



## Regeling DBBC's, ZZP's en extramurale parameters FZ

REGELING NR/FZ-0013

Vastgesteld op 23 juni 2015

Ingevolge artikel 36, 37, 38, 62 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de NZa de volgende regeling vast.

### Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
1.1	Reikwijdte	1
1.2	Doel van de regeling	1
1.3	Begripsbepalingen	2
1.4	Opbouw regeling	3
2.	Algemene bepalingen	4
2.1	Afbakening DBBC's, ZZP's en extramurale parameters FZ	4
2.2	Samenloop DBBC en ZZP	4
3.	Diagnose Behandeling Beveiliging Combinaties (DBBC's)	4
3.1	Registratieproces DBBC's	4
3.1.1	Algemene registratiebepalingen	4
3.1.2	Openen DBBC's	5
3.1.3	Typeren	6
3.1.4	Registreren	8
3.1.5	Sluiten	10
3.2	Bepalingen validatie DBBC's	11
3.3	Declaratiebepalingen DBBC's	11
3.4	Informatiebepalingen DBBC's	12
4.	ZZP's en extramurale parameters FZ	13
4.1	Registratiebepalingen ZZP's en extramurale parameters FZ	13
4.2	Declaratiebepalingen ZZP's en extramurale parameters FZ	13
4.3	Informatiebepalingen ZZP's en extramurale parameters FZ	14
4.4	Bepalingen onderlinge dienstverlening	14
5.	Intrekking oude regels	15
6.	Overgangsbepaling	15
7.	Inwerkingtreding en citeerregel	15
	Toelichting	16
	BIJLAGE I – ACTIVITEITEN- EN VERRICHTINGENLIJST	19
	BIJLAGE II – DEFINITIE ACTIVITEITEN EN VERRICHTINGEN	24
	BIJLAGE III – ZORGTYPEN	28
	BIJLAGE IV – VASTLEGGEN AARD VAN HET DELICT	32
	BIJLAGE V – FEITELIJKE CLASSIFICATIE VAN DSM-IV-TR	34
	BIJLAGE VI – DBBC-BEROEPENTABEL	36
	BIJLAGE VII – OMSCHRIJVING SGLVG+	39
	BIJLAGE VIII – DEELPRESTATIES VERBLIJF	40
	BIJLAGE IX – DBBC-BEVEILIGINGSNIVEAU'S	43
	BIJLAGE X – PARALLELLITEIT DBBC'S	46

### 1. Inleiding

#### 1.1 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van het Interimbesluit forensische zorg<sup>1</sup>, die forensische zorg in strafrechtelijk kader, als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van het Interimbesluit forensische zorg, verlenen.

#### 1.2 Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften voor de forensische zorg (FZ) op het gebied van registratie, validatie, declaratie en informatie, die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van DBBC's, ZZP's, extramurale parameters en overige producten.

<sup>1</sup> Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2010, nr. 875), laatstelijk gewijzigd met Besluit van 27 maart 2012 tot wijziging van het Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2012, nr. 134).



### 1.3 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *afwezigheidsdagen*: dagen waarop een patiënt die verblijft bij een instelling, op basis van DBBC, ZZP-C of ZZP-VG afwezig is;
- b. *AGB-code*: unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd;
- c. *audit-trail*: zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van gegevens, door de medisch adviseur kan worden gevolgd en gecontroleerd;
- d. *algemeen indirecte tijd*: patiëntgebonden tijd, maar de tijd heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject;
- e. *behandelaar*: zorgaanbieder die op de beroepenlijst voorkomt en activiteiten, verrichtingen en deelprestaties verblijft kan registreren. Een behandelaar kan tevens een hoofdbehandelaar zijn;
- f. *dagbesteding*: het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de (psychiatrische) behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt. Onder dagbesteding wordt niet verstaan:
  - een reguliere dagstructurering die in de woon-verblijfsituatie wordt geboden;
  - welzijnsactiviteiten, zoals zang, bingo en uitstapjes.
- g. *DBBC*: Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie. Een DBBC omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een forensische zorgaanbieder tot en met de behandeling die hier uit volgt. De DBBC vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
- h. *DBBC-dataset*: de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de Regeling 'Verplichte informatieverstrekking zorgaanbieders van forensische zorg';
- i. *DBBC-prestatiecode*: de twaalfcijferige code, die het afgesloten en gevalideerde DBBC-traject beschrijft;
- j. *DBBC-tarief*: het bedrag dat voor een DBBC in rekening wordt gebracht conform de algemene tariefbeschikking prestaties in de forensische zorg;
- k. *DBBC-traject*: de periode waarin alle activiteiten (openen, typeren, registreren en sluiten) in het kader van de behandeling van de patiënt worden uitgevoerd;
- l. *declaratie*: De tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar overeengekomen wijze waarop de door de zorgaanbieder verrichte of te verrichten zorgprestatie bij de zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht.
- m. *declaratiecode*: de zescijferige code waaraan het bedrag van het DBBC-tarief is gekoppeld;
- n. *deze regeling*: de voorliggende regeling DBBC's, ZZP's en extramurale parameters FZ.
- o. *direct patiëntgebonden tijd*: de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Hieronder valt face-to-face, telefonisch en elektronisch contact via e-mail of internet (chatten, Skype, etc.);
- p. *extramurale parameters FZ*: de extramurale parameters als opgenomen in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg' zijn de vastgestelde prestaties extramurale parameters FZ.
- q. *forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)*: een instrument om TBS-patiënten (terbeschikkingstelling) op een verantwoorde manier terug te laten keren in de samenleving. Tijdens de fasen transmuraal verlof, proefverlof of voorwaardelijke beëindiging verblijft de patiënt buiten het forensisch psychiatrisch centrum (fpc) en wordt op afstand begeleid voor een goede terugkeer in de samenleving. Het toezicht tijdens deze fasen geschiedt in de vorm van de fpt, uitgevoerd door de reclassering;
- r. *hoofdbehandelaar*: zorgverlener, al dan niet in dienst van een rechtspersoon als bedoeld onder (ii) die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij die patiënt de diagnose stelt en onder wiens verantwoordelijkheid het DBBC-traject van die patiënt wordt doorlopen. Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt;
- s. *hoofdgroepen*: DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in bepaalde hoofdgroepen. Er zijn voor de forensische zorg in totaal 8 diagnosehoofdgroepen;
- t. *indirect patiëntgebonden reistijd*: de tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt;
- u. *indirect patiëntgebonden tijd*: de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd) in het kader van de diagnostiek of behandeling, maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Onder indirect patiëntgebonden tijd valt bijvoorbeeld: het voorbereiden van een activiteit, verslaglegging in het kader van een activiteit of hersteltijd na een intensieve behandelsessie. Puur administratieve taken (zoals het maken van een afspraak) vallen niet onder indirect patiëntgebonden tijd;
- v. *initiële DBBC*: een DBBC die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële DBBC is altijd de eerste DBBC binnen een zorgtraject;



w. *nevendiagnose*: als overige stoornissen zorgverzarend werken kunnen deze worden geregistreerd als nevendiagnoses;

x. *niet-patiëntgebonden activiteiten*: activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, interviews over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur;

y. *onderlinge dienstverlening*: forensische zorg als bedoeld in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg', die een zorgaanbieder verleent als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie. De eerstgenoemde zorgaanbieder duidt de NZa als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder duidt de NZa als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder';

z. *openvolgende zorgtrajecten*: er is sprake van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses. De hoofdbehandelaar opent eerst een initiële DBBC en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Als de patiënt voor de primaire diagnose is uitbehandeld, sluit de hoofdbehandelaar het zorgtraject en opent een nieuwe initiële DBBC en een nieuw zorgtraject, waarbij de eerdere nevendiagnose de nieuwe primaire diagnose wordt;

aa. *overige deelprestatie*: overige deelprestaties betreffen specifieke elementen van zorg die niet passen binnen de DBBC-productstructuur.

bb. *overige producten*: overige producten betreffen vormen van zorg die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in de reguliere DBBC-productstructuur. In de FZ is één overig product: Toeslag EVBG (extreem vlucht- en beheersgevaarlijk);

cc. *parallele zorgtrajecten*: hier is sprake van als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang waarbij een hoofdbehandelaar substantieel verschillende behandelingen in moet zetten. De behandelaar dient te kunnen verantwoorden dat er substantieel verschillende behandelingen ingezet moeten worden;

dd. *patiëntgebonden activiteiten*: activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt;

ee. *prestatiebeschrijving*: een prestatiebeschrijving is een gedetailleerde beschrijving van de prestatie die geleverd wordt. De prestatiebeschrijvingen van de DBBC's, ZZP-C, ZZP-VG, extramurale parameters FZ en OVP's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg';

ff. *primaire diagnose*: de hoofdbehandelaar geeft per DBBC aan welke van de geregistreerde stoornissen op as I en/of as II de reden voor behandeling is. Dit wordt de primaire diagnose genoemd;

gg. *verblijfsdag DBBC*: hierbij gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van de deelprestatie verblijf is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling;

hh. *vervolg-DBBC*: een DBBC die volgt op een initiële DBBC of een voorgaande vervolg-DBBC. Een vervolg-DBBC heeft altijd dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële DBBC of vervolg-DBBC;

ii. *zorgaanbieder*: de rechtspersoon die een zorginstelling FZ in stand houdt of een natuurlijke persoon die FZ verleent, dan wel de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een zorginstelling FZ vormen, en die krachtens een overeenkomst FZ verlenen<sup>2</sup>;

jj. *zorgtraject*: een initiële DBBC, met eventueel één of meerdere vervolg-DBBC's, vormt samen het zorgtraject. Dit zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose;

kk. *zorgtype*: het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt;

ll. *zorgverzekeraar*: waar in deze regeling gesproken wordt over de zorgverzekeraar wordt de Directie Forensische Zorg (DForZo), onderdeel van het ministerie van VenJ, bedoeld. In de FZ is DForZo verantwoordelijk voor het inkopen van FZ. Derhalve wordt op grond van artikel 4 van het Interimbesluit FZ DForZo gelijkgesteld aan een zorgverzekeraar;

mm. *zorgzwaartepakket (ZZP)*: Een ZZP is een volledig pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met behandeling dat aansluit op de kenmerken van een patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft. Als zorgzwaartepakket wordt aangemerkt de ZZP's als in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg' vastgestelde prestaties ZZP's. In de FZ worden de ZZP-C en ZZP-VG reeks gehanteerd.

nn. *ZZP-declaratieperiode*: Een periode van vier weken of een kalendermaand waarover de zorgaanbieders de geleverde zorg in het kader van de ZZP-C of ZZP-VG declareren, overeenkomstig de daartoe gemaakte afspraken met de zorgverzekeraar.

## 1.4 Opbouw regeling

In de FZ bestaan de volgende typen zorgprestaties:

- DBBC-zorgproducten (DBBC);

<sup>2</sup> Zie artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van het Interimbesluit forensische zorg.



- Zorgzwaartepakketten (ZZP);
- Extramurale parameters;
- Overige producten (OVP);
- Onderlinge dienstverlening.

In deze regeling wordt voor de bovenstaande zorgprestaties beschreven welke voorschriften gelden. In hoofdstuk 2: *Algemene bepalingen* wordt de samenloop en afbakening tussen de verschillende typen prestaties beschreven. In daarop volgende hoofdstukken staan de voorschriften die voor bovenstaande zorgprestaties gelden.

## **2. Algemene bepalingen**

### **2.1 Afbakening DBBC's, ZZP's en extramurale parameters FZ**

De forensische zorg (FZ) kent naast de DBBC-systematiek ook ZZP's en extramurale parameters voor de forensische zorg (FZ). Voor de afbakening tussen de DBBC's en de ZZP's/extramurale parameters geldt het volgende:

- Voor zorg in het kader van de behandeling van de patiënt (zowel met als zonder verblijf) geldt de DBBC-systematiek. Hieronder valt ook de behandeling aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). Voorwaarde hiervoor is dat deze zorg met behandeling geïndiceerd is.
- De ZZP's/extramurale parameters gelden voor alle doelgroepen bij de volgende zorgvormen:
  - Verblijf met begeleiding zonder behandeling (ZZP-C);
  - Verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek (ZZP-VG).
  - Ambulante begeleiding (extramurale parameters).

Deze regeling is van toepassing op DBBC's, ZZP's en extramurale parameters in de FZ.

### **2.2 Samenloop DBBC en ZZP**

Een DBBC wordt gedeclareerd wanneer er sprake is van zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van de cliënt. ZZP's en extramurale parameters worden gedeclareerd wanneer er sprake van begeleidingszorg.

Een zorgaanbieder kan tegelijkertijd een ambulante DBBC en ZZP in rekening brengen voor één en dezelfde patiënt als er sprake is van een ZZP met verblijf in combinatie met ambulante DBBC behandelzorg.

## **3. Diagnose Behandeling Beveiliging Combinaties (DBBC's)**

### **3.1 Registratieproces DBBC's**

Dit hoofdstuk is gericht op het 'registreren' van een DBBC. Een DBBC wordt geregistreerd als er sprake is van zorg die wordt geleverd in het kader van behandeling. Hierbinnen maken we onderscheid in (1) algemene registratiebepalingen; (2) openen van een DBBC; (3) het typeren van een DBBC; (4) het registreren van patiëntgebonden activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en (5) het sluiten van een DBBC. Om goed en volledig te registreren, moet de zorgaanbieder de stappen van het registratieproces als volgorde aanhouden.

#### **3.1.1 Algemene registratiebepalingen**

1. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt wordt geplaatst bij een zorgaanbieder. Bij één zorgaanbieder kunnen maximaal drie zorgtrajecten per patiënt open staan.
2. De registratie van de geleverde zorg in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de vastlegging van de daadwerkelijk verleende zorg in door de NZa vastgestelde activiteiten. Daarnaast is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de juistheid van het gehele DBBC-traject.
3. DBBC's met alleen indirecte tijd zijn niet toegestaan, met uitzondering van de DBBC forensisch psychiatrisch toezicht (fpt).
4. Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden<sup>3</sup> per activiteit vast te stellen.

<sup>3</sup> De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken/updates hiervan.



### 3.1.2 Openen DBBC's

1. Iedereen kan onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar een initiële DBBC en een vervolg-DBBC openen.<sup>4</sup>
2. De openingsdatum van een DBBC is gelijk aan de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

#### Initiële DBBC

3. In de volgende gevallen moet een initiële DBBC geopend worden:
  - a. indien een nieuwe patiënt wordt aangemeld bij de zorgaanbieder:
    - indien een zorgaanbieder over meerdere locaties beschikt en een patiënt alleen van locatie verandert, maar niet van primaire diagnose, dan is er in dat geval géén sprake van een nieuwe patiënt. De hoofdbehandelaar op de andere locatie mag dan geen initiële DBBC openen. Alle geboden zorg op de andere locatie voor dezelfde primaire diagnose moet op de reeds geopende DBBC worden geregistreerd;
    - bij overplaatsing van een patiënt gedurende het fpt is er te allen tijde sprake van een nieuwe patiënt. De zorgaanbieder waar de patiënt naar toe overgeplaatst wordt, opent in deze situatie dus een initiële DBBC met het zorgtype fpt proefverlof (144) of fpt voorwaardelijke beëindiging (145);
  - b. indien een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt dan de diagnose waarvoor de patiënt reeds in behandeling is. Voor de toegestane parallelle zorgtrajecten zie 3.1.3 onderdeel 10;<sup>5</sup>
  - c. indien van een bekende patiënt de strafrechtelijke titel verandert;
  - d. indien een bekende patiënt in zorg is in het kader van een voorgenomen indicatiestelling en een strafrechtelijke titel krijgt opgelegd. De DBBC wordt gesloten met het zorgtype 'voorgenomen indicatiestelling'. Vervolgens wordt een nieuwe initiële DBBC met één van de 21 strafrechtelijke titels geopend.

#### Vervolg-DBBC

4. Indien een DBBC 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is, dient de hoofdbehandelaar een vervolg-DBBC te openen met als openingsdatum de datum van de eerstvolgende patiëntgebonden activiteit. De openingsdatum mag niet op dezelfde dag vallen als de sluitdatum van de eerdere DBBC.

#### DBBC in verband met forensische psychiatrisch toezicht (fpt)

5. Tijdens de fasen 'proefverlof' en 'voorwaardelijke beëindiging' worden specifieke activiteiten en verrichtingen uitgevoerd door een forensisch psychiatrisch centrum (fpc). Deze activiteiten en verrichtingen moeten worden geregistreerd op een vervolg-DBBC met het zorgtype 'forensisch psychiatrisch toezicht' (fpt). Wanneer de patiënt tijdelijk wordt teruggeplaatst in een fpc, wordt er gesproken over een time-out. Voor DBBC's in verband met fpt geldt het volgende:
  - a. op het moment dat een patiënt overgaat naar de fase proefverlof, wordt de voorgaande DBBC gesloten (ook als de 365 dagen grens nog niet bereikt is). Als afsluitreden dient te worden gekozen voor 'afsluiten DBBC vanwege openen vervolg-DBBC'.<sup>6</sup> Een vervolg-DBBC met het zorgtype 'fpt proefverlof' wordt geopend. De opening van deze DBBC is een dag na de sluiting van voorgaande DBBC;
  - b. wanneer de patiënt tijdens het proefverlof in een time-out vervalst, moet de DBBC met zorgtype 'fpt proefverlof' gesloten worden met 'afsluiting time-out'. Er wordt aansluitend in hetzelfde zorgtraject een nieuwe vervolg-DBBC met het zorgtype 'TBS met proefverlof' geopend;
  - c. op het moment dat een patiënt overgaat naar de fase voorwaardelijke beëindiging, wordt de voorgaande (vervolg)-DBBC gesloten (ook als nog niet de 365 dagen grens bereikt is). Als afsluitreden dient te worden gekozen voor 'afsluiten DBBC vanwege openen vervolg-DBBC'.<sup>7</sup> Een vervolg-DBBC met het zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging' wordt geopend. De opening van deze DBBC is een dag na de sluiting van voorgaande DBBC;
  - d. wanneer de patiënt tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging in een time-out terugvalt, moet de DBBC met zorgtype 'voorwaardelijke beëindiging' gesloten worden met 'afsluiting time-out'. Er wordt aansluitend in hetzelfde zorgtraject een nieuwe vervolg-DBBC met het zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g Sr)' geopend.

<sup>4</sup> Het openen van een DBBC is een administratieve handeling waarvoor de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is.

<sup>5</sup> Dit geldt ook als de strafrechtelijke titel gelijk blijft.

<sup>6</sup> Zie paragraaf 2.5 'Sluiten' voor de overige afsluitredenen.

<sup>7</sup> Zie paragraaf 2.5 'Sluiten' voor de overige afsluitredenen.





### 3.1.3 Typeren

Het typeren van een DBBC bestaat uit het vastleggen van de volgende informatie:

- I. de identificatiegegevens van de patiënt;
- II. het zorgtype;
- III. de aard en mate van gevaar;
- IV. de aard van het delict;
- V. de (primaire) diagnose van de patiënt.

#### *Onderdeel I – Vastleggen identificatiegegevens*

1. Uitsluitend de hoofdbehandelaar mag typeren. De DBBC moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn.
2. De volgende gegevens moeten in ieder geval vastgelegd worden<sup>8</sup>:
  - a. identificatie zorgaanbieder (AGB-code);
  - b. identificatie zorgverzekeraar (UZOV1-code);
  - c. strafrechtsketennummer (SKN);
  - d. burgerservicenummer;
  - e. naam cliënt;
  - f. adres cliënt;
  - g. geboortedatum;
  - h. geslacht;
  - i. postcode;
  - j. landcode;
  - k. circuit;
  - l. startdatum DBBC;
  - m. einddatum DBBC;
  - n. startdatum strafrechtelijke titel;
  - o. einddatum strafrechtelijke titel.

#### *Onderdeel II – Vastleggen van het zorgtype*

3. De hoofdbehandelaar noteert slechts één zorgtype die het beste de aanleiding tot zorg beschrijft.<sup>9</sup> De aanleiding van forensische zorg kan zijn dat een patiënt een strafrechtelijke titel heeft of dat er sprake is van een patiënt die in de forensische zorg zit in verband met een voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek.
4. Indien er sprake is van een maatregel volgens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en deze wordt toegevoegd aan de strafrechtelijke titel, wijzigt hiermee niet het zorgtype. Als de strafrechtelijke titel afloopt terwijl de Bopz-maatregel blijft gelden, dan wordt de DBBC afgesloten en wordt een DBC volgens de GGZ-systematiek geopend.

#### *Onderdeel III – Vastleggen van aard en mate van het gevaar*

5. Het gevaar dat de patiënt vormt kan in drie categorieën getypeerd worden:
  - a. *acuut fysiek gevaar*: hierbij geeft de hoofdbehandelaar aan in welke mate de patiënt een fysiek gevaar vormt voor zijn omgeving en/of voor zichzelf. Het gaat hier om het gevaar van de patiënt in de behandelsetting gedurende het afgelopen jaar. Als de patiënt korter dan een jaar in de instelling verblijft, gaat het om het gevaar van de patiënt in de behandelsetting sinds opname. De hoofdbehandelaar baseert de mate van gevaar op de eventuele incidenten die zich in het afgelopen jaar/sinds opname hebben voorgedaan. De mate van acuut fysiek gevaar is onderverdeeld in de volgende categorieën:
    - i. geen risico: geen dreiging aanwezig;
    - ii. laag risico: verbale dreiging;
    - iii. matig risico: één incident en verbale dreiging;
    - iv. hoog risico: meerdere incidenten dan wel één ernstig incident waarbij schade aan het slachtoffer of de patiënt zelf is berokkend.
  - b. *vluchtgevaar*: hier geeft de hoofdbehandelaar aan in welke mate de patiënt, die klinisch is opgenomen, ontsnappingspogingen heeft voorbereid en/of heeft ondernomen. De hoofdbehandelaar gebruikt hiervoor alle hem bekende informatie die hij relevant acht, ook als die ver in het verleden ligt. De mate van vluchtgevaar dient alleen te worden beoordeeld indien de

<sup>8</sup> De identificatiegegevens zijn gebaseerd op de 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset forensische zorg'. Hierin staat opgenomen welke informatie gepseudonimiseerd dient te worden.

<sup>9</sup> Zie bijlage III voor de verschillende zorgtypen.



patiënt klinisch wordt behandeld. De mate van vluchtgevaar is onderverdeeld in de volgende categorieën:

- i. geen risico: patiënt heeft geen poging tot ontvluchting ondernomen;
  - ii. laag risico: patiënt heeft in het verleden voorbereidingen getroffen voor een vluchtpoging, zonder een daadwerkelijke poging te doen;
  - iii. matig risico: patiënt heeft in het verleden daadwerkelijk een vluchtpoging ondernomen;
  - iv. hoog risico: patiënt is er in het verleden in geslaagd te ontsnappen
  - v. niet van toepassing: patiënt wordt ambulantly behandeld.
- c. *recidivegevaar*: het gaat hierbij om het gevaar wanneer de patiënt zich op dit moment in de maatschappij zou begeven. Hiervoor dient de hoofdbehandelaar gebruik te maken van één van de volgende risicotaxatie-instrumenten: HKT-30, HCR-20 of SVR-20. Wanneer voor de patiënt risicotaxatie(s) gedaan zijn in het kader van verlofbewegingen, kan informatie uit die risicotaxatie(s) gebruikt worden voor het classificeren van het recidivegevaar. De categorieën voor recidivegevaar zijn:
- i. geen/laag risico;
  - ii. matig risico;
  - iii. hoog risico;
  - iv. onbekend: deze categorie wordt gebruikt wanneer de hoofdbehandelaar geen uitspraak kan doen over de mate van het recidivegevaar omdat de patiënt nog niet veroordeeld is (preventieve fase).

#### *Onderdeel IV – Vastleggen van de aard van het delict*

6. De classificatie van de aard van het delict gebeurt aan de hand van tien clusters die zijn benoemd in het BooG<sup>10</sup>-instrument.<sup>11</sup> Het is mogelijk meer dan één aard delict te registreren.

#### *Onderdeel V – Vastleggen van de diagnose van de patiënt*

7. De hoofdbehandelaar registreert de feitelijke diagnose van de patiënt conform de integrale DSM-IV-TR<sup>12</sup>. De registratie van de diagnose gebeurt met behulp van de diagnosetabel die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. Hierbij moet de diagnose geregistreerd worden op vijf assen<sup>13</sup>:
  - a. As 1 klinische stoornissen: op deze as kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd;
  - b. As 2 persoonlijkheidsstoornissen: op deze as kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd. Per stoornis dient er aangegeven te worden of dat deze stoornis aanwezig óf dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn;
  - c. As 3 somatische aandoeningen: op deze as dienen alleen somatische diagnoses geregistreerd te worden die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis en die van invloed zijn op de behandeling;
  - d. As 4 psychosociale factoren en omgevingsfactoren: op deze as dienen psychosociale en omgevingsfactoren geregistreerd te worden die een duidelijke zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose.
  - e. As 5 GAF-score: op deze as registreert de hoofdbehandelaar de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) driemaal:
    - i. bij openen → de hoogste GAF-score van de voorgaande 365 dagen. Indien deze er niet is, dient de GAF-score genoteerd te worden van het begin van de behandeling of een inschatting gemaakt te worden van de hoogste GAF-score van het afgelopen jaar;
    - ii. bij openen → de GAF-score op het moment van openen van de DBBC;
    - iii. bij sluiten → de GAF-score op de einddatum van de DBBC.

#### *Registreren van primaire diagnose*

8. Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd kan worden aangegeven wat de primaire diagnose is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor behandeling. De primaire diagnose kan alleen uit een diagnose van As 1 of As 2 worden geselecteerd. Uitzonderingen hierop zijn:
  - a. code '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' kan niet de primaire diagnose zijn;
  - b. code 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig' kan niet de primaire diagnose

<sup>10</sup> Beleidsondersteuning onderzoek Geestvermogens ten behoeve van Forensisch Psychiatrisch Consulent, ministerie van Veiligheid en Justitie.

<sup>11</sup> Deze tien clusters staan weergegeven in bijlage IV Vastleggen aard van het delict.

<sup>12</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

<sup>13</sup> zie bijlage V Feitelijke classificatie van DSM-IV-TR voor de uitgebreide omschrijving van de assen.



zijn. Uitzondering: als er bij een diagnose op As 2 'trekken van ..' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.

- c. de code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).
9. Indien de primaire diagnose van een openstaande DBBC wijzigt en de nieuwe primaire diagnose valt in een andere hoofdgroep, dan wordt het zorgtraject en de bijbehorende DBBC gesloten en een initiële DBBC geopend.

#### *Parallele zorgtrajecten*

10. Parallele zorgtrajecten kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. Er kunnen dan gelijktijdig meerdere DBBC's open staan. De hoofdbehandelaar moet het openen van parallelle DBBC's kunnen verantwoorden.  
De primaire diagnoses die parallel mogen voorkomen, zijn gebaseerd op de primaire diagnoses op basis van de DSM-IV classificatie en op de aanwezige primaire diagnoses binnen de DSM-systematiek. Zie bijlage X voor de mogelijkheden met betrekking tot parallelle zorgtrajecten.
11. Bij ambulante behandeling tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging, gelijktijdig met het fpt of een time-out, geldt dat een apart zorgtraject geopend moet worden waarop de ambulante behandeling moet worden geregistreerd. De ambulante behandeling moet worden geregistreerd op een DBBC met het zorgtype 'TBS met proefverlof' of zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'. In het geval van een fpt en een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject is het niet noodzakelijk dat de primaire diagnose van beide zorgtrajecten verschilt.

#### *Opeenvolgende zorgtrajecten*

12. Indien er sprake is van meerdere diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is, opent de hoofdbehandelaar eerst een initiële DBBC en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Zodra de patiënt voor de primaire diagnose is uitbehandeld, sluit de hoofdbehandelaar het zorgtraject en wordt er een nieuwe initiële DBBC geopend met de nevendiagnose als primaire diagnose.

#### *3.1.4 Registreren*

Zodra een DBBC geopend is kunnen activiteiten op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. Activiteiten en verrichtingen worden bijgehouden volgens de lijst van 'activiteiten en verrichtingen'.<sup>14</sup>

1. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd in het kader van diagnostiek of behandeling, registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten mag de (hoofd)behandelaar niet op een DBBC registreren.
2. Behandelaars moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum geldig zijn, zoals vermeld in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Daarnaast moeten behandelaars aangeven of het om direct of indirect patiëntgebonden (reis)tijd gaat. In de activiteiten- en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.
3. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Als de patiënt niet verschijnt (no-show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren. De tijd van het ingepland contact mag in geval van een no-show niet worden geregistreerd. Er mag géén reistijd geregistreerd worden indien er gereisd moet worden naar een andere locatie binnen de eigen organisatie (AGB-code).
4. De behandelaar verdeelt, ingeval van meerdere behandelvormen tijdens één sessie, de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.
5. Indien een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere patiënten tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemende patiënten. Het maakt daarbij niet uit op grond van welke bekostiging (FZ, Zvw, Wlz, Jeugdwet, etc.) de behandelingen worden gefinancierd.
6. Indien er behandeltime aan het 'systeem van de patiënt'<sup>15</sup> wordt besteed, dient de behandelaar deze bestede tijd, in het kader van de behandeling van diagnose/aandoening van de patiënt, op de DBBC van de betreffende patiënt te registreren.
7. Alle bestede zorg voor de behandeling van een diagnose moet binnen een DBBC gedeclareerd worden. De registratievereisten uit deze regeling zijn voor de opdrachtgevende zorgaanbieder

<sup>14</sup> Zie bijlage I.

<sup>15</sup> Met 'het systeem' van de patiënt wordt de tijd bedoeld die de behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt.





onverkort van toepassing op activiteiten in het kader van onderlinge dienstverlening. De opdrachtgever betaalt de opdrachtnemer buiten de DBBC-systematiek om.

#### *Categorie I – Diagnostiek en behandeling*

8. Alle behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de DBBC is opgenomen in de DBBC-beroepentabel kunnen op de DBBC diagnostiek en behandeling registreren.<sup>16</sup>
  - a. in het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster 'somatische beroepen' vallen, hun tijd registreren onder de activiteit die het beste past bij de behandeling;
  - b. indien behandelaren nog in een vervolgopleiding zijn registreren zij onder het beroep van de opleiding die zij op het moment van behandelen hebben afgerond (indien dat beroep voorkomt in de beroepentabel). Er mag niet geregistreerd worden op een beroep waarvoor iemand nog in opleiding is;
  - c. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd tijdens het verblijf van een patiënt niet, omdat deze tijd versleuteld zit in het tarief voor verblijf.

#### *Categorie II – Dagbesteding*

9. Iedereen, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, kan binnen de DBBC dagbesteding registreren.
10. Dagbesteding is een aparte deelprestatie. Er wordt alleen dagbesteding geregistreerd als:
  - a. de patiënt daadwerkelijk aanwezig is. Hierbij registreert de behandelaar het aantal uren dat de patiënt dagbesteding krijgt;<sup>17</sup>
  - b. dagbesteding in het kader van de (psychiatrische) behandeling is;
  - c. dagbesteding terug te vinden is in het behandelplan dat opgesteld is door de behandelaar.
11. De volgende vormen van dagbesteding zijn te onderscheiden:
  - a. dagbesteding sociaal;
  - b. dagbesteding activering;
  - c. dagbesteding educatie;
  - d. dagbesteding arbeidsmatig;
  - e. dagbesteding overig.
12. Tijdens dagbesteding mogen er géén directe patiëntgebonden behandelactiviteiten geregistreerd worden.
13. Dagbesteding mag tegelijkertijd geregistreerd worden met verblijfsdagen.
14. Er zijn voor elk type dagbesteding twee activiteiten beschikbaar: één indien het een laag beveiligingsniveau betreft, en één voor midden, hoog en zeer hoog beveiligingsniveau.

#### *Categorie III – Verblijf*

Er wordt binnen de DBBC-systematiek een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het registreren van behandelactiviteiten en van verblijf. Bij de registratie van een deelprestatie verblijf gaat het om een 'kale verblijfsdag'. Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid aan de hand van verblijfsprestaties.

15. Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt wordt bepaald wat de vereiste intensiteit (A t/m G) en beveiligingsniveau (1 t/m 4) van de deelprestatie verblijf is. Dit resulteert in één van de 28 deelprestaties verblijf welke het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg.<sup>18</sup> Declaratie vindt plaats overeenkomstig de verblijfsdagen die telkens, volgens de zorgvraag van de patiënt, van toepassing zijn.
16. Op basis van het voor de patiënt benodigde beveiligingsniveau wordt een keuze gemaakt uit de beveiligingsniveaus.<sup>19</sup>
17. Een verblijfsdag kan alleen geregistreerd worden wanneer een patiënt de dag en de daaropvolgende nacht aanwezig is geweest in de instelling. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. Alleen als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen (dit geldt zowel bij eerste opname als bij heropname) en 's nachts in de instelling verblijft, mag voor die dag nog een verblijfsdag worden geregistreerd. De dag waarop de patiënt ontslagen wordt en dus niet in de kliniek verblijft, geldt niet als verblijfsdag.
18. In de volgende gevallen mogen de dagen dat de patiënt niet aanwezig is, geregistreerd worden als een verblijfsprestatie:
  - a. ziekenhuisopname;

<sup>16</sup> De beroepentabel is te vinden in bijlage VI.

<sup>17</sup> Bij dagbesteding wordt er geregistreerd in uren. Bij diagnostiek en behandeling in minuten per patient.

<sup>18</sup> Zie bijlage VIII Deelprestaties verblijf.

<sup>19</sup> Zie bijlage IX DBBC-beveiligingsniveau's.



- b. onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof;
  - c. time-out TBS-gestelde;
  - d. kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit GGZ naar penitentiaire inrichting (PI);
  - e. no-show klinisch;
  - f. onttrekking.
19. Verblijfsdagen dienen vóór de sluiting van de DBBC geregistreerd te worden. Elke verblijfsdag moet een unieke registratiedatum kennen. Het is dus niet toegestaan om aan het einde van de looptijd van de DBBC het totale aantal verblijfsdagen van meerdere opnameperiodes onder één code en datum te registreren.

#### *Categorie IV – Overige deelprestaties*

Binnen de zorgcategorie overige deelprestaties wordt een onderscheid gemaakt tussen electroconvulsietherapie (ECT), ambulante Methadon verstrekking (AMV), Forensisch Psychiatrisch Toezicht (fpt) en dagbesteding.

20. ECT, AMV en fpt mogen alleen geregistreerd worden door behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBBC is opgenomen in de DBBC-beroepentabel.
21. Iedereen, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, kan binnen de DBBC dagbesteding registreren.
22. Bij ECT moet de behandelaar de tijd én het aantal behandelingen ECT registreren. Dit betekent dat de DBBC twee zaken bevat:
- a. verrichting ECT: het aantal behandelingen ECT wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst;
  - b. activiteit ECT: beroepen die voorkomen op de beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ECT.
23. Bij de verstrekking van methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar de tijd én het aantal verstrekkingen van Methadon per kalendermaand registreren. Dit betekent dat de DBBC twee zaken bevat:
- a. verrichting AMV: de behandelaar moet het aantal verstrekkingen AMV registreren. Dit is één verrichting per maand ongeacht de hoeveelheid Methadon en frequentie van de verstrekkingen;
  - b. activiteit Farmacotherapie: bij de ambulante verstrekking van Methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit 'farmacotherapie'.
24. Op een vervolg-DBBC met het zorgtype 'fpt proefverlof' en 'fpt voorwaardelijke beëindiging' mogen activiteiten geregistreerd worden die in verband staan met de begeleiding tijdens het fpt. De behandelaar moet steeds twee zaken registreren:
- a. verrichting fpt: de verrichting kan per dag dat een vervolg-DBBC met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' geopend is, geregistreerd worden. Indien er tijdens de fase proefverlof een time-out optreedt, dan dient de DBBC met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' gesloten te worden en mag er dus géén verrichting fpt per dag geregistreerd worden.
  - b. activiteiten en verrichtingen in het kader van fpt: een behandelaar dient de activiteiten die uitgevoerd worden, in het kader van de fpt van een specifieke patiënt, te registreren.
    - i. Als er geen sprake is van een time-out en de patiënt dus buiten het fpc verblijft, kunnen er geen verblijfsdagen geregistreerd worden.
    - ii. Wanneer de patiënt wordt teruggeplaatst binnen het fpc vanwege een time-out, mogen er wel verblijfsdagen geregistreerd worden. Tijdens de fase proefverlof gebeurt dat op een nieuw te openen DBBC 'TBS met proefverlof' en tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging op een nieuw te openen DBBC met het zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'.
    - iii. Tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging mogen er, met het optreden van een time-out, geen verrichtingen fpt geregistreerd worden.

#### *3.1.5 Sluiten*

1. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het sluiten van de DBBC, waarbij de hoofdbehandelaar (of diegene die onder zijn of haar verantwoordelijkheid valt) de volgende punten controleert:
- a. de DBBC is ingevuld conform deze regeling;
  - b. de DBBC bevat de juiste informatie;
  - c. de typering is juist en volledig ingevuld;
  - d. de diagnose is juist ingevuld;
  - e. de GAF-score is ingevuld;
  - f. de DBBC is gesloten vanwege een reden zoals opgenomen onder 3.1.5 onderdeel 3.
2. Indien één of meer van bovenstaande punten niet of niet correct is ingevoerd, mag de DBBC niet worden afgesloten.
3. In de volgende gevallen moet de DBBC gesloten worden:



- a. als de maximale looptijd van 365 dagen is bereikt en de behandeling nog niet afgerond is (ongeacht of de patiënt gedurende die looptijd wel of niet zorg heeft ontvangen);
  - b. als de patiënt:
    - i. is overleden. De DBBC moet worden gesloten op de dag van overlijden.
    - ii. is verhuisd naar een andere regio;
    - iii. langdurig niet meer is op komen dagen;
    - iv. 365 dagen geen zorg meer heeft ontvangen.
  - c. als de patiënt voor de behandeling van de primaire diagnose wordt doorverwezen naar een andere instelling/praktijk.
  - d. als de patiënt is uitbehandeld;
  - e. als een patiënt overgaat naar de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging en er ook geen sprake is van een time-out. Er dient een vervolg-DBBC te worden geopend met het zorgtype 'fpt proefverlof' of het zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging';
  - f. als de patiënt na de pré-intake, intake of diagnostiek niet in zorg komt. Dit is bijvoorbeeld bij een DBBC met het zorgtype 'verdiepingsdiagnostiek';
  - g. als de strafrechtelijke titel van de patiënt afloopt;
  - h. als de strafrechtelijke titel van de patiënt onvoorzien wordt beëindigd en de zorgaanbieder kon dit zes weken voor de beëindigingsdatum niet weten.
    - I. in dit geval mogen maximaal twee weken na de einddatum van de strafrechtelijke titel nog uitgevoerde activiteiten geregistreerd worden. Hiervoor geldt een maximum van tien uur indirecte tijd en twee uur directe tijd. Het registreren van verblijf, dagbesteding en verrichtingen is niet meer mogelijk.
    - II. indien het gaat om het zorgtype 'voorgenomen indicatiestelling' en er een CIZ-indicatie is aangevraagd, mogen er nog maximaal zes weken activiteiten geregistreerd worden na de einddatum van de strafrechtelijke titel.
  - i. als een time-out optreedt tijdens de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging, moet de DBBC met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' worden gesloten. Vervolgens wordt tijdens proefverlof een vervolg-DBBC met het zorgtype 'TBS met proefverlof' geopend en tijdens voorwaardelijke beëindiging een vervolg-DBBC met het zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'.
4. Bij het sluiten van een DBBC moet één van de volgende redenen van afsluiting worden gegeven:
- a. reden voor afsluiting bij patiënt/niet bij behandelaar;
  - b. reden voor afsluiten bij behandelaar/om inhoudelijke redenen;
  - c. in onderling overleg beëindigd zorgtraject/patiënt uitbehandeld;
  - d. afsluiten DBBC vanwege openen vervolg-DBBC;
  - e. afsluiting na alleen pre-intake/intake/diagnostiek/crisisopvang;
  - f. reden voor afsluiten door beëindigen strafrechtelijke titel;
  - g. reden voor afsluiten door onvoorzien beëindiging strafrechtelijke titel;
  - h. time-out.

### **3.2 Bepalingen validatie DBBC's**

1. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om DBBC-registratie op juistheid te controleren.
2. Zorgaanbieders zijn ten behoeve van de registratie en declaratie van DBBC's gehouden om in hun registratie en declaratiesoftware een validatiemodule op te nemen. Het document 'Toelichting validatieregels FZ' bevat de specificaties waaraan de validatiemodule moet voldoen. Dit document maakt integraal deel uit van deze regeling en is te downloaden van de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)). De validatiemodule dient zodanig te zijn ingericht dat uitsluitend DBBC's in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van deze regeling.
3. De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als instrument om de betrouwbaarheid van DBBC's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie geschiedt op basis van gegevens in bronbestanden.

### **3.3 Declaratiebepalingen DBBC's**

Deze paragraaf stelt voorschriften, voorwaarden of beperkingen met betrekking tot het declaratieproces in de forensische zorg.

#### *Te declareren DBBC-tarief*

1. Voor het leveren van zorg aan een patiënt kan de zorgaanbieder een bij deze zorg behorend DBBC-tarief declareren indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:
  - a. het gehele DBBC-traject is afgesloten overeenkomstig deze regeling;



- b. de stappen die het DBBC-traject omvatten, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren zijn volledig doorlopen;
  - c. de onder b genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.
  - d. het aantal geleverde minuten direct patiëntgebonden tijd is geregistreerd op een dusdanige manier dat effectieve controle door de zorgverzekeraar en de NZa mogelijk is.
2. Het DBBC-tarief kan in rekening worden gebracht voor alle DBBC's die zijn afgesloten en zijn gevalideerd door de zorgaanbieder door middel van een validatiemodule. Het DBBC-tarief dat wordt gedeclareerd is het tarief dat van toepassing was op het moment van openen van de DBBC.
  3. Het DBBC-tarief wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Om voor bekostiging in aanmerking te komen dient sprake te zijn van een forensische zorgtitel en een plaatsingsbesluit welke ten grondslag ligt aan de toekenning van forensische zorg. In geval van misdrijven tegen de veiligheid van de Staat, conform artikel 96 van het Wetboek van Strafrecht, is geen sprake van een indicatiestelling FZ. Dan volstaat een Bevel Observatie getekend door de Rechter-commissaris als bekostigingsgrondslag.

#### *Overige producten*

4. De overige producten hebben geen directe relatie met het DBBC-traject van een patiënt. De integrale tarieven voor de overige producten kunnen afzonderlijk gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Voor meer informatie over OVP's wordt verwezen naar de beleidsregel 'prestaties en tarieven forensische zorg'. De forensische zorg kent één overig product, de Toeslag EVBG (extreem vlucht- en beheersgevaarlijk).

#### *Onderlinge dienstverlening*

5. Indien sprake is van onderlinge dienstverlening mag de uitvoerende zorgaanbieder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd. Er mag door de uitvoerende zorgaanbieder geen DBBC gedeclareerd worden. Het is niet toegestaan om voor onderlinge dienstverlening in het kader van een DBBC, prestaties en tarieven ten aanzien van een ZZP of extramurale parameters in rekening te brengen. Voor meer informatie over onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar de beleidsregel 'prestaties en tarieven forensische zorg'.

### **3.4 Informatiebepalingen DBBC's**

Elke factuur dient in ieder geval de volgende gegevens te bevatten als onderdeel van de prestatiebeschrijving:

1. *DBBC-traject startdatum*  
Bij initiële DBBC's is dit de datum waarop het eerste (direct of indirect) patiëntgebonden contact plaatsvindt. Bij vervolg DBBC's is dit de startdatum van de vervolg DBBC.
2. *DBBC-traject einddatum*  
Het DBBC-traject eindigt zodra de laatste activiteit (direct of indirect patiëntgebonden) voor een patiënt is geleverd of wanneer de forensische zorgtitel is afgelopen.
3. *Strafrechtelijke titel*  
De forensische zorgtitel (strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek).
4. *Startdatum strafrechtelijke titel*  
De datum waarop de strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek start, die ten grondslag ligt aan de geleverde FZ.
5. *Einddatum strafrechtelijke titel*  
De werkelijke datum waarop de strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek, die ten grondslag ligt aan de geleverde FZ, is/wordt beëindigd. Deze datum dient verplicht te worden opgenomen als de datum bekend is. De datum kan in de toekomst liggen.
6. *DBBC-Declaratiecode*  
De declaratiecode is de 6 cijferige code die gekoppeld is aan de productgroepen voor behandeling en de verblijfsoorten. De declaratiecode kan ook gekoppeld zijn aan een overig product. Aan de declaratiecode is het tarief gekoppeld. Het betreffende tarief staat in een tariefbeschikking.
7. *Gedeclareerde tarief*  
Op de factuur wordt het afgesproken DBBC-tarief vermeld.
8. *AGB-code*  
Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – indien van toepassing – de AGB zorgverlenerscode.
9. *DBBC-prestatiecode*  
De specificatie van het geleverde zorgproduct. De DBBC-prestatiecode wordt afgeleid van de gevalideerde DBBC-dataset. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens vier



3-cijferige DBBC-componenten en in onderstaande volgorde:

- a. zorgtype;
  - b. diagnoseclassificatie;
  - c. verblijf (altijd 000 omdat de deelprestaties verblijf apart vermeld worden);
  - d. productgroep voor behandeling van de DBBC-dataset.
10. *Strafrechtketennummer (SKN)*  
Het strafrechtketennummer is van belang bij de betrouwbare vaststelling van de identiteit van verdachten en veroordeelden in de strafrechtketen. Het SKN wordt bij de facturatie van FZ gemeld door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraar. Op deze wijze kan de zorgverzekeraar controleren in hoeverre de zorg rechtmatig verleend is. De zorgaanbieder ontvangt het SKN van de indicerende/verwijzende organisatie.
11. *Plaatsingsbesluitnummer*  
Het plaatsingsbesluitnummer is een uniek nummer dat aan het plaatsingsbesluit gekoppeld is. Dit nummer krijgt de zorgaanbieder van de plaatsende instantie. Het nummer is van belang om voor het ministerie van VenJ de keten tussen indicatie, plaatsing en geleverde zorg inzichtelijk te krijgen. Met het plaatsingsbesluitnummer kan het ministerie nagaan of de zorgaanbieder een verzoek tot zorg heeft ontvangen/gekregen.
12. *Verblijfssoorten*  
De verblijfssoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van de intensiteit van het verblijf en het niveau van beveiliging. Er zijn 7 verschillende verblijfsintensiteiten (A t/m G) en 4 beveiligingsniveaus (1 t/m 4). De verblijfssoorten worden per dag afgerekend en in combinatie met de productgroep voor behandeling afgerekend. Op de factuur wordt per type verblijfssoort het aantal dagen voor de betreffende verblijfssoort vermeld.
13. *Overige deelprestaties*  
De volgende deelprestaties worden onderscheiden:
- a. electroconvulsietherapie (ECT);
  - b. forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)
  - c. ambulante methadon verstrekking (AMV);
  - d. dagbesteding.

#### **4. ZZP's en extramurale parameters FZ**

In dit hoofdstuk worden de registratie- en declaratiebepalingen van ZZP's en extramurale parameters in de forensische zorg beschreven. Deze prestaties gelden voor verblijf met begeleiding (ZZP-C), ambulante begeleiding (extramurale parameters FZ) en forensische zorg aan verstandelijk beperkten (ZZP-VG).

Met prestaties wordt in dit hoofdstuk bedoeld:

- a. ZZP-C (1 t/m 6), inclusief of exclusief dagbesteding;
- b. ZZP-VG (1 t/m 7); inclusief of exclusief dagbesteding;
- c. Extramurale parameters;
- d. Onderlinge dienstverlening.

##### **4.1 Registratiebepalingen ZZP's en extramurale parameters FZ**

1. De registratie van de prestaties en toeslagen in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. Indien sprake is van extramurale parameters gedurende een deel van een uur, wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Voor zover de zorgverzekeraar en zorgaanbieders geen bestendige gedragslijn hebben over de afronding van de geleverde prestatie, wordt de zorg afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.
3. De registratie van prestaties en toeslagen eindigt wanneer de patiënt niet langer verblijft in de instelling.
4. In uitzondering op artikel 4.1.4 geldt dat de zorgaanbieder, in verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt het ZZP mag blijven registreren dat ook geregistreerd wordt bij aanwezigheid. Voor registratie van afwezigheid geldt een maximum van 49 dagen per keer, tellend vanaf de eerste dag na vertrek van de instelling. In het geval van een ziekenhuisopname geldt een maximum van 7 dagen.
5. Er kunnen niet meerdere ZZP's voor één patiënt voor dezelfde datum worden geregistreerd.
6. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

##### **4.2 Declaratiebepalingen ZZP's en extramurale parameters FZ**

1. De zorgaanbieder declareert in geval van een ZZP de prestatie met het profiel dat overeenkomt





met het profiel van de patiënt zoals beschreven in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg'. De declaratie vindt plaats op patiëntniveau.

2. De declaratieperiode voor de prestaties is een kalendermaand. Wanneer er een verandering in de zorgvraag van de patiënt optreedt, kan een andere (hoger of lager) ZZZP worden gedeclareerd.
3. Zorgaanbieders declareren de prestaties voor zover deze daadwerkelijk zijn geleverd. Voor cliënten die zijn aangewezen op VG ZZZP 1 tot en met VG ZZZP 7 of GGZ ZZZP C1 tot en met GGZ ZZZP C6 geldt de volgende uitzondering in geval van afwezigheid. Gedurende tijdelijke afwezigheid van een cliënt declareert de zorgaanbieder tegen het afgesproken tarief dat tevens gedeclareerd wordt bij aanwezigheid in de instelling. De zorgaanbieder declareert met ingang van de eerste dag van afwezigheid van de cliënt, maximaal 49 dagen per keer de ZZZP die de cliënt tot afwezigheid kreeg geleverd. Te beginnen op de eerste dag na vertrek uit de instelling. In het geval van een ziekenhuisopname geldt een maximum van 7 dagen.

#### **4.3 Informatiebepalingen ZZZP's en extramurale parameters FZ**

Elke factuur dient in ieder geval onderstaande gegevens te bevatten als onderdeel van de factuur (ZZP's en extramurale parameters FZ).

1. *Strafrechtelijke titel*  
De forensische zorgtitel (strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek).
2. *Startdatum strafrechtelijke titel*  
De datum waarop de strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek start, die ten grondslag ligt aan de geleverde FZ.
3. *Einddatum strafrechtelijke titel*  
De werkelijke datum waarop de strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek, die ten grondslag ligt aan de geleverde FZ, is/wordt beëindigd. Deze datum dient verplicht te worden opgenomen als de datum bekend is. De datum kan in de toekomst liggen.
4. *Gedeclareerde tarief*  
Op de factuur wordt het afgesproken tarief vermeld.
5. *AGB-code*  
Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – indien van toepassing – de AGB zorgverlenerscode.
6. *ZZP-code en/of code voor extramurale parameters*  
De specificatie van de geleverde zorgprestatie.  
Het gaat hier om de in rekening te brengen ZZZP's GGZ. Het moet duidelijk zijn welk(e) ZZZP's GGZ gedeclareerd (prestatiecode) worden en in welk aantal.
7. *Prestatiecode*  
De specificatie van de geleverde ZZZP of extramurale parameter. Op basis van de prestatiecode is duidelijk welk(e) ZZZP's gedeclareerd worden. ZZZP-C heeft geen aparte prestatiecode in de tariefbeschikking. ZZZP-VG wel, eveneens voor NHC.
8. *NHC-code*  
Op basis van de deelprestatie voor verblijf in de DBBC-systematiek is een component voor de normatieve huisvestingscomponent (NHC) van toepassing.
9. *Strafrechtketennummer (SKN)*  
Het strafrechtketennummer is van belang bij de betrouwbare vaststelling van de identiteit van verdachten en veroordeelden in de strafrechtketen. Het SKN wordt bij de facturatie van FZ gemeld door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraar. Op deze wijze kan de zorgverzekeraar controleren in hoeverre de zorg rechtmatig verleend is. De zorgaanbieder ontvangt het SKN van de indicerende/verwijzende organisatie.
10. *Plaatsingsbesluitnummer*  
Het plaatsingsbesluitnummer is een uniek nummer dat aan het plaatsingsbesluit gekoppeld is. Dit nummer krijgt de zorgaanbieder van de plaatsende instantie. Het nummer is van belang om voor het ministerie van VenJ de keten tussen indicatie, plaatsing en geleverde zorg inzichtelijk te krijgen. Met het plaatsingsbesluitnummer kan het ministerie nagaan of de zorgaanbieder een verzoek tot zorg heeft ontvangen/gekregen.

#### **4.4 Bepalingen onderlinge dienstverlening**

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening mag de uitvoerende zorgaanbieder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerende zorgaanbieder heeft aangevraagd. Er mag door de uitvoerende zorgaanbieder geen ZZZP en ook geen extramurale prestatie gedeclareerd worden. Het is niet toegestaan om voor onderlinge dienstverlening in het kader van een ZZZP, prestaties en tarieven ten aanzien van een extramurale parameter of DBBC-zorg in rekening te brengen. Dit geldt ook andersom voor de DBBC's of extramurale parameters. Voor meer informatie over onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg'.



---

## 5. Intrekking oude regels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling worden de Regeling DBBC's FZ, met kenmerk NR/FZ-0010, en Regeling declaratiebepalingen prestaties ZZP's en extramurale parameters, met kenmerk NR/FZ-0011, ingetrokken.

## 6. Overgangsbepaling

De 'regeling DBBC's FZ', met kenmerk NR/FZ-0010, en de Regeling declaratiebepalingen prestaties ZZP's en extramurale parameters, met kenmerk NR/FZ-0011, blijven van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

## 7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling DBBC's, ZZP's en extramurale parameters FZ'.

*Nederlandse Zorgautoriteit,  
M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur*



## TOELICHTING

### Algemeen

FZ in strafrechtelijk kader vindt plaats op basis van indicatiestelling door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP/IFZ), de Reclassering of het Psycho Medisch Overleg (PMO, Gevangeniswezen). In de indicatiestelling wordt het recht van de patiënt op forensische zorg vastgelegd. De Directie Forensische Zorg (DForZo) koopt deze zorg vooraf in bij zorgaanbieders. De zorgaanbieders verantwoordt vervolgens de geleverde zorg door middel van de registratie van prestaties zoals gehanteerd in de forensische zorg. De DBBC systematiek geldt voor zorgaanbieders die aan volwassenen (of jeugd die volgens het volwassenenrecht zijn berecht), als onderdeel van een straf, psychiatrische zorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg bieden.

Deze regeling gaat over de DBBC, ZZP's en extramurale parameters FZ en de regels die gelden voor het registreren van activiteiten en verrichtingen. De FZ in strafrechtelijk kader is van toepassing op vijf wetten: het Wetboek van strafrecht (Sr), het Wetboek van strafvordering (Sv), de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), de Penitentiaire Maatregel (PM) en de Penitentiaire beginselenwet (Pbw).

Op grond van het Interimbesluit FZ is met ingang van 1 april 2012 de rol van de NZa ten aanzien van de FZ in strafrechtelijk kader veranderd. Waar de NZa voorheen alleen een adviserende rol had, heeft de NZa de rol als regulator en als onafhankelijke toezichthouder erbij gekregen. Met de inwerkingtreding van de Wet FZ zullen daarnaast de handhavende bevoegdheden van de NZa, welke zijn neergelegd in hoofdstuk 6 van de Wmg, op de forensische zorg van toepassing zijn.

Aanleiding voor de nieuwe bevoegdheden is het feit dat het ministerie van VenJ verschillende rollen heeft. Het ministerie is verantwoordelijk voor de inkoop, de indicatiestelling en de plaatsing van de FZ in een strafrechtelijk kader. Door de NZa regulerende, toezichthoudende en in de toekomst ook handhavende bevoegdheden toe te kennen, wordt beoogd meer evenwicht te brengen in de verschillende rollen van het ministerie van VenJ.

Het ministerie van VenJ stelt zelf jaarlijks de zogenaamde 'Uitvoeringsregels FZ' vast. Hierin treft men een mix aan van beleid en algemeen verbindende voorschriften op het gehele terrein van de FZ. Voor een deel van dat beleidsterrein, met bijbehorende algemeen verbindende voorschriften, heeft – zoals reeds opgemerkt – de NZa sinds 1 april 2012 exclusieve bevoegdheden verworven. Niet uit te sluiten valt, dat de beleidsregels en nadere regels van de NZa overlap vertonen of tegenstrijdigheden bevatten ten opzichte van de Uitvoeringsregels FZ die door het ministerie van VenJ zijn vastgesteld. In gevallen waarin daadwerkelijk van tegenstrijdigheid sprake is, gaan de beleidsregels en nadere regels van de NZa vóór de Uitvoeringsregels FZ van het ministerie van VenJ. Ratio hierachter is, dat – indien zich een situatie van tegenstrijdigheid voordoet – in de 'Uitvoeringsregels FZ' beleid en/of algemeen verbindende voorschriften zijn opgenomen die betrekking hebben op aangelegenheden waarvoor het ministerie van VenJ niet langer bevoegd is.

### Artikelsgewijs

#### Artikel 1

- 1.1: met FZ wordt alle GGZ (waaronder verslavingszorg) en verstandelijk gehandicaptenzorg aan mensen met een strafrechtelijke titel bedoeld (exclusief jeugdstrafrecht). Er kan ook sprake zijn van FZ *zonder* strafrechtelijk kader. Hiermee wordt de zorg bedoeld die gegeven wordt voorafgaand aan een (mogelijke) veroordeling dan wel FZ die wordt gecontinueerd nadat de strafrechtelijke titel is vervallen. Deze vorm van zorg wordt met de enigszins verwarrende term 'FZ zonder strafrechtelijk kader' aangeduid en valt binnen de reguliere GGZ. Deze regeling heeft, conform artikel 2 van het Interimbesluit, uitsluitend betrekking op FZ in een strafrechtelijk kader.

#### Artikel 2

- De samenloop tussen DBBC's en ZZP-C in de FZ wijkt af van de samenloop tussen DBC's en ZZP-B in de curatieve GGZ. Dit wordt veroorzaakt doordat de ZZP-C is gericht op begeleiding zonder behandeling, en de ZZP-B gericht is op voortgezette behandeling met verblijf. In de forensische zorg is het toegestaan om tegelijkertijd een ambulante DBBC te registreren in combinatie met een ZZP.



### Artikel 3

- 3.1.2: met ingang van 1 januari 2014 is het niet meer toegestaan om DBBC's met alleen indirecte tijd te declareren, met uitzondering van de DBBC forensisch psychiatrisch toezicht (fpt). Dit betekent dat er altijd directe tijd geleverd moet worden om de DBBC te declareren. Dit geldt voor zowel de initiële DBBC's als de vervolg-DBBC.
- 3.1.3.10 t/m 3.1.3.12: het is mogelijk dat bij een patiënt meerdere (primaire) diagnoses worden vastgesteld. Afhankelijk van hoe de diagnoses zich tot elkaar verhouden kan worden gekozen voor parallelle zorgtrajecten of voor opeenvolgende zorgtrajecten. In beide gevallen dient de behandelbaar dit te kunnen verantwoorden.
- 3.1.4.11: in het DBBC-systeem worden de volgende vormen van dagbesteding onderscheiden:
  - a. *dagbesteding sociaal (ontmoeting)*: de meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloofunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop;
  - b. *dagbesteding activering*: deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren;
  - c. *dagbesteding educatie*: dit heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles;
  - d. *dagbesteding arbeidsmatig*: bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.
  - e. *dagbesteding overig*: alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt, maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding worden geregistreerd.
- 3.1.4.15: de omschrijving van verblijf met overnachting is met ingang van 1 januari 2014 gewijzigd met als doel de zorgvraag beter leidend te laten zijn in het bepalen van de verblijfsprestatie. De omschrijving is aangepast waarbij de volgende zin is weggelaten: 'De omvang van de door de aanbieder te leveren VOV-zorg komt ten minste overeen zoals omschreven in de deelprestaties'. Daarnaast is in de prestatieomschrijving toegevoegd dat het bij de inzet van VOV-personeel gaat om netto fte's (ingeroosterd zorgverlenend VOV-personeel). Op deze manier bieden wij ruimte voor het gebruik van bijvoorbeeld domotica.
- 3.1.4.18: in een aantal gevallen mogen verblijfsdagen worden geregistreerd als de patiënt niet aanwezig is in de instelling. Deze specifieke gevallen staan hieronder beschreven (uitgangspunt is dat kosten die gemaakt worden, ook gedeclareerd kunnen worden):
  - a. ziekenhuisopname: indien een patiënt tijdens zijn verblijf buiten de instelling wordt opgenomen voor een behandeling in het ziekenhuis, mag er door de instelling *maximaal zeven dagen* worden door geregistreerd op de passende verblijfssoort;
  - b. onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof: indien hier sprake van is bij de forensische zorgtitels 'TBS met dwangverpleging', 'Overplaatsing vanuit TBS-kliniek' en 'Plaatsing ter observatie', mogen deze afwezigheidsdagen geregistreerd worden als dagen die passen bij de verblijfssoort die feitelijk wordt geleverd. Er is géén maximum gesteld aan het aantal dagen dat in dit geval door geregistreerd mag worden;
  - c. time-out TBS-gestelde:
    - i. *vergoeding aan forensische zorgaanbieders*: indien bij de forensische zorgtitels 'TBS met dwangverpleging', 'TBS met proefverlof', 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging' en 'TBS met voorwaarden' een patiënt in het kader van een time-out tijdelijk wordt teruggeplaatst in een fpc mogen de afwezigheidsdagen geregistreerd worden op de verblijfssoort die op het moment van overplaatsing of time-outplaatsing van toepassing is. Het gaat om een periode van zeven weken die maximaal nog eens met zeven weken verlengd kan worden. Als er sprake is van meerdere niet aaneengesloten crisisperiodes per jaar, die korter zijn dan de tweemaal zeven weken, dan geldt dat er per TBS-gestelde *maximaal 14 weken per kalenderjaar* vergoeding plaatsvindt voor afwezigheidsdagen in een dergelijke situatie.
    - ii. *vergoeding aan fpc*: indien een fpc in het kader van een time-out een TBS-gestelde opneemt, geldt dat de *aanwezigheidsdagen* in het fpc tot een periode van zeven weken mogen worden geregistreerd op de verblijfssoort die op het moment van overplaatsing of time-outplaatsing van toepassing is. Deze periode kan maximaal nog eens met zeven weken verlengd worden. Het fpc waar een TBS-gestelde geplaatst wordt, registreert de activiteiten en verrichtingen en het verblijf op een eventueel al geopende DBBC. Indien er

op dat moment geen DBBC geopend is, opent het fpc een initiële DBBC. De benodigde indicatiestelling wordt door het NIFP (achteraf) afgegeven. Wat betreft de duur van de time-out en de vergoeding gelden dezelfde voorwaarden als voor forensische zorgaanbieder.

- d. kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit GGZ naar penitentiaire inrichting (PI): deze regeling geldt voor gedetineerden die in een zorginstelling zijn geplaatst en voor wie een tijdelijke terugplaatsing in de PI noodzakelijk is. De terugplaatsing is geen sanctie, maar onderdeel van de behandelstrategie wanneer de gestelde voorwaarden zijn overtreden of de behandelrelatie onder druk is komen te staan. In dit geval mogen *maximaal 14 dagen* geregistreerd worden en dient het bed beschikbaar te blijven voor de gedetineerde. Deze situatie is alleen van toepassing op de forensische zorgtitels 'ISD met voorwaarden', 'ISD', 'Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw', 'Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw' en 'Penitentiair programma met zorg'.
- e. no-show klinisch: indien een patiënt niet op tijd voor een geplande opname bij de kliniek wordt gebracht om een reden die door de zorgaanbieder niet te beïnvloeden is en er een bed voor hem is vrij gehouden, is er sprake van 'no-show klinisch'. Deze activiteit is opgenomen in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Daarnaast dient óók de juiste verblijfssoort te worden geregistreerd, aangezien daaraan de kosten zijn verbonden. Aan het registreren van een 'No-show klinisch' is een maximum gekoppeld van één dag per opname.
- f. onttrekking: indien de patiënt niet terugkomt na verlof mag er maximaal één dag van de passende verblijfssoort worden geregistreerd.

#### Artikel 4

- 4.1: Als gevolg van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zal de NZa de zogeheten C-ZZP's niet meer vaststellen voor de AWBZ. Door de invoering van de Wet langdurige zorg (WLZ) per 1 januari 2015 past de NZa de grondslag voor enkele extramurale parameters (H153 en F125) aan voor wat betreft de reikwijdte van de WLZ. Omdat deze prestaties (in ongewijzigde vorm) beschikbaar moeten blijven voor de forensische zorg zijn de beschrijvingen van de prestaties in beleidsregel Prestaties en tarieven forensische zorg, opgenomen. De ZZP's voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten blijven in stand. Daarom verwijzen wij in eerdergenoemde beleidsregel naar de betreffende beleidsregel voor de zorgvraagzwaartepakketten zoals die vanaf 1 januari 2015 van kracht zijn.  
Gelet op bovenstaande dient als gevolg van de invoering van de Wet Maatschappelijke ondersteuning en de wet langdurige zorg per 1 januari 2015 de omschrijving van forensische zorg te worden aangepast om de gewenste reguleringsbevoegdheid van de NZa te continueren. Om deze reden is de regeling onder voorbehoud vastgesteld (zie artikel 11).
- 4.2: Deze regeling bevat uitsluitend declaratiebepalingen met betrekking tot prestaties ZZP's en extramurale parameters FZ. De declaratiebepalingen van de DBBC's voor de FZ staan beschreven in de 'Regeling DBBC's FZ'.
- 4.3.10: De specificaties van het plaatsingsbesluitnummer zijn als volgt:
  - o De vorm is negen tekens alfanumeriek;
  - o De plaatsingsbesluitnummers staan in de webapplicatie 'Informatievoorziening FZ' (Ifzo);
  - o Als er een plaatsingsbesluitnummer is aangeleverd aan de zorgaanbieder dan is het invullen ervan op de factuur verplicht;
  - o Het plaatsingsbesluitnummer wordt beheerd door het ministerie van VenJ.
- 4.4: De (deel)prestatie die door de uitvoerende zorgaanbieder wordt geleverd, dient te worden geregistreerd op de DBBC die door de opdrachtgevende zorgaanbieder (als hoofdprestatie) is geopend. Het is de uitvoerende zorgaanbieder dus niet toegestaan om een afzonderlijke DBBC te openen voor een prestatie die hij/zij in het kader van onderlinge dienstverlening verricht. De uitvoerende zorgaanbieder declareert de prestatie 'onderlinge dienstverlening', voorzien van een korte beschrijving van de uitgevoerde werkzaamheden, aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. In enkele gevallen kan het voorkomen dat er een DBBC is geopend en er in het kader van onderlinge dienstverlening gebruik wordt gemaakt van ZZP-zorg. Als onderlinge dienstverlening echter plaats vindt in het kader van een DBBC, heeft dit *enkel* betrekking op DBBC-zorg. Hetzelfde geldt voor ZZP's en de extramurale parameters. Het is dus niet toegestaan om voor onderlinge dienstverlening in het kader van een DBBC, prestaties en tarieven ten aanzien van ZZP-zorg in rekening te brengen.





## BIJLAGE I – ACTIVITEITEN- EN VERRICHTINGENLIJST

### VARIANTEN IN BEHANDELACTIVITEITEN

Variant	Omschrijving
Patiënt individueel	Alleen de patiënt wordt behandeld
Patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	De patiënt wordt behandeld in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Er wordt tijd besteed aan het systeem zonder dat de patiënt aanwezig is.
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep*	Er wordt tijd besteed aan een groep van meerdere systemen van meerdere patiënten zonder dat de patiënten aanwezig zijn.

\*) Wanneer er in een groep tijd aan het systeem wordt besteed gelden dezelfde registratieregels als bij groepstherapie.

Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
<b>DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING</b>							
<b>1. Pré-intake</b>		<b>Tijdschrijven</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Ja</b>
<b>2. Diagnostiek</b>		<b>Tijdschrijven</b>	<b>Nee</b>				
2.1	Intake & screening	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.2	Verwerven informatie van eerdere behandelaars	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.3	Anamnese / vragenlijsten	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.4	Hetero anamnese	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.5	Psychiatrisch onderzoek	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6	Psychodiagnostisch onderzoek	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
2.6.1	Intelligentie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6.2	Neuropsychologisch	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6.3	Persoonlijkheid	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.7	Orthodidactisch onderzoek	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.8	Vaktherapeutisch onderzoek	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.9	Contextueel onderzoek (gezin, school, etc)	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.10	Lichamelijk onderzoek	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.11	Aanvullend onderzoek: lab, rad, klin.neur.)	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.12	Advisering	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.13	Overige diagnostische activiteiten	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.14	Risicotaxatie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>3. Behandeling</b>		<b>Tijdschrijven</b>	<b>Nee</b>				
3.1	<i>Communicatieve behandelcontact</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>				
3.1.1	<u>Follow up behandelcontact</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2	<u>Steunend en structurerend behandelcontact</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3	<u>Psychotherapie</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1	Psychoanalyse	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee



Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
3.1.3.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2	Psychodynamische psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3	Gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4	Cognitieve gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5	Interpersoonlijke therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6	Patiëntgerichte therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7	Systeemtherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.7.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8	Overig psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.8.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4	Overige (communicatieve) behandeling	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
3.1.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.2	<i>Farmacotherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
3.3	<i>Fysische therapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.3.1	Electroconvulsietherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.2	Lichttherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.3	Transcraniële magnetische stimulatie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.4	Overig behandeling fysische technieken	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.5	Deep brain stimulation	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.6	Neurofeedback	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4	<i>Vaktherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.4.1	<i>Creatieve therapie (drama, beeldend, muziek, dans, etc)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2	<i>Psychomotorische therapie (beweging, expressie)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3	<i>Vaktherapie overig</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.4.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5	<i>Fysiotherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6	<i>Ergotherapie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>4. Begeleiding</b>		<b>Tijdschrijven</b>	<b>Nee</b>				
4.1	<i>Activerend begeleidingscontact</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2	<i>Ondersteunend begeleidingscontact</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja



Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.3	<i>Beveiligende begeleiding</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
4.3.1	Met patiënt (verlofbegeleiding)	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.3.2	Zonder patiënt (verlofcontrole)	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.4	<i>Financiële/fiscale begeleiding</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
4.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>5. Verpleging</b>		<b>Tijdschrijven</b>	<b>Nee</b>				
5.1	<i>Verpleging</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
<b>7. Algemeen indirecte tijd</b>		<b>Tijdschrijven</b>	<b>Nee</b>				
7.1	<i>Zorgcoördinatie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
7.2	<i>No show</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
7.3	<i>Interne patiëntbespreking (MDO)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
7.5	<i>Verslaglegging algemeen (b.v. correspondentie, brief)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
7.7	<i>Regelen tolken</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
7.8	<i>Dossierstudie</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
7.9	<i>Extern overleg met derden (buiten de instelling)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
7.10	<i>Activiteiten ivm juridische procedures (b.v. IBS, Bopz)</i>	<i>Tijdschrijven</i>	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
<b>VERBLIJF</b>							
<b>8. Verblijf (per verblijfsdag)</b>		<b>Verblijfsdag</b>	<b>Nee</b>				
8.5	<i>Verblijf forensisch</i>	<i>Verblijfsdag</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>	<i>Nee</i>
8.5.20	Verblijfssoort A1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.21	Verblijfssoort A2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.22	Verblijfssoort A3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.23	Verblijfssoort A4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.24	Verblijfssoort B1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.25	Verblijfssoort B2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.26	Verblijfssoort B3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.27	Verblijfssoort B4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.28	Verblijfssoort C1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.29	Verblijfssoort C2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.30	Verblijfssoort C3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.31	Verblijfssoort C4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.32	Verblijfssoort D1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.33	Verblijfssoort D2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.34	Verblijfssoort D3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.35	Verblijfssoort D4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.36	Verblijfssoort E1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.37	Verblijfssoort E2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.38	Verblijfssoort E3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.39	Verblijfssoort E4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.40	Verblijfssoort F1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.41	Verblijfssoort F2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.42	Verblijfssoort F3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.43	Verblijfssoort F4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.44	Verblijfssoort G1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.45	Verblijfssoort G2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.46	Verblijfssoort G3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee



Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
8.5.47	Verblijfssoort G4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.7	No show klinisch	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
<b>DAGBESTEDING</b>							
<b>9. Dagbesteding</b>		<b>Dagbesteding</b>	<b>Nee</b>				
9.11	Dagbesteding sociaal (ontmoeting) (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.12	Dagbesteding sociaal (ontmoeting) (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.13	Dagbesteding activering (dagactiviteiten) (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.14	Dagbesteding activering (dagactiviteiten) (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.15	Dagbesteding educatie (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.16	Dagbesteding educatie (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.17	Dagbesteding arbeidsmatig (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.18	Dagbesteding arbeidsmatig (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.19	Dagbesteding overig (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.20	Dagbesteding overig (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
<b>VERRICHTINGEN</b>							
10. Verrichting		Verrichting	Nee				
10.1	Electroconvulsietherapie	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
10.2	Ambulante methadon (medicijn, registratie per maand)	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
10.4	Forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)		Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
10.5	SGLVG+		Ja	Nee	Nee	Nee	Nee





## BIJLAGE II – DEFINITIES ACTIVITEITEN EN VERRICHTINGEN

In deze bijlage zijn de definities opgenomen van de activiteiten en verrichtingen. In bijlage I is een lijst met activiteiten en verrichtingen opgenomen.

### Diagnostiek en behandeling en behandeling

#### 1. Pré-intake

Op deze activiteit wordt de *indirect patiëntgebonden tijdsbesteding* geschreven die wordt besteed aan patiënten voorafgaand aan de intake. Het is mogelijk dat een DBBC met alleen pré-intake niet leidt tot een vervolgtraject en dus niet verder getypeerd zal worden. De DBBC kan dan worden afgesloten met reden van sluiten pré-intake, intake of diagnostiek. Voorbeelden zijn: een patiënt proberen te bereiken voor een eerste afspraak, overleg met de verwijzer over de geschiktheid voor verwijzing van een potentiële patiënt. Onder pré-intake mogen geen activiteiten in het kader van openbare ggz of preventie worden geschreven. Op pré-intake kan alleen indirect patiëntgebonden tijd worden geregistreerd.

Omdat er op een DBBC altijd direct patiëntgebonden tijd moet zijn geregistreerd, is een DBBC met alleen de activiteit pre-intake niet mogelijk.

#### 2. Diagnostiek

Dit onderdeel omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag. Onder diagnostiek onderscheiden we de volgende activiteiten:

- a. Intake/screening: alle (gespreks)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.
- b. Verwerven informatie van eerdere behandelaars.
- c. Anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
- d. Hetero-anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de partner, familie of andere relaties van de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
- e. Psychiatrisch onderzoek.
- f. Psychodiagnostisch onderzoek (intelligentie, neuropsychologisch, persoonlijkheid).
- g. Orthodidactisch onderzoek.
- h. Vaktherapeutisch onderzoek.
- i. Contextueel onderzoek (gezin, school, et cetera): inschatten van de invloed/beperkingen/mogelijkheden van gezin, school of andere voor het kind/de jeugdige betekenisvolle milieus.
- j. Lichamelijk onderzoek.
- k. Aanvullend onderzoek (laboratorium, radiologie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde): de behandelaar registreert de patiëntgebonden tijd die hij besteedt aan het aanvragen en (laten) uitvoeren van aanvullend onderzoek.
- l. Advisering: diagnostische bevindingen en beleidsadvies bespreken met betrokkenen en gezamenlijk het verdere beleid bepalen.
- m. Overige diagnostische activiteiten.
- n. Risicotaxatie: bij het taxeren van de verschillende typen gevaar wordt er vanuit gegaan dat gebruik wordt gemaakt van één van de instrumenten die zijn voorgeschreven.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende direct en indirect patiëntgebonden tijd geschreven.

#### 3. Behandeling

Artikel 2.4 Bzv 1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (...).

- a. Communicatieve behandeling: hieronder wordt iedere vorm van behandeling verstaan waarbij communicatie op zichzelf het belangrijkste instrument is om tot vermindering van klachten of symptomen te komen. Het begrip omvat wat vroeger ook wel 'gespreksbehandeling' werd genoemd, maar biedt tevens ruimte voor elektronische of schriftelijke communicatie en voor non-verbale communicatietechnieken.

De categorie communicatieve behandeling is onderverdeeld in de volgende groepen:

- i. *Follow-up behandelingscontact*: hierbij wordt het beloop van de klachten en symptomen vastgelegd in het vervolg op een eerder ingestelde behandeling van welke soort dan ook. Zo nodig wordt de eerder ingestelde behandeling aangepast en worden adviezen gegeven met betrekking tot het dagelijks functioneren van de patiënt.
- ii. *Steuwend en structurerend behandelingscontact*: ter vermindering van klachten en symptomen en verandering van habituele gedragspatronen, wordt gericht gebruik gemaakt van empathie,

confrontatie, cognitieve herordening en gedragsveranderende technieken.

- iii. *Psychotherapie*: is opgesplitst in een aantal mogelijke soorten psychotherapie. Met name die vormen zijn genoemd die steunen op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek of op de professionele traditie. Daarnaast is een categorie 'overig' opgenomen (denk bijvoorbeeld aan vormen van psychotherapie die niet in de registratielijst worden genoemd zoals kinderverpsychotherapie, familieopstellingen, milieutherapie et cetera).
- iv. *Overige (communicatieve) behandelcontacten*: betreffen alle activiteiten die vallen onder communicatieve behandeling maar niet zijn te plaatsen onder de hierboven genoemde groepen. Onder deze categorie kunnen we onder andere de volgende activiteiten rekenen: psycho-educatie, training patiënten, ouder-groepstraining, videohometraining, instructies, et cetera. Ook de somatische activiteiten en logopedie kunnen onder deze activiteit worden weggeschreven.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende patiëntgebonden tijd geschreven.

- b. *Farmacotherapie*: dit betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten (zowel klinisch als ambulante). Op deze activiteit wordt de directe en indirecte patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie (het consult).
- c. *Fysische therapie*: dit betreft de behandeling met behulp van fysische technieken. Daarbij worden fysische stimuli (zoals elektriciteit, magnetische golven et cetera) op (delen van) de hersenen gericht. De toediening van de stimuli kan binnen de schedel plaatsvinden, door de schedel heen of via afferente zenuwbanen. Deze vormen van behandeling zijn sterk in ontwikkeling. De volgende vormen van fysische therapie zijn opgenomen:
  - i. *Electroconvulsietherapie*
  - ii. *Lichttherapie*
  - iii. *Transcraniele magnetische stimulatie*
  - iv. *Overig behandeling fysische technieken*
  - v. *Deep brain stimulation*
  - vi. *Neurofeedback*

De behandelaren registreren de door hen bestede patiëntgebonden tijd op deze activiteiten. Voor electroconvulsietherapie geldt dat de materiële kosten en de inzet van beroepen die niet voorkomen op de beroepentabel (bijvoorbeeld anesthesist, verpleegkundige) in kaart worden gebracht via registratie van een verrichting/behandeling ECT.

- d. *Vaktherapie*: dit is een verzamelnaam voor behandelingen die worden gekenmerkt door het non-verbale en ervaringsgerichte karakter. We onderscheiden daarbinnen de tijdsbesteding aan de volgende activiteiten:
  - i. *Creatieve therapie*, zoals dramatherapie, beeldende therapie, muziek- en danstherapie.
  - ii. *Psychomotorische therapie*, gericht op één of meerdere componenten van de elementen beweging, expressie en interactie.

Op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het toepassen van vaktherapie.

- e. *Fysiotherapie*: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot fysiotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.
- f. *Ergotherapie*: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot ergotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.

#### 4. Begeleiding

Begeleiding betreft methodisch verantwoorde beïnvloeding (doelgericht, bewust, procesmatig en systematisch) van een patiënt of patiëntensysteem, waarbij de verantwoording ligt bij de patiënt. In tegenstelling tot behandeling is het niet gericht op fundamentele verbetering maar op emotionele opvang, herstel of verbetering in sociaal functioneren geplaatst tegen de achtergrond van een reëel perspectief.

- a. *Activerende begeleiding*: dit omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek.
- b. *Ondersteunende begeleiding (OB)*: omvat ondersteunende activiteiten in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.
- c. *Beveiligende (verlof)begeleiding*: begeleiding van medewerkers uit de instelling, niet zijnde beveiligingsmedewerkers, met en zonder patiënt. Het betreft hier niet methodisch verantwoorde beïnvloeding, maar fysieke begeleiding in verband met het gevaar. (Verlof)begeleiding met de patiënt kan worden uitgevoerd door behandelaren die binnen de instelling werken waar de patiënt wordt behandeld. Onder de activiteit beveiligende begeleiding zonder patiënt kan tijd worden geschreven die nodig is om de verlofcontrole uit te voeren (bijvoorbeeld bellen naar het adres waar de patiënt geacht wordt zich te bevinden).
- d. *Financiële en fiscale begeleiding*: hieronder kan de tijd worden geregistreerd die wordt besteed



aan de financiële en fiscale begeleiding van patiënten. Te denken valt aan belastingaangifte, financieel advies, schuldinventarisatie, etc.

## 5. Verpleging

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling (conform artikel 1.1.1 Wlz).

## 6. Algemeen indirecte tijd

- a. Zorgcoördinatie: zorgcoördinatie heeft ten doel om alle zorg die een individuele patiënt van de eigen instelling met complexe problematiek op enig moment nodig zou kunnen hebben voor hem/haar beschikbaar te kunnen maken en op elkaar af te stemmen. De tijdsbesteding aan alle activiteiten die in dit kader ten behoeve van deze individuele patiënt worden uitgevoerd, wordt op deze activiteit geregistreerd. Behandelaren kunnen hun tijd op de activiteit zorgcoördinatie verantwoorden indien er sprake is van coördinerende activiteiten ten behoeve van de patiënt 'over de muren van de afdeling of instelling heen'. Dit kan betrekking hebben op:
- ofwel coördineren van de zorg van verschillende behandelaren of afdelingen binnen een instelling;
  - ofwel coördineren van de zorg van de eigen zorginstelling en andere zorginstellingen en instanties.

Alle overige coördinerende activiteiten die direct samenhangen met het uitvoeren van de op deze lijst genoemde activiteiten en verrichtingen, vallen hier dus niet onder. Tevens vallen hier niet onder de coördinerende activiteiten die voor groepen patiënten of voor de gehele instelling worden uitgevoerd.

- b. No show: het komt voor dat patiënten niet verschijnen op gemaakte afspraken zodat er 'loze ruimte' ontstaat in de agenda van de behandelaar. Dit wordt ook wel aangeduid als 'No show'. No show is een gepland patiëntcontact met een behandelaar, waarop de patiënt niet verschijnt, terwijl de patiënt niet binnen een (werkdag) termijn van 24 uur voorafgaand aan de afspraak heeft afgezegd. Voor het registreren van No show gelden volgende regels:
- Op de activiteit No show mag geen (in)directe tijd geschreven worden.
  - In geval van No show mag er reistijd als indirecte tijd worden geschreven.
- c. Interne patiëntbespreking (MDO): onder een interne patiëntbespreking verstaan we de tijdsbesteding van een behandelaar aan het voeren van overleg met collega-behandelaren (dus binnen de eigen instelling) over de hulpverlening aan patiënten ter voorbereiding of naar aanleiding van de uitvoering van een activiteit of verrichting. Ten aanzien van de interne patiëntenbespreking, (het multidisciplinair overleg) geldt dat veelal sprake is van een groepsgewijze bespreking. Meerdere behandelaren bespreken meerdere patiënten tijdens een overleg. Alle behandelaren registreren de totale bestede tijd (totale duur van het MDO) op deze activiteit. Deze tijd wordt verdeeld over de DBBC's van alle tijdens het MDO besproken patiënten.
- d. Extern overleg: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemoeid met het voeren van overleg met derden (dus buiten de eigen instelling) over de hulpverlening of naar aanleiding daarvan (bijvoorbeeld: een consult dat plaatsvindt tussen een behandelaar en een leraar over een kind dat in behandeling is).
- e. Verslaglegging algemeen: verslaglegging algemeen zoals correspondentie over of namens de patiënt of een ontslagbrief.
- f. Activiteiten i.v.m. juridische procedures (IBS, Bopz): administratieve activiteiten, correspondentie, et cetera in verband met juridische of gerechtelijke procedures van een patiënt. Bijvoorbeeld voortgangsrapportages t.b.v. ITZ, rapportages t.b.v. reclassering, getuigendeskundigheidsverklaring (advies van rechtbank t.a.v. invrijheidsstelling en gevaar), TBS-zaken (verlofcommissie, rechtbank, verlengingsadvies). Deze activiteiten kunnen ook in combinatie met reistijd worden geregistreerd, indien deze nog niet via een andere financieringsbron worden vergoed.
- g. Regelen tolken: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemoeid met het regelen van een tolk voor een activiteit of verrichting die face-to-face wordt uitgevoerd.
- h. Dossierstudie: betreft het studeren van de relevante dossiers van de patiënt. Op deze activiteit mag géén direct patiëntgebonden tijd geschreven worden.

## Verblijf

Verblijf in een instelling wordt geregistreerd in verblijfsdagen. De eenheid van registratie is een verblijfsdag aanwezigheid. Er is sprake van aanwezigheid indien de patiënt gedurende de dag aanwezig is in de instelling, inclusief overnachting. Indien de patiënt na 20.00 uur wordt opgenomen, kan geen verblijfsdag meer worden geregistreerd. De patiënt is dan niet gedurende de dag aanwezig geweest. Voor verblijfsdagen worden 28 verblijfssoorten onderscheiden. Een verblijfssoort bestaat uit de verblijfsintensiteit in combinatie met het niveau aan beveiliging tijdens het verblijf.



## **Verblijfssoorten**

De verblijfssoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van de intensiteit van het verblijf en het niveau van beveiliging. Een patiënt kan een lage verblijfsintensiteit hebben gecombineerd met een hoog beveiligingsniveau. Er zijn zeven categorieën verblijfsintensiteiten gedefinieerd: lichte verzorgingsgraad, beperkte verzorgingsgraad, matige verzorgingsgraad, gemiddelde verzorgingsgraad, intensieve verzorgingsgraad, extra intensieve verzorgingsgraad en zeer intensieve verzorgingsgraad.

## **Definitie beveiligingsniveaus**

Met het beveiligingsniveau wordt aangegeven wat het niveau is van de beveiliging die is georganiseerd tijdens het verblijf van de betreffende patiënt, dan wel voor de afdeling waar de patiënt verblijft. Er zijn vier beveiligingsniveaus gedefinieerd.

- Beveiligingsniveau 1
- Beveiligingsniveau 2
  - Laag
  - Hoog
- Beveiligingsniveau 3
- Beveiligingsniveau 4

Op basis van het voor de patiënt benodigde beveiligingsniveau wordt een keuze gemaakt uit de niveaus zoals die in bijlage IX beschreven staan.

## **Dagbesteding**

Het doel van dagbesteding is: 'het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid van de patiënt.' Binnen de forensische zorg is van belang dat de dagbesteding:

- a. Altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling.
  - b. Terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.
- Dagbesteding wordt geregistreerd op basis van uren aanwezigheid.

Er zijn voor elk type dagbesteding twee activiteiten beschikbaar: één indien het een laag beveiligingsniveau betreft, en één voor midden, hoog, zeer hoog beveiligingsniveau

## **Verrichtingen**

Verrichtingen worden geregistreerd in aantallen. Zo is de eenheid bij ECT per behandeling en bij Methadon per maand waarin de stof Methadon ambulante is verstrekt.

### **1. ECT**

De materiële kosten en de inzet van behandelaren die niet voorkomen op de DBBC-beroepentabel (zoals de anesthesist) worden in kaart gebracht via de registratie van het aantal behandelingen ECT.

### **2. Methadon (ambulante verstrekking per maand)**

Wanneer Methadon aan een patiënt wordt verstrekt, wordt dit per maand geregistreerd op de DBBC van de patiënt. Ambulante verstrekking in een maand wordt gezien als één verrichting. Dit is ongeacht de hoeveelheid en frequentie van de ambulante Methadonverstrekking in die maand. Een DBBC met een verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) dient altijd de activiteit farmacotherapie te bevatten. DBBC's met de verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) zonder de activiteit farmacotherapie vallen uit in de validatie.

### **3. Forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)**

De verrichting fpt kan worden geregistreerd in de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging. Het vergoedt de kosten voor de behandel- en begeleidingsactiviteiten in het kader van het fpt uitgevoerd door een fpc. De verrichting kan per dag dat een DBBC met het zorgtype 'fpt proefverlof' en 'fpt voorwaardelijke beëindiging' geopend is. Als er tijdens de fase proefverlof en fase voorwaardelijke beëindiging een time-out optreedt, dan mag er geen verrichting fpt meer geregistreerd worden.

### **4. SGLVG+**

Voor beveiligingsniveau 2 geldt voor zorg, geleverd aan personen die een indicatie 'SGLVG+' hebben en verblijven in een setting die voldoet aan de omschrijving 'SGLVG+', een hogere NHC toeslag. Voor de omschrijving 'SGLVG+' zie bijlage VII.



## BIJLAGE III – ZORGTYPEN

Initiële en vervolg-DBBC's		
Code initieel	Code vervolg	Zorgtype
121	221	Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo. 39 Sr)
122	222	TBS met dwangverpleging (art. 37a jo. 37b Sr)
123	223	Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 14 Bvt)
124	224	Tijdelijke plaatsing ter observatie in psychiatrisch ziekenhuis (art. 13 Bvt)
125	225	TBS met proefverlof (art. 51 Bvt)
126	226	Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g Sr)
127	227	TBS met voorwaarden (art. 38a Sr)
128	228	Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr)
129	229	Sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 Sv)
130	230	Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv)
131	231	Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiwet jo. 558 Sv)
132	232	Plaatsing t.b.v. pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 Sv)
133	233	Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw
134	234	Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw
135	235	ISD met voorwaarden (art. 38p lid 5 Sr)
136	236	ISD (art. 38 m Sr)
137	237	Penitentiair programma met zorg (art. 15 lid 2 Pbw)
138	238	Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw)
140	240	Poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen
141	241	Voorwaardelijke Invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr)
142	242	Strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257A Sv lid 3)
143	243	Voorgenomen indicatiestelling
144	244	Fpt proefverlof
145	245	Fpt voorwaardelijke beëindiging
146	–	Verdiepingsdiagnostiek

### **Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo. 39 Sr) – 121 of 221**

Een DBBC met dit zorgtype bevat activiteiten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen DBBC geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **TBS met dwangverpleging (art. 37a jo. 37b Sr) – 122 of 222**

'Zelfstandig Gevestigde Praktijken' kunnen geen DBBC openen met zorgtype TBS met dwangverpleging. Een DBBC met dit zorgtype kan niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (14 Bvt)- 123 of 223**

'Zelfstandig Gevestigde Praktijken' kunnen geen DBBC met dit zorgtype openen. Er kan geen DBBC geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar. Daarnaast moet er bij een initiële DBBC activiteiten geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep.

### **Tijdelijke plaatsing ter observatie in psychiatrisch ziekenhuis (13 Bvt)- 124 of 224**

'Zelfstandig Gevestigde Praktijken' kunnen geen DBBC met dit zorgtype openen. Een initiële DBBC met dit zorgtype moet een opname bevatten en er moeten activiteiten geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Daarnaast kan zowel een initiële als een vervolg-DBBC met dit zorgtype niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **TBS met proefverlof (art. 51 Bvt) – 125 of 225**

Bij een initiële DBBC met TBS met proefverlof moeten activiteiten geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Daarnaast kan zowel een initiële als een vervolg-DBBC met dit zorgtype niet geopend worden bij patiënten jonger dan 16 jaar of door 'Zelfstandig Gevestigde Praktijken'.





---

### **Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g Sr) – 126 of 226**

Een initiële of vervolg-DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Daarnaast kan zowel een initiële als een vervolg-DBBC met dit zorgtype niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar of door 'Zelfstandig Gevestigde Praktijken'.

### **TBS met voorwaarden (art. 38a Sr) – 127 of 227**

Wanneer er sprake is van een strafrechtelijke titel TBS met voorwaarden, dient een DBBC geopend te worden met dit zorgtype. Een initiële of vervolg-DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Daarnaast kan zowel een initiële als een vervolg-DBBC met dit zorgtype niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar of door 'Zelfstandig Gevestigde Praktijken'.

### **Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr) – 128 of 228**

Een DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen DBBC geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **Sepot met voorwaarden (art. 167/244 Sv) – 129 of 229**

Een DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen DBBC geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv) – 130 of 230**

Een DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen DBBC geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiwet jo. 558 Sv) – 131 of 231**

Een DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen DBBC geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **Plaatsing ten behoeve van pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 Sv) – 132 of 232**

Een initiële of vervolg-DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep en mag niet worden geopend voor patiënten onder de 16 jaar. Ook mag een DBBC met dit zorgtype niet meer dan 49 dagen *verblijf* bevatten.

### **Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw – 133 of 233**

Voor een DBBC met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

### **Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw – 134 of 234**

Voor een DBBC met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

### **ISD met voorwaarden (art. 38p lid 5 Sr) – 135 of 235**

Een DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen DBBC geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **ISD (art. 38 m Sr) – 136 of 236**

Voor een DBBC met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.





### **Penitentiair programma met zorg (art. 15 lid 2 Pbw) – 137 of 237**

Voor een DBBC met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

### **Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw) – 138 of 238**

Een initiële of vervolg-DBBC met dit zorgtype moet opnamedagen bevatten. Ook moet een initiële DBBC met dit zorgtype activiteiten bevatten die door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep geregistreerd zijn.

### **Poliklinische verrichtingen door ggz in het gevangeniswezen – 140 of 240**

Voor een DBBC met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

### **Voorwaardelijke Invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr) – 141 of 241**

Voor een DBBC met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

### **Strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257 lid 3 Sv)- 142 of 242**

Een DBBC met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen DBBC geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

### **Voorgenomen indicatiestelling – 143 of 243**

De voorgenomen indicatiestelling biedt de mogelijkheid om een patiënt naar forensische zorg toe te leiden terwijl er (nog) geen sprake is van een strafrechtelijke titel. Deze regeling is bedoeld voor situaties waar escalatie dreigt in de (thuis)situatie en kan alleen worden geïndiceerd door de reclasering. De zorgvormen waarnaar in deze situaties kan worden toe geleid, beperken zich tot die waarvoor de reclasering mag indiceren: ambulante zorg en RIBW.

### **Fpt proefverlof – 144<sup>20</sup> of 244**

Dit zorgtype is van toepassing wanneer de behandeling van een TBS-patiënt zich in de fase proefverlof bevindt. Binnen een initiële of vervolg-DBBC met het zorgtype 'fpt proefverlof' worden contacten geregistreerd waarbij een patiënt doorgaans niet in het fpc verblijft. Als een patiënt overgaat naar een andere fase of overgaat naar reguliere behandeling, moet de DBBC met dit zorgtype gesloten worden. DBBC's met het zorgtype 'fpt proefverlof' kunnen geen verblijfsdagen bevatten. Er kan elke dag een verrichting fpt worden geregistreerd op een DBBC met dit zorgtype.

### **Fpt voorwaardelijke beëindiging – 145<sup>21</sup> of 245**

Dit zorgtype is van toepassing wanneer de behandeling van een TBS-patiënt zich in de fase voorwaardelijke beëindiging bevindt. Binnen een vervolg-DBBC met het zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging' worden contacten geregistreerd waarbij een patiënt doorgaans niet in het fpc verblijft. Als een patiënt overgaat naar een andere fase of overgaat naar reguliere behandeling, moet de vervolg-DBBC met dit zorgtype gesloten worden. Vervolg-DBBC's met het zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging' kunnen geen verblijfsdagen bevatten. Er kan elke dag een verrichting fpt worden geregistreerd op een vervolg-DBBC met dit zorgtype.

### **Verdiepingsdiagnostiek – 146<sup>22</sup>**

Verdiepingsdiagnostiek is, naast de voorgenomen indicatiestelling, ook een manier om een patiënt naar forensische zorg toe te leiden zonder dat er sprake is van een strafrechtelijke titel. Verdiepingsdiagnostiek wordt ingezet bij verdachten waarbij er aanwijzingen zijn van psychische problemen, verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking of een combinatie ervan. Bij deze verdachten wordt door een forensische polikliniek psychologisch en/of psychiatrisch diagnostisch onderzoek uitgevoerd. Een DBBC met dit initiële zorgtype moet minimaal directe tijd bevatten op diagnostische

<sup>20</sup> Voor patiënten die gedurende het fpt proefverlof worden overgeplaatst naar een andere zorgaanbieder moet een initiële DBBC geopend worden. De patiënt is immers voor het eerst in zorg bij deze zorgaanbieder

<sup>21</sup> Voor patiënten die gedurende het fpt voorwaardelijke beëindiging worden overgeplaatst naar een andere zorgaanbieder moet een initiële DBBC geopend worden. De patiënt is immers voor het eerst in zorg bij deze zorgaanbieder

<sup>22</sup> Er is geen vervolgvorm van verdiepingsdiagnostiek. Verdiepingsdiagnostiek bestaat uit activiteiten en verrichtingen die aan het begin van een behandeltraject worden ingezet.



---

activiteiten. Hiernaast mogen activiteiten op pre-intake, intake en/of algemeen indirecte tijd worden geregistreerd. Deze activiteiten moeten worden geregistreerd door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep en een DBBC met dit zorgtype mag niet worden geopend voor patiënten onder de 16 jaar.



## BIJLAGE IV – VASTLEGGEN AARD VAN HET DELICT

Delictclassificatie	
Cluster	Omschrijving delict
0: Preventief gehecht, Voorgenomen indicatiestelling <sup>1</sup>	Er is geen definitieve uitspraak
1: Opium	Opiumdelict
2: Licht geweld	Belediging groep
	Aanzetten tot discriminatie
	Grafschennis
	Wederspanningheid
	Valse aangifte
	Smaadschrift
	Mishandeling
	Vernieling
3: Vermogen & Profijt	Schuldheling
	Omkopen ambtenaar
	Verduistering
	Oplichting
	Flessentrekkerij
	Onttrekken goederen aan beslag
	Diefstal
	Verduistering in dienstbetrekking
	Heling
	Verduistering door voogd o.d.
	Gewoonteheling
	Omkopen rechter
	Fraude
	Diefstal met braak / in vereniging
	Mensenhandel
	Deelname misdadige organisatie
	Valsmunterij
Uitgeven vals geld	
Verontreinigen lucht en bodem	



Delictclassificatie	
Cluster	Omschrijving delict
4: Midden geweld	Bedreiging
	Belaging
	Hulp bij zelfdoding
	Mishandeling met voorbedachten rade
	Wapenbezit
	Intimidatie
	Openlijke geweldpleging
	Opruiing
	Onttrekking minderjarige aan het gezag
5: Vermogen met geweld	Diefstal met geweld
	Afpersing
6: Zwaar geweld	Vrijheidsberoving
	Zware mishandeling
	Zware mishandeling voorbedachten rade
	Gijzeling
7: Zeden	Kinderporno
	Verleiding minderjarige tot ontucht
	Ontucht met misbruik van gezag
	Ontucht met een wilsonbekwame
	Gemeenschap <16 jaar
	Aanranding
	Gemeenschap met wilsonbekwame
	Gemeenschap < 12 jaar
Verkrachting	
8: Leven	Kinderdoodslag
	Kindermoord
	Doodslag
9: Brand & Drinkwater	Brandstichting
	Vergiftigen van drinkwater
10: Leven extra	Doodslag gecombineerd met een ander delict
	Moord

<sup>1</sup> Dit cluster komt niet voor in Boog, maar is toegevoegd aangezien de aard van het delict voor de DBBC registratie nog niet altijd bekend is.



## BIJLAGE V – FEITELIJKE CLASSIFICATIE VAN DSM-IV-TR

AS 1: Klinische stoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Stoornissen in de kindertijd	Stoornissen in de kindertijd
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Restgroep diagnoses
Aan een middel gebonden stoornissen	Aan een middel gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Restgroep diagnoses
Angststoornissen	Restgroep diagnoses
Somatoforme stoornis	Restgroep diagnoses
Nagebootste stoornissen	Restgroep diagnoses
Dissociatieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Seksuele stoornissen
Eetstoornissen	Restgroep diagnoses
Slaapstoornissen	Restgroep diagnoses
Stoornissen in de impulsbeheersing	Stoornissen in de impulsbeheersing
Aanpassingsstoornissen	Restgroep diagnoses
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Restgroep diagnoses Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing

AS 2: Persoonlijkeitsstoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Zwakzinnigheid (stoornissen in de kindertijd) – Lichte zwakzinnigheid – Matige zwakzinnigheid – Ernstige zwakzinnigheid – Diepe zwakzinnigheid – Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	Restgroep diagnoses
Persoonlijkeitsstoornissen – Paranoïde persoonlijkheidsstoornis – Schizoïde persoonlijkheidsstoornis – Schizotypische persoonlijkheidsstoornis – Antisociale persoonlijkheidsstoornis – Borderline persoonlijkheidsstoornis – Theatrale persoonlijkheidsstoornis – Narcistische persoonlijkheidsstoornis – Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis – Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis – Obsessieve – compulsieve persoonlijkheidsstoornis – Persoonlijkeitsstoornis NAO – Uitgesteld / geen persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkeitsstoornissen
Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)	Restgroep diagnoses

AS 3: Somatische aandoeningen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Diagnose op As3 complex	Registreer alleen de somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis
Diagnose op As3 enkelvoudig	
Geen of geen relevante diagnose op As3	



<b>AS 4: Psychosociale en omgevingsfactoren</b>	
<b>DSM IV-TR</b>	<b>Diagnosetabel</b>
Problemen binnen de primaire steungroep	Deze psychosociale factoren en omgevingsfactoren mogen alleen vastgesteld worden als ze duidelijk zorgverzwarend werken.
Problemen verbonden aan de sociale omgeving	
Studie/scholingsproblemen	
Werkproblemen	
Woonproblemen	
Financiële problemen	
Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten	
Problemen met justitie/politie of met de misdaad	
Andere psychosociale en omgevingsproblemen	
Geen diagnose/factor op As 4 aanwezig	Indien er geen psychosociale factoren aanwezig zijn of wanneer deze geen consequenties hebben voor de behandeling van de primaire diagnose, dient deze code geregistreerd te worden.

<b>AS 5: GAF-score</b>
<b>GAF</b>
GAF score 1–10
GAF score 11–20
GAF score 21–30
GAF score 31–40
GAF score 41–50
GAF score 51–60
GAF score 61–70
GAF score 71–80
GAF score 81–90
GAF score 91–100





## BIJLAGE VI – DBBC-BEROEPENTABEL

### Hoofdbehandelaar en behandelaren

Alle in de wet BIG<sup>23</sup> geregistreerde beroepen die bevoegd én bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM-IV-TR, kunnen patiënten typeren met behulp van de typeringlijst.

De hoofdbehandelaar is een zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBBC-traject plaatsvinden. De hoofdbehandelaar is dus verantwoordelijk voor het openen van een DBBC, het vastleggen van de typering, het diagnosticeren volgens de DSM-IV-TR en het afsluiten van de DBBC na controle van de vast te leggen elementen. Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt.

Zorgverleners die geen hoofdbehandelaar zijn (en dus geen patiënten typeren) worden behandelaar genoemd. Zij registreren dus alleen activiteiten en verrichtingen. Een hoofdbehandelaar is vaak ook behandelaar en registreert dus ook activiteiten en verrichtingen.

### De DBBC-beroepentabel

De DBBC-beroepentabel sluit aan bij het beroepenschema van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding.

Dit schema onderscheidt zes beroepenclusters. In de DBBC-beroepentabel is hier de cluster 'medische beroepen werkzaam in de ggz' aan toegevoegd. Hieronder vallen die beroepen, die vanuit hun somatische beroep activiteiten in de fz uitvoeren, maar die niet primair (breder) opgeleid zijn voor een rol in de fz. Denk hierbij aan de huisarts, neuroloog, klinisch geriater, fysiotherapeut en dergelijke.

De DBBC-beroepentabel onderscheidt in elk beroepencluster vier niveaus:

#### *Basisberoep initieel*

De functionaris heeft een initiële opleiding afgerond die in staat stelt tot het uitoefenen van het betreffende agogische, vaktherapeutische, psychologische of verpleegkundige beroep.

#### *Basisberoep gezondheidszorg*

Artikel 3- en (beoogd) artikel 34-beroepen, genoemde beroepen voldoen aan de Wet BIG.

#### *Specialisatie/functiedifferentiatie*

Hieronder vallen beroepen die opgeleid zijn tot basisberoep (dus artikel 3 en (beoogd) artikel 34) én in aanvulling daarop een erkende ggz specialisatie hebben afgerond.

#### *Specialisme*

Functionarissen zijn opgeleid tot basisberoep gezondheidszorg (artikel 3) én zijn in aanvulling daarop gespecialiseerd/hebben een erkend specialisme (artikel 14 wet BIG).

Bij de indeling van de in de instelling werkzame behandelaren volgens de beroepentabel moet onderscheid gemaakt worden tussen:

#### *Beroepen*

Die beroepen die (individueel) bevoegd/bekwaam zijn om een zelfstandige rol in het behandelproces van de patiënt in de tweedelijns ggz te vervullen.

#### *Taken*

Taken zijn de activiteiten en verrichtingen die in het primaire proces door beroepen worden uitgevoerd. De uitgevoerde taken worden in het DBBC-model geregistreerd via de activiteiten- en verrichtingenlijst.

#### *Functies*

Instellingen maken via functies (en functieomschrijvingen) een vertaalslag van beroepen naar taken: welke beroepen voeren welke taken uit? Hiervoor zijn de instellingen zelf verantwoordelijk dat dit plaatsvindt binnen de geldende wettelijke kaders (volgens de Wet BIG/tuchtrecht etc.).

*Voorbeeld:* De 'geneesheer directeur' is veelal van beroep psychiater en is binnen de organisatie in de rol/functie van geneesheer directeur werkzaam. Als hij echter directe tijd besteedt aan het behandeltraject van een individuele patiënt, dan schrijft hij zijn gewerkte tijd onder het beroep 'psychiater'.

De opgenomen lijst van beroepen op de beroepentabel is uitputtend, met uitzondering van de genoemde beroepen in categorie 3 (specialisatie/functiedifferentiatie (SF)). De instelling kan onder

<sup>23</sup> De wet BIG beschrijft de bevoegd- en bekwaamheden van professionals in de zorg en de WGBO regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Deze bieden ook in het gebruik van het DBBC-model het leidende kader.



eigen verantwoordelijkheid vergelijkbare beroepen laten registreren onder de noemer 'overig [naam betreffend beroepencluster] SF'.

#### DBBC-BEROEPENTABEL

beroepcode	Korte functie beschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
<b>MB</b>	<b>Medische Beroepen</b>	<b>Medische beroepen</b>
<i>MB.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
MB.BG.basis	MB – Arts	Arts (waaronder Agio/ Agnio)
<i>MB.SF</i>	<i>Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie / functiedifferentiatie</i>
MB.SF.vslarts	MB – Arts versl	Arts verslavingszorg
MB.SF.sger	MB – Soc. Geriater	Sociaal geriater
MB.SF.AVG	MB – AVG	Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)
MB.SF.overig	MB – SF overig	Overig medisch SF
<i>MB.SP</i>	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisme (SP)</i>
MB.Sp.Psych	MB – Psychiater	Psychiater
MB. Sp.oud	MB – Specialist Ouderengeneeskunde	Specialist Ouderengeneeskunde
<b>PT</b>	<b>Psychotherapeutische beroepen</b>	<b>Psychotherapeutische beroepen</b>
<i>PT.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
PT.BG.psth	PT – psychoth	Psychotherapeut
<b>AG</b>	<b>Agogische beroepen</b>	<b>Agogische beroepen</b>
<i>AG.BI</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>	<i>Basis beroep gezondheidszorg (BG)</i>
AG.BI.mwd	AG – MWD	Maatschappelijk werkende (MWD)
AG.BI.sph	AG – SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
<i>AG.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
AG.BG.agoog	AG – agoog	Ggz-agoog
<i>AG.SF</i>	<i>Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>SF Specialisatie / functiedifferentiatie</i>
AG.SF.vrstgeh	AG – verst.gehand.	Ggz-agoog
AG.SF.kjpsych	AG .kj. psychiatrie	Agoog K&J psychiatrie
AG.SF.overig	PB – SF overig	Overig agogisch SF
<b>PB</b>	<b>Psychologische beroepen</b>	<b>Psychologische beroepen</b>
<i>PB.BI</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>
PB.BI.ped	PB – Pedagoog	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
PB.BI.gzkd	PB – Gezondheidskundige	Ggz gezondheidskundige
PB.BI.psy	PB – Psycholoog	Psycholoog (geen verdere specialisatie)
PB.BG	Basisgroep Gezondheidszorg (BG)	Basisgroep Gezondheidszorg (BG)
PB.BG.gzpsy	PB – Gz-psycholoog	Gz-psycholoog
<i>PB.SF</i>	<i>Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie / functiedifferentiatie</i>
PB.SF.gedrth	PB – gedragsth	Gedragstherapeut
PB.SF.kjth	PB – kj.therap	K&J therapeut
PB.SF.overig	PB – SF overig	Overige psychologische SF
<i>PB.SP</i>	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisme (SP)</i>
PB.SP.klinps	PB – klinpsych	Klinisch psycholoog
PB.SP.klinneuops	PB – klin.neuropsych	Klinisch neuropsycholoog
<b>VK</b>	<b>Vaktherapeutische beoepen</b>	<b>Vaktherapeutische beoepen</b>
<i>VK.BI</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>	<i>Basisberoep initieel (BI)</i>
VK.BI.pmt	VK – PMT	Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VK.BI.ct	VK – CT	Vaktherapeut creatief (CT)
<i>VK.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
VK.BG.gzpsy	VK – Gz-vakth	Gz-vaktherapeut
<i>VK.SF</i>	<i>Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie / functiedifferentiatie</i>
VK.SF.vakth	VK – Ggz vakth	Ggz-vaktherapeut
VK.SF.overig	VK – SF overig	Overig vaktherapeutisch SF
<b>VB</b>	<b>Verpleegkundige beroepen</b>	<b>Verpleegkundige beroepen</b>
<i>VB.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>
VB.BG-verplk	VB – verplk	Verpleegkundige (art.3)
<i>VB.F</i>	<i>Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)</i>	<i>Specialisatie / functiedifferentiatie</i>
VB.SF.spv	VB – SPV	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
VB.SF.cpv	VB – CPV	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
VB.SF.fvp	VB – FVP	Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
VB.SF.overig	VB – SF overig	Overig



<b>beroepcode</b>	<b>Korte functie beschrijving</b>	<b>Uitgebreide functiebeschrijving</b>
<i>VB.SP</i>	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisatie / functiedifferentiatie</i>
<i>VB.SP.vrplsp</i>	<i>VB – verplk.spec</i>	<i>Ggz verpleegkundig specialist</i>
<b>OV</b>	<b>Somatische beroepen (Wet BIG)</b>	<b>Somatische beroepen</b>
<i>OV.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>
<i>OV.BG.fysio</i>	<i>OV – Fysioth</i>	<i>Fysiotherapeut</i>
<i>OV.BG.ergo</i>	<i>OV – Ergoth</i>	<i>Ergotherapeut</i>
<i>OV.BG.diet</i>	<i>OV – Diëtist</i>	<i>Diëtist</i>
<i>OV.BG.logo</i>	<i>OV – Logopedist</i>	<i>Logopedist</i>
<i>OV.SP</i>	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisatie/functiedifferentiatie</i>
<i>OV.SP.neur</i>	<i>OV – Neuroloog</i>	<i>Neuroloog</i>
<i>OV.SP.harts</i>	<i>OV – Huisarts</i>	<i>Huisarts</i>
<i>OV.SP.karts</i>	<i>OV – Kinderarts</i>	<i>Kinderarts</i>
<i>OV.SP.kger</i>	<i>OV -Klin.geriater</i>	<i>Klinisch geriater</i>
<i>OV.SP.artsmg</i>	<i>OV – Arts maatsch.gzh</i>	<i>Arts maatschappij en gezondheid</i>



## BIJLAGE VII – OMSCHRIJVING SGLVG+

SGLVG+	
Verblijfszorg	<p>Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor personen die veroordeeld zijn onder het volwassen strafrecht (doorgaans 18 jaar en ouder) met een forensische zorgtitel, die in aanmerking komen voor plaatsing in een instelling met een toelating 'sterk gedragsgestoord, licht verstandelijk gehandicapt met behandeling (SGLVG+)'. Zij beschikken over een IQ tussen de 50 en 85, waarbij sprake is van een achterstand in sociaal-emotioneel functioneren en zelfredzaamheid. Het gedrag en psychisch functioneren van deze patiënten veroorzaken ernstige problemen op meerdere vlakken in het dagelijks leven. Zij laten onbegrepen en risicovol gedrag zien, dat veroorzaakt wordt door complexe meervoudige stoornissen. Er is sprake van een achterstand in sociaal-emotioneel functioneren. Voor het leveren van noodzakelijke zorg bestaat de noodzaak van opname; de hulpvraag van deze patiënten verandert hierbij continu van intensiteit en is onvoorspelbaar.</p>
Verblijfsintensiteit	De verblijfsintensiteit is niet bepalend voor het al dan niet van toepassing zijn van deze deelprestatie.
Bedbezetting	De patiënten blijven doordeweeks en in het weekend in de woning (instelling) aanwezig.
Toezicht/beveiliging	Er is sprake van beveiligingsniveau 2. Dit is een gemiddeld beveiligingsniveau, waarbij patiënten worden geplaatst die, binnen een redelijke termijn, vrijheden kunnen krijgen. Het voor deze doelgroep in te zetten VOV-personeel beschikt over een op gedragsproblematiek toegesneden opleiding en training. De patiënten behoeven continue nabijheid, in sommige gevallen continu toezicht, van medewerkers.
Fysieke setting/ kenmerken huisvesting	<p>Patiënten verblijven in kleinschalige voorzieningen, die beschikken over een omvangrijk behandel- en zorgaanbod, inclusief dagbesteding. De beperkte groepsgrootte is een verhogende factor voor de totale omvang van de voorziening. Binnen de voorziening zijn specifieke bouwkundige en installatietechnische aanpassingen op het gebied van gedragsproblematiek aanwezig. Het gaat bij deze setting specifiek om een setting voor geestelijk gehandicapten (LVG). Het is nadrukkelijk geen psychiatrische setting.</p>



## BIJLAGE VIII – DEELPRESTATIES VERBLIJF

### Overzicht verschillende verblijfssoorten

Verblijfsintensiteit	Beveiligingsniveau			
	(Zeer) laag (1)	Gemiddeld (2) <sup>1</sup>	Hoog (3)	Zeer hoog (4)
Lichte verzorgingsgraad (A)	A1	A2	A3	A4
Beperkte verzorgingsgraad (B)	B1	B2	B3	B4
Matige verzorgingsgraad (C)	C1	C2	C3	C4
Gemiddelde verzorgingsgraad (D)	D1	D2	D3	D4
Intensieve verzorgingsgraad (E)	E1	E2	E3	E4
Extra intensieve verzorgingsgraad (F)	F1	F2	F3	F4
Zeer intensieve verzorgingsgraad (G)	G1	G2	G3	G4

<sup>1</sup> Voor beveiligingsniveau 2 geldt voor zorg, geleverd aan personen die een indicatie SGLVG+ hebben en verblijven in een setting die voldoet aan de beschrijving 'SGLVG+', een hogere NHC toeslag. Voor de omschrijving 'SGLVG+': zie bijlage VII. Zie bijlage IX voor de beveiligingsniveaus, waarbij er voor beveiligingsniveau 2 twee varianten bestaan: 2-hoog en 2-laag.

#### DEELPRESTATIE VERBLIJF A (LICHT VERZORGINGSGRAAD)

Stoornis/psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>De psychiatrische stoornis is stabiel, er is kans op verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld wanneer de patiënt buiten de structuur van de afdeling verblijft.</li> <li>Er is sprake van ziektebesef en (enige mate van) ziekte-inzicht, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn binnen de structuur van de afdeling voldoende.</li> <li>Er is sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling.</li> <li>Er bestaat geen risico op terugval op korte termijn wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft.</li> <li>Er bestaat geen kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft.</li> </ul>
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is sprake van maatschappelijk relevante dagbesteding.</li> <li>ADL-vaardigheden zijn voldoende.</li> <li>Er is een sociaal netwerk aanwezig, maar de patiënt heeft ondersteuning nodig bij het onderhouden van het sociaal netwerk.</li> <li>Er is enige ondersteuning nodig bij de financiën.</li> </ul>
Delictrisico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal).</li> </ul>
Leefklimaat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de samenleving / resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening.</li> </ul>
Begeleidingsbehoefte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten.</li> <li>24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op.</li> </ul>
Inzet VOV-personeel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op deze setting wordt 0,3 en minder netto fte per bed/plaats ingezet.</li> </ul>

Netto fte staat voor ingeroosterd zorgverlenend VOV-personeel.

#### DEELPRESTATIE VERBLIJF B (BEPERKTE VERZORGINGSGRAAD)

Stoornis/psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>De psychiatrische stoornis is stabiel, er is een lichte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld.</li> <li>Er is sprake van ziektebesef en enige mate van ziekte-inzicht, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn in enige mate beperkt, patiënt heeft hierbij ondersteuning.</li> <li>Er is sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling.</li> <li>Er bestaat een beperkte kans op terugval op korte termijn.</li> <li>Er bestaat lichte kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.</li> </ul>
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is sprake van een maatschappelijk relevante dagbesteding.</li> <li>ADL-vaardigheden zijn voldoende.</li> <li>Er is een sociaal netwerk aanwezig, maar de patiënt heeft begeleiding nodig bij het onderhouden van het sociaal netwerk.</li> <li>Er is enige ondersteuning nodig bij de financiën.</li> </ul>
Delictrisico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal).</li> </ul>
Leefklimaat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de samenleving / resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening.</li> </ul>
Begeleidingsbehoefte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten.</li> <li>Er is behoefte aan begeleiding in korte, individuele contacten met begeleiders.</li> <li>24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op.</li> </ul>
Inzet VOV-personeel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,3 netto fte tot en met 0,5 netto fte per bed/plaats ingezet.</li> </ul>



#### DEELPRESTATIE VERBLIJF C (MATIGE VERZORGINGSGRAAD)

Stoornis/psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"><li>• De psychiatrische stoornis is stabiel, er bestaat enige verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld gekoppeld aan delictgedrag.</li><li>• Er is sprake van ziektebesef, het ziekte-inzicht is beperkt, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn beperkt, patiënt behoeft hierbij begeleiding.</li><li>• Er is sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling.</li><li>• Er bestaat enige kans op terugval op korte termijn.</li><li>• Er bestaat lichte kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.</li></ul>
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er is sprake van dagbesteding die minder gericht is op maatschappelijke inbedding.</li><li>• ADL-vaardigheden zijn voldoende.</li><li>• Er is geen (adequaat) sociaal netwerk aanwezig, de patiënt heeft begeleiding nodig bij het opbouwen van het (adequate) sociaal netwerk.</li><li>• Er is behoefte aan begeleiding bij de financiën.</li></ul>
Delictrisico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal).</li></ul>
Leefklimaat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de samenleving / resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening.</li></ul>
Begeleidingsbehoefte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten.</li><li>• Er is, meer dan in verblijfsintensiteit B, behoefte aan begeleiding in korte, individuele contacten met begeleiders.</li><li>• 24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op.</li></ul>
Inzet VOV-personeel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,5 netto fte tot en met 0,7 netto fte per bed/plaats ingezet.</li></ul>

#### DEELPRESTATIE VERBLIJF D (GEMIDDELDE VERZORGINGSGRAAD)

Stoornis/psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er is een gemiddelde verstoring van het psychiatrisch ziektebeeld.</li><li>• Er is sprake van enige mate van ziektebesef, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig.</li><li>• Er is in enige mate sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling.</li><li>• Er bestaat risico op terugval op korte termijn.</li><li>• Er is in beperkte mate sprake van gedragsproblematiek, agressie en verstoord functioneren.</li><li>• Er bestaat kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.</li></ul>
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"><li>• De zelfredzaamheid is wisselend en varieert tussen gemiddeld en gebrekkig.</li><li>• ADL-vaardigheden behoeven ondersteuning.</li><li>• Er ontbreken enige vaardigheden op een aantal algemene levensgebieden.</li><li>• Patiënt kan zelf enige structuur aanbrengen.</li><li>• Er is behoefte aan begeleiding bij de financiën.</li></ul>
Delictrisico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het actuele recidiverisico is matig tot hoog.</li></ul>
Leefklimaat	<ul style="list-style-type: none"><li>• De focus van het leefklimaat is op ontwikkeling / motiveringen en daarnaast op ondersteuning (supportief) en structurerend.</li></ul>
Begeleidingsbehoefte	<ul style="list-style-type: none"><li>• De begeleidingsbehoefte is permanent aanwezig, en eventuele opschaling is mogelijk indien nodig.</li></ul>
Inzet VOV-personeel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,7 netto fte tot en met 1,0 netto fte per bed/plaats ingezet.</li></ul>

#### DEELPRESTATIE VERBLIJF E (INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)

Stoornis/psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er is sprake van een intensieve verstoring ten gevolge van het psychiatrisch ziektebeeld</li><li>• Er is (nog) in mindere mate sprake van ziektebesef, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig.</li><li>• Er is in (nog) mindere mate sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling.</li><li>• Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of begeleiding behoeft.</li><li>• Er is in sprake van gedragsproblematiek, agressie en verstoord functioneren.</li><li>• Er bestaat risico op terugval op korte termijn.</li><li>• Er bestaat risico op ontregelend en ontwrichtend gedrag.</li></ul>
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"><li>• De zelfredzaamheid (indien aangetast) is wisselend en varieert tussen gebrekkig en slecht.</li><li>• Er ontbreken vaardigheden op meerdere of basale levensgebieden.</li><li>• Patiënt kan zelf weinig tot geen structuur aanbrengen.</li><li>• Patiënt heeft zijn financiën niet langer in eigen beheer.</li></ul>
Delictrisico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het actuele recidiverisico is matig tot hoog.</li></ul>
Leefklimaat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend met stabilisatie als primaire doelstelling.</li></ul>
Begeleidingsbehoefte	<ul style="list-style-type: none"><li>• De begeleidingsbehoefte is permanent aanwezig, en opschaling is direct mogelijk.</li></ul>
Inzet VOV-personeel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,0 netto fte tot en met 1,3 netto fte per bed/plaats ingezet.</li></ul>





#### DEELPRESTATIE VERBLIJF F (EXTRA INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)

Stoornis/psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"><li>• De psychiatrische stoornis is acuut tot chronisch, ernstig en ontregelend, hetgeen het dagelijks leven grotendeels beïnvloedt.</li><li>• Ziektebesef is beperkt, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig.</li><li>• Er is in beperkte mate sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling.</li><li>• Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of veel begeleiding behoeft.</li><li>• Er is sprake van gedragsproblemen die ontwijking of gevaar op agressie (naar zichzelf / anderen) veroorzaken, met een dagelijks risico hierop.</li></ul>
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"><li>• De patiënt is op meerdere levensgebieden niet zelfredzaam.</li><li>• De patiënt is niet in staat zelf structuur aan te brengen.</li><li>• De patiënt kan geen verantwoordelijkheid meer nemen voor zijn ADL en financiën.</li></ul>
Delictrisico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het delictrisico is hoog tot zeer hoog.</li></ul>
Leefklimaat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend.</li></ul>
Begeleidingsbehoefte	<ul style="list-style-type: none"><li>• De begeleidingsbehoefte is permanent en intensief.</li><li>• Er zijn regelmatig vormen van individuele begeleiding noodzakelijk, activiteiten vinden plaats in kleine groepen.</li><li>• Begeleiding/behandeling is gericht op zowel stabilisatie en nadere analyse van de complexe problematiek.</li></ul>
Inzet VOV-personeel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,3 netto fte tot en met 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.</li></ul>

#### DEELPRESTATIE VERBLIJF G (ZEER INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)

Stoornis/psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"><li>• De psychiatrische stoornis leidt tot acute, ernstige en ontregelende verstoring, hetgeen voortdurend problemen veroorzaakt in het dagelijks functioneren.</li><li>• Ziektebesef is zeer beperkt, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig.</li><li>• Er is zeer beperkt tot geen sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling.</li><li>• Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of veel begeleiding behoeft.</li><li>• Er is sprake van gedragsproblemen die ontwijking of gevaar op agressie (naar zichzelf / anderen) veroorzaken, met een continu risico hierop.</li></ul>
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"><li>• De patiënt is op geen enkel levensgebied zelfredzaam. De patiënt is niet in staat zelf structuur aan te brengen</li></ul>
Delictrisico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het actuele recidiverisico is hoog tot zeer hoog.</li></ul>
Leefklimaat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend met stabilisatie als primaire doelstelling.</li></ul>
Begeleidingsbehoefte	<ul style="list-style-type: none"><li>• De begeleidingsbehoefte is permanent en intensief.</li><li>• Er is veelal sprake van één op één of meermans begeleiding, ook bij activiteiten.</li><li>• Begeleiding/behandeling is gericht op stabilisatie en nadere analyse van de complexe problematiek</li></ul>
Inzet VOV-personeel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.</li></ul>



## BIJLAGE IX – DBBC-BEVEILIGINGSNIVEAU'S

### DBBC-beveiligingsniveau 1

#### *Uitgangspunten:*

- In een instelling vallend in beveiligingsniveau 1 worden primair patiënten geplaatst die alle vrijheden kunnen hebben.
- Er is sprake van een besloten setting. De buitendeur is permanent afgesloten.
- Binnen het gebouw kunnen patiënten zich vrij bewegen

#### **Materieel:**

- Aanwezigheid van raamstandbeperking<sup>24</sup>.
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is een 24-uurspost in het gebouw aanwezig.
- Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen een besloten setting.

#### **Immaterieel:**

- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt op vaste momenten (tenminste tweemaal per dag) gecontroleerd.
- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing / de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan of bij vermoedens van gebruik) en onaangekondigd plaats.

### DBBC-beveiligingsniveau 2

In de DBBC-systematiek is er sprake van 4 beveiligingsniveaus. In de praktijk worden 2 typen 'beveiligingsniveau 2' ingekocht: 2-laag en 2-hoog. De beschrijvingen hieronder zijn derhalve allebei gekoppeld aan beveiligingsniveau 2. Inkoper en zorgaanbieder moeten in onderling overleg bepalen welke voor hun van toepassing is.

#### DBBC beveiligingsniveau 2-laag

#### *Uitgangspunten:*

- In een instelling vallend in beveiligingsniveau 2-laag worden primair patiënten geplaatst die binnen een redelijke termijn (6 tot 12 weken) vrijheden kunnen krijgen (d.w.z. het al dan niet met begeleiding de beveiligde setting kunnen verlaten).
- Patiënten geplaatst in een instelling vallend in beveiligingsniveau 2-laag starten altijd op de gesloten afdeling.

#### **Materieel:**

- Aanwezigheid van perimeterbeveiliging (hekwerk) van minimaal 3,5 meter en/of raamstandbeperking in combinatie met doorbraakwerende beglazing.<sup>25</sup>
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is een 24-uurspost.
- Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
- Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen een gesloten setting.

#### **Immaterieel:**

- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling.

<sup>24</sup> Raamstandbeperking: ramen in buitengevels van zit-/slaapkamers, welke zich niet binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden dienen te worden uitgevoerd in P2A beglazing (zonder te openen raamdelen). Te openen raamdelen in buitengevels van zit-/slaapkamers die zich binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden dienen te zijn voorzien van een uitzetbeperking (maximale opening 13 cm).

<sup>25</sup> Ter verduidelijking van de eisen aangaande perimeterbeveiliging en/of raamstandbeperking, het volgende:

\* Perimeterbeveiliging: instellingen dienen te zijn omgeven door een minimaal 3,5 meter hoge barrière die niet zonder meer te ondergraven, doordringen of te overklommen is. Afhankelijk van de lokale situatie dient te worden voorzien in een doorzichtbeperking.

\* Raamstandbeperking: ramen in buitengevels van zit-/slaapkamers, welke zich niet binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden dienen te worden uitgevoerd in P2A beglazing (zonder te openen raamdelen). Te openen raamdelen in buitengevels van zit-/slaapkamers die zich binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden dienen te zijn voorzien van een uitzetbeperking (maximale opening 13 cm).



- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing / de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan en/of bij vermoedens van gebruik), periodiek en onaangekondigd plaats.
- Doorplaatsing / het krijgen van (meer) vrijheden wordt gefaseerd vormgegeven

## **DBBC-beveiligingsniveau 2-hoog**

### **Uitgangspunten:**

- In een instelling vallend in beveiligingsniveau 2-hoog worden primair patiënten geplaatst die binnen een redelijke termijn (6 tot 12 weken) vrijheden kunnen krijgen (d.w.z. het al dan niet met begeleiding de beveiligde setting kunnen verlaten).
- Patiënten geplaatst in een instelling vallend in beveiligingsniveau 2-hoog starten altijd op de gesloten afdeling.

### **Materieel:**

- De instellingen vallend in beveiligingsniveau 2 voldoen aan de DJI-eisen gesteld bij de aanbesteding van FPA capaciteit ten behoeve van de forensische zorg aan gedetineerden voor wat betreft omtrekbeveiliging en entree.  
Deze eisen hebben onder andere betrekking op de aanwezigheid van:
  - Een beveiligde doorloopsluis;
  - gecontroleerde in- en uitgang voor personen en goederen;
  - perimeterbeveiliging (hekwerk) van minimaal 3,5 meter;
  - doorbraakwerende beglazing;
  - raamstandbeperking.
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is een 24-uurspost in het gebouw.
- Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
- Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen de beveiligde ring.

### **Immaterieel:**

- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling.
- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing / de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan of bij vermoedens van gebruik) én onaangekondigd plaats.
- Doorplaatsing / het krijgen van (meer) vrijheden wordt gefaseerd vormgegeven.

## **DBBC-beveiligingsniveau 3**

### **Uitgangspunten:**

- In een instelling vallend in beveiligingsniveau 3 worden primair patiënten geplaatst die voor langere tijd binnen de beveiligde ring dienen te verblijven.
- Er is sprake van een gesloten setting met geringe bewegingsvrijheid.

### **Materieel:**

- De instellingen vallend in beveiligingsniveau 3 voldoen aan de DJI-eisen gesteld voor niveau 3 voor wat betreft omtrekbeveiliging en entree.  
Deze eisen hebben onder andere betrekking op de aanwezigheid van:
  - Beveiligde doorloopsluis;
  - gecontroleerde in- en uitgang voor personen en goederen;
  - perimeterbeveiliging (hekwerk) van minimaal 5,5 meter.
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is een 24-uurspost aanwezig.
- Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
- Volledig behandel- en therapieaanbod is beschikbaar binnen de beveiligde ring.
- Aanwezigheid van centrale post bij in- en uitgang van de beveiligde ring.

### **Immaterieel:**

- Aan-/afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling en bij de centrale post.



- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing / de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan en/of bij vermoedens van gebruik), periodiek en onaangekondigd plaats.
- Doorplaatsing / het krijgen van (meer) vrijheden wordt gefaseerd vormgegeven

#### **DBBC- beveiligingsniveau beveiligingsniveau 4**

##### **Uitgangspunten:**

- Op beveiligingsniveau 4 worden patiënten geplaatst die langdurig onder zeer hoge beveiliging moeten verblijven.
- Er is sprake van een gesloten setting met zeer geringe bewegingsvrijheid binnen het gebouw.

##### **Materieel:**

- De instellingen vallend in beveiligingsniveau 4 voldoen aan de DJI-eisen gesteld voor FPC's. Deze eisen hebben onder andere betrekking op de aanwezigheid van:
  - Een dubbele barrière;
  - een penitentiaal hekwerk van 5 meter en een muur, beide voorzien van detectie en cameraobservatie;
  - gecontroleerde in- en uitgang van personen en goederen;
  - beglazing buitenwandopeningen;
  - raamstandbeperking.
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
- Er is een 24-uurspost.
- Het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten van de instelling is aanwezig binnen de dubbele beveiligingsring.

##### **Immaterieel:**

- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling en bij de centrale post.
- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing / de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan of bij vermoedens van gebruik) periodiek, onaangekondigd en steekproefsgewijs plaats.
- Er is sprake van een gefaseerde resocialisatie van de patiënt. Deze wordt intensief begeleid door medewerkers.



## BIJLAGE X – PARALLELLITEIT DBBC'S

Parallele zorgtrajecten mogen niet eenzelfde diagnosehoofdgroep vallen. Zie hiervoor artikel 3.1.3 van de nadere regel.

Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-IV-TR worden aangeduid, en de diagnosehoofdgroepen zoals opgenomen in de prestatiecode. In onderstaande tabel wordt aangegeven welke hoofdgroepen ontstaan wanneer deze combinatie tussen DMS-IV-TR en de prestatiecode wordt gemaakt. In totaal zijn er voor de FZ 23 hoofdgroepen.

Parallelliteit FZ: hoofdgroepen	
001	Stoornissen in de kindertijd
002	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
003	Problemen ivm misbruik of verwaarlozing
004	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
005	Psychische stoornissen door een somatische aandoening
006	Stemmingsstoornissen
007	Angststoornissen
008	Somatoforme stoornissen
009	Nagebootste stoornissen
010	Dissociatieve stoornissen
011	Eetstoornissen
012	Slaapstoornissen
013	Stoornissen in de impulsbeheersing
014	Aanpassingsstoornissen
015	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
016	Bijkomende codes/ geen diagnose
017	Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd)
018	Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)
019	Bijkomende codes/ geen diagnose
020	Seksuele stoornissen
021	Stoornissen in de impulsbeheersing
022	Aan een middel gebonden stoornissen
023	Persoonlijkeitsstoornissen