

Spelregels RG12a DBC-registratie ggz

Versie 20110901

Ingangsdatum : 1 januari 2012

Inhoudsopgave

1	Het typeren van de DBC.....	4
1.1	Wie typeert de DBC?	4
1.2	Wanneer een DBC typeren?	4
1.3	Wat registreren bij de typering van een DBC?	4
1.3.1	Registreren identificatiegegevens	4
1.3.2	Registreren zorgtype.....	4
1.3.3	Registreren diagnose.....	6
1.3.4	Aanvulling registreren diagnose kinder- en jeugdpsychiatrie	8
2	Het openen en sluiten van een DBC	9
2.1	Wie opent en sluit een DBC?	9
2.2	Wanneer een DBC openen?	9
2.3	Een DBC openen.....	10
2.3.1	Openen initiële DBC	10
2.3.2	Heropenen van de vorige DBC	11
2.3.3	Openen vervolg-DBC.....	11
2.3.4	Openen parallelle DBC's.....	11
2.3.5	Openen volgtijdelijke DBC	12
2.4	Bijzondere regels bij het openen van een DBC.....	12
2.4.1	Openen crisis-DBC	12
2.4.2	Openen van een DBC met het zorgtype second opinion	13
2.4.3	Doorverwijzing binnen een geïntegreerde instelling	13
2.5	Een DBC sluiten	13
2.5.1	Patiënt komt na sluiten DBC terug in zorg.....	14
2.6	Bijzondere regels bij het sluiten van een DBC	15
2.6.1	Sluiten crisis-DBC.....	15
2.6.2	Toelichting bij het sluiten van crisis-DBC's	15
2.6.3	Sluiten Second opinon DBC.....	15
3	Het registreren van activiteiten en verrichtingen in een DBC.....	16
3.1	Registratie behandeling.....	16
3.1.1	Soorten patiëntgebonden tijd	16
3.1.2	Wanneer tijd registreren?	17
3.1.3	Wie registreert tijd?	18
3.2	Registreren van tijd voor activiteiten en verrichtingen.....	19
3.2.1	Registratie specifieke activiteiten	20
3.2.2	Registratie verrichtingen	21
3.2.3	Registratie verblijf	23
3.2.4	Registratie dagbesteding	26
3.2.5	Spelregels bij educatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie	27
	Bijlage I Zorgtypen.....	28
	Bijlage II Typeringslijst.....	31
	Bijlage III De DC:0-3: het diagnoseclassificatiesysteem voor psychopathologie bij jonge kinderen	35
	Bijlage IV Definities activiteiten en verrichtingen.....	36
	Bijlage V Activiteiten- en verrichtingenlijst.....	44
	Bijlage VI Wie typeert en registreert; de beroepentabel DBC GGZ	50
	Bijlage VII Deelprestaties verblijf(24 uren verblijf)	56

Inleiding

Voor u liggen de spelregels die gelden voor de DBC-registratie in 2012. De spelregels zijn bedoeld als handleiding voor iedereen in de tweedelijns curatieve ggz die met DBC-registratie te maken heeft. U werkt bijvoorbeeld in een ggz-instelling, in een zelfstandig gevestigde praktijk (ZGP) of op een PAAZ- of PUK-afdeling. In dit document kunt u vinden wat door wie volgens welke spelregels geregistreerd moet worden.

De spelregels zijn verdeeld over drie hoofdstukken:

1. Het typeren van een DBC.
2. Het openen en sluiten van een DBC.
3. Het registreren van activiteiten en verrichtingen in een DBC.

Hoofdstuk 1 gaat in op de hoofdlijnen van het DBC-typeren. Daarnaast wordt er antwoord gegeven op belangrijke vragen als: Wie is er bevoegd om de zorgvraag te typeren? En uit welke onderdelen bestaat de typering?

In het tweede hoofdstuk komen de regels voor het openen en sluiten van DBC's aan bod. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij speciale spelregels voor specifieke DBC's zoals de crisis-DBC.

Het derde hoofdstuk behandelt de registratie van activiteiten en verrichtingen in een DBC. De volgende vragen worden beantwoord: Welke soorten patiëntgebonden tijd onderscheiden we en hoe wordt deze tijd geregistreerd? Hoe gaan we om met de aanwezigheidsregistratie bij verblijf en dagbesteding? En wat te registreren bij behandeling ECT en de verstrekking van de stof Methadon? Na de spelregels vindt u diverse bijlagen: de te selecteren zorgtypen, de typeringslijst, de definities van activiteiten en verrichtingen, de activiteiten- en verrichtingenlijst, de beroepentabel en een uitgebreide lijst met begrippen.

De DBC-systematiek is van toepassing op de tweedelijns curatieve ggz. Zorg die niet gerekend kan worden tot de geneeskundige ggz wordt niet in DBC GGZ-termen geregistreerd. Hieronder valt zorg in strafrechtelijk kader; die valt onder de in ontwikkeling zijnde systematiek voor de forensische zorg (DBBC's). Zorg die wordt opgelegd in het kader van Jeugdstrafrecht valt echter wel onder de Zvw en daarmee onder de DBC-systematiek voor de ggz.

Wilt u meer lezen over DBC's of bent u op zoek naar meer achtergrondinformatie, bezoek dan onze website www.dbconderhoud.nl.

1 Het typeren van de DBC

In dit eerste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het typeren van de zorgvraag en het zorgtype in een DBC. Aan bod komen wie patiënten typeert met behulp van de typeringslijst en uit welke onderdelen die typering bestaat.

1.1 Wie typeert de DBC?

Alle in de wet BIG¹ geregistreerde beroepen (professionals) die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM-IV en die in de DBC-beroepentabel staan, kunnen patiënten typeren met behulp van de typeringslijst. Degene die de zorgvraag en de diagnose van de patiënt typeert is hoofdbehandelaar van de betreffende DBC. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het volledig en juist invullen van de DBC-typering. Elke instelling of praktijk bepaalt zelf welke professionals als hoofdbehandelaar in het kader van de DBC GGZ-systematiek worden aangewezen. Meer informatie vindt u in de DBC-beroepentabel in bijlage VI.

1.2 Wanneer een DBC typeren?

Na het openen van de DBC typeert de hoofdbehandelaar de DBC van de patiënt indien mogelijk binnen één maand conform de typeringslijst.

1.3 Wat registeren bij de typering van een DBC?

De typering volgens de typeringslijst DBC-GGZ bestaat uit de volgende zaken:

- Identificatiegegevens
- Zorgtype
- Diagnoseclassificatie conform alle assen van de DSM-IV

Uitgangspunt is dat een zo integraal mogelijk beeld wordt geschetst van het totale zorgtraject van de patiënt. In deze paragraaf worden alle onderdelen van de typeringslijst toegelicht en beschreven.

1.3.1 Registreren identificatiegegevens

In het document “De Minimale Dataset” staat beschreven welke elementen als identificatiegegevens opgenomen moeten worden in het kader van de DBC-registratie (zie www.dbcinformatiesysteem.nl).

1.3.2 Registreren zorgtype

De hoofdbehandelaar legt éénmalig aan het begin van het zorgtraject het zorgtype vast. Daarmee registreert de hoofdbehandelaar wat de aanleiding is van de zorg: waardoor is er een eerste contact ontstaan tussen de instelling of praktijk en de betreffende patiënt? Belangrijk hierbij is de vraag of de

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.

patiënt al eerder in zorg is geweest. Het antwoord hierop is bepalend voor het feit of een initiële (eerste) DBC geopend moet worden of een vervolg-DBC.

- Een initiële DBC geeft aan dat het een nieuwe zorgvraag van een patiënt betreft.
- Een vervolg-DBC geeft aan dat er sprake is van een vervolgtraject op een eerder afgesloten initiële of vervolg-DBC. Een vervolg-DBC heeft altijd dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële of vervolg-DBC.

U leest alles over de verschillende vormen van DBC's en het openen en sluiten ervan in hoofdstuk 2.

Het kiezen van een zorgtype

Bij het openen van een initiële of vervolg-DBC moet u kiezen voor één zorgtype. Kies het zorgtype dat het beste de aanleiding van zorg beschrijft. Soms is er volgens de gegeven definities sprake van meerdere zorgtypen (bijvoorbeeld een patiënt komt binnen met een Rechterlijke Machtiging op basis van een tertiaire verwijzing). Gebruik dan de opgestelde lijst van zorgtypen hiërarchisch en kies op basis van de hiërarchie van de lijst met zorgtypen het zorgtype dat de meest voorspellende waarde bevat voor de behandeling die hierop zal volgen.

Lijst met zorgtypen

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 één zorgtype per DBC uit één van de volgende lijsten. Definities van deze zorgtypen vindt u in bijlage I.

Te selecteren zorgtypen bij initiële DBC's:

- 101 Reguliere zorg
- 102 Eénmalig (spoedeisend) consult/crisisinterventie
- 103 Acute opname
- 106 Second opinion
- 107 Zorg op basis van tertiaire verwijzing
- 108 Langdurig periodieke controle (bij overname)
- 109 Bemoeizorg
- 110 Rechterlijke Machtiging (RM)²
- 111 Inbewaringstelling (IBS)²
- 112 Hulpverlening uitgevoerd onder Ondertoezichtstelling (OTS)²
- 113 Rechterlijke Machtiging (RM) met voorwaarden²
- 114 Jeugdstrafrecht²

² Zorgtypen die verband houden met een rechterlijke uitspraak worden niet op de declaratie aan de verzekeraars opgenomen. De zorgtypen Rechterlijke machtiging (RM), Inbewaringstelling (IBS), Ondertoezichtstelling (OTS), Rechterlijke machtiging met voorwaarden en Jeugdstrafrecht zullen bij het afleiden van de prestatiecode worden geanonimiseerd. Dit betekent dat deze zorgtypen niet als zodanig naar de zorgverzekeraar worden gecommuniceerd, maar als reguliere zorg (in het geval van initieel zorgtype) of voortgezette behandeling (in het geval van vervolg zorgtype).

Te selecteren zorgtypen bij vervolg-DBC's:

- 201 (Langdurig periodieke) controle
- 202 Voortgezette behandeling
- 203 Uitloop
- 204 Exacerbatie/recidive
- 205 Bemoeizorg
- 206 Rechterlijke Machtiging²
- 207 Hulpverlening uitgevoerd onder Ondertoezichtstelling²
- 208 Rechterlijke Machtiging (RM) met voorwaarden²
- 209 Jeugdstrafrecht²

1.3.3 Registreren diagnose

De diagnoseclassificatie wordt vastgelegd op basis van alle assen van de DSM-IV-TR ('grijze boekje' 1e druk 2001). Het DBC-model voor de ggz gaat uit van de ICD-9-CM. De DBC-systematiek sluit aan bij de spelregels die gelden in het gebruik van de DSM-IV-TR. De hoofdbehandelaar registreert de feitelijke classificatie conform de integrale DSM-IV-TR. Daarbinnen bepaalt hij wat de primaire diagnose van de DBC is. Selecteer deze diagnose uit de geregistreerde stoornissen op As 1 en/of As 2 (zie bijlage II). Registreer de verschillende assen op de volgende manier.

As 1

Registreer de eventueel aanwezige klinische stoornissen op As 1.

Hierbij gelden de volgende spelregels:

- u kunt niet kiezen voor 799.9 "Diagnose/aandoening uitgesteld";
- vermijd het registreren van de NAO zoveel als mogelijk is;
- registreer V71.09 "Geen diagnose of aandoening op As 1 aanwezig" als er geen As 1-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.

As 2

Registreer de eventueel aanwezige stoornissen op As 2. Geef per stoornis aan of de stoornis aanwezig is of dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kunt u maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid registreren.

Hierbij gelden de volgende spelregels;

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

De primaire diagnose bepalen

Bepaal de reden voor zorg, ofwel de primaire diagnose, vanuit de geregistreerde stoornissen op As 1 en As 2.

Hierbij gelden de volgende spelregels;

- u kunt niet kiezen voor 799.9 en V71.09;
- de eventuele code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd)

op As 2). De gedachtegang hierachter is dat zwakbegaafdheid niet binnen de ggz behandeld wordt, maar binnen de gz-sector.

As 3

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. Registreer somatische aandoeningen die geen consequenties hebben voor de behandeling van de As 1 of As 2-stoornis *niet* (de patiënt is verkouden bijvoorbeeld). Registreer de somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis *wel* (bijvoorbeeld: delirium door een somatische aandoening).

Hierbij gelden de volgende spelregels:

- Kies voor “Geen of geen relevante diagnose op As 3” als er geen somatische aandoening aanwezig is of als de somatische aandoening geen consequenties heeft voor de behandeling van de patiënt.
- Kies voor “Diagnose op As 3 enkelvoudig”, als er sprake is van een somatische aandoening die beperkte consequenties heeft. Doe dit dus alleen als deze naar verwachting zorgverzwarend is voor de behandeling van de primaire diagnose.
- Kies voor “Diagnose op As 3 complex”, als er sprake is van een somatische aandoening die veel consequenties heeft dan wel zorgverzwarend werkt voor de behandeling van de As 1- of As 2-stoornis. Van complex is bijvoorbeeld sprake wanneer;
 - een medisch specialistische behandeling noodzakelijk is door een andere medisch specialist dan de psychiater;
 - aanvullende zorg gericht op de somatische aandoening of als gevolg van de somatische aandoening noodzakelijk is. Bijvoorbeeld in geval van doofheid;
 - er een noodzaak is van een specifieke behandelafdeling (PAAZ, PUK, PMU/GAPZ/GAAZ) om zorg te kunnen bieden;
 - er sprake is van bepaalde specifieke ziektebeelden, zoals Ziekte van Alzheimer of Hypothyreoidie.
- De beoordeling of er sprake is van enkelvoudig of complex wordt overgelaten aan de hoofdbehandelaar.

As 4

Registreer de psychosociale factoren en omgevingsfactoren als deze een duidelijk zorgverzwarende factor zijn in de behandeling van de primaire diagnose waarvoor de DBC is geopend. Registreer “Diagnose of aandoening niet aanwezig” als er geen As 4-factor aanwezig is.

As 5

Registreer de Global Assessment of Functioning(GAF)-score driemaal:

- Registreer bij het openen van de DBC de GAF-score op het moment van de start van de DBC.
- Registreer bij het openen van de DBC de hoogste GAF-score in de voorgaande 365 dagen.
- Registreer bij het afsluiten van de DBC de GAF-score op het moment van de einddatum van de DBC.

1.3.4 Aanvulling registreren diagnose kinder- en jeugdpsychiatrie

In de kinder- en jeugdpsychiatrie kan niet altijd een primaire diagnose gesteld worden op As 1 en/of As 2 van de DSM-IV.

Concreet gaat het daarbij om:

1. Het toekennen van een persoonlijkheidsstoornis op As 2 als primaire diagnose bij een kind < 18 jaar.
2. Het gebruik van de CGAS in de kinder- en jeugdpsychiatrie, in plaats van de GAF-score.
3. Het toekennen van een primaire diagnose op As 1 dan wel As 2 bij kinderen < 4 jaar (infant psychiatry).

1. Het stellen van de primaire diagnose persoonlijkheidsstoornis op As 2 bij een kind < 18 jaar

In de DSM-IV staat dat bij kinderen onder de 18 jaar geen persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose geassocieerd mag worden. Dit principiële uitgangspunt is in het DBC GGZ-model erkend, maar er mag van afgeweken worden. De bepaling van een primaire diagnose volgens het classificatiesysteem van de DSM-IV geldt immers als een werkdiagnose en kan gedurende de looptijd van de initiële DBC bijgesteld worden.

De spelregel luidt als volgt:

- Als er 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, dan mag in de DBC-registratie de As 2 als primaire diagnose gesteld worden.

2. CGAS in plaats van GAF-score

In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt op de As 5 van de DSM-IV gewerkt met de CGAS in plaats van de reguliere GAF-score.

De spelregels luiden als volgt:

- Registreer conform de bekende beschrijving van de opgenomen ranges, want de klassenindeling waarmee gewerkt wordt (van 0-100 verdeeld in 10 klassen) is identiek.
- Voor kinderen jonger dan vier jaar hoeft geen CGAS ingevuld te worden.

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

Voor kinderen onder de 4 jaar kan in plaats van de DSM-IV de DC: 0-3 worden gebruikt. De DC: 0-3 is een in 1994 ontwikkeld diagnoseclassificatiesysteem voor psychopathologie bij jonge kinderen (Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders in Infancy and Early Childhood – DC: 0-3).

De spelregel is als volgt:

- Het is niet verplicht om kinderen < 4 jaar volgens de DC: 0-3 te diagnosticeren, er kan voor kinderen < 4 jaar ook gebruikgemaakt worden van de DSM-IV. De hoofdbehandelaar bepaalt deze keuze.

In bijlage III vindt u een schema met de overeenkomsten en verschillen tussen de vijf assen van de DSM-IV en de DC: 0-3.

2 Het openen en sluiten van een DBC

In dit hoofdstuk staan de spelregels voor het (her)openen en sluiten van DBC's beschreven. Behandeld worden de spelregels voor het openen van een initiële en vervolg-DBC, van parallelle of volgtijdelijke DBC's, van een crisis-DBC en van een kortdurende zorg-DBC. Daarna komen de spelregels voor het sluiten van deze DBC's aan bod.

2.1 Wie opent en sluit een DBC?

Er is geen spelregel die beschrijft wie een DBC mag openen en wie niet. Wel staat vast wie bevoegd is om te typeren. Diegene die in het kader van de DBC-systematiek de zorgvraag van de patiënt typeert wordt de hoofdbehandelaar genoemd. Het is ook deze hoofdbehandelaar die bij het afsluiten van de DBC expliciet zijn goedkeuring moet geven. Zie verder hoofdstuk 1 voor de spelregels rondom typering.

2.2 Wanneer een DBC openen?

Een DBC heeft als openingsdatum de datum waarop de eerste (directe of indirecte) patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. Dit kan een activiteit zijn in het kader van: pré-intake, intake, diagnostiek, behandeling/begeleiding, crisisopvang, verblijf of dagbesteding.

Uitzondering: Bij vervolg-DBC's met zorgtype Langdurig periodieke controle, Voortgezette behandeling en Uitloop dient als openingsdatum altijd de dag na het sluiten van de voorgaande initiële/vervolg-DBC te worden vastgelegd.

Relatie tussen zorgtraject en DBC

Om de totale doorlooptijd te kunnen monitoren, moet ook de aanmeldingsdatum apart worden geregistreerd³. Bij de aanmelding wordt het zorgtraject van de patiënt geopend. Een zorgtraject beschrijft de geleverde zorg (activiteiten en verrichtingen) in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. Een zorgtraject kan bestaan uit een initiële DBC en eventueel een of meerdere vervolg-DBC's. Het openen van een zorgtraject gebeurt bijvoorbeeld doordat er een afspraak wordt gemaakt door een secretaresse. Er is nog geen patiëntgebonden activiteit met een behandelaar.

De startdatum van het zorgtraject kan vóór of tegelijkertijd met de startdatum van de initiële DBC zijn. Na het openen van de DBC typeert de hoofdbehandelaar indien mogelijk de patiënt binnen één maand conform de typeringslijst (zie verder hoofdstuk 1).

³ Conform de Minimale Data Set (MDS) moet ook de aanmeldingsdatum geregistreerd worden. In de MDS wordt een onderscheid gemaakt tussen de startdatum van het zorgtraject en de openingsdatum van de DBC.

2.3 Een DBC openen

2.3.1 Openen initiële DBC

Een initiële DBC geeft aan dat het een typering van een nieuwe zorgvraag voor een patiënt betreft, waarvoor activiteiten en verrichtingen worden uitgevoerd.

Hiervoor gelden de volgende spelregels

- Open in de volgende drie situaties een initiële DBC:
 1. Bepaal of de patiënt voor een bepaalde primaire diagnose voor het eerst in zorg komt, nieuwe patiënten krijgen altijd eerst een initiële DBC.
 2. Indien een patiënt terug in zorg komt voor een andere primaire diagnose, na het sluiten van de vorige DBC, opent u een initiële DBC.
 3. Indien een patiënt terug in zorg komt en er zit meer dan 365 dagen tijd tussen het sluiten van de vorige DBC en de eerstvolgende patiëntgebonden activiteit opent u een initiële DBC.
- Een initiële DBC kan maximaal 365 dagen openstaan en moet dus maximaal na 365 dagen afgesloten worden. Alleen afgesloten DBC's kunnen aangeboden worden voor declaratie.
- Volgt er een meerjarige behandeling of vervolgbehandeling, dan gaat de initiële DBC over in een vervolg-DBC of meerdere vervolg-DBC's. Er is dan vaak sprake van een voortgezette behandeling of een controletraject. Zie hiervoor paragraaf 2.3.3 Vervolg-DBC openen.

Wat te doen als de primaire diagnose wijzigt?

Het kan voorkomen dat de diagnoseclassificatie verandert tijdens de looptijd van de initiële DBC. In sommige gevallen hoeft de hoofdbehandelaar dan geen nieuwe DBC te openen, maar kan hij of zij dit oplossen binnen de al geopende initiële DBC. Hiervoor gelden de volgende regels;

- stel de primaire diagnose bij tijdens de intake/diagnostiekfase;
- verander de primaire diagnose tijdens het behandeltraject binnen dezelfde hoofdgroep van de DSM-IV;
- registreer bijkomende diagnoses die zorgverzendend werken als nevendiagnoses naast de primaire diagnose.

In de volgende gevallen kan de hoofdbehandelaar het *niet* oplossen binnen de al geopende initiële DBC. De initiële DBC moet gesloten worden en een nieuwe initiële DBC geopend:

- Als de hoofdbehandelaar een verkeerde inschatting heeft gemaakt en gedurende het behandeltraject bepaalt dat de primaire diagnoseclassificatie in een andere hoofdgroep van de DSM-IV ligt.
- Als er sprake is van cosyndromaliteit. Zie hiervoor paragraaf 2.3.4 Openen parallele DBC's.

Let op: het bijstellen dan wel wijzigen van de primaire diagnose binnen de al openstaande DBC kan alleen bij een initiële DBC. De vervolg-DBC moet namelijk altijd exact dezelfde diagnose hebben als de initiële DBC.

2.3.2 Heropenen van de vorige DBC

Om te waarborgen dat zoveel mogelijk activiteiten op dezelfde integrale DBC worden geregistreerd is het toegestaan om de DBC te heropenen. Het is wenselijk de DBC te heropenen als een patiënt uit zorg is geweest en binnen 365 dagen onverwacht terug in zorg komt met dezelfde primaire diagnose of dat per ongeluk de DBC is gesloten voordat alle activiteiten zijn afgerond (bv. nazorg). Feitelijk is de voorgaande DBC te vroeg afgesloten. Door in deze gevallen de DBC te heropenen wordt de zorg geregistreerd conform intentie van de DBC-systematiek.

Het is niet toegestaan om een initiële/vervolg-DBC te openen met alleen indirecte tijd binnen 365 dagen na openingsdatum van de voorgaande DBC onafhankelijk van de primaire diagnose. De voorgaande DBC moet in dit geval heropend worden dan wel de tijd wordt niet op een DBC geregistreerd.

Indien de 365-dagen grens⁴ is bereikt, is het niet mogelijk om de DBC te heropenen. In dit specifieke geval is het toegestaan om een vervolg-DBC met de zorgtypen Voortgezette behandeling, Langdurig periodieke controle of Uitloop te openen met alleen indirecte tijd.

2.3.3 Openen vervolg-DBC

Bij een vervolg-DBC is sprake van een vervolgtraject op een eerder afgesloten initiële of vervolg-DBC. Als de voorgaande DBC heropend kan worden verdient dit de voorkeur, omdat daarmee alle activiteiten ten aanzien van de primaire diagnose op één DBC kan worden geregistreerd.

Volg bij het openen van een vervolg-DBC de volgende spelregels:

- Open in de volgende twee situaties een vervolg-DBC:
 1. Een patiënt is langer dan 365 dagen in zorg, maar de behandeling is nog niet afgerond. Sluit eerst de vorige DBC af en open een vervolg-DBC. Deze vervolg-DBC heeft als openingsdatum de datum die volgt op de sluitingsdatum van de voorgaande DBC.
 2. Een patiënt is uitbehandeld, maar wordt binnen 365 dagen na afsluiting van de initiële DBC voor dezelfde primaire diagnose binnen dezelfde instelling of praktijk weer in behandeling genomen. Indien het niet meer mogelijk is de voorgaande DBC te heropenen, opent u een vervolg-DBC met als openingsdatum de dag dat de eerstvolgende (indirect/direct) patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.
- Een vervolg-DBC heeft altijd exact dezelfde primaire diagnose als de bijbehorende initiële DBC of vorige vervolg-DBC.
- Een vervolg-DBC kan maximaal 365 dagen openstaan.

2.3.4 Openen parallelle DBC's

Soms is het nodig meerdere DBC's met verschillende primaire diagnoses tegelijk te openen voor één patiënt. Dit is het geval wanneer een hoofdbehandelaar concludeert dat bij een patiënt sprake is van meerdere stoornissen/diagnosen die hij/zij in belang gelijkwaardig acht (cosyndromaliteit) en waarvoor gelijktijdig een substantieel andere behandeling wordt ingezet.

⁴ 365 dagen na openingsdatum voorgaande DBC

Houd bij het openen van meerdere DBC's de volgende spelregels aan:

- Het gelijktijdig openen van meer dan één DBC per patiënt kan alleen 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 drie DBC's tegelijk voor één patiënt openstaan.
- Geef bij de registratie van activiteiten en verrichtingen voor de betreffende patiënt steeds aan voor welke primaire diagnose de activiteit of verrichting wordt verleend zodat deze wordt geregistreerd op de juiste DBC. Zie hiervoor verder hoofdstuk 3.

2.3.5 Openen volgtijdelijke DBC

In sommige gevallen wordt *geen* parallelle DBC geopend, maar is de stepped care- systematiek⁵ het uitgangspunt. Als er meerdere stoornissen bij één patiënt voorkomen, maar er is sprake van één te onderscheiden primaire diagnose wordt één DBC geopend waarop de activiteiten en verrichtingen geschreven worden. De op de typeringslijst geregistreerde nevendiaagnosen werken daarbij zorgverzwarend. Zodra de primaire diagnose van deze DBC is 'uitbehandeld' sluit de hoofdbehandelaar de DBC af. Start de hoofdbehandelaar een nieuw behandeltraject voor een andere primaire diagnose dan kan een nieuwe initiële DBC worden geopend. Dit wordt een volgtijdelijke DBC genoemd.

In de volgende gevallen wordt een volgtijdelijke DBC geopend:

- Bij comorbiditeit: een hoofdbehandelaar begint de behandeling van de patiënt met die diagnoseclassificatie die het meest prangend is. De hoofdbehandelaar geeft aan welke van de stoornissen de primaire diagnose is (ofwel de 'reason for encounter'). Overige stoornissen die zorgverzwarend werken kunnen als nevendiagnose geregistreerd worden.
- Bij het toekennen van een primaire diagnose aan een DBC bij behandeling in een zorgprogramma voor *dubbele diagnoses*. Een patiënt komt bijvoorbeeld in zorg voor een alcoholverslaving in combinatie met depressie. Of de alcoholverslaving of de depressie de primaire diagnose is, wordt mede bepaald door het type instelling/de zorgaanbieder waar de patiënt in behandeling komt. In de setting van de verslavingskliniek zal het eerder de aan een middel gebonden stoornis zijn, terwijl het op een afdeling volwassenenpsychiatrie in de ggz-instelling waarschijnlijk de achterliggende depressie is.

2.4 Bijzondere regels bij het openen van een DBC

2.4.1 Openen crisis-DBC

Voor de DBC-registratie van patiënten die in een crisissituatie in zorg komen gelden specifieke spelregels. Houd u bij het openen van een crisis-DBC de volgende spelregels aan:

- Als een patiënt nieuw in zorg komt met een crisis: open een initiële DBC met zorgtype "Eénmalig spoedeisend consult/crisisinterventie" of "Acute opname".
- Als een patiënt al in zorg is, maar binnen dezelfde instelling nieuw in zorg komt met een crisis voor een andere primaire diagnose: open dan een initiële DBC met zorgtype "Eénmalig

⁵ 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.

spoedeisend consult/crisisinterventie” of “Acute opname”. Bij de diagnose wordt een andere primaire diagnose geregistreerd dan de diagnoseclassificatie op de al openstaande DBC.

- Bij een patiënt die al in zorg is en voor dezelfde primaire diagnose een crisiscontact of crisisopname binnen dezelfde instelling of praktijk ontvangt, behoort het crisiscontact tot dezelfde DBC als de activiteiten die al geregistreerd staan op de openstaande DBC. Dat de patiënt in crisis vervalt tijdens zijn behandeltraject is een (logisch) gevolg van zijn diagnoseclassificatie. Van patiënten met een psychotische stoornis valt bijvoorbeeld 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. Registreer de crisiscontacten/crisisopnamen op de al bestaande DBC. De DBC van de patiënt die al 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 activiteiten na het crisiscontact worden op dezelfde DBC geregistreerd.
- Een crisis-DBC kan maximaal 28 dagen openstaan.

2.4.2 Openen van een DBC met het zorgtype second opinion

Second opinion komt alleen voor in combinatie met zorg in een andere instelling of praktijk. De spelregels voor het openen van een DBC met zorgtype Second opinion komen overeen met de algemene regels voor het openen van een initiële DBC. Bij het zorgtype Second opinion geldt als voorwaarde dat er minimaal één diagnostische activiteit moet worden geregistreerd (anders valt de DBC uit in de validatie). Zie hiervoor paragraaf 2.3.1. Openen initiële DBC.

2.4.3 Doorverwijzing binnen een geïntegreerde instelling

Als een instelling meerdere locaties heeft en dit op basis van artikel 5 WTZi één instelling betreft, moeten alle activiteiten ten aanzien van de primaire diagnose van de patiënt op één DBC geregistreerd worden. Dit houdt in dat wanneer een patiënt voor dezelfde primaire diagnose wordt doorverwezen binnen één instelling (volgens artikel 5 WTZi), de DBC niet gesloten mag worden. Registreer alle activiteiten en verrichtingen ten aanzien van dezelfde primaire diagnose op de reeds geopende DBC van de patiënt ook al werken de behandelaren op verschillende afdelingen of locaties van dezelfde instelling.

2.5 Een DBC sluiten

Een DBC wordt afgesloten in twee gevallen:

- Als de hoofdbehandelaar verwacht dat de laatste activiteit voor een patiënt is geleverd. Dit kan een directe of indirecte patiëntgebonden activiteit zijn.
- Wanneer een DBC 365 dagen heeft opengestaan. Een DBC kan nooit langer dan 365 dagen openstaan en moet maximaal 365 dagen na de startdatum gesloten worden. Eventueel kan na het sluiten van de DBC een vervolg-DBC geopend worden (zie paragraaf 2.3.3).

Geef bij het afsluiten van de DBC aan met welke reden de DBC wordt afgesloten.

Kies een van de volgende redenen van afsluiten:

1. Reden voor afsluiting bij *patiënt* (niet bij behandelaar): overlijden van patiënt, verhuizen van patiënt, einde vergoeding, langdurige no-show of patiënt is al 365 dagen niet meer in zorg geweest.
2. Reden voor afsluiting bij *behandelaar* (om inhoudelijke redenen): doorverwijzing naar eerstelijns zorg of andere zorgaanbieder. Kies deze reden van sluiten als een patiënt voor dezelfde

primaire diagnose wordt terug- dan wel doorverwezen naar een andere instelling of praktijk⁶. Dit kan zijn in het kader van behandelcontacten en/of verblijf dan wel dagbesteding.

3. In *onderling overleg* beëindigd zorgtraject (patiënt uitbehandeld): gezamenlijk besluit einde zorgtraject voor betreffende primaire diagnose of DBC. Kies deze reden van sluiten als behandelaar en patiënt in onderling overleg besluiten dat het behandeltraject voor de betreffende primaire diagnose is beëindigd.
4. Afsluiting *administratief* of vanwege openen vervolg-DBC. Kies deze afsluitredenen in een van de volgende twee situaties:
 - Als de DBC na 365 dagen nog openstaat en verlengd moet worden omdat de zorg langer dan 365 dagen duurt. De hoofdbehandelaar sluit de initiële DBC en opent een vervolg-DBC voor dezelfde primaire diagnose.
 - Wanneer de DBC gesloten moet worden in verband met overgang naar een andere bekostigingssystematiek.
5. Afsluiting *na alleen pré-intake, intake, diagnostiek, crisisopvang*. Kies deze reden van sluiten wanneer de zorg na pré-intake, intake of diagnostiek wordt beëindigd. Wanneer een behandeling wordt gestart, blijft de DBC openstaan en moeten de behandelactiviteiten op dezelfde DBC geregistreerd worden.

Volg bij het sluiten van DBC's de volgende spelregels:

- Zorg ervoor dat de hoofdbehandelaar bij het sluiten van de DBC controleert of de DBC conform de spelregels juist is geregistreerd en de juiste informatie bevat. Controleer bij afsluiten de typering, vul de eind GAF-score in en de reden van afsluiten.
- Als 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 diagnoseclassificatie afgesloten worden. In alle andere gevallen moet de DBC volledig getypeerd zijn voordat deze wordt afgesloten.
- Alleen afgesloten DBC's kunnen aangeboden worden voor declaratie.

2.5.1 Patiënt komt na sluiten DBC terug in zorg

Houd de volgende spelregels aan als een patiënt terugkomt in zorg:

- Indien binnen 365 dagen na openingsdatum van de voorgaande afgesloten DBC nog (in)direct patiëntgebonden tijd voor dezelfde primaire diagnose is te registreren, zijn de volgende twee spelregels van toepassing:
 - Heropen de reeds afgesloten voorgaande DBC of open een vervolg-DBC om **direct** patiëntgebonden tijd te registreren.
 - Heropen de reeds afgesloten voorgaande DBC om **indirect** patiëntgebonden tijd te registreren. Let op: het is niet mogelijk om een vervolg-DBC te openen voor alleen indirecte tijd activiteiten. Hierbij geldt één uitzondering, in geval van de zorgtypen Voortgezette behandeling, Langdurig periodieke controle of Uitloop is het wel mogelijk om een vervolg-DBC te openen waarop alleen maar indirecte tijd geregistreerd wordt.
- Open een nieuwe initiële DBC als de patiënt na 365 dagen terug in zorg komt, onafhankelijk van de diagnose.
- Open een nieuwe initiële DBC als de patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt **dan de primaire diagnose van de afgesloten DBC.**

⁶ Het begrip instelling sluit aan bij de definitie die de NZa hanteert. Gesproken kan worden over een (afzonderlijke) instelling indien zij op grond van artikel 5 WTZi is toegelaten.

- Open een nieuwe initiële DBC als een patiënt terug in zorg komt terwijl de initiële DBC is afgesloten zonder het stellen van een diagnose (afsluitreden 5).

In alle gevallen geldt dat de openingsdatum van de DBC de datum is waarop de eerste (directe of indirecte) patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

2.6 Bijzondere regels bij het sluiten van een DBC

2.6.1 Sluiten crisis-DBC

Als de crisis bij de patiënt verholpen of de crisisbehandeling ten einde is, worden crisis-DBC's altijd afgesloten. Hierbij gelden de volgende spelregels:

- Een crisis-DBC mag maximaal een looptijd hebben van 28 kalenderdagen.
- Sluit de crisis-DBC voor een patiënt die na de crisisinterventie uit zorg gaat. Open geen nieuwe DBC.
- Sluit de crisis-DBC voor een patiënt die na de crisisinterventie in zorg blijft, maar voor een andere primaire diagnose. Open een nieuwe initiële DBC met het bijpassende zorgtype en een andere primaire diagnose dan de crisis-DBC.
- Sluit de crisis-DBC voor een patiënt die na de crisisinterventie in zorg blijft voor dezelfde primaire diagnose. Open dan een vervolg-DBC met dezelfde primaire diagnose. Deze vervolg-DBC heeft als openingsdatum de datum die volgt op de sluitingsdatum van de voorgaande DBC.
- Sluit de crisis-DBC voor een patiënt die na de crisisinterventie in zorg blijft maar waarbij het niet mogelijk was om tijdens deze crisis een diagnose te stellen. De crisis-DBC wordt gesloten zonder diagnose. Open daarna een initiële DBC waarbinnen de diagnose wordt gesteld. Streef er altijd naar een crisis af te sluiten met een diagnose.

2.6.2 Toelichting bij het sluiten van crisis-DBC's

De crisis-DBC wordt gesloten als een patiënt uit zijn of haar crisissituatie is. Blijft de patiënt in de instelling onder behandeling van de crisisdienst terwijl hij of zij niet meer in crisis verkeert (bijvoorbeeld omdat er een wachtlijst is voor een reguliere afdeling), dan moet u de crisis-DBC sluiten en een vervolg-DBC openen. Er wordt immers geen crisisinterventie meer gepleegd, maar in feite wordt de patiënt regulier behandeld op de crisisafdeling.

2.6.3 Sluiten Second opinion DBC

DBC's met zorgtype Second opinion worden net als crisis-DBC's afgesloten als de second opinion is afgerond.

De volgende spelregels zijn van kracht bij het sluiten van DBC's met zorgtype Second opinion:

- Sluit de DBC met zorgtype Second Opinion bij een patiënt als de herbeoordeling van de zorgvraag is afgerond. Open geen nieuwe DBC.
- Sluit de DBC met zorgtype Second opinion als er sprake is van overname van de behandeling. Open daarna een vervolg-DBC met dezelfde primaire diagnose. Open een initiële DBC als de patiënt in zorg komt voor een andere primaire diagnose.

3 Het registreren van activiteiten en verrichtingen in een DBC

Dit hoofdstuk behandelt de registratie van activiteiten en 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 behandelaren. Daarnaast is er een aanwezigheidsregistratie van patiënten bij verblijf en dagbesteding en een verrichtingenregistratie voor behandeling ECT en het per maand ambulant verstrekken van de stof Methadon. De registratie van tijd, verrichtingen en aanwezigheid worden in dit hoofdstuk toegelicht.

Behandeling, verblijf en dagbesteding: afbakening

Voor de registratie van behandeling, verblijf en dagbesteding gelden de volgende spelregels:

- Behandeling en dagbesteding worden gescheiden.
- Behandelaren die werkzaam zijn op (en dus inbegrepen zijn in de prijs van) de dagbesteding kunnen niet tegelijkertijd direct patiëntgebonden activiteiten van de activiteiten- en verrichtingenlijst registreren. Een patiënt krijgt óf behandeling óf dagbesteding. Dagbesteding en behandeling kunnen wel volgtijdelijk plaatsvinden. De kosten en inzet van de behandelaar moeten dan verdeeld worden over behandeling en dagbesteding.
- Dagbesteding en de registratie van een verblijfsdag kunnen wel tegelijkertijd worden geregistreerd. Een klinisch opgenomen patiënt kan namelijk op die dag dagbesteding krijgen.

3.1 Registratie behandeling

De algemene spelregel is dat bij de registratie van activiteiten en verrichtingen alleen patiëntgebonden tijdsbesteding mag worden geregistreerd. De niet-patiëntgebonden tijdsbesteding wordt niet geregistreerd op de DBC van een patiënt. Niet-patiëntgebonden tijdsbesteding is bijvoorbeeld: scholing, algemene vergaderingen, intervisie over het functioneren van collega's, productontwikkeling, lezen vakliteratuur, opleiden van collega's en reistijd vanwege meerdere locaties. Niet-patiëntgebonden activiteiten vormen een regulier onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden, behandelaren kunnen dus niet 100% productief zijn.

3.1.1 Soorten patiëntgebonden tijd

Een behandelaar kan verschillende vormen van patiëntgebonden tijdsbesteding registreren: direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd, algemeen indirecte tijd en indirect patiëntgebonden reistijd.

Direct patiëntgebonden tijd

Dit betreft de directe contacttijd die een professional aan een patiënt besteedt bij een activiteit.

- Face-to-face contacttijd: de tijdsbesteding aan de uitvoering van een activiteit of verrichting waarbij de patiënt en/of het systeem van de patiënt aanwezig is.
- Telefonische contacttijd (ear-to-ear): de tijdsbesteding aan de uitvoering van een activiteit of verrichting, waarbij de professional de patiënt telefonisch spreekt en niet daadwerkelijk ziet (en/of in het geval van systeemtherapie met het 'systeem' van de patiënt).

- Elektronische contacttijd (bit-to-bit): de tijdsbesteding aan de uitvoering van een activiteit of verrichting, waarbij de professional reageert op een hulpvraag van een individuele patiënt door middel van e-mail en internet (en/of in het geval van systeemtherapie met het 'systeem' van de patiënt).

Indirect patiëntgebonden tijd

Dit is indirecte tijd die samenhangt met het uitvoeren van een direct patiëntgebonden activiteit, zoals een behandel-, begeleidings- of verplegingsactiviteit. Denk hierbij aan;

- het voorbereiden van een activiteit (bijvoorbeeld van een sessie psychotherapie);
- verslaglegging en administratie in het kader van de activiteit (bijvoorbeeld psychiatrisch onderzoek);
- het opruimen van de speelkamer bij een behandelcontact met kleine kinderen;
- hersteltijd na een intensieve behandelsessie.

Uitzondering: Algemeen indirecte tijd; wel patiëntgebonden, niet direct

Ook kan er sprake zijn van algemeen indirecte tijd: deze tijd is wel patiëntgebonden, maar heeft niet direct betrekking op de uitvoering van de directe activiteit. Algemeen indirecte tijd wordt bijvoorbeeld geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij eindverslaglegging van een behandeltraject. Het betreft de activiteiten met code 7.x. Zie bijlage V.

Indirect patiëntgebonden reistijd

De tijd die een professional nodig heeft voor het reizen van en naar een patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. Voorwaarde is dat er een activiteit wordt uitgevoerd waarbij er sprake is van direct patiëntgebonden tijd. Onder deze reistijd valt niet de tijd die nodig is om op het terrein van de eigen organisatie de patiënt te bereiken, ook niet als de instelling op meerdere locaties werkt.

Voor de op de lijst activiteiten en verrichtingen voorkomende categorieën pré-intake en algemeen indirecte tijd geldt dat er geen reistijd mag worden geregistreerd, maar alleen indirect patiëntgebonden tijd. De enige uitzondering hierop is de activiteit No-show. Hierop mag wel reistijd geschreven worden. Bijvoorbeeld als een patiënt bij een huisbezoek niet thuis was en de behandelaar wel reistijd heeft gehad.

3.1.2 Wanneer tijd registreren?

Behandelaren kiezen zelf het moment waarop zij hun tijdsbesteding registreren: direct na uitvoering van de activiteit of op een later moment. Dit hangt ook af van de manier waarop de registratie wordt gefaciliteerd door ICT. Wacht niet te lang met de tijdsregistratie, dit komt de kwaliteit van de registratie niet ten goede.

Voorbeeld:

Een behandelaar kan de face-to-face tijd en verslaglegging van een sessie gedragstherapie op verschillende momenten invoeren. Hij of zij kan de face-to-face tijd direct na de behandeling invoeren als direct patiëntgebonden tijd op de activiteit gedragstherapie. Als hij of zij aan het eind van de dag de verslaglegging doet, kan hij of zij deze tijdsbesteding dan invoeren als indirect patiëntgebonden tijd op de activiteit Gedragstherapie.

3.1.3 Wie registreert tijd?

De volgende spelregels gelden voor de behandelaren die tijd registreren:

- Alleen de op de beroepentabel voorkomende beroepen verantwoorden hun tijdsbesteding volgens de registratielijst activiteiten en verrichtingen (zie bijlage V).
- Beroepen die onder het op de beroepentabel opgenomen beroepencluster somatische beroepen vallen, verantwoorden hun tijd via de registratielijst activiteiten en verrichtingen. Voor somatische activiteiten en verrichtingen zijn geen aparte items opgenomen op de lijst activiteiten en verrichtingen. Registreer deze op de meest passende, op de lijst voorkomende, activiteit of verrichting (intake, diagnostiek, behandeling of bijvoorbeeld onder 'overige (communicatieve) behandeling').
- Behandelaren die een beroep hebben dat voorkomt op de beroepentabel én een vervolgopleiding volgen, verantwoorden hun patiëntgebonden tijd via de activiteiten- en verrichtingenregistratie 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.
- Stagiaires en professionals in opleiding registreren geen tijd. Zij hebben immers nog geen formeel erkende bevoegd- en 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 beroepen die wel op de beroepentabel voorkomen (zie Kostprijsmodel DBC GGZ).
- 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.

Registratie verpleegkundige beroepen en beroepen in de 24-uurs continuïteitszorg

Met betrekking tot de verpleegkundige beroepen en de beroepen/personen die 24-uurs continuïteitszorg leveren geldt dat er onderscheid gemaakt wordt tussen hun rol in het ambulante zorgproces en hun rol in de kliniek. In de ambulante zorgverlening registreren deze beroepen zoals onderscheiden op de DBC GGZ-beroepentabel hun daadwerkelijk bestede tijd aan de hand van de opgestelde registratielijst voor activiteiten en verrichtingen. In de kliniek wordt de inzet van deze beroepen voor 100% versleuteld via de vaste component verblijfsoort. Dat betekent dat zij in het kader van de DBC-systematiek hun tijdsbesteding niet vastleggen volgens de registratielijst activiteiten en verrichtingen. Bijvoorbeeld op een klinische afdeling zijn altijd twee sociotherapeuten aanwezig, de één heeft als beroep verpleegkundige, de ander SPH (totaal zes personen in dienst om de volledige dag te vullen). Beiden registreren hun tijd in de kliniek niet, aangezien het hier om 24-uurs continuïteitszorg gaat.

24-uurs continuïteitszorg betreft de basiszorg op de klinische afdelingen die 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is. Een instelling maakt zelf het onderscheid welke behandelaren deze zorg leveren in de kliniek en welke behandelaren dus hun tijdsbesteding niet dienen te registreren volgens de activiteiten en verrichtingenlijst. Indien er sprake is van crisissituaties dan is er geen sprake van 24-uurs continuïteitszorg. Er wordt dan immers bovenop de basiszorg extra behandeling geleverd.

Dit leidt tot de volgende spelregels:

- ambulant en transmuraal alle beroepen die voorkomen op de beroepentabel (óók de verpleegkundigen en personen die 24-uurs continuïteitsdiensten leveren) hun inzet

verantwoorden in termen van tijdsregistratie volgens de registratielijst activiteiten en verrichtingen.

- In de kliniek registreren alle beroepen die voorkomen op de beroepentabel, behalve de personen met een verpleegkundig beroep en de beroepen/personen die 24-uurs continuïteitszorg leveren.

3.2 Registreren van tijd voor activiteiten en verrichtingen

Bij het registreren van tijd voor activiteiten en verrichtingen gelden de volgende algemene spelregels:

- Registreer alleen de activiteiten en verrichtingen die zijn opgenomen op de lijst van activiteiten en verrichtingen (zie bijlage V).
- 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.
- Registreer alle uitgevoerde activiteiten ten behoeve van een patiënt die voorkomen op de lijst van activiteiten en verrichtingen, ongeacht of deze in klinische setting, in deeltijd of ambulant zijn uitgevoerd.
- Registreer de werkelijk bestede directe tijd, de indirecte tijd én de reistijd.
- Soms is er sprake van meerdere behandelvormen tegelijkertijd. Scoor in dat geval alle voorkomende behandelvormen en verdeel de werkelijk bestede tijd over deze behandelvormen.
- Voor pré-intake en algemeen indirecte tijd geldt dat er alleen indirect patiëntgebonden tijd mag worden geregistreerd (geen reistijd). Voor de activiteit No-show binnen de categorie algemene indirecte tijd mag wel reistijd geregistreerd worden (zie bijlage IV).

Uitzonderingen:

- De activiteiten van behandelaren in het kader van de openbare ggz worden *niet* geregistreerd.
- De activiteiten van behandelaren 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 kan zijn tijd wel registreren als het gaat om preventie in termen van voorkomen van terugval of als onderdeel van de individuele behandeling van de primaire diagnose. Dit mag alleen als het gaat om een activiteit behorend bij een individuele patiënt die voor een primaire psychiatrische diagnose behandeling ontvangt (denk hierbij aan een leefstijltraining). Scoor in dit geval de betreffende activiteit (bijvoorbeeld communicatief behandelcontact) uit de lijst van activiteiten en verrichtingen.
- De activiteiten van behandelaren die plaatsvinden na de overlijdensdatum van de cliënt (bijvoorbeeld het schrijven van een brief aan de huisarts en afronding van het dossier) kunnen niet binnen de DBC geregistreerd worden. Activiteiten na de overlijdensdatum vallen niet onder de verzekerde zorg volgens de Zvw doordat de Zvw van toepassing is op de curatieve ggz. Activiteiten na de overlijdensdatum hebben niet als doel de cliënt te genezen.

Hanteren van instellingseigen standaardtijden

De tijdregistratie door behandelaren volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst is een belangrijk element in het DBC GGZ-model. Het uitgangspunt is dat behandelaren hun werkelijk bestede tijd registreren. Om de registratielast te verminderen kan de ICT een ondersteunende rol vervullen.

Binnen de kaders van de regeling AO/IC staat het instellingen vrij de DBC-registratie op een voor hen meest effectieve en efficiënte wijze invulling te geven. De registratie kan bijvoorbeeld worden gekoppeld aan een Elektronisch Patiënten Dossier, een planningsmodule en/of het gebruik van instellingseigen standaardtijden. De instelling kan ervoor kiezen om standaardtijden per activiteit in te voeren in het eigen registratiesysteem. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling om de eigen standaardtijden up-to-date te houden.

3.2.1 Registratie specifieke activiteiten

Bij de registratie van specifieke activiteiten gelden aanvullende spelregels. De spelregels wat te doen bij uitbesteden, groepstherapie, behandeling van het systeem van de patiënt en bij inloopsprekuren komen hier aan bod.

Spelregels bij onderlinge dienstverlening

In de praktijk komt het nog al eens voor dat instellingen of praktijken activiteiten uitbesteden aan andere instellingen of praktijken. Zo kan een ggz-instelling bijvoorbeeld de ECT-behandeling of het psychodiagnostisch onderzoek uitbesteden aan een daartoe gespecialiseerde zorgaanbieder. Voor een patiënt dient één integrale DBC gedeclareerd te worden die alle verleende zorg bevat behorende bij de zorg voor de betreffende primaire diagnose. Wanneer aanbieders in het zorgtraject andere aanbieders inschakelen is er sprake van onderlinge dienstverlening en verrekening van de kosten. De zorgaanbieder die de prestatie levert (de uitvoerder) dient alle geleverde activiteiten door te geven aan de zorgaanbieder (opdrachtgever) die de prestatie heeft aangevraagd, deze uitvoerder opent dus geen eigen DBC voor de patiënt. De opdrachtgever registreert vervolgens deze activiteiten en de door zichzelf uitgevoerde activiteiten op de reeds geopende DBC. De uitvoerder brengt de door zichzelf gemaakte kosten in rekening aan de zorgaanbieder die de prestatie heeft aangevraagd. Hiervoor geldt een vrij tarief dat nader bepaald dient te worden door de uitvoerende en opdrachtgevende zorgaanbieder. (Zie ook NZa beleidsregel "Tarifiering onderlinge dienstverlening CU-5028", www.nza.nl). Er wordt uiteindelijk door de opdrachtgever voor de patiënt één integrale DBC gedeclareerd die alle verleende zorg bevat.

Spelregels bij groepstherapie

We spreken van groepstherapie of groepsbehandeling als een professional twee of meer mensen met een geopende DBC gelijktijdig behandelt. Deel in dit geval de totaal aan deze activiteit bestede tijd door het aantal aanwezige patiënten, ongeacht de wijze van financiering (Zvw, AWBZ, WMO, etc.). Zie voor meer uitleg de onderstaande voorbeelden.

Wanneer een behandelaar individuele therapie of groepstherapie geeft aan één patiënt terwijl de rest van de groep toekijkt, wordt de tijd van de behandeling alleen weggeschreven op de patiënt die de therapie ondergaat. Aan de toekijkende patiënten wordt dan geen tijd toegekend.

Voorbeeld 1:

Een behandelaar besteedt 160 minuten groepsgedragstherapie aan een groep van acht mensen die allen middels de Zvw worden gefinancierd. De behandelaar schrijft dan voor al deze acht mensen op hun DBC 20 minuten (160/8) op de activiteit "Gedragstherapie in groep".

Voorbeeld 2:

Een behandelaar besteedt 160 minuten groepsgedragstherapie aan een groep van acht mensen, waarvan vijf mensen middels de Zvw worden gefinancierd. De behandelaar schrijft voor de

betreffende vijf mensen op hun DBC 20 minuten (160/8) op de activiteit “Gedragstherapie in groep”. De behandeling van de overige drie mensen wordt vanuit een andere financieringsvorm vergoed.

Spelregels bij tijdsbesteding aan het systeem van de patiënt

Professionals besteden vaak ook tijd aan het systeem (familie, gezinsleden, ouders of partner) van de patiënt. Registreer deze tijd in het kader van de behandeling van de diagnose/aandoening van de patiënt op de DBC van de betreffende patiënt. Dit geldt zowel voor individuele activiteiten als voor activiteiten die in groepsverband plaatsvinden.

Voorbeeld 1

Een behandelaar voert een gesprek (follow-up behandelcontact) van een uur met de ouders van de patiënt in aanwezigheid van de patiënt. De behandelaar schrijft dan een uur op de activiteit “Follow-up behandelcontact” op de DBC van deze patiënt. Kies voor de mogelijkheid “Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt”.

Voorbeeld 2

Een behandelaar voert een gesprek van een uur met de ouders zonder de patiënt. Deze tijd wordt dan geschreven op de DBC van deze patiënt. Kies in de registratielijst voor de mogelijkheid “Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt”.

Spelregels bij gelijktijdige tijdsbesteding aan het systeem van meerdere patiënten

Bij tijdsbesteding aan het systeem van meerdere patiënten tegelijkertijd is eveneens sprake van groepstherapie. Een voorbeeld van deze zogeheten systeemgroepstherapie is de groepstherapie voor ouders van kinderen met ADHD. Verdeel ook in dit geval de tijd die is besteed aan de groep over de DBC's van de in de behandeling zijnde patiënten. Kies voor de optie “Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep” als de patiënt niet aanwezig is en kies voor de optie “Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep” als de patiënt wel bij de behandeling aanwezig is.

Spelregels bij open inloopsprekken

Bij een open inloopsprek is een professional soms de hele dag beschikbaar op een bepaalde locatie. Patiënten kunnen in- en uitlopen wanneer zij dat willen. De behandelaar mag de tijd die tijdens het inloopsprek is besteed aan patiënten evenredig verdelen over en wegschrijven op de DBC's van die patiënten die op het inloopsprek aanwezig waren. Soms is een professional de hele dag beschikbaar, maar heeft hij of zij maar een paar uur direct patiëntgebonden activiteiten. Er wordt van uitgegaan dat de professional deze overige tijd op een andere wijze nuttig besteedt. Schrijf deze tijd dus niet op de DBC's van de patiënten die zijn gezien.

Voorbeeld:

Een professional is tijdens het inloopsprek 30 minuten bezig geweest met drie patiënten. De behandelaar verdeelt de tijd dan over deze drie patiënten. Registreer deze tijd op de activiteit die voor de patiënt is uitgevoerd. In dit voorbeeld kan dit betekenen: 10 minuten farmacotherapie voor patiënt A, en voor patiënt B en C beiden 10 minuten structurend behandelcontact.

3.2.2 Registratie verrichtingen

Onder de categorie Verrichtingen vallen de registratie van de behandeling van patiënten middels Electro Convulsie Therapie (ECT) en registratie van de ambulante verstrekking van de stof Methadon per maand.

Spelregels Electro Convulsie Therapie (ECT)

Bij een ECT-behandeling worden altijd twee zaken geregistreerd: tijdsbesteding en het aantal behandelingen ECT. Naast de tijdsbesteding van professionals aan de ECT-behandeling moeten namelijk de materiële kosten en de kosten van beroepen die niet voorkomen op de beroepentabel apart aan de DBC worden toegerekend met de registratie van het aantal behandelingen ECT. In de praktijk komt dit op het volgende neer:

- Professionals met een beroep dat voorkomt op de beroepentabel schrijven de tijd die zij aan de ECT-behandeling besteden volgens de registratielijst activiteiten en verrichtingen (Behandeling – Fysische therapie – Electroconvulsietherapie).
- Registreer het aantal behandelingen ECT. 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. Dit staat uitgebreid beschreven in het Kostprijsmodel DBC GGZ.

Spelregels ambulante verstrekking van de stof Methadon

De kosten voor de stof Methadon die ambulant door instellingen wordt verstrekt, maken geen deel uit van de productstructuur DBC GGZ. De kosten van de stof Methadon kunnen via een zogenoemd 'overig product' naast een DBC gedeclareerd worden⁷. De declaratie van de stof Methadon gaat per maand. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt het overig product en het bijbehorende tarief vast (www.nza.nl). Er wordt gestreefd naar een integraal DBC-product waarin de ambulante medicatie (i.c. Methadon) is opgenomen. Om dit te kunnen bereiken moet de ambulante medicatieverstrekking geregistreerd worden. Daarom is de verrichting "Methadon (ambulante verstrekking per maand)" toegevoegd aan de activiteiten- en verrichtingenlijst. De registratie sluit aan bij de declaratiewijze van het overig product Methadon: per maand.

De algemene spelregels zijn:

- Registreer ambulante Methadonverstrekking per maand op de DBC van de patiënt. Dit is één verrichting per maand, ongeacht de hoeveelheid en frequentie van de ambulante Methadonverstrekking die maand.
- Registreer de tijd voor behandeling van de patiënt en het verstrekken van de stof Methadon (farmacotherapie) via de activiteiten- en verrichtingenlijst.
- Zorg ervoor dat een DBC met een verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) altijd de activiteit farmacotherapie bevat. DBC's met de verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) zonder de activiteit farmacotherapie vallen uit in de validatie.
- Methadon die aan klinische patiënten wordt verstrekt, wordt niet via de activiteiten- en verrichtingenlijst geregistreerd. De kosten van klinisch verstrekte Methadon worden net als de kosten van andere klinisch verstrekte geneesmiddelen via het kostprijsmodel versleuteld naar verblijfsdagen.

Voorbeeld

Een patiënt is in behandeling voor een heroïneverslaving. De ggz-aanbieder verstrekt gedurende vijf maanden ambulant Methadon. De activiteiten in het kader van de behandeling (bijvoorbeeld communicatieve behandeling en het verstrekken van de Methadon) worden respectievelijk via communicatieve behandeling en farmacotherapie op de DBC van de betreffende patiënt

⁷ De kosten van de stof Methadon dienen uitgesloten te worden van de DBC GGZ-kostprijsberekening.

geregistreerd. De kosten van Methadon worden maandelijks via een overig product gedeclareerd. Op de DBC van de patiënt wordt aangegeven dat er vijf keer sprake is geweest van maandelijks ambulante verstrekking van Methadon.

3.2.3 Registratie verblijf

Er is een uitdrukkelijk onderscheid 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 behandelaren komen tot uitdrukking in de tijdsregistratie en het uurtarief, behalve bij personen die 24-uurs continuïteitszorg leveren.
- De kosten van aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van medische of andere beroepen. Zij moeten de tijdens de diensten uitgevoerde activiteiten en verrichtingen die zijn opgenomen op de activiteitenlijst registreren op de DBC('s) van de betreffende patiënt(en).

Spelregels registratie verblijfsdagen

Als een patiënt gedurende de hele dag in de instelling verblijft spreken we van een verblijfsdag. Er bestaat een onderscheid tussen verblijf met overnachting (VMO) en verblijf zonder overnachting (VZO).

Voor de registratie van een verblijfsdag met overnachting gelden de volgende regels:

- De eenheid van registratie is een verblijfsdag aanwezigheid.⁸
- Er is sprake van aanwezigheid indien de patiënt gedurende de dag aanwezig is in de instelling, Indien de patiënt na 20.00 uur wordt opgenomen kan geen verblijfsdag met overnachting meer worden geregistreerd. De patiënt is dan niet gedurende de dag aanwezig geweest.

Voor een verblijfsdag zonder overnachting geldt het volgende:

- Een verblijfsdag zonder overnachting kan alleen geregistreerd worden in combinatie met diagnostiek en/of behandeling. Voor verblijfsdagen zonder overnachting is voor ieder circuit een afzonderlijke categorie verblijfsdag op de activiteiten- en verrichtingenlijst opgenomen.

Wanneer verblijfsdagen registeren?

Voor het moment van registratie van verblijfsdagen geldt de volgende spelregel:

- Registreer de verblijfsdagen dagelijks of wekelijks.

Verblijfsdagen mogen aan het einde van de opnameperiode 'in bulk' op de DBC worden geregistreerd, maar het moet dan wel een aaneengesloten periode betreffen. Het is dus niet toegestaan aan het einde van de looptijd van de DBC het totaal aantal verblijfsdagen van meerdere opnameperiodes in één keer op de DBC te registreren. (Zie ook Artikel 2.10 Bzv in bijlage IV).

⁸ Afwezigheidsdagen worden niet geregistreerd op de DBC van de betreffende patiënt.

Toelichting bij registratie van een verblijfsdag met overnachting

De afleiding naar één van de zeven nieuwe deelprestaties 24-uurs verblijf gaat in twee stappen. De eerste stap is het definiëren van de setting waar de patiënt is opgenomen en de tweede stap is het afleiden van die setting naar een van de zeven deelprestaties voor het 24-uurs verblijf. Hieronder worden de twee stappen nader besproken en voorzien van een voorbeeld. Ieder Zvw-bed/plaats moet zo voor elke declaratie/contractperiode zijn gedefinieerd.

Stap 1 Definieer de setting waar patiënt is opgenomen

Het begrip afdeling wordt in deze bewust los gelaten. In plaats daarvan wordt het begrip 'setting' gebruikt. In (mogelijke) tegenstelling tot een afdeling is een setting altijd bedoeld voor een homogene patiëntengroep⁹. Waarschijnlijk zijn in de boekhouding al verschillende organisatorische afdelingen/zorggroepen gecategoriseerd, bijvoorbeeld als kostenplaatsen. Deze indeling kan ook als indeling naar 'settings' gehanteerd worden, mits deze afdelingen/zorggroepen ook bedoeld zijn voor homogene patiëntengroepen. Indien binnen deze indeling toch verschillende patiëntengroepen worden behandeld, moet een verdere splitsing van de indeling worden gemaakt¹⁰.

Een 'setting' wordt door de zorgaanbieder gedefinieerd op basis van homogeniteit in de vraag naar verblijfszorg van de patiënten, waarvoor de setting is bedoeld.

Stap 2 Leid een setting af naar een deelprestatie verblijf

Bereken vervolgens per setting het aantal voor dat jaar ingeroosterde fte VOV-personeel/24-uurs continuïteitsdienst per plaats. Deel hiervoor per 'setting' het aantal ingeroosterde fte's door het aantal bedden/plaatsen op die setting. Deze berekende waarde valt vervolgens binnen de ranges die zijn gedefinieerd in de bijlage verblijfsprestaties verblijf (zie bijlage VII).

Zo is afgeleid welke deelprestatie voor verblijf als 24-uurs verblijfsdag per patiënt geregistreerd en gedeclareerd kan worden. De deelprestatie verblijf is hiermee afhankelijk van de setting waar de patiënt zit. Bij een patiënt die wisselt van verblijfssetting (bv. van een gesloten naar een open setting) wisselt in principe ook de deelprestatie voor verblijf, tenzij de twee settings tot een zelfde deelprestatie leiden.

LET OP: Er zijn zeven landelijke deelprestaties voor 24-uurs verblijf gedefinieerd, waardoor het goed mogelijk is dat er meer 'settings' binnen een zorginstelling aanwezig zijn dan soorten deelprestaties.

⁹ De exacte definitie van de patiëntgroepen is uiteraard onderwerp van gesprek tijdens de in- en verkoopgesprekken voor het betreffende contractjaar. Het (her)definiëren van de bedden/plaatsen is daarmee afhankelijk van de frequentie van de in- en verkoopgesprekken.

¹⁰ Een setting kan niet tegelijk én open én gesloten zijn. Dit houdt in dat er twee aparte settings gedefinieerd moeten worden.

Voorbeeld PAAZ-functie binnen een geïntegreerde instelling

Stap 1

Wanneer in een instelling een organisatorische eenheid is waar patiënten met een somatische zorgvraag verpleegd/verzorgd kunnen worden (bv. een PAAZ functie met 30 plaatsen) dan kan hier de setting op worden ingedeeld. Als er binnen deze afdeling een duidelijk herkenbaar onderscheid wordt gemaakt tussen een gesloten deel en een open deel is sprake van 2 settings.

Setting 1 = PAAZ open deel met 20 plaatsen (met 8 fte VOV-personeel)

Setting 2 = PAAZ gesloten deel met 10 plaatsen (met 8 fte VOV-personeel)

Stap 2

Deel vervolgens het aantal fte VOV door het aantal op de setting en bepaal in welke deelprestatie de setting valt.

Setting 1: $8 \text{ fte} / 20 \text{ plaatsen} = 0.4$

Voor een patiënt op deze afdeling wordt voor een 24-uurs verblijfsdag **deelprestatie verblijf B** (vanaf 0,3 t/m 0,5 fte) geregistreerd.

Setting 2: $8 \text{ fte} / 10 \text{ plaatsen} = 0.8$

Voor een patiënt op deze afdeling wordt voor een 24-uurs verblijfsdag **deelprestatie verblijf D** (vanaf 0,7 t/m 1,0 fte) geregistreerd.

Toelichting bij registratie van een verblijfsdag zonder overnachting in relatie tot dagbehandeling en deeltijd

Een verblijfsdag is meestal inclusief overnachting, maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn. Wanneer er bijvoorbeeld dagbehandeling plaatsvindt kan er ook sprake zijn van een verblijfsdag. Een patiënt verblijft dan overdag in de instelling (ontvangt eten en drinken) en wordt gedurende de hele dag verpleegd en verzorgd.

Dagbehandeling is geen deeltijdbehandeling. Bij deeltijdbehandeling is sprake van een aantal uur behandeling. Voor behandelaren is het soms niet duidelijk wanneer zij een aantal uur behandeling moeten registreren en wanneer een verblijfsdag zonder overnachting. Daarom wordt een onderscheid gemaakt tussen deeltijdbehandeling en dagbehandeling.

Spelregels deeltijdbehandeling:

- Deeltijdbehandeling is een aantal uren behandeling die in de meeste gevallen aaneengeschaald op één dag(deel) plaatsvindt.
- Elke behandeling, en dus ook deeltijdbehandeling, wordt geregistreerd in termen van de bestede tijd door professionals, via de activiteiten- en verrichtingenlijst.
- Registreer bij deeltijdbehandeling géén “Verblijf zonder overnachting”.

Spelregels dagbehandeling:

- Registreer het verblijf van een patiënt voor een dagbehandeling via een “Verblijfsdag zonder overnachting”.
- Registreer de behandeling die naast de dagbehandeling nog plaatsvindt, gedurende een (beperkt) aantal momenten op de dag, via tijdsregistratie op activiteiten. Dit kunnen meerdere activiteiten van meerdere behandelaren zijn.

Voorbeeld 1

In de kinder- en jeugdpsychiatrie komt het vaak voor dat kinderen alleen overdag in de instelling verblijven. Zij ontvangen dan verpleging, verzorging en/of opvang. Instellingen mogen voor deze verblijfsdag zonder overnachting een apart verblijfsdagtarief opvoeren, deze valt altijd onder verblijfsdag zonder overnachting en dient geregistreerd te worden naar circuit.

Voorbeeld 2

In de kinder- en jeugdpsychiatrie komt het ook voor dat de ouders in het kader van de behandeling van hun kind in de instelling verblijven. De kosten van verblijf van de ouders worden dan 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.

Een beschrijving van alle deelprestaties van verblijf is te vinden in bijlage VII.

3.2.4 Registratie dagbesteding

Van dagbesteding is sprake als de instelling voor de patiënt gelegenheden organiseert om de tijd op een zinvolle wijze door te brengen. Er is geen sprake van behandeling, begeleiding of verpleging. In de activiteitenlijst worden de volgende categorieën dagbesteding onderscheiden: dagbesteding sociaal, dagbesteding activering, dagbesteding educatie, dagbesteding arbeidsmatig, dagbesteding overig.

De algemene spelregels bij de registratie van dagbesteding zijn:

- 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 patiëntuur.
- Registreer voor een patiënt nooit tegelijkertijd dagbesteding en direct patiëntgebonden activiteiten. Direct patiëntgebonden tijd kan wel voor of na uren dagbesteding geregistreerd worden, maar niet gedurende de dagbesteding. Dagbesteding en verblijfsdag kunnen wel tegelijkertijd worden geregistreerd.
- Pré-intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet en kunnen altijd geregistreerd worden in een DBC. Leidt de diagnosestelling tot alleen dagbesteding, dan kan geen aanspraak gemaakt worden op de Zvw en moet de DBC worden afgesloten met afsluitreden 5. Een DBC met dagbesteding (al dan niet in combinatie met pré-intake en/of intake/diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd en/of ondersteunende begeleidingscontacten en/of verblijf zonder overnachting) wordt afgekeurd in de validatie.

Voorbeeld

In het circuit ouderen komt een patiënt op een dag gedurende zes uur in het kader van het opdoen van sociale contacten naar een instelling. De zes uren dat deze patiënt in de instelling aanwezig is, worden geregistreerd onder dagbesteding (in uren). Op een andere dag komt de patiënt eveneens zes uren naar de instelling. Hij of zij ontvangt nu echter op dezelfde dag, binnen de zes uur dat hij of zij aanwezig is, een uur een follow-up behandelcontact van een psycholoog. Dit uur wordt apart geregistreerd. Voor deze patiënt worden voor deze dag dan vijf uren dagbesteding geregistreerd en een uur follow-up behandelcontact.

3.2.5 Spelregels bij educatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Activiteiten in het kader van educatie worden onderscheiden naar:

Klinische school

Activiteiten van de klinische school hoeven niet geregistreerd te worden. De klinische school is voor leerplichtige patiënten. Dit wordt niet via de Zvw 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 behandelaren worden besteed aan educatieve dagbesteding worden geregistreerd via uren dagbesteding.

Bijlage I Zorgtypen

Te selecteren zorgtypen bij 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 e.d.
Eénmalig (spoedeisend) consult/crisisinterventie	<p>Het betreft een eenmalig (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.</p> <p>Een DBC met zorgtype Eénmalig spoedeisend consult/crisisinterventie wordt gesloten als de patiënt overgaat naar reguliere zorg of uit zorg gaat. DBC's met zorgtype Eénmalig spoedeisend consult/crisisinterventie hebben een looptijd van <u>maximaal 28 dagen</u> en kunnen <u>geen verblijfsdagen</u> (met of zonder overnachting) bevatten.</p>
Acute opname	Een niet-electieve acute opname van een patiënt voor (korte) intensieve behandeling. Het zorgtype acute opname heeft een looptijd van maximaal 28 kalenderdagen. De DBC dient <u>minimaal 1 en maximaal 28 verblijfsdagen met hooguit 27 overnachtingen</u> te bevatten. Hierna is geen sprake meer van een acute situatie en moet de DBC gesloten worden. Als de patiënt voor dezelfde primaire diagnose in zorg blijft, kan een vervolgd-DBC worden geopend. Een DBC met zorgtype Acute opname wordt gesloten als de patiënt overgaat naar reguliere zorg.
Second opinion	De herbeoordeling van een zorgvraag en bijbehorende adviesverlening aan een patiënt in één of een beperkt aantal contacten door een psychiater uit een <u>andere zorginstelling</u> waarbij er <u>geen sprake</u> is van overname van behandeling. DBC's met zorgtype Second opinion kunnen <u>niet meer dan 250 minuten directe tijd</u> bevatten en er dient minimaal één diagnostische activiteit te zijn geregistreerd.
Zorg op basis van tertiaire verwijzing	Het betreft een patiënt met een <u>nieuwe zorgvraag</u> , die wordt gezien op basis van een doorverwijzing door een collega-specialist uit een andere zorginstelling omdat daar de benodigde expertise, knowhow, ervaring en/of behandelafaciliteiten voor die zorgvraag niet aanwezig is.
Langdurig periodieke controle (bij overname)	Een meerjarig zorgtraject waarbij de patiënt ten minste 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.
Bemoeizorg	Dit zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van het zorgtraject in de tweedelijns curatieve. 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.

Rechterlijke Machtiging (RM) ¹¹	<p>Gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet BOPZ. DBC's met zorgtype RM moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'Medische beroepen'.</p> <p>NB: Niet alle gevallen van rechterlijke machtiging vallen onder de Zvw/DBC GGZ-systematiek. Een rechterlijke machtiging die wordt afgegeven voor iemand in detentie die tijdelijk moet worden opgenomen in een ggz-instelling, valt onder het strafrecht en daarmee onder de systematiek voor forensische zorg in strafrechtelijk kader (DBBC).</p>
Inbewaringstelling (IBS)	<p>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 met overnachting 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.</p>
Hulpverlening uitgevoerd onder Ondertoezichtstelling (OTS)	<p>Kinderen onder de 18 jaar van wie de ouders verplicht zijn samen te werken voor wat betreft de opvoeding van het kind met een door de rechter toegewezen gezinsvoogd.</p>
Rechterlijke Machtiging (RM) met voorwaarden	<p>Een vorm van RM in het kader van de wet BOPZ, waarbij een gedwongen opname voorkomen wordt als de patiënt zich aan de door de rechter gestelde voorwaarden houdt.</p> <p>DBC's met zorgtype RM met voorwaarden hebben geen verblijfsdagen met overnachting en hebben wel een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster Medische beroepen.</p>
Jeugdstrafrecht	<p>Zorg die wordt opgelegd door de strafrechter in het kader van Jeugdstrafrecht.</p>

¹¹ Zorgtypen die verband houden met een rechterlijke uitspraak worden niet op de declaratie aan de verzekeraars opgenomen. De zorgtypen Rechterlijke machtiging (RM), Inbewaringstelling (IBS), Ondertoezichtstelling (OTS), Rechterlijke machtiging met voorwaarden en Jeugdstrafrecht zullen bij het afleiden van de prestatiecode worden geanonimiseerd. Dit houdt in dat deze zorgtypen niet als zodanig naar de zorgverzekeraar worden gecommuniceerd, maar als reguliere zorg (in het geval van initieel zorgtype) of voortgezette behandeling (in het geval van vervolg zorgtype).

Te selecteren zorgtypen bij vervolg-DBC's:

(Langdurig periodieke) controle	Dit zorgtype wordt geregistreerd als de patiënt ten minste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond.
Voortgezette behandeling	Indien een behandeling langer dan 365 dagen duurt, is het na de initiële DBC noodzakelijk een vervolg-DBC te openen met dezelfde primaire diagnose. Ook als een patiënt na crisisinterventie voor dezelfde primaire diagnose in zorg blijft, wordt een vervolg-DBC geopend met zorgtype voortgezette behandeling.
Uitloop	Dit zorgtype wordt geregistreerd als een behandeling door omstandigheden (wachlijsten, et cetera) langer duurt dan 365 dagen. In feite zou de behandeling binnen 365 dagen afgerond kunnen worden; echter door omstandigheden die niet inherent zijn aan de behandeling zelf wordt deze periode overschreden.
Exacerbatie/recidive	Van een recidive c.q. exacerbatie kan alleen sprake zijn als de patiënt <u>binnen 365 dagen</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 tweedelijns 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.
Rechterlijke Machtiging	Gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet BOPZ. DBC's met vervolg zorgtype RM moeten een activiteit bevatten geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'Medische beroepen'. NB: Niet alle gevallen van rechterlijke machtiging vallen onder de Zvw/DBC GGZ-systematiek. Een rechterlijke machtiging die wordt afgegeven voor iemand in detentie die tijdelijk moet worden opgenomen in een GGZ instelling, valt onder het strafrecht en daarmee onder de systematiek voor forensische zorg in strafrechtelijk kader (DBBC).
Hulpverlening uitgevoerd onder Ondertoezichtstelling	Kinderen onder de 18 jaar van wie de ouders verplicht zijn samen te werken voor wat betreft de opvoeding van het kind met een door de rechter toegewezen gezinsvoogd.
Rechterlijke Machtiging (RM) met voorwaarden	Een vorm van RM in het kader van de wet BOPZ, waarbij een gedwongen opname voorkomen wordt als de patiënt zich aan de door de rechter gestelde voorwaarden houdt. DBC's met zorgtype RM met voorwaarden hebben geen verblijfsdagen met overnachting maar wel een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster Medische beroepen.
Jeugdstrafrecht	Zorg die wordt opgelegd door de strafrechter in het kader van Jeugdstrafrecht.

Bijlage II Typeringslijst

DBC-typeringslijst Geestelijke Gezondheidszorg *Versie 2012, F2.0*

IDENTIFICATIEGEGEVENS

Eerste letter voornaam
 Tussenvoegsel
 Geboortenaam patiënt
 Geboortedatum patiënt
 Geslacht
 Patiëntnummer

Hoofdbehandelaar
 Instelling
 Circuit
 Startdatum DBC
 nieuwe patiënt
 bestaande patiënt
 Geopend door:

 Einddatum DBC
 Reden voor afsluiten bij patiënt/ niet bij behandelaar
 Reden voor afsluiting bij behandelaar/ om inhoudelijke redenen
 In onderling overleg beëindigd zorgtraject/ patiënt uitbehandeld
 Afsluiting administratief of vanwege openen vervolg-DBC
 Afsluiting na alleen pré-intake/ intake/ diagnostiek/ crisisopvang

ZORGTYPEN

1. initiële zorgtypen 2. vervolg zorgtypen

O01 Reguliere zorg O 01 (Langdurig periodieke) controle
 O 02 Eenmalig spoedeisend consult/ crisisinterventie O 02 Voortgezette behandeling
 O03 Acute opname O 03 Uitloop
 O 04 Exacerbatie/ recidive
 O 06 second opinion O 05 Bemoeizorg
 O 07 Zorg op basis van tertiaire verwijzing O 06 Rechterlijke machtiging
 O 08 Langdurig periodieke controle (bij overname)
 O 09 Bemoeizorg
 O 10 Rechterlijke machtiging O 10 Ondertoezichtstelling
 O 11 In bewaring stelling O 11 Rechterlijke machtiging met voorwaarden
 O 12 Jeugdstrafrecht
 O 15 Ondertoezichtstelling
 O 16 Rechterlijke machtiging met voorwaarden
 O 17 Jeugdstrafrecht

Ontbreken van bepaalde nummers komt doordat sommige zorgtypen zijn komen te vervallen.

DIAGNOSE volgens DSMIV

De diagnose 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.

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

- 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 2 Persoonlijkeitsstoornissen

Aanwezig/Trekken van

- 301.0 Paranoïde persoonlijkheidsstoornis
- 301.20 Schizoïde persoonlijkheidsstoornis
- 301.22 Schizotypische persoonlijkheidsstoornis
- 301.7 Antisociale persoonlijkheidsstoornis
- 301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis
- 301.50 Theatrale persoonlijkheidsstoornis
- 301.81 Narcistische persoonlijkheidsstoornis
- 301.82 Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
- 301.6 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- 301.4 Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis
- 301.9 Persoonlijkeitsstoornis NAO
- 799.9 Diagnose of aandoening op as 2 uitgesteld
- V71.09 Geen diagnose of aandoening op as 2

Persoonlijkeitsstoornissen 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

- 0901 Te veel betrokken
- 0902 Te weinig betrokken
- 0903 Verontrustend/ ontspannen
- 0904 Dreigend/ vijandig

905 gemengd (combinatie van overige factoren)

0906 Misbruik (verbaal, psychisch, seksueel)

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

As 1 Invullen betreffende ICD-code of code volgens DC: 0-3...(danwel de V-code)

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 zwakbegaafdheid (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op as 2).

As 3 Somatische aandoeningen

Op as 3 kan gekozen worden voor drie mogelijkheden

Geen of geen relevante diagnose op As 3

Diagnose op As 3, enkelvoudig

Diagnose op As 3, complex

Op As 3 binnen de DSMIV 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 consequentie 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 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 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 consequentie, maar niet veel) danwel complex (veel consequenties). De beoordeling hiervan wordt overgelaten aan de hoofdbehandelaar.

As IVPsychosociale en omgevingsfactoren

- 01 Problemen binnen de primaire stuurgroep
- 02 Problemen verbonden aan de sociale omgeving
- 03 Studie/ scholingsproblemen
- 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 omgevingsfactoren
- 10 Geen diagnose of aandoening aanwezig

As VGlobal Assessment of Functioning (GAF)- score

Beoordeling GAF/ CGAS bij openen van een DBC

1. huidig2. Hoogste laatste jaar

- O00 GAF/ CGAS score 0
- O01 GAF/ CGAS score 1-10
- O02 GAF/ CGAS score 11-20
- O03 GAF/ CGAS score 21-30
- O04 GAF/ CGAS score 31-40
- O05 GAF/ CGAS score 41-50
- O06 GAF/ CGAS score 51-60
- O07 GAF/ CGAS score 61-70
- O08 GAF/ CGAS score 71-80
- O09 GAF/ CGAS score 81-90
- O10 GAF/ CGAS score 91-100

Beoordeling GAF/ CGAS bij sluiten van een DBC

3.eind

- O0 GAF/ CGAS score 0
- O1 GAF/ CGAS score 1-10
- O2 GAF/ CGAS score 11-20
- O3 GAF/ CGAS score 21-30
- O4 GAF/ CGAS score 31-40
- O5 GAF/ CGAS score 41-50
- O6 GAF/ CGAS score 51-60
- O7 GAF/ CGAS score 61-70
- O8 GAF/ CGAS score 71-80
- O9 GAF/ CGAS score 81-90
- O10 GAF/ CGAS score 91-100

Bijlage III De DC:0-3: het diagnoseclassificatiesysteem voor psychopathologie bij jonge kinderen

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

	DSM-IV	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 DSM-IV. Deze hoofdgroepen kunnen als primaire diagnose (reden voor openen DBC) in DBC GGZ worden gekozen.
As 2	Persoonlijkheidsstoornissen	Ouder-kind relatiestoornis, 6 hoofdgroepen: 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)	As is niet vergelijkbaar qua inhoud, de 6 hoofdgroepen van de DC:0-3 zijn toegevoegd onder de As 1 van DSM-IV. 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 DSM-IV worden geregistreerd. Geen aanvullingen noodzakelijk/toegevoegd.
As 4	Psychosociale factoren 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 DSM-IV.
As 5	Global Assessment of Functioning	Functioneel emotioneel ontwikkelingsniveau	As is onvergelijkbaar en hoeft bij kinderen < 4 jaar niet te worden ingevuld.

Bijlage IV Definities activiteiten en verrichtingen

In deze bijlage zijn de definities opgenomen van de activiteiten en verrichtingen. In bijlage IV is een 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 alleen 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: een patiënt proberen te bereiken voor een eerste afspraak, overleg met de verwijzer over de geschiktheid voor verwijzing van een potentiële patiënt. Onder pré-intake mogen geen activiteiten in het kader van Openbare GGZ of preventie worden geschreven. 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: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
4. Hetero anamnese: 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 pllegen te bieden (...).

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 die vormen zijn 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 kinderpsychotherapie, 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 ambulante). Op deze activiteit wordt de directe en indirecte 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 '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 dramatherapie, beeldende therapie, 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 NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.

Ergotherapie

Op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot ergotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-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 reëel perspectief.

Activerende begeleiding

Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek.

Ondersteunende begeleiding

Ondersteunende begeleiding (OB) omvat ondersteunende activiteiten in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, 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 OB niet onder de tweedelijns curatieve GGZ vallen. Het College voor Zorgverzekeringen geeft aan dat alleen de OB onder de Zorgverzekeringswet valt als deze strikt noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen. 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 te allen tijde gevat worden in een DBC. Mocht de diagnosestelling leiden tot enkel Ondersteunende begeleidingscontacten (al dan niet in combinatie met pré-intake en/of intake/diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd en/of dagbesteding en/of verblijf zonder overnachting) dan wordt de DBC afgekeurd in de validatie. De DBC kan dan, mits de ondersteunende begeleidingscontacten zijn verwijderd, worden gesloten (afsluitreden 5).

5 Verpleging

Verpleging

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

Crisiscontacten kunnen via de activiteiten- en verrichtingenregistratie 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.

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 behandelaanbod;
- de patiënt als zodanig wordt verwezen door eigen behandelaren (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 patiëntgebonden 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 (indirect of direct) patiëntgebonden tijd 50% of meer valt binnen de periode van 08.00 - 18.00 uur.

Crisiscontact buiten kantooruren

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

7 Algemeen indirecte tijd

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

- zorgcoördinatie;
- no show (reistijd);
- 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 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 gemoed met het regelen van een tolk voor een activiteit of verrichting die face-to-face wordt uitgevoerd.

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.

Voor het registreren van No show gelden de volgende regels:

- Op de activiteit No show mag geen (in)directe tijd geschreven worden.
- In geval van No show mag alleen reistijd als indirecte tijd worden geschreven. In dit geval gaat de behandelaar op huisbezoek en blijkt de patiënt om welke reden dan ook niet thuis te zijn/open te doen. Deze 'verloren' reistijd kan geregistreerd worden.

INTERNE PATIËNTBESPREKING (MDO)

Onder een interne patiëntbespreking verstaan we de tijdsbesteding van een professional aan 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. Ten aanzien van de interne patiëntenbespreking, (het multidisciplinair overleg) geldt dat veelal sprake is van een groepsgewijze bespreking. Meerdere behandelaren bespreken meerdere patiënten tijdens een overleg. Alle behandelaren 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 drie behandelaren waar zes patiënten aan bod komen. Het MDO duurt 60 minuten. De drie behandelaren verdelen nu elk het door hen bestede uur MDO over alle zes besproken patiënten. Dat wil zeggen dat elke patiënt 10 minuten tijd krijgt bijgeschreven van elk van de drie behandelaren (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 behandelaren betrokken zijn.

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 CORRESPONDENTIE OVER OF NAMENS DE PATIËNT OF EEN ONTSLAGBRIEF.

ACTIVITEITEN I.V.M. JURIDISCHE PROCEDURES (IBS, BOPZ)

ADMINISTRatieve ACTIVITEITEN, CORRESPONDENTIE, ET CETERA 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. Er is sprake van aanwezigheid indien de patiënt gedurende de dag aanwezig is in de instelling. Indien de patiënt na 20.00 uur wordt opgenomen kan geen verblijfsdag meer worden geregistreerd. De patiënt is dan niet gedurende de dag aanwezig geweest.

Afwezigheidsdagen (bijvoorbeeld voor weekend- of vakantieverlof) worden niet geregistreerd op de DBC van de patiënt. DBC's die alleen verblijf zonder overnachting al dan niet in combinatie met pré-intake en/of algemeen indirecte tijd en/of dagbesteding en/of ondersteunende begeleiding bevatten, worden afgekeurd in de validatie.

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 inlooffunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Het gaat dan ook vooral over de beschikbaarheidfunctie. Dat betekent 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. Tekenen en schilderen bijvoorbeeld, maar ook gipsgieten, 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. Deelname is niet verplicht, maar het is de bedoeling dat de patiënten er iets van opsteken en daarom is 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, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding 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 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 diagnosestelling leiden tot enkel dagbesteding (al dan niet met Ondersteunende begeleidingscontacten), dan kan er geen aanspraak gemaakt worden op de Zvw en dient de DBC te worden afgesloten met afsluitreden 5. Een DBC met dagbesteding (al dan niet in combinatie met pré-intake en/of intake/diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd en/of ondersteunende begeleidingscontacten en/of verblijf zonder overnachting) wordt afgekeurd in de validatie.

10 Verrichting

Verrichtingen worden geregistreerd in aantallen: ECT per behandeling en Methadon per maand waarin de stof Methadon ambulante is verstrekt.

ECT

De materiële kosten en de inzet van professionals die niet voorkomen op de beroepentabel (zoals de anesthesist) worden in kaart gebracht via de registratie van het aantal behandelingen ECT. Zie hiervoor ook de toelichting in hoofdstuk 4 van het kostprijsmodel versie 13.

Methadon (ambulante verstrekking per maand)

Wanneer Methadon aan een patiënt wordt verstrekt, wordt dit per maand geregistreerd op de DBC van de patiënt. Ambulante verstrekking in een maand wordt gezien als één verrichting. Dit is ongeacht de hoeveelheid en frequentie van de ambulante Methadonverstrekking in die maand. De kosten voor Methadon die ambulante wordt verstrekt, worden uitgesloten van de kostprijsberekening. De tijd voor behandeling van de patiënt en het verstrekken (de overdracht) van de stof Methadon (farmacotherapie) kunnen via de activiteiten- en verrichtingenlijst geregistreerd worden.

Een DBC met een verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) dient altijd de activiteit farmacotherapie te bevatten. DBC's met de verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) zonder de activiteit farmacotherapie vallen uit in de validatie.

Bijlage V Activiteiten- en verrichtingenlijst

Code	Activiteit	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Soort
1	Pré intake	Ja	Nee	Ja	Nee	Tijdschrijven
2	Diagnostiek	Nee				
2.1	Intake & screening	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.2	Verwerven informatie van eerdere behandelaars	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.3	Anamnese / vragenlijsten	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.4	Hetero anamnese	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.5	Psychiatrisch onderzoek	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.6	Psychodiagnostisch onderzoek	Nee				
2.6.1	Intelligentie	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.6.2	Neuropsychologisch	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.6.3	Persoonlijkheid	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.7	Orthodidactisch onderzoek	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.8	Vaktherapeutisch onderzoek	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.9	Contextueel onderzoek (gezin, school, etc)	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.10	Lichamelijk onderzoek	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.11	Aanvullend onderzoek: lab, rad, klin.neur.fys., nucleair	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.12	Advisering	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
2.13	Overige diagnostische activiteiten	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3	Behandeling	Nee				
3.1	Communicatieve behandeling	Nee				
3.1.1	Follow up behandelcontact	Nee				
3.1.1.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.1.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.2	Steunend en structurend behandelcontact	Nee				
3.1.2.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.2.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven

Code	Activiteit	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Soort
3.1.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3	Psychotherapie	Nee				
3.1.3.1	Psychoanalyse	Nee				
3.1.3.1.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.2	Psychodynamische psychotherapie	Nee				
3.1.3.2.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.2.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.3	Gedragstherapie	Nee				
3.1.3.3.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.3.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.4	Cognitieve gedragstherapie	Nee				
3.1.3.4.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.4.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.5	Interpersoonlijke therapie	Nee				
3.1.3.5.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.5.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.5.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.5.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven

Code	Activiteit	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Soort
3.1.3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.6	Cliëntgerichte therapie	Nee				
3.1.3.6.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.6.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.6.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.6.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.7	Systeemtherapie	Nee				
3.1.3.7.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.7.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.7.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.7.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.7.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.7.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.8	Overig psychotherapie	Nee				
3.1.3.8.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.8.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.8.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.8.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.8.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.3.8.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.4	Overige (communicatieve) behandeling	Nee				
3.1.4.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.4.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.1.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.2	Farmacotherapie	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.3	Fysische therapie	Nee				
3.3.1	Elektroconvulsietherapie	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.3.2	Lichttherapie	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.3.3	Transcraniële magnetische stimulatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.3.4	Overig behandeling fysische technieken	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4	Vaktherapie	Nee				
3.4.1	Creative therapie (drama, beeldend, muziek, dans, tuin, etc)	Nee				

Code	Activiteit	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Soort
3.4.1.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.1.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.2	Psychomotorische therapie (beweging, expressie, interactie)	Nee				
3.4.2.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.2.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.3	Vaktherapie overig	Nee				
3.4.3.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.3.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.4.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.5	Fysiotherapie	Nee				
3.5.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.5.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.6	Ergotherapie	Nee				
3.6.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.6.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4	Begeleiding	Nee				
4.1	Activerend begeleidingscontact	Nee				

Code	Activiteit	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Soort
4.1.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.1.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.2	Ondersteunend begeleidingscontact	Nee				
4.2.1	Patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.2.2	Patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
5	Verpleging	Nee				
5.1	Verpleging	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
6	Crisisopvang	Nee				
6.1	Crisiscontact binnen kantooruren	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
6.2	Crisiscontact buiten kantooruren	Ja	Ja	Ja	Ja	Tijdschrijven
7	Algemeen indirecte tijd	Nee				
7.1	Zorgcoördinatie	Ja	Nee	Ja	Nee	Tijdschrijven
7.2	No show	Ja	Nee	Nee	Ja	Tijdschrijven
7.3	Interne patiëntbespreking (MDO)	Ja	Nee	Ja	Nee	Tijdschrijven
7.4	Extern overleg met derden (buiten de instelling)	Ja	Nee	Ja	Nee	Tijdschrijven
7.5	Verslaglegging algemeen (b.v. Ontslagbrief, correspondentie)	Ja	Nee	Ja	Nee	Tijdschrijven
7.6	Activiteiten ivm juridische procedures (b.v. IBS, BOPZ)	Ja	Nee	Ja	Nee	Tijdschrijven
7.7	Regelen tolken	Ja	Nee	Ja	Nee	Tijdschrijven
8	Verblijf (per verblijfsdag)	Nee				
8.1 t/m 8.6	Verblijf zonder overnachting	Nee				
8.1.6	Verblijf kinderen en jeugdigen 6*	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.2.6	Verblijf ouderen 6*	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.3.6	Verblijf volwassenen kort 6*	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.4.6	Verblijf verslavingszorg 6*	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.5.6	Verblijf forensisch niet in strafrechtelijk kader (SK) 6*	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag

Code	Activiteit	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Soort
8.6.6	Verblijf volwassenen lang 6*	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.8	Deelprestaties verblijf GGZ (24 uren verblijf)	Nee				
8.8.01	Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.8.02	Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.8.03	Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.8.04	Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.8.05	Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.8.06	Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
8.8.07	Deelprestatie verblijf G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	Ja	Nee	Nee	Nee	Verblijfsdag
9	Dagbesteding (per uur)	Nee				
9.1	Dagbesteding sociaal (ontmoeting)	Ja	Nee	Nee	Nee	Dagbesteding
9.2	Dagbesteding activering (dagactiviteiten)	Ja	Nee	Nee	Nee	Dagbesteding
9.3	Dagbesteding educatie	Ja	Nee	Nee	Nee	Dagbesteding
9.4	Dagbesteding arbeidsmatig	Ja	Nee	Nee	Nee	Dagbesteding
9.5	Dagbesteding overig	Ja	Nee	Nee	Nee	Dagbesteding
10	Verrichting	Nee				
10.1	Electroconvulsietherapie	Ja	Nee	Nee	Nee	Verrichting
10.2	Ambulante methadon (medicijn, registratie per maand)	Ja	Nee	Nee	Nee	Verrichting

Bijlage VI Wie typeert en registreert; de beroepentabel DBC GGZ

Wie typeert de zorgvraag van patiënten?

Alle in de wet BIG¹² geregistreerde beroepen (professionals) die bevoegd én bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM-IV, kunnen patiënten typeren met behulp van de typeringlijst. 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 kaders¹³ en draagt verantwoordelijkheid voor de eigen beleidskeuzen.
- De psychiater/medicus in de instelling is verantwoordelijk voor het medisch somatisch beleid en voor de gemaakte zorginhoudelijke keuzen. Bij niet-medici wordt deze verantwoordelijkheid soms gedelegeerd via een 'verlengde arm constructie'. De verantwoordelijkheid voor het medisch beleid kan in het geval van vrijgevestigde psychotherapeuten tevens belegd blijven bij de huisarts.

Een patiënt diagnosticeren¹⁴ stelt andere eisen aan een behandelaar dan het kunnen stellen van de DSM-classificatie op de vijf assen die noodzakelijk is voor de DBC-systematiek. Het vereist dat professionals in staat worden gesteld om patiënten zelf te onderzoeken. Wanneer er sprake is van een medische¹⁵ verantwoordelijkheid dan stelt dit andere eisen aan de bevoegdheid en bekwaamheid van de professional. Sommige professionals kunnen die medische verantwoordelijkheid niet alleen dragen. Daarom heeft de huisarts in het verwijzen naar niet-medische professionals binnen de tweedelijns curatieve ggz een speciale verantwoordelijkheid. Een hoofdbehandelaar is in het algemeen diegene 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 diagnosticeren¹⁶. Professionals die geen hoofdbehandelaar zijn (en dus geen patiënten typeren) worden behandelaar genoemd (zij registreren dus alleen activiteiten en verrichtingen). Een hoofdbehandelaar is vaak ook behandelaar en registreert dus ook activiteiten en verrichtingen.

¹² 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.

¹³ Belangrijke wetgeving in deze is de kwaliteitswet zorginstellingen.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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 onderscheidbaar is.

¹⁶ Tip: Ter voorkoming van niet uitbetalen van de DBC wordt aan vrijgevestigde GZ-psychologen geadviseerd om voorafgaand aan de behandeling contact op te nemen met de zorgverzekeraar, zie ook circulaires ZN 2008 0073 en ZN 2009 0014.

Wie registreert: de beroepentabel DBC GGZ

De beroepentabel DBC GGZ sluit aan bij een landelijk erkende indeling van beroepen: de beroepenstructuur van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (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 aan bij de in de Wet BIG geregistreerde beroepen en heeft hier de beroepen aan toegevoegd die (nog) niet geregistreerd zijn in de Wet BIG, maar binnen de ggz wel eenzelfde landelijk erkende status hebben. Het model DBC GGZ gaat uit van de meest recente versie van de CONO-beroepenstructuur, die dateert van 19 november 2004.

De beroepenstructuur van het CONO onderscheidt zes beroepenclusters: 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 geriatr, fysiotherapeut en dergelijke. De complete beroepentabel DBC GGZ is hieronder opgenomen.

Het CONO onderscheidt in elk beroepencluster vier niveaus. In de Wet BIG wordt bepaald wanneer sprake is van een basisberoep en van een specialisme. Het CONO heeft hier, met instemming van de minister van VWS en van de Tweede Kamer, het initiële niveau en het niveau specialisatie/functiedifferentiatie aan toegevoegd. Het betreft dus de volgende vier niveaus:

- Basisberoep initieel:
De functionaris heeft een initiële opleiding afgerond die in staat stelt tot het uitoefenen van het betreffende agogische, vaktherapeutische, psychologische of verpleegkundige beroep;
- 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;
- 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;
- Specialisme:
Functionarissen zijn opgeleid tot basisberoep gezondheidszorg (artikel 3) én zijn in aanvulling daarop gespecialiseerd/hebben een erkend specialisme (artikel 14 wet BIG).

Bij de indeling van de in de instelling of praktijk werkzame professionals volgens de beroepentabel moet onderscheid gemaakt 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 tweedelijns 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 activiteiten- en verrichtingenlijst.
- Functies
Instellingen/praktijken maken via functies (en 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 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 genoemd, die een specifieke ggz-specialisatie vereisen én dus door partijen als beroep worden gezien. Een voorbeeld hiervan bij het verpleegkundige beroepencluster is bijvoorbeeld de SPV. Het CONO is hierin niet uitputtend. De instelling of praktijk kan onder eigen verantwoordelijkheid vergelijkbare beroepen laten registreren onder de noemer 'overig [naam betreffend beroepencluster] SF'.

Beroepentabel DBC GGZ

Functiecode	Korte functie beschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
MB	Medische beroepen	Medische beroepen
MB.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
MB.BG.basis	MB - Arts	Arts (waaronder Agio/ Agnio)
MB.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
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)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
PT.BG.psth	PT - psychoth	Psychotherapeut
AG	Agogische beroepen	Agogische beroepen
AG.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basis beroep gezondheidszorg (BG)
AG.BI.mwd	AG – MWD	Maatschappelijk werkende (MWD)
AG.BI.sph	AG - SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
AG.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)

Functiecode	Korte functie beschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
AG.BG.agoog	AG - agoog	GGZ-agoog
AG.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
AG.SF.vrstgeh	AG – verst.gehand.	GGZ-agoog
AG.SF.kjpsych	AG .kj. psychiatrie	Agoog K&J psychiatrie
AG.SF.overig	PB – 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 gezondheidskundige
PB.BI.psy	PB - Psycholoog	Psycholoog (geen verdere specialisatie)
PB.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
PB.BG.gzpsy	PB – GZ-psycholoog	GZ-psycholoog
PB.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
PB.SF.gedrth	PB – gedragsth	Gedragstherapeut
PB.SF.kjth	PB – kj.therap	K&J therapeut
PB.SF.overig	PB – SF overig	Overige psychologische SF
PB.SP	Specialisme (SP)	Specialisme (SP)
PB.SP.klinps	PB – klinpsych	Klinisch psycholoog
PB.SP.klinneuops	PB - klin.neuropsych	Klinisch neuropsycholoog
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)

Functiecode	Korte functie beschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
VK.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
VK.BG.gzpsy	VK – GZ-vakth	GZ-vaktherapeut
VK.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
VK.SF.vakth	VK – GGZ vakth	GGZ-vaktherapeut
PB.SF.kjth	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.F	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
VB.SF.spv	VB - SPV	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
VB.SF.cpv	VB - CPV	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
VB.SF.fvp	VB - FVP	Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
VB.SF.overig	VB – SF overig	Overig
VB.SP	Specialisme (SP)	Specialisatie / functiedifferentiatie
VB.SP.vrplsp	VB – verplk.spec	GGZ verpleegkundig specialist
OV	Somatische beroepen (wet BIG)	Somatische beroepen
OV.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
OV.BG.fysio	OV - Fysioth	Fysiotherapeut
OV.BG.ergo	OV - Ergoth	Ergotherapeut
OV.BG.diet	OV – Diëtist	Diëtist
OV.BG.logo	OV - Logopedist	Logopedist

Functiecode	Korte functie beschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
OV.SP	Specialisme (SP)	Specialisatie / functiedifferentiatie
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 VII Deelprestaties verblijf(24 uurs verblijf)

Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>lichte</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding ^[1] door het VOV personeel is <u>bepikt</u> . De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV personeel is op afstand oproepbaar. Voor zover patiënten mobiliteitsproblemen hebben vergen deze geen extra verzorging of toezicht. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL ^[2] /BDL ^[3] is er <u>geen</u> begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt niet meer dan 0,3 fte ^[5] per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten.
Toezicht/beveiliging	Patiënten kunnen zonder toestemming de setting verlaten, tenzij er vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting / Kenmerken huisvesting	Patiënten verblijven op afdelingen met 10 à 12 andere patiënten. Het betreft voornamelijk een open setting. In uitzonderlijke omstandigheden is sprake van vrijheidsbeperkende maatregelen en is een gesloten setting van toepassing, waarbij er ook de beschikking is over afzonderingsvoorzieningen. Voor de gesloten setting zijn soms aanpassingen i.v.m. gedragsproblematiek noodzakelijk . Voor het overige kent de huisvesting nauwelijks specifieke bouwkundige- dan wel installatietechnische aanpassingen. Sporadisch zijn er bouw- en/of installatietechnische aanpassingen i.v.m. mobiliteits- of somatische problemen.

¹ Onder begeleiding is mede begrepen: verzorging en bescherming/structurering

² ADL staat voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (bv. wassen, aankleden, eten, toiletgang).

³ BDL staat voor Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen (bv. huishoudelijk werk, koken , administratie doen, gebruikmaken van het openbaar vervoer).

⁴ VOV personeel staat voor Verzorgend Opvoedkundig en Verplegend personeel en is in deze context uitwisselbaar met de term '24-uurs continuïteitsdienst'.

⁵ fte staat voor fulltime-equivalent en staat gelijk aan 1 volledige werkweek.

Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>beperkte</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding door het VOV personeel is <u>beperkt</u> . De nadruk ligt op het bevorderen van het zelfoplossend vermogen/ zelfregie van de patiënt. Het VOV Personeel is op afstand oproepbaar. Wat betreft de zelfstandigheid in ADL/BDL is er <u>beperkte</u> begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot. Wel zijn <u>stimulatie</u> en <u>toezicht</u> door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt meer dan 0,3 fte tot en met 0,5 fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten.
Toezicht/beveiliging	Het betreft een overwegend open setting die <u>licht beschermend</u> is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting / Kenmerken huisvesting	Patiënten verblijven op afdelingen met 10 à 12 andere patiënten. Het betreft voornamelijk een open setting. Soms zijn er beperkte aanpassingen i.v.m. mobiliteitsproblematiek gemaakt. Regelmatig is sprake van vrijheid beperkende maatregelen en is een gesloten setting van toepassing, waarbij er ook de beschikking over separeer- en afzonderingsvoorzieningen is. Voor de gesloten setting zijn soms aanpassingen i.v.m. gedragsproblematiek noodzakelijk.

Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	
Verblijfszorg	<p>Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>matige</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren.</p> <p>De behoefte aan begeleiding door het VOV personeel is <u>matig</u>. De nadruk ligt op het bevorderen van het zelfoplossend vermogen. De begeleiding wordt in de nabijheid van/in het gebouw verstrekt.</p> <p>Wat betreft de zelfstandigheid in ADL/BDL is er begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot. Wel zijn <u>beperkte begeleiding/zorg</u> en <u>toezicht</u> door het VOV personeel noodzakelijk.</p>
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt meer dan 0,5 fte tot en met 0,7 fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Het betreft hoofdzakelijk een open setting die <u>matig beschermend</u> is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheid beperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting / Kenmerken huisvesting	Patiënten verblijven op afdelingen in een open of gesloten setting. Binnen zowel de open als de gesloten afdelingen zijn deels aanpassingen i.v.m. gedrags-, mobiliteits- of somatische problematiek noodzakelijk. Bij de gesloten setting is de beschikking over separeer- en afzonderingsvoorzieningen aanwezig.

Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>gemiddelde</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is direct beschikbaar. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid is er wisselende begeleiding op aanvraag/behoefte noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wat betreft de ADL/BDL zijn <u>begeleidende zorg</u> en structureel <u>toezicht</u> noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt meer dan 0,7 fte tot en met 1,0 fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voornamelijk in een besloten setting die gemiddeld tot intensieve bescherming biedt.
Fysieke setting / Kenmerken huisvesting	Patiënten verblijven op afdelingen met een open maar veelal op afdelingen met een gesloten setting. Vooral binnen de gesloten afdelingen is behoefte aan aanpassingen i.v.m. gedrags- en in mindere mate voor mobiliteits- of somatische problematiek. Voor de gesloten setting is de beschikking over voorzieningen voor afzondering noodzakelijk.

Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>intensieve</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV personeel is <u>direct</u> beschikbaar. Opschaling is mogelijk. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er <u>structureel begeleiding</u> op aanvraag/behoefte nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wel is er volledige <u>begeleidende zorg</u> en permanent (opvoedkundig) <u>toezicht</u> door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt meer dan 1,0 fte tot en met 1,3 fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven veelal in een gesloten setting met matig intensieve bescherming, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet zonder toestemming mag verlaten.
Fysieke setting / Kenmerken huisvesting	Patiënten verblijven op afdelingen met een open maar ook op afdelingen met een gesloten setting. Binnen zowel de open als de gesloten afdelingen is behoefte aan aanpassingen i.v.m. gedrags- en/of mobiliteits- of somatische problematiek. Voor de gesloten setting is de beschikking over voorzieningen voor afzondering noodzakelijk. De setting kent over het algemeen specifieke bouwkundige en installatietechnische aanpassingen op het gebied van gedragsproblematiek.

Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	
Verblijfszorg	<p>Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>intensieve</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren.</p> <p>VOV Personeel is <u>permanent</u> beschikbaar. In voorkomende gevallen wordt hulp door personeel andere afdelingen geboden. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen.</p> <p>Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er <u>permanente begeleiding</u> nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is laag. Een gedeeltelijk overname van <u>zorg</u> en permanent (opvoedkundig) <u>toezicht</u> door VOV-personeel is noodzakelijk.</p> <p>Patiënten vertonen over het algemeen gedragsproblemen/agressie, dan wel verstoringen in het functioneren.</p> <p>In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering.</p>
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt meer dan 1,3 fte tot en met 1,7 fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voor een belangrijk deel in een gesloten setting, beschermend en beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken.
Fysieke setting / Kenmerken huisvesting	<p>Patiënten verblijven op afdelingen met een open maar ook op afdelingen met een gesloten setting. Binnen zowel de open als de gesloten afdelingen is grote behoefte aan aanpassingen i.v.m. gedrags- en/of mobiliteits- of somatische problematiek. Voor de gesloten setting is de beschikking over voorzieningen voor afzondering noodzakelijk.</p> <p>De setting kent over het algemeen specifieke bouwkundige en installatietechnische aanpassingen op het gebied van gedragsproblematiek.</p>

Deelprestatie verblijf G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	
Verblijfszorg	<p>Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een <u>zeer intensieve</u> verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren.</p> <p>VOV Personeel is <u>permanent</u> beschikbaar met een dubbele bezetting. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen</p> <p>Wat betreft de zelfstandigheid in ADL/BDL is er <u>permanente en dubbele begeleiding</u> nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is zeer laag. Er is volledige overname van <u>zorg</u> en permanent <u>toezicht</u> door het VOV-personeel noodzakelijk.</p> <p>Patiënten vertonen over het algemeen ernstige gedragsproblemen/agressie, dan wel ernstige verstoringen in het psycho-sociale functioneren.</p> <p>In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering, met continu individueel (opvoedkundig) toezicht.</p>
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt meer dan 1,7 fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Het betreft een gesloten setting, zwaar beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet mag verlaten en waar het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken.
Fysieke setting / Kenmerken huisvesting	<p>Patiënten verblijven op afdelingen met een gesloten setting. Binnen de gesloten afdelingen is grote behoefte aan aanpassingen i.v.m. gedrags- en/of mobiliteits- of somatische problematiek. Voor de gesloten setting is de beschikking over voorzieningen voor afzondering noodzakelijk.</p> <p>De setting kent over het algemeen specifieke bouwkundige en installatietechnische aanpassingen op het gebied van gedragsproblematiek.</p>