



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland

Zorg II
Team GGZ

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

2018047180

Datum 9 januari 2019
Betreft Stand van zaken rapport Zorgclustermodel GGZ (deel 2)

Onze referentie
2018047180

Geachte heer Blokhuis,

De voormalige minister van VWS heeft het Zorginstituut in haar brief van 21 december 2016¹ gevraagd een advies op te stellen over het zogenaamde Zorgclustermodel voor de nieuwe GGZ-bekostiging in relatie tot de verzekerde aanspraken. In reactie hierop heb ik u op 21 december 2017 het rapport '*Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)*' aangeboden. In deze eerste verkenning hebben we de kansen en risico's die verbonden zijn aan het Zorgclustermodel GGZ in kaart gebracht en hebben we aanbevelingen gedaan voor de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel. Ook hebben wij aangekondigd in 2018 aan de slag te gaan met deel 2 van het rapport. De planning was dit rapport eind 2018 aan u uit te brengen onder de voorwaarde, dat tijdig kan worden beschikt over relevante pilotgegevens uit de koplopersinstellingen en een (concept)eindversie van het Zorgclustermodel.

In het vervolg van deze brief zullen wij u informeren over de werkzaamheden die het Zorginstituut tot dusver heeft uitgevoerd en de recente ontwikkelingen die ertoe hebben geleid, dat het voor het Zorginstituut niet mogelijk is gebleken in 2018 een definitief oordeel over het Zorgclustermodel te geven.

I. Werkzaamheden ZIN tot nu toe

Voorliggende vraag

In deel 1 van ons advies hebben wij de voorliggende vraag die de minister ons heeft gesteld nog niet beantwoord:

"In hoeverre biedt (het medische model achter) het Zorgclustermodel betere aanknopingspunten om de verzekerde aanspraken op het gebied van de geneeskundige GGZ uit te leggen dan de DSM, en – als het Zorgclustermodel deze biedt – kan de uitleg in termen van de DSM dan worden losgelaten en welke verschillen in uitleg zouden hier dan uit voortkomen?"

¹ Nieuwe kijk op verzekerde aanspraken GGZ d.d. 15 december 2016 (kenmerk 1056068-158846-CZ)

De afgelopen maanden hebben wij nader onderzoek gedaan naar deze vraag en zijn wij tot de conclusie gekomen dat het (medische model achter) het Zorgclustermodel *geen* betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken te duiden, dan de DSM-classificatie. Het grootste probleem van het duiden van de aanspraken op grond van het Zorgclustermodel is de heterogeniteit van cliënten qua aandoeningen/diagnoses die aan een bepaald cluster worden toegewezen. Voor een nadere uitleg hiervan verwijs ik u kortheidshalve naar de bijlage bij deze brief.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Team GGZ

Datum
9 januari 2019

Onze referentie
2018047180

Doorontwikkeling Zorgclustermodel

Het voorgaande betekent, dat de uitleg van de verzekerde aanspraken op basis van de DSM-classificatie niet kan worden losgelaten en dat naar een combinatie moet worden gezocht tussen de aanspraken gebaseerd op DSM-classificatie enerzijds en de bekostiging – als die gebaseerd wordt op zorgclusters – anderzijds. Vanuit die optiek hebben wij de NZa en in het bijzonder de Werkgroep Inhoud & Prestaties (verder: de werkgroep) de afgelopen periode zo goed mogelijk ondersteund, om het Zorgclustermodel beter te laten aansluiten op de verzekerde aanspraken op basis van de DSM-classificatie. Hoewel we daarmee een eind zijn gekomen, moeten we constateren dat de aansluiting van het Zorgclustermodel op de verzekerde aanspraken wat het Zorginstituut betreft nog niet rond is. Dit geldt voor de aanpassing van het Zorgclustermodel door middel van controlevragen en ook voor de zorgclusters 1 en 2 (en mogelijk 3). Het Zorginstituut heeft in zijn eerste verkenning geuid, dat het bij deze zorgclusters mogelijk gaat om huisartsenzorg. Om te beoordelen of dit inderdaad zo is, of dat deze zorgclusters vooral gebruikt worden voor afschalen van zorg, zijn we afhankelijk van de data uit de pilotfase.

II. Recente ontwikkelingen

De afgelopen maanden waren er nog onvoldoende pilotgegevens uit de koplopersinstellingen beschikbaar voor een zorgvuldige (tussen)evaluatie van het Zorgclustermodel. Wel gaven partijen aan ernaar te streven deze gegevens voor het einde van 2018 alsnog aan te leveren. In het Bestuurlijk akkoord geestelijk gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022 hebben partijen zich eraan gecommitteerd de pilot tot een goed einde te brengen. Besluitvorming over de toekomst van het Zorgclustermodel zal plaatsvinden op basis van de (tussen)evaluatie van de pilotgegevens.

III. Consequenties voor het ZIN-rapport (deel 2)

Op dit moment beschikken wij nog niet over een (concept)eindversie van het Zorgclustermodel en ook nog niet over de benodigde pilotgegevens. Daarom kan het Zorginstituut nog geen definitief oordeel geven over het Zorgclustermodel en was het niet mogelijk om in 2018 een vervolgrapport uit te brengen. Zodra er meer duidelijkheid is over de toekomst van het Zorgclustermodel en of een advies van het Zorginstituut hierover alsnog gewenst is, zullen wij een nieuwe planning maken en u daarover informeren.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage

Biedt het Zorgclustermodel betere aanknopingspunten om verzekerde geneeskundige GGZ te duiden?

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Team GGZ

Datum

9 januari 2019

Onze referentie

2018047180

1.1 Voorliggende vraag

De minister van VWS heeft ons de volgende vraag voorgelegd:

"In hoeverre biedt (het medische model achter) het Zorgclustermodel betere aanknopingspunten om de verzekerde aanspraken op het gebied van de geneeskundige GGZ uit te leggen dan de DSM, en – als het Zorgclustermodel deze biedt - kan de uitleg in termen van de DSM dan worden losgelaten en welke verschillen in uitleg zouden hier dan uit voortkomen?"

1.2 Verkenning Zorgclustermodel GGZ (deel 1)

Ten aanzien van de vraag of (het medische model) achter het Zorgclustermodel betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken op het gebied van de geneeskundige GGZ uit te leggen, dan de DSM-classificatie hebben wij in het rapport 'Verkenning Zorgclustermodel GGZ (deel 1)' het volgende opgemerkt.

"Het duiden van de verzekerde aanspraken is een zelfstandige taak van het Zorginstituut op grond van wettelijke taken. Bij onze duidingen gaat het om de uitleg van de aard en de omvang van de verzekerde prestatie op grond van de wettelijke regelgeving. De bekostiging volgt de aanspraak. Het kan niet zo zijn dat het bekostigingsmodel bepaalt wat tot de verzekerde aanspraken behoort. Het Zorginstituut heeft de vraag van de Minister zo opgevat, dat wij kijken naar de toepasbaarheid van het Zorgclustermodel zoals dat tot nu toe ontwikkeld is op de huidige aanspraken, waarvan de uitleg gebaseerd is op de DSM-classificatie. Waar zich verschillen voordoen, kan dat mogelijk leiden tot een aanpassing van eerder ingenomen standpunten door het Zorginstituut of aanpassing van het Zorgclustermodel." Een definitief oordeel over de vraag of het Zorgclustermodel kan worden gebruikt voor het duiden van de verzekerde aanspraken, zullen wij beantwoorden in deel 2.

1.3 Huidige uitleg aanspraken geneeskundige GGZ

1.3.1 Domein geneeskundige GGZ

Geneeskundige zorg wordt gedefinieerd als zorg gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische of somatische aandoening. In de geneeskundige GGZ leggen we deze omschrijving zo uit dat sprake moet zijn van ziekte. Met andere woorden, de geneeskundige GGZ is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden. In deze context wordt een psychische aandoening gelijkgesteld met een psychische stoornis.

In Nederland gebruiken we de DSM-classificatie om te bepalen of iemand recht heeft op verzekerde geneeskundige GGZ, ter onderscheiding van de zorg die de huisarts biedt aan mensen met psychische problemen. Geneeskundige GGZ in het kader van de Zvw is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis. Voor de beantwoording van de vraag of er sprake is van een psychische stoornis kijken we nu naar de DSM-5 classificatie omdat dit handboek het overzicht is van alle geclassificeerde psychische stoornissen. Maar, het feit dat een stoornis in de DSM-5 is beschreven, betekent niet dat de behandeling van deze stoornis per definitie is aan te merken als te verzekeren geneeskundige GGZ.

- Sommige zorg bij in de DSM opgenomen stoornissen valt onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Het gaat dan om psychische problematiek, al dan niet DSM-geclassificeerd met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren en relatief korte ziekte duur². Mede dankzij de structurele verankering van de POH/GGZ in de huisartsenpraktijk en de mogelijkheid van het invoeren van een consult van bijvoorbeeld een psychiater, is de huisartsenpraktijk steeds beter toegerust voor de behandeling van veel voorkomende psychische klachten en stoornissen. Het NHG heeft al diverse NHG-standaarden GGZ ontwikkeld (bijvoorbeeld de NHG-standaarden voor angst en depressie).
- Sommige stoornissen behoren primair thuis bij de huisarts en/of bij de (somatisch) medisch specialist (bijvoorbeeld slaapstoornissen).
- Het kan ook gaan om zorg die door de minister is uitgesloten, zoals in 2012 is gebeurd met de behandeling van aanpassingsstoornissen.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Team GGZ

Datum
9 januari 2019

Onze referentie
2018047180

1.3.2 DSM-classificatie

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten. Het is nadrukkelijk géén diagnose-handboek. Het stellen van een diagnose gebeurt door uitgebreid en nauwkeurig psychiatrisch onderzoek volgens de daarvoor geldende richtlijnen. De richtlijn psychiatrische diagnostiek³ geeft drie niveaus van gegevensverzameling weer die aan de behandeling voorafgaan: classificatie, diagnostiek en indicatiestelling. Het eerste niveau van gegevensverzameling – de classificatie volgens de DSM-5 – is goed te standaardiseren. De richtlijn geeft aan dat deze gegevens onvoldoende zijn voor het vaststellen van de indicatie voor een specialistische behandeling, maar dat deze gegevens wel geschikt zijn voor verwijzing voor verdere diagnostiek. Eén van de criteria voor doorverwijzing naar de geneeskundige GGZ door de huisarts is (het vermoeden van) een DSM-benoemde stoornis².

In de richtlijn psychiatrische diagnostiek worden ten aanzien van de classificatie de volgende aanbevelingen gedaan:

- Maak bij de psychiatrische diagnostiek expliciet onderscheid tussen classificatie en diagnostiek;
- Gebruik de DSM-5 om te komen tot een classificatie van de psychiatrische stoornis.

Omdat een psychiatrische diagnose uit een veelheid van (beschrijvende) elementen bestaat, is er een gemeenschappelijke taal wenselijk voor de patiënt, voor medici onderling, en voor wetenschappelijk onderzoek. Met die taal – de DSM – wordt een veel voorkomend cluster van symptomen onder één noemer gebracht.

1.3.3 Gebruik van DSM-classificatie bij duidingen

Het uitgangspunt bij onze duidingen is de vraag of er op grond van de Zvw aanspraak bestaat op bepaalde zorg. Het gaat dan om de vraag of het zorg betreft zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden (artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv)). Maar ook of een bepaalde interventie bij een bepaalde aandoening voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweede lid, Bzv).

² Landelijke Samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, februari 2016

³ Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek, tweede herziene versie, 2015

Bij onze duidingen^{4,5} hebben wij de DSM-classificatie onder meer gebruikt om onderscheid te maken tussen zorgdomeinen. Sommige zorg bij in de DSM opgenomen stoornissen valt onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden of zorg zoals (somatisch) medisch specialisten plegen te bieden. De richtlijnen die stoornis-specifiek zijn opgesteld, zijn hierbij behulpzaam. Het kan ook gaan om zorg die door de minister is uitgesloten, zoals in 2012 is gebeurd met de behandeling van aanpassingsstoornissen. Daarnaast gebruiken we de DSM-classificatie om te bepalen of een bepaalde psychotherapeutische interventie bij een bepaalde DSM benoemde psychische stoornis effectief is (voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk).

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Team GGZ

Datum
9 januari 2019

Onze referentie
2018047180

Wij begrijpen de kritiek van partijen dat het geen ideale situatie is dat voor de afbakening van de aanspraken en de bekostiging ervan een beroep wordt gedaan op de DSM-classificatie. Hoewel het duiden van de aanspraken op basis van de DSM-5 classificatie zijn beperkingen kent, was er tot dusver geen beter handvat om de aanspraak op geneeskundige GGZ consistent af te bakenen. Wij hebben aangegeven dat het primair aan partijen is om met voorstellen te komen voor een bij de diagnostiek aansluitend kader. Het is de vraag of het nu voorliggende Zorgclustermodel hierin voorziet. Biedt (het medische model achter) het Zorgclustermodel betere aanknopingspunten voor de uitleg van de aanspraken op geneeskundige GGZ dan de DSM-classificatie?

1.4 Zorgclustermodel

Op zoek naar mogelijkheden tot verbetering van de bekostiging is het Engelse Zorgclustermodel als kansrijke richting naar voren gekomen. In dit model wordt de zorgvraagzwaarte van de cliënt in beeld gebracht en op basis daarvan een zogenaamd zorgcluster gekozen.

In totaal zijn er 21 zorgclusters die verdeeld zijn in 3 superclusters te onderscheiden naar:

- I. Een zorgvraag die verband houdt met een depressie, angst of andere psychische aandoening, maar waarbij geen sprake is en/of sprake is geweest van verontrustende psychotische symptomen en/of wanen/hallucinaties.
- II. Een zorgvraag met verontrustende psychotische symptomen, wanen en/of hallucinaties die hinder veroorzaken en/of zich manifesteren of manifesteerden in bizar gedrag.
- III. Een zorgvraag waarin problematiek met geheugen of oriëntatie centraal staat, passend bij neurocognitieve problematiek, zoals dementie en neurocognitieve stoornissen.

Een zorgcluster omschrijft de zorgvraag op basis van de behoeften van een groep cliënten met dezelfde karakteristieken op hoofdlijnen. Voor elk zorgcluster wordt aangegeven welke diagnose wel en niet kunnen worden verwacht. Bij het vastleggen van het zorgcluster wordt steeds gebruik gemaakt van de HoNOS⁺, die bestaat uit de 'Health of the Nation Outcome Scales' (HoNOS) aangevuld met enkele vragen uit de 'Summary of Assessments of Risk and Need' (SARN). De HoNOS⁺ vragenlijst is opgenomen in een zogenaamd zorgclustertool, waarmee de behandelaar de zorgbehoeften scoort en het zorgcluster en de behandeling op hoofdlijnen in samenspraak met de cliënt vaststelt. De zorgclusters staan een zekere mate van variatie in combinatie van ernst van de gescoorde zorgbehoeften

⁴ Rapport 'Geneeskundige GGZ deel 2; Op weg naar een toekomstbestendige GGZ', 11 juli 2013

⁵ Rapport 'De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering', 22 december 2014

toe. Deze variatie wordt op basis van gekozen algoritmen en de scores van alle behandelaren en het gekozen zorgcluster steeds in het zorgclustertool inzichtelijk gemaakt. De behandelaar besluit welk zorgcluster van toepassing is.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Team GGZ

Het medische model achter het Zorgclustermodel is dus gebaseerd op de HoNOS-vragenlijst aangevuld met vragen van de SARN: HoNOS⁺. Bij de DSM-classificatie gaat het om een gemeenschappelijke taal, terwijl de HoNOS⁺ een meetinstrument is om de ernst van de psychische problematiek te kunnen wegen. In de richtlijn psychiatrische diagnostiek³ wordt aanbevolen vooral in de langdurige psychiatrie de zorgbehoeften en zorgzwaarte in kaart te brengen met behulp van vragenlijsten. Het meest geschikt hiervoor is de in de DSM-5 voorgestelde World Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-2). In de richtlijn worden hiervoor meerdere alternatieven genoemd, waaronder de HoNOS.

Datum
9 januari 2019

Onze referentie
2018047180

In het Zorgclustermodel wordt een cliënt op basis van de HoNOS⁺ vragenlijst in een bepaald cluster ingedeeld. Aan ieder zorgcluster kunnen cliënten worden toegewezen met verschillende aandoeningen en er is vaak sprake van comorbiditeit. Voor elk zorgcluster wordt aangegeven welke diagnoses (meerdere) er verwacht kunnen worden. Dit maakt dat binnen één cluster sprake is van een grote mate van heterogeniteit wat betreft aandoeningen/diagnoses van cliënten; alleen de zorgvraagzwaarte van de cliënten die aan het cluster zijn toegewezen, zou op hoofdlijnen vergelijkbaar/homogeen zijn.

1.5 Kunnen aanspraken worden geduid op basis van het Zorgclustermodel

Indien wij de aanspraken op basis van het Zorgclustermodel zouden willen duiden, dan betekent het dus dat het achterliggende medische model – de HoNOS⁺ – hiervoor aanknopingspunten zou moeten bieden, oftewel de zorgvraagzwaarte. De vraag is dan of we op basis van de zorgvraagzwaarte/zorgclusters kunnen duiden:

- wat het juiste zorgdomein/bekostigingskader is, en;
- of een bepaalde behandeling bij de betreffende zorgvraagzwaarte effectief is?

1.5.1 Zorgdomein/bekostigingskader

Het Zorgclustermodel zegt iets over zorgvraagzwaarte op hoofdlijnen. Kan het zorgclustermodel behulpzaam zijn bij het bepalen of iemand recht heeft op verzekerde geneeskundige GGZ, ter onderscheiding van lichtere zorg die de huisarts kan bieden aan mensen met psychische problematiek?

Het bepalen van het juiste bekostigingskader 'huisartsenzorg' versus 'geneeskundige GGZ', is alleen mogelijk als er een duidelijk afkappunt is; bijvoorbeeld als wij kunnen duiden dat het bij zorg die verleend wordt aan cliënten die worden toegewezen aan bijvoorbeeld de clusters 1 en 2 (en mogelijk 3) om huisartsenzorg gaat. En dat vanaf cluster 4 de problematiek dusdanig ernstig is, dat behandeling in de geneeskundige GGZ is aangewezen. Echter, hierover wordt door partijen verschillend gedacht. Bij de consultatie van ons rapport (deel 1) bleek dat één partij van mening is dat bij de clusters 1 en 2 inderdaad sprake is van huisartsenzorg en dat deze om die reden zouden moeten worden uitgesloten van de geneeskundige GGZ; een 'hard' afkappunt dus. Andere partijen wijzen op het risico van 'upcoding' en/of vinden dat deze clusters nodig zijn voor het afschalen van zorg. Tijdens de bespreking van dit vraagstuk in de Werkgroep Zorginhoud & Prestaties is gebleken dat men van mening is, dat het bij de clusters 1 en 2 niet (altijd) gaat om huisartsenzorg. De werkgroep heeft

weliswaar voorstellen gedaan om de terminologie van deze clusters aan te scherpen, maar of dit afdoende is moet blijken uit de evaluatie van de pilotdata.

Het Zorgclustermodel is ontwikkeld door GGZ-partijen; de huisartsen zijn hierbij niet betrokken geweest. Het Zorgclustermodel zal dan ook niet in de huisartsenpraktijk worden gebruikt. De huisarts zal bij verwijzing vasthouden aan het criterium of sprake is van (een vermoeden van) een psychische stoornis, zoals afgesproken in de Landelijke Samenwerkingsafspraken². Het gaat dan om problematiek waarbij de zorgvraag dusdanig is, dat deze de zorg die de huisarts POH/GGZ kan bieden te boven gaat.

Zoals eerder gesteld zijn de zorgclusters gebaseerd op zorgvraagzwaarte en niet op psychische stoornissen. Om die reden kunnen cliënten met verschillende aandoeningen/diagnoses worden toegewezen aan hetzelfde cluster. Dat kunnen ook aandoeningen zijn die primair door de huisarts worden behandeld en/of de somatisch medisch specialist. Als voorbeeld noemen we slaapproblemen of seksuele problemen. Het medische model achter het Zorgclustermodel biedt in deze gevallen geen handvatten om het zorgdomein te duiden. Als een probleem klinisch licht aanwezig is worden cliënten met enkel slaapproblemen of seksuele disfuncties aan cluster 3 toegewezen (indicatieve periode van zorg 4 tot 6 maanden) met een reviewtermijn van 6 maanden. Vraag 8 van de zorgclustertool maakt geen onderscheid tussen soort problematiek. Als een probleem klinisch licht aanwezig is (score 2) maakt het niet uit of sprake is van angst, verslaving, seksuele of slaapproblemen. De indicatieve periode van zorg is gelijk, namelijk 4 tot 6 maanden en 89% van de zorgaanbieders is van mening dat cliënt thuishoort in cluster 3. Dit werpt de vraag op of het medisch model achter het Zorgclustermodel en daarbij het algoritme dat wordt toegepast om cliënten toe te wijzen aan een zorgcluster voldoende is gevalideerd (zie onderstaande voorbeelden). In hoeverre de zorgclusters wat betreft zorgvraagzwaarte homogeen zijn, moet blijken uit de evaluatie van de pilotdata.

Zorginstituut Nederland

Zorg II
Team GGZ

Datum

9 januari 2019

Onze referentie

2018047180

Hoofdprobleem HoNOS vraag 8	S*	Ander probleem	S*	Cluster %	Indicatieve periode zorg
Slaapprobleem	2	Geen		Cluster 3: 89%	4-6 maanden
Slaapprobleem	2	Depressieve stemming	2	Cluster 3: 95%	4-6 maanden
Angststoornis	2	Geen		Cluster 3: 89%	4-6 maanden
Seksuele problemen	2	Geen		Cluster 3: 89%	4-6 maanden
Reacties op stress	2	Depressieve stemming	2	Cluster 3: 95%	4-6 maanden

*HoNOS-score (Score 2: een probleem is klinisch licht aanwezig (patiënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).

1.5.2 Stand van de wetenschap & praktijk

Kun je met het Zorgclustermodel duiden of een bepaalde behandeling bij de betreffende zorgvraagzwaarte effectief is (voldoet aan de stand van de wetenschap & praktijk)? De wijze waarop het Zorginstituut dit beoordeelt is beschreven in ons beoordelingskader 'Stand van de wetenschap en praktijk'⁶.

⁶ Rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk', januari 2015

Om een standpunt te kunnen innemen over de effectiviteit van een interventie moeten we een vergelijking kunnen maken. Met behulp van de zogenoemde PICOT-vragen bepalen wij beargumenteerd welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie te bepalen. PICOT staat voor:

Patient = de relevante patiëntenpopulatie

Intervention = de te beoordelen interventie

Comparison = de interventie waarmee vergeleken wordt

Outcome = de relevante uitkomsten/uitkomstmaten

Time = minimaal vereiste follow-up periode

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Team GGZ

Datum
9 januari 2019

Onze referentie
2018047180

Nu de zorgclusters uitgaan van zorgvraagzwaarte en niet gebaseerd zijn op psychische stoornissen, kunnen cliënten met verschillende aandoeningen/diagnoses worden toegewezen aan hetzelfde cluster. Dit maakt dat binnen één cluster sprake is van een grote mate van heterogeniteit wat betreft aandoeningen/diagnoses van cliënten. Met de zorgclusters is het dan ook niet mogelijk de relevante patiëntenpopulatie **P** te definiëren. Daarvoor is specifieke kennis over de aandoening/diagnose noodzakelijk. Voor het bepalen van de **P** in de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk blijft de DSM-5 nodig voor het zoeken naar relevante wetenschappelijke literatuur.

1.6 Conclusie

Het grootste probleem van het duiden van de aanspraken op grond van (het medische model achter) het Zorgclustermodel is de heterogeniteit van de cliënten qua aandoeningen/diagnoses die aan een bepaald cluster worden toegewezen. Dit maakt het duiden van het zorgdomein op grond van deze zorgclusters onmogelijk. Immers we weten slechts globaal wat voor cliënten achter een bepaald zorgcluster schuilgaan. De enige duiding die op basis van de zorgclusters/zorgvraagzwaarte wellicht mogelijk zou zijn; lichte problematiek in de huisartsenpraktijk versus meer ernstige problematiek in de geneeskundige GGZ. Hiervoor lijkt het Zorgclustermodel nu niet geschikt, omdat er geen 'hard' afkappunt kan worden gemaakt.

De vraag in welk zorgdomein een cliënt het beste behandeld kan worden – los van de ernst van de problematiek – wordt omschreven in de richtlijnen en standaarden die stoornis specifiek zijn opgesteld. Niet alle psychische stoornissen worden behandeld in de geneeskundige GGZ. Sommige psychische stoornissen kunnen worden behandeld in de huisartsenpraktijk, andere door de somatisch medisch specialist. Hier biedt het Zorgclustermodel evenmin houvast, door de grote heterogeniteit van cliënten binnen een zorgcluster. En tenslotte moeten we concluderen dat het Zorgclustermodel niet kan worden gebruikt bij de vraag of een bepaalde interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat de patiëntenpopulatie **P** niet te definiëren is.

Hoewel het duiden van de aanspraken op basis van de DSM-classificatie niet ideaal is, is het duiden van het juiste zorgdomein/bekostigingskader en de beoordeling van de stand van de wetenschap & praktijk, wel mogelijk. We moeten dan ook tot de conclusie komen dat (het medische model achter) het Zorgclustermodel *geen* betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken op het gebied van de geneeskundige GGZ te duiden, dan de DSM-classificatie. Dit betekent dat de uitleg van de verzekerde aanspraken in termen van DSM helaas niet kan worden losgelaten. Ook betekent dit dat het Zorgclustermodel – als dit gebruikt gaat worden voor de bekostiging – dient te worden aangepast uitgaande van de huidige uitleg op basis van de DSM-classificatie. Immers de bekostiging volgt de aanspraak.