

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

T.J. HEEREN



Al vanaf de invoering van de diagnose-behandelcombinatie in de ggz (dbc-ggz) was er behoefte aan doorontwikkeling en verbetering ervan. De productstructuur werd niet gezien als inhoudelijk herkenbaar, het gevaar van upcoding over de arbitraire tijdsgrenzen was reëel en de prikkel op het inzetten van een goedkope beroepenmix bracht de kwaliteit van de zorg in gevaar. De onvrede over de klinische herkenbaarheid had te maken met de centrale rol van de diagnostische classificatie bij de toewijzing aan een dbc-productgroep.

De huidige diagnostische classificaties voorspellen onvoldoende welke zorgbehoefte de patiënt heeft en welke behandeling noodzakelijk is. Met onderzoek naar staging (de fase van ontwikkeling van de ziekte) en profilering (het meewegen van factoren waarvan bekend is dat ze het beloop of het effect van een behandeling voorspellen) wil men hierin verandering brengen door de huidige statische classificatie te verbeteren (Beekman e.a. 2012).

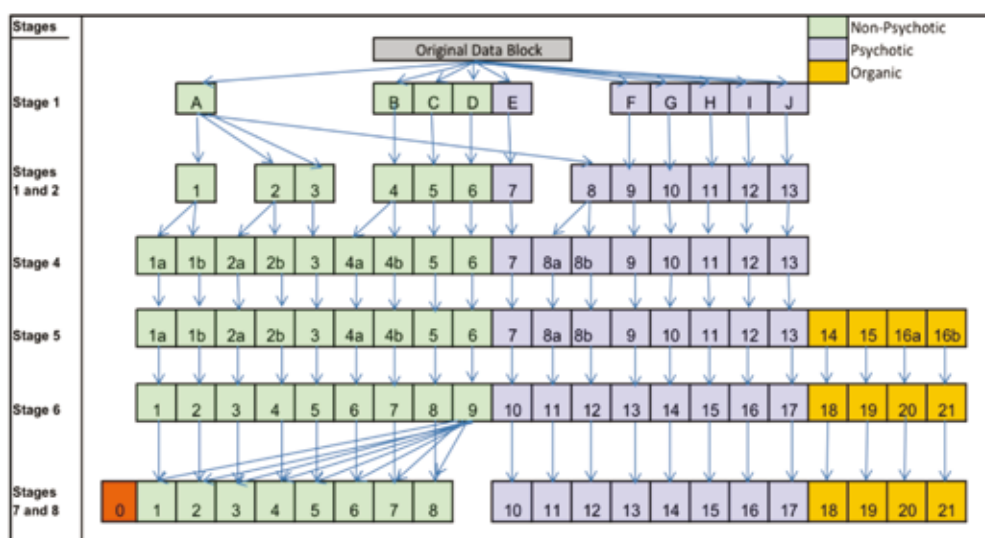
Engels zorgclustermodel

Niet alleen in Nederland wordt gezocht naar een herkenbare structuur voor de bekostiging van de ggz. In 2007 startte in Engeland het Care Pathway and Packages Project (CPPP), dat een vervolg moest geven op nationaal niveau van het in 2001 begonnen onderzoek naar zorgclusters in de ggz (Rigby 2013). Rigby geeft een overzicht van de ontwikkeling van de zorgclusters over een aantal jaren als een iteratief proces van statistische modellen getoetst aan klinische deskundigheid en ervaring (zie **FIGUUR 1**).

Er werd een instrument ontwikkeld, de *mental health clustering tool* (MHCT), gebaseerd op de items van de *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS) en 5 aanvullende items die informatie geven over de voorgeschiedenis en risicofactoren. Deze worden gewogen en via een algoritme leidt dit tot een voorstel voor indeling in een zorgcluster; de behandelaar behoudt hierbij altijd de verantwoordelijkheid voor de definitieve keuze van het zorgcluster.

FIGUUR 2 en **FIGUUR 3** geven een voorbeeld van een zorgcluster, het profiel dat te verwachten is op het toeleidingsinstrument en de gerelateerde richtlijnen (en in de toekomst

FIGUUR 1 Visuele voorstelling van clusterontwikkeling



zorgstandaarden) waarop de interventies gebaseerd zijn in dit zorgcluster. Ook wordt aangegeven welke evaluatiemomenten er zijn.

Engels model in Nederland

Na een oriëntatie op dit model door verschillende partijen in 2015 heeft het ministerie van vws aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd te onderzoeken of (elementen uit) het zorgclustermodel zou(den) kunnen dienen voor de doorontwikkeling van de dbc-ggz. Er werd een werkgroep Inhoud samengesteld met professionals uit verschillende deelgebieden van de ggz.

Deze concludeerde eind 2015 dat het zorgclustermodel goed bruikbaar is voor de doorontwikkeling van de dbc-ggz, o.a. doordat de omschrijving van de zorgvraag aan de hand van gedrag, somatische aandoeningen en sociale aspecten en risico's, de klinische herkenbaarheid vergroot. Ook ziet de werkgroep mogelijkheden voor een goede aansluiting van de zorgstandaarden op de zorgclusters en voor het op natuurlijke wijze integreren van de generalistische basis-ggz in het model. Wel vraagt de werkgroep aandacht voor de privacy: ook bij dit model moet in afstemming met de Autoriteit Persoonsgegevens goed gekeken worden naar de informatie-uitwisseling.

Na dit positieve advies is de NZa in 2016 gestart met pilot-onderzoeken die in diverse vormen gedurende twee jaar zullen worden uitgevoerd om het Zorgclustermodel ggz verder te ontwikkelen.

Kritische beschouwing

Elders in dit nummer schrijven Broekman en Schippers (2017) een kritische beschouwing over het model en constateren zij dat het nog nauwelijks tot de werkvloer is doorgedrongen. Hoewel met de diverse pilots zeker een flink aantal professionals inmiddels kennis heeft gemaakt met het conceptmodel is er inderdaad nog opvallend weinig discussie gevoerd over de plussen en minnen van het nieuwe model in de Nederlandse vakbladen. Het is goed dat zij daartoe met hun artikel een aanzet geven.

Zij zijn kritisch over het model, maar doen het clustermodel niet altijd recht. Zo schrijven zij dat het model '*ad hoc tot stand is gekomen in enkele workshops en overleggen*' terwijl er een langdurig iteratief proces aan is voorafgegaan van statistische modellen getoetst aan klinische expertise (Rigby 2013). Verder noemen ze het verontrustend dat de ggz '*bereid lijkt te zijn haar diagnostische expertise geheel los te koppelen van het bekostigingssysteem*'. Goede diagnostiek met daarop gebaseerde zorgpaden is echter de basis van de zorgverlening binnen de zorgclusters (zie **FIGUUR 2** en **FIGUUR 3**) met meer dan nu een koppeling aan de zorgvraag van de patiënt en het stadium van zijn of haar stoornis (stagering).

LITERATUUR

- Beekman ATF, van Os J, van Marle HJC, van Harten PN. Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 915-20.
- Broekman TG, Schippers GM. Het 'Engelse model' in de ggz – a fairy tale? Tijdschr Psychiatr 2017; 59: 702-9.
- Jacobs R, Chalkley M, Aragón MJ, Böhnke JR, Clark M, Moran V, e.a. Funding of mental health services: do available data support episodic payment? CHE Research Paper 137. York: CHE; 2016.
- Rigby A. Cluster development story. Care Pathway and Packages Project, 2013.
- Royal College of Psychiatrists. Royal College of Psychiatrists' Statement on Mental Health Payment Systems (formerly Payment by Results). Londen: Royal College of Psychiatrists; 2014.

AUTEUR

THEA HEEREN, psychiater np.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: t.heeren2@gmail.com

Geen strijdige belangen; meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-9-2017.

Bij invoering van het model zal vooral duidelijk moeten zijn welke zorg een patiënt mag verwachten. Onze Britse collega's (Royal College of Psychiatrists 2014) hebben dan ook als voorwaarde voor invoering van het clustermodel gesteld dat er overeenstemming moet bestaan over de '*best practice integrated care pathways based on NICE guidelines and quality standards*' gekoppeld aan een adequate bekostiging. Zij roepen op tot actieve participatie van hun leden in het ontwerp van de *care packages*, wat evenzeer voor Nederland geldt bij het ontwerp van de zorgstandaarden. In een recent onderzoek bleek dat de zorgclusters geen goede voorspeller waren van de kosten (Jacobs e.a. 2016). Echter, in de onderzochte periode vond weliswaar toeleiding plaats van patiënten naar een zorgcluster, maar bleef de bekostiging van de aanbieders gebaseerd op de historisch bepaalde budgetten. De grote variatie in kosten die in dit onderzoek werd gevonden, zowel tussen aanbieders als binnen de zorgclusters, schrijven de onderzoekers dan ook toe aan het blijven bestaan van 'oud gedrag', bepaald door de grote verschillen in budgetten en daarmee in beschikbare middelen en mensen. Dit onderstreept het belang van afspraken over de kwaliteit van de te leveren zorg en daarbij passende bekostiging.

FIGUUR 2 Voorbeeld van een cluster; cluster 10, eerste episode van psychose

Cluster 10: Eerste episode – psychose

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
De patiënt wordt voor de eerste keer behandeld voor lichte tot ernstige psychotische stoornissen. Er kan ook sprake zijn van depressieve stemmingen en/of angst of andere symptomen. Mogelijk is er drank- of druggebruik, echter dit is niet het enige probleem.
Meest waarschijnlijke primaire DSM stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire stemmingsstoornissen.
Meest waarschijnlijke primaire DSM stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voldings- en eetstoornissen, specifieke Persoonlijkheidsstoornissen.
Complexiteit
Hoog: Ingevalideerde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psycho sociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling.
Beperkingen
Lichte tot matige problemen met dagelijkse activiteiten. Slecht functioneren op verschillende levensgebieden, lichte tot matige problemen in relaties.
Risico
Kwetsbaar voor schade, door eigen toedoen of door derden. Er kan sprake zijn van opzettelijke zelfverwonding, mogelijk vormt de patiënt een gevaar voor anderen.
Bezoek
Eerste episode

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

Beoordeling huidige situatie (afgelopen 2 weken)	0	1	2	3	4
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
2. Opzettelijke zelfverwonding					
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
4. Cognitieve problemen					
5. Lichamelijke problemen of handicaps					
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen					
7. Problemen met depressieve stemming					
8. Overige psychische en gedragsproblemen					
9. Problemen met relaties					
10. Problemen met ADL					
11. Problemen met woonomstandigheden					
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijkke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					

- 0 = geen probleem
1 = klein probleem vereist geen actie
2 = mild probleem maar niet defectief aanwezig
3 = gemiddeld zwaar probleem
4 = ernstig tot zeer ernstig probleem
- Moet scoren
Worth verwacht te scoren
Kan scoren
Worth niet verwacht te scoren
Geen data beschikbaar

Gebruik de hoogste waarde van dimensie 7 en 8 bij besluit of de waarde past bij de score

FIGUUR 3 Cluster 10: Eerste episode – psychose

Verwachte therapeutische en ondersteunende interventies

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen, richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol, richtlijn opiaatverslaving
Basisinterventies
- Behandelplan - Psycho-educatie - Continue zorgcoördinatie - Uitgebreide assessment - Psychologische interventies - Risicomanagement - Fase specifieke behandeling - Medicatie - Lifestyle and fysieke gezondheid ondersteuning
Specifieke interventies
- Psychologische interventies verslaving indien nodig - Zo nodig Ondersteuning bij opleiding of werk

Evaluatie

Review	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
3 jaar	Jaar

Een groot risico, ook gesignaleerd door de Britse psychiaters, is een toename van administratieve lasten als gevolg van de kwaliteitseisen en de wens om met uitkomstmetingen door de clinicus, de patiënt en zijn of haar naasten een cyclus van verdere kwaliteitsverbetering op gang te brengen. Een oplossing is wellicht om te werken met tijdelijke registraties bij een steekproef van aanbieders en patiënten of te werken met een systeem van kwaliteitsvisaties.

Besluit

We hebben in Nederland het voordeel dat alle partijen hun steun hebben uitgesproken aan de ingezette doorontwikkeling, waar in Engeland nog in 2014 werd opgeroepen om op korte termijn zo'n samenwerking te starten en uit de financiële en professionele silo's te komen (Royal College of Psychiatrists 2014). Hopelijk gaan onze poldercapaciteiten helpen om te komen tot een duurzame, kwalitatief goede en betaalbare ggz. En laten we de discussie erover breed voeren.