

### Bijlage 3: Vastleggen aard van delict.

Het is mogelijk om meer dan één aard delict te registreren. Bij het typeren van een aard delict wordt geen onderscheid gemaakt tussen een poging tot het delict en het daadwerkelijk plegen van het delict.

#### 3.1.3.7 Vastleggen diagnose van de patiënt

Het vijfde onderdeel van de typering is het vastleggen van de diagnose van de patiënt. De diagnoseclassificatie in de dbbc-systematiek sluit aan bij de regels die gelden voor het gebruik van de DSM-5. De DSM-5 diagnose wordt via een conversietabel vertaald naar een DSM-IV-TR diagnose. De hoofdbehandelaar registreert de diagnose met behulp van de diagnosetabel die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. De diagnose moet geregistreerd worden op vijf assen.

##### As 1: Klinische stoornissen

Op As 1 kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Tabel 1 laat tevens zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

- Op As 1 is de diagnose 799.9 'Diagnose/aandoening uitgesteld' niet toegestaan.
- Registreer V71.09 'Geen diagnose of aandoening op As 1 aanwezig' als er geen As 1-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is

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

Tabel 1: As 1 Klinische stoornissen

##### As 2: Persoonlijkheidsstoornissen

Op As 2 kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Geef per stoornis aan of de stoornis aanwezig is of dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie

van de persoonlijkheidsstoornissen kan maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid worden geregistreerd. Tabel 2 laat zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

Let op:

- Per persoonlijkheidsstoornis sluiten de antwoordmogelijkheden 'aanwezig' en 'trekken van' elkaar uit.
- Op As 2 kunt u wel kiezen voor de code 799.9 'Diagnose/aandoening uitgesteld', maar deze kan nooit de primaire diagnose van de dbbc zijn.
- Registreer V71.09 'Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig' als er geen As 2-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.

As 2 Persoonlijkheidsstoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lichte zwakzinnigheid</li> <li>- Matige zwakzinnigheid</li> <li>- Ernstige zwakzinnigheid</li> <li>- Diepe zwakzinnigheid</li> <li>- Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd</li> </ul>	Restgroep diagnoses
Persoonlijkheidsstoornissen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paranoïde persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Schizoïde persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Schizotypische persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Antisociale persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Borderline persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Theatrale persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Narcistische persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Obsessieve - compulsieve persoonlijkheidsstoornis</li> <li>- Persoonlijkheidsstoornis NAO</li> <li>- Uitgesteld / geen persoonlijkheidsstoornis</li> </ul>	Persoonlijkheidsstoornissen
Zwakbegaafdheid (bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn )	Restgroep diagnoses

Tabel 2: As 2 Persoonlijkheidsstoornissen

### As 3: Somatische aandoeningen

Registreer alleen de somatische aandoening die een directe relatie heeft met de As 1- of As 2-stoornis (bijvoorbeeld: delirium door een somatische aandoening).

De registratie van somatische aandoeningen is in de dbbc-systematiek beperkt tot drie niveaus:

1. 'Geen of geen relevante diagnose op As 3' als er geen somatische aandoening aanwezig is of als de somatische aandoening geen consequenties heeft voor de behandeling van de patiënt.
2. 'Diagnose op As 3 enkelvoudig' als er sprake is van een somatische aandoening die beperkte consequenties heeft. Doe dit dus alleen als deze aandoening naar verwachting zorgverzwarend is voor de behandeling van de primaire diagnose.
3. 'Diagnose op As 3 complex' als er sprake is van een somatische aandoening die veel consequenties heeft dan wel zorgverzwarend

werkt voor de behandeling van de As 1- of As 2-stoornis. Van complex is bijvoorbeeld sprake als:

- een medisch specialistische behandeling door een andere medisch specialist dan de psychiater noodzakelijk is;
- aanvullende zorg gericht op de somatische aandoening of als gevolg van de somatische aandoening noodzakelijk is. Bijvoorbeeld in geval van doofheid;
- er een specifieke behandelafdeling (paaz, puk, pmu/gapz/gaaz) nodig is om zorg te kunnen bieden;
- er sprake is van bepaalde specifieke ziektebeelden, zoals ziekte van Alzheimer of Hypothyreoïdie.

De hoofdbehandelaar beoordeelt of er sprake is van enkelvoudig of complex. In [Tabel 3](#) staan de omschrijvingen van de somatische aandoeningen die op As 3 van de diagnosetabel geselecteerd kunnen worden.

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

Tabel 3: As 3 Somatische aandoeningen

#### As 4: Psychosociale factoren en omgevingsfactoren

Op As 4 worden psychosociale factoren en omgevingsfactoren vastgelegd die een duidelijk zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose. Registreer 'diagnose of aandoening niet aanwezig' als er geen As 4-factor aanwezig is. [Tabel 4](#) geeft deze factoren weer.

As 4 Psychosociale factoren en omgevingsfactoren	
Factoren	Bijzonderheden
Problemen binnen de primaire steungroep	Deze psychosociale factoren en omgevingsfactoren mogen alleen vastgesteld worden als ze duidelijk zorgverzwarend werken.
Problemen verbonden aan de sociale omgeving	
Studie/scholingsproblemen	
Werkproblemen	
Woonproblemen	
Financiële problemen	
Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten	
Problemen met justitie/ politie of met de misdaad	
Andere psychosociale en omgevingsproblemen	
Geen diagnose/ factor op As 4 aanwezig	Als er geen psychosociale factoren aanwezig zijn of wanneer deze geen consequenties hebben voor de behandeling van de primaire diagnose, moet deze code geregistreerd worden.

Tabel 4: As 4 Psychosociale factoren en omgevingsfactoren

#### As 5: GAF-score

Ten slotte registreert de hoofdbehandelaar op As 5 de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) driemaal:  
Bij openen (tweemaal):

- De hoogste GAF-score van de voorgaande 365 dagen. Is er geen eerdere GAF-score? Registreer dan de GAF-score bij het begin van de behandeling of maak een inschatting van de hoogste GAF-score van het afgelopen jaar.
- De GAF-score op het moment van openen van de dbbc.

Bij sluiten: de GAF-score op de einddatum van de dbbc.

De verdeling van de GAF-scores zoals deze wordt gebruikt in de dbbc-systematiek is weergegeven in Tabel 5.

As 5: GAF-score
GAF
GAF score 1-10
GAF score 11-20
GAF score 21-30
GAF score 31-40
GAF score 41-50
GAF score 51-60
GAF score 61-70
GAF score 71-80
GAF score 81-90
GAF score 91-100

Tabel 5: As 5 GAF-score

### 3.1.3.8 Registreren primaire diagnose

Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd, kan worden aangegeven wat de primaire diagnose is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor de behandeling. Deze is gekoppeld aan het zorgtraject. Alleen een diagnose op As 1 of As 2 kan worden geselecteerd als primaire diagnose. Wanneer de primaire diagnose van een openstaande initiële dbbc wijzigt en de nieuwe primaire diagnose valt in een andere hoofdgroep, dan moeten het zorgtraject en bijbehorende dbbc worden gesloten en wordt opnieuw een initiële dbbc geopend.

Let op:

- De primaire diagnose kan niet een van de volgende codes zijn: '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' of 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'.
- Als er bij een diagnose op As 2 'Trekken van..' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
- De eventuele code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).
- V-codes kunnen als primaire diagnose gekozen worden.

#### *Wijzigen diagnose bij lopende dbbc*

- Een vervolg-dbbc heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de voorgaande (initiële) dbbc. Deze diagnose kan niet worden aangepast.
- Dit betekent dat als de primaire diagnose in dezelfde hoofdgroep valt als bij de voorgaande dbbc, maar niet precies hetzelfde is, een initiële dbbc geopend moet worden voor het behandelen van de nieuwe diagnose.
- Als de primaire diagnose van een openstaande initiële dbbc wijzigt wordt de diagnose van die initiële dbbc aangepast. Er wordt dus géén nieuwe initiële dbbc (en geen nieuw zorgtraject) geopend. Dit geldt

zowel bij wijzigingen naar een diagnose binnen dezelfde hoofdgroep als naar een diagnose in een andere hoofdgroep. Een uitzondering geldt op dit punt bij stepped care. Als eerst één diagnose wordt behandeld en vervolgens de behandeling van een tweede diagnose wordt ingezet, mag voor de behandeling van de tweede diagnose een nieuwe initiële dbc worden geregistreerd.

### 3.1.3.9 Omgaan met meerdere primaire diagnoses

Het is mogelijk dat bij een patiënt meerdere (primaire) diagnoses worden vastgesteld. Afhankelijk van hoe de diagnoses zich tot elkaar verhouden kan worden gekozen voor parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten.

#### a. Parallelle zorgtrajecten

Er is sprake parallelle zorgtrajecten als de hoofdbehandelaar meerdere initiële dbbc's en bijbehorende zorgtrajecten opent. Parallelle zorgtrajecten kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. De hoofdbehandelaar moet het openen van parallelle zorgtrajecten op dat punt ook kunnen verantwoorden.

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

Tabel 6 Mogelijke parallelle diagnosehoofdgroepen

Parallelle zorgtrajecten mogen niet in eenzelfde diagnosehoofdgroep vallen. Zie hiervoor ook artikel 3.1.3.9 van deze nadere regel. Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-IV-TR worden aangeduid, en de

diagnosehoofdgroepen zoals opgenomen in de prestatiecode. In onderstaande tabel wordt aangegeven welke hoofdgroepen ontstaan wanneer deze combinatie tussen DMS-IV-TR en de prestatiecode wordt gemaakt. In totaal zijn er voor de fz 23 hoofdgroepen.

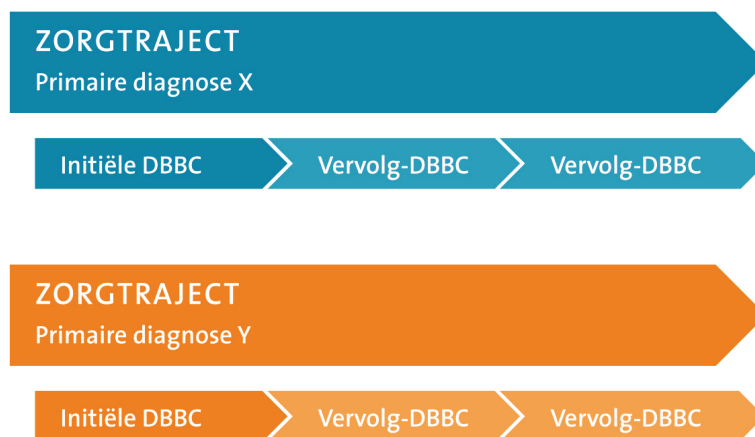
Voorwaarden parallelle zorgtrajecten:

- Een patiënt kan binnen één instelling maximaal drie openstaande zorgtrajecten hebben.
- Bij initiële parallelle dbbc's en bijbehorende zorgtrajecten is het een voorwaarde dat de primaire diagnoses een verschillende paralleliteitscode kennen. Zie Tabel 6.

Voor behandeling bij elektroconvulsie therapie (ect) geldt een uitzondering op de genoemde voorwaarden voor parallelle trajecten. Als er sprake is van een behandeling in combinatie met ect door twee zorgaanbieders, is het toegestaan om twee zorgtrajecten met dezelfde diagnosehoofdgroep (zoals opgenomen in tabel 6) te declareren. De uitzondering voor ect wordt gemaakt om praktische beperkingen in het declareren van deze zorg weg te nemen.

Daarnaast geldt een uitzondering als ambulante behandeling gelijktijdig met proefverlof of voorwaardelijke beëindiging wordt ingezet.

In het geval van forensisch psychiatrisch toezicht (fpt) en een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject, is het niet nodig dat de primaire diagnose van beide zorgtrajecten verschilt. Tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging kan gelijktijdig met het fpt of een time-out tijdens het fpt ook ambulante behandeling plaatsvinden. Hiervoor worden een apart zorgtraject en initiële dbbc geopend met het zorgtype 'tbs met proefverlof' (tijdens de fase proefverlof) of zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege' (tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging).



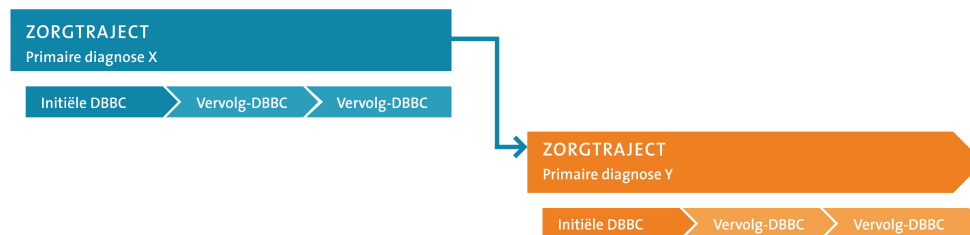
Figuur 9: Parallelle zorgtrajecten

b. Seriële (opeenvolgende) zorgtrajecten

Er kan sprake zijn van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is (comorbiditeit). Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevend diagnoses. In een dergelijke situatie opent de hoofdbehandelaar eerst een initiële dbbc en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Als de patiënt voor de primaire diagnose is uitbehandeld, sluit de hoofdbehandelaar het zorgtraject en opent een nieuwe initiële dbbc en een nieuw zorgtraject, waarbij de eerdere nevend diagnose de nieuwe primaire diagnose wordt. We spreken dan van opeenvolgende zorgtrajecten.

Deze vorm van opeenvolgend behandelen heet ook wel de 'stepped care-systematiek'.

Let op: De voorwaarde voor opeenvolgende dbbc's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.



Figuur 10: Opeenvolgende zorgtrajecten

Voorbeeld:

Een patiënt heeft een alcoholverslaving en een depressie. Is de alcoholverslaving de aandoening die het meest dringend moet worden behandeld, dan opent de hoofdbehandelaar daarvoor een initiële dbbc met de alcoholverslaving als primaire diagnose. Als de patiënt voor de alcoholverslaving is uitbehandeld, opent hij een nieuw zorgtraject met een nieuwe initiële dbbc met depressie als primaire diagnose.

### 3.1.4 Registreren

Alle activiteiten die worden uitgevoerd in het kader van de zorg voor een patiënt moeten worden geregistreerd op een dbbc.

Registratie kan plaatsvinden door middel van het registreren van tijd op een bepaalde activiteit, en in sommige gevallen door het registreren van een aantal van een specifieke overige deelprestaties.

Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit.

Op een dbbc kunnen activiteiten op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. Deze categorieën worden hieronder apart besproken.



Figuur 11 Zorgcategorieën

#### 3.1.4.1 Wie mogen registreren?

Alleen behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de dbbc is opgenomen in de dbbc-Beroepentabel (Bijlage 5: [Dbbc-](#)

beroepentabel) mogen op de dbbc diagnostiek en behandeling registreren zoals beschreven in de Activiteitenlijst (Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen).

### **3.1.4.2 – 3.1.4.10 Diagnostiek en behandeling registreren**

Er kunnen verschillende vormen van tijd worden geregistreerd: direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden reistijd.

#### *Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd*

Patiëntgebonden activiteiten omvatten de activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een specifieke patiënt.

Let op: Niet-patiëntgebonden activiteiten kan de behandelaar niet op een dbbc registreren. Dit zijn activiteiten zoals: scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur.

#### **3.1.4.4 Directe tijd, indirecte tijd en reistijd**

De behandelaar moet bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten aangeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de activiteiten- en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.

#### *Direct patiëntgebonden tijd*

Dit is de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling<sup>13</sup>, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Direct patiëntgebonden tijd kan bestaan uit:

- face-to-face contact
- telefonisch contact
- schriftelijk/e-mail contact
- direct contact via internet (chatten, Skype etc.)
- een initiële dbbc moet altijd direct patiëntgebonden tijd van een hoofdbehandelaar bevatten

#### *Indirect patiëntgebonden tijd*

Dit betreft tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Voorbeelden van indirect patiëntgebonden tijd zijn:

- het voorbereiden van een activiteit (bijvoorbeeld van een sessie psychotherapie);
- verslaglegging in het kader van de activiteit (bijvoorbeeld psychiatrisch onderzoek);
- hersteltijd na een intensieve behandelsessie.

#### *Indirect patiëntgebonden reistijd*

Dit betreft tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Uitzondering hierop zijn de algemeen indirecte contacten 'no show', 'activiteiten i.v.m. juridische procedures' en 'overleg met derden'. Deze activiteiten kunnen

---

<sup>13</sup> Dit betekent dat alleen tijd geregistreerd kan worden als het een behandelcontact is in het kader van het behandelplan van de patiënt. Bijpraten, koffiedrinken of het maken van een afspraak met het systeem van de patiënt valt hier bijvoorbeeld niet onder.



ook in combinatie met reistijd worden geregistreerd – maar alléén als deze reistijd niet via een andere financieringsbron vergoed wordt.

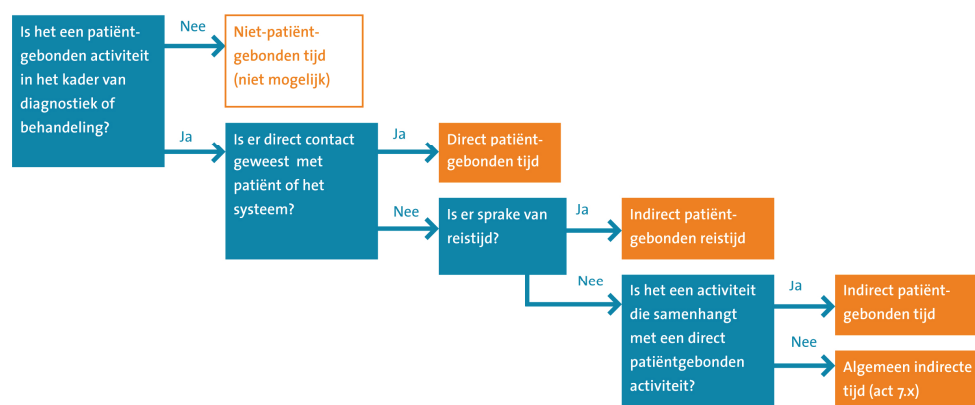
**Kenmerk**  
NR/REG-1806

**Pagina**  
43 van 95

Let op: Tijd om binnen de eigen organisatie (AGB-code) de patiënt te bereiken mag niet geregistreerd worden als reistijd. Ook niet als de zorginstelling over meerdere locaties beschikt.

#### *Algemeen indirecte tijd.*

Deze tijd is wel patiëntgebonden maar heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt bijvoorbeeld geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject. Het betreft de activiteiten met code 7.x.



Figuur 12 Bepaling directe tijd, indirecte (reis)tijd of algemeen indirecte tijd

Let op: Het is niet toegestaan om dbbc's met alleen indirecte tijd te declareren, met uitzondering van de dbbc forensisch psychiatrisch toezicht (fpt). Dit betekent dat er altijd directe tijd geleverd moet worden om de dbbc te declareren. Dit geldt voor zowel de initiële dbbc's als de vervolgd-bbbc. Daarnaast geldt dat er in een initiële dbbc altijd directe tijd door een hoofdbehandelaar moet zijn geregistreerd.

#### *Diagnostiek en behandeling registreren*

Behandelaren mogen beginnen met registreren zodra de dbbc geopend is. Registreren van diagnostiek- en behandelactiviteiten kan direct na het uitvoeren van de activiteit of op een later moment. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan.

*Tip:* Het beste is de behandelactiviteiten zo snel mogelijk na uitvoering te registreren. Dit bevordert de betrouwbaarheid en juistheid van de geregistreerde activiteiten.

*Let op:* Als er sprake is van parallelle zorgtrajecten, dan moet de behandelaar de geboden zorg registreren op de dbbc waarop deze betrekking heeft.

Instellingen mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Bijvoorbeeld door de registratie te koppelen aan het elektronisch patiëntendossier (epd) of een planningsmodule. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden<sup>14</sup> per activiteit vast te stellen.

#### *Registreren van behandelactiviteiten in klinische setting*

<sup>14</sup> De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en herijken/updates hiervan.

Het hangt van de situatie af of activiteiten in een klinische setting geregistreerd mogen worden. Immers, activiteiten in het kader van 24-uurscontinuïteitszorg mogen niet als patientgebonden tijd geregistreerd worden. De kosten van de zorg van sommige beroepen zitten namelijk al in het tarief van verblijf versleuteld.

*Bijzonderheden bij het registreren van diagnostiek en behandeling*  
Aan het registreren van diagnostiek en behandeling is een aantal bijzonderheden verbonden zie ook [Tabel 7](#).

#### **3.1.4.6 Behandeltijd aan het systeem van de patiënt**

Tijdens een behandeling kan ook behandeltijd besteed worden aan het 'systeem' van de patiënt. Met het systeem worden de familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt bedoeld. Registreer deze bestede (in)directe tijd, in het kader van de behandeling van de diagnose/aandoening van de patiënt, op de dbbc van de betreffende patiënt. Tijdsbesteding aan het systeem kan zowel met als zonder aanwezigheid van de patiënt plaatsvinden. Tevens kan het zowel individueel als in een groep plaatsvinden. Hierdoor kent een deel van de behandelactiviteiten zes varianten. In [Tabel 7](#) staan de verschillende varianten toegelicht.

#### **3.1.4.7 Meerdere behandelvormen tegelijkertijd**

Het kan voorkomen dat de behandelaar tijdens één sessie met een patiënt meerdere behandelvormen toepast, bijvoorbeeld het toepassen van farmacotherapie en psychotherapie. De behandelaar verdeelt dan de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.

#### **3.1.4.8 Groepstherapie**

Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij twee of meer mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar de bestede tijd door het aantal deelnemers in de groepstherapie. Dus bij een behandeling van 160 minuten waaraan acht patiënten deelnemen, registreert de behandelaar 20 minuten op de dbbc van een patiënt.

#### **3.1.4.10 Onderlinge dienstverlening**

De hoofdbehandelaar (opdrachtgever) kan een gespecialiseerde behandelaar uit een andere zorginstelling inschakelen (opdrachtnemer), bijvoorbeeld voor het uitvoeren van een psychodiagnostisch onderzoek. In dat geval opent de opdrachtnemer geen eigen dbbc voor de patiënt, maar de hoofdbehandelaar registreert de activiteiten die de opdrachtnemer heeft uitgevoerd op de openstaande dbbc van de patiënt. De bestede tijd moet wel op naam van de opdrachtnemer op de dbbc geregistreerd worden. De opdrachtgever betaalt vervolgens de opdrachtnemer buiten de dbbc-systematiek om. De dbbc wordt na sluiting gedeclareerd. De reden voor deze werkwijze is dat alle bestede zorg voor de behandeling van een diagnose binnen één dbbc geregistreerd wordt.

Als een zorgaanbieder een deel van de zorg uitbesteedt voor een patiënt met een lopend zorgtraject, blijft de opdrachtgevende zorgaanbieder verantwoordelijk voor de verlening en declaratie van deze zorg.

Let op: het tarief voor prestaties in het kader van onderlinge dienstverlening is vrij en moet onderling bepaald worden door de uitvoerende en opdracht gevende zorgaanbieder.

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

Tabel 7: Varianten in behandelactiviteiten

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

### 3.1.4.11 – 3.1.4.17 Dagbesteding registreren

#### *Definitie dagbesteding*

Het doel van dagbesteding is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt.

Binnen de fz is van belang dat de dagbesteding altijd plaatsvindt in het kader is van de (psychiatrische) behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.

Dagbesteding is dus niet:

- een reguliere dag structurering die in een 24-uurs verblijfssituatie wordt geboden;
- een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.

Dagbesteding in de fz wordt met ingang van 1 januari 2013 geregistreerd als een overige deelprestatie. Hiervoor geldt een maximumtarief per patiënt per uur

#### *Wie registreert dagbesteding?*

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar kan binnen de dbbc dagbesteding registreren.

#### *Wanneer dagbesteding registreren?*

Registreren van dagbesteding kan direct nadat de patiënt dagbesteding heeft gekregen. Er moet bij het registreren van dagbesteding gebruik worden gemaakt van de codes die op de openingsdatum van de dbbc in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan.

*Tip:* Het beste is om de dagbesteding zo snel mogelijk na afloop te registreren. Dit bevordert de betrouwbaarheid en juistheid van de geregistreerde dagbesteding.

### 3.1.4.12 Wat registreren bij dagbesteding

De behandelaar registreert het aantal uren dat de patiënt dagbesteding krijgt. In de dbbc-systematiek worden de volgende vormen van dagbesteding onderscheiden:

1. Dagbesteding sociaal (ontmoeting)  
De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloopfunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.
2. Dagbesteding activering  
Deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren.
3. Dagbesteding educatie  
Educatieve dagbesteding heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles.
4. Dagbesteding arbeidsmatig  
Bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.
5. Dagbesteding overig  
Alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt, maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding worden geregistreerd.

Let op:

Het schrijven van tijd is anders voor dagbesteding dan voor diagnostiek- en behandelactiviteiten. De registratie van diagnostiek- en behandelactiviteiten gebeurt in minuten en de registratie van dagbesteding gebeurt in uren.

### 4.1.3.15 Registreren van dagbesteding

De volgende voorwaarden gelden bij het registreren van dagbesteding:

- Tijdens dagbesteding mag de behandelaar géén direct patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren.
- Tijdens de dagbesteding worden patiënten namelijk niet behandeld of verpleegd.
- Dagbesteding mag tegelijkertijd geregistreerd worden met verblijfsdagen.
- Er kan alleen dagbesteding geregistreerd worden als de patiënt ook daadwerkelijk aanwezig is.
- Er zijn voor elk type dagbesteding twee activiteiten beschikbaar: één als het een laag beveiligingsniveau betreft, en één voor een midden, hoog, zeer hoog beveiligingsniveau.

### 3.1.4.18 – 3.1.4.23 Verblijf registreren

#### 3.1.4.18 Wie registreert verblijf?

Alleen behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbbc is opgenomen in de dbbc-beroepentabel, mogen binnen de dbbc verblijfsdagen registreren.

##### *Wanneer verblijf registreren?*

Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de activiteitencodes die op de openingsdatum van de dbbc in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan. Elke verblijfsdag moet een unieke registratiedatum hebben. Het is dus niet toegestaan om aan het einde van de looptijd van de dbbc het totale aantal verblijfsdagen van meerdere opnameperiodes onder één code te registreren.

##### *Verblijf registreren: Wat?*

Er wordt binnen de dbbc-systematiek onderscheid gemaakt tussen het registreren van behandelactiviteiten en van verblijf. Bij de registratie van een verblijfsprestatie gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van een verblijfsprestatie is wel meegenomen dat een patiënt eten en drinken ontvangt en wordt verpleegd en verzorgd, maar niet dat een patiënt wordt behandeld. De behandelactiviteiten tijdens een verblijfsdag moeten dus apart geregistreerd worden.

#### 3.1.4.20 De verblijfssoort vaststellen

Bij het registreren van een verblijfsdag moet altijd de verblijfssoort<sup>15</sup> worden genoteerd. Het vaststellen van de verblijfssoort gebeurt in drie stappen:

1. De verblijfsintensiteit bepalen
  - Een deelprestatie verblijf kan alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst 20:00 uur is opgenomen (dit geldt zowel bij eerste opname als bij heropname) en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag.
  - Naast de inzet van verzorgend opvoedkundig en verplegend (VOV-personeel) voorziet de productstructuur voor verblijf in beschrijving van de verblijfszorg. Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt is van de 28 prestaties van verblijf degene van toepassing die het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg.
2. Het beveiligingsniveau<sup>16</sup> vaststellen

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

Er zijn vier beveiligingsniveaus gedefinieerd:

- Beveiligingsniveau 1: (zeer) laag
- Beveiligingsniveau 2: gemiddeld (laag en hoog)
- Beveiligingsniveau 3: hoog
- Beveiligingsniveau 4: zeer hoog

Op basis van het voor de patiënt benodigde beveiligingsniveau wordt een keuze gemaakt uit de niveaus zoals die in bijlage 5 beschreven staan.

<sup>15</sup> Voor extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (EVBG) TTT-patiënten geldt een extra opslag voor verblijf (deze opslag geldt per patiënt per verblijfsdag).

<sup>16</sup> Zie bijlage 8 Verschillen in beveiligingsniveaus.

3. De verblijfssoort<sup>17</sup> vaststellen  
In Tabel 8 is te zien tot welke verblijfssoort de verschillende combinaties van beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit leiden.

Overzicht verschillende verblijfssoorten				
Verblijfsintensiteit	Beveiligingsniveau			
	1	2 (laag/hoog) <sup>14</sup>	3	4
Lichte verzorgingsgraad (A)	A1	A2	A3	A4
Beperkte verzorgingsgraad (B)	B1	B2	B3	B4
Matige verzorgingsgraad (C)	C1	C2	C3	C4
Gemiddelde verzorgingsgraad (D)	D1	D2	D3	D4
Intensieve verzorgingsgraad (E)	E1	E2	E3	E4
Extra intensieve verzorgingsgraad (F)	F1	F2	F3	F4
Zeer intensieve verzorgingsgraad (G)	G1	G2	G3	G4

Tabel 8: overzicht verschillende verblijfssoorten

De verblijfssoort 'A1' vertegenwoordigt dus een beveiligingsniveau 1 in combinatie met een lichte verzorgingsgraad; verblijfssoort 'G4' staat voor de combinatie tussen een beveiligingsniveau 4 en een zeer intensieve verzorgingsgraad.

#### 3.1.4.21 Verblijf registreren als de patiënt niet aanwezig is

Verblijf wordt geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid. Dagen dat de patiënt afwezig is, mogen niet worden geregistreerd als verblijfsprestatie, met uitzondering van de hieronder beschreven gevallen. Uitgangspunt daarbij is dat kosten die gemaakt worden, ook gedeclareerd kunnen worden:

- *Ziekenhuisopname*  
Als een patiënt tijdens zijn verblijf buiten de instelling wordt opgenomen voor een behandeling in het ziekenhuis, mag de instelling maximaal zeven dagen door registreren op de verblijfssoort die van toepassing is.
- *Onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof*  
Als er sprake is van onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof mogen deze afwezigheidsdagen geregistreerd worden als dagen die passen bij de verblijfssoort die feitelijk wordt geleverd. Er is geen maximum gesteld aan het aantal dagen dat in dit geval geregistreerd mag worden. Deze situatie geldt alleen voor de forensische zorgtitels 'tbs met dwangverpleging (artikel 37a Sr jo. 37b Sr)', 'Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (14 Bvt)' en 'Tijdelijke plaatsing ter observatie in psychiatrisch ziekenhuis (13 Bvt).<sup>19</sup>
- *Time-out tbs-gestelde*
  - *Vergoeding aan forensische zorgaanbieders*  
Deze nadere regel geldt alleen voor de forensische zorgtitels 'tbs met dwangverpleging (art. 37a Sr jo. 37b Sr)', 'tbs met

<sup>17</sup> Voor extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (evbg) ttt-patiënten geldt een extra opslag voor verblijf (deze opslag geldt per patiënt per verblijfsdag).

<sup>18</sup> Voor beveiligingsniveau 2 geldt voor zorg, geleverd aan personen die een indicatie 'sglvg+' hebben en verblijven in een setting die voldoet aan de omschrijving 'sglvg+', geldt een nhc-toeslag. Voor de omschrijving 'sglvg+': zie bijlage 6.

<sup>19</sup> Conform verlofbeleidskader TTT.

proefverlof (art. 51 Bvt)', 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art 38 g Sr)' en 'tbs met voorwaarden (art. 38a Sr).<sup>20</sup>

**Kenmerk**  
NR/REG-1806

**Pagina**  
49 van 95

Voor instellingen voor forensische zorg geldt dat als een patiënt in het kader van een time-out tijdelijk wordt teruggeplaatst in een fpc, de afwezigheidsdagen geregistreerd mogen worden op de verblijfssoort die op het moment van overplaatsing of time-outplaatsing van toepassing is. Het gaat om een periode van zeven weken die maximaal nog eens met zeven weken verlengd kan worden. Als er sprake is van meerdere niet aaneengesloten crisisperiodes per jaar, die korter zijn dan de tweemaal zeven weken, dan geldt dat er per tbs-gestelde maximaal 14 weken per kalenderjaar vergoeding plaatsvindt voor afwezigheidsdagen in een dergelijke situatie. De zorgverzekeraar vergoedt een zorgaanbieder tijdens een time-out dus maximaal 14 weken per jaar.<sup>21</sup>

- *Vergoeding aan fpc*

Het fpc waar een tbs-gestelde geplaatst wordt, registreert de activiteiten, verrichtingen en het verblijf op een eventueel al geopende dbbc. Als er op dat moment geen dbbc geopend is, opent het fpc een initiële dbbc. De benodigde indicatiestelling wordt door het NIFP (achteraf) afgegeven. Wat betreft de duur van de time-out en de vergoeding gelden dezelfde voorwaarden als voor forensische zorgaanbieders.

- *Kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit ggz naar penitentiaire inrichting (PI)*

Deze nadere regel geldt voor gedetineerden die in een zorginstelling zijn geplaatst en voor wie een tijdelijke terugplaatsing in de PI nodig is. De terugplaatsing is geen sanctie, maar onderdeel van de behandelstrategie wanneer de gestelde voorwaarden zijn overtreden of de behandelrelatie onder druk is komen te staan. In dit geval mogen maximaal 14 dagen geregistreerd worden en moet het bed beschikbaar blijven voor de gedetineerde. Deze situatie is alleen van toepassing op de forensische zorgtitels 'ISD met voorwaarden (art. 38p lid 5 Sr)', 'ISD (art. 38m Sr)', 'Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw', 'Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw' en 'Penitentiair programma met zorg (art. 15 lid 2 Pbw)'.

- *No-show klinisch*

Als een patiënt niet op tijd voor een geplande opname bij de kliniek wordt gebracht om een reden die door de zorgaanbieder niet te beïnvloeden is en er een bed voor hem is vrij gehouden, is er sprake van 'no-show klinisch'. Deze activiteit is opgenomen in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Daarnaast moet óók de juiste verblijfssoort worden geregistreerd, omdat daaraan de kosten zijn verbonden. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt niet naar de locatie wordt gebracht en er is een bed vrijgehouden vallend onder verblijfssoort categorie B3 (beperkte verzorgingsgraad/hoog beveiligingsniveau), dan registreert de zorgaanbieder 'No-show klinisch; 1 dag' en 'Verblijfssoort categorie B3; 1 dag'. Aan het

<sup>20</sup> Wanneer de situatie voorkomt (bijv. bij onderaanneming of bij geïntegreerde instellingen) dat er door twee zorgaanbieders of twee locaties van één zorgaanbieder, op dezelfde dagen, verblijfsdagen geregistreerd moeten worden op dezelfde dbbc kunt u contact opnemen met Divisie Forensische Zorg van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

<sup>21</sup> Hieraan stelt de zorgverzekeraar geen verdere eisen of beperkingen.

registreren van een 'No-show klinisch' is een maximum gekoppeld van één dag per opname.

- *Onttrekking*  
Wanneer de patiënt niet terugkomt na verlof (onttrekking) mag er maximaal één dag van de passende verblijfssoort worden geregistreerd.<sup>22</sup>

### 3.1.4.24- 3.1.4.27 Overige deelprestaties

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen elektroconvulsietherapie (ect), ambulante methadonverstrekking (amv), forensisch psychiatrisch toezicht (fpt) en dagbesteding.

#### 3.1.4.25 Elektroconvulsietherapie

Bij elektroconvulsietherapie (ect) moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij aan deze activiteit besteedt, maar ook het aantal behandelingen ect. De behandeling kan namelijk niet geheel bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandelingsduur. Aan de verrichting ect zijn de volgende kosten toegerekend: materiële kosten (zoals afschrijving, onderhoud van ect-apparatuur en overige materialen), loonkosten van betrokken behandelaren die niet op de beroepentabel staan (zoals de anesthesist, anesthesieverpleegkundige en verkoeververpleegkundige) en de tijd die een patiënt na de behandeling door brengt op de verkoeverkamer.

Als er sprake is van ect, dan bevat de dbbc dus altijd twee zaken:

- Verrichting ect: het aantal behandelingen ect wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst;
- Activiteit elektroconvulsietherapie: beroepen die voorkomen op de beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ect (Behandeling → Fysische therapie → Elektroconvulsietherapie).

Is dat niet het geval, dan valt de dbbc uit in de validatie.

#### 3.1.4.26 Ambulante verstrekking van methadon

Bij de verstrekking van methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij aan deze activiteit besteedt, maar ook het aantal verstrekkingen van methadon per kalendermaand. De behandeling kan namelijk niet geheel bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandelingsduur. Het tarief van de verrichting 'ambulante methadon' is vastgesteld op basis van de gemiddelde inkoopprijs voor het medicijngebruik en is een vergoeding voor de medicijnkosten van de stof methadon per maand.

Bij de verstrekking van methadon moeten er dus twee zaken geregistreerd worden:

- *Verrichting ambulante methadon*: de behandelaar moet het aantal ambulante verstrekkingen van methadon registreren. Dit is één verrichting per maand ongeacht de hoeveelheid methadon en frequentie van de verstrekkingen.
- *Activiteit farmacotherapie*: bij de ambulante verstrekking van Methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit 'farmacotherapie'.

Is dat niet het geval, dan valt de dbbc uit in de validatie.

Let op: Klinische verstrekking van methadon kan niet worden gedeclareerd. De kosten van klinisch verstrekte methadon worden versleuteld in het tarief van verblijfsdagen.

---

<sup>22</sup> Conform handleiding P&C forensisch psychiatrische centra.



### 3.1.4.27 Forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)

Op een vervolgd-bbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' en 'fpt voorwaardelijke beëindiging' mogen activiteiten geregistreerd worden die in verband staan met de begeleiding tijdens het forensische psychiatrisch toezicht. De behandelaar moet steeds twee zaken registreren:

De verrichting fpt kan geregistreerd worden om de kosten te vergoeden van de behandel- en begeleidingsactiviteiten en verrichtingen die in het kader van het fpt door een fpc uitgevoerd worden. De verrichting kan geregistreerd worden per patiënt per dag dat een vervolgd-bbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' geopend is.<sup>23</sup>

Let op:

Als er tijdens de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging een time-out optreedt, dan moet de dbbc met het zorgtype fpt gesloten worden en mag er dus geen verrichting fpt per dag geregistreerd worden.

Een behandelaar moet de activiteiten registreren die uitgevoerd worden in het kader van de fpt van een specifieke patiënt. Het verschilt per zorgtype welke activiteiten wel en niet geregistreerd kunnen worden. In tabel 9 is aangegeven welke activiteiten geregistreerd mogen worden op een dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging'.

Als er geen sprake is van een time-out en de patiënt dus buiten het fpc verblijft, kunnen er geen verblijfsdagen geregistreerd worden. Wanneer de patiënt wordt teruggeplaatst binnen het fpc vanwege een time-out mogen er wel verblijfsdagen geregistreerd worden. Tijdens de fase proefverlof gebeurt dat op een nieuw te openen dbbc 'tbs met proefverlof' en tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging op een nieuw te openen dbbc met het zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'.

---

<sup>23</sup> Om de behandel- en begeleidingsactiviteiten en verrichtingen die in het kader van het fpt door een fpc uitgevoerd worden te mogen vergoeden, moeten inkoopafspraken met de zorgverzekeraar worden gemaakt. Het fpc kan dan een dbbc met het zorgtype 'fpt' openen en voor elke dag een verrichting fpt registreren.

Tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging mogen er, met het optreden van een time-out, geen verrichtingen fpt geregistreerd worden.

Kenmerk  
NR/REG-1806

Pagina  
52 van 95

Proefverlof		Voorwaardelijke beëindiging	
Geen time-out Zorgtype 'fpt proefverlof' (244)	Time-out Zorgtype 'TBS met proefverlof' (125/225)	Geen time-out Zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging' (245)	Time-out Zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege' (126/226)
Eén verrichting fpt per dag Alle activiteiten en verrichtingen in het kader van fpt ( <u>behalve verblijfsdagen</u> )	Alle activiteiten en verrichtingen in het kader van time-out ( <u>inclusief verblijfsdagen</u> )	Eén verrichting fpt per dag Alle activiteiten en verrichtingen in het kader van fpt ( <u>behalve verblijfsdagen</u> )	Alle activiteiten en verrichtingen in het kader van time-out ( <u>inclusief verblijfsdagen</u> )

Tabel 9 Activiteiten en verrichtingen in combinatie met fpt

### 3.1.5 Sluiten

#### 3.1.5.1 Wie sluit de dbbc?

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een dbbc sluiten.

#### 3.1.5.2 Waarop controleren bij afsluiting?

Bij het afsluiten van een dbbc moet de hoofdbehandelaar deze controleren (of laten controleren onder zijn of haar verantwoordelijkheid) op de volgende punten:

- de dbbc is ingevuld conform deze nadere regel
- de dbbc bevat de juiste informatie
- de typering is ingevuld
- de diagnose is ingevuld
- de GAF-score is ingevuld
- er is een geldige sluitreden gebruikt

Als één of meer van bovenstaande punten niet of niet correct is ingevoerd, mag de dbbc niet worden afgesloten.

Let op: Als de dbbc wordt gesloten met sluitreden 5, kan de dbbc zonder weergave van een diagnoseclassificatie en gevaartypering afgesloten worden.

### 3.1.5.3 Afsluitredenen

Bij het sluiten van een dbbc moet één van de volgende acht redenen worden geregistreerd:

Sluitredenen	
Code	Beschrijving
1	Reden voor afsluiten bij patiënt / niet bij behandelaar
2	Reden voor afsluiten bij behandelaar / om inhoudelijke redenen
3	In onderling overleg beëindigd zorgtraject / patiënt uitbehandeld
4	Afsluiten dbbc vanwege openen vervolg-dbbc
5	Afsluiting na alleen pre-intake / intake / diagnostiek / crisisopvang
6	Reden voor afsluiten door beëindigen strafrechtelijke titel
7	Reden voor afsluiten door onvoorziene beëindiging strafrechtelijke titel
8	Time-out

Tabel 10: Sluitredenen

*Wanneer moet een dbbc worden afgesloten, en met welke sluitreden?*

- Sluitreden 1: een dbbc afsluiten als de situatie van de patiënt verandert. Dit is het geval als de patiënt:
  - is overleden. De dbbc moet worden gesloten op de dag van overlijden.
  - is verhuisd naar een andere regio.
  - tegen het advies van de behandelaar in langdurig niet meer is op komen dagen, niet meewerkt aan de behandeling en/of de door de rechter opgelegde voorwaarden overtreedt.
  - 365 dagen geen zorg meer heeft ontvangen.
- Sluitreden 2  
(Reden voor afsluiting bij behandelaar om inhoudelijke redenen).  
Als de behandelaar de patiënt voor de behandeling van dezelfde primaire diagnose terug- dan wel doorverwijst naar een andere instelling, moet hij de lopende dbbc sluiten.  
  
Sluitreden 2 moet ook gebruikt worden als er een nieuw plaatsingsbesluit is afgegeven door een veranderde zorgvraag, maar de zorg geleverd blijft worden door dezelfde zorgaanbieder.
- Sluitreden 3  
(In onderling overleg beëindigd zorgtraject/patiënt uitbehandeld).  
Als de behandelaar en patiënt in onderling overleg besluiten dat het behandeltraject voor de desbetreffende primaire diagnose is beëindigd, moet de behandelaar de lopende dbbc sluiten.
- Sluitreden 4.  
(Afsluiten vanwege openen vervolg-dbbc).  
Als de maximale looptijd van 365 dagen is bereikt en de behandeling nog niet afgerond is (ongeacht of de patiënt gedurende die looptijd wel of niet zorg heeft ontvangen). Er moet een vervolg-dbbc worden geopend.  
  
Sluitreden 4 moet ook gebruikt worden als een patiënt overgaat naar de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging en er ook geen sprake is van een time-out. Hier geldt niet dat de dbbc 365 dagen open moet hebben gestaan. Er moet een vervolg-dbbc te

worden geopend met het zorgtype 'fpt proefverlof' of het zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging'.

5. Sluitreden 5

(Afsluiten na alleen pre-intake/intake/diagnostiek)

Als de patiënt na de pré-intake, intake of diagnostiek niet in zorg komt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een dbbc met het zorgtype 'verdiepingsdiagnostiek'.

6. Sluitreden 6

Reden voor afsluiten is het beëindigen van de strafrechtelijke titel.

Als de strafrechtelijke titel van de patiënt afloopt en geleverde zorg niet meer onder de fz in strafrechtelijk kader valt moet de dbbc afgesloten worden. Als er verdere zorg nodig is, wordt deze geleverd in het kader van de wet Zvw, Wlz of WMO.

Let op: Bij deze reden van afsluiten mogen de activiteiten die uitgevoerd zijn na de einddatum van de strafrechtelijke titel niet meer op de dbbc geregistreerd worden.

Deze sluitreden moet ook gebruikt worden als een bekende patiënt in zorg is in het kader van een voorgenomen indicatiestelling en een strafrechtelijke titel krijgt opgelegd. De dbbc met het zorgtype 'voorgenomen indicatiestelling' wordt gesloten. Vervolgens wordt een nieuwe initiële dbbc met één van de 21 strafrechtelijke titels geopend.

7. Sluitreden 7

Reden voor afsluiting is de onvoorziene beëindiging van de strafrechtelijke titel.

Als de strafrechtelijke titel van de patiënt onvoorzien wordt beëindigd en de zorgaanbieder kon dit zes weken voor de beëindigingsdatum niet weten, moet de dbbc met deze sluitreden gesloten worden.

Voorbeeld: contraire beëindiging van een tbs-maatregel, onmiddellijke invrijheidsstelling of het overlijden van de patiënt. De aanspraak fz vervalt dan op de datum van de definitieve uitspraak van de zitting of op de datum van overlijden.

- In dit geval mogen maximaal twee weken na de einddatum van de strafrechtelijke titel nog uitgevoerde activiteiten geregistreerd worden. Hiervoor geldt een maximum van tien uur indirecte tijd en twee uur directe tijd. Het registreren van verblijf, dagbesteding en verrichtingen is niet meer mogelijk.
- Als het gaat om het zorgtype 'voorgenomen indicatiestelling' en er een CIZ-indicatie is aangevraagd, mogen er nog maximaal zes weken activiteiten geregistreerd worden na de einddatum van de strafrechtelijke titel.

8. Sluitreden 8

(Afsluiten vanwege Time-out).

Als een time-out optreedt tijdens de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging, moet de dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' worden gesloten. Vervolgens wordt tijdens proefverlof een vervolg-dbbc met het zorgtype 'tbs met proefverlof' geopend en tijdens voorwaardelijke beëindiging een vervolg-dbbc met het zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'.

*Een zorgtraject sluiten*

Het zorgtraject moet gesloten worden wanneer een patiënt 365 dagen niet in zorg is geweest. Het zorgtraject moet dus 365 dagen na sluitingsdatum van de laatste dbbc gesloten worden.

**Kenmerk**

NR/REG-1806

**Pagina**

55 van 95

**Artikel 4****4.3.10 Informatiebepalingen**

De specificaties van het plaatsingsbesluitnummer zijn als volgt:

- De vorm is negen tekens alfanumeriek.
- De plaatsingsbesluitnummers staan in de webapplicatie 'Informatievoorziening fz' (Ifzo).
- Als er een plaatsingsbesluitnummer is aangeleverd aan de zorgaanbieder dan is het invullen ervan op de factuur verplicht.
- Het plaatsingsbesluitnummer wordt beheerd door het ministerie van VenJ.