

Autoriteit Persoonsgegevens
Raad van Bestuur
T.a.v. mevrouw drs. C.E. Mur
Postbus 93374
2509 AJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
directie Regulering

Telefoonnummer
088 -770 8 770

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
0394698/849791

Onderwerp
Adviesverzoek regelgeving ggz in het kader van privacywetgeving

Datum
23 maart 2021

Geachte mevrouw Mur,

Op 26 maart 2020 raadpleegde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) over de nieuwe bekostiging in de ggz in relatie tot de privacywetgeving. In deze nieuwe bekostiging blijft de DSM-diagnosehoofdgroep behouden als instrument voor zorgvraagtypering. De onderbouwing voor het behoud van de DSM-diagnosehoofdgroep op de factuur hebben wij aan u voorgelegd. Met uw brief van 16 april 2020, kenmerk z2020-06321, liet u weten geen opmerkingen te hebben bij deze onderbouwing.

Dit antwoord maakte de weg vrij voor besluitvorming over de invoering van het zorgprestatie-model als nieuw bekostigingssysteem voor de ggz en fz. Veldpartijen hebben sindsdien veel vooruitgang geboekt met betrekking tot een andere invulling van de zorgvraagtypering dan de DSM-diagnosehoofdgroep. Inmiddels heeft de staatssecretaris van VWS in overleg met partijen besloten om per 2022 de nieuwe bekostiging in te voeren en gelijktijdig een nieuwe zorgvraagtypering. Deze nieuwe zorgvraagtypering moet de DSM-diagnosehoofdgroep binnen een periode van twee jaar gaan vervangen.

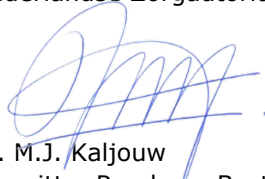
De invoering van de nieuwe zorgvraagtypering betreft een wijziging ten opzicht van de regelgeving die wij eerder aan u hebben voorgelegd. Vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid en op verzoek van de staatssecretaris van VWS willen wij bijgaande onderbouwing van de noodzaak van dit nieuwe systeem van zorgvraagtypering aan u voorleggen in het kader van een wetgevingsadvies. Dit verzoek dienen wij mede in namens Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS en na consultatie van Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn N.V.

Mochten bijgaand stukken aanleiding geven tot vervolgvragen, dan zijn wij van harte bereid om een verdere toelichting te geven.

Kenmerk
0394698/849791

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

Pagina
2 van 2



dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlagen:

- Notitie onderbouwing invoering zorgvraagtypering
- Handleiding zorgprofessionals zorgvraagtypes en omschrijvingen
- Concept Beleidsregel zorgprestatie model
- Concept Nadere Regel zorgprestatie model
- Notitie NZa: Onderbouwing DSM diagnosehoofdgroep (aangeboden bij het adviesverzoek aan de AP van 26 maart 2020).
- Notitie Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn: Onderbouwing voor het behoud van de DSM-diagnosehoofdgroep op de declaratie (aangeboden bij het adviesverzoek aan de AP van 26 maart 2020).

1. Inleiding

- 1.1 In dit addendum licht de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het concept voor de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (conceptregeling) toe ten behoeve van de raadpleging van de Autoriteit persoonsgegevens (AP) op grond van artikel 36, vierde lid, van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).
- 1.2 De conceptregeling strekt tot de invoering van een nieuwe zorgvraagtypering in het kader van de nieuwe bekostigingssystematiek voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz), het zorgprestatie-model. In haar op 30 april 2019 gepubliceerde advies 'Zorgprestatie-model ggz en fz'¹ adviseerde de NZa om per 2022 het zorgprestatie-model in te voeren als bekostigingsmodel voor de ggz en de forensische zorg (fz).
- 1.3 De conceptregeling komt in de plaats van de eerdere concept Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg waarover de NZa de AP op 26 maart 2020 raadpleegde. Die strekte tot het voorlopig behoud van de DSM-diagnosehoofdgroep en de zorgvraagzwaarte-indicator (zvzi) als zorgvraagtypering. De NZa lichtte deze eerdere conceptregeling toe in een notitie van eveneens 26 maart 2020.
- 1.4 Bij brief van 16 april 2020, kenmerk z2020-06321, liet de AP weten geen opmerkingen te hebben op die eerdere conceptregeling.
- 1.5 In paragraaf 10.4 van die notitie noemde de NZa al dat veldpartijen werkten aan een andere invulling van de zorgvraagtypering die meer recht zou doen aan de gebruiksdoelen van zorgvraagtypering. Die andere invulling geeft de nu voorliggende conceptregeling met de invoering van de nieuwe zorgvraagtypering.
- 1.6 Het nieuwe systeem van zorgvraagtypering moet de functies van de DSM-diagnosehoofdgroep gaan overnemen na een transitiefase van twee jaar. Deze transitiefase is bedoeld om de overgang van de huidige typering naar de nieuwe typering te kunnen faciliteren.
- 1.7 We leggen in deze notitie graag de privacy implicaties aan de AP voor van de beoogde vervanging van de DSM-classificatie als zorgvraagtypering door het nieuwe model van zorgvraagtypering. Dit doen wij mede namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS.
- 1.8 De doelen waarvoor de nieuwe zorgvraagtypering zal worden gebruikt en de wettelijke taken in het kader waarvan de zorgvraagtypering zal worden verwerkt wijzigen niet. Wat daarover is toegelicht in de notitie van 26 maart 2020 ter toelichting op de eerdere conceptregeling geldt onverminderd. Dat geldt ook voor de opheffing van het verbod om gezondheidsgegevens, waartoe de zorgvraagtypering kan worden gerekend.
- 1.9 Hieronder gaan wij in hoofdstuk 2 in op de ontwikkeling en het besluitvormingstraject, in hoofdstuk 3 op de noodzaak van zorgvraagtypering, in hoofdstuk 4 op de aanleiding voor een nieuwe zorgvraagtypering, in hoofdstuk 5 op de nieuwe zorgvraagtypering, in hoofdstuk 6 op de AVG-grondslagen, in de hoofdstukken 7 en 8 op de proportionaliteit en subsidiariteit, in hoofdstuk 9 op de

¹ <https://www.zorgprestatie-model.nl/shared/content/uploads/2019/09/Advies-zorgprestatie-model-ggz-en-fz-DEFINITIEF.pdf>



transitiefase, in hoofdstuk 10 op mitigerende maatregelen, waarna wij deze toelichting met hoofdstuk 11 afsluiten.

2. Ontwikkeling en besluitvorming

- 2.1 De staatssecretaris van VWS heeft in overleg met partijen² besloten om per 2022 de nieuwe bekostiging met de nieuwe zorgvraagtypering voor de ggz landelijk in te voeren voor zowel de specialistische ggz als de generalistische basis-ggz. Voor dit besluit is tijdens een bestuurlijk overleg van 21 augustus 2020 door partijen unaniem steun uitgesproken. Hierover heeft de staatssecretaris de Tweede Kamer geïnformeerd per brieven van 14 september 2020³ en 6 oktober 2020.⁴ De staatssecretaris heeft diverse vragen van de Tweede Kamer beantwoord per brief van 25 november 2020.⁵
- 2.2 De partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ hebben op 11 november 2020 in een bestuurlijk overleg met de NZa hun steun uitgesproken voor de nadere invulling, uitwerking en doorontwikkeling van deze verbeterde zorgvraagtypering.
- 2.3 Alle betrokken partijen (aanbieders, patiënten, zorgverzekeraars, overheid) hebben ingestemd met het Zorgvraagtyperingsmodel en het doorlopen proces. De NZa komt tot de conclusie dat het nieuwe systeem een goede balans kent tussen enerzijds het belang van bescherming van de privacy van bijzondere persoonsgegevens van patiënten en anderzijds het delen van noodzakelijke en proportionele informatie zodat zorgverzekeraars maar ook de Rijksoverheid hun taken kunnen uitoefenen die in de Zorgverzekeringswet zijn vastgelegd.
- 2.4 De partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ⁶ zijn de afgelopen jaren zeer nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van het onderzoek naar een verbeterd model van zorgvraagtypering, alsmede de privacy implicaties van de transitiefase (2022-2023) die daaraan vooraf gaat. Dit heeft plaatsgevonden in een gezamenlijk programma van partijen waar ook de NZa deel van uitmaakt.

3. Noodzaak zorgvraagtypering

- 3.1 De nieuwe bekostiging voor de ggz, het zorgprestatie-model, heeft een vorm van zorgvraagtypering nodig om zorgverzekeraars en ZINL in staat te stellen hun wettelijke taken goed te kunnen uitvoeren. Die wettelijke taken zijn beschreven in hoofdstuk 2 van de notitie van 26 maart 2020 en betreffen (formele en materiële) controle, voldoende zorginkoop en in het verlengde daarvan de risicoverevening. Aan advies 'Zorgprestatie-model ggz en fz' zijn ontwerpcriteria ontleend voor de ontwikkeling van de zorgvraagtypering.⁷

² Bestuurlijk overleg van 21 augustus 2020 onder voorzitterschap van de staatssecretaris van VWS met afgevaardigden van: de Nederlandse ggz, NVvP, LVVP, MEER GGZ, NIP, P3NL, V&VN, Mind, ZN, J&V en NZa

³ Kamerstuk 25 424, nr. 552.

⁴ Kamerstuk 25 424, nr. 554.

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 578.

⁶ Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022, Kamerstuk 25 424, nr. 420.

⁷ Zie pagina 6 van het Plan van aanpak Zorgprestatie-model:

<https://www.zorgprestatie-model.nl/shared/content/uploads/2019/09/20190910-Definitief-plan-van-aanpak.pdf>



- 3.2 Een van de kerndoelstellingen die in het Hoofdlijnenakkoord GGZ voor de nieuwe bekostiging is geformuleerd, is het ondersteunen van de (toetsing op) gepast gebruik van zorg.⁸ Hiervoor is een adequate zorgvraagtypering noodzakelijk. Zorgvraagtypering is een noodzakelijke randvoorwaarde voor het kunnen maken van passende afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik en een doelmatige inzet van middelen. De introductie van een verbeterde zorgvraagtypering is onder andere nodig voor het effectiever kunnen aanpakken van de wachtlijsten in de ggz en voor het doelmatig organiseren van passende zorg voor patiënten, waaronder patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening (zie Kamerstuk 25 424, nr. 554).⁹ Mede door het ontbreken van een geschikte uniforme taal komen goede afspraken hierover nu niet altijd tot stand. De juiste allocatie van middelen is een belangrijke doelstelling van de introductie van het zorgprestatie­model in samenhang met de verbeterde zorgvraagtypering: de zwaarste zorg krijgt de hoogste vergoeding.
- 3.3 Het belang dat ook het parlement hecht aan de invoering van een verbeterd systeem van zorgvraagtypering komt tot uiting in de aangenomen motie van den Berg c.s.¹⁰ waarin de regering wordt opgeroepen zeker te stellen dat per 2022 de nieuwe bekostiging slechts zal starten indien gelijktijdig de zorgvraagtypering in werking treedt.
- 3.4 Hoofdstuk 8 van de notitie van 26 maart 2020 benoemt de eisen waaraan een zorgvraagtypering moet voldoen. Kort gezegd is het voor zorgverzekeraars noodzakelijk ten behoeve van hun controle- en inkoop­taken, om zicht te houden op verbanden tussen zorgvraag en de geleverde zorg en om op individueel niveau uitgekeerde schade te verantwoorden ten behoeve van de risicoanalyse, wettelijke controletaken en in het verlengde daarvan voor de door het Zorginstituut uit te voeren risicoverevening. Een zorgvraagtypering die zorgkosten achteraf zo goed mogelijk kan verklaren en vooraf zo goed mogelijk kan voorspellen is daarvoor minimaal noodzakelijk.
- 3.5 Vermelding van de zorgvraagtypering op de factuur (in de vorm van de numerieke zorgvraagtypecode) is voor de zorgverzekeraar minimaal nodig om uit de gedeclareerde prestatie af te leiden voor welke zorgvraag van de verzekerde de betreffende prestatie noodzakelijk is en dit in de risicoanalyse te kunnen vergelijken met andere facturen. Zonder de zorgvraagtypecode zijn declaraties onvoldoende onderscheidend, waardoor de mogelijkheid tot het maken van een zinvolle vergelijking in de risicoanalyse grotendeels wegvalt. Met alleen geaggregeerde informatie is deze risico inschatting niet te maken, waardoor structureel veel (meer) handmatige dossiercontroles nodig zouden zijn. Deze menselijke controle in volledige patiëntendossiers zou een grotere inbreuk op de privacy van een patiënt maken dan een controle op een zorgvraagtypecode. De zorgvraagtypecode vormt daarom een essentiële schakel in de controlemogelijkheden van de zorgverzekeraar.

⁸ Zie paragraaf 5.4a van het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022, Kamerstuk 25 424, nr. 420.

⁹ In de 'Startnotitie doelen Zorgvraagtypering', die partijen bestuurlijk hebben vastgesteld binnen het programma Zorgprestatie­model, staat beschreven welke doelen partijen in de ggz verder nog voor ogen hebben met het verbeteren van de zorgvraagtypering. Zie: <https://www.zorgprestatie­model.nl/shared/content/uploads/2020/03/200122-startnotitie-doelen-zorgvraagtypering.pdf>

¹⁰ [Gewijzigde motie van den Berg cs.](#) Vergaderjaar 2020-2021; Nr. 575 (Ter vervanging van die gedrukt onder nr. 565).

- 3.6 Daarnaast moeten zorgverzekeraars zorg inkopen die aansluit bij de aard en omvang van de zorgvraag van verzekerden in een bepaalde regio en vervolgens controleren of de geleverde zorg voldoet aan de in de Zvw geldende eisen ten aanzien van stand van wetenschap en praktijk en aan de overeengekomen contractuele afspraken in het eigen inkoopcontract. Hiervoor is het van belang dat de zorgvraagtypering een beeld geeft van de actuele stand van zorgvraag in een bepaalde regio en de in te kopen zorg voor de komende periode waarvoor de zorgverzekeraar moet inkopen. Ook hierbij is het nodig dat de zorgvraagtypering zo goed mogelijk voorspellend is voor de verwachte behoefte aan zorg in een regio. Op het moment dat een zorgverzekeraar inzicht heeft in de historische vraag in een regio naar een specifiek soort zorg kan hij dit ook gerichter inkopen, dit helpt o.a. om wachtlijsten te beperken en de toegankelijkheid van de ggz te borgen.
- 3.7 Tot slot kopen zorgverzekeraars de zorg voor sommige zorgvragen bovendien selectief in bij bepaalde zorgaanbieders. Sommige zorgverzekeraars kopen bijvoorbeeld zware zorg, waarvoor een multidisciplinaire aanpak nodig is, niet in bij vrijgevestigden. Gelet hierop moet de zorgverzekeraar kunnen controleren of de geleverde zorg binnen het overeengekomen contract valt. Hiervoor is de vermelding van de zorgvraagtypecode op de factuur nodig.

4. Aanleiding voor een nieuw zorgvraagtyperingsmodel

- 4.1 Het Zorgvraagtyperingsmodel dat per 2022 wordt ingevoerd verschilt in aard en opzet van de DSM-classificatie die op dit moment, in de vorm van DSM-diagnosehoofdgroep wordt gebruikt.
- 4.2 De DSM is ontworpen als een systematiek om de zorginhoudelijke aard van de zorgvraag (de diagnose) van de patiënt te classificeren. De DSM-classificatie kan weliswaar worden gebruikt voor de gebruiksdoelen van zorgvraagtypering, zoals benoemd in paragraaf 3 van deze notitie, maar is daar niet specifiek voor ontwikkeld.

5. Het nieuwe zorgvraagtyperingsmodel

- 5.1 Het nieuwe typeringsmodel dat per 2022 wordt ingevoerd is door professionals uit het ggz-veld ontwikkeld specifiek voor de gebruiksdoelen in het kader van de bekostigingssystematiek. Dit Zorgvraagtyperingsmodel is minder geënt op de aard en meer op de zwaarte van de zorgvraag. Het model is daardoor effectiever in het bereiken van de doelen van zorgvraagtypering, zoals verderop in deze paragraaf nader wordt toegelicht. We hanteren met andere woorden niet meer een bestaande medische classificatie die niet met het oogmerk van de doelen van de zorgvraagtypering is ontwikkeld en daarom ook onvoldoende effectief is om die doelen te bereiken.
- 5.2 Het model van zorgvraagtypering in de ggz is uitgewerkt in de bijlage 'Handleiding en beschrijving zorgvraagtypering ggz', een overzicht van de zorgvraagtypes zijn te vinden in de bijlage bij deze notitie.
- 5.3 Voor het model is een aantal zorgvraagtypes gedefinieerd die zijn verdeeld in drie groepen. Daarnaast bestaat één niet vooraf gedefinieerd 'open' zorgvraagtype voor zorgvragen die niet in een vooraf gedefinieerd zorgvraagtype kunnen worden ingedeeld.



- 5.4 Als een patiënt via een verwijzing bij de zorgaanbieder binnenkomt, vindt een assessment plaats. Tijdens dit assessment bepaalt de regiebehandelaar binnen welk zorgvraagtype de zorgvraag van de patiënt valt en wat de bijbehorende behandelopties zijn.
- 5.5 Om het zorgvraagtype te bepalen beantwoordt de regiebehandelaar vervolgens 18 vragen met betrekking tot de problematiek van de patiënt op verschillende leefgebieden, met een score van 0 tot 4, de zogenoemde HONOS+. Deze scores dienen als input voor een typeringsalgoritme dat vervolgens een van de 20 zorgvraagtypes adviseert.

Dit typeringsalgoritme is ontwikkeld en gevalideerd in Engeland in opdracht van de National Health Service en vertaalt de combinatie van ingevulde HONOS+ vragen naar het meest waarschijnlijk zorgvraagtype. Ieder zorgvraagtype (met bijbehorende numerieke code) kent een eigen, openbaar beschikbare, zorginhoudelijke standaardomschrijving waarin naast de aard van de zorgvraag ook de zwaarte van de zorgvraag tot uitdrukking komt. De zorgvraagtypecodes met bijbehorende omschrijvingen zijn als bijlage 1 bij dit addendum gevoegd. De HONOS+ vragenlijst is een bestaand instrument dat al in Nederland wordt gebruikt in de klinische praktijk.

- 5.6 De regiebehandelaar kiest het meest passende zorgvraagtype en kan hierbij gemotiveerd afwijken van het geadviseerde zorgvraagtype. Er is geen sprake van besluitvorming door het algoritme. De regiebehandelaar beslist welk zorgvraagtype bij de patiënt past en welke behandeling het meest passend is. Het gekozen zorgvraagtype wordt op de factuur van de zorgaanbieder vermeld als numerieke code (de zorgvraagtypecode).
- 5.7 Tussentijds en na afloop van deze periode evalueren regiebehandelaar en patiënt samen de behandeling en de effecten daarvan, ook weer aan de hand van de vragenlijst. Daarna kunnen ze ervoor kiezen de behandeling af te ronden, de behandeling voort te zetten óf een nieuwe behandeling te starten. Naast het basismodel voor zorgvraagtypering wil de NZa ruimte bieden voor een model waarin op basis van minder of andere inputvariabelen en een aangepast typeringsalgoritme, een geadviseerd zorgvraagtype wordt gegenereerd dat overeenkomt met het geadviseerde zorgvraagtype in het basismodel. Het is in feite een andere manier om tot hetzelfde geadviseerde zorgvraagtype te komen op basis van andere of meer beperkte input informatie.
- 5.8 De zorgverzekeraar ontvangt het gekozen zorgvraagtype per patiënt als numerieke code via de factuur. De inputvariabelen die via het typeringsalgoritme leiden tot een geadviseerd zorgvraagtype worden door de zorgaanbieder geregistreerd, maar deze medische persoonsgegevens worden niet aan de zorgverzekeraar verstrekt. In de relatie tussen verzekeraar en individuele patiënt heeft het zorgvraagtype geen gevolgen.
- 5.9 In de komende jaren zullen de partijen van het programma Zorgprestatiemodel gezamenlijk werken aan de doorontwikkeling van het Zorgvraagtyperingsmodel. Daarbij geldt als uitgangspunt dat zoveel mogelijk gebruik gemaakt zal worden van informatie die al wordt vastgelegd, bijvoorbeeld in zorginformatiebouwstenen.¹¹

¹¹ <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/zib-centrum/wat-is-een-zib/>



- 5.10 Belangrijk hierbij blijft een zorgvuldige privacy afweging. Het typeringsalgoritme kan worden verbeterd door bijvoorbeeld te onderzoeken bij welke uitkomsten behandelaren vaker gemotiveerd afwijken van het geadviseerde zorgvraagtype. Mocht de doorontwikkeling aanleiding geven om een wijziging te overwegen in de informatie op de factuur, dan zal de NZa daarover opnieuw een belangenafweging rekening houdend met het wettelijk kader rondom privacy.
- 5.11 Uit gegevens over de verklaarde variantie uit een pilot met een eerdere versie van het zorgvraagtyperingsmodel (toen nog zorgclustermodel genoemd) kwam naar voren dat het zorgvraagtype (toen nog zorgcluster genoemd) de onderzochte behandelkosten grofweg drie maal beter voorspelt dan de DSM-diagnosehoofdgroep. Daarbij moet worden aangemerkt dat deze uitkomst met name is geverifieerd voor patiënten met een minder zware zorgvraag, omdat binnen de pilot vooral zorgclustertrajecten van patiënten met een minder zware zorgvraag zijn aangeleverd en zorgclustertrajecten van patiënten met een zware zorgvraag minder goed vertegenwoordigd zijn.
- 5.12 Op basis van het voorgaande is geconstateerd dat het Zorgvraagtyperingsmodel beter voldoet aan de genoemde eisen aan een zorgvraagtypering dan de DSM-diagnosehoofdgroep, namelijk het verklaren van gemaakte zorgkosten en het voorspellen van de toekomstige zorgvraag. Hiermee biedt de zorgvraagtypering betere randvoorwaarden dan de DSM-diagnosehoofdgroep om als instrument te dienen voor het verdelen van de schaarse financiële collectieve middelen naar zorgvraagzwaarte.
- 5.13 Het zorgvraagtype wordt per 2022 verplicht op de factuur vermeld bij zorgprestaties, behalve bij diagnostiekconsulten. Na een transitieperiode vervalt de vermelding van de DSM-diagnosehoofdgroep op de factuur, zie verder paragraaf 7 van deze notitie. Tot slot vervalt per 2022 het aanleveren van de zorgvraagzwaarte-indicator, omdat deze ten opzichte van de verbeterde zorgvraagtypering geen meerwaarde meer biedt.

6. AVG-grondslagen

- 6.1 Zorgverzekeraars hebben bepaalde medische gegevens betreffende hun verzekerden nodig voor de doeleinden zoals omschreven in hoofdstuk 5 van de notitie van 26 maart 2020, te weten voor het vervullen van hun wettelijke taken waaronder controle en zorginkoop. De verwerking van persoonsgegevens in het kader van de nieuwe zorgvraagtypering blijft gebaseerd op dezelfde grondslagen in de zin van artikel 6, eerste lid, AVG, zoals die zijn beschreven in de onderdelen 5 en 6 van de notitie van 26 maart 2020 waarmee de NZa de eerdere conceptregeling toelichtte. De onderhavige conceptregeling voorziet in een wijziging van een wettelijke verplichting, als bedoeld in artikel 6, eerste lid, onder c, AVG voor deze gegevensverwerking.
- 6.2 Zowel de DSM-diagnosehoofdgroep als het zorgvraagtype betreffen medische persoonsgegevens en zijn daarmee bijzondere persoonsgegevens, te weten een gegeven betreffende de gezondheid als bedoeld in artikel 4, aanhef en onder 15, van de AVG.
- 6.3 Artikel 87 Zvw voorziet in een wettelijke regeling voor het verwerken van bijzondere persoonsgegevens van de verzekerden door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders moeten de persoonsgegevens van de verzekerden, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de

zorgverzekering of de Zvw verstrekken aan de zorgverzekeraar. Artikel 87, eerste lid van de Zvw vormt daarmee een wettelijke verplichting voor de gegevensverwerking en doorbrekingsgrond als bedoeld in de artikelen 6, eerste lid, aanhef en onder c) en artikel 9, tweede lid, aanhef en onder h) van de AVG en artikel 30, derde lid, van de Uitvoeringswet AVG. Het uitvoeren van de individuele verzekeringsovereenkomst met de verzekerde biedt de zorgverzekeraar een grondslag voor het verwerken van deze gegevens als bedoeld in de artikelen 6, eerste lid, aanhef en onder b) en artikel 9, tweede lid, aanhef en onder b) van de AVG. Het artikel voorziet daarnaast met een wettelijke verplichting voor de zorgaanbieder in een wettelijke grondslag voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim, waarbij de zorgaanbieder overigens een eigen verantwoordelijkheid behoudt om te toetsen of aan de voorwaarden in dat kader wordt voldaan.

- 6.4 Bij ministeriële regeling kan de minister van VWS op grond van artikel 87 lid 6 Zvw een aantal aspecten van de gegevensverstrekking nader regelen. In hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering heeft de minister van VWS hieraan invulling gegeven. In de Regeling zorgverzekering zijn tevens de doelen voor verdere gegevensverwerking uitgewerkt. Ook is in hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering geregeld over welke persoonsgegevens de zorgverzekeraar kan beschikken en wat de positie is van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Deze positie is verder geborgd in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.
- 6.5 De NZa is op grond van artikel 16 van de Wmg verantwoordelijk voor de tarief- en prestatieregulering. Daarnaast is de NZa op grond van diezelfde Wmg verantwoordelijk voor het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van wat bij of krachtens de Zvw is geregeld en stelt de NZa nadere regels van administratief-technische aard aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op grond van artikel 38 lid 3 sub b van de Wmg kan de NZa nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende declaraties. Ter uitvoering hiervan en van de artikelen 27, 36 en 37 van de Wmg stelt de NZa de Regeling op voor het Zorgprestatiemodel. Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften op het gebied van registratie, declaratie, informatie en validatie, die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van geleverde prestaties. Dit onder meer ten behoeve van de controle door zorgverzekeraars en een goed lopend declaratie- en betalingsverkeer. In hoofdstuk 4 van de concept Regeling is voorgeschreven dat de gekozen zorgvraagtypecode op de factuur moet worden vermeld.

7. Proportionaliteit

- 7.1 Voor het uitvoeren van de taken van zorgverzekeraars is de zorgvraagtypecode voldoende onderscheidend. Indien de zorgverzekeraars niet over de zorgvraagtypecode beschikken, zullen zij eerder en op veel grotere schaal dan nu het geval is het instrument detailcontrole moeten inzetten om aan de wettelijke controletaak te voldoen, hetgeen een voor de privacy van de individuele verzekerde meer belastende wijze van controle is doordat in dat geval de patiëntendossiers worden ingezien. De zorgvraagtypecode vormt daarom een schakel in de waarborgen om de controle met het oog op de privacy proportioneel te laten verlopen. In dit verband wordt verwezen naar onderdeel 8 van de notitie van 26 maart 2020.
- 7.2 Het bestaande bekostigingsmodel kent een systeem waarbij de prestaties op zorgvraagtypering zijn ingedeeld op basis van de DSM-diagnoseclassificatie op hoofdgroepniveau, zoals 'angststoornissen' of 'eetstoornissen'. De zorgvraagtypering



maakt integraal deel uit van de prestatiebeschrijvingen. In het nieuwe bekostigingsmodel is de zorgvraagtypering geen integraal deel meer van de prestatiebeschrijvingen, maar wordt deze separaat op de factuur vermeld. Het vermelden van de zorgvraagtypecode op de factuur voldoet beter aan de eis van proportionaliteit dan de vermelding van de DSM-diagnosehoofdgroep, omdat het Zorgvraagtyperingsmodel - anders dan het DSM-classificatiesysteem - speciaal is ontworpen voor de doelen waarvoor de zorgvraagtypering wordt ingezet. Daardoor is het effectiever in het bereiken van de doelen van zorgvraagtypering, die staan toegelicht in paragraaf 2 van deze notitie.

- 7.3 De zorgvraagtypecode zal als numerieke informatie op de factuur komen te staan. Dit is minder confronterend dan uitgeschreven tekst voor patiënten en naasten die hun factuur lezen.
- 7.4 De opt-out regeling zal in het nieuwe systeem van zorgvraagtypering van toepassing blijven. De opt-out regeling houdt in dat een patiënt en de zorgaanbieder beide een privacyverklaring ondertekenen die wordt toegezonden aan de zorgverzekeraar, waarna de behandelaar facturen kan indienen bij de zorgverzekeraar van de patiënt zonder daarop informatie te vermelden die verwijst naar de zorgvraag. In het geval van een materiële controle, vindt controle op deze facturen plaats op individuele basis door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

8. Subsidiariteit

- 8.1 Om vast te stellen of de doelen van zorgvraagtypering op een manier kunnen worden verwezenlijkt die minder bezwarend is voor patiënt indachtig het subsidiariteitsbeginsel, hebben we als alternatieven beoordeeld: 1) behoud van het bestaande systeem van zorgvraagtypering aan de hand van de DSM-diagnosehoofdgroep, 2) het nieuw ontwikkelde Zorgvraagtyperingsmodel en 3) de routing van geaggregeerde informatie via een *trusted third party* zoals de huidige zorgvraagzwaarte-indicator.
- 8.2 In deze notitie hebben wij uiteengezet waarom wij het nieuw ontwikkelde Zorgvraagtyperingsmodel een beter alternatief vinden voor zorgvraagtypering dan de huidige werkwijze met de DSM-diagnosehoofdgroep.
- 8.3 De routing van geaggregeerde informatie via een *trusted third party* voldoet niet, omdat geaggregeerde zorgvraaginformatie onvoldoende informatie biedt voor de risicoanalyse van zorgverzekeraars om te beoordelen of de individuele verzekerde daadwerkelijk was aangewezen op de betreffende zorg, gelet op diens gezondheidstoestand. Daarvoor is vermelding van de individuele zorgvraagtypecode op de factuur nodig. Zonder zorgvraaginformatie zijn declaraties alleen naar behandelaar, duur en zorgtraject te onderscheiden. Voor de zorgverzekeraar is dit onvoldoende onderscheidende informatie, waardoor er nauwelijks mogelijkheid is tot het maken van een zinvolle vergelijking in de risicoanalyse. Geaggregeerde informatie is niet te koppelen aan bijvoorbeeld medicijngebruik, leeftijd of postcodegebied, waardoor de voorspellende waarde laag is. Dit zou betekenen dat meer structurele individuele handmatige dossiercontroles nodig zijn die – ook vanuit subsidiariteitsoogpunt – voor de individuele patiënt onwenselijker zouden zijn dan de standaardcontrole met behulp van de zorgvraagtypecode. De zorgvraagtypecode is de minimale informatie die nodig is om te weten voor welke zorgvraag een prestatie noodzakelijk is. Dit gold ook ten aanzien van het behoud van de DSM-diagnosehoofdgroep, zoals toegelicht onder 10.3 van de notitie van 26 maart 2020.

9. Transitieperiode

- 9.1 Zoals genoemd in de aanwijzing van 14 december 2020¹² komt er een transitieperiode van twee jaar in 2022 en 2023. Tijdens deze transitieperiode zullen zorgverzekeraars de controle- en inkoopprocessen die op dit moment zijn geënt op de DSM-diagnosehoofdgroep stapsgewijs moeten omzetten naar het gebruik van het nieuwe typeringsmodel. Om deze transitie goed te kunnen doorlopen is het noodzakelijk dat beide informatiestromen gedurende een beperkte periode parallel aan elkaar lopen. Zodoende kunnen zorgverzekeraars hun processen op het Zorgvraagtyperingsmodel kalibreren en kunnen deze processen worden omgezet. Tegen het einde van de transitieperiode kan worden beoordeeld of deze omzetting succesvol heeft plaatsvonden.
- 9.2 Gezien het belang van deze doelen zijn wij tot de conclusie gekomen dat het proportioneel is om een transitieperiode in te richten, het Zorgvraagtyperingsmodel goed te evalueren en optimaal onderbouwd afscheid te nemen van de DSM-diagnosehoofdgroep.
- 9.3 Het voor zorgverzekeraars voor risicoanalyse en zorginkoop noodzakelijke inzicht is niet met een lichter alternatief dan een transitieperiode te verkrijgen. Om een goede transformatie van processen te kunnen uitvoeren is een doorlooptijd van minimaal twee jaar nodig. Een lichter alternatief is niet voorhanden, omdat anders te weinig tijd is om de transitieperiode goed te doorlopen.
- 9.4 Het verplicht vastleggen en aanleveren van de zvzi¹³ komt wel al te vervallen per 2022 omdat deze ten opzichte van de verbeterde zorgvraagtypering geen meerwaarde meer biedt.

10. Maatregelen ter mitigering van mogelijke privacyrisico's

- 10.1 Verzekerden behouden het recht om ervoor te kiezen de zorgvraagtypecode niet op de factuur te laten vermelden. Dit mitigeert de privacy-inbreuk, omdat een verzekerde hierdoor altijd de individuele keuze kan maken de zorgvraagtypecode niet op de factuur te laten vermelden.
- 10.2 Zorgverzekeraars geven aan de hand van gedetailleerde regels invulling aan hun verantwoordelijkheid voor een verantwoorde verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Zie bijvoorbeeld de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.¹⁴ Deze regels zien onder meer op:
- de functionele eenheid waartoe medewerkers behoren die persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid verwerken;
 - de rol, de onafhankelijke positie en de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar;
 - nadere detaillering van de regels die zorgverzekeraars in acht moeten nemen bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid;
 - de geheimhouding en autorisatie van medewerkers;
 - de verwerking van papieren facturen.

¹² Met kenmerk 1795863-215660-PZo, Staatscourant 2020, nr. 66990.

¹³ Kamerstuk 25 424, nr. 291.

¹⁴ <https://zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=4525195285>

11. Afsluiting

- 11.1 Mocht onze notitie aanleiding geven tot vervolgvragen, dan zijn wij van harte bereid om mondeling een verdere toelichting te geven.



Bijlage 1 Overzicht zorgvraagtypes

Zorgvraagtype code	Zorgvraagtype omschrijving
ZT01	Psychische aandoening - lichte problematiek
ZT02	Psychische aandoening - lichte problematiek met grotere zorgvraag
ZT03	Psychische aandoening - matige problematiek
ZT04	Psychische aandoening - ernstige problematiek
ZT05	Psychische aandoening - zeer ernstige problematiek
ZT06	Psychische aandoening - sterk onredelijke overtuiging
ZT07	Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend
ZT08	Psychische aandoening - zeer risicovol/chaotische problematiek
Bestaat niet	Bestaat niet
ZT10	Psychotische stoornis - eerste episode
ZT11	Psychotische stoornis - stabiel
ZT12	Psychotische stoornis - chronisch en beperkend
ZT13	Psychotische stoornis - beperkend met ernstige psychotische kenmerken
ZT14	Psychotische stoornis - acute episode
ZT15	Depressie met psychotische kenmerken - acute episode
ZT16	Psychotische stoornis - chronisch, instabiel en ernstig middelenmisbruik
ZT17	Psychotische stoornis - chronisch, instabiel en zeer lage motivatie/therapietrouw
ZT18	Cognitieve beperking - licht
ZT19	Cognitieve beperking - matig/lichte gedrags- of psychische complicaties
ZT20	Cognitieve beperking - ernstig met matige gedrags- of psychische complicaties
ZT21	Cognitieve beperking - ernstig met ernstige gedrags- of psychische complicaties

Beschrijving Zorgvraagtypering ggz

Inhoud

In document treft u de volgende informatie aan:

1. De beslisboom met de indeling van de zorgvraagtypes;
2. De beschrijving van de zorgvraagtypes en het scoringschema met kleurcode;
3. De HoNOS+-lijst.

U kunt deze gegevens gebruiken als achtergrondinformatie tijdens de training.

I. Beslisboom

Curatieve ggz (Zvw)

Patiënten vanaf 18 jaar

X

Een zorgvraag die verband houdt met een psychische aandoening, maar waarbij **geen** sprake is of sprake is geweest van verontrustende psychotische symptomen en/of wanen/hallucinaties.

a. Licht / matig / ernstig

b. Zeer ernstig / complex / aanhoudend

0

1

2

3

4

5

6

7

8

Y

Een zorgvraag met verontrustende psychotische symptomen, wanen en/of hallucinaties die hinder veroorzaken of veroorzaakt hebben en/of zich manifesteren of manifesteerden in bizar gedrag.

a. Eerste episode

b. Aanhoudend of terugkerend

c. Acute episode

d. Instabiele / chaotische levensstijl

10

11

12

13

14

15

16

17

Z

Een zorgvraag waarin problematiek met geheugen of oriëntatie centraal staat, passend bij neurocognitieve problematiek zoals dementie en neurocognitieve stoornissen.

a. Cognitieve beperking

18

19

20

21

II. Zorgvraagtypes

Korte beschrijving van de patiëntgroep met algemene kenmerken

Diagnoses die het meest voorkomen. Dit is richtinggevend; de lijst is niet compleet of definitief.

Diagnoses die minder waarschijnlijk zijn.

Beschrijving van de mate van beperkingen/disfunctioneren

Beschrijving van het beloop van de zorgvraag.

Richtlijnen die behulpzaam kunnen zijn bij het behandelen van de zorgvraag.

Indicatie van de totale periode van zorg voor het zorgcluster en de beschrijving van de maximale evaluatiemoment waar het zorgcluster opnieuw gekozen moet worden (na voorzetting behandeling).

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Minder waarschijnlijke DSM-stoornis	
Beperkingen	
Risico	
Beloop	
Richtlijnen / zorgstandaard	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

0 = geen probleem
 1 = klein probleem vereist geen actie
 2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig
 3 = gemiddeld zwaar probleem
 4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Kan scoren
 Wordt niet verwacht te scoren
 Geen data beschikbaar

Tabel met het algoritme bij toewijzing aan een zorgcluster (op basis van origineel analyse)

Verklaring van de kleurcodering.

Specifieke omschrijving van vraag 7 en 8.

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 1: Psychische aandoening – lichte problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft klachten, zoals een depressieve stemming, angst, rouw of andere psychische klachten, de impact daarvan is echter beperkt. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
<i>Het kan zijn dat er geen diagnose te stellen is, maar patiënt kan lichte symptomen hebben van</i> bijvoorbeeld: Depressieve stoornissen - eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Aanpassingsstoornissen, Somatische-symptoomstoornissen en verwante stoornissen en Ontwikkelingsstoornissen, Autismespectrumstoornissen, Stoornis sen in het gebruik van een middel

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen
Het is niet waarschijnlijk dat de stoornis leidt tot ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren.

Risico
Er is waarschijnlijk geen sprake van risico's op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen

Beloop
De problematiek is veelal van korte duur en gerelateerd aan levensgebeurtenissen.

Richtlijnen / zorgstandaard
In geval van een stoornis o.a. de Richtlijn depressie, angststoornissen, eetstoornissen, Richtlijn Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen.

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
8-12 weken	12 weken

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

- 0 = geen probleem
- 1 = klein probleem vereist geen actie
- 2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig
- 3 = gemiddeld zwaar probleem
- 4 = ernstig tot zeer ernstig probleem
- Moet scoren
- Wordt verwacht te scoren
- Kan scoren
- Wordt niet verwacht te scoren
- Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 2: Psychische aandoening – lichte problematiek met grotere zorgvraag

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft klachten, zoals een depressieve stemming, angst of andere psychische klachten; de impact daarvan is echter beperkt. Patiënten hebben mogelijk al eerder zorg ontvangen, gerelateerd aan cluster 1, en hebben nu meer specifieke interventies nodig, of zij zijn eerder met succes behandeld binnen een hoger cluster en presenteren nu mildere symptomen. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Zoals Depressieve stoornissen – eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Somatische-symptoomstoornissen en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismespectrumstoornissen, Stoornissen in het gebruik van een middel

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen
Het is niet waarschijnlijk dat de stoornis leidt tot ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren, maar patiënten kunnen lichte beperkingen ervaren.

Risico
Er is waarschijnlijk geen sprake van op risico's zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen


Beloop
De problematiek is veelal van korte duur en gerelateerd aan levensgebeurtenissen.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn depressie, angststoornissen, eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen.

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
12 – 15 weken	15 weken

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem	 Moet scoren
1 = klein probleem vereist geen actie	 Wordt verwacht te scoren
2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig	 Kan scoren
3 = gemiddeld zwaar probleem	 Wordt niet verwacht te scoren
4 = ernstig tot zeer ernstig probleem	 Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 3: Psychische aandoening – matige problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft matige klachten, zoals een depressieve periode, angsten of andere symptomen. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Zoals Depressieve stoornissen – eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Somatische-symptoomstoornissen en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismespectrumstoornissen en Stoornissen in het gebruik van een middel

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen
Het is niet waarschijnlijk dat de stoornis leidt tot ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren, maar patiënten kunnen matige beperkingen ervaren.

Risico
Er is waarschijnlijk geen sprake van risico's op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen.

Beloop
Van korte duur of onderdeel van laag frequente behandeling.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn depressie en angststoornissen, eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie	
<u>Indicatieve periode van zorg</u>	<u>Cluster review tenminste elke</u>
4 – 6 maanden	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 4: Psychische aandoening – ernstige problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft een ernstige depressie en/of angststoornis en/of een andere complexe zorgbehoefte. De patiënt ervaart ernstige ontregeling van het dagelijks functioneren en er is sprake van een verhoogd risico op zelfbeschadiging, suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Zoals Depressieve stoornissen – eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismespectrumstoornissen, Stoornissen in het gebruik van een middel

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen
Er kan sprake zijn van een duidelijke ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren.

Risico
Er kan sprake zijn van een verhoogd risico op zelfbeschadiging, suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag.

Beloop
Behandeling is nodig om verbetering te bereiken of te voorkomen dat er een verslechtering optreedt met negatieve gevolgen voor het functioneren op lange termijn.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn Depressie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen, Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
6 – 18 maanden	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 5: Psychische aandoening – zeer ernstige problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft een ernstige depressie en/of angststoornis en/of andere symptomen. Er is geen sprake van verontrustende hallucinaties of wanen, wel zijn er wellicht enige vreemde of excentrieke overtuigingen. Het risico op opzettelijke zelfverwonding is hoog, er kan sprake zijn van een gevaar voor anderen en van een ernstige ontregeling van het dagelijks leven. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Zoals Depressieve stoornis - eenmalige episode (niet-psychotisch), Depressieve stoornis - recidiverende episode (niet-psychotisch), Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismespectrumstoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Stoornis in het gebruik van een middel.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen
Matige of ernstige problemen in relationele sfeer. De problemen op andere leefgebieden kunnen in ernst variëren.

Risico
Er is sprake van een matig tot ernstig risico op opzettelijke zelfverwonding en mogelijk andere risico's, waaronder gevaar voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare volwassenen die aan de zorg van de patiënt zijn toevertrouwd.

Beloop
Waarschijnlijk een voorgeschiedenis in de GGZ van langer dan een jaar of de verwachting dat er sprake zal zijn van een langdurige behandeling.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn Depressie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen, Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk
1-3 jaar	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem



Moet scoren



Wordt verwacht te scoren



Kan scoren



Wordt niet verwacht te scoren



Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 6: Psychische aandoening – sterk onredelijke overtuiging

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft matig tot zeer ernstige stoornissen die moeilijk te behandelen zijn en/of een intensieve behandeling vragen. Denk daarbij onder andere aan behandelresistente chronische eetstoornissen en dwangstoornissen, waarbij men vasthoudt aan extreme overtuigingen, bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en persisterende depressies. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Zoals Depressieve stoornis - eenmalige episode (niet-psychotisch), Depressieve stoornis - recidiverende episode (niet-psychotisch), Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Autismespectrumstoornissen, Voedings- en eetstoornissen en sommige Persoonlijkheidsstoornissen, Stoornis in het gebruik van een middel.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen.

Beperkingen
Waarschijnlijk ernstige gevolgen voor het activiteitsniveau en het functioneren op meerdere leefgebieden.

Risico
Waarschijnlijk geen grote risico's op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen, behalve mogelijk gevaar voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare volwassenen die aan de zorg van de patiënt zijn toevertrouwd.

Beloop
Problemen zijn aanhoudend.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn Depressie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn Opiaatverslavingen, Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen.

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
3+ jaar	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 7: Langdurige psychische aandoening – aanhoudend en/of zeer beperkend

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep lijdt aan matige tot ernstige stoornissen die zeer invaliderend zijn. Patiënten zijn inmiddels al langere tijd in behandeling en hoewel er verbetering is opgetreden met betrekking tot een aantal symptomen, blijft er sprake van duidelijke beperkingen in het functioneren op verschillende leefgebieden. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Zoals Depressieve stoornis - eenmalige episode (niet-psychotisch), Depressieve stoornis - recidiverende episode (niet-psychotisch), Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Autismespectrumstoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Stoornis in het gebruik van een middel en sommige Persoonlijkheidsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen.

Beperkingen
Waarschijnlijk ernstige gevolgen voor het activiteitsniveau en het functioneren op meerdere leefgebieden.

Risico
Waarschijnlijk geen grote risico' op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen, behalve mogelijk gevaar voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare volwassenen die aan de zorg van de patiënt zijn toevertrouwd.





Beloop
Problemen zijn aanhoudend.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn Depressie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn Opiatverslavingen, Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen.

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
3 jaar +	Jaar

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem	 Moet scoren
1 = klein probleem vereist geen actie	 Wordt verwacht te scoren
2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig	 Kan scoren
3 = gemiddeld zwaar probleem	 Wordt niet verwacht te scoren
4 = ernstig tot zeer ernstig probleem	 Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 8: Langdurige psychische aandoening – zeer risicovol/chaotische problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Deze groep vertoont een breed scala aan matige tot ernstige symptomen, heeft een chaotische levensstijl met riskant gedrag. Er is sprake van matig tot zeer ernstige herhaaldelijke, opzettelijke zelfverwonding en/of ander impulsief of chaotisch gedrag; een te sterke afhankelijkheid in relaties en vaak een vijandige houding ten opzichte van zorg- of dienstverlening. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Persoonlijkheidsstoornissen.	
Minder waarschijnlijke DSM-stoornis	
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen.	
Beperkingen	
Slecht functioneren op verschillende leefgebieden met daarbij ernstige problemen in de relationele sfeer.	
Risico	
Matig tot zeer ernstige, herhaaldelijke, opzettelijk zelfverwonding. Chaotische, afhankelijke maar ook vijandige houding naar zorg- of dienstverlening. Er zijn risico's voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare anderen die aan de zorg van de patiënt zijn toevertrouwd.	
Beloop	
Problemen zijn aanhoudend.	
Richtlijnen / zorgstandaard	
Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol, Richtlijn opiaatverslaving	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk
3 jaar +	Jaar

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag		1	2	3	
2. Opzettelijke zelfverwonding			2	3	
3. Problematisch alcohol- of druggebruik			2	3	4
4. Cognitieve problemen	1	2			
5. Lichamelijke problemen of handicaps			2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	1	2			
7. Problemen met depressieve stemming				3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen				3	4
9. Problemen met relaties			2	3	4
10. Problemen met ADL			2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden			2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije			2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen			2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming			2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding				3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen			2	3	4
D. Betrokkenheid			2	3	4
E. Kwetsbaarheid			2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik					4

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

■ Moet scoren

■ Wordt verwacht te scoren

■ Kan scoren

■ Wordt niet verwacht te scoren

■ Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 10: Psychotische stoornis – eerste episode

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
De patiënt wordt voor de eerste keer behandeld voor lichte tot ernstige psychotische stoornissen. Er kan ook sprake zijn van depressieve stemmingen en/of angst of andere symptomen. Mogelijk is er sprake van drank- of druggebruik, echter dit is niet het enige probleem.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke primaire DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen

Beperkingen
Lichte tot matige problemen met dagelijkse activiteiten. Slecht functioneren op verschillende levensgebieden, lichte tot matige problemen in relaties. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
Kwetsbaar voor schade, door eigen toedoen of door derden. Er kan sprake zijn van opzettelijke zelfverwonding, mogelijk vormt de patiënt een gevaar voor anderen.

Beloop
Eerste episode

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen, richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol, richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
3 jaar	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Cluster 11: Psychotische stoornis – stabiel

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Deze patiënten hebben een geschiedenis van psychotische symptomen die momenteel onder controle zijn en weinig tot geen problemen veroorzaken. Ze ondervinden een aanhoudende periode van herstel, waarbij ze (bijna) volwaardig functioneren. Wel is er mogelijk een gevoel van verminderde eigenwaarde en controle over het eigen leven en kwetsbaarheid op bepaalde levensgebieden.	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.	
Minder waarschijnlijke primaire DSM-stoornis	
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.	
Beperkingen	
Wel comorbiditeit maar interfereert niet met behandeling. Er is sprake van volledig of bijna volledig functioneren.	
Risiko	
Terugval	
Beloop van de ziekte	
Langdurig van aard.	
Richtlijnen / Zorgstandaard	
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
2 jaar +	Jaar

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1			
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1			
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2		
4. Cognitieve problemen	0	1			
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2		
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1			
7. Problemen met depressieve stemming	0	1			
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1			
9. Problemen met relaties	0	1	2		
10. Problemen met ADL	0	1			
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1			
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1			
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1			
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1			
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1			
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1			
D. Betrokkenheid	0	1			
E. Kwetsbaarheid	0	1			
Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1			

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

■ Moet scoren

■ Wordt verwacht te scoren

■ Kan scoren

■ Wordt niet verwacht te scoren

■ Geen data beschikbaar

Cluster 12: Psychotische stoornis – chronisch en beperkend

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze patiënten hebben een geschiedenis van psychotische symptomen die hen ernstig beperken en een grote impact hebben op het functioneren op de verschillende leefgebieden. Ze zijn kwetsbaar voor misbruik of uitbuiting.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Mogelijk cognitieve en fysieke problemen, gerelateerd aan het hebben van een chronische ziekte en langdurig medicatiegebruik. Er kan sprake zijn van beperkte zelfredzaamheid, gebrek aan sociale en basale vaardigheden en slecht functioneren op alle leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling.

Risico
Kwetsbaar voor misbruik of uitbuiting.

Beloop
Langdurig van aard.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
3 jaar +	Jaar

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Cluster 13: Psychotische stoornis –beperkend met ernstige psychotische kenmerken

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze patiënten hebben een geschiedenis van psychotische symptomen die niet onder controle zijn. Ze vertonen ernstige tot zeer ernstige psychotische symptomen en enige angst of depressie. Het functioneren op de verschillende leefgebieden is ernstig beperkt.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Mogelijk cognitieve en fysieke problemen, gerelateerd aan het hebben van een chronische ziekte en langdurig medicatiegebruik. Er kan sprake zijn van gebrek aan sociale – en basale vaardigheden en slecht functioneren op alle leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
Kwetsbaar voor misbruik of uitbuiting

Beloop
Langdurig van aard.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen

Evaluatie	
<u>Indicatieve periode van zorg</u>	<u>Cluster review tenminste elk:</u>
3 jaar +	Jaar

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Cluster 14: Psychotische stoornis – acute episode

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Patiënten maken een acute psychotische episode door met ernstige symptomen, die een ontregeling van het functioneren veroorzaken. Zij zijn mogelijk kwetsbaar en een gevaar voor anderen of zichzelf.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen.

Beperkingen
Er kan sprake zijn van cognitieve problemen. Het functioneren is ernstig verstoord op de meeste leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
Men is mogelijk een gevaar voor zichzelf of anderen als gevolg van riskant gedrag, en kwetsbaar voor misbruik en uitbuiting. Ook kan er sprake zijn van een beperkte motivatie voor het ontvangen van zorg. Er zijn risico's voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare anderen die aan de zorg van de patiënt zijn toevertrouwd.

Beloop
Acuut.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire Stoornissen

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
8-12 weken	4 weken

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Cluster 15: Depressie met psychotische kenmerken – acute episode

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
De patiënt lijdt aan een acute episode van matige tot ernstige depressie met psychotische kenmerken (zoals wanen en/of hallucinaties). Er kan sprake zijn van opzettelijke zelfverwonding en waarschijnlijk van een ontregeling op meerdere leefgebieden.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Depressieve stoornis met psychotische kenmerken, Bipolaire stoornissen

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen.

Beperkingen
Er is mogelijk sprake van cognitieve problemen. Het functioneren is ernstig verstoord op de meeste leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
Er is een risico op opzettelijke zelfverwonding, ook is de patiënt kwetsbaar voor het ontstaan van andere gevaar criteria. Er zijn risico's voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare anderen die aan de zorg van de patiënt zijn toevertrouwd.

Beloop
Acuut.

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Depressie, Richtlijn Bipolaire Stoornissen

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
8-12 weken	4 weken

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren

Wordt verwacht te scoren

Kan scoren

Wordt niet verwacht te scoren

Geen data beschikbaar

Bij de vragen 7 en 8 hoeft slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de rode vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

Cluster 16: Psychotische stoornis – chronisch, instabiel en ernstig middelenmisbruik

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
De patiënt heeft aanhoudende, matige tot ernstige psychotische of bipolaire symptomen en een instabiele, chaotische levensstijl. Daarbij is tevens sprake van problematisch alcohol- of drugsgebruik. Patiënten vormen mogelijk een gevaar voor zichzelf en anderen en er is een beperkte motivatie voor het ontvangen van zorg. Er zijn algemene beperkingen in het functioneren op verschillende leefgebieden.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Slaap-waakstoornissen, Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, specifieke Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Als gevolg van problematisch alcohol- of drugsgebruik kunnen lichamelijke ziekten of beperkingen aanwezig zijn. Het cognitief vermogen is mogelijk aangetast als gevolg van de psychotische symptomen, alcohol- of drugsgebruik. Veelal is het functioneren op verschillende leefgebieden algeheel beperkt. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
Matige tot ernstige risico's voor anderen als gevolg van gewelddadig en agressief gedrag. Waarschijnlijk beperkte motivatie voor het ontvangen van zorg. Er is een risico op overlijden door een ongeluk.

Beloop van de ziekte
Langdurig van aard.

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
3 jaar +	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of drugsgebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag/ expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch alcohol- of drugsgebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Cluster 17: Psychotische stoornis – chronisch, instabiel en zeer lage motivatie/therapietrouw

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft matige tot ernstige psychotische symptomen en een instabiele, chaotische levensstijl. Er kunnen enige problemen zijn met drugs of alcohol, maar niet ernstig genoeg om zorg vanuit cluster 16 te rechtvaardigen. Bij deze patiënten is sprake van slechte therapietrouw, ze zijn kwetsbaar en beperkt gemotiveerd voor het ontvangen van zorg.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, specifieke Persoonlijkhedsstoornissen.

Beperkingen
Er zijn mogelijk cognitieve beperkingen als gevolg van de psychotische symptomen, of problematisch gebruik van alcohol of drugs, waaronder voorgeschreven medicatie. Er zijn waarschijnlijke ernstige problemen met relaties, evenals problemen op één of meer andere leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling.

Risico
Matige tot ernstige risico's voor anderen als gevolg van agressief of gewelddadig gedrag, evenals risico op opzettelijke zelfverwonding. Waarschijnlijk therapie-ontrouw, kwetsbaar en beperkt gemotiveerd voor het ontvangen van zorg.

Beloop van de ziekte
Langdurig van aard.

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire Stoornissen, richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol, Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg 3 jaar +	Cluster review tenminste elke 6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag		Yellow	Yellow	Yellow	
2. Opzettelijke zelfverwonding			Orange	Orange	Orange
3. Problematisch alcohol- of druggebruik			Orange	Orange	
4. Cognitieve problemen			Yellow	Yellow	Yellow
5. Lichamelijke problemen of handicaps			Yellow	Yellow	Yellow
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen		Red	Red	Red	Red
7. Problemen met depressieve stemming			Orange	Orange	Orange
8. Overige psychische en gedragsproblemen		Yellow	Yellow	Yellow	
9. Problemen met relaties				Yellow	Yellow
10. Problemen met ADL				Yellow	Yellow
11. Problemen met woonomstandigheden			Yellow	Yellow	
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije				Orange	Orange
13. Sterke onredelijke overtuigingen		Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming				Orange	Orange
B. Herhaalde zelfverwonding		Orange	Orange	Orange	
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen			Yellow	Yellow	Yellow
D. Betrokkenheid				Orange	Orange
E. Kwetsbaarheid			Orange	Orange	Orange
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

■ Moet scoren

■ Wordt verwacht te scoren

■ Kan scoren

■ Wordt niet verwacht te scoren

■ Geen data beschikbaar

Cluster 18: Cognitieve beperking – licht

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Mensen die in de eerste fases van dementie verkeren (of een organisch hersensyndroom hebben dat de cognitieve functie beïnvloedt), enige geheugenproblemen of andere cognitieve stoornissen hebben, maar daar nog steeds redelijk mee kunnen functioneren. Onderliggende omkeerbare fysieke oorzaken zijn uitgesloten.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer, Vasculaire neurocognitieve stoornis, Dementie bij andere ziekten, Ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis met Lewy Body.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen, Depressieve-stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Er zijn enige geheugen- en andere cognitieve beperkingen aanwezig. De ADL functie is onaangetast of slechts licht verminderd. Er kunnen veranderingen zijn in het vermogen om beroepsmatige en sociale rollen te vervullen.

Risico
Niet of ondergeschikt.

Beloop
Langdurig van aard.

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
3 jaar +	Jaar

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1	2	3	4
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1	2	3	4
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4
4. Cognitieve problemen	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke problemen of handicaps	0	1	2	3	4
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	4
7. Problemen met depressieve stemming	0	1	2	3	4
8. Overige psychische en gedragsproblemen	0	1	2	3	4
9. Problemen met relaties	0	1	2	3	4
10. Problemen met ADL	0	1	2	3	4
11. Problemen met woonomstandigheden	0	1	2	3	4
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije	0	1	2	3	4
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2	3	4
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2	3	4
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1	2	3	4
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	0	1	2	3	4
D. Betrokkenheid	0	1	2	3	4
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	4
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

■ Moet scoren

■ Wordt verwacht te scoren

■ Kan scoren

■ Wordt niet verwacht te scoren

■ Geen data beschikbaar

Cluster 19: Cognitieve beperking – matig / lichte gedrags- of psychische complicaties

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Mensen die problemen hebben met hun geheugen en/of vergelijkbare aspecten van het cognitief functioneren, wat resulteert in matige problemen met zelfzorg en met het onderhouden van sociale relaties. Er is een aannemelijk risico op zelfverwaarlozing. Ook is er mogelijk een gevaar voor anderen. Mogelijk wordt enige angst of depressie ervaren.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer, Vasculaire neurocognitieve stoornis, Dementie bij andere ziekten, Frontotemporale neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis met lewylichaampjes, Ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis door een andere somatische aandoening, Ongespecificeerde psychische stoornis door een somatische aandoening.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen, Depressieve-stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Vermindering van ADL en enige moeite met communicatie en met het vervullen van sociale of familierollen.

Risico
Risico op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen. Het ziektebesef kan ontbreken.

Beloop
Langdurig van aard.

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke:
3 jaar +	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	0	1			
2. Opzettelijke zelfverwonding	0	1			
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1			
4. Cognitieve problemen			2	3	
5. Lichamelijke problemen of handicaps		1	2	3	
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	0	1	2	3	
7. Problemen met depressieve stemming		1	2	3	
8. Overige psychische en gedragsproblemen		1	2	3	
9. Problemen met relaties		1	2	3	
10. Problemen met ADL			1	2	
11. Problemen met woonomstandigheden		1	2	3	
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije			1	2	
13. Sterke onredelijke overtuigingen	0	1	2		
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	0	1	2		
B. Herhaalde zelfverwonding	0	1			
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen		1	2		
D. Betrokkenheid	0	1	2		
E. Kwetsbaarheid	0	1	2	3	
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	0	1	2	3	4

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren

Wordt verwacht te scoren

Kan scoren

Wordt niet verwacht te scoren

Geen data beschikbaar

Cluster 20: Cognitieve beperking – ernstig met matige tot ernstige gedrags- of psychische complicaties

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Mensen met dementie of een ander organisch hersensyndroom die hun cognitieve functie beïnvloedt, die duidelijk problemen hebben met zelfzorg en wiens gedrag belastend kan zijn voor de mantelzorgers of hulpverlening. Ze kunnen veel angst of depressie ervaren, psychotische symptomen of gedragsproblemen hebben zoals agressie of agitatie. Er is mogelijk geen ziektebesef. Het risico op zelfverwaarlozing is hoog en het is aannemelijk dat ze een gevaar vormen voor anderen. Ook is er een aanzienlijk risico dat (mantel)zorg wordt uitgeput of wegvalt.	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer, Vasculaire neurocognitieve stoornis, Dementie bij andere ziekten, Frontotemporale neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis met lewylichaampjes, Ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis door een andere somatische aandoening, Ongespecificeerde psychische stoornis door een somatische aandoening.	
Minder waarschijnlijke DSM-stoornis	
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen, Depressieve-stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.	
Beperkingen	
Duidelijke vermindering van de ADL functie en/of communicatie. Mogelijk geen ziektebesef. Duidelijke beperking in het functioneren op diverse leefgebieden. Niet in staat om sociale of familierollen te vervullen.	
Risico	
Hoog risico op zelfverwaarlozing of gevaar voor zichzelf of anderen. Risico op het uitputten of verliezen van bestaande zorgverlening.	
Beloop	
Langdurig van aard.	
Richtlijnen / Zorgstandaard	
Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke:
3 jaar +	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Cluster 21: Cognitieve beperking – ernstig fysiek kwetsbaar met gedrags- of psychische complicaties

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Mensen met dementie of een ander organisch hersensyndroom die hun cognitieve functie beïnvloedt, die duidelijk problemen hebben met zelfzorg en wiens fysieke conditie steeds kwetsbaarder wordt. Er is mogelijk geen ziektebesef en er is een aanzienlijk risico dat (mantel)zorg wordt uitgeput of wegvalt.	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer, Vasculaire neurocognitieve stoornis, Dementie bij andere ziekten, Frontotemporale neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis met lewylichaampjes, Ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis door een andere somatische aandoening, Ongespecificeerde psychische stoornis door een somatische aandoening.	
Minder waarschijnlijke DSM-stoornis	
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen, Depressieve-stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.	
Beperkingen	
Waarschijnlijk geen ziektebesef. Duidelijke beperking in de ADL functie. Niet in staat tot zelfzorg en het vervullen van sociale- en familierollen. Ernstige beperking in het functioneren op diverse leefgebieden.	
Risico	
Hoog risico op zelfverwaarlozing. Risico op het uitputten of verliezen van bestaande zorgverlening.	
Beloop	
Langdurig van aard.	
Richtlijnen / Zorgstandaard	
Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke:
3 jaar +	6 maanden

Scoringsschema met kleurcode

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

III. HoNOS+ lijst

De HoNOS en de HoNOS+

De items in dit instrument zijn gebaseerd op de HoNOS, waaraan enkele extra vragen zijn toegevoegd (vandaar de +). HoNOS is een internationaal erkende vragenlijst. De eerste twaalf vragen in de vragenlijst zijn HoNOS schalen. De laatste zeven schalen (schaal 13, A t/m E en Q) zijn op basis van onderzoek door Engeland toegevoegd aan het instrument.

Deel 1 (schaal 1 t/m 13) bevat vragen met betrekking tot de ernst van de problemen van de patiënt tijdens de 2 weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. De eerste 12 vragen zijn overgenomen van HoNOS. HoNOS is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid (Wing e.a. 1998), met het doel om op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten in kaart te brengen. Ook diende het instrument gevoelig te zijn voor veranderingen. De HoNOS is vrij beschikbaar en de meest gebruikte uitkomstmaat in Engeland en Australië (The Royal College of Psychiatrists 2003; Glover & Sinclair-Smith 2000). De HoNOS is in principe geschikt voor alle GGZ-patiënten, onafhankelijk van de gesproken taal. Dit maakt de HoNOS een goede kandidaat als instrument voor uitkomstmeting in de dagelijkse praktijk in Nederland (Mulder et al. 1999). In Engeland behoort dit instrument inmiddels tot de "Minimum Dataset" van de GGZ (Glover & Sinclair-Smith 2000; Wing e.a. 2000) en is het mogelijk om een landelijk beeld te krijgen van de kenmerken van de patiënten die in zorg zijn, en hoe hun problemen veranderen tijdens en na de geboden interventies. Naast de 'gewone' HoNOS zijn er speciale versies ontworpen voor ouderen, kinderen en adolescenten, kinderen met leerproblemen, mensen met verworven cognitieve stoornissen en tenslotte voor de forensische psychiatrie.

Deel 2 (schaal A t/m E en Q) bevat vragen naar problemen vanuit een 'historisch' perspectief. Deze vragen brengen problemen in kaart die optreden in episodische of onvoorspelbare manieren. Scoring vindt plaats op basis van het klinische oordeel over de kans dat er nog steeds zorgen zijn rondom deze problematiek die niet genegeerd kunnen worden (oftewel dat er geen reden is om aan te nemen dat deze problematiek zich in de huidige situatie niet meer zal voordoen). Dit betekent dat elk probleem dat op het moment van het beantwoorden van de vragen relevant is en blijft, gescoord dient te worden.

Manier van scoren

Alle vragen hebben de volgende indeling:

- Scoor elke schaal in de volgorde van 1 – 13 en A – E, Q.
 - Gebruik geen informatie die bij een vorig item al is meegenomen, behalve bij item 10 wat een globale score is.
 - Scoor het MEEST ERNSTIGE probleem dat zich heeft voorgedaan gedurende de afgelopen 2 weken (vraag 1 – 13) of langer dan 2 weken geleden (vraag A – E, Q).
 - Alle schalen hebben de volgende opbouw:
 - 0 = geen probleem
 - 1 = ondergeschikt probleem, vereist geen actie
 - 2 = licht probleem, maar duidelijk aanwezig
 - 3 = matig ernstig probleem
- 4 = ernstig tot zeer ernstig probleem
- Gebruik de score NB (niet bekend) wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is, maar wees ervan bewust dat een goed advies voor een zorgvraagtype hiermee moeilijker wordt.

Deel 1: Huidige gedragingen

Voor schalen 1-13, waardeer de meest ernstige gebeurtenis in de afgelopen twee weken.

1. Hyperactief of agressief of destructief of geagiteerd gedrag					
	0	1	2	3	4
<p><u>Inclusief:</u> elk zulk gedrag ongeacht de oorzaak (drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie, etc.)</p> <p><u>Exclusief:</u> bizar gedrag dat gescoord wordt bij item 6 (hallucinaties en wanen).</p>	Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Geïrriteerdheid, ruzies, rusteloosheid etc., maar vereist geen actie.	Omvat agressieve gebaren, opdringerig of lastig vallen van anderen; bedreigingen of verbale agressie; kleinere schade aan eigendommen (zoals gebroken kopjes of raam); duidelijke hyperactiviteit of agitatie.	Fysiek agressief naar mens of dier; dreigende houding; meer ernstige hyperactiviteit of vernieling van eigendommen.	Minstens één ernstige fysieke aanval op mens of dier; vernielen van eigendommen (bijvoorbeeld brandstichting); ernstige intimidatie of aanstootgevend gedrag.
2. Opzettelijke zelfverwonding (suïcidepogingen, gedachten over suïcide, automutilatie)					
	0	1	2	3	4
<p><u>Exclusief:</u> zelfverwonding per ongeluk ontstaan (bijvoorbeeld als gevolg van dementie of verstandelijke beperking); het probleem hierbij wordt gescoord op schaal 4, de verwonding op schaal 5.</p> <p><u>Exclusief:</u> ziekte of verwonding als direct gevolg van alcohol- of drugsgebruik worden gescoord op schaal 3 (levercirrose of bijvoorbeeld verwondingen als gevolg van rijden onder invloed worden gescoord op schaal 5).</p>	Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Voorbijgaande gedachten over zelfmoord maar gering risico de afgelopen periode; geen zelfverwonding.	Licht risico gedurende de afgelopen periode; omvat ongevaarlijke zelfverwonding (zoals krassen in de pols).	Matig tot ernstig risico voor opzettelijke zelfverwonding gedurende de afgelopen periode; omvat voorbereidende activiteiten (zoals verzamelen van tabletten).	Ernstige suïcidepoging en/of ernstige opzettelijke zelfverwonding de afgelopen periode.
3. Problematisch alcohol- of drugsgebruik					
	0	1	2	3	4
<p><u>Exclusief:</u> agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol of drugsgebruik. Dat wordt gescoord op schaal 1.</p> <p><u>Exclusief:</u> lichamelijke ziekte of handicap als gevolg van alcohol- of drugsgebruik. Dat wordt gescoord op schaal 5.</p>	Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Enig overmatig gebruik, maar binnen de sociale norm.	Verlies van controle over alcohol- of drugsgebruik, maar niet ernstig verslaafd.	Duidelijke zucht naar of afhankelijkheid van alcohol of drugs met frequent controleverlies;	Incapabel door alcohol- of drugsproblemen.

				risico's nemen onder invloed.	
4. Cognitieve problemen					
	0	1	2	3	4
<p><u>Inclusief:</u> problemen met geheugen, oriëntatie en begripsvermogen passend bij enige stoornis: leerstoornis, dementie, schizofrenie, etc.</p> <p><u>Exclusief:</u> tijdelijke problemen als gevolg van alcohol/ drugsgebruik (bijvoorbeeld een kater) die gescoord worden op schaal 3 (problematisch alcohol- of drugsgebruik).</p>	Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Ondergeschikte problemen met geheugen en begripsvermogen (bijvoorbeeld zo nu en dan vergeten van namen).	Licht, maar duidelijk aanwezige problemen (bijvoorbeeld verdoofd in een bekende omgeving, niet herkennen van een bekende); soms in verwarring bij het nemen van simpele beslissingen.	Duidelijke desoriëntatie in tijd, plaats of persoon; in de war gebracht door dagelijkse gebeurtenissen; zo nu en dan incoherente spraak; vertraagd denken.	Ernstige desoriëntatie (bijvoorbeeld niet herkennen van familie); gevaar voor ongelukken; onbegrijpelijk taalgebruik; verlaagd bewustzijn of stupor.
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
	0	1	2	3	4
<p><u>Inclusief:</u> ziekte of handicap van elke oorsprong die mobiliteitsbeperkingen geven, het zicht of gehoor aantasten, dan wel anderszins interfereren met het persoonlijk functioneren.</p> <p><u>Inclusief:</u> bijwerkingen van medicatie; effecten van drug- of alcoholgebruik; handicaps als gevolg van ongevallen of zelfverwonding voortkomend uit cognitieve problemen, rijden onder invloed, etc.</p> <p><u>Exclusief:</u> psychische problemen of gedragsproblemen die gescoord worden op schaal 4 (cognitieve problemen).</p>	Geen lichamelijke gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode.	Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val).	Lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot lichte beperking in mobiliteit en activiteiten.	Matige beperking in activiteiten ten gevolgen van lichamelijke gezondheidsprobleem.	Ernstige of volledige incapaciteit als gevolg van lichamelijke gezondheidsprobleem.

6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
	0	1	2	3	4
<p><u>Inclusief:</u> hallucinaties en waanvoorstellingen ongeacht de diagnose.</p> <p><u>Inclusief:</u> vreemd en bizar gedrag geassocieerd met hallucinaties of waanvoorstellingen.</p> <p><u>Exclusief:</u> agressief, destructief of hyperactief gedrag dat voortkomt uit hallucinaties of wanen en dat gescoord wordt op schaal 1 (hyperactief en agressief gedrag).</p>	Geen aanwijzingen voor hallucinaties of waanvoorstellingen gedurende de afgelopen periode.	Enigszins vreemde of excentrieke opvattingen niet in overeenstemming met de culturele normen.	Wanen of hallucinaties (bijvoorbeeld stemmen, visioenen) zijn aanwezig, maar vormen weinig hinder voor de patiënt en manifesteren zich niet in bizar gedrag, dus klinisch aantoonbaar maar licht.	Duidelijke preoccupatie met wanen of hallucinaties wat veel hinder veroorzaakt en/of zich manifesteert in duidelijk bizar gedrag, dus een matig ernstig klinisch probleem.	Geestesgesteldheid en gedrag wordt in ernstige mate en nadelig beïnvloed door wanen of hallucinaties, met een zware uitwerking op de patiënt.
7. Problemen met depressieve stemming					
	0	1	2	3	4
<p><u>Inclusief:</u> gevoelens van minderwaardigheid en/of schuld.</p> <p><u>Exclusief:</u> hyperactiviteit of geagiteerd gedrag. Dat wordt gescoord op schaal 1.</p> <p><u>Exclusief:</u> suïcidegedachten of pogingen. Die worden gescoord op schaal 2.</p> <p><u>Exclusief:</u> waanvoorstellingen of hallucinaties; die worden gescoord op schaal 6.</p>	Geen problemen die samenhangen met een depressieve stemming gedurende de afgelopen periode.	Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming.	Lichte maar duidelijke depressie met hinder voor de patiënt (bijvoorbeeld schuldgevoelens, verminderd gevoel van eigenwaarde).	Depressie met oneigenlijk zelfverwijt; preoccupatie met schuldgevoelens.	Ernstige of zeer ernstige depressie met schuldgevoelens of zelfbeschuldiging.
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor alleen het meest ernstige klinische probleem niet vallend onder item 6 (hallucinaties en wanen) en item 7 (depressieve stemming).</p> <p>Specificeer het type probleem: A fobie; B angst; C obsessief compulsief; D reacties op stressvolle situaties of trauma; E dissociatief; F somatoform; G eetproblemen; H slaapproblemen; I seksuele problemen; J verslaving; K overig, namelijk:</p>	Geen aanwijzingen voor een van deze problemen gedurende de afgelopen periode.	Alleen ondergeschikte problemen.	Een probleem is klinisch licht aanwezig (patiënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).	Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.	Ernstig probleem overheerst de meeste activiteiten.

Toelichting vraag 8	
A Fobie	Angst of vermijdingsgedrag in antwoord op specifieke situaties / voorwerpen die niet in verhouding staan tot de werkelijke bedreiging.
B Angst	Patiënt ervaart algemene angst, paniek of soortgelijke ervaringen.
C Obsessief compulsief	Terugkerende dwanggedachten of dwanghandelingen die kwellend zijn en meestal door de patiënt worden waargenomen als irrationeel.
D Reacties tot stressvolle situaties of trauma	Acute stress reacties en / of reactie op traumatische gebeurtenissen.
E Dissociatief	Mentaal proces waarbij de patiënt zich loskoppelt van gedachten, gevoelens, herinneringen of gevoel van identiteit.
F Somatoform	Persistente ervaren fysieke gezondheidsproblemen die geen bekende medische basis hebben.
G Eetproblemen	Overmatige inname of aanhoudende beperking van de voedselinname; omvat gerelateerd gedrag om het gewicht te controleren zoals overmatige lichaamsbeweging, dieet etc.
H Slaapproblemen	Problemen met de kwaliteit, de timing of de duur van de slaap die van invloed zijn op gevoelens van vermoeidheid, cognitieve functie of stemming.
I Seksuele problemen	Verstoring van het vermogen van de patiënt om seksueel te reageren of seksueel genot te ervaren.
J Verslaving	Problemen met afhankelijkheid van/zucht naar middelen of zaken zoals alcohol, drugs, gokken, gamen, etc
K Overig	Elk andere mentaal of gedragsprobleem, niet elders gescoord, dat veelzeggend is en dat effect heeft op het gedrag.

9. Problemen met relaties					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor het meest ernstige probleem van de patiënt dat samenhangt met actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en/of dat samenhangt met niet-ondersteunende, destructieve of zelfvernietigende relaties.</p> <p><u>Inclusief:</u> problemen in de partnerrelatie.</p> <p><u>Inclusief:</u> problemen met relaties die voorkomen uit bijvoorbeeld autisme-spectrumstoornis, een verstandelijke beperking of persoonlijkheidsstoornis.</p>	<p>Geen belangrijk probleem van deze aard gedurende de afgelopen periode.</p>	<p>Ondergeschikte niet-klinische problemen.</p>	<p>Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties: patiënt klaagt hierover en/of de problemen zijn duidelijk voor anderen.</p>	<p>Blijvend belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en/ of als gevolg van relaties waar weinig of geen steun van uit gaat.</p>	<p>Ernstig en kommvool sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en/of wegens terugtrekken uit sociale relaties.</p>
10. Problemen met algemene dagelijks levensverrichtingen (ADL)					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor het totale ADL niveau (bijvoorbeeld problemen met basale zelfzorgactiviteiten problemen met basale zelfzorgactiviteiten zoals eten, wassen, aankleden, naar het toilet gaan; ook complexe vaardigheden als budgetteren, regelen van woonruimte, werk en vrije tijd, mobiliteit en gebruik van openbaar vervoer, boodschappen doen, zelfontplooiing, etc.).</p> <p><u>Inclusief:</u> gebrek aan motivatie om mogelijkheden te gebruiken die de zelfredzaamheid kunnen vergroten, want dit draagt bij aan een lager totaal ADL niveau.</p> <p><u>Exclusief:</u> gebrek aan mogelijkheden om intacte bekwaamheden en vaardigheden. uit te oefenen. Dit wordt gescoord bij de schalen 11-12.</p>	<p>Geen problemen van deze aard gedurende afgelopen periode; goed in staat op alle gebieden te functioneren.</p>	<p>Alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).</p>	<p>Zelfzorg op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere van de genoemde complexe vaardigheden.</p>	<p>Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden.</p>	<p>Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe vaardigheden.</p>

11. Problemen met woonomstandigheden					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor de globale ernst van problemen in de kwaliteit van de woonomstandigheden en het dagelijks huishouden. Is aan de basisbehoeften voldaan (verwarming, licht, hygiëne)? Zo ja, is er hulp bij het omgaan met eventuele beperkingen en zijn er mogelijkheden om aanwezige vaardigheden toe te kunnen passen en nieuwe vaardigheden te kunnen ontwikkelen?</p> <p><u>Exclusief:</u> het niveau van functioneren; dat wordt gescoord op schaal 10 (problemen met ADL).</p> <p><i>N.B. Scoor de gebruikelijke woonomstandigheden van de patiënt in de afgelopen periode. Als de patiënt is opgenomen en dit naar verwachting nog tenminste 6 maanden blijft, scoor dan de situatie in de opname-setting.</i></p>	<p>Accommodatie en woonomstandigheden zijn acceptabel; zij dragen ertoe bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunen de zelfredzaamheid.</p>	<p>Accommodatie is redelijk acceptabel, al zijn er kleine of voorbijgaande problemen (bijvoorbeeld de locatie is niet ideaal, andere voorkeur, het eten niet lekker vinden, etc).</p>	<p>Belangrijke problemen op één of meerdere gebieden betreffende de accommodatie en/of het beleid (bijvoorbeeld beperkte keus; staf of gezin weten niet goed hoe handicaps te beperken of hoe te helpen bij het toepassen of ontwikkelen van nieuwe of intacte vaardigheden).</p>	<p>Zorgwekkende multiële problemen met betrekking tot de woonomstandigheden (bijvoorbeeld sommige basisvoorzieningen ontbreken); de woonomgeving heeft geen of minimale voorzieningen om de onafhankelijkheid van de patiënt te vergroten.</p>	<p>Accommodatie is onacceptabel (bijvoorbeeld basisvoorzieningen ontbreken, dreigende uithuiszetting of dakloosheid of woonomstandigheden zijn anderszins onacceptabel) en verergert de problemen van de patiënt.</p>

12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd

	0	1	2	3	4
<p>Scoor de problemen in de kwaliteit van de dagelijkse omgeving van de patiënt. Is er hulp bij het omgaan met beperkingen, zijn er mogelijkheden tot behouden en vergroten van vaardigheden en activiteiten op gebied van werk en vrije tijd. Let op zaken als stigma, gebrek aan gekwalificeerd personeel, toegang tot voorzieningen (bijvoorbeeld bezettingsgraad en uitrusting van dagcentra, werkplaatsen, verenigingen).</p> <p><u>Exclusief:</u> het niveau van functioneren zelf. Dat wordt gescoord op schaal 10.</p> <p><i>N.B. Scoor de gebruikelijke situatie van de patiënt. Als de patiënt is opgenomen en dit naar verwachting nog tenminste 6 maanden blijft, scoor dan de situatie in de opname-setting.</i></p>	<p>De dagelijkse omgeving van patiënt is acceptabel; draagt bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunt de zelfredzaamheid.</p>	<p>Ondergeschikte of tijdelijke problemen (bijvoorbeeld verlate betaling door de uitkerende instantie); redelijke voorzieningen zijn beschikbaar, maar niet altijd op het gewenste moment, etc.</p>	<p>Beperkte keus in activiteiten; gebrek aan tolerantie (bijvoorbeeld onterecht de toegang geweigerd tot openbare voorzieningen zoals een bibliotheek of zwembad); belemmeringen door het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats; onvoldoende mantelzorg of professionele zorg; zinvolle dagvoorziening is in principe beschikbaar, maar voor een beperkt aantal uren.</p>	<p>Duidelijke deficiëntie in diensten om handicaps tot een minimum te beperken; geen mogelijkheden om intacte vaardigheden te benutten of nieuwe vaardigheden toe te voegen; ongeschoolde zorg moeilijk toegankelijk.</p>	<p>Gebrek aan enige mogelijkheid tot activiteiten overdag verergert de problemen van de patiënt.</p>

13. Sterke onredelijke gedachten, niet psychotisch in origine

	0	1	2	3	4
<p>Scoor sterke onredelijke gedachten (die kunnen voorkomen bij mensen met stoornissen zoals bijvoorbeeld obsessieve-compulsieve stoornis, anorexia nervosa, persoonlijkheidsstoornis, ziekelijke jaloezie etc.).</p> <p><u>Exclusief:</u> Waanideeën. Deze worden gescoord op schaal 6.</p> <p><u>Exclusief:</u> De ernst van de hierboven genoemde stoornissen indien sterk onredelijke gedachten niet aanwezig zijn. Deze worden gescoord op schaal 8.</p> <p><u>Exclusief:</u> Gedachten / gedragingen die in overeenstemming zijn met de culturele achtergrond van de persoon.</p>	Geen sterke onredelijke gedachten.	Heeft onlogische of onredelijke gedachte(n), maar ziet in dat deze onlogisch of onredelijk zijn en is meestal in staat er tegen in te gaan. Ze hebben een ondergeschikte invloed op het leven van de persoon.	Heeft onlogische of onredelijke gedachte(n), maar ziet in dat deze onlogisch of onredelijk zijn en is soms in staat er tegen in te gaan. Ze hebben een lichte invloed op het leven van de persoon.	Heeft sterke onlogische en onredelijke gedachten, maar heeft enig inzicht in de relatie tussen de gedachten en de stoornis. Gedachten kunnen aan het wankelen worden gebracht door rationele argumenten. De persoon probeert de gedachten te weerstaan, maar met weinig effect. Ze hebben een duidelijk negatief effect op het leven van de persoon. Door de aandoening is de behandeling moeilijker dan normaal.	Heeft sterke onlogische of onredelijke gedachten, met weinig of geen inzicht in de relatie tussen de gedachten en de stoornis. De gedachten zijn niet gevoelig voor rationele argumenten. De persoon doet geen pogingen om weerstand te bieden aan de gedachten. Ze hebben een duidelijk negatieve impact op het leven van de persoon of van anderen. De aandoening is zeer therapieresistent.

Deel 2: Historische gedragingen

Voor schalen A – E en Q, waardeer de gebeurtenissen die zich op een episode of onvoorspelbare manier uiten. Niet elke gebeurtenis kan met een directe observatie of verslag van de gebeurtenis gescoord worden, maar het is aan de regiebehandelaar om te beoordelen of er nog steeds zorgen zijn rondom de vragen die gesteld worden die niet genegeerd kan worden (d.w.z. dat er geen wijzigingen zijn in gedrag als gevolg van tijd, therapie, medicatie of omgeving, etc.).

A. Geagiteerd gedrag/expansieve stemming (voorgaand)					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor agitatie en overactief gedrag dat het sociaal functioneren verstoort. Het gaat om gedrag dat leidt tot bezorgdheid bij of schade aan anderen.</p> <p><u>Inclusief:</u> uitgelaten stemming die niet in verhouding staat tot de omstandigheden (bijv. veroorzaakt door drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie etc.)</p> <p><u>Inclusief:</u> overmatige prikkelbaarheid, rusteloosheid, intimidatie, obscene gedrag en agressie naar mensen, dieren of eigendom.</p> <p><u>Exclusief:</u> bizar gedrag, dit wordt gescoord op schaal 6.</p>	Geen problemen van deze aard.	Patiënt is prikkelbaar, geneigd tot tegenspreken en wat geagiteerd. Er zijn tekenen van opgewektheid of agitatie, maar deze veroorzaken geen ontregeling van het functioneren.	Uit verbale / non-verbale bedreigingen. Duwt / pest, maar er zijn geen aanwijzingen dat bewust wordt geprobeerd ernstige schade te veroorzaken. Veroorzaakt beperkte schade aan eigendommen (bijv. glas of servies). Is duidelijk overactief of geagiteerd.	Geagiteerde of dreigende manier van doen die angst bij anderen veroorzaakt. Fysieke agressie naar mensen of dieren. Vernieling van eigendommen. Verontrustend niveau van euforische stemming, agitatie of rusteloosheid waardoor het functioneren aanzienlijk wordt verstoord.	Ernstige lichamelijke schade toegebracht aan personen / dieren. Zware vernieling van eigendommen. Persoon is zeer intimiderend of vertoont zeer obscene gedrag. Euforische stemming, agitatie of rusteloosheid, leidend tot volledige ontregeling van het functioneren.
B. Herhaaldelijke zelfverwonding (voorgaand)					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor herhaaldelijke daden van zelfbeschadiging die bedoeld zijn om mensen, stressvolle situaties of emoties te beïnvloeden of om zichzelf te verminken voor welke reden dan ook.</p> <p><u>Inclusief:</u> het zichzelf snijden, bijten, slaan, branden, het breken van botten of het nemen van giftige stoffen enz.</p> <p><u>Exclusief:</u> het zichzelf per ongeluk verwonden (bijv. vanwege leerstoornis of cognitieve beperking; het cognitieve probleem worden gescoord op schaal 4 en de verwonding op schaal 5).</p> <p><u>Exclusief:</u> letsel als direct gevolg van drugs-/alcoholgebruik (bijv. leverschade); dit wordt gescoord op schaal 5. Letsel opgelopen terwijl men onder invloed is, wordt gescoord op schaal 5.</p>	Geen problemen van deze aard.	Oppervlakkige krassen of ongevaarlijke doses drugs.	Zichzelf oppervlakkig snijden, bijten, kneuzen, etc., of inname van kleine hoeveelheden gevaarlijke stoffen, wat waarschijnlijk niet tot substantiële schade leidt, zelfs wanneer hiervoor geen ziekenhuisbehandeling wordt gezocht.	Herhaaldelijke zelfverwonding die behandeling in het ziekenhuis vereist. Mogelijke gevaren als geen ziekenhuisbehandeling wordt gezocht. Echter, mits ziekenhuisbehandeling wordt gezocht, zal waarschijnlijk geen blijvende ernstige schade optreden zelfs indien het gedrag voortduurt.	Ernstige suïcidepoging(en) of herhaaldelijke ernstige zelfverwonding die behandeling in het ziekenhuis vereist, en indien het gedrag voortduurt waarschijnlijk resulteert in blijvend ernstig letsel (dwz ernstige littekens, verlammingen, schade aan de interne organen) en mogelijk overlijden.

C. Bescherming van kinderen en kwetsbare anderen (voorgaand)					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor de mogelijke of daadwerkelijke gevolgen van de psychische aandoening of het gedrag van de patiënt, voor de veiligheid en het welzijn van kwetsbare mensen van elke leeftijd.</p> <p><u>Inclusief:</u> elke patiënt die geregeld toegang tot en contact met kinderen of andere kwetsbare personen heeft.</p> <p><u>Exclusief:</u> risico's voor een bredere populatie (worden gescoord op schaal A).</p> <p><u>Exclusief:</u> problemen met relaties, die worden in schaal 9 gescoord.</p>	<p>De ziekte of het gedrag heeft geen duidelijke gevolgen voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen.</p>	<p>Er zijn lichte zorgen over de gevolgen van de ziekte of het gedrag voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen.</p>	<p>De ziekte of het gedrag heeft gevolgen voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen. De persoon is zich bewust van de mogelijke gevolgen, maar wordt ondersteund en is in staat om passende maatregelen te treffen.</p>	<p>De ziekte of het gedrag heeft gevolgen voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen, maar er wordt niet voldaan aan de criteria om 4 te scoren. Er kan sprake zijn van wanen of (risico op) opzettelijke zelfverwonding. De persoon is zich hier echter van bewust, kan actie ondernemen om de impact van het gedrag op de anderen aanzienlijk te verminderen, en wordt voldoende ondersteund.</p>	<p>Zonder maatregelen zal de ziekte waarschijnlijk – direct of indirect – belangrijke gevolgen hebben voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen. Er kan sprake zijn van problemen zoals wanen, ernstige bewuste zelfverwonding, of gebrek aan impulscontrole. Er is mogelijk een gebrek aan inzicht, een onvermogen of onwil om voorzorgsmaatregelen te nemen om kwetsbare personen te beschermen en/of een gebrek aan voldoende ondersteuning en bescherming van kwetsbare personen.</p>

D. Betrokkenheid / motivatie (voorafgaand)					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor de motivatie, het ziekte-inzicht, de acceptatie van zorg / behandeling en het vermogen om een verbinding aan te gaan met het zorgpersoneel.</p> <p><u>Inclusief:</u> het vermogen, de bereidheid of motivatie om adequaat deel te nemen aan de zorg/behandeling, akkoord te gaan met persoonlijke doelen en afspraken na te komen. Problemen met de afhankelijkheid van zorg.</p> <p><u>Exclusief:</u> cognitieve problemen zoals gescoord op schaal 4, de ernst van de ziekte of het niet nakomen van afspraken wegens praktische redenen.</p>	<p>Heeft het vermogen om op adequate wijze contacten met zorgverlening aan te gaan of te beëindigen. Heeft een goed begrip van de problemen en het zorgplan.</p>	<p>Enige terughoudendheid om contacten aan te gaan of klein risico op afhankelijkheid van zorg. Heeft begrip van eigen problemen.</p>	<p>Incidentele problemen op het gebied van betrokkenheid, d.w.z. gemiste afspraken, of tussen de afspraken door op ongepaste wijze contact opnemen met de zorgverlening. Enig begrip van de eigen problemen.</p>	<p>Oneigenlijk gebruik van de zorgverlening. Heeft weinig begrip van eigen problemen. Onbetrouwbaar in het nakomen van afspraken, of aanwezigheid bij afspraken is afhankelijk van aansporing of steun van buitenaf.</p>	<p>Neemt voortdurend contact op met verschillende zorgverleners, zoals de huisarts, spoedeisende hulpverlening, etc. Weinig of geen begrip van eigen problemen. Schikt zich niet naar geplande zorg. Komt zelden opdagen bij afspraken. Weigert inbreng van zorgverlening. Of aanwezigheid en nakomen van afspraken sterk afhankelijk van intensieve aansporing en steun van buitenaf.</p>

E. Kwetsbaarheid (voorafgaand)					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor het onvermogen van de persoon om zichzelf te beschermen tegen risico op schade aan de gezondheid, veiligheid of welzijn.</p> <p><u>Inclusief:</u> fysieke, seksuele, emotionele en financiële uitbuiting of intimidatie.</p> <p><u>Exclusief:</u> problemen met motivatie en betrokkenheid gescoord op schaal D.</p>	Geen sprake van kwetsbaarheid.	Kwetsbaarheid heeft geen duidelijke gevolgen voor eigen gezondheid, veiligheid of welzijn.	Er zijn zorgen over het vermogen om de eigen gezondheid, veiligheid of welzijn te beschermen. Heeft ondersteuning nodig, of beëindiging van de bestaande steun zou de bezorgdheid vergroten.	Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de kwetsbaarheid gevolgen heeft voor het vermogen van de persoon om de eigen gezondheid, veiligheid of welzijn te beschermen. Heeft ondersteuning nodig (maar niet voldoende ernstig om 4 te scoren), of beëindiging van de bestaande steun zou het risico vergroten.	Ernstige kwetsbaarheid – totaal onvermogen om zichzelf te beschermen, waardoor groot risico ontstaat voor de eigen gezondheid, veiligheid en welzijn.
Q. Problematisch alcohol- of drugsgebruik (voorafgaand)					
	0	1	2	3	4
<p><u>Exclusief:</u> agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol- of drugsgebruik, dit wordt gescoord op schaal 1.</p> <p><u>Exclusief:</u> lichamelijke ziekten of beperkingen als gevolg van alcohol- of drugsgebruik, dit wordt gescoord op schaal 5.</p>	Geen problemen met alcohol- of drugsgebruik die relevant zijn voor het behandelplan.	Er zijn incidenten geweest van overmatig gebruik, maar deze vallen binnen de sociale norm.	Er zijn incidenten geweest waarbij alcohol- of drugsgebruik tot controleverlies hebben geleid, maar de persoon is nooit ernstig verslaafd geweest.	Er zijn perioden geweest van duidelijke verslaving of afhankelijkheid van alcohol of drugs, waarbij geregeld sprake was van controleverlies. Ook zijn onder invloed onverantwoorde risico's genomen.	Er is bewijs in de anamnese van aanhoudende of frequente handelingsonbekwaamheid veroorzaakt door een alcohol/drugsprobleem.

Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

Kenmerk

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 6 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg (Bub Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op: artikel 59, aanhef en onder a en b, van de Wmg, heeft de minister van VWS met brief van 14 december 2020, met kenmerk 1795863-215660-PZo, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN

Artikel 1.1 Begripsbepalingen

Acute psychiatrische hulpverlening: hulpverlening die deel uitmaakt van de geneeskundige ggz en welke gericht is op personen in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. De zorg wordt geleverd conform de generieke module acute psychiatrie.

Behandeling: Activiteiten met als doel stabilisering, begeleiding, herstel of genezing van de klachten van de patiënt zoals vastgesteld in diens behandelplan, uitgevoerd door een zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om zelfstandig (een deel van) de behandeling uit te voeren.

Consult: Direct, ononderbroken en zorginhoudelijk contact tussen zorgverlener en (forensische) patiënt of naasten van de patiënt.

Contact: Een zorginhoudelijk en ononderbroken interactie. Een contact kan zowel 'face to face', telefonisch, 'screen to screen' als 'bit to bit' plaatsvinden.

Diagnose: Classificatie van een aandoening of ziekte conform DSM-5 en/ of het bepalen van de zorgvraagtypering.

Diagnostiek: Activiteiten met als doel (bijdragen aan) het stellen van een diagnose, uitgevoerd door een zorgverlener die hiervoor bevoegd en bekwaam is.

Forensische zorg: Zorg als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg.

Geneeskundige ggz: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Generieke module acute psychiatrie: module waarin de inhoud en organisatie van hulpverlening wordt beschreven voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is, waarvan de eerste versie in maart 2017 is vastgesteld door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.

Klinische opname: Periode waarin de patiënt in het kader van behandeling 's nachts in de instelling verblijft. Deze periode loopt vanaf moment van opname tot het moment van ontslag. Los van de vraag

welke verblijfsdagen gedeclareerd mogen worden, is in het Besluit Zvw art 2:12 bepaald welke dagen meetellen als Zvw zorg.

Kenmerk

Kwaliteitsstatuut: Het Kwaliteitsstatuut GGZ zoals dat is ingeschreven bij het Zorginstituut Nederland.

Pagina
2 van *

Kwaliteitskader fz: Het geldende Kwaliteitskader Forensische Zorg.

Patiënt: Persoon die op basis van een hulpvraag conform aanspraak (ggz) of een strafrechtelijke titel (fz) zorg ontvangt.

Prestatie: De prestatie zoals bedoeld in artikel 1, onderdeel j, van de Wmg.

Prestatiebeschrijving: de beschrijving van de prestatie zoals bedoeld in artikel 50 lid 1 onderdeel d van de Wmg.

Prestatiecode: De code die hoort bij de prestatie.

Reistijd: De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de zorgaanbieder behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt.

Setting: het onderscheid tussen vormen van zorg op basis van benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines.

Tarief: Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1 sub k Wmg.

Uitvoeringsdatum: Datum waarop de prestatie die uitgevoerd is gestart.

UZOVI-code: Unieke Zorgverzekeraars Identificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.

Verblijfsdag: Dag en daaropvolgende nacht dat een patiënt gedurende een periode van klinische opname in een instelling verblijft. De eerste verblijfsdag is de dag dat de patiënt voor 20:00u is opgenomen. In het tarief van de verblijfprestaties is wel de verpleging, verzorging, vaktherapie en dagbesteding meegenomen, maar niet de overige behandeling.

Verwijzer: Verwijzer als bedoeld in artikel 14 lid 2 Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verzekerdnummer: Nummer waarmee de patiënt bekend is bij de verzekeraar. Dit nummer wordt verstrekt door de zorgverzekeraar bij inwerkingtreding van de verzekeringspolis.

VOV-personeel: Verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel.

Zorgaanbieder: Zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, onderdeel c van de Wmg.

Zorgverlener: zorgverlener zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Zorgverzekeraar: Waar in deze Beleidsregel gesproken wordt over de zorgverzekeraar worden zowel de zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub f van de Wmg als de Divisie Forensische zorg/Justitiële Jeugdinstellingen (ForZo/JJI) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), onderdeel van het ministerie van JenV, bedoeld. In de fz is ForZo/JJI verantwoordelijk voor het inkopen van fz.

Artikel 1.2 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om de tarieven en

prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Aan de hand van deze beleidsregel zal de NZa een tariefbeschikking nemen.

Kenmerk

Pagina
3 van *

Artikel 1.3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw.

Ook is deze beleidsregel van toepassing op forensische zorg als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg (Wfz).

Tot slot is deze beleidsregel van toepassing op handelingen of werkzaamheden op het terrein van ggz of fz, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 of 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Het betreft hier de handelingen als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg en werkzaamheden zoals bedoeld in artikel 2, aanhef en eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Artikel 1.4 Prestatie indeling

Prestaties binnen de ggz en fz zijn onderverdeeld in:

- Consulten (inclusief groepsconsult)
- Verblijfsdagen
- Toeslagen op de consulten en verblijfsdagen
- Overige prestaties

HOOFDSTUK 2 CONSULTEN

Artikel 2.1 Consulten diagnostiek en behandeling

Een consult wordt ingedeeld naar:

- Diagnostiek
- Behandeling

Prestatiebeschrijving Consult Diagnostiek

Een consult met enkel als doel het uitvoeren van diagnostiek.

Prestatiebeschrijving Consult Behandeling

Een consult met het doel het uitvoeren van behandeling.

Artikel 2.2 Consulten beroep van de zorgverlener

Een consult wordt ingedeeld naar het beroep van de zorgverlener die het consult heeft geleverd. Alleen onderstaande categorieën beroepen worden gebruikt:

- Arts (Wet Big artikel 3)
- Arts-specialist (Wet Big artikel 14)
 - Huisarts
 - Internist
 - Kinderarts
 - Klinisch geriater
 - Neuroloog
 - Psychiater
 - Specialist ouderengeneeskunde
- Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)
- Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big artikel 14)
 - Klinisch psycholoog
 - Klinisch neuropsycholoog
- Overige beroepen:
 - Diëtist
 - Ergotherapeut
 - Ervaringsdeskundige werker
 - Fysiotherapeut
 - Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP
 - Logopedist
 - Maatschappelijk werkende

- Oefentherapeut
- Orthopedagoog
- Orthopedagoog – generalist (Wet Big artikel 3)
- Physician assistant (Wet Big artikel 3)
- Psychodiagnostisch werkende
- Sociaal Juridisch medewerker
- Sociaal pedagogisch hulpverlener
- Sociaal werkende
- Vaktherapeut
- WO-psycholoog
- Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)
- Verpleegkundig specialist ggz (Wet Big artikel 14)
- Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)

Artikel 2.3 Consulten tijdsindeling

2.3 Lid 1

Een consult wordt ingedeeld in één van onderstaande categorieën op basis van de tijd die een zorgverlener aan het contact besteedt:

- Consult vanaf 5 minuten
- Consult vanaf 15 minuten
- Consult vanaf 30 minuten
- Consult vanaf 45 minuten
- Consult vanaf 60 minuten
- Consult vanaf 75 minuten
- Consult vanaf 90 minuten
- Consult vanaf 120 minuten

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 5 minuten
Contact vanaf 5 minuten tot 15 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 15 minuten
Contact vanaf 15 minuten tot 30 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 30 minuten
Contact vanaf 30 minuten tot 45 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 45 minuten
Contact vanaf 45 minuten tot 60 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 60 minuten
Contact vanaf 60 minuten tot 75 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 75 minuten
Contact vanaf 75 minuten tot 90 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 90 minuten
Contact vanaf 90 minuten tot 120 minuten.

Prestatiebeschrijving Consult vanaf 120 minuten
Contact vanaf 120 minuten.

2.3 lid 2

Voor asynchrone digitale zorg geldt het volgende. De zorgaanbieder registreert één consult per dag op basis van de totale tijd besteed aan het contact met de patiënt op verschillende momenten van die dag.

Artikel 2.4 Consulten setting

Een consult wordt ingedeeld in één van de volgende settings:

- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair
- Outreachend
- Klinisch (exclusief forensische en beveiligde zorg)
- Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg
- Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg

- Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)

Kenmerk

Pagina
5 van *

Algemene omschrijving en verantwoording van settings

Onder setting wordt verstaan de levering van zorg in een context die van een andere setting is te onderscheiden door benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines. Kenmerken van een setting zijn gebaseerd op de organisatie en uitvoering van de zorg en worden vooraf ingericht. Daarmee bevindt de verantwoording van de setting zich op de keuzes die bij het inrichten worden gemaakt. De patiënt wordt op basis van diens zorgvraag bewust verwezen naar een bepaalde setting.

Indien er binnen een zorgaanbieder meerdere settings bestaan, worden de settings bepaald op het niveau van bijvoorbeeld de operationele eenheid en kenmerken van uitvoering van patiëntenzorg. De patiënt kan binnen één zorgaanbieder van setting wisselen als zijn/haar toestand daar aanleiding voor geeft en/of aard van de zorglevering significant verandert. Op- en afschaling van zorg op het niveau van settings is daarmee inzichtelijk.

Prestatiebeschrijving setting ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II

Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen.

Prestatiebeschrijving setting ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair

Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen. De zorg voldoet aan de kwaliteitscriteria voor instellingen waarbij de extra criteria van setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair niet van toepassing zijn. Daarnaast geldt de operationalisering van aanbieders die voldoen aan sectie III van het kwaliteitsstatuut die binnen de veldafspraken van het zorgprestatie model is vastgelegd.

Prestatiebeschrijving setting ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III - multidisciplinair

Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen en daarmee voldoen aan alle eisen van Setting ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair. Daarnaast zijn onderstaande extra criteria van toepassing.

Bij de behandeling van een patiënt (los van de diagnostiek fase) zijn vanwege hun eigen expertise meerdere disciplines betrokken. Buiten de regiebehandelaar hebben meerdere verschillende disciplines tijdens de behandel fase contact met de patiënt. De verschillende disciplines kunnen elkaar niet vervangen en tijd kan niet onderling uitbesteed of verdeeld worden. Het multidisciplinaire karakter van de zorgaanbieder komt tot uitdrukking in het kwaliteitsstatuut, de toegepaste zorgstandaarden, behandelprogramma's of andere documentatie waarin de aanbieder zijn aanbod beschrijft. Uitvoerende onderdelen van het behandelplan worden door verschillende disciplines gegeven. Afstemming tussen disciplines in het Multi Disciplinair Overleg (MDO) is verplicht voor uitvoering van de behandeling en de bewaking van de kwaliteit en is structureel ingebed.

Prestatiebeschrijving setting Outreachend

De setting outreachend geldt voor wijkgerichte zorg die wordt geleverd door een multidisciplinair team. De zorg in de setting outreachend is flexibel georganiseerd, in locaties en in intensiteit. De zorg is patiëntvolgend in tijdstippen en er is beschikbaarheid van zorg geregeld buiten kantooruren. Er is aantoonbaar nauwe samenwerking en goede afstemming met de crisisdienst, huisarts, familie of andere naasten, en andere hulpverleners of ketenpartners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Indien nodig wordt de zorg op pro-actieve wijze geleverd als de patiënt (tijdelijk) zorgmijdt en diens psychische toestand dat rechtvaardigt.

Prestatiebeschrijving setting Klinisch (exclusief forensische en beveiligde zorg)

Kenmerk

Voor zorg tijdens een klinische opname.

Pagina
6 van *

Prestatiebeschrijving setting Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg

Klinische behandeling van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een beveiligde setting (zowel materieel als de inzet van personeel). De zorg wordt geleverd in een besloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld met en zonder een forensische titel. Binnen deze setting wordt risicogestuurd gewerkt, bijvoorbeeld door gebruik van gevalideerde taxatie-instrumenten. Risico's worden in het zorgplan opgenomen, met cliënten besproken en structureel geëvalueerd. Als mensen met (een risico op) gevaarlijk gedrag binnen de geneeskundige ggz zonder strafrechtelijke titel zijn geïnccludeerd binnen de ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg dan geldt deze werkwijze.

Prestatiebeschrijving setting Forensische en risicogerichte zorg – niet-klinische of ambulante zorg

Behandeling en begeleidingsactiviteiten van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een forensische setting buiten de beveiligde omgeving van een kliniek. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld met en zonder een forensische titel. Binnen deze setting wordt risicogestuurd gewerkt, bijvoorbeeld door gebruik van gevalideerde taxatie-instrumenten. Risico's worden in het zorgplan opgenomen, met cliënten besproken en structureel geëvalueerd. Als mensen met (een risico op) gevaarlijk gedrag binnen de geneeskundige ggz zonder strafrechtelijke titel zijn geïnccludeerd binnen de ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg dan geldt deze werkwijze.

Prestatiebeschrijving setting Hoogspecialistisch ggz (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)

Voor hoogspecialistische zorg die vanwege de zeldzaamheid, ernst en/of complexiteit van de zorgvraag van de patiënt in zijn geheel is ingericht op het kunnen leveren van multidisciplinaire, intensieve zorg. De geboden zorg vereist een specifieke infrastructuur of (medisch-)specialistische kennis, expertise of vaardigheden. Door dit vereiste is er een sterke vertegenwoordiging van specialistische professionals in het behandelteam dat binnen de setting werkt. Vanwege (het opbouwen van) de benodigde kennis en infrastructuur is concentratie van deze zorg nodig. Binnen deze setting worden ook een second opinion en consultatiefunctie vervuld voor andere aanbieders. Daarnaast wordt vanuit de hoogspecialistische setting kennis verspreid naar de andere settings.

In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat prestaties binnen de setting Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde) alleen gedeclareerd mag worden indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van die setting.

Artikel 2.5 Groepsconsult

Bij een consult met twee of meer patiënten is sprake van een groepsconsult. De prestatie groepsconsult betreft een eenheid vanaf 30 minuten contact per zorgverlener. Een consult in groep wordt ingedeeld in één van onderstaande categorieën, op basis van het aantal patiënten dat aanwezig is op enig moment binnen de eenheid van 30 minuten. Niet-aanwezige patiënten tellen niet mee. Indien meerdere behandelaren het groepsconsult leveren kan iedere zorgverlener apart een groepsconsult declareren. Voor de telling tellen patiënten vanuit alle financieringsstromen mee.

- Consult per patiënt in groep 2 patiënten
- Consult per patiënt in groep 3 patiënten

- Consult per patiënt in groep 4 patiënten
- Consult per patiënt in groep 5 patiënten
- Consult per patiënt in groep 6 patiënten
- Consult per patiënt in groep 7 patiënten
- Consult per patiënt in groep 8 patiënten
- Consult per patiënt in groep 9 patiënten
- Consult per patiënt in groep vanaf 10 patiënten

Kenmerk

Pagina
7 van *

Groepsconsulten worden niet ingedeeld naar:

- Artikel 2.1 Consulten diagnostiek en behandeling
- Artikel 2.3 Consulten tijdsindeling
- Artikel 2.4 Consulten setting

Bij een groepsconsult zijn toeslagen niet mogelijk.

HOOFDSTUK 3 VERBLIJFSDAGEN

Artikel 3.1 Prestaties verblijfsdag ggz

Een verblijfsdag is een zelfstandige prestatie en hoeft niet gekoppeld te zijn aan diagnostiek of behandeling. Een verblijfsdag is inclusief dagbesteding en vaktherapie. Een verblijfsdag in de ggz heeft één van de volgende verzorgingsgraden:

- Verblijfsdag A ggz (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B ggz (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C ggz (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D ggz (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E ggz (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F ggz (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G ggz (zeer intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag H ggz (high intensive care (hic))
- Verblijf met rechtvaardigingsgrond ggz (VMR)

Een verblijfsdag heeft één van de volgende beveiligingsniveaus:

- Geen
- Beveiligingsniveau 2
- Beveiligingsniveau 3
- Beveiligingsniveau 4

De NZa combineert de verzorgingsgraden en beveiligingsniveaus in de volgende prestaties:

- Verblijfsdag A t/m A4
- Verblijfsdag B t/m B4
- Verblijfsdag C t/m C4
- Verblijfsdag D t/m D4
- Verblijfsdag E t/m E4
- Verblijfsdag F t/m F4
- Verblijfsdag G t/m G4
- Verblijfsdag H
- VMR

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag A ggz (lichte verzorgingsgraad)

De prestatie verblijf is bedoeld voor patiënten met een lichte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding door het VOV-personeel is beperkt. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV-personeel is op afstand oproepbaar. Voor zover patiënten mobiliteitsproblemen hebben vergen deze geen extra verzorging of toezicht. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL /BDL is er geen begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot.

Bij een verblijfsdag A wordt doorgaans niet meer dan 0,3 fte per bed/plaats ingezet. Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de

verblijfsfaciliteiten. Patiënten kunnen zonder toestemming de setting verlaten, tenzij er vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd. Open afdeling voor basis verblijf zonder aanpassingen.

Kenmerk**Pagina
8 van ***

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag B ggz (beperkte verzorgingsgraad)

De prestatie verblijf B is bedoeld voor patiënten met een beperkte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding door het VOV-personeel is beperkt. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV personeel is op afstand oproepbaar. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL/BDL is er beperkte begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot. Wel zijn stimulatie en toezicht door het VOV-personeel noodzakelijk. Bij een verblijfsdag B wordt doorgaans meer dan 0,3 fte tot en met 0,5 fte per bed/plaats ingezet. Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten. Het betreft een overwegend open setting die licht beschermend is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de afdeling mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd. Open afdeling voor basis verblijf zonder aanpassingen.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag C ggz (matige verzorgingsgraad)

De prestatie verblijfsdag C is bedoeld voor patiënten met een matige verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding door het VOV-personeel is matig. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen. De begeleiding wordt in de nabijheid van/in het gebouw verstrekt. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL/BDL is er begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. Wel zijn beperkte begeleiding/zorg en toezicht door het VOV-personeel noodzakelijk. Bij een verblijfsdag C wordt doorgaans meer dan 0,5 fte tot en met 0,7 fte per bed/plaats ingezet. Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek. Het betreft hoofdzakelijk een open setting die matig beschermend is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheid beperkende maatregelen zijn opgelegd. Hoofdzakelijk open afdeling met geringe aanpassingen.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag D ggz (gemiddelde verzorgingsgraad)

De prestatie verblijfsdag D is bedoeld voor patiënten met een gemiddelde verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV-personeel is direct beschikbaar. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid is er wisselende begeleiding op aanvraag/behoefte noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wat betreft de ADL/BDL zijn begeleidende zorg en structureel toezicht noodzakelijk. Bij een verblijfsdag D wordt doorgaans meer dan 0,7 fte tot en met 1,0 fte per bed/plaats ingezet. Het merendeel van de patiënten blijft doorgaans doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek. Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voornamelijk in een besloten setting die gemiddeld tot intensieve bescherming biedt. In belangrijke mate gesloten afdeling met geringe aanpassingen.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag E ggz (intensieve verzorgingsgraad)

De prestatie verblijfsdag E is bedoeld voor patiënten met een intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV-personeel is direct beschikbaar.

Opschaling is mogelijk. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er structureel begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wel is er volledige begeleidende zorg en permanent (opvoedkundig) toezicht door het VOV-personeel noodzakelijk.

Kenmerk

Pagina
9 van *

Bij een verblijfsdag E wordt doorgaans meer dan 1,0 fte tot en met 1,3 fte per bed/plaats ingezet. De patiënten blijven doorgaans tijdens de duur van de behandeling in de kliniek. Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven veelal in een gesloten setting met matig intensieve bescherming, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet zonder toestemming mag verlaten. Overwegend gesloten afdeling met geringe aanpassingen.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag F ggz (extra intensieve verzorgingsgraad)

De prestatie verblijfsdag F is bedoeld voor patiënten met een intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV-personeel is permanent beschikbaar. In voorkomende gevallen wordt hulp door personeel andere afdelingen geboden. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er permanente begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is laag. Een gedeeltelijk overname van zorg en permanent (opvoedkundig) toezicht door VOV-personeel is noodzakelijk. Patiënten vertonen over het algemeen gedragsproblemen/agressie, dan wel verstoringen in het functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering.

Bij een verblijfsdag F wordt doorgaans meer dan 1,3 fte tot en met 1,7 fte per bed/plaats ingezet. De patiënten blijven doorgaans tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek. Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voor een belangrijk deel op een gesloten afdeling, beschermend en beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken. Overwegend gesloten setting met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separeer- dan wel afzonderingsruimtes aanwezig. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik. Gesloten afdeling met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separeer dan wel afzonderingsruimtes aanwezig.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag G ggz (zeer intensieve verzorgingsgraad)

De prestatie verblijfsdag G is bedoeld voor patiënten met een zeer intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV-personeel is permanent beschikbaar met een dubbele bezetting. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in ADL/BDL is er permanente en dubbele begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is zeer laag. Er is volledige overname van zorg en permanent toezicht door het VOV-personeel noodzakelijk. Patiënten vertonen over het algemeen ernstige gedragsproblemen/agressie, dan wel ernstige verstoringen in het psycho-sociale functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering, met continu individueel (opvoedkundig) toezicht.

Bij een verblijfsdag G wordt doorgaans meer dan 1,7 fte per bed/plaats ingezet. De patiënten blijven doorgaans tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek. Het betreft een gesloten afdeling, zwaar beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet mag verlaten en waar het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken. Gesloten afdeling met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separeer dan wel afzonderingsruimtes aanwezig.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag H ggz (high intensive care (hic))

De prestatie Verblijfsdag H is bedoeld voor patiënten met een zeer intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding is afhankelijk van het beloop van het ziektebeeld van de patiënt en kan, indien nodig, tot 1-op-1 begeleiding worden opgeschaald. De nadruk ligt hierbij op het aanbieden van oplossingen en voorkomen van dwang maatregelen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er permanente begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wel is er gedeeltelijk overname van zorg en permanent (opvoedkundig) toezicht door VOV-personeel nodig. Intensiteit van de begeleiding kan sterk wisselen en, indien nodig, opgeschaald worden tot 1-op-1 begeleiding. Patiënten vertonen over het algemeen ernstige gedragsproblemen/agressie, dan wel ernstige verstoringen in het functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering, met continu individueel (opvoedkundig) toezicht.

Bij een verblijfsdag H wordt tussen de 1,3 en 2,0 fte per bed/plaats ingezet. De patiënten blijven doorgaans tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek. Het betreft een gesloten afdeling, die beschermd is waarbij het grootste deel van de patiënten de afdeling niet zal verlaten en waar het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken. De afdeling kent over het algemeen specifieke bouwkundige en installatietechnische aanpassingen op het gebied voorkomen van terugval en stimuleren van herstel. Zo is er de mogelijkheid op te schalen naar een prikkelarme intensieve begeleidingsafdeling.

Prestatiebeschrijving Verblijf met rechtvaardigingsgrond ggz (VMR)

De prestatie verblijf met rechtvaardigingsgrond is voor patiënten die op een verblijfsafdeling verblijven zonder medische noodzaak. Dit zijn uitzonderlijke situaties waarbij het gerechtvaardigd is dat het verblijf voor een redelijke termijn wordt voortgezet ondanks dat dit verblijf niet meer "medisch noodzakelijk" is in verband met geneeskundige ggz. Het moet hier gaan om situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvorzorgingen, en zorgverzekeraar en zorgaanbieder nog niet tot een andere oplossing zijn gekomen. Er gelden geen nadere eisen voor wat betreft inzet VOV personeel, bedbezetting, toezicht/beveiliging en Fysieke setting/ Kenmerken huisvesting, maar er moet minimaal voldaan zijn aan de eisen van de prestatie verblijfsdag A.

Artikel 3.2 Prestaties verblijfsdag fz

Een verblijfsdag is een zelfstandige prestatie en hoeft niet gekoppeld te zijn aan diagnostiek of behandeling. Een verblijfsdag is inclusief dagbesteding en vaktherapie. Een verblijfsdag heeft één van de volgende verzorgingsgraden:

- Verblijfsdag A fz (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B fz (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C fz (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D fz (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E fz (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F fz (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G fz (zeer intensieve verzorgingsgraad)

Een verblijfsdag heeft één van de volgende beveiligingsniveaus:

- Beveiligingsniveau 1
- Beveiligingsniveau 2
- Beveiligingsniveau 3
- Beveiligingsniveau 4

De NZa combineert de verzorgingsgraden en beveiligingsniveaus in de volgende prestaties:

- Verblijfsdag A1 t/m A4

- Verblijfsdag B1 t/m B4
- Verblijfsdag C1 t/m C4
- Verblijfsdag D1 t/m D4
- Verblijfsdag E1 t/m E4
- Verblijfsdag F1 t/m F4
- Verblijfsdag G1 t/m G4

Kenmerk

Pagina
11 van *

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag A fz (lichte verzorgingsgraad)

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) ziekte-inzicht, 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 onregelend en ontwrichtend gedrag wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft.

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. Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal). 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. Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten. 24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op. Bij een verblijfsdag A fz wordt doorgaans 0,3 en minder fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag B fz (beperkte verzorgingsgraad)

De psychiatrische stoornis is stabiel, er is een lichte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld. Er is sprake van ziektebesef en enige mate van ziekte-inzicht, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn in enige mate beperkt, patiënt heeft hierbij ondersteuning. 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.

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. Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal). 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. 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. Bij een verblijfsdag B fz wordt doorgaans meer dan 0,3 fte tot en met 0,5 fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag C fz (matige verzorgingsgraad)

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 hierbij begeleiding. Er is sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er bestaat enige kans op terugval op korte termijn. Er bestaat lichte kans op onregelend en ontwrichtend gedrag.

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. Het actuele recidiverisico is laag tot matig

en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal). 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. 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. Bij een verblijfsdag C fz wordt doorgaans meer dan 0,5 fte tot en met 0,7 fte per bed/plaats ingezet.

Kenmerk

Pagina
12 van *

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag D fz (gemiddelde verzorgingsgraad)

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 onregelend en ontwrichtend gedrag.

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. Het actuele recidiverisico is matig tot hoog. De focus van het leefklimaat is op ontwikkeling / motiveringen en daarnaast op ondersteuning (supportief) en structurerend. De begeleidingsbehoefte is permanent aanwezig, en eventuele opschaling is mogelijk als dat nodig is. Bij een verblijfsdag D fz wordt doorgaans meer dan 0,7 fte tot en met 1,0 fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag E fz (intensieve verzorgingsgraad)

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. 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. Het actuele recidiverisico is matig tot hoog. Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend met stabilisatie als primaire doelstelling. De begeleidingsbehoefte is permanent aanwezig, en opschaling is direct mogelijk. Bij een verblijfsdag E fz wordt doorgaans meer dan 1,0 fte tot en met 1,3 fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag F fz (extra intensieve verzorgingsgraad)

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.

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. Het delictrisico is hoog tot zeer hoog. Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend. 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. Bij een verblijfsdag F fz wordt doorgaans meer dan 1,3 fte tot en met 1,7 fte per bed/plaats ingezet.

Kenmerk

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag G fz (zeer intensieve verzorgingsgraad)

Pagina
13 van *

De psychiatrische stoornis leidt tot acute, ernstige en ontregelende 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 ontwrichting of gevaar op agressie (naar zichzelf / anderen) veroorzaken, met een continu risico hierop.

De patiënt is op geen enkel levensgebied zelfredzaam. De patiënt is niet in staat zelf structuur aan te brengen. Het actuele recidiverisico is hoog tot zeer hoog. Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend met stabilisatie als primaire doelstelling. 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. Bij een verblijfsdag G fz wordt doorgaans meer dan 1,7 fte per bed/plaats ingezet.

Artikel 3.3 Beveiligingsniveaus

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 1

Uitgangspunten:

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

Materieel:

- Aanwezigheid van raamstandbeperking (ramen in buitengevels van zit-/slaapkamers, welke zich niet binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden moeten worden uitgevoerd in P2A beglazing zonder te openen raamdelen. Te openen raamdelen in buitengevels van zit-/slaapkamers die zich binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden moeten zijn voorzien van een uitzetbeperking met een maximale opening van 13 cm).
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is een 24-uurspost in het gebouw aanwezig.
- Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen een besloten setting.

Immaterieel:

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

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 2

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

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 2-fz 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.

Kenmerk

Pagina
14 van *

Materieel:

- Aanwezigheid van perimeterbeveiliging (hekwerk) van minimaal 3,5 meter die niet zonder meer te ondergraven, doordringen of te overklimmen is en/of raamstandbeperking in combinatie met doorbraakwerende beglazing.
- 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.

Prestatiebeschrijving Beveiligingsniveau 2-fz hoog

Uitgangspunten:

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

Materieel:

- De instellingen vallend in beveiligingsniveau 2 voldoen aan de DJI-eisen gesteld bij de aanbesteding van FPA capaciteit ten behoeve van de fz 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 die niet zonder meer te ondergraven, doordringen of te overklimmen is;
 - doorbraakwerende beglazing;
 - raamstandbeperking.
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is een 24-uurspost in het gebouw.
- Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
- Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen de beveiligde ring.

Immaterieel:

- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling.
- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing / de-escalerende gesprekstechnieken.

- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomangement 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.

Kenmerk

Pagina
15 van *

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 3

Uitgangspunten:

- In een instelling vallend in beveiligingsniveau 3 worden primair patiënten geplaatst die voor langere tijd binnen de beveiligde ring moeten 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 die niet zonder meer te ondergraven, doordringen of te overklommen is.
- 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, 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.

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 4

Uitgangspunten:

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

Materieel:

- De instellingen vallend in beveiligingsniveau 4 voldoen aan de DJI-eisen gesteld voor fpc's. Deze eisen hebben onder andere betrekking op de aanwezigheid van:
 - Een dubbele barrière;
 - een 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.

Kenmerk

Pagina
16 van *

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, risicomangement 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.

Artikel 3.4 Zzp's en extramurale parameters voor de forensische zorg

Naast consulten en verblijfsdagen bestaan in de fz zzp's en extramurale parameters. Zzp's zijn voor de zorgvorm verblijf met begeleiding, maar zonder behandeling. Voor de zorgvorm ambulante begeleiding zijn de extramurale parameters van toepassing.

De volgende zzp's zijn van toepassing:

- Zzp-c 1 t/m 6 inclusief en exclusief dagbesteding.
- Zzp-vg 1 t/m 7 inclusief en exclusief dagbesteding.

Prestatiebeschrijving zzp's-c en zzp's-vg

Er zijn twee soorten zzp's:

- zzp's-c (inclusief en exclusief dagbesteding). De zzp's-c zijn voor patiënten die in de fz verblijven vanwege ondersteunende begeleiding. De NZa stelt de volgende prestaties vast:
 - zzp-c 1 t/m 6 (exclusief dagbesteding);
 - zzp-c 1 t/m 6 (inclusief dagbesteding).
- zzp's-vg (inclusief en exclusief dagbesteding). De zzp's-vg zijn voor de specifieke zorg voor de verstandelijk beperkten. Hieronder valt niet de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek. De NZa stelt de volgende prestaties vast:
 - zzp-vg 1 t/m 7 (exclusief dagbesteding);
 - Zzp-vg 1 t/m 7 (inclusief dagbesteding).

De zzp is opgebouwd uit de volgende deelcomponenten. Vanuit deze deelcomponenten worden de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en verblijf geleverd.

- woonzorg
- dagbesteding
- begeleiders
- verblijf
- kapitaallasten (nhc)
- inventaris (nic)

De zzp's staan beschreven in Bijlage 1 Prestatiebeschrijvingen zzp's.

Prestatiebeschrijving extramurale parameters

Voor de zorgvorm ambulante begeleiding zijn de extramurale parameters van toepassing.

De NZa stelt de volgende extramurale parameters vast:

- H300 Begeleiding
- H150 Begeleiding extra
- H152 Begeleiding speciaal 1 NAH
- H153 Gespecialiseerde begeleiding (psy)
- F125 Dagactiviteit (begeleiding) LZA
- H811 Dagbesteding VG licht
- H812 Dagbesteding VG midden
- H813 Dagbesteding VG zwaar
- H328 Behandeling
- H329 Behandeling gedragswetenschapper

Kenmerk

Pagina
17 van *

In Bijlage 2 Prestatiebeschrijvingen extramurale parameters zijn de prestatiebeschrijvingen van de extramurale parameters opgenomen. Ook staat aangegeven welke module bij de verschillende extramurale parameters mogelijk is.

Voor de extramurale parameters en modules gelden maximumtarieven, zoals bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel c, van de Wmg. Dit betekent dat prijsafspraken kunnen worden gemaakt op of onder het maximumtarief met een ondergrens van € 0,-.

Alle tarieven zijn inclusief een normatieve kapitaallastcomponent. De kapitaallasten voor extramurale parameters betreft een opslag. Op de kapitaallasten voor extramurale parameters vindt geen nacalculatie plaats.

Jaarlijkse indexatie extramurale parameters. Ons beleid voor de indexering van de extramurale parameters staat beschreven in de beleidsregel 'Indexatie Wlz'.

HOOFDSTUK 4 TOESLAGEN OP CONSULTEN EN VERBLIJFSDAGEN

In de tariefbeschikking zal de NZa het voorschrift opnemen dat een toeslag niet zelfstandig gedeclareerd kan worden, maar alleen als toeslag op een consult of een verblijfsdag

Artikel 4.1 Toeslagen op consulten

Op een consult kunnen de volgende toeslagen van toepassing zijn.

- Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist vanaf 5 minuten tot 15 minuten.
- Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist vanaf 15 minuten tot 30 minuten.
- Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist vanaf 30 minuten tot 45 minuten.
- Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist vanaf 45 minuten tot 60 minuten.
- Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist vanaf 60 minuten tot 75 minuten.
- Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist vanaf 75 minuten tot 90 minuten.
- Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist vanaf 90 minuten tot 120 minuten.
- Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist vanaf 120 minuten.
- Toeslag Reistijd ggz tot 25 minuten
- Toeslag Reistijd ggz vanaf 25 minuten
- Toeslag Reistijd fz tot 45 minuten
- Toeslag Reistijd fz vanaf 45 minuten
- Toeslag Ambulante methadonverstrekking (ggz en fz)
- Toeslag repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) (ggz en fz)
- Toeslag Spravato

Prestatiebeschrijving Toeslag Tolk gebarentaal / communicatiespecialist
De toeslag tolk gebarentaal / communicatiespecialist is een toeslag voor zorg geleverd aan patiënten met een auditieve beperking en waarvoor de

inzet van een tolk gebarentaal / communicatiespecialist noodzakelijk is. Het gaat hierbij om vroegdoeven, plots- en laatdoeven, slechthorenden, doofblinden en patiënten met een gehoorstoornis tinnitus, hypoacusis, ménière of auditieve verwerkingsproblemen. De eenheid van de toeslag is per consult en kent eenzelfde minutenindeling als de consulten.

Kenmerk

Pagina
18 van *

Prestatiebeschrijving Toeslag Reistijd ggz tot 25 minuten

Reistijd tot 25 minuten in de ggz. De eenheid van de toeslag is per consult die de opgetelde reistijd naar en van de patiënt omvat.

Prestatiebeschrijving Toeslag Reistijd ggz vanaf 25 minuten

Reistijd vanaf 25 minuten in de ggz. De eenheid van de toeslag is per consult die de opgetelde reistijd naar en van de patiënt omvat.

Prestatiebeschrijving Toeslag Reistijd fz tot 45 minuten

Reistijd tot 45 minuten in de fz. De eenheid van de toeslag is per consult die de opgetelde reistijd naar en van de patiënt omvat.

Prestatiebeschrijving Toeslag Reistijd fz vanaf 45 minuten

Reistijd vanaf 45 minuten in de fz. De eenheid van de toeslag is per consult die de opgetelde reistijd naar en van de patiënt omvat.

Prestatiebeschrijving Toeslag Ambulante methadonverstrekking (ggz en fz)

De prestatie is een toeslag op een consult als vergoeding voor verstrekte methadon. De eenheid van de prestatie is per maand.

Prestatiebeschrijving Toeslag repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) (ggz en fz)

De toeslag repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) is een toeslag voor rTMS. Transcraniële Magnetische Stimulatie (TMS) is een techniek waarbij hersenactiviteit veranderd wordt door middel van een kortdurende magnetische puls. Repetitieve TMS (rTMS) is een therapievorm waarbij hersenactiviteit op lange termijn veranderd kan worden door middel van het herhalend aanbieden van magnetische pulsen. Binnen de toeslag vallen de materiele kosten (zoals aanschaf/lease, onderhoud en afschrijving van het rTMS apparaat en gebruiksartikelen) voor de behandeling middels rTMS.

De toeslag rTMS is uitsluitend voor patiënten met een therapieresistente depressie, in combinatie met cognitieve gedragstherapie tijdens de duur van het behandeltraject. Het gaat hierbij om

- a. Patiënten met een depressie die voldoende lang behandeld zijn met twee evidence based therapieën. Deze therapieën kunnen bestaan uit twee evidence based farmacologische behandelingen of twee evidence based psychotherapieën of één evidence based farmacologische behandeling en één evidence based psychotherapie. Uitvragen van therapie resistentie gebeurt bij voorkeur aan de hand van de DM-TRD (met name de vragen over psychotherapie en medicatie).
- b. Patiënten die met rTMS zijn behandeld voor een therapieresistente depressie, die een recidief depressie krijgen na het staken van de rTMS.

De eenheid van de toeslag is per consult en kent een vast tarief. In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat de toeslag rTMS per patiënt maximaal 1 maal per dag kan worden gedeclareerd.

Prestatiebeschrijving Toeslag Spravato

Toeslag voor het intramurale geneesmiddel esketamine neusspray (Spravato®). De prestatiebeschrijving van Spravato wordt gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard. Deze toeslag is alleen voor de kosten van het geneesmiddel. De voorzorg, het toedienen en de nazorg kan worden gedeclareerd via de reguliere consulten. In de tariefbeschikking zal de

NZa opnemen dat deze toeslag alleen gedeclareerd mag worden als de indicatie is vastgelegd waarvoor Spravato is toegediend. De indicatie is de aandoening waarvoor het medicijn kan worden voorgeschreven. Het tarief voor de toeslag voor jaar t is gebaseerd op de apotheekinkoopprijs van 1 juni van het jaar t-1 plus btw. Op de apotheekinkoopprijs is de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) van toepassing. Op basis van de Wgp stelt het ministerie van VWS twee keer per jaar (april en oktober) maximumprijzen voor geneesmiddelen vast voor de farmaceutische industrie. Het vastgestelde maximumtarief van de NZa mag nooit hoger zijn dan de Wgp-maximumprijs. Daarom wordt het maximumtarief indien nodig, gedurende het jaar, verlaagd tot de Wgp-maximumprijs. Deze herziene maximumtarieven zijn terug te vinden in de G-standaard.

Kenmerk

Pagina
19 van *

Artikel 4.2 Toeslagen verblijfsdagen

Op een verblijfsdag kunnen de volgende toeslagen van toepassing zijn.

- Toeslag Oorlogsgerelateerd psychotrauma (alleen op verblijfsdag D ggz)
- Toeslag Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (fz)
- Toeslag Sglvg+ bij beveiligingsniveau 2 (fz)
- Toeslag TBS-patiënt (fz)

Prestatiebeschrijving Toeslag Oorlogsgerelateerd psychotrauma (alleen op verblijfsdag D ggz)

De toeslag Oorlogsgerelateerd psychotrauma is een toeslag voor zorg geleverd aan patiënten met een ernstige verstoring in het psychiatrisch toestandbeeld, veroorzaakt door oorlog of oorloggerelateerde vervolging of oorloggerelateerd geweld, waarvoor bovengemiddeld weekendverlof voor het succesvol afronden van de behandeling noodzakelijk is. De eenheid van de toeslag is per verblijfsdag D in de ggz. In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat de Toeslag Oorlogsgerelateerd psychotrauma alleen gedeclareerd mag worden indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van de toeslag.

Prestatiebeschrijving Toeslag Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (fz)

Evb-g-patiënten zijn extreem vlucht- en beheersgevaarlijke TBS-patiënten waarbij extra zorg en beveiliging noodzakelijk is. Voor zorg geleverd aan extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (evbg) patiënten kan deze toeslag in rekening worden gebracht wanneer de patiënt de evbg-status krijgt van de evbg-commissie. De toeslag heeft een maximumtarief per patiënt per dag.

Prestatiebeschrijving Toeslag Sglvg+ bij beveiligingsniveau 2 (fz)

Deze toeslag verblijf is voor zorg aan personen die veroordeeld zijn onder het volwassen strafrecht met een forensische of strafrechtelijke zorgtitel, die in aanmerking komen voor plaatsing in een beveiligde instelling met een toelating 'sterk gedragsgestoord, licht verstandelijk gehandicapt met behandeling (sglvg+)'. Voor de sglvg+ geldt een specifieke toeslag die verband houdt met kapitaallasten (nhc). Het bedrag kan als toeslag worden afgesproken bovenop het integrale tarief voor de deelprestaties verblijf met beveiligingsniveau 2. De verblijfsintensiteit is niet bepalend voor het al dan niet van toepassing zijn van deze toeslag.

Voor de sglvg+ geldt een specifieke toeslag die verband houdt met kapitaallasten (nhc). Het bedrag kan als toeslag worden afgesproken bovenop het integrale tarief voor de deelprestaties verblijf met beveiligingsniveau 2. De verblijfsintensiteit is niet bepalend voor het al dan niet van toepassing zijn van deze toeslag.

Prestatiebeschrijving Toeslag tbs-patiënt (fz)

De setting forensische en beveiliging zorg - klinische zorg is van toepassing voor alle forensische klinische zorg inclusief tbs. Het percentage indirecte tijd bij de behandeling van patiënten met een tbs-titel ligt echter veel hoger dan het gemiddelde binnen deze setting. Het verschil is verwerkt in deze toeslag tbs. Dit is een toeslag per verblijfsdag voor patiënten met een forensische titel tbs met dwang.

HOOFDSTUK 5 OVERIGE PRESTATIES

Artikel 5.1 Overige prestaties

Naast consulten, toeslagen op consulten en de verblijfsdagen bestaan in de ggz de volgende prestaties:

- Elektroconvulsietherapie ggz regulier
- Elektroconvulsietherapie ggz complex
- Elektroconvulsietherapie fz regulier
- Elektroconvulsietherapie fz complex
- Consultatie bij euthanasieverzoeken (ggz)
- Onderlinge dienstverlening (ggz en fz)
- Intercollegiaal overleg kort Setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)
- Intercollegiaal overleg lang Setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)
- Forensisch psychiatrisch toezicht (fz)
- Ambulante dagbesteding (fz)
- Zorgmachtiging Wet verplichte ggz
- Rijbewijs rapport op verzoek CBR voor rekening van de te keuren persoon
- Rijbewijs rapport op verzoek politie voor rekening van CBR
- Rijbewijs rapport op verzoek CBR voor rekening te keuren houder/aanvrager rijbewijs, toeslag
- Rijbewijs rapport op verzoek politie voor rekening van CBR, toeslag
- Informatieverstrekking
- Niet-basispakketzorg consult (ggz)
- Niet-basispakketzorg verblijf (ggz)
- Facultatieve prestatie (ggz en fz)
- Transitieprestatie (ggz en fz)

Kenmerk

**Pagina
20 van ***

Prestatiebeschrijving Elektroconvulsietherapie (ECT) (ggz en fz)

De prestatie Electroconvulsietherapie in de ggz en fz is een prestatie voor elektroconvulsietherapie. Dit is een fysieke therapie en betreft behandeling met behulp van fysieke technieken, waarbij door middel van het opwekken van een epileptisch insult, uitgelokt door een stroomstoot door het hoofd, getracht wordt bepaalde psychiatrische aandoeningen te behandelen.

Binnen de prestatie elektroconvulsietherapie vallen de materiële kosten (zoals afschrijving, onderhoud van ect-apparatuur en overige materialen), de kosten voor ruimte gebruik, loonkosten van betrokken zorgverleners/beroepen die niet vallen onder de beroepen genoemd in artikel 2.2 'Consulten beroep van de zorgverlener' (zoals de anesthesist, anesthesieverpleegkundige en verkoeververpleegkundige) en de tijd die een patiënt na de behandeling door brengt op de verkoeverkamer.

Een prestatie Elektroconvulsietherapie wordt op basis van zorgwaarde onderverdeeld in één van de onderstaande categorieën:

- Electroconvulsietherapie ggz – regulier
- Electroconvulsietherapie ggz – complex
- Electroconvulsietherapie fz – regulier
- Electroconvulsietherapie fz – complex

De prestatie Electroconvulsietherapie betreft een eenheid per ect-verrichting. De prestatie Elektroconvulsietherapie mag parallel aan een (prestatie) consult worden geleverd.

Prestatiebeschrijving Consultatie bij euthanasieverzoeken(ggz)

Deze prestatie kan éénmalig in rekening worden gebracht voor een reeks consulten door een psychiater bij een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden. Binnen deze prestatie valt het dossieronderzoek, gesprek met patiënt en naasten, verslaglegging en afsluiting.

Prestatiebeschrijving Onderlinge dienstverlening (ggz en fz)

De prestatie onderlinge dienstverlening in de ggz en fz is een prestatie voor zorg die een zorgaanbieder verleent als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie. De eerstgenoemde zorgaanbieder noemt de NZa 'opdrachtnemende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder noemt de NZa de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. Deze prestatie is voor zorg die op zichzelf nog geen volledige prestatie vormt. Voor zorg waar een reguliere prestatie voor is vastgesteld moet die prestatie voor het onderling verrekenen van zorg gebruikt worden.

Kenmerk

Pagina
21 van *

Prestatiebeschrijving Intercollegiaal overleg setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)

Van de prestatie Intercollegiaal overleg kan alleen gebruik gemaakt worden als er ook sprake is van de setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II. De prestatie is voor de tijd die besteed wordt door de consulterende zorgverlener voor patiënten die bij deze zorgverlener onder behandeling zijn. De prestatie is voor inhoudelijk overleg tussen twee of meer behandelaren genoemd in artikel 2.2 Consulten beroep van de zorgverlener, waarbij de verwijzer is uitgesloten. Het overleg moet in het belang zijn van de behandeling van een specifieke patiënt of het systeem rondom de specifieke patiënt. Hierbij is er sprake van een interactie, een direct wederkerig overleg tussen de behandelaren. Het resultaat van het overleg wordt vastgelegd in het patiëntendossier. Van deze prestatie bestaan twee vormen: kort (van 5 tot 15 minuten) en lang (vanaf 15 minuten).

Forensisch psychiatrisch toezicht (fz)

Fpt is een intensieve multidisciplinaire samenwerking tussen het fpc en de reclassering bij de uitstroom van tbs-gestelden. De samenwerking betreft alle beslissingen over de benodigde behandeling, begeleiding en toezicht ten behoeve van de veilige en geleidelijke terugkeer van de tbs-gestelden in de samenleving. Forensisch psychiatrisch toezicht wordt per dag gedeclareerd.

Prestatiebeschrijving Ambulante dagbesteding (fz)

Bij de setting 'forensische en beveiliging zorg - klinische zorg' is dagbesteding integraal onderdeel van het verblijfstarief. In aanvulling op behandeling in de setting 'Forensische en risicogerichte zorg - niet-klinische of ambulante zorg' is het mogelijk om dagbesteding te declareren via deze prestatie ambulante dagbesteding (fz). De prestatie kan ook in combinatie met een ZZP worden gedeclareerd wanneer ook ambulante behandeling wordt geleverd. Het is niet mogelijk om extramurale parameters naast dagbesteding (binnen het Zorgprestatiemodel) te declareren. Dagbesteding wordt per tijdseenheid van 60 minuten gedeclareerd.

Prestatiebeschrijving Zorgmachtiging Wet verplichte ggz

Deze prestatie is voor de kosten van het aanvragen van een zorgmachtiging, wat relatief veel indirecte tijd kost. In de tariefbeschikking zal de NZa het voorschrift opnemen dat deze prestatie eenmaal per aanvraag zorgmachtiging gedeclareerd mag worden.

Prestatiebeschrijving Rijbewijs keuringen (ggz)

Deze prestaties zijn voor:

- Rijbewijs: rapport op verzoek het CBR voor rekening van de te keuren persoon (houder resp. aanvrager rijbewijs) omvat 15 min patiëntgebonden tijd en 15 min indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).
- Rijbewijs: rapporten op verzoek politie, voor rekening van (CBR) omvat 15 min. patiëntgebonden tijd en 15 min. indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).
- Rijbewijs: rapport op verzoek CBR voor rekening te keuren houder/aanvrager rijbewijs, toeslag icm 119027, per 15 min extra direc.pat.geb tijd of (met voorw.) per 15 min extra indir.tijd,max.2 toeslag.

- Rijbewijs: rapporten op verzoek politie voor rekening van CBR, toeslag icm 119028, per 15 min. extra direct patiënt.geb tijd of per 15 minuten extra indirecte tijd met een maximum van 4 toeslagen.

Kenmerk

Pagina
22 van *

Prestatiebeschrijving informatieverstrekking

Deze prestatie is bedoeld voor schriftelijke informatieverstrekking (met toestemming patiënt) aan derden.

Prestatiebeschrijving Niet-basispakketzorg consult (ggz)

Indien er geen aparte prestatie bestaat voor zorg die niet tot het basispakket behoort, dan kan deze prestatie gebruikt worden in het geval van een consult. Deze prestatie is bedoeld voor patiënten die zorg ontvangen die buiten de aanspraak op de Zvw valt maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg.

Prestatiebeschrijving Niet-basispakketzorg verblijf (ggz)

Indien er geen aparte prestatie bestaat voor zorg die niet tot het basispakket behoort, dan kan deze prestatie gebruikt worden in het geval van verblijf. Deze verblijfsprestatie betreft een verblijf met overnachting. Deze verblijfsprestatie is bedoeld voor patiënten die opgenomen zijn om zorg te ontvangen welke buiten de aanspraak op de Zvw valt maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. De behandeling zelf valt niet onder deze prestatie, het gaat hier uitsluitend om de verblijfskosten.

Prestatiebeschrijving Facultatieve prestatie

1. Een facultatieve prestatie kan worden aangevraagd door middel van een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar. De aanvraag kan worden ingediend met het formulier 'Aanvraagformulier facultatieve prestatie ggz/fz'. Daarnaast moet de aanvraag aan de volgende voorwaarden voldoen:
 - a. Uit de prestatiebeschrijving moet concreet en duidelijk blijken wat de inhoud is van de prestatie.
 - b. Uit de aanvraag blijkt, of in de aanvraag wordt toegelicht, dat de prestatie onder de reikwijdte valt van deze beleidsregel en specifiek geneeskundige ggz of fz betreft.
 - c. Het vaststellen van de facultatieve prestatiebeschrijving mag niet tot gevolg hebben dat zorg waarvoor een maximumtarief in rekening kan worden gebracht, zorg wordt waarvoor een vrij tarief in rekening kan worden gebracht.
2. De NZa neemt na ontvangst van een aanvraag als bedoeld in het eerste lid een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.
3. Het besluit bedoeld in het vorige lid is een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Wmg. Het besluit wordt gepubliceerd op de website van de NZa. Het besluit wordt per post gestuurd aan de aanvragende partijen.
4. Het besluit bedoeld in het tweede lid wordt verwerkt in de eerst volgende nieuwe versie van de tariefbeschikking volgend op de inwerkingtredingsdatum van het besluit.
5. De facultatieve prestatie kent een vrij tarief.
6. In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat een facultatieve prestatie alleen gedeclareerd kan worden indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van die facultatieve prestatie.

Prestatiebeschrijving Transitieprestatie

Verrekenprestatie voor het geheel van zorgprestaties om:

- de door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vooraf gezamenlijke als ongewenst benoemde effecten van de overgang naar het Zorgprestatiemodel op te vangen, of;

- de door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vooraf gezamenlijke als bedoelde effecten van de overgang naar het Zorgprestatiemodel op te vangen, of;
 - de door zorgverzekeraar en zorgaanbieder onvoorziene, en gezamenlijke als ongewenst benoemde, effecten van de overgang naar het Zorgprestatiemodel op te vangen,
- voor zover die die effecten niet redelijkerwijs binnen de max-max tarieven kunnen worden opgevangen.
De gezamenlijke overeenkomst moet tweezijdig (zorgverzekeraar en zorgaanbieder) worden ondertekend.

Kenmerk

Pagina
23 van *

Artikel 5.2 Overige prestaties Acute ggz binnen budget

Voor de acute ggz binnen budget bestaan de volgende prestaties:

- Consult Acute ggz binnen budget
- Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad) Acute ggz binnen budget
- Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad) Acute ggz binnen budget
- Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad) Acute ggz binnen budget
- Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad) Acute ggz binnen budget
- Verblijfsdag H (high intensive care (hic)) Acute ggz binnen budget

Prestatieomschrijving

De prestaties Acute ggz binnen budget zijn voor acute psychiatrische hulpverlening bestaande uit de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling (inclusief beoordelingsruimte), beschikbaarheid crisisbedden en opname. De zorg wordt geleverd conform de eisen die de generieke module acute psychiatrie stelt aan de organisatie en expertise van het team en de samenwerkingsafspraken (regioplan).

De prestaties Acute ggz binnen budget zijn ter dekking van budget acute ggz.

- De prestaties Acute ggz binnen budget zijn voor de acute ggz binnen budget gedurende de eerste 3 kalenderdagen.
- De periode waarin prestaties Acute ggz binnen budget worden geleverd start op de kalenderdag waarop de eerste prestatie in dit kader wordt geregistreerd.

De consulten Acute ggz binnen budget worden gedifferentieerd naar:

- Beroep van de zorgverlener conform artikel 2.2 van deze Beleidsregel.
- Tijdsindeling conform artikel 2.3 van deze Beleidsregel.

Er wordt geen onderscheid gemaakt in diagnostiek- en behandelconsulten. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar setting.

De toeslagen zijn niet van toepassing bij de prestaties Acute ggz binnen budget.

De prestaties binnen budget hebben een vast tarief als bedoeld in artikel 50 lid 1 sub b van de Wmg

HOOFDSTUK 6 SLOTBEPALINGEN

Artikel 6.1 Intrekken oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de volgende beleidsregels ingetrokken: Beleidsregel Generalistische basis-ggz, met kenmerk BR/REG-21143a, Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, met kenmerk BR/REG-21134, en Beleidsregel prestaties en tarieven forensische zorg, met kenmerk BR-REG-21135.

Artikel 6.2 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De beleidsregels genoemd in artikel 6.1 blijven van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregels en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregels golden.

Kenmerk

Pagina
24 van *

Artikel 6.3 Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2022. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg, zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Artikel 6.5 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

CONCEPT

Toelichting

Kenmerk

Algemeen

De afbakening van de aanspraak het Zorginstituut is leidend.

Pagina
25 van ***Artikelsgewijs****Toelichting Artikel 1.1 Begripsbepalingen***Consult*

In de definitie van consult is opgenomen dat een interactie ononderbroken is. Met ononderbroken wordt bedoeld dat het niet is toegestaan om zonder zorginhoudelijke reden consulten op te knippen. Het halen van bijvoorbeeld een kopje koffie, een sanitaire stop of een korte pauze geldt niet als onderbreking.

Toelichting Hoofdstuk 2

Het is mogelijk om per patiënt meerdere consulten op een dag te declareren.

Toelichting artikel 2.1 Consulten diagnostiek en behandeling*Toelichting Diagnostiek*

Deze activiteit kan in de vorm zijn van het opstellen van een verpleegkundige diagnose, een psychologische probleemanalyse en/of een psychiatrische structuurdiagnose, en een diagnostische classificatie volgens het vigerende psychiatrische classificatiesysteem. Er kan ook sprake zijn van een of meerdere specifieke aanvullende (neuro)psychologische onderzoeken volgens een gestructureerde en gevalideerde testmethode, zoals een intelligentieonderzoek, een persoonlijkheidsonderzoek, een onderzoek naar specifieke psychiatrische beelden of ontwikkelingsstoornissen als er hieromtrent vermoedens gerezen zijn vanuit diagnostisch onderzoek, een neuropsychologisch onderzoek of in het geval van de forensische zorg van verdiepingdiagnostiek. De diagnostiek resulteert in een intake-verslag en/of een diagnostisch rapport en een (aanpassing of evaluatie van het) behandelplan.

Diagnostiekactiviteiten kunnen ook onderdeel zijn van behandelconsulten, maar alleen consulten die enkel als doel hebben het uitvoeren van diagnostiek mogen als een diagnostiekconsult gedeclareerd worden. Een consult is een ononderbroken contact en kan niet deels als diagnostiekconsult en deels als behandelconsult worden gedeclareerd.

Toelichting artikel 2.4 Consulten setting*Algemene omschrijving en verantwoording van settings*

Zie de brief VWS d.d. 2 juli 2019:

<https://www.zorgprestatie.nl/shared/content/uploads/2019/09/CZ-192343.pdf>

Toelichting setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II

VWS heeft de NZa de opdracht gegeven om in het zorgprestatie model af te bakenen voor welke patiënten en taken de psychiaters in vrije vestiging het hoge psychiatertarief in rekening kunnen brengen. In de voorhangbrief de volgende tekst opgenomen: "Met het oog op het belang van een passende inzet van beroepen zie ik in het zorgprestatie model nog wel het risico dat psychiaters in vrije vestiging tegen een hoog tarief patiënten met relatief lichte problematiek kunnen behandelen. Ik zal de NZa dan ook vragen om bij de invoering van de nieuwe bekostiging het voor vrijgevestigde psychiaters alleen mogelijk te maken een hoog 'psychiatertarief' in rekening te brengen voor zover zij zorg leveren aan cliënten die ook daadwerkelijk zorg van een psychiater nodig hebben; voor overige zorg krijgen zij dan een lager tarief dat aansluit bij de aard van de geboden zorg."

Toelichting setting Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III - monodisciplinair

De kwaliteitscriteria voor instellingen betreffen de onder andere de volgende eisen:

- Kwaliteitscertificaat/Keurmerk (HKZ/NIAZ/JCI of anders)
- Algemene leveringsvoorwaarden
- Professioneel statuut voor instellingen , waar een escalatie-procedure in is opgenomen
- B-GGZ: minimaal 1xpj in Multidisciplinair overleg (MDO) bij besluitvorming/ afstemming/ toetsing bij cruciale momenten in behandeling/ ontslag
- GGZ: Minimaal psychiater of klinisch psycholoog in Multidisciplinair team

Daarnaast moet vanuit de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen medezeggenschap geregeld worden indien er >10 zorgverleners zijn.

Daarnaast geldt de operationalisering van aanbieders die voldoen aan sectie III van het kwaliteitstatuut die binnen de veldafspraken van het zorgprestatie-model is vastgelegd. Deze operationalisering betreft een minimumgrens.

1. De aanbieder beschikt over een passende AGB-code met gekoppelde Wtza-vergunning
2. Een psychiater of klinisch psycholoog is aantoonbaar op afroep beschikbaar

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) controleert of nieuwe zorgaanbieders aan deze verplichtingen voldoet. Diagnostiek kan in deze setting worden uitgevoerd door een andere zorgverlener dan de behandeling.

Toelichting Setting Outreachend

Voorbeelden van locaties zijn thuis, kantoor, of elders zoals het park. Beschikbaarheid van zorg buiten kantoor-tijden kan oftewel door het outreachende team zelf of door samenwerking met een klinische afdeling of crisisdienst. Het betreft vaak onplanbare zorg. Voorbeelden van outreachende zorg zijn FACT (Flexible Assertive Community Treatment) en IHT (intensive hometreatment).

Toelichting Artikel 3.4 Zzp's en extramurale parameters voor de forensische zorg

Naast consulten en verblijfsdagen bestaan in de fz zzp's en extramurale parameters. Deze prestaties zijn met de overgang naar het zorgprestatie-model zonder beleidswijziging overgenomen uit de NZa-regels zoals die golden voor de fz in 2021.

Toelichting artikel 4.1 Toeslagen op consulten

Toeslag zorgmachtiging Wet verplichte ggz

Als een behandelaar voor een patiënt op een zitting verschijnt, dan worden de kosten voor het ter zitting verschijnen worden gedragen door de Staat. Deze kosten vallen niet onder de Zvw.

Toelichting artikel 4.2 Toeslagen Verblijfsdagen

Toelichting Toeslag TBS-patiënt (fz)

Binnen de setting forensische zorg klinisch wordt door TBS-klinieken relatief veel indirecte tijd geschreven. Dit komt voornamelijk voort uit de indirecte tijd die nodig is om aan de juridische randvoorwaarden en randvoorwaarden op het gebied van veiligheid te voldoen en niet zozeer aan behandeling zelf. Zij zouden structureel ondergecompenseerd worden binnen de setting. De TBS-toeslag compenseert dit door het gemiddelde verschil in indirecte tijd met de Overige forensische instellingen als een opslag op de verblijfsdag te vergoeden. Dit zou leiden tot ondercompensatie van bepaalde Overige forensische instellingen in deze setting, in het bijzonder de instellingen die SGLVG-zorg leveren. DJI heeft een analyse gedaan waaruit blijkt dat de gemiddelde indirecte tijd voor die instellingen op 56% ligt. De tarieven in de setting forensische zorg klinisch worden met de nieuwe berekening gemiddeld voor 60% indirecte tijd gecompenseerd. Deze zorg blijkt dus ongegrond. Naar aanleiding van deze toelichting is werkgroep 1 van het

Kenmerk

Pagina
26 van *

programma Zorgprestatie­model akkoord met het voorstel om een aparte TBS toeslag te maken binnen het Zorgprestatie­model.

Kenmerk

Toelichting artikel 5.1 Overige prestaties

Toelichting Onderlinge dienstverlening

Bij een betaling voor onderlinge dienstverlening moet altijd gebruik worden gemaakt van een door de NZa vastgestelde prestatie. Voor het in rekening brengen van zorg heeft een opdrachtnemende zorgaanbieder twee mogelijkheden:

- Directe declaratie van een reguliere prestatie door een opdrachtnemende zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar (alleen voor Zvw). Hiervan is sprake als de opdrachtnemende zorgaanbieder de vergoeding voor de zorgprestatie die hij in opdracht heeft geleverd direct bij de zorgverzekeraar in rekening brengt. Wanneer de zorg die wordt geleverd wel in rekening kan worden gebracht op basis van een reguliere prestatie, dan moet deze prestatie dus ook worden gebruikt. Deze prestaties kunnen worden gebruikt voor zowel declaratie aan de zorgverzekeraar als voor een betaling voor onderlinge dienstverlening. De bepalingen in de omschrijvingen en het geldende max-tarief zijn van toepassing, ook wanneer de reguliere prestaties worden gebruikt voor een betaling voor onderlinge dienstverlening. In de forensische zorg is deze route niet mogelijk.
- Betaling voor onderlinge dienstverlening als er geen reguliere prestatie is. Van een betaling voor onderlinge dienstverlening is sprake wanneer de opdrachtgevende zorgaanbieder een vergoeding uitkeert aan de opdrachtnemende zorgaanbieder voor (het onderdeel van) de zorgprestatie die de opdrachtnemende zorgaanbieder heeft uitgevoerd. De prestatie onderling dienstverlening is vormvrij (aanbieders spreken onderling af om welke zorg het gaat) en kent een vrij tarief.

De contractrelatie (of het gebrek daaraan) van de aanbieder die bij de verzekeraars declareert is van toepassing.

Toelichting Facultatieve prestatie

Het zorgprestatie­model op zichzelf al ruimte biedt voor innovatieve en digitale zorg. Het contact tussen behandelaar en patiënt kan op alle digitale manieren plaatsvinden en is declarabel door middel van de consulten. Daarnaast geeft het vervallen van de disciplinemix meer ruimte om behandelmethodieken in te zetten met een andere dan de gemiddelde disciplinemix en biedt het max-max tarief ruimte om een extra vergoeding voor innovatieve zorg overeen te komen.

De facultatieve prestatie is een instrument om innovatieve zorgvormen te faciliteren. De facultatieve prestatie is bedoeld voor de bekostiging van zorg met een innovatieve zorg karakter. Het kan ook gaan om een innovatieve manier van organiseren van zorg zolang deze binnen de reikwijdte van het ggz/fz domein valt. Het is een laagdrempelige manier om te starten met initiatieven die niet in de reguliere prestaties van het zorgprestatie­model te vangen zijn. Voorbeelden zijn: 1. Initiatieven waarbij de inzet behandelaren (voor een deel) wordt vervangen door digitale toepassingen waarbij geen direct contact met de patiënt plaatsvindt, 2. Integrale vormen van bekostiging of 3. Nieuwe innovatieve zorg binnen ggz/fz domein.

Toelichting artikel 5.2 Overige prestaties Acute ggz binnen budget

De acute ggz kent budgetkant en een opbrengstenkant. Beide kanten staan nu beschreven in specifieke acute ggz regelgeving (een beleids- en nadere regel). De budgetkant bestaat uit budgetparameters (aantal fte dat beschikbaar is voor acute ggz en aantal bedden dat beschikbaar is voor acute ggz) en wordt niet geraakt door het ZPM. De opbrengstenkant bestaat nu uit crisis-dbc binnen budget en verblijfsdagen binnen budget. Deze crisis-dbc's worden in het ZPM vervangen door consulten binnen budget en verblijfsdagen binnen budget.

Pagina
27 van *

CONCEPT

Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

Gelet op artikel 27, 36, 37, 38, 40 lid 4, 62 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg.

HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN

Artikel 1.1 Begripsbepalingen

AGB-code regiebehandelaar: De AGB code op persoonsniveau van de regiebehandelaar onder wiens verantwoordelijkheid de zorg geleverd en in rekening gebracht wordt.

AGB-code verwijzer: De AGB-code van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon). Dit moet de AGB-code op persoonsniveau zijn. Indien de verwijzer een waarnemend huisarts is mag ook de AGB op instellings of praktijk niveau gebruikt worden.

AGB-code zorgaanbieder: De AGB op instellings of praktijk niveau van de zorgaanbieder waar de zorg geleverd is.

AGB-code zorgverlener: De AGB code op persoonsniveau van de zorgverlener die de zorg geleverd heeft.

Audittrail: Vastlegging van het spoor van gegevens van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd.

Consult: Direct, ononderbroken en zorginhoudelijke contact tussen zorgverlener en (forensische) patiënt of naasten van de patiënt.

Contact: Een zorginhoudelijk en ononderbroken interactie. Een contact kan zowel 'face to face', telefonisch, 'screen to screen' als 'bit to bit' plaatsvinden.

Contractnummer (FZ): het contractnummer dat is uitgegeven bij de contractering van de Forensische Zorg.

Declaratie: Uitkomst van het declareren, het in rekening brengen van geneeskundige ggz en of fz al dan niet via een papieren nota of elektronische variant zowel aan patiënt zelf als zonder tussenkomst van patiënt rechtstreeks aan diens zorgverzekeraar.

DSM-5 classificatie: classificatie conform de DSM-5, het internationaal classificatiesysteem voor psychische stoornissen.

DSM-hoofdgroep: naam van de groep waaronder de geclassificeerde primaire diagnose valt. De ggz en fz kennen een eigen lijst in de toelichting worden de DSM-hoofdgroepen opgesomd. De indeling baseert grotendeels op de hoofdstukindeling van de DSM-5.

Forensische zorg: Zorg als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg.

Geneeskundige ggz: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Geadviseerde zorgvraagtypecode: Numerieke uitkomst van de zorgvraagtypering via één van de volgende routes: de Zorgvraagtypering Volledig de Zorgvraagtypering Dynamisch of de Zorgvraagtypering FZ.

Gekozen zorgvraagtypecode: Om zorginhoudelijke redenen kan een zorgverlener van de geadviseerde zorgvraagtypecode afwijken als hij een andere zorgvraagtypecode passender acht, deze registreert hij dan als gekozen zorgvraagtypecode.

HoNOS+: De uitkomst op de HoNOS+ geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een patient op een bepaald ogenblik is.

Indicatiesteller fz: Degene die in de forensische zorg de zorgbehoefte en de eventuele beveiligingsnoodzaak van de justitiabele vaststelt voor ambulante zorg, verblijfszorg en klinische zorg. De indicatiesteller maakt onderdeel uit van een van de drie organisaties die indicatiestelling in de forensische zorg uitvoeren, namelijk de werkeenheid Indicatiestelling Forensische Zorg van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (IFZ/NIFP), de drie reclasseringsorganisaties (3RO) of het Psycho Medisch Overleg (PMO) binnen een Penitentiaire Inrichting.

Patiënt: Persoon die op basis van een hulpvraag conform aanspraak (ggz) of een forensische titel (fz) zorg ontvangt.

Plaatsingsbesluitnummer (FZ): Het plaatsingsbesluitnummer is een uniek nummer dat gekoppeld is aan het plaatsingsbesluit die ten grondslag ligt aan de toekenning van forensische zorg. Dit nummer krijgt de zorgaanbieder van de plaatsende instantie. Het nummer is van belang om voor het ministerie van JenV 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.

Prestatie: De prestatie zoals bedoeld in artikel 1, onderdeel j, van de Wmg. In de beleidsregel en tariefbeschikking zijn de prestaties gespecificeerd.

Prestatiecode: De code die hoort bij de prestatie.

Regiebehandelaar: Zorgverlener die in het kwaliteitsstatuut is aangewezen als erkende regiebehandelaar, onder wiens verantwoordelijkheid de zorg wordt geleverd. In de fz is er geen regiebehandelaar. Daar waar in deze regeling de term regiebehandelaar wordt gebruikt moet voor de fz hoofdbehandelaar worden gelezen.

Strafrechtsketennummer (fz): Het strafrechtsketennummer zoals bedoeld in artikel 27b van het Wetboek van Strafvordering.

Tarief: Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1 sub k Wmg.

Uitvoeringsdatum: Datum waarop de prestatie die is uitgevoerd is gestart.

UZOVI-code: Unieke Zorgverzekeraars Identificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.

Verwijzer: Verwijzer als bedoeld in artikel 14 lid 2 Zvw.

Verzekerdennummer (GGZ): Nummer waarmee de patiënt bekend is bij de zorgverzekeraar. Dit nummer wordt verstrekt door de zorgverzekeraar bij inwerkingtreding van de verzekeringspolis.

Zorgaanbieder: Zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, onderdeel c van de Wmg.

Zorglabel: De codering die het mogelijk maakt om informatie te koppelen aan prestaties.

Zorgtraject: Een administratief verband tussen prestatie en patient.

Zorgtrajectnummer: identificatie van een zorgtraject.

Zorgverlener: zorgverlener zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Zorgverzekeraar: Waar in deze nadere regel gesproken wordt over de zorgverzekeraar worden zowel de zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub f van de Wmg als de Divisie Forensische zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), onderdeel van het ministerie van JenV, bedoeld. In de fz is ForZo/JJI verantwoordelijk voor het inkopen van fz.

Zorgvraagtypering Volledig instrument: Algoritme op grond waarvan het Zorgvraagtypering Volledig de zorgtypecode wordt geadviseerd. Het Zorgvraagtypering Algoritme Volledig is beschikbaar op de website van de NZa.

Zorgvraagtypering Dynamisch instrument: Algoritme op grond waarvan in het Zorgvraagtypering Dynamisch de zorgtypecode wordt geadviseerd. Het Zorgvraagtypering Dynamisch instrument is beschikbaar op de website van de NZa.

Zorgvraagtypering: Een methode om de zorgvraag van een patient te typeren. Er zijn in de ggz 2 systemen van zorgvraagtypering, te weten het volledig model en het dynamisch model. Voor de fz is er een fz model. De zorgvraagtypering wordt conform de veldafspraak gedaan door de regiebehandelaar. Hertypering vindt plaats op logische momenten in het behandelplan conform de veldafspraak maar minimaal een keer per jaar.

Zorgvraagtypering Volledig: Een methode om, in geval het Geneeskundige ggz betreft, de zorgvraag voor een patient te categoriseren. Het volledig model gebruikt hiervoor de volledige HoNOS+ als input voor het Zorgvraagtypering Volledig instrument. Uitkomst van dit algoritme is de geadviseerde zorgvraagtypecode.

Zorgvraagtypering Dynamisch: Een alternatief voor de zorgvraagtypering Volledig in de Geneeskundige ggz. Het Dynamisch model gebruikt hiervoor een andere of beperktere input dan de volledige HoNOS+ als input voor het Zorgvraagtypering Dynamisch instrument. Uitkomst van dit instrument is (net als in het volledig model) de geadviseerde zorgvraagtypecode. Om de uitkomsten van de modellen vergelijkbaar te houden dient iedere 20 zorgvraagtypering de volledige HoNOS+ als input voor zorgvraagtypering Volledig instrument te worden gebruikt. Daarnaast moet de Zorgvraagtypering Dynamisch aantoonbaar in 95%

van de gevallen tot dezelfde geadviseerde zorgvraagtypecode te leiden als via de Zorgvraagtypering Volledig.

Zorgvraagtypering FZ: Een methode om, in geval het Forensische zorg betreft, de zorgvraag voor een patiënt te categoriseren. Het FZ model gebruikt hiervoor een risicotaxatie-instrument, de bepaling van de ernst van het gepleegde delict en een klinische inschatting van de responsiviteit als input.

Artikel 1.2 Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften voor de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg op het gebied van de registratie, administratie, declaratie en informatie.

Artikel 1.3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die geestelijke gezondheidszorg (ggz) leveren als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Ook is deze regeling van toepassing op zorgaanbieders die forensische zorg (fz) leveren, als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg.

Tot slot is deze regeling van toepassing op handelingen of werkzaamheden op het terrein van ggz of fz, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 of 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Het betreft hier de handelingen als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg en werkzaamheden zoals bedoeld in artikel 2, aanhef en eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

HOOFDSTUK 2 INFORMATIE-ELEMENTEN

Artikel 2.1 Informatie-elementen

- A. Gegevens zorgaanbieder**
 - a1. Naam zorgaanbieder
 - a2. AGB-code zorgaanbieder

- B. Gegevens patiënt**
 - b1. Naam (ggz)
 - b2. Geboortedatum (ggz)
 - b3. BSN (ggz en fz)
 - b4. Zorgtrajectnummer (ggz en fz)
 - b5. Start datum zorgtraject
 - b6. Verzekerdnummer (ggz)
 - b7. UZOVI-code (ggz en fz)
 - b8. Strafrechtsketennummer (fz)
 - b9. Plaatsingsbesluitnummer (fz)
 - b10. Begindatum plaatsingsbesluit (fz)
 - b11. Einddatum plaatsingsbesluit (fz)
 - b12. Begindatum forensische titel (fz)
 - b13. Einddatum forensische titel (fz)
 - b14. Contractnummer (fz)

- C. Gegevens behandeling**
 - c1. Naam regiebehandelaar
 - c2. AGB-code regiebehandelaar
 - c3. AGB-code verwijzer

- D.** *Gegevens zorgvraag ggz*
- d1. DSM-hoofdgroep
 - d2. DSM-5 classificatie (niet in geval van voormalige bggz)
 - d3. Gb-ggz profiel (alleen in geval van voormalig bggz)
 - d4. Zorgvraagtypering Volledig
 - d5. Zorgvraagtypering Dynamisch
 - d6. Zorgvraagtypering Dynamisch met volledige HoNOS+ afgenomen
 - d7. Antwoorden op HoNOS+ vragen
 - d8. input in Zorgvraagtypering Dynamisch instrument
 - d9. Geadviseerde zorgvraagtypecode
 - d10. Gekozen zorgvraagtypecode
 - d11. Privacyverklaring actief
 - d12. Prestatie zorgmachtiging wvggz is gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
 - d13. Prestatie klinische verblijfsdag gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
 - d14. Prestatie consult crisis gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- E.** *Gegevens zorgvraag fz*
- e1. Recidiverisico
 - e2. Ernst van het delict(gedrag)
 - e3. Exceptionele responsiviteit
 - e4. Zorgvraagtypecode
 - e5. DSM-hoofdgroep (fz)
 - e6. DSM-5 classificatie
- F.** *Gegevens prestatie*
- f1. Prestatiecode
 - f2. Prestatie
 - f3. Uitvoeringsdatum
 - f4. Starttijd consult
 - f5. Gedeclareerd tarief (per prestatie)
 - f6. Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd
 - f7. AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd
 - f8. Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm (indien zorgverlener geen AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden)
 - f9. Zorglabel

HOOFDSTUK 3 REGISTRATIE VERPLICHTINGEN

Artikel 3.1 Algemene Registratieverplichtingen

Lid 1

De zorgaanbieder registreert op grond van deze regeling minimaal voor iedere patiënt alle informatie-elementen als genoemd onder **A**, **B**, **C** en **D** respectievelijk **E** in artikel 2.1 Informatie-elementen.

De zorgaanbieder registreert op grond van deze regeling minimaal voor iedere prestatie alle informatie-elementen als genoemd onder **F** in artikel 2.1 Informatie-elementen.

Lid 2

Op de registratieverplichting in voorgaande lid gelden de volgende uitzonderingen:

- Informatie-elementen die redelijkerwijs niet aanwezig kunnen zijn, zijn uitgezonderd van deze registratieverplichting.

- Voor forensische zorg zijn informatie-elementen **b1** naam, **b2** Geboortedatum en **b6** Verzekernummer, **d1** DSM-hoofdgroep, **d2** DSM-5 classificatie (niet voor voormalige bggz), **d3** Gb-ggz profiel, **d4** Zorgvraagtypering Volledig, **d5** Zorgvraagtypering Dynamisch, **d6** Zorgvraagtypering Dynamisch met volledige HoNOS+ afgenomen, **d7** Antwoorden op HoNOS+ vragen, **d8** input in Zorgvraagtypering Dynamisch instrument, **d9** Geadviseerde zorgvraagtypecode, **d10** Gekozen zorgvraagtypecode, **d11** Privacyverklaring actief niet verplicht.
- Voor geneeskundige ggz zijn informatie-elementen **b8** Strafrechtsketennummer, **b9** Plaatsingsbesluitnummer, **b10** begindatum plaatsingsbesluit, **b11** einddatum plaatsingsbesluit, **b12** begindatum forensische titel, **b13** einddatum forensische titel en **b14** Contractnummer niet verplicht.
- Voor de verblijfsprestaties en de toeslagen zijn **f6** Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd, **f7** AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd en **f8** Beroep zorgverlener niet verplicht
- Informatie-element **d2** DSM-5 classificatie hoeft in de basis ggz niet geregistreerd te worden op grond van deze regeling.
- Informatie-element **d1** DSM-hoofdgroep en **d2** DSM-5 classificatie worden op grond van artikel 3.1 lid 1 per patient geregistreerd. Als aan de betreffende patient alleen consulten diagnostiek zijn geleverd hoeven **d1** DSM-hoofdgroep en **d2** DSM-5 classificatie (resp. **e5** en **e6** in de FZ) niet te worden geregistreerd.
- Voor informatie-element **d1** DSM-hoofdgroep en **d2** DSM-5 classificatie (resp. **e5** en **e6** in de FZ) geldt dat als er nog geen diagnose kan worden vastgesteld er een voorlopige diagnose wordt geregistreerd.

Artikel 3.2 Registratieverplichtingen verantwoording consulten

Lid 1

De zorgaanbieder registreert het consult op basis van de werkelijke tijd die de zorgverlener heeft besteed aan het contact.

Lid 2

De zorgaanbieder mag afwijken van de hoofdregel in lid 1 en op een eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd aan het contact als de eigen invulling conform de veldafpraak in het zorgprestatie-model plaatsvindt. De zorgaanbieder toetst periodiek, maar minimaal 1 keer per jaar, of de gehanteerde invulling een goede benadering is van de werkelijk bestede tijd.

Artikel 3.3 Registratieverplichtingen zorgvraag GGZ

Lid 1

De zorgaanbieder registreert of hij werkt met **d4**. Zorgvraagtypering Volledig of met **d5**. Zorgvraagtypering Dynamisch

Lid 2

De zorgaanbieder registreert indien wordt gewerkt met het Zorgvraagtypering Volledig de informatie-elementen:

- d4**. Zorgvraagtypering Volledig;
- d7**. Antwoorden op HoNOS+ vragen;
- d9**. Geadviseerde zorgvraagtypecode;
- d10**. Gekozen zorgvraagtypecode.

Lid 3

De zorgaanbieder registreert indien wordt gewerkt met de Zorgvraagtypering Dynamisch de informatie-elementen:

- d5.** Zorgvraagtypering Dynamisch,
- d6.** Zorgvraagtypering Dynamisch met volledige HoNOS+ afgenomen (indien van toepassing),
- d8.** input in Zorgvraagtypering Dynamisch instrument
- d9.** Geadviseerde zorgvraagtypecode en
- d10.** Gekozen zorgvraagtypecode

Lid 4

De onderstaande informatie-elementen worden op grond van artikel 3.1 lid 1 per patient geregistreerd. Als aan de betreffende patient alleen consulten diagnostiek zijn geleverd hoeven onderstaande informatie-elementen niet te worden geregistreerd:

- d4.** Zorgvraagtypering Volledig
- d5.** Zorgvraagtypering Dynamisch
- d6.** Zorgvraagtypering Dynamisch met volledige HoNOS+ afgenomen
- d7.** Antwoorden op HoNOS+ vragen
- d8.** input in Zorgvraagtypering Dynamisch instrument
- d9.** Geadviseerde zorgvraagtypecode
- d10.** Gekozen zorgvraagtypecode

Artikel 3.4 Registratieverplichtingen zorgtraject ggz

De zorgaanbieder bepaalt een zorgtrajectnummer als een patient in zorg komt. Het zorgtraject krijgt als openingsdatum de startdatum van het eerste consult. De zorgaanbieder koppelt het zorgtrajectnummer aan alle ggz prestaties voor die patient geleverd door de zorgaanbieder tot het moment waarop de zorgverlener en/of patiënt de behandeling afsluiten. Bij terugval/recidive binnen een jaar na het laatste consult moet hetzelfde zorgtrajectnummer opnieuw worden gebruikt.

Artikel 3.5 Registratieverplichtingen zorgtraject FZ

De indicatiesteller fz bepaalt een zorgtrajectnummer. Het zorgtraject krijgt als openingsdatum de datum waarop de indicatie is vastgesteld. De zorgaanbieder ontvangt dit zorgtrajectnummer via het plaatsingsbesluit en registreert het zorgtrajectnummer bij alle fz prestaties die aan de betreffende patiënt worden geleverd.

Artikel 3.6 Registratieverplichtingen zorglabel

De zorgaanbieder registreert het zorglabel indien het een verplicht zorglabel betreft en het van toepassing is op de betreffende prestatie.

In bijlage 1 zorglabels publiek deel en in bijlage 2 zorglabels privaat deel zijn alle zorglabels opgenomen.

HOOFDSTUK 4 INFORMATIE VERPLICHTINGEN

Artikel 4.1 Informatieverplichtingen bij declaratie

Lid 1

Bij de declaratie worden de informatie-elementen die op grond van hoofdstuk 3 Registratie verplichtingen zijn geregistreerd vermeld.

Lid 2

Uitgezonderd van de verplichting in lid 1 van dit artikel zijn de volgende informatie-elementen:

- b3.** BSN (voor zover het fz betreft)
- d1.** DSM-hoofdgroep (voor zover het zorg betreft die als voormalige bggz kwalificeert)
- d2.** DSM-5 classificatie
- d6.** Zorgvraagtypering Dynamisch met volledige HoNOS+ afgenomen

- d7.** Antwoorden op HoNOS+ vragen
- d8.** Input in Zorgvraagtypering Dynamisch instrument
- d9.** Geadviseerde zorgvraagtypecode
- d12.** Prestatie zorgmachtiging wvggz is gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- d13.** Prestatie klinische verblijfsdag gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- d14.** Prestatie consult crisis gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- e1.** Recidiverisico
- e2.** Ernst van het delict(gedrag)
- e3.** Exceptionele responsiviteit
- e6.** DSM-5 classificatie
- f6.** Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd, onder de voorwaarden dat het een elektronische declaratie is en informatie-element **f7** 'AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd' is ingevuld.

Artikel 4.2 Informatieverplichtingen aan de NZa

Lid 1 Informatie verplichting Zorgprestatie model

De zorgaanbieder levert gelijktijdig of direct na het moment van declaratie minimaal de informatie-elementen die op grond van hoofdstuk 3 Registratie verplichtingen zijn geregistreerd aan de NZa aan.

Lid 2

Informatie element **b3** BSN wordt voor aanlevering als bedoeld in lid 1 gepseudonimiseerd.

Lid 3

Uitgezonderd van de verplichting in lid 1 van dit artikel zijn de volgende informatie-elementen:

- b1.** naam
- b6.** Verzekerdnummer
- b9.** Plaatsingsbesluitnummer (fz)
- b10.** begindatum plaatsingsbesluit (fz)
- b11.** einddatum plaatsingsbesluit (fz)
- b12.** begindatum forensische titel (fz)
- b13.** einddatum forensische titel (fz)
- b14.** Contractnummer (fz)
- c1.** Naam regiebehandelaar
- d2.** DSM-5 classificatie (ggz)
- d7.** Antwoorden op HoNOS+ vragen
- d9.** Geadviseerde zorgvraagtypecode
- d10.** Gekozen zorgvraagtypecode
- d12.** Prestatie zorgmachtiging wvggz is gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- d13.** Prestatie klinische verblijfsdag gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- d14.** Prestatie consult crisis gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- e1.** Recidiverisico
- e2.** Ernst van het delict (gedrag),
- e3.** Exceptionele responsiviteit
- e6.** DSM-5 classificatie (fz)
- f4.** Starttijd consult
- f6.** Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd

*Lid 4 Periodieke aanlevering zorgvraagtypering
Zorgvraagtypering*

De zorgaanbieder levert halfjaarlijks, conform de Gegevensaanleverstandaard een overzicht van de volgende informatie elementen. Informatie element

- d1.** DSM-hoofdgroep
- d3.** Gb-ggz profiel
- d4.** Zorgvraagtypering Volledig
- d5.** Zorgvraagtypering Dynamisch
- d6.** Zorgvraagtypering Dynamisch met volledige HoNOS+ afgenomen
- d7.** Antwoorden op HoNOS+ vragen
- d8.** input in Zorgvraagtypering Dynamisch instrument
- d9.** Geadviseerde zorgvraagtypecode
- d10.** Gekozen zorgvraagtypecode
- d11.** Privacyverklaring actief
- d12.** Prestatie zorgmachtiging wvggz is gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- d13.** Prestatie klinische verblijfsdag gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- d14.** Prestatie consult crisis gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- e1.** Recidiverisico, indien fz
- e2.** Ernst van het delict (gedrag), indien fz
- e3.** Exceptionele responsiviteit , indien fz
- e4.** Zorgvraagtypecode
- e5.** DSM-hoofdgroep (fz)
- f1.** Prestatiecodes in aggregatie, zie GA standaard B

Artikel 4.3 Uitzondering in geval van privacybezwaren ggz

De Informatieverplichting als genoemd in artikel 4.1 lid 1 en lid 4 blijft buiten toepassing op de in dit lid genoemde informatie elementen. Dit indien op initiatief van de patient en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring is ondertekend overeenkomstig het Format Privacyverklaring te vinden op de NZa website. De zorgaanbieder houdt de privacyverklaring in zijn administratie en stelt die op verzoek van de zorgverzekeraar beschikbaar. Bijbehorend informatie element is d11. Privacyverklaring actief.

Het betreft de volgende informatie-elementen:

- d1.** DSM-hoofdgroep,
- d7.** Antwoorden op HoNOS+ vragen
- d8.** input in Zorgvraagtypering Dynamisch instrument
- d9.** Geadviseerde zorgvraagtypecode
- d10.** Gekozen zorgvraagtypecode
- d12.** Prestatie zorgmachtiging wvggz is gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- d13.** Prestatie klinische verblijfsdag gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- d14.** Prestatie consult crisis gedeclareerd in jaar voorafgaand aan zorgvraagtypering
- e1.** Recidiverisico, indien fz
- e2.** Ernst van het delict (gedrag), indien fz
- e3.** Exceptionele responsiviteit , indien fz
- e4.** Zorgvraagtypecode
- e5.** DSM-hoofdgroep (fz)
- f1.** Prestatiecodes in aggregatie, zie GA standaard B

Artikel 4.4 Registratie ten behoeve van aanlevering productiviteit

De zorgaanbieder registreert ten behoeve van periodieke aanlevering aan de NZa onderstaande informatie:

- AGB-codes waarop de productie van de aanbieder is geleverd;
- omzetverhoudingen over verschillende financieringsstromen (te weten: Zvw, fz, Jeugdwet, Wlz, Wmo, overig) in 2021 en 2022;
- Gefactureerde euro's voor behandelend personeel niet in loondienst, voor zowel 2021 als 2022;
- de verhouding van gefactureerde euro's voor behandelend personeel niet in loondienst ten opzichte van personele kosten van behandelaren in loondienst, voor zowel 2021 als 2022;
- voor elke BIG-categorie over zowel 2021 als 2022:
 - o het aantal verloonde uren;
 - o het aantal uren ziekteverzuim;
 - o het aantal uren verlof;
 - o het aantal uren wel verloond, maar niet gewerkt.

De zorgaanbieder levert op verzoek van de NZa bovenstaande informatie aan de NZa via het beschikbare aanleversjabloon. Een verzoek om deze informatie zal de NZa per brief aan de betreffende zorgaanbieder doen.

HOOFDSTUK 5 OVERIGE VERPLICHTINGEN

Artikel 5.1 Administratieverplichting

De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audittrail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om de registratie op juistheid te controleren, met het oog op artikel 36 van de Wmg, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en de Nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars.

Artikel 5.2 Voorschriften en beperkingen in de tariefbeschikking

In de tarief beschikking neemt de NZa op grond van artikel 50 lid 3 Wmg de onderstaande voorschriften en /of beperkingen op als declaratie voorwaarde:

Het tarief voor een prestatie is niet hoger dan het NZa maximumtarief dat op de uitvoeringsdatum van de prestatie gold volgens de tariefbeschikking. Het max-max tarief is een vorm van een maximum tarief zoals genoemd in dit artikel.

Bij declaratie moeten **c1** Naam Regiebehandelaar en **c2** AGB-code regiebehandelaar vermeld zijn.

HOOFDSTUK 6 SLOTBEPALINGEN

Artikel 6.1 Intrekking oude regelingen

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling worden de volgende regelingen ingetrokken.

- Regeling Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg met kenmerk NR/REG-2113a
- Regeling Generalistische basis-ggz met kenmerk NR/REG-2114a
- Regeling Dbbc's, zzp's en extramurale parameters forensische zorg met kenmerk NR/REG-2119

Artikel 6.2 Overgangsbepaling en inwerkingtreding

De regelingen:

- Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg met kenmerk NR/REG-2113a;
- Generalistische basis-ggz met kenmerk NR/REG-2114a;

-Dbbc's, zzp's en extramurale parameters forensische zorg met kenmerk NR/REG-2119;
blijven van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen - en al dan niet beëindigd - in de periode dat die regeling gold.

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2022. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg.

Artikel 6.3 Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter raad van bestuur

CONCEPT

Toelichting

Algemeen

Relevante veldafspraken zijn.

- Het Kwaliteitsstatuut GGZ
- Planning = realisatie
- Betrokkenheid regiebehandelaar
- Onverzekerde diagnoseconsult
- Beroepen
- Zorgvraagtypering
- Verwijzing

Artikelsgewijs

Toelichting artikel 1.1 begripsbepalingen

DSM-hoofdgroep ggz

Tabel met de DSM hoofdgroepen voor de ggz gebaseerd op de DSM-5:

1. Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
2. Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
3. Bipolaire stemmingsstoornissen
4. Depressieve stemmingsstoornissen
5. Angststoornissen
6. Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
7. Trauma en stressorgerelateerde stoornissen
8. Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen
9. Voedings- en eetstoornissen
10. Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
11. Neurocognitieve stoornissen
12. Persoonlijkheidsstoornissen
13. Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
14. RESTGROEP (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie)

DSM-hoofdgroep fz

Tabel met de DSM hoofdgroepen voor de fz gebaseerd op de DSM-5:

1. Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
2. Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
3. Seksuele disfuncties (Seksuele disfuncties; Genderdysforie; Parafiele stoornissen)
4. Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen
5. Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
6. Persoonlijkheidsstoornissen
7. Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
8. RESTGROEP (Bipolaire stemmingsstoornissen; Depressieve stemmingsstoornissen; Angststoornissen; Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen; Trauma en stressorgerelateerde stoornissen; Dissociatieve stoornissen; Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen; Voedings- en eetstoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Neurocognitieve stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie)

Toelichting artikel 2.1 Informatie-elementen**b4. Zorgtrajectnummer**

Het zorgtraject in de ggz start zodra een patiënt zich met een geestelijke gezondheidszorg vraag meldt met een zorgvraag bij een zorgaanbieder. Een zorgtraject omvat alle zorg die voor de zorgvraag van de patiënt wordt geleverd binnen de Zvw, (ongeacht diagnose of zorgtypering) bij de betreffende zorgaanbieder. Een zorgtraject eindigt zodra de zorgverlener en/of patiënt de behandeling afsluiten (binnen de Zvw), dus ook bij overgang naar Wlz etc.). Bij een chronische zorgvraag waarbij contactmomenten soms verspreid zijn over de tijd, wordt het traject gesloten een jaar na het laatste geleverde consult. Bij terugval/recidive binnen een jaar na het laatste geleverde consult moet hetzelfde zorgtrajectnummer opnieuw worden gebruikt. Een nieuwe verwijzing is een belangrijke indicator dat er sprake is van een nieuwe zorgvraag en een nieuw te openen zorgtraject. Er staat maximaal één zorgtrajectnummer per patiënt tegelijk open bij een zorgaanbieder. Een patiënt kan wel bij meerdere zorgaanbieders een zorgtrajectnummer hebben openstaan.

c1 en c2. Regiebehandelaar

In het kwaliteitsstatuut wordt onderscheid gemaakt tussen een indicerend en coördinerend regiebehandelaar. Bij de velden c1 en c2 wordt de op het moment van declareren relevante regiebehandelaar ingevuld in lijn met de veldafspraken rondom het zorgprestatiemodel.

f9. Zorglabel

Het zorglabel maakt het mogelijk om meer informatie te koppelen aan een prestatie. Een prestatie kan meerdere labels hebben. Technisch gezien moet er dus ruimte zijn in de prestatie om meerdere labels toe te voegen. De NZa zal een lijst beheren met zorglabels die voor alle partijen dezelfde betekenis hebben (bijvoorbeeld code 1 t/m 99). Daarnaast kunnen partijen onderling afspraken maken over labels die zij graag willen toevoegen aan deze lijst. De NZa zal deze verzoeken mits gezamenlijk ingediend zonder inhoudelijke toetsing aan de lijst toevoegen. De lijst met zorglabels wordt als bijlage bij deze nadere regel opgenomen.

Soms is er de wens om binnen een stroom aan vergelijkbare prestaties bepaalde prestaties te onderscheiden; bijvoorbeeld in het kader van een nieuwe behandeltechniek, bijzondere contractvoorwaarden of overgang vanuit de Jeugdwet. De zorgaanbieder kan dan het zorglabel toevoegen aan een prestatie, zodat deze informatie in de verdere keten duidelijk is.

d3 gb-ggz profielen

Prestatie
Onvolledig behandeltraject
Basis ggz kort
Basis ggz middel
Basis ggz intensief
Basis ggz Chronisch

e1 t/m e4 Gegevens zorgvraag fz

- e1. Recidiverisico, waarde (1-5)

Het risico bepaalt voor het grootste gedeelte de benodigde zorg. De hoogte van het risico geeft een belangrijke indicatie voor de intensiteit van de zorg. Is het risico laag, terwijl er wel sprake is van psychische klachten, dan kan betrokkene worden doorverwezen naar de GGZ. Is het risico hoger, dan vraagt deze mogelijk de intensiteit van forensische behandeling van poliklinisch tot aan een klinische behandeling in de TBS. De keuze van het risicotaxatie-instrument is vrij, maar de uitkomstmogelijkheden zijn uniform. Elke forensische patiënt wordt ingedeeld naar een risicocategorie en met een score van 1-5. De omschrijving van de risicocategorieën is als volgt:

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	laag	Weinig tot geen identificeerbare criminogene of niet-criminogene behoeften. Pro-sociaal persoon, zijn risico op recidive is vergelijkbaar met de kans dat een willekeurig persoon voor het eerst een delict zal begaan.
2	Beneden-gemiddeld	Er zijn wat dynamische risicofactoren, meer kans op recidive dan dat een willekeurig persoon 'first offender' zal worden, maar heeft een kans die lager is dan de gemiddelde plegger.
3	Gemiddeld	Dynamische risicofactoren zijn duidelijk aanwezig, de scores op de risicotaxatie-instrumenten bevinden zich midden in de normaalverdeling, gemiddeld risicoprofiel.
4	Boven-gemiddeld	Chronische problemen op het gebied van de dynamische risicofactoren.
5	hoog	Vrijwel zeker recidive in de toekomst.

- e2. Ernst van het delict(gedrag) (waardes: minder ernstig, ernstig, zeer ernstig)

De ernst van het (mogelijke) delictgedrag is van belang: voor een hoog risico op winkeldiefstal hoeft geen TBS te worden ingezet maar voor een matig risico op verkrachting misschien wel. Het is daarom belangrijk om de ernst van de criminele geschiedenis van de dader te mee te indexeren. Deze waardering wordt niet louter bepaald door wettelijke labels (delict kwalificaties) maar ook door informatie over slachtoffer (bijv. kind of volwassene), context van het delict en maatschappelijke gevoeligheid. De moord op een kind komt bijvoorbeeld misschien minder vaak voor maar heeft wel een hoge maatschappelijke gevoeligheid. De ernst van delictgedrag wordt in drie categorieën ondergebracht: minder ernstig, ernstig, zeer ernstig. Het verkorte Cormier-Lang systeem voor geweldsdelicten zal hierbij worden ingezet.

- e3. Exceptionele responsiviteit (waardes: nee, ja)

Naast het risico en ernst van het delictgedrag moet ook worden vastgesteld of er vertraging/verzwarende factoren zijn voor de forensische zorg. Hierbij gaat het om de verwachte responsiviteit op behandeling. Het responsiviteitsprincipe schrijft voor dat de wijze van behandelen moet aansluiten bij onder andere de motivatie, intellectuele capaciteiten, leerstijl en psychosociale problematiek van de patiënt en moet voldoen aan algemene behandelkenmerken, zoals een goede therapeutische werkrelatie en behandelomgeving. Deze factoren kunnen invloed hebben op de intensiteit en duur van de benodigde behandeling. Als de behandeling hierop aansluit, dan kan recidivevermindering worden bewerkstelligd.

De exceptionele responsiviteit wordt in twee categorieën ondergebracht: nee, d.w.z. niet meer dan de gebruikelijk problemen worden verwacht of

ja (d.w.z. extreem lage responsiviteit). Normale responsiviteitsproblemen hebben geen invloed op het uiteindelijke risiconiveau, terwijl een verwachte exceptionele responsiviteitsproblemen ertoe kunnen leiden dat de eindcategorie met 1 omhoog gaat.

- e4. Zorgvraagtypecode (waardes: 0 t/m 7)

De drie gegevens 'Recidiverisico', 'Ernst van het delict(gedrag)' en 'Exceptionele responsiviteit' leiden naar een zorgvraagtypecode conform de volgende tabel:

Recidiverisico	Ernst van het delict(gedrag)	Exceptionele Responsiviteit	Zorgvraag typecode
I: Laag	Minder ernstig	Nee	0
		Ja	1
	Ernstig	Nee	1
		Ja	2
	Zeer ernstig	Nee	2
		Ja	3
II: Beneden-gemiddeld	Minder ernstig	Nee	1
		Ja	2
	Ernstig	Nee	2
		Ja	3
	Zeer ernstig	Nee	3
		Ja	4
III: Gemiddeld	Minder ernstig	Nee	2
		Ja	3
	Ernstig	Nee	3
		Ja	4
	Zeer ernstig	Nee	4
		Ja	5
IV: Boven-gemiddeld	Minder ernstig	Nee	3
		Ja	4
	Ernstig	Nee	4
		Ja	5
	Zeer ernstig	Nee	5
		Ja	6
V: Hoog	Minder ernstig	Nee	4
		Ja	5
	Ernstig	Nee	5
		Ja	6
	Zeer ernstig	Nee	6
		Ja	7

- Verwijzing

De prestatie-indicatoren forensische psychiatrie is een set van een beperkt aantal indicatoren waarmee wordt beoogd de kwaliteit van de forensische zorg inzichtelijk te maken. Meer informatie hierover staat op: <https://www.forensischezorg.nl/beleid/prestatie-indicatoren-forensische-psychiatrie>.

Toelichting artikel 3.1 Algemene Registratieverplichtingen

Bij Artikel 3.1 tweede lid, eerste gedachte streepje (Informatie-elementen die redelijkerwijs niet aanwezig kunnen zijn, zijn uitgezonderd van deze registratieverplichting) kan gedacht worden aan informatie elementen die ontbreken als gevolg van de spoedeisendheid van de zorgvraag. Denk hierbij als voorbeeld aan het niet geregistreerd zijn van de zorgvraagtypering in geval er aan de patient alleen een kort Consult Acute ggz binnen budget is geleverd.

Toelichting artikel 3.5 Registratieverplichtingen zorgtraject FZ

Het zorgtrajectnummer fz gaat via het plaatsingsbesluit ook mee naar een volgende zorgaanbieder dus tot de forensische titel afloopt en/of de behandeling wordt afgesloten. Bij een herindicatie bepaalt de indicatiesteller of de zorgvraag zodanig is veranderd dat een nieuw zorgtrajectnummer nodig is.

Het zorgtraject in de fz start zodra een patiënt door de indicatiesteller een indicatie krijgt voor forensische zorg. Het zorgtrajectnummer wordt voor alle type forensische zorg afgegeven.

Een zorgtraject omvat alle zorg die voor de zorgvraag van de patiënt wordt geleverd binnen de fz, (ongeacht diagnose of zorgtypering) gedurende de looptijd van de forensische titel en/of het behandeltraject. Een zorgtraject eindigt zodra de behandeling wordt afgesloten of overgaat naar een andere financieringsvorm.

Er kan dus maar maximaal één zorgtrajectnummer per patiënt tegelijk open staan binnen de forensische zorg. Een patiënt kan wel bij meerdere zorgaanbieders een zorgtrajectnummer hebben openstaan, bijvoorbeeld wanneer deze ook (nog) Zvw zorg krijgt.

Toelichting artikel 4.1 Informatieverplichtingen bij declaratie

De factuur bevat informatie-elementen voor zowel patiënt als verzekeraar. Dit is omdat de factuur voor zowel patiënt als verzekeraar voldoende informatie moet bevatten. Voor de patiënt is naam van de zorgverlener relevant voor de verzekeraar de AGB-code van de zorgverlener. Omdat een factuur ook via de patiënt bij de verzekeraar kan worden ingediend, is het voor de ggz verplicht om beide elementen op de factuur te hebben staan.

Bijlage 1 Informatie labels publiek deel

Nummer	Labelnaam	Omschrijving	Verplicht ja nee	waarde ¹
Publieke deel				
N01	Overgang vanuit de Jeugdwet	Dit label wordt gebruikt tot één jaar na overgang van uit de jeugdwet naar de zvw zolang er een regiebehandelaar verantwoordelijk is die wel in de jeugdwet erkend regiebehandelaar is maar niet in de ggz	Verplicht indien van toepassing	Niet van toepassing
N02	Crisis consult buiten budget	Dit label wordt gebruikt bij consulten bij patiënten in de geneeskundige ggz vanaf de eerste dag na de laatste dag dat de patient zorg heeft ontvangen binnen de acute ggz en tot en met 25 dagen hierna indien en zolang sprake is van crisis-zorg.	Verplicht indien van toepassing	Niet van toepassing
N03	Overgang vanuit gespecialiseerde ggz, generalistische basis-ggz of forensische zorg naar het Zorgprestatie model	Dit label wordt gebruikt voor patiënten die in 2021 zorg hebben ontvangen binnen de gespecialiseerde ggz, generalistische basis ggz of forensische zorg die in 2022 aansluitend wordt voortgezet, als in de betreffende prestatie die in 2021 is afgesloten geen directe tijd van de regiebehandelaar is geregistreerd. Dit label wordt geregistreerd bij de eerste prestatie die in 2022 wordt gedeclareerd.	Verplicht indien van toepassing	Niet van toepassing
N04	Overgang vanuit gespecialiseerde ggz, generalistische basis-ggz of forensische zorg naar het Zorgprestatie model, directe tijd van de regiebehandelaar aanwezig	Dit label wordt gebruikt voor patiënten die in 2021 zorg hebben ontvangen binnen de gespecialiseerde ggz, generalistische basis ggz of forensische zorg die in 2022 aansluitend wordt voortgezet, als in de betreffende prestatie die in 2021 is afgesloten wel directe tijd van de regiebehandelaar is geregistreerd. Dit label wordt geregistreerd bij de eerste prestatie die in 2022 wordt gedeclareerd.	Verplicht indien van toepassing	Niet van toepassing

¹ De waarde kan een nummer, tekst of datum betreffen

Bijlage 2 Informatie labels privaat deel

Nummer	Labelnaam	Omschrijving	Verplicht ja nee	waarde ²
Private deel				
P01			-	
			-	
			-	

CONCEPT

² De waarde kan een nummer, tekst of datum betreffen