's) en in de revalidatiecentra. Veel ziekenhuizen leveren geen klinische msrz behandeling en de meer complexe diagnostiek en regievoering op behandelaren wordt elders uitgevoerd. De assessmentmodules functioneren hier als een verzameling van diagnostiek.

De revalidatiecentra en enkele ziekenhuizen behandelen poliklinische en klinische patiënten. Bepaalde centra bieden specifieke revalidatiediagnostiek om de doelmatigheid van de behandeling te vergroten en de belasting van de patiënt te verlagen, zoals gangbeeldanalyse.

3.1.12 Behandeling

De modules beschrijven hoe de behandeling in het licht van de behandeldoelen is samengesteld. De setting wordt onafhankelijk van de modules vastgelegd in polikliniekbezoeken en verpleegdagen. Wel komen bepaalde modules vooral in een klinische setting voor, terwijl andere modules voornamelijk in dagbehandeling of in de polikliniek voorkomen. Er zijn verschillende intensiteit- en verpleegniveaus. Dat geldt ook voor kinderbehandeling. Dat maakt behandelingen die gebruik maken van

kostbare randvoorwaarden, zoals peutergroepen, zichtbaar. Zo kunnen producten met passende tarieven worden ontwikkeld.

3.1.13 Hoe bestaande behandelprogramma's in modules vertalen?

Omdat niet-complete behandelprogramma's zijn vertaald naar modules, zijn niet alle delen van de behandeling duidelijk gespecificeerd. Het vertalen van een programma start bij de wel in modules beschreven delen van de behandeling. Een module wordt ingezet op basis van inclusiecriteria en doelstelling.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om alle activiteiten die een raakvlak hebben met een module, in een module onder te brengen. Bijvoorbeeld een gesprek over slikken is iets anders dan de module Slikken inzetten.

3.1.14 Module in context diagnosegroep

Diagnosespecifieke modules zijn alleen bedoeld voor de diagnosegroep waarvoor ze zijn opgesteld. De inclusiecriteria gelden binnen de context van de diagnosegroep. Alleen als een module expliciet benoemd is als generiek, kan de module bij verschillende diagnosegroepen ingezet worden.

Het is wel mogelijk dat een patiënt aandoeningen in meerdere diagnosegroepen heeft. Dan kunnen ook modules uit de betreffende groepen worden ingezet.

4. Toepassing modules

4.1 Reikwijdte modules: ingangsdatum

De moduleregistratie is mogelijk bij alle nieuwe zorgtrajecten geopend vanaf 1 januari 2015. De moduleregistratie is verplicht voor:

- alle zorgtrajecten geopend vanaf 1 juli 2015;
- alle bestaande zorgtrajecten waarbij vanaf 1 juli 2015 vanwege een nieuwe hulpvraag een (nieuw) assessment plaatsvindt dat aanleiding geeft tot (vervolg-)behandeling.

Er dienen dus in ieder geval modules geregistreerd en gerapporteerd te worden voor alle nieuwe msrz zorgtrajecten vanaf 1 juli 2015. De tweede bepaling is bedoeld om ervoor te zorgen dat ook gegevens kunnen worden verzameld voor langdurige revalidatiebehandelingen (zoals MS, ALS, kinderrevalidatie, et cetera). Dit betekent dat data-aanlevering aan het DIS start zodra de hulpvraag wijzigt bij een bestaande patiënt.

4.2 Reikwijdte modules: welke zorg?

De dbc-systematiek kent een onderscheid naar een initieel subtraject (ZT11), een vervolg-subtraject (ZT21) en een intercollegiaal sub/zorgtraject (ZT13). Hiernaast is sprake van overige zorgproducten die apart declarabel zijn, waaronder add-ongeneesmiddelen.

De msrz-modules worden uitsluitend vastgelegd bij ZT11 en ZT21. Dit betekent dat bij een intercollegiaal consult (icc), een add-ongeneesmiddel en andere overige zorgproducten geen modulecode wordt vastgelegd. Modules worden namelijk alleen vastgelegd indien de revalidatiearts hoofdbehandelaar is.

4.3 Reikwijdte modules: Wie registreert?

Alle behandelaren en artsen die binnen de huidige regelgeving tijdschrijven of consulten registreren binnen de msrz-producten, moeten ook modules registreren.

4.4 Reikwijdte modules: Wat wordt geregistreerd?

Tijd en consulten

Er wordt alleen een modulecode vastgelegd bij de verantwoording van de directe patiëntgebonden tijd, dus niet bij indirect patiëntgebonden tijd. Ook poliklinische consulten krijgen een modulecode. Niet-patiëntgebonden tijd wordt niet geregistreerd en krijgt dus ook geen modulecode.

Verpleegkundige handelingen

Bepaalde verpleegkundige handelingen worden momenteel wel geregistreerd. Als het direct patiëntgebonden tijd betreft in het kader van een module, dan moeten ze aan een module gekoppeld worden. In alle andere gevallen worden ze niet aan een module gekoppeld.

Verpleegdagen en verpleegintensiteiten

De modules worden ter vastlegging van de verpleegintensiteit gekoppeld aan de registratie van de verpleegdag. Verpleegkundigen hoeven geen verpleegtijd te registreren bij modules.

Andere zorgactiviteiten

Bij de zorgactiviteiten voor een toeslagdag, icc, dagbehandeling, diagnostische verrichting, hulpmiddelen en geneesmiddelen wordt geen modulecode vastgelegd.

4.5 Indiceren

De revalidatiearts indiceert een module als de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria én daadwerkelijk een behandeling volgt om het in de module beschreven doel te realiseren. De doelstelling behalen betekent dat er inspanning wordt gelegd in het begeleiden naar het behandeldoel, de vooruitgang monitoren en begeleiding continueren zolang het doel niet bereikt is.

Om een module in te zetten, moeten onderstaande vier vragen met ja beantwoord zijn:

- Zijn de inclusiecriteria van toepassing op de patiënt?
- Zijn de exclusiecriteria niet van toepassing?
- Geldt het doel van de module voor de patiënt?
- Wordt er behandeling ingezet die erop gericht is de doelstelling te behalen?

De revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de juistheid van de indicaties.

Generieke modules kunnen bij iedere patiënt worden geïndiceerd.

Modules uit een diagnosegroep kunnen alleen geïndiceerd worden als de diagnosegroep van toepassing is op de patiënt.

Als een patiënt binnen meerdere diagnosegroepen valt, kunnen modules uit die diagnosegroepen gebruikt worden. De modules moeten wel bij de specifieke problemen passen: een patiënt met hersenletsel (NAH) en een recente beenamputatie krijgt loopvaardigheden uit de amputatiegroep en niet uit de NAH-groep.

4.6 Registreren

De vastlegging van de modulecode vindt plaats op het niveau van de zorgactiviteit. In de registratiefase wordt de modulecode gekoppeld aan de bestaande zorgactiviteiten (tijdschrijfregistratie) in een apart veld bij de zorgactiviteit.

Als binnen een afspraak tussen behandelaar en patiënt gewerkt is aan meerdere modules, dan worden meerdere modules vastgelegd bij de afspraak. Daarbij kan een verdeling van de tijd aangegeven worden. Indien dat niet gebeurt dan wordt verondersteld dat de tijd evenredig over de modules is verdeeld.

Bij groepsbehandeling gelden de algemene registratieregels voor de vastlegging van de bestede tijd. Vervolgens wordt hieraan een modulecode gekoppeld.

De behandelaar is verantwoordelijk voor het vastleggen van de juiste modulecode bij diens te verantwoorden tijd.

4.7 Hoe nauwkeurig dient de registratie te zijn?

De modules worden zichtbaar in de planning en tijdregistratie. Het registreren van tijd bij een module wordt gedaan vanwege een aantal redenen:

- Het geeft inzicht in de omvang van de module. Dit inzicht kan ons helpen als we willen vaststellen of de interpretatie van de module

gelijk is tussen zorgaanbieders die msrz leveren. Stel dat zorgaanbieder A een gemiddelde omvang heeft van 3 uur bij een module, terwijl zorgaanbieder B een gemiddelde omvang heeft van 12 uur bij die module, dan kan er sprake zijn van een interpretatieverschil;

- Als een module geïndiceerd wordt, dan is voor de patiënt een bepaalde behandeling noodzakelijk. Als de activiteiten voor deze behandeling zichtbaar zijn in de planning en in een rooster, dan geeft dat een waarborg dat er ook daadwerkelijk gewerkt wordt aan het in de module beschreven probleem/doel.

De nauwkeurigheid van de registratie is belangrijk. De basisregel is dat de geplande sessie ook de gerealiseerde sessie is. Als de sessie niet doorgaat, moet deze uiteraard vervallen in de moduleregistratie. Als de sessie echter wat korter of langer duurt dan gepland, dan is het niet erg dat dit niet tot op de minuut wordt verantwoord. Het kan echter niet zo zijn dat er stelselmatig een uur wordt ingepland terwijl er maar een half uur therapie wordt gegeven: in dat geval is de planning irreëel. We willen echter wel voorkomen dat er een administratief circus wordt opgetuigd om de normale variatie in de duur van sessies administratief te verwerken.

4.8 Moet een module worden afgesloten binnen de behandeling?

Een module dient expliciet geïndiceerd te worden. De vraag is dan of de module ook afgesloten dient te worden. Afsluiten zou het expliciete besluit zijn om de module niet meer in te zetten. Dit is gedurende de behandeling echter niet noodzakelijk: als de module wordt geïndiceerd, dan worden sessies gepland in het kader van de module. Daarmee is de module opgenomen in het zorgprofiel en er is vanuit de registratie geen noodzaak om af te sluiten. Als een instelling omwille van het eigen proces besluit om dit wel zo in te richten, dan is dat toegestaan. De module kan dan niet meer beschikbaar gemaakt worden om op te registreren. De indicatie van de module blijft echter bestaan.

4.9 120 dagen DBC's en modules

Indien een subtraject vanwege de 120 dagen regel wordt afgesloten dan worden de geïndiceerde modules automatisch ook voor het nieuwe subtraject geïndiceerd. De indicatie blijft dus bestaan.

4.10 Herindiceren na 360 dagen

Er komen binnen één zorgtraject langdurige behandelingen voor die meerdere jaren bestrijken. Eéns per jaar dient het behandelplan te worden heroverwogen en dienen de geïndiceerde modules geactualiseerd te worden. Na een periode van 360 dagen (drie maal 120 dagen) vervallen de geïndiceerde modules en start de volgende periode van 120 dagen als ware het een nieuwe behandeling.

4.11 Indicatie vervalt bij einde behandeling

Als een behandeling beëindigd wordt dan vervalt ook de indicatie. Meestal lopen een zorgtraject en een behandeling gelijk op: één behandeling binnen een zorgtraject. Indien een zorgtraject eindigt dan eindigt daarmee ook de behandeling en daarmee ook de geïndiceerde modules.

4.12 Meerdere behandelingen binnen één zorgtraject

Soms komt het voor dat binnen een zorgtraject meerdere behandelingen plaatsvinden. Dit gebeurt meestal bij kinderen of bij patiënten met een progressieve aandoening. Bij deze groepen kunnen meerdere hulpvragen voorkomen binnen de diagnose waarop het zorgtraject is gebaseerd.

Indien na afronding van een behandeling een nieuwe behandeling (nieuwe hulpvraag na afronding van de behandeling in het kader van de vorige hulpvraag) start binnen hetzelfde zorgtraject dan is het noodzakelijk om expliciet aan te geven dat er sprake is van een nieuwe behandeling. Dit kan middels de code 196999 Einde behandeling MSR. Deze code kan gekoppeld worden aan de eerste zorgactiviteit van de nieuwe behandeling.

Als deze code wordt geregistreerd dan dienen de geldende indicaties beëindigd te worden. De code markeert de grens tussen de twee behandelingen.

Om gebruik te kunnen maken van de code 196999 dient voldaan te worden aan onderstaande regels:

Er is sprake van een nieuwe behandeling indien:

- De voorgaande behandeling is afgerond. Met afgerond wordt bedoeld dat er geen therapie meer wordt ingezet om de behandeldoelen van de voorgaande behandeling te realiseren.
- De afgeronde hulpvraag dient met enige zekerheid als afgerond beschouwd te kunnen worden. Indien dat niet mogelijk is door de aard van de hulpvraag en/of problematiek van de patiënt dan kan er nog geen nieuwe behandeling gestart worden.
- Er een nieuwe hulpvraag is met doelen op een ander terrein dan de voorgaande hulpvraag.
- Het bijstellen van bestaande doelen betreft geen nieuwe hulpvraag.

5. Toepassingsregels modules

INDICEREN	
1	Het correct indiceren van modules is een belangrijke randvoorwaarde van de modulaire systematiek. Het schrijven van tijd bij modules wordt gebruikt om inzicht te verkrijgen in de tijdbesteding bij modules.
2	Een module wordt geïndiceerd als de patiënt aan: <ul style="list-style-type: none"> – de inclusiecriteria voldoet; – als de exclusiecriteria niet van toepassing zijn; – de doelstelling van de module op de patiënt van toepassing is; – behandeling wordt ingezet om het doel van de module te realiseren. <p>De beschrijving van de inhoud of de naam van de module kan niet worden gebruikt om te bepalen of een module past bij de patiënt.</p>
3	Een module die later in de behandeling wordt ingezet kan al eerder worden geïndiceerd als de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria.
4	Een module die later mogelijk wordt ingezet, maar waarvan het onduidelijk is of deze noodzakelijk zal zijn, mag nog niet worden geïndiceerd: het is nog onvoldoende duidelijk of de patiënt zal voldoen aan de inclusiecriteria.
5	Er is geen voorkeur voor een bepaald type module. De passende modules dienen te worden geïndiceerd. Er is dus geen voorkeur om zo veel mogelijk diagnosespecifiek, zo veel mogelijk generiek of zo veel mogelijk niet beschreven msrz te indiceren. Passend indiceren!
6	Het oprekken van de inclusiecriteria om zo veel mogelijk modules in te kunnen zetten en daarmee complexiteit van patiënten aan te tonen is contraproductief. Alle patiënten worden daardoor complex en het onderscheidende vermogen van de modules neemt af.
7	Een module kan niet tweemaal worden ingezet voor dezelfde patiënt. De module bestaat wel of niet binnen een behandeling. Het is wel mogelijk om de module na afronding niet meer beschikbaar te maken, maar als de module dan toch weer beschikbaar komt en er wordt op geregistreerd, dan ontstaat er geen nieuwe tweede module.
8	Indien een subtraject wordt afgesloten vanwege de 120-dagenregel, blijven de geïndiceerde modules van kracht en hoeven deze niet opnieuw geïndiceerd te worden
REGISTRATIE	
9	Alle handelingen die in de huidige systematiek leiden tot een zelfstandige declaratie msrz, vallen binnen de moduleregistratie. De icc valt niet binnen de modulesystematiek.
10	In de registratie wordt alleen directe tijd van behandelaren en artsen die in de huidige systematiek tijdschrijven aan een module gekoppeld. Ook bij poliklinische consulten worden modules geregistreerd (niet in geval van ICC)
11	Activiteiten die niet binnen een geïndiceerde module vallen worden verantwoord als 'Gen MSR, niet in modules omschreven'
ASSESSMENT en DIAGNOSTIEK	
12	Er is geen regel voor het altijd gebruiken van een bepaalde assessmentcode bij aanvang van een behandeling. Een behandeling start doorgaans met een assessment basis waarin de eerste beoordeling van de patiënt en de verwijzing wordt uitgevoerd. Het kan echter zijn dat het assessment basis al in het ziekenhuis tijdens een icc of een poliklinisch traject is uitgevoerd en dat de verwijzing naar behandeling al een feit is. Verder kunnen er patiëntgroepen zijn waarvan op voorhand duidelijk is dat er sprake is van een terechte verwijzing naar de revalidatie en die per definitie meteen door het team worden onderzocht. Er is dus geen regel voor het altijd gebruiken van een bepaalde assessmentcode.
13	Het assessment is een fase in de behandeling waarin de behandeldoelen worden bepaald. De assessmentmodules (basis/aanvullend onderzoek/assessment team) worden aan het begin van een behandeling ingezet.
14	Er mogen meerdere assessmentcodes naast elkaar gebruikt worden.

15	Alle diagnostiek tijdens de behandeling wordt geregistreerd middels de modules 'diagnostiek tijdens de behandeling'. Dit betreft zowel onderzoek om te bepalen of aanvullende modules ingezet dienen te worden als diagnostiek om de behandeling te volgen of bij te sturen.
16	De diagnostiek om tijdens de behandeling te bepalen of een aanvullende module noodzakelijk is, wordt als diagnostiek tijdens de behandeling geregistreerd. Pas als besloten is dat de module daadwerkelijk van toepassing is, kan de module worden geïndiceerd en geregistreerd.
17	Indien een controle voor het gehele team wordt gepland, dan wordt teamassessment ingezet.
	DIAGNOSESPECIFIEK en GENERIEK
18	Generieke modules kunnen bij alle patiënten ingezet worden
19	Diagnosespecifieke modules kunnen ingezet worden als de patiënt een diagnose heeft die bij die groep hoort.
20	Indien een patiënt nevendagnosen heeft voor meerdere diagnosegroepen, dan kunnen modules uit de bijbehorende diagnosegroepen ingezet worden.
21	De gepubliceerde lijst met diagnoses per diagnosegroep is niet uitputtend en kan alleen ondersteunend aan de keuze voor de diagnosegroep worden ingezet.
	VERPLEEGINTENSITEIT en VERPLEGING
22	De modules voor verpleegintensiteiten worden gekoppeld aan de verpleegdagen. Er wordt geen tijd gekoppeld bij de verpleegintensiteiten.