

FORMAT AANVRAAG OVERPLAATSING/OBSERVATIEPLAATSING¹

Persoons- en aanvraaggegevens

- TBS-nummer
- Familienaam
- Volledige voorna(a)m(en)
- Geboortedatum
- Geslacht M, V, anders, te weten...

BOX 0 SAMENVATTING

Beschrijving van de aanvraag ter inleiding, deze bevat tenminste:

- Kernachtige typering van de betrokken ter beschikking gestelde
- Opvallende ontwikkelingen van het afgelopen jaar
- Gepraktiseerde verloven
- Weergave relevante bevindingen uit adviezen, beslissingen en rapportages
- Koers en prognose, zijnde de duur van het resocialisatietraject en het uitstroomdoel

BOX 1 VOORGESCHIEDENIS

1.1: Indexdelict

- Dictum: bewezen verklaarde in het vonnis, plaats en datum indexdelict
- Feitelijke weergave indexdelict
- Vermelding of er sprake is van een maatschappelijk gevoelig delict; uitwerking in box 5a.5

1.2: Justitiële gegevens

- Leeftijd eerste politiecontact naar aanleiding van een delict
- Leeftijd eerste veroordeling
- Datum vonnis indexdelict onherroepelijk
- Ingangsdatum huidige maatregel
- Verlengingsuitspraken sinds oplegging huidige maatregel
- Datum voorwaardelijke invrijheidstelling
- Opnamedatum huidige FPC
-

1.3: Korte biografische schets tot oplegging huidige maatregel

- Relevante biografische gegevens ten aanzien van de ontwikkeling en problematiek
- Beschermende factoren in de voorgeschiedenis

1.4: Criminogene ontwikkeling tot oplegging huidige maatregel

1.5: Behandelgeschiedenis tot oplegging huidige maatregel

Periode	Instantie of instelling of toezichthouder	Reden en bijzonderheden

1.6: Behandelgeschiedenis van oplegging huidige maatregel, tot huidige aanvraag of advies

Periode	Instelling of toezichthouder	Reden en bijzonderheden

BOX 2 (DELICT)DIAGNOSTIEK (Wanneer er nieuwe inzichten of ontwikkelingen zijn, geheel invullen, anders verwijzen naar eerdere verlofaanvraag/verlengingsadvies (inc. Datum in CDD+)

¹ Verwijderen wat niet van toepassing is.

2.1: Diagnostiek

- Beschrijvende diagnose inclusief kernproblematiek, gedestilleerd uit het delictscenario
- Weergave actuele DSM-5– classificatie, inclusief datum. Seksuele en verslavingsproblematiek vermelden, ook indien niet langer actueel
- Toelichting eventuele wijzigingen diagnostiek in de afgelopen periode

2.2: Delictscenario met inbegrip van de analyse

- Gedetailleerde weergave gebeurtenissen indexdelict, aanloop en vervolg
- Totstandkoming delictscenario; met of zonder medewerking van de ter beschikking gestelde, door dossierstudie, informatie van derden

2.3: Delictgerelateerde criminogene factoren

Soort factor	Delictgerelateerde criminogene factor	Relatie tot delictgedrag	Overige reden tot zorg
Statische factor			
Dynamische factor: chronisch			
Dynamische factor: acuut			

BOX 3 BEHANDELING

3.1: Behandeling per delictgerelateerde criminogene factor

Delictgerelateerde criminogene factor uit box 2.3	Behandeloverweging en doel	Interventie met periode	Resultaat en respons
1.			
2.			
3.			

3.2: Behandelverloop huidige FPC

- Beschrijving verblijf en verloop van de behandeling in huidige FPC met nadruk op het afgelopen jaar, mate van commitment, overeenstemming over de behandeling en het gedrag van de ter beschikking gestelde
- Korte beschrijving van de huidige afdeling of voorziening en het afdelingsmilieu
- Korte beschrijving van de omvang van en relatie tot relevante netwerkleden
- Medicatiebeleid inclusief geschiedenis binnen huidige FPC, actuele dosering, relevante wijzigingen en medicatiebereidheid. Somatische medicatie louter in geval van LFPZ-aanvragen of relevant voor risicomanagement.
- Indien sprake van een zedendelict, overweging al dan niet inzetten libidoremmende medicatie
- Indien is afgeweken van het behandelprotocol, weergave overweging

3.3: Incidenten

- Opsomming incidenten in het afgelopen jaar met datum, bijbehorende interventie en afhandeling/plaats in de behandeling
- Opsomming strafrechtelijke uitspraken, niet zijnde verlengingsuitspraken, tijdens de lopende maatregel met datum en bijbehorende interventie

BOX 4 RISICOTAXATIE EN RISICOMANAGEMENT²

U kunt verwijzen naar de meest recente risicotaxatie (door...datum...).

Wat zijn in uw ogen de meest relevante elementen uit de risicotaxatie en hoe zijn deze in uw kliniek bewerkt? In hoeverre is het gelukt deze risicofactoren te behandelen? Welke interventies of omstandigheden acht u noodzakelijk om tot verdere bewerking van de risicofactoren te kunnen komen?

² Zie schrijfwijzer.

BOX 6 AANVRAAG OVERPLAATSING/OBSERVATIEPLAATSING³

Geef in deze box, indien van toepassing, aan waarom de behandelopgave in deze kliniek niet geslaagd is en een overplaatsing nodig/wenselijk is. En geef daarbij ook aan waar de volgende kliniek zich op moet richten. In die onderbouwing kiest de zending kliniek uit de onderstaande mogelijkheden:

1. Het traject is niet gelukt, we weten niet waarom, start een volledig vrije nieuwe behandeling op. Er worden geen aanwijzingen aan de ontvangende kliniek gegeven. Dus gelden ook de reguliere indicerings-/verdelingskenmerken om patiënten aan klinieken toe te wijzen.
2. Het deel van het traject bij ons is niet gelukt, of we komen niet verder, we denken wel te begrijpen hoe dat komt en houd daarom rekening met specifiek benoemde context- en/of patiëntkenmerken. Geef hierbij een suggestie of aanwijzingen aan de plaatsende instantie en de ontvangende instelling mee. Dat betekent dus ook dat de plaatsende instantie daarmee bij herplaatsing rekening moet houden en eventueel extra moet afstemmen met de ontvangende kliniek en de patiënt en diens advocaat.
3. Onderbouw concreet/schat in welke voorziening op termijn noodzakelijk wordt geacht en welk zorg- en beveiligingsniveau daarbij noodzakelijk is (zie de matrix in de bijlage). Hierbij wordt ook de vraag beantwoord of op termijn een LFPZ- of Longcare-indicatie gezien wordt of mogelijk naar de reguliere zorg met een zorgmachtiging.

Kan deze patiënt naar de regio van herkomst worden overgeplaatst? Zo nee, wat is de reden dat hiervan afgeweken wordt?

- Hier kan een van de contra-indicaties uit het Plaatsingskader TBS-dwang genoemd worden.

In geval van een observatieplaatsing:

- Benoem hier de observatievragen die door de ontvangende kliniek beantwoord dienen te worden.

In geval van een 'positieve overplaatsing':

- Benoem de reden hiervan, bv. voortzetting van de resocialisatie in de regio van herkomst.
- Als er sprake is van afschaling van beveiligingsniveau 4 (FPC) naar beveiligingsniveau 3 (FPK) geef aan waarom dit qua risicomanagement verantwoord is.

BOX 8 HOUDING TER BESCHIKKING GESTELDE

Overeenstemming over het te volgen traject

Beschrijving in hoeverre sprake is van overeenstemming over de koers en prognose. Geef hierbij aan of de patiënt zelf een idee heeft waarom het traject in deze kliniek stagneert en wat er in een andere kliniek nodig is. Indien mogelijk wordt dit voorafgaand met betrokkene en diens advocaat besproken. Heeft de patiënt een voorkeur voor een vervolgekliniek? Wat is de mening van de huidige kliniek over deze voorkeur?

³ Zie schrijfwijzer.

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

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

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

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

Prestatiebeschrijving Verblijf met rechtvaardigingsgrond ggz (VMR)

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

Artikel 3.2 Prestaties verblijfsdag fz

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

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

Een verblijfsdag heeft één van de volgende beveiligingsniveaus:

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

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

- Verblijfsdag A1 t/m A4
- Verblijfsdag B1 t/m B4
- Verblijfsdag C1 t/m C4
- Verblijfsdag D1 t/m D4
- Verblijfsdag E1 t/m E4
- Verblijfsdag F1 t/m F4
- Verblijfsdag G1 t/m G4

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag A fz (lichte verzorgingsgraad)

De psychiatrische stoornis is stabiel, er is kans op verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld wanneer de patiënt buiten de structuur van de afdeling verblijft. Er is sprake van ziektebesef en (enige mate van) ziekte-inzicht, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn binnen de structuur van de afdeling voldoende. Er is sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er bestaat geen risico op terugval op korte termijn wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft. Er bestaat geen kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft.

Er is sprake van maatschappelijk relevante dagbesteding. ADL-vaardigheden zijn voldoende. Er is een sociaal netwerk aanwezig, maar de patiënt heeft ondersteuning nodig bij het onderhouden van het sociaal netwerk. Er is enige ondersteuning nodig bij de financiën. Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal). Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de samenleving / resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening. Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten. 24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op. Bij een verblijfsdag A fz wordt doorgaans 0,3 en minder fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag B fz (beperkte verzorgingsgraad)

De psychiatrische stoornis is stabiel, er is een lichte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld. Er is sprake van ziektebesef en enige mate van ziekte-inzicht, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn in enige mate beperkt, patiënt heeft hierbij ondersteuning. Er is sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er bestaat een beperkte kans op terugval op korte termijn. Er bestaat lichte kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.

Er is sprake van een maatschappelijk relevante dagbesteding. ADL-vaardigheden zijn voldoende. Er is een sociaal netwerk aanwezig, maar de patiënt heeft begeleiding nodig bij het onderhouden van het sociaal netwerk. Er is enige ondersteuning nodig bij de financiën. Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal). Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de

samenleving / resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening. Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten. Er is behoefte aan begeleiding in korte, individuele contacten met begeleiders. 24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op. Bij een verblijfsdag B fz wordt doorgaans meer dan 0,3 fte tot en met 0,5 fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag C fz (matige verzorgingsgraad)

De psychiatrische stoornis is stabiel, er bestaat enige verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld gekoppeld aan delictgedrag. Er is sprake van ziektebesef, het ziekte-inzicht is beperkt, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn beperkt, patiënt heeft hierbij begeleiding. Er is sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er bestaat enige kans op terugval op korte termijn. Er bestaat lichte kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.

Er is sprake van dagbesteding die minder gericht is op maatschappelijke inbedding. ADL-vaardigheden zijn voldoende. Er is geen (adequaat) sociaal netwerk aanwezig, de patiënt heeft begeleiding nodig bij het opbouwen van het (adequate) sociaal netwerk. Er is behoefte aan begeleiding bij de financiën. Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal). Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de samenleving / resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening. Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten. Er is, meer dan in verblijfsintensiteit B, behoefte aan begeleiding in korte, individuele contacten met begeleiders. 24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op. Bij een verblijfsdag C fz wordt doorgaans meer dan 0,5 fte tot en met 0,7 fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag D fz (gemiddelde verzorgingsgraad)

Er is een gemiddelde verstoring van het psychiatrisch ziektebeeld. Er is sprake van enige mate van ziektebesef, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig. Er is in enige mate sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er bestaat risico op terugval op korte termijn. Er is in beperkte mate sprake van gedragsproblematiek, agressie en verstoord functioneren. Er bestaat kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.

De zelfredzaamheid is wisselend en varieert tussen gemiddeld en gebrekkig. ADL vaardigheden behoeven ondersteuning. Er ontbreken enige vaardigheden op een aantal algemene levensgebieden. Patiënt kan zelf enige structuur aanbrengen. Er is behoefte aan begeleiding bij de financiën. Het actuele recidiverisico is matig tot hoog. De focus van het leefklimaat is op ontwikkeling / motiveringen en daarnaast op ondersteuning (supportief) en structurerend. De begeleidingsbehoefte is permanent aanwezig, en eventuele opschaling is mogelijk als dat nodig is. Bij een verblijfsdag D fz wordt doorgaans meer dan 0,7 fte tot en met 1,0 fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag E fz (intensieve verzorgingsgraad)

Er is sprake van een intensieve verstoring ten gevolge van het psychiatrisch ziektebeeld. Er is (nog) in mindere mate sprake van ziektebesef, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig. Er is in (nog) mindere mate sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of begeleiding behoeft. Er is in sprake van gedragsproblematiek, agressie en verstoord functioneren. Er bestaat risico op terugval op korte termijn. Er bestaat risico op ontregelend en ontwrichtend gedrag.

De zelfredzaamheid (indien aangetast) is wisselend en varieert tussen gebrekkig en slecht. Er ontbreken vaardigheden op meerdere of basale levensgebieden. Patiënt kan zelf weinig tot geen structuur aanbrengen. Patiënt heeft zijn financiën niet langer in eigen beheer. Het actuele recidiverisico is matig tot hoog. Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend met stabilisatie als primaire doelstelling. De begeleidingsbehoefte is permanent aanwezig, en opschaling is direct mogelijk. Bij een verblijfsdag E fz wordt doorgaans meer dan 1,0 fte tot en met 1,3 fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag F fz (extra intensieve verzorgingsgraad)

De psychiatrische stoornis is acuut tot chronisch, ernstig en onregelend, hetgeen het dagelijks leven grotendeels beïnvloedt. Ziektebesef is beperkt, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig. Er is in beperkte mate sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of veel begeleiding behoeft. Er is sprake van gedragsproblemen die ontwrichting of gevaar op agressie (naar zichzelf / anderen) veroorzaken, met een dagelijks risico hierop.

De patiënt is op meerdere levensgebieden niet zelfredzaam. De patiënt is niet in staat zelf structuur aan te brengen. De patiënt kan geen verantwoordelijkheid meer nemen voor zijn ADL en financiën. Het delictrisico is hoog tot zeer hoog. Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurend. De begeleidingsbehoefte is permanent en intensief. Er zijn regelmatig vormen van individuele begeleiding noodzakelijk, activiteiten vinden plaats in kleine groepen. Begeleiding/behandeling is gericht op zowel stabilisatie en nadere analyse van de complexe problematiek. Bij een verblijfsdag F fz wordt doorgaans meer dan 1,3 fte tot en met 1,7 fte per bed/plaats ingezet.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag G fz (zeer intensieve verzorgingsgraad)

De psychiatrische stoornis leidt tot acute, ernstige en onregelende verstoring, hetgeen voortdurend problemen veroorzaakt in het dagelijks functioneren. Ziektebesef is zeer beperkt, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig. Er is zeer beperkt tot geen sprake van behandelresponsiviteit / bereidheid tot behandeling. Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of veel begeleiding behoeft. Er is sprake van gedragsproblemen die ontwrichting of gevaar op agressie (naar zichzelf / anderen) veroorzaken, met een continu risico hierop.

De patiënt is op geen enkel levensgebied zelfredzaam. De patiënt is niet in staat zelf structuur aan te brengen. Het actuele recidiverisico is hoog tot zeer hoog. Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurend met stabilisatie als primaire doelstelling. De begeleidingsbehoefte is permanent en intensief. Er is veelal sprake van één op één of meermans begeleiding, ook bij activiteiten. Begeleiding/behandeling is gericht op stabilisatie en nadere analyse van de complexe problematiek. Bij een verblijfsdag G fz wordt doorgaans meer dan 1,7 fte per bed/plaats ingezet.

Artikel 3.3 Beveiligingsniveaus

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 1

Uitgangspunten:

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

Materieel:

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

- Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen een besloten setting.

Immaterieel:

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

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 2

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

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 2-fz laag

Uitgangspunten:

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

Materieel:

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

Immaterieel:

- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling.
- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing / de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.

- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan en/of bij vermoedens van gebruik), periodiek en onaangekondigd plaats.
- Doorplaatsing / het krijgen van (meer) vrijheden wordt gefaseerd vormgegeven.

Prestatiebeschrijving Beveiligingsniveau 2-fz hoog

Uitgangspunten:

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

Materieel:

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

Immaterieel:

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

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 3

Uitgangspunten:

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

Materieel:

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

Immaterieel:

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

Prestatiebeschrijving beveiligingsniveau 4

Uitgangspunten:

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

Materieel:

- De instellingen vallend in beveiligingsniveau 4 voldoen aan de DJI-eisen gesteld voor fpc's. Deze eisen hebben onder andere betrekking op de aanwezigheid van:
 - Een dubbele barrière;
 - een penitentiair hekwerk van 5 meter en een muur, beide voorzien van detectie en cameraobservatie;
 - gecontroleerde in- en uitgang van personen en goederen;

- beglazing buitenwandopeningen;
- raamstandbeperking.
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
- Er is een 24-uurspost.
- Het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten van de instelling is aanwezig binnen de dubbele beveiligingsring.

Immaterieel:

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

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

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

De volgende zzp's zijn van toepassing:

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

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

Er zijn twee soorten zzp's:

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