

Verkenning doorontwikkeling Productstructuur DB(B)C GGZ/FZ

Het Engelse bekostigingssysteem uitgedaagd

(Concept) Advies werkgroep Inhoud
september 2015

Inhoud

1.	MANAGEMENTSAMENVATTING	3
2.	INLEIDING	5
3.	CONTEXT DOORONTWIKKELING PRODUCTSTRUCTUUR DBC GGZ	6
4.	HET ENGELSE MODEL UITGEDAAGD	8
	Vraag 1: Is het (eerste) globaal onderscheid in de zorgvraag in de superclusters ‘psychosis’, ‘non-psychotic’ en ‘organic’ wenselijk?	9
	Vraag 2: Is de omschrijving en onderverdeling in hoofdclusters herkenbaar en logisch?	11
	Vraag 3: Zijn de 21 zorgclusters herkenbaar, logisch en volledig?	11
	Vraag 4: Kan de indeling van de zorgvraag plaatsvinden op basis van de zorgvraag-dimensies die in Engeland hiervoor worden gebruikt?	12
	Vraag 5: Hoe wordt omgegaan met zorg die niet wordt gevolgd door een behandeling?	14
	Vraag 6: Zijn de evaluatiemomenten zoals opgenomen in het Engelse model zinnig en qua timing goed gekozen?	14
	Vraag 7: Voldoet de beschrijving van de behandeling per zorgcluster	15
	Vraag 8: Is het zinvol nu al uitkomstmetingen onderdeel te laten uitmaken van de doorontwikkeling van de productstructuur en zo ja, welke maten zouden daarvoor gebruikt kunnen worden.	16
	Vraag 9: Op welke wijze wordt de patiënt betrokken bij het assessment?	17
	Vraag 10: Kan de indeling van de productstructuur plaats vinden aan de hand van zorgvraag classificatie en bijbehorende zorgclusters en is de diagnoseclassificatie nog benodigd?	17
5.	ADVIES, ONTWIKKELING EN IMPLEMENTATIE	18
6.	AANDACHTSPUNTEN	20
	BIJLAGE A: SAMENSTELLING WERKGROEP INHOUD.....	21

1. Managementsamenvatting

Al langere tijd bestaat er kritiek op de dominante rol van de diagnoseclassificatie in de toewijzing naar een productgroep: Psychosociale en andere factoren die wellicht meer zeggen over de zorgvraagzwaarte en de daarbij passende behandeling spelen op dit moment een ondergeschikte rol. De klinische herkenbaarheid staat daarmee onder druk en ook de herkenbaarheid voor patiënten is beperkt. Dit leidt ook continu tot vraagstukken met betrekking tot de privacy bescherming. Daarnaast is een groot nadeel van de huidige productstructuur dat DBC's/DB(B)C's pas worden bepaald na afloop van de behandeling: de geregistreerde behandeltijd is hierbij van doorslaggevend belang. Dat betekent dat er een grote vertraging zit tussen de start van de behandeling en het moment waarop de kosten kunnen worden bepaald en gefactureerd. Zorgverzekeraars ontberen zo belangrijke informatie en zorgaanbieders komen in liquiditeits- en verantwoordingsproblemen. Tot slot leiden de verschillende bekostigingssystemen tot ongewenste effecten bij de uitvoering van de zorg. Vooral het verschil tussen de wijze van bekostigen van de Generalistische Basis GGZ (gb-ggz) en de gespecialiseerde GGZ (s-ggz) is een lastig punt.

De afgelopen jaren is binnen de kaders van de huidige productstructuur gezocht naar oplossingen voor deze vraagstukken. Helaas zijn die onvoldoende gevonden. Op verzoek van betrokken partijen is een groep van inhoudelijke experts, verzameld in de werkgroep Inhoud, gevraagd advies te geven over de doorontwikkeling van de productstructuur voor de GGZ, waarbij bovengenoemde vraagstukken nadrukkelijk worden geadresseerd.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de bekostigingsstructuur voor de GGZ in Engeland ('het Engels model') mogelijk uitkomst biedt. Hoewel de gezondheidszorg in beide landen verschillend is ingericht, zijn er ook veel overeenkomsten in actuele ontwikkelingen. Op basis van vergelijkend onderzoek met betrekking tot beide stelsels is vastgesteld dat er op het niveau van de doelstellingen opvallend veel overeenkomsten bestaan tussen beide landen, maar dat een andere aanvliegroute is gekozen. Deze aanvliegroute biedt een ander perspectief op het oplossen van bovengenoemde vraagstukken bij de productstructuur DB(B)C GGZ. Specifiek is de werkgroep Inhoud dan ook gevraagd te kijken naar de (on)mogelijkheden die de bekostigingsstructuur zoals die in Engeland is ontwikkeld, te onderzoeken en advies uit te brengen in hoeverre (elementen van) dit systeem bruikbaar zijn voor de doorontwikkeling van de productstructuur in Nederland.

De werkgroep Inhoud heeft zich verdiept in het Engelse model en dit op allerlei punten uitgedaagd om zich een oordeel te kunnen vormen over de bruikbaarheid ervan in Nederland. Dat is niet eenvoudig omdat ook in Engeland het systeem al jaren in ontwikkeling is (en nog steeds verder ontwikkeld wordt) en om het echt te doorgronden is meer nodig dan een 'quick en dirty look'. Er zijn door de Werkgroep vele vragen gesteld en er is onderling over een groot aantal aspecten gediscussieerd.

De uiteindelijke conclusie van de werkgroep Inhoud is dat het introduceren van een aantal elementen van het bekostigingssysteem zoals dat in Engeland voor de GGZ wordt gehanteerd een 'mindshift' betekent. Anders dan nu het geval is zijn de zorgvraagzwaarte en zorgbehoefte van de patiënt het uitgangspunt. De bij de zorgvraag passende behandeling wordt inhoudelijk op hoofdlijnen beschreven in een beperkt aantal zorgclusters. Onderdeel van de systematiek zijn vaste formele intake- en evaluatiemomenten, waarbij professionals in het GGZ-domein (gb-ggz en g-ggz) samen met de patiënt of diens vertegenwoordiger bespreken, of en, zo ja, welk (vervolg)zorgcluster van toepassing is.

De werkgroep realiseert zich dat elk bekostigingssysteem 'plussen en minnen' kent. Niettemin lijken de eerder genoemde elementen van het Engelse model naar de goed bruikbaar om de productstructuur DB(B)C GGZ/FZ in Nederland te verbeteren. Deze elementen vergroten de klinische herkenbaarheid, borgen de betrokkenheid van de patiënt bij de keuze van de behandeling en bieden mogelijkheden om informatie over en afrekening van de behandeling te versnellen en – niet in de laatste plaats - de administratieve lasten te verlagen.

Daar het om een vrij fundamentele doorontwikkeling gaat, die belangrijke consequenties heeft voor alle professionals, patiënten en werk- en ICT-processen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars, adviseert de Werkgroep Inhoud een zorgvuldige ontwikkel- en testfase alvorens tot invoering over te gaan.

2. Inleiding

In 2006 is gestart met de invoering van de bekostigingssystematiek op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in de GGZ en in 2009 met de DB(B)C's (de extra B staat voor beveiliging) in de forensische zorg. De DBC's en DB(B)C's (hierna beiden kort aangeduid met DBC-productstructuur GGZ) vormen de basis van de afspraken tussen zorginkopers¹ en zorgaanbieders.

Eind 2014 is gestart met de doorontwikkeling van de DBC-productstructuur. Dit om een aantal onvolkomenheden in de huidige productstructuur te ondervangen en om deze beter aan te laten sluiten bij de veranderende context. Een en ander staat verwoord in de *Notitie Beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ/FZ*². Deze is op 16 april 2015 in het Bestuurlijk Overleg vastgesteld.

Om de richting van de doorontwikkeling van de productstructuur te concretiseren is een groep van inhoudexperts, hierna te noemen de werkgroep Inhoud³, gevraagd hierover advies uit te brengen aan het Bestuurlijk Overleg in oktober 2015.

De werkgroep Inhoud is in de periode tussen Juni en September 2015 in totaal 5 keer bijeen gekomen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het bekostigingsmodel dat in Engeland is ontwikkeld mogelijk inspiratie kan bieden voor de doorontwikkeling. De werkgroep Inhoud heeft dit model bestudeerd, op allerlei manieren uitgedaagd en conclusies getrokken met betrekking tot de doorontwikkeling van de DBC-productstructuur. De werkgroep is hierbij ondersteund door een klein team van medewerkers van de NZa en Capgemini Consulting.

Dit heeft geleid tot het advies van de werkgroep Inhoud dat zij bij deze aanbiedt aan de leden van het Bestuurlijk Overleg. Dit advies heeft primair betrekking op de gespecialiseerde GGZ/FZ die nu met DBC's wordt bekostigd, maar het biedt ook kansen voor een goede aansluiting met vooral de Generalistische Basis GGZ.

¹ Zorgverzekeraars respectievelijk Dienst Justitiële Inrichtingen/ministerie V&J

² In hoofdstuk 2 worden dit nader toegelicht.

³ Zie voor samenstelling bijlage 1.

3. Context doorontwikkeling productstructuur DBC GGZ

In de eerder genoemde beleidsnotitie (april 2015) van de bij de DBC-productstructuur betrokken partijen zijn de plussen en minnen van de huidige productstructuur, de veranderende context en de richting voor de verdere doorontwikkeling van de productstructuur beschreven.

In de kern is voor de richting van de doorontwikkeling het volgende aangegeven:

Diagnose:

- De zorgvraag wordt door meer en wellicht ook andere elementen bepaald dan de primaire diagnose, zoals die nu in het kader van een classificatiesysteem (DSMIV) wordt vastgelegd.

Behandeling:

- De behandelcomponent zou vervat moeten worden in meer herkenbare inhoudelijk gedefinieerde behandeltrajecten. Door aansluiting op behandeldoelen en behandelelementen zoals in richtlijnen vastgelegd is het de bedoeling de te verlenen c.q. verleende zorg beter te duiden en gepaste zorg te stimuleren.
- De doorlooptijd van de DBC's zou beter moeten aansluiten op logische fases in de diagnosestelling en behandeling en de besluiten daarover in het kader van passende zorg. Daarmee wordt tevens gerealiseerd dat informatie over de (te verwachten) behandeling eerder wordt gedeeld.

Combinatie:

- De combinatie van D en B biedt zo een hulpmiddel om beter inzichtelijk te maken welke zorg wordt geboden, welke resultaten zijn bereikt en welke kosten in daaraan zijn verbonden.

Daarbij is vastgesteld dat de volgende criteria met de productstructuur zeker dienen te worden ingevuld ('must-haves'). Dit zijn:

- *Het vergroten van de klinische herkenbaarheid/c.q. de informatiemeerwaarde:*
Onder klinische herkenbaarheid wordt verstaan dat de zorgproducten vanuit een geneeskundig en beveiligingsperspectief identificeerbaar zijn. Binnen de productstructuur dienen de zorgproducten voldoende klinisch herkenbaar te zijn en de geleverde zorg dient zodanig omschreven te zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen en als omschrijving voor 'lekendeclaratie'.
- *Eerder beschikbaar komen van informatie:*
Het is wenselijk dat de productstructuur sneller declareren ondersteunt aansluitend op de zorgkosten per jaar. Daarmee verkrijgen alle betrokkenen eerder en op eenvoudiger wijze informatie over de omvang en kosten van zorg.
- *Het borgen van de privacy:*
De productstructuur c.q. het gebruik daarvan bij declaratie en verantwoording dient de privacy van de patiënt te waarborgen en behoeft dus de goedkeuring van het CBP.
- *Het verminderen van de administratieve lasten:*
De administratieve lasten van de registratie en verantwoording van het DBC-systeem worden als (te) hoog ervaren. De werkgroep Inhoud heeft dit criterium als 'must have' toegevoegd; de doorontwikkeling dient nadrukkelijk gericht te zijn op het verminderen van de ervaren administratieve lasten.

Uit vooronderzoek is gebleken dat het bekostigingsmodel dat in Engeland in de afgelopen 8 jaar is ontwikkeld en wordt gebruikt (hierna steeds kort aangeduid met Engelse model) waardevolle elementen zou kunnen bevatten voor de doorontwikkeling.

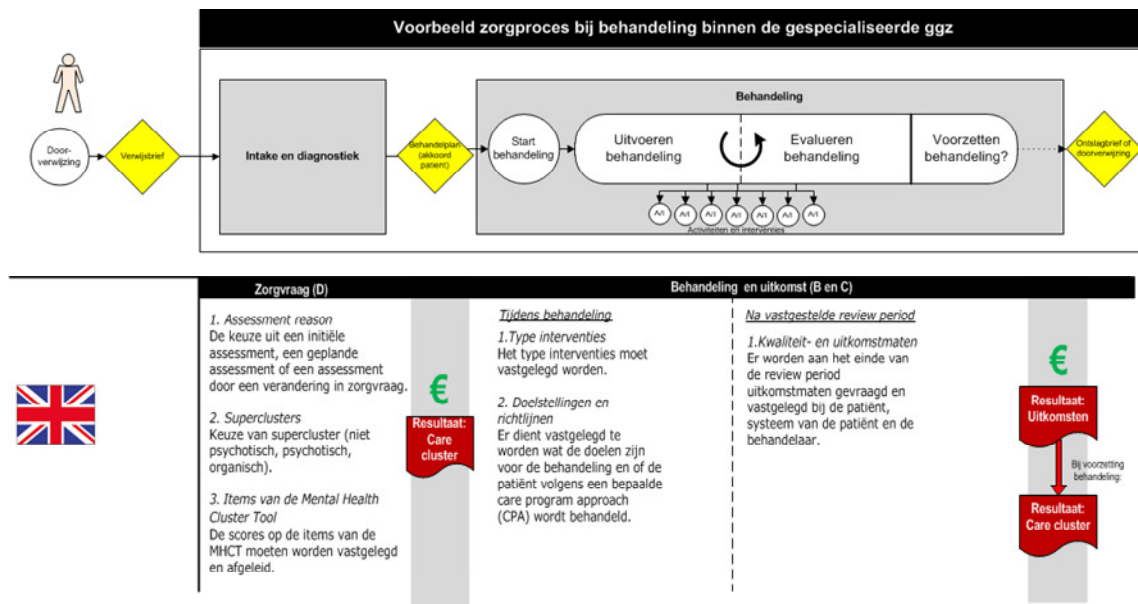
In mei 2015 is dat bevestigd tijdens een 'Invitational Conference' over het Engelse Model, waaraan een brede vertegenwoordiging uit de sector heeft deelgenomen. Aan een werkgroep (werkgroep Inhoud) is gevraagd te komen tot een 'totaaladvies' voor de doorontwikkeling van de DB(B)C productstructuur, geïnspireerd op het Engelse model.

4. Het Engelse model uitgedaagd

In de periode Juni – September 2015 heeft de werkgroep Inhoud alle elementen van het Engelse model bestudeerd en uitgedaagd: Wat als we dit zouden meenemen in de doorontwikkeling van de productstructuur in Nederland, zou dat een verbetering zijn, vallen er groepen tussen wal en schip, wat missen we, et cetera? Om de vragen te kunnen beantwoorden zijn tussentijds diverse analyses uitgevoerd, zijn er vragen gesteld aan deskundigen uit Engeland, is literatuur bestudeerd voor zover beschikbaar en is op onderdelen gekeken naar alternatieven. De vragen en conclusies ten aanzien van de bruikbaarheid van elementen van het Engelse model in de Nederlandse context zijn geclusterd in 10 kernvragen. In de volgende paragrafen staan deze beschreven en zijn de antwoorden en conclusies uitgewerkt.

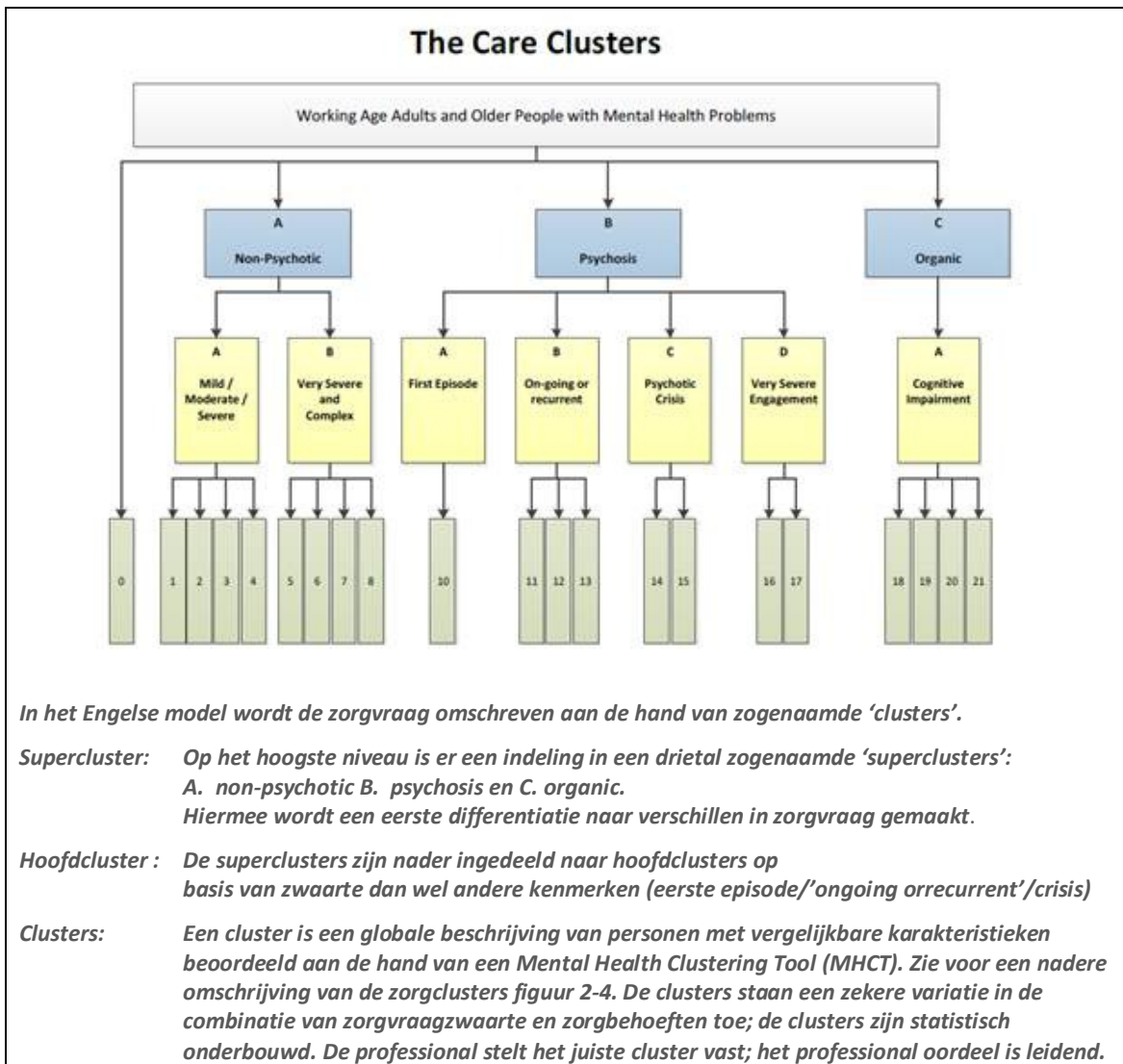
Om de essentie van het Engelse model te begrijpen wordt in figuur 1 het bekostigingssysteem op hoofdlijnen toegelicht:

- Tijdens intake en diagnostiek wordt door professionals in samenspraak met de patiënt of diens vertegenwoordiger een zogenaamd zorgcluster bepaald (zie ook figuur 2).
- Elk zorgcluster kent een formeel evaluatiemoment. Op dit moment of zo veel eerder als nodig is, wordt in samenspraak met de patiënt opnieuw bepaald of en zo ja welk zorgcluster voor de volgende periode van toepassing is. Tijdens deze evaluatie worden ook de uitkomsten van de behandeling vastgelegd, beoordeeld door respectievelijk de patiënt, zijn familie én de behandelaar.
- Voor elk zorgcluster staat een vaste vergoeding; deze wordt in Engeland per dag in rekening gebracht.



Figuur 1: Bekostigingssysteem Mental Health Care, NHS, Engeland

Figuur 2 geeft een schematische indeling van de zorgvraag en zwaarte ervan weer naar één van de 21 onderscheiden zorgclusters. Indien er geen sprake is van behandeling (niet nodig, doorverwijzing, et cetera) dan wordt uitsluitend de intake/diagnostiekfase in rekening gebracht.



Figuur 1: Indeling zorgvraag(zwaarte) naar behandeling: clusterindeling/beslisboom

Vraag 1: Is het (eerste) globaal onderscheid in de zorgvraag in de superclusters 'psychosis', 'non-psychotic' en 'organic' wenselijk?

- De indeling in deze superclusters in Engeland is gebaseerd op de wens om een inhoudelijk onderscheid te maken naar patiënten met 'minor non-psychotic common mental health problems' en patiënten met 'managed long-term problems associated with psychosis'.

- De (super)clusters omschrijven de te verwachten diagnoses/stoornissen, maar zijn hierop niet gebaseerd; de introductie van de (super)clusters betekent dat de clusters worden ingedeeld naar brede diagnostische categorieën (zie figuur 2).
- De werkgroep Inhoud is nagegaan welke diagnoseclassificatie bij de verschillende (super)clusters hoort; voor elk (super)cluster is gecheckt of de te verwachten diagnoses logisch voorkomen.
- Aan de hand van de diagnoseclassificatie is in beeld gebracht hoe de diverse zorgvragen een plaats krijgen binnen de verschillende (super)clusters en clusters. Een aantal diagnoses komt niet expliciet terug in de verschillende superclusters. Navraag in Engeland leert dat deze zorg wel wordt ingedeeld met behulp van de (super)clusters (zie ook vraag 3). Een vergelijkbare analyse is uitgevoerd op basis van DIS-data; circa 70% van de DBC's is op basis van de diagnoseclassificatie toe te rekenen aan een supercluster (zie figuur 2).
- Met behulp van HoNOS- en DIS-data van een aantal instellingen is deze overige zorg ingedeeld in (super)clusters. De uitgevoerde analyse laat zien dat ook deze zorg grotendeels in één van de 21 clusters kan worden ingedeeld.

DSM-4 hoofdgroepen	Percentage totaal	Waarvan:			
		1.Niet-psychotisch	2.Psychotisch	3.Organisch	4.Overig
Aan alcohol gebonden stoornis	4,1%		82,9%		17,1%
Overige aan een middel gebonden stoornis	4,2%				100,0%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	7,7%		100,0%		
Bipolair en overig	4,0%		92,2%		7,8%
Depressieve stoornissen	19,5%	94,2%	2,1%		3,8%
Angststoornissen	14,2%		99,9%		0,1%
Persoonlijkheidsstoornissen	9,7%		98,9%		1,1%
Eetstoornissen	1,5%	100,0%			
Somatoforme stoornis	2,8%	100,0%			
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	4,6%		2,0%	29,5%	68,4%
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	11,8%				100,0%
Overige stoornissen in de kindertijd	4,7%				100,0%
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	7,7%				100,0%
Restgroep					
DC:0-3 Kinder- & Jeugdstoornissen primaire diagnoses	0,3%				100,0%
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	0,6%		1,3%		98,7%
Dissociatieve stoornissen	0,3%	100,0%			
Misbruik of verwaarlozing	0,3%				100,0%
Nagebootste stoornissen	0,0%				100,0%
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	0,4%			74,3%	25,7%
Slaapstoornissen	0,2%		1,4%		98,6%
Stoornissen in de impulsbeheersing	1,3%				100,0%
<i>Zorg niet onder de aanspraak van Zvw</i>					
Overige andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn					100,0%
Aanpassingsstoornissen					100,0%

Figuur 2: Indeling in superclusters; de 30% DBC-trajecten die niet op basis van diagnoses kunnen worden toegedeeld omvatten vooral aan alcohol en overig aan een middel gebonden stoornissen, stoornissen met oorsprong in de kindertijd en restgroep diagnoses.

Conclusies met betrekking tot het onderscheid zorgvraag naar superclusters:

1. De werkgroep herkent de indeling in de superclusters 'psychosis', 'non-psychotic' en 'organic'. De indeling wordt als relevant gezien voor een eerste indeling naar zorgvraag in relatie tot de inhoud van zorg.
2. Vooralsnog lijkt het niet nodig de bestaande superclusters voor onderdelen van zorg uit te breiden (bijvoorbeeld voor Verslavingszorg, Forensische zorg, Zorg voor Licht Verstandelijk Gehandicapten of Stoornissen ontstaan in de kindertijd).

3. Toetsing in de Nederlandse praktijk is noodzakelijk om dit definitief vast te stellen.

Vraag 2: Is de omschrijving en onderverdeling in hoofdclusters herkenbaar en logisch?

- Nagegaan is of de indeling naar zwaarte c.q. andere kenmerken (zie groene vakken in figuur 1) op basis van de daartoe behorende clusters herkenbaar is.
- Onder het supercluster 'psychosis' zijn elementen van stagering te herkennen. Bij de superclusters 'non-psychotic' en 'organic' is dat niet het geval.
- Er werd door de werkgroep Inhoud geen hoofdcluster gemist.

Conclusie met betrekking tot de omschrijving en onderverdeling in hoofdclusters:

De werkgroep herkent de omschrijving en onderverdeling van de hoofdclusters en vindt deze herkenbaar en logisch.

Vraag 3: Zijn de 21 zorgclusters herkenbaar, logisch en volledig?

- Nagegaan is welke zorgclusters er zijn en welke zorg deze omvatten.
- De diagnoses bepalen niet de indeling; wel wordt aangegeven welke diagnoses te verwachten zijn bij de verschillende zorgclusters. Aan de hand van de diagnoseclassificatie is nagegaan hoe de diverse zorgvragen een plaats krijgen binnen de verschillende zorgclusters (zie figuur 2).
- Verslavingszorg, stoornissen ontstaan in de kindertijd en een aantal overige stoornissen kwamen niet herkenbaar in de (super)clusters terug. Navraag in Engeland leert dat ook deze zorg aan (verschillende) zorgclusters wordt toegedeeld.
- Forensische zorg wordt in Engeland eveneens met behulp van de zorgclusters ingedeeld. Er is tot nu toe een vergelijkbare clusterindeling, waarbij één zorgcluster is toegevoegd, ontwikkeld. Het zorgcluster 16, 'Psychosis & Affective Disorder - High substance misuse & engagement, (onder 'psychosis') wordt specifiek voor de behandeling van verslaving gebruikt. Maar ook andere zorgclusters (vooral onder de 'non-psychotic' stoornissen) worden voor de behandeling van verslaving gebruikt. Oorspronkelijk was cluster 9 onder de 'non-psychotic' stoornissen bedacht voor verslavingszorg. In praktijk blijkt dit geen toegevoegde waarde te hebben: Cluster 9 in het Engelse model is een leeg cluster.
- Ook de generalistische basis GGZ kan naar verwachting worden ingedeeld in de onderscheiden zorgclusters (voornamelijk zorgcluster 1-4).
- De professional in de GGZ bepaalt welk cluster van toepassing is. Niet gespecificeerd is wie het assessment uitvoert, behalve dat het een professional moet zijn die is opgeleid in de afname daarvan.

Conclusies met betrekking tot de herkenbaarheid en volledigheid van de onderscheiden zorgclusters:

1. De werkgroep herkent de indeling in de 21 zorgclusters. Vooralsnog lijkt de zorgvraag in deze zorgclusters te kunnen worden ondergebracht en lijkt toepassing breed in de GGZ (gb-GGZ en g-GGZ) aan de orde. Het lijkt niet nodig voor specifieke groepen aparte clusters te ontwikkelen.
2. Het professioneel oordeel van zorgverleners in de GGZ (gb-GGZ en g-GGZ) dient de basis te vormen voor de indeling in een zorgcluster. Een vragenlijst die door de professional wordt ingevuld en een op deze vragenlijst gebaseerd algoritme kan deze indeling ondersteunen (zie ook vraag 4).

3. Om vast te stellen welke professional in de GGZ (gb-GGZ en g-GGZ) de clustering kan bepalen, zou kunnen worden aangesloten bij het Kwaliteitsstatuut dat momenteel in voorbereiding is in vervolg op het advies van de commissie Meurs.
4. Toetsing in de Nederlandse praktijk is noodzakelijk om definitieve zorgclusters vast te stellen. Daarbij dienen verslaving, stoornissen ontstaan in de kindertijd en overige stoornissen, zorg voor Licht Verstandelijk Gehandicapten en forensische zorg nadrukkelijk de aandacht te krijgen.

Vraag 4: Kan de indeling van de zorgvraag plaatsvinden op basis van de zorgvraag-dimensies die in Engeland hiervoor worden gebruikt?

- Nagegaan is hoe de indeling van de zorgvraag naar zorgclusters tot stand komt (zie voor een voorbeeld figuur 3). Hierbij spelen verschillende dimensies, waaronder ook psychosociale dimensies een belangrijke rol.
- De gebruikte dimensies zijn gebaseerd op de HoNOS, aangevuld met 5 extra vragen met betrekking tot de voorgeschiedenis. HoNOS is gericht op het meten van uitkomsten door klinici (zie ook vraag 7, uitkomsten) en meet gezondheid en sociaal functioneren. De aanvullende dimensies, de Summary of Assessments of Risk and Need (SARN), zijn toegevoegd om de noodzakelijke zorg beter in beeld te brengen.
- In Engeland is een zogenaamd algoritme opgesteld waaruit op basis van de door de zorgprofessional vastgestelde HoNOS-scores een clusteradvies volgt. Van dit advies kan worden afgeweken; het professioneel oordeel is bepalend. De ervaring in Engeland leert dat klinici 1 dag training in HoNOS+/clustermethodiek nodig hebben, en een halve dag elke twee jaar om de inter-beoordelaar betrouwbaarheid te vergroten. Teambesprekingen en multidisciplinaire training blijken van grote waarde te zijn om discussie te stimuleren en is aanbevolen.
- De beoordeling van de 'must score' dimensies (zie figuur 3) komen voor alle clusters herkenbaar voor. Gemist word(t)(en) (de weging van) factoren zoals agressie, verslaving, verstandelijke beperking en somatische comorbiditeit. Navraag in Engeland leert dat agressie, verslaving en somatische comorbiditeit wel belangrijke variabelen vormen en mee tellen in de indeling in clusters. Het is echter geen 'must have' score, met andere woorden deze variabelen alleen zijn niet voldoende om in een cluster te worden ingedeeld. De dimensie verstandelijke beperking wordt in Engeland nog nader ontwikkeld.
- Op basis van analyses uitgevoerd door de NZa, het Erasmus Medisch Centrum, Rijnstate en NVvP, gepresenteerd in de werkgroep, kan worden geconcludeerd dat somatische comorbiditeit relevant is voor de GGZ-kosten.
- Vergelijkbare analyses kunnen voor patiënten met licht verstandelijke beperking worden uitgevoerd.
- Eerste vingeroefeningen door de leden van de Werkgroep Inhoud staven dat zorgvragen en zorgbehoeften die leiden tot een zorgcluster ook verzekerde GGZ-zorg rechtvaardigen.

Description: This group will be experiencing severe depression and/or anxiety and/or other symptoms. They will not present with distressing hallucinations or delusions but may have some unreasonable beliefs. They may often be at high risk for non-accidental self-injury and they may present safeguarding issues and have severe disruption to everyday living.	
Likely primary diagnosis: Likely to include: F32 Depressive Episode (non-psychotic), F33 Recurrent Depressive Episode (non-psychotic), F40 Phobic Anxiety Disorders, F41 Other Anxiety Disorders, F42 Obsessive-Compulsive Disorder, F43 Stress Reaction / Adjustment Disorder, F44 Dissociative Disorder, F45 Somatoform Disorder, F48 Other Neurotic Disorders, F50 Eating Disorder.	
Unlikely primary diagnosis: F00-03 Dementias, F20-29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, F30 Manic Episode, F31 Bipolar Disorder	
Impairment: Moderate or severe problems with relationships. Level of problems in other areas of role functioning likely to vary.	
Risk: Likely moderate or severe risk of non-accidental self-injury with other possible risk, including safeguarding issues if any responsibility for young children or vulnerable dependent adults.	
Course: Probably known to service for more than a year or expected to be known for an extended period.	
Likely NICE Guidance: Service user experience in adult mental health CG136, Anxiety CG113, Depression in adults CG90, Depression with Chronic health Problems CG91, Common mental health disorders CG123, Medicines adherence CG76, OCD CG31, Eating Disorders CG9, Post-traumatic stress-disorder (PTSD) CG 26, Self-harm CG16.	

No	ITEM DESCRIPTION	RATING				
		0	1	2	3	4
1	Overactive, aggressive, disruptive or agitated behaviour					
2	Non-accidental self-injury					
3	Problem drinking or drug taking					
4	Cognitive Problems					
5	Physical Illness or disability problems					
6	Hallucinations and Delusions					
7	Depressed mood *					
8	Other mental and behavioural problems *					
9	Relationships					
10	Activities of daily living					
11	Living conditions					
12	Occupation & Activities					
13	Strong Unreasonable Beliefs					
A	Agitated behaviour/expansive mood					
B	Repeat Self-Harm					
C	Safeguarding other children & vulnerable dependant adults					
D	Engagement					
E	Vulnerability					

Must score	■ Unlikely to score
Expected to score	■ No data available
May score	■

***Use the highest rating from Scales 7 & 8 when deciding if the rating fits the range indicated.**

Figuur 3: Omschrijving cluster 5: Non-psychotic Disorders (Very Severe), bron: Cluster booklet Mental Health Clustering Booklet, (V3.0), (2013/14)

Conclusies met betrekking tot de indeling in een zorgcluster op basis van de zorgvraagdimensies:

1. De rol die psychosociale en overige (contextuele) factoren spelen in deze indeling wordt door de werkgroep gezien als een grote vooruitgang ten opzichte van de huidige productstructuur waarin de diagnoseclassificatie het enige inhoudelijke indelingscriterium is.
2. De gebruikte dimensies lijken logische elementen voor een indeling in de verschillende clusters.
3. Het ligt voor de hand om in Nederland daarvoor ook de HoNOS+ te gebruiken. HoNOS is ontwikkeld in de UK, is een internationaal erkend instrument voor het meten van uitkomsten en wordt ook in Nederland steeds vaker toegepast.
4. Belangrijk is dat professionals adequaat worden opgeleid in de HoNOS en het cluster-instrument.
5. 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 worden geïntroduceerd.

Vraag 5: Hoe wordt omgegaan met zorg die niet wordt gevolgd door een behandeling?

- Het gaat daarbij bijvoorbeeld om situaties waarin geen behandeling nodig is, waarbij verwijzing naar een andere instelling plaatsvindt, de patiënt kiest voor andere oplossing of er sprake is van een second opinion, crisis of consultatie.
- Vastgesteld is dat deze zorg in Engeland afzonderlijk in rekening wordt gebracht via consulten. In het eerder gepresenteerde globale schema (figuur 1) is dit niet opgenomen.

Conclusie ten aanzien van het omgaan met zorg niet zijnde een behandeling in één van de 21 zorgclusters volgt:

Voor de indeling van zorg zoals second opinion, crisis, verwijzing, consultatie, et cetera zal een aanvullende oplossing moeten worden gezocht.

Vraag 6: Zijn de evaluatiemomenten zoals opgenomen in het Engelse model zinnig en qua timing goed gekozen?

- In het Engelse model maken vaste evaluatiemomenten onderdeel uit van het model. Dit vindt plaats na het initiële assessment (meestal binnen 2 contacten), een per cluster vastgesteld vast formeel evaluatiemoment en op elk ander punt van zorg wanneer er een belangrijke verandering in de geplande zorg van belang is (bijvoorbeeld veranderende zorgvraag, urgente opnamen, et cetera). De behandelaar kan ook zelf op ieder moment een tussenevaluatie uitvoeren, wanneer dat naar zijn of haar oordeel van belang is. Op basis van deze evaluatie wordt de behandeling beëindigd of kan de patiënt indien nodig opnieuw worden ingedeeld in hetzelfde- of een ander zorgcluster.
- De werkgroep Inhoud heeft de evaluatiemomenten per cluster beoordeeld (zie figuur 4); deze sluiten naar de mening van de Werkgroep goed aan op de inhoudelijke behandeling bij de verschillende clusters.

Conclusies ten aanzien van evaluatiemomenten zoals opgenomen in het Engelse model:

1. De evaluatiemomenten zoals gehanteerd in Engeland sluiten ook in Nederland goed aan op de zorgpraktijk.
2. De evaluatiemomenten worden door de Werkgroep Inhoud als een waardevolle toevoeging gezien om op vaste momenten samen met de patiënt expliciet afspraken te maken over beëindiging of vervolgbehandeling.
3. Ook kan met een initieel assessment en formele evaluatiemomenten een versnelling in de informatievoorziening worden gerealiseerd.

Careclusters		Indicative period of care	Cluster reviews at least every
<i>Non-psychotic</i>			
<i>Mid- moderate – severe</i>			
1	Common Mental Health - Low severity	8-12 weeks	12 weeks
2	Common Mental Health -Low severity with greater need	12-15 weeks	15 weeks
3	Non-psychotic Severe - Moderate severity	4-6 months	6 months
4	Non-psychotic disorders – Severe	6-12 months	6 months
<i>Very severe</i>			
5	Non-psychotic disorders - Very severe	1-3 years	6 months
6	Non-psychotic disorders of over valued ideas	3 years +	annually
7	Enduring non-psychotic disorders - High disability	3 years +	annually
8	Non-psychotic chaotic and challenging disorders	3 years +	annually
<i>Psychotic crisis</i>			
<i>First episode</i>			
10	First episode Psychosis - Low severity	3 years +	annually
<i>Ongoing recurrent</i>			
11	Ongoing recurrent Psychosis - Low symptoms	2 years +	annually
12	Ongoing or recurrent Psychosis - High disability	3 years +	annually
13	Ongoing or recurrent Psychosis - High symptom & disability	3 years +	annually
<i>Psychotic crisis</i>			
14	Psychotic crisis	8-12 weeks	4 weeks
15	Severe Psychotic Depression	8-12 weeks	4 weeks
<i>Very Severe Engagement</i>			
16	Psychosis & Affective Disorder - High substance misuse & engagement	3 years +	6 months
17	Psychosis & Affective Disorder - Difficult to engage	3 years +	7 months
<i>Organic</i>			
18	Cognitive Impairment - Low need	3 years +	annually
19	Cognitive impairment or Dementia Complicated - Moderate need	3 years +	annually
20	Cognitive impairment or Dementia Complicated - High need	3 years +	6 months
21	Cognitive impairment of dementia - High physical or engagement	3 years +	6 months

Figuur 4: Evaluatiemomenten clusters

Vraag 7: Voldoet de beschrijving van de behandeling per zorgcluster

- Nagegaan is op hoofdlijnen hoe de behandeling bij de diverse zorgclusters wordt omschreven. Dit vindt plaats aan de hand van een omschrijving van de behandeling in therapeutische en systeem interventies. Tevens wordt een verwijzing gemaakt naar de richtlijnen (zie voor een voorbeeld, figuur 5).

Conclusies met betrekking tot de beschrijving van de behandeling per cluster:

1. De beschrijving van de behandeling in termen van therapeutische en systeem interventies voldoet naar de mening van de Werkgroep Inhoud.

2. De elementen van de omschrijving van de zorgclusters zoals die in Engeland wordt gehanteerd (doelgroep, therapie, systeem, et cetera) vormen een goed houvast voor de omschrijving van de clusters in Nederland. Het verdient aanbeveling de invulling van deze categorieën niet te smal te definiëren zodat het professioneel handelen niet onnodig wordt ingeperkt.
3. Het verdient aanbeveling bij de beschrijving van de behandeling ook aanvullende onderzoeken, zoals laboratoriumonderzoek, mee te nemen.
4. Verwijzing naar de richtlijnen/zorgstandaarden maakt onderdeel uit van de beschrijving van een zorgcluster. Het is van belang om het project doorontwikkeling productstructuur en het project zorgstandaarden op dit punt goed op elkaar af te stemmen. Kruisbestuiving en eenduidigheid in taal zal de kwaliteit van beide projecten ten goede komen (zie ook hoofdstuk 5).

Cluster 3: 'Moderate severity'
Behandeling – beknopte samenvatting

Algemene omschrijving: Patiënt die intensieve psychologische interventies nodig heeft individuele therapie, eventuele medicatie en levensstijladvies

Therapeutische interventies: Zorg coördinatie: Duurbehandeling is ongeveer 4–6 maanden, tussentijdsevaluatie


'Fysicaal interventies: Inzetten op gezondheid verbeterende activiteiten

- a. Lifestyle
- b. Medicatie
- c. 'Psychological interventions

Familie/systeem interventies: Regelmatig systeem van de patiënt op de hoogte houden

Richtlijnen / doelstellingen NICE richtlijnen: depressieve stoornissen, angststoornissen, PTSS en eetstoornissen

[Zie voor gedetailleerde omschrijving: www.mednetconsult.co.uk/jmhse/](http://www.mednetconsult.co.uk/jmhse/)



Figuur 5: Voorbeeld zorgcluster; omschrijving zorgvraag (samenvatting)

Vraag 8: Is het zinvol nu al uitkomstmetingen onderdeel te laten uitmaken van de doorontwikkeling van de productstructuur en zo ja, welke maten zouden daarvoor gebruikt kunnen worden.

- In Engeland worden bij elk evaluatie moment de CROM, PROM en PREM ingevuld. De Clinical Routine Outcome (CROM) omvat het de elementen van de HoNOS, geclusterd naar 4 factoren. De PROM (patiënt) bestaat uit de Short Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale (SWEMWBS). De PREM tenslotte richt zich op patiënt en familie: de zogenaamde Friends and Family Test.
- In Engeland is het streven in de toekomst de bekostiging mede te baseren op de uitkomsten van de geleverde zorg. Dit is nu nog niet het geval en zal naar verwachting ook nog enige tijd op zich laten wachten.
- In Nederland zijn andere instrumenten van toepassing, zoals de ROM en CQ-index.

Conclusies ten aanzien van de uitkomstmaten als onderdeel van de doorontwikkeling van de productstructuur in de komende jaren:

1. De werkgroep beveelt aan de wijze waarop de uitkomsten kunnen worden gemeten en op termijn een rol kunnen spelen in de productstructuur in een volgende fase nader te verkennen. Daarbij dient nadrukkelijk te worden nagegaan wat dit betekent voor andere instrumenten die in het kader van het meten van kwaliteit en/of uitkomsten in Nederland al worden gehanteerd (bijvoorbeeld ROM/CQ-index). De werkgroep acht het noodzakelijk daarbij specifieke expertise in te schakelen.
2. Belangrijk aandachtspunt bij de verkenning van deze uitkomstmaten zijn de administratieve lasten. Indien uitkomstmaten onderdeel worden van de systematiek is de randvoorwaarde dat deze eenduidig en uniform door alle zorgverzekeraars worden gehanteerd.

Vraag 9: Op welke wijze wordt de patiënt betrokken bij het assessment?

- In Engeland wordt de patiënt nadrukkelijk betrokken bij het vaststellen van het zorgcluster, de vaste evaluatiemomenten en bij de uitkomstmetingen.

Conclusie betrokkenheid patiënt

- Professionals zijn nu ook al gehouden de patiënt te informeren over de behandeling. De patiënt heeft het recht op basis van deze informatie te beslissen om hij/zij wel of niet toestemming verleend voor de uitvoering van de behandeling ('informed consent'). Het ligt voor de hand bij het vaststellen van de zorgclusters op de verschillende evaluatiemomenten de patiënt expliciet te betrekken bij de evaluatie en het eventueel vaststellen van de (vervolg)behandeling, mits de patiënt daartoe uiteraard in staat is. Indien dit niet het geval is kan zijn/haar vertegenwoordiger hierbij betrokken worden.

Vraag 10: Kan de indeling van de productstructuur plaats vinden aan de hand van zorgvraag classificatie en bijbehorende zorgclusters en is de diagnoseclassificatie nog benodigd?

Conclusies clusters en diagnoseclassificatie:

1. De zorgclusters omvatten diverse categorieën diagnoses conform de diagnoseclassificatie.
2. Het vastleggen van diagnoses volgens een classificatie (bijvoorbeeld ICD9/ICD10/DSM) is niet benodigd om het zorgcluster vast te stellen.
3. Wel blijft het van belang de diagnoseclassificatie vast te leggen uit het oogpunt van diagnostiek, het uitwisselen van informatie tussen klinici en de relatie met richtlijnen en zorgstandaarden.
4. Uitwisseling van de diagnoseclassificatie is in een overgangsfase nodig voor de continuïteit van informatievoorziening.

5. Advies, ontwikkeling en implementatie

De werkgroep Inhoud concludeert op basis van de uitgevoerde toetsing van het Engelse model dat de verschillende elementen van het Engelse model goed bruikbaar lijken en adviseert deze als uitgangspunt te gebruiken bij de doorontwikkeling van de DBC Productstructuur.

De werkgroep heeft vastgesteld dat het Engelse model gedegen is ontwikkeld (en nog steeds verder ontwikkeld wordt). Elementen van het Engelse model bieden mogelijkheden om de productstructuur verder te ontwikkelen en beter dan nu het geval is te laten aansluiten op de zorgvraagzwaarte en zorgbehoefte van de patiënten. Het werken met zorgclusters met vaste evaluatiemomenten biedt de mogelijkheid de transparantie te vergroten, tegemoet te komen aan de wens de informatievoorziening te versnellen en het onderhanden werk terug te brengen.

Daarnaast biedt het Engelse model de mogelijkheid de zorgstandaarden die momenteel ontwikkeld worden, aan te laten sluiten op de zorgclusters en lijkt het mogelijk ook de generalistische basis GGZ op een natuurlijke wijze hierin op te nemen. Last but not least biedt het Engelse model de mogelijkheid de administratieve lasten op termijn te verminderen doordat de noodzaak van het continu bijhouden van de tijdsbesteding (tijdschrijven) verdwijnt.

De werkgroep Inhoud concludeert in relatie tot de door de opdrachtgevers aangegeven criteria, in het bijzonder de 'must haves', dat:

- Het omschrijven van de zorgvraag aan de hand van elementen als gedrag, somatische aandoening en beperkingen, sociale aspecten en risico's kansen biedt kansen om de zorgvraag de zorgvraagzwaarte en zorgbehoefte beter in beeld te brengen en daarmee de klinische herkenbaarheid te vergroten, ook voor patiënten.
- Het vaststellen op basis van de zorgvraagzwaarte en behoefte bepalend van het best passende zorgcluster bij de initiële intake en elk (formeel of noodzakelijk geacht) evaluatiemoment ondersteunt het eerder beschikbaar komen van informatie over de zorgvraag en daarmee samenhangende kosten.
- Het borgen van de privacy verdient ook bij deze doorontwikkeling de nodige aandacht. In het kader van de afspraken over informatie-uitwisseling dient in afstemming met het CBP nagegaan te worden op welke wijze de privacy kan worden geborgd.

Het doorontwikkelen en testen dient aan implementatie vooraf te gaan

De Werkgroep Inhoud heeft de kansen geïdentificeerd voor de doorontwikkeling van de Productstructuur DB(B)C GGZ. Het is nu zaak deze aanpassingen te concretiseren, te testen in de Nederlandse situatie en te implementeren.

Stap 1 is het bouwen van het prototype van de nieuwe productstructuur. Het betreft hier het concreet vormgeven van de belangrijkste elementen namelijk de indelingscriteria, de algoritmen en de zorgclusters. Voor het vormgeven van deze elementen kan uitstekend gebruik worden gemaakt van de beschikbare data (DIS en aanvullende data bijvoorbeeld met betrekking tot HoNOS), zorgstandaarden en de in Engeland ontwikkelde producten. De belasting van het veld in deze fase kan op die manier tot een minimum worden beperkt. Doordat er al veel informatie beschikbaar is en dus niet van 'scratch af aan' gebouwd hoeft te worden, kan deze fase snel ter hand worden genomen en worden uitgevoerd. Een expertgroep kan 'de bouw' van het prototype inhoudelijk begeleiden. Het merendeel van de leden van de werkgroep Inhoud heeft zich bereid verklaard hieraan te willen meewerken.

Stap 2 is het testen van het prototype in de praktijk, in de vorm van pilots en/of experimenten. In de pilots of experimenten wordt de juistheid en volledigheid van de verschillende elementen van het prototype getoetst op juistheid en volledigheid in 'real life'. Ten aanzien van de pilots en/of experimenten is van belang dat deze representatief zijn voor het veld. Representatief in termen van type zorgvragen, type zorgaanbieders, spreiding over het land, e.d. Belangrijk is daarbij om goed te bekijken of de pilots en/of experimenten ook in staat zijn om de doorontwikkeling goed te testen met het oog op de benodigde registraties, aanlevering en verwerking van gegevens. De exacte vorm en omvang van de pilots of experimenten zal nog nader moeten worden vastgesteld. Daar zullen waarschijnlijk nog meer overwegingen een rol spelen dan de Werkgroep Inhoud op dit moment kan overzien.

De werkgroep beveelt aan ook in deze fase een inhoudelijke expertgroep de toetsing en aanscherping van de door te ontwikkelen elementen te laten begeleiden.

Stap 3 is de veldbrede invoering van de doorontwikkelde productstructuur.

Tijdig en adequaat aanpassen van processen en systemen is essentieel

Het doorontwikkelen van de productstructuur met behulp van elementen uit het Engelse model is een majeure wijziging ten opzichte van de huidige productstructuur DB(B)C GGZ. Het belang hiervan doet een groot beroep op goede communicatie richting het veld. Belangrijk is ook dat de impact voor patiënten, professionals, zorgorganisaties, zorgverzekeraars en de NZa goed in beeld wordt gebracht. Het is van belang dat het implementatietraject de invoering van de aanpassingen in de productstructuur en informatie-uitwisseling optimaal ondersteunt. Er zullen belangrijke aanpassingen in opleiding, processen, ICT, et cetera noodzakelijk zijn. De werkgroep Inhoud beveelt pas dan tot implementatie over te gaan, wanneer aan voorwaarden voor een verantwoorde invoering is voldaan.

6. Aandachtspunten

Bij het opstellen van advies is er een aantal aandachtspunten met betrekking tot de doorontwikkeling van de productstructuur naar voren gekomen. Deze raken niet rechtstreeks de doorontwikkeling productstructuur voor de Gespecialiseerde GGZ maar verdienen naar opvatting van de werkgroep wel de aandacht.

Versnelling informatievoorziening

De doorontwikkeling biedt aanknopingspunten voor het versnellen van de informatievoorziening. Deze kan op korte termijn ook op een andere wijze, los van de doorontwikkeling tot stand worden gebracht. Belangrijk is daarbij zicht te houden op de doorontwikkeling van de productstructuur; met andere woorden aanpassingen daarin dienen de doorontwikkeling niet te compliceren.

Samenhang met basis GGZ, jeugd GGZ en Wlz

Voor de generalistische basis GGZ zijn nu afzonderlijke zorgproducten van toepassing. De werkgroep Inhoud stelt vast dat de generalistische basis GGZ ook met behulp van de in Engeland omschreven clusters kan worden omschreven. Het verdient aanbeveling dit in pilots nader te onderzoeken. Voor de jeugd GGZ is in Engeland specifiek voor deze doelgroep clustermodel ontwikkeld. Nagegaan kan worden of zo'n model ook perspectieven biedt voor de bekostiging van deze zorg. Wanneer dit het geval is, kan dit ook de administratieve lasten verminderen.

De langdurige zorg in de GGZ, ex Wlz, kan naar verwachting ook worden ondergebracht in het clustermodel. Ook dit zou in een pilot nader kunnen worden getoetst.

Een bekostigingsmodel, dat voor de generalistische basis-, jeugd en gespecialiseerde GGZ op een zelfde manier wordt benaderd, verdient immers uit het oogpunt van transparantie, eenduidige werkwijze en kosten de voorkeur.

Bijlage A: Samenstelling werkgroep Inhoud

Marleen van Amersfoort, onafhankelijk voorzitter

Marga Bijma, GGZ Praktijk, V&VN

Udo Nabitz, Arkin, NIP

Maria van Rooijen, Yulius, GGZ Nederland

Jeroen Terpstra, GGZ Centraal

Jeroen van Waarde, Rijnstate, NVvP

Patrick Knapen, GGZ West Noord Brabant, NVvP

Jessica Wesselius, NIFP, DJI

Hans Kamsma, LVVP

Alexandra Sillen, LVVP

Wies Verheul, LVVP

Ria Mous, LVVP

Floor Scheepers, UMCU, NVvP

Laurette Goedhard, Altrecht, VGN

Charlotte de Schepper, ZN, toehoorder

Projectmanagement en –ondersteuning:

Femke van de Pol, NZa

Richard Boxem, NZa

Jeroen Bliemer, Capgemini Consulting

Sarah Prins, Capgemini Consulting