

REACTIE OP

'Het zorgclustermodel als basis voor de doorontwikkeling van de dbc-ggz'

Wij zijn verheugd dat Heeren (november 2017) in onze kritische analyse aanleiding ziet op te roepen tot een brede discussie, maar haar bijdrage schiet wel wat tekort. Heeren vindt dat wij de Engelse ontwikkelaars tekortdoen en noemt een rapport van Rigby uit 2013. Dit rapport, dat op het internet inmiddels niet meer te vinden is, bevat echter geen andere informatie dan wij vermeld hebben.

Heeren meent dat er wél sprake is van goede diagnostiek in het model. Maar, als voorbeeld: een van de clusters wordt geïdentificeerd met: als *meest waarschijnlijke DSM-stoornis*: schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, bipolaire stemmingsstoornissen en als *meest onwaarschijnlijke*: een lange opsomming van allerhande (categorische) diagnoses, later gewijzigd in: neurocognitieve stoornissen. Hoe dat als 'goede diagnostiek' bestempeld kan worden, is ons een raadsel.

Heeren meent dat het Royal College of Psychiatrists in 2014 instemde met invoering van het clustermodel *onder voorwaarden*. Dat is een verkeerde voorstelling van zaken; het college wijst het model gewoon af: '[...] *supports a fair tariff, but not the current Clustering model [...] that has not been demonstrated to be valid or reliable.*'

Tot slot stelt Heeren dat er in het onderzoek van Jacobs e.a. 2016 sprake is van *toeleiding van patiënten* naar zorgclusters. Dat is niet zo, want er bestonden nog geen zorgclusters. Het was toewijzing achteraf.

Inmiddels zijn er nieuwe ontwikkelingen te melden. De commissie Transparantie en Tijdigheid, ingesteld door vws, adviseerde in september 2017 om *niet* de zorgclusters als basis te hanteren voor declaraties, omdat dit geen dagprestaties betreft.

Het Zorginstituut wijst op het risico op overbehandeling en/of onrechtmatige bekostiging als slechts een of twee vragen bepalend zijn voor het vaststellen van de zwaarte van een zorgcluster, zoals volgens zijn analyse het geval is. Volgens het Zorginstituut moet de DSM-5 ook blijven.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft vanwege onvoldoende vrijwillige deelname een aantal grote zorgaanbieders de verplichting opgelegd deel te nemen aan de proef met het Engelse model en voor invullen van de zorgclustertool wordt al extern personeel geworven. Het voedt allemaal onze twijfels.

LITERATUUR

- Commissie Transparantie en Tijdigheid. Zorguitgaven sneller en beter in beeld. Eindrapport. Kamerstukken september 2017.
- Heeren, T.J. Het zorgclustermodel als basis voor de doorontwikkeling van de dbc-ggz. Tijdschr Psychiatr 2017; 59: 710-12.
- Royal College of Psychiatrists. Royal College of Psychiatrists' Statement on Mental Health Payment Systems (formerly Payment by Results). Londen: Royal College of Psychiatrists; 2014.
- Zorginstituut Nederland. Concept Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1). Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017.

AUTEURS

THEO BROEKMAN, onderzoeker, Bureau Bêta, Nijmegen.

GERARD M. SCHIPPERS, emeritus hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie, Academisch Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

T.G. Broekman, Bureau Bêta, Carnotstraat 2, 6533 DT Nijmegen.

E-mail: broekman@beta.nl

TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'The care cluster model as basis for the further development of the Dutch mental health payment system'

ANTWOORD AAN

Broekman en Schippers

Graag ga ik in op de reactie van Broekman en Schippers op mijn commentaar over de doorontwikkeling van de dbc-ggz met behulp van het zorgclustermodel (Heeren 2017) waarin ik refereerde aan hun artikel (Broekman & Schippers 2017) over dit onderwerp. Ik schreef dat ze met hun mening dat het model '*ad hoc tot stand is gekomen in enkele workshops en overleggen*' geen recht doen aan de Engelse ontwikkelaars. Dat dit zo is, kan iedereen constateren die het rapport leest van Rigby (2013) over de ontwikkel-



ARTIKEL



geschiedenis van het model. Dit rapport blijkt inmiddels niet meer beschikbaar op de oorspronkelijke website. De pdf van dit rapport is nu per e-mail bij het Tijdschrift aan te vragen en het is een aanrader voor iedereen die zich in het model wil verdiepen.

Belangrijker is dat de auteurs opnieuw stellen dat de diagnostiek in het model niet serieus genomen kan worden. Ik ben hier in mijn commentaar al op ingegaan, maar heb dit kennelijk onvoldoende duidelijk onder woorden gebracht: het toeleidingsinstrument leidt tot een voorstel voor indeling van de patiënt in een bepaald zorgcluster (voorstel, omdat de clinicus uiteindelijk de beslissende stem heeft voor de indeling). Deze zorgclusterindeling zegt iets over de zorgvraagzwaarte en *niet* iets over de diagnose. De clinicus is en blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van de diagnostiek.

Het model geeft wel aan hoe waarschijnlijk het is dat een patiënt met een bepaalde diagnose in een bepaald zorgcluster wordt ingedeeld. En ook welke diagnoses niet zo gauw zijn te verwachten in het zorgcluster. De bij het cluster behorende (zwaartes van) interventies zijn gebaseerd op de richtlijnen, in de toekomst de zorgstandaarden, voor de gestelde diagnose.

In het traject om te komen tot een doorontwikkeling van de dbc-ggz is geconcludeerd dat het hierbij betrekken van de fase van ontwikkeling van de ziekte (stagering) en van de factoren waarvan bekend is dat ze het beloop of het effect van een behandeling voorspellen (profilering) nog onvoldoende ondersteund wordt door onderzoeksgegevens om al voldoende houvast te bieden voor de doorontwikkeling. In het zorgclustermodel wordt in ieder geval rekening gehouden met de voorgeschiedenis, het beloop tot dan toe en specifieke kenmerken van de patiënt bij de toewijzing aan een zorgcluster. Het zorgclustermodel is geen wondermiddel dat alle vragen over voorspelbaarheid van de zorgvraag en het beloop van de behandeling zal oplossen.

Zoals ik in mijn commentaar al stelde, is het erg belangrijk dat alle partijen die zich geschaard hebben achter het toetsen van het model in de Nederlandse praktijk ook de verantwoordelijkheid nemen om deze toetsing serieus uit te voeren. Daarbij is de betrokkenheid van de psychiaters vanzelfsprekend erg belangrijk.

In dit opzicht vind ik het verontrustend dat Broekman en Schippers het kennelijk de NZa aanrekenen dat ze professionals 'verplicht' om mee te doen en niet de beroepsgenoten aanspreekt op hun verantwoordelijkheid voor een goede toetsing van het model aan de dagelijkse praktijk.

LITERATUUR

- Broekman TG, Schippers GM. Het 'Engelse model' in de ggz – a fairy tale? Tijdschr Psychiatr 2017; 59: 702-9.
- Heeren, TJ. Het zorgclustermodel als basis voor de doorontwikkeling van de dbc-ggz. Tijdschr Psychiatr 2017; 59: 710-2.
- Rigby A. Cluster development story. Care Pathway & Packages Project 2013.

De bijlage van Rigby 'Cluster development story' kunt u opvragen via info@tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.

AUTEUR

THEA HEEREN, psychiater np.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: t.heeren2@gmail.com