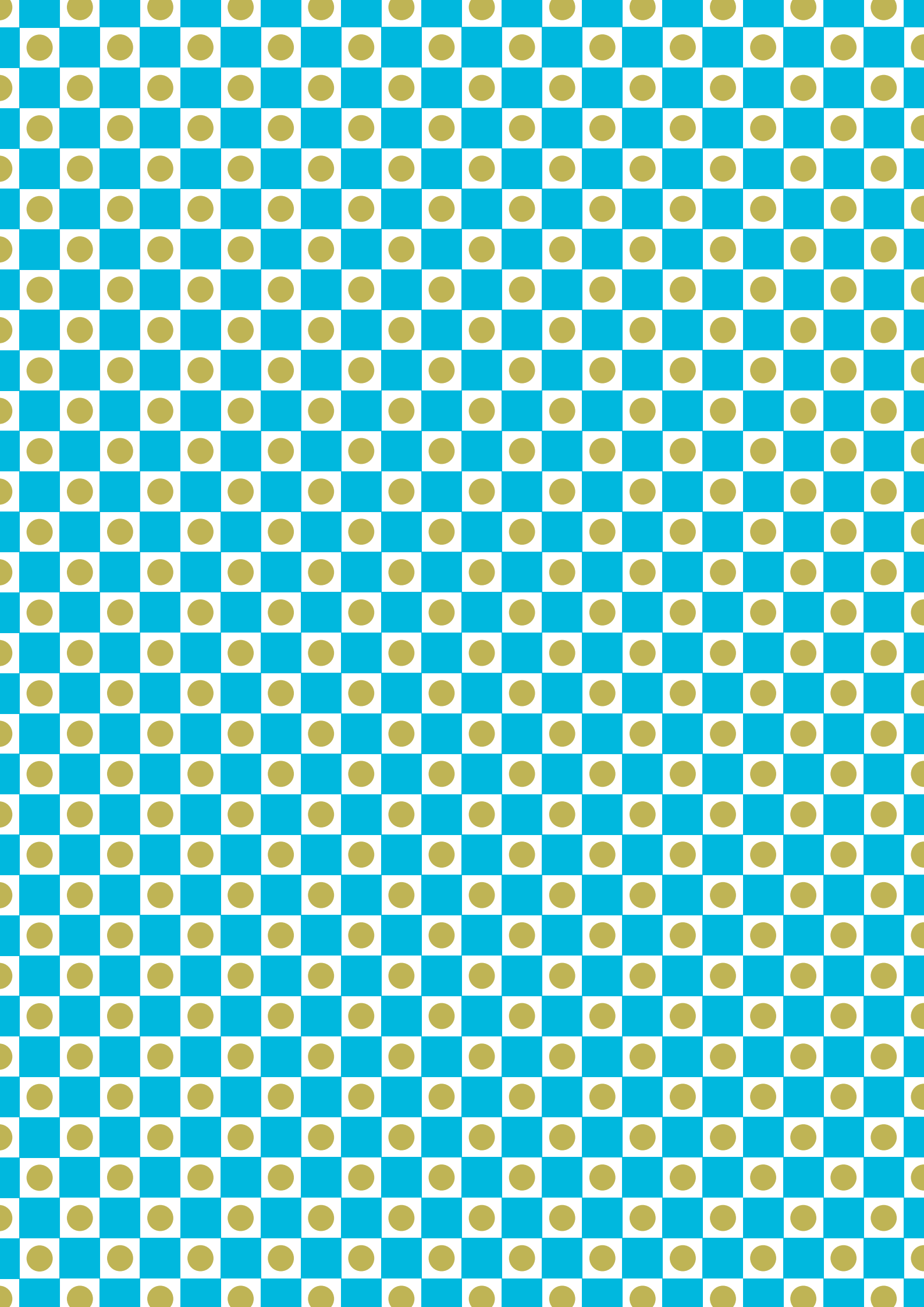
ZORG
PRESTATIE
MODEL GGZ & FZ

Zorgprestatiemodel GGZ & FZ

Veldafspraken 2027

oktober 2026



De veldafspraken gelden sinds 1 januari 2022 en zijn gewijzigd per 1 januari 2027.
De veldafspraken zijn overeengekomen door de volgende partijen:

INHOUD

1	**INLEIDING**	**4**
1.1	Definities	5
2	**OVER DEZE VELDAFSPRAKEN**	**7**
2.1	Partijen die deelnemen aan deze veldafspraken	7
2.2	Partijen die deze veldafspraken ondersteunen	7
2.3	Overwegingen veldafspraken	8
2.4	Verhouding met andere regels en afspraken	8
3	**INHOUD VELDAFSPRAKEN**	**9**
3.1	Algemeen	9
3.1.1	Algemene bepalingen veldafspraken	9
3.1.2	Nakoming, doorontwikkeling en onderhoud	9
3.2	VERWIJSAFSPRAKEN	10
3.3	PRESTATIES EN SETTING	10
3.3.1	Zorgtrajectnummer	10
3.3.2	Zorglabels	11
3.3.3	Setting hoogspecialistisch	11
3.3.4	Inzet tolken	11
3.3.5	Informatie-elementen bij overige prestaties	11
3.4	BEROEPEN	12
3.4.1	Beroepenlijst in Veldnorm 'Beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg'	12
3.5	ZORGVRAAGTYPERING	13
3.5.1	Uitgangspunten	13
3.5.2	Indeling zorgvraagtypering ggz	13
3.5.3	Vaststelling van typering: ggz	13
3.5.4	Hertypering in de ggz	14
3.5.5	Indeling zorgvraagtypering fz	14
3.5.6	Vaststellen van typering: fz	14
3.5.7	Hertypering in de fz	14
3.5.8	Doorontwikkeling en onderhoud	14
3.6	VERANTWOORDING EN CONTROLE	15
3.6.1	Uitgangspunten	15
3.6.2	Reikwijdte	16
3.6.3	Inrichting van interne processen	16
3.6.4	Correct registreren en declareren	16
3.6.5	Afspraken over onderhoud en doorontwikkeling	17

3.7 GEPAST GEBRUIK 17
3.7.1 Achtergrond 17
3.7.2 Definitie Gepast Gebruik 17
3.7.3 Uitgangspunten Gepast Gebruik 17
3.7.4 Versterking kwaliteitstransparantie 18

3.8 OVERGANGSAFSPRAKEN 19
3.8.1 Inrichting generalistische basis-ggz 19

4 ONDERTEKENING VELDAFSPRAKEN 20

5 BIJLAGEN BIJ VELDAFSPRAKEN 21
A. Verwijsafspraken ggz
B. Verwijstypen en zorglabels
C. Factsheet zorgtrajectnummer
D. Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz
E. Limitatieve lijst Hoogspecialistische ggz 2027
F. Inhoudelijk kader inzet tolken anderstaligen GGZ
G. Startnotitie doelen zorgvraagtypering ggz
H. Handleiding zorgvraagtypering ggz
I. HoNOS+, toelichting bij de scores
J. Beschrijving zorgvraagtypen ggz
K. Handleiding zorgvraagtypering forensische zorg
L. Foutcorrectie in het declaratieverkeer
M. Spelregels correct registreren en declareren
N. V&C-lijst 2027
O. Factsheet Basis-ggz in het zorgprestatiemodel
P. Informatie-elementen bij facultatieve prestaties ervaringsdeskundige werker
Q. Informatie-elementen bij onderlinge dienstverlening

1

INLEIDING

In april 2019 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en aan het ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V) geadviseerd om voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz) een nieuwe bekostiging in te voeren: het zorgprestatiemodel. Het kabinet heeft dit breed gedragen advies overgenomen. Brancheorganisaties, zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten-vertegenwoordigers zijn vervolgens samen met de NZa aan de slag gegaan om het model verder uit te werken.

Het zorgprestatiemodel geldt sinds 2022 als bekostiging voor de ggz en fz. Het zorgprestatiemodel bestaat uit door de NZa vastgestelde prestaties, tarieven en regelgeving en uit een aantal veldafspraken. Deze veldafspraken staan in dit document met bijlagen. Het zijn afspraken die partijen met elkaar hebben gemaakt om de bekostiging zo goed mogelijk te laten werken.

De partijen die de veldafspraken hebben getekend, vinden dat alle zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars zich eraan moeten houden. In veel gevallen is dat ook verplicht, bijvoorbeeld omdat de NZa in de regelgeving naar de veldafspraken verwijst of omdat het gaat om een veldnorm opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland. Veldafspraken zijn niet nieuw. Sinds 2017 geldt al de afspraak dat elke aanbieder van geneeskundige ggz een kwaliteitsstatuut moet hebben. En ook gelden sinds 2017 afspraken over verwijzing in de geestelijke gezondheidszorg. Nieuw is dat de veldafspraken een brede scope hebben. Ze gaan bijvoorbeeld over verantwoording en controle, over beroepen in ggz en fz en over zorgvraagtypering.

Deze veldafspraken hebben een eigen onderhoudscyclus. Partijen blijven met elkaar in gesprek over de inhoud ervan.

1.1 Definities

In deze veldafspraken gebruiken wij de volgende definities:

a. Instelling: een instelling zoals bedoeld in sectie III van het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz.
b. Hoofdbehandelaar: zorgverlener in de forensische zorg, al dan niet in dienst van een rechtspersoon als bedoeld onder (ii) die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij die patiënt de diagnose stelt en onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling van die patiënt wordt doorlopen. Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-5 kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt.
c. Kwaliteitsstandaard: richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving die:
   - betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces;
   - vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen;
   - ingeschreven staat in het openbaar register bij Zorginstituut Nederland.
d. Partijen: de betrokken organisaties die onder de veldafspraken hun handtekening zetten.
e. Patiënt: betrokkene die zorg ontvangt. In de bijlagen wordt deze soms cliënt genoemd.
f. Regiebehandelaar: de persoon die voldoet aan de definitie van regiebehandelaar in het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz. Waar in deze overeenkomst de term regiebehandelaar wordt gebruikt, moet voor de fz 'hoofdbehandelaar' worden gelezen. Het kwaliteitsstatuut is niet van toepassing voor de hoofdbehandelaar in de fz.
g. Spelregel: dwingende vertaling van een veldafspraak naar de praktijk.
h. Vrijgevestigden: zorgaanbieders zoals bedoeld in sectie II van het Model Kwaliteitsstatuut ggz.
i. Veldnorm: normen die invulling geven aan algemeen geformuleerde wettelijke normen. Veldnormen worden opgesteld door veldpartijen en kunnen worden ingediend als kwaliteitsstandaard bij het Zorginstituut Nederland.
j. Verantwoording en controle lijst (V&C lijst): het door partijen opgestelde document dat risico's met betrekking tot onrechtmatig registeren en declareren opsomt en dat beschrijft hoe die via processen en/of systemen kunnen worden beheerst, waar nodig aangevuld met controle.
k. Verantwoordingmethodiek: de manier waarop verantwoording en controle zijn ingericht en worden uitgevoerd, bijvoorbeeld: zelfonderzoek, materiele controle en horizontaal toezicht.

l. Zorg:
   - Zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, de Wet forensische zorg en de Wet langdurige zorg;
   - Individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor zover uitgevoerd, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, door personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van die wet of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet en voor zover die handelingen niet zijn begrepen onder 1.

m. Zorgaanbieder:
   - de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
   - de natuurlijke persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder de voorgaande bullet.

n. Zorgverlener: natuurlijk persoon die beroepsmatig zorg verleent.

o. Zorgverzekeraar: een verzekeraar voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. Hieronder valt ook de Divisie Forensische zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), onderdeel van het ministerie van JenV. In de fz is ForZo/JJI verantwoordelijk voor het inkopen van fz.

2

OVER DEZE VELDAFSPRAKEN

2.1 Partijen die deelnemen aan deze veldafspraken

De Nederlandse ggz
Dienst Justitiële Inrichtingen
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten
MeerGGZ
MIND
Nederlandse Federatie van UMC's
Nederlands Instituut van Psychologen
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Zorgverzekeraars Nederland

Hierna genoemd: 'Partijen' of 'Wij'

2.2 Partijen die deze veldafspraken ondersteunen

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van Justitie en Veiligheid (J&V) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ondersteunen deze veldafspraken. Dat betekent dat ze het belangrijk vinden dat de deelnemende partijen deze afspraken maken en dat ze het belangrijk vinden dat iedereen ze naleeft. Ze ondersteunen partijen waar dat kan bij het tot stand brengen van afspraken en uitvoering ervan, bijvoorbeeld door daarover te communiceren. VWS, J&V en NZa zijn echter geen partij in deze afspraken.

2.3 Overwegingen veldafspraken

- De veldafspraken die in dit document staan, zijn onderling overeengekomen en getekend door partijen genoemd onder 2.1.

- Partijen hebben een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een juiste besteding van de zorguitgaven en erkennen deze ook. Zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de partijen hebben daarin elk hun eigen wettelijke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

- Bij de formulering van de veldafspraken hebben wij inzichten gebruikt die voortkomen uit het RVS-rapport 'Blijk van vertrouwen', Het onderdeel 'Advies passende zorg' van het rapport 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' van de NZa en Zorginstituut Nederland, de implementatie van Horizontaal Toezicht Zorg en de eindrapportage van de Taskforce Gepast Gebruik.

- Het is ons gezamenlijk belang en streven om te voldoen aan de tien ontwerpcriteria van het Zorgprestatiemodel.

- De naleving van de veldafspraken wordt op verschillende manieren bevorderd en geborgd. Als dat van toepassing is, staat dat bij het onderwerp.

2.4 Verhouding met andere regels en afspraken

Het is een feit dat door de veldafspraken bestaande wet- en regelgeving niet verandert en gewoon geldig blijft. Dit zijn bijvoorbeeld de Wet forensische zorg (Wfz), Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) of op die wetten gebaseerde regels en besluiten (zoals Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering, regelingen van de NZa), en de uitwerking daarvan in bijvoorbeeld het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, het Kwaliteitskader forensische zorg en de standpunten van het Zorginstituut. Regelgeving van de NZa verwijst naar onderdelen van deze veldafspraken. De verplichting tot naleving van deze veldafspraken volgt dan uit die regelgeving.

Wij gaan ervan uit dat deze veldafspraken passen binnen de bestaande wet- en regelgeving. Als ze toch zouden afwijken, dan gaan de wet- en regelgeving voor.

Overige bestaande (veld)afspraken en kwaliteitsstandaarden blijven onverminderd van kracht, dit zijn bijvoorbeeld: zorgstandaarden en generieke modules, de ZN-circulaire 'Therapieën GGZ' en de veldafspraken tussen ZN en de Nederlandse ggz over Horizontaal Toezicht Zorg (landelijk raamwerk). Het is ook een feit dat overeenkomsten die gesloten zijn niet veranderen. Bijvoorbeeld een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over zorglevering. Zij moeten dus zelf actie ondernemen om deze aan te passen en in lijn te brengen met de veldafspraken.

3

INHOUD VELDAFSPRAKEN

3.1 ALGEMEEN

3.1.1 Algemene bepalingen veldafspraken

- Partijen zorgen ervoor dat hun onderlinge private overeenkomsten in lijn zijn met deze veldafspraken.
- Partijen stimuleren een optimale inrichting van de ICT, zodat de uitvoering van de veldafspraken wordt ondersteund.
- Onbedoelde prikkels die voortvloeien uit het Zorgprestatiemodel pakken we samen aan. Wij houden daarbij rekening met ieders taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- Het staat partijen vrij om naast deze multilaterale generieke veldafspraken bilaterale specifieke veldafspraken te maken, mits deze niet strijdig zijn met de multilaterale generieke veldafspraken.

3.1.2 Nakoming, doorontwikkeling en onderhoud

- Partijen spannen zich in om de veldafspraken na te komen en bevorderen naleving. Dit betekent in ieder geval dat:
  - Partijen bevorderen dat hun leden deze veldafspraken naleven;
  - Zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de overeenkomsten verwijzen naar de naleving van deze veldafspraken en dat zij daarvan niet afwijken;
  - Partijen geen onderscheid maken tussen ongecontracteerde en gecontracteerde zorgaanbieders als het gaat om naleving van de veldafspraken.

- Iedere individuele zorgaanbieder, zorgverzekeraar of zorgverlener is zelf verantwoordelijk voor het nakomen van de veldafspraken.
- Partijen spreken minimaal één keer per jaar over de nakoming en doorontwikkeling van de veldafspraken.
- Partijen passen de veldafspraken in dit document aan indien daarvoor een aanleiding is en maximaal één keer per jaar, behalve als hierna in specifieke bepalingen een andere termijn of procedure staat. Bij aanpassing van de veldafspraken worden actuele inzichten, onderzoeken en rapporten betrokken.
- De aanpassing voor het jaar t vindt steeds uiterlijk op 1 april van het jaar t-1 plaats.
- Concepten van aanpassingen in veldafspraken zullen een maand voor vaststelling worden gepubliceerd. Het is mogelijk om als belanghebbende een reactie te geven op concept veldafspraken. Reacties zullen zorgvuldig worden afgewogen in verdere besluitvorming.
- Partijen organiseren gezamenlijk publiciteit over de inhoud van deze afspraken, om draagvlak te vergroten en om naleving door niet-deelnemende partijen te stimuleren.
- Het is mogelijk om als nieuwe partij deel te nemen aan de veldafspraken, als de al deelnemende partijen daarvoor hun akkoord geven.

3.2 VERWIJSAFSPRAKEN

Partijen houden zich aan de verwijsafspraken ggz. Deze zijn opgenomen als bijlage A. Op de verwijzing wordt vermeld of deze betrekking heeft op de generalistische basis-ggz (gb-ggz) of de gespecialiseerde ggz (g-ggz). De keuze wordt bepaald door de aard, ernst en complexiteit van de problematiek en de daarmee samenhangende risico's. Hierbij vormen de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz (LGA) het inhoudelijke kader. Het onderscheid tussen de gb-ggz en de g-ggz blijft van belang, mede vanwege de verschillende eisen aan het regiebehandelaarschap in het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz. VWS ziet deze afspraken als de juiste invulling van de wettelijke verplichting. Zorgverzekeraars verwijzen in hun polisvoorwaarden naar de verwijsafspraken. DJI doet dat in de addenda bij hun overeenkomsten voor forensische zorg. Zorgaanbieders gebruiken in het declaratieverkeer de verwijstypen die zijn opgenomen in de 'Notitie Verwijstypen en zorglabels' in bijlage B. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken de verwijstypen overeenkomstig de uitleg in de notitie.

3.3 PRESTATIES EN SETTING

3.3.1 Zorgtrajectnummer

De NZa schrijft het gebruik van een zorgtrajectnummer in het declaratieverkeer voor in de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. De veldafspraken over de verdere uitwerking van het zorgtrajectnummer zijn opgenomen in de 'factsheet Zorgtrajectnummer' in bijlage C. De NZa vindt dat deze veldafspraken in lijn zijn met de verplichting in de nadere regel. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken het zorgtrajectnummer overeenkomstig de uitleg in de factsheet.

3.3.2 Zorglabels

De veldafspraken over het toepassen van verwijstypen en private zorglabels zijn opgenomen in de 'Notitie Verwijstypen en zorglabels' in bijlage B. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken de zorglabels overeenkomstig de uitleg in de notitie. De borging volgt uit het wederzijdse belang bij een juiste toepassing; declaraties zonder relevant label kunnen worden afgewezen.

3.3.3 Setting hoogspecialistisch

De setting 'hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)' kan alleen met contract in rekening worden gebracht, voor de ambulante en klinische patiënten die onder de contractafspraak vallen. Bij het maken van deze afspraken houden zij zich aan de 'Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz', zoals opgenomen in bijlage D.

Voor het aanpassen van criteria waaraan een afdeling moet voldoen om te worden opgenomen op de limitatieve lijst ligt het primaat bij de professionals in het betreffende segment (umc, algemeen ziekenhuis, ggz-instelling). Zij consulteren daarbij partijen van belanghebbenden zoals te doen gebruikelijk bij de ontwikkeling van normen in de sector.

De limitatieve lijst van zorgaanbieders die volgens partijen in 2027 aan de inhoudelijke criteria van de 'Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz' voldoen, is opgenomen in bijlage E.

3.3.4 Inzet tolken

De veldafspraken over de inzet van tolken voor anderstaligen zijn opgenomen in het 'Inhoudelijk kader inzet tolken anderstaligen GGZ' in bijlage F. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken de toeslag 'inzet tolk' overeenkomstig de veldafspraak. Voor de inhoudelijke afweging is de Generieke richtlijn Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein (2025) leidend. De NZa verwijst naar dit kader in haar regelgeving.

3.3.5 Informatie-elementen bij overige prestaties

De regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg van de NZa schrijft voor welke informatie-elementen moeten worden geregistreerd.

Afspraken over informatie-elementen bij de facultatieve prestaties Ervaringsdeskundige werker NLQF5 zijn opgenomen in bijlage P. Afspraken over informatie-elementen bij onderlinge dienstverlening zijn opgenomen in bijlage Q.

3.4 BEROEPEN

3.4.1 Beroepenlijst in Veldnorm 'Beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg'

Volgens de afspraak in het Bestuurlijk akkoord ggz hebben partijen de inzet van specifieke beroepen in de curatieve ggz/fz onderbouwd vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg. Dit heeft geresulteerd in een beroepenlijst die sinds 12 september 2023 onderdeel uitmaakt van een Veldnorm die is ingeschreven in het register bij Zorginstituut Nederland.

De 'Veldnorm beroepen in de ggz en fz' beschrijft welke beroepen volgens patiënten, zorgverzekeraars, werkgevers en regiebehandelaarberoepen op basis van objectieve toetsing aan kwaliteitscriteria in aanmerking komen om (een deel van) diagnostiek, behandeling en/of geneeskundige begeleiding zelfstandig uit te voeren.

Alleen beroepen die zijn opgenomen in de beroepenlijst van de Veldnorm en waarbij aan alle in de lijst vermelde vereisten (opleidingsniveau, definitie en toelichting/voorwaarden) is voldaan komen hiervoor in aanmerking. De lijst is limitatief.

De veldnorm bevat naast een beroepenlijst ook een procedure met toetsingscriteria en afspraken over het onderhoud van de veldnorm.

De veldnorm geeft alleen in generieke zin aan wie in aanmerking komen om (een deel van) diagnostiek, behandeling en/of geneeskundige begeleiding zelfstandig uit te voeren. Bekwaamheid van de individuele persoon wordt op individueel niveau beoordeeld. De veldnorm sluit niet uit dat andere dan de vermelde beroepen worden ingezet voor zorgverlening in de ggz/fz. Het kan in dat geval echter niet gaan om het zelfstandig uitvoeren van (een deel van) diagnostiek, behandeling en/of geneeskundige begeleiding.

De ervaringsdeskundige werker NLQF 5 is niet opgenomen in de beroepenlijst van de Veldnorm. Voor behandelconsulten en groepsconsulten door ervaringsdeskundige werkers NLQF 5 zijn er facultatieve prestaties. Zorgaanbieders kunnen facultatieve prestaties declareren als er een schriftelijke overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van die facultatieve prestaties. Partijen adviseren gebruikers van deze facultatieve prestaties maximaal de tarieven voor 'behandelconsulten/groepsconsulten overige beroepen, ambulant sectie III multidisciplinair', danwel 'behandelconsulten/groepsconsulten overige beroepen, danwel (in de forenstische zorg) 'Forensische en beveiligde zorg - niet klinische of ambulante zorg' te hanteren.

3.5 ZORGVRAAGTYPERING

3.5.1 Uitgangspunten

Partijen hebben de kenmerken en gebruiksdoelen van zorgvraagtypering voor de ggz vastgelegd in de 'Startnotitie doelen Zorgvraagtypering' (bijlage G). Deze blijven onverkort gelden.

3.5.2 Indeling zorgvraagtypering ggz

De zorgvraagtypering ggz bestaat uit zorgvraagtypen 1 t/m 21, ingedeeld in drie hoofdgroepen (X, Y, Z). De hoofdgroepen en de zorgvraagtypen zijn beschreven in het document 'Beschrijving zorgvraagtypen ggz' (bijlage J).

3.5.3 Vaststelling van typering: ggz

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de vastlegging van het juiste zorgvraagtype. Hij gaat daarbij uit van de omschrijvingen in het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen ggz'.

De HoNOS+ is het verplichte methodisch hulpmiddel voor zorgvraagtypering in de ggz. Partijen hanteren de in het programma vastgestelde omschrijvingen in het document 'HoNOS+, toelichting bij de scores' (bijlage I).
Er zijn twee werkwijzen om het zorgvraagtype met de HoNOS+ te bepalen:

1. Invullen van de volledige HoNOS+ en de scores toetsen aan kleurschema's en omschrijvingen in het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen'.
2. Invullen van een gedeeltelijke HoNOS+ (dynamische route), waarbij de ICT de relevante vragen aanwijst. Er moeten dan altijd voldoende vragen worden doorlopen om een 95% zekerheid te hebben dat de uitkomst hetzelfde is als bij het volledig doorlopen van de HoNOS+. In 5% van de (aselect gekozen) typeringsmomenten moet ook bij de keuze voor werkwijze 2 de volledige HoNOS+ worden ingevuld.

Voor zowel werkwijze 1 als 2 geldt dat de regiebehandelaar van het voorstel kan afwijken.

Partijen stelden samen een 'Handleiding zorgvraagtypering ggz' (bijlage H) op voor behandelaren en zullen deze onderhouden. Partijen houden zich aan de meest recente versie van de handleiding.
De borging hiervan is geregeld in de regeling Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg van de NZa. Daarin staat dat de zorgvraagtypering conform de veldafspraak wordt gedaan, door de regiebehandelaar.

3.5.4 Hertypering in de ggz

Hertypering vindt plaats op logische (evaluatie)momenten in het behandelproces. Elk zorgvraagtype heeft een termijn die richtinggevend is voor het moment van hertyperen. Deze 'reviewtermijnen' staan in de 'Beschrijving Zorgvraagtypen ggz'. Op het eerste contactmoment na 1 jaar waarin niet is ge-hertypeerd, zal altijd moeten worden getypeerd.

3.5.5 Indeling zorgvraagtypering fz

Voor elke forensische patiënt bepaalt de hoofdbehandelaar met bestaande risicotaxatie instrumenten het recidive risico (niveau 1 t/m 5 volgens de gestandaardiseerde risk levels, Hanson et al., 2017). De ernst van het delict kan ervoor zorgen dat een patiënt maximaal met 1 niveau opschuift, omhoog of omlaag. Exceptionele problemen met betrekking tot de responsiviteit kunnen leiden tot 1 categorie hoger. Dit leidt tot een totaalscore in de range 0 t/m 7.

3.5.6 Vaststellen van typering: fz

In de 'Handleiding zorgvraagtypering forensische zorg' (bijlage K) is vastgelegd hoe zorgvraagtypering in de forensische zorg door partijen wordt toegepast.

3.5.7 Hertypering in de fz

Hertypering in de forensische zorg vindt plaats als er opnieuw een risicotaxatie moet worden afgenomen. Afhankelijk van het gehanteerde instrument is dit minimaal eens per 365 dagen.

3.5.8 Doorontwikkeling en onderhoud

In de komende jaren zullen de partijen werken aan de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering in de ggz en fz.

Partijen onderzoeken in de doorontwikkeling in ieder geval hoe meer gebruik gemaakt kan worden van informatie die al wordt vastgelegd, bijvoorbeeld in andere gestandaardiseerde vragenlijst of in ZIB's. Ook wordt onderzocht hoe specifieke patiëntgroepen een plaats kunnen krijgen in het model, zoals patiënten met somatische comorbiditeit, verslavingen, LVB of SOLK. Deze en andere onderwerpen agenderen partijen in de doorontwikkelagenda.

Partijen nemen de handleiding zorgvraagtypering ggz, de HoNOS+, zorgvraagtypen ggz en het implementatieplan zorgvraagtypering fz mee in het jaarlijkse onderhoud van de veldafspraken volgens artikel 3.1.2.

3.6 VERANTWOORDING EN CONTROLE

3.6.1 Uitgangspunten

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de juiste besteding juiste zorguitgaven. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben daarin elk hun eigen wettelijke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- Partijen zijn het, in navolging van het advies 'Blijk van vertrouwen – anders verantwoorden voor goede zorg' van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, erover eens dat verantwoording de voorkeur heeft boven controle. Het initiatief en de verantwoordelijkheid voor verantwoording ligt bij de zorgaanbieder die verantwoording aflegt en niet bij degene die verantwoording vraagt. Dit kan alleen vanaf een toereikend transparantieniveau bij de zorgaanbieder. Bij onvoldoende transparantie kan de zorgverzekeraar extra informatie opvragen, rekening houdend met de verantwoordingsmethodiek die zorgverzekeraar en zorgaanbieder toepassen.
- Partijen streven naar proces- en systeemgerichte beheersing aan de voorkant van het zorgproces en naar het voorkomen van controles achteraf.
- Partijen zoeken naar efficiency in de verantwoordingsketen en streven ernaar dat de verantwoording voor meerdere doeleinden (bijvoorbeeld jaarrekening) kan worden ingezet. We automatiseren regels en de veldafspraken over verantwoording en controle waar het kan.
- Partijen professionaliseren de verantwoordingsketen en stimuleren zorgaanbieders waar nodig om hun verantwoordelijkheid voor een goede bedrijfsvoering te nemen en om registraties 'first-time-right' te laten plaatsvinden. Partijen zien de invoering van Horizontaal Toezicht bij zorginstellingen als een passende werkwijze hiervoor.
- Zorgaanbieders werken aan efficiëntere en effectievere administratieve processen die borgen dat facturen in één keer goed zijn. Partijen zorgen voor een efficiënt correctieproces en zorgen voor een tijdige afwikkeling van correcties volgens de notitie 'Foutcorrectie in het declaratieverkeer' (bijlage L).
- De V&C-lijst is een hulpmiddel voor het inrichten van processen en systemen. De lijst is een van de middelen die partijen kunnen inzetten in hun streven naar 'First Time Right' en naar het zoveel mogelijk voorkomen van correcties achteraf.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars houden zich aan de afspraken in deze paragraaf. De andere partijen bevorderen de naleving.

3.6.2 Reikwijdte

De afspraken in deze paragraaf gaan over correct registreren en declareren van zorg, over hoe zorgaanbieder zich hierover kunnen verantwoorden en over de manier waarop zorgverzekeraars en DJI hier uitvoering aan geven in hun controleplannen. Ze gaan niet over de inhoud en naleving van afspraken in het concurrentiele deel van overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en ook niet over afhandeling van (verzekerden)signalen en fraude(onderzoek).

3.6.3 Inrichting van interne processen

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spannen zich zo veel als mogelijk in om hun interne processen of (voor zover van toepassing) hun praktijkvoering conform veldafspraak verantwoording en controle in te richten.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen voor een optimale inrichting van de ICT, zodat die de uitvoering van deze afspraken zo goed als mogelijk ondersteunt.
- Zorgaanbieders dragen zorg voor transparante processen en kunnen laten zien hoe registraties, declaraties uitgevoerd zijn.
- Zorgverzekeraars zorgen voor een transparant betalings- en correctieproces.

3.6.4 Correct registreren en declareren

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars houden zich aan de 'Spelregels correct registreren en declareren' in bijlage M:
  - De spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar is een operationalisering van het Landelijk Kwaliteitsstatuut als het gaat om correct registreren en declareren;
  - De spelregel Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg is een operationalisering van de aanspraak op verzekerde zorg als het gaat om niet verzekerde diagnostiek;
  - Spelregels Planning = realisatie, Groepsconsulten en Reistijd zijn een operationalisering van afspraken over de registratie waarnaar wordt verwezen in de regelgeving van de NZa.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken de beschrijvingen in de V&C-lijst (bijlage N) over correct registreren en declareren als hulpmiddel om systemen en registratie- en declaratieprocessen in te richten en risico's op onjuiste registraties en declaraties te voorkomen.
- Zorgaanbieders spannen zich in om gebruik te maken van EPD's die ondersteuning bieden bij:
  - het inrichten van registratie- en declaratieprocessen conform regelgeving en gemaakte veldafspraken, en;
  - het aantonen van de in het EPD ingebouwde beheersmaatregelen.

  Partijen onderzoeken de mogelijkheid om EPD's hiervoor te certificeren.

3.6.5 Afspraken over onderhoud en doorontwikkeling

- Partijen spreken minimaal twee keer per jaar over de implementatie van de veldafspraken over verantwoording en controle.
- Partijen nemen de spelregels correct registreren en declareren en de V&C-lijst mee in het jaarlijkse onderhoud van de veldafspraken volgens artikel 3.1.2.
- Nieuwe spelregels over correct registreren en declareren en omschrijvingen in de V&C-lijst leggen partijen zoveel mogelijk vast in 'goed of fout' bepalingen.
- Partijen hebben hierbij nadrukkelijk oog voor het beperken van administratieve lasten.

3.7 GEPAST GEBRUIK

3.7.1 Achtergrond

Eén van de ontwerpcriteria van het zorgprestatiemodel is dat het gepast gebruik moet bevorderen. Om binnen het zorgprestatiemodel een verdere invulling te geven aan Gepast Gebruik is door het programma Zorgprestatiemodel een werkgroep Gepast Gebruik ingesteld. De hiernavolgende definitie en uitgangspunten zijn het startpunt van de inhoudelijke gesprekken die we op landelijk niveau over dit onderwerp voeren in de periode tot aan de eerstvolgende update van de veldafspraken. Eerder heeft de taskforce Gepast Gebruik een inhoudelijk advies opgesteld over de mogelijkheden om als gecontracteerde zorginstelling procesgericht te verantwoorden over Gepast Gebruik. De in deze veldafspraak geformuleerde definitie en uitgangspunten zijn in lijn met dit door het bestuurlijk overleg hoofdlijnenakkoord ggz vastgestelde advies.

3.7.2 Definitie Gepast Gebruik

In de gesprekken gaan we voor de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg uit van de volgende definitie van Gepast Gebruik. Onder gepast gebruik verstaan we dat de zorg die wordt geleverd voldoende bewezen effectief zijn en dat alleen zorg wordt geleverd aan patiënten die deze zorg ook echt nodig hebben. Met bewezen effectief bedoelen we dat de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Met 'echt nodig hebben' bedoelen we dat de patiënt redelijkerwijs is aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak) en, voor forensische zorg, gezien het voorkomen van recidive.

3.7.3 Uitgangspunten Gepast Gebruik

In de inhoudelijke gesprekken zijn de volgende uitgangspunten het startpunt. Bij het maken van inhoudelijke afspraken kunnen uitgangspunten worden herzien.

1. Zorgaanbieders en zorgverleners zorgen samen voor een continue cyclus van reflecteren en leren over Gepast Gebruik, ze stimuleren de dialoog hierover en borgen dit in het (zorg)proces en/of de praktijkvoering.

2. Zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen onderwerpen aandragen voor het gesprek (landelijk of lokaal) over Gepast Gebruik, bijvoorbeeld naar aanleiding van (benchmark) analyses, landelijk uitgewerkte casussen of eigen inzichten. Deze onderwerpen kunnen bijdragen aan het reflecterend en lerend vermogen en kunnen als basis dienen voor te maken afspraken.

3. Zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars maken op basis van gelijkwaardigheid afspraken over Gepast Gebruik op groepsniveau (niet op het niveau van individuele patiënten) met als doel Gepast Gebruik te bevorderen. Onder het bevorderen van Gepast Gebruik, wordt zowel het voorkomen van overbehandeling als het voorkomen van onderbehandeling verstaan. Deze afspraken richten zich op het continue verbeteren naar de toekomst en niet het corrigeren van het verleden. Vooraf worden afspraken gemaakt over de eventuele consequenties van het niet halen van verbeterafspraken.
4. De onderbouwing van wat op groepsniveau Gepast Gebruik is en of zorg bij groepen patiënten effectief en medisch noodzakelijk is, is voorbehouden aan beroepsgroepen en moet uitlegbaar en transparant zijn.

5. Bij afwegingen over Gepast Gebruik op individueel niveau wordt door de behandelaar waar mogelijk de patiënt en diens naasten betrokken (samen beslissen).

6. Bij het maken van afspraken over Gepast Gebruik kunnen de informatie-elementen van het zorgprestatiemodel worden ingezet, zoals zorgvraagtypering, beveiligingsniveaus, settings, beroepen, type consulten (diagnostiek, behandeling, groep), duur behandeling (in tijd), aantal consulten en verblijf.

7. Gepast Gebruik gaat ook over het voldoen aan wet- en regelgeving (rechtmatigheid) en daarmee is Gepast Gebruik een niet-concurrentieel onderwerp.

3.7.4 Versterking kwaliteitstransparantie

Partijen in de ggz werken in het programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz samen aan het versterken van transparantie in de kwaliteit van de ggz, met ondersteuning van Zorginstituut Nederland. De dialoogtafels gepast gebruik van het Zorgprestatiemodel hebben een vervolg in dit programma.

3.8 OVERGANGSAFSPRAKEN

3.8.1 Inrichting generalistische basis-ggz

Partijen hadden al afgesproken dat het informatie-element ‘basis-ggz profiel’ zichtbaar blijft op de factuur tot het moment dat de verbeterde zorgvraag-typering is gerealiseerd. De inhoudelijke afspraken over het zichtbaar houden van de generalistische basis-ggz staan in de ‘factsheet Basis-ggz in het zorgprestatiemodel’ in bijlage O.

4

ONDERTEKENING VELDAFSPRAKEN

Deze veldafspraken gaan in op 1 januari 2027 en blijven gelden totdat partijen anders overeenkomen.

De Nederlandse ggz

Dienst Justitiële Inrichtingen

Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten

MIND

Nederlandse Federatie van UMC's

Nederlands Instituut van Psychologen

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Zorgverzekeraars Nederland

MeerGGZ

5

BIJLAGEN BIJ VELDAFSPRAKEN

A. Verwijsafspraken ggz
B. Verwijstypen en zorglabels
C. Factsheet zorgtrajectnummer
D. Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz
E. Limitatieve lijst Hoogspecialistische ggz 2027
F. Inhoudelijk kader inzet tolken anderstaligen GGZ
G. Startnotitie doelen zorgvraagtypering ggz
H. Handleiding zorgvraagtypering ggz
I. HoNOS+, toelichting bij de scores
J. Beschrijving zorgvraagtypen ggz
K. Handleiding zorgvraagtypering forensische zorg
L. Foutcorrectie in het declaratieverkeer
M. Spelregels correct registreren en declareren
N. V&C-lijst 2027
O. Factsheet Basis-ggz in het zorgprestatiemodel
P. Informatie-elementen bij facultatieve prestaties ervaringsdeskundige werker
Q. Informatie-elementen bij onderlinge dienstverlening

A.

Verwijsafspraken ggz

B.

Verwijstypen en zorglabels

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Verwijstypen en zorglabels

Zorgprestatiemodel GGZ & FZ

Juli 2026


de
Nederlandse
ggz


Zorgverzekeraars
Nederland


LANDELIJKE VERENIGING VAN
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN
& PSYCHOTHERAPEUTEN


NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE


Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid


Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen


NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA


vgn
vereniging
gehandicaptenzorg
nederland


MIND


V&VN


NIP
Nederlands
Instituut van
Psychologen


Platform
MEERGGZ

1 Verwijstypen

Het hebben van een geldige verwijzing is een voorwaarde voor toegang tot geneeskundige ggz. Soms kan uit de AGB-code van de verwijzer al informatie over de verwijzing worden afgeleid. Dit werkt echter niet in alle gevallen, bijvoorbeeld als de AGB-code ontbreekt. Als geen AGB-code is ingevuld, is niet zonder onderzoek duidelijk of het gaat om een zelfverwijzer, om een verwijzer zonder AGB-code of om bemoeizorg aan iemand van wie de huisarts (nog) niet bekend is. Daarom is het nuttig om (ook) een verwijstypecode te hebben. In het programma is besloten om verwijstypes te blijven gebruiken, naast de AGB-code van de verwijzer. De verwijstypen voor het zorgprestatiemodel zijn:

Nr	Verwijstype	Vermelding op factuur onder 'AGB-verwijzer'	Proces/voorwaarde
01	Verwijzing aanwezig	AGB van de initiële verwijzer	Betreft erkende verwijzer volgens de verwijsafspraken GGZ, niet uit het domein medisch specialistische zorg.
02	Doorverwijzing	AGB van verwijzende regiebehandelaar	Betreft doorverwijzing volgens de verwijsafspraken GGZ.
03	Geen verwijzing aanwezig vanwege uitzondering, verlate correspondentie	Geen AGB tot moment dat huisarts is geïnformeerd. Uiterlijk na 60 dagen: AGB-huisarts.	Huisarts informeren over in behandeling nemen. Vanaf moment melden aan huisarts AGB-code huisarts vermelden op factuur (uiterlijk 60 dagen na start traject).
04	Geen verwijzing aanwezig vanwege uitzondering, door patiënt geen correspondentie toegestaan	Geen AGB, omdat patiënt geen toestemming geeft voor correspondentie.	Deze code wordt als gebruikt als huisarts niet geïnformeerd mag worden.
05	Geen verwijzing	Geen AGB	Factuur mag niet naar zorgverzekeraar
06	Geen verwijzing, andere rechtmatigheidsgrond	Geen AGB	Alleen voor fz
07	Verwijzing aanwezig, maar verwijzer heeft geen AGB-code	Geen AGB	Betreft erkende verwijzer volgens de verwijsafspraken GGZ, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld buitenlandse zorgaanbieder)
08	Verwijzing aanwezig vanuit medisch specialistische zorg	AGB van de verwijzende behandelaar	Betreft erkende verwijzer volgens de verwijsafspraken GGZ uit het domein medisch specialistische zorg.

Toelichting bij verwijstype 08: Per 1 januari 2027 kunnen vanuit de medisch specialistische zorg naast de medisch specialist ook de physician assistant en de verpleegkundig specialist verwijzen. Om dit mogelijk te maken is per 1 januari 2027 een nieuw verwijstype beschikbaar: 'Verwijzing aanwezig vanuit medisch specialistische zorg' (verwijstype 08). Onder verwijzingen vanuit de medisch specialistische zorg wordt verstaan verwijzingen vanuit de zorgsoorten 06 (ziekenhuizen) en 22 (zelfstandige behandelcentra). Zorgsoort 54 (PAAZ/PUK) valt niet onder de medisch specialistische zorg. Verwijzingen vanuit de PAAZ/PUK worden vastgelegd als 'doorverwijzingen' (verwijstype 02).

2 Zorglabels

Zorglabels worden gebruikt om extra informatie aan prestaties te koppelen of om prestaties te oormerken waarvoor een (tijdelijke) uitzonderingssituatie geldt. Hierdoor is het bijvoorbeeld mogelijk om bepaalde controleregels niet of anders toe te passen.

Er zijn verschillende soorten zorglabels:

- Publieke zorglabels
  Deze labels zijn verankerd in de NZa-regelgeving en gelden voor alle zorgaanbieders. Deze zorglabels hebben een code die begint met een N.

- Private zorglabels
  Deze labels zijn verankerd in de veldafspraken en gelden voor alle zorgaanbieders. Deze zorglabels hebben een code die begint met een G.

De NZa publiceert de tabel met alle zorglabels. Publieke labels worden inhoudelijk gedefinieerd door de NZa. Private zorglabels worden gedefinieerd door het veld en kunnen bij de NZa worden aangemeld volgens een nog nader af te stemmen aanmeldproces. In onderstaande tabel zijn de publieke en private labels opgenomen die gelden in 2027.

Nr.	Labelnaam	Omschrijving	Doel	Gevolg	Verplicht indien van toepassing
N01	Uitzondering toegestane regiebehandelaar bij overgang jeugd-ggz	Voor patiënten die van Jeugdwet overgaan naar Zvw, zolang een regiebehandelaar verantwoordelijk is die wel in de Jeugdwet, maar niet in de Zvw regiebehandelaar kan zijn. Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is, tot maximaal één jaar na overgang.	Voorkomen afwijzing declaratie vanwege niet-erkende regiebehandelaar.	De declaratie wordt niet afgewezen enkel omdat de regiebehandelaar niet voorkomt op de lijst met toegestane regiebehandelaars.	Ja op basis regelgeving
N04	Toeslag inzet tolk	Als de prestatie toeslag inzet tolk wordt gedeclareerd, wordt via dit label aangegeven of het gaat om een talentolk of om een gebaren tolk. Mogelijke waarden: talentolk, gebarentolk.	Herkenbaar maken of er een talentolk is ingezet of een gebaren tolk.		Ja op basis regelgeving
N05	Verblijf met rechtvaardigingsgrond	Op basis van de memo van Zorginstituut van 2 januari 2025, met referentie 2024034465. Voor situaties waar het medisch noodzakelijk verblijf wordt voortgezet, ondanks dat het verblijf niet medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige ggz.	Herkenbaar maken van VMR om het gebruik van VMR te kunnen monitoren en evalueren.		Ja op basis van regelgeving

Nr.	Labelnaam	Omschrijving	Doel	Gevolg	Verplicht indien van toepassing
G01	Uitzondering spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar: overige uitzonderingen	Voor patiënten die vanwege een 'overige uitzondering' niet zijnde 'wijziging financiering' afwijken van de spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar. Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is.	Herkenbaar maken van patiënten die vanwege een overige uitzondering nog geen consult met de regiebehandelaar hebben gehad.	De spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar hoeft niet te worden toegepast.	Ja op basis veldafpraak
G02	Uitzondering spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar: wijziging financiering	De minimale betrokkenheid van de regiebehandelaar is in een andere zorgwet geborgd. Voor patiënten die met eenzelfde zorgvraag overkomen naar de Zvw, vanuit de Jeugdwet, Wet forensische zorg, Wet langdurige zorg of van niet- of anders-verzekerd. Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze uitzondering geldig is, tot maximaal één jaar na overgang.	Herkenbaar maken van patiënten waarbij betrokkenheid regiebehandelaar geregeld is vanuit andere financiering.	De spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar hoeft niet te worden toegepast.	Ja op basis veldafpraak
G03	Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg	Dit zorglabel identificeert patiënten die geïncludeerd zijn in de levensloopaanpak van de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. De zorg van deze patiënten wordt vaak geleverd in meerdere behandelsettings en financiering kan vanuit meerdere financiers komen (Zvw, FZ, Wlz). Dit label wordt vermeld bij elke zorgprestatie zolang deze patiënt is geïncludeerd in de levensloopaanpak.	Herkenbaar maken van patiënten die geïncludeerd zijn in de levensloopfunctie van de Ketenveldnorm, zodat we aparte, controleerbare inhoudelijke en financiële afspraken kunnen vastleggen in contracten tussen aanbieder en financier.	Hiermee kunnen in de declaraties patiënten geïdentificeerd worden waarvoor aparte inhoudelijke en financiële contractuele afspraken gemaakt worden.	Ja op basis veldafpraak
G04	Acute ggz buiten budget	Acute ggz, die buiten de eerste drie budget gefinancierde dagen valt, geleverd door aangewezen zorgaanbieders. NB: vastlegging alleen als dit geautomatiseerd mogelijk is.	Inzicht in duur en omvang van de acute ggz buiten budget.	Verzekeraar kan declaraties herkennen en afspraken volgen.	Ja op basis veldafpraak
G05	Zorgvraagtype ggz met reden niet aanwezig	Dit zorglabel identificeert declaraties waarop het zorgvraagtype ggz ontbreekt.[1] Dit zorglabel kan in de volgende twee zorginhoudelijke uitzonderingssituaties worden gebruikt bij zorgprestaties anders dan diagnostiekconsulten:	Herkenbaar maken van de declaratie, zodat deze niet enkel om het ontbreken van het zorgvraagtype ggz wordt afgewezen.	Onterechte afwijzingen worden voorkomen.	Ja op basis veldafpraak

[1] In deze uitzonderingssituaties kan ook de DSM-hoofdgroep nog onbekend zijn. Dan mag bij toepassing van dit label ook de DSM-hoofdgroep ontbreken op de declaratie.

Nr.	Labelnaam	Omschrijving	Doel	Gevolg	Verplicht indien van toepassing
		1: de regiebehandelaar kan onmogelijk een betrouwbaar zorgvraagtype vaststellen vanwege het psychiatrisch toestandsbeeld van de patiënt (zoals delier of ernstige intoxicatie) of; 2: er worden om zorginhoudelijke redenen (zoals een noodzakelijk systeemgesprek of detoxbehandeling) één of meer zorgprestaties, anders dan enkel diagnostiekconsulten, geleverd voordat het behandelplan en/of de diagnose zijn vastgesteld. Dit zorglabel kan worden gebruikt tot maximaal 42 dagen vanaf de datum van de eerste zorgprestatie die bij het zorgtrajectnummer geregistreerd is.			
G06	Zorgvraagtype ggz niet aanwezig vanwege gebruik Zorgvraagtype fz	Dit zorglabel identificeert declaraties waarop het zorgvraagtype ggz ontbreekt, omdat zorgvraagtypering fz is toegepast.	Herkenbaar maken van de declaratie, zodat deze niet enkel om het ontbreken van het zorgvraagtype ggz wordt afgewezen.	Onterechte afwijzingen worden voorkomen.	Ja op basis veldafpraak[2]
G07	Digitale zorg	Dit zorglabel identificeert digitale zorgprestaties, zoals: - beeldbelconsulten, - digitale groepsbehandelingen, - asynchrone digitale zorg. Dit label wordt vermeld bij elke individuele digitale zorgprestatie.	Monitoren en inzichtelijk maken van digitale zorg (o.a. in relatie tot wachttijden) én het ondersteunen van afspraken over digitale zorg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.	Verzekeraar kan declaraties herkennen en afspraken volgen.	Ja op basis veldafpraak

[2] Er zijn vijf instellingen die dit label mogen hanteren vanaf 1 januari 2022: De Forensische Zorgspecialisten, Fivoor, Tactus Verslavingszorg, GGZ Noord-Holland-Noord en FPC de Rooyse Wissel.

C.

Factsheet zorgtrajectnummer

Januari 2022

Factsheet Zorgtrajectnummer

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

In deze factsheet staat wat de gebruiksdoelen van het zorgtrajectnummer zijn en hoe het zorgtrajectnummer in de praktijk kan worden toegepast.

Gebruiksdoelen

Toezien op aanspraak (ggz)
Zorgverzekeraars moeten controleren of gedeclareerde zorgprestaties voldoen aan de aanspraak op verzekerde zorg. Zij moeten dus een koppeling kunnen leggen tussen één of meer zorgvragen en een verzameling zorgprestaties. Ook als een zorgaanbieder die zorgprestaties op verschillende momenten in rekening brengt. Het zorgtrajectnummer maakt de koppeling mogelijk. Ook als er geen contractrelatie is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Toezien op aanspraak (fz)
De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) moet kunnen controleren of gedeclareerde zorgprestaties voldoen aan de aanspraak op forensische zorg. Zij moeten dus een koppeling kunnen leggen tussen een forensische titel, een plaatsingsbesluit, inkoopafspraken en een verzameling zorgprestaties. Ook als een zorgaanbieder die zorgprestaties op verschillende momenten in rekening brengt.

Volgen van afspraken (ggz en fz)
In het zorgprestatiemodel is er een verschil tussen bekostiging en vergoeding. Bekostiging is het door de overheid voorgeschreven systeem van prestaties en tarieven, dat bepaalt hoe een zorgaanbieder geleverde zorg moet declareren. Vergoeding gaat over hoeveel de zorgaanbieder uiteindelijk vergoed krijgt. Om de twee op elkaar aan te kunnen sluiten moet er een manier zijn om een verzameling van prestaties af te bakenen waarvoor een bepaalde afspraak geldt. Die manier is het zorgtrajectnummer.

Bij het ontwikkelen van het zorgprestatiemodel houden wij altijd de tien ontwerpcriteria in het oog. Daarom hebben de partijen in het programma afgesproken dat het zorgtrajectnummer niet tot een vorm van trajectbekostiging moet leiden. Dat betekent bijvoorbeeld dat een zorgverzekeraar het zorgtrajectnummer niet kan gebruiken om een 'traject' terug te vorderen als één van de declaraties niet klopt. Partijen hebben ook afgesproken dat ze er alles aan doen om zorgaanbieders zo snel mogelijk na afloop van een boekjaar (bijvoorbeeld op 1 maart) duidelijkheid te laten hebben over hun omzet.

Wat is een zorgtrajectnummer?

Het zorgtrajectnummer is de unieke alfanumerieke identificatie die het administratieve verband tussen één of meer zorgvragen van een patiënt en gedeclareerde prestaties aangeeft. Het zorgtrajectnummer faciliteert de procesgerichte verantwoording (ontwerpcriterium 7) en het gesprek over gepast gebruik (ontwerpcriterium 9). Het zorgtrajectnummer maakt duidelijk welke prestaties uit een grotere verzameling van prestaties 'bij elkaar horen'. Als de prestaties in samenhang kunnen worden verantwoord en besproken, ontstaat een zinvolle context.

Hoe ziet het zorgtrajectnummer er uit?

Het zorgtrajectnummer wordt gevormd door een random UUID ('universally unique identifier') versie 4. Meer informatie over de UUID-standaard staat in de functionele specificaties van het zorgprestatiemodel.

Let op: In eerdere berichtgeving staat dat de AGB-code onderdeel uitmaakt van het zorgtrajectnummer. Omdat de AGB-code van een declarant al wordt vermeld op de factuur, is besloten deze niet ook nog in het zorgtraject-nummer op te nemen.

Wat bepaalt de startdatum en einddatum van het zorgtrajectnummer?

ggz

Een zorgtrajectnummer heeft altijd een startdatum. Dat is de datum van de eerste zorgprestatie die bij het zorgtrajectnummer is geregistreerd. Deze datum is geen onderdeel van het zorgtrajectnum-mer zelf, maar wordt apart meegestuurd in het declaratiebericht. Een zorgtrajectnummer wordt automatisch afgesloten als er 365 kalenderdagen geen zorgprestatie is geleverd. De zorgaanbieder kan een zorgtrajectnummer ook zelf afsluiten voor die 365 dagen om zijn, als de behandeling (voor de Zvw) wordt afgesloten.

fz

Een zorgtrajectnummer heeft altijd een startdatum. Dat is de datum waarop de indicatie is vastgesteld. Alle zorgprestaties worden aan het zorgtrajectnum-mer gekoppeld.

Een zorgtrajectnummer wordt afgesloten als de forensische titel afloopt of de behandeling stopt. Vervalt de forensische titel terwijl de zorg nog doorloopt? Dan wordt het zorgtrajectnummer afgesloten op de dag van de laatste zorgprestatie binnen de fz. Op dat moment wordt een nieuw ggz-trajectnummer geopend.

Wat als achteraf de startdatum wijzigt

AANGEPAST ANTWOORD (NOV 2021): Blijkt tijdens een zorgtraject dat de als startdatum gebruikte datum niet juist is, bijvoorbeeld omdat er nog een eerdere zorgprestatie blijkt te zijn uitgevoerd? Het vermelden van de juiste startdatum is verplicht volgens de nadere regel van de NZa. De al verstuurde declaraties zijn daarmee achteraf onjuist en moeten eerst worden gecrediteerd voordat een declaratie met een andere startdatum bij dat zorgtrajectnummer gedeclareerd kan worden.

Startdatum voor overgangspatiënten

Het zorgtraject van patiënten die in 2021 gespecialiseerde ggz, generalistische basis-ggz of forensische zorg hebben ontvangen die in 2022 wordt voortgezet, krijgt als startdatum 1-1-2022.

Wie geeft het zorgtrajectnummer uit?

ggz

Elke zorgaanbieder (declarant met eigen AGB-code) kan zelf zorgtrajectnummers uitgeven. Elk nummer is zowel binnen de instelling als landelijk uniek door het UUID. Er is geen centrale registratie van zorgtraject-nummers. Een zorgaanbieder kan dus niet zien of een patiënt al een zorgtrajectnummer heeft bij een andere zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan wel signaleren dat er meerdere nummers zijn bij een BSN.

fz

DJI bepaalt het zorgtrajectnummer en beheert de centrale registratie van zorgtrajectnummers voor de fz. Elk nummer is (door het UUID) uniek.

Volgt het nummer de patiënt?

ggz

Nee. Als een patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder krijgt hij daar een nieuw zorgtrajectnummer. Een patiënt kan dus ook meerdere trajectnummers hebben openstaan bij verschillende zorgaanbieders.

fz

Ja. Zolang een patiënt dezelfde forensische titel en zorgvraag heeft, blijft het zorgtrajectnummer gelijk. Ook als de patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder. Een patiënt heeft ook 1 zorgtrajectnummer als gelijktijdig door meerdere zorgaanbieders zorg wordt geleverd.
Een patiënt kan dus niet meerdere trajectnummers hebben bij verschillende zorgaanbieders op hetzelfde moment.

Kunnen er binnen één zorgaanbieder meerdere trajectnummers openstaan voor één patiënt?

ggz

Nee, niet als het gaat om meerdere ggz-zorgtrajectnummers. Afgesproken is dat er bij één en dezelfde zorgaanbieder geen sprake kan zijn van parallelle zorgtrajectnummers. Het kan wel voorkomen dat bij één zorgaanbieder zowel een ggz-zorgtrajectnummer als een fz-zorgtrajectnummer openstaat.

fz

Nee, niet als het gaat om meerdere ggz-zorgtrajectnummers. Het kan wel voorkomen dat bij één zorgaanbieder zowel een ggz-zorgtrajectnummer als een fz-zorgtrajectnummer openstaat.

Geeft een onderaannemer zelf een zorgtrajectnummer uit?

ggz

Nee. Bij onderlinge dienstverlening gebruikt de onderaannemer het zorgtrajectnummer van de zorgaanbieder die de dienstverlening heeft aangevraagd.

Wat als een patiënt na afsluiten van het zorgtrajectnummer terugkomt?

ggz

Was het zorgtrajectnummer van de patiënt vanwege het einde van de behandeling afgesloten? Dan wordt een nieuw zorgtrajectnummer geopend als de patiënt daarna weer terugkomt. Behalve als het gaat om terugval of recidive binnen een jaar na de laatste zorgprestatie. Dan moet het 'oude' zorgtrajectnummer opnieuw worden gebruikt.
Als de patiënt een nieuwe verwijzing heeft, is dat een belangrijke indicatie dat het niet gaat om terugval of recidive en dat er dus een nieuw zorgtrajectnummer moet worden geopend.

Verandert het zorgtrajectnummer als DJI voor een patiënt die in zorg is bij een FZ-zorgaanbieder een nieuwe FZ-titel opstuurt?

fz

Het FZ-zorgtraject loopt gelijk met de (toekomstige) definitie voor de trajectindicatie. Daarin verandert het zorgtrajectnummer alleen als daar inhoudelijke redenen voor zijn vanuit de indicatiestelling of het strafrechtelijke traject. Een verlenging van titel of aanpassing daarvan leidt dan in ieder geval niet per definitie tot een nieuw zorgtraject, meestal niet zelfs. Uiteindelijk bepaalt de indicatiesteller wat de zorgvraag is en komt er een zorgtrajectnummer. Het is aan de indicatiesteller om een nieuw zorgtrajectnummer aan te maken als de titel en inhoudelijke zorgvraag wijzigen.

D.

Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz

ZORG
PRESTATIE
MODEL GGZ & FZ

Handreiking contractering setting
Hoogspecialistische ggz

juli 2026

Inhoud

A. Toelichting bij de totstandkoming 3

B. Handreiking contractering setting hoogspecialistische ggz 5

Bijlage 1 • Toelichting: Hoogspecialistische zorg door PAAZ en PUK 11

Handreiking contractering setting ‘Hoogspecialistische ggz’

A. Toelichting bij de totstandkoming

Doel en opbouw
Deze handreiking is bedoeld voor zorgverzekeraars en aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) om met minimale transactiekosten lokaal te komen tot contractering van hoogspecialistische ggz zoals bedoeld in de gelijknamig setting van het Zorgprestatiemodel (ZPM). Daartoe worden in dit document waar mogelijk objectiveerbare, onderscheidende en op feiten herleidbare criteria aangedragen, die recht doen aan de klinische praktijk en de noodzaak van het hogere tarief voor de hoogspecialistische setting onderbouwen.

In deze handreiking wordt achtereenvolgens ingegaan op:

1. **Doel van deze handreiking**
2. **Uitgangspunten voor deze handreiking**
3. **Definitie hoogspecialistische ggz**
4 **De plaats van de hoogspecialistische ggz in de sector / de zorgketen en de verwijsroute**
5. **Aspecten van de hoogspecialistische zorg die bijdragen aan hoger percentage indirecte tijd**
6. **Juridische houdbaarheid, incl. normering, verantwoording en spreiding van het aanbod**
7. **Proces om te komen tot een uniform overzicht van aanbieders van hoogspecialistische ggz**

Afbakening: wat wordt niet bekostigd uit het tarief van hoogspecialistische setting

Deze handreiking betreft de contractering van de setting 'hoogspecialistische ggz'. Het tarief voor deze setting is gebaseerd op de directe en indirecte kosten voor patiëntenzorg. Er zijn andere kostenposten, die randvoorwaardelijk zijn voor het leveren van die zorg. De meest relevante worden onderstaand opgesomd, met daarbij de wijze waarop deze kosten zijn verdisconteerd in prestaties of tarieven.

- extra bouwkundige en apparatuurkosten om hoogspecialistische ggz te kunnen leveren - bijvoorbeeld: extra beveiligde kamers bij behandeling van psychiatrisch ontregelde patiënten met infectieuze aandoeningen, steriele ruimtes om intraveneuze medicatie te bereiden, verkoeverkamervoorziening (inclusief apparatuur om de vitale functies van patiënten te bewaken) bij ECT, apparatuur voor afstellen neuromodulator bij experimentele DBS (deep brain stimulation), -> verdisconteert in de prestatie

- kosten voor verblijfsdagen -> bekostiging op basis van het tarief voor verblijfsdagen

- hoogspecialistische diensten voor niet-ingeschreven patiënten (consultatie en advies) -> bekostigingsvraag is onderdeel van gesprek over beoogde beschikbaarheidsbijdrage hoogspecialistische ggz

- infrastructuur en personele inzet voor onderzoek en kennisverspreiding buiten het eigen behandelteam -> bekostiging op basis van beoogde beschikbaarheidsbijdrage hoogspecialistische ggz

Werkgroep

Deze handreiking is het product van een werkgroep waarin vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en van (koepel)organisaties van hoogspecialistische ggz aanbieders zitting hadden. Deze werkgroep rapporteert aan het landelijk Programma Zorgprestatiemodel.

B. Handreiking contractering setting hoogspecialistische ggz

1. Doel van deze handreiking

Deze handreiking is bedoeld als instrument voor zorgverzekeraars en ggz-aanbieders (ziekenhuizen met PAAZ/PUK[1] en ggz-instellingen met TOPGGz[2]-afdelingen) om met vermijding van extra transactiekosten samen in de onderlinge contractonderhandeling te kunnen vaststellen op welke afdeling/ specifiek onderdeel van een afdeling/ locatie (verder te noemen: *afdeling*) er sprake is van hoogspecialistische ggz.

Hiertoe worden de onderscheidende kenmerken van de hoogspecialistische ggz gegeven: de hoogspecialistische zorgvragen van patiënten, de plaats in de sector/ keten, de elementen van het hoogspecialistisch zorgaanbod die bijdragen aan extra indirecte kosten en het aantoonbaar voldoen aan de eigen kwaliteitsnorm voor het aanbieden van hoogspecialistische zorg. De combinatie van deze aspecten rechtvaardigt het contracteren van de "setting hoogspecialistische ggz" in het Zorgprestatiemodel (ZPM).

Stichting TOPGGz, NFU en NVZ stellen een overzicht beschikbaar aan het ZN-kenniscentrum GGZ van afdelingen die voldoen aan de criteria uit deze handreiking, incl. specialisatie en klinische capaciteit (bedden). Deze lijst is het richtinggevende referentiekader voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de contractering van hoogspecialistische ggz.

2. Uitgangspunten voor deze handreiking

bron: Rapportage uitkomsten werkgroep prestatielijst en setting, 4 december 2019

1. *Settings moeten functioneel worden omschreven.* Zie paragraaf 3 onderstaand voor definities.

2. *Settings moeten elkaar uitsluiten.* Zie de omschrijving van de plek in de sector/ keten in paragraaf 4.

3. *Tussen settings moet een substantieel kostenverschil bestaan.* Het gaat hierbij om kostenverschillen voor het leveren van patiëntenzorg die niet op een andere manier door het zorgprestatiemodel worden gecorrigeerd. Zie paragraaf 5 onderstaand voor de inhoudelijke onderbouwing van de extra indirecte kosten.

1 Voor de leesbaarheid wordt in de tekst steeds PUK en PAAZ gehanteerd. Hieronder dient begrepen te worden: dat deel van PUK en PAAZ dat voldoet aan de normen voor de hoogspecialistisch setting zoals nader omschreven in paragraaf 6.1.

2 Deze afdelingen hebben het TOPGGz-keurmerk; zij voldoen dus aan alle criteria die hiervoor gelden. Zie verder paragraaf 6.1 en de vigerende TOPGGz-criteria van Stichting TOPGGz (www.topggz.nl), zoals geldend op het moment van contractering.

4. *Settings moeten juridische houdbaar zijn (handhaafbaar en controleerbaar).* Zie onderstaande uitwerking in paragraaf 6.

5. *Het hanteren van settings in de bekostiging moet geen grote administratieve belasting met zich meebrengen.* Dit wordt bereikt door aansluiting op bestaande normen en controle daarop; zie paragraaf 6.

6. *Prikkels en gedrag: De mogelijkheid tot gamen/upcoden moet worden beperkt.* De (strenge) normen en toetsing daarop zoals beschreven in paragraaf 6 dammen deze risico's in.

Een algemeen uitgangspunt voor elke setting in het ZPM is dat deze op afdelingsniveau wordt gecontracteerd. Wanneer dit gekoppeld is aan een periodieke accreditatie heeft dit meerdere voordelen:

- aanbieders van hoogspecialistische ggz voldoen aan concrete criteria,
- de setting is functioneel omschreven,
- er is een heldere en harde scheiding met de andere settings,
- het biedt een juridisch sterkere basis,
- dit beperkt de administratieve lasten.
- een transparante accreditatie in combinatie met een concentratie en spreidingsbeleid[3] kunnen bijdragen aan een goede verdeling over het land en capaciteit die past bij de vraag.

Op basis van deze uitgangspunten is een concrete handreiking opgesteld voor de onderhandeling over en contractering van het tarief hoogspecialistische setting tussen zorgverzekeraars en individuele aanbieders.

3. Definitie hoogspecialistische ggz

Patiënten met hoogspecialistische ggz zorgvraag voldoen aan 3 kenmerken:

- de patiënt heeft (een) ernstige, complexe en/of zeldzame aandoening(en) of complicatie(s), of er is sprake van een voorspelbaar ernstig beloop van de klachten voor de patiënt dat vermijdbaar is door het hoogspecialistisch zorgaanbod;
- de patiënt heeft onvoldoende baat gehad of zal naar verwachting onvoldoende baat hebben bij een behandeling conform de professionele standaard in de specialistische ggz;
- de patiënt zal naar verwachting profiteren van hoogspecialistische ggz (de hoogspecialistische behandeling is geïndiceerd voor de patiënt in kwestie).

Deze problematiek vereist complexe én veelal innovatieve kennis en vaardigheden betreffende diagnostiek en/of behandeling. Dit wordt geborgd met een nadere afbakening van de plaats in de sector / keten van hoogspecialistische ggz.

3 Een beleid voor concentratie en spreiding is nog niet beschikbaar ten tijde van het opleveren van de handreiking. In de oplegger bij deze notitie is te lezen dat partijen zich nu inspannen om hier snel invulling aan te geven.

4 De plaats van de hoogspecialistische ggz in de sector / de zorgketen en de verwijsroute

- *Verwijzing* voor hoogspecialistische ggz (3e lijn) gebeurt vanuit de tweede lijn indien diagnostiek en/of behandeling in de specialistische ggz (2e lijn) niet afdoende is gebleken. Soms kan verwijzing direct vanuit de eerste lijn of tweede lijn medisch specialisten worden gedaan, indien de verwijzer inschat dat diagnostiek en/of behandeling in de specialistische ggz niet afdoende zal zijn of (in geval van zeldzame aandoening) niet beschikbaar is. Alle verwijzers hanteren hiervoor dezelfde criteria cq. de relevante beslissingsondersteunende tools.

- *Toetsing op hoogspecialistisch karakter van de zorgvraag*
  De NZa-basisregel is dat iedere patiënt die ingeschreven wordt op een setting, moet voldoen aan de criteria voor die setting. Als tijdens de nadere diagnose en/of behandeling blijkt dat andere interventies (die strikt genomen niet passen bij de setting) (op dat moment) beter passen bij de patiënt, dan kan dat geleverd worden zonder dat de setting aangepast hoeft te worden en tegen het aan de setting toegekende tarief.
  Aanbieders van hoogspecialistische ggz triageren bij aanmelding op basis van de bovenstaande definities in de context van hun eigen doelgroepspecifieke expertise. Dit gebeurt op basis van het klinisch oordeel van een daartoe bevoegd en bekwaam professional met behulp van hierop toegesneden gevalideerde beslissingsondersteunende instrumenten; voor TOPGGz-afdelingen zijn dit de Decision Tools[4], voor MPU op PUK en PAAZ gelden de veldnormen voor de MPU[5], voor niet-MPU patiënten hanteert de PUK artikel 1.4 van de WHOWO. Zo garanderen deze afdelingen dat bij instroom de patiënten voldoen aan de criteria van de hoogspecialistische ggz. Mochten patiënten die bij start van hun behandeling een hoogspecialistisch zorgvraag hadden, in de loop van hun behandeling niet meer voldoen aan die norm, of wanneer er een andere dan een hoogspecialistische behandeling geïndiceerd blijkt, dan heeft dit geen gevolgen voor de toegekende setting hoogspecialistisch, noch voor het daaraan gekoppelde tarief, conform de bovenstaand aangehaalde NZa basisregel. Deze regel is dus geen beperking voor de continuïteit van zorg binnen de hoogspecialistische afdeling.
  Indien de afdeling voor hoogspecialistische ggz ook bij de start van de zorgvraag, zorg biedt voor patiënten met een zorgvraag die buiten de hoogspecialistische criteria valt, dan mag de setting hoogspecialistisch alleen gecontracteerd worden voor het verwachte aandeel van de hoogspecialistische patiënten in de afdelingspopulatie. Voor de afdeling betekent dit dat er een administratieve knip dient te worden gemaakt tussen patiënten die wel en patiënten die niet onder de hoogspecialistische criteria vallen. Administratief ressorteren de professionals dan onder verschillende teams, terwijl in de praktijk naadloos samengewerkt wordt in één team. De aan de patiënt toegekende setting is bepalend voor de declaratie van de verrichte behandeling.
  In het contracteringsgesprek tussen zorgaanbieder en verzekeraar is het

4 https://www.topggz.nl/decision-tools-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plaats
5 Veldnormen MPU (NVvP), zoals geldend op het moment van contractering; zie de actuele versie op www.nvvp.net.

zaak dat aangetoond wordt welk aandeel de hoogspecialistische patiëntenpopulatie betreft, en welk deel daarbuiten valt (en waarop dus een andere setting van toepassing is). In veel gevallen is uit de historie informatie beschikbaar over het aandeel hoogspecialistische patiënten van de afdeling, zoals uit de gegevens van de TOPGGz visitatie en de kwaliteitsvisitaties van de psychiaters op de MPU.

- Inbedding in keten met reguliere specialistische zorg
  Een afdeling voor hoogspecialistische zorg kan alleen adequaat functioneren als er (zo snel mogelijk) afgeschaald kan worden naar zorg in de gespecialiseerde ggz, zodra de hoogspecialistische zorg niet meer nodig is. Dit betekent dat de hooggespecialiseerde afdeling functioneert in een keten met reguliere specialistische ggz, binnen en/of buiten de eigen ggz-instelling/ziekenhuis.

5. Aspecten van de hoogspecialistische zorg die bijdragen aan hoger percentage indirecte tijd

Wat maakt dat hoogspecialistische ggz meer indirecte tijd kost?
Behandelen van patiënten met een hoogspecialistische zorgvraag is individueel maatwerk; richtlijnen bieden veelal geen passend antwoord bij de ernstige, complexe of zeldzame problematiek. In de hoogspecialistische ggz worden daarom ook nieuwe behandelvormen ontwikkeld en het resultaat daarvan wordt onderzocht op effectiviteit. In de hoogspecialistische ggz gaat het per definitie om multidisciplinaire behandeling: voor het verlenen van hoogspecialistische ggz is een infrastructuur nodig waarin verschillende disciplines op hoogspecialistisch kennis- en vaardigheidsniveau samenwerken, ook bij de aanpak van complicaties. Ook bij op- en afschalen is individueel maatwerk noodzakelijk om in afstemming in de keten tot passende vervolgzorg te komen.

De elementen in de hoogspecialistische ggz die bijdragen aan meer indirecte tijdsbesteding aan de patiëntenzorg door behandelaren zijn[6]:

- *langer aanmeldtraject*, bijvoorbeeld doordat uitgebreider dossieronderzoek en intercollegiaal overleg nodig zijn vanwege de veelheid aan eerdere behandelingen voor een of meerdere aandoeningen

- *meer afstemming met ketenzorgpartners bij aanmelding en ontslag*, met name bij aanmeldingen van buiten de regio om de indicatiestelling adequaat te laten plaatsvinden, maar ook de kennisoverdracht naar (meestal) de gespecialiseerde ggz om de zorg weer af te schalen in het kader van benodigde vervolgzorg

- *meer voorbereiding bij het bepalen en regelen van passende complexe diagnostiek* (bijvoorbeeld: dossieranalyse, wetenschappelijke literatuur raadplegen, vooroverleg met collega's, diagnostische onderzoeken plannen zoals MRI-scans, labonderzoek, systeemonderzoek, neuropsycho-

6 De impactanalyses die het NZa in 2020 heeft opgesteld, gaan in op de omvang van de indirecte tijd per groep aanbieders.

logisch onderzoek), incl. kennisoverdracht binnen het behandelteam of naar direct betrokken andere specialisten om hoogspecialistische diagnostiek mogelijk te maken.

- *op maat maken van individueel behandelaanbod* voor vragen waar de bestaande richtlijnen geen passend antwoord bieden, incl. kennisoverdracht binnen het behandelteam om innovatieve, hoogspecialistische behandeling mogelijk te maken

- *meer multidisciplinair overleg* vanwege de betrokkenheid van meerdere specialisten, meer afstemming rond individuele zorgpaden; de kwaliteit van zorg wordt sterk bepaald door de integratie van de interventies van deze diverse specialisten/ disciplines.

6. Juridische houdbaarheid, incl. normering, verantwoording en spreiding van het aanbod

Normen voor aanbieders van hoogspecialistische ggz
Hoogspecialistische ggz wordt geboden in 3 onderdelen van de gezondheidszorg. In elk van die onderdelen worden eigen normen gehanteerd om de status van hoogspecialistische ggz af te bakenen; zie onderstaande tabel. Wanneer een afdeling voldoet aan de criteria van het eigen smaldeel dan geeft dit toegang tot het kunnen contracteren van het ZPM-tarief voor de setting hoogspecialistische ggz.

gezondheids-zorg onderdeel	type afdeling	toetsingskader	aantoonbaar met
universitair medisch centrum	Psychiatrische Universitair Kliniek (PUK)	•Veldnormen MPU[7] (alleen van toepassing voor PUK-ken met een MPU voor dat onderdeel) •Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie[8] •Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek[9]	Kwaliteitskeurmerk (JCI, NIAZ) + Kwaliteitsvisitatie n.t.b.
algemeen ziekenhuis	Medisch Psychiatrische Unit (MPU) als onderdeel van een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)	•Veldnormen MPU •Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie	Kwaliteitskeurmerk (JCI, NIAZ) + Kwaliteitsvisitatie n.t.b.
organisatie voor geestelijke gezondheidszorg	Topklinische ggz (TOPGGz-) afdeling	TOPGGz-criteria[10]	TOPGGz-keurmerk (voldoen aan alle criteria)

7 Veldnormen MPU (NVvP), zoals geldend op het moment van contractering; zie www.nvvp.net.
8 Kwaliteitsindicatoren Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie, zoals geldend op het moment van contractering; zie www.ggzstandaarden.nl (Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie).
9 In de Wet op het Hoger Onderwijs (WHOHO) wordt de derdelijns functie van de PUK beschreven – zie ook https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_322715_22/1/
10 Vigerende TOPGGz-criteria van Stichting TOPGGz, zoals geldend op het moment van contractering; zie www.topggz.nl.

7. Proces om te komen tot een uniform overzicht van aanbieders van hoogspecialistische ggz

Voor het aanpassen van criteria waaraan een afdeling moet voldoen om te worden opgenomen op de limitatieve lijst ligt het primaat bij de professionals in het betreffende segment (umc, algemeen ziekenhuis, ggz-instelling). Zij consulteren daarbij partijen van belanghebbenden zoals te doen gebruikelijk bij de ontwikkeling van normen in de sector.

Uiterlijk 31 mei van ieder jaar publiceren Stichting TOPGGz, NFU, NVZ en ZN gezamenlijk een overzicht van afdelingen die voldoen aan de criteria uit de handreiking, inclusief specialisatie en klinische capaciteit (bedden). Het is een limitatieve lijst met aanbieders die aan de inhoudelijke criteria van de handreiking voldoen en die in aanmerking komen voor een contract over het toepassen van de setting hoogspecialistisch. Deze lijst is het richtinggevende referentiekader voor de contractering van hoogspecialistische ggz tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

BIJLAGE 1

Toelichting: Hoogspecialistische zorg door PAAZ en PUK

Binnen de UMC's (PUK) en op de medisch-psychiatrische unit (MPU) van algemene/topklinische ziekenhuizen (PAAZ) wordt hoogspecialistische zorg geboden aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Daarnaast heeft de PUK bijkomende academische functies, zoals het opleiden van artsen en doen van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek. De PUK delegeert regelmatig delen van deze academische functies aan de STZ-ziekenhuizen, zoals stageplaatsen voor studenten en bijdragen aan klinisch wetenschappelijke studies.

Derdelijns zorg. Patiënten die voor hoogspecialistische zorg naar de PUK worden verwezen, hebben al veel reguliere behandelingen gehad zonder een bevredigend resultaat. Het gaat dan om second/third/fourth opinions op verzoek van patiënt/regiebehandelaar, gevolgd door collegiaal overleg, een behandeladvies, en/of overname van behandeling door de PUK. Het betreft dan patiënten met complexe klinische problemen, vaak met een combinatie van verschillende psychiatrische en somatische diagnosen, die elders niet adequaat gediagnosticeerd en/of behandeld kunnen worden. Een PUK heeft voor deze complexe patiënten vaak een eigen/additioneel en gepersonaliseerd diagnostiek- en behandelaanbod, waarbij regelmatig verschillende medische, verpleegkundige en paramedische disciplines intensief betrokken zijn. Daardoor verschilt de beroepenmix van ingezette behandelaren door de PUK van de reguliere ggz.

MPU-zorg. Het speerpunt voor de MPU op de PUK/PAAZ zijn de patiënten die naast hun psychiatrische ziekte(n) ook een somatische ziekte(n) hebben, die tevens medisch-specialistische zorg behoeft. In vrijwel alle gevallen betreft het patiënten met zeer heterogene medische problematiek, zowel ten aanzien van de psychiatrische stoornissen als ook de comorbide somatische aandoeningen. De aard en de ernst van de somatische problematiek kan variëren, maar deze is als regel moeilijker te behandelen naast de psychische stoornis(-sen), en patiënten met combinaties van problemen lopen veel meer kans op mortaliteit, morbiditeit en complicaties, met een ongunstig beloop wanneer niet op beide gebieden optimale zorg kan worden geleverd.

Dit vraagt nauwe afstemming tussen de psychiater, andere medisch specialisten, verpleegkundigen en paramedici, vanuit een breed scala aan vakgebieden. Daardoor verschilt de beroepenmix van ingezette behandelaren op de MPU van de reguliere ggz. Patiënten vragen veelal een individueel, op de persoon afgestemd diagnostisch- en behandelplan dat de reguliere richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van de verschillende onderliggende aandoeningen veelal overstijgt. Zowel ten aanzien van de bemoeienis van hoogopgeleide specialisten vanuit verschillende medische disciplines, als ten aanzien van de zorgomgeving vraagt dit aanvullende mogelijkheden ten opzichte van reguliere ggz. Daarnaast zijn voor optimale, veilige en doel-

matige hoogspecialistische zorg regelmatig aanvullende hoogspecialistische diagnostische instrumenten (bijvoorbeeld: bewaking van vitale functies, laboratoriumonderzoek, beeldvormende technieken) in hogere frequentie (bijvoorbeeld: meerdere keren per dag, 24/7 beschikbaarheid van deze faciliteiten) noodzakelijk; dit vraagt meer indirecte tijdsbesteding door de (regie-)behandelaren van de patiënten op de MPU.

De Veldnormen MPU (NVvP; geautoriseerd door de NVvP, met betrokkenheid van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, het ministerie van VWS, ZN, de Nederlandse ggz, de IGJ, de NVZ, de NFU en MIND), zoals geldend op het moment van contractering, geeft de normen waaraan een klinische setting (PAAZ/PUK) moet voldoen om deze hoogspecialistische zorgvragen te kunnen beantwoorden. Dit vraagt om gespecialiseerde afdelingen, meestal binnen een groter geheel van een PUK/PAAZ of somatische afdeling van UMC/algemeen ziekenhuis, waarbij bouwtechnische faciliteiten beschikbaar zijn, breder geschoold medisch en ondersteunend personeel (zowel psychiatrisch als somatisch) aanwezig is, en voldoende personele capaciteit om deze complexe zorg 24/7 te kunnen bieden. De multidisciplinaire, intensieve inzet van hoogopgeleide medisch specialisten geldt regelmatig ook voor de second/third/fourth opinions die klinisch en/of poliklinisch worden gedaan, eveneens conform de veldnormen MPU.

Daarom zullen de ZPM-consulten, gedeclareerd vanuit deze hoogspecialistische setting, de derdelijns PUK en de MPU vanuit PUK/PAAZ, meer indirecte tijd moeten faciliteren om aan deze minimale veldnormen te kunnen voldoen (bijvoorbeeld ten behoeve van meer indirecte tijd voor multidisciplinair overleg, meer uitzoekwerk, meer regelwerk betreffende aan te vragen hoogspecialistische diagnostische onderzoeken, meer afstemming tussen medisch specialismen, huisartsen, apothekers, ambulante GGZ, en indicatiestellers/hulpverleners in de WMO/WLZ, bieden van coaching aan collega-instellingen, bieden van consultatie, et cetera).

E.

Limitatieve lijst Hoogspecialistische ggz 2026

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Versie: 5 oktober 2026 (ingangsdatum 1 januari 2027)

UMC's met een Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK)

Naam	Plaats
Amsterdam UMC	Amsterdam
Erasmus MC	Rotterdam
Leids Universitair Medisch Centrum	Leiden
Maastricht UMC+	Maastricht
Radboudumc	Nijmegen
UMC Utrecht	Utrecht
UMCG	Groningen

Algemene ziekenhuizen waarvan de Medisch Psychiatrische Unit (MPU) voldoet aan de veldnormen MPU

Naam	Plaats
Albert Schweitzer ziekenhuis	Dordrecht
Amphia Ziekenhuis	Breda
Bravis Ziekenhuis - locatie Bergen op Zoom	Bergen op Zoom
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven
Dijklander Ziekenhuis	Hoorn
ETZ - locatie Elisabeth	Tilburg
ETZ - locatie TweeSteden	Tilburg
Gelre Ziekenhuizen - locatie Apeldoorn	Apeldoorn
Isala	Zwolle
Máxima Medisch Centrum	Veldhoven
Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden
Medisch Spectrum Twente	Enschede
OLVG - locatie Oost	Amsterdam
OLVG - locatie West	Amsterdam
Parnassia Groep - locatie Maasstad Ziekenhuis	Rotterdam
Rijnstate Ziekenhuis	Arnhem
Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk
Spaarne Gasthuis - locatie Oost	Haarlem
St. Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein
Tergooi	Blaricum
Ziekenhuis Groep Twente	Hengelo
Zuyderland Ziekenhuis	Heerlen

TOPGGz-afdelingen (bron: stichting TOPGGz - peildatum 05-10-2026)

Instelling	Afdeling	Specialisatie	Doelgroep	Locatie
Altrecht	Altrecht Academisch Angstcentrum	angststoornissen en psychotrauma	Jongvolwassenen en volwassenen	Utrecht
Altrecht	Altrecht Bipolair	bipolair	Jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Utrecht
Altrecht	Altrecht Eetstoornissen Rintveld	eetstoornissen	Kinderen (vanaf 7 jaar), jongeren, jongvolwassenen en volwassenen	Zeist
Altrecht	Altrecht Psychosomatiek Eikenboom	psychosomatiek	Jongvolwassenen en volwassenen	Zeist
Arkin	Jellinek Cluster Innovatie en Onderzoek	verslaving	Volwassenen	Amsterdam
Arkin	Mentrum Herstelondersteunende Vervolgklinieken (HOV)	EPA in combinatie met andere aandoeningen	Jongvolwassenen en volwassenen	Amsterdam
Arkin	Novarum	eetstoornissen	Jongvolwassenen en volwassenen	Amstelveen
Arkin	NPI Specialist in persoonlijkheidsproblematiek	persoonlijkheidsstoornissen	Jongeren, jongvolwassenen en volwassenen	Amsterdam
Arkin	Sinai Centrum	PTSS en trauma-gerelateerde klachten	Volwassenen en ouderen	Amstelveen
ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum	ARQ Centrum '45	psychotrauma	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen, volwassenen, gezinnen en ouderen	Diemen
De Forensische Zorgspecialisten	De Waag, afdeling agressie en vermogensdelicten	forensisch	Jongvolwassenen en volwassenen	Utrecht
De Viersprong	Persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren	persoonlijkheidsstoornissen	Kinderen en jongeren	Halsteren
De Viersprong	Persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen	persoonlijkheidsstoornissen	Jongvolwassenen en volwassenen	Halsteren
Dimence	Alkura, Specialistisch Centrum Aanhoudende Lichamelijke Klachten	psychosomatiek	Jongvolwassenen, volwassenen	Deventer
Dimence	Netwerk Dimence Bipolair	bipolair	Jongeren (vanaf 15 jaar), jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Deventer
Dimence	Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen (SCOS)	autisme en ADHD	Jongvolwassenen (vanaf 18 jaar), volwassenen	Deventer
Emergis	Eetstoornis Experts Netwerk	eetstoornissen	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen en volwassenen	Den Haag
GGNet	Amarum, expertisecentrum Eetstoornissen	eetstoornissen	Jongeren (vanaf 12 jaar), jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Zutphen
GGNet	Scelta Warnsveld	persoonlijkheidsstoornissen	Jongvolwassenen en volwassenen	Zutphen
GGz Breburg	PersonaCura, topklinisch Centrum voor Persoonlijkheids- en Ontwikkelingsstoornissen bij senioren	senioren met persoonlijkheidsstoornissen en autisme	Ouderen (vanaf 60 jaar)	Tilburg
GGz Centraal	Emerhese Flevoland	autisme	Volwassenen	Almere
GGz Centraal	Expertisecentrum voor Transdiagnostische Psychotherapie	angststoornissen, psychotrauma, persoonlijkheidsstoornissen	Volwassenen	Ermelo
GGz Centraal	Expertisecentrum Vroege Interventie Helping Young People Early (HYPE)	jongeren met borderline persoonlijkheidsstoornis	Jongeren en jongvolwassenen	Amersfoort
GGZ Drenthe	Forensisch Psychiatrische Kliniek	forensisch	Jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Assen
GGZ Drenthe	Psychosecircuit	psychosen	Jongeren (vanaf 14 jaar), jongvolwassenen en volwassenen	Assen

GGZ Drenthe	Traumacentrum	PTSS en dissociatieve stoornissen	Volwassenen	Midden-Drenthe
GGZ inGeest	Academische Zorglijn Bipolair	bipolair	Jongvolwassenen (vanaf 18 jaar), volwassenen en ouderen	Amsterdam
GGZ inGeest	Centrum voor Ouderen- en Neuropsychiatrie	senioren met stemmingsstoornissen en neuropsychiatrie	Volwassenen en ouderen	Amsterdam
GGZ inGeest	Polikliniek Angst en Dwang, de Nieuwe Valerius (DNV)	angststoornissen	Jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Amsterdam
GGZ inGeest	Polikliniek Depressie, de Nieuwe Valerius (DNV)	depressie	Jongvolwassenen (vanaf 18 jaar), volwassenen en ouderen	Amsterdam
GGZ Oost Brabant	Depressie Expertisecentrum Jeugd (DEC-J)	depressie	Jongeren en jongvolwassenen	Oss
GGZ Oost Brabant	Expertisecentrum Hersenletsel en Neuropsychiatrie	niet-aangeboden hersenletsel met psychiatrische problematiek	Jongvolwassenen (vanaf 18 jaar), volwassenen	Boekel
GGZ Rivierduinen	Eetstoornissen Ursula	eetstoornissen	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Leiden
GGzE	De Catamaran, Forensische Jeugd- en Orthopsychiatrie	gedragsstoornissen en forensisch	Jongeren en jongvolwassenen	Eindhoven
Helen Dowling Instituut	Helen Dowling Instituut, expertisecentrum psycho-oncologie	psycho-oncologie	Jongvolwassenen en volwassenen	Bilthoven
Karakter	Centrum Jonge Kind	kinderen tot 6 jaar met ernstige psychiatrische problematiek	Kinderen (0-6 jaar) (alleen Jeugdwet)	Nijmegen
Karakter	Zorglijn Autisme-ADHD (Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen)	autisme ADHD	Kinderen en jongeren (van 6 tot 18 jaar) (alleen Jeugdwet)	Nijmegen
Lentis	Autisme Team Noord-Nederland Groningen (ATN)	autisme	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Groningen
Lentis	Centrum Integrale Psychiatrie (CIP)	angststoornissen en depressie	Jongvolwassenen en volwassenen	Groningen
Levvel	Centrum voor trauma, gehechtheid en gezin	psychotrauma	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen (tot 21 jaar) en gezinnen	Amsterdam
Levvel	Complexe gedragsstoornissen en forensische jeugdpsychiatrie	gedragsstoornissen en forensisch	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen en gezinnen	Duivendrecht
Levvel	Expertisecentrum Dwang, Angst en Tics (DAT)	angststoornissen	Kinderen, jongeren (t/m 18 jaar) en gezinnen	Amsterdam
Mondriaan	Topklinisch centrum voor angst, dwang en trauma	angststoornissen en psychotrauma	Jongvolwassenen en volwassenen	Maastricht
Mondriaan	Topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen	senioren met persoonlijkheidsstoornissen	Ouderen	Heerlen
Mondriaan	Topklinisch centrum Transitiepsychiatrie	transitiepsychiatrie	Jongeren en jongvolwassenen	Heerlen
Novadic-Kentron	NK Vught detox, diagnostiek en behandeling	verslaving	Jongvolwassenen en volwassenen	Vught
Parnassia Groep	Afdeling en Kenniscentrum ADHD bij volwassenen en ouderen - PsyQ Haaglanden	ADHD	Jongvolwassenen (vanaf 18 jaar), volwassenen en ouderen	Den Haag
Parnassia Groep	Autismenetwerk Parnassia Groep	autisme	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen en volwassenen	Arnhem
Parnassia Groep	De Banjaard Ambulant Den Haag	LVB	Kinderen en jongeren (alleen Jeugdwet)	Den Haag en Gouda
Parnassia Groep	Expertisecentrum Angst, Dwang en Psychotrauma	PTSS, angst- en dwangstoornissen	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Den Haag
Parnassia Groep	PsyQ EDIT Haaglanden	psychosen	Jongeren (vanaf 16 jaar), jongvolwassenen en volwassenen (t/m 35 jaar)	Den Haag
Parnassia Groep	Expertisecentrum Hardnekkige Depressie	depressie	Volwassenen	Den Haag
Pro Persona	Expertisecentrum Depressie Pro Persona Nijmegen	depressie	Jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Nijmegen
Pro Persona	Overwaal, Expertisecentrum Angst, Dwang en PTSS	angststoornissen	Jongeren, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Lent
Reinier van Arkel	Psychotraumacentrum Zuid Nederland	psychotrauma	Gezinnen, volwassenen en ouderen	Den Bosch
Tactus	Centrum Verslaving & LVB	LVB en verslaving	Jongvolwassenen, volwassenen en ouderen	Deventer
Vincent van Gogh	Centrum voor Neuropsychiatrie	neuropsychiatrie	Jongeren (vanaf 12 jaar), jongvolwassenen, volwassenen, en ouderen	Venray
Vincent van Gogh	Korsakov Centrum voor alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen	verslaving	Volwassenen en ouderen	Venray

De onderstaande (afdelingen van) instellingen voor academische Kinder- en Jeugdpsychiatrie worden mogelijk op termijn toegelaten tot de lijst

Karakter
Accare
LUMC Curium
Levvel

F.

Inhoudelijk kader inzet tolken anderstaligen GGZ

Inzet tolken anderstaligen GGZ

Oktober 2026

Inleiding

Voor de inhoudelijke afweging rondom het omgaan met taalbarrières en de inzet van taalondersteuning is de Generieke richtlijn Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein (2025) leidend. Deze richtlijn beschrijft wanneer sprake is van een taalbarrière, welke vormen van taalondersteuning beschikbaar zijn en wanneer de inzet van een professionele tolk aangewezen is.

Aanvullend op deze generieke richtlijn maken partijen binnen de ggz de volgende veldafspraken ten behoeve van een eenduidige toepassing binnen het zorgprestatiemodel en de bekostiging van de inzet van professionele tolken.

Aanvullende veldafspraken

1. Welke taal
Er wordt gewerkt met behandelaren die de taal spreken van de patiënt, dan wel er kan worden gesproken in een taal die behandelaar en patiënt beiden beheersen (zoals Engels of Frans). In dat laatste geval geldt niet de toeslag voor de inzet van een tolk.

2. Voorkeur voor telefonische of beeldtolk
Wanneer op grond van de generieke richtlijn een professionele tolk noodzakelijk is, heeft de inzet van een telefonische tolk of een tolk via beeldbellen in beginsel de voorkeur. Deze vorm van tolkondersteuning is in de meeste situaties praktisch uitvoerbaar en doelmatig. Voor deze inzet geldt de toeslag voor de inzet van een tolk.

3. Inzet van een live-tolk
Indien een telefonische tolk of beeldtolk onvoldoende mogelijkheden biedt om verantwoorde ggz-zorg te verlenen, kan een live-tolk worden ingezet. Criteria voor de inzet van live-tolken zijn opgesteld door enkele aanbieders, waaronder ARQ Centrum ’45. Zie de bijlage ‘Criteria inzet live-tolken’.
Hiervan kan onder meer sprake zijn bij:

- groepsbehandelingen of systeemgesprekken waarbij de groepsdynamiek een telefonische of beeldtolk onvoldoende effectief maakt;
- gesprekken met patiënten die ernstig achterdochtig of psychotisch zijn;
- gesprekken met patiënten die extreem angstig zijn of zich nauwelijks verbaal kunnen uiten, waardoor effectieve communicatie via een telefonische of beeldtolk niet mogelijk is.

De regiebehandelaar maakt hierbij een professionele afweging, passend binnen de uitgangspunten van de generieke richtlijn.

4. Definitie professionele tolk
De toeslag is bedoeld voor de vergoeding van professionele tolken conform de definitie op pagina 74 van de generieke richtlijn.

5. Besluitvorming binnen de ggz
Binnen de ggz ligt het besluit om een professionele tolk in te zetten bij de regiebehandelaar. De regiebehandelaar maakt deze afweging op basis van de generieke richtlijn en de specifieke omstandigheden van de behandeling en draagt zorg voor een passende vastlegging in het patiëntendossier.

6. Contractering en bekostiging
Wat betreft het soort ggz-zorg worden geen uitzonderingen gemaakt. De inzet is zorgbreed. Zoveel mogelijk is sprake van 'geplande tolkeninzet'. Inzet op afroep is met name bedoeld voor crisissituaties.
De inzet van professionele tolken en de toepassing van de daarvoor geldende toeslag dienen onderwerp te zijn van de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Partijen maken hierover lokaal passende afspraken, zodat de inzet van professionele tolken overeenkomstig deze veldafspraak en de generieke richtlijn kan plaatsvinden.

Bijlage: Criteria inzet live-tolken

Er wordt van uitgegaan dat gewerkt wordt met behandelaren die de taal spreken van de patiënt, dan wel dat gesproken kan worden in een gemeenschappelijke taal. Naast Nederlands is dat veelal Engels of Frans.

Als dit niet mogelijk is, is het doorgaans mogelijk en praktisch haalbaar dat een telefonische tolk wordt ingezet. Zonder deze inzet kan de behandeling niet geboden worden. Er kan immers geen diagnostiek worden verricht en geen behandelplan worden opgesteld gezamenlijk met de patiënt (d.w.z. met verplichte informed consent).

Er zijn echter situaties waarin een telefonische tolk niet voldoende is, waardoor niet tot behandeling kan worden overgegaan. Dit zijn met name onderstaande situaties:

- groepsgesprekken (waaronder systeemgesprekken) waarbij een telefonische tolk vanwege de groepsdynamiek niet kan functioneren;
- gesprekken met een patiënt die achterdochtig of psychotisch is: in een belangrijk deel van de gevallen is een telefonische tolk niet mogelijk;
- gesprekken met een patiënt die extreem angstig is en zich moeilijk kan uitdrukken: in een belangrijk deel van de gevallen is een telefonische tolk niet mogelijk.

Toelichting op inzet live-tolk in groepen en individuele behandeling
Therapeutische behandelingen in groepen zijn bij veel instellingen een vast onderdeel van het behandelprogramma. Groepsbehandelingen dragen bij aan een positief behandelresultaat en zijn tevens kostenefficiënt. Voor de patiëntengroep asielzoekers is groepsbehandeling echter onuitvoerbaar indien uitsluitend gebruik kan worden gemaakt van een telefonische tolk.

- Via een speakertelefoon kan een tolk zich onmogelijk verstaanbaar maken voor de hele groep.
- De tolk hoort niet goed wat er gezegd wordt en kan zijn patiënt niet duidelijk maken wat er gezegd is. Ook kan de tolk de verbale inbreng van de patiënt niet terugkoppelen naar de groep als geheel.
- In de groep zitten patiënten uit meerdere landen en dus zijn er ook meerdere tolken. Het is onmogelijk om deze allemaal via de telefoon te laten vertalen. Met live-tolken is dat al een uitdaging, via de telefoon is het onmogelijk.
- Groepen samenstellen van patiënten uit één taalgebied is praktisch onmogelijk.
- Een telefonische tolk kan de groepsdynamiek niet volgen, waardoor gesprekken en oefeningen chaotisch worden en niet tot resultaat leiden.
- Bij behandeling van gezinnen, ambulant of klinisch, zoals onder andere Multi Family Therapie (MFT), kunnen gezinsgesprekken niet met een telefonische tolk gevoerd worden, omdat de gesprekken dan niet te volgen zijn. Doordat

er meerdere mensen in de kamer zijn, is het voor een tolk heel lastig te volgen wie wat zegt en is het verre van effectief. Deze gesprekken zijn zonde van de tijd, omdat patiënten en behandelaren elkaar dan niet goed begrijpen, met grote kans op miscommunicatie, een verkeerde diagnose en een behandeling die niet aansluit bij het trauma waarvoor iemand behandeld moet worden.

- Groepsbehandeling is veelal kosteneffectiever dan individuele therapie. Het niet kunnen inzetten van een live-tolk leidt tot een toename van individuele therapieën.

Toelichting tolken voor angstige en achterdochtige/psychotische patiënten
De individuele patiënten die een tolk nodig hebben, zijn patiënten die achterdochtig en/of psychotisch zijn. Zij weten niet wie er aan de andere kant van de lijn zit, wantrouwen iedereen of zijn te chaotisch/verward om een goed gesprek via de telefoon te voeren. Er zijn achterdochtige patiënten die nauwelijks in de behandelkamer durven te zitten. Ook patiënten die extreem angstig zijn, vrijwel niet durven te spreken en/of zich moeilijk kunnen uitdrukken, zijn niet behandelbaar zonder een live-tolk. Dit maakt dat traumabehandeling of een intake met een telefonische tolk niet effectief of zelfs onmogelijk is. Het duurt daardoor ook veel langer om vertrouwen in de behandelaar te krijgen. De behandeling/opname duurt daardoor veel langer of is onmogelijk voor deze groep.

G.

Startnotitie doelen zorgvraagtypering

Startnotitie doelen Zorgvraagtypering

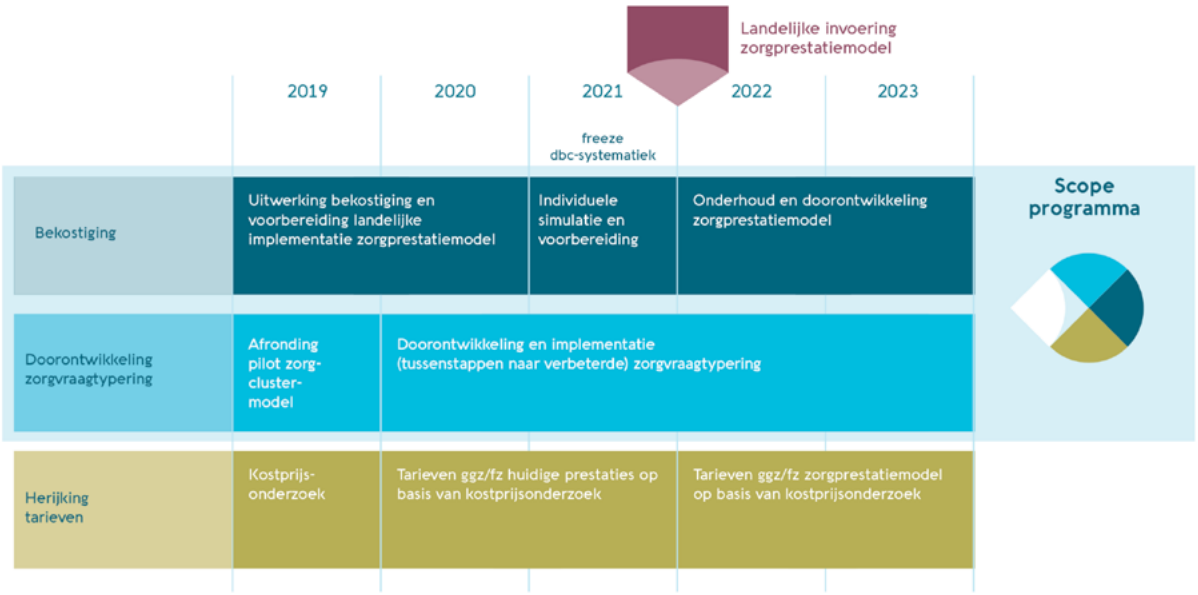
Datum: 22 januari 2020
Status: Vastgesteld door de Bestuurlijke commissie zorgprestatiemodel

INLEIDING

Met invoering van het zorgprestatiemodelmodel wordt afscheid genomen van de producten van de generalistische basis-ggz en prestaties als dbc's, dbbc's en zzp's in de geneeskundige gespecialiseerde ggz en de fz. Dit staat in het advies 'zorgprestatiemodel ggz en fz' dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in mei 2019 heeft uitgebracht aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Justitie en Veiligheid. De betrokken staatssecretaris en minister hebben laten weten dit advies over te zullen nemen, als tenminste bij de uitwerking nog een aantal zaken wordt bevestigd.

In het advies schrijft de NZa: *Met deze nieuwe bekostiging zijn we er nog niet. We zien dit als een startpunt. Een verbetering van de zorgvraagtypering van patiënten is nodig om fundamentele stappen te zetten naar nog betere klinische herkenbaarheid en meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. Partijen committeren zich aan deze doorontwikkeling en zullen daarbij de input vanuit de pilots van het zorgclustermodel gebruiken.*

Per 1 juni 2019 is een programma gestart waarin veldpartijen samen werken aan de verdere uitwerking en implementatie van het zorgprestatiemodel én aan de verdere ontwikkeling van de zorgvraagtypering: het programma zorgprestatiemodel ggz en fz. De scope en globale planning van dit programma staan hieronder.



In het programma wordt onderscheid gemaakt tussen bekostiging en vergoeding. Bekostiging is het door de overheid voorgeschreven systeem van prestaties en tarieven, dat bepaalt hoe een zorgaanbieder geleverde zorg moet declareren. Vergoeding gaat over hoeveel de zorgaanbieder uiteindelijk betaald krijgt. Vergoeding gaat dus over de manier waarop we in de praktijk begrenzingen aanbrengen, bijvoorbeeld met bandbreedtes per patiëntgroep voor duur en intensiteit van de behandeling. Het is nader uit te werken hoe zorgvraagtypering wordt gepositioneerd ten opzichte van de bekostiging en in hoeverre gezamenlijk bindende afspraken kunnen worden gemaakt. De doorontwikkeling van de zorgvraagtypering is niet afhankelijk van de ontwikkeling van de bekostiging en vice versa.

Binnen het programma zijn werkgroepen actief die specifieke onderwerpen voorbereiden en gezamenlijke voorstellen inbrengen in het programma. Een van deze werkgroepen (werkgroep 8) richt zich op de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering.

De opdracht van de Werkgroep Zorgvraagtypering is: *Ontwikkel een verbeterde zorgvraagtypering voor de ggz en fz. Interpreteer de uitkomsten van de pilots en ontwikkel een routekaart met tijdpad om deze zorgvraagtypering (of als dat nodig is: een alternatief scenario) te ontwikkelen en te implementeren. Laat daarbij zien hoe en wanneer de verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord met betrekking tot de ondersteuning van gepast gebruik te realiseren. (…)*

Een van de deelopdrachten is, om eerst ***een gezamenlijke denkrichting te ontwikkelen*** *ten aanzien van de manieren waarop een verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om het doel uit het HLA (verbeterde ondersteuning van gepast gebruik) te realiseren.*

Partijen zijn het erover eens dat de forensische zorg hierbij een eigen positie inneemt, doordat daar vooral veiligheid en recidiverisico de inzet van zorg bepalen, en gewerkt wordt met indicaties van NIFP. Wij onderzoeken nog, hoe hiermee moet worden omgegaan.

Volgens de tijdlijn in deze startnotitie zullen alle zorgaanbieders per 2022 starten met het uniform registreren van de gegevens die nodig zijn met het oog zorgvraagtypering. Het gaat om gegevens op het niveau van de individuele patiënt en diens behandeling. Dit hoeven niet altijd ‘nieuwe’ gegevens te zijn. Wij gaan er vanuit dat uitvoering van bijvoorbeeld horizontaal toezicht en het invulling geven aan gepast gebruik waar mogelijk van dezelfde gegevens gebruik maken, zodat per saldo de administratieve lasten afnemen.

OPZET STARTNOTITIE

Wij bespreken in deze notitie achtereenvolgens:

1. Zorgvraagtypering: kenmerken en afbakening
   Wat verstaan we precies onder zorgvraagtypering? Hoe verhoudt zorgvraagtypering zich tot andere afspraken, regels en de zorgprestaties?

2. Inzet zorgvraagtypering bezien vanuit actoren
   Wat heb ik eraan als patiënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar, maatschappij?

3. Gebruiksdoelen zorgvraagtypering
   Wat zijn (mogelijke) gebruiksdoelen, gezien 1 en 2?

4. Vervolgstappen
   Welke (tussen)stappen zien wij in de ontwikkeling van de zorgvraagtypering?

1. ZORGVRAAGTYPERING: KENMERKEN EN AFBAKENING

Het Hoofdlijnenakkoord vult logischerwijs niet in detail in hoe zorgvraagtypering kan worden ingezet om *een verbeterde ondersteuning van gepast gebruik* te bereiken. Het noemt als voorbeeld wel *het goed en tijdig op- en afschalen van zorg,* en geeft mee dat de lessen uit de pilot moeten worden benut. Inmiddels is wel, zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord, het proces van verantwoording op gepast gebruik in de ggz verder ingevuld, door een advies van de Taskforce Gepast Gebruik ggz.

Om 'zorgvraagtypering' en doelen die ermee kunnen worden bereikt in te kaderen, bespreken wij hieronder eerst een aantal algemene kenmerken: wat verstaan we nu precies onder zorgvraagtypering? En hoe verhoudt de zorgvraagtypering zich tot de andere onderdelen van het stelsel? Zorgvraagtypering staat immers niet op zichzelf, maar zal moeten aansluiten op het stelsel van prestaties en tarieven om de zorg af te rekenen (vanaf 2022: het zorgprestatiemodel), van regels over aanspraak op zorg, en van afspraken over vergoeding van zorg. Zorgvraagtypering moet in dat stelsel passen. Bovendien heeft de zorgvraagtypering al 'een geschiedenis'. De zorgvraagtypering die nu in pilotvorm wordt getest, is een aan de Nederlandse situatie aangepaste versie van het 'Engelse model' voor het profileren van patiëntgroepen, het zorgclustermodel. Dat model zou eerder in combinatie met zorgprestaties de nieuwe bekostigingsstructuur voor ggz en fz worden. Via de zorgclusters zouden de (ernst van de) zorgvraag van de patiënt, dagelijkse gevolgen ervan (bijvoorbeeld op functioneren), en eigenschappen van de patiënt in de bekostiging worden betrokken

1. Zorgvraagtypering is **een middel om de (werkelijke) zorgbehoefte transparant te maken.** Het helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Daarbij kan het gaan over zorg*zwaarte*, maar bijvoorbeeld ook over de kans op herstel of op stabiliteit, terugval of recidive. Hierover zijn al veel data beschikbaar. De te ontwikkelen structuur van de zorgvraagtypering kan helpen die in onderling verband te brengen. Het is hierbij van belang dat alle zorgaanbieders de gegevens op een uniforme manier registreren.

2. De zorgvraagtypering is **een (onderbouwde) momentopname** van de zorgvraag van een patiënt. Opnieuw typeren, bijvoorbeeld op een review-moment of na een behandeltraject kan richtinggevend zijn voor op- of afschalen of voortzetten van zorg. Het is echter geen middel voor het afrekenen van de behandeling van een individuele patiënt.

3. Bij een beter inzicht in werkelijke zorgbehoefte kan **voor groepen van patiënten** worden voorspeld **welke inzet van zorg** naar verwachting nodig is. Inzet van zorg kan bijvoorbeeld worden afgemeten aan het aantal en de soort zorgprestaties die worden gedeclareerd. De typering van een individuele zorgvraag zal niet bepalen wat de beste zorg is voor de individuele zorgvrager. Maar groepen van patiënten met een bepaalde zorgvraagtypering zullen naar verwachting wél een enigszins stabiele bandbreedte voor wat betreft zorginzet laten zien.

4. Zorgvraagtypering maakt **afspraken mogelijk tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders** over wat voor specifieke patiëntengroepen een reële vergoeding is, gegeven de voor die groep gepaste zorg. Het is daarmee een belangrijke aanvulling op (en in de toekomst mogelijk: een alternatief voor) de DSM-classificatie, die op zichzelf onvoldoende voorspellende waarde heeft voor bijvoorbeeld de te verwachten zorgzwaarte. Zorgvraagtypering bepaalt niet de inzet van zorg voor *individuele* patiënten, maar kan wel worden betrokken in een gesprek daarover tussen zorgverlener en patiënt, of tussen zorgprofessionals onderling. De werkgroep merkt daarbij op dat de forensische zorg een heel eigen karakter heeft. De inzet van zorg is daar meer richtinggevend.

5. Omdat maatschappelijke omstandigheden en inzichten kunnen veranderen, kan het zorgvraagtyperingsmodel zelf ook veranderen. Naarmate meer data beschikbaar zijn, zijn betere voorspellingen mogelijk en kan het model verder worden verfijnd. Het model van de zorgvraagtypering **is**

'lerend'. Op termijn zou zorgvraagtypering daardoor ook een rol kunnen gaan spelen in bijvoorbeeld zorgstandaarden of bij het bepalen van de aanspraak op zorg.

6. De prestatieregulering regelt de bekostiging van de zorg. Dit zijn de regels van de overheid waarin staat welke zorgprestaties in rekening mogen worden gebracht, wie dat mogen doen en vaak ook welke bedrag maximaal in rekening mag worden gebracht. Uit deze regels volgt bijvoorbeeld wat onder een declarabel consult moet worden verstaan. De zorgvraagtypering is geen onderdeel van de bekostiging, maar wel een **verrijking van het Zorgprestatiemodel** die bedoeld is om (gegeven de bekostiging) in de praktijk gepast gebruik en doelmatigheid te bevorderen. Hoe zorgvraagtypering wordt gepositioneerd ten opzichte van de bekostiging en in hoeverre gezamenlijk bindende afspraken kunnen worden gemaakt, moet nog worden uitgewerkt.

7. Zorgvraagtypering beschrijft niet wat goede zorg is bij een bepaalde aandoening of symptoom, of hoe die zorg georganiseerd zou moeten worden. Dat doen kwaliteits- en zorgstandaarden. Er is wel een relatie tussen de standaarden en de zorgvraagtypering. Als wij ervan uitgaan dat de zorg in de praktijk volgens de standaarden wordt geleverd, dan vertaalt zich dit (met een zekere bandbreedte) in de behandeling die bij een getypeerde zorgvraag verwacht mag worden. En op termijn zou een kwaliteitsstandaard kunnen voorschrijven dat het toepassen van de zorgvraagtypering onderdeel is van goede zorg. Zorgvraagtypering **bevordert gepaste en doelmatige zorg**, door op groepsniveau over- en onderbehandeling tegen te gaan.

8. Zorgvraagtypering is **geen vervanging voor diagnostiek**. Wel kan de zorgvraag worden getypeerd als er nog geen duidelijke klinische diagnose is. Wij nemen aan dat de diagnose een factor is die van invloed kan zijn op het zorgvraagtype.

9. **De aanspraak op zorg** – geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden – **verandert niet** door invoering van de zorgvraagtypering**.** De zorgvraagtypering is in eerste instantie een hulpmiddel bij het maken van afspraken over vergoeding en gepast gebruik van de zorg die een verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet forensische zorg krijgt. Het is wel wenselijk dat zorgvraagtypering, aanspraak en zorgstandaarden (op termijn) een samenhangend geheel gaan vormen.

10. De mogelijkheden van zorgvraagtypering kunnen beperkt worden door privacyregels. De **speelruimte moet tijdig in kaart worden gebracht**, zodat hier bij de ontwikkeling van de zorgvraagtypering rekening mee kan worden gehouden. De zorgvraagtypering moet ook voldoen aan de ontwerpcriteria van het zorgprestatiemodel, en mag bijvoorbeeld niet gepaard gaan met meer administratieve lasten.

2. INZET ZORGVRAAGTYPERING BEZIEN VANUIT ACTOREN EN MAATSCHAPPIJ

In deze paragraaf verkennen wij hoe zorgvraagtypering voor patiënt, zorgprofessional, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en de maatschappij als geheel in de nabije of verdere toekomst van nut zou kunnen zijn. **Het gaat daarbij vooral om de 'denkrichting': de werkgroep gaat er niet van uit dat elke stelling werkelijk haalbaar zal blijken.** Dit zal afhangen van hoe de zorgvraagtypering zich gaat ontwikkelen, maar bijvoorbeeld ook van feitelijke omstandigheden: voor een grote instelling zal de situatie anders zijn dan bij een vrijgevestigde zorgverlener. De voorbeelden vertalen wij in paragraaf 3 naar mogelijke gebruiksdoelen.

Bezien vanuit de patiënt

- Ik ben beter toegerust voor het proces van 'shared decision making': ik kan vooraf nadenken over hoe een behandeltraject aansluit bij mijn behoefte en verwachting.
- Als ik mijn zorgtype weet, kan ik nagaan wat voor behandeltraject ik in grote lijnen zou kunnen krijgen.
- De zorgvraagtypering maken zowel mijn zorgvraag als het aanbod van de zorgverleners beter herkenbaar, specifieker.
- Ik merk dat de wachtlijsten korter worden, omdat aanbieders de zorg beter kunnen plannen.

Bezien vanuit de zorgprofessional

- Ik ben beter toegerust voor het proces van 'shared decision making': de patiënt weet binnen welke bandbreedte de tijd en financiering ongeveer zouden moeten liggen bij haar/zijn zorgvraag.
- Ik kan beter aan verwijzers uitleggen welke patiënten naar mij kunnen worden verwezen.
- Ik heb een extra aanknopingspunt voor kwaliteitsontwikkeling – ik gebruik de zorgvraagtypering om zelf of met andere zorgverleners te reflecteren op de zorg die wij leveren.
- Zorgvraagtypering is een extra hulpmiddel bij tussentijdse evaluatie met de cliënt.

Bezien vanuit de zorgaanbieder

- Ik hoef minder vaak toestemming vooraf te vragen bij de zorgverzekeraar. Dat doe ik alleen als ik voor een gehele groep substantieel ga afwijken van de voor het zorgvraagtype afgesproken bandbreedte.
- Ik ben minder tijd kwijt aan discussies met verzekeraars over de zorg die ik heb geleverd en over de zorgzwaarte van mijn patiënten, want ik heb de zorgvraag op de afgesproken manier getypeerd en ben gemiddeld binnen de afgesproken normen gebleven.
- De vergoedingsafspraken die ik met zorgverzekeraars maak, zijn beter dan voorheen afgestemd op mijn patiëntenpopulatie.
- Ik kan instroom beter plannen, door de voorspellende waarde van de zorgvraagtypering.
- Ik kan mijn productportfolio eenvoudig inzichtelijk maken.

Bezien vanuit de zorgverzekeraar

- Zorginkoop: Ik kan inschatten hoe vaak de verschillende zorgvraagtypen in mijn populatie voorkomen en maak op basis daarvan afspraken met zorgaanbieders. In sommige gevallen gaan wij daarbij stapsgewijs over naar populatiebekostiging.
- Ik kan beter inschatten hoeveel zorg ik moet inkopen om aan mijn zorgplicht te voldoen, omdat er een duidelijker verband is tussen de zorgvraagtypen die in mijn populatie voorkomen en de hoeveelheid zorg die daarvoor nodig is.
- Ik kan makkelijker in gesprek gaan over over- en onderbehandeling op groepsniveau, en of het voor bepaalde (sub)groepen al dan niet nodig is om van het gemiddelde profiel bij de getypeerde zorgvraag af te wijken.
- Het is eenvoudiger om wachtlijstbemiddeling te verlenen voor patiënten met een getypeerde zorgvraag, omdat ik weet welke aanbieders welk aanbod hebben en hoeveel daarvan al is ingezet.

- Doordat wij afspraken hebben gemaakt over de bandbreedte van de zorginzet op groepsniveau, kan ik makkelijker en beter toegerust in gesprek gaan over gepast gebruik. In die gesprekken hebben we eenheid van taal.

Bezien vanuit de maatschappij

- Zorgvraagtypering draagt bij aan een duurzame, goed werkende ggz en fz. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zorgen samen voor de juiste afstemming van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van (groepen van) patiënten. De beschikbare middelen worden op die manier optimaal ingezet.
- Zorgvraagtypering zorgt ervoor dat geestelijke gezondheidszorg efficiënt wordt ingezet. Doordat wij data op een gestructureerde manier in onderling verband kunnen bezien, weten wij bijvoorbeeld hoe een ggz-traject effect heeft in andere domeinen, bijvoorbeeld door een afname in het gebruik van somatisch zorg, door effect op de ondersteuningsbehoefte in het sociaal domein, of bij forensische zorg, door effecten op het benodigde veiligheidsniveau. Zo kunnen wij onderbouwde keuzes maken over allocatie van middelen.
- De afstemming tussen verschillende zorgdomeinen (preventie, geneeskundige en forensische zorg, langdurige zorg, ondersteuning door gemeenten) wordt makkelijker en beter. Zorgvraagtypering helpt om groepen van zorgvragers aan te wijzen waarover de domeinen regionaal afspraken maken.

3. DOELEN ZORGVRAAGTYPERING

In paragraaf 1 is al aangegeven dat het doel van de zorgvraagtypering volgt uit het Hoofdlijnenakkoord: de zorgvraagtypering moet gepast gebruik van zorg gaan ondersteunen. Een ander belangrijk doel is het vergroten van de klinische herkenbaarheid. Samen vormen deze doelen het hoofddoel. Het Hoofdlijnenakkoord noemt de vermindering van administratieve lasten hierbij als randvoorwaarde. Een robuust systeem voor zorgvraagtypering draagt bij aan een optimale allocatie van beschikbare middelen. Daarmee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over en weer betrouwbare partners zijn en gezamenlijk bijdragen aan een duurzaam, goed werkend stelsel voor ggz en fz.

Deze notitie gaat over de manieren waarop de zorgvraagtypering gebruikt kan worden om deze doelen te realiseren. Die 'manieren waarop' noemen wij hierna de gebruiksdoelen, omdat ze gaan over het praktisch toepassen van zorgvraagtypering. Er zijn vijf gebruiksdoelen gedefinieerd en een randvoorwaarde:

1. Zorgvraagtypering **vergroot de klinische herkenbaarheid** van de zorg die nodig is bij een bepaalde zorgvraag van patiënten in de geneeskundige ggz en de fz. Het creëert een gezamenlijke begrippenkader voor (zorg)professionals, dat het gesprek tussen (zorg)professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik van zorg op groepsniveau en praktijkvariatie vergemakkelijkt. In de toepassing van het model kan waar nodig worden gedifferentieerd, naar bijvoorbeeld omvang van de zorgaanbieder, complexiteit van zorg of naar de setting waar de zorg wordt geleverd.

2. Zorgvraagtypering **ondersteunt tussentijdse evaluatie** door het (periodiek) beoordelen of de inzet van zorg nog past bij de zorgvraag of dat moet worden op- of afgeschaald. Zorgvraagtypering ondersteunt 'samen beslissen' in de relatie patiënt-zorgverlener. De zorgvraagtypering bepaalt echter niet wat de behandeling van een individuele patiënt mag kosten.

3. Zorgvraagtypering is een **hulpmiddel bij het maken van afspraken** over in- en verkoop van zorg, en over behandelinzet bij groepen van patiënten. Voor groepen van patiënten kan bijvoorbeeld een bandbreedte worden afgesproken voor wat (op groepsniveau, in termen van zorgprestaties, setting e.d.) gepaste zorg is. In veldafspraken kan de contractering tussen met name kleinere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars worden geüniformeerd. Zorgvraagtypering draagt zo bij aan transparantie over de keuzes van zorgverzekeraars in hun inkooprol. Voor niet-gecontracteerde zorg kan zorgvraagtypering ook een normatieve werking hebben.

4. Zorgvraagtypering is een **stimulans voor kennisontwikkeling**. Het stimuleert uniforme registratie van data door alle zorgaanbieders, en het gebruik van data die al beschikbaar zijn over de relatie tussen zorgvraag en inzet van zorg op groepsniveau. Deze kennis leidt weer tot betere zorgvraagtypering.

5. Zorgvraagtypering **vergemakkelijkt en verbetert planning van zorg** binnen het domein van de geneeskundige ggz en de fz, door inzicht te geven in het te verwachten zorgpad (zwaarte, duur, evaluatiemomenten). Zorgvraagtypering vergemakkelijkt en verbetert ook de coördinatie van zorg over domeinen heen, door het mogelijk te maken groepen van patiënten te definiëren, waar vervolgens afspraken over kunnen worden gemaakt.

Zorgvraagtypering draagt bij aan de vermindering van administratieve lasten. Door het uniform registreren van gegevens die voor meerdere doelen worden gebruikt neemt de registratiedruk af. De invulling van bovenstaande doelen leidt er toe dat de ook uitvoeringslasten afnemen.

4. VERVOLGSTAPPEN

In het voorgaande heeft de werkgroep vijf gebruiksdoelen en een randvoorwaarde geformuleerd. Het is duidelijk dat het ene gebruiksdoel sneller te realiseren zal zijn dan het andere. En dat er afhankelijkheden zijn: het ene gebruiksdoel bouwt voort op het andere. De opdracht aan de werkgroep spreekt in dit verband van een 'routekaart met tijdpad'. Als eerste aanzet daartoe schetst de werkgroep de onderstaande fasering.

De eerste fase **tot en met 2021,** waarin de implementatie van het zorgprestatiemodel wordt voorbereid, zal nodig zijn voor de (door)ontwikkeling van de zorgvraagtypering. In deze periode brengt de werkgroep de uitkomsten van de pilot in verband met de gebruiksdoelen van paragraaf 3. Dit leidt tot een tussenevaluatie van de pilot en de in de opdracht aan de werkgroep bedoelde routekaart. Ook zal de werkgroep aan de hand van de pilotdata een eindconclusie opstellen over de bruikbaarheid van het zorgclustermodel voor de zorgvraagtypering. In deze fase moet besloten worden welke data verzameld zullen worden, en hoe de regelgeving zo wordt ingericht dat een uniforme registratie door alle zorgaanbieders gewaarborgd is. Daarbij wordt ook de beoogde vermindering van administratieve lasten betrokken. Om het mogelijk te maken dat de 'minimale dataset' in de regelgeving van de NZa wordt opgenomen, moet deze begin 2021 bekend zijn. Aanpassingen in ICT moeten voor juli 2020 bekend zijn.

De tweede fase van **2022 tot 2024** staat in het teken van ervaring opdoen met het model. Er wordt informatie verzameld over de werking van het model in de praktijk, en er worden stappen gezet om de knelpunten die daarbij naar voren komen op te lossen.

Vanaf 2024 zou er dan een stabiele zorgvraagtypering kunnen zijn.

H.

Handleiding Zorgvraagtypering ggz

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Handleiding zorgvraagtypering ggz

Januari 2024

Inleiding

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt bekostigd met het zorgprestatiemodel. Zorgvraagtypering is onderdeel van het zorgprestatie-model. Zorgvraagtypering wordt een hulpmiddel bij keuzes over inzet van zorg bij groepen patiënten. Het zorgvraagtype geeft een momentopname van de problematiek van de patiënt en maakt de zwaarte van de zorg die nodig is duidelijker. Met zorgvraagtypering kan straks makkelijker worden besproken wat gepaste en doelmatige zorg is

In de toekomst gaat zorgvraagtypering ondersteunen bij afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over wat voor specifieke patiënten-groepen een reële vergoeding is, gegeven de voor die groep gepaste en doelmatige zorg.

Wie bepaalt het zorgvraagtype?
De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de juiste vastlegging van scores en bepaalt het juiste zorgvraagtype. Hij kan de zorgvraagtypering door een andere behandelaar laten voorbereiden.

Leeswijzer

Deze handleiding over zorgvraagtypering begint met de plaats van zorgvraagtypering in het zorgproces en de beschrijving van de hoofdgroepen en de zorgvraagtypen. In het hoofdstuk 'Aan de slag met zorgvraagtypering' staat hoe u de zorgvraag van een patiënt kunt typeren.

In dit document wordt beschreven hoe u de zorgvraag kunt typeren.
U heeft nog twee andere documenten nodig:
- HoNOS+, Toelichting bij de scores
- Beschrijving Zorgvraagtypen

Deze documenten staan op de website van het zorgprestatiemodel en de website van de adviescommissie zorgvraagtypering.

Zorgvraagtypering in vogelvlucht

Zorgvraagtypering in het zorgproces

Zorgvraagtypering komt in het zorgproces terug. In deze paragraaf leest u wat er voor de zorgvraagtypering in welke fase van het zorgproces van u verwacht wordt.

Eerst: Bepalen zorgvraag en problematiek van de patiënt
Als een patiënt wordt verwezen naar de ggz stelt de regiebehandelaar in de diagnostische fase het juiste zorgvraagtype vast.

Hij scoort hiervoor de vragen van de HoNOS+-vragenlijst op basis van verkregen informatie en de klinische indruk. Het is toegestaan dat een andere behandelaar de scores alvast klaarzet. Maar ook in dat geval is het de regiebehandelaar die het juiste zorgvraagtype kiest.

Verplicht op de factuur
Deze verplichting staat in de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg van de NZa. Het zorgvraagtype wordt verplicht op de factuur vermeld bij bijna alle zorgprestaties, behalve als er een geldige privacyverklaring is. Bij diagnostiekconsulten is het vermelden van het zorgvraagtype op de factuur optioneel.

Daarna: op logische momenten evalueren
Op logische momenten in het behandelproces evalueert de regiebehandelaar het zorgvraagtype. Daarbij vult hij opnieuw de HoNOS+-vragenlijst in. Voor elk zorgvraagtype is er een richtinggevende evaluatietermijn. Deze staat in het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen'.

20 zorgvraagtypen in 3 hoofdgroepen

Er zijn in totaal 20 verschillende zorgvraagtypen voor de ggz[1], onderverdeeld in drie hoofdgroepen. De volledige beschrijvingen staan in het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen'.

Elk zorgvraagtype omschrijft (globaal) een groep personen met overeenkomende (zwaarte van) problematiek. De beschrijving heeft steeds een vaste opbouw:
- Een algemene omschrijving van de patiëntgroep
- Een omschrijving van de beperkingen van de patiënt
- Een inschatting van (eventuele) risico's die de problematiek van de patiënt met zich meebrengt
- Het recente en historische beloop van de problemen of aandoening
- Het bij het zorgvraagtype passende richtinggevende evaluatiemoment

Hoe verhoudt de DSM-classificatie zich tot het zorgvraagtype?

Met behulp van de DSM 5 wordt, aan de hand van klachten en symptomen, gekeken aan welke diagnoseclassificatie(s) de patiënt voldoet. De zorgvraagtypering kijkt vanuit een ander perspectief. Hierin vormen de inschatting van de aard en ernst van de klachten en gedragsproblemen, de beperkingen in het functioneren en het risico dat de patiënt voor zichzelf of zijn/haar omgeving vormt de basis. In het kader van het zorgprestatiemodel wordt deze indeling in de toekomst mogelijk gerelateerd aan de zorg die een patiënt nodig heeft en ontvangt in termen van intensiteit, hoeveelheid en duur.

Welke zorgvraagtypen zijn er?
3 hoofdgroepen
De zorgvraagtypen zijn ingedeeld in drie hoofdgroepen. Zorgvraagtypering begint altijd met het bepalen in welke van deze drie hoofdgroepen de problematiek van de patiënt het beste past.

Hoofdgroep 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 en hallucinaties

Hoofdgroep Y:
Een zorgvraag met (perioden van) verontrustende psychotische en/of manische symptomen en/of wanen en/of hallucinaties die hinder veroorzaken of veroorzaakt hebben en/of zich manifesteren of manifesteerden in bizar gedrag

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

Deze hoofdgroepen worden inhoudelijk beschreven in het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen'.

[1] De nummering van de zorgvraagtypen loopt tot zorgvraagtype 21. Er is een leeg zorgvraagtype, namelijk nummer 9. Nummer 9 ontbreekt voor reservedoeleinden. Daarom zijn er 20 inhoudelijke beschrijvingen van de zorgvraagtypen.

Een voorbeeld
Patiënten met een depressieve stoornis kunnen in verschillende zorgvraagtypen voorkomen. Afhankelijk van de zwaarte van de problematiek (het zorgvraagtype) kan de duur en intensiteit van de behandeling verschillen. In het algemeen kan aangenomen worden dat een patiënt met een depressieve stoornis die in zorgvraagtype 3 ingedeeld wordt een minder lange en intensieve behandeling nodig heeft, dan een patiënt met een depressieve stoornis die in zorgvraagtype 5 ingedeeld wordt. Dit terwijl de inhoud van de behandeling en de aard van de interventies niet sterk van elkaar hoeven te verschillen, omdat er in beide gevallen gebruik gemaakt wordt van dezelfde behandelrichtlijn en/of zorgstandaard, in dit geval voor een depressieve stoornis.

Hoe verhoudt de hulpvraag van de patiënt zich tot het zorgvraagtype?

Het zorgvraagtype beschrijft de zwaarte van de problematiek van de patiënt in termen van ernst van klachten, problemen, beperkingen en risico's zoals de regiebehandelaar die inschat. De hulpvraag van de patiënt gaat over klachten en problemen waar de patiënt hulp of behandeling voor vraagt. Het is mogelijk dat een patiënt met veel klachten, problemen en beperkingen zich aanmeldt met de vraag om behandeling van een deel van zijn of haar problematiek.

Een voorbeeld
Een patiënt die in zorgvraagtype 7[2] wordt ingedeeld, heeft als hulpvraag de behandeling van de psychische gevolgen van een traumatische ervaring. Voor de overige problematiek heeft de patiënt geen hulpvraag.

Op grond van de psychologische c.q. psychiatrische diagnostiek en in samenspraak met de patiënt wordt er een behandelplan opgesteld. Daarin gaat het om de aard van de behandeling en ook om de verwachte duur en intensiteit van de behandeling. Hierbij speelt dus niet alleen de zwaarte van de problematiek van de patiënt een rol maar ook de hulpvraag van de patiënt en de inhoudelijke/diagnostische inschatting van de behandelaar welke behandeling op dat moment het beste aansluit bij de patiënt.

Het zorgvraagtype wordt bepaald door middel van de antwoorden op de HONOS+-vragenlijst in combinatie met de klinische indruk (zeker in geval van twijfel als iemand tussen twee typen in zit). De hulpvraag van de patiënt en de uiteindelijke behandeling zijn niet van invloed op het gekozen zorgvraagtype.

Het zorgvraagtype geeft een bandbreedte weer van de verwachte intensiteit, hoeveelheid en duur van de zorg. Zorgvraagtypering staat daarmee los van de inhoud van de behandeling van de individuele patiënt. Maar zorgvraagtypering kan wel ondersteunen bij het leveren van gepaste zorg, dat wil zeggen op- of afschalen van de zorg en begrenzing van behandelingen.

[2] Het zorgvraagtype waarin patiënten ingedeeld worden, die langdurig last hebben van psychische stoornissen en vaak duidelijke beperkingen ondervinden.

Aan de slag met zorgvraagtypering

U bepaalt het zorgvraagtype aan de hand van een gestructureerde vragenlijst: de HoNOS+-vragenlijst.

U heeft de keuze tussen twee manieren van typeren:
- Met behulp van de volledige HoNOS+-vragenlijst (volledige route)
- Met behulp van een aantal relevante vragen van de HoNOS+-vragenlijst (dynamische route)

In deze handleiding wordt de manier met de volledige HoNOS+-vragenlijst toegelicht. Voor enkele soorten van problematiek gelden aanvullende instructies. Die staan op pagina 16.

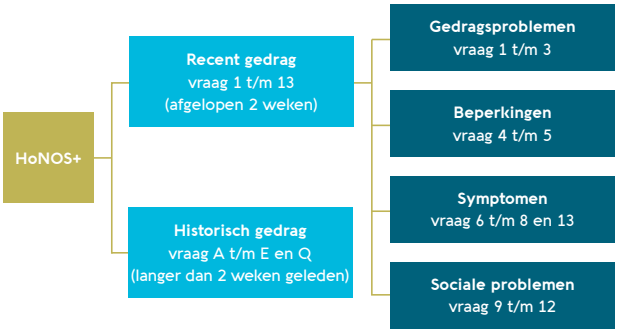
Instructie voor het typeren van de zorgvraag

Stap 1: Kies de. hoofdgroep
Bepaal in welke van de drie hoofdgroepen de zorgvraag van de patiënt het beste past.

Stap 2: Invullen van de HoNOS+-vragenlijst
Vul de HoNOS+-vragenlijst in. Dit doet u op basis van de verkregen informatie en de klinische indruk. Er zijn een aantal algemene aandachtspunten om rekening mee te houden:
- Scoor elke vraag **in volgorde** van 1 – 13 en A – E en Q
- Gebruik **geen informatie** die bij een vorig item al is meegenomen
- 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)
- Scoor op **klachten en problemen** en niet op basis van een DSM-classificatie

Dynamische route
Als u de zorgvraag typeert via de dynamische route, volgt u niet standaard een vaste volgorde van vragen. Het EPD selecteert voor u de relevante vragen op basis van uw antwoorden. Welke vragen u beantwoordt en in welke volgorde, kan bij de dynamische route per keer verschillen.

Let hierop bij het scoren van de HoNOS+-vragen:
- Elke vraag van de HoNOS+-vragenlijst wordt gescoord met een zwaarte van 0 t/m 4. De stelregel hierbij is dat:
  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
- De beschrijving van de vragen bevat voorbeelden van gedragingen, maar het is geen uitputtende lijst van voorbeelden.



Aan de slag met zorgvraagtypering

Stap 3: Kiezen van een zorgvraagtype
In deze stap kiest u een zorgvraagtype voor uw patiënt. In stap 2 heeft u de hoofdgroep gekozen. In het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen' ziet u de zorgvraagtypen weergegeven die onder de hoofdgroep vallen. U vindt in hetzelfde document ook een complete beschrijving van elk zorgvraagtype.

Zorgvraagtypering bij specifieke problemen

Bipolaire stoornis
Wordt de problematiek van een patiënt veroorzaakt door een bipolaire stoornis? Kies dan een zorgvraagtype in hoofdgroep Y. De definitie van deze hoofdgroep is per 2024 aangepast.

Verslaving
De hoofdregel is dat u bij het scoren van een vraag geen informatie moet betrekken die al in een vorige vraag is gescoord. Bedenk hierbij wel dat de vragen vier verschillende soorten problemen betreffen: gedragsproblemen (vraag 1 t/m 3), beperkingen (4 en 5), symptomen (6, 7, 8 en 13) en sociale problemen (9 t/m 12). Als u bij vraag 3 de gedragsproblemen door alcohol- of drugsgebruik betrekt, kunt u bij vraag 8 nog steeds het klinische probleem 'verslaving' scoren.

Zijn meerdere zorgvraagtypen mogelijk en/of twijfelt u over uw keuze?

Elk zorgvraagtype heeft een eigen kleurenschema. U kunt dit als hulpmiddel gebruiken bij het bepalen van het best passende zorgvraagtype. U vindt de kleurenschema's in het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen' bij de beschrijving van het betreffende zorgvraagtype. Het kleurenschema laat met kleuren zien hoe passend dit zorgvraagtype is in relatie tot de antwoorden die gegeven zijn in de HoNOS+-vragenlijst. De antwoorden die u heeft gegeven kunt u met een X in het schema weergeven.

Als u het kleurenschema gebruikt gaat u als volgt te werk:

1. Kijk eerst naar de donkergroene vakjes.
Deze vakjes moeten gescoord zijn bij dit zorgvraagtype. Als dit niet overeenkomt met uw scores, kijk dan of de scores wel overeenkomen met de donkergroene vakjes van een ander zorgvraagtype.

2. Vervolgens let u op de lichtgroene vakjes.
Deze vertegenwoordigen de verwachte scores. U kunt het zorgvraagtype kiezen voor een patiënt, ook als de lichtgroene vakjes niet exact overeenkomen met de scores die u hebt gegeven. Dit impliceert echter een minder sterke match met dit zorgvraagtype.

3. Kijk tenslotte naar de gele vakjes.
Dit zijn de scores die mogelijk gegeven kunnen worden aan patiënten binnen dit zorgvraagtype. Deze scores hebben significant minder invloed op de keuze, maar ze kunnen de behoefte aan extra interventies aangeven.

Let op: In hoofdgroep X hoeft bij de vragen 7 en 8 slechts bij één van de twee vragen de score overeen te komen met de donkergroene vakjes. De hoogste score is hierbij leidend.

I.

HoNOS+. Toelichting bij de scores

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

HoNOS+

Toelichting bij de scores

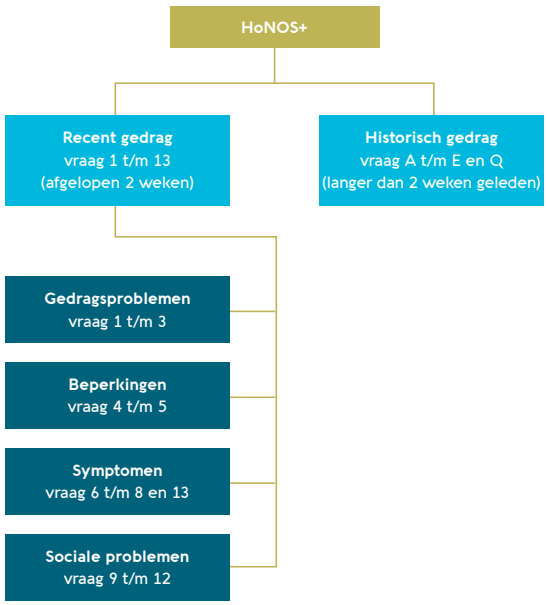
november 2023

De HoNOS+ en het scoringsschema met kleurcode

Belangrijke onderdelen van de zorgvraagtypering zijn de HoNOS+-vragenlijst en het scoringgschema met kleurcode. Hiermee bepaal je de zorgvraag van de patiënt, die uitgedrukt wordt in een zorgvraagtype. De vragen in dit instrument zijn gebaseerd op de HoNOS, waaraan enkele extra vragen zijn toegevoegd (vandaar de +). HoNOS is een internationaal erkende vragenlijst.* De vragen gaan over de vier verschillende soorten problemen die hiernaast zijn weergegeven. Dit onderscheid is van belang bij het vaststellen van een zorg-vraagtype bij verslavingsproblematiek. De eerste twaalf vragen in de vragenlijst zijn HoNOS vragen. De laatste zeven vragen (vraag 13, A t/m E en Q) zijn op basis van onderzoek toegevoegd aan de zorgvraagtypering.

Deel 1 (vraag 1 t/m 13) bevat vragen met betrekking tot de ernst van de problemen van de patiënt tijdens de twee weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Deze vragen zijn overgenomen van HoNOS.

Deel 2 (vraag A t/m E en Q) bevat vragen naar problemen vanuit een 'historisch' perspectief. Deze vragen brengen problemen in kaart die optreden op 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, wordt gescoord.



Figuur 1. Opbouw 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 psychische patiënten in kaart te brengen.

Deel 1: Huidige gedragingen

Voor vragen 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
Inclusief: elk zulk gedrag ongeacht de oorzaak (drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie, etc.) **Exclusief:** bizar gedrag dat gescoord wordt bij item 6 (hallucinaties en wanen).	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
Exclusief: zelfverwonding per ongeluk ontstaan (bijvoorbeeld als gevolg van dementie of verstandelijke beperking); het probleem hierbij wordt gescoord op vraag 4, de verwonding op vraag 5. **Exclusief:** ziekte of verwonding als direct gevolg van alcohol- of drugsgebruik worden gescoord op vraag 3 (levercirrose of bijvoorbeeld verwondingen als gevolg van rijden onder invloed worden gescoord op vraag 5).	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
Exclusief: agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol of drugsgebruik. Dat wordt gescoord op vraag 1. **Exclusief:** lichamelijke ziekte of handicap als gevolg van alcohol- of drugsgebruik. Dat wordt gescoord op vraag 5.	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; risico's nemen onder invloed.	Incapabel door alcohol- of drugsproblemen.

4. Cognitieve problemen

	0	1	2	3	4
Inclusief: problemen met geheugen, oriëntatie en begripsvermogen passend bij enige stoornis: leerstoornis, dementie, schizofrenie, etc. **Exclusief:** tijdelijke problemen als gevolg van alcohol/ drugsgebruik (bijvoorbeeld een kater) die gescoord worden op vraag 3 (problematisch alcohol- of drugsgebruik).	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 verdwaald 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 dagelijksegebeurtenissen; zo nu en dan incoherente spraak; vertraagd denken.	Ernstige desoriëntatie (bijvoorbeeld niet herkennen van familie); gevaar voor ongelukken; onbegrijpelijk taal-gebruik; verlaagd bewustzijn of stupor.

5. Lichamelijke problemen of handicaps					
	0	1	2	3	4
Inclusief: ziekte of handicap van elke oorsprong die mobiliteitsbeperkingen geven, het zicht of gehoor aantasten, dan wel anderszins interfereren met het persoonlijk functioneren. **Inclusief:** bijwerkingen van medicatie; effecten van drug- of alcoholgebruik; handicaps als gevolg van ongevallen of zelfverwonding voortkomend uit cognitieve problemen, rijden onder invloed, etc. **Exclusief:** psychische problemen of gedragsproblemen die gescoord worden op vraag 4 (cognitieve problemen).	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 lichamelijk gezondheidsprobleem.	Ernstige of volledige incapaciteit als gevolg van lichamelijk gezondheidsprobleem.

6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
	0	1	2	3	4
Inclusief: hallucinaties en waanvoorstellingen ongeacht de diagnose. Inclusief: vreemd en bizar gedrag geassocieerd met hallucinaties of waanvoorstellingen. **Exclusief:** agressief, destructief of hyperactief gedrag dat voortkomt uit hallucinaties of wanen en dat gescoord wordt op vraag 1 (hyperactief en agressief gedrag).	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
Inclusief: gevoelens van minderwaardigheid en/of schuld. Exclusief: hyperactiviteit of geagiteerd gedrag. Dat wordt gescoord op vraag 1. **Exclusief:** suïcidegedachten of pogingen. Die worden gescoord op vraag 2. **Exclusief:** waanvoorstellingen of hallucinaties; die worden gescoord op vraag 6.	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
Scoor alleen het meest ernstige klinische probleem niet vallend onder item 6 (hallucinaties en wanen) en item 7 (depressieve stemming). Specificeer het type probleem volgens onderstaande indeling.	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.

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	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
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. **Inclusief:** problemen in de partnerrelatie. **Inclusief:** problemen met relaties die voorkomen uit bijvoorbeeld autismespectrumstoornis, een verstandelijke beperking of persoonlijkheidsstoornis.	Geen belangrijk probleem van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Ondergeschikte niet-klinische problemen.	Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties: patiënt klaagt hierover en/of de problemen zijn duidelijk voor anderen.	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.	Ernstig en kommervol sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en/of wegens terugtrekken uit sociale relaties.

10. Problemen met algemene dagelijks levensverrichtingen (ADL)

	0	1	2	3	4
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.). **Inclusief:** gebrek aan motivatie om mogelijkheden te gebruiken die de zelfredzaamheid kunnen vergroten, want dit draagt bij aan een lager totaal ADL niveau. **Exclusief:** gebrek aan mogelijkheden om intacte bekwaamheden en vaardigheden. uit te oefenen. Dit wordt gescoord bij de vragen 11-12.	Geen problemen van deze aard gedurende afgelopen periode; goed in staat op alle gebieden te functioneren.	Alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).	Zelfzorg op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere van de genoemde complexe vaardigheden.	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.	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe vaardigheden.

11. Problemen met woonomstandigheden

	0	1	2	3	4
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? **Exclusief:** het niveau van functioneren; dat wordt gescoord op vraag 10 (problemen met ADL). *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.*	Accommodatie en woonomstandigheden zijn acceptabel; zij dragen ertoe bij om elke beperking gescoord op vraag 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunen de zelfredzaamheid.	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).	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).	Zorgwekkende multipele 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.	Accommodatie is onacceptabel (bijvoorbeeld basisvoorzieningen ontbreken, dreigende uithuiszetting of dakloosheid of woonomstandigheden zijn anderszins onacceptabel) en verergert de problemen van de patiënt.

12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd					
	0	1	2	3	4
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). **Exclusief:** het niveau van functioneren zelf. Dat wordt gescoord op vraag 10. *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.*	De dagelijkse omgeving van patiënt is acceptabel; draagt bij om elke beperking gescoord op vraag 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunt de zelfredzaamheid.	Ondergeschikte of tijdelijke problemen (bijvoorbeeld verlate betaling door de uitkerende instantie); redelijke voorzieningen zijn beschikbaar, maar niet altijd op het gewenste moment, etc.	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.	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.	Gebrek aan enige mogelijkheid tot activiteiten overdag verergert de problemen van de patiënt.

13. Sterke onredelijke gedachten, niet psychotisch in origine					
	0	1	2	3	4
Scoor sterke onredelijke gedachten (die kunnen voorkomen bij mensen met stoornissen zoals bijvoorbeeld obsessieve-compulsieve stoornis, anorexia nervosa, persoonlijkheidsstoornis, ziekelijke jaloezie etc.). **Exclusief:** Waanideeën. Deze worden gescoord op vraag 6. **Exclusief:** De ernst van de hierboven genoemde stoornissen indien sterk onredelijke gedachten niet aanwezig zijn. Deze worden gescoord op vraag 8. **Exclusief:** Gedachten / gedragingen die in overeenstemming zijn met de culturele achtergrond van de persoon.	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 vragen 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
Scoor agitatie en overactief gedrag dat het sociaal functioneren verstoort. Het gaat om gedrag dat leidt tot bezorgdheid bij of schade aan anderen. **Inclusief:** uitgelaten stemming die niet in verhouding staat tot de omstandigheden (bijv. veroorzaakt door drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie etc.) **Inclusief:** overmatige prikkelbaarheid, rusteloosheid, intimidatie, obsceen gedrag en agressie naar mensen, dieren of eigendom. **Exclusief:** bizar gedrag, dit wordt gescoord op vraag 6.	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 obsceen gedrag. Euforische stemming, agitatie of rusteloosheid, leidend tot volledige ontregeling van het functioneren.

B. Herhaaldelijke zelfverwonding (voorgaand)

	0	1	2	3	4
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. **Inclusief:** het zichzelf snijden, bijten, slaan, branden, het breken van botten of het nemen van giftige stoffen enz. **Exclusief:** het zichzelf per ongeluk verwonden (bijv. vanwege leerstoornis of cognitieve beperking; het cognitieve probleem worden gescoord op vraag 4 en de verwonding op vraag 5). **Exclusief:** letsel als direct gevolg van drugs-/alcoholgebruik (bijv. leverschade); dit wordt gescoord op vraag 5. Letsel opgelopen terwijl men onder invloed is, wordt gescoord op vraag 5.	Geen belangrijk probleem van deze aard gedurende de afgelopen periode.	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 (d.w.z. ernstige littekens, verlammingen, schade aan de interne organen) en mogelijk overlijden.

C. Bescherming van kinderen en kwetsbare anderen (voorgaand)					
	0	1	2	3	4
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. **Inclusief:** elke patiënt die geregeld toegang tot en contact met kinderen of andere kwetsbare personen heeft. **Exclusief:** risico's voor een bredere populatie (worden gescoord op vraag A). **Exclusief:** problemen met relaties, die worden in vraag 9 gescoord.	De ziekte of het gedrag heeft geen duidelijke gevolgen voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen.	Er zijn lichte zorgen over de gevolgen van de ziekte of het gedrag voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen.	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.	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.	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.

D. Betrokkenheid / motivatie (voorafgaand)					
	0	1	2	3	4
Scoor de motivatie, het ziekte-inzicht, de acceptatie van zorg / behandeling en het vermogen om een verbinding aan te gaan met het zorgpersoneel. **Inclusief:** 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. **Exclusief:** cognitieve problemen zoals gescoord op vraag 4, de ernst van de ziekte of het niet nakomen van afspraken wegens praktische redenen.	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.	Enige terughoudendheid om contacten aan te gaan of klein risico op afhankelijkheid van zorg. Heeft begrip van eigen problemen.	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.	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.	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.

D. Betrokkenheid / motivatie (voorafgaand)					
	0	1	2	3	4
Scoor de motivatie, het ziekte-inzicht, de acceptatie van zorg / behandeling en het vermogen om een verbinding aan te gaan met het zorgpersoneel. **Inclusief:** 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. **Exclusief:** cognitieve problemen zoals gescoord op vraag 4, de ernst van de ziekte of het niet nakomen van afspraken wegens praktische redenen.	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.	Enige terughoudendheid om contacten aan te gaan of klein risico op afhankelijkheid van zorg. Heeft begrip van eigen problemen.	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.	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.	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.

E. Kwetsbaarheid (voorafgaand)					
	0	1	2	3	4
Scoor het onvermogen van de persoon om zichzelf te beschermen tegen risico op schade aan de gezondheid, veiligheid of welzijn. **Inclusief:** fysieke, seksuele, emotionele en financiële uitbuiting of intimidatie. **Exclusief:** problemen met motivatie en betrokkenheid gescoord op vraag D.	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
Exclusief: agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol-of drugsgebruik, dit wordt gescoord op vraag1. **Exclusief:** lichamelijk ziekten of beperkingen als gevolg van alcohol- of drugsgebruik, dit wordt gescoord op vraag 5.	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.

J.

Beschrijving Zorgvraagtypen ggz

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Beschrijving Zorgvraagtypen ggz

november 2023

Hoofdindeling

X

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 en hallucinaties

→

1 Psychische aandoening - lichte problematiek
2 Psychische aandoening - lichte problematiek met grotere zorgvraag
3 Psychische aandoening - matige problematiek
4 Psychische aandoening - ernstige problematiek
5 Psychische aandoening - zeer ernstige problematiek
6 Psychische aandoening - sterk onredelijke overtuiging
7 Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend
8 Psychische aandoening - zeer risicovol/chaotische problematiek

Y

Y. Een zorgvraag met (perioden van) verontrustende psychotische en/of manische symptomen en/of wanen en/of hallucinaties die hinder veroorzaken of veroorzaakt hebben en/of zich manifesteren of manifesteerden in bizar gedrag

→

10 Psychotische stoornis - eerste episode
11 Psychotische stoornis - stabiel
12 Psychotische stoornis - chronisch en beperkend
13 Psychotische stoornis - beperkend met ernstige psychotische kenmerken
14 Psychotische stoornis - acute episode
15 Depressie met psychotische kenmerken - acute episode
16 Psychotische stoornis - chronisch, instabiel en ernstig middelenmisbruik
17 Psychotische stoornis - chronisch, instabiel en zeer lage motivatie/therapietrouw

Z

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

→

18 Cognitieve beperking - licht
19 Cognitieve beperking - matig/lichte gedrags- of psychische complicaties
20 Cognitieve beperking - ernstig met matige gedrags- of psychische complicaties
21 Cognitieve beperking - ernstig met ernstige gedrags- of psychische complicaties

Algemene beschrijvingen hoofdgroepen

Hoofdgroep X

In deze hoofdgroep worden patiënten ingedeeld die in de regel last hebben van een "common mental disorder". Dit zijn bijvoorbeeld stemmingsstoornissen, angststoornissen, trauma en stress gerelateerde stoornissen, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen e.a. Hierbij is over het algemeen niet of nauwelijks sprake van psychotische symptomen of organisch cognitieve problemen. In zorgvraagtype 1 kan de problematiek niet altijd voldoen aan de criteria voor een DSM-classificatie. Daarentegen kan in de hogere zorgvraagtypen (met name 6, 7 en 8) ook sprake zijn van EPA-problematiek.

Bij de zorgvraagtypen 1 t/m 5 is er sprake van oplopende ernst van de problematiek. Dat bestaat uit de ernst van de psychische klachten, de beperkingen in het functioneren en het risico op suïcide of zelfbeschadiging. Ook neemt de complexiteit toe naarmate het zorgvraagtype oploopt.

In zorgvraagtypen 6, 7 en 8 is de problematiek hardnekkiger en langduriger. Patiënten hebben meer last van onredelijke overtuigingen. Naast de psychische klachten speelt hierbij ook vaak persoonlijkheidsproblematiek. Bij zorgvraagtype 6 is hierbij sprake van ernstige klachten en een verhoogd risico, ook voor de omgeving. Bij zorgvraagtype 7 ligt de nadruk minder op de ernst van de klachten. De nadruk ligt meer op de beperkingen in het functioneren. Zorgvraagtype 8 wordt gekenmerkt door acting out gedrag en instabiliteit/impulsiviteit.

Hoofdgroep Y

In deze hoofdgroep worden de patiënten ingedeeld met een zorgvraagtype dat past bij psychotische stoornissen. Patiënten met een bipolaire stoornis en patiënten met (andere) ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) maken deel uit van deze groep.

Bij de zorgvraagtypen 10 t/m 13, 16 en 17 is er sprake van patiënten met een verstoorde realiteitstoetsing. De ernst, duur en mate van beperking loopt op in de opeenvolgende zorgvraagtypen. Ook de kwetsbaarheid en instabiliteit neemt toe.

Bij zorgvraagtype 10 gaat het om patiënten met eerste psychosen. Dit kan al dan niet in combinatie met depressieve klachten en drank- of drugsmisbruik zijn. Ze hebben een symptomatologie die varieert van licht tot ernstig.

In zorgvraagtype 11 worden patiënten met terugkerende psychosen ondergebracht die met (medicamenteuze) begeleiding redelijk onder controle zijn. Er kan zowel sprake zijn van een langdurige herstelfase als van een stabilisatie met beperkingen.

Zorgvraagtypen 12 en 13 omvatten patiënten met chronische psychosen die blijvende beperkingen in het functioneren ervaren. Ze hebben kwetsbaarheden in een oplopende ernst. Bij zorgvraagtype 13 betreft het patiënten met een voortdurende instabiliteit.

Zorgvraagtypen 14 en 15 delen patiënten met een acute psychiatrische ontregeling in. Bij zorgvraagtype 14 zijn dit patiënten met een ernstige psychotische verwardheids- en opwindingstoestanden. Ze kunnen zowel een gevaar voor zichzelf als voor anderen zijn. Bij zorgvraagtype 15 gaat het om patiënten met een psychotische depressie. Er is hierbij sprake van (ernstig risico op) zelfbeschadiging en suïcidaliteit. Er zijn ernstige risico's voor de omgeving van de patiënt.

Zorgvraagtypen 16 en 17 omvatten patiëntengroepen met chronisch instabiele psychotische klachten. Bij zorgvraagtype 16 is er ook sprake van een verslavingsproblematiek. Zorgvraagtype 17 betreft chronisch psychotische zorgmijders.

Algemene beschrijvingen hoofdgroepen

Hoofdgroep Z

In deze hoofdgroep worden patiënten ingedeeld met een zorgvraagtype dat past bij cognitieve stoornissen op een organische basis. Het gaat hierbij vooral om patiënten met een vorm van dementie. Ook in deze hoofgroep is er sprake van een oplopende ernst van de symptomen, beperkingen en risico's bij een hoger zorgvraagtype nummer.

In zorgvraagtype 18 worden patiënten ingedeeld met een beginnende dementie of een andere organische stoornis die het cognitieve functioneren licht beperkt. Het gaat steeds om onomkeerbare toestandsbeelden.

Bij zorgvraagtype 19 is de symptomatologie van de patiënten ernstiger, is er een risico van zelfverwaarlozing en van beperkingen in het sociale functioneren.
In zorgvraagtype 20 worden patiënten ondergebracht met een uitgesproken beeld van dementie en neurocognitieve stoornissen, die geen zorg meer kunnen dragen voor zichzelf en een risico vormen voor zichzelf en anderen. Er kan sprake zijn van ernstige gedragsstoornissen en psychiatrische symptomen.

Zorgvraagtype 21 beschrijft vergevorderde stadia van dementie en neurocognitieve stoornissen bij patiënten die toezicht en hulp nodig hebben bij vrijwel alle vormen van zelfzorg en dagelijks functioneren.

Zorgvraagtype 1:
Psychische aandoening - lichte problematiek

X

Algemene omschrijving
Deze groep heeft klachten, zoals een depressieve stemming, angst, rouw of andere psychische klachten, de impact daarvan is echter beperkt. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

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.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 8-12 weken
- Suggestie reviewtermijn: 12 weken

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 2:
Psychische aandoening - – lichte problematiek met grotere zorgvraag

X

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 zorgvraagtype 1, en hebben nu meer specifieke interventies nodig, of zij zijn eerder met succes behandeld binnen een hoger zorgvraagtype en presenteren nu mildere symptomen. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

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

Risico
Risico
Er is waarschijnlijk geen sprake van risico's.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 12-15 weken
- Suggestie reviewtermijn: 15 weken

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 3:
Psychische aandoening – matige problematiek

X

Algemene omschrijving
Deze groep heeft matige klachten, zoals een depressieve stemming, angsten of andere psychische klachten.

Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

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.

Beloop
Van korte duur of onderdeel van laagfrequente behandeling.

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 6 maanden
- Suggestie reviewtermijn: 3 maanden

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 4:
Psychische aandoening – ernstige problematiek

X

Algemene omschrijving
Deze groep heeft een ernstige depressie en/of angsten en/of andere ernstige psychische of gedragsproblemen . De patiënt ervaart ontregeling van het dagelijks functioneren en er kan sprake zijn van een verhoogd risico op zelfbeschadiging, suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

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.

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 6-18 maanden
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 5:
Psychische aandoening – zeer ernstige problematiek

X

Algemene omschrijving
Deze groep heeft een ernstige depressie en/of angsten en/of andere ernstige psychische en gedragsproblemen. Er is geen sprake van verontrustende hallucinaties of wanen, maar er kan sprake zijn van onredelijke overtuigingen. Er is vaak sprake van een hoog risico op suïcidaal gedrag of opzettelijke zelfverwonding. Er kan sprake zijn van een gevaar voor anderen en van een ernstige ontregeling van het dagelijks leven. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik of verslavingsproblematiek.

Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

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 suïcidaal gedrag of 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.

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 1-3 jaar
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	kan scoren	kan scoren			
2. Opzettelijke zelfverwonding				wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	kan scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren	
4. Cognitieve problemen	kan scoren	kan scoren	kan scoren		
5. Lichamelijke problemen of handicaps	kan scoren	kan scoren	kan scoren		
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	moet scoren	moet scoren			
7. Problemen met depressieve stemming*					moet scoren
8. Overige psychische en gedragsproblemen*					moet scoren
9. Problemen met relaties		wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren
10. Problemen met ADL			kan scoren	kan scoren	kan scoren
11. Problemen met woonomstandigheden		kan scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden:**			kan scoren	kan scoren	kan scoren
13. Sterke onredelijke overtuigingen	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren		

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	kan scoren	kan scoren	kan scoren		
B. Herhaalde zelfverwonding			wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen		kan scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren
D. Betrokkenheid	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren			
E. Kwetsbaarheid		kan scoren	kan scoren	kan scoren	
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 6:
Psychische aandoening – sterk onredelijke overtuiging

X

Algemene omschrijving
Deze groep heeft matige tot zeer ernstige psychische problematiek die moeilijk te behandelen is en/of een intensieve behandeling vragen. Denk daarbij onder andere aan behandelresistente chronische eetstoornissen en dwangstoornissen, waarbij men vasthoudt aan sterke onredelijke overtuigingen, bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en persisterende depressies en andere aandoeningen. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

Beperkingen
Waarschijnlijk ernstige gevolgen voor het activiteitenniveau 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.

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	kan scoren	kan scoren	kan scoren		
2. Opzettelijke zelfverwonding		wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren		
3. Problematisch alcohol- of druggebruik		kan scoren	kan scoren		
4. Cognitieve problemen	kan scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren	
5. Lichamelijke problemen of handicaps	kan scoren	kan scoren	kan scoren		
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	kan scoren	kan scoren	kan scoren		
7. Problemen met depressieve stemming*				moet scoren	moet scoren
8. Overige psychische en gedragsproblemen*				moet scoren	moet scoren
9. Problemen met relaties		wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	
10. Problemen met ADL		kan scoren	kan scoren	kan scoren	
11. Problemen met woonomstandigheden		kan scoren	kan scoren	kan scoren	
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden:**		kan scoren	kan scoren	kan scoren	
13. Sterke onredelijke overtuigingen				moet scoren	moet scoren

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	kan scoren	kan scoren	kan scoren		
B. Herhaalde zelfverwonding	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren		
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	kan scoren	kan scoren	kan scoren		
D. Betrokkenheid		wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	
E. Kwetsbaarheid	kan scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren	
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 7:
Langdurige psychische aandoening – aanhouden en/of zeer beperkend

X

Algemene omschrijving
Deze groep lijdt aan matige tot ernstige stoornissen die aanhoudend en/of zeer beperkend zijn. Patiënten zijn vaak eerder in behandeling geweest, waarbij er sprake kan zijn van (tijdelijke) verbetering. Of patiënten zijn al langer in behandeling en er blijft sprake van duidelijke beperkingen in het functioneren op verschillende leefgebieden. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

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

Risico
Waarschijnlijk weinig of geen 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.

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 1 jaar

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

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

X

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. Waarschijnlijk is er sprake van middelenmisbruik of verslavingsproblematiek.

Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

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.

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 1 jaar

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 10:
Psychotische stoornis – eerste episode

Y

Algemene omschrijving
De patiënt wordt voor de eerste keer behandeld voor lichte tot ernstige psychotische symptomen. 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.

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 vaak multidisciplinaire behandeling nodig maken.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3 jaar
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	kan scoren	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
2. Opzettelijke zelfverwonding	wordt niet verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	wordt niet verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren
4. Cognitieve problemen	kan scoren	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
5. Lichamelijke problemen of handicaps	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	wordt niet verwacht te scoren	moet scoren	moet scoren	moet scoren	moet scoren
7. Problemen met depressieve stemming*	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren
8. Overige psychische en gedragsproblemen*	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren
9. Problemen met relaties	wordt niet verwacht te scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren
10. Problemen met ADL	wordt niet verwacht te scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren
11. Problemen met woonomstandigheden	wordt niet verwacht te scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden:**	wordt niet verwacht te scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren
13. Sterke onredelijke overtuigingen	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	wordt niet verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
B. Herhaalde zelfverwonding	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
D. Betrokkenheid	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	kan scoren	kan scoren	kan scoren
E. Kwetsbaarheid	wordt niet verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 11:
Psychotische stoornis – stabiel

Y

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.

Beperkingen
Wel comorbiditeit maar deze interfereert niet met behandeling. Er is sprake van volledig of bijna volledig functioneren.

Risico
Terugval

Beloop
Langdurig van aard

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 2+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 1 jaar

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
2. Opzettelijke zelfverwonding	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
4. Cognitieve problemen	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
5. Lichamelijke problemen of handicaps	kan scoren	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	moet scoren	moet scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
7. Problemen met depressieve stemming*	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
8. Overige psychische en gedragsproblemen*	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
9. Problemen met relaties	kan scoren	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
10. Problemen met ADL	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
11. Problemen met woonomstandigheden	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden:**	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
13. Sterke onredelijke overtuigingen	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
B. Herhaalde zelfverwonding	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	kan scoren	kan scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
D. Betrokkenheid	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
E. Kwetsbaarheid	wordt verwacht te scoren	wordt verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren	wordt niet verwacht te scoren
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar	geen data beschikbaar

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 12:
Psychotische stoornis – chronisch en beperkend

Y

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.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 1 jaar

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 13:
Psychotische stoornis – beperkend met ernstige psychotische kenmerken

Y

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.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 1 jaar

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 14:
Psychotische stoornis – acute episode

Y

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.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 8-12 weken
- Suggestie reviewtermijn: 4 weken

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	kan	kan	kan	kan	niet
2. Opzettelijke zelfverwonding	wordt	wordt	wordt	niet	niet
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	wordt	wordt	wordt	niet	niet
4. Cognitieve problemen	niet	kan	kan	kan	kan
5. Lichamelijke problemen of handicaps	niet	kan	kan	kan	niet
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	niet	niet	niet	moet	moet
7. Problemen met depressieve stemming*	niet	wordt	wordt	wordt	niet
8. Overige psychische en gedragsproblemen*	niet	niet	kan	kan	kan
9. Problemen met relaties	niet	niet	kan	kan	kan
10. Problemen met ADL	niet	niet	kan	kan	kan
11. Problemen met woonomstandigheden	niet	kan	kan	kan	niet
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden:**	niet	niet	wordt	wordt	moet
13. Sterke onredelijke overtuigingen	kan	kan	kan	kan	niet

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	niet	niet	wordt	wordt	wordt
B. Herhaalde zelfverwonding	wordt	wordt	wordt	niet	niet
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	niet	niet	kan	kan	kan
D. Betrokkenheid	niet	niet	wordt	wordt	wordt
E. Kwetsbaarheid	niet	niet	wordt	wordt	wordt
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	geen	geen	geen	geen	geen

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 15:
Depressie met psychotische kenmerken – acute episode

Y

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.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 8-12 weken
- Suggestie reviewtermijn: 4 weken

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	kan	kan	kan	niet	niet
2. Opzettelijke zelfverwonding	niet	niet	wordt	wordt	wordt
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	wordt	wordt	wordt	niet	niet
4. Cognitieve problemen	niet	niet	kan	kan	kan
5. Lichamelijke problemen of handicaps	niet	kan	kan	kan	kan
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	niet	niet	moet	moet	moet
7. Problemen met depressieve stemming*	niet	niet	niet	moet	moet
8. Overige psychische en gedragsproblemen*	niet	niet	moet	moet	moet
9. Problemen met relaties	niet	niet	kan	kan	kan
10. Problemen met ADL	niet	niet	kan	kan	kan
11. Problemen met woonomstandigheden	niet	kan	kan	kan	niet
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden:**	niet	niet	wordt	wordt	wordt
13. Sterke onredelijke overtuigingen	kan	kan	kan	kan	kan

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	wordt	wordt	wordt	niet	niet
B. Herhaalde zelfverwonding	wordt	wordt	wordt	wordt	niet
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen	niet	niet	kan	kan	kan
D. Betrokkenheid	wordt	wordt	wordt	niet	niet
E. Kwetsbaarheid	niet	niet	wordt	wordt	wordt
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	geen	geen	geen	geen	geen

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

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

Y

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.

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 druggebruik. 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
Langdurig van aard

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

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

Y

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 zorgvraagtype 16 te rechtvaardigen. Bij deze patiënten is sprake van slechte therapietrouw, ze zijn kwetsbaar en beperkt gemotiveerd voor het ontvangen van zorg.

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
Langdurig van aard

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Zorgvraagtype 18:
Cognitieve beperking – licht

Z

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 symptomen hebben, maar daar nog steeds redelijk mee kunnen functioneren. Onderliggende omkeerbare fysieke oorzaken zijn uitgesloten.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 1 jaar

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

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

Z

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.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

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:**					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
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					

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

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

Z

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 gedrags-problemen 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.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	kan	kan	kan	kan	
2. Opzettelijke zelfverwonding	wordt verwacht	wordt verwacht			
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	kan	kan			
4. Cognitieve problemen				moet	moet
5. Lichamelijke problemen of handicaps			wordt verwacht	wordt verwacht	wordt verwacht
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen				wordt verwacht	wordt verwacht
7. Problemen met depressieve stemming*			kan	kan	kan
8. Overige psychische en gedragsproblemen*			kan	kan	kan
9. Problemen met relaties			kan	kan	kan
10. Problemen met ADL				wordt verwacht	wordt verwacht
11. Problemen met woonomstandigheden		kan	kan	kan	
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden:**			wordt verwacht	wordt verwacht	wordt verwacht
13. Sterke onredelijke overtuigingen		kan	kan	kan	

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming			wordt verwacht	wordt verwacht	wordt verwacht
B. Herhaalde zelfverwonding	kan	kan	kan		
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen		kan	kan		
D. Betrokkenheid			wordt verwacht	wordt verwacht	wordt verwacht
E. Kwetsbaarheid				wordt verwacht	wordt verwacht
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	geen data	geen data	geen data	geen data	geen data

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

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

Z

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.

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

Evaluatie
- Indicatieve periode van zorg: 3+ jaar
- Suggestie reviewtermijn: 6 maanden

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	kan	kan	kan	kan	
2. Opzettelijke zelfverwonding	wordt verwacht	wordt verwacht			
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	kan	kan			
4. Cognitieve problemen			moet	moet	moet
5. Lichamelijke problemen of handicaps				wordt verwacht	wordt verwacht
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen		wordt verwacht	wordt verwacht	wordt verwacht	
7. Problemen met depressieve stemming*		kan	kan	kan	
8. Overige psychische en gedragsproblemen*			kan	kan	kan
9. Problemen met relaties				kan	kan
10. Problemen met ADL				wordt verwacht	wordt verwacht
11. Problemen met woonomstandigheden		kan	kan	kan	
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden:**				wordt verwacht	wordt verwacht
13. Sterke onredelijke overtuigingen	kan	kan	kan		

Beoordeling historie	0	1	2	3	4
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming	wordt verwacht	wordt verwacht	wordt verwacht	wordt verwacht	
B. Herhaalde zelfverwonding	kan	kan			
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen				kan	kan
D. Betrokkenheid			wordt verwacht	wordt verwacht	wordt verwacht
E. Kwetsbaarheid				wordt verwacht	wordt verwacht
Q. Problematisch alcohol- of druggebruik	geen data	geen data	geen data	geen data	geen data

* Bij items 7 en 8 hoeft slechts bij 1 van de twee vragen sprake te zijn van 'moet scoren'.

** beroepsmatig en vrije tijd

moet scoren
wordt verwacht te scoren
kan scoren
wordt niet verwacht te scoren
geen data beschikbaar

Handleiding Zorgvraagtypering forensische zorg

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Handleiding zorgvraagtypering forensische zorg

29 juni 2022

Voor wie is dit document

Dit document is bedoeld voor alle behandelaren die cliënten behandelen die in de settingen forensische zorg klinisch en niet-klinisch van het Zorgprestatiemodel vallen en die een contract hebben met ForZo/JJI. Deze handreiking bevat een stappenplan op welke manier de zorgvraagtypering forensische zorg (fz) in de praktijk moet worden toegepast per 1 januari 2022.

Totstandkoming zorgvraagtypering fz

In de geestelijke gezondheidszorg is de HONOS+ vragenlijst een belangrijk onderdeel van de zorgvraagtypering van cliënten. Voor de forensische zorg is ervoor gekozen om hiervan af te wijken. Binnen de forensische zorg (strafrechtelijk en civielrechtelijk) is namelijk het verminderen van het delict/recidiverisico leidend bij behandeling met als primaire doel het beschermen van de maatschappij.

Samen met een vertegenwoordiging van het forensische zorgveld is een model voor zorgvraagtypering van fz cliënten ontwikkeld[1] met als doel om de zorginzet en -kosten primair te kunnen afstemmen op de hoogte van het recidiverisico. Daarbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Zoveel mogelijk aansluiten bij de bestaande praktijk in de fz;
- Zo eenvoudig mogelijk: alleen informatie vragen waarvan de voorspellende waarde voor de behandelduur en -intensiteit (inclusief mate van beveiliging) aannemelijk of bewezen is.

Opbouw van de zorgvraagtypering fz

Op basis van bovenstaande uitgangspunten is het model voor zorgvraagtypering fz opgebouwd uit drie dimensies:

- A. Recidiverisico
- B. Ernst van het delict(gedrag)
- C. Exceptionele responsiviteitsproblemen

Het recidiverisico is een centraal onderdeel van de behandeling binnen de fz en daarmee van dit model, aangezien dit iets zegt over de mate van beveiliging die nodig is voor het opstellen en bijstellen van de benodigde behandeling. Alleen het recidiverisico is echter niet voldoende. Om de schaarse middelen (tijd en geld) in te zetten waar dit het meest nodig is, moet ook rekening worden gehouden met de ernst van het delict(gedrag). Dit houdt in dat de (forensische) zorg terecht moet komen bij cliënten met de grootste kans op (herhaling van) een (zeer) ernstig delict. Tot slot is de duur en intensiteit van de behandeling afhankelijk van de beïnvloedbaarheid/leerbaarheid van de cliënt. Om deze reden is de dimensie exceptionele responsiviteitsproblemen toegevoegd.

Naast de drie dimensies maakt ook de DSM-5 onderdeel uit van zowel de zorgvraagtypering ggz als fz.

Bepalen van de scores

De behandelaar bepaalt de score per dimensie. Op de volgende pagina staan de mogelijke scores per dimensie afgebeeld.

[1] Zie document 'Contouren zorgvraagtypering fz' voor meer informatie: https://www.forensischezorg.nl/files/contouren_zorgvraagtypering_fz.pdf

Dimensie	Naam	Scores				
A.	Recidiverisico	1	2	3	4	5
B.	Ernst van het delict(gedrag)	minder ernstig (-1)		ernstig (0)		zeer ernstig (+1)
C.	Exceptionele respon-siviteitsproblemen	nee (0)				ja (+1)

Tabel 1: mogelijke scores per dimensie

Het scoren van deze dimensies gebeurt in 2022 op de manier zoals hieronder staat beschreven.

Recidiverisico
De behandelaar bepaalt het (actuele) recidiverisico met behulp van één van de risicotaxatie-instrumenten die ook vanuit de prestatie-indicatoren zijn voorgeschreven[2]. Bij veroordeling voor meerdere delicten wordt uitgegaan van het meest ernstige delict. Om het recidiverisico voor elke cliënt op een vergelijkbare manier vast te leggen, worden alle risicotaxatie-instrumenten gekalibreerd naar gestandaardiseerde risk-levels op een schaal van I-V. Eind 2021 is deze kalibratie in eerste aanleg voltooid voor de SSA, HKT-R, FARE, HCR-20 en HCR-20^{V3}. Dit betekent dat het voor deze instrumenten mogelijk is om de op de schaal van I-V (zie tabel 3) af te lezen uit de opgeleverde vertaaltabellen. Voor de overige instrumenten wordt behandelaren verzocht om het risk-level klinisch in te schatten in één van de categorieën I-V op basis van de gegeven omschrijvingen, zie tabel 3 hieronder, tot de kalibratie voor deze instrumenten in 2022 is afgerond.

Instrument	Manier van invullen 2022
HCR-20^{V3} HKT-R SSA FARE	Met behulp van de cutoff scores in deze handreiking
B-SAFER FARE (mogelijk ook afgerond voor 2022) SAVRY SRP START START:AV	Gestructureerd professioneel oordeel

Tabel 2: overzicht van vertaling naar score 1-5 per risicotaxatie-instrument

De omschrijving van de vijf risicocategorieën biedt voor het klinisch oordeel een handvat. Deze omschrijvingen verschillen voor algemene recidive, geweldsrecidive en zedenrecidive. Als er geen sprake is van een seksueel of geweldsdelict wordt de tabel voor algemene recidive gehanteerd.

[2] Zie indicatorengids: Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie | Forensische Zorg

Vrouwelijke delinquenten

De tot nu toe gekalibreerde risicotaxatie-instrumenten zijn niet valide voor vrouwelijke delinquenten. Er is te weinig data van vrouwelijke delinquenten om goede berekeningen te kunnen maken en de data die er zijn laten zien dat de tot nu toe gekalibreerde instrumenten (HCR-20, HCR-20V3, HKT-R, FARE en SSA) niet goed van toepassing zijn op vrouwen. Uit eerder onderzoek bleek dat de START mogelijk een beter instrument is voor vrouwelijke delinquenten (De Vogel et al., 2019). De START is echter nog niet gekalibreerd en meer onderzoek is dus nodig.

Advies
Het advies is vooralsnog om het risico van recidive van vrouwelijke geweldsdelinquenten klinisch in te schatten op basis van de omschrijvingen die bij de verschillende risk-levels worden gegeven en hiervoor niet hun scores op de instrumenten te gebruiken.
Van vrouwelijke zedendelinquenten is bekend dat hun recidivepercentage erg laag is. Voor deze groep kan dus in principe worden uitgegaan van een laag risico op zedenrecidive, Level I, tenzij er zwaarwegende redenen zijn om daarvan af te wijken.

Algemene recidive

Tot nu toe zijn alleen instrumenten gekalibreerd voor zeden- en geweldsrecidive en nog niet voor algemene recidive. Bij de omschrijvingen van de risk-levels voor algemene recidive staan dan ook nog geen cutoff scores van instrumenten. Het advies is vooralsnog om het risico van algemene recidive klinisch in te schatten op basis van de omschrijvingen die bij de verschillende risk-levels voor algemene recidive worden gegeven.

Algemene recidive over de komende twee jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	Level I	Plegers in Level I worden beschouwd als *laag risico*. Deze plegers hebben weinig tot geen identificeerbare criminogene behoeften en als deze er zijn, zijn ze vaak mild of van voorbijgaande aard. Deze plegers beschikken vaak over een pro-sociaal netwerk en hun risico op algemene recidive verschilt weinig van het risico dat een jongvolwassen man een eerste delict pleegt: 2% tot 5% over een periode van twee jaar. Voor deze plegers is geen of weinig behandeling en toezicht nodig, omdat het risico al dermate laag is dat verdere verbetering nauwelijks te bereiken is.
2	Level II	Plegers in Level II worden beschouwd als *beneden-gemiddeld risico*. Plegers in dit level hebben enkele criminogene behoeften die vaak mild en voorbijgaand van aard zijn of hebben soms acute/incidentele problemen. Ze hebben een kwetsbaar maar pro-sociaal profiel en hebben minimaal toezicht en behandeling nodig. Zonder interventie is het risico van algemene recidive beduidend hoger dan het risico dat een jongvolwassen man een eerste delict pleegt, maar lager dan het risico van de gemiddelde pleger: tussen de 5% en 29% met een gemiddelde van 19% over twee jaar. Als passend toezicht of andere interventies worden geboden, zullen de meeste plegers uit Level II overgaan naar Level I, *laag risico*.
3	Level III	Plegers in Level III worden beschouwd als *gemiddeld risico*. Deze plegers hebben vaak meerdere criminogene behoeften die variëren in ernst, waarvan sommige ernstig van aard kunnen zijn. Het risico op algemene recidive van deze groep is gemiddeld en ligt tussen de 30% en 49% over een periode van twee jaar, met een gemiddelde van 40%. Deze plegers hebben zowel toezicht als behandeling nodig, waarbij de interventies meestal een goede impact hebben op het recidiverisico. Met de juiste interventies zullen de meeste plegers uit Level III over gaan naar Level II, *beneden-gemiddeld risico*.
4	Level IV	Plegers in level IV worden beschouwd als *bovengemiddeld risico*. Ze hebben meestal meerdere criminogene behoeften, waarvan sommige chronisch en ernstig. Deze plegers zijn hardnekkige recidivisten en laten vaak chronisch crimineel gedrag zien. Hun algemene recidiverisico binnen twee jaar is hoger dan dat van de meeste plegers en ligt tussen de 50% en 84%, met een gemiddelde van 65%. Ze hebben intensieve behandeling en toezicht nodig. Interventies kunnen veel impact hebben, maar zullen niet snel resulteren in een laag recidiverisico. Met de juiste interventies zullen sommige plegers uit Level IV overgaan naar Level III, *gemiddeld risico*, en na langere tijd (10 jaar of langer) mogelijk naar Level II, *beneden-gemiddeld risico*.
5	Level V	Plegers in Level V worden beschouwd als *zeer hoog risico*. Ze hebben meerdere criminogene behoeften die vaak chronisch, ernstig, en ingesleten zijn en die zich over meerdere facetten verspreiden (psychologisch, interpersoonlijk, leefstijl). Van deze plegers is het criminele profiel ingesleten en het is vrijwel zeker dat ze zullen recidiveren, met recidivepercentages van boven de 85% binnen twee jaar, met een gemiddelde van 90%. Deze groep plegers heeft zeer intensief toezicht en uitgebreide behandeling nodig die meerdere jaren beslaat. Deze interventies kunnen impact hebben, maar dienen zich gezien het hoge risico vooral te richten op motivatie voor behandeling en gedragsregulatie. Enkele plegers uit Level V zullen met de juiste interventies doorstromen naar Level IV, *bovengemiddeld risico*, of Level III, *gemiddeld risico*. Bij vergevorderde leeftijd van de pleger kan soms level II, *beneden-gemiddeld risico* bereikt worden.

Tabel 3: omschrijving van de vijf categorieën van recidiverisico (algemene recidive)

Omschrijving inclusief cutoff scores voor FARE, HCR-20, HCR-20^{V3}, HKT-R en FARE voor de vijf Standardized Risk Levels voor geweldsrecidive voor mannen. (De totaalscore van de HCR-20V3 wordt bepaald door per item de hoogst gescoorde sub-items op te tellen.)

Gewelddadige recidive over de komende vijf jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	Level I *FARE scores van 0 tot aan 13* *Kan nog niet worden onderscheiden met de HCR-20/ HCR-20^{V3}/ HKT-R*[4]	Plegers in Level I worden beschouwd als *laag risico*. Deze plegers hebben weinig tot geen identificeerbare criminogene behoeften en als deze er zijn, zijn ze vaak mild of van voorbijgaande aard. Deze plegers hebben vaak aanwijsbare bronnen van pro sociale steun en protectieve factoren op psychologische, interpersoonlijke en leefstijldomeinen. Hun risico op nieuw gewelddadig delictgedrag ligt rond de 5% in een periode van 5 jaar. Dat is vergelijkbaar met het percentage spontane, eerste geweldsdelicten onder personen met een niet-gewelddadig crimineel verleden en het percentage eerste geweldsdelicten onder jonge mannen van 18-25 jaar. Voor deze plegers is geen of weinig behandeling en toezicht nodig, omdat het risico al dermate laag is dat verdere verbetering nauwelijks te bereiken is. Van de meeste personen in Level I wordt verwacht dat ze afzien van verdere gewelddadige delicten, ook zonder interventie.
2	Level II *FARE scores van 13 tot aan 26* *HCR-20 scores van 0 tot aan 10* *HCR-20^{V3} scores van 0 tot aan 12* *HKT-R scores van 0 tot aan 25*	Plegers in Level II worden beschouwd als *beneden-gemiddeld risico*. Plegers in dit level hebben hooguit enkele criminogene behoeften die vaak mild en voorbijgaand van aard zijn of hebben soms acute/incidentele problemen. Ze hebben een kwetsbaar maar pro-sociaal profiel en hebben minimaal toezicht en behandeling nodig. De meeste van deze plegers hebben aanwijsbare bronnen van pro sociale steun en protectieve factoren. Wanneer sprake is van matige criminogene behoeften, wordt verwacht dat deze behoeften van voorbijgaande aard zijn en geen ingesleten problemen. Zonder interventie is het risico van geweldsrecidive hoger dan het risico dat een persoon met een niet-gewelddadig crimineel verleden een eerste geweldsdelict pleegt, maar lager dan het recidiverisico van de gemiddelde geweldpleger: ongeveer 10% over 5 jaar. Als passend toezicht of interventie wordt geboden, zullen de meeste plegers uit Level II overgaan naar Level I, *laag risico*.

[4] Niet alle risk-levels kunnen door alle instrumenten worden onderscheiden op basis van de data die op dit moment beschikbaar is. In praktijk zal dit niet vaak tot problemen leiden, omdat de verschillende settings de voor hen meest toepasselijke instrumenten gebruiken. In gevallen waarin het relevant is om een onderscheid te kunnen maken tussen Level I en Level II, kan dus het beste de FARE worden gebruikt en in gevallen waarin het relevant is om een onderscheid te kunnen maken tussen Level IV en Level V, kan dus het beste de HCR-20/ HCR-20^{V3}/HKT-R worden gebruikt.

Gewelddadige recidive over de komende vijf jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
3	Level III *FARE scores van 26 tot aan 41* *HCR-20 scores van 10 tot aan 19* *HCR-20^{V3} scores van 12 tot aan 21* *HKT-R scores van 25 tot aan 50*	Plegers in Level III worden beschouwd als *gemiddeld risico*. Ze hebben vaak meerdere criminogene behoeften - variërend in ernst - op psychologische, interpersoonlijke en leefstijldomeinen. Deze behoeften vormen een belemmering voor het effectief benutten van beschikbare pro sociale middelen en protectieve factoren. Het percentage geweldsrecidive voor personen in Level III is over het algemeen gelijk aan het gemiddelde percentage geweldsrecidive in de totale populatie van geweldsdelinquenten: ongeveer 20% over een periode van 5 jaar. Deze plegers hebben zowel toezicht als behandeling nodig, waarbij de interventies meestal een goede impact hebben op het recidiverisico. Met de juiste interventies zullen de meeste plegers uit Level III over gaan naar Level II, *beneden-gemiddeld risico*.
4	Level IV *FARE scores van 41 en hoger* *HCR-20 scores van 19 tot aan 28* *HCR-20^{V3} scores van 21 tot aan 30* *HKT-R scores van 50 tot aan 60*	Plegers in Level IV worden beschouwd als *bovengemiddeld risico*. Ze hebben vaak veel criminogene behoeften, waarvan de meeste chronisch en ernstig zijn. Er zijn waarschijnlijk aanzienlijke barrières voor het adequaat gebruik van pro sociale middelen en protectieve factoren. Hun risico van geweldsrecidive binnen 5 jaar is twee keer zo groot als dat van de gemiddelde pleger en ligt rond de 40%. Deze plegers hebben intensieve behandeling en toezicht nodig. Interventies kunnen veel impact hebben, maar zullen niet snel resulteren in een Level I. De prognose is dat veel individuen in Level IV na voldoende behandeling of positieve levensveranderingen binnen een aantal jaren overgaan naar Level III, *gemiddeld risico* en na langere tijd mogelijk naar Level II, *beneden-gemiddeld risico*.

Gewelddadige recidive over de komende vijf jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
5	Level V *Kan nog niet worden onderscheiden met de FARE* *HCR-20 scores van 28 en hoger* *HCR-20^{V3} scores van 30 en hoger* *HKT-R scores van 60 en hoger*	Plegers in Level V worden beschouwd als *hoog risico*. Ze hebben meestal veel criminogene behoeften, waarvan de meeste chronisch, ernstig en ingesleten zijn en zich over meerdere facetten verspreiden (psychologisch, interpersoonlijk, leefstijl). Er zijn waarschijnlijk aanzienlijke barrières voor het adequaat gebruik van pro sociale middelen en protectieve factoren. Het recidivepercentage voor plegers in Level V is drie keer het recidivepercentage van de gemiddelde geweldsdelinquent: ongeveer 60% over een periode van 5 jaar. Ze vormen daarmee een groep waarbij het optreden van recidive waarschijnlijker is dan het uitblijven ervan. Deze groep plegers heeft zeer intensief toezicht en langdurige behandeling nodig die meerdere jaren beslaat. De meeste plegers in Level V zullen uiteindelijk overgaan naar Level IV of III na voldoende behandeling of positieve levensveranderingen. Bij vergevorderde leeftijd van de pleger kan soms Level II, *beneden-gemiddeld risico* bereikt worden.

Tabel 4: omschrijving van de vijf categorieën van recidiverisico (geweldsrecidive)

Omschrijving voor de vijf Standardized Risk Levels voor seksuele recidive. Gebruik de Static/Stable combinatietabel om het risk level te bepalen aan de hand van de Static-99R en Stable-2007.

Zedenrecidive over de komende vijf jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	Level I	Plegers in Level I worden beschouwd als laag risico. Als ze criminogene behoeften hebben, zijn dit er waarschijnlijk weinig en/of zijn ze van voorbijgaande aard. Deze plegers hebben vaak aanwijsbare bronnen van prosociale steun en sterke punten op psychologische, interpersoonlijke en leefstijldomeinen. Hun risico op nieuw seksueel delictgedrag verschilt niet van het percentage spontane, eerste zedendelicten onder personen met een niet-seksueel crimineel verleden: ongeveer 3% over een periode van 5 jaar. De prognose, gezien het toch al lage verwachte recidivepercentage, is goed. Van de meeste personen in Level I wordt verwacht dat ze afzien van verder crimineel gedrag, ook zonder interventie.
2	Level II	Plegers in Level II worden beschouwd als beneden-gemiddeld risico. De meeste van deze plegers hebben weinig criminogene behoeften en hebben aanwijsbare bronnen van prosociale steun en sterke punten. Wanneer sprake is van matige criminogene behoeften, wordt verwacht dat deze behoeften van voorbijgaande aard zijn en geen ingesleten problemen. Het risico van nieuw seksueel delictgedrag voor plegers in Level II is lager dan de gemiddelde pleger die is veroordeeld voor seksuele delicten, maar ongeveer het dubbele van plegers in Level I: ongeveer 5% over een periode van 5 jaar. Verwacht wordt dat de meeste plegers uit Level II zullen overgaan naar Level I, laag risico, als passend toezicht of andere reclasseringsstrategieën worden geboden of als ze 5 jaar delictvrij in de samenleving verblijven.
3	Level III	Plegers in Level III worden beschouwd als gemiddeld risico. Ze hebben vaak meerdere criminogene behoeften - variërend in ernst - op psychologische, interpersoonlijke en leefstijldomeinen. Deze behoeften vormen waarschijnlijk een belemmering voor het effectief benutten van beschikbare prosociale middelen en sterke punten. Het percentage seksuele recidive voor personen in Level III is over het algemeen gelijk aan het gemiddelde percentage zedendelicten in de totale populatie van zedendelinquenten: ongeveer 8% over een periode van 5 jaar. Verwacht wordt dat ongeveer de helft van de personen in Level III na voldoende behandeling of positieve levensveranderingen binnen een jaar of twee zal overgaan naar Level II, beneden-gemiddeld risico. Allen zullen uiteindelijk overgaan naar Level II of Level I als ze 10 tot 15 jaar delictvrij in de samenleving verblijven.

Zedenrecidive over de komende vijf jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
4	Level IV	Plegers in Level IV worden beschouwd als bovengemiddeld risico. Ze hebben vaak veel criminogene behoeften, waarvan de meeste chronisch en ernstig zijn. Er zijn waarschijnlijk aanzienlijke barrières voor het adequaat gebruik van prosociale middelen en sterke punten. Het percentage seksuele recidive voor personen in Level IV is ongeveer twee keer het recidivepercentage voor de totale populatie zedendelinquenten: ongeveer 14% over een periode van 5 jaar. De prognose is dat veel individuen in Level IV na voldoende behandeling of positieve levensveranderingen binnen een jaar of twee overgaan naar Level III, gemiddeld risico. De meesten zullen uiteindelijk overgaan naar Level III en mogelijk ook Level II, na voldoende behandeling, positieve levensveranderingen, of als ze 10 tot 15 jaar delictvrij in de samenleving verblijven. positieve levensveranderingen, of als ze 10 tot 15 jaar delictvrij in de samenleving verblijven.
5	Level V	Plegers in niveau IVb worden beschouwd als sterk bovengemiddeld risico. Ze hebben vaak veel criminogene behoeften, waarvan de meeste chronisch en ernstig zijn. Er zijn waarschijnlijk aanzienlijke barrières voor het adequaat gebruik van prosociale middelen en sterke punten. Het recidivepercentage voor plegers in Level IVb is ongeveer drie tot vier keer het gemiddelde recidivepercentage voor de totale populatie zedendelinquenten: ongeveer 26,8% over een periode van 5 jaar. De meeste plegers in Level IVb zullen uiteindelijk overgaan naar Level III na voldoende behandeling, positieve levensveranderingen, of als ze 10 tot 15 jaar delictvrij in de samenleving verblijven.

Tabel 5: omschrijving van de vijf categorieën van recidiverisico (zedenrecidive)

Ernst van het delict(gedrag)
Op basis van onderzoek onder meer dan 1000 mensen werkzaam in de forensische zorg is een classificatie van delicten gemaakt, zodat er een beoordeling plaats kan vinden van de ernst van het delictgedrag en dus de ernst van de te vrezen recidive. Deze ernst van het delict(gedrag) is ingedeeld in drie categorieën, te weten minder ernstig, ernstig en zeer ernstig. Dat betekent dat de beoordelaar het (meest ernstige) delict van een patiënt opzoekt in onderstaande lijst en de classificatie hanteert die daarbij wordt vermeld.

Ernst van het delict(gedrag)

Score	Categorie	Omschrijving
+1	zeer ernstig	•Kindermoord •Zware mishandeling met de dood tot gevolg •Moord (met voorbedachten rade een ander van het leven beroven) •Verkrachting (met geweld of onder bedreiging penetreren van het lichaam) •Seksueel misbruik van iemand onder de zestien jaar •Een huurmoordenaar inschakelen/een huurmoord bevelen •Doodslag (opzettelijk een ander van het leven beroven) •Seksueel misbruik van iemand die ontoerekeningsvatbaar is (bijv. verstandelijk beperkt of buiten bewustzijn) •Iemand onder de achttien jaar aanzetten tot seksuele handelingen met een derde ('loverboys') •Kindermishandeling •Iemand onder de zestien jaar (online) bewegen tot seksuele handelingen (bijv. via de webcam) •Aanranding (met geweld of onder bedreiging seksuele handelingen verrichten, zonder penetratie) •Mensenhandel (illegale migranten dwingen te werken, sekswerk of anders) •Ontvoering (iemand van de vrijheid beroven of beroofd houden) •Gijzeling (iemand van de vrijheid beroven om bepaalde eisen kracht bij te zetten) •Zware mishandeling

Ernst van het delict(gedrag)

Score	Categorie	Omschrijving
0	ernstig	•Bezit en/of verspreiden van kinderporno •Lid zijn van een organisatie die als doel heeft het plegen van (terroristische) misdrijven •Opzettelijke brandstichting met gevaar voor personen •Iemand beneden de twaalf jaar onttrekken aan ouderlijk gezag (een kind 'lokken') •Personen werven voor gewapende strijd of terroristisch misdrijf •Beroving of overval (diefstal voorafgegaan, vergezeld of gevolgd door geweld) •Partnermishandeling •Mishandeling •Dood door schuld of roekeloosheid (zonder opzet) •Mensensmokkel (migranten illegaal over de grens brengen) •Afpersing (diefstal door bedreiging met geweld) •Opzettelijk in het openbaar een gevaarlijke situatie creëren (bijv. een draad over de weg spannen, spoorwegen belemmeren) •Bedreiging met de dood •Gedetineerde (of tbs-er) bevrijden of helpen bij een ontsnapping •Wapenhandel •Bedreiging met geweld •Necrofilie (seksuele handelingen met een overledene) •Belaging (stalking) •Doorrijden na een aanrijding •Tonen van porno aan iemand beneden de zestien jaar •Bestialiteiten (seksuele handelingen met dieren) •Dierenmishandeling •Inbraak in een woning •Verboden wapenbezit •Gluren of maken van heimelijke opnames, bijv. in douches of sauna •Uitbuiting (gebruik van iemand maken zonder daar naar waarde voor te belonen) •Kind te vondeling leggen •Import of export van drugs •Chantage (diefstal door bedreiging met negatieve gevolgen) •Vervaardigen van drugs •Opsturen van een valse bom •Opzettelijke brandstichting met gevaar voor goederen

Ernst van het delict(gedrag)

Score	Categorie	Omschrijving
0	ernstig	•Rijden onder invloed •Exhibitionisme/schennis van de eerbaarheid •Wederspannigheid (zich verzetten tegen een politieagent door het gebruik van geweld of het dreigen ermee) •Handel in drugs •Oplichting •Brand door schuld (onopzettelijk) •Aanzetten tot haat of discriminatie •Iemand verbergen die een strafbaar feit heeft gepleegd •Bezit van dierenporno •Diefstal

Ernst van het delict(gedrag)

Score	Categorie	Omschrijving
-1	minder ernstig	•Computer gerelateerde misdrijven (bijv. hacken) •Inbraak in een openbare ruimte •Witwassen (geld uit misdrijven een legale status geven) •Verduistering (onrechtmatig bezit van goederen, bijv. huurauto niet terugbrengen) •Grafschennis •Milieugevaarlijke stoffen dumpen •Vernieling (beschadiging, onbruikbaar maken of wegmaken van een goed van een ander) •Valse bommelding •Valse aangifte van een strafbaar feit •Smaad of laster •Valse verklaring onder ede afleggen •Autodiefstal •Vervalsen van officiële documenten (bijv. paspoort) •Hulp bij zelfdoding •Afbreking van een zwangerschap buiten de wettelijke kaders •Bedrieglijke bankbreuk (zichzelf onterecht failliet verklaren of expres failliet laten gaan) •Vervalsen van geld •Opzetheling (verkopen van gestolen goederen) •Overtreden van een rijverbod (bijv. na inname van het rijbewijs) •Rijden zonder geldig rijbewijs •Willens en wetens vals geld uitgeven •Joyriding (rijden in iemand anders auto zonder toestemming) •Insubordinatie (weigeren van een bevel van een meerdere of bijv. een politieagent) •Flessentrekkerij (bijv. ergens eten of tanken en weggaan zonder te betalen) •Bijstandsfraude (bijv. onterechte uitkering) •Winkeldiefstal •Belastingontduiking •Verzekeringsfraude (bijv. valse claims indienen, of valse informatie verstrekken) •Schuldheling (kopen van gestolen goederen) •Belediging van een ambtenaar in functie •Namaken van merken en/of deze willens en wetens verkopen •Valse gegevens verschaffen (bijv. bij aanhouding) •Bezitten van drugs

Tabel 6: omschrijving van de 3 categorieën van ernst van het delict(gedrag)

Exceptionele responsiviteitsproblemen

De onderbouwing van de omschrijving wat responsiviteit inhoudt is nog in ontwikkeling. In 2022 zal verder worden gewerkt aan een wetenschappelijke onderbouwing van cliëntkenmerken die de responsiviteit gedurende de behandeling beïnvloeden. De behandelaar schat in of sprake is van exceptionele responsiviteitsproblemen voor zijn/haar cliënt en vult dit in 2022 in op basis van een klinische inschatting betreffende de omschrijving in onderstaande tabel. De mogelijke scores hiervoor zijn ja (0) of nee (+1).

Score	Categorie	Omschrijving
0	nee	Is er bij de patiënt sprake van grote responsiviteitsproblemen die de behandeling bemoeilijken? Denk daarbij aan ernstige psychiatrische of persoonlijkheidsstoornissen die de leerbaarheid of de samenwerking negatief beïnvloeden en die op zichzelf niet of heel moeilijk behandelbaar zijn, zoals beperkte cognitieve vermogens, een hoge mate van psychopathie of ernstige stoornissen op het autistisch spectrum. Indien dit **niet** het geval is, kies deze score.
+1	ja	Is er bij de patiënt sprake van grote responsiviteitsproblemen die de behandeling bemoeilijken? Denk daarbij aan ernstige psychiatrische of persoonlijkheidsstoornissen die de leerbaarheid of de samenwerking negatief beïnvloeden en die op zichzelf niet of heel moeilijk behandelbaar zijn, zoals beperkte cognitieve vermogens, een hoge mate van psychopathie of ernstige stoornissen op het autistisch spectrum. Indien dit **wel** het geval is, kies deze score.

Tabel 7: omschrijving van de 2 categorieën van exceptionele responsiviteitsproblemen

Werking in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD)

De behandelaar vult in het EPD de score per dimensie handmatig in. Dit betekent concreet een score I, II, III, IV of V voor recidiverisico, een vinkje bij 'minder ernstig', 'ernstig' of 'zeer ernstig' bij ernst van het delict(gedrag) en een vinkje bij 'ja' of 'nee' bij exceptionele responsiviteitsproblemen.

De uitkomst van het invullen van bovenstaande drie dimensies is een simpele optelsom die in het EPD is ingebouwd. Deze uitkomst wordt de zorgvraagtypecode genoemd. Deze code typeert de cliënt in de forensische zorg en is een inschatting van de benodigde behandelduur en –intensiteit van de cliënt. De mogelijke combinaties en uiteindelijke score staan in de tabel.

Recidiverisico	Ernst van het delict(gedrag)	Exceptionele Responsiviteits problemen	Zorgvraagtype code
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: Bovengemiddeld	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

Tabel 8: overzicht mogelijke combinaties van scores

Moment van scoren

Alle scores worden (opnieuw) bepaald op het moment dat de risicotaxatie moet worden afgenomen volgens de meettermijn die in de indicatorengids is opgenomen. Dit betekent voor nieuwe cliënten uiterlijk binnen 3 maanden voor reguliere zorgaanbieders en binnen 6 maanden voor FPC's. Bij bestaande cliënten betekent dit afhankelijk van het instrument na uiterlijk 365 dagen. Het is dus niet nodig om alle cliënten al op 1 januari 2022 te scoren. Alle cliënten beschikken op deze manier uiterlijk 1 januari 2023 over een score per dimensie en een eindscore.

Kader van scoren

De zorgvraagtypering beoogt een indruk te geven van de (verdere) behandelduur en intensiteit die nodig is om een patiënt veilig deel te kunnen laten nemen aan de samenleving. Belangrijk is dat de risicotaxatie-instrumenten die gebruikt worden ook vanuit dat kader gescoord worden. Dat betekent dat eventuele risk-management gebonden aan een forensisch kader niet moet worden geïncludeerd in de scores. Bijvoorbeeld: voor een patiënt in een gesloten tbs-setting zonder enige vorm van verlof kan het recidiverisico in die situatie laag zijn, maar tevens kan lange, intensieve behandeling nog steeds nodig zijn om patiënt succesvol te kunnen resocialiseren. Voor de zorgvraagtypering worden in dat geval dus de scores gebruikt die zijn ingevuld voor het kader 'beëindiging van het toezicht of de maatregel'.

Waarvoor wordt de score gebruikt

De optelsom van de drie dimensies leidt tot een eindscore, de zogenaamde 'zorgvraagtypecode'. Deze code wordt in het EPD opgeslagen en meegegeven op de factuur richting ForZo/JJI. ForZo/JJI heeft geen beschikking over de onderliggende scores per dimensie. De zorgvraagtypecode geeft ForZo/JJI informatie over de verwachte behandelduur en intensiteit van de betreffende cliënt.

De NZa ontvangt zowel de score per dimensie als de uiteindelijke zorgvraagtypecode met het doel om het model voor zorgvraagtypering te evalueren en verder te ontwikkelen in de toekomst.

Evaluatie model

Vanaf 2022 verzamelen ForZo/JJI en de NZa data over de geleverde (gefactureerde) behandeling en de bijbehorende zorgvraagtypecode. Deze informatie wordt gebruikt om het model voor zorgvraagtypering fz te evalueren. De verwachting is dat cliënten met hogere codes gemiddeld meer/langer/intensievere behandeling nodig hebben dan cliënten met lagere codes.

Bijlage 1: Schema waaruit de risk levels vanuit de Static-99R/Stable-2007

Static-99R Scores \ STABLE-2007 Scores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20+
-3	I	I	I	I	I	I	I	I	II	II	II	II	III	III	III	III	III	III	III	III	III
-2	I	I	I	I	I	I	I	I	II	II	II	II	III	III	III	III	III	III	III	III	III
-1	I	I	II	II	II	II	II	II	II	II	III	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV
0	I	I	II	II	II	II	II	II	II	II	III	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV
1	II	II	II	III	III	III	III	III	III	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V
2	II	II	II	III	III	III	III	III	III	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V
3	II	II	II	III	III	III	III	III	III	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V
4	III	III	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V	V	V	V
5	III	III	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V	V	V	V
6	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
7	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
8	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
9	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
10+	III	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

L.

Foutcorrectie in het declaratieverkeer

Foutcorrectie in het declaratieverkeer

Datum: 18 oktober 2021
Status: Definitief

In de nadere regel van de NZa staat welke informatie-elementen met de declaratie moeten worden meegestuurd. Na verzending van de declaratie kan blijken dat een informatie-element op de declaratie niet juist is. In dit document wordt beschreven of, en zo ja hoe, fouten in informatie-elementen op de declaratie moeten worden gecorrigeerd. Let op: Het gaat nadrukkelijk over fouten en niet over informatie-elementen waarvan de inhoud wijzigt in de tijd.

De manier waarop fouten moeten worden gecorrigeerd verschilt per informatie-element. In de tabel in deze notitie is voor ieder informatie-element aangegeven hoe om te gaan met fouten op een declaratie. Het gaat hier om fouten die worden opgemerkt door de zorgaanbieder nadat de declaratie is verzonden. Er zijn twee manieren om fouten te corrigeren.

1. Fouten corrigeren met terugwerkende kracht
   - Voor dit informatie-element moet de declaratie de feitelijke situatie op het moment van zorglevering juist weergeven.
   - Verzonden declaraties waarin dit informatie-element niet juist is, moeten worden gecrediteerd.
   - Proces: De correctie wordt doorgevoerd in het EPD en de eerder verstuurde declaratie wordt gecrediteerd. De fout wordt zo met terugwerkende kracht hersteld.

→ In tabel weergegeven als ‘met terugwerkende kracht’

2. Fouten niet corrigeren met terugwerkende kracht
   - Voor dit informatie-element hoeven fouten niet met terugwerkende kracht gecorrigeerd te worden.
   - De juiste waarde wordt vermeld vanaf de eerstvolgende declaratie. Verzonden declaraties waarin dit informatie-element niet juist is, worden dus niet gecorrigeerd.
   - Proces: De correctie wordt doorgevoerd in het EPD en vanaf de eerstvolgende declaratie wordt voor het informatie-element de juiste waarde meegestuurd.

→ In tabel weergegeven als ‘vanaf de eerstvolgende declaratie’

Soms staat een informatie-element niet op de declaratie. Dan is foutcorrectie voor de declaratie niet van toepassing. Uiteraard geldt ook voor die informatie-elementen dat de administratie op orde moet zijn, maar dit leidt per definitie niet tot crediteringen van declaraties.

→ In de tabel weergegeven als ‘niet van toepassing’

Voorbeeld: het informatie-element (c2) 'AGB-code regiebehandelaar'
Als de patiënt een nieuwe regiebehandelaar krijgt, is dat een wijziging in de tijd. Bij de eerste zorgprestatie onder de nieuwe regiebehandelaar, wordt op de declaratie de AGB-code van de nieuwe regiebehandelaar vermeld. Er is geen sprake van een fout.

Als echter bij zorgprestatie geleverd onder de nieuwe regiebehandelaar op de declaratie nog steeds de AGB-code van de vorige regiebehandelaar wordt meegestuurd is dit wel een fout. De declaratie moet aansluiten bij de feitelijke situatie op het moment van zorglevering. Uit de onderstaande tabel blijkt dat voor informatie-element (c2) 'AGB-code regiebehandelaar' de correctie met terugwerkende kracht van toepassing is. Dit betekent dat de declaraties met de 'verkeerde' regiebehandelaar moeten worden gecrediteerd en opnieuw moeten worden ingediend.

Informatie-categorie	Informatie-element	Fouten corrigeren bij declaratie
A. Gegevens zorgaanbieder	a1. Naam zorgaanbieder	Vanaf de eerstvolgende declaratie
	a2. AGB-code zorgaanbieder	Met terugwerkende kracht
B. Gegevens patiënt	b1. Naam (ggz)	Vanaf de eerstvolgende declaratie
	b2. Geboortedatum (ggz)	Vanaf de eerstvolgende declaratie
	b3. BSN (ggz en fz)	Met terugwerkende kracht
	b4. Zorgtrajectnummer (ggz en fz)	Met terugwerkende kracht
	b5. Startdatum zorgtraject	Met terugwerkende kracht
	b6. Verzekerdennummer (ggz)	Vanaf de eerstvolgende declaratie
	b7. UZOVI-code (ggz en fz)	Vanaf de eerstvolgende declaratie
	b8. Strafrechtsketennummer (fz)	Met terugwerkende kracht
	b9. Plaatsingsbesluitnummer (fz)	Met terugwerkende kracht
	b10. Begindatum plaatsingsbesluit (fz)	Niet van toepassing
	b11. Einddatum plaatsingsbesluit (fz)	Niet van toepassing
	b12. Begindatum forensische titel (fz)	Met terugwerkende kracht

	b13. Einddatum forensische titel (fz)	Met terugwerkende kracht
C. Gegevens behandeling	c1. Naam regiebehandelaar	Niet van toepassing
	c2. AGB-code regiebehandelaar	Met terugwerkende kracht
	c3. AGB-code verwijzer	Met terugwerkende kracht
D. Gegevens zorgvraag ggz	d1. DSM-hoofdgroep	Met terugwerkende kracht
	d2. DSM-5 classificatie (niet in geval van voormalige bggz)	Niet van toepassing
	d3. Gb-ggz profiel (alleen in geval van voormalig bggz)	Met terugwerkende kracht
	d4. Zorgvraagtypering Volledig	Niet van toepassing
	d5. Zorgvraagtypering Dynamisch	Niet van toepassing
	d6. Zorgvraagtypering Dynamisch met volledige HoNOS+ afgenomen	Niet van toepassing
	d7. Antwoorden op HoNOS+ vragen	Niet van toepassing
	d8. Input in Zorgvraagtyperings-instrument Dynamisch	Niet van toepassing
	d9. Geadviseerde zorgvraagtype	Niet van toepassing
	d10. Gekozen zorgvraagtype	Met terugwerkende kracht
	d11. Privacyverklaring actief	Met terugwerkende kracht
	d12. Wvggz/Wzd historie	Niet van toepassing
	d13. Acute ggz historie	Niet van toepassing
	d14. Verblijfshistorie	Niet van toepassing
E. Gegevens zorgvraag fz	e1. Recidiverisico	Niet van toepassing
	e2. Ernst van het delict(gedrag)	Niet van toepassing

	e3. Exceptionele responsiviteit	Niet van toepassing
	e4. Zorgvraagtype	Met terugwerkende kracht
	e5. DSM-hoofdgroep (fz)	Met terugwerkende kracht
	e6. DSM-5 classificatie	Niet van toepassing
F. Gegevens prestatie	f1. Prestatiecode	Met terugwerkende kracht
	f2. Prestatie	Niet van toepassing
	f3. Uitvoeringsdatum	Met terugwerkende kracht
	f4. Starttijd consult (alleen in geval van werkwijze conform 3.1 lid 2)	Met terugwerkende kracht
	f5. Gedeclareerd tarief (per prestatie)	Met terugwerkende kracht
	f6. Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd	Met terugwerkende kracht
	f7. AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd	Met terugwerkende kracht
	f8. Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm (indien zorgverlener geen AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden)	Met terugwerkende kracht
	f9. Zorglabel	Met terugwerkende kracht
	f10. Contractnummer (fz)	Met terugwerkende kracht

M.

Spelregels correct registreren en declareren

ZORG
PRESTATIE
MODEL GGZ & FZ

Spelregels correct registreren en declareren

Zorgprestatiemodel GGZ & FZ

22 juli 2025

In het programma zorgprestatiemodel werken deze partijen samen:



























Inhoudsopgave

1 Inleiding 4

2 Spelregel Planning = realisatie 5

3 Spelregel Minimale betrokkenheid regiebehandelaar 7

3.1 Spelregel 7

3.2 Standaarduitzonderingen 8

4 Spelregel Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg 10

4.1 Uitgangspunten 10

4.2 Spelregel 11

4.3 Toelichting 11

5 Spelregel Groepsconsulten 12

6 Spelregel Reistijd 14

6.1 Definitie reistijd 14

6.2 Registratie 14

1 Inleiding

Spelregels

De werkgroep Verantwoording en Controle formuleert veldafspraken met het oog op een correcte registratie en facturatie van zorgprestaties. Deze veldafspraken moeten helpen om beheersing van risico's zoveel mogelijk in systemen en processen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in te richten.

Onderdeel van de veldafspraken zijn spelregels over correct registreren en declareren. Deze spelregels kunnen worden ingebouwd in systemen en bedrijfsprocessen kunnen hierop worden aangepast. In deze notitie worden vijf spelregels vermeld die door het programma Zorgprestatiemodel zijn vastgesteld.

A. Planning = realisatie
B. Minimale betrokkenheid regiebehandelaar
C. Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg
D. Groepsconsulten
E. Reistijd

De Spelregel 'Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg' geldt niet voor de forensische zorg.

Functionele beschrijvingen van geautomatiseerde controles

Om de spelregels te vertalen naar concrete toepassingen in het EPD zijn functionele beschrijvingen van geautomatiseerde controles opgesteld. Deze staan in een apart document.

2 Spelregel Planning = realisatie

a. Consulten binnen het Zorgprestatiemodel worden geregistreerd volgens de daadwerkelijk gerealiseerde directe tijd.
b. Zorgaanbieders die zich houden aan de spelregels (lid c) én voldoen aan de randvoorwaarden (lid d) mogen bij de consultregistratie in plaats van gerealiseerde tijd (lid a) uitgaan van geplande tijd. Gepland betekent dat de starttijd en de duur van het consult vóór de geplande start van het consult zijn vastgelegd. De spelregel kan dus niet worden toegepast voor ongeplande zorg.

Spelregels

c. De spelregels waar zorgaanbieders zich aan moeten houden:
    i. Periodieke vergelijking
    Periodiek (minimaal 1 keer jaar) stelt de zorgaanbieder vast dat de geplande directe tijd gemiddeld overeenkomt met de gerealiseerde tijd.[1] De manier waarop de zorgaanbieder deze periodieke vergelijking invult is vrij. Wanneer de zorgaanbieder constateert dat de geplande directe tijd gemiddeld niet overeenkomt met gerealiseerde tijd, worden de agendavoering en registratie van consulten door de zorgaanbieder vanaf dat moment (zonder terugwerkende kracht) aangepast.
    ii. Transparant agendabeheer (‘hoe’)
    De zorgaanbieder heeft kenbare richtlijnen voor het beheer van de agenda met een uniforme aanpak die een audittrail mogelijk maakt.
    iii. Realistische agendavoering (‘wat’)
    De zorgaanbieder heeft maatregelen genomen om een realistische agendavoering te ondersteunen.
    iv. Waarborgen controlemogelijkheid patiënt
    Vooraf worden geplande starttijd en duur van het consult aan de patiënt bekend gemaakt. De geplande starttijd van het consult wordt op de declaratie aan de zorgverzekeraar meegegeven. NB: geldt niet voor forensische zorg.
    v. Afwijkingen detecteren
    Bij afwijkingen van meer dan 15 minuten t.o.v. de geplande tijd dient het consult te worden aangepast op basis van de daadwerkelijk bestede tijd (geldt zowel naar boven als beneden). Het is de verantwoordelijkheid van de behandelaar om een afwijking te signaleren en de registratie van het consult aan te passen.

[1] De NZa berekent tarieven op basis van gerealiseerde tijd. De periodieke vergelijking is bedoeld om de NZa meer zekerheid te geven dat geplande tijd gemiddeld overeenkomt met gerealiseerde tijd.

Randvoorwaarden

d. De randvoorwaarden waar zorgaanbieders aan moeten voldoen:
    i. Zorgaanbieders maken transparant (voor patiënten en zorgverzekeraars[2]) welke werkwijze zij hanteren bij de vastlegging van consulten:
        a. Registratie op basis van werkelijk gerealiseerde tijd, of
        b. Registratie op basis van planning = realisatie.

       De informatie mag een generiek karakter hebben en kan bijvoorbeeld bij de algemene informatie over facturering staan op de website van een zorgaanbieder.
    ii. Zorgaanbieders voeren een administratie die inzichtelijk maakt wanneer en door wie een prestatie is geleverd.
    iii. Zorgaanbieders zorgen voor een goede informatievoorziening over de spelregels aan zorgprofessionals en patiënten.
e. Jaarlijks worden de spelregels geëvalueerd.

[2] In de forensische zorg geldt deze verplichting niet ten opzichte van patiënten.

3 Spelregel Minimale betrokkenheid regiebehandelaar

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut beschrijft de rol van de regiebehandelaar in de ggz. Zorgaanbieders moeten hun proces inrichten volgens de minimale eisen uit dit kwaliteitsstatuut.[3] In het zorgprestatiemodel hebben partijen een veldafspraak over de tijdelijke invulling van het regiebehandelaarschap gemaakt.

In de forensische zorg is het Kwaliteitskader FZ van toepassing. Deze spelregel geldt ook voor de forensische zorg.

De regiebehandelaar heeft een belangrijke rol. Partijen willen voorkomen dat de zorg te lang doorgaat zonder dat de regiebehandelaar via directe tijd is betrokken. Daarom is deze spelregel over correct registreren en declareren opgesteld.

3.1 Spelregel

Zorg dat uw patiënt binnen 42 dagen een regiebehandelaar ziet

Opent u een nieuw zorgtrajectnummer? Dan moet de regiebehandelaar binnen 42 dagen een consult registreren. De termijn begint te lopen bij het eerste consult van de patiënt.[4]

Wordt dit eerste consult gedaan door de regiebehandelaar? Dan voldoet u aan de spelregel.

Soms mag dit ook ná 42 dagen

Zijn er in de 42 dagen minder dan 5 consulten geregistreerd? Dan mag u over de 42 dagen heen gaan. Het 5e consult moet dan met de regiebehandelaar zijn.

Een consult door twee behandelaren telt als twee consulten. Wordt het 5e consult gedaan door de regiebehandelaar en een andere behandelaar? Dan voldoet u aan de spelregel.

---

[3] In dit model staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. We bedoelen nadrukkelijk niet het eigen kwaliteitsstatuut, maar het Landelijk Kwaliteitsstatuut.

[4] Met ‘consult’ bedoelen we in deze spelregel ook een groepsconsult (ongeacht duur) en de overige prestatie ‘Consult acute ggz binnen budget’.

Wat als ik niet aan de spelregel voldoe?
Lukt het de regiebehandelaar niet om de patiënt op tijd te zien? Dan worden de consulten vanaf de 43e dag (of vanaf het 5e consult) niet vergoed. Dit geldt vanaf datzelfde moment ook voor eventuele andere zorgprestaties (zoals toeslagen en verblijf). U mag deze consulten en andere zorgprestaties niet declareren. Vanaf het eerstvolgende feitelijk geleverde consult door de regiebehandelaar zijn de zorgprestaties weer declarabel.

Komt een patiënt terug in zorg en vallen de prestaties onder hetzelfde zorgtrajectnummer? Dan hoeft u niet opnieuw aan deze spelregel te voldoen. Maar als u nog niet aan de spelregel had voldaan, dan moet dat alsnog.

Wanneer de regiebehandelaar wordt betrokken is aan de zorgprofessional en hangt af van het beleid van de organisatie.

3.2 Standaarduitzonderingen

Soms hoeft u niet aan de spelregel te voldoen

In een aantal situaties hoeft u niet aan de spelregel te voldoen. Die uitzonderingen sommen we hieronder op. Is er sprake van zo'n uitzondering? Dan moet dit blijken uit het EPD. U zet dan het bijpassende zorglabel op de factuur naar de zorgverzekeraar.

A. Wijziging financiering
De patiënt kreeg zorg welke uit een andere financieringsstroom werd vergoed en krijgt nu zorg uit de Zvw. De patiënt houdt dezelfde zorgvraag.

- De patiënt gaat van Jeugdwet over naar Zvw
- De patiënt gaat van forensische zorg over naar Zvw
- De patiënt gaat van Wlz over naar Zvw
- De patiënt was niet verzekerd of anders-verzekerd[5] en valt nu onder Zvw

We verwachten in deze situaties wel dat de regiebehandelaar binnen redelijke termijn de patiënt ziet.

Vermeld bij deze uitzondering het zorglabel G02 'Uitzondering spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar: wijziging financiering' bij de prestatie op de factuur.

[5] Te denken valt aan andere nationaliteit, gemoedsbezwaarden, onverzekerbare vreemdelingen, asielzoekers etc.

B. Overige uitzonderingen

Onder ‘overige uitzondering’ wordt verstaan een uitzondering die de zorgaanbieder en zorgverzekeraar gezamenlijk zijn overeengekomen. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar overleggen samen of er sprake is van zo’n overige uitzondering. Dit gebeurt voordat de zorgaanbieder de prestaties declareert. De uitzondering moet worden vastgelegd in het EPD.

Vermeld bij een overige uitzondering het zorglabel G01 ‘Uitzondering spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar: overige uitzonderingen’ bij de prestatie op de factuur.

4 Spelregel Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg

4.1 Uitgangspunten

- Zorginstituut Nederland heeft aangegeven dat het consult (de consulten) waarin wordt vastgesteld dát de zorgvraag zal leiden tot onverzekerde zorg mag worden vergoed als verzekerde zorg, maar dat het aan het veld is om hier een begrenzing in aan te brengen. Het mag namelijk niet zo zijn dat diagnostische consulten worden gebruikt om een onverzekerde diagnose te behandelen.
- Enkel zorg waarop de patiënt redelijkerwijs is aangewezen en die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk komt voor vergoeding in aanmerking. De lijst van onverzekerde diagnoses valt niet onder de stand van wetenschap en praktijk.
- De inrichting van de diagnostische fase verschilt per zorgaanbieder. Er kan bijvoorbeeld een ‘diagnostiekstraat’ zijn (verschillende testen en consulten op 1 dag) maar ook losse consulten met 1 zorgverlener of losse consulten met 2 zorgverleners. We gaan ervan uit dat zorgaanbieders te goeder trouw handelen en de diagnostiek zo inrichten dat het vaststellen of zorg onverzekerd is zo kort mogelijk duurt.
- Het is niet mogelijk om met alle situaties rekening te houden. Daarom kiezen we voor één generieke spelregel.
- In het zorgprestatiemodel rekenen we niet meer af in trajecten, daarom kiezen we niet voor een grens in tijd maar in aantal consulten.
- Deze spelregel verandert niet dat zorgaanbieders moeten vaststellen of het gaat om onverzekerde zorg zodra het redelijkerwijs mogelijk is.
- De spelregel geldt niet voor de forensische zorg.

4.2 Spelregel

Maximaal 4 diagnostiekconsulten

Opent u een nieuw zorgtrajectnummer met diagnostiekconsult(en) en stelt u een niet verzekerde diagnose? Dan worden er niet meer dan 4 diagnostiekconsulten uit de basisverzekering vergoed (ongeacht de duur van de consulten). Een consult door twee behandelaren telt als twee consulten.

4.3 Toelichting

Als er vóór het 4e consult geconstateerd wordt dat er sprake is van een onverzekerde diagnose, mogen de diagnostiekconsulten vanaf dat moment niet in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar. De spelregel is nadrukkelijk geen vrijbrief om altijd 4 diagnostiekconsulten te registreren voordat geconstateerd kan worden dat er sprake is van een onverzekerde diagnose.

Behandelconsulten bij een van de diagnoses op de lijst onverzekerde diagnoses worden in het geheel niet vergoed uit de basisverzekering.

5 Spelregel Groepsconsulten

Bij een consult met twee of meer patiënten is sprake van een groepsconsult. De prestatie groepsconsult is volgens de NZa een eenheid vanaf 15 minuten contact per zorgverlener per patiënt. Een groepsafspraak in de agenda van een zorgverlener wordt dus uiteindelijk geregistreerd in één of meerdere prestaties groepsconsult. De prestatiecode (en daarmee het tarief) wordt bepaald door de groepsgrootte en door de beroepscategorie waarbinnen de behandelaar valt.

Hoe bepaal ik de groepsgrootte?

U bepaalt de groepsgrootte voor elke eenheid van 15 minuten. Voor elke eenheid kijkt u hoeveel patiënten op enig moment aanwezig waren. Hierbij geldt:

- Patiënten van alle financieringsstromen (dus ook bijvoorbeeld Wlz of Jeugdwet) en alle settings tellen mee.
- Indien een patiënt die aanwezig zou zijn niet op enig moment van de eenheid van 15 minuten aanwezig is, geldt dit als no-show. De afwezige telt dan ook niet mee voor de berekening van de groepsgrootte van die eenheid.
- Zijn er naasten van een patiënt aanwezig? Alle naasten van 1 patiënt (inclusief de eventueel aanwezig patiënt zelf) tellen als 1 deelnemer.

Hoe bepaal ik de totale duur van het groepsconsult?
Bij groepsconsulten geldt altijd het principe ‘planning = realisatie’. Dat betekent:

- Geplande eenheden van 15 minuten gelden als gerealiseerde eenheden, behalve als de realisatie van het totale groepsconsult meer dan 15 minuten afwijkt van de geplande tijd. Als dat zo is, moet u opnieuw kijken hoeveel eenheden van 15 minuten zijn volgemaakt.
- Een behandelaar moet de geplande eenheid (voor zolang deze duurt) aanwezig zijn om deze te kunnen registreren.

Overig

De overige spelregels waar zorgaanbieders zich aan moeten houden:

- Transparant agendabeheer
  De zorgaanbieder heeft kenbare richtlijnen voor het beheer van de agenda met een uniforme aanpak die een audittrail mogelijk maakt.
- Realistische agendavoering

De zorgaanbieder heeft maatregelen genomen om een realistische agendavoering te ondersteunen.

- Waarborgen controlemogelijkheid patiënt
  Vooraf worden geplande starttijd en duur van het consult aan de patiënt bekend gemaakt. De geplande starttijd van het consult wordt op de declaratie aan de zorgverzekeraar meegegeven. NB: geldt niet voor forensische zorg.
- Informatievoorziening
  De zorgaanbieders zorgt voor een goede informatievoorziening over de spelregels aan zorgprofessionals en patiënten.

6 Spelregel Reistijd

6.1 Definitie reistijd

Reistijd: De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten een locatie van zorgaanbieder behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt (NZa, Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg).

Voor reistijd kennen we de volgende toeslagen:

- Geestelijke gezondheidszorg - Reistijd tot 25 minuten
- Geestelijke gezondheidszorg - Reistijd vanaf 25 minuten
- Forensische zorg - Reistijd tot 45 minuten
- Forensische zorg - Reistijd vanaf 45 minuten

6.2 Registratie

Registratie van reistijd vindt plaats op basis van werkelijke tijd. Het gaat om totaal afgelegde (dus werkelijk bestede) reistijd voor de heen- en terugreis:



De duur van de heen- en terugreis tel je bij elkaar op. Op basis daarvan moet de juiste toeslag worden bepaald.

Hoe registreer ik reistijd bij doorreizen?

Bij het doorreizen naar verschillende patiënten geldt de basisregel dat reistijd niet dubbel in rekening mag worden gebracht. Er zijn twee manieren om dit in te richten:

- De heen- en terugreis registreren bij de laatste patiënt (aanbevolen)



De ‘heen en terug’-reis wordt toegekend aan patiënt C.

- De heen- en terugreis registreren bij de eerste patiënt



De ‘heen en terug’-reis wordt toegekend aan patiënt A.

Mag ik bij een no-show wel reistijd declareren bij de zorgverzekeraar?

Nee. Reistijd is een toeslag en in de beleidsregel staat dat je een toeslag niet zelfstandig kunt declareren, maar alleen bij een consult. Bij een no-show is er geen consult, dus ook geen toeslag voor reistijd.

N.

V&C-lijst 2025

Leeswijzer Verantwoording- en controlelijst 2027

Deze leeswijzer hoort bij het tabblad 'V&C-lijst - 2027'.

Algemeen

Deze lijst is bedoeld als hulpmiddel voor alle aanbieders die zorg leveren in de Zvw en FZ. Zowel de instellingen die over zijn op Horizontaal Toezicht als instellingen en vrijgevestigden die op een andere manier verantwoorden. Het onderhoud van deze lijst vindt vanaf 2024 plaats door de Werkgroep HT en het Zorgprestatiemodel, een werkgroep binnen de governance van Horizontaal Toezicht Zorg. De rode teksten in de V&C-lijst 2027 zijn teksten die zijn aangevuld of geupdate ten opzichte van de V&C-lijst 2026. In deze versie zijn wijzigingen verwerkt naar aanleiding van de nieuwe Veldafspraak over rechtmatigheid van EP en ZZP in de forensische zorg.

Beheersing

Kolom J beschrijft de mogelijke (technische) inrichting van application en IT-dependent controls in het EPD en andere systemen van de zorgaanbieder.
Voor het beheersen van de risico's kan gebruik gemaakt worden van al bestaande kaders. Denk hierbij aan materiële controles, control framework, etc.

Prioritering

Prioritering geeft een duiding van de gemiddelde risico-inschatting van de landelijke partijen. Maar de feitelijke prioritering op risiconiveau, vindt plaats per zorgaanbieder. Wat voor de ene zorgaanbieder een laag risico is, kan voor een andere zorgaanbieder een verhoogd risico zijn. Het is belangrijk dat zorgaanbieders hier zelf een zorgvuldig proces voor inrichten. Soms wordt in de prioritering onderscheid gemaakt tussen aanbieders die over zijn op HT en aanbieders die niet over zijn op HT.

Literatuurlijst

NZa: www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz
Informatiekaarten: www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz
Spelregels: www.zorgprestatiemodel.nl/downloads
Veldafspraken: www.zorgprestatiemodel.nl/downloads
Veldnorm beroepen in de ggz en fz: www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/veldnorm-beroepen-in-de-geneeskundige-geestelijke-gezondheidszorg-en-de-forensische-zorg.pdf
Veldafspraak verantwoording rechtmatigheid fz: https://www.forensischezorg.nl/documenten/2026/04/10/veldafspraak-verantwoording-rechtmatigheid-fz-versie-1-maart-2026

Versie juli 2026

ID	Thema	Prioritering	Correct Registreren & declareren	Potentieel risico	ZVW - instellingen	ZVW - vrijgevestigden	FZ	**Aanbevelingen inrichting beheersing** Betreft application en IT-dependent controls in het EPD en systemen van de zorgaanbieder
A.01	Aanspraak & Onverzekerde Zorg	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat zorg wordt gedeclareerd waarbij een rechtmatige verwijzing of plaatsingsbesluit (fz) ontbreekt.	√	√	√	Zvw: Automatisch inlezen van verwijzing via verwijsportaal en geautomatiseerde controles in het EPD op aanwezigheid, geldigheid en bevoegdheid verwijzer (conform landelijke verwijsafspraken GGZ). Extra aandacht voor: - Aanwezigheid - Tijdigheid (voor het eerste consult) - Geldigheid (9 maanden tot datum aanmelding) (NB: niet 1e consult!) - Bevoegdheid verwijzer (in ieder geval huisarts, medisch specialist, straatdokter, verder afhankelijk van contract en polisvoorwaarden) - Volledigheid (alle velden gevuld, zie NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - GGZ: de envelop 2017) - Huisarts informeren bij doorverwijzing of geen verwijzing (in geval van legitieme uitzonderingssitaties) FZ: Digitaal plaatsingsbesluit inregelen binnen het EPD.
A.02	Aanspraak & Onverzekerde Zorg	B. Laag risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat zorg (bijv. aan het systeem/ nabestaanden) wordt gedeclareerd die is geleverd na datum overlijden patiënt.	√	√	√	Dichtzetten van de mogelijkheid om consulten en verblijf na overlijden te registreren. Registratie mag in ieder geval niet afleiden tot een declarabel product.
A.03	Aanspraak & Onverzekerde Zorg	HT-aanbieders: B. Laag risico correct registreren en declareren Niet HT-aanbieders: A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat consulten worden gedeclareerd ten laste van de Zvw, terwijl er sprake is van een onverzekerde interventie of een conditioneel verzekerde interventie die niet aan de voorwaarden voldoet.	√	√		Zvw: Het is mogelijk om met tekstmining/tekstcontrole een controle in te richten in het EPD (conform ZN Circulaire therapieën GGZ).
A.04	Aanspraak & Onverzekerde Zorg	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat er consulten worden gedeclareerd ten laste van de Zvw na het vaststellen dat er sprake is van een onverzekerde diagnose.	√	√		Onverzekerde diagnoses, spelregel 'diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg' & melding bij registratie van onverzekerde diagnose inbouwen in EPD van zorgaanbieders. Zelfbetalen mogelijk houden. Het EPD moet niet afdwingen dat er een verzekerde diagnose wordt gekozen. Het EPD moet afdwingen dat zorgprestaties geleverd bij een onverzekerde diagnose niet gedeclareerd kunnen worden ten laste van de Zvw.
A.04a	Aanspraak & Onverzekerde Zorg	HT-aanbieders: B. Laag risico correct registreren en declareren Niet HT-aanbieders: A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat er consulten worden gedeclareerd ten laste van de Zvw, terwijl sprake is van een conditioneel verzekerde diagnose waarbij niet aan de voorwaarden wordt voldaan.	√	√		Bij diagnoses die onder voorwaarden verzekerd zijn een signalering inrichten in het EPD.
A.06	Aanspraak & Onverzekerde Zorg	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat zorg wordt gedeclareerd ten laste van de Zvw of FZ, terwijl deze zorg behoort tot een andere financieringsstroom.	√	√	√	Aanbevelingen: - Harde grens van 1095 dagen inbouwen voor geneeskundige ggz. - Medewerkers die enkel onder andere wetten tijdschrijven, geen tijd laten schrijven in Zvw (uitzetten). - Signalering op domeinoverstijgende patiënten, tbv interne controle (enkel bij aanbieders die zorg aanbieden vanuit meerdere finacieringsstromen van toepassing). - Signalering op inzet agogische beroepen op snijvlak Zvw (behandeling) en WMO (begeleiding). - FZ: Signalering op consulten voor somatische zorg (bijv. consulten door huisartsen) bij cliënten waarvan de zorgverzekering niet is opgeschort

A.07	Aanspraak & Onverzekerde Zorg	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat zorg dubbel wordt gedeclareerd ten laste van verschillende financieringsstromen.	√	√	√	Systeeminrichting: aanwezigheidsdagen Wlz, Zvw, JW en FZ niet gelijktijdig declarabel. bijvoorbeeld door een koppeling tussen aan/afwezigheidslijsten en declaratie. Signalering parallelle declaraties op domeinoverstijgende clienten.
AG.01	Acute GGZ	B. Laag risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat er een regulier consult wordt gedeclareerd terwijl er sprake is van Acute GGZ binnen budget.	√			Periode acute GGZ koppelen aan registratiesysteem waarin patiënt is vastgelegd als 'acuut' (ivm budgetfinanciering). Harde inrichting bij de afleiding declarabele overige producten in het EPD als tijdens periode acute GGZ reguliere consulten worden vastgelegd.
AG.02	Acute GGZ	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat een overige prestatie Acute GGZ binnen budget wordt gedeclareerd terwijl geen sprake (meer) is van een crisissituatie.	√			Periode acute GGZ koppelen aan registratiesysteem waarin patiënt is vastgelegd als 'acuut' (ivm budgetfinanciering). Harde inrichting bij de afleiding acute GGZ prestaties na maximaal drie dagen.
AG.04	Acute GGZ	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat een prestatie acute ggz wordt gedeclareerd met een niet toegestane toeslag.	√			Inrichten als niet toegestane combinatie. Toeslag reistijd acute GGZ is wel toegestaan als toeslag (zie: beleidsregel prestaties en tareiven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg).
B.01	Beroepen	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat voor een behandelaar die niet aan de eisen van het beroep voldoet consulten worden gedeclareerd.	√	√	√	Controle bij instroom medewerker en bij wijziging van functie op diploma/Big registratie via HR systeem. Koppeling tussen HR-systemen en het EPD (via autorisatiematrix). Koppeling met AGB-register Vektis (voor zover eisen overeenkomen). Aandacht voor periodiciteit van de controles, wanneer automatische koppelingen om eisen te toesten ontbreken. Vanwege de diversiteit aan kwalificatie-eisen binnen deze beroepscategorie 8 (overige beroepen) verdient periodieke toetsing van bevoegdheid en kwalificaties extra aandacht.
B.05	Beroepen	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat zorg wordt gedeclareerd door fictieve behandelaren.	√	√	√	Ervoor zorgen dat dummy codes niet gedeclareerd kunnen worden (dummycodes mogen niet doordat op ieder consult de naam van de (regie)behandelaar moet worden genoteerd).
C.04a	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een individueel consult wordt gedeclareerd, dat niet feitelijk is geleverd.	√	√	√	Inrichten in EPD: - geen consult autoriseren zonder beloop of verslaglegging (dit geldt ook voor ongeplande zorg). - controle dubbele declaraties van consulten. - signalering tijdsranges in relatie tot duur consulten. - groepsconsult met 1 persoon wordt afgeleid naar regulier consult / mag niet afleiden naar een groepsconsult. - tekstmining/tekstcontrole Eventueel: Deelwaarneming (afhankelijk van bovengenoemde)
C.04b	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een groepsconsult wordt gedeclareerd, dat niet feitelijk is geleverd.	√	√	√	Inrichten in EPD: - geen consult autoriseren zonder beloop of verslaglegging (dit geldt ook voor ongeplande zorg). - controle dubbele declaraties van consulten. - signalering tijdsranges in relatie tot duur consulten. - groepsconsult met 1 persoon wordt afgeleid naar regulier consult / mag niet afleiden naar een groepsconsult. - tekstmining/tekstcontrole Eventueel: Deelwaarneming (afhankelijk van bovengenoemde)
C.05a	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een individueel consult wordt gedeclareerd, waar indirecte tijd is meegenomen binnen de duur van het consult.	√	√	√	Inrichten in EPD: - Afleiding van indirecte tijd mag niet komen tot een declarabel product. - Historische vergelijkingen (bijv. - gemiddelde directe tijd per patient / consultsoort of - range / behandelaar) - Tekstmining/tekstcontrole
C.05b	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een groepsconsult wordt gedeclareerd, waar indirecte tijd is meegenomen binnen de duur van het consult.	√	√	√	Inrichten in EPD: - Afleiding van indirecte tijd mag niet komen tot een declarabel product. - Historische vergelijkingen (bijv. - gemiddelde directe tijd per patient / consultsoort of - range / behandelaar) - Tekstmining/tekstcontrole

C.06	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een consult in meerdere consulten wordt opgeknipt en gedeclareerd waarbij er geen sprake is van een zorginhoudelijke reden.	√	√	√	Keuze tussen a) deelwaarneming of een b) signalering/blokkade als key control. Signalering toepassen bij twee of meer zelfde type consulten op één dag met dezelfde behandelaar waarbij tijdspanne tussen consulten minder dan 60 minuten bedraagt. Binnen de HT-relatie kan op basis van ingerichte processen en daaruit voortkomende risico's (in overleg met representerende zorgverzekeraar) het aantal minuten zowel naar beneden als boven worden bijgesteld. a) Selectie deelwaarneming: meerdere consulten op één dag: - met dezelfde patiënt en/of naaste(n) van de patiënt; - van hetzelfde type (diagnostiek / behandeling) - door dezelfde behandelaar b) IT dependent control op signalering van meerdere consulten op één dag: - met dezelfde patiënt en/of naaste(n) van de patiënt; - van hetzelfde type (diagnostiek/behandeling); - door dezelfde behandelaar (transparant maken van opvolging signaleringen) Eventueel: Deelwaarneming (afhankelijk van bovengenoemde)
C.06a	Consulten	B. Laag risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat asynchrone digitale zorg (van hetzelfde type diagnostiek / behandeling) als meerdere consulten wordt gedeclareerd.	√	√	√	Inrichten in het EPD: - Samenvoegen van meerdere korte consulten voor digitale zorg op 1 dag. - Wanneer dit niet mogelijk is dan signalering op meerdere korte consulten voor digitale zorg op 1 dag. Zie ook NZa-instructie: Wanneer en hoe registreer ik een consult bij asynchrone digitale zorg? https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wanneer-en-hoe-registreer-ik-een-consult-bij-asynchrone-digitale-zorg
C.11	Consulten	HT-aanbieders: B. Laag risico correct registreren en declareren Niet HT-aanbieders: A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een behandelconsult wordt gedeclareerd in plaats van een diagnostiekconsult.	√	√	√	Historische vergelijkingen (periodieke rapportages) - verhouding diagnostiek/behandeling in aantallen afspraken - verhouding diagnostiek/behandeling in duur IT-dependent control (signalering of blokkade), bijvoorbeeld - behandelconsult terwijl diagnose nog niet bekend is --> transparant maken opvolging signaleringen Overig: Vanuit agenda zorgdragen voor juiste afleiding naar consulttype.
C.12	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een diagnostiekconsult wordt gedeclareerd in plaats van een behandelconsult.	√	√	√	Historische vergelijkingen (periodieke rapportages) - verhouding diagnostiek/behandeling in aantallen afspraken - verhouding diagnostiek/behandeling in duur IT-dependent control (signaleringen), bijvoorbeeld - diagnostiekconsulten na bekend worden diagnose --> transparant maken opvolging signaleringen Overig: Vanuit agenda zorgdragen voor juiste afleiding naar consulttype.
C.13	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat dagbesteding wordt gedeclareerd als (groeps)consult (zowel in ambulante als klinische setting).	√		√	Application controls: - De registratie van dagbesteding mag niet afleiden naar een declarabel consult. - Beroep van activiteitenbegeleider uitsluiten van registratie van declarabele consulten binnen het ZPM. - Medewerkers dagbesteding opvoeren als 'niet declarabel'. Dit is aan te tonen via een TOO. - Data-analyse op medewerkers die normaal gesproken dagbesteding geven ipv behandeling Aandacht voor: - Opvallend lange groepsconsulten

C.14	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat vaktherapie wordt gedeclareerd als consult terwijl er ook een verblijfsdag is gedeclareerd.	√		√	Application Control: De registratie van vaktherapie tijdens een klinische setting mag niet afleiden naar een declarabel consult. Evt. aanvullen met IT-dependent Control naar consulten vaktherapie tijdens klinische setting. Zvw: De registratie van vaktherapie tijdens een klinische periode mag niet afleiden naar een declarabel product. Is dit niet mogelijk dan kan het beroep van vaktherapeut mogelijk worden uitgesloten van registratie van declarabale consulten.
C.15	Consulten	HT-aanbieders: B. Laag risico correct registreren en declareren Niet HT-aanbieders: A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een groepsconsult wordt gedeclareerd waar het aantal patiënten per tijdseenheid niet juist is bepaald.	√	√	√	Application Control: Telling op basis van op enig moment aanwezig aantallen patienten tijdens 'blok'. Inrichten in EPD: het type groepsconsult koppelen aan het aantal deelnemers groepsconsult. Zie ook definitie bepaling van een groepsconsult.
C.16	Consulten	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een OZP Verkennend gesprek (OV8000) wordt gedeclareerd waarbij er geen sprake is van betrokkenheid van een ggz-professional opgenomen in de veldnorm beroepen in de ggz en fz én een professional uit het sociaal domein.	√			
D.03	Declaratie	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat zorg wordt gedeclareerd waarbij clientgegevens niet juist, (tijdig) en volledig zijn geregistreerd. Voor FZ: forensische titel, status plaatsing, plaatsingsbesluitnummer, SKN.	√	√	√	WID & BSN check in proces inrichten. Afdwingbaarheid in declaratie dat clientgegevens gevuld moet zijn. Ingericht in FCS (FZ) controles dat alle verplichte gegevens aanwezig zijn.
D.04	Declaratie	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat zorg wordt gedeclareerd waarbij verzekeringsgegevens niet juist, (tijdig) en volledig zijn geregistreerd	√	√		COV-controle in proces inrichten. Afdwingbaarheid in declaratie dat verzekeringsgegevens gevuld moet zijn. In te richten bij declaratie.
D.05	Declaratie	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat zorg wordt gedeclareerd waarbij niet alle vereiste informatie-elementen voor de betreffende declaratie worden meegegeven aan de declaratie.	√	√		Afdwingbaarheid in declaratie dat informatie-elementen gevuld moeten zijn. Uitzondering: als informatie-element redelijkerwijs niet aanwezig kan zijn.
D.07	Declaratie	B. Laag risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat declaraties niet plaatsvinden tegen de afgesproken tarieven of de maximumtarieven overschrijden.	√	√	√	Tarieven per zorgverzekeraar en DJI inrichten.
D.08	Declaratie	B. Laag risico correct registreren en declareren		Het risico dat gegevens op declaratie niet overeenkomen met de registratie	√	√	√	Automatische koppeling tussen registratie en facturatie
FZ.01	Beroepen	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat zorgaanbieder niet gekwalificeerde en/of aantoonbaar bevoegde en vakbekwame professionals inzet als formatie ZZP, EP of VOV.			√	Controle bij instroom medewerker en bij wijziging van functie op diploma via HR systeem. Koppeling tussen HR-systemen en het EPD (via autorisatiematrix). Aandacht voor periodiciteit van de controles, wanneer automatische koppelingen om eisen te toesten ontbreken. Additioneel: selectie deelwaarneming op niet tijdschrijvend personeel. In de veldnorm 'rechtmatigheid forensische zorg' wordt beschreven wie wel en niet gekwalificeerd zijn voor ZZP en EP.
FZ.02	Beroepen	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat de inzet van stagiaires, leerlingen en zij-instromers niet conform de veldafspraken ZZP/EP en VOV wordt geregistreerd.			√	Beleid inzake inzet van stagiaires en/of leerlingen welke aansluit bij de VOV en ZZP/EP veldafspraken. Zichtbare controle op inzet stagiaires en/of leerlingen in de VOV en ZZP/EP berekening. Indien stagiaires/leerlingen zijn opgenomen: toelichting of zij aan de voorwaarden voldoen.
FZ.03	Consulten	B. Laag risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat bij een strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257a lid 3 Sv (aanwijzing OM-strafbeschikking 2022A003)) meer dan 20 behandelbijeenkomsten geleverd worden.			√	Analyse waarin aantal behandelbijeenkomsten wordt geteld. Diagnostiekconsulten hoeven hierin dus niet meegenomen te worden.
FZ.04	Verblijf	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat VOV inzet niet voldoet aan de veldafspraak verblijfsintensiteiten forensische zorg.			√	IT-dependent control waarin voorcalculatie, monitoring en nacalculatie conform de nieuwe vov-veldafspraak wordt geanalyseerd (al dan niet voldoende inzet).

FZ.05	ZZP/EP	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een ZZP en/of EP en/of VPT wordt gedeclareerd die niet feitelijk is geleverd.			√	Inrichten in EPD: - geen prestatie autoriseren zonder verslaglegging (application control). Indien niet mogelijk, IT dependent control: - tekstmining/tekstcontrole. - signalering op het ontbreken van de zorginhoudelijke rapportage. Eventueel: Deelwaarneming (afhankelijk van bovengenoemde)
FZ.06	ZZP/EP	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat de gedeclareerde ZZP niet voldoet aan de aanbodkenmerken (setting, nachtdienst) conform de Veldafspraak rechtmatigheid FZ.			√	Beschrijving/toelichting hoe aan de verblijfskenmerken voldaan wordt (met name nachtdienst/wakende wacht).
FZ.07	ZZP/EP	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat de gedeclareerde ZZP niet voldoet aan de minimale fte begeleiding / dagbesteding en aan de leveringsnorm geldende voorwaarde conform de Veldafspraak rechtmatigheid FZ.			√	IT-dependent control waarin voorcalculatie, monitoring en nacalculatie conform de nieuwe zzp/ep veldafspraak wordt geanalyseerd.
FZ.08	Dagbesteding	HT-aanbieders: B. Laag risico correct registreren en declareren Niet HT-aanbieders: A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat de afronding van aan dagactiviteiten bestede tijd niet wordt geregistreerd en gedeclareerd conform de geldende afrondingsystematiek.			√	Application control voor afronding van de dagactiviteiten waarbij de totale duur van dagactiviteiten maandelijks bij elkaar wordt opgeteld en vervolgens op hele uren wordt afgerond.
FZ.09	Afwezigheidsdagen	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat de declaratie van afwezigheidsdagen niet voldoet aan het uitvoeringskader afwezigheidsdagen forensische zorg.			√	Inrichting epd: - Signalering op 30/21 afwezigheidsdagen. - Signalering op 49 dagen afwezigheid en bijbehorende controle op toestemming fpl. - Of overige controle indien er sprake is van een andere reden voor afwezigheid.
FZ.10	ZZP/EP	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat de EP-prestatie H153 wordt gedeclareerd zonder dat de cliënt aantoonbaar voldoet aan de doelgroepomschrijving (inclusief voorwaarden) conform de Veldafspraak rechtmatigheid FZ.			√	- Beleid ten aanzien van intake en gebruik intakeformulier zoals opgenomen in nieuwe veldafspraak zzp/ep. - Deelwaarneming op SKN-niveau.
FZ.11	ZZP/EP	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat de EP prestatie H150 wordt gedeclareerd zonder dat sprake is van onplanbare zorg.			√	Deelwaarneming waarbij wordt vastgesteld of er sprake is van onplanbare zorg (dus bijv. geen agenda-afspraak ingepland).
FZ.12	ZZP/EP	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat meer dan 24,9 uur begeleiding per week per patiënt wordt gedeclareerd.			√	IT dependent control / data-analyse waarin per SKN wordt vastgesteld dat de norm niet overschreden wordt.
FZ.13	ZZP/EP	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat meer dan 9 dagdelen dagbesteding per week per patiënt wordt gedeclareerd.			√	IT dependent control / data-analyse waarin per SKN wordt vastgesteld dat de norm niet overschreden wordt.
FZ.14	Onderaannemers	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat gedeclareerde zorg is verleend door onderaannemers voor wie geen toestemming is verleend door ForZo/JJI (dit geldt niet voor TBS-zorg met dwangverpleging beveiligingsniveau 4).			√	IT dependent control waarbij toestemming wordt gecontroleerd.
~~FZ.15~~	~~Zorgvraagtypering~~	~~A. Verhoogd risico correct registreren en declareren~~	~~√~~	~~Het risico dat een prestatie wordt gedeclareerd waarbij de zorgvraagtypering ontbreekt of niet juist is.~~			~~√~~	
FZ.16	ZZP/EP	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat indirecte tijd wordt gedeclareerd als EP.			√	Application control op tijdsregistraties in epd Eventueel: Deelwaarneming (afhankelijk van bovengenoemde)
FZ.17	Declaratie	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat dezelfde zorg dubbel wordt gedeclareerd door de onderaannemer en de hoofdaannemer, omdat de onderaannemer zelf ook een contract met DJI heeft.			√	Inrichten in EPD bij zorgaanbieder van welke situatie er sprake is.
IE.01	Informatie-element	B. Laag risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat er geen privacyverklaring in het dossier aanwezig is bij een declaratie waarbij verschillende informatieelementen ontbreken zoals diagnosehoofdgroep en/of het zorgvraagtype.	√	√		Privacyverklaring koppelen aan informatie patient. Dan automatisch d11 vullen met <ja> bij te factureren prestaties en halfjaarlijkse aanlevering informatie.
OP.01	Overige prestaties	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een overige prestatie wordt gedeclareerd die niet feitelijk is geleverd conform voorwaarden. Zie de beleidsregel van de NZa voor de lijst met overige prestaties.	√	√	√	Waar mogelijk geautomatiseerd inrichten op basis van informatietabel overige prestaties en toeslagen.

OP.03	Overige prestaties	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een toeslag wordt gedeclareerd die niet feitelijk is geleverd conform voorwaarden. Zie de beleidsregel van de Nza voor de lijst met toeslagen.	√	√	√	Waar mogelijk geautomatiseerd inrichten op basis van informatietabel overige prestaties en toeslagen. Aandacht voor: Juiste toepassing toeslag reistijd conform de veldafspraak 'correct registreren en declareren'. Ook in de situties van 'doorreizen'.
P.01	Planning = realisatie	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een zorgaanbieder die gebruik maakt van de veldafspraak planning = realisatie voor individuele consulten niet voldoet aan de voorwaarden van de spelregels correct registreren en declareren inzake planning = realisatie.	√	√	√	In het EPD vastleggen voor welke zorg planning = realisatie geldt (welk team, welke periode). Inrichting conform de veldafspraak planning = realisatie. Signalering of data-analyse op achteraf aanpassen consulten.
RB.01	Regiebehandelaar	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat zorg wordt gedeclareerd waarbij de regiebehandelaar (Zvw)/hoofdbehandelaar (FZ) onbevoegd is.	√	√	√	Inrichten in EPD wie regiebehandelaar mag zijn.
RB.02	Regiebehandelaar	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat zorg wordt gedeclareerd zonder dat voldaan wordt aan spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar.	√	√	√	Inbouwen in EPD-systemen dat consulten niet kunnen worden gedeclareerd als niet aan spelregel wordt voldaan (let op uitzonderingen). Inrichting conform de veldafspraak minimale betrokkenheid regiebehandelaar.
S.02	Setting	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat de geregistreerde setting niet aansluit bij de feitelijke omstandigheden (zie tabel 1 en 2 in informatiekaart NZa).	√		√	Application Controls: Geregistreerde setting sluit aan de feitelijke omstandigheden (zie tabel 2 in informatiekaart NZa). Inrichten op basis van informatiekaart setting van de NZa tabel 1 en 2.
S.03	Setting	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat het 'afwegingskader monodisciplinair, multidisciplinair en outreachend' (tabel 3 uit informatiekaart NZa) niet correct wordt toegepast in de registratie.	√		~~√~~	De verantwoording van dit risico wordt momenteel afgestemd aan de landelijke tafel. De uiteindelijke invulling hiervan is nog niet definitief en kan nog aangepast worden. Onderstaande tekst is de aanbeveling uit de V&C-lijst 2025. Deze aanbeveling kan worden aangepast als het landelijke overieg is afgerond. Uit de V&C-lijst 2025: Transparantie over inrichting en structurele herijking van de inrichting van settingen: de HT-zorgaanbieder maakt op basis van de stappen uit de notitie 'Het verantwoorden van settings' voor de representerende zorgverzekeraar transparant hoe setting binnen de organisatie is ingericht en hoe men vanuit het proces hier toezicht op houdt. Doel: gezamenlijk vaststellen dat inrichting van settings juist is. Voor de herijking wordt o.a. gebruik gemaakt van data analyse. Alleen bij evidente fouten (tweezijdig bevestigd) in de inrichting wordt afspraken gemaakt voor inrichting van settings in nieuwe jaren. Reeds gemaakte afspraken in de zorgcontractering worden gerespecteerd.
V.01	Verblijf	A. Verhoogd risico correct registreren en declareren	√	Het risico dat een verblijfsprestatie wordt gedeclareerd die niet feitelijk is geleverd.	√		√	Inbouwen in EPD systemen: - Koppeling tussen 'tijdstip/datum' van opname/ontslag naar afleiden verblijfsprestatie - Koppeling tussen aan-/afwezigheidslijst en registratie en afleiden verblijfsprestatie - Inrichten specifieke criteria Tekstmining/tekstcontrole op nachtelijke aan- of afwezigheid
ZL.01	Zorglabel	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat geen of een onjuist zorglabel wordt gebruikt bij de declaratie.	√	√	√	Waar mogelijk automatiseren. Zie het document 'Verwijstypen en zorglabels'. Reeds gemaakte afspraken in de contractering worden gerespecteerd.
ZT.04	Zorgtraject	D. Instellingsoverstijgende risico's	√	Het risico dat voor zorg uitgevoerd in onderaanneming een apart zorgtraject wordt gedeclareerd in plaats van onderlinge dienstverlening.	√	√		In EPD borgen (formulier overdracht: zorgtrajectnummer als verplicht veld)
ZT.05	Zorgtraject	B. Laag risico correct registreren en declar	√	Het risico dat de openingsdatum van het zorgtraject niet gelijk is aan de startdatum van de eerste prestatie op het declaratiebericht.	√	√		Borgen dat de startdatum van de eerste prestatie gelijk is aan de startdatum op het declaratiebericht.

Factsheet Basis-ggz in het zorgprestatiemodel

Juli 2026

Factsheet Basis-ggz in het zorgprestatiemodel

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

In het zorgprestatiemodel vervallen de bekostigingsschotten. De basis-ggz en de gespecialiseerde ggz (hierna s-ggz) worden afgerekend met zorgprestaties. Het echelon basis-ggz blijft wel bestaan, maar de manier waarop de basis-ggz zichtbaar wordt gemaakt, verandert. Het onderscheid tussen basis-ggz en s-ggz wordt zichtbaar via verplichte informatie-elementen die gekoppeld zijn aan een zorgprestatie. Het onderscheid is namelijk niet meer zichtbaar aan de zorgprestaties zelf.

Voor de patiënten in de s-ggz wordt verplicht de DSM-hoofdgroep vermeld op de factuur. Voor de patiënten in de basis-ggz moet in plaats daarvan als verplicht informatie-element het basis-ggz profiel worden vastgelegd op de factuur.[1] De volgende coderingen worden gehanteerd[2]:

- GBG01 Basis ggz kort
- GBG02 Basis ggz middel
- GBG03 Basis ggz intensief
- GBG04 Basis ggz Chronisch

De inhoud van deze profielen zal worden vastgelegd in een veldafspraak. In de bijlage bij deze factsheet staan de definities van de vier profielen. De definities zijn overgenomen uit de regelgeving Generalistische basis-ggz van 2021.

Tijdens de diagnostiekfase wordt bepaald welk profiel van toepassing is. Verplichte vastlegging van de profielen op de factuur is alleen van toepassing bij behandelconsulten. Het profiel kan worden aangepast als tijdens de behandelingen blijkt dat daartoe aanleiding is. Het nieuwe profiel wordt dan vanaf het volgende behandelconsult meegestuurd.

Samenvatting

	Declareren	Verplicht informatie-element behandelconsulten op factuur
Basis-ggz	Zorgprestaties	Basis-ggz profielen
S-ggz	Zorgprestaties	DSM-hoofdgroep

[1] Voor alle zorg in de ggz wordt een DSM 5 diagnose geregistreerd. Voor basis-ggz wordt hierover geen informatie vermeld op de factuur.
[2] GBG01 Onvolledig behandeltraject staat wel in de nadere regel en in de codelijst, maar wordt niet gebruikt.

Bijlage: Definitie profielen

Patiëntprofielen

Elk van de in het vorige lid bedoelde prestaties is gebaseerd op een afzonderlijk patiëntprofiel.

A. Generalistische basis-ggz Kort (BK)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- Er is sprake van een DSM stoornis;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van lichte ernst;
- Er is sprake van een laag risico;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit;
- Er zijn aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd.

B. Generalistische basis-ggz Middel (BM)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- Er is sprake van een DSM stoornis;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van matige ernst;
- Er is sprake van een laag tot matig risico;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit;
- De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

C. Generalistische basis-ggz Intensief (BI)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- Er is sprake van een DSM stoornis;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft ernstige problematiek;
- Er is sprake van een laag tot matig risico;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit;
- De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

D. Generalistische basis-ggz chronisch (BC)

Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is:

- Er is sprake van een DSM stoornis;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie;
- Er is sprake van een laag tot matig risico.

Toelichting bij patiëntprofielen

A. Generalistische basis-ggz Kort (BK)
Binnen de prestatie worden verschillende behandelcomponenten aangeboden die passen bij de individuele zorgvraagzwaarte van de individuele patiënt en waarbij sprake kan zijn van gezamenlijke zorgverlening door behandelaars. De NZa stelt de inhoud van de prestatie niet op detailniveau vast. Het is aan de zorgaanbieders (in samenspraak met verzekeraars) om binnen de kaders van de prestatieomschrijving een passend zorgaanbod te organiseren voor de patiënt. Voorwaarde is dat dit uiteraard dient te gebeuren binnen de door de NZa vastgestelde tariefruimte.

Het patiëntprofiel is gebaseerd op vijf objectieve criteria (DSM stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten). In de prestatie is niet alleen de ernst van de stoornis meegenomen, maar ook de mate waarin de vijf criteria bij de patiënt aanwezig zijn.

Er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar deze zijn wel voldoende om een diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt, de patiënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren.

Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/ symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie.

Er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

B. Generalistische basis-ggz Middel (BM)
De kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren.

Ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen zijn er geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Is wel sprake van een latent gevaarsrisico dan staan daar beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.

Er is sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

C. Generalistische basis-ggz Intensief (BI)
De meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/ symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico, dan staan er beschermende factoren tegenover, zie prestatie Middel.

Er is sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

D. Generalistische basis-ggz Chronisch (BC)
Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/ symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico, dan staan daar beschermende factoren tegenover, zie prestatie Middel.

P.

Informatie-elementen bij facultatieve prestaties ervaringsdeskundige werker NLQF 5

Informatie-elementen bij facultatieve prestaties ervaringsdeskundige werker NLQF 5
Definitief, 20 december 2022

De NZa heeft een beschikking afgegeven voor facultatieve prestaties voor behandelconsulten en groepsconsulten door ervaringsdeskundige werkers NLQF 5:

- Facultatieve prestatie: Behandelconsult ervaringsdeskundige werker (NLQF 5) vanaf X minuten
- Facultatieve prestatie: Groepsconsult ervaringsdeskundige werker (NLQF 5) groepsgrootte X 30 minuten

Partijen in het programma Zorgprestatiemodel constateren dat het wenselijk is om gezamenlijk vast te stellen welke informatie-elementen voor deze facultatieve prestaties moeten worden geregistreerd. Zo voorkomen we dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier verschillend mee omgaan.

Ervaringsdeskundige werker NLQF 5
De definitie van ervaringsdeskundige werker (NLQF5) luidt: *Zorgverlener met afgeronde initiële opleiding (NLQF 5) in ervaringsdeskundigheid ten behoeve van de GGZ/FZ.*

Om de facultatieve prestaties automatisch te kunnen afleiden (en te onderscheiden van ervaringsdeskundige werkers NLQF6), krijgt de ervaringsdeskundige werker NLQF5 een eigen beroepscode in de codelijst:

Beroep_code	Beroep_naam
FB01	Ervaringsdeskundige werker NLQF 5 (facultatieve prestaties)

Bij dit beroep kunnen alleen de facultatieve prestaties ‘ervaringsdeskundige werker (NLQF5)’ worden geregistreerd en geen consult ‘overig beroep’.

Op de declaratie moet verder de juiste generieke code en de naam van de behandelaar worden vermeld (in plaats van een AGB-code).

Informatie-elementen
Eerder hebben de partijen in het programma Zorgprestatiemodel een indeling gemaakt van welke informatie-elementen bij overige prestaties moeten worden geregistreerd. De facultatieve prestaties ‘ervaringsdeskundige werkers NLQF 5’ passen het beste in de categorie ‘Overige prestaties met informatie-elementen van een consult’.

Bij deze facultatieve prestaties worden daarom de informatie-elementen vermeld die verplicht zijn bij consulten en toeslagen op consulten. Een overzicht van de informatie-verplichtingen voor consulten en toeslagen op consulten staan in kolom B (ggz) en E (fz) in de Tabel informatie-elementen van de NZa.

Spelregels

- Voor de facultatieve prestaties ‘behandelconsulten ervaringsdeskundige werkers NLQF 5’ gelden de spelregels correct registreren en declareren.
- De facultatieve prestaties ‘ervaringsdeskundige werkers NLQF’ tellen mee als ‘consult’ in de spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar.

Groepsconsulten

- Voor de facultatieve prestaties ‘groepsconsulten ervaringsdeskundige werker (NLQF 5)’ geldt de spelregel Groepsconsulten.
- De facultatieve prestaties ‘groepsconsulten ervaringsdeskundige werker (NLQF 5)’ kan alleen in rekening gebracht worden voor de (op enig moment aanwezige) patiënten die verzekerd zijn bij een zorgverzekeraar waarmee de zorgaanbieder afspraken heeft gemaakt over de inzet van deze facultatieve prestatie.
- Voor het bepalen van de groepsgrootte tellen ook de (op enig moment) aanwezige patiënten mee waarvoor geen afspraak over de inzet van deze facultatieve prestatie is gemaakt.

Informatie-elementen bij onderlinge dienstverlening

Informatie-elementen bij onderlinge dienstverlening
27 september 2022

In de regeling van de NZa staat welke informatie-elementen de zorgaanbieder voor iedere patiënt en voor iedere prestatie moet registreren. Voor prestaties die als onderlinge dienstverlening worden uitgevoerd, moeten de hoofd- en onderaannemer informatie-elementen met elkaar uitwisselen om de juiste informatie-elementen te registreren.

Partijen in het programma Zorgprestatiemodel constateren dat het wenselijk is om gezamenlijk vast te stellen welke informatie-elementen bij onderlinge dienstverleningen moeten worden uitgewisseld tussen de hoofdaannemer en onderaannemer. Zo voorkomen we dat zorgaanbieders hier verschillend mee omgaan.

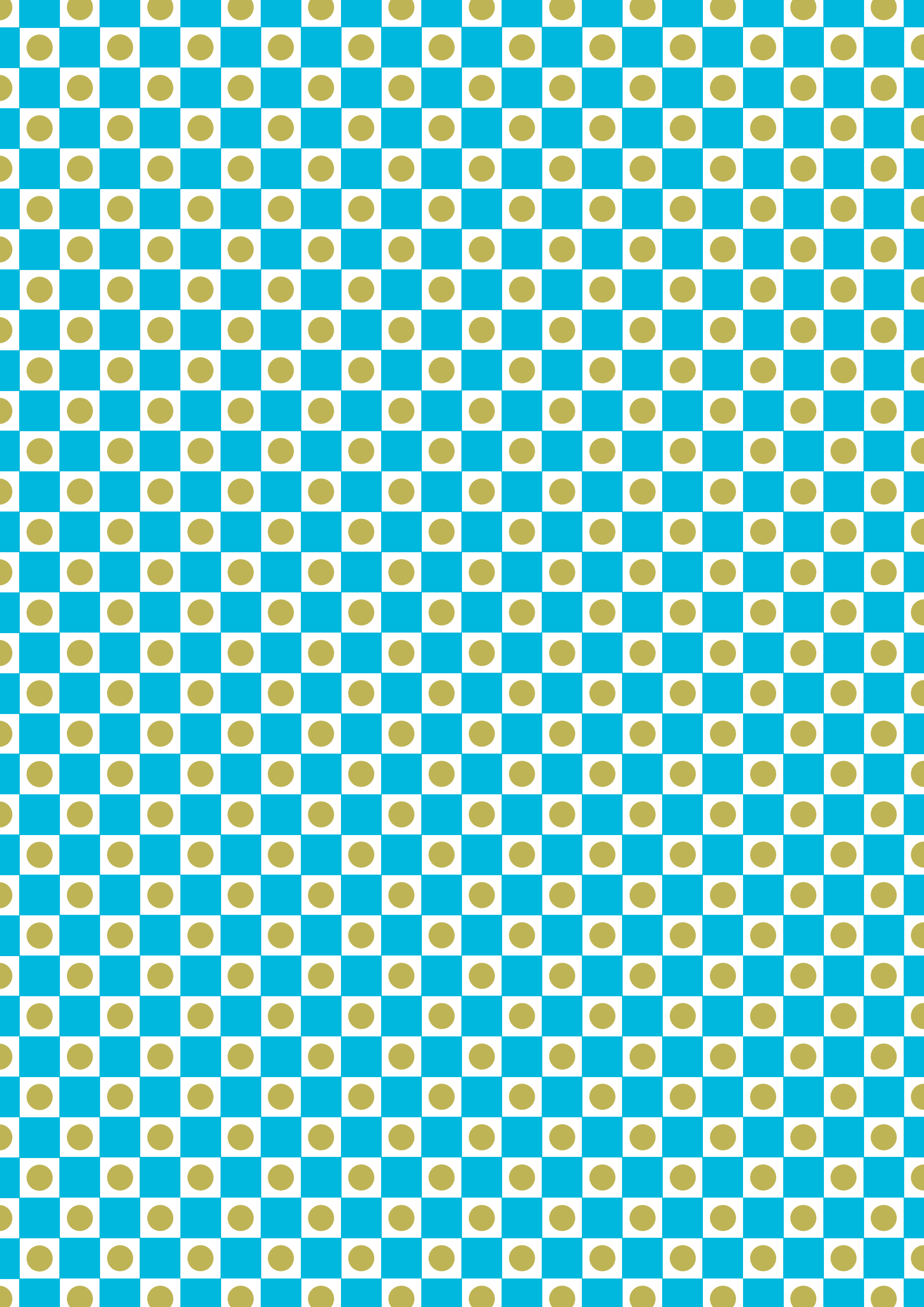
Uitgangspunten

- Landelijk geldt (voorlopig) route 1: de onderaannemer declareert bij de hoofdaannemer.
- De hoofdaannemer ziet de cliënt eerst en maakt bij het leveren van zorg gebruik van diensten van een onderaannemer.
- Er is een contractafspraak tussen de hoofdaannemer en onderaannemer waarin tariefafspraken zijn vastgelegd.
- Dataminimalisatie tussen hoofdaannemer en onderaannemer: alleen de absoluut noodzakelijke gegevens worden verstuurd.
- De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor het traject (zorgvraagtypering, regiebehandelaar).
- De uitwisseling van medische informatie (dossier) om de cliënt te behandelen is buiten scope.
- Informatiebehoefte:
    - Hoofdaannemer verwacht van onderaannemer: informatie voor declaratie naar verzekeraar.
    - Onderaannemer verwacht van hoofdaannemer: informatie voor declaratie naar hoofdaannemer.
- De hoofdaannemer vult de prestaties van de onderaannemer aan met de rest van de informatie-elementen, zodat de hoofdaannemer voldoet aan de NZa-regelgeving voordat deze declareert aan de verzekerende instantie.
- De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor de V&C en LCB-controles over de volledige declaratie heen (alle prestaties van onderaannemer(s) en hoofdaannemer samen).

Informatie-elementen
De volgende informatie-elementen worden vermeld bij de opdrachtverstrekking van de hoofdaannemer naar onderaannemer en op de factuur van de onderaannemer naar de hoofdaannemer:

INFORMATIE-ELEMENT	Verplicht vermelden van hoofdaannemer naar onderaannemer	Verplicht vermelden op factuur van onderaannemer naar hoofdaannemer	Toelichting
A. Gegevens zorgaanbieder			
a2. AGB-code zorgaanbieder	Ja	Ja	
B. Gegevens patiënt			
b3. BSN;	Ja	Ja	
C. Gegevens behandeling			
c1. Naam regiebehandelaar	Ja	Ja	Bij digitale declaratie volstaat c2.
c2. AGB-code regiebehandelaar	Ja	Ja	
F. Gegevens prestatie			
f1. Prestatiecode;	-	Ja	
f2. Prestatie;	-	Ja	Dit is een afgeleide van de prestatiecode.
f3. Uitvoeringsdatum;	-	Ja	
f4. Geplande starttijd consult (alleen ingeval van werkwijze conform 3.2 lid 2);	-	Ja, verplicht indien van toepassing	
f5. Gedeclareerd tarief (per prestatie);	-	Ja	
f6. Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd;	-	Ja, verplicht indien van toepassing	In geval de zorgverlener geen persoonlijke AGB-code heeft.
f7. AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd;	-	Ja, verplicht indien van toepassing	In geval van verblijf is er geen zorgverlener. Dan is dit de AGB-code van de instelling.
f8. Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm;	-	Ja, verplicht indien van toepassing	In geval de zorgverlener geen persoonlijke AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden.

f9. Zorglabel;	-	Ja, verplicht indien sprake van zorglabel N04 Toeslag inzet tolk	Andere zorglabels zijn hier niet verplicht, daar kunnen wel onderling afspraken over gemaakt worden.
Setting	Ja	-	Extra informatie-element. Dit is nodig voor het bepalen van de prestatie(code).





www.zorgprestatiemodel.nl

ZORG
PRESTATIE
MODEL GGZ & FZ