β - prikkel

Nummer 6, 2017

Vernieuwing van de productstructuur in de GGZ: een kritische analyse

door T.G. Broekman en G.M. Schippers

Eerder verschenen in de reeks β–prikkel:

Beenackers, A.A.J.M. (1987). *De toepassing van het terugkoppelingsprincipe in de geestelijke gezondheidszorg* (Bêta–prikkel nr. 1). Nijmegen: Bureau Bêta. http://www.beta.nl/betaprikkel/beta-prikkel1.pdf

Gersons B.P.R. (1988). *Gewogen beweging: de chronisch psychiatrische patiënt als thema van onderzoek* (Bêta–prikkel nr. 2). Nijmegen: Bureau Bêta. http://www.beta.nl/betaprikkel/beta-prikkel2.pdf

Hoogduin, C.A.L. (1989). *Predictie in de psychiatrie* (Bêta–prikkel nr. 3). Nijmegen: Bureau Bêta. http://www.beta.nl/betaprikkel/beta-prikkel3.pdf

Borssum Waalkes, J.B. van (1990). *Wetenschappelijk onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg* (Bêta–prikkel nr. 4). Nijmegen: Bureau Bêta. http://www.beta.nl/betaprikkel/beta-prikkel4.pdf

Broekman, T.G. (1991). *Kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg: wetenschappelijk onderzoek als dagelijkse praktijk* (Bêta–prikkel nr. 5). Nijmegen: Bureau Bêta. http://www.beta.nl/betaprikkel/beta-prikkel5.pdf

Bureau Bêta is een landelijk opererend bureau voor wetenschappelijk onderzoek, informatieverwerking en wetenschappelijke publicaties speciaal gericht op de geestelijke gezondheidszorg.

De reeks β–prikkel is in de jaren 80 en 90 uitgegeven en in 2017 opnieuw beschikbaar gesteld op http://www.beta.nl/betaprikkel

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Titel:	Vernieuwing van de productstructuur in de GGZ: een kritische analyse / door T.G. Broekman en G.M. Schippers
Auteur:	Theodorus Gerhardus Broekman (1957-); Gerardus Maria Schippers (1947-)
Jaar:	2017
Uitgever:	Nijmegen : Bureau Bêta
Reeks:	β–prikkel, ISSN 2589-546X ; nr. 6
Omvang:	23 p
Formaat:	23 cm
ISBN:	978-90-72595-00-3

Broekman, T.G. & Schippers,G.M (2017). *Vernieuwing van de productstructuur in de GGZ: een kritische analyse* (Bêta–prikkel nr. 6). Nijmegen: Bureau Bêta. http://www.beta.nl/betaprikkel/beta-prikkel6.pdf

Uitgave mei 2018: Drukfouten, fouten en technische wijzigingen

© 2017 Bureau Bêta, Nijmegen

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this publication may be reproduced in any form by print, microfilm or any other means without written permission from the publisher

Ten geleide

Om een bijdrage te leveren aan de meningsvorming en discussie over onderzoek en evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg en aanverwante terreinen, nodigde Bureau Bêta van 1987 tot 1991 ieder jaar iemand uit een artikel daarover te schrijven. Dit artikel werd als een Bêta–prikkel uitgegeven:een enigszins prikkelend karakter, maar ook prikkel, in de betekenis van stimulus, en misschien zelfs wel stimulans.

Nu in 2017, 30 jaar verder, werd ik zelf geprikkeld en wel door het zogenaamde Engelse model voor een nieuwe (bekostigings)structuur van de GGZ. Al jaren geleden zag ik soms concepten daarover langskomen, maar dacht het wel over zou waaien, het leek me te gek.

Vorig jaar werd Gerard Schippers en mij vanuit de verslavingszorg gevraagd een notitie over te maken over de verhouding tussen twee meetinstrumenten, de MATE en de HoNOS. Snel werd ons duidelijk dat de notitie niet zozeer om de verhouding tussen deze instrumenten zou moeten gaan maar over de nieuwe productstructuur zelf.

Eenmaal geraakt door het onderwerp hebben wij het verder uitgediept en onze bevindingen neergelegd in deze zesde Bêta-prikkel.De analyse is kritisch en wij hopen dan ook dat zij bij kan dragen aan een heroverweging van het Engelse model als alternatief voor het huidige systeem.

Theo Broekman

Over de auteurs

Drs. Theo Broekman is onderzoeker en eigenaar van Bureau Bêta te Nijmegen.

Prof.dr. Gerard M. Schippers is emeritus hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie aan het Academisch Medisch Centrum, Divisie Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentie: broekman@beta.nl

Vernieuwing van de productstrucuur in de GGZ: een kritische analyse

Inleiding

In Nederland is men voornemens om de bestaande DBC-productstructuur en bekostigingssystematiek te vervangen door een nieuwe productstructuur volgens het 'Engelse model'. In oktober 2015 hebben alle partijen die betrokken zijn bij de GGZ/FZ in een bestuurlijk overleg, voorgezeten door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), hier hun commitment aan uitgesproken. "De bij de productstructuur DBC en/of DB(B)C betrokken partijen, LPGGZ, NIP, NVZ, GGZ Nederland, NFU, ZN, NVvP, FMS, LVVP, NZa, DForZo/DJI en VGN hebben geconstateerd dat een doorontwikkeling van de DBC en DB(B)C-systematiek wenselijk is." (Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ, n.d.). De NZa (2016b) heeft een plan van aanpak ontwikkeld en de uitvoering ter hand genomen. Gedachten- en besluitvorming hebben zich vrijwel volledig in bestuurs- en beleidsgremia afgespeeld, dus het is de hoogste tijd voor een inhoudelijke kritische analyse.

Waarom een nieuwe product-structuur?

Aan de DBC-productstructuur worden een aantal beperkingen toegeschreven onderverdeeld in het Diagnosedeel, het Behandeldeel en de Combinatie (Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ, n.d.). Zo zou medische herkenbaarheid onvoldoende uit de verf komen: " … de diagnoseclassificatie bepaalt onvoldoende de zwaarte van de zorgvraag en daarmee de omvang van de behandeling." (p. 2). De tijdranges van de behandelingen wijken af van de werkelijkheid en nodigen uit tot upcoden. De DBC's kennen te lange doorlooptijden (worden niet of pas na lange tijd afgesloten), zijn niet geschikt voor sturing van zorg en zijn een prikkel tot behandelen, niet tot resultaat. Bovendien veroorzaken zij hoge administratieve lasten, en is de DBC-declaratie onbegrijpelijk voor de patiënt. Kernachtig geformuleerd zou in een nieuwe productstructuur de zorgvraagzwaarte van patiënten beter vastgesteld moeten worden en herkenbare inhoudelijk gedefinieerde behandelpakketten aangeboden moeten worden met een kortere doorlooptijd, die passen op de zorgvraagzwaarte.

In de notitie worden zeven inhoudelijke criteria voor de zorgproducten geformuleerd: 1. Klinisch herkenbaar; 2. Bruikbaar voor indicatiestelling; 3. Hanteerbaar; 4. (Kosten)Homogeen; 5. Volledig; 6. Transparant; en 7. Stabiel. In het plan van aanpak (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016b) worden uiteindelijk

vijf “must-have” criteria vastgesteld. De zorgproducten dienen (a) klinisch herkenbaar te zijn en de geleverde zorg dient zodanig omschreven te zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen en als omschrijving voor een ‘lekendeclaratie’; (b) sneller te declareren te zijn; (c) een transparante declaratie op te leveren; (d) de privacy van de patiënt te waarborgen; en (e) bij voorkeur tot vermindering van administratieve lasten te leiden.

De verdere ontwikkeling of verfijning van de bestaande DBC-productstructuur wordt kennelijk niet (meer) als mogelijkheid gezien om aan de genoemde criteria te voldoen. Argumentatie daarvoor hebben wij echter niet kunnen vinden. Er komt wel een volledige andere productstructuur in beeld en argumentatie daarvoor hebben wij evenmin kunnen vinden. In de eerder genoemde notitie (Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ, n.d.) beperkt men zich tot: “Daarbij kan goed gebruik worden gemaakt van kennis en ervaringen in andere landen. De afgelopen periode is het model dat in Engeland wordt gebruikt in belangstelling gekomen. Dit model lijkt een aantal elementen te bevatten die aansluiten op de hierboven gewenste richting”. In een ander document (Werkgroep Inhoud, 2015) wordt gesproken dat “Uit vooronderzoek is gebleken dat het bekostigingsmodel dat in Engeland in de afgelopen acht jaar is ontwikkeld en wordt gebruikt (hierna steeds kort aangeduid met het Engelse model) waardevolle elementen zou kunnen bevatten voor de doorontwikkeling.” (p.6). Een en ander zou in een invitational conference in mei 2015 bevestigd zijn (p.7). Van genoemd vooronderzoek is echter geen publicatie te vinden, noch van een invitational conference.

Wat is het ‘Engelse Model’?

Twintig clusters van geestelijke gezondheids-problemen

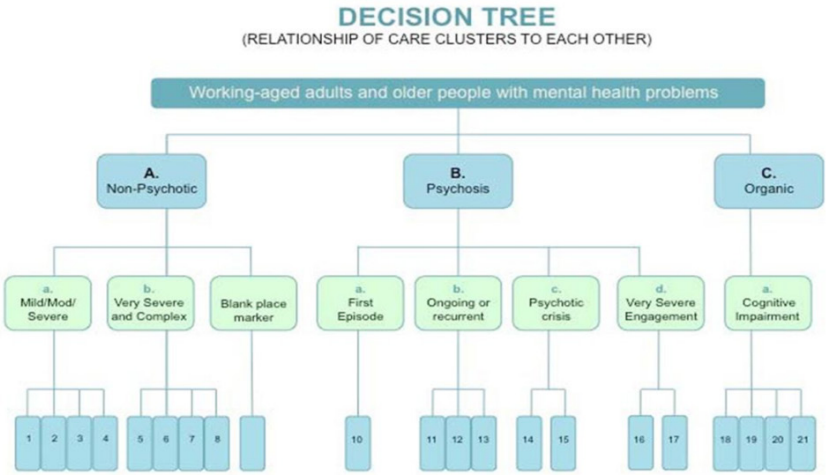
Het zogenaamde ‘Engelse Model’ is een model voor bekostiging van de gehele Engelse gezondheidszorg, de National Health Services (NHS). De NHS wordt, anders dan in Nederland, geheel gefinancierd uit nationale belastingen en het beoogde bekostigingssysteem stond bekend als Payment by Results (PbR) en inmiddels als National Tariff Payment System (NTPS). PbR is vergelijkbaar met het DBC/DOT systeem in Nederland. Op basis van classificatie van diagnosen en activiteiten worden produkten (currencies) gedefinieerd waarvoor tarieven wordt vastgesteld. De Mental Health Care zou ook via een PbR bekostigingsmodel betaald moeten gaan worden.

Voor het ontwerp van een model is in 2009 in de regio’s Yorkshire & the Humber en North East een ontwikkelingsproject gestart onder de naam Care

Pathways & Packages Project (CPPP). In dit project zijn de eerste versies van (care) clusters ontwikkeld die aan de basis zouden kunnen liggen van zogenaamde PbR currencies. “Essential for the PbR strategy to work is the formation of categories that define groups of patients who are similar to one another (currencies) on which to base the price (tariff).” (Self, Painter, & Davis, 2008)

Clusters werden zo ontworpen dat patiënten in eenzelfde cluster evenveel zorg behoeven van eenzelfde soort professional: “For example, all service users with moderate non-psychotic disorders such as anxiety, depression, eating disorder, etc will be allocated to cluster 3 in the expectation that despite individual variations to their care plan, they will all receive approximately 16 sessions of psychological therapy from someone of a similar skill level” (Self & Painter, 2009, p. 9). De aantallen en inhoud van de clusters zijn tot stand gekomen in een interactief proces van statistische analyses van problemen van patiënten en klinische oordelen, in een reeks workshops en overleggen (Self, Rigby, Leggett, & Paxton, 2008).

Uiteindelijk bestaat het model uit drie superclusters met in totaal 20 clusters van geestelijke gezondheidsproblemen: A. niet-psychotische clusters 1-8; B. psychotische clusters 10-17; en C. Organische clusters 18-21 (figuur 1). Deze 20 clusters van geestelijke gezondheidsproblemen zouden als eenheden van zorg voor het vaststellen van tarieven en betaling gebruikt moeten gaan worden.



Figuur 1 (NHS England, 2016) De 20 clusters van geestelijke gezondheidsproblemen in het ‘Engelse model’. Cluster 9 was oorspronkelijk een cluster ‘Substance Misuse’, maar dat cluster is in 2009 verwijderd. De ‘plek’ blijft als een lege plek bestaan in het clustermodel.

Mental Health Clustering Tool (MHCT)

Toewijzing aan de clusters moet gebeuren met behulp van het Mental Health Clustering Tool (MHCT), bestaande uit een assessmentinstrument en toewijzingsalgoritmes. De MHCT komt voort uit een in 2008 ontwikkelde Clinical Decision Support Tool (CDST; (Self, Rigby, et al., 2008). Als assessmentinstrument is gekozen voor de uitgebreide en aangevulde HoNOS (Health of the Nations Outcome Scale; Wing, Curtis and Beevor, 1999). De HoNOS is ca 25 jaar geleden door de NHS ontwikkeld als instrument om in de ernstige psychiatrie uitkomsten (outcomes) eenvormig te meten. Deze versie uit 1999 is ook ruim bekend in Nederland (Mulder et al., 2004). Er is voor 2016 een licht herziene versie aangekondigd door de Royal College of Psychatrists.

De HoNOS bevat acht items over psychische problemen/symtomen, te weten agressief gedrag, zelfbeschadiging, probleemdrinken of druggebruik, cognitieve problemen, fysieke klachten, hallucinaties, depressieve klachten en andere mentale problemen. Verder vier items over (sociaal) functioneren, t.w. problemen met relaties, ADL-activiteiten, leefcondities en beroepsmatig functioneren. Het betreft bij al deze items problemen in de afgelopen twee weken. In de MHCT wordt de HoNOS aangevuld met één extra symptoomitem, te weten: 'sterke, niet-psychotische irrationele ideeën.'

Tevens worden vijf 'historische' items, eventueel van langer geleden en nu relevant, toegevoegd: geagiteerd gedrag/expansieve stemming; herhaalde zelfbeschadiging; invloed op kinderen en kwetsbare volwassenen, 'engagement' (behandelbaarheid) en kwetsbaarheid.

Werkwijze

De beoogde werkwijze is dat clustering bij het begin van een zorg plaatsvindt, maar ook bij het stoppen, evalueren en/of veranderen van zorg. Voor verandering van zorg, i.e. verandering van cluster, zijn in de handleiding concrete protocollen opgenomen met step-up, ontslag en step-down criteria in termen van MHCT-items. De handleiding (NHS England, 2016) laat per cluster zien welke MHCT-items bepaalde waardes (rood) moeten hebben, welke items waarschijnlijk een bepaalde waarde (oranje) hebben, en welke items mogelijk bepaalde waarden (geel) hebben. Cluster 4 Psychische aandoening – ernstige problematiek bijvoorbeeld kent drie rode items: item 6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen, moet de waarde 0 of 1 hebben (niet hoger dus), en de items 7. Problemen met depressieve stemming en 8. Overige psychische en gedragsproblemen allebei precies een 3 (gemiddeld zwaar probleem). De overige 15 items hebben geen vereiste waarden, daarvoor zijn alleen waarden weergegeven in de categorie "verwacht" of "mogelijk". Deze weergave is een versimpeling van een formule die gewichten aan de MHCT-

items toekent en die uitrekent wat het best passende cluster is binnen het door de clinicus gekozen supercluster. Daarvoor zijn computerprogramma's beschikbaar. De toewijzing aan een cluster blijft altijd de beslissing en verantwoordelijkheid van de clinicus.

Tot zover de beschrijving van de plannen. Nu een kritische bespreking van de clusters, het toewijzingsinstrument en de toepassingspraktijk in Engeland.

Bespreking

De clusters

In een recente evaluatie van het Engelse model (Jacobs et al., 2016) is middels Latent Class Analyses geanalyseerd of de indeling in 20 clusters inhoudelijk gereproduceerd kon worden in een database van bijna twee miljoen cluster-episoden. Dit was niet het geval: er was relatief weinig overlap tussen de 20 clusters van het model en de empirische clusters (classes) uit de analyse. De onderzoekers beschikten ook over de binnen de episoden verrichte activiteiten en konden daardoor de kostenhomogeniteit van de clusters onderzoeken (zowel tussen patiënten binnen eenzelfde cluster als tussen zorgverleners voor hetzelfde cluster). Beide bleken te laag om er een bekostigingssysteem op te baseren: 'The significant heterogeneity we observe in terms of patient need, costs and resource use within clusters, does not bode well for an episodic payment approach which requires case-mix and resource homogeneity" (Jacobs et al., 2016, p. v). Het ziet er dus naar uit dat de clusters zowel inhoudelijk als wat kostenhomogeniteit (interpatiënt en interinstitutioneel) betreft tekortschieten.

Dat is eigenlijk niet zo verwonderlijk. De 20 clusters zijn hybride constructen waarin symptomen en hoeveelheid zorg gemengd worden. Typerend is dat de clusters "care"-cluster worden genoemd en niet "mental health problem"-clusters, hetgeen logischer zou zijn. Men zou verwachten dat op basis van patiëntkenmerken de zorgbehoefte zou worden bepaald (needs assessment): voor welke problemen welke hulp in welke mate nodig is. Er bestaat geen één op één relatie tussen (geestelijke) gezondheidsproblemen en de benodigde hulp. Dat is ook waarom het zo moeilijk is om vanuit een diagnose de te verwachten hoeveel hulp te voorspellen.

De clusters zijn gebaseerd op een interactief ad-hocproces van data-analyses en besprekingen met een aantal lokale hulpverleners en niet gestoeld op klinische en wetenschappelijke uitgangspunten. Het DBC-systeem zoals we

dat in de gezondheidszorg in Nederland (én in de somatische zorg in Engeland) kennen gaat uit van internationale standaarden die wereldwijd ontwikkeld en gebruikt worden, zoals de ICD-10 (World Health Organization, 1992) en de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Op deze classificaties is natuurlijk kritiek mogelijk, maar ze zijn onderworpen aan een wetenschappelijk discours zoals bijvoorbeeld over stagering en profilering (Beekman, Van Os, Van Marle, & Van Harten, 2012) of in de Research Domain Criteria (Lilienfeld, 2014). Een van de redenen dat het clustermodel niet op basis van diagnoses ontwikkeld is, is dat men in de Mental Health Care in Engeland nauwelijks over diagnostische informatie beschikte. De Mental Health Care is een uitzondering in het Britse gezondheidszorgsysteem dat verder volledig op ICD-10 en een activiteiten en verrichtingenregistratiesysteem (OPCS-4) gebaseerd is. In plaats van te bevorderen dat ook de Mental Health Care diagnosen zou stellen en registreren, heeft men ingezet op een model op basis van de HoNOS+. In Nederland is de GGZ wel geïncorporeerd in het DBC-systeem en, alhoewel er verschillen zijn met de somatische zorg op het gebied van activiteiten en verrichtingen, zijn die er niet op het gebied van diagnostiek.

De clusters hebben een sterk ad-hockarakter. Een analyse laat dat pijnlijk zien. In het kader van onderzoek naar toepasbaarheid van het clustermodel op de Nederlandse situatie heeft de Werkgroep Inhoud van het Bestuurlijk Overleg GGZ met behulp van beschikbare HoNOS- en DIS-data van een aantal instellingen op patiëntniveau geanalyseerd in hoeverre diagnosen ingedeeld konden worden in de drie superclusters (Werkgroep Inhoud, 2015, p. 10). Het is niet helemaal duidelijk hoe men dat gedaan heeft, maar de uitkomst is dat 66% (in het rapport staat ‘circa 70%’) van de diagnosen aan een supercluster is toe te wijzen en 34% dus niet. Alle Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (11.8%), Overige stoornissen in de kindertijd (4.7%), Pervasieve stoornissen (autismespectrumstoornissen) (7.7%) en Aan overige middelen gebonden stoornissen (4.2%) zijn niet in een supercluster in te delen. Aan alcohol gebonden stoornissen (4.1%) worden vrijwel allemaal (83%) aan het Psychotische (sic) cluster toegewezen. Totaal kon 48% van de diagnosen aan het Niet-Psychotische cluster, 15% aan het Psychotische cluster en 3% aan het Organische cluster toegewezen worden, en 34% dus aan geen.

Deze vingeroefening van de werkgroep staat in sterk contrast met de resultaten van een empirisch onderzoek in Engeland naar de verdeling van ICD-10 diagnosen over de drie superclusters bij 2570 opgenomen patiënten (Trevithick, Painter, & Keown, 2015). Daar zijn bijvoorbeeld de affectieve stoornissen (niet bipolair) ook te vinden in het Psychotisch supercluster (23%

versus 2% volgens de werkgroep), en zijn Aan alcohol gebonden stoornissen voor 67% in supercluster Niet-psychotisch te vinden terwijl de werkgroep deze stoornissen voor 83% aan het Psychotische cluster toewijst. Het Organisch cluster lijkt met zijn 3% niet relevant voor de Nederlandse situatie. Als we afzien van de 34% niet toe te wijzen, dan wordt de verdeling: Niet-Psychotisch: 73%, Psychotisch 23% en Organisch 4%. Vergelijk dat met de verdeling in Engeland berekend over twee miljoen episoden: Niet-Psychotisch: 43%, Psychotisch 23% en Organisch 29%. Niet alleen de dekking van het model schiet dus tekort (slechts 2/3 toegewezen), er is in Nederland ook geen evenwichtige verdeling tussen de drie superclusters.

Het instrument voor toewijzing

De HoNOS is ontwikkeld als instrument om uitkomsten te meten en niet als zorgindicatieinstrument. Met de HoNOS kunnen, zij het in beperkte vorm (slechts vier items) iets van het functioneren en de levenscondities worden vastgesteld. De psychometrische eigenschappen van het instrumenten als betrouwbaarheid zijn voor deze analyse minder relevant en laten we hier buiten beschouwing. Wel van belang is de predictieve validiteit, specifieker in dit geval: de mate waarin zorgconsumptie voorspeld kan worden. Over de predictieve validiteit van de MHCT is in de wetenschappelijke literatuur niets bekend. Er zijn wel een aantal publicaties over de HoNOS: die laten magere resultaten zien van enige (Andreas et al., 2010; Golay, Basterrechea, Conus, & Bonsack, 2016) tot vrijwel geen samenhang met zorgconsumptie (Goldney, Fisher, & Walmsley, 1998). Een recent Engels onderzoek vond dat slechts één item (zelfbeschadiging) van de HoNOS enige predictieve waarde voor zorgkosten had, de rest van de items niet. De totaalscore zou voor een bescheiden deel hoge zorgkosten kunnen verklaren (Twomey et al., 2016).

Er is nogal wat discussie over de factorstructuur van de HoNOS. Onderzoek in Engeland concludeert dat “Different subscale structures may produce better fit statistics for different clusters and therefore it may be appropriate to consider different models for different PbR clusters.” (Speak, Hay, & Muncer, 2015, p. 126). Dezelfde auteurs concluderen zelfs dat er items toegevoegd moeten worden en sommige bestaande items veranderd: “… in order to allow the development of a single, more generalizable subscale structure, and a much improved version of the HoNOS. Existing items could also be modified. For example, item 1 (overactive, aggressive, disruptive, or agitated behaviour) refers to a number of different behaviours. These could be treated as individual items and rated separately.” (Speak & Muncer, 2016, p. 96) Het idee dat de HoNOS een valide instrument zou zijn voor alle diagnosecategorieën is

niet houdbaar. Recent werd nog geconcludeerd dat de samenhang van HoNOS subschalen met ander maten voor symptomatologie bij psychotische stoornissen behoorlijk hoog was, maar voor andere stoornissen nogal laag (Müller et al., 2016). Ook een maat die gebaseerd is op de International Classification for Functioning (ICF, World Health Organization, 2001)) voor persoonlijk, relationeel en maatschappelijk functioneren hing in datzelfde onderzoek slechts weinig met de HoNOS subschaal voor functioneren samen, hetgeen ook in Nederlands onderzoek gevonden werd (Derks, de Weert-van Oene, & Buwalda, 2016; Wiersma et al., 2015).

In een Engels onderzoek werd de HoNOS niet bruikbaar en irrelevant gevonden in psychotherapeutische settings (Audin, Margison, Clark, & Barkham, 2001). De reden hiervoor is dat de HoNOS ontwikkeld is en gebruikt wordt voor een categorie patiënten die niet alleen ernstige stoornissen hebben, maar ook meerdere andere ernstige problemen. Daarom wordt de in Benchmark GGZ in Nederland de HoNOS als uitkomstmaat binnen het zorgdomein EPA (Ernstige Psychische Aandoeningen) gebruikt en niet in andere zorgdomeinen.

Een van de oorzaken van een gering verband tussen HoNOS-scores en zorgconsumptie is natuurlijk dat de HoNOS een instrument is om verschillende aspecten van ernst van psychopathologie en niet om zorgbehoeften vast te leggen. Omdat ernst van problemen zich niet één op één verhoudt tot zorgbehoeften zijn voor het vastleggen van zorgbehoeften verschillende instrumenten gemaakt. Notabene in Engeland is een van de meest bekende ontwikkeld: de Camberwell Assessment of Need (CAN) (Phelan et al., 1995, 2002). Deze bestaat uit 22 domeinen (waaronder: Huisvesting, Zelfverzorging, Psychotische Symptomen, Veiligheid, Intieme relaties, Opleiding, Vervoer) waarin nagegaan wordt of er behoefte is aan hulp op het betreffende domeinen en of er al hulp is of hulp moet komen. In de verkorte versie (CANSAS) beperkt het zich tot deze vragen, in de oorspronkelijke CAN, wordt ook nagegaan hoeveel informele en/of institutionele hulp de persoon op ieder domein ontvangt, of het de juiste hulp is en of de persoon er tevreden mee is. Vergelijkend onderzoek naar HoNOS en CANSAS laat zien dat deze wel gedeeltelijk samenhangen maar niet hetzelfde meten: “CANSAS is more suited for care planning, and HoNOS for measuring clinical outcome.” (Slade, Beck, Bindman, Thornicroft, & Wright, 1999). Het had dus eerder voor de hand gelegen om bij de ontwikkeling van het clustermodel uit te gaan van de CANSAS in plaats van de HoNOS voor het bepalen van clusters.

De praktijk in Engeland

Op dit moment is Paying by Results in Mental Health in Engeland (nog steeds) niet ingevoerd en zal ook niet meer ingevoerd worden. Het clustermodel handhaaft men wel en er worden verplicht op grote schaal MHCT HoNOS-sen afgenomen. Deze hebben echter tot nu toe geen invloed op de feitelijke bekostiging. Voor het grootste deel wordt de GGZ via traditionele 'block grants' gefinancierd. Erkend wordt dat men in de praktijk nog steeds in dat stadium verkeert en feitelijk dus geen ervaring heeft met het nieuwe bekostigingsmodel. Een recent rapport uit 2016 concludeert: 'The results indicate that if a new cluster-based episodic payment system were introduced it would have different financial impacts across providers as there is variation in the activity they perform within clusters and the costs they report for them. However remaining under block contract incurs a risk of mental health services experiencing disinvestment. There is thus a need to invest in improving the quality of data collection, and refining the cluster classification system to facilitate sustainable payment system reform.' (Jacobs et al., 2016, p. i). De NHS Monitor (de Engelse pendant van de NZa) probeert inmiddels met behulp van cursussen en handleidingen de regionale gezondheidszorgcommissies te bewegen tot het invoeren van bekostigingsmodellen, waarbij ze vooral het episodebekostigingsmodel (eigenlijk het PbR model) en het populatiebekostigingsmodel adviseren. Of en in hoeverre dat gaat lukken is maar zeer de vraag.

Het 'Engelse model' is ook in Engeland bepaald niet onomstreden en dat is in Nederland ook wel opgemerkt. In februari 2015 oriënteerde GGZ-Nederlanddirecteur Paul van Rooij zich samen met de NVvP in Londen op het Engelse stelsel en maakte nogal relativerende opmerkingen over de kwaliteit van de Engelse Mental Health Care: 'Onze gesprekspartners waren niet erg enthousiast over het Engelse clustermodel. Positief is dat het probeert uit te gaan van wat een patiënt nodig heeft, en niet van wat hij heeft en krijgt. Maar het staat nog in de kinderschoenen en was volgens iedereen te snel, ondoordacht, na te weinig onderzoek en met de verkeerde verwachtingen (bezuinigingen) ingevoerd…. Patiënten herkennen zich er niet in, aanbieders zien vooral toegenomen administratieve lasten en ook inkopers kunnen met dit instrument nog niet uit de voeten. Het gedachtengoed is zeker kansrijk te gebruiken als verrijking voor ons DBC-systeem, maar niet als vervanging daarvan' (Van Rooij, 2015, p. 1).

Indicatief is dat het Royal College of Psychiatrists de oorspronkelijke steun voor het clustermodel in 2014 heeft ingetrokken. Zij stelt: "The College membership supports a fair tariff, but not the current Clustering model. The

concern from members is that the system has not been demonstrated to be valid or reliable" (Royal College of Psychiatrists, 2014, p. 1).

De heilige graal: voorspellen van zorgconsumptie

Het kunnen voorspellen van zorgconsumptie is de heilige graal voor planning en bekostiging van zorg. In de GGZ wordt het begrip zorgvraagzwaarte veel gebruikt. Soms staat vraag tussen haakjes: zorg(vraag)zwaarte. De Werkgroep Zorgvraagzwaarte GGZ definieert zorgvraagzwaarte als: patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de behandelinzet en zorgkosten (Werkgroep Zorgvraagzwaarte GGZ, 2013). De term is wat apart. Meestal wordt over zwaarte van problemen gesproken en niet van zwaarte van een vraag naar zorg of van een vraag naar zware zorg. We weten wel ongeveer wat er bedoeld wordt: predictoren voor zorgconsumptie. Die zullen de problematiek van de patiënt betreffen, maar ook algemene persoonskenmerken zoals opleiding, sekse, sociale status, culturele herkomst enzovoorts. Er zijn ook predictoren voor zorgconsumptie extern, buiten de patiënt, te vinden. Zo is bekend dat het aanbod van voorzieningen sterk samenhangt met zorgconsumptie: aanbod heeft een consumptieverhogende werking. Wanneer een beslissing over aard en hoeveelheid zorg genomen moet worden is er verder een groot verschil tussen voorspelling op individueel patiëntniveau en voorspelling op populatieniveau, waar het om groepen personen gaat.

Voorspellen van zorgconsumptie in de zorg: triage en indicatiesteling

Bij triage en indicatiesteling van patiënten worden beslissingen over aard en hoeveelheid zorg genomen. Die zal men met voorkeur willen nemen op grond van gegevens die verzameld zijn met een valide en betrouwbaar meetinstrumentarium. Zo'n instrument dient in staat te zijn de zorgconsumptie die gaat volgen zo goed mogelijk te voorspellen – de verklaarde variantie dient zo hoog mogelijk te zijn. Daar zijn natuurlijk grenzen aan. Een indicatiebeslissing kan om klinische redenen anders uitpakken dan de gegevens suggereren, een geïndiceerde behandeling kan niet of slechts gedeeltelijk gevolgd worden, en zal er individuele variatie zijn voordat een resultaat behaald wordt.

De Werkgroep Zorgvraagzwaarte GGZ heeft in 2013 in een eerste rapportage een model gepresenteerd voor een zorgvraagzwaarteindicator (ZVZi) die is gebaseerd op vier DSM-IV assen. Ze weet daarmee, afhankelijk van de diagnose, 2 – 6% van de variantie in zorgconsumptie te verklaren op individueel patiëntniveau (R^2). De conclusie was dat dat te laag was om bruikbaar te zijn. Op groepsniveau (dat wil zeggen variatie tussen instellingen) blijkt de verklaarde variantie veel hoger: 38%. Dat rapporteert de opvolger van de werkgroep (Werkgroep Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator

GGZ, 2015), waarbij ze dezelfde ZVZi hanteert; zij het dat die omwille van de betrouwbaarheid tot slechts drie niveaus is teruggebracht. Dit werd ook nog geen bevredigend resultaat gevonden. Geadviseerd werd de ZVZi verder door te ontwikkelen, onder meer door toevoeging van variabelen als ernst en stagering.

Van Os (2014) schat de maximale predictieve waarde van patiëntkenmerken voor beloop (als proxy voor zorgconsumptie) op 20%. Dat zou zelfs nog aan de hoge kant kunnen zijn. In een analyse die wij deden in de verslavingszorg met patiëntkenmerken gemeten met een klinisch instrument, de MATE (Schippers, Broekman, & Buchholz, 2011; Schippers, Broekman, Buchholz, Koeter, & Van Den Brink, 2010), was de verklaarde variantie voor Aan alcohol gebonden stoornissen 14.3% (5.6% met de ZVZi) en voor Aan overige middelen gebonden stoornissen 10.5% (3.6% met de ZVZi). Opsplitsing naar soort middel leverde voor Opiaten 27.2%, voor Stimulantia 11.0% en voor Cannabis 9.9% op (Rutten, Broekman, & Schippers, 2017). Hier blijkt uit dat de verklarende waarde van een instrument dat ontwikkeld is om zorg toe te wijzen en ook als zodanig gebruikt wordt, op patiëntniveau veel hoger is dan de ZVZi. Maar ook blijkt dat de verklarende waarde nogal uiteen kan lopen voor verschillende groepen patiënten en absoluut gezien nog niet erg hoog is. De door Van Os genoemde 20% lijkt een goede schatting van de absolute bovenkant van wat met klinische patiëntkenmerken aan geconsumeerde zorg of zorgkosten op individueel niveau voorspeld kan worden.

Voorspellen van zorgconsumptie in de verzekering: Risicoverevening

Voorspellen van zorgconsumptie is van bijzonder belang voor de zogenaamde risicoverevening Alle zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks uit het Zorgverzekeringsfonds een vereveningsbijdrage, waarvan de hoogte afhangt van het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie. Dat fonds wordt gevuld met de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet die iedere burger via de belasting betaalt en uit een storting door de overheid. Risicoverevening is noodzakelijk, omdat verzekeraars een acceptatieplicht hebben èn een verbod op premiedifferentiatie. Zonder risicoverevening zou dat leiden tot risicoselectie, waarbij zorgverzekeraars verzekerden met goede gezondheidsrisico's selecteren en/of verzekerden met slechte gezondheidsrisico's proberen te weren. Ruim de helft (55%) van de inkomsten van verzekeraars bestaat uit vereveningsgelden (Gupta Strategists, 2015) en de riscoverevening speelt dus een belangrijke rol. Hoe beter op basis van kenmerken van de verzekerden de consumptie/kosten voorspeld kunnen worden, des te beter en eerlijker het systeem werkt. Het belang van een goed vereveningssysteem is in 2017 nog

groter geworden omdat vanaf dan de Zorgverzekeringswet (Zvw) volledig risicodragend is voor de verzekeraars, hetgeen betekent dat er niet ook achteraf (nadat de kosten zijn gemaakt: ex post) verevening van kosten plaatsvindt, maar alleen nog maar vooraf, aan het begin van het jaar (ex ante).

Het vereveningsmodel voor 2017 voorspelt de kosten op individueel verzekerdenniveau uitgedrukt in percentage verklaarde variantie (R^2) voor de verschillende sectoren: somatische gezondheidszorg: 31.5%, geneeskundige-GGZ (gGGZ): 16.5% en langdurige-GGZ (lGGZ): 40.7% (Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR), 2016a). De R^2 voor de lGGZ is spectaculair gestegen (was 0.7%) door opneming van het criterium meerjarige hoge kosten (MHK) in het model. Overigens werd in 2016 via het vereveningsmodel in de Zvw op een totaal bedrag van 22.4 miljard in het zorgfonds (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016a), voor de gGGZ slechts 8% verevend en voor de lGGZ zelfs minder dan 1% (Minister Schippers, 2016a). De GGZ modellen nemen dus een bescheiden plaats in.

Voor de gGGZ zijn de predictoren: combinatie van leeftijd en geslacht, farmaciekostengroepen (FKG's) psychische aandoeningen, diagnosekostengroepen (DKG's) psychische aandoeningen, GGZ-regioclusters, Personen per adres (PPA), Sociaal economische status (SES), meerjarige hoge kosten (MHK) GGZ, en de Zorgvraagzwaarteindicator (ZVZi). Toevoeging van de ZVZi leverde weliswaar een toename in R^2 van 1.2% op, maar algemeen wordt de 16.5% voor de gGGZ als te laag gezien. In een verkennende studie leverde toevoeging van vragenlijsten zoals de HoNOS, of de OQ45 een toename op van naar schatting slechts 0.5% in R^2 (Visser & Stam, 2012). Een recente analyse van de bijdrage van de predictoren in het somatische model laat zien dat vooral leeftijd/geslacht (4.4%-punt), de FKG (6.2%-punt), DKG (9.4%-punt) en MHK (3.4%-punt) aan de R^2 van 24.3% in de onderzochte modelvarianten bijdragen (van Veen, 2016)*.

Idealiter zouden in een vereveningsmodel alleen persoons- en gezondheids- of ziektegebonden variabelen een rol moeten spelen. De voorspellende waarde van andere variabelen zoals regio en meerjarige hoge kosten, maar ook de FKG's en DKG's kan namelijk ook veroorzaakt worden door de zorg zelf

* Waarschijnlijk is de relatief lage R^2 voor een belangrijk deel te verklaren door de lage voorspellende waarde van leeftijd binnen de gGGZ. Binnen de somatische zorg levert dit voor volwassenen compensatiegewichten op variërend van ongeveer 1400 voor jongeren tot 4000 voor ouderen, binnen de gGGZ is dit slechts van 400 tot 200 (iBMG-projectteam risicoverevening, 2015) en dus ook ook nog in de omgekeerde richting: bij toenemende leeftijd nemen de zorgkosten af. Ook er in de GGZ een veel minder grote spreiding in kosten van farmaciegebruik (FKG) en kosten van behandeling (DKG) wat een negatieve invloed heeft op de maximale R^2.

(praktijkvariatie). Dat zou juist niet verevend moeten worden omdat het de prikkel voor het doelmatig maken van systeem zou wegnemen. Ieder vereveningssysteem moet een afweging maken tussen de prikkels tot risicoselectie en doelmatigheid. In de loop der jaren zijn in de modellen steeds meer niet direct persoonsgebonden variabelen opgenomen, waardoor weliswaar de verklaarde variantie is toegenomen, maar ook het gevaar dreigt dat gecompenseerd wordt voor aanbodverschillen en/of ondoelmatige zorg. Overigens ziet de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) "als stip op de horizon één risicovereveningsmodel voor de Zvw. Dat betekent, dat de kosten en de modellen voor de GGZ en de somatische zorg geïntegreerd worden." (Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR), 2016b). Anderen zien meer in aparte modellen voor verschillende soorten zorg.

Vooruitkijkend naar 2017 hebben zorgverzekeraars als hun mening uitgesproken dat zonder goede (betere) productstructuur geen goede verevening kan plaatsvinden (Zorgverzekeraars Nederland, 2005, 2016). Menzis ziet helemaal niets in de DSM: "DSM-5 is (net als overigens de DSM-IV) niet bedoeld en ook absoluut niet geschikt als ordeningssystematiek voor de Geneeskundige GGZ en is daarmee ook niet geschikt als basis voor een productstructuur." (Zorginstituut Nederland, 2014). Achmea neemt als standpunt in dat de "HoNOS vragenlijst" nu al ingevoerd zou moeten worden (Toekomst van de risicoverevening. Position papers ten behoeve van symposium, 2016). Bij verzekeraars en de overheid bestaan verwachtingen dat het Engels model substantieel zou gaat bijdragen aan, of zelfs een panacee zou zijn voor de relatief bescheiden risicoverevening in de gGGZ. Deze verwachtingen zorgen voor veel steun en druk om het in te voeren, maar zijn zoals we hebben laten zien waarschijnlijk niet terecht.

Ernstige problemen, hoge zorgconsumptie?

Interessant is dat in Nederland al jaren aandacht bestaat voor een diagnoseoverstijgende patiëntgroep, namelijk mensen met EPA (Ernstige Psychische Aandoening). Het consensusdocument EPA (Delespaul & De Consensusgroep EPA, 2013) rekent mensen tot EPA wanneer: a) er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie); b) en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie); c) en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis; d) en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele

jaren); e) en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Geschat wordt dat 25% van de patiënten in de GGZ onder de EPA-definitie valt. Deze groep staat in de belangstelling omdat hiervoor zorg nodig is vanuit verschillende voorzieningen en perspectieven, maar ook omdat ze hoge kosten met zich meebrengt. Wat in het kader van dit betoog vooral van belang is, is dat deze definitie DSM-5 diagnoses, maar zelfs het supercluster (volgens het Engelse model) overstijgt: 60% van de EPA-groep heeft een psychotische stoornis, 10% is primair verslaafd en 30% valt in een restgroep (Delespaul & De Consensusgroep EPA, 2013). De EPA-definitie is dan ook niet bedoeld als psychiatrische diagnose, maar als een doelgroepomschrijving voor ggz-planning*. Binnen deze groep zijn subgroepen (zogenaamde vignetten) gedefinieerd: 0: bemoeizorg, 1 Ambulante DBC licht, 2 Ambulante AWBZ licht, 3 Ambulant matig, 4 Ambulant zwaar, 5 DBC Klinisch, 6 ZZP C licht, 7 ZZP C Zwaar, ZZP B. Deze indeling in vignetten is volledig gestoeld op de hoeveelheid zorg die verleend is: van incidenteel ambulant contact tot volledig verblijf. Onder leiding van Zilveren Kruis worden regionaal vignettenstudies uitgevoerd die gebruikt worden door in te stellen regionale taskforces, die afspraken maken "met gemeenten, professionals en cliënten [over] een integrale aanpak gericht op herstel en burgerschap van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening" (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA), 2016).

Analoog aan het Engels model kan EPA als supercluster beschouwd worden met als clusters de EPAvignetten. Het betreft een groep patiënten die niet alleen op grond van diagnose of diagnosebehandelcombinatie geïdentificeerd (kan) worden. Als we het goed begrijpen is de praktijk nu dat patiënten een EPA-aantekening (Delespaul & Mulder, 2016) in het dossier krijgen als de hulpverlening vindt dat de patiënt tot deze categorie hoort**. Omdat onduidelijk is welke criteria daarbij gebruikt worden lijkt ons dit geen gewenste situatie,

* Overigens levert het kenmerk EPA-patiënt in het risicovereveningmodel gGGZ wel een beetje extra verklaarde variantie op, maar door overlap met al gehanteerde predictoren (historische zorgconsumptie) en omdat de indeling in vignetten niet passend gevonden werd in het model, is geadviseerd EPA niet in het model voor 2017 op te nemen (Bakker, Koster, Remmerswaal, Stoof, & Schipper, 2016).

** In een onderzoek door Vektis (2014), toen er nog geen EPA-aantekening gemaakt werd, is de volgende definitie gehanteerd: In een periode van 3 jaar een GGZ-DBC Schizofrenie, en/of ieder jaar in de periode een behandel-DBC en/of in die periode een CIZ-indicatie of een declaratie voor ZZP-GGZ C (verblijf) of een ZZP B4 (behandeling) of hoger in de periode. In deze definitie betrekt men dus zowel patiënten gebaseerd op een diagnose als een groep gebaseerd op zorgconsumptie.

maar het is ook duidelijk dat het Engelse clustermodel niet gaat helpen bij het identificeren van de EPA-groep of EPA-vignetten, terwijl dit dus door vele betrokken partijen als belangrijk wordt gezien.

Invoering en evaluatie

Pilotprojecten 1e fase, 2e fase

De ontwikkeling in invoering van het Engelse model is inmiddels door de NZa ter hand genomen– er zijn verkenningen geweest met deskundigen, er is een prototype ontwikkeld en er lopen pilots. Men nam zich voor om na bestuurlijk overleg met betrokken organisaties medio 2018, in 2019 de veranderde systematiek in te voeren. Inmiddels verwacht de NZa niet voor 2020 een nieuwe productstructuur te kunnen invoeren (Minister Schippers, 2016b).

In 2016 zijn onder de noemer "Pilot productstructuur" bijeenkomsten georganiseerd waarin aan de hand van 1100 casussen de clustertool werd uitgeprobeerd met 150 behandelaren die bij voorkeur al bekend waren met de HoNOS. De NZa concludeert in haar brochure (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016c) voor de 2e fase van pilotprojecten: "… uitkomsten waren vooral positief en men was erg enthousiast. De feedback van deze behandelaren is gebruikt om het model verder aan te scherpen." In 2017 gaan koplopers daadwerkelijk de clustertool in de praktijk gebruiken en zullen de deelnemers DB(B)C-data en producten aanleveren zodat vastgesteld kan worden welke behandelactiviteiten in het kader van een zorgcluster worden uitgevoerd.

De Werkgroep Inhoud stelt: "Nader onderzoek is nodig om vast te stellen hoe de HoNOS+ dimensies in de Nederlandse situatie scoren. Daarbij dient ook onderzocht te worden of agressie, verslaving, verstandelijke beperking en somatische comorbiditeit bij de toewijzing naar zorgclusters op een juiste wijze worden meegewogen. Wellicht kunnen daartoe specifieke dimensies of vragen voor worden geïntroduceerd" (Werkgroep Inhoud, 2015). Gezien de complexiteit en het belang van de te trekken conclusies moge het duidelijk zijn dat de thans uitgevoerde pilots, met hun bescheiden omvang en reikwijdte, voor dergelijk onderzoek beslist onvoldoende zijn. Deze projecten lijken meer op seeding trials ("men was erg enthousiast") dan op een serieuze evaluatie op basis van een onderzoeksplan van de toepasbaarheid van het model waarvan, voor ons althans, niet duidelijk is hoe het er precies uit ziet*.

* De NZa heeft inmiddels (januari 2017) de Nederlandse versie die zij gebruikt in de proefprojecten op het web gezet: http://www.zorgclustertool.nl. Wat direct op valt is dat er een historisch item over problematisch drank- of drugsgebruik en een subcluster (8b Zeer risicovol/antisociale problematiek) bijbedacht is. Er is dus al ad hoc gesleuteld aan het model. Overigens blijft net als in Engeland cluster 9 (dat oorspronkelijk "Substance Misuse" was) leeg.

Voorlopige evaluatie

Beoordelen we het voorgestelde model aan de hand van de vijf criteria waaraan volgens de stukken een nieuwe productstructuur zou moeten voldoen (must have). Zoals gezegd dient het model: (a) klinisch herkenbaar te zijn en de geleverde zorg dient zodanig omschreven te zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen en als omschrijving voor een 'lekendeclaratie', (b) sneller te declareren te zijn, (c) een transparante declaratie op te leveren, (d) de privacy van de patiënt te waarborgen en (e) bij voorkeur tot vermindering van administratieve lasten te leiden.

Wij denken niet dat de klinische herkenbaarheid groter wordt. "Ik heb hier een cluster 4 patiënt!" "O ja, dat is Niet-psychotisch, ernstig, toch?" "Ja, dat klopt", "Ok, wat heeft ie eigenlijk?". In Engeland wordt gesteld dat de patiënt nadrukkelijk betrokken wordt bij het vaststellen van het zorgcluster, de vaste evaluatiemomenten en bij de uitkomstmetingen. Dat een instrument gebruikt wordt dat volledig door de professional wordt ingevuld en waarbij de patiënt niet eens aanwezig hoeft te zijn, helpt niet voor de herkenbaarheid. Het lijkt ons dat sneller declareren op een andere, wat simpelere manier te realiseren kan zijn. Van transparante declaratie zal, als een cluster de betaaleenheid wordt (los van activiteiten en verrichtingen), ook geen sprake zijn omdat het cluster als product gefinancierd wordt en de verrichte prestaties individueel enorm kunnen verschillen. Wij zien ook niet in hoe de privacy van de patiënt met het Engelse model gebaat zou zijn.

Tot slot zullen ook de administratieve lasten niet verminderen. Het Engelse model ontslaat de zorg er immers niet van om diagnoses te stellen. De NZa stelt: 'Wel blijft het van belang de diagnoseclassificatie vast te leggen uit het oogpunt van diagnostiek, het uitwisselen van informatie tussen clinici en de relatie met richtlijnen en zorgstandaarden.' (Werkgroep Inhoud, 2015, p. 17). Wanneer men die diagnosestelling zou willen doen op gestructureerde wijze, is de invoering van de HoNOS natuurlijk wél een lastenverzwaring. Wellicht hoopt en verwacht het veld dat men in de nieuwe structuur verlost wordt van de gehate activiteitenregistratie. Het is echter maar zeer de vraag of de hedendaagse bureaucratie af wil of kan zien van het registreren van activiteiten. In geen van de teksten wordt een dergelijke belofte gedaan.

Van de eerder genoemde doelstellingen die niet meer als "must have" werden beschouwd, namelijk 2. Bruikbaar voor indicatiestelling, 3. Hanteerbaar, 4. (Kosten)Homogeen, 5. Volledig en 7. Stabiel wordt nergens meer gerept. Het moge duidelijk zijn dat wij het model niet bruikbaar achten voor indicatiestelling, menen dat het niet (kosten)homogeen te noemen is, en niet volledig. Dat het model eventueel hanteerbaar is en stabiel doet dan niet meer ter zake.

Conclusie

Het beschikbaar zijn van een solide productstructuur is van groot belang voor een rechtvaardige en beheersbare bekostiging van de GGZ. De behoefte aan een transparante en eerlijke verevening als onderdeel daarvan is zeer verdedigbaar. De bestaande productstructuur is beperkt en verdient dat er voortdurend aan gesleuteld wordt. Vooruitgang is te boeken als in de modellen naast de diagnose (DSM-5, ICD-11), diagnosespecifieke symptomen (Van Os, 2013; van Os, Lataster, Delespaul, Wichers, & Myin-Germeys, 2014) en het functioneren (ICF; Hopfe et al., 2015) wordt meegewogen. Daarnaast wordt vooral voor de EPA groep steeds meer aandacht gevraagd voor de dimensies persoonlijk herstel, herstelkracht en herstelgeoriënteerde diagnostiek (Van Hoof, Van Erp, Boumans, & Muusse, 2014). Een verbeterde productstructuur kan ook niet zonder verbeterde definiëring van soort en duur van activiteiten. In deze zin doen verschillende Engelse auteurs aanbevelingen om brede diagnostische categorieëen te combineren met zorgpaden die veel specifieker zijn dan het clustermodel: "...although diagnosis alone is not sufficient for costing, in combination with clinical pathways they can be costed and used for tariffs with a much better chance of reliability and homogeneity" (Kingdon et al., 2012). Dit zijn de richtingen waarheen en wegen waarlangs volgens ons betere productstructuren ontwikkeld moeten worden.

De radicale ingreep om het bestaande DBC-model geheel overboord te zetten en 'zomaar' uit Engeland een model over te nemen kan de toets der kritiek niet doorstaan. Het model functioneert daar niet (in ieder geval nog niet) – en elke ervaring ermee ontbreekt dus. De GGZ in Engeland is anders georganiseerd dan in Nederland, het model is daarmee onevenwichtig en onvolledig (de verslavingszorg ontbreekt!). Kostenhomogene zorgclusters, nodig voor een goed verveningsmodel, zijn niet gedefinieerd. Clustering is gebaseerd op analyses die in Engeland noch hier overtuigen, of überhaupt niet gedaan zijn. Het model is niet aantoonbaar herkenbaarder, sneller of transparanter en de patiënt speelt er geen rol in. Het is zeer onwaarschijnlijk dat toepassing van het model zal leiden tot lastenverlichting. Het model is verder gebaseerd op één uniform, voor de taak wel erg simplistisch toewijzingsinstrument, dat niet is gebaseerd op assessment van zorgbehoeften en waarbij internationale diagnoseclassificatiesystemen zoals de DSM, de ICD en de ICF genegeerd worden. Bovendien drukt gebruik van de HoNOS+6 items ander en beter instrumentarium voor bepaling van zorgvraagzwaarte, triage en toewijzing (bijvoorbeeld de MATE in de verslavingszorg (http://www.mateinfo.nl), of de decision tools van TopGGZ (http://www.topggz.nl/decision-tools) weg.

Verontrustend vinden wij dat de professionele GGZ bereid lijkt te zijn haar diagnostische expertise geheel los te koppelen van het bekostigingssysteem. Wij menen dat dat ongewenst is en dat de professie zichzelf daarmee geen dienst bewijst. Om nogmaals het Royal College of Psychiatrists te citeren: "The Currency must include diagnosis and a wider range of complexity. Whilst Clusters are based partly on scores for symptom items, and ICD-10 diagnosis forms part of the suggested process for allocating a Cluster, College members have expressed concerns that the diagnosis is still a secondary consideration in this system". De Nederlandse GGZ bedenke zich nog eens.

Bronnen

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, V.A.: American Psychiatric Association.

Andreas, S., Harries-Hedder, K., Schwenk, W., Hausberg, M., Koch, U., & Schulz, H. (2010). Is the Health of the Nation Outcome Scales appropriate for the assessment of symptom severity in patients with substance-related disorders? Journal of Substance Abuse Treatment, 39(1), 32–40. http://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.03.011

Audin, K., Margison, F. R., Clark, J. M., & Barkham, M. (2001). Value of HoNOS in assessing patient change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. British Journal of Psychiatry, 178, 561–566. http://doi.org/10.1192/bjp.178.6.561

Bakker, L., Koster, L., Remmerswaal, R., Stoof, R., & Schipper, M. (2016). Risicoverevening geneeskundige GGZ. Verbetering model voor EPA-doelgroep en Meerjarig Hoge Kosten. Barneveld. Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2016/06/15/wor-798-risicoverevening-geneeskundige-ggz-verbetering-model-voor-epa-doelgroep-en-meerjarig-hoge-kosten/wor-798-risicoverevening-geneeskundige-ggz-epa.pdf

Beekman, A. T. F., Van Os, J., Van Marle, H. J. C., & Van Harten, P. N. (2012). Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. Tijdschrift Voor Psychiatrie, 54(11), 915–920. Retrieved from http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/54-2012-11-artikel-Beekman.pdf

Delespaul, P., & De Consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift Voor Psychiatrie, 55(6), 427–438. Retrieved from http://www.tijdschrift-voorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf

Delespaul, P., & Mulder, C. L. (2016). De Toekomst van F-ACT. Flexible ACT in het kader van "Over de Brug"-- Plan van Aanpak EPA. Retrieved from http://www.f-act-nederland.nl/download/2350/

Derks, E., de Weert-van Oene, G. H., & Buwalda, V. (2016). Het meten van functioneren tijdens een verslavingsbehandeling. Verslaving, 12(4), 293–308. http://doi.org/10.1007/s12501-016-0097-3

Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA). (2016). Retrieved January 23, 2017, from https://www.zilverenkruis.nl/gemeenten/themas/Paginas/epa.aspx

Golay, P., Basterrechea, L., Conus, P., & Bonsack, C. (2016). Internal and predictive validity of the french health of the nation outcome scales: Need for future directions. PLoS ONE, 11(8), 9–12. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0160360

Goldney, R. D., Fisher, L. J., & Walmsley, S. H. (1998). The Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric hospitalisation: a multicentre study examining

outcome and prediction of length of stay. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32(2), 199–205.

Gupta Strategists. (2015). Het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars. Mogelijkheden om te concurreren. Retrieved from https://www.acm.nl/nl/download/publicatie/?id=15482

Hopfe, M., Stucki, G., Marshall, R., Twomey, C. D., Üstün, T. B., & Prodinger, B. (2015). Capturing patients' needs in casemix: a systematic literature review on the value of adding functioning information in reimbursement systems. BMC Health Services Research, 16(1), 40. http://doi.org/10.1186/s12913-016-1277-x

iBMG-projectteam risicoverevening. (2015). WOR 749 Onderzoek risicoverevening 2016: berekening normbedragen. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/09/30/wor-749-eindrapport-berekening-normbedragen-2016/wor-749-eindrapport-berekening-normbedragen-2016.pdf

Jacobs, R., Chalkley, M., Aragón, M. J., Böhnke, J. R., Clark, M., Moran, V., … Moran, V. (2016). Funding of Mental Health Services: Do Available Data Support Episodic Payment ? CHE Research Paper 137. York. Retrieved from http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP137_mental_health_data_episodic_payment.pdf

Kingdon, D. G., Solomka, B., McAllister-Williams, H., Turkington, D., Gregoire, A., Elnazer, H., … Naeem, F. (2012). Care clusters and mental health Payment by Results. The British Journal of Psychiatry, 200(2), 162. http://doi.org/10.1192/bjp.200.2.162

Lilienfeld, S. O. (2014). The Research Domain Criteria (RDoC): An analysis of methodological and conceptual challenges. Behaviour Research and Therapy, 62, 129–139. http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.019

Minister Schippers. (2016a, June 17). Herziening zorgstelsel. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 29 689, nr. 725. Retrieved from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-725.pdf

Minister Schippers. (2016b, December 14). Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 25 424, nr. 337. Retrieved from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-337.pdf

Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A. I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) als instrument voor "routine outcome assessment." Tijdschrift Voor Psychiatrie, 46(5), 273–284. Retrieved from http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1238pdf.pdf

Müller, M., Vandeleur, C., Weniger, G., Prinz, S., Vetter, S., & Egger, S. T. (2016). The performance of the Health of the Nation Outcome Scales as measures of clinical severity. Psychiatry Research, 239, 20–27. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.060

Nederlandse Zorgautoriteit. (2016a). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016. Retrieved from https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt_2016.pdf

Nederlandse Zorgautoriteit. (2016b). Plan van aanpak. Doorontwikkeling productstructuur GGZ / FZ. De stappen naar een nieuw model (2016 – 2019). Retrieved from http://werkenmetdbcs.nza.nl/7975-pva-doorontwikkeling-productstructuur/file/menu-ID-3460

Nederlandse Zorgautoriteit. (2016c). Verbetering bekostigingsmodel ggz en fz: Koplopers gezocht! Retrieved from http://werkenmetdbcs.nza.nl/ggz/door-

ontwikkeling-1/8342-brochure-koplopers-bekostigingsmodel-ggz-en-fz/menu-ID-2532

NHS England. (2016). Mental Health Clustering Booklet (V5.0) (2016/17). Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/499475/Annex_B4_Mental_health_clustering_booklet.pdf

Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ. (n.d.). Retrieved from http://werkenmetdbcs.nza.nl/doorontwikkeling-1/visiedocumenten/7977-bijlage-3-2-notitie-beleid-visie-doorontwikkeling-productstructuur-ggz/file/menu-ID-3214

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., … Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. The British Journal of Psychiatry, 167(5), 589–595. http://doi.org/10.1192/bjp.167.5.589

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., … Hayward, P. (2002). CAN Camberwell Assessment of Need. (Disciplinegroep Psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen & Vakgroep Psychiatrie van de Universiteit van Amsterdam, Trans.).

Royal College of Psychiatrists. (2014). Royal College of Psychiatrits' Statement on Mental Health Payment Systems (formerly Payment by Results). Retrieved from https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS01_2014x.pdf

Rutten, R., Broekman, T. G., & Schippers, G. M. (2017). Hoe voorspelbaar is de zorgconsumptie in de verslavingszorg? Manuscript in preparation.

Schippers, G. M., Broekman, T., & Buchholz, A. (2011). MATE 2.1. Handleiding en protocol. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Bêta Boeken. Retrieved from http://www.mateinfo.eu/pubs/boi.06101

Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W. J., & Van Den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): An instrument based on the World Health Organization family of international classifications. Addiction, 105(5), 862–871. http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02889.x

Self, R., & Painter, J. (2009). Study: To improve and demonstrate the structural properties of the care clusters that form the basis of the PbR currency development programme (Care Pathways and Packages Project). Retrieved from http://www.cppconsortium.nhs.uk/admin/files/1265127785Cluster Validation Study Final Report 10 12 09.pdf

Self, R., Painter, J., & Davis, R. (2008). A Report on the development of a Mental Health Currency Model (including suggestions on the development and testing of PbR tariffs). Retrieved from http://www.nhsconfed.org/~/media/Confederation/Files/public access/Report on Development of Mental Health Currency Modle.pdf

Self, R., Rigby, A., Leggett, C., & Paxton, R. (2008). Clinical Decision Support Tool: A rational needs-based approach to making clinical decisions. Journal of Mental Health (Abingdon, England), 17(1), 33–48. http://doi.org/10.1080/09638230701505806

Slade, M., Beck, A., Bindman, J., Thornicroft, G., & Wright, S. (1999). Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. The British Journal of Psychiatry, 174(5), 404–408. Retrieved from http://bjp.rcpsych.org/content/174/5/404.abstract

Speak, B. L., Hay, P., & Muncer, S. J. (2015). HoNOS - their utility for payment by results in mental health. International Journal of Health Care Quality Assurance, 28(2), 115–128. http://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2013-0096

Speak, B. L., & Muncer, S. J. (2016). Factorial structure of the Health of the Nation

Outcome Scales: An ordinal confirmatory factor analysis using a national sample of clinician ratings in England. International Journal of Mental Health Nursing, 87–98. http://doi.org/10.1111/inm.12199

Toekomst van de risicoverevening. Position papers ten behoeve van symposium. (2016). Den Haag. Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2016/03/01/toekomst-van-de-risicoverevening/toekomst-van-de-risicoverevening.pdf

Trevithick, L., Painter, J., & Keown, P. (2015). Mental health clustering and diagnosis in psychiatric in-patients. BJPsych Bulletin, 39(3), 119–23. http://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047043

Twomey, C., Prina, A. M., Baldwin, D. S., Das-Munshi, J., Kingdon, D., Koeser, L., … Cieza, A. (2016). Utility of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Predicting Mental Health Service Costs for Patients with Common Mental Health Problems: Historical Cohort Study. PLOS ONE, 11(11), 1–15. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0167103

Van Hoof, F., Van Erp, N., Boumans, J., & Muusse, C. (2014). Trendrapportage GGZ Themarapport. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht: Trimbos-Instituut. Retrieved from https://www.trimbos.nl/?act=winkeldl.download&prod=551

Van Os, J. (2013). Een nieuw diagnostisch systeem voor de psychiatrie? Tijdschrift Voor Psychiatrie, 55(12), 962–963. Retrieved from http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-12-artikel-vOs.pdf

Van Os, J. (2014). Zorgvraagzwaartemodel 1.0: naar een model van random zorgtoewijzing? Tijdschrift Voor Psychiatrie, 56(2), 125–128. Retrieved from http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-2-artikel-vanos.pdf

Van Os, J., Lataster, T., Delespaul, P., Wichers, M., & Myin-Germeys, I. (2014). Evidence that a psychopathology interactome has diagnostic value, predicting clinical needs: An experience sampling study. PloS One, 9(1), e86652. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0086652

Van Rooij, P. (2015). Het Engelse model , een dagje Londen. Retrieved May 30, 2016, from http://www.ggz-connect.nl/bericht/3367/het-engelse-model-een-dagje-londen

Van Veen, S. H. C. M. (2016). Evaluating and Improving the Predictive Performance the Predictive Performance of Risk Equalization Models of Risk Equalization Models in Health Insurance Markets. Erasumus Universiteit Rotterdam.

Vektis. (2014). EPA-vignettenstudie. Overzicht EPA-cliënten per gemeente, ingedeeld naar zorggebruik. Toelichting op het onderzoek. Retrieved from http://www.wmo-wijzer.nl/Content/Downloads/Pdf/2014/Verantwoordingsdocument-bij-EPA-vignettenstudie.pdf

Visser, J., & Stam, P. (2012). Een verkenning van de toegevoegde waarde van GGZ intakegegevens in het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Rotterdam: SiRM - Strategies in Regulated Markets. Retrieved from http://www.sirm.nl/downloads/62_121211_eindrapportage_definitief.pdf

Werkgroep Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator GGZ. (2015). Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarteindicator GGZ. Eindrapportage fase 2. Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/09/01/doorontwikkeling-zorgvraagzwaarteindicator-ggz-eindrapportage-fase-2/doorontwikkeling-zorgvraagzwaarteindicator-ggz-eindrapportage-fase-2.pdf

Werkgroep Inhoud. (2015). Verkenning doorontwikkeling Productstructuur DB(B)C

GGZ/FZ. Het Engelse bekostigingssysteem uitgedaagd. (Concept) Advies werkgroep Inhoud. Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/09/01/verkenning-doorontwikkeling-productstructuur-db-b-c-ggz-fz/verkenning-doorontwikkeling-productstructuur.pdf

Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR). (2016a). Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2017. Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2016/08/01/advies-over-de-vormgeving-van-het-exante-vereveningsmodel-2017/advies-over-de-vormgeving-van-het-exante-vereveningsmodel-2017.pdf

Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR). (2016b). Meerjarig onderzoeksprogramma risicoverevening Inleiding. Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2016/09/16/meerjarig-onderzoeksprogramma-risicoverevening/meerjarig-onderzoeksprogramma-risicoverevening.pdf

Werkgroep Zorgvraagzwaarte GGZ. (2013). Zorgvraagzwaarte GGZ Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte. Retrieved from http://www.nvvp.net/stream/eindadvies-werkgroep-zvz-2013

Wiersma, D., Visser, E., Bähler, M., Bruggeman, R., Delespaul, P. A., Van Der Gaag, M., … Mulder, C. L. (2015). Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening ; psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. Tijdschrift Voor Psychiatrie, 57, 395–404.

Wing, J., Curtis, R. H., & Beevor, A. (1999). Health of the nation outcome scales (HoNOS). Glossary for HoNOS score sheet. British Journal of Psychiatry, 174(MAY), 432–434. http://doi.org/10.1192/bjp.174.5.432

World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. International Classification. http://doi.org/10.1002/1520-6505(2000)9:5<201::AID-EVAN2>3.3.CO;2-P

World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-292.pdf

Zorginstituut Nederland. (2014). De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering. Retrieved from https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2014/12/22/de-nieuwe-dsm-5-en-de-gevolgen-voor-de-verzekering/De+nieuwe+DSM-5+en+de+gevolgen+voor+de+verzekering.pdf

Zorgverzekeraars Nederland. (2005). AO Risicoverevening/risicoselectie. Retrieved from https://assets.zn.nl/p/32768/ZN-brief AO Risicoverevening 22 juni 2016.pdf

Zorgverzekeraars Nederland. (2016). AO GGZ. Retrieved from https://assets.zn.nl/p/32768/Brief AO GGZ.pdf

Bureau Bêta

w w w . b e t a . n l
Carnotstraat 2
6533DT Nijmegen
Tel. 024-3440669
KvK 10028460