

Spelregels DBC-registratie

Versie 2007, F1.0

Bijlage bij Regeling Instructie DBC-registratie GG/NR-100.046

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1 Wie registreert wat?	4
1.1 Typeren van de zorgvraag van patiënten	4
1.2 Wie registreert: de beroepentabel DBC GGZ	5
2 Het openen & sluiten van een DBC	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Algemene spelregels voor openen DBC	8
2.2.1 Openen initiële DBC	9
2.2.2 Openen vervolg DBC	9
2.2.3 Principe van stepped care & openen van meerdere/ parallelle DBC's	9
2.2.4 Tip: Volledige DBC-typing binnen een maand	11
2.3 Algemene spelregels voor het sluiten van de DBC	11
2.3.1 Redenen voor afsluiten van de DBC:	11
2.3.2 Afsluiten van een DBC: volledig maken zorgtraject	12
2.3.3 Wat als de patiënt na sluiten DBC weer terugkomt in zorg?	12
2.4 Specifieke spelregels	12
2.4.1 Crisis DBC's	12
2.4.2 Kortdurende zorg: Second opinion en ICC	13
2.5 Ten slotte: de psychiatrische consultfunctie	14
3. Typeringslijst	16
3.1 Identificatiegegevens	17
3.2 Zorgtype: initiële of vervolg DBC?	17
3.3 Diagnose classificatie: integrale vastlegging DSMIV	20
3.3.1 Aanvullingen Kinder- en Jeugd Psychiatrie	22
3.3.2 Dubbele diagnose ontwikkeling in relatie tot DBC GGZ	24
4. Lijst activiteiten & verrichtingen	25
4.1 Wat registreren?	25
4.2 Registratie tijdsbesteding door behandelaars	25
4.2.1 Algemene spelregels	25
4.2.2 Registratie directe en indirecte tijd	27
4.3 Registratie verrichtingen	30
4.4 Registratie verblijfsdagen	30
4.4.1 Wat registreren	30
4.5 Registratie dagbesteding	31
4.5.1 Wat registreren	31
4.5.2 Afbakening dagbesteding en behandeling	32
4.6 Uitbesteding van activiteiten	32

Bijlage I Definities activiteiten & verrichtingen

Bijlage II Beroepentabel DBC GGZ

Bijlage III De typeringslijst

Bijlage IV De registratielijst activiteiten & verrichtingen

Inleiding

In dit document zijn alle spelregels in het kader van de DBC-registratie voor de 2^e lijns curatieve GGZ beschreven. Het is bedoeld als handleiding voor betrokkenen in de GGZ-instellingen, PAAZ-en en PUK's en de zelfstandig vrijgevestigde praktijken (ZGP).

De voorliggende spelregels en registratielijsten betreffen het DBC GGZ model 2007. In het voorjaar van 2006 heeft een evaluatie van het DBC GGZ model 2005 plaatsgevonden. De uitkomsten van deze evaluatie zijn verwerkt in deze aangepaste spelregels welke behoren bij het DBC GGZ model 2007. Tegelijkertijd met het verschijnen van deze spelregels van het DBC GGZ model 2007, verschijnen ook het Kostprijsmodel versie 11 en het ICT registratie en -validatie model 2007 (inclusief de codelijsten). Al deze documenten worden van kracht per 1 januari 2007. In de oplegger behorend bij deze spelregels, staan in het kort de wijzigingen ten opzichte van het model DBC GGZ 2005 vermeld.

Er wordt in dit spelregeldocument onder meer ingegaan op:

- Wie registreert wat?
- Het openen en sluiten van DBC's
- De elementen van de typeringslijst
- De elementen van de registratielijst voor activiteiten en verrichtingen

Waar relevant wordt ook verwezen naar de consequenties van de in 2005 vastgestelde Minimale Data Set (MDS) voor de DBC registratie. Samenvattend kunt u in dit spelregeldocument vinden 'wat door wie conform welke spelregels' geregistreerd moet worden. Meer achtergrondinformatie kunt u vinden op de website www.dbcggz.nl.

De DBC-systematiek is van toepassing op de 2^e lijns curatieve GGZ. Zorg die niet gerekend kan worden tot de geneeskundige GGZ dient daarom niet in DBC-termen geregistreerd te worden.

1 Wie registreert wat?

1.1 Typeren van de zorgvraag van patiënten

Alle in de wet BIG¹ geregistreerde beroepen (professionals) die bevoegd zijn én bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM IV, kunnen in het kader van de DBC-systematiek patiënten typen met behulp van de typeringslijst. Diegene die in het kader van de DBC systematiek de zorgvraag van de patiënt typeert, wordt hoofdbehandelaar van de betreffende DBC genoemd. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- Iedere beroepsbeoefenaar houdt zijn of haar specifieke verantwoordelijkheid en regie;
- De instelling of praktijk die DBC's registreert doet dit binnen de wettelijke kaders² en draagt verantwoordelijkheid voor de eigen beleidskeuzen.
- De psychiater/medicus in de instelling is verantwoordelijk voor het medisch somatisch beleid en voor de in dat kader gemaakte zorginhoudelijke keuzen. Bij niet-medici wordt in de praktijk deze verantwoordelijkheid soms gedelegeerd via een 'verlengde arm constructie'. De verantwoordelijkheid voor het medisch beleid kan bijvoorbeeld in het geval van vrijgevestigde psychotherapeuten (zie ook paragraaf 3.3) tevens belegd blijven bij de huisarts.

Een patiënt diagnosticeren³ stelt echter andere eisen aan een behandelaar dan het kunnen stellen van de DSM classificatie op de vijf assen die noodzakelijk is voor de DBC systematiek, en vereist dat professionals in staat worden gesteld om patiënten zelf te onderzoeken. Wanneer er sprake is van een medische⁴ verantwoordelijkheid dan stelt dit andere eisen aan de bevoegdheid en bekwaamheid van de professional. Sommige professionals kunnen die medische verantwoordelijkheid niet alleen dragen, vandaar dat de huisarts in het verwijzen naar GGZ niet medische professionals een speciale verantwoordelijkheid heeft. De hoofdbehandelaar zal dus in het algemeen iemand zijn die de typering vaststelt en die de DBC afsluit na controle van de vast te leggen elementen en zoveel mogelijk in staat is om ook te diagnosticeren. De typering bestaat uit de volgende zaken: identificatiegegevens, zorgtype en diagnose classificatie conform alle assen van de DSM IV. Voor zover professionals geen hoofdbehandelaar zijn (en dus geen patiënten typen) worden ze in het kader van DBC GGZ behandelaar genoemd (zij registreren dus alleen activiteiten en verrichtingen). Een hoofdbehandelaar zal vaak ook behandelaar zijn en dus ook activiteiten en verrichtingen registreren. De genoemde professionals registreren hun daadwerkelijk bestede tijd per patiënt aan de hand van de onderscheiden activiteiten en verrichtingen op de registratielijst.

Elke instelling of praktijk bepaalt zelf welke professionals als hoofdbehandelaar in het kader van het project DBC GGZ worden geoordeeld. Een patiënt diagnosticeren is namelijk iets anders en stelt andere eisen aan een behandelaar dan het kunnen stellen van de DSM classificatie op de vijf assen

¹ De wet BIG beschrijft de bevoegd- en bekwaamheden van professionals in de zorg en de WGBO regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Deze bieden ook in het gebruik van het DBC-model het leidende kader.

² Belangrijke wetgeving in deze is de kwaliteitwet zorginstellingen.

³ Diagnosticeren is het aan de hand van de symptomen vaststellen van de aard van een aandoening, met als doel de toestand van de patiënt te verklaren en te begrijpen om een behandeling in te stellen.

⁴ medisch betekent: het in diagnostisch en therapeutisch opzicht integreren van somatische, psychologische en sociale benaderingen bij de zorg om de lichamelijke en geestelijke gezondheid van het individu. Bij medisch gaat het dus om deze drie aspecten te integreren omdat in een individu lichaam en geest onscheidbaar zijn en het individu onscheidbaar is van zijn omgeving, dat wil overigens niet zeggen dat het niet onscheidbaar is.

die noodzakelijk is voor de DBC systematiek en veresit dat professionals in staat worden gesteld om patiënten zelf te onderzoeken. De hoofdbehandelaar is degene die de typering vaststelt en die de DBC afsluit na controle van de vast te leggen elementen. De typering bestaat uit de volgende zaken: identificatiegegevens, zorgtype en diagnose classificatie conform alle assen van de DSM IV. Voor zover professionals geen hoofdbehandelaar zijn (en dus geen patiënten typeren) worden ze in het kader van DBC GGZ behandelaar genoemd (zij registreren dus alleen activiteiten en verrichtingen). Een hoofdbehandelaar zal nagenoeg altijd ook behandelaar zijn en dus ook activiteiten en verrichtingen registreren. De genoemde professionals registreren hun daadwerkelijk bestede tijd per patiënt aan de hand van de onderscheiden activiteiten en verrichtingen op de registratielijst.

1.2 Wie registreert: de beroepentabel DBC GGZ

In het DBC-model bestaat de activiteitenregistratie uit het registreren van de tijd die door behandelaren aan de patiënt wordt besteed. Daarbij speelt allereerst de afbakeningsvraag. Wie merken we als '**hoofd**behandelaar' aan en wie dient dus zijn tijd te verantwoorden in het kader van de DBC-registratie? In de tweede plaats is er behoefte om de grote groep behandelaren die tijd schrijven te clusteren ten behoeve van analyse en rapportage. In deze paragraaf gaan we in op deze beroepenstructuur en de indeling hierbinnen.

In de beroepentabel DBC GGZ wordt aangesloten bij een landelijk erkende indeling van beroepen: de beroepenstructuur van het CONO. Het CONO heeft in haar beroepenstructuur die beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de GGZ. Het CONO sluit hierbij aan bij de in de Wet BIG geregistreerde beroepen en heeft hieraan toegevoegd de beroepen die (nog) niet geregistreerd zijn in de Wet BIG, maar binnen de GGZ wel eenzelfde landelijk erkende status hebben. In het model DBC GGZ wordt uitgegaan van de meest recente versie van de CONO beroepenstructuur, die dateert van 19 november 2004.

In de beroepenstructuur van het CONO worden 6 beroepenclusters onderscheiden: de clusters medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en verpleegkundige beroepen. In het model DBC GGZ is hieraan een zevende cluster toegevoegd: de 'somatische beroepen werkzaam in de GGZ'. Hierbinnen vallen die beroepen, die vanuit hun somatische beroep activiteiten in de GGZ uitvoeren, maar niet primair (breder) opgeleid zijn voor een rol in de GGZ. Denk hierbij aan de huisarts, neuroloog, klinisch geriater en fysiotherapeut. In het DBC GGZ model 2007 is hieraan de logopedist toegevoegd. De complete beroepentabel DBC GGZ is opgenomen als bijlage (zie bijlage II).

Het CONO onderscheidt in elk beroepencluster 4 niveaus. In de Wet BIG wordt bepaald wanneer sprake is van een basisberoep en van een specialisme. Het CONO heeft hieraan toegevoegd het initiële niveau en het niveau specialisatie/functiedifferentiatie. Deze toevoegingen hebben de instemming van de Minister van VWS en van de Tweede Kamer. Het betreft de volgende vier niveaus:

1. Basisberoep initieel

Functionaris heeft een initiële opleiding afgerond die in staat stelt tot het uitoefenen van het betreffende agogische, vaktherapeutische, psychologische of verpleegkundige beroep;

2. Basisberoep gezondheidszorg

Artikel 3 en (beoogd) artikel 34 beroepen, genoemde beroepen voldoen aan de Wet BIG of zijn door het CONO voorgedragen als erkend beroep;

3. Specialisatie/ functiedifferentiatie

Hieronder vallen beroepen die opgeleid zijn tot basisberoep (dus artikel 3 en (beoogd) artikel 34) én in aanvulling daarop een erkende GGZ specialisatie hebben afgerond;

4. Specialisme

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

In het kader van de DBC registratie verantwoorden alleen die beroepen hun inzet in termen van tijdsregistratie, die op de beroepentabel DBC GGZ zijn opgenomen. Andere in het primaire proces betrokken functionarissen (denk aan pedicure, tandarts, hygiënist) worden via vaste componenten als de verblijfsdag versleuteld in de DBC systematiek. Instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de indeling van professionals volgens de beroepentabel.

Bij de indeling van de in de instelling of praktijk werkzame professionals volgens de beroepentabel dient onderscheid gemaakt te worden tussen:

- Beroepen

Die beroepen die worden onderscheiden op de beroepenstructuur van het CONO en daarmee (individueel) bevoegd/bekwaam zijn om een zelfstandige rol in het behandelproces van de patiënt in de 2^e lijns GGZ te vervullen.

- Taken

Taken zijn de activiteiten en verrichtingen die in het primaire proces door beroepen worden uitgevoerd. De uitgevoerde taken worden in het DBC model geregistreerd via de bij het DBC GGZ model behorende activiteiten- en verrichtingenlijst.

- Functies

Instellingen/praktijken maken via functies (/functieomschrijvingen) een vertaalslag van beroepen naar taken: welke beroepen voeren welke taken uit? Hierbij zijn de instellingen zelf verantwoordelijk dat dit plaatsvindt binnen de geldende wettelijke kaders (volgens de Wet BIG/tuchtrecht etc.).

In de beroepentabel die in de bijlage is opgenomen is de scheiding tussen beroepen en functies strikt doorgevoerd. De opgenomen lijst van beroepen op de beroepentabel is uitputtend, met uitzondering van de genoemde beroepen in categorie 3 (specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)). Hierin is namelijk vooruitlopend op de erkenning van bepaalde functies tot beroep een aantal voorbeelden van functies (bij verpleegkundige beroepencluster bijvoorbeeld de SPV en de CPV) genoemd, die een specifieke GGZ-specialisatie vereisen én dus door partijen als beroep worden gezien. Omdat het CONO hierin niet uitputtend is, kan de instelling of praktijk onder eigen verantwoordelijkheid vergelijkbare beroepen activiteiten laten registreren onder de noemer 'overig [naam betreffend beroepencluster] SF'.

In de registratie en analyse zijn geen beperkingen aangebracht op basis van de bevoegdheden van bepaalde categorieën behandelaars ("wie mag wat registreren"). Er wordt geregistreerd en geanalyseerd conform de werkelijkheid: behandelaars registreren datgene wat ze in het kader van de zorgvraag van een patiënt doen. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat instellingen en praktijken werken binnen de gestelde wettelijke kaders.

Verpleegkundige beroepen: onderscheid ambulante – klinische zorg

Met betrekking tot de verpleegkundige beroepen geldt dat er onderscheid gemaakt wordt tussen hun rol in het ambulante zorgproces en hun rol in de kliniek.

In de ambulante zorgverlening registreren de verpleegkundige beroepen zoals onderscheiden op de beroepentabel behorend bij het DBC GGZ model hun daadwerkelijk bestede tijd aan de hand van de opgestelde registratielijst voor activiteiten en verrichtingen.

In de kliniek wordt de inzet van alle verpleegkundigen voor 100% versleuteld via de vaste component verblijfsdag. Dat betekent dat zij in het kader van de DBC systematiek hun tijdsbesteding niet vastleggen volgens de registratielijst activiteiten en verrichtingen.

Samenvattend geldt dat ambulant álle beroepen die voorkomen op de beroepentabel (óók de verpleegkundigen) hun inzet verantwoorden in termen van tijdsregistratie volgens de registratielijst activiteiten en verrichtingen. In de kliniek registreren alle beroepen die voorkomen op de beroepentabel, behálve de verpleegkundige beroepen.

Stagiaires en professionals in opleiding

Aangezien in het DBC model wordt aangesloten bij de beroepenstructuur zoals opgesteld door het CONO, is het uitgangspunt dat stagiaires en professionals in opleiding geen tijd registreren. Zij hebben immers nog geen formeel erkende bevoegd/bekwaamheden in de individuele behandeling van patiënten volgens de Wet BIG en zijn ook niet opgenomen op de beroepenstructuur van het CONO. De kosten die gemaakt worden voor beroepen in opleiding worden meegenomen in het uurtarief van het betreffende beroep (zie kostprijsmodel). Behandelaren die een beroep hebben dat voorkomt op de beroepentabel én een vervolgopleiding volgen, verantwoorden hun patiëntgebonden tijd via de activiteiten en verrichtingen registratie onder de noemer van het beroep behorend bij de opleiding die is **afgerond**. Hieronder vallen bijvoorbeeld de arts assistenten en de psychologen die zich verder specialiseren.

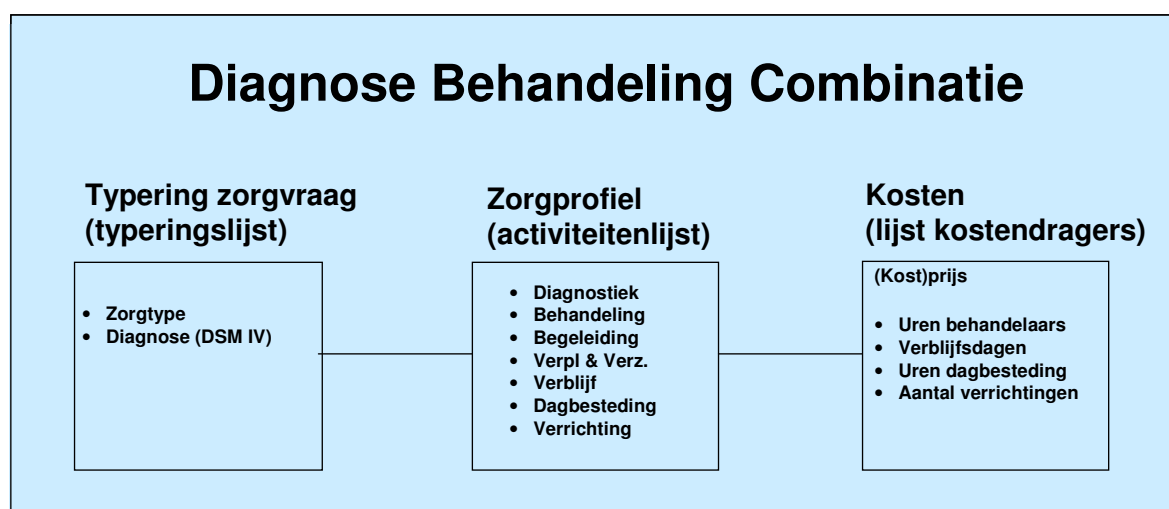
2 Het openen & sluiten van een DBC

2.1 Inleiding

De Diagnose Behandeling Combinatie is de taal die is afgesproken om te komen tot het beschrijven van de zorgproducten van de 2^e lijns GGZ. Deze taal bestaat uit twee componenten:

1. Een DBC typeert het zorgtraject dat voortvloeit uit de zorgvraag van de patiënt.
2. Op basis van de met het zorgtraject samenhangende activiteiten en verrichtingen worden de kosten per DBC berekend.

In een overzicht ziet dat er als volgt uit:



2.2 Algemene spelregels voor openen DBC

Wanneer wordt een DBC geopend?

De DBC wordt geopend op de datum waarop het eerste (directe of indirecte) patiëntgebonden contact plaatsvindt. Het eerste contact kan zijn in het kader van pré intake, intake, diagnostiek, behandeling/begeleiding, crisisopvang, verblijf of dagbesteding. Op de datum van het 1^e patiëntgebonden contact wordt de DBC geopend. **De datum van het 1^e patiëntgebonden contact is dus de startdatum van de DBC.**

Conform de Minimale Data Set (MDS)⁵ moet ook de aanmeldingsdatum apart geregistreerd worden; dit om de totale doorlooptijd te kunnen monitoren. Bij de aanmelding wordt dan het zorgtraject van de betreffende patiënt geopend (hier is nog geen sprake van een direct patiëntgebonden contact met een behandelaar, maar bijvoorbeeld een secretaresse die een afspraak maakt). De startdatum van de DBC is dan het moment van het 1^e daadwerkelijk patiëntgebonden contact. De startdatum van het zorgtraject kan zijn vóór of tegelijkertijd met de startdatum van de DBC.

Er wordt in de DBC systematiek een onderscheid gemaakt tussen een initiële DBC en een vervolg DBC:

⁵ In de MDS wordt een onderscheid gemaakt tussen de startdatum van het zorgtraject en de openingsdatum van de DBC.

- Een initiële DBC geeft aan dat het een typering van een nieuwe zorgvraag voor een patiënt betreft, waarvoor activiteiten en verrichtingen worden uitgevoerd en dus een DBC voor wordt geopend. Een **initiële DBC kan maximaal 365 dagen open staan en dient dus maximaal na 365 dagen afgesloten te worden**. Alleen afgesloten DBC's kunnen aangeboden worden voor declaratie.
- Een vervolg DBC geeft aan dat er sprake is van een vervolgtraject op een eerder afgesloten initiële DBC. Een vervolg DBC heeft altijd exact dezelfde primaire diagnose als de bijbehorende initiële DBC. Ook een vervolg DBC kan maximaal 365 dagen openstaan.

2.2.1 Openen initiële DBC

Op het moment dat een patiënt voor het eerst voor een bepaalde primaire diagnose in zorg komt, wordt een initiële DBC geopend. Als er een meerjarige of vervolg behandeling volgt, gaat deze initiële DBC over in één (of meerdere) vervolg DBC(s). Er is dan veelal sprake van een voortgezette behandeling of een controletraject. **Een nieuwe patiënt krijgt dus altijd eerst een initiële DBC.**

2.2.2 Openen vervolg DBC

Er zijn twee situaties waarin voor een patiënt een vervolg DBC geopend wordt:

1. Op het moment dat de patiënt langer dan 365 dagen in zorg is, dient de DBC verlengd of afgesloten te worden. De verlenging leidt voor de DBC systematiek pas formeel tot het openen van de bijbehorende vervolg DBC op het moment dat er een patiëntgebonden contact op deze vervolg DBC geschreven wordt. Dit kan bijvoorbeeld zijn als de patiënt verschijnt voor een controlebezoek of een volgend behandelcontact.
2. Voor patiënten waarvoor de initiële DBC afgesloten is, maar die binnen 365 dagen weer voor dezelfde primaire diagnose in behandeling worden genomen binnen dezelfde instelling of praktijk wordt een vervolg DBC geopend. Wanneer de tijd tussen sluiten van de DBC en het eerstvolgende patiëntgebonden contact langer is dan 365 dagen, dan kan voor deze patiënt, ondanks dezelfde primaire diagnose opnieuw een initiële DBC worden geopend.

Een vervolg DBC voor eenzelfde primaire diagnose kan dus alleen worden geopend als de initiële DBC voor deze primaire diagnose afgesloten is⁶. Hierbij kan een vervolg DBC wel op dezelfde dag worden geopend als dat de initiële DBC is gesloten. Als een patiënt in zorg komt voor een andere primaire diagnose wordt een nieuwe initiële DBC geopend.

2.2.3 Principe van stepped care & openen van meerdere/ parallelle DBC's

Hoe omgaan met co-morbiditeit?

- Bij co-morbiditeit geldt de gedachte van '**stepped care**': een hoofdbehandelaar begint de behandeling van de patiënt met die diagnose classificatie die het meest prangend is

⁶ Een vervolg DBC kan op dezelfde dag worden geopend als dat de initiële DBC gesloten is.

- De hoofdbehandelaar geeft aan welke van deze stoornissen de primaire reden is om te behandelen (dit is de primaire diagnose ofwel de 'reason for encounter')
- Overige stoornissen die zorgverzendend werken, kunnen als nevendiagnose geregistreerd worden (**co-morbiditeit**).

Stepped Care

Volgens het uitgangspunt van *stepped care* (getrapte zorg) wordt aan een patiënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling, die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek, aangeboden. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan. *Stepped care* past in de ontwikkeling richting zogenaamde *disease management* programma's, die binnen de somatische gezondheidszorg al langer worden toegepast.⁷

Wanneer meerdere DBC's openen?

Op het moment dat een hoofdbehandelaar concludeert dat bij een patiënt sprake is van meerdere stoornissen/diagnosen die hij/zij in belang gelijkwaardig acht (**co-syndromaliteit**) en waarvoor gelijktijdig een substantieel andere behandeling wordt ingezet, kan het nodig zijn meerdere DBC's (met verschillende primaire diagnoses) tegelijk te openen voor één patiënt. Daarbij geldt:

- Er kan alleen sprake zijn van het gelijktijdig openen van meer dan één DBC per patiënt als er sprake is van verschillende primaire diagnoses met elk een substantieel eigenstandige behandeling voor elke betreffende primaire diagnose waarvoor een DBC wordt geopend
- Er kunnen **maximaal 3 DBC's** tegelijk voor één patiënt open staan
- Bij het door de behandelaars registreren van de activiteiten en verrichtingen die plaatsvinden voor de betreffende patiënt moet steeds worden aangegeven voor welke primaire diagnose de activiteit of verrichting wordt verleend (zodat deze wordt toegerekend aan het zorgprofiel van de betreffende DBC)

Wanneer een volgtijdelijke DBC openen?

- Op het moment dat er meerdere stoornissen bij één patiënt voorkomen, maar er is sprake van één te onderscheiden primaire diagnose, zal er één DBC geopend worden waarop activiteiten en verrichtingen geschreven worden (waarbij de op de typeringslijst geregistreerde nevendiaagnosen zorgverzendend werken)
- Zodra deze primaire diagnose is 'uitbehandeld', sluit de hoofdbehandelaar de DBC af. Indien de behandelaar een nieuw behandeltraject start voor een andere primaire diagnose kan een nieuwe DBC worden geopend.

Wijziging van primaire diagnose in relatie tot openen en sluiten van de DBC.

Een DBC beschrijft een combinatie van een diagnose classificatie en een behandeling. Uitgangspunt is dat een zo integraal mogelijk beeld geschetst wordt van het totale zorgtraject van de patiënt.

In de meeste gevallen zal er bij een veranderende diagnose classificatie gedurende de looptijd van de DBC geen nieuwe DBC geopend hoeven worden, maar kan dit worden opgelost binnen de reeds geopende DBC:

- Door bijstelling van de primaire diagnose tijdens de intake/diagnostiek fase;
- Door verandering van de primaire diagnose tijdens het behandeltraject (binnen dezelfde hoofdgroep van de DSMIV);
- Door bijkomende diagnoses die zorgverzendend werken als nevendiaagnoses te registreren, naast de primaire diagnose.

⁷ Definitie volgens het Trimbos Instituut.

De uitzondering op de regel is de situatie waarin de hoofdbehandelaar een verkeerde inschatting heeft gemaakt en gedurende het behandeltraject bepaalt dat de primaire diagnose classificatie in een andere hoofdgroep van de DSMIV ligt, óf wanneer er sprake is van co-syndromaliteit. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het medisch beleid in de instelling en beslist of er sprake is van co-morbiditeit of co-syndromaliteit. Bij het afsluiten controleert de hoofdbehandelaar of de geregistreerde diagnose classificatie correct is (c.q. de diagnose classificatie is die de basis heeft gevormd van de behandeling).

2.2.4 Tip: Volledige DBC-typering binnen een maand

Na het openen van de DBC is het aan te raden de patiënt binnen 1 maand na het openen van de DBC te typeren (door de hoofdbehandelaar) conform de typeringslijst. De typering bestaat uit het zorgtype en alle assen van de DSMIV.

2.3 Algemene spelregels voor het sluiten van de DBC

Een DBC wordt afgesloten zodra (naar reële verwachting van de hoofdbehandelaar) de laatste activiteit voor een patiënt is geleverd. Dit kan zowel zijn een direct of indirect patiëntgebonden activiteit. Daarnaast geldt de algemene regel dat een DBC nooit langer kan openstaan dan 1 jaar. Dit betekent dat de DBC in ieder geval 365 dagen na de startdatum gesloten moet worden. Eventueel kan na het sluiten van de DBC een vervolg DBC geopend worden (zie paragraaf 2.2.2).

2.3.1 Redenen voor afsluiten van de DBC:

Bij het afsluiten van de DBC dient te worden aangegeven met welke reden de DBC wordt afgesloten. Er kan gekozen worden voor de volgende redenen van afsluiten.

- Reden voor afsluiting bij patiënt/ niet bij behandelaar – overlijden van patiënt/ verhuizen van patiënt/ einde vergoeding/ langdurige 'no show'/ patiënt is al één jaar niet meer in zorg geweest.
 - o Deze reden van sluiten wordt ook aangemerkt als een patiënt niet meer in zorg is ten gevolge van langdurige no show
- Reden voor afsluiting bij behandelaar/ om inhoudelijke redenen – doorverwijzing naar 1^elijn/ andere zorgaanbieder.
 - o Deze reden van sluiten wordt aangemerkt als een patiënt voor dezelfde primaire diagnose wordt terug- dan wel doorverwezen naar een andere instelling/praktijk. Deze verwijzing kan zijn in het kader van behandelcontacten en/of verblijf dan wel dagbesteding.
- In onderling overleg beëindigd zorgtraject/ patiënt uitbehandeld – gezamenlijk besluit einde zorgtraject voor betreffende primaire diagnose/ DBC.
 - o Deze reden van sluiten wordt aangemerkt als behandelaar en patiënt in onderling overleg besluiten dat het behandeltraject voor de betreffende primaire diagnose is beëindigd.

- Afsluiting administratief of vanwege openen vervolg DBC – indien de DBC na 365 dagen nog open staat en in feite verlengd moet worden omdat de zorg langer dan 1 jaar duurt, zet de hoofdbehandelaar de initiële DBC om in een vervolg DBC (zie paragraaf 2.3).
 - o Een DBC kan nooit langer dan één jaar openstaan. Als het behandeltraject echter langer dan een jaar duurt, wordt de initiële DBC gesloten met als reden voor afsluiting administratief of vanwege openen vervolg DBC. De hoofdbehandelaar opent vervolgens een vervolg DBC met dezelfde primaire diagnose.
- Afsluiting na alleen pré-intake/ intake/ diagnostiek/ crisisopvang – indien er op een DBC alleen pré-intake, intake/ diagnostiek en/of crisisopvang al dan niet in combinatie met verblijfsdagen en/of indirecte tijd is geregistreerd kan de DBC zonder weergave van een diagnose classificatie afgesloten worden. In alle andere gevallen zal de DBC volledig getypeerd moeten zijn, voordat deze wordt afgesloten.

2.3.2 Afsluiten van een DBC: volledig maken zorgtraject

Als de hoofdbehandelaar de DBC afsluit, is hij ervoor verantwoordelijk dat de DBC conform de spelregels juist is geregistreerd/ de juiste informatie bevat. Bij afsluiten van de DBC dient de typering gecontroleerd te worden, de eind GAF score te worden ingevuld evenals de reden van afsluiten.

2.3.3 Wat als de patiënt na sluiten DBC weer terugkomt in zorg?

Mocht het zo zijn dat een patiënt na afsluiting van de betreffende DBC weer terugkomt in zorg, dan kan hiervoor een nieuwe DBC geopend worden. Daarbij is van belang of de patiënt weer in zorg komt voor de dezelfde of een andere primaire diagnose dan de afgesloten DBC.

In geval de patiënt voor **dezelfde primaire diagnose** weer in zorg komt, kan een **vervolg DBC** geopend worden indien de tussenliggende tijd niet langer bedraagt dan 365 dagen. Indien deze termijn de 365 dagen overschrijdt, dan kan een nieuwe initiële DBC geopend worden. (Zie hiervoor ook paragraaf 2.2.2). Wanneer de patiënt voor een **andere primaire diagnose** in zorg komt dan de primaire diagnose van de afgesloten DBC, kan een **nieuwe initiële DBC** geopend worden.

Het niet 100% zeker zijn of een patiënt nooit meer terug zal komen in zorg hoeft dus geen belemmering te zijn om de DBC af te sluiten.

2.4 Specifieke spelregels

2.4.1 Crisis DBC's

Omdat landelijk behoefte bestaat om inzicht te krijgen in de zogenaamde beschikbaarheidsfunctie, is er een specifieke spelregel die beschrijft hoe om te gaan met de DBC registratie van patiënten die nieuw in zorg komen in een crisissituatie. De spelregel is als volgt:

1. Een patiënt komt **nieuw in zorg met een crisis.**
Er wordt een initiële DBC geopend met zorgtype Eénmalig spoedeisend consult/ crisisinterventie of Acute opname.

2. Een patiënt is reeds in zorg maar komt binnen dezelfde instelling **nieuw in zorg met een crisis** voor een **andere primaire diagnose**.

Er wordt een initiële DBC geopend met zorgtype Eénmalig spoedeisend consult/ crisisinterventie of Acute opname. *Bij de diagnose wordt een andere primaire diagnose geregistreerd dan de diagnose classificatie die is vastgelegd op de reeds openstaande DBC.*

Als de crisis bij de patiënt verholpen/ de crisisbehandeling ten einde is, zijn er verschillende mogelijkheden:

- Een patiënt gaat na de crisisinterventie uit zorg
 - De crisis-DBC wordt gesloten. Er wordt **geen nieuwe** DBC geopend.
- Een patiënt blijft na de crisisinterventie in zorg, maar voor een **andere** primaire diagnose
 - De crisis-DBC wordt gesloten. Er wordt een **nieuwe initiële** DBC geopend met het bijpassende zorgtype en een andere primaire diagnose dan de crisis-DBC.
- Een patiënt blijft na de crisisinterventie in zorg voor **dezelfde** primaire diagnose
 - De crisis-DBC wordt gesloten. Er wordt vervolgens een **vervolg** DBC met dezelfde primaire diagnose geopend.

Ter verduidelijking

De crisis-DBC wordt gesloten als een patiënt uit zijn/haar crisissituatie is. Als in instellingen de patiënt onder behandeling blijft van de crisisdienst terwijl hij/zij niet meer in crisis verkeert (bijvoorbeeld omdat er een wachtlijst is voor een reguliere afdeling), dient de crisis DBC wel gesloten te worden en een vervolg DBC te worden geopend. Er wordt immers geen crisisinterventie meer gepleegd, maar in feite wordt de patiënt regulier behandeld op de crisisafdeling.

Patiënten die reeds in zorg waren en in het kader van **dezelfde primaire diagnose** een crisiscontact/ crisisopname binnen dezelfde instelling/ praktijk ontvangen, geldt dat de crisiscontacten behoren tot dezelfde DBC als de activiteiten die reeds geregistreerd staan op de openstaande DBC. Dat de patiënt in crisis vervalt gedurende zijn behandeltraject is een (logisch) gevolg van zijn diagnose classificatie. (Bijvoorbeeld van patiënten met een psychotische stoornis valt te verwachten dat zij gedurende het jaar in crisis kunnen vervallen. Het is dan niet nodig voor elke crisis een aparte crisis-DBC te openen, maar de geleverde crisiscontacten/ crisisopnamen kunnen geregistreerd worden op de reeds bestaande DBC). De DBC van de patiënt die reeds voor het crisiscontact in zorg was en ook na het crisiscontact nog in zorg blijft (voor dezelfde primaire diagnose), wordt dus niet afgesloten. Eventuele volgende contacten na het crisiscontact worden op dezelfde DBC geregistreerd.

2.4.2 Kortdurende zorg: Second opinion en ICC

Analoog aan de behoefte om de beschikbaarheid in beeld te brengen bestaat de behoefte om de kortdurende zorg in het kader van Second opinion en Intercollegiale consulten (ICC) apart inzichtelijk te maken. De spelregels omtrent de registratie van zorg in het kader van een second opinion of ICC sluiten aan bij de spelregels omtrent de registratie van zorg in het kader van een crisissituatie (Eénmalig spoedeisend consult/ crisisinterventie of Acute opname). Dat betekent dat DBC's met zorgtype ICC en Second Opinion worden afgesloten als de patiënt overgaat naar de reguliere zorg. Gelijk aan bovenstaande situaties geldt bij de zorg in het kader van een Second Opinion of ICC:

- Een patiënt gaat uit zorg
 - o De DBC met zorgtype Second opinion of ICC wordt gesloten. Er wordt geen nieuwe DBC geopend.
- Een patiënt blijft na de Second opinion of na het ICC in zorg, maar voor een andere primaire diagnose
 - o De DBC met zorgtype Second opinion of ICC wordt gesloten. Er wordt een nieuwe initiële DBC geopend met het bijpassende zorgtype en een andere primaire diagnose.
- Een patiënt blijft na de Second opinion of na het ICC in zorg voor dezelfde primaire diagnose
 - o De DBC met zorgtype Second opinion of ICC wordt gesloten. Er wordt vervolgens een vervolg DBC met dezelfde primaire diagnose geopend.

2.5 Ten slotte: de psychiatrische consultfunctie

Op de typeringslijst zijn twee zorgtypen opgenomen, waarmee vormgegeven wordt aan de psychiatrische consultfunctie (zie definities in hoofdstuk 3):

- Intercollegiaal consult
- Medebehandeling

Consultfunctie in het ziekenhuis

De consultfunctie in het ziekenhuis (op de PAAZ/ PUK) wordt geboden onder de vlag van DBC Zorg. Hiervoor geldt een aparte systematiek.

Consultfunctie in de zelfstandig gevestigde praktijk

In de ZGP praktijk wordt een DBC met het zorgtype ICC dan wel medebehandeling geopend op het moment dat een patiënt voor de betreffende primaire diagnose in behandeling is bij een andere zorgaanbieder. De ZGP wordt voor een kortdurend zorgtraject bij deze behandeling in consultatieve zin betrokken.

Consultfunctie in de geïntegreerde GGZ instelling

In de geïntegreerde GGZ instelling is **geen sprake** van het openen van DBC's met de zorgtypen Intercollegiaal consult of Medebehandeling. De activiteiten en verrichtingen van verschillende (hoofd)behandelaren **binnen dezelfde instelling** (in het kader van de primaire psychiatrische diagnose of een nevendiagnose) kunnen namelijk op de reeds geopende DBC worden geregistreerd, ook al werken deze behandelaren op verschillende afdelingen van de instelling. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een patiënt die onder eindverantwoording van een psychiater A in behandeling is, maar waarbij psychiater B (of bijvoorbeeld een neuroloog of klinisch geriater) gevraagd wordt in de consultsfeer mee te kijken. Psychiater B (of bijvoorbeeld de neuroloog of klinisch geriater) kan zijn/haar tijdsbesteding schrijven op de DBC die reeds geopend is door psychiater A.

Psychiatrische DBC's met zorgtype ICC en Medebehandeling bestaan naast een andere DBC. De zorgtypen ICC en Medebehandeling bestaan niet als vervolg DBC. Het gaat immers om een kortdurend behandeltraject. Het kan wel voorkomen dat een 'medebehandelaar' een initiële DBC

opent met het zorgtype ICC of medebehandeling terwijl de patiënt voor zijn 'primaire' behandeltraject al in de fase van een vervolg DBC zit.

3. Typeringslijst

De typeringslijst DBC GGZ (zie bijlage III) kent drie onderdelen; identificatiegegevens van de patiënt, het zorgtype en de diagnose classificatie (conform volledige en integrale vastlegging van DSMIV). Ten opzichte van het model DBC GGZ 2005 is het item zorgvraag komen te vervallen.⁸ In dit hoofdstuk worden alle onderdelen van de typeringslijst toegelicht en beschreven. De daartoe bevoegd/bekwame hoofdbehandelaar is ervoor verantwoordelijk dat voor elke DBC de typering volledig en juist is/wordt ingevuld.

Zo snel mogelijk na het openen van de DBC, zal de hoofdbehandelaar een volledige typering aan de DBC moeten toekennen door de elementen zorgtype en diagnose te registreren. Het is aan te raden intern een richtlijn te hanteren voor de periode waarbinnen de DBC getypeerd moet zijn (bijvoorbeeld 1 maand):

- Het element **zorgtype** wordt éénmalig aan het begin van het zorgtraject door de hoofdbehandelaar vastgelegd.
- Het element **diagnose** (met uitzondering van de eind-GAF score) wordt door de hoofdbehandelaar ingevuld. De diagnose classificatie kan indien gewenst gedurende de looptijd van de DBC gewijzigd worden.

⁸ Het item zorgvraag komt met ingang van het model 2007 te vervallen. Achterliggende overweging hierbij is geweest dat het item zorgvraag aan de registratie was toegevoegd om typeringsgegevens vast te leggen, die niet via de DSM IV tot uitdrukking konden worden gebracht. Het ontbreken van een extern referentiepunt en de ogenschijnlijke willekeur van onder zorgvraag opgenomen items leverden in de praktijk veel praktische problemen op. Bij herziening van de onder zorgvraag opgenomen items, is de LWDO tot de conclusie gekomen dat deze items weldegelijk via de DSM IV of via het zorgtype in beeld gebracht kunnen worden; de functie van de zorgvraag komt daarmee te vervallen. Hieronder wordt een advies gegeven over hoe deze items via andere typeringselementen in kaart gebracht kunnen worden. Dit is een advies, geen spelregel. Hoofdbehandelaren zijn zelf verantwoordelijk voor het weergeven van de juiste typering.

- Suïcidepoging of suïcidaliteit
Via de GAF score, zwaarte van de diagnose en/of via het zorgtype (bijvoorbeeld Acute opname of Eénmalig spoedeisend consult/ crisisinterventie)
- Wilsonbekwaamheid
Via het zorgtype (bijvoorbeeld Inbewaringstelling of Rechterlijke Machtiging)
- Taal en/of cultuurproblemen
Via de V-code 'Acculturatieprobleem'
- Compliance problemen
Via de V-code 'Niet meewerken behandeling'
- Zwangerschap
Analoog aan de internationale wijze van hantering van de DSM IV kan de zwangerschap, indien zorgverzwarend op de behandeling van de primaire psychiatrische diagnose, geregistreerd worden op As 3 van de DSM IV (als Diagnose as3 enkelvoudig).
- Gezinscontext
Via As 4 (bijvoorbeeld via problemen binnen de primaire steungroep of opvoedingsproblemen)

Naast de items die voorheen onder zorgvraag vermeld stonden, worden in het veld nog Ouderenproblematiek en Agressiviteit genoemd als mogelijk complicerende factoren. Deze zouden in beeld gebracht kunnen worden via respectievelijk bijvoorbeeld de As 3 codering en/of de V-codes (Ouderenproblematiek) en via het kostprijsmodel en/of de V-code antisociaal gedrag (Agressiviteit).

3.1 Identificatiegegevens

Geregistreerde DBC-gegevens worden gekoppeld aan een patiënt waarvoor activiteiten en verrichtingen worden geleverd in de 2^e lijns GGZ. Dat betekent dat de patiënt herkenbaar gemaakt moet worden voor de DBC-registratie. In de Minimale Dataset staat beschreven welke elementen als identificatiegegevens opgenomen moeten worden in het kader van de DBC registratie.

3.2 Zorgtype: initiële of vervolg DBC?

Met het vastleggen van het zorgtype registreert u wat de aanleiding is van de zorg: waardoor is er een eerste contact ontstaan tussen uw instelling of praktijk en de betreffende patiënt?

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven is, wordt een onderscheid gemaakt tussen een initiële DBC en een vervolg DBC:

- Een initiële DBC geeft aan dat het een nieuwe zorgvraag voor een patiënt betreft, waarvoor u activiteiten en verrichtingen gaat registreren.
- Een vervolg DBC geeft aan dat er sprake is van een vervolgtraject op een eerder afgesloten initiële DBC. Een vervolg DBC heeft altijd dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële DBC.

De hoofdbehandelaar bepaalt bij de start van de DBC allereerst of er sprake is van een initiële of een vervolg DBC en selecteert vervolgens maximaal 1 zorgtype per DBC uit de volgende lijst:

Initiële DBC's

Reguliere zorg	Het betreft een patiënt met een nieuwe zorgvraag die wordt gezien op basis van verwijzing door huisarts, een collega specialist, reclassering.
Eénmalig (spoedeisend) consult/ crisisinterventie	Het betreft een éénmalig (spoedeisend) consult of een crisisinterventie in de ambulante setting bij een patiënt met een nieuwe zorgvraag. Meestal vindt dit patiëntencontact plaats via c.q. de crisisdienst of de afdeling Spoedeisende Eerste Hulp of huisarts. Het initiatief voor het contact ligt (vanaf een leeftijd van 16 jaar) bij de patiënt zelf, bij familie c.q. het sociale netwerk, bij de politie of bij de huisarts. Er is geen sprake van overname van de patiënt. Een DBC met zorgtype Eénmalig spoedeisend consult/ crisisinterventie wordt gesloten als de patiënt overgaat naar reguliere zorg. DBC's met zorgtype Eénmalig spoedeisend consult/ crisisinterventie hebben een looptijd van <u>maximaal 28 dagen</u> en kunnen <u>geen verblijfsdagen</u> bevatten.
Acute opname	Een niet-electieve acute opname van een patiënt voor (korte) intensieve behandeling. Een DBC met dit zorgtype dient <u>minimaal 1 en maximaal 28 verblijfsdagen</u> te bevatten. Hierna is niet meer te spreken van een acute situatie en zal de DBC gesloten moeten worden. Indien de patiënt voor dezelfde primaire diagnose in zorg blijft, kan een vervolg DBC worden geopend. Een DBC met zorgtype Acute opname wordt gesloten als de patiënt overgaat naar reguliere zorg.

<i>Intercollegiaal consult (ICC)</i>	<i>Een kortdurend patiëntencontact dat plaatsvindt op verzoek en in het kader van een behandeling door een andere specialist, zonder dat sprake is van medebehandeling. De patiënt is in behandeling bij een andere instelling/ praktijk. De vraagstelling bij een intercollegiaal consult is in het algemeen beperkt, meestal alleen diagnostisch of screenend en adviserend en omvat <u>maximaal 3 contacten</u>. De psychiatrische DBC met het zorgtype ICC bestaat dus naast een andere DBC. DBC's met zorgtype ICC hebben <u>maximaal 180 minuten directe tijd en kunnen geen groepsactiviteiten en geen verblijfsdagen</u> bevatten.</i>
<i>Medebehandeling</i>	<i>Van het zorgtype medebehandeling is sprake bij een kortdurend patiëntencontact (maar meer dan 3 contacten) op verzoek van een andere specialist, welke de betreffende patiënt in behandeling heeft. De psychiatrische DBC met het zorgtype medebehandeling bestaat dus naast een andere DBC. DBC's met zorgtype Medebehandeling kunnen <u>geen verblijfsdagen</u> bevatten.</i>
<i>Second opinion</i>	<i>De herbeoordeling van een zorgvraag en bijbehorende adviesverlening aan een patiënt in één of een beperkt aantal contacten door een psychiater uit een andere zorginstelling waarbij er <u>geen</u> sprake is van overname van behandeling. DBC's met zorgtype Second opinion kunnen <u>niet meer dan 250 minuten directe tijd</u> bevatten.</i>
<i>Zorg op basis van tertiaire verwijzing</i>	<i>Het betreft een patiënt met een <u>nieuwe</u> zorgvraag, die wordt gezien op basis van een doorverwijzing door een collega specialist uit een andere zorginstelling in verband met het aldaar ontbreken van de benodigde expertise, knowhow, ervaring en/of behandelingsfaciliteiten voor die zorgvraag.</i>
<i>Langdurig periodieke controle (bij overname)</i>	<i>Een meerjarig zorgtraject waarbij de patiënt tenminste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond. Deze DBC kan uitsluitend initieel zijn bij een patiënt die wordt overgenomen vanuit een andere zorginstelling/organisatie en waarbij er sprake is van een langdurig periodieke controle.</i>
<i>Bemoeizorg</i>	<i>Dit zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van het zorgtraject in de 2^e lijns curatieve GGZ. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg. Activiteiten die gerekend kunnen worden tot bemoeizorg (voortraject; toeleiding naar zorg; nog geen zorgvraag en zorgvrager) behoren niet tot de geneeskundige GGZ en vallen daarmee niet onder de DBC-systematiek.</i>
<i>Rechterlijke Machtiging (RM)</i>	<i>Gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet BOPZ (beslissing door rechter). DBC's met zorgtype RM moeten verblijfsdagen bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'Medische beroepen'.</i>
<i>Inbewaringstelling (IBS)</i>	<i>Gedwongen spoedopname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet BOPZ (beslissing burgemeester op advies van arts, meestal een onafhankelijk psychiater). DBC's met zorgtype IBS moeten verblijfsdagen bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'Medische beroepen'. Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype zelfstandig gevestigde praktijken.</i>

Terbeschikkingstelling (TBS)	Gedwongen 24-uurs opname ter verpleging in een psychiatrische instelling na een strafbaar feit in verband met een psychische stoornis, waarbij er kans op herhaling dreigt (strafrechtelijke maatregel door rechter). DBC's met zorgtype TBS moeten verblijfsdagen bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'Medische, Psychologische of Psychotherapeutische beroepen'. Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype zelfstandig gevestigde praktijken. DBC's met zorgtype TBS kunnen alleen geregistreerd worden bij patiënten ouder dan 16 jaar.
Terbeschikkingstelling met voorwaarden/ Voorwaardelijke beëindiging TBS	Oplegging van dwingende voorwaarden, zoals bijvoorbeeld medicatie, ambulante begeleiding (uitspraak door rechter). Bij DBC's met zorgtype TBS met voorwaarden moet een activiteit geregistreerd zijn door een beroep uit het beroepencluster 'Medische, Psychologische of Psychotherapeutische beroepen'. Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype zelfstandig gevestigde praktijken. DBC's met zorgtype TBS met voorwaarden kunnen alleen geregistreerd worden bij patiënten ouder dan 16 jaar.
Strafrechterlijke machtiging (artikel 37)	Gedwongen opname in psychiatrische instelling na een strafbaar feit in verband met psychische stoornis voor de duur van één jaar. DBC's met zorgtype Strafrechterlijke machtiging moeten verblijfsdagen bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'Medische, Psychologische of Psychotherapeutische beroepen'. Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype zelfstandig gevestigde praktijken. DBC's met zorgtype Strafrechterlijke machtiging kunnen alleen geregistreerd worden bij patiënten ouder dan 12 jaar.
Hulpverlening uitgevoerd onder Ondertoezichtstelling (OTS)	Kinderen onder de 18 jaar wier ouders verplicht zijn samen te werken voor wat betreft de opvoeding van het kind met een door de rechter toegewezen gezinsvoogd.

Vervolg DBC's

(Langdurig periodieke) controle	Een meerjarig zorgtraject waarbij de patiënt tenminste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond
Voortgezette behandeling	Indien een zorgtraject langer dan 1 jaar duurt, zal het na de initiële DBC noodzakelijk zijn een vervolg DBC te openen met dezelfde primaire diagnose.
Uitloop	Een zorgtraject dat door omstandigheden die niet inherent zijn aan het zorgtraject zelf (wachlijsten, et cetera) langer duurt dan een jaar. In feite zou het zorgtraject binnen een jaar afgerond kunnen worden; door omstandigheden wordt deze periode overschreden. Deze DBC kan pas geopend worden direct na afsluiting van de (reguliere) DBC die eraan voorafgaat.
Exacerbatie/recidive	Van een recidive c.q. exacerbatie kan alleen sprake zijn als de patiënt <u>binnen 1 jaar</u> voor <u>dezelfde primaire diagnose</u> weer in behandeling komt bij dezelfde instelling.
Bemoeizorg	Dit zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van het zorgtraject in de 2 ^e lijns curatieve GGZ. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg. Activiteiten die gerekend kunnen worden tot bemoeizorg (voortraject; toeleiding naar zorg; nog geen zorgvraag en zorgvrager) behoren niet tot de geneeskundige GGZ en vallen daarmee niet onder de DBC-systematiek.

<i>Rechterlijke Machtiging</i>	<i>Gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet BOPZ (beslissing door rechter). DBC's met vervolg zorgtype RM moeten een activiteit bevatten geregistreerd door een beroep uit het beroepcluster 'Medische beroepen'.</i>
<i>Terbeschikkingstelling (TBS)</i>	<i>Gedwongen 24-uurs opname ter verpleging in een psychiatrische instelling na een strafbaar feit in verband met een psychische stoornis, waarbij er kans op herhaling dreigt (strafrechterlijke maatregel door rechter). Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype zelfstandig gevestigde praktijken. DBC's met vervolg zorgtype TBS kunnen alleen geregistreerd worden bij patiënten ouder dan 16 jaar.</i>
<i>Terbeschikkingstelling met voorwaarden/ Voorwaardelijke beëindiging TBS</i>	<i>Oplegging van dwingende voorwaarden, zoals bijvoorbeeld medicatie, ambulante begeleiding (uitspraak door rechter). Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype zelfstandig gevestigde praktijken. DBC's met vervolg zorgtype TBS met voorwaarden kunnen alleen geregistreerd worden bij patiënten ouder dan 16 jaar.</i>
<i>Strafrechterlijke machtiging (artikel 37)</i>	<i>Gedwongen opname in psychiatrische instelling na een strafbaar feit in verband met psychische stoornis voor de duur van méér dan een jaar. DBC's met vervolg zorgtype Strafrechterlijke machtiging moeten verblijfsdagen bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepcluster 'Medische, Psychologische of Psychotherapeutische beroepen'. Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype zelfstandig gevestigde praktijken. DBC's met vervolg zorgtype Strafrechterlijke machtiging kunnen alleen geregistreerd worden bij patiënten ouder dan 12 jaar.</i>
<i>Hulpverlening uitgevoerd onder Ondertoezichtstelling</i>	<i>Kinderen onder de 18 jaar wier ouders verplicht zijn samen te werken voor wat betreft de opvoeding van het kind met een door de rechter toegewezen gezinsvoogd.</i>

Bij het openen van een initiële of vervolg DBC dient gekozen te worden voor één zorgtype. In sommige gevallen kan het voorkomen dat er volgens de gegeven definities sprake is van meerdere zorgtypen (bijvoorbeeld een patiënt komt binnen met een RM op basis van een tertiaire verwijzing). Hier dient te worden opgemerkt dat het zorgtype moet worden gekozen dat het beste de aanleiding van zorg beschrijft. In de praktijk zal dit betekenen dat de opgestelde lijst van zorgtypen hiërarchisch zal werken: de hoofdbehandelaar kiest dat zorgtype dat het meest voorspellende waarde bevat voor het zorgtraject dat hierop zal volgen.

3.3 Diagnose classificatie: integrale vastlegging DSMIV

De diagnose classificatie wordt op de typeringslijst vastgelegd met behulp van de integrale vastlegging van alle assen van de DSMIV-TR ('grijze boekje' 1^e druk 2001). In het model DBC GGZ wordt uitgegaan van de ICD-9-CM.

Naast de registratie van de feitelijke classificatie conform de integrale DSMIV, bepaalt de hoofdbehandelaar wat de primaire diagnose is. Deze selecteert u uit de geregistreerde stoornissen op As 1 en/of As 2. De DBC systematiek sluit aan bij de spelregels die gelden in het gebruik van de DSMIV-TR. De verschillende assen dienen op de volgende wijze geregistreerd te worden:

As 1

U registreert de eventueel aanwezige klinische stoornissen op As 1. Hierbij gelden:

	- Er kan niet gekozen worden voor 799.9 'diagnose/ aandoening uitgesteld' - Het registreren van de NAO moet zoveel als mogelijk is vermeden worden - Indien er geen As 1 stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is, registreert u V71.09 'geen diagnose of aandoening op As 1 aanwezig'
As 2	U registreert de eventueel aanwezige stoornissen op As 2 door per stoornis aan te geven of de stoornis aanwezig is, of dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kunt u indien van toepassing maximaal 1 code voor 'zwakzinnigheid/ zwakbegaafdheid' registreren. Hierbij gelden: - Per persoonlijkheidsstoornis sluiten de antwoordmogelijkheden 'aanwezig' en 'trekken van' elkaar uit - Op de As 2 kan wel gekozen worden voor de code 799.9 'diagnose/ aandoening uitgesteld', maar deze kan nooit de primaire diagnose van de DBC zijn - Indien er geen As 2 stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is, registreert u V71.09 'geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'
Bepalen primaire diagnose	Vanuit de geregistreerde stoornissen op As 1 en As 2 bepaalt u de reden voor zorg, ofwel de primaire diagnose. Hierbij gelden: - De codes 799.9 en V71.09 kunnen niet als primaire diagnose geregistreerd worden - De eventuele code op As2 voor 'zwakzinnigheid/ zwakbegaafdheid' kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As2)
As 3	U registreert op As 3 of er wel/ geen sprake is van een enkelvoudige of een complexe diagnose op As3, alleen als deze naar verwachting zorgverzwarend is voor de behandeling van de primaire diagnose waarvoor u de DBC heeft geopend. Indien er geen As 3 stoornis aanwezig is bij de betreffende patiënt, registreert u 'Geen of geen relevante diagnose op As 3'.
As 4	U registreert de van belang zijnde psychosociale en omgevingsfactoren, als deze een duidelijk zorgverzwarende factor zijn in de behandeling van de primaire diagnose waarvoor u de DBC heeft geopend. Indien er geen As 4 factor aanwezig is, registreert u 'Diagnose of aandoening niet aanwezig'
As 5	Bij het openen van de DBC registreert u de GAF-score op het moment van de start van de DBC én de hoogste GAF-score in het afgelopen jaar. Bij het afsluiten van de DBC registreert u de GAF-score op het moment van de einddatum van de DBC.⁹

Het is aan te bevelen de diagnose classificatie conform de DSMIV classificatie binnen 1 maand na de startdatum van de DBC volledig en integraal te registreren. Indien van toepassing kan de hoofdbehandelaar de diagnose classificatie tussentijds gedurende de looptijd van de DBC bijstellen/ compleet maken. Bij het afsluiten van de DBC bepaalt de hoofdbehandelaar de definitieve typering en voert deze de eind-GAF score in.

⁹ In RIBW's blijkt het niet altijd mogelijk een eind GAF-score aan te geven. Bij het sluiten van de DBC mag de eind GAF-score dan ook worden gelijkgesteld aan de begin GAF-score.

Registratie As 3

Ten opzichte van het model DBC GGZ 2005 is de registratie van as 3 gewijzigd. In het model DBC GGZ 2007 kan aldus gekozen worden voor drie opties:

1. Geen of geen relevante diagnose op As 3
2. Diagnose op As 3, enkelvoudig
3. Diagnose op As 3, complex

De As 3 binnen de DSM IV classificatie is bedoeld om somatische aandoeningen vast te leggen die mogelijk een relatie hebben met de psychische stoornis op As 1 of As 2 (niet oorzakelijk) en die van invloed zijn op de behandeling van de As 1 of As 2 stoornis. Somatische aandoeningen die geen consequenties hebben voor de behandeling van de As 1 of As 2 stoornis (bijvoorbeeld patiënt is verkouden), hoeven niet op As 3 geregistreerd te worden. Somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1 of As 2 stoornis worden gescoord op As 1 of As 2 (bijvoorbeeld delirium door een somatische aandoening).

Bij de As 3 registratie kunt u kiezen uit bovenstaande drie mogelijkheden. U kiest voor geen of geen relevante diagnose op As 3, wanneer er geen somatische aandoening aanwezig is of de somatische aandoening geen consequenties heeft voor de behandeling van de patiënt.

Als er sprake is van één of meerdere somatische aandoening(en), dan wordt het onderscheid gemaakt naar zwaarte; de somatische aandoening is enkelvoudig (wel consequenties, maar niet veel) danwel complex (veel consequenties). De beoordeling hiervan wordt overgelaten aan de hoofdbehandelaar.

Complex kan omschreven worden als 'naar verwachting zorgverzwarend' bijvoorbeeld:

- *Medisch specialistische behandeling noodzakelijk door andere medisch specialist dan psychiater;*
- *Op de somatische aandoening gerichte c.q. als gevolg van de somatische aandoening te verwachten aanvullende zorg noodzakelijk (Voorbeeld "doofheid");*
- *Of specifieke behandelafdeling noodzakelijk om zorg te kunnen bieden (PAAZ, PUK, PMU/ GAPZ/GAAZ).*

Specifieke voorbeelden van een complexe as 3 zijn bijvoorbeeld 'Ziekte van Alzheimer' of 'Hypothyreoïdie'.

N. B.

In het geval de hoofdbehandelaar een niet-medicus is, houdt de verwijzende huisarts als poortwachter de verantwoordelijkheid voor de eventuele somatische oorzaken van de stoornis. Het is aan te bevelen bij complexe As 3 problematiek een psychiatrisch onderzoek te laten verrichten. Wel is het zo dat als de huisarts verwezen heeft, de niet-medicus bij verandering in de lichamelijke toestand van de patiënt deze er op dient te wijzen dat het raadplegen van de huisarts is aangewezen.

3.3.1 Aanvullingen Kinder- en Jeugd Psychiatrie

In de Kinder- en Jeugdpsychiatrie kan niet altijd een primaire diagnose gesteld worden op As 1 en/of As 2 van de DSMIV. Concreet gaat het daarbij om:

1. Het toekennen van een persoonlijkheidsstoornis op As 2 als primaire diagnose bij een kind < 18 jaar
2. In de Kinder- en Jeugdpsychiatrie wordt geen gebruik gemaakt van de GAF score, maar van de CGAS
3. Het toekennen van een primaire diagnose op As 1 dan wel As 2 bij kinderen < 4 jaar (infant psychiatry)

Ad 1. Stellen primaire diagnose persoonlijkheidsstoornis op As 2 bij een kind < 18 jaar

Bekend is dat in de DSMIV een uitgangspunt is beschreven dat bij kinderen onder de 18 jaar geen persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose geclassificeerd mag worden. De Landelijke Werkgroep DBC Ontwikkeling GGZ erkent dit principiële uitgangspunt, maar geeft aan dat hiervan in het kader van DBC GGZ afgeweken mag worden. De bepaling van een primaire diagnose volgens het classificatie systeem van de DSMIV geldt immers als een werkdiagnose en kan gedurende de looptijd van de initiële DBC bijgesteld worden. In de DBC registratie mag dus de As 2 als primaire diagnose gesteld worden, indien bij een kind onder de 18 jaar sprake is van een primaire diagnose anders dan As 1 en het vermoeden bestaat van een persoonlijkheidsstoornis of persoonlijkheidsproblematiek (trekken van) op As 2.

Ad 2. CGAS in plaats van GAF score

In de Kinder- en Jeugdpsychiatrie wordt op de As 5 van de DSMIV gewerkt met de CGAS in plaats van de reguliere GAF score. Omdat de klassenindeling waarmee gewerkt wordt (van 0-100 verdeeld in 10 klassen) identiek is, kan conform de bij de hoofdbehandelaar bekende beschrijving van opgenomen ranges geregistreerd worden. Voor kinderen jonger dan vier jaar hoeft geen CGAS ingevuld te worden.

Ad 3. Primaire diagnoses voor kinderen < 4 jaar via classificatiesysteem DC:0-3

De DSMIV blijkt niet toepasbaar bij kinderen onder de vier jaar. Als gevolg hiervan is in 1994 een speciaal diagnostisch systeem ontwikkeld voor psychopathologie bij jonge kinderen (Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders in Infancy and Early Childhood – DC: 0-3).

De DC:0-3 bestaat conform de DSMIV uit een 5-assige classificatie en is opgezet als aanvulling op de DSMIV voor kinderen < 4 jaar. Hieronder zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de 5 assen van de DSMIV en de DC:0-3 opgenomen:

	DSMIV	DC:0-3	Opmerkingen en werkwijze DBC GGZ
As 1	Klinische stoornissen	Primaire diagnose, 7 hoofdgroepen: 100 Traumatische stressstoornis 200 Affectieve stoornis 300 Aanpassingsstoornis 400 Regulatiestoornis 500 Stoornis in slaapgedrag 600 Stoornis in eetgedrag 700 Stoornis in relatie en communicatie	As is vergelijkbaar qua inhoud, de 7 hoofdgroepen primaire diagnoses van de DC:0-3 zijn toegevoegd onder de As 1 van DSMIV. Deze hoofdgroepen kunnen als primaire diagnose (reden voor openen DBC) in DBC GGZ worden gekozen.
As 2	Persoonlijkheidsstoornissen	Ouder-kind relatiestoornis, 6 hoofdgroepen:	As is niet vergelijkbaar qua inhoud, de 6

		901 Te veel betrokken 902 Te weinig betrokken 903 Verontrustend/ gespannen 904 Dreigend/ vijandig 905 Gemengd (combinatie van overige factoren) 906 Misbruik (verbaal, psychisch, seksueel)	hoofdgroepen van de DC:0-3 zijn toegevoegd onder de As 1 van DSMIV. Deze hoofdgroepen kunnen als primaire diagnose (reden voor openen DBC) in DBC GGZ worden gekozen.
As 3	Somatische stoornissen	Medische aandoeningen en overige ontwikkelingsstoornissen	As is identiek en kan aan de hand van bestaande ICD codes van de DSMIV worden geregistreerd. Geen aanvullingen noodzakelijk/ toegevoegd.
As 4	Psychosociale en omgevingsfactoren	Psychosociale stressfactoren	As is identiek qua inhoud, in DC: 0-3 wordt alleen cumulatief gescoord. Aanwezigheid van psychosociale stressfactoren kan geregistreerd worden via de bestaande registratie volgende de DSMIV.
As 5	Global Assessment of Functioning	Functioneel emotioneel ontwikkelingsniveau	As is onvergelykbaar en hoeft bij kinderen < 4 jaar niet te worden ingevuld.

3.3.2. Dubbele diagnose ontwikkeling in relatie tot DBC GGZ

Bij het toekennen van een primaire diagnose aan een DBC bij behandeling in een zorgprogramma voor dubbele diagnose (bijvoorbeeld alcoholverslaving in combinatie met depressie) is de 'stepped care' systematiek het uitgangspunt:

Een hoofdbehandelaar bepaalt per DBC (vanuit eventuele meerdere toegekende diagnoses) welke de primaire diagnose is. Op het moment dat een hoofdbehandelaar tot de conclusie komt dat er sprake is van méér dan 1 primaire diagnose waarvoor een substantieel eigen behandeltraject wordt ingezet (co-syndromaliteit), kan een hoofdbehandelaar ervoor kiezen meerdere DBC's (met een maximum van 3) te openen. Bij elke geleverde activiteit moet vervolgens bij registratie wel worden aangegeven voor welke van de geopende DBC's de activiteit van toepassing is.

In de stepped care gedachte is het tijdsgebonden aspect leidend. De primaire diagnose is de diagnose die de 'reason for encounter' is (de diagnose waarvoor de hoofdbehandelaar de behandeling start). Dat kan in bovengenoemd voorbeeld zijn de alcoholverslaving of juist de depressie. In de praktijk zal blijken dat het type instelling/ zorgaanbieder waar de patiënt in behandeling komt (mede) bepalend is voor de 'reason for encounter': in de setting van de verslavingskliniek zal eerder de aan een middel gebonden stoornis zijn, terwijl dat op een afdeling volwassenenpsychiatrie in de GGZ-instelling waarschijnlijk de achterliggende depressie is.

4. Lijst activiteiten & verrichtingen

Het principe van de DBC-registratie is dat activiteiten en verrichtingen worden geregistreerd en gekoppeld aan openstaande DBC's. De registratie van activiteiten bestaat voor een groot deel uit de registratie van patiëntgebonden tijdsbesteding door diverse functionarissen (zie hoofdstuk 2). Daarnaast is er sprake van een aanwezigheidsregistratie van patiënten bij verblijf en dagbesteding en een verrichtingenregistratie voor behandeling ECT.

4.1 Wat registreren?

- De registratie van activiteiten en verrichtingen is beperkt tot registratie van die activiteiten die zijn opgenomen op de lijst van activiteiten en verrichtingen (bijlage IV) door beroepen die voorkomen op de beroepentabel (bijlage II).
- Voor de aanwezigheidsregistratie met betrekking tot verblijfsdagen en dagbesteding en de registratie van het aantal behandelingen ECT is niet relevant door welk beroep deze geregistreerd worden, het betreft hier puur een administratief gegeven.
- Alle uitgevoerde activiteiten ten behoeve van een patiënt die voorkomen op de lijst van activiteiten en verrichtingen moeten worden geregistreerd, ongeacht of deze klinisch, in deeltijd of ambulant zijn uitgevoerd. *(Een verschil met de huidige bekostigingssystematiek in de instellingen is dus dat in de DBC-registratie het verblijf (klinisch, deeltijd) en de behandeling losgekoppeld worden. Verblijf wordt geregistreerd in termen van verblijfsdagen of dagbesteding; behandeling wordt geregistreerd in termen van bestede tijd door beroepen.)*
- Op het voorgaande gelden de volgende uitzonderingen/beperkingen:
 - o De activiteiten van behandelaars in het kader van Openbare GGZ worden niet geregistreerd in het kader van de DBC-registratie.
 - o De activiteiten van behandelaars in het kader van collectieve preventie en dienstverlening worden niet op de DBC geregistreerd, er is daarvoor dan ook geen aparte activiteit gedefinieerd. De behandelaar besteedt echter in sommige gevallen aandacht aan preventie in termen van voorkomen van terugval of als onderdeel van de individuele behandeling van de primaire diagnose van een patiënt. In dergelijke gevallen kan de behandelaar zijn tijd registreren, voor zover er sprake is van een activiteit behorend bij een individuele patiënt die voor een primaire psychiatrische diagnose behandeling ontvangt (denk hierbij bijvoorbeeld aan een leefstijltraining). De behandelaar scoort dan de betreffende activiteit (bijvoorbeeld communicatief behandelcontact) uit de lijst van activiteiten en verrichtingen.

4.2 Registratie tijdsbesteding door behandelaars

4.2.1 Algemene spelregels

- Alleen de op de beroepentabel voorkomende beroepen verantwoord hun tijdsbesteding volgens de registratielijst activiteiten en verrichtingen.
- Overige functionarissen die een rol spelen in het primaire proces (met name in het functioneel maken van het verblijf van de patiënt of in administratieve ondersteuning) worden via vaste componenten meegenomen in de DBC systematiek.

- Per activiteit of verrichting wordt de daadwerkelijk bestede directe en/of indirecte patiëntgebonden tijd per professional geregistreerd. De **niet** patiëntgebonden tijd wordt niet geregistreerd; deze wordt via de kostprijs aan de DBC toegerekend.
- Bij de meeste activiteiten¹⁰ kunnen de volgende categorieën van tijdsbesteding worden vastgelegd (voor definities zie paragraaf 4.2.2):
 - o Direct patiëntgebonden tijd; face-to-face; ear-to-ear; bit-to-bit
 - o Indirect patiëntgebonden tijd:
 - tijd betrekking hebbend op de uitvoering van de directe activiteit (bijvoorbeeld verslaglegging van de directe activiteit, voorbereiden van de directe activiteit, of bijvoorbeeld hersteltijd van de behandelaar)
 - reistijd van en naar de patiënt
 - algemeen indirecte tijd (het betreft hier tijd die wel patiëntgebonden is maar niet direct betrekking heeft op de uitvoering van de directe activiteit, zoals bijvoorbeeld Multidisciplinair overleg).

Bij gelijktijdige behandeling van meerdere patiënten is sprake van een groepsactiviteit

Op het moment dat een professional twee of meer mensen waarvoor een DBC is geopend gelijktijdig behandelt, wordt dit beschouwd als een groepstherapie of groepsbehandeling

- In dat geval wordt de aan deze behandeling bestede totale tijd gedeeld door het aantal aanwezige patiënten. De professional verdeelt de bestede tijd voor de betreffende activiteit op deze wijze gelijkmatig over alle deelnemers.
- Het komt voor dat er een individuele/ groepstherapie wordt gegeven aan een patiënt van bijvoorbeeld een uur terwijl een groep toekijkt. De tijd die de behandelaar besteedt aan de individuele en groepstherapie wordt alleen weggeschreven op de patiënt die de therapie ondergaat. Aan de toekijkende patiënten wordt in dit geval geen tijd toegekend.

Voorbeeld:

Een behandelaar besteedt 160 minuten groepspsychotherapie aan een groep van 8 mensen. In dat geval wordt door de betreffende behandelaar voor al deze 8 mensen op hun DBC 20 minuten (160/8) geschreven op de activiteit 'psychotherapie'.

Tijdsbesteding aan het systeem van de patiënt

Bij tijdsbesteding aan het systeem (bijvoorbeeld familie, gezinsleden, ouders, partners) van de patiënt wordt de tijd die door professionals besteed wordt aan het systeem, in het kader van de behandeling van de diagnose/aandoening van de patiënt, geregistreerd op de DBC van de betreffende patiënt. Dit geldt voor zowel individuele als groepscontacten.

Hier kunnen twee situaties van toepassing zijn:

1. Bijvoorbeeld een behandelaar voert een gesprek (follow-up behandelcontact) van een uur met de ouders van de patiënt in aanwezigheid van de patiënt. In dat geval schrijft de behandelaar een uur op de activiteit "follow-up behandelcontact" op de DBC van deze patiënt. Er kan gekozen worden voor de mogelijkheid 'systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt'.
2. Indien dit gesprek met bijvoorbeeld de ouders of partner plaatsvindt (dus zonder de patiënt) wordt toch tijdgeschreven op de DBC van deze patiënt. In de registratielijst kan gekozen worden voor de mogelijkheid 'systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt'.

¹⁰ Op de activiteitenlijst voorkomende activiteiten pré-intake en algemeen indirecte tijd mag alleen indirecte patiëntgebonden tijd geregistreerd worden.

Gelijktijdige behandeling van het systeem van meerdere patiënten

Bij tijdsbesteding aan het systeem van meerdere patiënten tegelijkertijd is eveneens sprake van groepstherapie, echter in dit geval zijn de patiënten zelf niet aanwezig. (Groepstherapie voor ouders van kinderen met ADHD zijn een voorbeeld van systeemgroepstherapie.) Ook hier geldt dat de tijd die de behandelaar besteedt aan de groep wordt verdeeld over de DBC's van de in de behandeling zijnde patiënten. Hier kan worden gekozen voor de optie 'systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep'.

Registreren van open inloopsprekken

Bij een open inloopsprekkuur doet de situatie zich voor dat een professional de hele dag beschikbaar is op een bepaalde locatie. Patiënten kunnen in- en uitlopen wanneer zij dat willen. De tijd die besteed is aan het inloopsprekkuur mag evenredig worden weggeschreven over de patiënten die op het open spreekuur aanwezig waren. Het kan voorkomen dat een professional op een hele werkdag gedurende 3 uur patiënten ziet, terwijl gedurende de overige uren dat hij beschikbaar is, geen direct patiëntencontact plaatsvindt. Er wordt vanuit gegaan dat deze overige tijd op een andere wijze nuttig wordt besteed.

Wanneer tijdsbesteding registreren? / moment van registreren

Behandelaars kiezen zelf het moment waarop zij hun tijdsbesteding registreren: direct na uitvoering van de activiteit of op een later moment. Een en ander hangt af van de wijze waarop de registratie wordt gefaciliteerd door ICT. Het is echter wel aan te raden niet te lang te wachten met de tijdsregistratie, aangezien dit de kwaliteit van de registratie niet ten goede komt.

Een behandelaar kan de verslaglegging van een sessie psychoanalyse op een later moment uitvoeren. De behandelaar kan in dat geval de face-to-face tijd direct invoeren na de behandeling als direct patiëntgebonden tijd op de activiteit psychoanalyse. Als de behandelaar aan het eind van de dag de verslaglegging doet, kan hij deze tijdsbesteding op dat moment invoeren als indirect patiëntgebonden tijd op de activiteit psychoanalyse.

Aandachtspunt – registratie meerdere behandelvormen tegelijkertijd

Indien bij een activiteit voor een patiënt van bijvoorbeeld een uur eigenlijk sprake is van meerdere behandelvormen tegelijkertijd, dan scoort de registrerende professional alle voorkomende behandelvormen waarbij de totale duur van de behandeltime naar werkelijk bestede tijd/ eigen inzicht wordt verdeeld over deze behandelvormen.

4.2.2 Registratie directe en indirecte tijd

De algemene stelregel is dat op activiteiten en verrichtingen alleen patiëntgebonden tijdsbesteding mag worden geregistreerd. De niet patiëntgebonden tijdsbesteding (bijvoorbeeld scholing, algemene vergaderingen, intervisie over het functioneren van collega's, productontwikkeling, lezen vakliteratuur, opleiden van collega's, reistijd vanwege meerdere locaties etc.) wordt dus niet geregistreerd volgens de lijst activiteiten en verrichtingen. Als gevolg hiervan is het logisch dat behandelaars niet 100% productief kunnen zijn, aangezien de niet patiëntgebonden activiteiten immers een regulier onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden vormen.

Op een activiteit van de activiteitenlijst kan een behandelaar drie vormen van tijdsbesteding registreren:

1. **Direct patiëntgebonden tijd:** dit betreft de directe contacttijd die aan een patiënt wordt besteed in het kader van het uitvoeren van een activiteit.
 - face-to-face contacttijd: de tijdsbesteding van een professional aan de uitvoering van een activiteit of verrichting waarbij de patiënt aanwezig is (of in het geval van contact met het systeem van de patiënt, in afwezigheid van de patiënt).
 - telefonische contacttijd ("ear-to-ear"): de tijdsbesteding van een professional aan de uitvoering van een activiteit of verrichting, waarbij de professional de patiënt telefonisch spreekt en niet daadwerkelijk ziet (of in het geval van systeemtherapie met het 'systeem' van de patiënt).
 - elektronische contacttijd ("bit-to-bit"): de tijdsbesteding van een professional aan de uitvoering van een activiteit of verrichting, waarbij de professional reageert op een hulpvraag van een individuele patiënt door middel van technologische toepassingen als e-mail en internet (of in het geval van systeemtherapie met het 'systeem' van de patiënt).
2. **Indirect patiëntgebonden tijd:** Dit betreft indirecte tijd die samenhangt met het uitvoeren van een behandel-, begeleidings- of verplegingsactiviteit (dus een direct patiëntgebonden activiteit) bijvoorbeeld:
 - voorbereiden activiteit (bijvoorbeeld van een sessie psychotherapie);
 - verslaglegging en administratie in het kader van de activiteit (bijvoorbeeld psychiatrisch onderzoek);
 - opruimen van de speelkamer bij een behandelcontact met kleine kinderen;
 - hersteltijd na een intensieve behandelsessie et cetera.
3. **Indirect patiëntgebonden reistijd:** de tijdsbesteding van een professional die is gemoeid met het reizen naar een patiënt in het geval dat de patiënt **buiten** de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. Voorwaarde is dat er een activiteit wordt uitgevoerd waarbij er sprake is van direct patiëntgebonden tijd. Met reistijd wordt **niet** bedoeld de reistijd die nodig is om op het terrein van de eigen organisatie de patiënt te bereiken, ook niet als de instelling op meerdere locaties werkt.

Algemeen indirecte tijd

Voor de op de lijst activiteiten en verrichtingen voorkomende categorieën pré-intake en algemeen indirecte tijd geldt dat er alleen indirect patiëntgebonden tijd mag worden geregistreerd (waarbij geldt dat er geen reistijd kan worden geschreven).

Onder de categorie algemeen indirecte tijd zijn de volgende activiteiten opgenomen:

- Zorgcoördinatie
- No show
- Interne patiëntbespreking (MDO)
- Extern mondeling overleg met derden buiten de instelling over de hulpverlening of naar aanleiding daarvan (bijvoorbeeld met een onderwijsinstelling).
- Verslaglegging algemeen zoals bijvoorbeeld correspondentie over of namens de patiënt of een ontslagbrief.
- Activiteiten in verband met juridische procedures (bijvoorbeeld naar aanleiding van IBS of BOPZ).

- Regelen tolken: de tijdsbesteding van een professional die is gemoeid met het regelen van een tolk voor een activiteit of verrichting die face-to-face wordt uitgevoerd.

Multi Disciplinair Overleg

Ten aanzien van de activiteit Interne patiëntbespreking (Multi Disciplinair Overleg ofwel MDO) geldt dat veelal sprake is van een groepsgewijze bespreking. Meerdere behandelaars bespreken meerdere patiënten tijdens een overleg. Alle behandelaars registreren de totale bestede tijd (totale duur van het MDO) op deze activiteit. Deze tijd wordt verdeeld over de DBC's van alle tijdens het MDO besproken patiënten.

Voorbeeld

Er vindt een MDO plaats met 3 behandelaars waar 6 patiënten aan bod komen. Het MDO duurt 60 minuten. De 3 behandelaars verdelen nu elk het door hen bestede uur MDO over alle 6 besproken patiënten. Dat wil zeggen dat elke patiënt 10 minuten tijd krijgt bijgeschreven van elk van de 3 behandelaars (dit betekent dat in totaal 30 minuten MDO wordt geregistreerd per DBC van de besproken patiënten). Feitelijk geldt hier de spelregel voor groepsbehandeling waarbij in dit geval meerdere behandelaars betrokken zijn.

Somatische activiteiten

Beroepen die onder het op de beroepentabel opgenomen beroepencluster Somatische beroepen vallen, verantwoorden hun tijd via de registratielijst activiteiten en verrichtingen. Voor alle somatische activiteiten en verrichtingen zijn geen aparte items opgenomen op de lijst activiteiten en verrichtingen, maar deze kunnen geregistreerd worden op de meest passende, op de lijst voorkomende, activiteit of verrichting (intake, diagnostiek, behandeling of bijvoorbeeld onder 'overige (communicatieve) behandeling').

Crisiscontacten binnen – en buiten kantooruren

Crisiscontacten kunnen via de activiteiten en verrichtingen registratie op twee manieren geregistreerd worden, namelijk binnen- of buiten kantooruren. Afhankelijk van het geval of het crisiscontact op de locatie van de instelling/ praktijk plaatsvindt of elders, kan reistijd bij deze activiteiten worden geregistreerd. De psychiatrische crisisinterventie thuis en psychiatrische intensieve thuiszorg kan dus worden geregistreerd door registratie van een crisiscontact binnen – of buiten kantooruren én registratie van reistijd.

Ondersteunende begeleiding

In de meeste gevallen zal Ondersteunende begeleiding (OB) niet onder de 2^e lijns curatieve GGZ vallen. Het College voor Zorgverzekeringen geeft aan dat alleen wanneer de OB strikt noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen, dit onder de Zorgverzekeringswet valt. OB is in dat geval namelijk een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) en dit betekent dat de behandelaar ook de OB direct aanstuurt. OB kan in dit geval naast de behandelactiviteit geregistreerd worden op de DBC van de betreffende patiënt.

Pré intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen ten alle tijden gevat worden in een DBC. Mocht de diagnose-stelling leiden tot enkel Ondersteunende begeleiding, dan kan de instelling hiervoor een indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De DBC met enkel pré intake, intake en/of diagnostiek kan dan worden gesloten. DBC's, die naast pré intake, intake, diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd alleen ondersteunende begeleiding en/of dagbesteding bevatten, worden afgekeurd in de validatie.

4.3 Registratie verrichtingen

Aan de lijst activiteiten en verrichtingen is naast de registratie van tijdsbesteding, verblijfsdagen en dagbesteding een extra categorie toegevoegd, de categorie verrichtingen. Onder deze categorie valt de behandeling van patiënten middels Electro Convulsie Therapie (ECT). Naast de tijdsbesteding van professionals aan de ECT behandeling, kunnen de materiële kosten en de kosten van beroepen die niet voorkomen op de beroepentabel apart aan de DBC worden toegerekend middels de registratie van het aantal behandelingen ECT. In de praktijk komt dit op het volgende neer:

- Professionals met een beroep voorkomend op de beroepentabel schrijven de tijd die zij aan de ECT behandeling besteden volgens de registratielijst activiteiten- en verrichtingen (Behandeling – Fysische therapie – Electroconvulsietherapie).
- Het aantal behandelingen ECT wordt geregistreerd. De materiële kosten en de inzet van professionals die een beroep hebben dat niet op de beroepentabel voorkomt (bijvoorbeeld de anesthesist en de verkoeververpleegkundige) worden volgens het kostprijsmodel toegerekend aan een behandeling ECT. Een en ander staat uitgebreid beschreven in het kostprijsmodel DBC GGZ.

4.4 Registratie verblijfsdagen

4.4.1 Wat registreren

Onder een verblijfsdag verstaan we de situatie dat een patiënt gedurende de hele dag in de instelling verblijft, al dan niet met overnachting. De eenheid van registratie is een verblijfsdag aanwezigheid.¹¹ In de meeste gevallen zal de verblijfsdag inclusief overnachting zijn. Voor sommige instellingen geldt dat ze een verblijfsdag willen registreren (en in rekening brengen) voor het verblijf overdag.¹² Dit geldt dan voor de situaties waarbij de patiënt overdag in de instelling verblijft (eten en drinken ontvangt) en gedurende de hele dag verpleegd en verzorgd wordt (dit in tegenstelling tot deeltijdbehandeling waarbij in feite sprake is van een aantal uur behandeling). Voor verblijfsdagen zonder overnachting is een afzonderlijke categorie verblijfsdag op de activiteiten en verrichtingen lijst opgenomen. Per circuit bestaat de mogelijkheid één verblijfsdagtarief voor een verblijfsdag zonder overnachting op te voeren. In elk circuit is dat categorie 6. Alle andere categorieën kunnen alleen gebruikt worden voor verblijfsdagen met overnachting.

In DBC GGZ wordt uitdrukkelijk onderscheid gemaakt tussen verblijf en behandeling. In de prijs van een verblijfsdag (met of zonder overnachting) is dus **niet** meegenomen:

- De inzet van alle medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en somatische beroepen. De inzet en kosten van deze behandelaars komen tot uitdrukking in de tijdsregistratie en het uurtarief.
- De kosten van aanwezigheidsdiensten en beschikbaarheidsdiensten van medische of andere beroepen. Voor hen geldt dat ze tijdens de diensten uitgevoerde activiteiten en verrichtingen die zijn opgenomen op de activiteitenlijst kunnen registreren op de DBC('s) van de betreffende patiënt(en).

¹¹ Afwezigheidsdagen worden niet geregistreerd op de DBC van de betreffende patient.

¹² Een verblijfsdag zonder overnachting wordt geregistreerd in het geval de patiënt overdag in de instelling verblijft. Dit kan bijvoorbeeld zijn bij een dagbehandeling of een oriëntatiedag.

Kinder- en Jeugd

In sommige instellingen voor Kinder- en Jeugd psychiatrie komt het voor dat ouders, in het kader van de behandeling van het kind, in de instelling verblijven. De kosten van verblijf voor de ouders wordt in dat geval toegerekend aan de verblijfsdag van het kind. Instellingen kunnen ervoor kiezen hiervoor een aparte verblijfsdagcategorie te registreren (en in rekening te brengen). Er worden voor de ouders dus geen extra verblijfsdagen geregistreerd.

4.4.2 Wanneer registreren

Over het algemeen zal de registratie van verblijfsdagen dagelijks of wekelijks plaatsvinden. Het komt echter ook voor dat aan het einde van de opname periode het aantal verblijfsdagen 'in bulk' op de DBC wordt geregistreerd. Als de verblijfsdagen 'in bulk' worden geregistreerd, dient dit een aaneengesloten periode te zijn. Het is dus niet toegestaan aan het einde van de looptijd van de DBC het totaal aantal verblijfsdagen van meerdere opname periodes in één keer op de DBC te registreren.

4.5 Registratie dagbesteding

4.5.1 Wat registreren

Van dagbesteding is sprake als de instelling voor de patiënt gelegenheden organiseert om de tijd door te brengen op een zinvolle wijze. Er is geen sprake van behandeling, begeleiding of verpleging. Dagbesteding kan zowel voor klinische als ambulante patiënten geregistreerd worden. Er kan alleen geregistreerd worden als de patiënt ook daadwerkelijk aanwezig is. De **kostprijs** van dagbesteding wordt berekend **in eenheden per cliëntuur**. Als er dagbesteding wordt geregistreerd voor een bepaalde patiënt, kan door behandelaren voor die patiënt niet tegelijkertijd direct patiëntgebonden tijd worden geregistreerd. Direct patiëntgebonden tijd kan wel **voor** of **na** uren dagbesteding geregistreerd worden, maar dus **niet gedurende** de dagbesteding.

In de activiteitenlijst worden de volgende categorieën dagbesteding onderscheiden:

- Dagbesteding sociaal
- Dagbesteding activering
- Dagbesteding educatie
- Dagbesteding arbeidsmatig
- Dagbesteding overig

Dagbesteding

Pré intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen ten alle tijden gevat worden in een DBC. Mocht de diagnose-stelling leiden tot enkel dagbesteding (al dan niet met ondersteunende begeleiding), dan kan de instelling hiervoor een indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De DBC met enkel pré intake, intake en/of diagnostiek kan dan worden gesloten. DBC's, die naast pré intake, intake, diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd alleen dagbesteding (al dan niet met ondersteunende begeleiding) bevatten, worden afgekeurd in de validatie.

4.5.2 Afbakening dagbesteding en behandeling

Hierbij geldt de volgende aanpak:

- Dagbesteding en behandeling worden gescheiden.
- Voor dagbesteding betekent dit dat behandelaars die werkzaam zijn op (en dus inbegrepen zijn in de prijs van) de dagbesteding niet tegelijkertijd direct patiëntgebonden activiteiten van de activiteiten - en verrichtingen lijst kunnen registreren. Een patiënt krijgt **óf** behandeling **óf** dagbesteding. De kosten en inzet van de betreffende behandelaar moeten dan verdeeld worden over behandeling en dagbesteding. Dus: dagbesteding en behandeling kan wel volgtijdelijk plaatsvinden, maar niet tegelijkertijd.
- Dagbesteding en verblijfsdag kunnen wel tegelijkertijd worden geregistreerd. Een klinisch opgenomen patiënt kan namelijk op die dag dagbesteding krijgen.

Dagbesteding:

Van dagbesteding is sprake als de instelling voor de patiënt gelegenheden organiseert om de tijd door te brengen op een zinvolle wijze. Er is geen sprake van behandeling, begeleiding of verpleging. Aangezien ervoor gekozen is dagbesteding in uren te registreren, kan het niet voorkomen dat tegelijkertijd uren dagbesteding en uren behandeling worden geregistreerd. Bijvoorbeeld: in het circuit ouderen komen een patiënt op een dag gedurende 6 uur in het kader van het opdoen van sociale contacten naar een instelling. Deze 6 uren dat deze patiënt in de instelling aanwezig is, wordt geregistreerd onder dagbesteding (in uren). Als deze patiënt op dezelfde dag binnen de 6 uur dat hij/zij aanwezig is, eveneens 1 uur een follow up behandelcontact van een psycholoog ontvangt, wordt dit apart geregistreerd. Voor deze patiënt wordt in dit voorbeeld dan 5 uren dagbesteding geregistreerd en 1 uur follow up behandelcontact.

Kinder- en jeugd psychiatrie. Voor de KJP geldt dat activiteiten in het kader van educatie onderscheiden worden naar:

Klinische school

Activiteiten van de klinische school hoeven niet geregistreerd te worden. De klinische school is voor leerplichtige patiënten. Zij wordt niet via de AWBZ gefinancierd. Dit onderdeel valt dan ook buiten de scope van de DBC systematiek.

Educatieve therapie

Educatieve therapie in het kader van de behandeling kan geregistreerd worden via de registratielijst activiteiten en verrichtingen (overige communicatieve behandeling).

Educatieve dagbesteding

De uren die door behandelaars worden besteed aan educatieve dagbesteding worden geregistreerd via uren dagbesteding.

4.6 Uitbesteding van activiteiten

In de praktijk komt het nog al eens voor dat instellingen of praktijken activiteiten uitbesteden aan andere instellingen of praktijken. Zo kan bijvoorbeeld de ECT behandeling of het psychodiagnostisch onderzoek door een GGZ instelling worden uitbesteed aan een daartoe gespecialiseerde zorgaanbieder. Leidraad voor de registratiewijze in deze is te bekijken welke zorgaanbieder de aangeboden activiteiten in rekening brengt bij de zorgverzekeraar. De instelling/ praktijk die de activiteit in rekening brengt aan de zorgverzekeraar, dient zorg te dragen dat deze activiteit terugkomt in het DBC zorgprofiel. Deze instelling die de aangeboden activiteiten als onderdeel van een DBC in rekening brengt, maakt onderlinge afspraken met de instelling die de activiteiten daadwerkelijk levert.

BIJLAGE I Definities activiteiten en verrichtingen

In deze bijlage zijn de definities opgenomen van de activiteiten en verrichtingen. In bijlage IV is een overzichtelijke lijst met activiteiten en verrichtingen opgenomen.

1. Pré intake

Op deze activiteit wordt de indirect patiëntgebonden tijdsbesteding geschreven die wordt besteed aan patiënten voorafgaand aan de intake. Het is mogelijk dat een DBC met enkel pré intake niet leidt tot een vervolgtraject en dus niet verder getypeerd zal worden. De DBC kan dan worden afgesloten met reden van sluiten pré intake, intake, diagnostiek.

Voorbeelden zijn: proberen te bereiken van een patiënt voor een eerste afspraak, overleg met de verwijzer over de geschiktheid voor verwijzing van een potentiële patiënt. Zoals eerder aangegeven mogen onder pré intake geen activiteiten in het kader van Openbare GGZ of preventie worden weggeschreven. Op pré intake kan alleen indirect patiëntgebonden tijd worden geregistreerd.

2. Diagnostiek

Dit onderdeel omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.

Onder diagnostiek onderscheiden we de volgende activiteiten:

1. Intake/screening: alle (gespreks)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.
2. Verwerven informatie van eerdere professionals.
3. Anamnese: betreft het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
4. Hetero anamnese betreft het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de partner, familie of andere relaties van de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
5. Psychiatrisch onderzoek.
6. Psychodiagnostisch onderzoek (intelligentie, neuropsychologisch, persoonlijkheid).
7. Orthodidactisch onderzoek.
8. Vaktherapeutisch onderzoek.
9. Contextueel onderzoek (gezin, school, et cetera): inschatten van de invloed/beperkingen/mogelijkheden van gezin, school of andere voor het kind/de jeugdige betekenisvolle milieus.
10. Lichamelijk onderzoek.
11. Aanvullend onderzoek (laboratorium, radiologie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde). De professional registreert de patiëntgebonden tijd die hij besteedt aan het aanvragen en (laten) uitvoeren van aanvullend onderzoek.
12. Advisering: diagnostische bevindingen en beleidsadvies bespreken met betrokkenen en in gezamenlijkheid bepalen van het verdere beleid.
13. Overige diagnostische activiteiten.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende direct en indirect patiëntgebonden tijd geschreven.

3. Behandeling

Artikel 2.4 Bzv

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden,, met dien verstande dat:
 - e. de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, ten hoogste vijftientig zittingen dan wel, indien sprake is van persoonlijkheidsstoornissen of de verzekerde jonger is dan achttien jaar, ten hoogste vijftig zittingen psychotherapie omvat, met dien verstande dat de zorg meer zittingen psychotherapie kan bevatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard;
 - f. de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, geen psychotherapie omvat indien na beëindiging van voorafgaande psychotherapie in verband met het bereiken van het aantal zittingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, nog geen jaar is verstreken.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een zitting psychotherapie of een zitting eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt. Daarbij kan worden bepaald dat hij die bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum.

Communicatieve behandeling

Hieronder wordt iedere vorm van behandeling verstaan waarbij communicatie op zichzelf het belangrijkste instrument is om tot vermindering van klachten of symptomen te komen. Het begrip omvat wat vroeger ook wel 'gespreksbehandeling' werd genoemd, maar biedt tevens ruimte voor elektronische of schriftelijke communicatie en voor non-verbale communicatietechnieken. De categorie communicatieve behandeling is onderverdeeld in de volgende groepen:

- Follow-up behandelingscontact: hierbij wordt het beloop van de klachten en symptomen vastgelegd in het vervolg op een eerder ingestelde behandeling van welk soort dan ook. Zo nodig wordt de eerder ingestelde behandeling aangepast en worden adviezen gegeven met betrekking tot het dagelijks functioneren van de patiënt.
- Steunend en structurerend behandelingscontact: ter vermindering van klachten en symptomen en verandering van habituele gedragspatronen, wordt gericht gebruik gemaakt van empathie, confrontatie, cognitieve herordening en gedragsveranderende technieken.
- Psychotherapie: is opgesplitst in een aantal mogelijke soorten psychotherapie. Met name zijn die vormen genoemd die steunen op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek of op de professionele traditie. Daarnaast is een categorie 'overig' opgenomen (denk bijvoorbeeld aan vormen van psychotherapie die niet in de registratielijst worden genoemd zoals kinderspsychotherapie, familieopstellingen, milieutherapie et cetera).
- Overige (communicatieve) behandelcontacten betreffen alle activiteiten die vallen onder communicatieve behandeling maar niet zijn te plaatsen onder de hierboven genoemde groepen. Onder deze categorie kunnen we onder andere de volgende activiteiten rekenen: psycho-educatie, training patiënten, ouder-groepstraining, videohometraining, instructies, et cetera. Ook de somatische activiteiten en logopedie kunnen onder deze activiteit worden weggeschreven.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende patiëntgebonden tijd geschreven. Preventieve activiteiten die in het kader van het behandeltraject van de cliënt plaatsvinden, kunnen worden weggeschreven als directe tijd onder overige (communicatieve) behandelcontacten bijvoorbeeld leefstijltraining, educatieve behandeling et cetera.

Farmacotherapie

Farmacotherapie betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten (zowel klinisch als ambulant). Op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie (het consult).

Fysische therapie

Dit betreft de behandeling met behulp van fysische technieken. Daarbij worden fysische stimuli (zoals elektriciteit, magnetische golven et cetera) op (delen van) de hersenen gericht. De toediening van de stimuli kan binnen de schedel plaatsvinden, door de schedel heen of via afferente zenuwbanen. Deze vormen van behandeling zijn sterk in ontwikkeling. Vooral nog is in de lijst volstaan met het opnemen van elektroconvulsietherapie, lichttherapie en transcraniële magnetische stimulatie. Er is echter ook een categorie 'overige' toegevoegd (voor bijvoorbeeld 'Nervus Vagus Stimulatie' of 'Deep Brain Stimulation').

De professionals registreren de door hen bestede patiëntgebonden tijd op deze activiteiten. Voor electroconvulsietherapie geldt dat de materiële kosten en de inzet van beroepen die niet voorkomen op de beroepentabel (bijvoorbeeld anesthesist, verkoeververpleegkundige) in kaart worden gebracht via registratie van een verrichting/behandeling ECT.

Vaktherapie

Vaktherapie is een verzamelnaam voor behandelingen die worden gekenmerkt door het non-verbale en ervaringsgerichte karakter. We onderscheiden daarbinnen de tijdsbesteding aan de volgende activiteiten:

- Creatieve therapie, zoals drama-, beeldende, muziek-, en danstherapie.
- Psychomotorische therapie, gericht op één of meerdere componenten van de elementen beweging, expressie en interactie.

Op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het toepassen van vaktherapie.

Fysiotherapie

Op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot fysiotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de CTG-tarievenlijst ziekenhuizen.

Ergotherapie

Op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot ergotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de CTG-tarievenlijst ziekenhuizen.

4. Begeleiding

Begeleiding betreft methodisch verantwoorde beïnvloeding (doelgericht, bewust, procesmatig en systematisch) van een patiënt of patiëntstelsel, waarbij de verantwoording ligt bij de patiënt. In tegenstelling tot behandeling is het niet gericht op fundamentele verbetering maar op emotionele opvang, herstel of verbetering in sociaal functioneren geplaatst tegen de achtergrond van een reële perspectief.

Activerende begeleiding

Artikel 7 Besluit Zorgaanspraken AWBZ

Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap,

waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.

Ondersteunende begeleiding

Artikel 6 Besluit Zorgaanspraken AWBZ

Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.

In de meeste gevallen zal Ondersteunende begeleiding (OB) niet onder de 2^e lijns curatieve GGZ vallen. Het College voor Zorgverzekeringen geeft aan dat alleen wanneer de OB strikt noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen, dit onder de Zorgverzekeringswet valt. OB is in dat geval namelijk een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) en dit betekent dat de behandelaar ook de OB direct aanstuurt. OB kan in dit geval naast de behandelactiviteit geregistreerd worden op de DBC van de betreffende patiënt.

Pré intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen ten alle tijden gevat worden in een DBC. Mocht de diagnose-stelling leiden tot enkel Ondersteunende begeleiding, dan kan de instelling hiervoor een indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De DBC met enkel pré intake, intake en/of diagnostiek kan dan worden gesloten. DBC's, die naast pré intake, intake, diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd alleen ondersteunende begeleiding en/of dagbesteding bevatten, worden afgekeurd in de validatie.

5. Verpleging

Verpleging

Artikel 5 Besluit Zorgaanspraken AWBZ

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

Verpleging in het kader van de Zvw kan als onderdeel van geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv) voorkomen. Werkzaamheden die verpleegkundigen verrichten in het kader van geneeskundige zorg, behoren tot de prestatie geneeskundige zorg. In artikel 2.10 Bzv wordt er op gewezen dat verpleging een onderdeel kan zijn van verblijf. Tot slot is verpleging als afzonderlijke prestatie mogelijk in verband met medisch-specialistische zorg, maar zonder verblijf (artikel 2.11 Bzv).

6. Crisisopvang

Er is **geen** sprake van crisis indien een opgenomen klinische patiënt terugvalt op de 24-uurszorg van de afdeling (beschikbaarheids- en bereikbaarheidsdiensten).

Er is **wel** sprake van crisis indien:

- spoedeisende hulp noodzakelijk is (binnen 24 uur) en er sprake is van onverwachte en onvoorspelbare gebeurtenissen waardoor sprake is van dreigende suïcide, ernstige gedragsproblemen, problemen met openbare orde, wegvallende steunfactoren, BOPZ-opname;
- er sprake is van kortstondigheid;
- er primair sprake is van een opvangende/beschermende voorziening en niet een individueel behandel aanbod;
- de patiënt als zodanig wordt verwezen door eigen behandelaars (bij **interne** aanmelding: patiënt is al intern als klinische of ambulante patiënt op afspraak);
- de patiënt als zodanig verwezen wordt door: huisarts, politie, GGD, algemeen maatschappelijk werk, het ziekenhuis (bij **externe** aanmelding: patiënt bevindt zich op moment van crisis buiten de instelling).

Crisiscontact binnen kantooruren

Een face-to-face contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uursdienst op maandag tot en met vrijdag, niet zijnde een feestdag, waarbij de face-to-face tijd 50% of meer valt binnen de periode van 08.00 - 18.00 uur.

Crisiscontact buiten kantooruren

Een face-to-face contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uursdienst op zaterdagen, zondagen en feestdagen en ieder face-to-face contact bij acute problematiek in het kader van de 7x24-uursdienst op werkdagen waarbij de face-to-face tijd voor meer dan 50% valt buiten de periode van 08.00-18.00 uur.

7. Algemeen indirecte tijd

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie heeft ten doel om alle zorg die een individuele patiënt van de eigen instelling met complexe problematiek op enig moment nodig zou kunnen hebben voor hem/haar beschikbaar te kunnen maken en op elkaar af te stemmen. De tijdsbesteding aan alle activiteiten die in dit kader ten behoeve van deze individuele patiënt worden uitgevoerd, wordt op deze activiteit geregistreerd. Professionals kunnen hun tijd op de activiteit zorgcoördinatie verantwoorden indien er sprake is van coördinerende activiteiten ten behoeve van de patiënt 'over de muren van de afdeling of instelling heen'. Dit kan betrekking hebben op:

- ofwel coördineren van de zorg van verschillende professionals of afdelingen binnen een instelling;
- ofwel coördineren van de zorg van de eigen zorginstelling en andere zorginstellingen en instanties.

Alle overige coördinerende activiteiten die direct samenhangen met het uitvoeren van de op deze lijst genoemde activiteiten en verrichtingen, vallen hier dus niet onder. Tevens vallen hier niet onder de coördinerende activiteiten die voor groepen patiënten of voor de gehele instelling worden uitgevoerd.

No show

Het komt voor dat patiënten niet verschijnen op gemaakte afspraken zodat er 'loze ruimte' ontstaat in de agenda van de professional. Dit wordt wel aangeduid als 'no show'. No show is een gepland patiëntcontact met een professional, waarop de patiënt niet verschijnt, terwijl de patiënt niet binnen een (werkdag)termijn van 24 uur voorafgaand aan de afspraak heeft afgezegd.

Het registreren van no show geldt alleen in de volgende situaties:

- De patiënt heeft zich niet uiterlijk 24 uur vóór de geplande afspraak afgemeld.
- Het betreft een individuele afspraak met de patiënt. Dat betekent dat er dus **geen** 'no show' wordt geregistreerd als een patiënt afwezig is tijdens een **groepsbehandeling**.
- De behandelaar heeft geen andere activiteiten in de no show tijd kunnen uitvoeren.

Interne patiëntbespreking

De tijdsbesteding van een professional die is gemoeid met het voeren van overleg met collega-professionals (dus binnen de eigen instelling) over de hulpverlening aan patiënten ter voorbereiding of naar aanleiding van de uitvoering van een activiteit of verrichting. De professionals die aanwezig zijn bij deze interne patiëntenbespreking registreren hun tijd en verdelen deze tijd over alle besproken patiënten.

Extern overleg

De tijdsbesteding van een professional die is gemoeid met het voeren van overleg met derden (dus buiten de eigen instelling) over de hulpverlening of naar aanleiding daarvan (bijvoorbeeld: een consult dat plaatsvindt tussen een professional en een leraar over een kind dat in behandeling is).

Verslaglegging algemeen

Verslaglegging algemeen zoals bijvoorbeeld correspondentie over of namens de patiënt of een ontslagbrief.

Activiteiten i.v.m. juridische procedures (IBS, BOPZ)

Administratieve activiteiten, correspondentie, etc. in verband met juridische of gerechtelijke procedures van een patiënt.

Regelen tolken

De tijdsbesteding van een professional die is gemoeid met het regelen van een tolk voor een activiteit of verrichting die face-to-face wordt uitgevoerd.

8. Verblijf

Verblijf wordt geregistreerd in aanwezigheidsdagen. Afwezigheidsdagen (bijvoorbeeld voor weekend- of vakantieverlof) worden niet geregistreerd op de DBC van de patiënt.

Artikel 2.10 Bzv

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

9. Dagbesteding

Dagbesteding wordt geregistreerd op basis van uren aanwezigheid.

Dagbesteding sociaal (ontmoeting). De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloopfunctie wordt beschouwd als de meest "laagdrempelige" functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Het gaat hierbij dan ook vooral over de beschikbaarheidsfunctie. Dat betekent onder meer dat aan deelnemers over het algemeen geen stringente eisen worden gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.

Dagbesteding activering gaat verder dan alleen anderen ontmoeten en betreft deelname aan recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Teken en schilderen bijvoorbeeld, maar ook gipsieten, kleding maken, tuinieren, voetballen, zwemmen of sjoelen. (Re-)creatieve activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar wel minder vrijblijvend dan bij de inloop. Het aantal patiënten varieert per type (re-)creatieve activiteit van enkele patiënten tot wel twintig. Voor incidentele activiteiten, bijvoorbeeld jaarlijkse uitstapjes, kan het aantal patiënten nog groter zijn.

Dagbesteding educatie. Te denken valt aan een computercursus, een cursus boekbinden, lijsten maken, gitaarspelen, tekenen, bloemschikken, drama en toneel, enzovoorts. Ook bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Ook hier is de deelname niet verplicht, maar omdat het de bedoeling is dat de patiënten er iets van opsteken, is de deelname minder vrijblijvend dan bij de recreatieve activiteiten.

Dagbesteding arbeidsmatig. Arbeidsmatige activiteiten zijn gestructureerde activiteiten. Begeleiders en deelnemers maken afspraken over de werkzaamheden die verricht zullen worden. De activiteiten zijn gericht op het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. De zorginstelling kan een functie vervullen in de begeleiding van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden. Wel komt het in de praktijk voor dat een beperkte onkostenvergoeding wordt verstrekt. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het

aantal dagdelen dat de patiënt werkzaam is en het tijdstip waarop de werkzaamheden verricht worden.

De volgende punten zijn hierbij van belang:

- arbeidsmatige activiteiten hebben betekenis in het kader van persoonlijke ontplooiing en verkenning van individuele mogelijkheden (bijvoorbeeld gericht op het opdoen van arbeidservaring of gericht op het toeleiden naar een (on-)betaalde baan);
- arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op het aanleren en/of onderhouden van arbeidsvaardigheden (het DAC als stimulerend oefenmilieu);
- arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychiatrische en/of psychische problemen en dragen op die manier bij aan de bevordering van maatschappelijke (her-)integratie;
- arbeidsmatige activiteiten hebben een stabiliserend effect op het dagelijks leven van de patiënten en dragen op die manier bij aan het voorkomen van isolement, terugval en decompensatie.

Essentieel voor arbeidsmatige activiteiten is:

- dat er een overeenkomst (mondeling dan wel schriftelijk) bestaat tussen de individuele patiënt en de organisatie waarin geregeld is wat er van elkaar wordt verwacht;
- dat er sprake is van activiteiten die gericht zijn op een toeleidingstraject naar (betaalde of onbetaalde) arbeid in een andere setting of dat er sprake is van arbeidsmatige activiteiten als dagbesteding die plaats blijven vinden in het activiteitencentrum.

Pré intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen ten alle tijden gevat worden in een DBC. Mocht de diagnose-stelling leiden tot enkel dagbesteding (al dan niet met Ondersteunende begeleiding), dan kan de instelling hiervoor een indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De DBC met enkel pré intake, intake en/of diagnostiek kan dan worden gesloten. DBC's, die naast pré intake, intake, diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd alleen dagbesteding (al dan niet met ondersteunende begeleiding) bevatten, worden afgekeurd in de validatie.

10. Verrichting

Verrichtingen worden geregistreerd in aantal behandelingen.

ECT

De materiële kosten en de inzet van professionals die niet voorkomen op de beroepentabel (zoals bijvoorbeeld de anesthesist) worden in kaart gebracht via de registratie van het aantal behandelingen ECT. Zie hiervoor ook de toelichting in hoofdstuk 4 en het kostprijsmodel versie 11.

Bijlage II De Beroepentabel

FUNCTIE CODE	KORTE FUNCTIE BESCHRIJVING	UITGEBREIDE FUNCTIE BESCHRIJVING
MB	Medische beroepen	Medische beroepen
MB.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
MB.BG.basis	MB - Arts	Arts (waaronder Agio/Agnio)
MB.SF	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)
MB.SF.vslarts	MB - Arts versl	Arts verslavingszorg
MB.SF.sger	MB - Soc.geriater	Sociaal geriater
MB.SF.overig	MB - SF overig	Overig medisch SF
MB.SP	Specialisme (SP)	Specialisme (SP)
MB.SP.psych	MB - Psychiater	Psychiater
PT	Psychotherapeutische beroepen	Psychotherapeutische beroepen
PT.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
PT.BG.psth	PT - Psychoth	Psychotherapeut
AG	Agogische beroepen	Agogische beroepen
AG.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basisberoep initieel (BI)
AG.BI.mwd	AG - MWD	Maatschappelijk werkende (MWD)
AG.BI.sph	AG - SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
AG.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
AG.BG.agoog	AG - Agoog	GGZ-agoog
AG.SF	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)
AG.SF.vrstgeh	AG - verst.gehand.	Agoog verstandelijk gehandicapten
AG.SF.kjpsych	AG - kj.psychiatrie	Agoog K&J psychiatrie
AG.SF.overig	AG - SF overig	Overig Agogisch SF
PB	Psychologische beroepen	Psychologische beroepen
PB.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basisberoep initieel (BI)
PB.BI.ped	PB - Pedagoog	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
PB.BI.gzkd	PB - Gezondheidskundige	GGZ gezondheidkundige
PB.BI.psy	PB - Psycholoog	Psycholoog (geen verdere specialisatie)
PB.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
PB.BG.gzpsy	PB - GZpsycholoog	GZ-psycholoog
PB.SF	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)
PB.SF.gedrth	PB - gedragsth	Gedragstherapeut
PB.SF.kjth	PB - kj.therap	K&J-therapeut
PB.SF.overig	PB - SF overig	Overig psychologisch SF
PB.SP	Specialisme (SP)	Specialisme (SP)
PB.SP.klinps	PB - klinpsych	Klinisch psycholoog
VK	Vaktherapeutische beroepen	Vaktherapeutische beroepen
VK.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basisberoep initieel (BI)
VK.BI.pmt	VK - PMT	Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VK.BI.ct	VK - CT	Vaktherapeut creatief (CT)
VK.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
VK.BG.vakth	VK - GZ vakth	GZ- vaktherapeut
VK.SF	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)
VK.SF.vakth	VK - GGZ vakth	GGZ-vaktherapeut
VK.SF.overig	VK - SF overig	Overig vaktherapeutisch SF

VB	Verpleegkundige beroepen	Verpleegkundige beroepen
VB.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
VB.BG.vrplk	VB - verplk	Verpleegkundige (art.3)
VB.SF	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie (SF)
VB.SF.spv	VB - SPV	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
VB.SF.cpv	VB - CPV	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
VB.SF.fpv	VB - FPV	Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FPV)
VB.SF.overig	VB - SF overig	Overig verpleegkundig SF
VB.SP	Specialisme (SP)	Specialisme (SP)
VB.SP.vrplsp	VB - verplk.spec.	GGZ Verpleegkundige Specialist
OV	Somatische beroepen (wet BIG)	Somatische beroepen (wet BIG)
OV.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
OV.BG.fysio	OV - Fysioth	Fysiotherapeut
OV.BG.ergo	OV - Ergoth	Ergotherapeut
OV.BG.diet	OV - Dietist	Dietist
OV.BG.logop	OV - Logopedist	Logopedist
OV.SP	Specialisme (SP)	Specialisme (SP)
OV.SP.neur	OV - Neuroloog	Neuroloog
OV.SP.harts	OV - Huisarts	Huisarts
OV.SP.karts	OV - Kinderarts	Kinderarts
OV.SP.kger	OV - Klin.geriater	Klinisch geriater
OV.SP.artsmg	OV - Arts maatsch.gzh	Arts maatschappij en gezondheid

BIJLAGE III Typeringslijst

DBC-typeringslijst Geestelijke Gezondheidszorg

Versie 2007, F1.0

IDENTIFICATIEGEGEVENS

Eerste letter voornaam
Tussenvoegsel
Geboortenaam patiënt
Geboortedatum patiënt
Geslacht
Patiëntnummer

Hoofdbehandelaar
Instelling
Circuit
Startdatum DBC
o Nieuwe patiënt
o Bestaande patiënt
Geopend door
Einddatum DBC
o Reden voor afsluiting bij patiënt/ niet bij behandelaar
o Reden voor afsluiting bij behandelaar/ om inhoudelijke redenen
o In onderling overleg beëindigd zorgtraject/ patiënt uitbehandeld
o Afsluiting administratief of vanwege openen vervolg DBC
o Afsluiting na alleen pré-intake/ intake/ diagnostiek/crisisopvang

ZORGTYPE

1 Initiële zorgtypen	
o	01 Reguliere zorg
o	02 Eenmalig spoedeisend consult/ crisisinterventie
o	03 Acute opname
o	04 Intercollegiaal consult
o	05 Medebehandeling
o	06 Second opinion
o	07 Zorg op basis van tertiaire verwijzing
o	08 Langdurig periodieke controle (bij overname)
o	09 Bemoeizorg
o	10 Rechterlijke machtiging
o	11 Inbewaringstelling
o	12 Terbeschikkingstelling
o	13 Terbeschikkingstelling met voorwaarden
o	14 Strafrechterlijke machtiging
o	15 Ondertoezichtstelling
2 Vervolg zorgtypen	
o	01 (Langdurige periodieke) controle
o	02 Voortgezette behandeling
o	03 Uitloop
o	04 Exacerbatie/ recidive
o	05 Bemoeizorg
o	06 Rechterlijke machtiging
o	07 Terbeschikkingstelling
o	08 Terbeschikkingstelling met voorwaarden
o	09 Strafrechterlijke machtiging
o	10 Ondertoezichtstelling

DIAGNOSE o.b.v. DSM IV

De diagnose wordt op de typeringslijst vastgelegd met behulp van de integrale vastlegging van *alle assen van de DSM-IV-TR* ('grijze boekje' 1e druk 2001). In het model DBC GGZ wordt uitgegaan van de ICD-9-CM.

As 1 Klinische stoornissen

Er kan niet gekozen worden voor 799.9 'diagnose uitgesteld'. Er kan wel worden gekozen voor V71.09 'geen diagnose of aandoening op As 1'.

Voor kinderen < 4 jaar kunnen op As 1 de volgende diagnoses geregistreerd worden volgens de DC: 0-3

- o 100 Traumatische stressstoornis
- o 200 Affectieve stoornis
- o 300 Aanpassingsstoornis
- o 400 Regulatiestoornis
- o 500 Stoornis in slaapgedrag
- o 600 Stoornis in eetgedrag
- o 700 Stoornis in relatie en communicatie

As 2 Persoonlijkheidsstoornissen

Aanwezig	Trekken van		
o	o	301.0	Paranoïde persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.20	Schizoïde persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.22	Schizotypische persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.7	Antisociale persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.83	Borderline persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.50	Theatrale persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.81	Narcistische persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.82	Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.6	Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.4	Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis
o	o	301.9	Persoonlijkheidsstoornis NAO
o		799.9	Diagnose of aandoening op As II uitgesteld
o		V71.09	Geen diagnose of aandoening op As II

Persoonlijkheidsstoornissen kunnen geregistreerd worden als 'aanwezig' of 'trekken van'.

* Deze antwoordcategorieën sluiten elkaar per As 2 stoornis uit.

* De stoornissen kunnen echter wel naast elkaar geregistreerd worden (nevend diagnoses) en sluiten elkaar dus niet uit.

Bij 799.9 en V71.09 kan alleen voor 'aanwezig' en niet voor 'trekken van' gekozen worden. Deze categorieën sluiten de andere stoornissen op As 2 wel uit.

Voor kinderen < 4 jaar kunnen op As 2 de volgende diagnoses geregistreerd worden volgens de DC: 0-3

- o 901 Te veel betrokken
- o 902 Te weinig betrokken
- o 903 Verontrustend/ gespannen
- o 904 Dreigend/ vijandig
- o 905 Gemengd (combinatie van overige factoren)
- o 906 Misbruik (verbaal, psychisch, seksueel)

Welke diagnose is de primaire diagnose (de aanleiding voor het starten van de DBC)?

- o As 1 invullen betreffende ICD-code of code volgens DC: 0-3..... (As I danwel de V-code)
- o As 2 invullen betreffende code persoonlijkheidsstoornis danwel code volgens DC:0-3.....

Bij het stellen van de primaire diagnose kan niet gekozen worden voor 799.9 en V71.09 op de Assen 1 en 2. Ook kan geen primaire diagnose worden toegewezen aan de codes voor zwakzinnigheid/ zwakbegaafdheid (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As2).

As 3 Somatische aandoeningen

Op As 3 kan gekozen worden voor drie mogelijkheden .

- o Geen of geen relevante diagnose op As 3
- o Diagnose op As 3, enkelvoudig
- o Diagnose op As 3, complex

De As 3 binnen de DSM IV classificatie is bedoeld om somatische aandoeningen vast te leggen die mogelijk een relatie hebben met de psychische stoornis op As 1 of As 2 (niet oorzaaklijk) en die van invloed zijn op de behandeling van de As 1 of As 2 stoornis. Somatische aandoeningen die geen consequenties hebben op de behandeling van de As 1 of As 2 stoornis (bijvoorbeeld patiënt is verkouden) hoeven niet op As 3 geregistreerd te worden. Somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1 of As 2 stoornis worden gescorrd op As 1 of As 2 (bijvoorbeeld delirium door een somatische aandoening).

Bij de As 3 registratie kunt u kiezen uit bovenstaande drie mogelijkheden. U kiest voor geen of geen relevante diagnose op As 3, wanneer er geen somatische aandoening aanwezig is of de somatische aandoening heeft geen consequenties voor de behandeling van de patiënt. Als er sprake is van één of meerdere somatische aandoening(en), dan wordt het onderscheid gemaakt naar zwaarte; de somatische aandoening is enkelvoudig (wel consequenties, maar niet veel) danwel complex (veel consequenties). De beoordeling hiervan wordt overgelaten aan de hoofdbehandelaar.

As IV		Psychosociale en omgevingsfactoren	
☐	01	Problemen binnen de primaire steungroep	
☐	02	Problemen verbonden aan de sociale omgeving	
☐	03	Opvoedingsproblemen	
☐	04	Werkproblemen	
☐	05	Woonproblemen	
☐	06	Financiële problemen	
☐	07	Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten	
☐	08	Problemen met justitie/ politie of met de misdaad	
☐	09	Andere psychosociale en omgevingsproblemen	
☐	10	Diagnose of aandoening niet aanwezig	
As V		GAF score/CGAS score	
Beoordeling GAF/ CGAS startdatum			
1 Huidig		2 Hoogste laatste jaar	
☐		☐	00 GAF/ CGAS score 0
☐		☐	01 GAF/ CGAS score 1-10
☐		☐	02 GAF/ CGAS score 11-20
☐		☐	03 GAF/ CGAS score 21-30
☐		☐	04 GAF/ CGAS score 31-40
☐		☐	05 GAF/ CGAS score 41-50
☐		☐	06 GAF/ CGAS score 51-60
☐		☐	07 GAF/ CGAS score 61-70
☐		☐	08 GAF/ CGAS score 71-80
☐		☐	09 GAF/ CGAS score 81-90
☐		☐	10 GAF/ CGAS score 91-100
Beoordeling GAF/ CGAS einddatum			
3 Eind			
☐		00 GAF/ CGAS score 0	
☐		01 GAF/ CGAS score 1-10	
☐		02 GAF/ CGAS score 11-20	
☐		03 GAF/ CGAS score 21-30	
☐		04 GAF/ CGAS score 31-40	
☐		05 GAF/ CGAS score 41-50	
☐		06 GAF/ CGAS score 51-60	
☐		07 GAF/ CGAS score 61-70	
☐		08 GAF/ CGAS score 71-80	
☐		09 GAF/ CGAS score 81-90	
☐		10 GAF/ CGAS score 91-100	

BIJLAGE IV Activiteiten en verrichtingenlijst

Activiteiten en verrichtingen

Versie 2007, F1.0

Direct patiëntgebonden tijd	Indirect patiëntgebonden tijd, (voorbereiden activiteit, verslaglegging i/vm activiteit)	Indirecte tijd, reistijd
Tijdsregistratie behandelaars		

eenheden / aantallen
Registratie door administratie

□ = invoer tijdsregistratie

□ = invoer aantallen / eenheden

1 Pré intake

2 Diagnostiek

1	Intake en screening
2	Verwerven informatie van eerdere behandelaars
3	Anamnese / vragenlijsten
4	Hetero anamnese
5	Psychiatrisch onderzoek
6	Psychodiagnostisch onderzoek
1	Intelligentie
2	Neuropsychologisch
3	Persoonlijkheid
7	Orthodidactisch onderzoek
8	Vaktherapeutisch onderzoek
9	Contextueel onderzoek (gezin, school, etc)
10	Lichamelijk onderzoek
11	Aanvullend onderzoek (lab, rad, klin.neur.fys, nucl.gen.)
12	Advisering
13	Overige diagnostische activiteiten

3 Behandeling

1 Communicatieve behandeling

1 Follow up behandelcontact

1	patiënt individueel
2	patiënt in groep
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep

2 Steunend en structurerend behandelcontact

1	patiënt individueel
2	patiënt in groep
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep

3 Psychotherapie

1	Psychoanalyse
1	patiënt individueel
2	patiënt in groep
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep

2 Psychodynamische psychotherapie

1	patiënt individueel
2	patiënt in groep
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep

3 Gedragstherapie

1	patiënt individueel
2	patiënt in groep
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep

4	Cognitieve gedragstherapie			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
5	Interpersoonlijke therapie			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
6	Patient centered therapie			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
7	Systeemtherapie			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
8	Overig psychotherapie			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
4	Overige (communicatieve) behandeling			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
2	Farmacotherapie			
3	Fysische therapie			
1	Elektroconvulsie therapie			
2	Lichttherapie			
3	Transcraniële magnetische stimulatie			
4	Overig behandeling fysische technieken			
4	Vaktherapie			
1	Creatieve therapie (drama, beeldend, muziek, dans, tuin, etc)			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
2	Psychomotorische therapie (beweging, expressie, interactie)			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
3	Vaktherapie overig			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			
5	Fysiotherapie			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
6	Ergotherapie			
1	patiënt individueel			
2	patiënt in groep			
3	systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt			
4	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel			
5	systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep			

4 Begeleiding

1 Activerend begeleidingscontact

- 1 patiënt individueel
- 2 patiënt in groep
- 3 systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt
- 4 systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel
- 5 systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep

2 Ondersteunend begeleidingscontact

- 1 patiënt individueel
- 2 patiënt in groep
- 3 systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt
- 4 systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel
- 5 systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep

5 Verpleging

1 Verpleging

--	--	--

6 Crisisopvang

- 1 Crisiscontact binnen kantooruren
- 2 Crisiscontact buiten kantooruren

7 Algemeen indirecte tijd

- 1 Zorgcoördinatie
- 2 No show
- 3 Interne patiëntbespreking (MDO)
- 4 Extern overleg met derden (buiten de instelling)
- 5 Verslaglegging algemeen (b.v. ontslagbrief, correspondentie)
- 6 Activiteiten ivm juridische procedures (b.v. IBS, BOPZ)
- 7 Regelen tolken

8 Verblijf (per verblijfsdag)

- 1 Verblijf kinderen en jeugdigen
1-6: Verblijf kinderen en jeugdigen 1, 2, 3, 4, 5, 6*
- 2 Verblijf ouderen
1-6: Verblijf ouderen 1, 2, 3, 4, 5, 6*
- 3 Verblijf volwassenen kort
1-6: Verblijf volwassenen kort 1, 2, 3, 4, 5, 6*
- 4 Verblijf verslavingszorg
1-6: Verblijf verslavingszorg 1, 2, 3, 4, 5, 6*
- 5 Verblijf forensisch
1-6: Verblijf forensisch 1, 2, 3, 4, 5, 6*
- 6 Verblijf volwassenen lang
1-6: Verblijf volwassenen lang 1, 2, 3, 4, 5, 6*

aantal verblijfsdagen

aantal verblijfsdagen

aantal verblijfsdagen

aantal verblijfsdagen

aantal verblijfsdagen

aantal verblijfsdagen

9 Dagbesteding (per uur)

- 1 Dagbesteding sociaal (ontmoeting)
- 2 Dagbesteding activering (dagactiviteiten)
- 3 Dagbesteding educatie
- 4 Dagbesteding arbeidsmatig
- 5 Dagbesteding overig

aantal uren
aantal uren
aantal uren
aantal uren
aantal uren

10 Verrichting

- 1 Electroconvulsietherapie

aantal behandelingen

* verblijfsdag categorie 6 is gereserveerd voor de registratie van verblijfsdagen zonder overnachting