

REGELING NR/FZ-0010

Regeling DBBC's FZ

Kenmerk
NR/FZ-0010

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

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	p. 2
1. Reikwijdte	p. 2
2. Doel van de regeling	p. 2
3. Afbakening DBBC's	p. 2
4. Begripsbepalingen	p. 2
2. Registratieproces	p. 5
2.1 Algemene registratiebepalingen	p. 5
2.2 Openen DBBC's	p. 5
2.3 Typeren	p. 7
2.4 Registreren	p. 10
2.5 Sluiten	p. 14
3. Bepalingen validatie DBBC's	p. 15
4. Declaratiebepalingen	p. 15
5. Informatiebepalingen	p. 16
6. Intrekking oude regels	p. 18
7. Overgangsbepaling	p. 18
8. Inwerkingtreding en citeerregel	p. 18
9. Toelichting	p. 19
10. Bijlage I – Activiteiten- en verrichtingenlijst	p. 24
11. Bijlage II – Definities activiteiten- en verrichtingenlijst	p. 33
12. Bijlage III – Zorgtypen	p. 39
13. Bijlage IV – Vastleggen aard van het delict	p. 43
14. Bijlage V – Feitelijke classificatie van DSM-IV-TR	p. 45
15. Bijlage VI – Beroepentabel	p. 47
16. Bijlage VII – Omschrijving SGLVG+	p. 51
17. Bijlage VIII – Deelprestaties verblijf	p. 52
18. Bijlage IX – DBBC-beveiligingsniveaus	p. 61

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 zorg¹, 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 op het gebied van registratie, validatie, declaratie en informatie, die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van DBBC's.

1.3 Afbakening DBBC's

Per 1 januari 2011 heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) naast de DBBC-systematiek ook ZZP's en extramurale parameters voor de forensische zorg (FZ) ingevoerd. 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:
 - a. ambulante begeleiding (extramurale parameters);
 - b. verblijf met begeleiding zonder behandeling (ZZP's);
 - c. verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek (ZZP's).

1.4 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *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 verlenen²;
- b. *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;

¹ 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).

² Zie artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van het Interimbesluit forensische zorg.

- c. *patiënt*: iemand die zorg afneemt, respectievelijk krijgt geleverd van een zorgaanbieder als bedoeld onder a;
- d. *hoofdbehandelaar*: zorgverlener, al dan niet in dienst van een rechtspersoon als bedoeld onder a, 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;
- e. *behandelaar*: zorgaanbieder die op de beroepenlijst voorkomt en activiteiten, verrichtingen en verblijfsprestaties kan registreren. Een behandelaar kan tevens een hoofdbehandelaar zijn;
- f. *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;
- g. *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;
- h. *DBBC-traject*: de periode waarin alle activiteiten (openen, typeren, registreren en sluiten) in het kader van de behandeling van de patiënt worden uitgevoerd;
- i. *DBBC-dataset*: de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de Regeling 'Verplichte informatieverstrekking zorgaanbieders van forensische zorg';
- j. *DBBC-prestatiecode*: de twaalfcijferige code, die het afgesloten en gevalideerde DBBC-traject beschrijft;
- k. *DBBC-tarief*: het DBBC-tarief bestaat uit de combinatie van het bedrag dat is gekoppeld aan de productgroep voor behandeling en de bedragen die gekoppeld zijn aan de verblijfssoorten (en het aantal dagen per verblijfssoort) volgens de tariefbeschikking DBBC's en overige producten FZ. Indien geen sprake is van verblijf, bestaat het DBBC-tarief uitsluitend uit het bedrag dat is gekoppeld aan de productgroep voor behandeling. Het tarief voor verblijf is gebaseerd op de volledige kostprijs van de verleende zorg, inclusief de normatieve huisvestingscomponent (NHC);
- l. *declaratiecode*: de zescijferige code waaraan het bedrag van het DBBC-tarief is gekoppeld;
- m. *AGB-code*: unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd;
- n. *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;
- o. *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;
- p. *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;
- q. *DBBC-registratie*: de vastlegging van het gehele zorgtraject van handelingen, activiteiten en verrichtingen dat het openen, typeren, registreren en sluiten omvat;
- r. *zorgtype*: het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt;

Kenmerk
NR/FZ-0010

- s. *hoofdgroepen*: DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in bepaalde hoofdgroepen. Er zijn voor de fz in totaal 8 diagnosehoofdgroepen;
- t. *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;
- u. *nevendiagnose*: als overige stoornissen zorgverzwarend werken kunnen deze worden geregistreerd als nevendiagnoses;
- v. *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;
- w. *opeenvolgende 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;
- x. *patiëntgebonden activiteiten*: activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt;
- y. *niet-patiëntgebonden activiteiten*: activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur;
- z. *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.);
- aa. *indirect patiëntgebonden tijd*: de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd), 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;
- bb. *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;
- cc. *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;
- dd. *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;
- ee. *verblijf*: hierbij gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van de verblijfsprestatie is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling;
- ff. *onderlinge dienstverlening*: de zorg als bedoeld in artikel 1 van de Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de FZ. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde

Kenmerk
NR/FZ-0010

zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder';

- gg. *forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)*: een instrument om TBS-patiënten 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;
- hh. *deze regeling*: de voorliggende regeling DBBC's FZ.

Kenmerk
NR/FZ-0010

2. REGISTRATIEPROCES

Dit hoofdstuk is gericht op het 'registreren' van een DBBC. 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.

2.1 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 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 normtijden³ per activiteit vast te stellen.

2.2 Openen DBBC's

1. Iedereen kan onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar een initiële DBBC en een vervolg-DBBC openen.⁴
2. De openingsdatum van een DBBC is gelijk aan de datum waarop de eerst(volgend)e directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

Initiële DBBC

3. In de volgende gevallen moet een initiële DBBC geopend worden:

³ De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken/updaten hiervan.

⁴ Het openen van een DBBC is een administratieve handeling waarvoor de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is.

- 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;⁵
- 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.

Kenmerk
NR/FZ-0010

Vervolg-DBBC

4. Indien een (initiële of vervolg-)DBBC 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is, dient de hoofdbehandelaar een vervolg-DBBC te openen met als openingsdatum de eerstvolgende patiëntgebonden activiteit.

Vervolg-DBBC in verband met fpt

5. Specifieke activiteiten en verrichtingen worden tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging door een forensisch psychiatrisch centrum (fpc) uitgevoerd. 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 (vervolg-)DBBC's in verband met fpt geldt het volgende:
 - a. op het moment dat een patiënt overgaat naar de fase proefverlof, 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'.⁶ 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 er tijdens de fase proefverlof een patiënt 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)-

⁵ Dit geldt ook als de strafrechtelijke titel gelijk blijft.

⁶ Zie paragraaf 2.5 'Sluiten' voor de overige afsluitredenen.

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'.⁷ 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.

2.3 Typeren

Het typeren van een DBBC bestaat uit verschillende onderdelen: het vastleggen van de identificatiegegevens van de patiënt, het vastleggen van het zorgtype, het vastleggen van de aard en mate van gevaar, het vastleggen van de aard van het delict en het vastleggen van de (primaire) diagnose van de patiënt.

1. Uitsluitend de hoofdbehandelaar mag typeren. De DBBC moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn.

Onderdeel I - Vastleggen identificatiegegevens

2. De volgende gegevens moeten in ieder geval vastgelegd worden:⁸
 - a. naam patiënt;
 - b. geboortedatum;
 - c. geslacht;
 - d. patiëntnummer;
 - e. strafrechtsketennummer (SKN);
 - f. circuit;
 - g. startdatum DBBC;
 - h. einddatum DBBC;
 - i. startdatum strafrechtelijke titel;
 - j. einddatum strafrechtelijke titel.

Onderdeel II - Vastleggen van het zorgtype

3. De hoofdbehandelaar noteert slechts één zorgtype dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft.⁹ De aanleiding van 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:

⁷ Zie paragraaf 2.5 'Sluiten' voor de overige afsluitredenen.

⁸ De identificatiegegevens zijn gebaseerd op de Regeling 'Verplichte informatieverstrekking zorgaanbieders van forensische zorg'.

⁹ Zie bijlage III voor de verschillende zorgtypen.

- 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 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 verlobbewegingen, 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).

Kenmerk
NR/FZ-0010

6. De classificatie van de aard van het delict gebeurt aan de hand van tien clusters die zijn benoemd in het BooG¹⁰-instrument.¹¹ Het is mogelijk meer dan één aard delict te registreren.

Kenmerk
NR/FZ-0010

Onderdeel V – Vastleggen van de diagnose van de patiënt

7. De hoofdbehandelaar registreert de feitelijke diagnose van de patiënt conform de integrale DSM-IV-TR¹². De registratie van de diagnose gebeurt met behulp van de diagnosetabel van DBC-Onderhoud die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. Hierbij moet de diagnose geregistreerd worden op vijf assen¹³:
- 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:
- 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 zijn. Tenzij er bij de diagnose op As 2 'Trekken van..' wordt gescoord, kan deze wel de primaire diagnose zijn;
 - c. de code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden

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

¹¹ Deze tien clusters staan weergegeven in bijlage IV Vastleggen aard van het delict.

¹² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

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

(hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).

Kenmerk
NR/FZ-0010

9. Indien de primaire diagnose van een openstaande initiële DBBC wijzigt en de nieuwe primaire diagnose valt in een andere hoofdgroep, dan wordt het zorgtraject en de bijbehorende DBBC gesloten en opnieuw een initiële DBBC geopend.

Parallele zorgtrajecten

10. Bij initiële parallelle DBBC's moeten de primaire diagnoses in verschillende hoofdgroepen van de diagnosetabel vallen. Er kunnen dan meerdere initiële DBBC's en bijbehorende zorgtrajecten geopend worden. De hoofdbehandelaar moet het openen van parallelle DBBC's kunnen verantwoorden.
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.

2.4 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'.¹⁴

1. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten mag de (hoofd)behandelaar niet op een DBBC registreren.
2. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum geldig zijn, zoals vermeld in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Daarnaast moeten behandelaren 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. Er mag géén reistijd geregistreerd worden indien er

¹⁴ Zie bijlage I.

gereisd moet worden naar een andere locatie binnen de eigen organisatie (AGB-code).

Kenmerk
NR/FZ-0010

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.
6. Indien er behandeltime aan het 'systeem van de patiënt'¹⁵ 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. Daarom registreert de opdrachtgevende zorgaanbieder in het geval van onderlinge dienstverlening de activiteiten die de uitvoerende zorgaanbieder heeft uitgevoerd op de bestaande DBBC. De opdrachtgever betaalt de opdrachtnemer vervolgens 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.¹⁶
 - 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 stagiairs en behandelaren de opleiding nog niet hebben afgerond, mag er niet geregistreerd worden op het beroep waarvoor ze nog in opleiding zijn;
 - 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.
 - i. wanneer medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en somatische beroepen worden ingezet als (mede)behandelaar, moet hun bestede tijd geregistreerd worden aan de hand van de activiteiten- en verrichtingenlijst;
 - ii. de uitgevoerde activiteiten en verrichtingen van aanwezigheid- en beschikbaarheidsdiensten van medische of andere beroepen moeten ook met behulp van de registratielijst geregistreerd worden.

Categorie II – Dagbesteding

9. Iedereen kan, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, binnen de DBBC dagbesteding registreren.

¹⁵ 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.

¹⁶ De beroepentabel is te vinden in bijlage VI.

10. Dagbesteding is een aparte deelprestatie. Er wordt alleen dagbesteding geregistreerd als:
- de patiënt daadwerkelijk aanwezig is. Hierbij registreert de behandelaar het aantal uren dat de patiënt dagbesteding krijgt;¹⁷
 - dagbesteding in het kader van de (psychiatrische) behandeling is;
 - dagbesteding terug te vinden is in het behandelplan dat opgesteld is door de behandelaar.
11. De volgende vormen van dagbesteding zijn te onderscheiden:
- dagbesteding sociaal;
 - dagbesteding activering;
 - dagbesteding educatie;
 - dagbesteding arbeidsmatig;
 - dagbesteding overig.
12. Tijdens dagbesteding mogen er géén directe patiëntgebonden behandelactiviteiten geregistreerd worden.
13. Dagbesteding mag tegelijkertijd geregistreerd worden met verblijfsdagen.

Kenmerk
NR/FZ-0010

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 verblijfsprestatie gaat het om een 'kale verblijfsdag'. Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid aan de hand van verblijfsprestaties.

14. Alleen behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de DBBC is opgenomen in de DBBC-beroepentabel mogen verblijfsdagen registreren.
15. Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt is één van de 28 prestaties van verblijf van toepassing welke het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg.¹⁸ Declaratie vindt plaats overeenkomstig de verblijfsdagen die telkens, volgens de zorgvraag van de patiënt, van toepassing zijn.
16. 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 voor 20:00 uur is opgenomen (dit geldt zowel bij eerste opname als bij heropname) en 's nachts in de instelling verblijft, kan voor die dag nog een verblijfsdag worden geregistreerd.
17. In de volgende gevallen mogen de dagen dat de patiënt niet aanwezig is, geregistreerd worden als een verblijfsprestatie:
- ziekenhuisopname;
 - onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof;
 - time-out TBS-gestelde;
 - kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit GGZ naar penitentiaire inrichting (PI);
 - no-show klinisch;

¹⁷ Bij dagbesteding wordt er geregistreerd in uren. Bij diagnostiek en behandeling in minuten.

¹⁸ Zie bijlage VIII Deelprestaties verblijf.

f. onttrekking.

Kenmerk
NR/FZ-0010

18. 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 te registreren.
19. Op basis van het voor de patiënt benodigde beveiligingsniveau wordt een keuze gemaakt uit de beveiligingsniveaus.¹⁹

Categorie IV - Verrichtingen

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

20. Verrichtingen mogen alleen geregistreerd worden door behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBBC is opgenomen in de DBBC-beroepentabel.
21. Bij ECT moet de behandelaar de tijd én het aantal behandelingen ECT registreren. Dit betekent dat de DBBC twee zaken bevat:
- verrichting ECT: het aantal behandelingen ECT wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst;
 - activiteit ECT: beroepen die voorkomen op de beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ECT.
22. 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:
- 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;
 - activiteit Farmacotherapie: bij de ambulante verstrekking van Methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit 'farmacotherapie'.
23. 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:
- 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.
 - 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.
 - Als er geen sprake is van een time-out en de patiënt dus buiten het fpc verblijft, kunnen er geen verblijfsdagen geregistreerd worden.

¹⁹ Zie bijlage IX DBBC-beveiligingsniveau's.

- 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.

2.5 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.
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 verhuisd naar een andere regio;
 - ii. langdurig niet meer is op komen dagen;
 - iii. 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 beëindigingdatum 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 onvoorziene beëindiging strafrechtelijke titel;
 - h. time-out.

3. 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 DBC-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 '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). 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.

4. DECLARATIEBEPALINGEN

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

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.
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 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.

Kenmerk
NR/FZ-0010

Onderlinge dienstverlening

4. 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 DBBC's forensische zorg'.

Overige producten

5. De overige producten (OVP's) hebben geen relatie met het DBBC-traject van een patiënt. De integrale tarieven voor de overige producten kunnen daarom afzonderlijk gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Voor meer informatie over OVP's wordt verwezen naar de beleidsregel 'prestaties en tarieven DBBC's forensische zorg'.

5. INFORMATIEBEPALINGEN

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. De openingsdatum van de vervolg DBBC volgt op de sluitingsdatum van de voorgaande DBBC. Deze mag niet op dezelfde dag zijn als de sluitdatum van de eerdere 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).

Kenmerk
NR/FZ-0010

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. *Strafrechtketenummer (SKN)*

Het strafrechtketenummer 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. *Verblijfsoorten*

De verblijfssoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van de intensiteit van het verblijf en het niveau van beveiliging. 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.

Kenmerk
NR/FZ-0010

13. Deelprestaties

De volgende deelprestaties worden onderscheiden:

- a. electroconvulsietherapie (ECT);
- b. forensisch psychiatrisch toezicht (FPT)
- c. ambulante methadon verstrekking (AMV);
- d. dagbesteding

6. INTREKKING OUDE REGELS

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'DBBC's FZ', met kenmerk NR/FZ-007 ingetrokken.

7. OVERGANGSBEPALING

De regeling 'DBBC's FZ', met kenmerk NR/FZ-007 blijft 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.

8. INWERKINGTREDING EN CITEERREGEL

Deze regeling treedt in werking op 1 januari 2015. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling DBBC's FZ'.

de Raad van Bestuur van de
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Toelichting

Kenmerk
NR/FZ-0010

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) van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) koopt deze zorg vooraf in bij zorgaanbieders. De zorgaanbieders verantwoorden vervolgens de geleverde zorg door middel van de DBBC-registratie. 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-systematiek 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 zal daarnaast ook een handhavende rol aan de NZa worden toegeschreven.

Aanleiding voor de nieuwe bevoegdheden is het feit dat het ministerie van VenJ verschillende rollen heeft. Het ministerie is namelijk 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 met of zelfs tegenstrijdigheden zullen 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.

Met ingang van 1 januari 2014 is daarnaast het 'Spelregeldocument', dat wordt opgesteld door DBC-Onderhoud en werd vastgesteld door de NZa, opgenomen in deze regeling. Bij verschillen tussen de inhoud van het spelregeldocument en de regeling gaat deze regeling van de NZa vóór de spelregels van DBC-Onderhoud.

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.
- 1.3: of de DBBC-systematiek of de ZZP's/extramurale parameters van toepassing is, is afhankelijk van of behandeling onderdeel is van het zorgplan.

Kenmerk
NR/FZ-0010

Artikel 2

- 2.1.3: 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.
- 2.3.10 t/m 2.3.12: 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 behandelaar dit te kunnen verantwoorden.
- 2.4.10: in het DBBC-systematiek 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.
- 2.4.15: 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 verblijfprestatie. 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.
- 2.4.16: 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

- 4.4: 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.

Kenmerk
NR/FZ-0010

de Raad van Bestuur van de
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

BIJLAGE I**ACTIVITEITEN- EN VERRICHTINGENLIJST**Kenmerk
NR/FZ-0010**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?
------------	-------	----------------	-------------	---------------	---------------	------------

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

1. Pré-intake	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
---------------	---------------	----	-----	----	-----	----

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

3.1.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3	<u>Psychotherapie</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1	Psychoanalyse	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2	Psychodynamische psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3	Gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4	Cognitieve gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5	Interpersoonlijke therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee

3.1.3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6	Patiëntgerichte therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7	Systeemtherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.7.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8	Overig psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.8.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4	<u>Overige (communicatieve) behandeling</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	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	Farmacotherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3	Fysische therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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	Vaktherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.1	<u>Creatieve therapie (drama, beeldend, muziek, dans, etc)</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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	<u>Psychomotorische therapie (beweging, expressie)</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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	<u>Vaktherapie overig</u>	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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	Fysiotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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	Ergotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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
4. Begeleiding		Tijdschrijven	Nee				
4.1	Activerend begeleidingscontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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	Ondersteunend begeleidingscontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	NR/5Z-0010	Ja	Nee
4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
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	Beveiligende begeleiding	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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	Financiële/fiscale begeleiding	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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

5. Verpleging		Tijdschrijven	Nee				
5.1	Verpleging	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
7. Algemeen indirecte tijd		Tijdschrijven	Nee				
7.1	Zorgcoördinatie	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.2	No show	Tijdschrijven	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja
7.3	Interne patiëntbespreking (MDO)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.5	Verslaglegging algemeen (b.v. correspondentie, brief)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.7	Regelen tolken	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.8	Dossierstudie	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.9	Extern overleg met derden (buiten de instelling)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
7.10	Activiteiten ivm juridische procedures (b.v. IBS, Bopz)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja

VERBLIJF

Kenmerk

8. Verblijf (per verblijfsdag)		Verblijfsdag	Nee				
8.5	Verblijf forensisch	Verblijfsdag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
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
8.5.47	Verblijfssoort G4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.7	No show klinisch	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee

DAGBESTEDING

9. Dagbesteding		Dagbesteding	Nee				
9.1	Dagbesteding sociaal (ontmoeting)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.2	Dagbesteding activering (dagactiviteiten)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.3	Dagbesteding educatie	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.4	Dagbesteding arbeidsmatig	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.5	Dagbesteding overig	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee

VERRICHTINGEN

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

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 vervolgetraject 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.

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 milieu's.
- 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 in het spelregeldocument van DBC-Onderhoud.

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 (...).

Kenmerk
NR/FZ-007

- 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. *Steunend en structurend 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 kinderpsychotherapie, 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 zenuwbanden. 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*

Kenmerk
NR/FZ-007

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, verkoeververpleegkundige) 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 patiëntstelsel, 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.

Kenmerk
NR/FZ-007

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:
- i. ofwel coördineren van de zorg van verschillende behandelaren of afdelingen binnen een instelling;
 - ii. 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:
- i. Op de activiteit No show mag geen (in)directe tijd geschreven worden.
 - ii. 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 gemoed 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.

Kenmerk

NR/FZ-007

Verrichtingen

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

Bij een strafrechtelijke titel TBS met dwangverpleging kunnen "Zelfstandig Gevestigde Praktijken" 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.

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 reclassering. De zorgvormen waarnaar in deze situaties kan worden toe geleid, beperken zich tot die waarvoor de reclassering mag indiceren: ambulante zorg en RIBW.

Fpt proefverlof – 144²⁰ 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 – 145²¹ 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 – 146²²

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 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.

²⁰ 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

²¹ 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

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

BIJLAGE IV

Kenmerk

NR/FZ-007

VASTLEGGEN AARD VAN HET DELICT

Delictclassificatie	
Cluster	Omschrijving delict
0: Preventief gehecht, Voorgenomen indicatiestelling ²³	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	
4: Midden geweld	Bedreiging
	Belaging
	Hulp bij zelfdoding
	Mishandeling met voorbedachten rade
	Wapenbezit
	Intimidatie
	Openlijke geweldpleging
	Opruiing
	Onttrekking minderjarige aan het gezag

²³ 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.

5: Vermogen met geweld	Diefstal met geweld	Kenmerk
	Afpersing	NR/FZ-007
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	
8: Leven	Verkrachting	
	Kinderdoodslag	
	Kindermoord	
9: Brand & Drinkwater	Doodslag	
	Brandstichting	
10: Leven extra	Vergiftigen van drinkwater	
	Doodslag gecombineerd met een ander delict	
	Moord	

BIJLAGE V

Kenmerk

NR/FZ-007

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: Persoonlijkheidsstoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Zwakzinnigheid (stoornissen in de kindertijd) <ul style="list-style-type: none"> - Lichte zwakzinnigheid - Matige zwakzinnigheid - Ernstige zwakzinnigheid - Diepe zwakzinnigheid - Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd 	Restgroep diagnoses
Persoonlijkheidsstoornissen <ul style="list-style-type: none"> - Paranoïde persoonlijkheidsstoornis - Schizoïde persoonlijkheidsstoornis - Schizotypische persoonlijkheidsstoornis - Antisociale persoonlijkheidsstoornis - Borderline persoonlijkheidsstoornis - Theatrale persoonlijkheidsstoornis - Narcistische persoonlijkheidsstoornis - Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis - Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis - Obsessieve – compulsieve persoonlijkheidsstoornis - Persoonlijkheidsstoornis NAO - Uitgesteld / geen persoonlijkheidsstoornis 	Persoonlijkheidsstoornissen
Zwakkbegaafdheid (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	

AS 4: Psychosociale en omgevingsfactoren	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
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	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.
Geen diagnose/factor op As 4 aanwezig	

AS 5: GAF-score	
GAF	
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 BIG²⁴ geregistreerde beroepen die bevoegd én bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM-IV-TR, kunnen patiënten typeren met behulp van de typeringslijst.

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

²⁴ 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.

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

Kenmerk
NR/FZ-007

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

DBBC-BEROEPENTABEL

beroepcode	Korte functie beschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
MB	Medische Beroepen	Medische beroepen
<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

PT	Psychotherapeutische beroepen	Psychotherapeutische beroepen
<i>PT.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basis beroep Gezondheidszorg (BG)</i>
PT.BG.psth	PT – psychoth	Psychotherapeut
AG	Agogische beroepen	Agogische beroepen
<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
PB	Psychologische beroepen	Psychologische beroepen
<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
VK	Vaktherapeutische beoepen	Vaktherapeutische beoepen
<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
VB	Verpleegkundige beroepen	Verpleegkundige beroepen
<i>VB.BG</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg</i>

	(BG)	(BG) Kenmerk
VB.BG-verplk	VB – verplk	Verpleegkundige (art.3)
VB.F	<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
VB.SP	<i>Specialisme (SP)</i>	<i>Specialisatie / functiedifferentiatie</i>
VB.SP.vrplsp	VB – verplk.spec	Ggz verpleegkundig specialist
OV	Somatische beroepen (Wet BIG)	Somatische beroepen
OV.BG	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>	<i>Basisberoep Gezondheidszorg (BG)</i>
OV.BG.fysio	OV - Fysioth	Fysiotherapeut
OV.BG.ergo	OV - Ergoth	Ergotherapeut
OV.BG.diet	OV - Diëtist	Diëtist
OV.BG.logo	OV - Logopedist	Logopedist
OV.SP	Specialisme (SP)	Specialisatie/functiedifferentiatie
OV.SP.neur	OV - Neuroloog	Neuroloog
OV.SP.harts	OV - Huisarts	Huisarts
OV.SP.karts	OV - Kinderarts	Kinderarts
OV.SP.kger	OV -Klin.geriater	Klinisch geriater
OV.SP.artsmg	OV – Arts maatsch.gzh	Arts maatschappij en gezondheid

BIJLAGE VII

Kenmerk

NR/FZ-007

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.</p> <p>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 groepsomvang is een verhogende factor voor de totale omvang van de voorziening.</p> <p>Binnen de voorziening zijn specifieke bouwkundige en installatietechnische aanpassingen op het gebied van gedragsproblematiek aanwezig.</p> <p>Het gaat bij deze setting specifiek om een setting voor geestelijk gehandicapten (LVG). Het is nadrukkelijk geen psychiatrische setting.</p>

BIJLAGE VIII

Kenmerk

NR/FZ-007

DEELPRESTATIES VERBLIJF

Overzicht verschillende verblijfssoorten

Verblijfsintensiteit	Beveiligingsniveau			
	(Zeer) laag (1)	Gemiddeld (2) ²⁵	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

DEELPRESTATIE VERBLIJF A (LICHTE VERZORGINGSGRAAD)	
Stoornis/psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> De psychiatrische stoornis is stabiel, er is kans op verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld wanneer de patiënt buiten de structuur van de afdeling verblijft. Er is sprake van ziektebesef en (enige mate van) ziekteinzicht, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn binnen de structuur van de afdeling voldoende. Er is sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er bestaat geen risico op terugval op korte termijn wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft. Er bestaat geen kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft.
Zelfredzaamheid	<ul style="list-style-type: none"> Er is sprake van maatschappelijk relevante dagbesteding. ADL-vaardigheden zijn voldoende. Er is een sociaal netwerk aanwezig, maar de patiënt heeft ondersteuning nodig bij het onderhouden van het sociaal netwerk. Er is enige ondersteuning nodig bij de financiën.
Delictrisico	<ul style="list-style-type: none"> Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal).
Leefklimaat	<ul style="list-style-type: none"> 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.
Begeleidingsbehoefte	<ul style="list-style-type: none"> Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten. 24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op.
Inzet VOV-personeel	<ul style="list-style-type: none"> Op deze setting wordt 0,3 en minder netto fte²⁶ per bed/plaats ingezet.

²⁵ 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.

²⁶ Netto fte staat voor ingeroosterd zorgverlenend VOV-personeel.

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

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

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

Kenmerk

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

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

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

BIJLAGE IX

Kenmerk

NR/FZ-007

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 raamstandbeperking²⁷.
- 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 hertraint 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.

²⁷ 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).

DBBC-beveiligingsniveau 2

Kenmerk

NR/FZ-007

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.²⁸
- 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.
- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing / de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomangement 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

²⁸ 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).

DBBC-beveiligingsniveau 2-hoog

Kenmerk

NR/FZ-007

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 hertraint 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

Kenmerk

NR/FZ-007

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 4

Kenmerk

NR/FZ-007

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 penitentiair 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.