



> 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

2017056431

Datum 21 december 2017
Betreft Verkenning Zorgclustermodel GGZ

Onze referentie

2017056431

Geachte heer Blokhuis,

Zorginstituut Nederland heeft op 21 december 2017 het rapport '*Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)*' vastgesteld. Het rapport is een reactie op de brief van de voormalige Minister van VWS '*Nieuwe kijk op verzekerde aanspraken GGZ*' van 15 december 2016, waarin zij het Zorginstituut heeft gevraagd een advies op te stellen over het nieuwe bekostigingsmodel voor de GGZ in relatie tot de verzekerde aanspraken. Het doet ons een genoegen u dit rapport, dat u aantreft als bijlage bij deze brief, aan te bieden.

Bijlage

Rapport '*Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)*'

Centraal in de nieuwe bekostigingssystematiek staat het zogeheten Zorgclustermodel. De minister heeft ons de vraag voorgelegd, of de gedachte achter het Zorgclustermodel, dat uitgaat van zorgvraagzwaarte betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ uit te leggen dan de huidige uitleg op basis van de DSM-classificatie. Dit rapport (deel 1) heeft tot doel u te informeren over onze eerste bevindingen en partijen een handreiking te bieden bij de doorontwikkeling van het model, zodat dit beter aansluit op de verzekerde aanspraken. In deel 2 zullen wij ons definitieve oordeel uitspreken aan de hand van het aangescherpte Zorgclustermodel.

Bij onze verkenning van het Zorgclustermodel hebben we de kansen en risico's die verbonden zijn aan het nieuwe bekostigingsmodel in kaart gebracht. Hierbij richten we ons in dit deel op de consequenties die het Zorgclustermodel heeft voor de toegang tot de geneeskundige GGZ, waarbij vooral de beoordeling van het eerste supercluster 'common diseases' centraal heeft gestaan. Belangrijke kansen die wij benoemen zijn onder meer, dat de aard en de omvang van de psychische problemen van de cliënt centraal staan en niet de classificatie. Vooraf en op vaste reviewmomenten worden tussen cliënt en behandelaar expliciet de hoofdlijnen van de behandeling voor de komende periode afgesproken. Ook is er meer transparantie, in die zin dat de relatie tussen daadwerkelijk geleverde zorg en het bedrag zichtbaar op de factuur wordt vergroot. Als belangrijkste risico van het nieuwe bekostigingsmodel zien wij, dat lichte problematiek – die behandeld kan worden in de huisartsenpraktijk – instroomt in de geneeskundige GGZ.

Wij concluderen dat het Zorgclustermodel goede kansen biedt voor een juiste indicatie, maar in zijn huidige opzet ook risico's met zich meebrengt. Om het risico te beperken dat te lichte problematiek instroomt in de geneeskundige GGZ doen wij aanbevelingen voor de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel, waarbij partijen nadrukkelijk zelf aan zet zijn. Ook de NZa onderschrijft onze bevindingen en stelt dat de Werkgroep Inhoud & Prestaties hierin kan meedenken. Wij zullen de NZa en in het bijzonder deze werkgroep zo goed mogelijk ondersteunen, om het Zorgclustermodel beter te laten aansluiten op de verzekerde aanspraken.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Team GGZ

Datum
21 december 2017

Onze referentie
2017056431

Naast de aanbevelingen voor het Zorgclustermodel benadrukken wij het belang van een adequate diagnostiek/assessment. Het verdient aanbeveling om eisen te stellen aan degene die de diagnostiek c.q. assessment in het kader van het Zorgclustermodel mag uitvoeren. Bij een adequate diagnostiek/assessment hoort ook een adequate bekostiging, ook wanneer er sprake is van terug- of doorverwijzing en er dus geen behandeling door de zorgaanbieder plaatsvindt. Dit is niet alleen van belang om de door ons beschreven risico's op onder- en overbehandeling tegen te gaan. Ook zit hier de crux voor wat betreft de overgang van DSM-classificatie naar Zorgclustermodel. Zonder adequate diagnostiek/assessment kan het Zorgclustermodel niet worden ingevoerd en zal de DSM-classificatie vastgelegd moeten blijven worden, met alle administratieve lasten van dien.

Mede op advies van de Adviescommissie Pakket benadrukken wij het belang van het *voorlopig* blijven vastleggen van de DSM-classificatie voor een beheersbare overgang van het oude naar het nieuwe bekostigingssysteem.

Wij gaan komend jaar aan de slag met deel 2 van dit rapport. Bij het opstellen van deel 2 van het advies, waarin ons definitieve oordeel over het Zorgclustermodel in relatie tot de aanspraken tot stand komt, zullen wij naar verwachting kunnen beschikken over het verder voor de Nederlandse situatie aangescherpte Zorgclustermodel. Ook kunnen we dan beschikken over gegevens die momenteel door de koplopers in de praktijk worden vastgelegd, de ervaringen die met het Zorgclustermodel worden opgedaan en door de NZa verzameld. De planning is advies deel 2 eind 2018 uit te brengen onder de voorwaarde dat tijdig kan worden beschikt over relevante gegevens uit de koploperinstellingen en een (concept)eindversie van het Zorgclustermodel.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ
op huidige verzekerde aanspraken Zvw
(deel 1)

Datum 21 december 2017
Status Definitief

Colofon

Volgnummer 2017013558

Contactpersoon

Sector Zorg
Team GGZ

Uitgebracht aan de Staatssecretaris van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1	Inleiding—11
1.1	Aanleiding—11
1.2	Vraagstelling—12
1.3	Advies deel 1—13
1.4	Aanpak opstellen advies deel 1—13
1.4.1	Technische consultatie—14
1.4.2	Bestuurlijke consultatie—14
1.4.3	Adviescommissie Pakket—14
1.5	Leeswijzer—15
2	Huidige uitleg verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ—17
2.1	Context—17
2.2	Geschiedenis duiding aanspraken—18
2.3	DSM-classificatie—19
2.4	Stoornissen die niet gerekend worden tot geneeskundige GGZ?—20
2.4.1	Hulp bij werk- en relatieproblemen en aanpassingsstoornissen—20
2.4.2	Stoornissen die tot het domein van de huisartsenzorg, somatische medisch specialist of paramedische zorg behoren—22
2.4.3	Stoornissen die tot een ander domein dan de Zvw behoren—23
3	Kenmerken en verschillen huidige en toekomstige bekostiging geneeskundige GGZ—25
3.1	Kenmerken huidige bekostiging geneeskundige GGZ—25
3.1.1	Generalistische basis GGZ—25
3.1.2	Gespecialiseerde GGZ (ambulant of met verblijf korter dan 366 dagen)—25
3.1.3	Gespecialiseerde GGZ (met verblijf langer dan 365 dagen)—26
3.2	Kenmerken nieuw bekostigingsmodel geneeskundige GGZ—27
3.2.1	Doelstelling—27
3.2.2	Zorgclustermodel—27
3.2.3	Inhoudelijke ontwikkeling Zorgclustermodel—28
3.2.4	Samenhang Zorgclustermodel met 'Agenda ggz gepast gebruik en transparantie'—31
3.3	Inhoudelijke verschillen huidig en toekomstig bekostigingsmodel—31
3.4	Het Zorgclustermodel in de Engelse en Nederlandse context—32
3.4.1	Engelse context—32
3.4.2	Nederlandse context—33
4	Toetsing Zorgclustermodel in relatie tot huidige aanspraken—35
4.1	Vooraf—35
4.2	Relatie HoNOS ⁺ en zorgclusters—35
4.2.1	HoNOS ⁺ —35
4.2.2	Aanvullende vragen uit SARN—36
4.2.3	Relatie HoNOS ⁺ en zorgclusters—36
4.3	Casuïstiek—38
4.3.1	Rouw en verlies—39
4.3.2	Aanpassingsstoornissen—39
4.3.3	Burn-out—40

4.3.4	Relatieproblemen—40
4.3.5	Specifieke leerstoornis—40
4.3.6	Vliegangst—40
4.3.7	Lichte eetbui stoornis—40
4.3.8	Slaapstoornissen—41
4.3.9	Seksuele stoornissen—41
4.3.10	Cafeïne-onttrekkingssyndroom—41
4.3.11	Tabaksgelateerde stoornis—42
4.3.12	Conclusie casuïstiek—43
5	De kansen en risico's van het Zorgclustermodel—45
5.1	Inleiding—45
5.2	Kansen—45
5.3	Risico's—46
5.4	Aanbevelingen—48
5.4.1	Aanbevelingen voor het Zorgclustermodel—48
5.4.2	Aanbevelingen voor de diagnostiek/assessment—48
5.4.3	Aanbevelingen met betrekking tot de DSM-classificatie—49
6	Vooruitblik advies deel 2—51
6.1	Onderwerpen deel 2—51
6.1.1	Supercluster I: 'Common diseases'—51
6.1.1.1	Aanpassingsstoornissen—51
6.1.2	Superclusters II: Psychotische stoornissen en III: Organische stoornissen—52
6.1.3	Zorgclusters en zorgactiviteiten—52
6.1.4	Gespecialiseerde GGZ (met verblijf langer dan 365 dagen)—52
6.1.5	Aandachtspunten voor de uitvoeringspraktijk—53
6.1.6	Eerste beschouwing financiële consequenties—53
6.2	Planning deel 2—53
7	Reacties op het consultatiedocument—55
7.1	Bestuurlijke consultatie belanghebbende partijen—55
7.1.1	Algemeen—55
7.1.2	Kansen—55
7.1.3	Risico's—56
7.1.4	Aanbevelingen—57
7.2	Reactie Nederlandse Zorgautoriteit—57
8	Besluit—59
	Bijlagen:
	1. Brief VWS d.d. 15 december 2016 'Nieuwe kijk op verzekerde aanspraken ggz
	2. Uitleg aanspraken geneeskundige GGZ op basis van DSM-5 classificatie
	3. Beschrijving zorgclustermodel ggz voor deelnemers aan pilotfase 2
	4. Casus 1 Rouw en Verlies
	5. Reacties partijen

Samenvatting

Onder aanvoering van de NZa werken partijen in de GGZ in het project 'Doorontwikkeling productstructuur' aan een nieuwe bekostigingssystematiek voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, die beter dan nu het geval is, aansluit op de zorgvraag(zwaarte) van cliënten. Centraal in deze nieuwe bekostigingssystematiek staat het zogeheten Zorgclustermodel. In dit rapport beschrijven we de resultaten van een eerste verkenning, die we hebben uitgevoerd van dit nieuwe bekostigingsmodel in relatie tot de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ. Het betreft een technische exercitie waarin wordt nagegaan hoe de toegang tot de geneeskundige GGZ in het huidige systeem op basis van de in de DSM-classificatie benoemde stoornissen, zich verhoudt tot een toekomstig systeem dat uitgaat van zorgvraagzwaarte op basis van het Zorgclustermodel en of dit aansluit op de huidige uitleg van de verzekerde aanspraken.

Directe aanleiding voor dit rapport is het verzoek van de minister van VWS van 15 december 2016. In dit verzoek heeft de minister ons de fundamentele vraag voorgelegd, of de gedachte achter het Zorgclustermodel, dat uitgaat van zorgvraagzwaarte en de bijbehorende indicatietechniek(en) betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ uit te leggen dan de huidige uitleg op basis van de DSM-classificatie. Op het gebruik van de DSM-classificatie voor uitleg van de aanspraken bestaat al langere tijd kritiek. Ook het Zorginstituut heeft in eerdere rapporten de wens geuit om de aanspraken op een betere manier te duiden dan met behulp van de DSM-classificatie.

Het advies aan de minister zal uit twee delen bestaan. In dit rapport (deel 1) staat het verkennen van het Zorgclustermodel aan de hand van casuïstiek centraal. Deze verkenning heeft plaatsgevonden op basis van de meest recente versie van het Zorgclustermodel (februari 2017), dat vooral een vertaling van het Engelse model omvat. Deze versie van het Zorgclustermodel wordt op dit moment in de Nederlandse praktijk getoetst door koploperinstellingen en mede op basis van ervaringen en nadere analyse verder ontwikkeld.

In het Zorgclustermodel wordt de zorgvraagzwaarte van de cliënt in beeld gebracht en op basis daarvan een zogenaamd zorgcluster gekozen. Een zorgcluster omschrijft de zorgvraag op basis van behoeften van een groep cliënten met dezelfde karakteristieken op hoofdlijnen. Voor elk zorgcluster – 21 in totaal verdeeld over drie superclusters – wordt aangegeven welke diagnose wel en niet kunnen worden verwacht. Elk zorgcluster kent een maximale doorlooptijd, variërend van vier weken tot een jaar. Deze doorlooptijd is gebaseerd op de te verwachten benodigde behandelduur van de zorgvraag. Na afloop van deze periode (of zo nodig eerder), wordt er vastgesteld ("gereviewd") of een nieuw zorgcluster of (terug)verwijzing naar de huisarts of een andere zorgaanbieder van toepassing is.

Bij onze verkenning van het Zorgclustermodel hebben we de kansen en risico's die verbonden zijn aan het Zorgclustermodel in kaart gebracht. Hierbij hebben wij ons in dit deel gericht op de consequenties die het Zorgclustermodel heeft voor de toegang tot geneeskundige GGZ, waarbij vooral de beoordeling van het eerste supercluster 'common diseases' centraal heeft gestaan.

Kansen

De volgende elementen van het Zorgclustermodel zien wij als belangrijke kansen van het nieuwe systeem:

- *De positie van de cliënt in het zorgproces staat centraal*; vooraf en op vaste reviewmomenten worden tussen cliënt en behandelaar expliciet de hoofdlijnen van behandeling voor de komende periode afgesproken.
- *Het centraal stellen van de aard en omvang van de psychische problemen*; de zorgbehoefte is leidend en niet een classificatie.
- *Situatie dat (nog) geen sprake is van een psychische stoornis*; het Zorgclustermodel biedt de mogelijkheid om toch zorg te vergoeden vanuit de verzekering in situaties waarbij nog geen sprake is van (een vermoeden van) een psychische stoornis volgens de DSM-classificatie, maar waarbij de zorgvraag dusdanig is, dat deze de zorg die de huisarts POH/GGZ kan bieden te boven gaat. Het gaat dan om situaties waarbij de cliënt terecht wordt doorverwezen naar de geneeskundige GGZ, daar waar dat in de huidige situatie op bezwaren stuit gezien de uitleg van de verzekerde aanspraken. De keerzijde van deze kans is het risico van overbehandeling als cliënten te snel worden doorverwezen.
- *DSM-classificatie niet up to date*; met het zorgclustermodel kan ook de zorgbehoefte in beeld worden gebracht van psychische problematiek die (nog) niet past binnen een van de omschreven DSM-classificaties.
- *Het vervallen van het onderscheid in de bekostiging tussen generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ*; de te leveren prestaties, zorgclusters en bijbehorende zorgactiviteiten zijn leidend, en niet het type zorgaanbieder. Dit verlaagt de administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- *Meer transparantie*; de relatie tussen daadwerkelijk geleverde zorg en het bedrag zichtbaar op de factuur wordt vergroot. Ook is op voorhand meer bekend over de kosten van de behandeling en zijn tussentijdse declaraties mogelijk.
- *Vergelijkbare benadering geestelijke gezondheidszorg en somatische gezondheidszorg*; doordat in het Zorgclustermodel de DSM-classificatie niet langer leidend is, kan de poortwachterfunctie van de huisarts op eenzelfde manier als in de somatische zorg plaatsvinden. Belangrijke criteria zijn dan ernst, risico's, complexiteit en verloop van problematiek/klachten en niet langer het (vermoeden van) een DSM-stoornis.

De genoemde veranderingen, die met het Zorgclustermodel worden ingezet, beoordeelt het Zorginstituut als positief en lijken kansrijk. Er bestaan echter ook risico's met betrekking tot de aanspraak op geneeskundige GGZ.

Risico's

Uit de resultaten van de beoordeling van de casussen, is een aantal risico's naar voren gekomen. Deze risico's vloeien voornamelijk voort uit het feit dat in het huidige bekostigingssysteem de behandeling van klachten en/of stoornissen die niet onder de geneeskundige GGZ vallen, in principe niet vanuit dit kader kunnen worden bekostigd. Het Zorgclustermodel kent een dergelijke beperking niet. Wij hebben de volgende risico's in kaart gebracht:

- *Psychische stoornis als criterium*; in het kader van de Zvw is het uitgangspunt dat er bij behandeling in de geneeskundige GGZ in principe sprake moet zijn van een psychische stoornis. In de huidige versie van de toeleiding naar zorgclusters vormt dit geen criterium. Ook psychische problemen, die samenhangen met bijvoorbeeld levensfasen, relaties en rouw kunnen leiden tot een indeling in een zorgcluster. Het niet meer duidelijk vastleggen van het criterium psychische stoornis, brengt risico's voor ongepast gebruik met zich mee.

- *Zwaarte van de psychische stoornis (zorgclusters 1 en 2):* in aanvulling op het vorige punt lijkt de huidige versie van het Zorgclustermodel niet geheel aan te sluiten op de verwijscriteria. De landelijke samenwerkingsafspraken tussen partijen geven aan dat er bij behandeling in de geneeskundige GGZ sprake dient te zijn van een matig tot ernstige lijdensdruk. Als er sprake is van lichte psychische stoornissen, maar er geen nadere actie is vereist (HoNOS, schaal 1: "ondergeschikt probleem, vereist geen actie") dan kan met de huidige versie van het Zorgclustermodel zorgcluster 1 of 2 worden gekozen en daarmee behandeling worden ingezet. In relatie tot de aanspraken op de geneeskundige GGZ roept dit vragen op.
- *Stoornissen die niet onder de geneeskundige GGZ vallen;* de aanspraak op geneeskundige GGZ wordt op dit moment afgegrensd door wettelijke uitsluiting of het type stoornis; bijvoorbeeld aanpassingsstoornissen (wettelijk uitgesloten), specifieke leerstoornissen (onderwijs), lichte eetbuistoornissen (huisarts), specifieke fobieën (zoals vlieg angst; cursus voor eigen rekening), slaapstoornissen zonder dat er sprake is van een (andere) psychische stoornis (huisarts, slaap-/waakcentrum). Met behulp van de huidige versie van het Zorgclustermodel kan de behandeling van deze stoornissen van een zorgcluster worden voorzien en behandeling in de geneeskundige GGZ worden aangevangen.
- *Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen;* de huidige versie van het Zorgclustermodel laat toe dat psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen wordt verleend vanuit de geneeskundige GGZ. Echter deze zorg maakt al integraal onderdeel uit van de somatisch medisch specialistische behandeling, ook wat de financiering betreft. Deze zorg wordt bekostigd vanuit het integrale dbc-zorgproduct tarief. Dit duidt op een risico van ondoelmatige zorg en dubbele bekostiging.
- *Helderheid nieuwe verwijsmogelijkheden;* indien het onderscheid tussen de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ in het nieuwe Zorgclustermodel wordt opgeheven, is het van belang dat er helderheid komt over de nieuwe verwijsmogelijkheden.

Bovenstaande punten brengen risico's met zich mee ten aanzien van de kwaliteit, doelmatigheid en/of kosten van geneeskundige GGZ. Dit laatste is vooral van belang wat betreft de omvang van de beschikbare middelen. Het kan leiden tot verdringing wanneer de schaarse beschikbare middelen c.q. de capaciteit worden ingezet voor lichte zorgvragen die in de huisartsenpraktijk kunnen worden behandeld of voor zorgvragen die voor eigen rekening kunnen komen. Wat dit laatste betreft bestaat er een risico wat betreft de rechtmatigheid van de zorg als zorg ten onrechte vanuit de Zvw wordt bekostigd. De vergelijking dringt zich op met de systematiek van zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de Wet langdurige zorg. Ook daar speelt vergelijkbare problematiek bij de indicering van de ZZP's en het risico van upcoding.

Aanbevelingen

Wij concluderen dat het Zorgclustermodel goede kansen biedt voor een juiste indicatie, maar in zijn huidige opzet ook risico's met zich meebrengt. Het gaat dan onder meer om het risico dat lichte problematiek – die behandeld kan worden in de huisartsenpraktijk – instroomt in de geneeskundige GGZ. Vooral de huidige formulering van vraag 8 van de Honos⁺-vragenlijst brengt een risico op overbehandeling en/of onrechtmatige bekostiging met zich mee. Om dit te voorkomen is aanpassing van deze zorgvraag aan te bevelen. Ook bevelen wij aan bij het testen van het Zorgclustermodel in de praktijk de problematiek rond de zorgclusters 1 en 2 in beeld te brengen, zodat op basis van dit inzicht naar oplossingen kan worden gezocht. Ook het inzichtelijk maken van zorgcluster 0, een cluster met 'restproblematiek', verdient aanbeveling. Partijen zijn aan zet

om in de komende periode het Zorgclustermodel zo aan te passen dat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd.

Naast de aanbevelingen voor het Zorgclustermodel benadrukken wij **het belang van een adequate diagnostiek/assessment**. Het verdient aanbeveling om eisen te stellen aan degene die de diagnostiek c.q. assessment in het kader van het Zorgclustermodel mag uitvoeren. Bij een adequate diagnostiek/assessment hoort ook een adequate bekostiging, ook wanneer er sprake is van terug- of doorverwijzing en er dus geen behandeling door de zorgaanbieder plaatsvindt. Dit is niet alleen van belang om de door ons beschreven risico's op onder- en overbehandeling tegen te gaan. Ook zit hier de crux voor wat betreft de overgang van DSM-classificatie naar Zorgclustermodel. Zonder adequate diagnostiek/assessment kan het Zorgclustermodel niet worden ingevoerd en zal de DSM-classificatie vastgelegd moeten blijven worden, met alle administratieve lasten van dien.

Tenslotte benadrukken dat het *voorlopig* blijven vastleggen van de DSM-classificatie een voorwaarde is voor het introduceren van het zorgclustermodel in de praktijk. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te voeren:

- Het blijven registreren van de DSM is noodzakelijk voor een beheersbare overgang van het oude naar het nieuwe bekostigingssysteem. Deze registratie is noodzakelijk om een vergelijking te kunnen maken van het gebruik van de methodiek van zorgclusters met de huidige situatie. Door het voorlopig blijven vastleggen van de DSM kan men landelijk en lokaal via de zorgaanbieders beschikken over GGZ-cijfers in historisch perspectief.
- De DSM-classificatie is tot op heden een belangrijke basis voor behandeling en onderzoek in de GGZ. De vastlegging van de DSM maakt het mogelijk de zorgclusters beter te duiden (o.a. in de omschrijving meest waarschijnlijke en niet waarschijnlijke diagnoses). Ook kunnen wellicht de verschillen in behandeling binnen een zorgcluster beter worden verklaard.
- Als de DSM niet langer voorwaarde is voor de aanspraken/vergoeding van geneeskundige GGZ krijgen we door het vastleggen van de DSM in beeld hoe vaak er (nog) geen sprake is van een psychische stoornis. Dit zou niet vaak moeten voorkomen.
- Met het vastleggen van de DSM kan de samenhang met de zorgstandaarden, die diagnose-specifiek zijn opgesteld, in beeld worden gebracht.
- Het vastleggen van de DSM ondersteunt de diagnostiek. In de richtlijn Psychiatrische diagnostiek wordt het classificeren met behulp van de DSM-5 als onderdeel van de diagnostiek aanbevolen.
- De DSM-classificatie voorziet in een gezamenlijke taal, hetgeen van belang is voor onderlinge afstemming over de zorgverlening, voor beleid en onderzoek en het mogelijk maken van internationale vergelijking.
- Tenslotte wijzen wij op het risico dat de pilots niet de juiste informatie opleveren. In de pilots wordt het nieuwe Zorgclustermodel in de praktijk getoetst. Echter de aanspraak en bekostiging is nog gebaseerd op het oude systeem. Zorg die nu niet tot de aanspraak behoort, zal tijdens de pilotfase evenmin worden geboden, omdat deze niet wordt vergoed. Dit geeft mogelijk een vertekend beeld. Dit betekent dat bij de introductie van het Zorgclustermodel het monitoren van (eventuele onvoorziene) effecten van groot belang is; het vooralsnog blijven vastleggen van de DSM-classificatie is hierbij behulpzaam.

De planning is deel 2 van ons advies eind 2018 uit te brengen. In dit deel willen wij tot een afgewogen en definitief oordeel komen over de aansluiting van het Zorgclustermodel op de verzekerde aanspraken GGZ en antwoord geven op overige vragen van de minister. Dit is alleen mogelijk indien wij tijdig beschikken over de relevante gegevens uit de koploperinstellingen en een (concept)eindversie van het Zorgclustermodel.

Zoals de Adviescommissie Pakket heeft benadrukt is een goede gedetailleerde gegevensverzameling nodig om de consequenties van de introductie van het Zorgclustermodel op de aanspraak en bekostiging te kunnen bepalen. Zaken als de mate van gepast en ongepast gebruik, eventuele verdringing van zorg en de gevolgen voor administratieve lasten dienen in kaart te zijn gebracht om een gedegen advies uit te kunnen brengen over de invoering van het zorgclustermodel (deel 2).

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 15 december 2016 heeft de minister van VWS het Zorginstituut verzocht een advies op te stellen over het nieuwe bekostigingsmodel GGZ in relatie tot de verzekerde aanspraken Zorgverzekeringwet (bijlage 1)¹. Aanleiding voor dit verzoek vormen de afspraken die partijen in de GGZ en Forensische Zorg (FZ) in 2015 met de minister van VWS hebben gemaakt in het kader van de 'Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie'².

De minister heeft aan de Tweede Kamer gemeld³, dat het hart van deze vernieuwingsagenda wordt gevormd door drie elementen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, namelijk:

- 1 Een niet vrijblijvende inzet op gepast gebruik en kwaliteit door de patiënt in staat te stellen goed geïnformeerde keuzes te maken en meer inzicht in de effectiviteit van de geboden zorg te bieden;
- 2 Het ondersteunen van deze vernieuwingen door een nieuwe bekostigingssystematiek, en;
- 3 Een kwaliteitsstatuut waardoor landelijke afspraken daadwerkelijk effect hebben op het niveau van instellingen en zorgverleners en dus in de zorg aan patiënten.

Onder aanvoering van de NZa werken partijen in de GGZ in het project 'Doorontwikkeling productstructuur GGZ' aan een nieuwe bekostigingssystematiek voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, die beter dan nu het geval is, aansluit op de zorgvraag(zwaarte) van cliënten. Centraal in deze nieuwe bekostigingssystematiek staat het zogeheten Zorgclustermodel, zoals gepresenteerd in het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Verkenning doorontwikkeling Productstructuur'⁴. De minister heeft de NZa verzocht de uitvoering van dit advies ter hand te nemen. In de periode 2016-2018 werken partijen onder regie van de NZa aan deze doorontwikkeling en testen zij het Zorgclustermodel in de praktijk.

In het verlengde hiervan heeft de minister het Zorginstituut de fundamentele vraag voorgelegd, of de gedachte achter het Zorgclustermodel, dat uitgaat van zorgvraagzwaarte en de bijbehorende indicatietechniek(en) betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ uit te leggen dan de huidige uitleg op basis van de DSM-classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Het nieuwe Zorgclustermodel GGZ biedt wellicht soelaas voor de problemen die zich voordoen bij de uitleg van de aanspraken op basis van enkel DSM-stoornissen.

Het Zorginstituut tekent hierbij aan, dat het duiden van de verzekerde aanspraken een zelfstandige taak van het Zorginstituut is op grond van wettelijke taken. Bij duiding 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

¹ Brief 'Nieuwe kijk op verzekerde aanspraken GGZ' d.d. 15 december 2016, kenmerk 1056068-158846-CZ

² Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie, november 2015

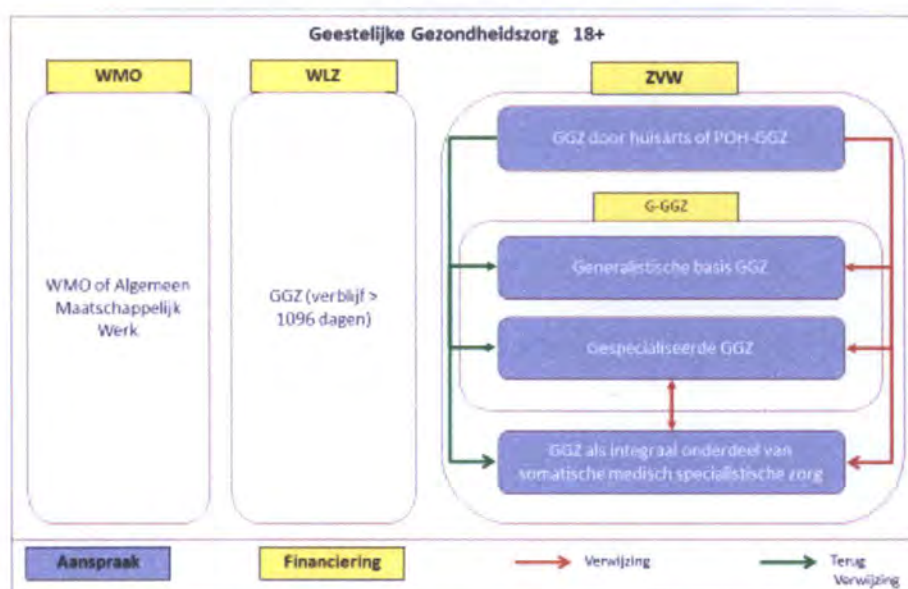
³ TK 2015/2016 Kamerstuk 25424 nr. 292 november 2015:

<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-292.html>

⁴ Verkenning doorontwikkeling Productstructuur' DB(B)C GGZ/FZ - Het Engelse bekostigingssysteem uitgedaagd', september 2015

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. Waar zich verschillen voordoen, kan dat mogelijk leiden tot een aanpassing van eerder ingenomen standpunten door het Zorginstituut. Daarover spreekt het Zorginstituut zich nog niet uit. Dat zijn onderwerpen die vooral in deel 2 naar voren zullen komen.

Onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt vanuit verschillende financiële kaders de verzekerde GGZ verleend. Het gaat om het huisartsenkader, het kader van de geneeskundige GGZ en het kader van de medisch specialistische zorg. De geneeskundige GGZ omvat de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.



Met de overheveling van de geneeskundige GGZ van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw in 2008 is de DSM nadrukkelijk in de Zvw geïntroduceerd, zowel bij de uitleg van de aanspraken als in de bekostiging. De DSM is een breed in de Nederlandse geneeskundige GGZ gehanteerd classificatiesysteem, dat zowel in de zorgverlening als bij onderzoek wordt gehanteerd.

Op het gebruik van de DSM-classificatie voor uitleg van de aanspraken bestaat al langere tijd kritiek. Ook het Zorginstituut heeft in eerdere rapporten de wens geuit om de aanspraken op een betere manier te duiden dan met behulp van de DSM-classificatie. Wij hebben bij VWS aangedrongen op een uitvoeringstoets om te bevorderen dat er een goede aansluiting komt tussen de aanspraken en het in ontwikkeling zijnde Zorgclustermodel.

1.2

Vraagstelling

De minister van VWS heeft het Zorginstituut verzocht in 2017 advies uit te brengen over het nieuwe Zorgclustermodel GGZ. Een belangrijk aandachtspunt voor de minister is de vraag in hoeverre het nieuwe bekostigingsmodel aansluit bij de huidige afgrenzing van de verzekerde aanspraken in de geneeskundige GGZ. Zij vraagt het Zorginstituut daarom om haar kennis en expertise op dit punt in te

brenge in het traject van de NZa, zodat op grond daarvan kan blijken of aanpassing van het beoogde bekostigingsmodel en eventueel aanverwante regelgeving nodig is om deze te laten aansluiten op de verzekerde aanspraken.

Vanwege de kritiek op het gebruik van de DSM-classificatie voor de uitleg van de verzekerde aanspraken en het tot dusver ontbreken van een ander instrument om de aanspraken op geneeskundige GGZ op een consistente en toetsbare wijze uit te leggen, vraagt de minister het Zorginstituut daarnaast ook:

- Te onderzoeken of de gedachte achter het beoogde nieuwe bekostigingsmodel, dat uitgaat van zorgvraagzwaarte en de bijbehorende indicatietechniek(en) betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken op het gebied van de geneeskundige GGZ te duiden, dan de huidige uitleg op basis van de DSM-classificatie.
- Inzichtelijk te maken welke verschillen er – inhoudelijk en budgettair – zijn wanneer de aanspraken worden uitgelegd op basis van de DSM-classificatie of worden uitgelegd met behulp van het Zorgclustermodel. In het verlengde hiervan vraagt zij of de uitleg op basis van de DSM-classificatie voor dit doeleinde kan worden losgelaten.
- Andere aandachtspunten voor de uitvoeringspraktijk die met het voorgaande samenhangen in beeld te brengen, zoals de huidige (door)ontwikkeling van zorgstandaarden en uitkomstindicatoren, en geldende transparantieverplichtingen.

1.3

Advies deel 1

Het advies aan de minister zal uit twee delen bestaan. In dit advies, deel 1, hebben wij een eerste verkenning van het voorlopige Zorgclustermodel in relatie tot de aanspraken gemaakt. We hebben daarbij vooral gekeken naar de wijze waarop een zorgcluster wordt bepaald, de zogenaamde toeleiding naar de geneeskundige GGZ.

Door betrokken partijen wordt nog gewerkt aan de inhoudelijke opzet van het Zorgclustermodel, het verzamelen van de benodigde data en de afspraken over de bekostiging. In 2017 en 2018 test de NZa samen met het veld het nieuwe Zorgclustermodel bij een groot aantal zorgaanbieders. Om het model in de Nederlandse context goed vorm te geven, zijn veel gegevens over de toepassing van het model in de praktijk nodig. Volgens planning zullen deze data en het aangescherpte inhoudelijke model niet eerder dan medio 2018 beschikbaar komen. Tevens worden door betrokkenen nog nadere afspraken gemaakt over de wijze van bekostiging met het Zorgclustermodel en de hiervoor noodzakelijk informatie-uitwisseling.

Om de vraag van de minister te beantwoorden wat het Zorgclustermodel – zowel inhoudelijk als budgettair – betekent, heeft ook het Zorginstituut gegevens nodig over de wijze waarop zorgaanbieders het model in de praktijk gebruiken. Het gaat er dan om welke aantallen en soorten zorgclusters er worden gescoord, welke relatie er is met de DSM-diagnoses en wat de inhoud is van de geleverde zorg. Ook is zicht op het definitieve Zorgclustermodel van belang en dient de wijze waarop het Zorgclustermodel wordt verankerd in het proces van zorginkoop, declaratie en verantwoording bekend te zijn. Uitgaande van de landelijke planning betekent dit dat het definitieve advies niet eerder dan eind 2018 tot stand kan komen.

1.4

Aanpak opstellen advies deel 1

In deel 1 staat het verkennen van het Zorgclustermodel aan de hand van casuïstiek centraal. Deze toetsing heeft plaatsgevonden op basis van de meest recente versie van het Zorgclustermodel (februari 2017), dat vooral een vertaling van het Engelse model omvat. Zoals eerder opgemerkt wordt deze versie op dit moment in de

Nederlandse praktijk getoetst en mede op basis van ervaringen en nadere analyses verder ontwikkeld. Deze toetsing is uitgevoerd in samenwerking met de werkgroep Zorginhoud en Prestaties, samengesteld uit zorgprofessionals en zorgverzekeraars, die binnen het project 'Doorontwikkeling Productstructuur GGZ' de inhoudelijke ontwikkeling voor hun rekening nemen.

1.4.1 *Technische consultatie*

De eerste conceptversie van het advies deel 1 hebben wij afgestemd met de projectorganisatie van de NZa, te weten met:

- de Werkgroep Zorginhoud en Prestaties, samengesteld uit zorgprofessionals en cliënten uit de GGZ, die verantwoordelijk is voor de verdere ontwikkeling van het model en;
- het Programmaoverleg doorontwikkeling productstructuur.

In deze gremia zijn de verschillende patiëntenorganisaties, beroeps- en brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars vertegenwoordigd. Daarnaast is de conceptversie besproken met het Kenniscentrum GGZ van Zorgverzekeraars Nederland en de Landelijke Huisartsen Vereniging.

1.4.2 *Bestuurlijke consultatie*

Het rapport is voor bestuurlijke consultatie verzonden aan:

- Patiëntenvereniging: MIND LPGGZ
- Brancheorganisaties: GGZ Nederland, LVVP, ZKN, NFU, NVZ, Meer GGZ
- Zorgverzekeraars: ZN
- Beroepsverenigingen: NVvP, P3NL, NIP, NVP, NHG, LHV, NVGzP, V&VN-SPV, Landelijke Vereniging POH-GGZ

Een samenvatting van de reacties is opgenomen in hoofdstuk 7.

1.4.3 *Adviescommissie Pakket*

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Deze kunnen gaan over in- of uitstroom van interventies in de zorgverzekering, maar ook over de organisatie en de inrichting van de zorg. In het laatste geval spreken we van systeemadviezen. Zij doet dit vanuit het principe dat het systeem van de zorgverzekering en aanpalende regelingen maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking. Bij systeemadviezen beoordeelt de commissie of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de kwaliteit van en de toegang tot zorg en de mogelijke uitvoeringsconsequenties een belangrijke rol spelen.

De commissie heeft in haar vergadering van 15 september 2017 gesproken over de aansluiting van het Zorgclustermodel GGZ op de huidige verzekerde aanspraken in de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de verkenning staan de kansen en risico's van het Zorgclustermodel en aanbevelingen voor de verdere uitwerking hiervan beschreven.

De ACP heeft in zijn vergadering drie criteria die van belang zijn voor het uiteindelijke systeemadvies (deel 2) met betrekking tot de invoering van het Zorgclustermodel benoemd, namelijk de toegankelijkheid, de uitvoerbaarheid en de kwaliteit van de zorg. In deze verkenning (deel 1) is vooral de toegankelijkheid van de GGZ op basis van het in ontwikkeling zijnde Zorgclustermodel in eerste opzet getoetst. Het gaat daarbij om de gevolgen van het op een andere wijze classificeren van cliënten, niet langer op basis van de DSM-classificatie maar op basis van zorgvraagzwaarte.

De ACP kan zich vinden in de kansen en risico's die in de verkenning benoemd zijn. Het betreft met name het risico dat door de wijziging zorg geboden en bekostigd gaat worden die niet thuishoort in de basisverzekering (ongepast gebruik). Voor de volledigheid is het daarnaast ook goed om te verkennen of de wijziging kan leiden tot situaties waarin gepaste zorg niet meer wordt gegeven. Dat is bijvoorbeeld denkbaar bij zorg die gericht is op preventie van verergering van (vooralsnog beperkte) klachten. Ook onderschrijft de ACP de aanbevelingen aan partijen voor de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel, de diagnostiek/assessment en het blijven vastleggen van de DSM-classificatie. De aanbeveling ten aanzien van een betere diagnostiek en bekostiging daarvan acht de ACP, vanuit oogpunt van kwaliteit, van groot belang.

De ACP benadrukt dat het voorlopig blijven vastleggen van de DSM-classificatie een voorwaarde is voor het introduceren van het zorgclustermodel in de praktijk, omdat deze registratie noodzakelijk is om een vergelijking te kunnen maken van het gebruik van de methodiek van Zorgclusters met de huidige situatie. De DSM-classificatie is tot op heden een belangrijke basis voor behandeling en onderzoek in de GGZ.

Een goede gedetailleerde gegevensverzameling is volgens de ACP nodig om de consequenties van de introductie van het Zorgclustermodel op de aanspraak en bekostiging te kunnen bepalen. Zaken als de mate van gepast en ongepast gebruik, eventuele verdringing van zorg en de gevolgen voor administratieve lasten dienen in kaart te zijn gebracht om een gedegen advies uit te kunnen brengen over de invoering van het zorgclustermodel (deel 2).

1.5

Leeswijzer

Voorafgaand merken wij op dat dit advies een technische exercitie betreft over de aansluiting van het Zorgclustermodel GGZ op de verzekerde aanspraken. Wij zijn ons ervan bewust dat onze analyse vooral een systeemwereld van aanspraken en bekostiging beschrijft en hierdoor ver af staat van de wereld van de behandelkamer. Hieraan ontkomen we niet vanwege onze opdracht; het verkennen van de relatie tussen het Zorgclustermodel en de aanspraken op de geneeskundige GGZ. Het is een verkenning waarin vooral wordt nagegaan hoe de toegang tot de geneeskundige GGZ in het huidige systeem op basis van in de DSM-classificatie benoemde stoornissen zich verhoudt tot een toekomstig systeem dat uitgaat van zorgvraagzwaarte op basis van het Zorgclustermodel.

In hoofdstuk 2 gaan we in op de huidige uitleg van verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ. Daarbij schetsen we de context waarbinnen het Zorginstituut zijn wettelijke taak van pakketbeheer uitvoert. Solidariteit is de kernwaarde van ons zorgstelsel. Om te voorkomen dat deze solidariteit onder druk komt te staan, is het noodzakelijk de te verzekeren aanspraken af te bakenen en de uitvoerbaarheid van de Zvw te waarborgen.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de kenmerken van de huidige bekostiging en het Zorgclustermodel en schetsen we de inhoudelijke verschillen.

Centraal in onze aanpak vormt het verkennen van het Zorgclustermodel aan de hand van casuïstiek. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de toetsing van het Zorgclustermodel aan de hand van deze casuïstiek gepresenteerd.

We denken dat het Zorgclustermodel zowel kansen als risico's met zich meebrengt. In hoofdstuk 5 beschrijven we – mede op basis van deze analyse – de kansen en de risico's verbonden aan het Zorgclustermodel in relatie tot de aanspraken en doen we aanbevelingen voor het Zorgclustermodel, waarbij partijen verder aan zet zijn bij de doorontwikkeling van het model. Daarnaast doen we aanbevelingen ten behoeve van een adequate diagnostiek/assessment en de bekostiging daarvan en het blijven vastleggen van de DSM-classificatie.

In hoofdstuk 6 blikken we vooruit op het definitieve advies (deel 2) dat wij in 2018 zullen uitbrengen. Een samenvatting van de schriftelijke reacties van partijen volgt in hoofdstuk 7. Ten slotte formuleert het Zorginstituut zijn besluit in hoofdstuk 8.

2 Huidige uitleg verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ

2.1 Context

Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak de grenzen van het verzekerde pakket te bewaken en het gepast gebruik van het verzekerde pakket te bevorderen. In Nederland betalen we met elkaar de premie voor de Zvw en hanteren daarbij een onderlinge solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond, arm en rijk. Het is belangrijk deze solidariteit te bewaken door te laten zien dat het premiegeld optimaal wordt besteed en budgettaire grenzen te stellen. Gezien maatschappelijke en technologische ontwikkelingen is het voor alle betrokkenen een grote uitdaging om de zorg in de komende jaren toegankelijk en betaalbaar te houden.

Budgettaire grenzen gelden er ook voor de GGZ. De vraag naar GGZ is groot. Psychische stoornissen komen frequent voor; in totaal heeft 43,5% van de volwassen Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische stoornis gehad. Op jaarbasis heeft bijna een vijfde van de volwassenen een psychische stoornis⁵. Circa 6% doet jaarlijks een beroep op de huisarts (POH) of de geneeskundige GGZ. In de marktscan GGZ 2016⁶ schetst de NZa het beeld dat er – in overeenstemming met het ingezette beleid – in 2014 en 2015 een substitutie heeft plaatsgevonden van gespecialiseerde GGZ naar lichtere zorgvormen, de generalistische basis GGZ en de huisartsenzorg.

De komende jaren zal er naar verwachting grote druk blijven op de vraag naar GGZ. Onlangs is er een advies⁷ door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) uitgebracht, dat ingaat op de medicalisering van levensfasen; steeds vaker worden problemen verbonden aan levensfasen geduid als een individueel medisch probleem en de oplossing vervolgens bij een zorgprofessional gezocht. De RVS onderscheidt verschillende factoren die daarbij een rol spelen. Enerzijds gaat het om onrealistische verwachtingen en idealen van de maatschappij. Anderzijds dragen factoren in het zorgdomein bij aan medicalisering, zoals de actiemodus van zorgprofessionals en steeds mondiger patiënten. Ook zijn er productieprikkels in het zorgstelsel die aanzetten tot behandelen.

De in 2006 geïntroduceerde gereguleerde marktwerking in de geneeskundige GGZ heeft geleid tot nieuwe toetreders in de markt. Niet zelden gaat het daarbij om zorgorganisaties met een eigen behandelfilosofie, waarbij al dan niet terecht het beeld is ontstaan dat zij dure zorg leveren voor een betrekkelijk 'lichte' groep cliënten.

Deze ontwikkelingen blijven een kritische beschouwing van het zorgaanbod noodzakelijk maken. Centrale vragen daarbij zijn:

1. Wat kan als verzekerde zorg in het kader van de Zvw worden gezien; met andere woorden welke zorgvragen dienen in het medisch circuit te worden opgelost? Het domein van de Zvw beperkt zich tot waar er sprake is van ziekte. Hierbij moet worden aangetekend dat wat we tot ziekte rekenen cultureel bepaald is.
2. En als er sprake is van ziekte welke zorg kan dan tot de geneeskundige GGZ worden gerekend of is behandeling of begeleiding elders meer gepast uit het oogpunt van kwaliteit en kosten?

⁵ Veerbeek, M et al: 'GGZ in tabellen, 2013 – 2014', uitgave Trimbos Instituut

⁶ NZa-rapport 'Marktscan GGZ 2016', publicatiedatum juni 2017

⁷ RVS-rapport 'Recept voor maatschappelijk probleem; Medicalisering van levensfasen', maart 2017

2.2

Geschiedenis duiding aanspraken

Het Zorginstituut heeft de afgelopen jaren verschillende duidingen uitgebracht, over wat wel of niet verzekerde zorg is in de geneeskundige GGZ en ten laste van welk financieel kader GGZ interventies gebracht moeten worden. Aanleiding hiervoor was de meer dan gemiddelde stijging van de kosten en het volume van de geneeskundige GGZ⁸ sinds de opname daarvan in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2008. De kosten en volume analyses op het terrein van de geneeskundige GGZ, bevestigden destijds dat er goede redenen waren om de kostengroei te willen beheersen om een betaalbaar zorgpakket te behouden.

Dit heeft geleid tot een aantal rapporten om de aanspraak op geneeskundige GGZ te duiden, te weten:

- Rapport 'Geneeskundige GGZ deel 1; Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?'⁹
- Rapport 'Geneeskundige GGZ deel 2; Op weg naar een toekomstbestendige GGZ'¹⁰
- Rapport 'De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering'¹¹
- Rapport 'Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel 'Andere gespecificeerde stoornissen'¹²

In onze rapporten geven we een begrenzing aan van de binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) verzekerde GGZ en daarbinnen het deel dat we geneeskundige GGZ noemen. Daarmee brengen we een afbakening aan ten opzichte van interventies die weliswaar op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg liggen, maar die deel uitmaken van andere (ook Zvw verzekerde) zorgsectoren waar huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben of van interventies die tot een ander domein (sociaal domein) behoren dan wel voor eigen rekening van de cliënt komen.

Op basis van onze duidingen worden de aanspraken in de geneeskundige GGZ op dit moment afgegrensd op basis van een tweetal belangrijke criteria:

- Is er sprake van een (vermoeden van een) psychische stoornis volgens DSM-classificatie?
- Is er sprake van een diagnose/stoornis waarvan de behandeling wordt gerekend tot de geneeskundige GGZ?

In de volgende paragrafen gaan we nader in op deze criteria.

⁸ Met geneeskundige GGZ bedoelen we de zorg die op dit moment in de bekostiging bekend staat als generalistische Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ

⁹ Rapport 'Geneeskundige GGZ deel 1; Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?', 6 april 2012, <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2012/04/06/geneeskundige-ggz-deel-1---wat-is-nu-verzekerde-zorg-en-wat-niet>

¹⁰ Rapport 'Geneeskundige GGZ deel 2; Op weg naar een toekomstbestendige GGZ', 11 juli 2013 <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2013/07/11/advies-geneeskundige-geestelijke-gezondheidszorg-deel-2>

¹¹ Rapport 'De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering', 22 december 2014 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw/documenten/rapport/2014/12/22/de-nieuwe-dsm-5-en-de-gevolgen-voor-de-verzekering>

¹² Rapport 'Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel 'Andere gespecificeerde stoornissen', 12 januari 2016 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw/documenten/standpunten/2016/01/12/herziening-rapport-dsm-5-en-de-gevolgen-voor-de-verzekering-onderdeel-andere-gespecificeerde-stoornissen>

2.3

DSM-classificatie

In onze rapporten hebben we verduidelijkt dat wat de zorg inhoudt, bepaald wordt door het domein van de Zvw. Uit de considerans van de Zvw blijkt dat de wet specifiek is bedoeld voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg wordt gedefinieerd als zorg gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische of somatische aandoening. Deze omschrijving van geneeskundige zorg geeft aan dat het domein van de Zvw zich beperkt tot waar er sprake is van ziekte. Met andere woorden, de Zvw 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.

Binnen de geneeskundige GGZ wordt bij voorkeur het begrip psychische stoornis gebruikt, omdat het begrip stoornis beter aansluit bij de terminologie van de internationaal gebruikte DSM-classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). De DSM is een gerevisieerd classificatiesysteem, waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van wetenschappelijke inzichten. De DSM wordt opgesteld en uitgegeven door de American Psychiatric Association. Volgens de DSM-5 is een psychische stoornis een *"syndroom gekenmerkt door klinische significante symptomen op het gebied van cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychisch functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk en/of beperkingen op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden"*.¹³

In Nederland hebben we ervoor gekozen de DSM-classificatie te gebruiken om te bepalen of iemand recht heeft op verzekerde geneeskundige GGZ. Geneeskundige GGZ in het kader van de Zvw is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis. Vanaf 2014 is in de geneeskundige GGZ het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ komen te vervallen. De geneeskundige GGZ is omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Deze nieuwe omschrijvingen worden niet expliciet in de Zvw benoemd. De Zvw kent wat de geneeskundige GGZ betreft alleen 'zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen¹⁴ die plegen te bieden'.

Bij de 'generalistische basis GGZ' en 'gespecialiseerde GGZ' gaat het dus om dezelfde wettelijk omschreven 'te verzekeren prestatie'. Wel geldt er een andere bekostigingssystematiek. De afbakening tussen de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ is vastgelegd in beleidsregels van de NZa (zie hoofdstuk 3).

Ook zijn er door partijen afspraken gemaakt over een gerichte verwijzing van de huisarts naar de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ en tussen de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ¹⁵. Als binnen de huisartsenfunctie een patiënt niet langer kan worden geholpen dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

¹³ Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, DSM-5 (2014)

¹⁴ Zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden, kunnen ook door andere psychologische beroepsbeoefenaren worden geboden, zoals de psychotherapeut, de GZ-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog.

¹⁵ Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, februari 2016 www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl

Alleen psychische stoornissen kunnen worden behandeld in de geneeskundige GGZ. Behandeling van psychische problemen – zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-classificatie – valt niet onder de geneeskundige GGZ. Wanneer er geen sprake is van een psychische stoornis dan dient de behandelaar in de geneeskundige GGZ de patiënt terug te verwijzen naar de huisarts. Behandeling van deze klachten kan worden vergoed binnen de huisartsenzorg, zo nodig met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ.

In de afgelopen jaren is door betrokken partijen meermalen aangegeven, dat het geen ideale situatie is om voor de afbakening van de aanspraken en de bekostiging een beroep te doen op de DSM. Er bestaat kritiek op de dominante rol van de diagnoseclassificatie in de aanspraken en bekostiging. Psychosociale en andere factoren die wellicht meer zeggen over de zorgvraagzwaarte en de daarbij passende behandeling spelen een ondergeschikte rol.

In onze eerdere rapporten^{10,11} hebben wij aangegeven, dat wij de beschreven risico's van de koppeling van de aanspraak en de bekostiging van geneeskundige GGZ aan de DSM classificatie onderkennen. Een classificatie is iets anders dan een diagnose en een behandelplan en is bedoeld voor het gebruik binnen de professionele ervaring van de hulpverleners. Zorgbehoefte moet leidend zijn en niet een classificatie. Tegelijkertijd concludeerden wij dat er geen door partijen gedragen instrument voorhanden is, waarin we de zorgbehoefte op het gebied van psychische problemen met een voldoende mate van objectiviteit en consistentie kunnen vaststellen. Een dergelijk instrument is nodig om de Zvw te kunnen uitvoeren. Daarom adviseerde het Zorginstituut de minister om de DSM te blijven gebruiken bij de uitleg van de aanspraken op geneeskundige GGZ zolang er geen betere manier is om de aanspraken op consistente en toetsbare wijze uit te leggen.

De kernvraag in dit advies is of het nieuwe Zorgclustermodel betere aanknopingspunten biedt voor de uitleg van de aanspraken op geneeskundige GGZ.

2.4 Stoornissen die niet gerekend worden tot geneeskundige GGZ?

Naast dat het moet gaan om een DSM-stoornis, wordt de aanspraak op geneeskundige GGZ op dit moment ook afgegrensd door het type stoornis of wettelijke uitsluiting:

- De behandeling aanpassingsstoornissen is wettelijk uitgesloten van het basispakket. Dit geldt ook voor hulp bij werk- en relatieproblemen;
- De behandeling van sommige stoornissen kan worden begeleid door de huisarts, somatisch medisch specialist of paramedische zorg;
- De behandeling van sommige stoornissen behoort tot een ander domein dan de Zvw.

Vanaf 1 januari 2017 worden de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ geduid en uitgelegd op grond van de DSM-5 en vormt deze versie van de DSM de basis voor de diagnoseclassificatie in de GGZ.

2.4.1 Hulp bij werk- en relatieproblemen en aanpassingsstoornissen

Overschrijdingen op het Budgettair Kader Zorg en in het bijzonder de kosten- en volumegroei van de geneeskundige GGZ over de jaren 2008/2010 heeft de minister doen besluiten bezuinigingsmaatregelen te treffen met betrekking tot de verzekerde geneeskundige GGZ. Dit resulteerde onder meer tot het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen van het te verzekeren pakket (artikel 2.1, onder h, Regeling zorgverzekering (Rvz)) met ingang van 1 januari 2012. Hulp bij werk- en relatieproblemen was al geen verzekerde zorg. Op advies van het Zorginstituut heeft de minister deze hulp met ingang van 1 januari 2013 expliciet uitgezonderd van de verzekerde aanspraken (artikel 2.1, onder i, Rzv).

Bij psychische klachten wordt een diversiteit aan hulp geboden. Net zoals bij somatische klachten die nog niet wijzen op een duidelijke ziekte, is de huisarts bij psychische klachten eerst aan zet. Daarom valt de hulp op het gebied van psychische klachten – waarbij nog geen sprake is van een stoornis – in beginsel niet onder de geneeskundige GGZ. Bij twijfel over een mogelijke ziekte die de huisarts niet zelf kan vaststellen en/of behandelen, is ook in de GGZ verwijzing op zijn plaats.

In de DSM-5 is een apart hoofdstuk gewijd aan '*Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn*'. Bij de '*andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn*' worden problemen aangeduid met zogenaamde V-codes. Omdat deze V-codes geen stoornis bevatten, hebben wij deze problemen niet als een ziekte geduid in de eerder genoemde rapporten. Het gaat in dit hoofdstuk onder meer om relatieproblemen, rouw, problemen met arbeid (overspanning of burn-out). Mensen met dit soort problemen kunnen bij de huisarts terecht en/of hulp krijgen via het sociale domein, de werkgever of eigen betalingen, maar er is geen sprake van een indicatie voor geneeskundige GGZ in het kader van de Zvw.

Relatieproblemen kunnen leiden tot stress en angstklachten. Psychologische hulp hierbij kan heel nuttig zijn, maar deze levensproblemen rekenen we niet tot ziekte. Er is evenmin een indicatie voor geneeskundige GGZ bij overspanning (surmenage) en burn-out. Dit zijn geen DSM-5 stoornissen; het zijn klachten die de huisarts in het algemeen kan behandelen. Hierbij is van belang dat personen met deze klachten ook een eigen verantwoordelijkheid hebben voor oplossingen; er zijn diverse zelfhulpprogramma's, ook via internet, beschikbaar. Tevens kan bij werkgerelateerde klachten de werkgever een verantwoordelijkheid hebben¹⁶. Om deze reden is hulp bij werk- en relatieproblematiek geen verzekerde zorg en is dit verhelderd door dit met ingang van 1 januari 2013 expliciet te vermelden in de Regeling zorgverzekering.

De behandeling van aanpassingsstoornissen was per 1 januari 2012 al geen onderdeel meer van het verzekerde pakket. Mensen met een aanpassingsstoornis hebben zich niet goed kunnen aanpassen aan een situatie die spanning oplevert. Het is normaal dat mensen een tijdje niet goed functioneren in situaties met veel stress, dus de afgrenzing van deze stoornis ten opzichte van een normale reactie op stress is niet eenvoudig. Het betreft in elk geval reacties en klachten die ernstiger zijn dan men op grond van de stressfactor zou verwachten. Volgens criteria in de DSM-5 uit de aandoening zich binnen drie maanden na het optreden van de stressfactor. Daarbij gaat het om een aantoonbare spanning die erger is dan bij de stressfactor verwacht kan worden en/of duidelijke beperkingen geeft in de sociale omgang of op het werk. Er kan sprake zijn van depressieve of angstklachten, zonder dat er sprake is van een depressie of angststoornis in engere zin zoals omschreven in de DSM-5. Als deze verschijnselen langer aanhouden, kan in voorkomende gevallen uiteindelijk de diagnose depressieve of angststoornis worden gesteld en dan is verwijzing naar de geneeskundige GGZ op zijn plaats. Met het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen is het niet meer mogelijk om op deze wijze V-codes als stoornis vast te leggen.

¹⁶ Rapport 'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis', 29 augustus 2016
<https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2016/09/02/bevorderen-van-participatie-van-mensen-met-psychische-problemen.-wie-vergoedt-wat>

2.4.2

Stoornissen die tot het domein van de huisartsenzorg, somatische medisch specialist of paramedische zorg behoren

Volgens de 'Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ'¹⁵ zijn patiënten die kunnen worden begeleid in de huisartsenpraktijk, patiënten met:

- > psychische problematiek, al dan niet DSM-geclassificeerd:
 - met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren EN
 - relatief korte ziekte duur
- > verlies-, aanpassings-, werk- en relatieproblemen¹⁷
- > stabiele chronische problematiek die niet crisisgevoelig is en met een laag risico op terugval;
- > de noodzaak voor geïndiceerde of zorggerelateerde preventie (bijvoorbeeld bij mensen die kwetsbaar zijn voor terugval in een depressie);
- > een (chronische) somatische ziekte waarbij psychische ondersteuning nodig is;
- > een eigen voorkeur voor begeleiding in de huisartsenpraktijk en bij wie motiveren voor behandeling in de geneeskundige GGZ voorsnog niet succesvol is geweest, mits er geen ernstig gevaarcriterium aanwezig is.

Zoals eerder gezegd geven we in onze rapporten^{10,11} een begrenzing aan van de binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) verzekerde GGZ en daarbinnen het deel dat we geneeskundige GGZ noemen. In tabel 1 hebben we de diagnoses/stoornissen opgenomen waarvan we gezegd hebben, dat huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben. Voor een nadere uitleg verwijzen we kortheidshalve naar bijlage 2, waarin een samenvatting is opgenomen van onze eerdere rapporten vertaald naar de DSM-5. Deze uitleg is gepubliceerd op onze website.¹⁸

Tabel 1

DSM 5 stoornissen	Bekostigingskader
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen: <ul style="list-style-type: none"> • Communicatiestoornissen • Coördinatieontwikkelingsstoornis 	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg
Depressieve stemmingsstoornissen: <ul style="list-style-type: none"> • Premenstruele stemmingsstoornissen 	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg
Voedings- en eetstoornissen: <ul style="list-style-type: none"> • Lichte eetbui stoornis (1 tot 3 eetbui-episoden per week) 	Huisartsenzorg
Stoornissen in de zindelijkheid	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg
Slaap-waakstoornissen	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg
Seksuele disfuncties	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg

¹⁷ Aanpassingsstoornissen en V-codes (zoals werk- en relatieproblemen) zijn DSM-classificaties die zijn uitgesloten van het verzekerde basispakket. Deze patiënten kunnen zonder (vermoeden van) een DSM-classificatie in de huisartsenpraktijk worden behandeld of op eigen kosten in de geneeskundige GGZ.

¹⁸ De nadere uitleg van de aanspraken GGZ op basis van de DSM-5 is gepubliceerd op onze website:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw/documenten/publicatie/2017/02/15/uitleg-aanspraken-geneeskundige-ggz-op-basis-van-dsm-5-classificatie>

<p>Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cafeïneonttrekkingssyndroom • Tabakgerelateerde stoornissen 	<p>Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg</p> <p>Zorg bij het 'Stoppen met rokenprogramma' is als afzonderlijke te verzekeren prestatie in de Zvw opgenomen.</p>
<p>Neurocognitieve stoornissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beperkte neurocognitieve stoornissen 	<p>Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg</p>

2.4.3

Stoornissen die tot een ander domein dan de Zvw behoren

In tabel 2 benoemen we de DSM-5 stoornissen die (ook) tot een ander domein dan de Zvw behoren.

Tabel 2

DSM 5 stoornissen	Bekostigingskader
<p>Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verstandelijke beperkingen • Specifieke leerstoornis 	<p>Wet langdurige zorg¹⁹ Onderwijs, Jeugdwet (dyslexie)</p>
<p>Depressieve stemmingsstoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disruptieve stemmingsregulatiestoornis 	<p>Zvw (huisartsenzorg), Jeugdwet</p>
<p>Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reactieve hechtingsstoornis • Ontremd-sociaalcontactstoornis 	<p>Zvw (huisartsenzorg), Jeugdwet Zvw (huisartsenzorg), Jeugdwet</p>

Het huidige bekostigingssysteem (DBC's voor bekostiging van de gespecialiseerde GGZ en zorgvraagzwaarteproducten voor de bekostiging van de generalistische basis GGZ) is zo ingericht, dat de behandeling van klachten en/of stoornissen die niet onder de geneeskundige GGZ vallen, in principe niet vanuit dit kader kunnen worden bekostigd. Het is de vraag of het nieuwe Zorgclustermodel waarborgen biedt, om bekostiging van de behandeling van problematiek die niet onder de geneeskundige GGZ valt, te voorkomen.

In het volgende hoofdstuk zullen we de verschillen tussen het huidige bekostigingssysteem en het Zorgclustermodel in ontwikkeling, uiteenzetten.

¹⁹ Indien de cliënt voldoet aan de toegangsvoorwaarden van de Wlz.

3 Kenmerken en verschillen huidige en toekomstige bekostiging geneeskundige GGZ

3.1 Kenmerken huidige bekostiging geneeskundige GGZ

Voor de geneeskundige GGZ gelden op dit moment twee vormen van bekostiging; de bekostiging van de generalistische basis GGZ en de bekostiging van de gespecialiseerde GGZ.

3.1.1 *Generalistische basis GGZ*

De generalistische basis GGZ is in 2014 geïntroduceerd en richt zich op cliënten met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of mensen met stabiele chronische problematiek, voor zover deze cliënten niet in de huisartsenpraktijk kunnen worden begeleid. Voor 2014 werd deze zorg geleverd door ofwel de eerstelijns psychologische zorg (EPZ) of de gespecialiseerde GGZ. Met de introductie van de generalistische basis GGZ is beoogd er zorg voor te dragen dat patiënten tijdig en op de juiste plaats, dichtbij huis zorg krijgen en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terecht komen of daar blijven.

De bekostiging van de generalistische basis GGZ vindt plaats aan de hand vier integrale prestaties:

- generalistische basis-ggz Kort (BK);
- generalistische basis-ggz Middel (BM);
- generalistische basis-ggz Intensief (BI);
- generalistische basis-ggz Chronisch (BC).

De prestaties variëren op basis van vijf criteria (DSM-stoornis, ernst van de problematiek, risico, complexiteit en beloop van klachten). De prestaties laten een combinatie van deze zorgvraagzwaartecriteria zien en kennen een vergoeding per prestatie (maximum tarief) gebaseerd op een gemiddeld aantal consulten.

De hoofddiagnose wordt in het kader van de bekostiging verplicht vastgelegd. Er bestaat geen verplichting voor de zorgaanbieders om de hoofddiagnose op de factuur te vermelden.

De bekostiging van de generalistische basis GGZ sluit aan op de aanspraken zoals gedefinieerd in het kader van geneeskundige GGZ in de Zvw: Voor alle vier de prestaties geldt dat er sprake dient te zijn van een DSM-stoornis. Voor de behandeling van DSM-stoornissen die (wettelijk) zijn uitgesloten dan wel tot een ander domein dan de geneeskundige GGZ behoren, geldt dat deze niet kunnen worden gedeclareerd.

3.1.2 *Gespecialiseerde GGZ (ambulant of met verblijf korter dan 366 dagen)*

Voor de gespecialiseerde GGZ²⁰ geldt de DBC-systematiek. Met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) wordt de hoofddiagnose en de patiëntgebonden tijd (zowel directe als indirecte tijd) van behandelaren in beeld gebracht. Bijvoorbeeld diagnostiek vanaf 400 tot en met 799 minuten of depressie vanaf 1.799 tot en met 2.999 minuten.

²⁰ Indien het verblijf langer dan 365 dagen duurt, geldt vanaf het tweede jaar een andere bekostiging (zie paragraaf 3.1.3).

De tijdbesteding van de verschillende zorgactiviteiten en verrichtingen²¹ worden geregistreerd aan de hand van de volgende hoofdcategorieën:

- Pré-intake;
- Diagnostiek;
- Behandeling;
- Begeleiding;
- Verpleging;
- Crisis;
- Algemeen indirecte tijd;
- Verblijfsdag met overnachting (24-uurs verblijf);
- Dagbesteding;
- Verrichting (zoals elektroconvulsie therapie (ECT) en ambulante methadon-verstrekking).

De zorgvraag wordt vastgelegd met de verschillende assen van de DSM-IV (diagnose, factoren, GAF, et cetera). In het geval van verblijf worden als onderdeel van de DBC verblijfsdagen geregistreerd. Het te declareren verblijf (A tot en met H) is afhankelijk van de benodigde verzorgingsgraad.

Voor de diagnoseclassificatie wordt sinds 2017 de DSM-5 gebruikt. Een vertaling van de DSM-5 naar DSM-IV zorgt ervoor dat – in afwachting van een nieuw bekostigingssysteem – in de DBC-systematiek geen grote wijzigingen nodig zijn. De hoofddiagnose, die in de DBC-prestatie-omschrijving wordt gehanteerd voor zorg die meer dan 250 minuten directe behandeltijd omvat, wordt afgeleid uit de vastgelegde DSM-gegevens en uitgewisseld met zorgverzekeraars, tenzij een cliënt hiertegen bezwaar maakt en gebruik wordt gemaakt van de zogenaamde 'privacyregeling GGZ' over tot de diagnose herleidbare gegevens op de factuur.

De bekostiging van de gespecialiseerde GGZ sluit aan op de aanspraken zoals gedefinieerd in het kader van de geneeskundige GGZ van de Zvw. Bij behandeling dient sprake te zijn van een DSM-stoornis. De declaratie van de behandeling van DSM-stoornissen die (wettelijk) zijn uitgesloten dan wel tot een ander domein dan de geneeskundige GGZ behoren, is niet toegestaan.

3.1.3

Gespecialiseerde GGZ (met verblijf langer dan 365 dagen)

De zorg aan patiënten met een verblijf langer dan 365 dagen en korter dan 1096 dagen wordt bekostigd met zorgzwaartepakketten (ZZP's) GGZ. Het te declareren ZZP-pakket GGZ (3 tot en met 7) is afhankelijk van de benodigde verzorgingsgraad van de cliënt; de vergoeding per dag is inclusief behandeling en begeleiding.

Vanaf 1096 dagen aaneengesloten verblijf eindigt de financiering voor deze zorg vanuit de Zvw en gaat dit over naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit criterium vanaf 1096 dagen betreft een tijdelijk criterium dat per 1 januari 2015 bij de start van de Wlz is vastgesteld²². De ZZP-bekostiging voor cliënten die langer dan 365 dagen en korter dan 1096 dagen verblijven, wordt gehandhaafd in de Zvw, totdat duidelijk is of er andere criteria voor in- en uitstroom in de Wlz gaan gelden.

De bekostiging van deze langdurige GGZ met verblijf van 365 – 1096 dagen sluit aan op de aanspraken geneeskundige GGZ. Er is een medische noodzaak tot verblijf in verband met behandeling van een psychische stoornis.

²¹ NZa: Nadere Regel Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (NR/REG-1734) – Bijlage 3

²² Zie onder andere advies ZIN Afwegingskader toegang Wlz. d.d. juli 2015

3.2 Kenmerken nieuw bekostigingsmodel geneeskundige GGZ

3.2.1 Doelstelling

NZa en partijen in de zorg hebben in 2015 het initiatief genomen om het huidige systeem van bekostiging in de gespecialiseerde GGZ te verbeteren. Belangrijke doelstelling van deze doorontwikkeling zijn:

- 1 het vaststellen van prestaties die klinisch herkenbaar alsook hanteerbaar en overzichtelijk zijn;
- 2 het vaststellen van prestaties die inzicht bieden in de geboden zorg, de behaalde resultaten en de daarmee samenhangende kosten;
- 3 een bekostigingswijze die eerder declareren en daarmee eerder inzicht in de uitgaven aan de GGZ en forensische zorg mogelijk maakt;
- 4 een werkwijze die het gesprek faciliteert tussen:
 - zorggebruiker en zorgprofessional over de zorgverlening;
 - zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de in- en verkoop;
 - zorgverzekeraar en verzekerde/zorggebruiker over de vergoeding van de zorg.

Dit initiatief tot doorontwikkeling is genomen vanwege bezwaren die er leven ten aanzien van de huidige DBC-systematiek. Zo maakt de DSM-classificatie de zorgvraag onvoldoende zichtbaar; er wordt geen rekening gehouden met psychosociale en andere factoren die wellicht meer zeggen over de zorgvraag en de daarbij passende behandeling²³. Daarnaast worden in samenhang met deze zorgvraag de bereikte resultaten niet inzichtelijk gemaakt en worden de administratieve lasten verbonden aan de DBC-systematiek – zoals het vastleggen van de verschillende DSM-assen en het per behandelaar vastleggen van de directe en indirecte patiëntgebonden tijd – als hoog ervaren. Een ander bezwaar is dat de DBC een lange doorlooptijd kent, waardoor informatie over de schadelast pas laat beschikbaar komt.

3.2.2 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.

²³ Verkenning doorontwikkeling Productstructuur DB(B)C GGZ/FZ; Het Engelse bekostigingssysteem uitgedaagd, advies Werkgroep Inhoud, 2015

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 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.

Elk zorgcluster kent een maximale doorlooptijd, variërend van 4 weken tot een jaar. Deze doorlooptijd is gebaseerd op de te verwachten benodigde behandelduur van deze zorgvraag. Na afloop van deze periode (of eerder, indien nodig) wordt er steeds vastgesteld of een nieuw zorgcluster of (terug)verwijzing naar de huisarts of een andere zorgaanbieder van toepassing is. Bij deze zogenaamde review gelden transitieprotocollen waarin criteria voor op- en afschalen van clusters zijn opgenomen.

Hierna wordt een voorbeeld van een omschrijving van zorgcluster 3 en de relatie met de zorgbehoeften gepresenteerd. In bijlage 3 wordt het Zorgclustermodel meer in detail voor alle zorgclusters beschreven.

3.2.3

Inhoudelijke ontwikkeling Zorgclustermodel

Het Engelse Zorgclustermodel is eerst op hoofdlijnen getoetst door de werkgroep Zorginhoud en Prestaties van de NZa. Vervolgens heeft een pilot plaatsgevonden, waarin door ongeveer 150 behandelaren circa 1.300 cliënten zijn beoordeeld met behulp van het Zorgclustermodel.

De werkgroep Zorginhoud en Prestaties, het bestuurlijk overleg van NZa en betrokken GGZ-partijen hebben eind 2016 mede op basis van genoemde pilot geconcludeerd dat het model potentie heeft voor invoering in de praktijk. Vooral het beoordelen van de zorgvraag aan de hand van de verschillende leefgebieden en de periodieke review vormen belangrijke onderdelen, die er zorg voor kunnen dragen dat gepaste zorg in de GGZ wordt bevorderd.

Afgesproken is dat het Zorgclustermodel de komende jaren verder in de praktijk bij zorginstellingen en vrijgevestigde behandelaren wordt getoetst en aangescherpt. Het gaat daarbij om de toeleiding naar de zorgclusters, het beschrijven van de zorgactiviteiten en het definiëren van transitieprotocollen. Op basis van de uitkomsten van deze toetsing vindt medio 2018 het definitieve besluit over de invoering plaats, welke in 2020 wordt voorzien. Bij de toetsing van het Zorgclustermodel in de praktijk wordt ook de generalistische basis GGZ meegenomen.

Bij de in 2017 en 2018 uit te voeren toetsing in de praktijk bij zogenaamde koplopers, geldt het in Engeland ontwikkelde model als uitgangspunt; deze is naar het Nederlands vertaald en op enkele onderdelen aangepast. Met de bij de koplopers te verzamelen gegevens wordt de toepasbaarheid van de zorgclusters getoetst en de inhoud en kosten van de zorgclusters nader onderbouwd. Tezamen met de ervaringen in de praktijk dient dit te leiden tot een definitief Zorgclustermodel dat aansluit op de Nederlandse praktijk.

Cluster 3: Psychische aandoening – matige problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
 Deze groep heeft matige klachten, zoals een depressieve periode, angsten of andere symptomen.
Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
 Zoals Depressieve stoornissen – eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Somatische-symptoomstoornissen en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismespectrumstoornissen, ADHD en Stoornissen in het gebruik van een middel

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
 Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen
 Het is niet waarschijnlijk dat de stoornis leidt tot ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren, maar er kan wel sprake zijn van matige beperkingen.

Risico
 Er is waarschijnlijk geen sprake van risico's op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen.

Beloop
 Van korte duur of onderdeel van laag frequente behandeling.

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren

Wordt verwacht te scoren

Kan scoren

Wordt 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

Cluster 3: Psychische aandoening – matige problematiek

Verwachte therapeutische en ondersteunende interventies

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn depressie en angststoornissen, eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving

Basisinterventies
<ul style="list-style-type: none"> Behandelplan Psychoeducatie: Het verstrekken van informatie aan de cliënt en diens familie/omgeving over de aandoening, de prognose en de verschillende behandelmogelijkheden Psychologische en sociale interventies in relatie tot stoornis voor de cliënt.

Specifieke interventies
<ul style="list-style-type: none"> Specifieke psychologische interventies in relatie tot stoornis voor de cliënt en zijn familie. Medische interventies zoals farmacotherapie Metabolische en fysieke monitoring in overeenstemming met richtlijnen. Vaktherapie om mogelijkheden tot zelfzorg, productiviteit (werk) en dagbesteding te vergroten (re-integratie en begeleiding ten aanzien van het arbeidsproces). Advisering lifestyle en fysieke gezondheid

Evaluatie

Review	
<u>Indicatieve periode van zorg</u>	<u>Cluster review tenminste elke</u>
4 – 6 maanden	6 maanden

3.2.4 *Samenhang Zorgclustermodel met 'Agenda ggz gepast gebruik en transparantie'*
Naast het doorontwikkelen van de bekostiging vormen zorgstandaarden, op- en afschalen van zorg en uitkomstindicatoren/Routine Outcome Monitoring (ROM) belangrijke pijlers van de 'Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie'.

In opdracht van de agendapartijen ontwikkelt het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (NKO) zorgstandaarden, gericht op stoornissen, en generieke zorgmodules. De 16 zorgstandaarden en 27 generieke modules in de GGZ, waarvan de oplevering van de eerste versies uiterlijk 1 juni 2018 is voorzien, beschrijven welke zorg op welk moment en op welke plaats is aangewezen. Uit het oogpunt van een adequate bekostiging is het van groot belang dat de zorgclusters en de daarmee samenhangende vergoeding, aansluiten op de in de zorgstandaarden omschreven zorg.

Een belangrijk vraagstuk in de GGZ vormt wanneer een behandeling voortgezet dan wel beëindigd dient te worden. Het voornemen is om in de (verder te ontwikkelen) zorgstandaarden te definiëren wat criteria zijn voor het op- en afschalen van de zorg. Er vindt momenteel in opdracht van de agendapartijen onderzoek plaats naar de wijze waarop dit invulling kan krijgen. Belangrijk is dat deze criteria en de periodieke review, zoals met behulp van het Zorgclustermodel in de bekostiging is voorzien, met elkaar worden verbonden.

Ook uitkomstindicatoren inclusief ROM zijn benoemd als belangrijk vernieuwingspunt in de 'Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie'. Vooral over de verplichte ROM-aanlevering is recent veel discussie losgebarsten. Belangrijk is dat wordt vastgesteld hoe de in de bekostiging voorziene vastlegging van de zorgbehoeften aan de hand van de HoNOS⁺ ten behoeve van het bepalen van het zorgcluster en de uitkomstindicatoren/ROM zich tot elkaar verhouden.

In het kader van de 'Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie' hebben partijen het voornemen de samenhang tussen deze trajecten en de bekostiging op korte termijn nader in beeld te brengen en vast te stellen hoe deze optimaal op elkaar kunnen aansluiten.

3.3 **Inhoudelijke verschillen huidig en toekomstig bekostigingsmodel**

Met het Zorgclustermodel gaat het niet alleen om een ander instrument voor het omschrijven van de prestaties in de geneeskundige GGZ. Het impliceert ook een andere visie en aansluiting op de zorgverlening, waarbij de belangrijkste verschillen met het DBC-systeem zijn:

a. Inhoud:

- *De zorgvraag in breedte staat centraal:* De zorgvraag wordt ingeschat met behulp van zogenaamde leefgebieden (aan de hand van HoNOS⁺) in plaats van een diagnoseclassificatie.
- *De behandeling is inhoudelijk omschreven:* De behandeling wordt op hoofdlijnen inhoudelijk met behulp van zorgactiviteiten beschreven in plaats van in minuten behandeling. Daarbij wordt onderzocht hoe de koppeling met de Zorgstandaarden kan worden gemaakt.

b. Proces:

- *De zorgvraag wordt vooraf bepaald:* Het zorgcluster wordt vooraf door de behandelaar in nauwe samenspraak met de cliënt expliciet vastgesteld in

plaats dat deze bij de DBC achteraf bij afsluiten van de behandeling zichtbaar wordt.

- *Periodieke review van de behandeling:* Voor elk zorgcluster is op basis van de te verwachten behandelduur bepaald op welk moment de behandeling dient te worden geëvalueerd. De DBC-systematiek kent niet zo'n review moment.
 - *Beslissingondersteuning bij het bepalen van het zorgcluster:* Bij het bepalen van het zorgcluster wordt inhoudelijk zichtbaar, met behulp van een gestandaardiseerd algoritme ofwel klinische beslisregels, welk zorgcluster het best past bij het zorgvraagprofiel vastgelegd met HoNOS⁺. Er wordt vanuit gegaan dat de regiebehandelaar het van toepassing zijnde cluster vaststelt. De DBC-systematiek biedt niet zo'n inzicht.
- c. Zicht op zorguitkomsten:
- *Monitoren resultaten:* Met behulp van de scores op de HoNOS⁺, die bij elke review wordt vastgelegd kunnen de resultaten van de behandeling worden gemonitord.

Op deze wijze wordt beoogd beter aan te sluiten op het (gewenste) proces van diagnostiek en behandeling, waarbij de cliënt een nadrukkelijke rol heeft ten aanzien van zijn herstel en leven.

3.4 Het Zorgclustermodel in de Engelse en Nederlandse context

Engeland en Nederland kennen met de huisarts als poortwachter en een gespecialiseerde GGZ een op hoofdlijnen vergelijkbare organisatie. Ook in Engeland wordt er GGZ geleverd door huisartsen. Voor meer gespecialiseerde GGZ kan men worden verwezen naar zogenaamde mental healthcare trusts.

Deze trusts bestaan uit meerdere organisaties die afhankelijk van de lokale situatie meerder diensten bieden zoals bijvoorbeeld 'community mental health teams', crisisdiensten, ziekenhuizen en assertive outreach teams. Ook kunnen zij in het kader van het Nationaal Programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) psychologische diensten bieden voor lichte of matige problematiek zoals angst, depressie en post traumatische stress stoornissen.

Het Zorgclustermodel wordt in Engeland op een andere wijze toegepast dan in Nederland wordt beoogd.

3.4.1 Engelse context

In de NHS is er sprake van een begrotingsfinanciering met regionale budgetten. Huisartsenconsortia in de regio's, genaamd 'Clinical Commissioning Groups' (CCG's) verzorgen met deze budgetten de zorginkoop van acute en specialistische zorg, waaronder de zorg geleverd door de mental health care trusts.

De belangrijkste methode van bekostiging van de GGZ door de CCG's bestaat uit contractafspraken gebaseerd op historische kosten. In centrale richtlijnen van NHS Engeland worden twee modellen van contractering van mental health services²⁴ door de CCG's voorzien: Betaling per zorgcluster of - recent geïntroduceerd - populatiebekostiging, waarbij een geïntegreerde inkoop van diensten wordt voorgestaan. Met het Zorgclustermodel beoogt de NHS, evenals voor de medisch specialistische zorg²⁵, tot een landelijk systeem van prestaties en tarieven te komen. Hiervoor dient nog wel het nodige werk te worden verzet. De zorgclusters en de daarvoor beantwoorde vragen met behulp van de HoNOS⁺ behoren inmiddels

²⁴ Deze bekostiging geldt niet voor IAPT's

²⁵ Het National Tariff Payment Systeem (NTPS) Paying by Results (PbR) genaamd.

tot de 'Minimum Dataset' van de GGZ. Hiermee is het mogelijk om een landelijk beeld te krijgen van de kenmerken van de cliënten die in zorg zijn, en hoe hun problemen veranderen tijdens en na de geboden interventies. De eerste analyses van de landelijke data laten zien dat er veel variatie in kosten bestaat tussen regio's en tussen zorgaanbieders²⁶. Daarnaast beschikt men nog over onvoldoende gegevens om alle activiteiten en daarmee samenhangende kosten gedetailleerd in beeld te brengen.

In de zorgcontractering worden momenteel de eerste stappen gezet om de bekostiging op basis van historische kosten te vervangen door een bekostiging op basis van zorgclusters. Elke regio hanteert daarbij een eigen benadering en invoeringstraject. Populatiebekostiging wordt door regio's (nog) niet toegepast.

3.4.2

Nederlandse context

In Nederland vindt een invoering van het Zorgclustermodel plaats binnen een andere context. De geneeskundige GGZ is verzekerde (en niet begrotingsgefinancierde) zorg. Zorgverzekeraars hebben namens hun verzekerden een belangrijke rol in het kader van de Zvw. Zij kopen zorg in mede op basis van spelregels vastgelegd in wet- en regelgeving. De Zvw regelt de zorgplicht en legt vast op welke zorg aanspraak bestaat. Ook gelden er nadere regels voor niet gecontracteerde zorg. Om zorg te mogen leveren is toelating van zorginstellingen via de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) nodig; deze wet stelt vooral eisen aan de transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden de prestaties en tarieven vastgesteld, en kunnen de totale kosten worden begrensd. Deze 'gereguleerde' marktwerking stelt in zijn algemeenheid hogere eisen aan het omschrijven van de prestaties, de te hanteren tarieven en de te verzekeren zorg dan wanneer er sprake is van begroting gefinancierde zorg of zorg waarbij de aanbieder op grond van landelijke regels is gebudgetteerd, zoals voorheen in de AWBZ of Ziekenfondswet.

Over de wijze waarop met behulp van het Zorgclustermodel de prestaties en tarieven vorm krijgen dienen nog nadere afspraken te worden gemaakt. In een eerste verkenning daartoe wordt een tweetal hoofdbekostigingsvarianten onderscheiden. De eerste variant gaat er vanuit dat de prestaties en tarieven worden gedefinieerd op het niveau van de zorgclusters: Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken op basis van zorgclusters afspraken over de omvang, prijs en inhoud van de zorg; de geleverde zorg wordt gedeclareerd met zorgclusters.

Omdat verwacht wordt dat er veel variatie in de inhoud van zorgverlening per zorgcluster kan optreden, is er ook een tweede variant benoemd. Deze gaan uit van twee niveaus van prestaties: Zorgclusters en zorgactiviteiten. Bij de contractafspraken wordt gebruik gemaakt van zorgclusters. Het declareren vindt plaats op basis van – nog nader te definiëren – zorgactiviteiten. Bij deze variant sluit de nota aan op de aan de individuele patiënt geleverde prestatie, terwijl er in het kader van de contractering wordt uitgegaan van een overeen te komen gemiddeld tarief, al dan niet landelijk gemaximeerd.

Aan de hand van de bij de koplopers te verzamelen gegevens zullen deze varianten verder worden getoetst en uitgewerkt. Daarbij wordt een koppeling gemaakt tussen de zorgclusters en de gegevens rondom de huidige prestaties. De huidige prestaties kennen een gedetailleerde registratie van zorgactiviteiten en de daaraan bestede

²⁶ Jacobs, e.a. Funding of Mental Health Services: Do Available Data Support Episodic Payment?, CHE Research Paper, 137, 2016

tijd per beroep. Dit maakt het mogelijk om in de periode 2017- 2018 op basis van registratie bij koplopers de kosten per zorgcluster nauwkeurig in beeld te brengen.

Ook worden er momenteel afspraken voorbereid over de informatie-uitwisseling ten behoeve van contractering, declaratie en controle en toezicht door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, VWS en toezichthouder.

Het streven is medio 2018 de besluitvorming over het Zorgclustermodel, de te hanteren bekostigingsvariant en de wijze van informatie-uitwisseling af te ronden, zodat – bij een positief besluit - invoering per 1 januari 2020 mogelijk is.

In hoofdstuk 4 toetsten we aan de hand van casuïstiek in welke mate het Zorgclustermodel, in de huidige opzet, aansluit op de huidige aanspraken in de geneeskundige GGZ.

4 Toetsing Zorgclustermodel in relatie tot huidige aanspraken

4.1 Vooraf

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de toetsing van het Zorgclustermodel aan de hand van casuïstiek gepresenteerd. Belangrijk daarbij is op te merken dat deze toetsing heeft plaatsgevonden op basis van de meest recente versie van het Zorgclustermodel²⁷ (februari 2017). Dit model hanteert de indeling in zorgclusters, het zogenoemde 'Engelse model', dat in de National Health Service (NHS) wordt gebruikt. Het model is naar het Nederlands vertaald en op onderdelen aangepast. Het model wordt momenteel in de praktijk in koploperinstellingen getoetst en zal op basis van de resultaten werkenderwijs worden aangescherpt.

Wij hebben onze toetsing dus nog niet kunnen baseren op de uitkomsten van de ervaringen en registratie in deze koploperinstellingen. In reactie op de adviesaanvraag hebben wij het ministerie van VWS laten weten, dat wij dit advies (deel 1) baseren op deze versie van het Zorgclustermodel en de ons op dit moment beschikbare gegevens uit de pilots en de gepubliceerde resultaten in Engeland. Een definitief advies wordt opgesteld als het Zorgclustermodel voor de Nederlandse situatie is getoetst en aangescherpt en wij over gegevens kunnen beschikken uit de koploperinstellingen met betrekking tot het gebruik van het Zorgclustermodel.

De zorgclusters worden vastgesteld met behulp van de HoNOS⁺ vragenlijst. Hieronder gaan we eerst in op dit instrument en de relatie met het Zorgclustermodel. Vervolgens beschrijven we hoe we de casussen hebben getoetst en wat de resultaten daarvan zijn in relatie tot de huidige aanspraken in de geneeskundige GGZ.

4.2 Relatie HoNOS⁺ en zorgclusters

4.2.1 HoNOS⁺

De items in de Zorgclustertool zijn gebaseerd op de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), aangevuld met enkele vragen uit de 'Summary of Assessments of Risk and Need' (SARN), de zogenoemde HoNOS⁺.

Het eerste deel van de HoNOS⁺ bevat de 12 vragen van de HoNOS, waarmee de ernst van de problemen van de cliënt tijdens de twee weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst in beeld worden gebracht. De HoNOS is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid²⁸ met het doel om routinematig op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten in kaart te brengen.

De HoNOS bevat items over gedrag, beperkingen, symptomen en sociaal functioneren. De items worden gescoord op een vijfpuntschaal, variërend van 'geen probleem' tot 'ernstig probleem'. De HoNOS wordt door de hulpverlener ingevuld.

²⁷ Beschrijving Zorgclustermodel GGZ gepubliceerd 31 januari 2017; <http://werkenmetdbs.nza.nl/docman-sandy/ggz/doorontwikkeling-1/pilotfase-2/8554-beschrijving-zorgclustermodel-ggz>

²⁸ Wing JK et al. (1998)

De HoNOS is ontwikkeld als uitkomstmaat en wordt veel gebruikt; het gebruik van deze uitkomstmaat is wettelijk verplicht in onder andere Engeland en Australië²⁹. De HoNOS is in principe geschikt voor alle GGZ-cliënten; er zijn ook versies beschikbaar voor specifieke doelgroepen zoals jongeren en ouderen. De HoNOS is vrij beschikbaar, ook in de Nederlandse versie.

In Nederland wordt de HoNOS onder andere in het kader van onderzoek en Routine Outcome Measuring (ROM) toegepast. De HoNOS wordt vooral als ROM-instrument ingezet bij cliënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) en bij ouderen. Deze keuze is gemaakt omdat veel van deze cliënten niet in staat zijn tot een zelfmeting en het feit dat het juist voor deze groep cliënten functioneel is meerdere dimensies van het welzijn in beeld te brengen.

Mulder e.a.³⁰ concludeerden op basis van een onderzoek bij een aantal GGZ-instellingen in Nederland dat *"de HoNOS op individueel niveau en op groepsniveau inzicht geeft in de ernst van de problemen op relevante levensgebieden en veranderingen daarin. De HoNOS heeft redelijke psychometrische eigenschappen, een korte afnameduur, is niet afhankelijk van ziektebeeld en gesproken taal en wordt door hulpverleners en patiënten als bruikbaar ervaren. De subschaal structuur van HoNOS, dat wil zeggen de scores op verschillende onderdelen vergt nader onderzoek"*.

Uit ander onderzoek zijn wisselende bevindingen over zowel de betrouwbaarheid van de interbeoordelaars als de interne consistentie naar voren gekomen³¹. In een recent onderzoek³² komt naar voren dat de samenhang van subschalen met andere maten voor symptomatologie bij psychotische stoornissen behoorlijk hoog was, maar voor andere stoornissen nogal laag. De samenhang met de voorspellende waarde voor zorgconsumptie blijkt in diverse onderzoeken beperkt. De voorspellende waarde van de zorgclusters voor de Nederlandse situatie wordt door de NZa nader onderzocht op basis van de uitkomsten van de registratie bij de koplopers.

4.2.2 *Aanvullende vragen uit SARN*

Het tweede deel van de vragenlijst bevat een zestal vragen uit de Summary of Assessments of Risk and Need (SARN) waarbij gevraagd wordt naar problemen vanuit een 'historisch' perspectief. Deze vragen brengen problemen in kaart die in episodes optreden of op onvoorspelbare wijze optreden. Het scoren van de kans dat deze zich kunnen voordoen vindt plaats op basis van een klinisch oordeel.

4.2.3 *Relatie HoNOS⁺ en zorgclusters*

De HoNOS⁺ gaat uit van het beschrijven van problemen van een cliënt. In tabel 3 beschrijven we de problemen uit het Zorgclustertool op basis van de HoNOS⁺.

²⁹ The Royal College of Psychiatrists 2003; Glover & Sinclair-Smith 2000

³⁰ Mulder, C.J. et al. De health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment', Tijdschrift voor psychiatrie, 46, (2004), 5, 273-284

³¹ Nivel, Geschikte uitkomstmaten voor routinematige registratie door eerstelijnspsychologen, 2012

³² Twomey, et al; 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, 2016

Tabel 3 Zorgclustertool op basis van HoNOS

Deel 1: Gedrag van de patiënt gedurende de twee weken vóór afname van deze vragen	
1.	Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag
2.	Opzettelijk zelfverwonding (suïcidepogingen, gedachten over suïcide, automutilatie)
3.	Problematisch drank- of drugsgebruik
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 gedachten

Deel 2: Gedrag van de patiënt langer dan twee weken geleden, dat nog als risico kan worden gezien	
A.	Geagiteerd gedrag/expansieve stemming (voorgaand)
B.	Herhaaldelijke zelfverwonding (voorgaand)
C.	Bescherming van kinderen en kwetsbare anderen (voorgaand)
D.	Betrokkenheid/motivatie (voorgaand)
E.	Kwetsbaarheid (voorgaand)
Q	Problematisch drank – of drugsgebruik (voorgaand)

Bij iedere vraag kan gescoord worden van 0 tot en met 4. De HoNOS gaat niet uit van een stoornis maar gaat uit van problemen en maakt daarbij de volgende indeling per vraag:

- 0 = geen probleem
- 1 = ondergeschikt probleem, vereist geen actie
- 2 = licht probleem, maar duidelijk aanwezig
- 3 = matig ernstig probleem
- 4 = ernstig, of zeer ernstig probleem

De problemen die in de vragen 4, 6, 7 en 8 worden beschreven, zijn afhankelijk van het supercluster bepalend bij het vaststellen van de zwaarte van het zorgcluster. Een cliënt komt alleen in een van de zorgclusters terecht indien op een van deze vragen is gescoord (scores 1 t/m 4). Indien sprake is van cognitieve problemen, zoals bedoeld in vraag 4, komt men terecht in supercluster 3 (organisch). Indien sprake is van verontrustende psychotische symptomen en/of wanen/hallucinaties zoals bedoeld in vraag 6 van de HoNOS+ komt men terecht in supercluster 2 (psychotisch).

Als het gaat om de vraag of behandeling van bepaalde – vooral lichte – casuïstiek thuishoort in de geneeskundige GGZ of dat deze zorgvraag kan worden begeleid vanuit de huisartsenpraktijk, zijn vooral de vragen 7 en 8 van belang, supercluster 1 (common diseases). Op vraag 7 kan gescoord worden als de cliënt problemen heeft met depressieve stemming. Bij vraag 8 gaat het vervolgens om de overige psychische en gedragsproblemen, waarbij het belangrijkste type probleem dient te worden gespecificeerd (A Fobie; B Angst; C Dwangmatig; D Gespannenheid; E Dissociatief; F Somatiserend; G Eetproblemen; H Slaapproblemen; I Seksuele problemen; J Impulsbeheersing; K Autisme-gerelateerde problematiek; L Aandachtsproblemen; M Trauma- en stressgerelateerde problematiek; N Verslaving; O Overig).

Tabel 4

7. Problemen met depressieve stemming	
Inclusief: Gevoelens van minderwaardigheid en/of schuld	
Exclusief: Hyperactiviteit of geagiteerd gedrag. Dat wordt gescoord op schaal 1.	
Exclusief: Suicidedgedachten of pogingen. Die worden gescoord op schaal 2.	
Exclusief: Waanvoorstellingen of hallucinatie; die worden gescoord op schaal 6.	
0	Geen problemen die samenhangen met een depressieve stemming gedurende de afgelopen periode.
1	Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming
2.	Lichte maar duidelijke depressie met hinder voor de cliënt (bijvoorbeeld schuldgevoelens, verminderd gevoel van eigenwaarde)
3.	Depressie met oneigenlijk zelfverwijt; preoccupatie met schuldgevoelens
4.	Ernstige of zeer ernstige depressie met schuldgevoelens of zelfbeschuldiging

8. Overige psychische en gedragsproblemen	
Scoor alleen het meest ernstige klinische probleem niet vallend onder item 6 (hallucinaties en wanen) en item 7 (depressieve stemming).	
Specificeer het type probleem: A fobie; B angst; C dwangmatig; D gespannenheid; E dissociatief; F somatiserend; G eetproblemen; H slaapproblemen; I seksuele problemen; J impulsbeheersing; K autisme-gerelateerde problematiek; L aandachtsproblemen; M trauma- en stressgerelateerde problematiek; N verslaving; O overig.	
0.	Geen aanwijzingen voor een van deze problemen gedurende de afgelopen periode
1.	Alleen ondergeschikte problemen
2.	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle)
3.	Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.
4.	Ernstig probleem overheerst de meeste activiteiten

In de volgende paragraaf gaan wij in op de casuïstiek die wij met behulp van de zorgclustertool beoordeeld hebben.

4.3

Casuïstiek

Aan de hand van casussen zijn we nagegaan bij welke zorgvraag welk zorgcluster wordt geadviseerd volgens het Zorgclustermodel. Deze casussen hebben wij samengesteld op basis van eigen informatie en op basis van informatie van een zorgverzekeraar. In bijlage 4 zijn deze casussen beschreven en de scores volgens

het Zorgclustermodel opgenomen. Om te illustreren in hoeverre deze casuïstiek en de beoordeling daarvan op basis van het Zorgclustermodel aansluit op de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ zoals wij die in het huidige systeem duiden aan de hand van de DSM 5 classificatie, lichten we hieronder enkele casussen toe.

4.3.1

Rouw en verlies

In casus 1 'Rouw en verlies' scoort Thomas op vraag 7 vanwege problemen met depressieve stemming. Dit resulteert in een score op cluster 1 (53%) en cluster 2 (47%). Ongecompliceerde rouw valt in de DSM-5 classificatie onder de 'Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn'. Het gaat hier om V-codes. Wij hebben in onze eerdere rapporten gesteld dat V-codes geen stoornis bevatten. Om die reden, beschouwen wij deze problemen niet als een ziekte. Dit sluit aan op de in de DSM gehanteerde definitie van een stoornis; "*Een reactie op een veelvoorkomende stressor of een verlies, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, die te verwachten valt en cultureel wordt geaccepteerd, is geen psychische stoornis*"³³. Personen met dit soort problemen kunnen bij de huisarts terecht.

4.3.2

Aanpassingsstoornissen

We hebben vier casussen beoordeeld over aanpassingsproblematiek. Bij drie casussen is behandeling van de problematiek in de geneeskundige GGZ op zijn plaats, omdat er comorbiditeit is met een andere psychische stoornis.

Bij Eva (casus 2a) is sprake van lichte problemen met depressieve stemming en lijkt de problematiek voort te vloeien uit de angst dat de kanker weer zal terugkeren. Daarnaast is sprake van trauma- en stressgerelateerde problematiek; een aanpassingsstoornis. Zij scoort op zowel vraag 7 'problemen met depressieve stemming' als 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (B Angst). Dit resulteert bij Eva in scores op cluster 3 (95%) en cluster 7³⁴ (5%). Behandeling in de geneeskundige GGZ is aangewezen.

Bij Jan (casus 2b) heeft de scheiding geleid tot een aanpassingsstoornis met depressieve klachten. Als gevolg hiervan heeft hij verslavingsproblematiek ontwikkeld. Hij scoort op zowel vraag 7 'Problemen met depressieve stemming' als 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (N Verslaving). Dit resulteert bij Jan in scores op cluster 3 (92%) en cluster 7³⁴ (8%). Behandeling in de geneeskundige GGZ is aangewezen.

Bij Johanna (casus 2c) is sprake van aanpassingsproblematiek als gevolg van het overlijden van haar vader. Zij is depressief en heeft zelfmoordgedachten. De psychische klachten uit zich ook in somatische klachten. Zij scoort zowel op vraag 7 'problemen met depressieve stemming' als 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (F Somatiserend). Behandeling in de geneeskundige GGZ is aangewezen.

Bij Frederik (casus 2d) is sprake van een aanpassingsproblematiek als gevolg van de zware hartoperaties die hij de afgelopen jaren heeft ondergaan. Dit uit zich in spanningsklachten (emotioneel, piekeren, innerlijke onrust, vergeetachtig, somber). Hij scoort op vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (D Gespannenheid). Dit resulteert bij Frederik in scores op cluster 1 (60%) en cluster 2 (40%). De behandeling van aanpassingsstoornissen is echter wettelijk uitgezonderd van de

³³ Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, DSM 5, 2014

³⁴ Cluster 7 mag alleen gekozen worden wanneer een cliënt al eerder in de geneeskundige GGZ is behandeld en/of er sprake is van langdurige behandeling (verwachting van minimaal 12 maanden).

verzekerde aanspraken (artikel 2.1. onder h, Rzv). Het Zorgclustermodel dat uitgaat van zorgvraagzwaarte/problemen laat toe dat er voor de problematiek van Frederik een zorgcluster kan worden vastgelegd. De huidige wet- en regelgeving staat dit echter niet toe, evenmin als het huidige bekostigingsmodel uitgaande van DBC's.

4.3.3 *Burn-out*

We hebben twee casussen beoordeeld, waarbij sprake is van een burn-out. Bij Simon (casus 3a) is de burn-out werkgerelateerd en bij Simone speelt daarnaast ook de thuissituatie een grote rol bij het ontstaan van de burn-out. In het Zorgclustermodel scoren zij beiden op vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen'; Simon (D Gespannenheid) en Simone (F Somatiserend). Dit resulteert bij Simon en Simone in scores op cluster 3 (89%) en cluster 7³⁴ (11%).

Het Zorgclustermodel dat uitgaat van zorgvraagzwaarte/problemen laat toe dat er voor de problematiek van Simon en Simone een zorgcluster kan worden vastgelegd. De burn-out van Simon is echter werkgerelateerd en de burn-out van Simone valt onder de aanpassingsstoornissen.

Hulp bij werk en relatieproblemen is wettelijk uitgesloten van de verzekerde aanspraken (artikel 2.1, onder i, Rzv). Hier speelt de afbakening met de Wet Verbetering Poortwachter, waarbij de werkgever de eerste twee jaar een inspanningsverplichting heeft om zijn werknemer weer aan de slag te krijgen. De kosten van de behandeling zijn voor rekening van de werkgever of voor eigen rekening. De behandeling van aanpassingsstoornissen is eveneens wettelijk uitgezonderd van de verzekerde aanspraken (artikel 2.1. onder h, Rzv).

4.3.4 *Relatieproblemen*

In casus 4 'relatieproblemen' scoren Dorien en Geert op vraag 7 vanwege problemen met depressieve stemming. Ondanks dat geen sprake is van een psychische stoornis, resulteert dit in een score op cluster 1 (53%) en cluster 2 (47%). Echter hulp bij werk en relatieproblemen is wettelijk uitgesloten van de verzekerde aanspraken (artikel 2.1, onder i, Rzv).

4.3.5 *Specifieke leerstoornis*

In casus 5 'specifieke leerstoornis' vermoedt de huisarts dat de klachten van Annemiek wellicht te maken hebben met een specifieke leerstoornis, namelijk dyslexie. In verband hiermee scoort Annemiek op vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (O Overig). Dit resulteert in een score op cluster 1 (60%) en cluster 2 (40%). Echter diagnostiek en behandeling van dyslexie valt buiten het domein van de Zvw en komt om die reden niet voor vergoeding in aanmerking.

4.3.6 *Vliegangst*

In casus 6 'vliegangst' scoort Djaja vanwege angst op vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (A Fobie). Er is sprake van een 'specifieke fobie'. Dit resulteert in een score op cluster 1 (60%) en cluster 2 (40%). Personen met vliegangst zijn redelijkerwijs niet aangewezen op een behandeling met een psychologische interventie in het kader van de Zvw. Op de vrije markt worden cursussen aangeboden ter bestrijding van vliegangst. De kosten van een dergelijke cursus komen voor rekening van de cliënt of een eventuele aanvullende verzekering.

4.3.7 *Lichte eetbuistoornis*

In casus 8a 'lichte eetbuistoornis' scoort Maaïke op vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (G Eetproblemen). Dit resulteert in een score op cluster 1 (60%) en cluster 2 (40%). Bij Maaïke is sprake van een lichte eetbuistoornis. De

behandeling van een eetbuistoornis kan onder de verzekerde geneeskundige GGZ vallen mits voldaan wordt aan de specificatie, matig, ernstig of zeer ernstig. Daarvan is hier geen sprake. De problematiek van Maaïke kan door de huisarts/POH GGZ worden behandeld.

4.3.8 *Slaapstoornissen*

We hebben drie casussen beoordeeld waarbij sprake is van slaapstoornissen. Bij twee casussen is behandeling van de problematiek in de geneeskundige GGZ op zijn plaats, omdat de slaapstoornissen verband houden met een andere psychische stoornis (9b een middelen gerelateerde en verslavingsstoornis en 9c depressieve stemmingsstoornis).

In casus 9a scoort Cees op vraag 7 vanwege zijn depressieve klachten. Hij scoort ook op vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (H Slaapproblemen). Dit resulteert in een score op cluster 3 (91%) en cluster 7³⁴ (9%). Bij Cees is echter geen sprake van een depressieve stoornis. De depressieve klachten houden verband met de slaapstoornissen. Slaapstoornissen (sec) dienen primair te worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Dit geldt ook voor depressieve klachten, waarbij er geen sprake is van een depressieve stoornis.

Bij langdurende slapeloosheid met ernstige lijdensdruk kan de huisarts verwijzen naar een slaap-/waakcentrum. Wij baseren ons daarbij op de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (2014). Deze standaard zet in op gedragsmatige behandeling van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk bij voorkeur door de POH/GGZ. In deze standaard is aangegeven welke patiënten in aanmerking komen voor verwijzing of consultatie. Indien er een (andere) psychische stoornis (bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis) ten grondslag ligt aan de slaapproblemen, kunnen deze vanuit de geneeskundige GGZ worden behandeld. In dat geval dient deze andere psychische stoornis de hoofddiagnose te zijn.

4.3.9 *Seksuele stoornissen*

We hebben twee casussen beoordeeld waarbij sprake is van seksuele stoornissen. Bij één casus is behandeling van de problematiek in de geneeskundige GGZ op zijn plaats, omdat er comorbiditeit is met een andere psychische stoornis (10a trauma en stressgerelateerde stoornis).

In casus 10b scoort Irma op vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (I Seksuele problemen). Dit resulteert in een score op cluster 1 (60%) en cluster 2 (40%). Bij Irma hangt de seksuele disfuncties *niet* samen met een somatische of psychische stoornis. De klachten van Irma kunnen in de huisartsenpraktijk worden behandeld; de huisarts kan wel verwijzen naar een andere zorgaanbieder, maar dan zal Irma de kosten van die behandeling zelf moeten betalen. Behandeling in het kader van de geneeskundige GGZ op grond van de Zvw is niet aangewezen.

4.3.10 *Cafeïne-onttrekkingssyndroom*

In casus 11 'Cafeïne-onttrekkingssyndroom' scoort Harrie op vraag 7 vanwege zijn sombere stemming en vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen' (N Verslaving (cafeïne)). Dit resulteert in een score op cluster 1 (53%) en cluster 2 (47%). Bij Harrie is geen sprake van een depressieve stoornis. De behandeling van het cafeïne-onttrekkingssyndroom vindt primair plaats in de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg (zie huisartsenstandaard Slaapproblemen en slaapmiddelen – 2014).

4.3.11

Tabaksgerelateerde stoornis

In casus 12 'Tabaksgerelateerde stoornis' scoort Tobias op vraag 8 'overige psychische en gedragsproblemen' vanwege zijn rookverslaving (N Verslaving). Dit resulteert in een score op cluster 3 (89%) en cluster 7³⁴ (11%). Het 'Stoppen met rokenprogramma' is als afzonderlijke te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet opgenomen, namelijk onder artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv). Het betreft een integraal stoppen met rokenprogramma, inclusief farmacotherapeutische ondersteuning, omdat dit programma de meest succesvolle manier is om rokers te laten stoppen. Voor de bekostiging van dit programma heeft de NZa aparte beleidsregels vastgesteld³⁵. Bekostiging van deze interventie op basis van het Zorgclustermodel is om deze reden niet aangewezen. In tabel 5 hebben we de zorgvragen en de geadviseerde zorgclusters volgens het Zorgclustermodel samengevat.

Tabel 5

Casus	Cluster	Bekostigingskader
1. Rouw en verlies	1 en 2	Huisartsenzorg POH/GGZ ³⁶
2a. Angststoornis i.c.m. aanpassingsstoornis	3 en 7	Geneeskundige GGZ
2b. Verslaving i.c.m. aanpassingsstoornis	3 en 7	Geneeskundige GGZ
2c. Depressieve stoornis i.c.m. aanpassingsstoornis	3 en 7	Geneeskundige GGZ
2d. Aanpassingsstoornis	1 en 2	Huisartsenzorg POH/GGZ ³⁶
3a. Burn-out - werkgerelateerd	3 en 7	Huisartsenzorg POH/GGZ ³⁶
3b. Burn-out - zowel werkgerelateerd als thuissituatie	3 en 7	Huisartsenzorg POH/GGZ ³⁶
4. Relatieproblemen	1 en 2	Huisartsenzorg POH/GGZ ³⁶
5. Specifieke leerstoornis - dyslexie	1 en 2	Geen Zvw/eigen rekening
6. Vliegangst Cursus vliegangst	1 en 2	Huisartsenzorg POH/GGZ Geen Zvw/eigen rekening
7. Bloed-, letsel of injectiefobie	3 en 7	Geneeskundige GGZ
8a. Lichte eetbuistoornis	1 en 2	Huisartsenzorg POH/GGZ
8b. Matig tot (zeer) ernstige eetbuistoornis	4 en 7	Geneeskundige GGZ
9a. Slaapstoornissen met depressieve klachten	3 en 7	Huisartsenzorg POH/GGZ, MSZ
9b. Verslavingsproblematiek i.c.m. slaapstoornissen	4 en 7	Geneeskundige GGZ
9c. Depressieve stemmingsstoornis i.c.m. slaapstoornissen	4 en 7	Geneeskundige GGZ
10a. Trauma- en stressgerelateerde problematiek i.c.m. seksuele stoornis	4 en 7	Geneeskundige GGZ
10b. Seksuele stoornis	1 en 2	Huisartsenzorg POH/GGZ
11. Caffeïne-onttrekkingssyndroom	1 en 2	Huisartsenzorg POH/GGZ
12. Tabaksgerelateerde stoornis	3 en 7	Huisartsenzorg POH/GGZ, Geneeskundige GGZ (andere bekostiging)

³⁵ Beleidsregel BR/CU-7073 en Nadere Regel NR/CU-713 Stoppen-met-roken-programma

³⁶ Aanpassingsstoornissen en V-codes (zoals werk- en relatieproblemen) zijn DSM-classificaties die zijn uitgesloten van het verzekerde basispakket. Deze patiënten kunnen zonder (vermoeden van) een DSM-classificatie in de huisartsenpraktijk worden behandeld of op eigen kosten in de geneeskundige GGZ

-  Cluster 1 en 2: Deze zorg kan worden begeleid vanuit de huisartsenpraktijk of komt voor eigen rekening omdat het geen Zvw-zorg is. Het Zorgclustermodel laat toe dat deze lichte problematiek in de geneeskundige GGZ wordt behandeld.
-  Cluster 3, 4 en 7³⁴: Bij deze problematiek is behandeling in de geneeskundige GGZ aangewezen.
-  Cluster 3: Ondanks de score in cluster 3 kan deze zorg niet in de geneeskundige GGZ worden behandeld of hoort daar niet thuis. Sommige problematiek is wettelijk uitgesloten van de Zvw en andere problematiek hoort thuis bij de huisarts of somatisch medisch specialist. Het Zorgclustermodel laat toe dat deze problematiek in de geneeskundige GGZ wordt behandeld.

4.3.12

Conclusie casuïstiek

Het huidige bekostigingssysteem (DBC's voor bekostiging van de gespecialiseerde GGZ en tarieven voor de bekostiging van de generalistische basis GGZ) is zo ingericht, dat de behandeling van klachten en/of stoornissen die niet onder de geneeskundige GGZ vallen, in principe niet vanuit dit kader kunnen worden bekostigd. Echter het systeem biedt wel ruimte om hier creatief mee om te gaan.

Het Zorgclustermodel kent een dergelijke beperking niet. Uit resultaten van de beoordeling van de casussen blijkt, dat de zorg die in de clusters 1 en 2 valt, veelal lichte problemen omvat, die vanuit de huisartsenzorg kunnen worden begeleid of waarvan de kosten voor eigen rekening komen. Er wordt in de omschrijving van deze zorgclusters niet aangegeven dat er sprake dient te zijn van een psychische stoornis.

In Nederland kennen we een verwijzingsmodel waarbij sprake dient te zijn van een (vermoeden van) een psychische stoornis. Indien de huisartsen cliënten met problemen naar de geneeskundige GGZ verwijzen en er blijkt bij beoordeling door de GGZ dat er geen sprake is van een psychische stoornis, dan biedt het Zorgclustermodel in de huidige versie onvoldoende waarborgen dat lichte problematiek niet in zorg wordt genomen. De reden hiervoor is dat de vraagstelling volgens de HoNOS⁺ uitgaat van psychische *problemen* en niet van psychische *stoornissen*.

Ook voor problematiek die volgens de huidige wet- en regelgeving is uitgesloten van de verzekerde aanspraken, zoals hulp bij werk- en relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, kent het Zorgclustermodel geen beperking. Dit geldt ook voor stoornissen waarvan de behandeling thuishoort bij de somatisch medisch specialist. De conclusie is dan ook dat het nieuwe Zorgclustermodel in de huidige versie onvoldoende waarborgen biedt, om de bekostiging van de behandeling van problematiek die niet onder de geneeskundige GGZ vallen, te voorkomen.

In het volgende hoofdstuk beschrijven we – mede op basis van deze analyse – de kansen en de risico's verbonden aan het Zorgclustermodel in relatie tot de aanspraken en doen we aanbevelingen voor de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel, waarbij partijen aan zet zijn. Daarnaast doen we aanbevelingen ten behoeve van een adequate diagnostiek/assessment en de bekostiging daarvan en het blijven vastleggen van de DSM-classificatie.

5 De kansen en risico's van het Zorgclustermodel

5.1 Inleiding

In paragraaf 2.1 hebben we de context beschreven waarin we het Zorgclustermodel moeten zien in relatie tot de verzekerde aanspraken. Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak de grenzen van het verzekerde pakket te bewaken en gepast gebruik van het verzekerde pakket te bevorderen. Het is belangrijk de solidariteit van ons verzekeringsstelsel te bewaken door te laten zien dat het premiegeld optimaal wordt besteed. De komende jaren zal er naar verwachting grote druk blijven op de vraag naar GGZ. Steeds vaker worden problemen verbonden aan levensfasen geduid als een individueel medisch probleem en de oplossing vervolgens bij de zorgprofessional gezocht⁷. De in 2006 geïntroduceerde gereguleerde marktwerking in de geneeskundige GGZ heeft geleid tot nieuwe toetreders in de markt. Niet zelden gaat het daarbij om zorgorganisaties met een eigen behandelingsfilosofie, waarbij al dan niet terecht een beeld is ontstaan dat zij dure zorg leveren voor cliënten met betrekkelijk 'lichte' problematiek.

Het huidige bekostigingssysteem (DBC's voor bekostiging van gespecialiseerde GGZ en tarieven voor de bekostiging van generalistische basis GGZ) is zo ingericht dat de behandeling van klachten en/of stoornissen die niet onder de geneeskundige GGZ vallen, in principe niet vanuit dit kader kunnen worden bekostigd. Echter het systeem biedt wel ruimte om hier creatief mee om te gaan.

Het is de vraag of het nieuwe bekostigingssysteem dat uitgaat van de zorgvraag(zwaarte) van de cliënt betere aanknopingspunten biedt om te voorkomen dat (te) lichte problematiek instroomt in de geneeskundige GGZ dan de huidige systematiek die uitgaat van de aanwezigheid van een psychische stoornis op basis van de DSM-classificatie. In dit hoofdstuk schetsen we de kansen en de risico's die verbonden zijn aan het nieuwe Zorgclustermodel en doen we enkele aanbevelingen voor het vervolgtraject.

5.2 Kansen

De voorgenomen wijzigingen in de bekostiging van de geneeskundige GGZ, waarin het Zorgclustermodel centraal staat, hebben naar verwachting belangrijke gevolgen voor de wijze van zorgverlening in en de bekostiging van de geneeskundige GGZ. De volgende elementen van het Zorgclustermodel zien wij als belangrijke kansen van het nieuwe systeem:

- *De positie van de cliënt in het zorgproces staat centraal; vooraf en op vaste reviewmomenten worden tussen cliënt en behandelaar expliciet de hoofdlijnen van behandeling voor de komende periode afgesproken. Daarbij geldt als uitgangspunt dat de behandelaar het zorgcluster bepaalt, daarbij ondersteund door de elektronische Zorgclustertool.*
- *Het centraal stellen van de aard en omvang van de psychische problemen; de zorgbehoefte is leidend en niet een classificatie. Dit komt tegemoet aan de kritiek op het gebruik van de DSM-classificatie voor het duiden van de verzekerde aanspraken en voor de bekostiging.*
- *Situatie dat (nog) geen sprake is van een psychische stoornis; het Zorgclustermodel biedt de mogelijkheid om toch zorg te vergoeden vanuit de verzekering in situaties waarbij nog geen sprake is van (een vermoeden van)*

een psychische stoornis volgens de DSM-classificatie, maar waarbij de zorgvraag dusdanig is, dat deze de zorg die de huisarts POH/GGZ kan bieden te boven gaat. Het gaat dan om situaties waarbij de cliënt terecht wordt doorverwezen naar de geneeskundige GGZ, daar waar dat in de huidige situatie op bezwaren stuit gezien de uitleg van de verzekerde aanspraken. De keerzijde van deze kans is het risico van overbehandeling als cliënten te snel worden doorverwezen.

- *DSM-classificatie niet up to date*; de laatste versie van de DSM-classificatie – de DSM 5 – dateert uit 2013 en is een weergave van verkregen inzichten op dat moment. Psychische problematiek die niet past binnen een van de omschreven DSM-classificaties, kan – uitgaande van de duiding van aanspraken op basis van DSM-classificaties – theoretisch gezien niet ten laste van de Zvw behandeld worden, terwijl wel sprake kan zijn van significante lijdensdruk. Het Zorgclustermodel kent dit nadeel niet; de zorgbehoefte kan met het nieuwe model beter in beeld worden gebracht.
- *Het vervallen van het onderscheid in de bekostiging tussen generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ*; de te leveren prestaties, zorgclusters en bijbehorende zorgactiviteiten zijn leidend, en niet het type zorgaanbieder. Het vervallen van dit onderscheid verlaagt de administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- *Meer transparantie*; de relatie tussen daadwerkelijk geleverde zorg en het bedrag zichtbaar op de factuur wordt vergroot. Ook is op voorhand meer bekend over de kosten van de behandeling en zijn tussentijdse declaraties mogelijk.
- *Vergelijkbare benadering geestelijke gezondheidszorg en somatiek*; doordat in het Zorgclustermodel de DSM-classificatie niet langer leidend is, kan de poortwachterfunctie van de huisarts op eenzelfde manier als in de somatische zorg plaatsvinden. Belangrijke criteria zijn dan ernst, risico's, complexiteit en verloop van de problematiek/klachten en niet langer (het vermoeden van) een DSM-stoornis.

De genoemde veranderingen, die met het Zorgclustermodel worden ingezet, beoordeelt het Zorginstituut als positief en lijken kansrijk. Er bestaan echter ook risico's met betrekking tot de aanspraak op geneeskundige GGZ.

5.3

Risico's

Zoals uit de analyse opgenomen in hoofdstuk 4 blijkt, zijn er ook risico's verbonden aan het Zorgclustermodel.

- *Psychische stoornis als criterium*; in het kader van de Zvw is het uitgangspunt dat er bij behandeling in de geneeskundige GGZ in principe sprake moet zijn van een psychische stoornis. In de huidige versie van de toeleiding naar zorgclusters vormt dit geen criterium. Ook psychische problemen, die samenhangen met bijvoorbeeld levensfasen, relaties en rouw kunnen worden geduid met de HoNOS⁺-vragenlijst en leiden tot een indeling in een zorgcluster. In de omschrijving van de zorgclusters worden deze problemen ook als reden voor zorg benoemd. Het niet duidelijk vastleggen van het criterium psychische stoornis, brengt risico's voor ongepast gebruik met zich mee, namelijk dat lichtere problematiek, die behoort tot de huisartsenzorg of voor eigen rekening kan komen, behandeld en vergoed wordt vanuit het bekostigingskader geneeskundig GGZ. Indien sprake is van lichte problematiek die door de

huisarts/POH GGZ kan worden behandeld, is (terug)verwijzing naar de huisarts aan de orde of eigen betaling of vergoeding op grond van een aanvullende verzekering.

- *Zwaarte van de psychische stoornis (zorgclusters 1 en 2);* in aanvulling op het vorige punt lijkt de huidige versie van het Zorgclustermodel niet geheel aan te sluiten op de verwijscriteria. De landelijke samenwerkingsafspraken tussen partijen geven aan dat er bij behandeling in de geneeskundige GGZ sprake dient te zijn van een matig tot ernstige lijdensdruk. Als er sprake is van lichte psychische stoornissen, maar er geen nadere actie is vereist (HoNOS, schaal 1: "ondergeschikt probleem, vereist geen actie") dan kan met de huidige versie van het Zorgclustermodel zorgcluster 1 of 2 worden gekozen en daarmee behandeling worden ingezet. In relatie tot de aanspraken op de geneeskundige GGZ roept dit vragen op. Voorkomen moet worden dat het Zorgclustermodel bevordert dat cliënten met lichte problematiek, waarvoor uitstekend hulp door de huisarts/POH GGZ mogelijk is, een beroep op de geneeskundige GGZ (kunnen blijven) doen. Of dat zorgaanbieders zich speciaal richten op deze 'lichte' doelgroep, omdat de bekostiging van deze zorg via het bekostigingskader 'geneeskundige GGZ' door het Zorgclustermodel mogelijk wordt gemaakt.
- *Stoornissen die niet onder de geneeskundige GGZ vallen;* De aanspraak op geneeskundige GGZ wordt op dit moment afgegrensd door wettelijke uitsluiting of het type stoornis. Er geldt een wettelijke uitsluiting voor de behandeling van aanpassingsstoornissen. Op aanpassingsstoornissen komen we in advies deel 2 afzonderlijk terug (zie hoofdstuk 6). Ook zijn er stoornissen die tot een ander domein dan de Zvw behoren of tot het domein van de huisartsenzorg, somatisch medisch specialist of paramedische zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om specifieke leerstoornissen (onderwijs), lichte eetbuistoornissen (huisarts), specifieke fobieën (zoals vlieg angst; cursus voor eigen rekening), slaapstoornissen zonder dat er sprake is van een (andere) psychische stoornis (huisarts, slaap-/waakcentrum). Met behulp van de huidige versie van het Zorgclustermodel kan de behandeling van deze stoornissen van een zorgcluster worden voorzien. Dit brengt risico's met zich mee uit het oogpunt van kwaliteit en/of kosten van geneeskundige GGZ of de rechtmatigheid van de zorg. Dit laatste is het geval als zorg ten onrechte vanuit de Zvw wordt bekostigd.
- *Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen;* Met behulp van de huidige versie van het Zorgclustermodel is het mogelijk psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen te bieden vanuit de geneeskundige GGZ, terwijl deze zorg al integraal onderdeel uitmaakt van de somatisch medisch specialistische behandeling. Ook wat betreft de financiering. Deze zorg wordt bekostigd vanuit het integrale dbc-zorgproduct tarief. Dit duidt op een risico van ondoelmatige zorg en dubbele bekostiging.
- *Helderheid nieuwe verwijsmogelijkheden;* in 2014 is een nieuwe structuur voor de GGZ geïntroduceerd. In deze structuur wordt de GGZ vanuit drie echelons geboden; de huisarts/POH-GGZ, de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. In 2016 is de 'Generieke Module Landelijke GGZ samenwerkingsafspraken' opgeleverd. In deze samenwerkingsafspraken is beschreven wat de rol is van de verschillende zorgverleners en hoe ze met elkaar samenwerken en naar elkaar (terug)verwijzen. Indien het onderscheid tussen de generalistisch basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ in het nieuwe Zorgclustermodel wordt opgeheven, is het van belang dat er helderheid komt over de nieuwe verwijsmogelijkheden.

Bovenstaande punten brengen risico's met zich mee ten aanzien van de omvang van de beschikbare middelen en doelmatigheid van zorg. Ook kan het leiden tot verdringing wanneer de schaarse beschikbare middelen c.q. de capaciteit worden ingezet voor lichte zorgvragen of voor zorgvragen die voor eigen rekening kunnen komen. De vergelijking dringt zich op met de systematiek van zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de Wet langdurige zorg. Ook daar speelt vergelijkbare problematiek bij de indicering van de ZZP's en het risico van upcoding.

5.4 Aanbevelingen

5.4.1 *Aanbevelingen voor het Zorgclustermodel*

Wij concluderen dat de Zorgclustermodel goede kansen biedt voor een juiste indicatie, maar in zijn huidige opzet ook risico's met zich meebrengt. Het gaat dan onder meer om het risico dat lichte problematiek – die behandeld kan worden in de huisartsenpraktijk – instroomt in de geneeskundige GGZ. Partijen zijn aan zet om in de komende periode het Zorgclustermodel zo aan te passen dat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd en het risico op overbehandeling minimaal is. Vooral de huidige formulering van vraag 8 van de HoNOS⁺-vragenlijst brengt een risico op overbehandeling en/of onrechtmatige bekostiging met zich mee. Om dit te voorkomen is aanpassing van deze zorgvraag in het Zorgclustermodel aan te bevelen.

Wat betreft de problematiek rond de zorgclusters 1 en 2 bevelen wij aan, om in de komende periode bij het testen van het Zorgclustermodel in de praktijk, in beeld te brengen in welke situaties op deze clusters wordt gescoord en of dit terecht is. Wanneer is behandeling in de geneeskundige GGZ aangewezen? Wat zijn de argumenten hiervoor? Mogelijk bestaan er bij deze cliënten risico's ten aanzien van verergering van de stoornis of terugval. Op basis van dit inzicht kan naar oplossingen worden gezocht. Tevens verdient het aanbeveling in de Zorgclustertool inzichtelijk te maken welk deel van de cliënten bij welke problematiek wordt terugverwezen naar de huisarts. Daarmee krijgt de behandelaar informatie over het beleid van collega's bij vergelijkbare problematiek.

Het Zorgclustermodel kent ook een cluster '0'. Dit betreft een categorie voor 'niet te clusteren zorgvragen'. Onduidelijk is hoe dit zorgcluster zich verhoudt tot de verzekerde aanspraken. Om dit te kunnen beoordelen verdient het aanbeveling inzichtelijk te maken wanneer zorgcluster 0 wordt gescoord en om wat voor problematiek het dan gaat.

5.4.2 *Aanbevelingen voor de diagnostiek/assessment*

Het klinische oordeel is in het Zorgclustermodel bepalend. Het verdient aanbeveling om eisen te stellen aan degene die de diagnostiek c.q. assessment in het kader van het Zorgclustermodel mag uitvoeren. Daarbij kan worden aangesloten op het regiebehandelaarschap, zoals benoemd in het Model Kwaliteitsstatuut³⁷. De HoNOS⁺-vragenlijst die in het Zorgclustermodel wordt gebruikt, betreft een beperkte en daardoor hanteerbare vragenlijst. Wij gaan er vanuit dat het vaststellen van het zorgcluster het sluitstuk vormt van de diagnostiek/assessment en dat de HoNOS⁺-vragenlijst voor het toewijzen van het zorgcluster volstaat. Voor de diagnostiek c.q. het assessment blijft het inzetten van andere instrumenten essentieel. Zo wordt in de richtlijn Psychiatrische Diagnostiek van de NVvP³⁸ geadviseerd bij de psychiatrische diagnostiek waar nodig en waar mogelijk gevalideerde vragenlijsten

³⁷ Kwaliteitsstatuut GGZ: <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2016/04/04/kwaliteitsstatuut-ggz-opgenomen-in-register>

³⁸ Hengeveld e.a., Richtlijn psychiatrische diagnostiek, tweede, herziene versie, 2015

te gebruiken, zodat goed rekening kan worden gehouden met de behandelcontext, patiëntenpopulatie en de doelstelling van behandeling. Het gaat dan om vragenlijsten met betrekking tot somatiek, persoonlijkheidsdiagnostiek, verstandelijke beperking en aanvullende diagnostiek. In contacten met partijen³⁹ komt naar voren dat deze aspecten, die bepalend zijn voor de omvang en inhoud van de behandeling, in de praktijk niet altijd consequent in beeld worden gebracht. Bij een adequate diagnostiek/assessment hoort ook een adequate bekostiging, ook wanneer er sprake is van terug- of doorverwijzing en er dus geen behandeling door de zorgaanbieder plaatsvindt. Dit is niet alleen van belang om de door ons beschreven risico's op onder- en overbehandeling tegen te gaan. Ook zit hier de crux voor wat betreft de overgang van DSM-classificatie naar Zorgclustermodel. Zonder adequate diagnostiek/assessment kan het Zorgclustermodel niet worden ingevoerd en zal de DSM-classificatie vastgelegd moeten blijven worden, met alle administratieve lasten van dien.

5.4.3

Aanbevelingen met betrekking tot de DSM-classificatie

Als de in paragraaf 5.3 geschetste risico's onvoldoende worden geborgd, biedt het Zorgclustermodel onvoldoende houvast om de DSM-classificatie los te laten. Los daarvan benadrukken wij dat het voorlopig blijven vastleggen van de DSM-classificatie een voorwaarde is voor het introduceren van het zorgclustermodel in de praktijk. Hiervoor zijn de volgende redenen aan te voeren:

- Het blijven registreren van de DSM is noodzakelijk voor een beheersbare overgang van het oude naar het nieuwe bekostigingssysteem. Deze registratie is noodzakelijk om een vergelijking te kunnen maken van het gebruik van de methodiek van zorgclusters met de huidige situatie. Door de DSM te blijven vastleggen is het mogelijk vergelijkingen in de tijd tussen zorgclusters en de eerder vastgelegde DBC's te maken. Evenals bij de generalistische basis GGZ zou men deze informatie landelijk in het DIS kunnen verzamelen. Op deze wijze kan men landelijk en lokaal via de zorgaanbieders beschikken over GGZ-cijfers in historisch perspectief.
- De DSM-classificatie is tot op heden een belangrijke basis voor behandeling en onderzoek in de GGZ. De vastlegging van de DSM maakt het mogelijk de zorgclusters beter te duiden (o.a. in de omschrijving meest waarschijnlijke en niet waarschijnlijke diagnoses). Ook kunnen wellicht de verschillen in behandeling binnen een zorgcluster beter worden verklaard.
- Als de DSM niet langer voorwaarde is voor de aanspraken/vergoeding van geneeskundige GGZ krijgen we door het vastleggen van de DSM in beeld hoe vaak er (nog) geen sprake is van een psychische stoornis. Dit zou niet vaak moeten voorkomen.
- Met het vastleggen van de DSM kan de samenhang met de zorgstandaarden, die diagnose-specifiek zijn opgesteld, in beeld worden gebracht.
- Het vastleggen van de DSM ondersteunt de diagnostiek. In de richtlijn Psychiatrische diagnostiek wordt het classificeren met behulp van de DSM-5 als onderdeel van de diagnostiek aanbevolen.
- De DSM-classificatie voorziet in een gezamenlijke taal; de uitwisseling van de diagnoseclassificatie ondersteunt de onderlinge afstemming over de zorgverlening in de keten. Ook wordt de DSM-5 gebruikt voor beleid en onderzoek. De koppeling naar de ICD 9 en 10, zoals opgenomen in de DSM-5, en in latere fase naar de ICD-11, maakt internationale vergelijking mogelijk. Met eenmalige vastlegging van de DSM-5 aan de bron kan dit gegeven voor meerdere doelen worden gebruikt.
- Tenslotte wijzen wij nog op het risico dat de pilots niet de juiste informatie opleveren. In de pilots wordt het nieuwe Zorgclustermodel in de praktijk

³⁹ Nieuwsbrief 2 Zinnige Zorg februari 2017, Zorginstituut Nederland

getoetst. Echter de aanspraak en bekostiging is nog gebaseerd op het oude systeem. Zorg die nu niet tot de aanspraak behoort, zal tijdens de pilotfase evenmin worden geboden, omdat deze niet wordt vergoed. Dit geeft mogelijk een vertekend beeld. Dit betekent dat bij de introductie van het Zorgclustermodel het monitoren van (eventuele onvoorziene) effecten van groot belang is; het vooralsnog blijven vastleggen van de DSM-classificatie is hierbij behulpzaam.

6 Vooruitblik advies deel 2

Dit advies betreft een verkenning van het Zorgclustermodel, waarin wij ons in dit deel vooral hebben gericht op de consequenties die het Zorgclustermodel heeft voor de toegang tot geneeskundige GGZ. Daarbij heeft vooral de beoordeling van het eerste supercluster 'common diseases' centraal gestaan.

Door het nog ontbreken van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over toepassing in van het Zorgclustermodel in de Nederlandse praktijk, heeft dit vooral plaatsgevonden op basis van toetsing van het model met behulp van casuïstiek. Bij opstellen van deel 2 van het advies, waarin ons definitieve oordeel over het Zorgclustermodel in relatie tot de aanspraken tot stand komt, zullen wij naar verwachting kunnen beschikken over het verder voor de Nederlandse situatie aangescherpte Zorgclustermodel. Ook kunnen wij dan beschikken over gegevens die momenteel door de koplopers in de praktijk worden vastgelegd, de ervaringen die met het Zorgclustermodel worden opgedaan en door de NZa worden verzameld.

6.1 Onderwerpen deel 2

In deel 2 wordt expliciet aandacht worden gegeven aan de volgende onderwerpen:

6.1.1 Supercluster I: 'Common diseases'

We zullen in deel 2 beoordelen of het Zorgclustermodel zodanig is doorontwikkeld, dat de in paragraaf 5.3 van dit rapport geschetste risico's afdoende zijn geborgd, oftewel dat het Zorgclustermodel waarborgen biedt voor een goede aansluiting op de aanspraken. De bekostiging dient de aanspraken te volgen. 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. Waar zich verschillen voordoen, kan dat mogelijk leiden tot een aanpassing van eerder ingenomen standpunten door het Zorginstituut. Daarover spreekt het Zorginstituut zich in dit advies nog niet uit. Dat zijn onderwerpen die vooral in deel 2 naar voren zullen komen.

6.1.1.1 Aanpassingsstoornissen

In ons advies 'Geneeskundige GGZ (deel 2)'¹⁰ hebben wij over aanpassingsstoornissen het volgende gesteld.

"De omschrijving van aanpassingsstoornissen is heel globaal en er bestaat geen professionele richtlijn voor deze stoornissen die houvast biedt voor de nadere indicatie en behandeling. Duidelijke criteria voor de behandelindicatie zijn er niet. Wetenschappelijke onderbouwing voor interventies ontbreekt. Indien een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is, kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen. Zolang er geen specifiek inzicht bestaat zullen aanpassingsstoornissen benaderd kunnen worden zoals de huisarts met klachten van psychische aard omgaat".

Op dit moment zijn er twee ontwikkelingen van belang voor de vraag of de pakketmaatregel met betrekking tot hulp bij aanpassingsstoornissen moet worden heroverwogen. Partijen in het veld zijn voortvarend aan de slag gegaan met richtlijnontwikkeling. Het gaat daarbij om de:

- Zorgstandaard aanpassingsstoornissen (in ontwikkeling);
- Richtlijn aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker;
- Veldnorm psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen (in ontwikkeling).

Daarnaast is het de vraag wat het Zorgclustermodel dat uitgaat van zorgvraagzwaarte betekent voor de wettelijke uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen.

In deel 2 zullen wij nader ingaan op dit vraagstuk. Naast het Zorgclustermodel zullen ook de richtlijnen die nu in ontwikkeling zijn, worden meegewogen als het gaat om de wetenschappelijke onderbouwing van interventies bij aanpassingsstoornissen.

6.1.2

Superclusters II: Psychotische stoornissen en III: Organische stoornissen

Op basis van de gegevens en ervaringen zullen wij in deel 2 ook expliciet terugkomen op de behandeling van cliënten met zorgclusters die behoren tot het supercluster psychotische stoornissen. Deze hebben wij niet met behulp van casuïstiek beoordeeld, omdat deze in principe geen vragen oproepen met betrekking tot de aanspraak geneeskundige GGZ.

Ditzelfde geldt voor cliënten met organische stoornissen, supercluster III. Wel vragen wij ons af of de geneeskundige GGZ de meest aangewezen plaats is om mensen met een zorgcluster 18, cognitieve beperkingen: licht of zorgcluster 19, cognitieve beperkingen: matig / lichte gedrags- of psychische complicaties, in de geneeskundige GGZ te behandelen. Mede op basis van de gegevens die worden verzameld bij de koplopers zullen wij dit nader beschouwen.

Vanuit bekostigingsoogpunt is de behandeling van delirium ons inziens een afzonderlijk aandachtspunt. Volgens de richtlijnen vindt deze behandeling – omdat deze vaak optreedt in combinatie met andere stoornissen – bij voorkeur plaats bij de PAAZ/PUK-afdeling van algemene ziekenhuizen. De zorgvraag zal eveneens in supercluster III terecht komen, maar de zorg die geleverd wordt is anders – vaak korter en meer intensief – dan bij andere neurocognitieve problematiek.

6.1.3

Zorgclusters en zorgactiviteiten

Er worden nog afspraken gemaakt over de wijze waarop de bekostiging met behulp van zorgclusters zal plaatsvinden. Een belangrijk element daarbinnen vormen de zorgactiviteiten, die al dan niet de basis zullen vormen voor declaratie. In deel 2 zullen wij nagaan of en op welke wijze deze aansluiten op de verzekerde geneeskundige GGZ. Wij vragen daarbij expliciet aandacht voor de aanbevelingen die wij hebben gedaan in ons rapport 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ' om de terminologie/bekostigingsregels in lijn te brengen met de Zvw. De NZa heeft eerder aangegeven deze aanbevelingen te betrekken in de doorontwikkeling van de productstructuur GGZ.

6.1.4

Gespecialiseerde GGZ (met verblijf langer dan 365 dagen)

Verder vragen wij de aandacht voor de zorg aan patiënten met een verblijf langer dan 365 dagen en korter dan 1096 dagen. Deze worden nu bekostigd met zorgzwaartepakketten (ZZP's) GGZ. Wij gaan er vanuit dat het de bedoeling is dat ook deze zorg wordt bekostigd met behulp van zorgclusters.

6.1.5

Aandachtspunten voor de uitvoeringspraktijk

Belangrijke aandachtspunten voor de uitvoeringspraktijk betreffen onder andere:

- De aansluiting op de zorgstandaarden inclusief criteria voor op- en afschalen en uitkomstmetingen/ROM;
- Draagvlak voor het Zorgclustermodel in de praktijk.

Het eerste punt is ook door partijen van de Agenda als belangrijk punt naar voren gebracht (zie paragraaf 3.2.4). De zorgclusters beschrijven de zorgvraag, maar zouden ook de daarbij behorende behandeling op hoofdlijnen in beeld moeten brengen. Dit bepaalt immers de keuze van een behandelaar voor een zorgcluster. Deze behandeling op hoofdlijnen dient aan te sluiten op de zorgstandaarden en richtlijnen.

Wellicht kan de in Engeland ontwikkelde gids⁴⁰, waarin mede op basis van NICE-richtlijnen de te verwachten interventies per zorgcluster worden beschreven, daarbij als voorbeeld dienen. De indicatieve beschrijving van de zorg die binnen een zorgcluster wordt geboden, wordt gebruikt bij de zorgverlening (beschrijven zorgpaden), de informatievoorziening aan patiënten (uitleg zorgcluster en de te verwachten behandeling) en bij het maken van afspraken over de inhoud en kosten van zorg. De samenhang tussen zorgclusters en zorgstandaarden (inclusief op- en afschalen) wordt momenteel door het project Doorontwikkeling productstructuur en de werkgroep Zorginhoud en Prestaties in samenspel met het NKO nader uitgewerkt. Datzelfde geldt voor de samenhang tussen review van de zorgclusters en uitkomstmetingen/ROM.

Een belangrijk ander aandachtspunt betreft draagvlak voor het Zorgclustermodel en het gebruik van de HoNOS⁺ in de praktijk. Het Zorgclustermodel heeft belangrijke consequenties voor de praktijk van de geneeskundige GGZ en de aanspraken en bekostiging. Beoogd wordt dat met het model het gesprek tussen cliënt en behandelaar beter wordt gefaciliteerd. Ook dient het Zorgclustermodel een goede basis te vormen voor contractering en declaratie. Tevens vormt het verminderen van de administratieve lasten een belangrijke toetssteen. Het is belangrijk om de komende periode bij het testen in de praktijk en het in al haar facetten doorontwikkelen van het Zorgclustermodel, vast te stellen of deze doelstellingen daadwerkelijk worden gerealiseerd. Het beschikken van een breed draagvlak bij alle betrokkenen, cliënten, behandelaren, zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de veranderingen is daarbij uiteraard essentieel.

6.1.6

Eerste beschouwing financiële consequenties

Op basis van de bij de koplopers verzamelde gegevens wordt in deel 2 een eerste beschouwing gemaakt van de financiële consequenties in relatie tot de aanspraken geneeskundige GGZ.

6.2

Planning deel 2

De planning is advies deel 2 eind 2018 uit te brengen onder voorwaarde dat tijdig kan worden beschikt over relevante gegevens uit koploperinstellingen en een (concept)eindversie van het Zorgclustermodel.

⁴⁰ www.mednetconsult.co.uk/ihmsec

7 Reacties op het consultatiedocument

7.1 Bestuurlijke consultatie belanghebbende partijen

Het conceptrapport is voor bestuurlijke consultatie schriftelijk voorgelegd aan patiënten-, branche- en beroepsorganisaties. De volgende partijen hebben hierop gereageerd:

1. Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)
2. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
3. Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL)
4. Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
5. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
6. GGZ Nederland
7. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)/Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

De reacties van deze partijen hebben wij als bijlage bij dit rapport gevoegd (bijlage 5). Hieronder gaan wij in op de hoofdlijnen van de ontvangen reacties.

7.1.1 Algemeen

In het algemeen kan worden gezegd dat partijen positief staan tegenover de gedachte achter het Zorgclustermodel. Men ziet het Zorgclustermodel als een kans om de transparantie en doelmatigheid binnen de geneeskundige GGZ te verbeteren. De bekostiging van de geneeskundige GGZ wordt gebaseerd op de daadwerkelijke zorgvraag en lijdensdruk van cliënten, in plaats van op de DSM-5 classificatie. Ernst van de stoornis, lijdensdruk en impact op het functioneren van de cliënt worden in het Zorgclustermodel vertaald naar zorgvraagzwaarte. Hiermee wordt een relatie gelegd tussen de problematiek en de benodigde hoeveelheid zorg. De zorgvraagzwaarte als uitgangspunt vinden partijen een waardevolle benadering.

7.1.2 Kansen

Een aantal elementen van het Zorgclustermodel hebben wij in dit rapport benoemd als kansen van het nieuwe systeem. Partijen onderschrijven deze kansen en benoemen in hun reactie nog meer kansen. Veel van deze kansen zijn terug te voeren op of inherent aan de ook door ons benoemde kansen. Nieuwe invalshoeken hebben wij toegevoegd aan ons rapport. Dat betreft bijvoorbeeld de kans dat het nieuwe Zorgclustermodel meer transparantie biedt, doordat;

- de relatie tussen daadwerkelijk geleverde zorg en het bedrag zichtbaar op de factuur wordt vergroot;
- er op voorhand meer bekend is over de kosten van de behandeling;
- er tussentijdse declaraties mogelijk zijn.

Enkele partijen benoemen ook de kans van het realiseren van een vergelijkbare benadering van aanspraken in de GGZ als in de somatiek. Doordat in het Zorgclustermodel de DSM-classificatie niet langer leidend is, kan aan de poortwachterfunctie van de huisarts, op eenzelfde manier als in de somatische zorg invulling worden gegeven. Belangrijke criteria zijn dan ernst, risico's, complexiteit en verloop van problematiek/klachten en niet langer (het vermoeden van) een DSM-stoornis, iets wat de huisarts op basis van zijn expertise niet gewoon is vast te stellen. Ook dit punt hebben wij toegevoegd aan het rapport.

7.1.3

Risico's

Een aantal elementen van het Zorgclustermodel hebben wij in dit rapport benoemd als risico's. Partijen kijken anders aan tegen deze risico's. Veel van de omschreven risico's zijn ook aanwezig in de huidige bekostigingsystematiek. Ook daarin is er niet altijd een hard onderscheid te maken tussen psychische stoornissen en psychische klachten. Partijen zijn van mening dat invoering van het Zorgclustermodel juist kansen biedt om deze risico's te verminderen. Daarnaast ziet men het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen als een weeffout in de huidige aanspraak. Het Zorgclustermodel biedt mogelijkheden om deze weeffout te corrigeren. Echter indien zorg om politieke redenen niet onder de aanspraak mag vallen, dan is het heel goed mogelijk dit binnen het Zorgclustermodel te repareren door aanpassing van vraag 8 van de HoNOS⁺-vragenlijst. In de reacties van partijen zien wij geen aanleiding om de door ons beschreven risico's aan te passen. In deel 2 zullen wij nader ingaan op het vraagstuk rond de aanpassingsstoornissen.

De problematiek rond de zorgclusters 1 en 2 wordt door partijen herkend, maar er wordt verschillend over gedacht. Eén partij is van mening dat deze twee clusters uitgesloten moeten worden van de aanspraak op geneeskundige GGZ. Een andere partij wijst op het risico van 'upcoding' als hiervoor wordt gekozen. Ook is men van mening dat de clusters 1 en 2 nodig zijn om de zorg te kunnen afschalen. Juist gezien dit verschil van mening tussen partijen is onze aanbeveling om de problematiek rond de zorgclusters 1 en 2 bij het testen van het Zorgclustermodel in de praktijk verder in kaart te brengen van belang. Op basis van dit inzicht kan naar oplossingen worden gezocht.

De volgende risico's hebben wij toegevoegd aan ons rapport.

Eén partij noemt het risico dat via het Zorgclustermodel ook psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen kan worden geboden vanuit de geneeskundige GGZ, terwijl deze zorg al integraal onderdeel uitmaakt van de somatisch medisch specialistische behandeling. Ook wat betreft de financiering. Dit duidt op een risico van ondoelmatige zorg en dubbele financiering.

Een ander risico dat wordt benoemd, is dat de pilots de huidige zorginzet gaan weergeven, waarbij lang niet altijd richtlijnconform wordt gewerkt. De vraag is dan of de pilots de juiste informatie opleveren over bijvoorbeeld de benodigde behandelinzet. De vraag of de pilots de juiste informatie op gaan leveren, zien ook wij als een risico. Vooral omdat op de achtergrond de huidige aanspraken en bekostiging geldt en ook op die wijze zal worden afgerekend. Zorg die nu niet tot de aanspraak behoort, zal tijdens de pilot evenmin worden geboden omdat deze niet wordt vergoed. Dat geeft mogelijk een vertekend beeld. Dit betekent dat bij de introductie van het Zorgclustermodel het monitoren van (eventuele onvoorziene) effecten van groot belang is; het vooralsnog blijven vastleggen van de DSM-classificatie is hierbij behulpzaam.

Een risico dat door de huisartsen wordt benoemd is dat een nieuw systeem wordt ingevoerd, terwijl de huisartsen net gewend zijn aan het huidige verwijssysteem naar generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. De huisartsen pleiten dan ook voor absolute helderheid over de nieuwe verwijsmogelijkheden.

7.1.4

Aanbevelingen

Partijen onderschrijven de noodzaak om het Zorgclustermodel verder door te ontwikkelen. Dit zal in eerste instantie dienen te gebeuren aan de hand van pilotfase 2. Aanpassing van vraag 8 van de HoNOS⁺-vragenlijst is waarschijnlijk relatief eenvoudig. De werkgroep Zorginhoud & Prestaties van de NZa kan meedenken wat hierin mogelijk is. Op welke wijze de clusters 1 en 2 worden toegepast in de context van de huidige geneeskundige GGZ zal duidelijk worden in pilotfase 2. Het is van belang gegevens over deze clusters in deze fase te verzamelen en de inhoud ervan nader te onderzoeken.

Partijen onderschrijven onze aanbeveling ten aanzien van het belang van een adequate diagnostiek/assessment en de bekostiging daarvan.

Over onze aanbeveling om de DSM-classificatie voorlopig te blijven vastleggen als voorwaarde voor het introduceren van het Zorgclustermodel in de praktijk, wordt door partijen verschillend gedacht.

Veel partijen vinden het van groot belang dat de DSM-classificatie in het kader van de behandeling vastgelegd blijft worden. Dit biedt mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek, (internationale) vergelijking en informatie-uitwisseling; een gemeenschappelijke taal. In het kader van de bekostiging en aanspraken achten veel partijen het vastleggen van de DSM-classificatie niet langer wenselijk (extra administratieve lasten, privacy-problemen, beperkingen van DSM-classificatie uit beheersperspectief).

Andere partijen zien nog wel een rol voor de DSM in het kader van bekostiging en aanspraken. Zij vinden dat de DSM-classificatie informatie biedt om de zorg en zorgaanbieders met elkaar te vergelijken en te bepalen of er sprake is van Zvw-zorg. Dat geldt te meer voor de overgangsfase waarin door het vastleggen van de DSM-classificatie het vergelijken/monitoren van zorggebruik tussen de oude en nieuwe situatie mogelijk blijft en dit voor de continuïteit en transitie van het zorginkoopproces van belang is.

Wij gaan er in ons advies ook vanuit dat in ieder geval in de overgangsfase vastlegging van de DSM-5 van belang blijft; over de (wijze van) informatie-uitwisseling dienen nog nadere afspraken te worden gemaakt.

De gegevens uit de pilotfase zijn hiertoe niet toereikend, omdat op voorhand niet is uit te sluiten dat de gegevens uit de pilots een vertekend beeld geven. De pilots worden weliswaar met het nieuwe Zorgclustermodel uitgevoerd, maar de aanspraak op zorg en bekostiging daarvan is nog gebaseerd op het oude systeem.

7.2

Reactie Nederlandse Zorgautoriteit

We hebben ook de NZa in de gelegenheid gesteld op het consultatiedocument te reageren. De NZa benadrukt dat het Zorgclustermodel nog steeds in ontwikkeling is. De beschreven kansen en risico's ziet de NZa daarom als aandachtspunten om mee te nemen in de al lopende of volgende fasen binnen het programma van het Zorgclustermodel.

De NZa constateert dat het Zorginstituut vooral risico's ziet in een specifiek onderdeel van de geneeskundige GGZ, namelijk de 'common diseases'. De risico's spitsen zich toe op vraag 8 van de HoNOS⁺-vragenlijst enerzijds, en de onrechtmatige toeleiding van zorg naar de zorgclusters 1 en 2 anderzijds. Hierbij trekt de NZa de voorzichtige conclusie dat de risico's en aanbevelingen die beschreven staan, niet gelden voor de andere cliëntengroepen uit superclusters II en III, te weten 'psychotische stoornissen' en 'organische stoornissen'. Deze clusters

hebben wij niet met behulp van casuïstiek beoordeeld, omdat wij inderdaad verwachten dat deze superclusters geen vragen oproepen met betrekking tot de aanspraak op geneeskundige GGZ. De NZa deelt deze conclusie en ziet dit als een belangrijke kans van het Zorgclustermodel. Dit betekent dat de oplossingen zich specifiek dienen te richten op cluster 1 en 2. De NZa kan zich dan ook vinden in onze aanbeveling om vraag 8 van de HoNOS⁺-vragenlijst verder aan te scherpen. De uitdaging is om de vragen zo scherp mogelijk te definiëren, zodat deze aansluiten op de aanspraken. Partijen zijn aan zet om in de komende periode het Zorgclustermodel zo aan te passen dat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd. De werkgroep Zorginhoud & Prestaties, kan meedenken wat mogelijk is in de doorontwikkeling van de (toeleiding naar) zorgclusters. Ook de NZa ziet het belang om de clusters 1 en 2 in pilotfase 2 goed te monitoren en de inhoud ervan te onderzoeken. Op die manier krijgt de NZa de plekken waar aanscherping noodzakelijk is, helder.

De NZa deelt de door ons beschreven kansen. Men voegt hieraan toe dat het Zorgclustermodel niet alleen kansen biedt voor de bekostiging, maar ook voor de afbakening van aanspraken. Het Zorgclustermodel biedt volgens de NZa – meer dan de huidige diagnoseclassificatie – mogelijkheden om de afbakening goed aan te passen op de aanspraken. Wij zullen hier in de komende periode over meedenken.

Wat betreft de door ons omschreven risico's stelt de NZa dat deze voortkomen uit een 'theoretische exercitie'. Praktijkdata – zoals deze worden verzameld in de pilots – zijn van groot belang om te toetsen in hoeverre deze risico's reëel zijn. Wij benadrukken dat op voorhand niet is uit te sluiten dat de gegevens uit de pilots een vertekend beeld geven. De pilots worden weliswaar met het nieuwe Zorgclustermodel uitgevoerd, maar de aanspraak op zorg en bekostiging daarvan is nog gebaseerd op het oude systeem. Het is dan de vraag in hoeverre de pilots de juiste informatie opleveren. Dit zal moeten blijken.

De NZa onderschrijft onze aanbeveling dat er uit het oogpunt van kwaliteit van zorg eisen moeten worden gesteld aan de diagnostiek/assessment en dat daarbij ook een adequate bekostiging hoort.

Voor de beantwoording van de vraag of de DSM-classificatie voorlopig vastgelegd moet blijven, zijn volgens de NZa twee zaken van belang:

- De reden waarom vastlegging van de DSM-classificatie noodzakelijk is;
- De regel waarin deze eventuele vastlegging beslag krijgt.

Volgens de NZa zijn er minder vergaande mogelijkheden dan het verplichten van de individuele vastlegging van de DSM-classificatie in het kader van de zorgclusters, om tegemoet te komen aan de waarborg van de toets op aanspraken en/of de door ons gesignaleerde risico's. Door het toevoegen van de juiste vragen aan het toeleidinginstrument is het mogelijk deze toets goed vorm te geven, zonder dat (voor de gehele GGZ) om deze reden een dergelijke verplichting wordt opgezet.

Wat betreft de informatievoorziening (voorkomen van trendbreuk etc.) onderzoekt de NZa of dit daadwerkelijk een individuele vastlegging en deling van de DSM-classificatie vereist. Mocht individuele vastlegging noodzakelijk zijn, dan is het de vraag of de NZa-regelgeving deze verplichting in het kader van het Zorgclustermodel kan bevatten, omdat hiertoe de grondslag ontbreekt. Dit zou wel mogelijk zijn gedurende een overgangperiode.

8 Besluit

Op 21 december 2017 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland het rapport 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)' vastgesteld.

Dit rapport heeft tot doel een bijdrage te leveren aan de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel, zodat dit nieuwe bekostigingsmodel beter zal aansluiten op de verzekerde aanspraken Zvw dan nu nog het geval is. Partijen zijn aan zet om in de komende periode het Zorgclustermodel zo aan te passen dat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd. De werkgroep Zorginhoud & Prestaties, kan meedenken wat mogelijk is in de doorontwikkeling van de (toeleiding naar) zorgclusters. Wij zullen de NZa en in het bijzonder de Werkgroep Zorginhoud & Prestaties zo goed mogelijk ondersteunen om relevante vragen uit het Zorgclustermodel zo scherp mogelijk te definiëren, zodat deze beter aansluiten op de verzekerde aanspraken.

Ook benadrukken wij het belang van een goede gedetailleerde gegevensverzameling om de consequenties van de introductie van het Zorgclustermodel op de aanspraak en bekostiging te kunnen bepalen. Zaken als de mate van gepast en ongepast gebruik, eventuele verdringing van zorg en de gevolgen voor administratieve lasten dienen in kaart te zijn gebracht om een gedegen advies uit te kunnen brengen over de invoering van het Zorgclustermodel (deel 2).

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer drs. A.H.J Moerkamp
Postbus 320
1110 XH DIEMEN

directoraat-generaal
Curatieve Zorg
directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Datum **15 DEC. 2016**
Betreft Nieuwe kijk op verzekerde aanspraken ggz

Kenmerk
1056068-158846-CZ

Uw brief
-

Bijlage(n)
-

Geachte heer Moerkamp,

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland is volop in beweging. Beroepsgroepen, aanbieders, verzekeraars en patiënten werken samen aan het bevorderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz. In de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz'¹ hebben partijen hierover afspraken met elkaar gemaakt. Een belangrijk doel van deze agenda is een niet vrijblijvende inzet op gepast gebruik en kwaliteit door de patiënt in staat te stellen een goed geïnformeerde keuze te maken, en door meer inzicht te bieden in de effectiviteit van geboden zorg. Hiervoor is onder andere een nieuwe bekostigingsystematiek nodig die deze ontwikkeling ondersteunt.

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Onder aanvoering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werken partijen aan deze nieuwe systematiek voor de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg. De bedoeling is dat deze nieuwe systematiek, beter dan nu het geval is, aansluit op de zorgvraagzwaarte en zorgbehoefte van patiënten. De belangrijkste drager voor de bekostiging van de gespecialiseerde ggz verschuift daarmee van de tijdsduur van de behandeling naar de zorgvraagzwaarte. Als basis voor deze nieuwe structuur dient een model dat in het Verenigd Koninkrijk al wordt gebruikt voor bekostiging van ggz (het 'Engelse model')². In dit model wordt gewerkt met circa 20 zogenaamde zorgclusters met "vaste evaluatiemomenten". De zorgclusters sluiten aan bij de zwaarte van de zorgvraag en de fasering van het ziekteverloop. Op de genoemde evaluatiemomenten, of zoveel eerder als nodig is, wordt in samenspraak met de patiënt bepaald of en zo ja welk zorgcluster voor de volgende periode van toepassing is en dus of de behandeling moet worden beëindigd, opgeschaald, met dezelfde intensiteit moet worden voortgezet, of afgeschaald. Tevens lijken deze zorgclusters de mogelijkheid te bieden om de zorgstandaarden, die nu worden ontwikkeld in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, hierbij te laten aansluiten. En het zou desgewenst mogelijk kunnen zijn de generalistische basis-ggz op een natuurlijke wijze in de zorgclusters op te nemen.

¹ TK 2015/2016 Kamerstuk 25424 nr. 292 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-292.html>

² TK 2015/2016 Kamerstuk 29515 nr. 371 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29515-371.html>



Ik vind dit een goede ontwikkeling, die ik van harte ondersteun. Een belangrijk aandachtspunt voor mij is de mate waarin het nieuwe bekostigingsmodel (inclusief prestatiebeschrijvingen en registratieverplichtingen) aansluit bij de huidige afbakening van het verzekerde pakket. Dit speelt immers een rol bij de controle of de geleverde zorg ook echt tot het verzekerde pakket behoort. In de regel volgt een bekostigingsvorm de verzekerde aanspraken. Ik heb de NZa daarom meegegeven dat de uitgewerkte bekostigingsstructuur onder andere moet voldoen aan macrobudgettaire beheersbaarheid passend binnen de geldende kaders, en dat de nieuwe structuur niet te complex moet zijn met het oog op administratieve lasten, fouten of fraudegevoeligheid¹. Inzet van uw kennis en expertise op het gebied van de verzekerde aanspraken acht ik daarbij noodzakelijk en ik verzoek u daarom de NZa op dit punt te ondersteunen. Gaandeweg zal moeten blijken of aanpassing van het beoogde bekostigingsmodel en eventueel aanverwante regelgeving nodig is om deze te laten aansluiten op de verzekerde aanspraken. Ik zal de NZa een afschrift van deze brief sturen en vragen aan dit aspect van de ontwikkeling expliciet aandacht te besteden in de reguliere voortgangsrapportages die het mij stuurt.

directoraat-generaal
Curatieve Zorg
directie Curatieve Zorg
Team D

Kenmerk
1056068-158846-CZ

In het verlengde van het voorgaande leg ik u een fundamentele vraag voor. Conform mijn verzoek heeft uw organisatie sinds 2011 steeds verder verduidelijkt wat medisch noodzakelijke ggz is en wat niet noodzakelijke (vormen van) ggz. Daarbij heeft u ook aangegeven wat te rekenen is tot de huisartsenzorg, wat tot de geneeskundige ggz, en wat tot de medisch specialistische zorg. Een belangrijk onderscheid dat u bij de uitleg van de verzekerde aanspraken ggz hanteert, is dat tussen klacht en stoornis (ziekte). Dit onderscheid is volgens u³ "principeel, maar in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig, zeker bij psychische problematiek". De *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders* (de DSM) biedt bij de uitleg het voornaamste houvast om dit onderscheid te maken. Dit handboek wordt in de ggz immers toegepast bij de zorgverlening, in het bijzonder het stellen van de diagnose (is er sprake van een psychische stoornis?).

U heeft in diverse adviezen⁴ aangegeven dat het gebruik van de DSM voor de huidige uitleg van de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz zijn beperkingen kent. Dit is kritiek die brede weerklank vindt in de sector, afgelopen jaren versterkt met de komst van de DSM-5. De *International Classification of Diseases* (de ICD) is volgens u geen geschikt alternatief⁵. En een ander door partijen gedragen instrument waarin de zorgbehoefte op gebied van psychische problemen met een voldoende mate van objectiviteit en consistentie kan worden vastgesteld, is evenmin voorhanden. Wel zijn partijen in de sector van mening dat de aanspraak ook rekening zou moeten houden met andere zaken die van invloed zijn op de zorgbehoefte en lijdensdruk van een patiënt, dan alleen de DSM-diagnose⁵.

U heeft eerder al aangegeven de ontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel voor de gespecialiseerde ggz nauw te volgen om te bezien of dit traject aanknopingspunten biedt voor een betere definiëring van de aanspraken. De eerste analyse van de NZa² over het 'Engelse model' geeft inzicht in de mogelijke werking van de zorgclusters, in het bijzonder wat betreft het indelen van patiënten, passend bij de zorgvraag van de patiënt.

³ De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, Zorginstituut Nederland, 2014 (p.11)

⁴ 'Geneeskundige GGZ deel 1', 'Geneeskundige GGZ deel 2', 'De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' en 'Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen'

⁵ Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen', Zorginstituut Nederland, 2016 (p.15)



Het wordt door de partijen als een grote vooruitgang beschouwd dat de rol van psychosociale en overige (contextuele) factoren daarbij meegenomen kan worden. Aan de exacte indeling in clusters liggen wetenschappelijke vragenlijsten, alsmede het oordeel van een professional, ten grondslag.

Naar aanleiding hiervan vraag ik u om te onderzoeken of de gedachte achter het bekostigingsmodel, dat uitgaat van zorgvraagzwaarte, en de bijbehorende indicatietechniek(en) betere aanknopingspunten bieden om de verzekerde aanspraken (geneeskundige) ggz uit te leggen en te duiden, dan de huidige uitleg op basis van de DSM. Ik verzoek u inzichtelijk te maken of dit het geval is en zo ja welke verschillen in uitleg – inhoudelijk en budgettair – er uit voortkomen ten opzichte van de huidige uitleg. Ook vraag ik u of de DSM voor dit doeleinde dan kan worden losgelaten. Ik verzoek u hierbij ook andere aandachtspunten voor de uitvoeringspraktijk in beeld te brengen. Ik denk daarbij in elk geval aan de huidige (door)ontwikkeling van zorgstandaarden en uitkomstindicatoren, en geldende transparantieverplichtingen.

Ik realiseer mij dat het beantwoorden van deze fundamentele vraag nauw verweven is met de ontwikkeling van het bekostigingsmodel zelf, en vice versa. Ik verzoek u dan ook om, bij het beantwoorden van deze vraag, in elk geval de NZa en alle bij deze ontwikkeling betrokken partijen nauw te betrekken. Met het oog op de voorgenomen invoering van het nieuwe bekostigingsmodel en de planning die de NZa daarvoor hanteert, verzoek ik daarnaast ook om hoge prioriteit aan dit verzoek te geven en uw rapport in 2017 uit te brengen. Mocht dit niet haalbaar blijken, verzoek ik u mij daar tijdig en onderbouwd van op de hoogte te stellen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

directoraat-generaal
Curatieve Zorg
directie Curatieve Zorg
Team D

Kenmerk
1056068-158846-CZ

Bijlage 2

Uitleg aanspraken geneeskundige GGZ op basis van DSM-5 classificatie

Algemeen

Per 1 januari 2017 worden de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ geduid en uitgelegd op grond van de DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). De DSM-5 wordt daarmee ook leidend voor de klinische praktijk. Het Zorginstituut heeft de afgelopen jaren verschillende duidingen uitgebracht, over wat wel of niet verzekerde zorg is in de geneeskundige GGZ en ten laste van welk financieel kader GGZ interventies gebracht moeten worden.

In ons Rapport *'Geneeskundige GGZ deel 2; Op weg naar een toekomstbestendige GGZ'* van 11 juli 2013 hebben wij alle "oude" classificaties uit de DSM-IV TR beoordeeld. De inhoudelijke herordening van de DSM-IV stoornissen in het nieuwe handboek DSM-5 heeft geen invloed op die duidingen ook al heet de stoornis soms anders. Wat wij toen geduid hebben als geen te verzekeren geneeskundige GGZ blijft geen geneeskundige GGZ, een enkele uitzondering daargelaten.

In ons Rapport *'De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering'* van 22 december 2014 hebben wij de "nieuwe" classificaties, die dus niet al in de DSM-IV TR voorkwamen, geduid. Tenslotte hebben wij op 12 januari 2016 het Rapport *'Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel 'Andere gespecificeerde stoornissen'* uitgebracht. In onze rapporten geven we een begrenzing aan van de binnen de Zorgverzekeringswet verzekerde GGZ en daarbinnen het deel dat we geneeskundige GGZ noemen. Daarmee geven we tevens een afbakening ten opzichte van interventies die weliswaar op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg liggen, maar die deel uitmaken van andere (ook Zvw verzekerde) zorgsectoren waar huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben.

Door de overgang naar de DSM-5 met ingang van 2017 voor zowel de pakketafbakening als de bekostiging is er bij partijen behoefte aan meer helderheid over de aanspraken in het kader van de geneeskundige GGZ. Om deze reden heeft het Zorginstituut een tabel opgesteld uitgaande van de DSM-5 classificatie, gebaseerd op standpunten uit onze eerdere rapporten. Hierin zijn de standpunten die we eerder innamen ten aanzien van DSM-IV-classificaties vertaald naar DSM-5-classificaties.

De tabel is van toepassing op cliënten van 18 jaar en ouder. De behandeling van psychische problematiek bij jeugdigen valt onder de Jeugdwet. In de kolom 'Bekostigingskader' worden verschillende Zvw-aanspraken benoemd. Het gaat dan om zorg zoals huisartsen, (somatisch) medisch specialisten, klinisch psychologen die plegen te bieden. Met de aanspraak op geneeskundige GGZ duiden we de zorg, zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden.

De in de DSM-IV omschreven stoornissen NAO (Niet Anderszins Omschreven) zijn in de DSM-5 vervangen door de 'Andere gespecificeerde stoornis' en de 'Ongespecificeerde stoornis'. De mogelijkheid om op deze classificaties te schrijven, komt vrijwel bij alle omschreven stoornissen voor. Wij hebben geconstateerd dat bij de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' is voldaan aan de definitie van een stoornis, en dat het niet gaat om patiënten met subklinische problemen. De classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' dient net als de stoornissen NAO in de DSM-IV toegang te geven tot de verzekerde GGZ. Bij de classificatie 'Ongespecificeerde stoornis' is er sprake van dat de clinicus nog onvoldoende informatie heeft om de stoornis te kunnen classificeren. Deze classificatie is geen eindclassificatie en behandeling kan tijdelijk vergoed worden, bijvoorbeeld in acute situaties.

Onder de tabel zullen wij enkele onderdelen nader toelichten.

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹		
1.	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen²	Verstandelijke beperkingen Communicatiestoornissen Autismespectrumstoornis Aandachtsdeficiëntie/ Hyperactiviteitsstoornissen Specifieke leersstoornis Alle motorische stoornissen met uitzondering van: o Coördinatieontwikkelingsstoornis	Wlz Zvw Zvw Zvw Onderwijs Jeugdwet Zvw Zvw	Afhankelijk van de ernst van de beperking kan sprake zijn van een Wlz-grondslag. Informatie hierover vindt u in het Wlz-kompas ³ (zie toelichting) Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Hulp bij leerstoornissen vindt plaats vanuit het onderwijs. Behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie voor jeugdigen tussen 7 en 12 jaar valt onder de Jeugdwet. (zie toelichting) Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg

¹ Dit bekostigingskader is van toepassing op cliënten van 18 jaar en ouder. Alleen als het gaat om stoornissen die in het algemeen alleen bij kinderen voorkomen geven we dat aan.

² Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2 'Op weg naar een toekomstbestendige GGZ' d.d. 10 juli 2013: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2013/07/11/advies-geneeskundige-geestelijke-gezondheidszorg-deel-2>

³ Zie Wlz-kompas/toegang tot de Wlz op de site van het Zorginstituut: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg>

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
1.	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen²	Andere gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	Zvw Huisartsenzorg Behandeling in de geneeskundige GGZ alleen bij: > andere autismespectrumstoornissen > andere stereotype bewegingsstoornissen (zie toelichting)
2.	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen²	Alle Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	Zvw Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
3.	Bipolaire stemmingsstoornissen²	Alle bipolaire stemmingsstoornissen	Zvw Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹		
4.	Depressieve stemmingsstoornissen²	<p><i>Alle</i> depressieve stemmingsstoornissen met uitzondering van:</p> <ul style="list-style-type: none"> o disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis⁴ o premenstruele stemmingsstoornis (PMSS)⁴ 	<p>Zvw</p> <p>Zvw Jeugdwet</p> <p>Zvw</p>	<p>Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ</p> <p>Huisartsenzorg Deze stoornis is alleen van toepassing op kinderen en jeugdigen. Voor volwassenen is het van belang de diagnose en classificatie te evalueren; geen geneeskundige GGZ. <i>(zie toelichting)</i></p> <p>Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg. <i>(zie toelichting)</i></p>
5.	Angststoornissen²	<i>Alle</i> angststoornissen	Zvw	<p>Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Geneeskundige GGZ bij 'specifieke fobie' alleen in frequent voorkomende situaties of bij bloed-, letsel- of injectiefobie <i>(zie toelichting)</i>.</p>

⁴ De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering d.d 16 december 2014: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2014/12/22/de-nieuwe-dsm-5-en-de-gevolgen-voor-de-verzekering>

DSM 5 hoofdgroep

Type stoornis

Bekostigingskader¹

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹
6.	<p>Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen⁴</p> <p><i>Alle obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen.</i></p> <p>Voor onderstaande stoornissen gelden aanvullende voorwaarden voor behandeling in de geneeskundige GGZ.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verzamelstoornis ○ Excoriatiestoornis (huidpulkstoornis) ○ Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een somatische aandoening 	<p>Zvw</p> <p>Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ</p> <p>Zvw</p> <p>Huisartsenzorg Behandeling in de geneeskundige GGZ alleen als sprake is van: - excessief verwerven, en - gering of ontbrekend realiteitsbesef/ waanovertuigingen (<i>zie toelichting</i>)</p> <p>Zvw</p> <p>Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg Behandeling in de geneeskundige GGZ alleen bij ernstige lichamelijke complicaties (<i>zie toelichting</i>)</p> <p>Zvw</p> <p>Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ. Indien geneeskundige GGZ nodig is, dient de somatische zorg erbij betrokken te blijven (<i>zie toelichting</i>)</p>

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
7. Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen²	Reactieve hechtingsstoornis	Zvw Jeugdwet	Huisartsenzorg Deze stoornis komt voor bij kinderen in de zuigelingenleeftijd of vroege kindertijd (zie toelichting)
	Ontremd-sociaalcontactstoornis	Zvw Jeugdwet	Huisartsenzorg Deze stoornis kan alleen worden vastgesteld bij kinderen met een ontwikkelingsniveau van tenminste 9 maanden (zie toelichting)
	Posttraumatische-stressstoornis	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
	Acute stress-stoornis	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ (zie toelichting)
	Aanpassingsstoornissen	Nee	Behandeling wettelijk uitgesloten (zie toelichting)
	Andere en ongespecificeerde trauma en stressorgerelateerde stoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
8. Dissociatieve stoornissen²	Alle dissociatieve stoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹		
9.	Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen²	<i>Alle</i> somatische-symptoomstoornissen en aanverwante stoornissen, met uitzondering van <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden 	Zvw Nee	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Deze problemen kunnen bij een DSM-classificatie gecodeerd worden maar niet als hoofddiagnose (<i>zie toelichting</i>)
10.	Voedings- en eetstoornissen²	<i>Alle</i> voedings- en eetstoornissen, met uitzondering van; <ul style="list-style-type: none"> ○ Lichte eetbui⁴ (1 tot 3 eetbui-episoden per week) 	Zvw Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Huisartsenzorg Behandeling in de geneeskundige GGZ alleen als sprake is van de specificatie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Matig (4 tot 7 eetbui-episoden per week) ○ ernstig (8 tot 13 eetbui-episoden per week) ○ zeer ernstig (14 of meer eetbui-episoden per week)
11.	Stoornissen in de zindelijkheid²	<i>Alle</i> stoornissen in de zindelijkheid	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg
12.	Slaap-waakstoornissen²	<i>Alle</i> slaap-waakstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg (<i>zie toelichting</i>)

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹		
13.	Seksuele disfuncties²	Alle seksuele disfuncties	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg (zie toelichting)
14.	Genderdysforie²	Genderdysforie bij volwassenen	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ
15.	Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen²	Alle disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
16.	Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen²	Alle middelengerelateerde en verslavingsstoornissen met uitzondering van: <ul style="list-style-type: none"> o Cafeïneonttrekkingssyndroom⁴ o Tabaksgelateerde stoornissen⁵ 	Zvw Zvw Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg Zorg bij het 'Stoppen met rokenprogramma' is als afzonderlijke te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringwet opgenomen, namelijk onder artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv). Zie ook Beleidsregel BR/CU-7073 en Nadere Regel NR/CU-713 van de NZa.

⁵ Rapport 'Stoppen-met-roken-programma': te verzekeren zorg, d.d. 21 april 2009: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2009/04/21/stoppen-met-rokenprogramma---te-verzekeren-zorg>

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
17. Neurocognitieve stoornissen	Delirium ²	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ: bij voorkeur PAAZ/PUK (<i>zie toelichting</i>)
	Uitgebreide neurocognitieve stoornissen ⁴	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ (<i>zie toelichting</i>)
	Beperkte neurocognitieve stoornissen ⁴	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg (<i>zie toelichting</i>)
18. Persoonlijkheidsstoornissen²	Alle persoonlijkheidsstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
19. Parafiele stoornissen²	Alle parafiele stoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
20. Overige psychische stoornissen	Andere en ongespecificeerde psychische stoornissen door een somatische aandoening ²	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ
	Andere gespecificeerde psychische stoornis	Nee	De DSM-5 biedt bij vrijwel alle stoornissen de mogelijkheid om te schrijven op 'andere gespecificeerde stoornissen'. Deze codering heeft daarmee geen toegevoegde waarde.
	Ongespecificeerde psychische stoornis ⁴	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
21. Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie	Alle bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ; mensen die al geruime tijd niet onder behandeling zijn in de geneeskundige GGZ omdat zij stabiel zijn, kunnen als zich toch bijwerkingen van medicatie voordoen voor een consult naar de psychiater (<i>zie toelichting</i>)
22. Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn²	Alle andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Nee	Deze problemen kunnen bij een DSM-classificatie gecodeerd worden maar niet als hoofddiagnose

Toelichting op enkele onderdelen van de tabel

Ad 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

1.1 Verstandelijke beperkingen

Afhankelijk van de ernst van de verstandelijke beperking kan sprake zijn van een Wlz-grondslag (Wet langdurige zorg). De Wlz is gericht op mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege:

- een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of
- een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Voor de criteria voor een Wlz-grondslag verstandelijke handicap verwijzen wij u naar het Wlz-kompas op onze site.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/t/toegang-tot-wlz-zorg>

1.2 Specifieke leerstoornis

Hulp bij leerstoornissen vindt in Nederland plaats vanuit het onderwijs en niet vanuit de geneeskundige GGZ. Passend onderwijs is niet alleen ingevoerd in het regulier en speciaal basis- en voortgezet onderwijs, maar ook in het middelbaar beroepsonderwijs (MBO). Met ingang van 1 januari 2015 is de dyslexiezorg overgeheveld van de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet.

1.3 Andere gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

De rubriek andere gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornissen is van toepassing op klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een neurobiologische ontwikkelingsstoornis beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de categorie neurobiologische ontwikkelingsstoornissen.

Deze rubriek heeft betrekking op *alle* neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, dus ook op stoornissen die niet in de geneeskundige GGZ worden behandeld (bijv. communicatiestoornissen) of stoornissen die niet tot het domein van de Zvw behoren (bijv. specifieke leerstoornis). Andere gespecificeerde neurobiologische stoornissen kunnen alleen in de geneeskundige GGZ worden behandeld als het gaat om classificaties die tot het domein van de geneeskundige GGZ behoren. Een aantal van deze stoornissen kent een eigen 'andere gespecificeerde classificatie'. Dit geldt voor de classificaties 'aandachtsdeficiëntie/hyperactiviteitsstoornissen' en 'ticstoornissen'. Daarom is de rubriek 'andere gespecificeerde neurobiologische stoornissen' in de tabel beperkt tot 'andere autismespectrumstoornissen' en 'andere stereotype bewegingsstoornissen'.

Ad 4 Depressieve stemmingsstoornissen

4.1 Disruptieve stemmingsstoornissen

De stoornis is in het hoofdstuk van de depressieve stemmingsstoornissen opgenomen om te voorkomen dat iemand op (zeer jonge) kinderleeftijd de classificatie bipolaire stoornis opgeplakt krijgt. Omdat in de DSM 5 aangegeven wordt dat deze stoornis niet meer dient te worden gesteld na het 18^e jaar valt deze stoornis niet binnen het kader voor de volwassen geneeskundige GGZ.

4.2 Premenstruele stemmingsstoornis

De voornaamste kenmerken van de premenstruele stemmingsstoornis zijn uitingen van stemmingslabiliteit, prikkelbaarheid, somberheid en angstklachten die zich herhaaldelijk voordoen tijdens de premenstruele fase van de cyclus en die rond het begin van de menstruatie, of kort daarna, weer afnemen. Het verschil met het Premenstrueel syndroom (PMS) zou vooral gelegen zijn in het feit dat er bij het PMS geen sprake hoeft te zijn van affectieve symptomen. Gezien het classificatiecriterium dat de depressieve klachten ontstaan vóór de menstruatie en weer verdwijnen ná de menstruatie is het evident dat de hormonale schommelingen een grote rol spelen bij deze stemmingsstoornis. De NVOG heeft een richtlijn

Premenstrueel Syndroom (2012) ontwikkeld. Hierin wordt gebruik gemaakt van de Daily Record of Severity of Problems die ook wordt vermeld bij de diagnostische markers in de DSM-5-classificatie PMSS. Gezien de overlap in symptomen en diagnostiek tussen PMS en PMSS zijn wij van mening dat huisarts en gynaecoloog aan zet zijn bij de behandeling van deze stoornis. De huisarts kan uiteraard een GGZ-professional consulteren. Wij rekenen de behandeling van deze stemmingsstoornis niet tot de geneeskundige GGZ.

Ad 5 Angststoornissen

5.1 Specifieke fobie

Behandeling van angststoornissen is onderdeel van de aanspraak geneeskundige GGZ. Een uitzondering maken we voor de specifieke (enkelvoudige) fobie. In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2011) is een beslisboom voor interventies opgenomen. Voor de specifieke fobie geldt op basis van deze richtlijn dat eerst de huisarts/POH GGZ aan zet is en pas bij onvoldoende resultaat wordt doorverwezen naar de geneeskundige GGZ. Men gaat ervan uit dat bij een specifieke fobie (dier, natuur of overige type fobie) in niet-frequent voorkomende situaties incidenteel slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) geïndiceerd zijn. Bijvoorbeeld bij vliegangst als iemand toch gaat vliegen. De behandeling van deze fobieën is onderdeel van de huisartsenzorg, maar de benzodiazepinen zelf kunnen in deze situaties niet worden vergoed vanuit de basisverzekering. Vanaf 1 januari 2009 is de vergoeding van benzodiazepinen vanuit de basisverzekering komen te vervallen. Alleen voor een kleine groep patiënten is de vergoeding vanuit de basisverzekering blijven bestaan. In frequent voorkomende situaties of bij bloed- letsel- of injectiefobie komt behandeling binnen een gespecialiseerde setting voor angststoornissen voor vergoeding in aanmerking, maar alleen als de eerdere interventies zijn doorlopen.

Ad 6 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

6.1 Verzamelstoornis

Wij rekenen de behandeling van de verzamelstoornis niet onder de geneeskundige GGZ, tenzij sprake is van de specificaties:

- o excessief verwerven, *en*
- o gering of ontbrekend realiteitsbesef/waanovertuigingen.

Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandeling bij obsessieve-compulsieve stoornissen. Er is een zorgstandaard 'Angststoornissen' in ontwikkeling, waarin de obsessieve-compulsieve stoornis wordt meegenomen (2017).

6.2 Excoriatiestoornis (huidpulkstoornis)

Primair valt behandeling van deze stoornis onder de huisartsenzorg en (somatisch) medisch specialistische (huidartsen)zorg, zonodig ondersteund door de medisch psychologische zorg in een algemene ziekenhuis. Bij ernstige lichamelijke complicaties kan de geneeskundige GGZ aangewezen zijn. Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandeling bij obsessieve-compulsieve stoornissen. Er is een zorgstandaard 'Angststoornissen' in ontwikkeling, waarin de obsessieve-compulsieve stoornis wordt meegenomen (2017).

6.3 Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een somatische aandoening

De voornaamste kenmerken zijn significante symptomen van een obsessieve-compulsieve of verwante stoornis (huidpulken, haar uittrekken of andere repetitieve handelingen) als een direct pathofysiologisch gevolg van een relevante somatische aandoening. Het beloop is afhankelijk van het verloop van de somatische aandoening. De behandeling van deze stoornis valt primair onder de somatische zorg (huisartsenzorg en somatische medisch specialistische zorg). We zijn van mening dat als er ook geneeskundige GGZ nodig is, de somatische zorg erbij betrokken moet blijven.

Ad 7 Trauma- en stressgerelateerde stoornissen

7.1 Reactieve hechtingsstoornis en ontremd-sociaalcontactstoornis

De DSM-IV-classificatie reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd had twee subtypen: het geremde type en het ontremde type. In de DSM-5 zijn deze subtypen nu gesplitst in twee afzonderlijke stoornissen: de reactieve hechtingsstoornis en de ontremdsociaalcontactstoornis. Het betreft hier stoornissen die alleen voorkomen bij kinderen.

7.3 Acute stress-stoornis

Deze stoornis duurt volgens de criteria van de DSM-IV maximaal vier weken en heeft op zich een natuurlijk beloop. In de multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen' (2007) wordt echter het volgende aangegeven: 'De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor getroffen personen met een acute stress-stoornis (ASS) of ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gedurende de eerste maand na een schokkende gebeurtenis'. Gelet op de specifieke aanbeveling van een specialistische interventie bij ASS en het feit dat PTSS tot verzekerde GGZ behoort, valt ook de ASS onder de aanspraak voor geneeskundige GGZ.

7.4 Aanpassingsstoornissen

De behandeling van aanpassingsstoornissen is door de minister van VWS met ingang van 1 januari 2012 uitgesloten van de zorg in het kader van de Zvw.

Ad 9 Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen

9.1 Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden

De classificatie 'Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden' viel onder de DSM IV TR onder het hoofdstuk 'Andere aandoeningen en problemen die een reden tot zorg kunnen zijn'. Het gaat hier onder andere om de zogenaamde V-codes. Over V-codes hebben wij het standpunt ingenomen dat deze als *hoofddiagnose* geen aanspraak geven op geneeskundige GGZ, maar deze factoren kunnen wel bij een DSM-classificatie gecodeerd worden.

Ad 10 Voedings- en eetstoornissen

10.1 Eetbuiestoornis

Het hoofdkenmerk hiervan is de recidiverende eetbui-episode die gedurende drie maanden gemiddeld minstens eenmaal per week plaatsvindt met het gevoel van geen beheersing te hebben over het eten tijdens de episode. Onder een 'eetbui-episode' wordt verstaan het meer eten in een bepaalde tijdsperiode dan normaal geacht wordt.

De DSM-5 beschrijft de eetbui-stoornis gedetailleerd; de volgende specificaties zijn opgenomen '*gedeeltelijk of volledig in remissie*' en een specificatie van de ernst in 4 gradaties:

- o **Licht** (1 tot 3 eetbui-episoden per week);
- o **Matig** (4 tot 7 eetbui-episoden per week);
- o **Ernstig** (8 tot 13 eetbui-episoden per week);
- o **Zeer ernstig** (14 of meer eetbui-episoden per week).

De Richtlijn eetstoornissen (2006) is summier over eetbuien. De behandeling van de eetbuiestoornis kan onder de verzekerde geneeskundige GGZ vallen mits voldaan wordt aan de specificatie matig, ernstig of zeer ernstig. De behandeling van obesitas valt niet onder de geneeskundige GGZ. Zorgstandaard eetstoornissen is in ontwikkeling (2017).

Ad 12 Slaap-waakstoornissen

Slaapstoornissen (sec) dienen primair te worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Bij langdurende slapeloosheid met ernstige lijdensdruk kan de huisarts verwijzen naar een slaap-/waakcentrum. Wij baseren ons daarbij op de NHG-Standaard Slaapproblemen en

slaapmiddelen (2014). Deze standaard zet in op gedragsmatige behandeling van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk bij voorkeur door de praktijkondersteuner (POH) GGZ. In deze standaard is aangegeven welke patiënten in aanmerking komen voor verwijzing of consultatie. Indien er een (andere) psychische stoornis (bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis) ten grondslag ligt aan de slaapproblemen, kunnen deze vanuit de geneeskundige GGZ worden behandeld. In dat geval dient deze andere psychische stoornis de hoofddiagnose te zijn.

Ook de behandeling van de nieuwe DSM 5 classificaties 'remslaapgedragsstoornis' en het 'rustelozebenen syndroom' vinden primair plaats in de huisartsenzorg en de (somatisch) medisch specialistische zorg.

Ad 13 Seksuele disfuncties

Seksuologische zorg valt in beginsel niet onder de geneeskundige GGZ. Bij de meeste seksuele disfuncties spelen zowel biologisch-fysieke als psychologische en mogelijk ook sociale factoren een rol. Veel van deze stoornissen kunnen uitstekend behandeld worden binnen de huisartsenpraktijk. Zo nodig vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats. De diagnostiek en behandeling zijn in elk geval onderdeel van de somatisch medisch-specialistisch zorg, waarbij een nauwe samenwerking met seksuologen en psychologen/psychotherapeuten borg staat voor een integrale benadering.

De situatie bij verwijzing door de huisarts is als volgt:

- > bij seksuele dysfuncties die samenhangen met een somatische stoornis kan de huisarts zonedig doorverwijzen naar de somatisch medisch specialist.
- > bij seksuele dysfuncties die samenhangen met een psychische stoornis kan de huisarts doorverwijzen naar de geneeskundige GGZ.
- > seksuele disfuncties die *niet* samenhangen met een somatische of psychische stoornis kunnen in de huisartsenpraktijk worden behandeld; de huisarts kan wel verwijzen naar een andere zorgaanbieder, maar dan komen de kosten van die behandeling voor eigen rekening van de cliënt.

In geval van een volwassene met seksuele disfuncties en een verleden van seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag is het van belang dat door de huisarts goed gekeken wordt wat er aan de hand is. Mocht de huisarts een vermoeden hebben dat een traumatische ervaring een rol speelt, kan deze verwijzen naar de geneeskundige GGZ voor een adequate diagnose van eventueel PTSS. Indien daar sprake van is, is behandeling daarvan in de geneeskundige GGZ geïndiceerd. Seksuele disfuncties kunnen in die behandeling meegenomen worden. Indien geen sprake is van PTSS, dient er terugverwijzing plaats te vinden en kan de huisarts en/of POH-GGZ de klachten behandelen.

In de DSM 5 is de zorg voor genderdysforie en parafiele stoornissen in een aparte classificatie opgenomen (zie tabel onder 14 en 19). Voor deze stoornissen kan behandeling in de geneeskundige GGZ geïndiceerd zijn.

Ad 17 Neurocognitieve stoornissen

In dit hoofdstuk van de DSM 5 classificatie wordt een spectrum van cognitieve en functionele beperkingen beschreven. Naast de classificatie 'delirium' wordt onderscheid gemaakt tussen 'beperkte neurocognitieve stoornissen' en 'uitgebreide neurocognitieve stoornissen'.

Delirium

Het delier is per definitie een organisch psychiatrische stoornis en altijd het gevolg van cerebrale ontregeling door een lichamelijke aandoening of gebruik van middelen. In de Richtlijn Delier volwassenen en ouderen van de NVvP (2013) is het volgende vermeld. "Bij een zeer ernstig delier waarbij ook forse agitatie of bewegingsdrang op kan treden met onverantwoord wegloupedrag tot gevolg en waarbij de zorg voor de patiënt zelf of voor anderen in gevaar komt, kan een kortdurende overplaatsing naar een geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (GAAZ), indien aanwezig, overwogen worden, ondanks het mogelijk

negatief effect op verandering van vertrouwde omgeving (Ahmed et al., 2010). Als alternatief voor niet anders afwendbaar gevaar ten gevolge van de gedragsproblematiek kan plaatsing in een psychiatrische setting overwogen worden. Hierbij heeft een afdeling binnen het algemeen ziekenhuis met gecombineerde psychiatrische en somatische expertise de absolute voorkeur boven plaatsing in een psychiatrische kliniek buiten het algemeen ziekenhuis. Verschillende opties zijn hiervoor denkbaar, afhankelijk van lokale voorzieningen en ontwikkelingen. Gedacht kan worden aan een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of aan een zogenaamde MedPsych of PsychMed Unit (MPU of PMU); dit zijn multidisciplinair georganiseerde afdelingen waar somatisch specialisten en psychiaters gezamenlijk patiënten behandelen (George et al., 2011)."

In de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol'(2009) wordt op pagina 9 vermeld: "Bij delirant beeld zal overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een algemeen ziekenhuis moeten plaatsvinden."

De NHG standaard Delier bij ouderen (eerste herziening 2014) vermeldt: "Indien verwijzing of opname geïndiceerd is, verwijst de huisarts naar een (niet-psychiatrisch) ziekenhuis".

Gelet op deze richtlijnen dient de behandeling van een delier bij voorkeur plaats te vinden op de afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of op de afdeling psychiatrie van een universitair ziekenhuis (PUK).

Beperkte cognitieve stoornissen

Bij de beperkte cognitieve stoornissen bestaat het gevaar van onder en overrapportage en zijn beoordelingen van betrokkene zelf en objectieve aanwijzingen uit bijv. tests vereist. Dit gaat veelal over ouderen die zich zorgen maken over hun geheugen. Behandeling geschiedt door huisarts (psycho-educatie). De huisarts kan de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde, neuroloog of GGZ-professional consulteren mede afhankelijk van de ter plekke georganiseerde zorgketen. Het kan van belang zijn een eventuele depressieve stoornis als oorzaak van de geheugenproblemen uit te sluiten. Als er sprake is van een depressie kan geneeskundige GGZ aangewezen zijn. De 'Zorgstandaard Dementie' is opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

Uitgebreide neurocognitieve stoornissen

Deze komen overeen met de classificatie 'Dementie' in de DSM IV. Hierbij zijn wel evidente onderliggende neuropathologie en vaak ook etiologie vast te stellen zoals 'met lewylichaampjes', 'door Hiv infectie', 'door ziekte van Parkinson' en 'door ziekte van Huntington'.

De zorg bij uitgebreide neurocognitieve stoornissen wordt bij voorkeur aangeboden vanuit de ketenaanpak (huisarts, medisch specialistische zorg, wijkverpleging, verpleeghuis en GGZ). geneeskundige GGZ is met name aan de orde om te bepalen of er sprake is van een psychische stoornis en bij de behandeling van gedragsstoornissen. De 'Zorgstandaard Dementie' is opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

Ad 21 Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie

De DSM 5 classificatie 'bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie' werd in de DSM IV 'bewegingsstoornis door medicamenten teweeggebracht' genoemd. Deze stoornissen vielen onder het hoofdstuk 'Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn'. Ten aanzien van deze categorie aandoeningen/problemen hebben we in het 'Advies geneeskundige GGZ deel 2' gesteld, dat deze als *hoofddiagnose* geen aanspraak geven op geneeskundige GGZ, maar dat deze factoren wel bij een DSM-classificatie kunnen worden gecodeerd. De reden dat we hier voor de DSM-classificatie 'bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie' van het oude standpunt afwijken, is dat het hier in feite niet gaat om psychische stoornissen. Cliënten kunnen al geruime tijd niet meer onder behandeling zijn in de geneeskundige GGZ om dat zij stabiel zijn. Als er zich later toch bijwerkingen van medicatie voordoen, dan kan de psychiater deze classificatie gebruiken en hoeft hij/zij niet terug te grijpen op de classificatie van de oorspronkelijke psychische stoornis.

Beschrijving zorgclustermodel ggz

Voor deelnemers aan pilotfase 2

Inhoud

In document treft u de volgende informatie aan:

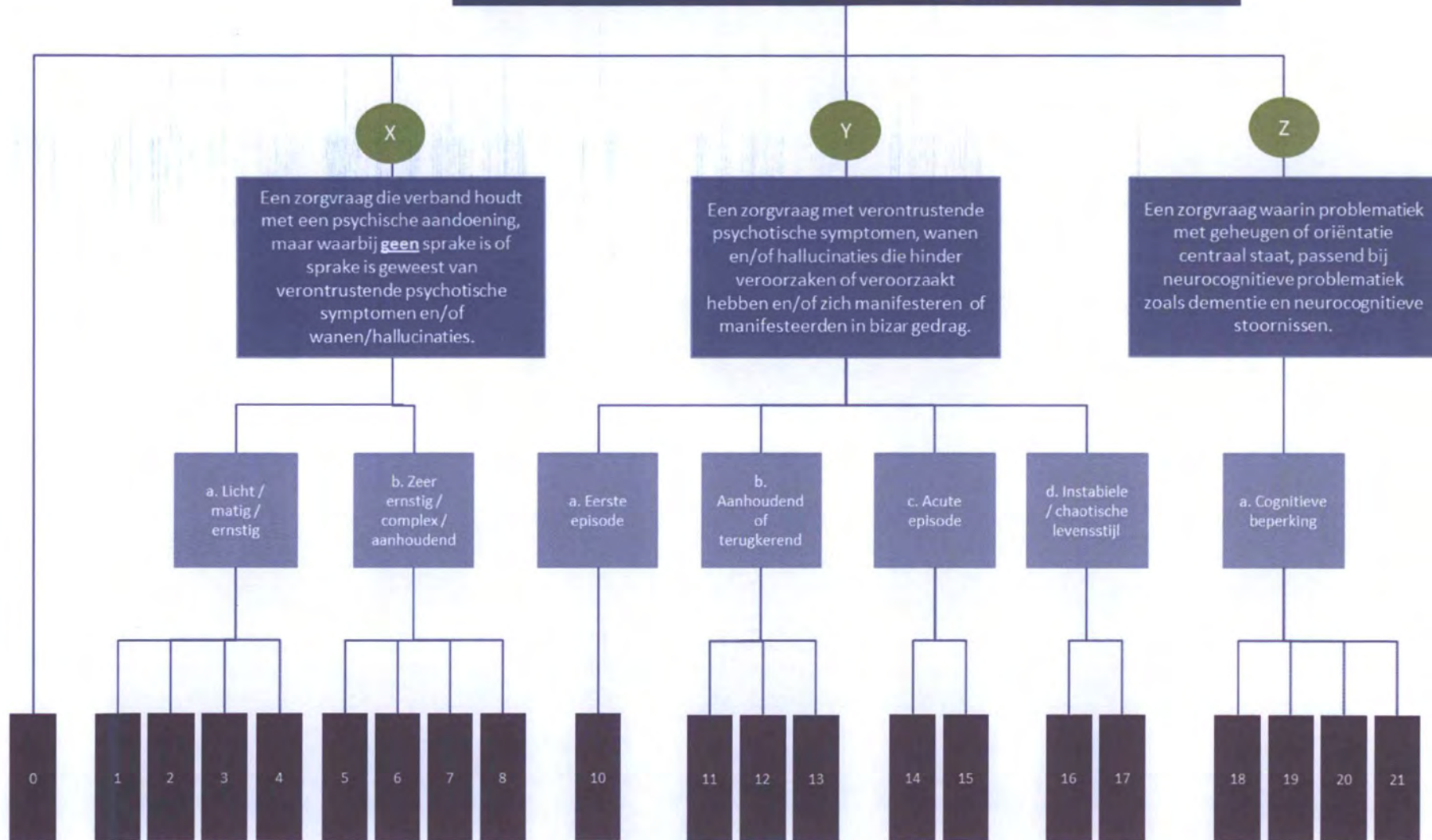
1. De beslisboom met de indeling van de zorgclusters;
2. De beschrijving van de zorgclusters en de Zorgcluster Toeleiding Instrumenten;
3. De HoNOS+.

U kunt deze gegevens gebruiken als achtergrondinformatie bij gebruik van de zorgclustertool en het kiezen van een passend zorgcluster voor u patiënten.

I. Beslisboom

Curatieve ggz (Zvw)

Patiënten vanaf 18 jaar



II. Zorgclusters

Cluster 2: Psychiatrische gezondheidszorg - Medische gezondheidszorg

Korte beschrijving van de patiëntgroep met algemene kenmerken

Diagnoses die het meest voorkomen. Dit is richtinggevend; de lijst is niet compleet of definitief.

Diagnoses die minder waarschijnlijk zijn.

Beschrijving van de mate van beperkingen/disfunctioneren

Beschrijving van het beloop van de zorgvraag.

Richtlijnen die behulpzaam kunnen zijn bij het behandelen van de zorgvraag.

Indicatie van de totale periode van zorg voor het zorgcluster en de beschrijving van de maximale evaluatiemoment waar het zorgcluster opnieuw gekozen moet worden (na voorzetting behandeling).

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Minder waarschijnlijke DSM-stoornis	
Beperkingen	
Risico	
Beloop	
Richtlijnen / zorgstandaard	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

0 = geen probleem
 1 = klein probleem vereist geen actie
 2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig
 3 = gemiddeld zwaar probleem
 4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren
 Wordt verwacht te scoren
 Kan scoren
 Wordt niet verwacht te scoren
 Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Tabel met het algoritme bij toewijzing aan een zorgcluster (op basis van origineel analyse)

Verklaring van de kleurcodering.

Specifieke omschrijving van vraag 7 en 8.

Cluster 0: Niet te clusteren zorgvraag

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
 Ondanks een zorgvuldige afweging van alle andere zorgclusters, is de zorgvraag van deze patiëntengroep niet adequaat beschreven door een van hun profielen of zorgvraagomschrijvingen. Ze doen echter aanspraak op geestelijke gezondheidszorg en er wordt ze zorg geboden.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis

Beperkingen

Risico

Beloop

Richtlijnen / zorgstandaard
Geen richtlijn / zorgstandaard van toepassing; het gaat hier over een patiëntengroep waarvan, ondanks een zorgvuldige afweging van alle andere zorgclusters, de zorgvraag niet adequaat beschreven door een van hun profielen of zorgvraagomschrijvingen van zorgcluster 1 - 21. Ze doen echter aanspraak op geestelijke gezondheidszorg en er wordt ze zorg geboden.

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
-	6 maanden

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 1: Psychische aandoening – lichte problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Deze groep heeft klachten, zoals een depressieve stemming, angst, rouw of andere psychische klachten, de impact daarvan is echter beperkt. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Het kan zijn dat er geen diagnose te stellen is, maar cliënt kan lichte symptomen hebben van bijvoorbeeld: Depressieve stoornissen - eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Aanpassingsstoornissen, Somatische-symptoomstoornissen en verwante stoornissen en Ontwikkelingsstoornissen, Autistmespectrumstoornissen, Stoornissen in het gebruik van een middel	
Minder waarschijnlijke DSM-stoornis	
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	
Beperkingen	
Het is niet waarschijnlijk dat de stoornis leidt tot ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren.	
Risico	
Er is waarschijnlijk geen sprake van risico's op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen	
Beloop	
De problematiek is veelal van korte duur en gerelateerd aan levensgebeurtenissen.	
Richtlijnen / zorgstandaard	
In geval van een stoornis o.a. de Richtlijn depressie, angststoornissen, eetstoornissen, Richtlijn Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen.	
Evaluatie	
<u>Indicatieve periode van zorg</u>	<u>Cluster review tenminste elke</u>
8-12 weken	12 weken

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren

Wordt verwacht te scoren

Kan scoren

Wordt niet verwacht te scoren

Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 2: Psychische aandoening – lichte problematiek met grotere zorgvraag

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft klachten, zoals een depressieve stemming, angst of andere psychische klachten; de impact daarvan is echter beperkt. Cliënten hebben mogelijk al eerder zorg ontvangen, gerelateerd aan cluster 1, en hebben nu meer specifieke interventies nodig, of zij zijn eerder met succes behandeld binnen een hoger cluster en presenteren nu mildere symptomen. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Zoals Depressieve stoornissen – eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Somatische-symptoomstoornissen en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismspectrumstoornissen, Stoornissen in het gebruik van een middel

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen
Het is niet waarschijnlijk dat de stoornis leidt tot ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren, er kan wel sprake zijn van ondergeschikte problemen.

Risico
Er is waarschijnlijk geen sprake van op risico's zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen

Beloop
De problematiek is veelal van korte duur en gerelateerd aan levensgebeurtenissen.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn depressie, angststoornissen, eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismspectrumstoornissen bij volwassenen.

Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
12 – 15 weken	15 weken

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren

Wordt verwacht te scoren

Kan scoren

Wordt niet verwacht te scoren

Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 3: Psychische aandoening – matige problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft matige klachten, zoals een depressieve periode, angsten of andere symptomen. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Zoals Depressieve stoornissen – eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Somatische-symptoomstoornissen en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismespectrumstoornissen en Stoornissen in het gebruik van een middel

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen
Het is niet waarschijnlijk dat de stoornis leidt tot ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren, maar er kan wel sprake zijn van matige beperkingen.

Risico
Er is waarschijnlijk geen sprake van risico's op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen.

Beloop
Van korte duur of onderdeel van laag frequente behandeling.

Richtlijnen / zorgstandaard
Richtlijn depressie en angststoornissen, eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismspectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie				
<table border="1"> <tr> <th>Indicatieve periode van zorg</th> <th>Cluster review tenminste elke</th> </tr> <tr> <td>4 – 6 maanden</td> <td>6 maanden</td> </tr> </table>	Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke	4 – 6 maanden	6 maanden
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke			
4 – 6 maanden	6 maanden			

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 4: Psychische aandoening – ernstige problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Deze groep heeft een ernstige depressie en/of angststoornis en/of een andere complexe zorgbehoefte. De cliënt ervaart ernstige ontregeling van het dagelijks functioneren en er is sprake van een verhoogd risico op zelfbeschadiging, suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag. <i>Exclusief:</i> Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Zoals Depressieve stoornissen – eenmalige episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismspectrumstoornissen, Stoornissen in het gebruik van een middel	
Minder waarschijnlijke DSM-stoornis	
Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	
Beperkingen	
Er kan sprake zijn van een duidelijke ontregeling van het algemeen dagelijks functioneren.	
Risico	
Er is geen of enig risico op zelfbeschadiging, suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag.	
Beloop	
Behandeling is nodig om verbetering te bereiken of te voorkomen dat er een verslechtering optreedt met negatieve gevolgen voor het functioneren op lange termijn.	
Richtlijnen / zorgstandaard	
Richtlijn Depressie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen, Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismspectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
6 – 18 maanden	6 maanden

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren

Wordt verwacht te scoren

Kan scoren

Wordt niet verwacht te scoren

Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 5: Psychische aandoening – zeer ernstige problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving

Deze groep heeft een ernstige depressie en/of angststoornis en/of andere symptomen. Er is geen sprake van verontrustende hallucinaties of wanen, wel zijn er wellicht enige vreemde of excentrieke overtuigingen. Het risico op opzettelijke zelfverwonding is hoog, er kan sprake zijn van een gevaar voor anderen en van een ernstige ontregeling van het dagelijks leven. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.
Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis

Zoals Depressieve stoornis - eenmalige episode (niet-psychotisch), Depressieve stoornis - recidiverende episode (niet-psychotisch), Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, Autismespectrumstoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Stoornis in het gebruik van een middel.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis

Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Beperkingen

Matige of ernstige problemen in relationele sfeer. De problemen op andere leefgebieden kunnen in ernst variëren.

Risico

Er is sprake van een matig tot ernstig risico op opzettelijke zelfverwonding en mogelijk andere risico's, waaronder gevaar voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare volwassenen die aan de zorg van de cliënt zijn toevertrouwd.

Beloop

Waarschijnlijk een voorgeschiedenis in de GGZ van langer dan een jaar of de verwachting dat er sprake zal zijn van een langdurige behandeling.

Richtlijnen / zorgstandaard

Richtlijn Depressie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen, Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg

1-3 jaar

Cluster review tenminste elk

6 maanden

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren

Wordt verwacht te scoren

Kan scoren

Wordt niet verwacht te scoren

Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 6: Psychische aandoening – sterk onredelijke overtuiging

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving

Deze groep heeft matig tot zeer ernstige stoornissen die moeilijk te behandelen zijn en/of een intensieve behandeling vragen. Denk daarbij onder andere aan behandelresistente chronische eetstoornissen en dwangstoornissen, waarbij men vasthoudt aan extreme overtuigingen, bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en persistente depressies. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.
Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis

Zoals Depressieve stoornis - eenmalige episode (niet-psychotisch), Depressieve stoornis - recidiverende episode (niet-psychotisch), Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Autismespectrumstoornissen, Voedings- en eetstoornissen en sommige Persoonlijkheidsstoornissen, Stoornis in het gebruik van een middel.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis

Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen.

Beperkingen

Waarschijnlijk ernstige gevolgen voor het activiteitsniveau en het functioneren op meerdere leefgebieden.

Risico

Waarschijnlijk geen grote risico's op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen, behalve mogelijk gevaar voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare volwassenen die aan de zorg van de cliënt zijn toevertrouwd.

Beloop

Langdurig van aard.

Richtlijnen / zorgstandaard

Richtlijn Depressie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn Opiateverslavingen, Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen.

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
3+ jaar	6 maanden

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 7: Psychische aandoening – aanhoudend en/of zeer beperkend

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving

Deze groep lijdt aan matige tot ernstige stoornissen die zeer invaliderend zijn. Ze zijn inmiddels al langere tijd in behandeling en hoewel er verbetering is opgetreden met betrekking tot een aantal symptomen, blijft er sprake van duidelijke beperkingen in het functioneren op verschillende leefgebieden.
Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis

Zoals Depressieve stoornis - eenmalige episode (niet-psychotisch), Depressieve stoornis - recidiverende episode (niet-psychotisch), Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stress gerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Autismspectrumstoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Stoornis in het gebruik van een middel en sommige Persoonlijkheidsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis

Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen.

Beperkingen

Waarschijnlijk ernstige gevolgen voor het activiteitsniveau en het functioneren op meerdere leefgebieden.

Risico

Waarschijnlijk geen grote risico' op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen, behalve mogelijk gevaar voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare volwassenen die aan de zorg van de cliënt zijn toevertrouwd.

Beloop

Langdurig van aard.

Richtlijnen / zorgstandaard

Richtlijn Depressie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Eetstoornissen, Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen en Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismspectrumstoornissen bij volwassenen, Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn Opiaatverslavingen, Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen.

Evaluatie

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

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 8: Psychische aandoening – zeer risicovol/chaotische problematiek

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving

Deze groep vertoont een breed scala aan matige tot ernstige symptomen, heeft een chaotische levensstijl met riskant gedrag. Er is sprake van matig tot zeer ernstige herhaaldelijke, opzettelijke zelfverwonding en/of ander impulsief of chaotisch gedrag; een te sterke afhankelijkheid in relaties en vaak een vijandige houding ten opzichte van zorg- of dienstverlening.
Exclusief: Er is geen sprake van verontrustende psychotische symptomen.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis

Persoonlijkheidsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis

Neurocognitieve stoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen.

Beperkingen

Slecht functioneren op verschillende leefgebieden met daarbij ernstige problemen in de relationele sfeer.

Risico

Matig tot zeer ernstige, herhaaldelijke, opzettelijk zelfverwonding. Chaotische, afhankelijke maar ook vijandige houding naar zorg- of dienstverlening. Er zijn risico's voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare anderen die aan de zorg van de cliënt zijn toevertrouwd.

Beloop

Langdurig van aard.

Richtlijnen / zorgstandaard

Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol, Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk
3 jaar +	Jaar

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 10: Psychotische stoornis – eerste episode

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 drugsgebruik, echter dit is niet het enige probleem.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, specifieke Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Lichte tot matige problemen met dagelijkse activiteiten. Slecht functioneren op verschillende levensgebieden, lichte tot matige problemen in relaties. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

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.

Beloop
Eerste episode

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen, richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol, richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
3 jaar	6 maanden

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

0 = geen probleem


1 = klein probleem vereist geen actie


2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig


3 = gemiddeld zwaar probleem


4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 11: Psychotische stoornis – stabiel

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze patiënten hebben een geschiedenis van psychotische symptomen die momenteel onder controle zijn en weinig tot geen problemen veroorzaken. Ze ondervinden een aanhoudende periode van herstel, waarbij ze (bijna) volwaardig functioneren. Wel is er mogelijk een gevoel van verminderde eigenwaarde en controle over het eigen leven en kwetsbaarheid op bepaalde levensgebieden.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Wel comorbiditeit maar interfereert niet met behandeling. Er is sprake van volledig of bijna volledig functioneren.

Risico
Terugval

Beloop van de ziekte
Chronisch

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
2 jaar +	Jaar

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 12: Psychotische stoornis – chronisch en beperkend

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
 Deze patiënten hebben een geschiedenis van psychotische symptomen die hen ernstig beperken en een grote impact hebben op het functioneren op de verschillende leefgebieden. Ze zijn kwetsbaar voor misbruik of uitbuiting.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
 Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
 Mogelijk cognitieve en fysieke problemen, gerelateerd aan het hebben van een chronische ziekte en langdurig medicatiegebruik. Er kan sprake zijn van beperkte zelfredzaamheid, gebrek aan sociale en basale vaardigheden en slecht functioneren op alle leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling.

Risico
 Kwetsbaar voor misbruik of uitbuiting.

Beloop
 Chronisch

Richtlijnen / zorgstandaard
 Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen

Evaluatie

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

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 13: Psychotische stoornis –beperkend met ernstige psychotische kenmerken

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
 Deze patiënten hebben een geschiedenis van psychotische symptomen die niet onder controle zijn. Ze vertonen ernstige tot zeer ernstige psychotische symptomen en enige angst of depressie. Het functioneren op de verschillende leefgebieden is ernstig beperkt.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
 Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
 Mogelijk cognitieve en fysieke problemen, gerelateerd aan het hebben van een chronische ziekte en langdurig medicatiegebruik. Er kan sprake zijn van gebrek aan sociale – en basale vaardigheden en slecht functioneren op alle leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
 Kwetsbaar voor misbruik of uitbuiting

Beloop
 Chronisch

Richtlijnen / zorgstandaard
 Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire stoornissen

Evaluatie

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

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 14: Psychotische stoornis – acute episode

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
 Patiënten maken een acute psychotische episode door met ernstige symptomen, die een ontregeling van het functioneren veroorzaken. Zij zijn mogelijk kwetsbaar, en een gevaar voor anderen of zichzelf.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
 Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen.

Beperkingen
 Er kan sprake zijn van cognitieve problemen. Het functioneren is ernstig verstoord op de meeste leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
 Men is mogelijk een gevaar voor zichzelf of anderen als gevolg van riskant gedrag, en kwetsbaar voor misbruik en uitbuiting. Ook kan er sprake zijn van een beperkte motivatie voor het ontvangen van zorg. Er zijn risico's voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare anderen die aan de zorg van de patiënt zijn toevertrouwd.

Beloop
 Acuut

Richtlijnen / zorgstandaard
 Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire Stoornissen

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
8-12 weken	4 weken

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

0 = geen probleem
 1 = klein probleem vereist geen actie
 2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig
 3 = gemiddeld zwaar probleem
 4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren
 Wordt verwacht te scoren
 Kan scoren
 Wordt niet verwacht te scoren
 Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 15: Depressie met psychotische kenmerken – acute episode

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
De patiënt lijdt aan een acute episode van matige tot ernstige depressie met psychotische kenmerken (zoals wanen en/of hallucinaties). Er kan sprake zijn van opzettelijke zelfverwonding en waarschijnlijk van een ontregeling op meerdere leefgebieden.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Depressieve stoornis met psychotische kenmerken, Bipolaire stoornissen

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen.

Beperkingen
Er is mogelijk sprake van cognitieve problemen. Het functioneren is ernstig verstoord op de meeste leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
Er is een risico op opzettelijke zelfverwonding, ook is de patiënt kwetsbaar voor het ontstaan van andere gevaar criteria. Er zijn risico's voor de veiligheid van kinderen of kwetsbare anderen die aan de zorg van de patiënt zijn toevertrouwd.

Beloop
Acuut

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Depressie, Richtlijn Bipolaire Stoornissen

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
8-12 weken	4 weken

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

 Moet scoren

 Wordt verwacht te scoren

 Kan scoren

 Wordt niet verwacht te scoren

 Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 16: Psychotische stoornis – chronisch, instabiel en ernstig middelenmisbruik

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
De patiënt heeft aanhoudende, matige tot ernstige psychotische of bipolaire symptomen en een instabiele, chaotische levensstijl. Daarbij is tevens sprake van problematisch alcohol- of drugsgebruik. Patiënten vormen mogelijk een gevaar voor zichzelf en anderen en er is een beperkte motivatie voor het ontvangen van zorg. Er zijn algemene beperkingen in het functioneren op verschillende leefgebieden.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Slaap-waakstoornissen, Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen, Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, specifieke Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Als gevolg van problematisch alcohol- of drugsgebruik kunnen lichamelijke ziekten of beperkingen aanwezig zijn. Het cognitief vermogen is mogelijk aangetast als gevolg van de psychotische symptomen, alcohol- of drugsgebruik. Veelal is het functioneren op verschillende leefgebieden algeheel beperkt. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling

Risico
Matige tot ernstige risico's voor anderen als gevolg van gewelddadig en agressief gedrag. Waarschijnlijk beperkte motivatie voor het ontvangen van zorg. Er is een risico op overlijden door een ongeluk.

Beloop van de ziekte
Chronisch

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Richtlijn Angststoornissen, Richtlijn Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol en Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
3 jaar +	6 maanden

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 17: Psychotische stoornis – chronisch, instabiel en zeer lage motivatie/therapietrouw

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Deze groep heeft matige tot ernstige psychotische symptomen en een instabiele, chaotische levensstijl. Er kunnen enige problemen zijn met drugs of alcohol, maar niet ernstig genoeg om zorg vanuit cluster 16 te rechtvaardigen. Bij deze patiënten is sprake van slechte therapietrouw, ze zijn kwetsbaar en beperkt gemotiveerd voor het ontvangen van zorg.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornissen, Depressieve stoornis - eenmalige episode, Depressieve stoornis - recidiverende episode, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, specifieke Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Er zijn mogelijk cognitieve beperkingen als gevolg van de psychotische symptomen, of problematisch gebruik van alcohol of drugs, waaronder voorgeschreven medicatie. Er zijn waarschijnlijke ernstige problemen met relaties, evenals problemen op één of meer andere leefgebieden. Ingewikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling.

Risico
Matige tot ernstige risico's voor anderen als gevolg van agressief of gewelddadig gedrag, evenals risico op opzettelijke zelfverwonding. Waarschijnlijk therapie-ontrouw, kwetsbaar en beperkt gemotiveerd voor het ontvangen van zorg.

Beloop van de ziekte
Chronisch

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn Schizofrenie, Bipolaire Stoornissen, richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol, Richtlijn opiaatverslaving

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke
3 jaar +	6 maanden

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 18: Cognitieve beperking – licht

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
 Mensen die in de eerste fases van dementie verkeren (of een organisch hersensyndroom dat de cognitieve functie beïnvloedt), enige geheugenproblemen of andere cognitieve stoornissen hebben, maar daar nog steeds redelijk mee kunnen functioneren. Uitgesloten zijn onderliggende reversibele fysieke oorzaken.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
 Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer, Vasculaire neurocognitieve stoornis, Dementie bij andere ziekten, Ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis met Lewy Body.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen, Depressieve-stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
 Er zijn enige geheugen- en andere cognitieve beperkingen aanwezig. De ADL functie is onaangetast of slechts matig verminderd. Er kunnen veranderingen zijn in het vermogen om beroepsmatige en sociale rollen te vervullen.

Risico
 Niet of ondergeschikt

Beloop	
Chronisch	
Richtlijnen / Zorgstandaard	
Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elk:
3 jaar +	Jaar

Zorgcluster Toeleiding Instrument (ZTI)

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

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 19: Cognitieve beperking – matig / lichte gedrags- of psychische complicaties

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving

Mensen die problemen hebben met hun geheugen en/of vergelijkbare aspecten van het cognitief functioneren, wat resulteert in matige problemen met zelfzorg en met het onderhouden van sociale relaties. Er is een aanneemelijk risico op zelfverwaarlozing. Ook is er mogelijk een gevaar voor anderen. Mogelijk wordt enige angst of depressie ervaren.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis

Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer, Vasculaire neurocognitieve stoornis, Dementie bij andere ziekten, Frontotemporale neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis met lewylichaampjes, Ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis door een andere somatische aandoening, Ongespecificeerde psychische stoornis door een somatische aandoening.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis

Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen, Depressieve-stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen

Vermindering van ADL en enige moeite met communicatie en met het vervullen van sociale of familierollen.

Risico

Matig risico op zelfverwaarlozing, gevaar voor zichzelf of anderen. Het ziektebesef kan ontbreken.

Beloop

Chronisch

Richtlijnen / Zorgstandaard

Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke:
3 jaar +	6 maanden

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 20: Cognitieve beperking – ernstig met matige gedrags- of psychische complicaties

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving	
Mensen met dementie of een ander organisch hersensyndroom die hun cognitieve functie beïnvloedt, die duidelijk problemen hebben met zelfzorg en wiens gedrag belastend kan zijn voor de mantelzorgers of hulpverlening. Ze kunnen veel angst of depressie ervaren, psychotische symptomen of gedragsproblemen hebben zoals agressie of agitatie. Er is mogelijk geen ziektebesef. Het risico op zelfverwaarlozing is hoog en het is aannemelijk dat ze een gevaar vormen voor anderen. Ook is er een aanzienlijk risico dat (mantel)zorg wordt uitgeput of wegvalt.	
Meest waarschijnlijke DSM-stoornis	
Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer, Vasculaire neurocognitieve stoornis, Dementie bij andere ziekten, Frontotemporale neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis met lewylichaampjes, Ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis door een andere somatische aandoening, Ongespecificeerde psychische stoornis door een somatische aandoening.	
Minder waarschijnlijke DSM-stoornis	
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen, Depressieve-stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.	
Beperkingen	
Duidelijke vermindering van de ADL functie en/of communicatie. Mogelijk geen ziektebesef. Duidelijke beperking in het functioneren op diverse leefgebieden. Niet in staat om sociale of familierollen te vervullen.	
Risico	
Hoog risico op zelfverwaarlozing of gevaar voor zichzelf of anderen. Risico op het uitputten of verliezen van bestaande zorgverlening.	
Beloop	
Eerste episode	
Richtlijnen / Zorgstandaard	
Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie	
Evaluatie	
Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke:
3 jaar +	6 maanden

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

0 = geen probleem

1 = klein probleem vereist geen actie

2 = mild probleem maar niet definitief aanwezig

3 = gemiddeld zwaar probleem

4 = ernstig tot zeer ernstig probleem

Moet scoren

Wordt verwacht te scoren

Kan scoren

Wordt niet verwacht te scoren

Geen data beschikbaar

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

Cluster 21: Cognitieve beperking – ernstig met ernstige gedrags- of psychische complicaties

Zorgvraagomschrijving

Algemene omschrijving
Mensen met dementie of een ander organisch hersensyndroom die hun cognitieve functie beïnvloedt, die duidelijk problemen hebben met zelfzorg en wiens fysieke conditie steeds kwetsbaarder wordt. Er is mogelijk geen ziektebesef en er is een aanzienlijk risico dat (mantel)zorg wordt uitgeput of wegvalt.

Meest waarschijnlijke DSM-stoornis
Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer, Vasculaire neurocognitieve stoornis, Dementie bij andere ziekten, Frontotemporale neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis met lewylchaampjes, Ongespecificeerde neurocognitieve stoornis, Neurocognitieve stoornis door een andere somatische aandoening, Ongespecificeerde psychische stoornis door een somatische aandoening.

Minder waarschijnlijke DSM-stoornis
Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, Bipolaire-stemmingsstoornissen, Depressieve-stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen, Voedings- en eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen.

Beperkingen
Waarschijnlijk geen ziektebesef. Duidelijke beperking in de ADL functie. Niet in staat tot zelfzorg en het vervullen van sociale- en familierollen. Ernstige beperking in het functioneren op diverse leefgebieden.

Risico
Hoog risico op zelfverwaarlozing. Risico op het uitputten of verliezen van bestaande zorgverlening.

Beloop
Chronisch

Richtlijnen / Zorgstandaard
Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie

Evaluatie

Indicatieve periode van zorg	Cluster review tenminste elke:
3 jaar +	6 maanden

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					
13. Sterke onredelijke overtuigingen					
Beoordeling historie					
A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
B. Herhaalde zelfverwonding					
C. Bescherming van kinderen en andere kwetsbare afhankelijke volwassenen					
D. Betrokkenheid					
E. Kwetsbaarheid					
Q. Problematisch drank- en drugsgebruik					

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

Voor de vragen 7 en 8 geldt dat de gegeven score op 1 van de 2 vragen de aangegeven waarde dient te hebben, en op geen van beide een hogere waarde.

III. HoNOS+

De HoNOS en de HoNOS+

De items in de Zorgclustertool zijn gebaseerd op de HoNOS, waaraan enkele extra vragen zijn toegevoegd. HoNOS is een internationaal erkende vragenlijst. De eerste twaalf vragen in de Zorgclustertool zijn HoNOS items. De laatste zeven vragen (vraag 13, A t/m E en Q) zijn op basis van onderzoek door Engeland toegevoegd aan het Zorgclustermodel.

Deel 1 (vraag 1 t/m 13) bevat vragen met betrekking tot de ernst van de problemen van de patiënt tijdens de 2 weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. De eerste 12 vragen zijn overgenomen van HoNOS. HoNOS is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid (Wing e.a. 1998), met het doel om op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten in kaart te brengen. Ook diende het instrument gevoelig te zijn voor veranderingen. De HoNOS is vrij beschikbaar en de meest gebruikte uitkomstmaat in Engeland en Australië (The Royal College of Psychiatrists 2003; Glover & Sinclair-Smith 2000). De HoNOS is in principe geschikt voor alle GGZ-patiënten, onafhankelijk van de gesproken taal. Dit maakt de HoNOS een goede kandidaat als instrument voor uitkomstmeting in de dagelijkse praktijk in Nederland (Mulder et al. 1999). In Engeland behoort dit instrument inmiddels tot de "Minimum Dataset" van de GGZ (Glover & Sinclair-Smith 2000; Wing e.a. 2000) en is het mogelijk om een landelijk beeld te krijgen van de kenmerken van de patiënten die in zorg zijn, en hoe hun problemen veranderen tijdens en na de geboden interventies. Naast de 'gewone' HoNOS zijn er speciale versies ontworpen voor ouderen, kinderen en adolescenten, kinderen met leerproblemen, mensen met verworven cognitieve stoornissen en tenslotte voor de forensische psychiatrie.

Deel 2 (vraag A t/m E en Q) bevat vragen naar problemen vanuit een 'historisch' perspectief. Deze vragen brengen problemen in kaart die optreden in episodische of onvoorspelbare manieren. Scoring vindt plaats op basis van het klinische oordeel over de kans dat er nog steeds zorgen zijn rondom deze problematiek die niet genegeerd kunnen worden (oftewel dat er geen reden is om aan te nemen dat deze problematiek zich in de huidige situatie niet meer zal voordoen). Dit betekent dat elk probleem dat op het moment van het beantwoorden van de vragen relevant is en blijft, gescoord dient te worden.

Manier van scoren

Alle vragen hebben de volgende indeling:

- Scoor elke schaal in de volgorde van 1 – 13 en A – E, Q.
- Gebruik geen informatie die bij een vorig item al is meegenomen, behalve bij item 10 wat een globale score is.
- Scoor het MEEST ERNSTIGE probleem dat zich heeft voorgedaan gedurende de afgelopen 2 weken (vraag 1 – 13) of langer dan 2 weken geleden (vraag A – E, Q).
- Alle schalen hebben de volgende opbouw:
 - 0 = geen probleem
 - 1 = ondergeschikt probleem, vereist geen actie
 - 2 = licht probleem, maar duidelijk aanwezig
 - 3 = matig ernstig probleem
 - 4 = ernstig tot zeer ernstig probleem
- Gebruik de score NB (niet bekend) wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is, maar wees ervan bewust dat een goed advies voor een zorgcluster hiermee moeilijker wordt.

Deel 1: Huidige gedragingen

Voor vragen 1-13, waardeer de meest ernstige gebeurtenis in de afgelopen twee weken.

1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag					
	0	1	2	3	4
<p>Inclusief: elk zulk gedrag ongeacht de oorzaak (drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie, etc.)</p> <p>Exclusief: bizar gedrag dat gescoord wordt bij item 6 (hallucinaties en wanen).</p>	Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Geïrriteerdheid, ruzies, rusteloosheid etc, maar vereist geen actie.	Omvat agressieve gebaren, opdringerig of lastig vallen van anderen; bedreigingen of verbale agressie; kleinere schade aan eigendommen (zoals gebroken kopjes of raam); duidelijke hyperactiviteit of agitatie.	Fysiek agressief naar mens of dier; dreigende houding; meer ernstige hyperactiviteit of vernieling van eigendommen.	Minstens één ernstige fysieke aanval op mens of dier; vernielen van eigendommen (bijvoorbeeld brandstichting); ernstige intimidatie of aanstootgevend gedrag.
2. Opzettelijke zelfverwonding (suïcidepogingen, gedachten over suïcide, automutilatie)					
	0	1	2	3	4
<p>Exclusief: zelfverwonding per ongeluk ontstaan (bijvoorbeeld als gevolg van dementie of verstandelijke beperking); het probleem hierbij wordt gescoord op schaal 4, de verwonding op schaal 5.</p> <p>Exclusief: ziekte of verwonding als direct gevolg van alcohol- of druggebruik worden gescoord op schaal 3 (levercirrose of bijvoorbeeld verwondingen als gevolg van rijden onder invloed worden gescoord op schaal 5).</p>	Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Voorbijgaande gedachten over zelfmoord maar gering risico de afgelopen periode; geen zelfverwonding.	Licht risico gedurende de afgelopen periode; omvat ongevaarlijke zelfverwonding (zoals krassen in de pols).	Matig tot ernstig risico voor opzettelijke zelfverwonding gedurende de afgelopen periode; omvat voorbereidende activiteiten (zoals verzamelen van tabletten).	Ernstige suïcidepoging en/of ernstige opzettelijke zelfverwonding de afgelopen periode
3. Problematisch alcohol- of druggebruik					
	0	1	2	3	4
<p>Exclusief: agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol of druggebruik. Dat wordt gescoord op schaal 1.</p> <p>Exclusief: lichamelijke ziekte of handicap als gevolg van alcohol- of druggebruik. Dat wordt gescoord op schaal 5.</p>	Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Enig overmatig gebruik, maar binnen de sociale norm.	Verlies van controle over alcohol- of druggebruik, maar niet ernstig verslaafd.	Duidelijke zucht naar of afhankelijkheid van alcohol of drugs met frequent controleverlies; risico's nemen onder invloed.	Incapabel door alcohol- of drugsproblemen.

4. Cognitieve problemen

	0	1	2	3	4
<p>Inclusief: problemen met geheugen, oriëntatie en begripsvermogen passend bij enige stoornis: leerstoornis, dementie, schizofrenie, etc.</p> <p>Exclusief: tijdelijke problemen als gevolg van alcohol/ druggebruik (bijvoorbeeld een kater) die gescoord worden op schaal 3 (problematisch alcohol- of druggebruik).</p>	Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Ondergeschikte problemen met geheugen en begripsvermogen (bijvoorbeeld zo nu en dan vergeten van namen).	Licht, maar duidelijk aanwezige problemen (bijvoorbeeld verdwaald in een bekende omgeving, niet herkennen van een bekende); soms in verwarring bij het nemen van simpele beslissingen.	Duidelijke desoriëntatie in tijd, plaats of persoon; in de war gebracht door dagelijkse gebeurtenissen; zo nu en dan incoherente spraak; vertraagd denken.	Ernstige desoriëntatie (bijvoorbeeld niet herkennen van familie); gevaar voor ongelukken; onbegrijpelijk taalgebruik; verlaagd bewustzijn of stupor.

5. Lichamelijke problemen of handicaps

	0	1	2	3	4
<p>Inclusief: ziekte of handicap van elke oorsprong die mobiliteitsbeperkingen geven, het zicht of gehoor aantasten, dan wel anderszins interfereren met het persoonlijk functioneren.</p> <p>Inclusief: bijwerkingen van medicatie; effecten van drug- of alcoholgebruik; handicaps als gevolg van ongevallen of zelfverwonding voortkomend uit cognitieve problemen, rijden onder invloed, etc.</p> <p>Exclusief: psychische problemen of gedragsproblemen die gescoord worden op schaal 4 (cognitieve problemen).</p>	Geen lichamelijke gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode.	Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val).	Lichamelijke gezondheidsproblemen en leiden tot lichte beperking in mobiliteit en activiteiten.	Matige beperking in activiteiten ten gevolgen van lichamelijke gezondheidsproblemen.	Ernstige of volledige incapaciteit als gevolg van lichamelijke gezondheidsproblemen.

6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen

	0	1	2	3	4
<p>Inclusief: hallucinaties en waanvoorstellingen ongeacht de diagnose.</p> <p>Inclusief: vreemd en bizar gedrag geassocieerd met hallucinaties of waanvoorstellingen.</p> <p>Exclusief: agressief, destructief of hyperactief gedrag dat voortkomt uit hallucinaties of wanen en dat gescoord wordt op schaal 1 (hyperactief en agressief gedrag).</p>	Geen aanwijzingen voor hallucinaties of waanvoorstellingen gedurende de afgelopen periode.	Enigszins vreemde of excentrieke opvattingen niet in overeenstemming met de culturele normen.	Wanen of hallucinaties (bijvoorbeeld stemmen, visioenen) zijn aanwezig, maar vormen weinig hinder voor de patiënten manifesteren zich niet in bizar gedrag, dus klinisch aantoonbaar maar licht.	Duidelijke preoccupatie met wanen of hallucinaties wat veel hinder veroorzaakt en/of zich manifesteert in duidelijk bizar gedrag, dus een matig ernstig klinisch probleem.	Geestesgesteldheid en gedrag wordt in ernstige mate en nadelig beïnvloed door wanen of hallucinaties, met een zware uitwerking op de cliënt.

7. Problemen met depressieve stemming

	0	1	2	3	4
<p>Inclusief: gevoelens van minderwaardigheid en/of schuld.</p> <p>Exclusief: hyperactiviteit of geagiteerd gedrag. Dat wordt gescoord op schaal 1.</p> <p>Exclusief: suïcidedachten of pogingen. Die worden gescoord op schaal 2.</p> <p>Exclusief: waanvoorstellingen of hallucinaties; die worden gescoord op schaal 6.</p>	Geen problemen die samenhangen met een depressieve stemming gedurende de afgelopen periode.	Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming.	Lichte maar duidelijke depressie met hinder voor de patiënt (bijvoorbeeld schuldgevoelens, verminderd gevoel van eigenwaarde).	Depressie met oneigenlijk zelfverwijt; preoccupatie met schuldgevoelens.	Ernstige of zeer ernstige depressie met schuldgevoelens of zelfbeschuldiging.

8. Overige psychische en gedragsproblemen

	0	1	2	3	4
<p>Scoor alleen het meest ernstige klinische probleem niet vallend onder item 6 (hallucinaties en wanen) en item 7 (depressieve stemming). Specificeer het type probleem: A fobie; B angst; C dwangmatig; D gespannenheid; E dissociatief; F somatiserend; G eetproblemen; H slaapproblemen; I seksuele problemen; J impulsbeheersing; K autisme-gerelateerde problematiek; L aandachtsproblemen; M trauma- en stressgerelateerde problematiek; N verslaving; O overig, namelijk:</p>	Geen aanwijzingen voor een van deze problemen gedurende de afgelopen periode.	Alleen ondergeschikte problemen.	Een probleem is klinisch licht aanwezig (patiënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).	Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.	Ernstig probleem overheerst de meeste activiteiten.

9. Problemen met relaties

	0	1	2	3	4
<p>Scoor het meest ernstige probleem van de patiënt dat samenhangt met actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en/of dat samenhangt met niet-ondersteunende, destructieve of zelfvernietigende relaties.</p> <p><u>Inclusief:</u> problemen in de partnerrelatie. <u>Inclusief:</u> problemen met relaties die voorkomen uit bijvoorbeeld autisme-spectrumstoornis, een verstandelijke beperking of persoonlijkheidsstoornis.</p>	Geen belangrijk probleem van deze aard gedurende de afgelopen periode.	Ondergeschikte niet-klinische problemen.	Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties: patiënt klaagt hierover en/of de problemen zijn duidelijk voor anderen.	Blijvend belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en/of als gevolg van relaties waar weinig of geen steun van uit gaat.	Ernstig en kommvool sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en/of wegens terugtrekken uit sociale relaties.

10. Problemen met ADL

	0	1	2	3	4
<p>Scoor het totale ADL niveau (bijvoorbeeld problemen met basale zelfzorgactiviteiten zoals eten, wassen, aankleden, naar het toilet gaan; ook complexe vaardigheden als budgetteren, regelen van woonruimte, werk en vrije tijd, mobiliteit en gebruik van openbaar vervoer, boodschappen doen, zelfontplooiing, etc.).</p> <p><u>Inclusief:</u> gebrek aan motivatie om mogelijkheden te gebruiken die de zelfredzaamheid kunnen vergroten, want dit draagt bij aan een lager totaal ADL niveau. <u>Exclusief:</u> gebrek aan mogelijkheden om intacte bekwaamheden en vaardigheden uit te oefenen. Dit wordt gescoord bij de schalen 11-12.</p>	Geen problemen van deze aard gedurende afgelopen periode; goed in staat op alle gebieden te functioneren.	Alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd)	Zelfzorg op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere van de genoemde complexe vaardigheden.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden.

11. Problemen met woonomstandigheden

	0	1	2	3	4
<p>Scoor de globale ernst van problemen in de kwaliteit van de woonomstandigheden en het dagelijks huishouden. Is aan de basisbehoeften voldaan (verwarming, licht, hygiëne)? Zo ja, is er hulp bij het omgaan met eventuele beperkingen en zijn er mogelijkheden om aanwezige vaardigheden toe te kunnen passen en nieuwe vaardigheden te kunnen ontwikkelen?</p> <p>Exclusief: het niveau van functioneren; dat wordt gescoord op schaal 10 (problemen met ADL).</p> <p>N.B. Scoor de gebruikelijke woonomstandigheden van de patiënt in de afgelopen periode. Als de patiënt is opgenomen en dit naar verwachting nog tenminste 6 maanden blijft, scoor dan de situatie in de opname-setting.</p>	<p>Accommodatie en woonomstandigheden zijn acceptabel; zij dragen ertoe bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunen de zelfredzaamheid.</p>	<p>Accommodatie is redelijk acceptabel, al zijn er kleine of voorbijgaande problemen (bijvoorbeeld de locatie is niet ideaal, andere voorkeur, het eten niet lekker vinden, etc).</p>	<p>Belangrijke problemen op één of meerdere gebieden betreffende de accommodatie en/of het beleid (bijvoorbeeld beperkte keus; staf of gezin weten niet goed hoe handicaps te beperken of hoe te helpen bij het toepassen of ontwikkelen van nieuwe of intacte vaardigheden).</p>	<p>Zorgwekkende multipele problemen met betrekking tot de woonomstandigheden (bijvoorbeeld sommige basisvoorzieningen ontbreken); de woonomgeving heeft geen of minimale voorzieningen om de onafhankelijkheid van de patiënt te vergroten.</p>	<p>Accommodatie is onacceptabel (bijvoorbeeld basisvoorzieningen ontbreken, dreigende uithuiszetting of dakloosheid of woonomstandigheden zijn anderszins onacceptabel) en verergert de problemen van de cliënt.</p>

12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd

	0	1	2	3	4
<p>Scoor de problemen in de kwaliteit van de dagelijkse omgeving van de cliënt. Is er hulp bij het omgaan met beperkingen, zijn er mogelijkheden tot behouden en vergroten van vaardigheden en activiteiten op gebied van werk en vrije tijd. Let op zaken als stigma, gebrek aan gekwalificeerd personeel, toegang tot voorzieningen (bijvoorbeeld bezettingsgraad en uitrusting van dagcentra, werkplaatsen, verenigingen).</p> <p>Exclusief: het niveau van functioneren zelf. Dat wordt gescoord op schaal 10.</p> <p>N.B. Scoor de gebruikelijke situatie van de cliënt. Als de patiënt is opgenomen en dit naar verwachting nog tenminste 6 maanden blijft, scoor dan de situatie in de opname-setting.</p>	<p>De dagelijkse omgeving van patiënt is acceptabel; draagt bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunt de zelfredzaamheid.</p>	<p>Ondergeschikte of tijdelijke problemen (bijvoorbeeld verlate betaling door de uitkerende instantie); redelijke voorzieningen zijn beschikbaar, maar niet altijd op het gewenste moment, etc.</p>	<p>Beperkte keus in activiteiten; gebrek aan tolerantie (bijvoorbeeld onterecht de toegang geweigerd tot openbare voorzieningen zoals een bibliotheek of badhuis); belemmeringen door het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats; onvoldoende mantelzorg of professionele zorg; zinvolle dagvoorziening is in principe beschikbaar, maar voor een beperkt aantal uren.</p>	<p>Duidelijke deficiëntie in diensten om handicaps tot een minimum te beperken; geen mogelijkheden om intacte vaardigheden te benutten of nieuwe vaardigheden toe te voegen; ongeschoolde zorg moeilijk toegankelijk.</p>	<p>Gebrek aan enige mogelijkheid tot activiteiten overdag verergert de problemen van de cliënt.</p>

13. Sterke onredelijke gedachten, niet psychotisch in origine

	0	1	2	3	4
<p>Scoor sterke onredelijke gedachten (die kunnen voorkomen bij mensen met stoornissen zoals bijvoorbeeld obsessieve-compulsieve stoornis, anorexia nervosa, persoonlijkheidsstoornis, ziekelijke jaloezie etc.).</p> <p><u>Exclusief</u> : Waanideeën. Deze worden gescoord op schaal 6.</p> <p><u>Exclusief</u> : De ernst van de hierboven genoemde stoornissen indien sterk onredelijke gedachten niet aanwezig zijn. Deze worden gescoord op schaal 8.</p> <p><u>Exclusief</u> : Gedachten / gedragingen die in overeenstemming zijn met de culturele achtergrond van de persoon.</p>	<p>Geen sterke onredelijke gedachten.</p>	<p>Heeft onlogische of onredelijke gedachte(n), maar ziet in dat deze onlogisch of onredelijk zijn en is meestal in staat er tegen in te gaan. Ze hebben een ondergeschikte invloed op het leven van de persoon.</p>	<p>Heeft onlogische of onredelijke gedachte(n), maar ziet in dat deze onlogisch of onredelijk zijn en is soms in staat er tegen in te gaan. Ze hebben een lichte invloed op het leven van de persoon.</p>	<p>Heeft sterke onlogische en onredelijke gedachten, maar heeft enig inzicht in de relatie tussen de gedachten en de stoornis. Gedachten kunnen aan het wankelen worden gebracht door rationele argumenten. De persoon probeert de gedachten te weerstaan, maar met weinig effect. Ze hebben een duidelijk negatief effect op het leven van de persoon. Door de aandoening is de behandeling moeilijker dan normaal.</p>	<p>Heeft sterke onlogische of onredelijke gedachten, met weinig of geen inzicht in de relatie tussen de gedachten en de stoornis. De gedachten zijn niet gevoelig voor rationele argumenten. De persoon doet geen pogingen om weerstand te bieden aan de gedachten. Ze hebben een duidelijk negatieve impact op het leven van de persoon of van anderen. De aandoening is zeer therapieresistent.</p>

Deel 2: Historische gedragingen

Voor vragen A – E en Q, waardeer de gebeurtenissen die zich op een episode of onvoorspelbare manier uiten. Niet elke gebeurtenis kan met een directe observatie of verslag van de gebeurtenis gescoord worden, maar het is aan de regiebehandelaar om te beoordelen of er nog steeds zorgen zijn rondom de vragen die gesteld worden die niet genegeerd kan worden (dwz dat er geen wijzigingen zijn in gedrag als gevolg van tijd, therapie, medicatie of omgeving, etc.).

A. Geagiteerd gedrag / expansieve stemming					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor agitatie en overactief gedrag dat het sociaal functioneren verstoort. Het gaat om gedrag dat leidt tot bezorgdheid bij of schade aan anderen.</p> <p><u>Inclusief:</u> uitgelaten stemming die niet in verhouding staat tot de omstandigheden</p> <p><u>Inclusief:</u> dergelijk gedrag ongeacht de oorzaak (bijv. door drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie etc.)</p> <p><u>Inclusief:</u> overmatige prikkelbaarheid, rusteloosheid, intimidatie, obscene gedrag en agressie naar mensen, dieren of eigendom.</p> <p><u>Exclusief:</u> vreemd of bizar gedrag, dit wordt gescoord op schaal 6.</p>	<p>Geen problemen van deze aard.</p>	<p>Patiënt is prikkelbaar, geneigd tot tegenspreken en wat geagiteerd. Er zijn tekenen van opgewektheid of agitatie, maar deze veroorzaken geen ontregeling van het functioneren.</p>	<p>Uit verbale / non-verbale bedreigingen. Duwt / pest, maar er zijn geen aanwijzingen dat bewust wordt geprobeerd ernstige schade te veroorzaken. Veroorzaakt beperkte schade aan eigendommen (bijv. glas of servies). Is duidelijk overactief of geagiteerd.</p>	<p>Geagiteerde of dreigende manier van doen die angst bij anderen veroorzaakt. Fysieke agressie naar mensen of dieren. Vernieling van eigendommen. Verontrustend niveau van uitgelaten stemming, agitatie of rusteloosheid waardoor het functioneren aanzienlijk wordt verstoord.</p>	<p>Ernstige lichamelijke schade toegebracht aan personen / dieren. Zware vernieling van eigendommen. Persoon is zeer intimiderend of vertoont zeer obscene gedrag. Euforische stemming, agitatie of rusteloosheid, leidend tot volledige ontregeling van het functioneren.</p>
B. Herhaaldelijke zelfverwonding					
	0	1	2	3	4
<p>Scoor herhaaldelijke daden van zelfbeschadiging die bedoeld zijn om mensen, stressvolle situaties of emoties te beïnvloeden of om zichzelf te verminken voor welke redenen dan ook.</p> <p><u>Inclusief:</u> het zichzelf snijden, bijten, slaan, branden, het breken van botten of het nemen van giftige stoffen enz.</p> <p><u>Exclusief:</u> het zichzelf per ongeluk verwonden (bijv. vanwege leerstoornis of cognitieve beperking; het cognitieve probleem worden gescoord op schaal 4 en de verwonding op schaal 5).</p> <p><u>Exclusief:</u> letsel als direct gevolg van drugs-/alcoholgebruik (bijv. leverschade); dit wordt gescoord op schaal 3. Letsel opgelopen terwijl men onder invloed is, wordt gescoord op schaal 5.</p> <p><u>Exclusief:</u> letsel met de intentie zich te suicideren (wordt gescoord op schaal 2).</p>	<p>Geen problemen van deze aard.</p>	<p>Oppervlakkige krassen of ongevaarlijke doses drugs.</p>	<p>Zichzelf oppervlakkig snijden, bijten, kneuzen, etc., of inname van kleine hoeveelheden gevaarlijke stoffen, wat waarschijnlijk niet tot substantiële schade leidt, zelfs wanneer hiervoor geen ziekenhuisbehandeling wordt gezocht.</p>	<p>Herhaaldelijke zelfverwonding die behandeling in het ziekenhuis vereist. Mogelijke gevaren als geen ziekenhuisbehandeling wordt gezocht. Echter, mits ziekenhuisbehandeling wordt gezocht, zal waarschijnlijk geen blijvende ernstige schade optreden zelfs indien het gedrag voortduurt.</p>	<p>Herhaaldelijke ernstige zelfverwonding die behandeling in het ziekenhuis vereist, en indien het gedrag voortduurt waarschijnlijk resulteert in blijvend ernstig letsel (dwz ernstige littekens, verlammingen, schade aan de interne organen) en mogelijk overlijden.</p>

C Bescherming van kinderen en kwetsbare anderen

	0	1	2	3	4
<p>Scoor de mogelijke of daadwerkelijke gevolgen van de psychische aandoening of het gedrag van de patiënt, voor de veiligheid en het welzijn van kwetsbare mensen van elke leeftijd.</p> <p><u>Inclusief:</u> elke patiënt die geregeld toegang tot en contact met kinderen of andere kwetsbare personen heeft.</p> <p><u>Exclusief:</u> risico's voor een bredere populatie (worden gescoord op schaal A).</p> <p><u>Exclusief:</u> problemen met relaties, die worden in schaal 9 gescoord.</p>	<p>De ziekte of het gedrag van de persoon heeft geen duidelijke gevolgen voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen.</p>	<p>Er zijn lichte zorgen over de gevolgen van de ziekte of het gedrag voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen.</p>	<p>De ziekte of het gedrag heeft gevolgen voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen. De persoon is zich bewust van de mogelijke gevolgen, maar wordt ondersteund en is in staat om passende maatregelen te treffen.</p>	<p>De ziekte of het gedrag heeft gevolgen voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen, maar er wordt niet voldaan aan de criteria om 4 te scoren. Er kan sprake zijn van wanen of (risico op) opzettelijke zelfverwonding. De persoon is zich hier echter van bewust, kan actie ondernemen om de impact van het gedrag op de anderen aanzienlijk te verminderen, en wordt voldoende ondersteund.</p>	<p>Zonder maatregelen zal de ziekte waarschijnlijk – direct of indirect – belangrijke gevolgen hebben voor de veiligheid of het welzijn van kwetsbare personen. Er kan sprake zijn van problemen zoals wanen, ernstige bewuste zelfverwonding, of gebrek aan impulscontrole. Er is mogelijk een gebrek aan inzicht, een onvermogen of onwil om voorzorgsmaatregelen te nemen om kwetsbare personen te beschermen en/of een gebrek aan voldoende ondersteuning en bescherming van kwetsbare personen.</p>

D. Betrokkenheid / motivatie

	0	1	2	3	4
<p>Scoor de motivatie, het ziekte-inzicht, de acceptatie van zorg / behandeling en het vermogen om een verbinding aan te gaan met het zorg-personeel.</p> <p>Inclusief: het vermogen, de bereidheid of motivatie om adequaat deel te nemen aan de zorg / behandeling, akkoord te gaan met persoonlijke doelen en afspraken na te komen. Afhankelijkheid van zorg problemen..</p> <p>Exclusief: cognitieve problemen zoals gescoord op schaal 4, de ernst van de ziekte of het niet nakomen van afspraken wegens praktische redenen.</p>	<p>Heeft het vermogen om op adequate wijze contacten met zorgverlening aan te gaan of te beëindigen. Heeft een goed begrip van de problemen en het zorgplan.</p>	<p>Enige terughoudendheid om contacten aan te gaan of klein risico op afhankelijkheid van zorg. Heeft begrip van eigen problemen.</p>	<p>Incidentele problemen op het gebied van betrokkenheid, d.w.z. gemiste afspraken, of tussen de afspraken door op ongepaste wijze contact opnemen met de zorgverlening. Enig begrip van de eigen problemen.</p>	<p>Oneigenlijk gebruik van de zorgverlening. Heeft weinig begrip van eigen problemen.</p> <p>Onbetrouwbaar in het nakomen van afspraken, of aanwezigheid bij afspraken is afhankelijk van aansporing of steun van buitenaf.</p>	<p>Neemt voortdurend contact op met verschillende zorgverleners, zoals de huisarts, spoedeisende hulpverlening, etc.</p> <p>Weinig of geen begrip van eigen problemen.</p> <p>Schikt zich niet naar geplande zorg. Komt zelden opdagen bij afspraken. Weigert inbreng van zorgverlening. Of aanwezigheid en nakomen van afspraken sterk afhankelijk van intensieve aansporing en steun van buitenaf.</p>

E. Kwetsbaarheid

	0	1	2	3	4
<p>Scoor het onvermogen van de persoon om zichzelf te beschermen tegen risico op schade aan de gezondheid, veiligheid of welzijn.</p> <p>Inclusief: fysieke, seksuele, emotionele en financiële uitbuiting of schade/intimidatie.</p> <p>Exclusief: problemen met betrokkenheid/motivatie gescoord op schaal D.</p>	<p>Geen sprake van kwetsbaarheid.</p>	<p>Kwetsbaarheid heeft geen duidelijke gevolgen voor eigen gezondheid, veiligheid of welzijn.</p>	<p>Er zijn zorgen over het vermogen om de eigen gezondheid, veiligheid of welzijn te beschermen. Heeft ondersteuning nodig, of beëindiging van de bestaande steun zou de bezorgdheid vergroten.</p>	<p>Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de kwetsbaarheid gevolgen heeft voor het vermogen van de persoon om de eigen gezondheid, veiligheid of welzijn te beschermen. Heeft ondersteuning nodig (maar niet voldoende ernstig om 4 te scoren), of beëindiging van de bestaande steun zou het risico vergroten.</p>	<p>Ernstige kwetsbaarheid – totaal onvermogen om zichzelf te beschermen, waardoor groot risico ontstaat voor de eigen gezondheid, veiligheid en welzijn.</p>

Q. Problematisch drank – of drugsgebruik

	0	1	2	3	4
<p><u>Exclusief:</u> agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol- of drugsgebruik, dit wordt gescoord op schaal 1.</p> <p><u>Exclusief:</u> lichamelijke ziekten of beperkingen als gevolg van alcohol- of drugsgebruik, dit wordt gescoord op schaal 5.</p>	Geen problemen met drank- of drugsgebruik die relevant zijn voor het behandelplan.	Er zijn incidenten geweest van overmatig gebruik, maar deze vallen binnen de sociale norm.	Er zijn incidenten geweest waarbij drank en/of drugsgebruik tot controleverlies hebben geleid, maar de persoon is nooit ernstig verslaafd geweest.	Er zijn perioden geweest van onmiskenbare verslaving of afhankelijkheid van drugs en/of alcohol, waarbij geregeld sprake was van controleverlies. Ook zijn onder invloed onverantwoorde risico's genomen.	Er is bewijs in de anamnese van aanhoudende of frequente arbeidsongeschiktheid/incompetentie veroorzaakt door drank – of drugsgebruik.

Bijlage 4

Casus 1 Rouw en verlies

Thomas is 75 jaar oud. Twee maanden geleden is zijn echtgenote overleden na een ziekte die ongeveer tien maanden heeft geduurd. Tot het laatste moment kon zijn echtgenote thuis verzorgd worden. Ze is ook thuis gestorven. Na het overlijden heeft Thomas het gevoel dat hij zich maandenlang heeft kunnen voorbereiden op dat moment. Er is diep verdriet, maar ook een dankbaar gevoel omdat alles zo rustig is verlopen, met veel tijd voor elkaar. Drie maanden na het overlijden komt hij op consult bij de huisarts. Hij heeft nergens zin in en is lusteloos. Thomas geeft aan dat hij behoefte heeft aan hulp bij zijn rouwverwerking. Thomas wil graag een rouwtherapeut bezoeken en vraagt de huisarts hem door te verwijzen.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
7.	Problemen met depressieve stemming	1	Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming
Resultaat clusters			
1.	Psychische aandoening – lichte problematiek	53%	
2.	Psychische aandoening – lichte problematiek met grotere zorgvraag	47%	

Ongecompliceerde rouw valt in de DSM-5 classificatie onder de 'Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn'. Het gaat hier om V-codes. Omdat deze V-codes geen stoornis bevatten, beschouwen wij deze problemen niet als een ziekte. Personen met dit soort problemen kunnen bij de huisarts terecht. Deze problemen kunnen onder de huidige aanspraken bij een DSM-classificatie gecodeerd worden, maar niet als hoofddiagnose. De huisarts zou Thomas in feite niet moeten doorverwijzen, tenzij Thomas de behandeling zelf wil betalen.

Casus 2a Angststoornis i.c.m. aanpassingsstoornis bij ernstige somatische ziekte

Eva is 52 jaar oud en alleenstaand. Zij heeft een zware periode achter de rug, omdat in het afgelopen jaar bij haar de diagnose borstkanker werd gesteld. Gelukkig bleek bij de borstbesparende operatie die zij onderging, er geen sprake van uitzaaiingen in haar oksel. De prognose is gunstig, na ook nog een reeks van zes chemokuren, waarvan de laatste een aantal maanden geleden. Ze is blij dat het behandeltraject achter de rug is. Zij was erg ziek van de kuren, vooral de misselijkheid was slecht te verdragen. Inmiddels wil Eva dolgraag haar werk als verpleegkundige weer oppakken. Zij vindt dat ze best weer wat dagdiensten kan draaien, zo besprak zij met de bedrijfsarts. Hij stelde voor dat ze eerst maar eens haar werkplek, in hetzelfde ziekenhuis als waar zij behandeld is voor haar kanker, zou bezoeken. Bij problemen, hoe groot of klein ze ook zijn, zoekt Eva bij voorkeur afleiding in heel hard te werken. Praten over problemen doet ze niet. Na enkele maanden meldt Eva zich bij de huisarts. Werkhervatting is inmiddels een feit. Hoewel zij daarover tevreden is en er verder weinig tegenzit, heeft zij weinig plezier meer in haar bestaan. Zij is doodmoe, ondanks een redelijke slaap. Zij voelt zich huilerig en trekt zich terug. Tot sporten komt ze nauwelijks. Soms is ze ook bang, dat de kanker weer teruggekeerd is, ondanks de goede uitslag bij een recent controle-bezoek. De huisarts sluit een depressie uit, maar vermoedt dat er sprake is van een aanpassingsstoornis. Hij verwijst Eva door naar de generalistische Basis GGZ.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
5.	Lichamelijke problemen of handicaps	1	Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val).
7.	Problemen met depressieve stemming	2	Lichte maar duidelijke depressie met hinder voor de cliënt (bijvoorbeeld schuldgevoelens, verminderd gevoel van eigenwaarde).
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: B Angst	2	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
13.	Sterke onredelijke gedachten	1	Heeft onlogische of onredelijke gedachte(n), maar ziet in dat deze onlogisch of onredelijk zijn en is meestal in staat er tegen in te gaan. Ze hebben een ondergeschikte invloed op het leven van de persoon
Resultaat clusters			
3.	Psychische aandoening – matige problematiek	95%	
7.	Psychische aandoening – aanhoudend en/of zeer beperkend	5%	

Eva scoort op zowel vraag 7 'problemen met depressieve stemming' als 8 'overige psychische en gedragsproblemen'. Het meest ernstige klinische probleem bij vraag 8 is B Angst. Maar er speelt ook trauma- en stressgerelateerde problematiek, namelijk een aanpassingsstoornis. Gezien de combinatie van factoren komt zijn in cluster 3 terecht 'matige problematiek'. De behandeling van aanpassingsstoornissen is op dit moment wettelijk uitgesloten van de verzekerde aanspraken.

Casus 2b Verslaving i.c.m. aanpassingsstoornis

Jan is 42 jaar. Hij werkt op de administratie van een bouwbedrijf. Sinds twee jaar is Jan gescheiden en hij woont sindsdien alleen. Jan was altijd een goede, accurate werknemer die er 's ochtends meestal als eerste was en vaak 's avonds als laatste wegging. De laatste maanden werkt Jan veel minder precies. Hij laat geregeld steken vallen. Bovendien is Jan tegenwoordig vaak te laat. Hij komt dan meestal sloom over en hij ruikt naar alcohol. René, zijn leidinggevende, vindt dat het zo niet langer kan. Na een paar ernstige fouten die het bedrijf flink benadeeld hebben, besluit hij Jan te ontslaan. Jan meldt zich bij het huisarts met lichte depressieve klachten die het gevolg zijn van zijn verdriet over de scheiding. Hij geeft toe dat hij 's avonds te veel drinkt om de eenzaamheid te verdrijven. Hij is nog steeds niet over de scheiding heen. Hij wil het liefst weer gelukkig zijn. Hij staat open voor hulp bij zijn drankprobleem. Hij heeft al een aantal keer geprobeerd te stoppen met drinken, maar dat is mislukt. De huisarts is van mening dat de klachten van Jan voortvloeien uit het feit dat hij zich niet goed heeft aangepast aan de nieuwe situatie. De klachten zijn echter niet zodanig dat sprake is van een stoornis. Voor deze klachten biedt het algemeen maatschappelijk werk een luisterend oor. Jan wil voor zijn drankprobleem graag professionele hulp zoeken. De huisarts hem hiervoor naar een verslavingsarts.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
3.	Problematisch drank- of drugsgebruik	2	Verlies van controle over alcohol- of druggebruik, maar niet ernstig verslaafd.
7.	Problemen met depressieve stemming	1	Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: N Verslaving	2	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
13.	Sterke onredelijke gedachten	1	Heeft onlogische of onredelijke gedachte(n), maar ziet in dat deze onlogisch of onredelijk zijn en is meestal in staat er tegen in te gaan. Ze hebben een ondergeschikte invloed op het leven van de persoon.
Resultaat clusters			
3.	Psychische aandoening - matige problematiek	92%	
7.	Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend	8%	

Jan heeft depressieve psychische klachten maar die zijn niet zodanig dat deze zouden moeten worden behandeld in de geneeskundige GGZ. Voor de behandeling van deze klachten kan Jan terecht bij de huisarts/POH GGZ of bij het Algemeen Maatschappelijk Werk. De score op vraag 8 (verslaving) zorgt ervoor dat de klachten van Jan neerkomen in cluster 3. Behandeling in de geneeskundige GGZ is aangewezen vanwege de verslavingsproblematiek.

Casus 2c Depressieve stoornis i.c.m. aanpassingsstoornis

Johanna heeft grote moeite met de rouwverwerking als gevolg van het overlijden van haar vader. Haar incasseringsvermogen is minimaal geworden en ook oude – kennelijk niet verwerkte – negatieve gebeurtenissen zijn haar zodanig parten gaan spelen, dat zij haar emotionele balans is kwijtgeraakt. Ze is vreselijk moe, heeft huidproblemen, vaak hoofdpijn en onverklaarbare buikkrampen. Zij is als zelfstandig ondernemer nog onvoldoende in staat activiteiten op te pakken en ondernemingszin en creatief werk te realiseren. Ze is depressief en heeft zelfmoordgedachten. Zij mijdt haar vrienden omdat met hen praten niet helpt de leegte en eenzaamheid te verkleinen.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
2.	Opzettelijke zelfverwonding (suïcidepogingen, gedachten over suïcide, automutilatie)	2	Licht risico gedurende de afgelopen periode; omvat ongevaarlijke zelfverwonding (zoals krassen in de pols).
5.	Lichamelijke problemen en handicaps	2	Lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot lichte beperking in mobiliteit en activiteiten.
7.	Problemen met depressieve stemming	3	Lichte maar duidelijke depressie met hinder voor de cliënt (bijvoorbeeld schuldgevoelens, verminderd gevoel van eigenwaarde).
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: F Somatiserend	2	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle)
9.	Problemen met relaties	1	Ondergeschikte niet-klinische problemen
10.	Problemen met ADL	1	Alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).
12.	Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd	2	Beperkte keus in activiteiten; gebrek aan tolerantie (bijvoorbeeld onterecht de toegang geweigerd tot openbare voorzieningen zoals een bibliotheek of badhuis); belemmeringen door het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats; onvoldoende mantelzorg of professionele zorg; zinvolle dagvoorziening is in principe beschikbaar, maar voor een beperkt aantal uren.
13.	Sterke onredelijke gedachten	1	Heeft onlogische of onredelijke gedachte(n), maar ziet in dat deze onlogisch of onredelijk zijn en is meestal in staat er tegen in te gaan. Ze hebben een ondergeschikte invloed op het leven van de persoon.

Resultaat clusters		
3.	Psychische aandoening - matige problematiek	80%
7.	Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend	20%

Johanna scoort op 'depressieve stemming' en 'overige psychische en gedragsproblemen', omdat sprake is van problemen met een depressieve stemming respectievelijk somatiserend. Daarnaast is sprake van aanpassingsproblematiek. Er is sprake van een 'klinisch licht' probleem' met matig tot ernstig risico voor zelfverwonding. Het gaat primair om een aanpassings- c.q. depressieve stoornis. Gezien de combinatie van factoren komt zij in cluster 3 terecht 'matige problematiek'. De behandeling van aanpassingsstoornissen is op dit moment wettelijk uitgesloten van de verzekerde aanspraken.

Casus 2d Aanpassingsstoornis

Frederik heeft geruime tijd last van spanningsklachten (emotioneel, piekeren, innerlijke onrust, vergeetachtig, somber). Hij is door verwezen door zijn huisarts. Hij heeft de afgelopen jaren zware hartoperaties ondergaan; op dit moment is zijn toestand stabiel. Zijn relatie met moeder en rest van familie is zeer moeizaam. Frederik is gehuwd en vader van twee volwassen zonen.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
5.	Lichamelijke problemen of handicaps	1	Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val).
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: D Gespannenheid	1	Alleen ondergeschikte problemen
9.	Problemen met relaties	2	Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties: cliënt klaagt hierover en/of problemen zijn duidelijk voor anderen.
Resultaat clusters			
1.	Psychische aandoening – lichte problematiek	60%	
2.	Psychische aandoening – lichte problematiek met grotere zorgvraag	40%	

Frederik scoort op 'overige psychische en gedragsproblemen'; er is alleen sprake van een 'ondergeschikt probleem'. Deze problematiek kan goed behandeld worden door de huisarts met ondersteuning van de POH/GGZ.

Het gaat hier om een aanpassingsstoornis; deze stoornissen vallen niet onder een aanspraak geneeskundige GGZ.

Casus 3a Burn-out - werkgerelateerd

Simon is 42 jaar oud en buschauffeur. Hij hecht er erg aan om op schema en bovendien klantvriendelijk te rijden. Dit betekent dat hij pas weg rijdt als alle passagiers een plaats hebben gevonden. Simon is er trots op dat hij al vijftien jaar schadevrij rijdt.

Door een recente wijziging in het dienstrooster en het toenemende verkeer wordt het steeds moeilijker het schema aan te houden. Simon ervaart hier veel stress van. Hij gaat haastiger rijden, heeft twee keer bijna een botsing gehad en is een keer zo hard opgetrokken dat een passagier is gevallen.

Toen zij hem begon uit te schelden heeft hij zijn bus aan de kant gezet en zich ziek gemeld. Simon komt regelmatig op consult bij de bedrijfsarts.

Ondanks de cognitieve-gedragsmatige interventies die de bedrijfsarts heeft geboden, blijft het klachtenpatroon en de lijdensdruk bij Simon gedurende twee maanden ongewijzigd of erger. Er vindt afstemming plaats tussen bedrijfsarts en huisarts. Simon is het vertrouwen in zichzelf inmiddels volledig kwijt. De huisarts vermoedt dat bij Simon sprake is van een burn-out en verwijst Simon door naar een psycholoog. De geconsulteerde psycholoog stelt inderdaad de diagnose burn-out. De behandeling die de psycholoog biedt, is vooral gericht op het terugwinnen van de regie op zijn leven.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
1.	Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	1	Geïrriteerdheid, ruzies, rusteloosheid etc, maar vereist geen actie
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: D Gespannenheid	2	Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.
Resultaat clusters			
3.	Psychische aandoening – matige problematiek	89%	
7.	Psychische aandoening – aanhoudend en/of zeer beperkend	11%	

Vanwege de score op vraag 8 komt Simon uit in cluster 3. De burn-out van Simon is echter werkgerelateerd. Hulp bij werk- en relatieproblemen is wettelijk uitgesloten van de verzekerde aanspraken. Hier speelt de afbakening met de Wet Verbetering Poortwachter waarbij de werkgever de eerste twee jaar een inspanningsverplichting heeft om zijn werknemer weer aan de slag te krijgen. De kosten van de behandeling zijn voor rekening van de werkgever of voor eigen rekening.

Casus 3b Burn-out – zowel werkgerelateerd als thuissituatie

Simone vertoont klachten van uitputting, insomnia en algemeen gevoel van malaise. Bovendien vertoont zij diffuse pijnklachten chronisch van aard. De huisarts vermoedt een burn-out mede gezien drukte op het werk en in de thuissituatie en verwijst patiënt naar de generalistische basis GGZ.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
5.	Lichamelijke problemen of handicaps	1	Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val).
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: F Somatiserend	2	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
Resultaat clusters			
3.	Psychische aandoening - matige problematiek	89%	
7.	Psychische aandoening – aanhoudend en/of zeer beperkend	11%	

Simone scoort op 8. 'overige psychische en gedragsproblemen', omdat er sprake is van een burn-out, een aanpassingsstoornis en slaapproblemen. Het belangrijkste klinische probleem is F Somatiserend. Er is sprake van een 'klinisch licht' probleem; zij komt in cluster 3 terecht 'matige problematiek'. Een burnout valt onder aanpassingsstoornissen; deze stoornissen vallen niet onder een aanspraak geneeskundige GGZ.

Casus 4 Relatieproblemen

Dorien en Geert wonen sinds acht jaar samen. Ze hadden het goed samen totdat Dorien probeerde zwanger te worden. Na veel onderzoeken en een paar IVF-pogingen is Dorien niet zwanger geworden. Ze hebben in goed overleg besloten om verdere behandelingen te staken. Zo kunnen ze werken aan hun eigen leven en dan hoeven ze niet meer te worstelen met hoop en teleurstelling. In eerste instantie voelen ze zich hier beiden opgelucht over. Toch wordt Dorien na een paar maanden erg verdrietig en soms heel afstandelijk en in zichzelf gekeerd. Geert begrijpt er niet zoveel van. Ze hebben nu toch een goed besluit genomen? Hij verzet zich tegen Doriens verdriet en gaat geregeld met vrienden op stap om er even uit te zijn. Met haar is nu niet veel lol meer te beleven. Dorien voelt zich in de steek gelaten en als ze het er met Geert over wil hebben, ontaardt dit vaak in ruzie. Geert vindt dat ze vooruit moet kijken en niet moet zeuren. Op advies van de huisarts melden Geert en Dorien zich bij een psychologenpraktijk voor relatietherapie.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
1.	Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	1	Geïrriteerdheid, ruzies, rusteloosheid etc, maar vereist geen actie
7.	Problemen met depressieve stemming	1	Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming.
9.	Problemen met relaties	2	Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties: cliënt klaagt hierover en/of de problemen zijn duidelijk voor anderen
Resultaat clusters			
1.	Psychische aandoening – lichte problematiek	53%	
2.	Psychische aandoening – lichte problematiek met grotere zorgvraag	47%	

Vanwege de score bij vraag 7 komen Dorien en Geert uit in cluster 1 of 2. Verdrietig zijn wil niet zeggen dat er sprake is van een depressie, maar er zijn wel somberen gedachten of kleine veranderingen in de stemming. Echter, hulp bij werk- en relatieproblemen is wettelijk uitgesloten van de verzekerde aanspraken. Als Dorien en Geert in relatietherapie willen gaan, zullen zij de kosten daarvan zelf moeten betalen.

Casus 5 Specifieke leerstoornis – dyslexie

Annemiek is 27 jaar en is werkzaam als apothekersassistente. Ondanks dat Annemiek zelfverzekerd en rustig overkomt, is ze erg onzeker. Ze hikt tegen bepaalde werkzaamheden aan en kan zich moeilijk concentreren. Omdat zij iedere dag na het werk thuiskomt met hoofdpijnklachten, wendt zij zich tot haar huisarts. Omdat Annemiek aangeeft vooral problemen te ervaren met het concentreren op lees- en schrijftaken, vraagt de huisarts haar of zij in haar jeugd ooit is getest op dyslexie. Annemiek had in haar schoolleven wel altijd tempoproblemen, maar deze problemen zijn nooit in verband gebracht met dyslexie. Op advies van de huisarts wendt Annemiek zich tot een GGZ instelling, die gespecialiseerd is in behandeling van leerstoornissen bij zowel kinderen en jeugdigen als volwassenen voor nadere diagnostiek en zo nodig behandeling.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
5.	Lichamelijke problemen of handicaps	1	Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val).
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: O Overig	1	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
Resultaat clusters			
1.	Psychische aandoening - lichte problematiek	60%	
2.	Psychische aandoening - lichte problematiek met grotere zorgvraag	40%	

Annemiek scoort op vraag 8 (overige psychische en gedragsproblemen, type probleem O Overig). Zij komt in verband met een vermoeden van dyslexie terecht in cluster 1. Diagnostiek en behandeling van dyslexie valt echter niet onder de verzekerde aanspraken Zvw.

Casus 6 Vliegangst

Djaja is 45 jaar en geboren in Indonesië. Op zijn 25^{ste} ontmoette hij de Nederlandse Joke op haar reis door Indonesië. De vonk sloeg over, hij trouwde met Joke en vertrok naar Nederland. Zijn ouders zijn overleden. Het enige overgebleven familielid is zijn oudere zusje Adinda die in Jakarta woont. Omdat hij last heeft van vliegangst komt het er niet van haar te bezoeken. Inmiddels is het 20 jaar geleden dat hij haar voor het laatst heeft gezien. De reis naar Nederland is de enige en laatste keer dat hij heeft gevlogen. Djaja herinnert het zich nog als de dag van gisteren. Voor en tijdens de vlucht had hij last van zweetaanvallen en hartkloppingen. Hij heeft de hele reis als verstijfd in zijn vliegtuigstoel gezeten en durfde niet uit het raampje te kijken. Hij voelde zich opgesloten en had last van benauwdheid. Toen hij uit het vliegtuig stapte dacht hij; dat nooit weer. Het feit dat hij zijn zus nooit meer ziet, vreet aan Djaja. Zeker nu zij binnenkort 50 jaar oud wordt, zou hij haar graag samen met Joke willen bezoeken. Djaja raadpleegt zijn huisarts. Deze raadt Djaja aan een cursus tegen vliegangst te volgen. De huisarts verwijst Djaja naar een psychologenpraktijk die gespecialiseerd is in de behandeling van fobieën.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: A Fobie	1.	Alleen ondergeschikte problemen
Resultaat clusters			
1.	Psychische aandoening – lichte problematiek	60%	
2.	Psychische aandoening – lichte problematiek met grotere zorgvraag	40%	

Vanwege het feit dat bij Djaja sprake is van een specifieke fobie scoort hij op vraag 8. Personen met vliegangst zijn redelijkerwijs niet aangewezen op een behandeling met een psychologische interventie in het kader van de Zvw. Op de vrije markt worden cursussen aangeboden ter bestrijding van vliegangst. De kosten van een dergelijke cursus komen voor rekening van de cliënt of een eventuele aanvullende verzekering.

Casus 7 Bloed-, letsel- of injectiefobie

Tooske is 23 jaar en sinds kort afgestudeerd aan de PABO. Op de basisschool waar zij stage heeft gelopen, kan zij na de zomervakantie aan de slag als onderwijzeres. Het probleem is echter dat Tooske last heeft een specifieke fobie, wat haar belemmert in haar beroepsmatig functioneren. Al sinds haar jeugd gruwelt zij van bloed en verwondingen. Wanneer zij zich bij het schillen van de aardappelen per ongeluk in de vingers snijdt, dan wordt ze al draaierig. Als kind huilde Tooske bij een kapotte knie eerder om het bloed dan om de pijn. Van verwondingen en alles wat daar mee te maken heeft, wordt zij misselijk en draaierig. Toen Tooske op de lagere school een prik moest halen bij de schoolarts viel ze flauw. Er waren in haar klas drie andere kinderen die ook flauwvielen en dat was al met al een hele nare ervaring. Nadien is Tooske nog wel eens flauwgevallen. Tooske herinnert zich nog dat ze een keer flauwviel in de bioscoopzaal. Het licht ging aan en er ontstond meteen een enorme heisa. Sindsdien vermijdt ze bloederige films of scènes en probeert zij zich zoveel mogelijk afzijdig te houden van medische zaken. Tijdens haar stage op school voelde zij zich vaak op scherp staan. Want in de pauzes, bij gymnastiek en handenarbeid kan haar gevraagd worden om assistentie te verlenen als een van de kinderen zich verwondt. Tooske wil graag als onderwijzeres aan de slag en is zich ervan bewust dat zij iets aan haar fobie moet doen, wil zij haar beroep goed kunnen uitoefenen. De behandeling van de huisarts bestaat uit voorlichting over de specifieke fobie en hij raadt haar aan een zelfhulpprogramma te volgen via internet. Als blijkt dat deze interventies geen effect hebben op de fobie van Tooske verwijst de huisarts haar naar een psychologenpraktijk die gespecialiseerd is in de behandeling van fobieën.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
8.	Overige psychische en gedragsproblemen	2	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
12.	Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd	1	Ondergeschikte of tijdelijke problemen (bijvoorbeeld verlate betaling door de uitkerende instantie); redelijke voorzieningen zijn beschikbaar, maar niet altijd op het gewenste moment, etc.
E.	Kwetsbaarheid (voorgaand)	1	Kwetsbaarheid heeft geen duidelijke gevolgen voor eigen gezondheid, veiligheid of welzijn
Resultaat clusters			
3.	Psychische aandoening – matige problematiek	88%	
7.	Psychische aandoening – aanhoudend en/of zeer beperkend	12%	

Bij Tooske is sprake van bloed- letsel- of injectiefobie. Deze problematiek kan gezien haar beroep frequent voorkomen.

In frequent voorkomende situaties of bij bloed- letsel- of injectiefobie komt behandeling binnen een gespecialiseerde setting voor angststoornissen voor vergoeding in aanmerking, maar alleen als de eerdere interventies zijn doorlopen.

Casus 8a Lichte eetbuistoornis

Maaïke is 23 jaar en heeft al geruime tijd last van eetbuien. Gemiddeld twee keer per week krijgt ze onweerstaanbare trek in eten en verorbert ze in korte tijd alles wat los en vast zit. Gedurende zo'n eetbui kan Maaïke moeilijk stoppen met eten en dat terwijl ze er nog niet eens plezier aan beleeft. Inmiddels is Maaïke in een jaar tijd 5 kilo aangekomen. Ze schaamt zich voor haar eetbuien en houdt deze voor anderen verborgen. Ze voelt zich dik en vormloos en zit niet lekker in haar vel. Maaïke consulteert haar huisarts. Deze vermoedt dat Maaïke leidt aan een eetbuistoornis en verwijst haar door naar een GGZ-kliniek die daarin is gespecialiseerd.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: G Eetproblemen	1	Alleen ondergeschikte problemen
Resultaat clusters			
1.	Psychische aandoening – lichte problematiek	60%	
2.	Psychische aandoening – lichte problematiek met grotere zorgvraag	40%	

Bij Maaïke is sprake van een lichte eetbuistoornis. Vanwege haar eetproblemen scoort zij op 8. Hierdoor komt zij uit in cluster 1. De behandeling van de eetbuistoornis kan onder de verzekerde geneeskundige GGZ vallen mits voldaan wordt aan de specificatie matig, ernstig of zeer ernstig. Daarvan is hier geen sprake. De lichte eetbuistoornis kan worden behandeld door de huisarts/POH-GGZ

Casus 8b Matig tot (zeer) ernstige eetbuistoornis

Puck is 25 jaar, heeft sinds een jaar last van vreetbuien en is 10 kilo aangekomen. De eetbuien dienen zich steeds frequenter aan; de afgelopen maand vrijwel iedere dag. Puck wil geholpen worden aan haar eetstoornis. Puck wordt verwezen naar een GGZ-kliniek die gespecialiseerd is in eetstoornissen. Bij de intake vertelt zij dat de eetbuien begonnen zijn, nadat ze met een vriendin op vakantie is geweest op Ibiza. Ze is daar verkracht. Sindsdien heeft ze in toenemende mate concentratieproblemen, herbelevingen en nachtmerries. Na een nachtmerrie wordt ze wakker en gaat ze eten. Tijdens zo'n eetbui verorbert ze in korte tijd veel en vooral calorierijk voedsel. Ze heeft last van vermoeidheid en is lusteloos.

Bij Puck is geen sprake van een lang bestaande negatieve lichaamsbeleving, maar sinds de verkrachting is zij wel negatief over haar lichaam.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: M Trauma- en stressgerelateerde problematiek	3	Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.
Resultaat clusters			
4.	Psychische aandoening – ernstige problematiek	93%	
7.	Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend	7%	

Bij Puck is sprake van trauma- en stressgerelateerde problematiek (PTSS). Als gevolg hiervan heeft zij eetbuistoornis ontwikkeld met de specificatie matig, ernstig of zeer ernstig. Behandeling in de geneeskundige GGZ is aangewezen.

Casus 9a Slaapstoornissen met depressieve klachten

Cees klaagt over ernstige slaapstoornissen. Drie keer per week en al langer dan 3 maanden slaapt hij niet. Dit leidt tot slecht functioneren op zijn werk, ook zijn relatie staat onder druk. Hij krijgt steeds meer depressieve klachten vanwege het slechter slapen.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
7.	Problemen met depressieve stemming	1	Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming.
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: H Slaapproblemen	2	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
9.	Problemen met relaties	2	Ondergeschikte niet-klinische problemen.
Resultaat clusters			
3.	Psychische aandoening – matige problematiek	91%	
7.	Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend	9%	

Bij Cees is sprake van slaapstoornissen met depressieve klachten. Er is geen sprake van een depressieve stoornis.

Slaapstoornissen (sec) dienen primair te worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Dit geldt ook voor depressieve klachten.

Bij langdurende slapeloosheid met ernstige lijdensdruk kan de huisarts verwijzen naar een slaap-/waakcentrum. Wij baseren ons daarbij op de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (2014). Deze standaard zet in op gedragsmatige behandeling van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk bij voorkeur door de praktijkondersteuner (POH) GGZ. In deze standaard is aangegeven welke patiënten in aanmerking komen voor verwijzing of consultatie. Indien er een (andere) psychische stoornis (bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis) ten grondslag ligt aan de slaapproblemen, kunnen deze vanuit de geneeskundige GGZ worden behandeld. In dat geval dient deze andere psychische stoornis de hoofddiagnose te zijn.

Casus 9b Verslavingsproblematiek i.c.m. slaapstoornissen

Hans klaagt over ernstige slaapstoornissen. Drie keer per week en langer dan 3 maanden slaapt hij niet. Dit leidde in eerste instantie tot slecht functioneren op zijn werk en in zijn sociale relaties. De huisarts en ook een gespecialiseerd slaapcentrum hebben geen somatische of fysiologische oorzaken kunnen vinden c.q. de stoornis kunnen verhelpen. Inmiddels zit Hans in de ziektewet, zijn relatie is beëindigd en hij heeft een alcohol- en slaapmiddelverslaving ontwikkeld.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
3.	Problematisch drank- of drugsgebruik	2	Verlies van controle over alcohol- of druggebruik, maar niet ernstig verslaafd
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: N Verslaving	3	Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.
Resultaat clusters			
4.	Psychische aandoening – ernstige problematiek	93%	
7.	Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend	7%	

Vanwege zijn verslavingsproblematiek scoort Hans op vraag 8. Behandeling van de verslaving in de geneeskundige GGZ is aangewezen.

Casus 9c Depressieve stemmingsstoornis i.c.m. slaapstoornissen

Michiel is ernstig depressief. Dit leidt ook tot steeds slechter slapen. Drie keer per week en langer dan 3 maanden slaapt hij niet. Dit levert ernstige beperkingen op in zijn werk en in relatie en andere sociale relaties.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
7.	Problemen met depressieve stemming	3	Depressie met oneigenlijk zelfverwijt; preoccupatie met schuldgevoelens.
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: H Slaapproblemen	3	Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem
Resultaat clusters			
4.	Psychische aandoening – ernstige problematiek	97%	
7.	Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend	3%	

Bij Michiel is sprake van een depressieve stoornis waardoor hij slecht slaapt. Slaapstoornissen (sec) dienen primair te worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Indien er een (andere) psychische stoornis (bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis) zoals in deze casus ten grondslag ligt aan de slaapproblemen, kunnen deze vanuit de geneeskundige GGZ worden behandeld. In dat geval is deze andere psychische stoornis de hoofddiagnose.

Casus 10a Trauma- en stressgerelateerde problematiek i.c.m. seksuele stoornis

Anneke (25) heeft sinds twee jaar geen zin meer in seks met haar partner, met wie ze de afgelopen zes jaar een relatie had. Ze raakt nauwelijks meer opgewonden en kan niet meer tot een orgasme komen. Aan deze vermindering van seksueel verlangen is een aantal negatieve gebeurtenissen voorafgegaan. Op haar 16e heeft ze een negatieve seksuele ervaring gehad. Via het internet kreeg ze contact met een Franse jongen. Ze zocht hem op en had de eerste nacht gemeenschap met hem. De volgende dag had ze spijt van haar ontmaagding, het deed pijn en het was niet zoals ze zich had voorgesteld. De herinnering aan deze gebeurtenis heeft nog altijd een emotionele lading. Een andere nare seksuele ervaring had ze twee jaar geleden toen ze seks had met haar partner. Nadat ze tijdens het vrijen tot een orgasme was gekomen verloor ze plotseling veel bloed. Aanvankelijk dacht ze dat ze ongesteld was, maar korte tijd later verloor ze opnieuw bloed na een orgasme tijdens het vrijen. Bij nader onderzoek bleek ze een voorstadium van baarmoederhalskanker te hebben, waarvoor ze is behandeld. Hoewel zij na een aantal controles te horen kreeg dat alles in orde was, heeft ze weinig zin om te vrijen en probeert dit zoveel mogelijk te vermijden. Ze heeft in toenemende mate last van nachtmerries en herbelevingen. Door de onbevredigende seks is de spanning in de relatie toegenomen. Na 2 jaar verwijst huisarts door naar een seksuoloog-psycholoog.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: M Trauma- en stressgerelateerde problematiek	3	Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.
Resultaat clusters			
4.	Psychische aandoening – ernstige problematiek	93%	
7.	Psychische aandoening - aanhoudend en/of zeer beperkend	7%	

Seksuologische zorg valt in beginsel niet onder de geneeskundige GGZ. Bij de meeste seksuele disfuncties spelen zowel biologisch-fysieke als psychologische en mogelijk ook sociale factoren een rol. Veel van deze stoornissen kunnen uitstekend behandeld worden binnen de huisartsenpraktijk. Zo nodig vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats. De diagnostiek en behandeling zijn in elk geval onderdeel van de somatisch medisch-specialistisch zorg, waarbij een nauwe samenwerking met seksuologen en psychologen/psychotherapeuten borg staat voor een integrale benadering.

De situatie bij verwijzing door de huisarts is als volgt:

- > bij seksuele disfuncties die samenhangen met een somatische stoornis kan de huisarts zonodig doorverwijzen naar de somatisch medisch specialist.
 - > bij seksuele disfuncties die samenhangen met een psychische stoornis kan de huisarts doorverwijzen naar de geneeskundige GGZ.
 - > seksuele disfuncties die *niet* samenhangen met een somatische of psychische stoornis kunnen in de huisartsenpraktijk worden behandeld; de huisarts kan wel verwijzen naar een andere zorgaanbieder, maar dan komen de kosten van die behandeling voor eigen rekening van de cliënt.
- Bij Anneke is de seksuele disfunctie het gevolg van trauma- en stressgerelateerde problematiek. De seksuele disfunctie hangt dus samen met een psychische stoornis. Behandeling in de geneeskundige GGZ is aangewezen.

Casus 10b Seksuele stoornis

Irma heeft sinds twee jaar geen zin meer in seks met haar partner, met wie ze de afgelopen zes jaar een relatie had. Ze raakt nauwelijks meer opgewonden en kan niet meer tot een orgasme komen. In het gesprek met en het onderzoek van de huisarts kunnen geen lichamelijke of psychische oorzaken worden geïdentificeerd. De vrouw dringt aan op verdere hulp; ze wil een oplossing voor de spanningen in haar relatie.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: I Seksuele problemen	1	Alleen ondergeschikte problemen.
Resultaat clusters			
1.	Psychische aandoening – lichte problematiek	60%	
2	Psychische aandoening – lichte problematiek met	40%	

Bij Irma is hangt de seksuele disfuncties *niet* samen met een somatische of psychische stoornis. De klachten van Irma kunnen in de huisartsenpraktijk worden behandeld; de huisarts kan wel verwijzen naar een andere zorgaanbieder, maar dan komen de kosten van die behandeling voor eigen rekening van de cliënt. Behandeling in de geneeskundige GGZ is niet aangewezen.

Casus 11 Cafeïne-onttrekkingssyndroom

Harrie is een 33-jarige slager met een blanco voorgeschiedenis. Al langer dan een jaar wordt hij elke zondag wakker met een bonzende hoofdpijn die niet reageert op acetylsalicylzuur en een sombere stemming die de hele dag aanhoudt. In verband met zijn werk staat hij elke morgen vroeg op, zes dagen in de week. Zijn beperkte nachtrust wordt regelmatig verstoord door zijn 1 jarig zoontje. Om wakker te blijven drinkt hij gedurende de hele dag koffie. Zondag is de enige dag dat hij uit kan slapen. Hij drinkt dan geen tot weinig koffie. De huisarts adviseert Harrie te stoppen met koffie drinken. Na gestopt te zijn heeft Harrie elke twee maanden een aanval van migraine. Hoewel de migraine goed op een serotonineagonist reageert, hebben de hoofdpijnluchten een negatief effect op zijn stemming.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
5	Lichamelijke problemen of handicaps	2	Lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot lichte beperking in mobiliteit en activiteiten.
7	Problemen met depressieve stemming	1	Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming
8	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: N Verslaving	1	Alleen ondergeschikte problemen.
Resultaat clusters			
1.	Psychische aandoening – lichte problematiek	51%	
2	Psychische aandoening – lichte problematiek met	49%	

De behandeling van het cafeïne-onttrekkingssyndroom vindt primair plaats in de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg (zie huisartsenstandaard slaapproblemen en slaapmiddelen – 2014).

Casus 12 Tabaksgelateerde stoornis

Tobias is 60 jaar oud, heeft eerste klachten van COPD. De huisarts raadt hem aan te stoppen met roken. Hij rookt zeer veel, al vanaf zijn 16^e jaar, de laatste paar jaar tot twee pakjes per dag. Het daarmee stoppen lukt niet met pleisters, kauwgum en bupropion.

Scores Zorgclustertool		Score	Omschrijving
5.	Lichamelijke problemen of handicaps	2	Lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot lichte beperking in mobiliteit en activiteiten.
8.	Overige psychische en gedragsproblemen Type probleem: N Verslaving	2	Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
Resultaat clusters			
3.	Psychische aandoening - matige problematiek	89%	
7.	Psychische aandoening – aanhoudend en/of zeer beperkend	11%	

Zorg bij het 'Stoppen met rokenprogramma' is als afzonderlijke te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringwet opgenomen, namelijk onder artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv). Zie ook Beleidsregel BR/CU-7073 en Nadere Regel NR/CU-713 van de NZa. Om deze reden is behandeling in de geneeskundige GGZ en daarmee de bekostiging niet aangewezen.

Ontvangen reacties consultatie

1. Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)
2. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
3. Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL)
4. Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
5. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
6. GGZ Nederland
7. Landelijke Huisartsen Vereniging (NHG)/Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
8. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Reactie Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)

Consultatievragen ZiNL

Consultatievraag 1

Wij onderschrijven deze kansen. Overigens willen wij benadrukken dat de patiënt voor de professionals altijd centraal heeft gestaan en dat ook altijd zal blijven.

Aanvullend zien wij kansen in verheldering van de bekostiging en de financiering. Voor de patiënt betekent het een heldere nota en voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn de kosten meer op voorhand bekend en kan er tussentijds worden gedeclareerd.

Verder zien wij het systeem van reviews als een kans voor nog meer nadruk op gepast gebruik van zorg. Tot slot biedt het clustermodel een kans op een betere doorgeleiding van de patiënt door het systeem, daar de huidige echelonering van gb-ggz en g-ggz wordt opgeheven tot een vloeiend geheel.

Consultatievraag 2

Overgaan op een nieuw systeem is aan de ene kant aantrekkelijk, maar aan de andere kant ook beangstigend. Zekerheden lijken losgelaten te moeten worden. Tegelijkertijd weten we ook dat het oude systeem ondertussen met allerlei noodverbandjes aan elkaar vasthing. Daarbij drong ook steeds vaker het beeld op van de topzware kerstboom, die zijn schoonheid al lang had verloren door de veelkleurigheid en veelvormigheid van ballen die er in hingen.

Het is nu zaak om bij het optuigen van een nieuwe 'boom' te voorkomen dat iedereen snel weer zijn eigen ballen in de boom ophangt. In no time creëren we daarmee een nieuw gedrocht. Dit vereist visie en discipline van alle partijen. Ook van ZiNL. Het nieuwe systeem gaat niet meer uit van de DSM, maar van de zwaarte van de zorgvraag: de behandelinzet wordt bepaald door deze zorgvraagzwaarte. Het is cruciaal om vanuit dit concept te blijven denken bij het optuigen van onze nieuwe productstructuur.

In het bepalen van de aanspraken kun je dan twee kanten op. Aan de ene kant is het zo dat in de huidige structuur 'weeffouten' zijn ontstaan die je met het nieuwe systeem zou kunnen repareren. Aan de andere kant zijn er binnen het clustermodel ook mogelijkheden om beperkingen in de aanspraken te organiseren middels technische reparaties.

De weeffouten zijn deels ontstaan vanwege onbekendheid van beleidsmakers met de DSM, die feitelijk ook bedoeld is als taal voor professionals en niet voor beleidsmakers. Hierdoor zijn aanpassingsstoornissen bijvoorbeeld uit het verzekerde pakket gehaald, terwijl het hier wel degelijk gaat om disfunctioneren en psychisch lijden, wat dus verder gaat dan het lijden wat hoort bij levensgebeurtenissen. Ten aanzien van bijvoorbeeld seksueel disfunctioneren en beperkte neurocognitieve stoornissen is een politieke keuze gemaakt om dit niet te vergoeden vanuit het ggz-kader. Het is een onverstandige keuze gebleken om deze problematiek alleen vanuit medisch perspectief te benaderen. Deze mensen zijn binnen de ggz goed behandelbaar. Wellicht is het tijd om ook deze stelselfout te corrigeren.

Een andere situatie doet zich voor met bijvoorbeeld relatietherapie en bijvoorbeeld nicotineverslaving. Het is een politiek begrijpelijke keuze deze niet vanuit het ggz-kader te vergoeden, dit uiteraard met uitzondering van relatietherapie als onderdeel van een behandeling. Indien deze zorg niet binnen de aanspraken mag vallen, is het heel goed mogelijk om hier binnen het clustermodel voor te repareren. Aanpassing van vraag 8 van de HONOS+ is hierbij goed mogelijk. Indien aanpassingsstoornissen buiten de aanspraken moeten blijven, wat de LVVP afraadt, dan biedt aanpassing van vraag 8 in onze ogen voldoende soelaas hiervoor. Het simpelweg schrappen van cluster 1 willen wij niet adviseren. Cluster 1 zou als primair cluster wel buiten de aanspraken kunnen vallen, maar moet als afschaalcluster wel mogelijk blijven. Met deze technische oplossingen worden de huidige aanspraken voldoende geborgd binnen het clustermodel.

Consultatievraag 3

In hoeverre de clusters 1 en 2 behandeld worden in de huidige ggz zal worden beantwoord in pilot 2.

Van cluster 0 is het al de bedoeling dat dit zo min mogelijk/niet wordt gebruikt. Cluster 0 betekent dat er ofwel geen (ggz) zorgvraag is, ofwel, en dat vraagt dan nader onderzoek, dat er wel een ggz-zorgvraag is maar deze niet te clusteren is.

Het aanpassen van vraag 8 op de huidige aanspraak is waarschijnlijk relatief eenvoudig mogelijk. Dit kan in overleg met het Zorginstituut door de werkgroep zorginhoud worden opgepakt.

Wat wel hier (ook weer) opvalt is dat het Zorginstituut vooral zorgen heeft over het risico op overbehandeling, maar niet over het risico op onderbehandeling. Dit laatste gebeurt bijvoorbeeld door de patiënt te lang bij de POH ggz te houden. Dit is niet alleen patiëntonvriendelijk, maar ook uiteindelijk kosten opdrijvend.

Consultatievraag 4

Diagnostiek is een belangrijk onderdeel van het behandelproces. Het is dan ook zaak dat dit door juiste professional wordt gedaan tegen de juiste vergoeding. Wie de diagnostiek moet uitvoeren, is in het kwaliteitsstatuut belegd. Het is daarbij goed te realiseren dat de intensiteit van de diagnostiek altijd gezien moet worden in verhouding tot de zorgvraagzwaarte. Het is bijvoorbeeld onzinnig om iedere potentiële ggz patiënt aan een volledig persoonlijkheidsonderzoek te onderwerpen. Net als nu blijft er een rol voor de huisarts als verwijzer die zal inschatten hoe zwaar de zorg is die nodig is, waarmee uitdrukkelijk niet wordt bedoeld dat de huisarts/poh de patiënt zou kunnen clusteren. Niet alle instellingen en zeker niet alle vrijgevestigden zullen immers zorg in alle clusters aanbieden. Dat is nu namelijk ook niet het geval.

Consultatievraag 5

Nee, wij zijn van mening dat het een volledige en 'schone' overgang moet worden. Natuurlijk kunnen en zullen professionals de DSM blijven gebruiken binnen hun eigen werk. Maar niet meer als, onderliggend, controle-instrument voor de verzekerde ggz. Alle vragen en zorgen die het Zorginstituut hierover heeft worden in pilot 2 meegenomen. Dat is ook de reden waarom we deze pilot zo uitgebreid doen. Daarna alsnog vasthouden aan dubbel registreren is een onnodige administratieve last waar een verkeerd signaal van uitgaat naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor een nadere onderbouwing verwijzen we naar onze reactie bij vraag 2.

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mw. L
e-mail:
In cc:

Utrecht, 13 november 2017

Kenmerk: JvG/lh/2788/17

Betreft: Bestuurlijke consultatie 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel I)'

Geachte mevrouw V

De minister van VWS heeft u gevraagd te onderzoeken of het nieuwe zorgclustermodel, waarbij bekostiging wordt gebaseerd op zorgvraagzwaarte betere aanknopingspunten voor de afbakening van het verzekerd pakket biedt dan de huidige bekostiging op basis van een DSM-classificatie. Daarnaast is u gevraagd inzichtelijk te maken welke -inhoudelijke en budgettaire- verschillen er zijn wanneer de verzekerde aanspraken worden uitgelegd aan de hand van het nieuwe zorgclustermodel of de nu gebruikelijke DSM-classificatie. U heeft hiermee geen gemakkelijke opdracht gekregen. Wij willen u, alvorens op de inhoud van het rapport en de consultatievragen in te gaan, complimenteren met de grondigheid waarmee u blijkens dit rapport te werk bent gegaan.

Ten algemene

Verzekerde zorg is volgens de Zorgverzekeringswet medisch noodzakelijke zorg. Wat *medische* zorg is en wat *noodzakelijke* zorg is vraagt om duiding, waarbij wetenschappelijke kennis, klinische ervaring én de maatschappelijke context in relatie tot elkaar zorgvuldig moeten worden afgewogen. Het GGZ-veld heeft voor het zorgclustermodel gekozen als basis voor een nieuwe productstructuur vanwege de potentie van dit model voor een klinisch relevantere wijze van betaling van geleverde zorg. Afbakening van het verzekerd pakket is dus geen functie die primair kan worden toegekend aan het zorgclustermodel. Het is daar immers niet voor ontworpen. Het valt ons op dat stakeholders allerlei aanvullende functies aan het model willen ophangen, zoals indicatiestelling (vooraf) of verantwoording (achteraf), afhankelijk van hun eigen opdracht in het stelsel. Hierin schuilt bij voorbaat een bedreiging van het succes van het model. Het bekostigingsmodel kan bezwijken onder de veelzijdige verwachtingen en eisen die eraan worden gesteld alvorens volledig te zijn ontwikkeld en geïmplementeerd. Wij hechten eraan het hoofddoel van de productstructuur voorop te blijven stellen: een klinisch herkenbare wijze van afrekening van geleverde zorg, kortom het 'kassabonnetje' voor geleverde zorg. Medische zorg en noodzakelijke zorg worden ten minste opgenomen in het clustermodel. Het clustermodel bepaalt echter niet wat medische en noodzakelijke zorg is of zal zijn.

Consultatievraag 1: de kansen

De NVvP onderschrijft de door u gesignaleerde kansen van het zorgclustermodel, waarbij wij vooral belang hechten aan het centraal stellen van de zorgvraagzwaarte voor de bekostiging en de daaruit voortvloeiende veel hogere klinische relevantie. Daaraan willen wij nog toevoegen dat onder andere de in het model opgenomen vaste reviewmomenten zullen helpen bij het terugdringen van praktijkvariatie. Bij deze periodieke evaluaties prevaleert het klinisch oordeel boven de administratieve handeling.

Consultatievraag 2: de risico's

De in het rapport genoemde risico's lijken vooral ingegeven door angst voor onrechtmatige zorg en gebrek aan vertrouwen in het professionele oordeel van de verwijzers en zorgaanbieders. Angst en wantrouwen leiden echter eerder tot administratieve en instrumentele controle dan tot betere kwaliteit van zorg.

Daarnaast schuilt in de gedachtegang van het zorginstituut de misvatting dat het zorgclustermodel een instrument voor *indicatiestelling* is in plaats van een instrument voor kostenbepaling en afrekening. In feit gaan triage, diagnostiek en indicatiestelling vooraf aan het gebruik van het zorgclustermodel. In de praktijk betekent dit dat al door de huisarts bij de verwijzing een eerste afweging wordt gemaakt of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Hetzelfde geldt voor de psychiater die tijdens intake en diagnostiek met de patiënt de probleemstelling en de benodigde behandeling bepaalt. Het loslaten van de DSM-5 classificatie is ons inziens ook geen risico wanneer het lijden van de patiënt, de mate van disfunctioneren en het oordeel van de psychiater als leidend principe worden gehanteerd.

De conclusie van het zorginstituut dat de clusters 1 en 2 vragen oproepen ten aanzien van de huidige afbakening van geneeskundige GGZ volgen wij zowel inhoudelijk als technisch niet. De casuïstiek die in het rapport wordt opgevoerd (rouw, burn-out) om deze vrees te onderbouwen doet geen recht aan vaak zeer complexe problematiek in de dagelijkse praktijk die zich bijvoorbeeld onder de noemer 'rouw' verschuilt. Ten eerste is het zorgclustermodel pas aan de orde wanneer de patiënt al op basis van een vermoeden van voldoende lijden en disfunctioneren wordt verwezen naar de generalistische basis ggz of de specialistische ggz (zie voorgaande alinea). Door in te zetten op goede triage én diagnostiek wordt het risico op 'zinloze' zorg geminimaliseerd. Ten tweede is het logaritme van de clustertool gebaseerd op specifieke combinaties van scores op de afzonderlijke items in de tool en niet op één totaalscore van 1 of 2 op de Honos vragenlijst. Dit betekent dat om een cluster 1 of 2 als resultaat te krijgen, er op meerdere elementen tenminste 1 en/of 2 gescoord moet worden. Inhoudelijk betekent dit dat er meerdere problemen moeten zijn, die wijzen op een voldoende disfunctioneren en lijden om verzekerde zorg te legitimeren. Tot slot zien wij nog een groot risico op 'upcoding' ontstaan wanneer men zou besluiten om de clusters 1 en 2 niet tot de geneeskundige ggz toe te rekenen. Deze zorgclusters zijn juist ook nodig om zorg te kunnen afschalen, bijvoorbeeld laagfrequente begeleiding door de psychiater bij patiënten met een bipolaire stemmingsstoornis, die wel stabiel zijn maar waar altijd een risico op forse decompensatie bestaat. Dit is wat ons betreft geen huisartsenzorg.

Consultatievraag 3: aanbevelingen voor doorontwikkeling zorgclustermodel

De aanbevelingen die ingaan op het door het Zorginstituut veronderstelde probleem bij cluster 1 en 2 onderschrijven wij niet, behalve dat het zorgclustermodel ten algemene nog uitgebreider moet worden onderzocht om aan de Nederlandse situatie te voldoen. We benadrukken hier tevens ons betoog ten algemene dat een productstructuur niet als functie heeft het juiste bekostigingskader te bepalen.

Consultatievraag 4: eisen t.a.v. diagnostiek en assessment

Wij onderschrijven zonder voorbehoud de aanbevelingen die in het rapport worden gedaan ten aanzien van diagnostiek en probleemanalyse. De NVvP pleit niet alleen al jaren voor een goede betaling van diagnostiek, met daarbij de inzet van de psychiater aan 'de voordeur' van de geneeskundige ggz.

Consultatievraag 5: noodzaak blijvende registratie DSM-5 classificatie

In de beperkte historie van de DBC op basis van een DSM-classificatie hebben we gezien dat de waarde van deze classificatie voor de bekostiging zeer beperkt is. Ook voor de afbakening van het verzekerd pakket biedt de DSM slechts beperkte houvast. Wanneer we met de intrede van het zorgclustermodel het gebruik van DSM-5 classificatie voor de bekostiging los laten is registratie vanuit DSM-5 slechts zinvol wanneer dit inhoudelijk een betekenis heeft.

Dat is ten aanzien van het gesprek met de patiënt over de diagnostiek en voor wetenschappelijk onderzoek. Het besluit om DSM-5 te blijven gebruiken ligt ons inziens dan ook op dat moment bij de psychiaters.

Met vriendelijke groet,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

Prof. dr. Damiaan Denys
Voorzitter

Utrecht, 13 november 2017

Betreft: reactie op consultatie ZINL 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)'

Geachte mevrouw V

Op 4 oktober ontvingen wij uw rapport 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)' met aanbiedingsbrief en uw verzoek om een reactie namens P3NL¹.

Allereerst willen wij onze waardering uitspreken voor de zorgvuldige duiding door ZINL en de wijze waarop u invulling heeft gegeven aan de vraag van de Minister. De ontwikkeling van het Zorgclustermodel heeft ingrijpende gevolgen voor de wijze van bekostiging in de curatieve ggz onder de Zvw en het is belangrijk dat dit verantwoord plaatsvindt, ook met oog voor de samenhang is met de andere zorgdomeinen. Daarom is het essentieel om gezamenlijk de discussie over de consequenties van het zorgclustermodel voor de aanspraak op de curatieve ggz binnen de Zvw te voeren. P3NL ziet het zorgclustermodel als een kans om de transparantie en doelmatigheid binnen de ggz te verbeteren. P3NL heeft 'gezond dankzij mentale veerkracht' gekozen als visie voor 2018. Het zorgclustermodel is een mogelijkheid om deze visie handen en voeten te geven, door de bekostiging van de curatieve ggz te baseren op de daadwerkelijke zorgvraag en lijdensdruk van cliënten, in plaats van op de DSM5-classificatie. Deze wens heeft het NIP, een van de verenigingen in de federatie P3NL, al geuit in de consultatie op uw pakketduiding in 2013.

We verwachten dat het nieuwe Zorgclustermodel kan bijdragen aan meer transparantie en doelmatigheid en daarmee ook aan een gezonde en mentaal veerkrachtige samenleving. Hiervoor is het nodig dat er naast de bekostiging van de curatieve ggz ook meer aandacht komt voor preventie, vroege interventie, diagnostiek en aan de juiste professionals op de juiste plek. We willen u ook meegeven en de afstemming tussen de ontwikkeling van het zorgclustermodel en het project Zinnige Zorg Ggz belangrijk is. Graag doen wij een beroep op het zorginstituut deze breed gedeelde wensen te honoreren en daarmee ook daadwerkelijk bij te dragen aan een meer cliëntgericht stelsel met meer 'Zinnige Zorg'. In de bijlage vindt u onze antwoorden op de door u gestelde consultatievragen.

Met vriendelijke groet,

M.H.C. (Marnix) de Romph MA
Directeur

¹ P3NL vertegenwoordigt ruim 36.000 zorgaanbieders, psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, die dagelijks aan het werk zijn op het gebied van zorg, jeugdhulp en ondersteuning. P3NL maakt zich sterk voor gezondheid dankzij mentale veerkracht. De federatie P3NL is in april 2015 opgericht door negen beroepsverenigingen en/of wetenschappelijke verenigingen. De negen leden van P3NL zijn:

NIP: Nederlands Instituut van Psychologen
NVGzP: Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
NVO: Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen
NVRG: Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie
NVVS: Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging Voor Seksuologie
VEN: Vereniging EMDR Nederland
VGct: Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie
VKJP: Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie
VPeP: Vereniging voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie

BIJLAGE

Reactie P3NL op consultatievragen 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)'

Consultatievraag 1: Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven kansen? Ziet u nog andere kansen dan die wij omschreven hebben?

Wij onderschrijven de door ZINL beschreven kansen: De *Centrale positie van cliënten* wordt met het afnemen van de HoNOS+ vragenlijst bij de start en review gestimuleerd en geborgd met de keuze van het cluster. Daarmee beslissen zij samen met de behandelaar over het te volgen zorgtraject. Het *Centraal stellen van de zorgvraag en –behoefte boven de DSM-classificatie* biedt betere kansen voor matched care (zorg op maat) in een vroegtijdige fase van de behandeling. Deze zorgvraag zegt meer over de aangewezen zorg en verloop van de behandeling dan de DSM classificatie. *Als lijdensdruk objectief vastgesteld kan worden zonder DSM5-classificatie* biedt dat vele voordelen: Sneller starten behandeling, meer tijd beschikbaar voor een zorgvuldige diagnostiek en classificatie, meer flexibiliteit als sprake is van combinatie van meerdere diagnoses (bijvoorbeeld ook bij wel 'trekken', maar geen volledig voldoen aan stoornis criteria) en minder nadruk op een stigmatiserende DSM5-classificatie. Dit ondervangt ook het probleem dat de DSM steeds in ontwikkeling is en bij een nieuwe versie de bekostiging aangepast zou moeten worden. De DSM is ontworpen als classificatie-instrument voor een gemeenschappelijke taal in de ggz en niet voor de bekostiging van de zorg. Ook *Het vervallen van onderscheid tussen de GBGGZ en GGGZ* biedt vele kansen om schotten tussen de zorg en de administratieve lasten te verminderen. Uiteraard vraagt dit wel om vergaande aanpassing van de spelregels en van de dit jaar ingevoerde model Kwaliteitsstatuut.

Naast de door u aangegeven en door ons onderschreven kansen biedt het zorgclustermodel nog een aantal voordelen:

- Er ontstaat een grotere relatie tussen daadwerkelijk geleverde zorg en het bedrag en informatie zichtbaar op de factuur. Dit biedt voor zowel cliënten als financier meer transparantie.
- Er zijn duidelijkere criteria voor zorgtoeleiding en op- en afschaling.
- Er zijn voorgeschreven periodes van review en evaluatie van de behandeling waardoor meer gepaste zorg op maat wordt geleverd.
- Er is sneller inzicht in schadelast van de geleverde zorg voor zowel de zorgaanbieder, de verzekeraar en de cliënt alsmede voor beleidsmakers waardoor tijdige bijsturing op verschillende niveaus mogelijk is.
- Er ontstaat meer ruimte voor professioneel handelen en maatwerk.

Consultatievraag 2: Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven risico's? Ziet u nog andere risico's dan die wij omschreven hebben?

Het is goed om deze risico's in beeld te brengen en genuanceerd te bekijken. Veel van de door u genoemde risico's zijn ook aanwezig in de huidige bekostigingssystematiek van de curatieve ggz. Invoering van het zorgclustermodel biedt kansen deze risico's te verminderen.

Psychische stoornis als criterium:

Ook in de huidige bekostiging is er niet altijd een hard onderscheid te maken tussen psychische stoornissen en psychische klachten, en vaak is dit ook niet zinvol. De DSM-classificatie is geen diagnose-informatie in de zin dat het iets zegt over oorzaak van de klachten, de in stand houdende factoren, noch over de lijdensdruk en noodzaak tot (be)handelen. Zorgvraag en lijdensdruk vragen om behandeling zoals psychiaters en (klinisch) psychologen plegen te bieden. Een DSM-classificatie geeft hooguit een mogelijke richting voor wat betreft aanpak en behandeling. Soms blijven cliënten door 'het stoornis-criterium' te lang in de huisartsenzorg, en in andere gevallen worden zij onnodig doorverwezen naar de ggz. Problemen die uiteindelijk boven de kennis en kunde van de huisartsenzorg uitgaan, worden uiteindelijk doorverwezen naar de ggz. Pas na uitvoerige diagnostiek kan de ware omvang en ernst van de stoornis worden vastgesteld en de behandeling worden gestart. Vaak zijn de problemen dan al verergerd. Met de HoNOS+ zijn vooraf opgestelde criteria geformuleerd die op eenduidige manier toegepast worden en toeleiden tot een zorgcluster. Afhankelijk van de uitkomst kunnen cliënten direct in behandeling worden genomen, worden terugverwezen naar de huisarts, of doorverwezen naar een meer gespecialiseerde zorgaanbieder.

Plaats van de psychische stoornis (zorgclusters 1 en 2) binnen de verzekerde zorg in de ggz.

Deze vraag is herkenbaar en moet zeker beantwoord worden. Uit de zorgstandaarden kan wellicht duidelijker naar voren komen welke zorg en door welk type behandelaar geleverd kan worden en onder welke aanspraak deze valt. Dit onderwerp zal door de werkgroep zorginhoud van de NZa samen met het NKO geanalyseerd moeten worden.

Stoornissen die niet onder de geneeskundige GGZ vallen:

Voorkomen moet worden dat het zorgclustermodel onbedoeld leidt tot een grote toename van zorgconsumptie. Echter het uitgangspunt dient te zijn dat patiënten met psychische problemen goede hulp en zorg moeten kunnen krijgen. Zorg die ook voor vergoeding in aanmerking komt. Dat kan geregeld worden door duidelijke criteria voor toegang tot de ggz. Leidend is de zorgvraag van de cliënt die leidt tot lijdensdruk en/of tot verstoring van het functioneren. Dit moet blijken uit de HoNOS+ meting. Voor de behandeling dient sprake te zijn van zorg zoals psychologen en psychiaters die plachten te bieden binnen de ggz. Dit kan worden vastgesteld met de deelprestaties die momenteel binnen de werkgroepen van de NZa samen met het NKO worden vastgesteld in de zorgclusters. De beschrijving van de te verwachten stoornissen, interventies, geldende richtlijnen en zorgstandaarden, periodes van review, ziekteverloop en op- en afschalingscriteria bieden ieder voor zich waarborg om de geboden zorg te toetsen op doelmatigheid en rechtmatigheid. Daarbij hoort ook een goede pakketduiding waarbij de grenzen tussen de curatieve ggz, Jeugdwet, MSZ en WLZ duidelijk worden gemaakt. Met een goede afbakening, beschrijving van de zorgclusters en toepassing van en controle op de zorgstandaarden hoeven de door u geschetste verdringingseffecten niet op te treden.

Consultatievraag 3: Kunt u zich vinden in de aanbevelingen die wij doen voor de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel? Welke mogelijkheden ziet u voor aanpassing van het model zodat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd?

We onderschrijven de noodzaak het zorgclustermodel verder door te ontwikkelen aan de hand van de data uit pilotfase 2 en te verfijnen voor invoering in 2020. Ook na 2020 dient het zorgclustermodel op basis van ervaringen en geleverde zorg voortdurend doorontwikkeld te worden. Ook ontwikkelingen in zorgstandaarden en nieuwe behandelmethodes vragen een dergelijke doorontwikkeling. Dat geldt ook voor de HoNOS+ vragenlijst. Het door partijen op te richten Kwaliteitsinstituut Ggz kan daarbij een belangrijke rol vervullen samen met de NZa. De vraag welke zorg vanuit welk kader geleverd en betaald wordt is niet aan de ontwikkelaars van het zorgclustermodel maar aan het ZiNL en in nauw overleg met experts uit het veld.

Consultatievraag 4: Onderschrijft u onze aanbeveling dat er uit het oogpunt van kwaliteit van zorg eisen moeten worden gesteld aan de diagnostiek/assessment en dat daarbij ook een adequate bekostiging hoort?

Ja. Er moet wel onderscheid worden gemaakt tussen het afnemen van het assessment (HoNOS+) en diagnostiek, deze zijn niet hetzelfde. Training voor het gebruik van de HoNOS+ mag zeker niet ontbreken. Wel vinden we dat zowel de HoNOS+, de keuze van het zorgclustermodel en uitgebreidere psychodiagnostiek door de regiebehandelaar in de ggz uitgevoerd moeten worden. Het uitvoeren van psychologische vragenlijsten en ander testmateriaal kan in sommige gevallen ook door hiervoor gekwalificeerde (test)psychologen of psychodiagnostisch werkenden als hulppersoneel worden uitgevoerd, maar blijft altijd onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar met een BIG-registratie voor de ggz.

Consultatievraag 5: Onderschrijft u de noodzaak voor het voorlopig blijven vastleggen van de DSM-classificatie gelet op bovenstaande argumenten. Zo ja, zo nee, wat is daarvan de reden?

Daar hebben we een genuanceerder beeld bij. Vastleggen van de DSM-classificatie blijft in de behandeling een vereiste in het cliëntendossier ter vaststelling van de juiste behandeldoelen en behandelinzet conform de daartoe geldende zorgstandaarden en richtlijnen, het gebruik van de juiste meetinstrumenten, voor intervisie en collegiale toetsing en verantwoording aan toezichthouders. Daarnaast heeft het blijven vastleggen van DSM-classificatie als voordeel dat vergelijking zorggebruik in de vergelijking van 'oude' versus 'nieuwe' systematiek mogelijk is. Een ander voordeel is dat de DSM-classificaties gebruikt kan blijven worden (als onderdeel) in de afbakeningsdiscussie tussen ZiNL, Zorgverzekeraars en aanbieders.

Het vastleggen van de DSM-classificatie heeft als nadeel het stigmatiserende karakter ervan, de privacygevoeligheid bij het uitwisselen met derden en de administratieve belasting. Daarom moet de DSM-classificatie selectief geregistreerd en uitgewisseld worden en uitsluitend voor ondersteuning van de behandeling en voor evaluatie en verbetering van de kwaliteit van zorg voor de zorgaanbieder. Het Kwaliteitsinstituut Ggz moet zorgen voor een veilige en anonieme verzameling van data over de ggz. Het standaard vastleggen van de DSM-classificatie in het kader van de bekostiging en de DIS-databank achten we niet wenselijk.



nederlandse vereniging voor
psychotherapie

Aan ZiNL
Sector Zorg
t.a.v. mw. L. V adviseur – Team GGz

Verzonden per e-mail:

Utrecht, 13 november 2017

Kenmerk: AN/rvr/171156

Betr.: Reactie n.a.v. consultatie 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel1)'

Geachte mevr. V

Naar aanleiding van uw verzoek d.d. 3 oktober 2017 inzake het nieuwe Zorgclustermodel GGZ hebben wij de volgende opmerkingen.

Algemene opmerkingen:

Het beschreven model is erg complex en detaillistisch, waardoor het moeilijk is de consequenties ervan te overzien. Dat maakt beoordeling van het model en het beantwoorden van consultatievragen lastig. Voorts valt in deze verkenning op dat er zorgen worden verwoord omtrent risico's dat er meer onzinnige zorg geleverd zal gaan worden in het kader van de geneeskundige ggz. Hiermee wordt de suggestie gewekt dat er weinig vertrouwen is in de kwaliteit van de zorgprofessional c.q. zorgaanbieder om patiënten die geneeskundige zorg te bieden die ingevolge de richtlijnen wordt aanbevolen. Wij delen dit wantrouwen in de professional, waaronder de psychotherapeut, niet. Een model dat op basis van wantrouwen wordt opgesteld zal altijd onnodig duur en complex uitpakken.

Positief punt lijkt ons dat niet langer formele DSM-5 -classificaties als uitgangspunt worden genomen voor bekostiging van de GGz. De DSM-5 -classificaties zijn daar immers niet voor bedoeld en ook niet voor geschikt. Gebruik van dergelijke classificaties voor dit doel zal slechts leiden tot perverse prikkels en een veelheid aan ongewenste consequenties daarvan, zoals het "creatief boekhouden" met diagnoses bij behandelaren, onjuist en onzorgvuldig gebruik van het classificatiesysteem in de directe patiëntenzorg, vertroebeling van epidemiologische databases etc.

De zorgvraagzwaarte als uitgangspunt, hoe complex ook, lijkt ons een correcte en zinnige benadering. De uitwerking daarvan in een model dient zorgvuldig te gebeuren vanwege de vele risico's die daarbij op kunnen duiken. Er zal ook voldoende tijd nodig zijn om dergelijke modellen te ontwikkelen, uit te testen en bij te stellen. Al met al maakt de NVP zich grote zorgen over een snelle ontwikkeling en invoering, zoals die nu gepland staat. Mede omdat ook in Engeland twijfels over dit model zijn gerezen willen we aandringen op het meenemen van evaluaties uit Engeland bij de doorontwikkeling van een Zorgclustermodel.

Consultatievraag 1: Genoemde kansen. Ziet u nog andere kansen?

Met name ten aanzien van complexe problematiek die verankerd is in de persoonlijkheid (zoals ook bij persoonlijkheidsstoornissen en complexe PTSS) biedt het model de kans dat patiënten de psychotherapeutische behandeling zullen krijgen die daarbij nodig is, ook al is voor hen de precieze classificatie niet altijd even duidelijk door de beperkingen van het DSM-5 -systeem. Een classificatie hoeft dan minder vaak te worden "geforceerd" om toch in aanmerking te kunnen komen voor vergoeding van de behandeling. Hoewel de classificaties persoonlijkheidsstoornissen achterin de notitie bij verschillende clusters wel worden benoemd, is dat niet het geval in de tekst, bijvoorbeeld op blz. 33 bij de *"overige psychische of gedragsproblemen, waarbij het belangrijkste type probleem dient te worden gespecificeerd"*. Het is o.i. een omissie dat hier vervolgens de categorie "persoonlijkheidsstoornissen" niet expliciet wordt benoemd terwijl dat een veelvoorkomende hoofddiagnose is, zeker in de psychotherapeutische behandelpraktijk, en bovendien vaak ook aandachtspunt in de behandeling van andere psychische stoornissen. Een gemiste kans, en daarmee een "risico".

Consultatievraag 2: Genoemde risico's. Ziet u nog andere risico's?

Naast bovengenoemde risico's ziet de NVP ook een risico in het wegvallen van het onderscheid in bekostiging van de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Het risico bestaat dat de invoering van dit model er, wellicht onbedoeld, toe zal leiden dat "psychotherapie voor complexe problematiek" niet meer expliciet zal worden gegeven door daartoe bekwame (en als zodanig BIG-geregistreerde) beroepsbeoefenaren, te weten de psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater, maar dat daarvoor "goedkopere krachten", zoals de basis-psycholoog, GZ-psycholoog (al dan niet met registraantekening bij een specialistische vereniging). Deze twee beroepsgroepen zijn daar echter onvoldoende voor opgeleid en dat zou dan juist een verlies aan kwaliteit kunnen gaan betekenen. Bij de verdere ontwikkeling van het model zou expliciete aandacht voor de borging van de kwaliteit van de behandeling moeten zijn.

Een volgend bezwaar is het gevolg van de centrale plaats van de HoNOS in het systeem. Wij zijn van mening dat de HoNOS geschikt is voor EPA-patiënten, maar onvoldoende gevalideerd is voor de patiëntengroep met ernstige aanhoudende lijdensdruk maar nog redelijk sociaal functionerend, die hulp zoeken in de psychotherapeutische praktijk (vrijgevestigd en bij instellingen). Deze groep patiënten met

persoonlijkheidsproblematiek, welke psychotherapeutische behandeling vereist, zou door het gebruik van de HoNOS tussen wal en schip kunnen gaan vallen.

Een andere valkuil is de introductie van het begrip "lichte psychische stoornis" (bijvoorbeeld onderaan op blz. 41). Psychische stoornissen zijn ernstig, dat zit juist verpakt in de algemene definitie zoals ook in Deel I van de DSM-5. Een "lichte psychische stoornis" bestaat daarom niet! Dit begrip werkt vertroebelend. Het onderscheid tussen POH GGZ en geneeskundige hulp in het kader van de ZVW komt daardoor onder druk te staan. Het is van belang dat de POH GGZ c.q. de huisartsenpraktijk betrokken is bij de praktijktest van het zorgclustermodel.

In het document is de suggestie geslopen dat "meer ernstige stoornissen" moeten leiden tot een grotere "zorgvraagzwaarte" en dus meer behandeling of bekostiging zouden rechtvaardigen. Hiermee wordt een lineair verband gesuggereerd tussen enerzijds ernst/complexiteit en anderzijds de intensiviteit/dosering van behandeling. Dat is echter voor een deel van de patiënten die kunnen profiteren van effectieve en kosteneffectieve vormen van psychotherapie (zoals (dag)klinische psychotherapie) niet (helemaal) het geval. Naarmate de ernst of complexiteit toeneemt is aanvankelijk ook een hogere intensiteit van behandeling aangewezen. Als echter de problemen te ernstig of complex zijn is juist zo'n intensieve behandeling niet haalbaar en is een minder intensief begeleidingstraject eerder aangewezen. In het model zou ook daar meer rekening mee gehouden moeten worden.

Consultatievraag 3: Kunt u zich vinden in de aanbevelingen?

De aanbevelingen kunnen met bovengenoemde punten worden aangevuld. In het model dient meer ruimte te komen voor verbinding tussen de POH GGZ / huisartsenpraktijk en de geneeskundige ggz, waarbij gedacht kan worden aan een diagnostiek- en consultatiecluster die deze verbinding faciliteert .

Consultatievraag 4: Eisen aan diagnostiek en adequate bekostiging?

Wij delen de mening dat er voldoende aandacht en ruimte moet blijven voor goede diagnostiek. De HoNOS vinden wij echter onvoldoende geschikt voor een deel van de patiënten waarop het hele programma zich richt (zie hierboven). Zie ook onze opmerking over verbinding tussen POH GGZ / huisartsenpraktijk en de geneeskundige ggz bij consultatievraag 3.

Consultatievraag 5: Noodzaak registratie DSM-5 classificaties?

Het handhaven van de DSM 5 wordt omschreven vanuit beheers-perspectief. Hiermee wordt de DSM 5 een beheersinstrument. De gedachte dat, zoals op pag. 44 wordt geopperd verschillen in behandeling binnen zorgclusters op basis van de DSM 5 -classificatie kunnen worden verklaard, gaat voorbij aan de beperkingen die de DSM 5 -classificatie inzake de indicatie van de behandelmethodiek en behandelduur heeft. Het lijkt ons juist daarom goed om de classificaties volgens de DSM-5 verder voor dit doel los te laten. Mede omdat bij voortzetting ervan verdere vervuiling plaats blijft vinden van alle grote landelijke databases met classificaties die volstrekt onbetrouwbaar zijn vastgesteld, al dan niet goedwillend. De DSM-5 is niet geschikt voor het bekostigingssysteem volgens het zorgclustermodel en het gevaar is dat men hiermee blijft hinken op twee gedachten, met als gevolg onzinnige registratiedruk op de werkvloer.

Meer vertrouwen in de zorgaanbieders, en in de kracht van psychotherapie, zou de ontwikkeling van dit model zeker ten goede kunnen komen.

Met vriendelijke groet,
namens het NVP-bestuur,

drs. A.C. Nolet, directeur

c.c.: mw. Sandra Reus (sreus@zinl.nl)

Zorginstituut Nederland

Mevrouw L. V
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp	Reactie ZN consultatie Zorginstituut Nederland Zorgclustermodel GGZ en aanspraak Zvw	Sparrenheuvel 16
Datum	13 november 2017	Postbus 520
Uw kenmerk	2017044672	3700 AM Zeist
Ons kenmerk	B-17-4455	030 698 89 11
Contactpersoon		info@zn.nl
		www.zn.nl

Geachte mevrouw V

In antwoord op uw consultatie 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)', hierbij de reactie van Zorgverzekeraars Nederland.

Wij hebben uw consultatiedocument uitgebreid met onze leden besproken en onze reactie hieronder verwoord, in lijn met de vijf door u opgestelde consultatievragen. Over het algemeen onderschrijven wij uw bevindingen. Onder iedere vraag hebben wij beknopt en puntsgewijs onze aanvullingen verwoord.

Consultatievraag 1

Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven kansen? Ziet u nog andere kansen dan die wij omschreven hebben?

- Doordat huisarts/ POH-GGZ eerder kan doorverwijzen is er minder kans op onderbehandeling. Door vroegtijdige inzet behandeling kunnen hogere kosten voorkomen worden (bijvoorbeeld geïndiceerde preventie en vroege interventie psychose);
- Het model biedt een mogelijkheid tot gelijke behandeling c.q. aanspraak ten opzichte van somatiek en andere zorgsoorten;
- Het Zorgclustermodel biedt een kans voor toekomstbestendige financiering van de acute psychiatrie (middels het toevoegen van een apart cluster naast cluster 14 en 15). Hier is de rond de zomerperiode al door zorgpartijen met de NZa over gesproken, maar wordt niet genoemd in uw consultatie.
- Wij onderschrijven het standpunt van het Zorginstituut ten aanzien van het niet up-to-date zijn van de DSM 5 overigens niet. De DSM 5 is meer up-to-date dan een aantal door de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen.

Consultatievraag 2

Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven risico's? Ziet u nog andere risico's dan die wij omschreven hebben?

- Wij onderschrijven uw risico zwaarte van de psychische stoornis (zorgclusters 1 en 2): De problematiek in cluster 1 en 2 is dusdanig dat dit zorg is die door de huisarts of POH-GGZ gegeven kan worden. Vaak is hier sprake van psychische klachten en niet van een psychische stoornis. De HoNOS+ heeft onvoldoende onderscheidend vermogen om dit onderscheid aan te kunnen geven;
- Risico dat alleen of hoofdzakelijk begeleiding plaatsvindt in plaats van behandeling en dat dit vanuit de Zvw vergoed wordt;
- Risico dat niet-verzekerde zorg alsnog wordt vergoed indien de DSM 5 niet meer vereist is;
- Risico dat ook in het Zorgclustermodel er nog steeds een productieprikkel zit, welke meer verrichtingen/prestaties beloont. Dit terwijl wordt gestreefd naar een systeem dat meer naar outcome en gezondheidswinst kijkt;
- Risico ten aanzien van het openen van seriële zorgclusters. De HoNos+ vragenlijst biedt te weinig garantie dat dit niet voor kan komen;
- In aanvulling op uw risico *psychische stoornis als criterium* zien wij ook het risico ook psychische klachten bij somatische stoornissen onder Zvw-verzekerde GGZ kunnen vallen binnen het Zorgclustermodel. Dit geldt ook voor somatische klachten (bijvoorbeeld enkelvoudige rugklachten);
- Risico dat de pilots de huidige zorginzet gaan weergeven. Bekend is dat zorgverleners vaak niet conform richtlijn werken. Bovendien zijn zij vaak niet specifiek over duur van de behandeling. De vraag is of de pilots de juiste informatie opleveren over bijvoorbeeld benodigde behandelinzet;
- De zorgstandaarden moeten input geven voor het clustermodel. Echter zijn de meeste zorgstandaarden voor de relevante aspecten voor het clustermodel nog te weinig specifiek omschreven om gebruikt te kunnen worden. Er zijn op dit moment nog onvoldoende concrete zorgstandaarden op basis waarvan de zorginkoop kan plaats vinden;
 - Hiermee hangt samen dat er te weinig concrete zorgactiviteiten beschreven zijn in de zorgstandaarden en nog (weinig tot) geen zicht is op uitkomsten en effecten van de behandeling. Hierdoor moet in de zorginkoop over te veel inhoudelijke details afspraken worden gemaakt (met alle administratieve lasten van dien);

- Een aantal aanspraken is nog niet helder omschreven of behoeven een andere duiding ten aanzien van de aanspraak.
 - Voorbeelden hiervan zijn 'pijnstoornis' (ongedifferentieerde somatoforme stoornissen) en dementie. Hoe wordt dit vertaald naar de clusters? Wat hoort wel onder de Zvw-aanspraak en wat niet? Een andere vraag die hierbij rijst is of supercluster 3 per definitie geen curatieve GGZ (en dus Zvw) maar WLZ betreft.

Consultatievraag 3

Kunt u zich vinden in de aanbevelingen die wij doen voor de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel? Welke mogelijkheden ziet u voor aanpassing van het model zodat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd?

Wij kunnen ons in hoofdlijnen vinden in uw aanbevelingen. Wel vragen wij u aandacht te hebben voor de transitie van *betaling van inspanning* (tijd), naar het *betalen van resultaat*. De zorgstandaarden, welke op dit moment nog onvoldoende concreet zijn, zullen hierbij een randvoorwaarde moeten zijn.

In aanvulling hierop zien wij de volgende mogelijkheden voor een heldere afbakening van het bekostigingskader van de curatieve GGZ:

- Cluster 1 en 2 uitsluiten van vergoeding vanuit de curatieve GGZ, daar dit huisartsenzorg betreft;
- Eventueel: andere clusters duiden waarin alleen aanspraak vanuit de GBGGZ bestaat.

Consultatievraag 4

Onderschrijft u onze aanbeveling dat er uit het oogpunt van kwaliteit van zorg eisen moeten worden gesteld aan de diagnostiek/assessment en dat daarbij ook een adequate bekostiging hoort?

Wij zijn het in algemene zin eens met uw aanbeveling. In aanvulling daarop:

- Bij diagnostiek dient gebruik gemaakt te worden van gevalideerde, (semi)-gestructureerde interviews c.q. vragenlijsten. Zelfrapportage-instrumenten kunnen worden toegepast als screener, maar zijn niet te prefereren als diagnostisch instrument;
- Goede diagnostiek is essentieel voor inzet van de juiste behandelaar en dient gedaan door iemand met voldoende GGZ-expertise, conform het Kwaliteitsstatuut.
 - Hierbij dient aangetekend te worden dat het veld nu al aangeeft over te weinig regiebehandelaren te beschikken. Dit werpt de vraag op of de regiebehandelaar voldoende zicht heeft op de problematiek van de patiënt. Het vermoeden bestaat dat het Kwaliteitsstatuut met name op papier goed is ingericht.

- Ten behoeve van een eenduidige interpretatie van uw advies, zouden wij graag van u vernemen wat wordt verstaan onder 'adequate bekostiging'. Mede gezien het feit dat er de tekst wordt gesproken over situaties waar geen behandeling plaatsvindt.

Consultatievraag 5

Onderschrijft u de noodzaak voor het voorlopig blijven vastleggen van de DSM-classificatie gelet op bovenstaande argumenten. Zo ja, zo nee, wat is daarvan de reden?

Ja, de DSM 5 classificatie moet wat ons betreft nog vastgesteld blijven worden:

- De classificatie geeft informatie om de zorg en zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken;
- De diagnose blijft van belang om te bepalen of er sprake is van Zvw-verzekerde zorg
- Het registreren van de DSM 5 classificatie is voor de (onder punt 3 genoemde) continuïteit en transitie van het inkoopproces van wezenlijk belang;

Gezien de aanzienlijke impact van de door ons gesignaleerde risico's op de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars, verzoeken wij u om ons op de hoogte te stellen, dan wel met ons in overleg te treden over de wijze waarop u uw vragen verwerkt in uw advies en om deze aspecten op gepaste wijze te laten meewegen in uw advies aan de staatssecretaris van VWS.

Wij vertrouwen erop u met deze reactie van dienst te zijn geweest.

Met vriendelijke groet,

M.H.J. (Maarten) Hoek MBA

Directeur Zorg a.i.
Zorgverzekeraars Nederland

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw E.C.M.V
Adviseur sector zorg, team ggz
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum
16 november 2017
Contactpersoon

Bijlage(n)
-
Doorkiesnummer

Ons kenmerk
FA/mses/seht/207383/2017
Onderwerp
**Concept verkenning aansluiting
zorgclustermodel ggz op huidige verzekerde
aanspraken Zvw
(deel 1)**

Uw kenmerk
2017013558

Geachte mevrouw V, beste L,

Dank dat het Zorginstituut Nederland ons in de gelegenheid stelt te reageren op de concept 'Verkenning aansluiting zorgclustermodel ggz op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)'. Wij maken graag van die gelegenheid gebruik.

In dit rapport (deel 1) staat de verkenning van het zorgclustermodel centraal en wat de consequenties zijn voor de toegang tot geneeskundige ggz. Centrale vraag is of het concept van 'zorgvraagzwaarte' in het zorgclustermodel, met het gehanteerde toeleidingsinstrument, adequate, of zelfs betere aanknopingspunten biedt om de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz te bepalen dan de huidige classificatie op basis van de DSM.

Algemene reactie

Op dit moment loopt een pilot die moet aantonen in hoeverre het zorgclustermodel past in de praktijk van de ggz en fz in Nederland. De reactie hieronder is geformuleerd onder de aanname dat de pilot positief wordt geëvalueerd.

In de optiek van GGZ Nederland betekent het zorgclustermodel een markante evolutie in het bepalen van aanspraken op zorg. Met het toevoegen van aanvullende typeringselementen beoogt dit model beter te bepalen of zorg geïndiceerd is dan de kwalificatie op basis van DSM-stoornissen in de huidige productstructuur. Het zorgclustermodel gaat daarbij nog een stap verder. Ernst van de stoornis, lijdensdruk en impact op functioneren van de patiënt worden in dit model vertaald naar zorgvraagzwaarte, een maat voor de benodigde zorg. Hiermee wordt binnen een bekostigingssystematiek voor het eerst een relatie gelegd tussen de problematiek en de benodigde hoeveelheid zorg.



Het zorgclustermodel is bovendien een hybride model dat –naast beperkingen als gevolg van stoornissen- tevens geënt is op diagnoseclassificaties. De indeling in drie hoofdgroepen (superclusters) is immers gebaseerd op groepen van classificaties. De indeling is gebaseerd op overeenkomstige kenmerken van de stoornissen. Overeenkomsten in onder andere beloop (stagering), maar tevens in de benodigde zorgintensiteit en daarmee benodigde zorgkosten.

De vraag die het gebruik van dit model opwerpt, is -gegeven de geobjectiveerde bepaling van de zorgvraagzwaarte-, welke relevantie het gebruik van stoorniskwalificaties binnen eenzelfde supercluster nog biedt voor het bepalen van de aanspraken op zorg.

Wat ons opvalt is dat u in deze verkenning tevens uitspraken doet over wie de zorg zou moeten uitvoeren en waar de zorg moet plaatsvinden. U wilt eisen stellen aan de diagnostiek / assessment en aan de (soort) zorgaanbieder die dat mag uitvoeren. Dit laatste past niet in de functionele aanspraken van de Zvw en de punten staan o.i. los van de vraag of met het zorgclustermodel de toegang tot de geneeskundige ggz uitgelegd kan worden.

Reactie op de consultatievragen

Consultatievraag 1 (pagina 40/41 van de verkenning)

Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven kansen? Ziet u nog andere kansen dan die wij omschreven hebben?

Zoals bij eerdere consultaties aangegeven, leidt het uitsluiten van aanpassingsstoornissen uit het verzekerd pakket tot ernstige problemen in de hulpverleningspraktijk. Ook aanpassingsstoornissen kunnen gepaard gaan met een hoge lijdensdruk, of zelfs suicidaliteit. Zorgaanspraken baseren op een geobjectiveerde zorgvraagzwaarte biedt de mogelijkheid om zorg te bieden die noodzakelijk is. Dus wat in het rapport geïnterpreteerd wordt als risico, is daarentegen op te vatten als een mogelijkheid om noodzakelijke zorg te legitimeren.

Consultatievraag 2 (p.41/42)

Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven risico's? Ziet u nog andere risico's dan die wij omschreven hebben?

U heeft zich in dit deel vooral gericht op de beoordeling van het 1^e supercluster 'common diseases'. Omdat er nog geen Nederlandse praktijkgegevens voor handen zijn kunnen we uw beoordeling niet anders beschouwen dan een theoretische exercitie.

Bij het rapport over de DSM-5 en de gevolgen voor het pakket onderkende het Zorginstituut de beperkingen bij het relateren van de aanspraak op geneeskundige ggz aan de DSM-classificatie. En ook het voorliggend rapport heeft het over problemen bij de uitleg van de aanspraken op basis van enkel DSM-stoornissen en de wens om de aanspraken op een betere manier te duiden. Het bevreemdt dat u dan wel in ditzelfde rapport op eenzelfde wijze de vergelijking maakt. Het lijkt dat u in deze consultatie aan de huidige aanspraken obv de DSM-5 wilt vasthouden. Zie bijvoorbeeld bij geschetste risico's de stoornissen die nu niet onder de aanspraken ggz vallen. Dat is opmerkelijk omdat zowel het Zorginstituut als ggz partijen al jaren zeggen dat de DSM niet geschikt is om de aanspraken op te bepalen. Bovenaan pagina 17 stelt u zelf dat psychosociale en andere factoren een ondergeschikte

rol spelen terwijl deze juist meer zeggen over de zorgvraagzwaarte. Dan zien wij het juist en alleen als kans de aanspraken obv afzonderlijke classificaties van de DSM-5 los te laten en te kijken naar de mogelijkheden van het zorgclustermodel dat zorgvraagzwaarte als basis heeft. Dit biedt een waarborg om de risico's van onder- en overbehandelen vergaand te reduceren.

Het Kwaliteitsstatuut ggz, de gezamenlijke veldnorm, borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, wordt geleverd.

Consultatievraag 3 (p. 42/43)

Kunt u zich vinden in de aanbevelingen die wij doen voor de doorontwikkeling van het zorgclustermodel? Welke mogelijkheden ziet u voor aanpassing van het model zodat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd?

Zoals aan het begin van onze brief aangegeven is biedt het zorgclustermodel voor het eerst mogelijkheden om de benodigde behandelinzet te baseren op een geobjectiveerde zorgvraagzwaarte. Het lijkt evident dat duiding van de aanspraken op basis van zorgvraagzwaarte een duidelijke verbetering vormen. Een toenemende ernst van de stoornis en achteruitgang in het functioneren van de patiënt, rechtvaardigen een toenemende behandelinzet. Uit de pilot zal mogelijk blijken dat er in de Nederlandse ggz een separaat cluster voor patiënten met verslavingsproblematiek moet komen. De indeling in de huidige superclusters is zeer pragmatisch van aard. Twee clusters zijn nauwkeuring excluderend diagnosegebonden en het derde supercluster omvat alle overige stoornissen. De patiëntengroep met verslavingsproblematiek had ook een supercluster kunnen zijn als de financiering van verslavingsbehandeling in Engeland in dezelfde subsidiefinanciering had gevallen. De indeling in superclusters vraagt nog om nader onderzoek.

Consultatievraag 4 (p.43)

Onderschrijft u onze aanbeveling dat er uit het oogpunt van kwaliteit van zorg eisen moeten worden gesteld aan de diagnostiek / assessment en dat daarbij ook een adequate bekostiging hoort?

Deze consultatievraag behoort bij het domein van het Kwaliteitsstatuut ggz en niet bij het beoordelen van het zorgclustermodel.

Consultatievraag 5 (p. 44)

Onderschrijft u de noodzaak voor het voorlopig blijven vastleggen van de DSM-classificatie gelet op bovenstaande argumenten. Zo ja, zo nee, wat is daarvan de reden?

Het vastleggen van de DSM-classificatie in het dossier van de patiënt, gebruik door de behandelaar is van belang. Daarnaast is er de wenselijkheid van wetenschappelijke vergelijkbaarheid en een behoefte om te voorkomen dat er een breuk ontstaat in overzichten van historische kosten).

De aansluiting bij bestaande internationale classificaties en meetmethoden blijft aangewezen om toename van extra administratie te voorkomen. Er dient verbinding gezocht te worden met bestaande triage en zorgzwaarte algoritmes, zoals al lange tijd in de verslavingszorg

worden toegepast. Er moet een logische en valide connectie zijn tussen gegevens die als cruciaal worden gezien voor behandeling en zorg en de metingen die nodig zijn voor de aan het zorgclustermodel gebonden algoritmes. Het verzamelen van de DSM classificaties vraagt om het inrichten van een databank die de scherpe regels van privacy eerbiedigt. Het is o.i. echter geen voorwaarde voor gebruik van het zorgclustermodel.

Wij vertrouwen er op u hiermee in dit stadium goed te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Veronique Esman-Peeters
directeur.

Reactie Landelijke Huisartsen Vereniging (NHG)/Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Zorgclustermodel GGZ Consultatie Zorginstituut

Consultatievraag 1

Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven kansen? Ziet u nog andere kansen dan die wij omschreven hebben?

Wij onderschrijven de kansen die u ziet. Vooral het vergoeden van zorg aan de hand van de ervaren lijdensdruk en disfunctioneren in plaats van het hebben van een classificatie volgens DSM is een enorme verbetering. De huisartsgeneeskundige zorg werkt op deze manier; een patiënt ontvangt zorg aan de hand van (de ernst van) klachten, niet aan de hand van een diagnose. Een belangrijke functie van de huisarts in het Nederlandse zorgsysteem, het poortwachterschap, kan met de uitgangspunten van het zorgclustermodel op een gelijkwaardige manier als in de somatische zorg vorm krijgen.

Consultatievraag 2

Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven risico's? Ziet u nog andere risico's dan die wij omschreven hebben?

Wij verwachten dat de genoemde risico's (meer beroep op de geneeskundige GGZ) nauwelijks zullen plaatsvinden. Het streven is dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek door de juiste hulpverlener wordt geholpen. Zo mogelijk wordt hulp geboden in de huisartsenpraktijk. In andere gevallen wordt verwezen naar de GB GGz of S GGz. Dit is het goed werkende poortwachterschap van de huisarts, dat ook zo functioneert in de somatische zorg.

Bij het bepalen van de Landelijke GGZ afspraken zijn de verwijscriteria uit het HHM verwijfmodel meegenomen om de verwijfsafspraken in het actuele bekostigingssysteem implementeerbaar te laten zijn. Hierbij heeft de werkgroep aangetekend dat voor een weloverwogen keuze over welke behandelaar in welk echelon de meest geschikte behandeling kan bieden, een op de patiënt gericht verwijfsadvies nodig is waarbij met de volgende aspecten rekening moet worden gehouden: de eigen deskundigheid van de huisarts, de wens van de patiënt en zijn omgeving, behandelvoorgeschiedenis, beschikbaarheid en toegankelijkheid, en contextuele factoren van de patiënt (bijvoorbeeld motivatie, comorbiditeit, mogelijkheden van zelfmanagement, financiële situatie).

Een risico is dat er een nieuw systeem wordt ingevoerd terwijl huisartsen net zijn gewend aan het nieuwe verwijfsysteem naar generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Verder pleiten we voor absolute helderheid over de nieuwe verwijfsmogelijkheden zodat de verwijfing van patiënten naar de ggz goed verloopt. Huisartsen hebben duidelijkheid nodig om te weten naar welke aanbieder zij moeten verwijfen. Wie biedt zorg voor welk cluster van patiënten?

Overigens gaan huisartsen geen inschatting maken van het product dat geboden moet worden in de ggz. Ook in het huidige systeem maken huisartsen alleen de keuze voor generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz en niet voor het product (kort, middel, lang, chronisch) dat wordt ingezet in de ggz.

Consultatievraag 3

Kunt u zich vinden in de aanbevelingen die wij doen voor de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel? Welke mogelijkheden ziet u voor aanpassing van het model zodat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd?

Het is onvoldoende helder wat er met het 'juiste' bekostigingskader wordt bedoeld. Het risico op overbehandeling lijkt ons klein, zoals hierboven reeds vermeld. De kwaliteit van zorg zal toenemen, doordat niet de DSM-classificatie leidend is voor de plek van behandeling maar andere factoren zoals de lijdensdruk en disfunctioneren.

We zien daarom mogelijkheden om de vergoeding van de aanpassingsstoornissen binnen het kader van de ggz weer mogelijk te maken. Dit is de kans om dit te herstellen. Veel patiënten zouden gepastere zorg ontvangen als er ook de mogelijkheid is om voor een aanpassingsstoornis te worden behandeld in de (gen basis) ggz. Vanaf het begin van het nieuwe ggz systeem zijn LHV en NHG hier voorstander van geweest.

Consultatievraag 4

Onderschrijft u onze aanbeveling dat er uit het oogpunt van kwaliteit van zorg eisen moeten worden gesteld aan de diagnostiek/assessment en dat daarbij ook een adequate bekostiging hoort?

In de huisartsenpraktijk vindt psychiatrische diagnostiek plaats, maar anders dan in de GGZ. Diagnostiek in de huisartsenpraktijk vindt plaats via een gestructureerde anamnese, vaak verspreid over meerdere consulten in de tijd. De voorgeschiedenis en andere contextuele factoren zijn reeds bekend. Het merendeel van de psychiatrische vragenlijsten zijn niet gevalideerd in de huisartsenpraktijk. Een belangrijk onderdeel van de diagnostiek in de huisartsenpraktijk is het beoordelen of de diagnostiek of behandeling in de huisartsenzorg of elders moet plaatsvinden.

Consultatievraag 5

Onderschrijft u de noodzaak voor het voorlopig blijven vastleggen van de DSM-classificatie gelet op bovenstaande argumenten. Zo ja, zo nee, wat is daarvan de reden?

Het verlaten van de DSM-classificatie voor het bepalen van de aanspraak op vergoeding juichen wij toe. Het in zijn totaliteit verlaten van de DSM zou jammer zijn. Vooral voor onderzoeksdoeleinden heeft de DSM een functie voor een gezamenlijke taal. Hiervoor is de DSM ook ooit ontwikkeld. Mooi als het daar weer toe beperkt wordt.

Aan
Mevr. L. V en Mevr. S. R

Van
Nederlandse Zorgautoriteit
Directie Regulering
Unit GGFZ

Telefoonnummer
030 29 68 692

E-mailadres
regulering@nza.nl

Onderwerp
Reactie 'Consultatie 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ
op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)

Datum
13 november 2017

We zijn blij dat we het rapport 'Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)' van Zorginstituut Nederland (hierna: ZiNL) hebben mogen ontvangen en ons in de gelegenheid stelt om hierop te reageren. Hieronder geven we eerst een algemene beschrijving over de verhouding van het zorgclustermodel en de aanspraken, vervolgens gaan we specifiek in op de vijf door u gestelde consultatievragen.

Afbakening en interpretatie consultatiedocument

Voor het onderzoek van ZiNL is het model aangenomen als status quo (versie februari 2017), met daarbij de aanspraakbepaling zoals die nu geldt vanuit een DSM-classificatie. We willen allereerst benadrukken dat het model nog steeds in ontwikkeling is. De beschreven kansen en risico's zien wij daarom als aandachtspunten om mee te nemen in de al lopende of volgende fasen binnen het programma van het zorgclustermodel. We zullen ons om die reden voornamelijk richten op de aanbevelingen die we binnen het programma gaan oppakken. We kijken daarbij ook mee vanuit de verantwoordelijkheden van de NZa als marktregulator.

Daarnaast zien wij dat – zoals in het rapport aangegeven – er vooral risico's gezien worden in een specifiek onderdeel van de geneeskundige ggz, namelijk de common diseases (vallend onder supercluster niet-psychotisch). Wij zijn blij te zien, dat in het bijzonder de risico's zich vervolgens toespitsen op vraag 8 enerzijds, en de onrechtmatige toeleiding van zorg naar zorgcluster 1 en 2 anderzijds.

Hierdoor maken wij de (voorzichtige) conclusie dat de risico's en aanbevelingen die beschreven staan, niet gelden voor de andere patiëntgroepen of zorgclusters met betrekking tot de psychotische en neurocognitieve problematiek. We delen deze conclusie en zien dit als een belangrijke kans van het zorgclustermodel. Dit betekent dat de oplossingen die wij in een volgende paragraaf voorstellen, zich specifiek richten op cluster 1 en 2.

Reactie op aanbevelingen

Allereerst kunnen wij ons vinden in de aanbevelingen om vraag 8¹ verder aan te scherpen. Met behulp van een uitbreiding en/of aanscherping van deze vraag, kan afgevangen worden dat te lichte problematiek ten onrechte instroomt in de geneeskundige ggz. De ervaring is nu dat regiebehandelaren, met behulp van een gestandaardiseerd instrument, bewust een keuze maken voor een zorgcluster. Met het aanscherpen van vraag 8 zien wij een grote kans in een dergelijk toeleidinginstrument; er kunnen meer en duidelijkere handvatten worden geboden, dan nu alleen de diagnoseclassificatie doet, om de aanspraakbeperking in de geneeskundige ggz in het systeem te waarborgen. De uitdaging is om deze vragen zo scherp mogelijk te definiëren, zodat de aanspraak hierop aansluit. In de aanloop naar deel 2 van het onderzoek van ZiNL, kan de werkgroep Zorginhoud & Prestaties, meedenken wat hierin mogelijk is in de doorontwikkeling van de (toeleiding van de) zorgclusters.

¹ Vraag 8: Overige psychische en gedragsproblemen

Ook wordt er een risico gezien in de toeleiding van zorgcluster 0, 1 en 2. Uit gegevens van pilotfase 1 komen deze zorgclusters niet vaak voor. De reden dat zorgcluster 0 wordt aangeduid is vaak voor zorg die niet opgevolgd wordt door een behandeling (zoals second opinion). Het kiezen van zorgcluster 1 en 2 wordt merendeels aangeduid voor patiënten gedaan waar het risico op terugval bestaat, maar ook voor zorg die nu niet wettelijk onder de aanspraak valt (vooral aanpassingsstoornissen). Om te zien of dit nog steeds het geval is, zien wij ook het belang om deze clusters met behulp van de huidige pilot goed te monitoren en de inhoud ervan te onderzoeken. Op die manier krijgen we de plekken waar aanscherping noodzakelijk is, helder.

Kenmerk

Pagina
2 van 3

Waar wij bovenstaande aanbevelingen onderstrepen, omdat deze in lijn liggen met de beschreven risico's, vinden wij de aanbeveling om de DSM-classificatie te blijven vastleggen niet proportioneel voor de beschreven risico's in het kader van *de werking van het zorgclustermodel*. Wij zijn van mening – op basis van de informatie uit pilots tot nu toe – dat er minder vergaande maatregelen mogelijk zijn om het risico met betrekking tot de aanspraak tegemoet te komen. Daarom onderschrijven wij de noodzaak voor het vastleggen van de DSM-classificatie niet als het gaat om de toets op de aanspraken. We gaan daar verderop in deze reactie nader op in.

Wel is goed te vermelden dat er binnen de volgende pilotfasen, maar ook in de manier hoe we de implementatie gaan vormgeven, een vergelijking wordt gemaakt tussen de informatie-elementen van (een bekostiging gebaseerd op) zorgclusters en de informatie-elementen van de huidige dbc's. In hoeverre het eventuele 'informatieverlies' risico's met zich meebrengt voor bijvoorbeeld de zorginkoop, risicoverevening en wachttijdinformatie voor de patiënt, is dus onderwerp van gesprek evenals de oplossing daarvoor. De DSM-classificatie, in geval van de dbc's², wordt hierin uiteraard meegenomen. Wanneer er risico's ontstaan door het wegvallen van de DSM-classificatie, gaan we toetsen of deze informatie noodzakelijkerwijs op patiëntniveau gedeeld moet worden of dat het risico gemitigeerd wordt door informatiedeling op geaggregeerd niveau (tijdelijk ofwel structureel). Het laatste heeft dan altijd de voorkeur. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat de informatie per definitie gewaarborgd wordt binnen de regelgeving van de nieuwe bekostiging³.

Dit heeft te maken met het feit dat de NZa kritisch kijkt of een eventuele informatieverplichting in de regelgeving van de zorgclusters (en bijbehorende bekostiging) op zijn plek is. Het is mogelijk dat dit vanuit een ander meer vanzelfsprekend kader is, namelijk vanuit het oogpunt van de kwaliteit van zorg. Dit is analoog aan uw aanbeveling om eisen te stellen aan de manier van diagnostiek/assessment. Het vastleggen van een diagnoseclassificatie, ofwel de 'taal tussen behandelaar en patiënt om tot een behandelpunten te komen', zien wij ook binnen dit kader. Als blijkt dat voor de kwaliteit van zorg het van belang is dat de diagnoseclassificatie wordt vastgelegd in het medisch dossier, dan zouden wij in dit geval adviseren om de wens voor het vastleggen van de DSM-classificatie te zoeken in kwaliteitsrichtlijnen.

Antwoord op de consultatievragen

Consultatievraag 1- Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven kansen? Ziet u nog andere kansen dan die wij omschreven hebben?

Wij delen de door ZiNL beschreven kansen. In bovenstaande reactie hebben we benadrukt dat het toeleidinginstrument niet alleen kansen biedt voor de bekostiging, maar ook voor de afbakening van aanspraken. Het

² We zijn voornemens om het model niet alleen voor de gespecialiseerde ggz (dbc bekostiging), maar ook voor de generalistische basis ggz te laten gelden. Binnen dit domein is het vastleggen van een diagnoseclassificatie (op diepste niveau) of het delen van deze informatie op de declaratie geen verplichting.

³ De regelgeving voor het bekostigingsmodel gaat na wat er op patiëntniveau geregistreerd, maar ook gedeclareerd moet worden. Dit worden ook wel de registratie- en declaratieverplichtingen genoemd.

toeleidinginstrument biedt - méér dan de huidige diagnoseclassificatie - mogelijkheden om de afbakening in het concrete geval goed toe te passen. We gaan er vanuit dat ZiNL in de komende periode hierin meedenkt.

Kenmerk

Pagina
3 van 3

Consultatievraag 2 - Hoe kijkt u aan tegen de door ons omschreven risico's? Ziet u nog andere risico's dan die wij omschreven hebben?

Zie onze reactie hierboven, we willen in dit verband benadrukken dat de risico's voortkomen uit een 'theoretische exercitie'. Praktijkdata (zoals die verzameld worden in pilots) zijn van groot belang om te toetsten in hoeverre deze risico's reëel zijn.

Consultatievraag 3 - Kunt u zich vinden in de aanbevelingen die wij doen voor de doorontwikkeling van het Zorgclustermodel? Welke mogelijkheden ziet u voor aanpassing van het model zodat de behandeling van psychische problematiek vanuit het juiste bekostigingskader voldoende is geborgd?

Zoals hierboven toegelicht, biedt het toeleidinginstrument goede mogelijkheden om de aanspraaktoets in het concrete geval praktisch te ondersteunen. Daarvoor is het belangrijk dat we samen met u onderzoeken welke vragen aangepast en/of aangevuld moeten worden.

Consultatievraag 4 - Onderschrijft u onze aanbeveling dat er uit het oogpunt van kwaliteit van zorg eisen moeten worden gesteld aan de diagnostiek/assessment en dat daarbij ook een adequate bekostiging hoort? Dit onderschrijven wij.

Consultatievraag 5 - Onderschrijft u de noodzaak voor het voorlopig blijven vastleggen van de DSM-classificatie gelet op bovenstaande argumenten. Zo ja, zo nee, wat is daarvan de reden?

Voor de beantwoording van deze vraag zijn twee zaken van belang:

- De reden waarom vastlegging van de DSM-classificatie verwacht wordt;
- De regel waarin deze eventuele vastlegging beslag krijgt.

Ten aanzien van het eerste punt merken we het volgende op:

Zoals in de bovenstaande reactie is toegelicht, zijn er minder vergaande mogelijkheden dan het verplichten van de individuele vastlegging van de DSM-classificatie in het kader van de zorgclusters, om tegemoet te komen aan de waarborg van de toets op aanspraken en/of het door ZiNL gesignaleerde risico's. Door het toevoegen van de juiste vragen aan het toeleidinginstrument, is het mogelijk om deze toets goed vorm te geven, zonder dat (voor de gehele ggz) om deze reden een dergelijke verplichting wordt opgezet.

Tegelijk worden in het consultatierapport andere uiteenlopende redenen aangegeven om DSM-classificatie inzichtelijk te houden. Bijvoorbeeld vanuit informatievoorziening (voorkomen van trendbreuk), etc. Als programma onderzoeken we deze redenen en - net als bij de aanspraken - of dat daadwerkelijk een individuele vastlegging en deling vereist. Om hier de enige conclusie van het voorlopig vastleggen (en delen⁴) van de DSM-classificatie tegenover te stellen, vinden wij te voorbarig.

Ten aanzien van het tweede punt merken we op: mocht individuele vastlegging noodzakelijk zijn, dan is het geen gegeven dat de NZa-regelgeving deze verplichting in het kader van de bekostigingsmodel moet bevatten. De redenen die leiden tot deze conclusie die ook beschreven staan, wijzen bijvoorbeeld eerder op kwaliteitsrichtlijnen als primaire en daarmee eerst aangewezen bron voor een dergelijke grondslag.

⁴ Delen wordt ook genoemd omdat in de beschrijving wordt aangegeven dat onderdeel van de aanbeveling kan zijn dat informatie landelijk wordt verzameld in het DIS.