

Advies zorgvraagtypering ggz, deel 3

Aan: NZa
Van: Adviescommissie zorgvraagtypering ggz
Datum: 31 januari 2025
Status: Definitief

Samenvatting van het advies

Zorgvraagtypering moet het gepast gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bevorderen en een juiste inzet van middelen mogelijk maken. Dit zijn belangrijke doelen, want de ggz staat voor grote uitdagingen. Het huidige model heeft volgens de Adviescommissie zorgvraagtypering ggz (adviescommissie) bruikbare onderdelen, maar is als geheel niet toereikend om deze doelen te kunnen bereiken.

De adviescommissie stelt voor om in 2026 en 2027 een vereenvoudigde versie van het huidige model in te zetten, voor gezamenlijk af te spreken doelen. In deze vereenvoudigde versie kunnen elementen worden toegevoegd die volgens de data leiden tot hogere behandelkosten op groepsniveau en worden onderling onvoldoende onderscheidende zorgvraagtypen samengevoegd. Het toeleidingsalgoritme wordt opnieuw berekend.

De adviescommissie vindt dat veldpartijen een verbeterd model voor zorgvraagtypering moeten ontwikkelen, dat dan met ingang van 2028 van kracht kan zijn. De wetenschap moet daar vanaf de start bij betrokken worden. In dit verbeterde model kunnen bruikbare onderdelen worden behouden, moeten niet bruikbare onderdelen vervallen en moeten nieuwe onderdelen worden toegevoegd. Het verbeterde model zou beter moeten ondersteunen op keuzemomenten in het zorgproces, zodat zorgprofessionals het graag willen gebruiken en het meer zegt over wat passend is. De adviescommissie benadrukt wel dat het professionele oordeel van behandelaren altijd centraal moet blijven staan. Zorgvraagtypering heeft een ondersteunende rol en mag niet ten koste gaan van dat professionele oordeel.

Het huidige model bestaat uit een toeleidingsmechanisme (de HoNOS+ scorelijst en een algoritme) en een verzameling van 20 zorgvraagtypen, onderverdeeld in drie hoofdgroepen.

Over het toeleidingsmechanisme oordeelt de adviescommissie dat de HoNOS+ scorelijst als geheel tekortschiet als toeleidingsinstrument, maar wel onderdelen bevat die bepalend zijn voor de te verwachten zorginzet en dus bruikbaar zijn. De adviescommissie adviseert daarom om in een verbeterd model niet meer de HoNOS+ in huidige vorm te gebruiken. Bruikbare items moeten worden aangevuld met onderdelen die een betere indicatie geven van de zorgbehoefte, zoals een eerdere opname of indicatie voor acute ggz, of toepassing van de Wet verplichte ggz of de Wet zorg en dwang.

Het uitgangspunt dat er één toeleidingsmechanisme of scorelijst is die de hele geneeskundige ggz dekt, moet volgens de adviescommissie worden losgelaten. Een verbeterd model zou ruimte moeten bieden voor sectorspecifieke toeleiding. Het algoritme dat op basis van input een zorgvraagtype voorstelt, moet dan vernieuwd worden.

De hoofdgroepen in het model staan voor duidelijk verschillende categorieën patiënten. Voor de zorgvraagtypen binnen die hoofdgroepen geldt dat ten dele. Sommige zorgvraagtypen zijn onderling onvoldoende onderscheidend. De klinische herkenbaarheid van de zorgvraagtypen moet verder worden verbeterd.

De partijen in de adviescommissie willen zo snel mogelijk bestuurlijke afspraken maken over de aanpak en het precieze tijdpad om invoering van dit verbeterde model per 2028 te realiseren. De overheid (VWS, NZa, Zorginstituut) moet partij zijn bij deze afspraken. Wij roepen VWS op zo snel mogelijk te zorgen voor een helder wettelijk kader voor dataverzameling. Alleen dan kunnen we data (blijven) inzetten voor onderzoek naar passende zorg voor groepen patiënten en als ondersteuning voor de andere (wettelijke) taken en processen.¹

¹ De adviescommissie heeft hier in een [brief van 7 oktober 2024](#) al aandacht voor gevraagd bij het ministerie van VWS.

Inleiding

De Adviescommissie zorgvraagtypering ggz heeft in opdracht van de NZa een advies opgesteld over de doorontwikkeling van zorgvraagtypering in de ggz. Dit is het derde en laatste deel van het advies. Advies [deel 1](#) en [deel 2](#) zijn in te zien via de [website van de adviescommissie](#).

De adviezen zijn inhoudelijk voorbereid door vier werkgroepen, waarin inhoudelijk experts zonder last en ruggespraak deelnamen. De werkgroepen en de adviescommissie hebben hierbij gebruik gemaakt van de data-analyses die de NZa op verzoek van en in afstemming met werkgroepen en adviescommissie heeft uitgevoerd. Alle analyses die de NZa op verzoek heeft uitgevoerd zijn bijlagen bij dit advies.

Om de adviescommissie bij de formulering van dit advies te ondersteunen, heeft de werkgroep Data-analyse antwoord gegeven op [10 onderzoeksvragen](#) die bij de start van de commissie zijn vastgesteld. De antwoorden per vraag zijn ook te vinden in de bijlage 2 bij dit advies.

De adviescommissie en de werkgroep Data-analyse hebben gebruik gemaakt van de expertise van prof. dr. C.J. Albers, in het bijzonder op het gebied van statistiek en data-analyses. Voor dit advies heeft de adviescommissie ook een klankbordgroep geraadpleegd. Deze bestond uit prof. dr. A.J. Beekman, prof. dr. H. Kroon en prof. dr. A.F.A. Schellekens. Het verslag van dit overleg is een bijlage bij dit advies (bijlage 3).

Aanvullend op dit advies heeft de Adviescommissie in bijlage 1 informatie opgenomen over de kwaliteit van de data.

In dit advies wordt achtereenvolgens ingegaan op het doel van het model, de HoNOS+ als toeleidingsmechanisme en op de zorgvraagtypen. Daarna volgt het advies en een slotwoord.

Doel van het model

Zorgvraagtypering moet het gepast gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bevorderen, ondersteunen bij een juiste allocatie van middelen en de uitvoering van de Zorgverzekeringswet faciliteren. Dit hoofddoel wordt onvoldoende bereikt met het huidige model voor zorgvraagtypering.

De analyses laten zoals verwacht zien dat zorgvraagtypering niet geschikt is voor het voorspellen van het zorggebruik op individueel niveau en dus niet voor het afrekenen van zorg op individueel niveau. Op groepsniveau is het beeld wisselend, maar zijn er nog veel beperkingen. De zorgvraagtypen laten weliswaar onderling duidelijke verschillen zien in de *gemiddelde* kosten, maar door de grote *spreiding* binnen de zorgvraagtypen is er ook een grote overlap tussen het kostenbeslag van zorgvraagtypen.

Er is een verband tussen zorgvraagtype en (gemiddelde) behandelinzet: het zorgvraagtype verklaart 17,6% van de variantie. De DSM-hoofdgroep verklaart de variatie voor 6,2%. Op groepsniveau is er sprake van sterkere relaties.² Hierbij moet worden bedacht, dat deze data retrospectief zijn en praktijk-, patiënt- en behandelvariatie bevatten.

² Zie tabellen 11 en 12 in bijlage 2.

De adviescommissie is verdeeld over de inzet van het huidige model van zorgvraagtypering in de contractering. Zorgverzekeraars geven aan de informatie waar mogelijk te willen gebruiken, terwijl zorgaanbieders dit te vroeg vinden. De adviescommissie heeft geen zeggenschap over wat individuele partijen wel en niet mogen doen.

Wel vindt de adviescommissie unaniem dat het belangrijk is landelijke spelregels af te spreken, die rekening houden met de kanttekeningen uit dit advies. Deze worden onderdeel van de nog te maken bestuurlijke afspraken over doorontwikkeling.

De HoNOS+ als toeleidingsmechanisme

Wij zoeken naar een model van zorgvraagtypering dat een juiste allocatie van beschikbare middelen bevordert. Zo'n model kan niet zonder een toeleidingsmechanisme dat rekening houdt met de meest bepalende determinanten van benodigde zorginzet. Dat zijn niet alleen de met HoNOS+ gescoorde beperkingen die de patiënt op een bepaald moment in het dagelijks leven ervaart. Dit zijn ook omstandigheden als de wens van de patient, de eigen mogelijkheden van de patiënt en van diens netwerk, de historie van het zorggebruik en co-morbiditeit. Welke determinanten het meest bepalend zijn, kan per segment verschillen. Bij bijvoorbeeld een verslaving kan het om andere factoren gaan dan bij een psychotische aandoening.

Omdat HoNOS+ met deze andere determinanten maar beperkt rekening houdt, vindt de adviescommissie het noodzakelijk dat het instrument wordt aangepast en verrijkt met (elementen van) andere instrumenten die de sectorspecifieke determinanten wél betrekken. Het huidige algoritme zal daarbij moeten worden vernieuwd. De HoNOS+ alleen is als toeleidingsmechanisme onvoldoende geschikt. Als het instrument een grotere reikwijdte krijgt en meer aansluit bij het proces van het verlenen en evalueren van zorg, zal naar verwachting van de adviescommissie het gebruik minder als administratieve belasting worden ervaren.

De zorgvraagtypen

De huidige drie hoofdgroepen zijn volgens de adviescommissie voldoende onderscheidend. De zorgvraagtypen hebben, zeker in hoofdgroep X, een zekere mate van klinische herkenbaarheid. In grote lijnen herkennen we de Common Mental Disorders, gerangschikt naar ernst en aanhoudendheid. Verder valt op dat de lagere zorgvraagtypen meer homogeen zijn dan de hogere zorgvraagtypen. Wel zijn de zorgvraagtypen ten opzichte van elkaar soms onvoldoende onderscheidend.

Als bepaalde zorgvraagtypen worden samengevoegd, levert dit volgens de beschikbare (historische) data geen slechtere voorspelling van zorgkosten op.

Als daarnaast nog rekening wordt gehouden met 'verzwarende elementen' (of de patiënt eerder opgenomen is geweest, of de Wvvgz/Wzd zijn toegepast en of acute ggz is verleend), kunnen de zorgvraagtypen meer onderscheidend worden. De groepen onderscheiden zich dan meer op het gebied van kosten en dat zorgt voor een betere voorspelling daarvan. Als we zorgvraagtypen splitsen op basis van de stelregel 'één of meerdere aanvullende kenmerken' zien we in de data dat de kwaliteit van het model vooruitgaat.

Mogelijk kunnen hier in de toekomst ook nog andere elementen aan worden toegevoegd, zoals somatische comorbiditeit. Daar moet dan nog wel onderzoek naar plaatsvinden.

Advies

De adviescommissie adviseert om niet in te zetten op het doorontwikkelen van de 'integrale' HoNOS+ als toeleiding. Partijen denken dat er meer geschikte instrumenten zijn om de zorgvraagzwaarte te bepalen. Het ligt voor de hand daarbij gebruik te maken van wetenschappelijke inzichten. De adviescommissie concludeert daarom dat het beter is als veldpartijen samen met wetenschappers een verbeterde toeleiding ontwikkelen. Deze moet een toegevoegde waarde hebben in het zorgproces, moet passende zorg en de juiste allocatie van middelen bevorderen en de uitvoering van de Zorgverzekeringswet ondersteunen. Zo nodig kunnen de zorgvraagtypen verder worden verfijnd. Het verbeterde model kan naar verwachting van de Adviescommissie per 2028 van kracht zijn.

De adviescommissie adviseert om hiervoor een consortium te vormen met veldpartijen, wetenschappelijke instellingen en betrokken overheidsorganisaties. Daarbinnen krijgen werkgroepen dan de opdracht om onderzoek te doen en toeleidingsmechanisme te ontwikkelen dat is toegesneden op de Nederlandse situatie en dat aansluit bij zorgarrangementen. Dan kan ook onderzocht worden of de zorgvraagtypering meer kan worden toegespitst op subpopulaties in de ggz en hoe deze beter kan aansluiten op het proces van zorgverlening en -evaluatie.

Verbeteringen op korte termijn

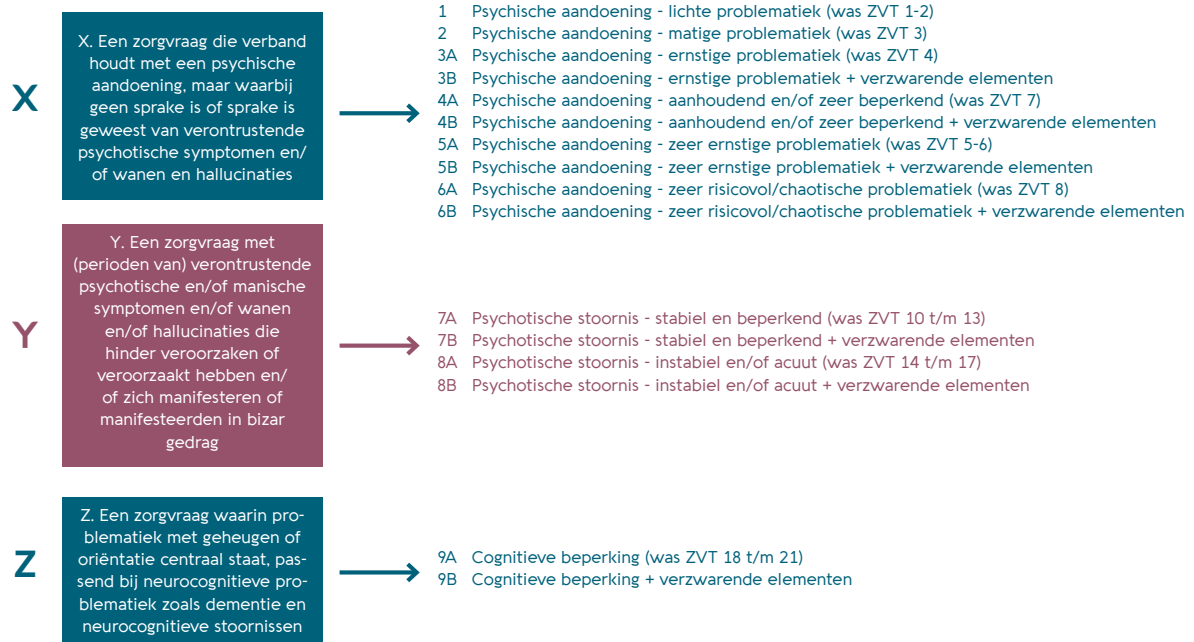
Wij stellen voor om per 2026 een vereenvoudigde versie van zorgvraagtypering te introduceren waarin de zorgvraagtypen beter klinisch herkenbaar zijn. Deze kan het vertrekpunt worden voor doorontwikkeling.

De adviescommissie adviseert op basis van de volumes, kostenbeslag en klinische herkenbaarheid om zorgvraagtypen 1 en 2 samen te voegen, zorgvraagtypen 3, 4 en 7 (totaal meer dan 70% van alle patiënten) in stand te laten en zorgvraagtypen 5 en 6 samen te voegen. Zorgvraagtype 8 blijft in stand. Zorgvraagtype 7 verandert voor een logischere opbouw van plaats en komt voor de huidige typen 5 en 6. Hoofdgroep X zou dan bestaan uit zes zorgvraagtypen in plaats van acht.

De adviescommissie adviseert hoofdgroep Y voortaan in twee zorgvraagtypen onder te verdelen. Hoofdgroep Z houdt één zorgvraagtype over.

Verder stelt de adviescommissie voor om van alle zorgvraagtypen (behalve 1 en 2) ook een variant te maken waarvoor verzwarende elementen van toepassing zijn. De namen van de nieuwe zorgvraagtypen moeten nog bepaald worden.

Samengevat is het voorstel om de zorgvraagtypen aan te passen conform onderstaand figuur.



De adviescommissie wil hieraan de volgende voorwaarden verbinden. De precieze definities van de nieuwe zorgvraagtypen moeten nog worden bepaald en de instructies moeten hierop tijdig worden aangepast. De wijzigingen moeten nog worden besproken met de ICT-partijen met het oog op de invoering per 2026. De data moeten over de jaren heen vergelijkbaar blijven. Voorafgaand aan definitieve besluitvorming moet getoetst worden of aan deze voorwaarden is voldaan.

Als de nieuwe indeling overgenomen wordt, zijn er wat betreft de adviescommissie geen belemmeringen het algoritme per 2026 te herijken op basis van de Nederlandse data. De analyses hebben namelijk aangetoond dat de afwijkingpercentages aanzienlijke lager zullen zijn dan bij het in stand houden van de oorspronkelijke structuur. De adviescommissie adviseert nogmaals door te rekenen of deze aannames bevestigd kunnen worden.

Een deel van de partijen vindt dat de HoNOS+ per 2026 optioneel verklaard zou moeten worden. Een ander deel van de partijen vindt dat dit ten koste gaat van de validiteit van het model. Omdat het gebruik van een toeleidingsinstrument volgens de overheid randvoorwaardelijk is voor het vertrouwen in het model, zal tot het nieuwe model wordt ingevoerd, de HoNOS+ als toeleiding moeten blijven bestaan. Dit betekent dat ook dat de hybride (verkorte) route van kracht blijft. Daarover had de Adviescommissie zich eerder al positief uitgesproken.

Hertypering

In de praktijk wordt er op zeker vier verschillen manieren omgegaan met het opnieuw vaststellen van een zorgvraagtype (hertypering):

- volgens de in de Handleiding zorgvraagtypering gegeven 'suggesties voor reviewtermijnen'
- op de uiterste termijn die volgt uit de veldafspraken, waarin staat 'hertypering vindt minimaal een keer per jaar plaats'
- op volgens de zorgverlener logische momenten in het behandelproces. Volgens de instructie kunnen dit geplande momenten zijn, maar ook ingelaste evaluaties naar aanleiding van veranderingen in de problematiek van de patiënt.
- Bij wijzigingen in het behandelproces. Bijvoorbeeld op het moment dat een ambulante behandeling overgaat in een klinische behandeling.

We constateren dat het voor de betrouwbaarheid van de toekomstige data belangrijk is dat er meer eenduidigheid komt over het moment van hertypering. Hertypering vindt volgens de veldafspraken van het zorgprestatie-model plaats op logische evaluatiemomenten in het behandelproces en in ieder geval bij elk eerste contactmoment na een jaar. De veldpartijen zullen de instructies op dit punt verduidelijken.

De Adviescommissie ziet aanleiding om te onderzoeken of het beter is in de toekomst de datum van het (her)typeren te vermelden op de factuur. De analyses die iets zouden moeten zeggen over het verloop van de zorgvraag tijdens het behandelproces zijn op dit moment namelijk niet bruikbaar, omdat we niet weten of en wanneer een (her)typering heeft plaatsgevonden.

Vooruitblik

Omdat inmiddels definitief duidelijk is dat de DSM-classificatie per 2028 uit het declaratieverkeer gaat verdwijnen, moet volgens de adviescommissie in de doelstelling van de doorontwikkeling worden betrokken dat zorgvraagtypering ook de uitvoering van de Zorgverzekeringswet op onderdelen moet gaan faciliteren. Zonder dat zullen zorgverzekeraars hun wettelijke taken niet goed kunnen uitvoeren.

De adviescommissie realiseert zich dat het onwaarschijnlijk is dat een verdere doorontwikkeling tot een model zal leiden dat de zorginzet volledig kan voorstellen. Er zijn altijd vormen van ruis die de voorspelkracht zullen beperken. Maar een verbeterd model kan in combinatie met bijvoorbeeld informatie over praktijkvariatie wel van grote waarde zijn in het gesprek over passende zorg.

De adviescommissie vindt het van groot belang dat de doorontwikkeling van zorgvraagtypering niet leidt tot hogere administratieve lasten.

Tot slot

In de afgelopen jaren hebben we meer dan ooit inzicht gekregen in de zorgvragen in de ggz. Dit is mede te danken aan de grote inspanningen van de NZa. Het opvragen van data ten behoeve van de doorontwikkeling heeft helaas veel weerstand opgeleverd in de samenleving, die op de NZa is geprojecteerd. Zowel de data als de inspanningen van de NZa zijn van grote waarde geweest voor de discussie die wij nu samen voeren. De adviescommissie wil zich blijven inzetten om samen met patiënten, overheid en wetenschap toe te werken naar betere vormen van zorgvraagtypering.

Daarbij benadrukken wij dat we zonder data nooit in staat zullen zijn om (landelijk) af te spreken hoe we de schaarse middelen het beste kunnen inzetten. Data zijn onmisbaar om zorgvraagtypering te onderzoeken en verder te ontwikkelen. De in de adviescommissie deelnemende partijen hebben hun standpunt hierover eerder al kenbaar gemaakt in een [brief aan het ministerie](#) van 7 oktober 2024.

Wij roepen VWS als systeemverantwoordelijke op om te zorgen dat we ook in de toekomst data rechtmatig kunnen blijven inzetten voor onderzoek naar passende zorg en als ondersteuning voor de andere wettelijke taken en processen (zoals rechtmatigheid, zorgplicht, risicoverevening).

Adviescommissie zorgvraagtypering ggz

De volgende partijen hebben zitting in de Adviescommissie zorgvraagtypering ggz:

- De Nederlandse ggz
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten
- MEERGGZ
- Nederlandse Federatie van UMC's
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Zorgverzekeraars Nederland
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Nederlandse Zorgautoriteit (toehoorder)
- Zorginstituut Nederland (toehoorder)

Bijlagen

Bijlage 1: de kwaliteit van de data

Bijlage 2: antwoorden op onderzoeksvragen van de werkgroep Data-analyse

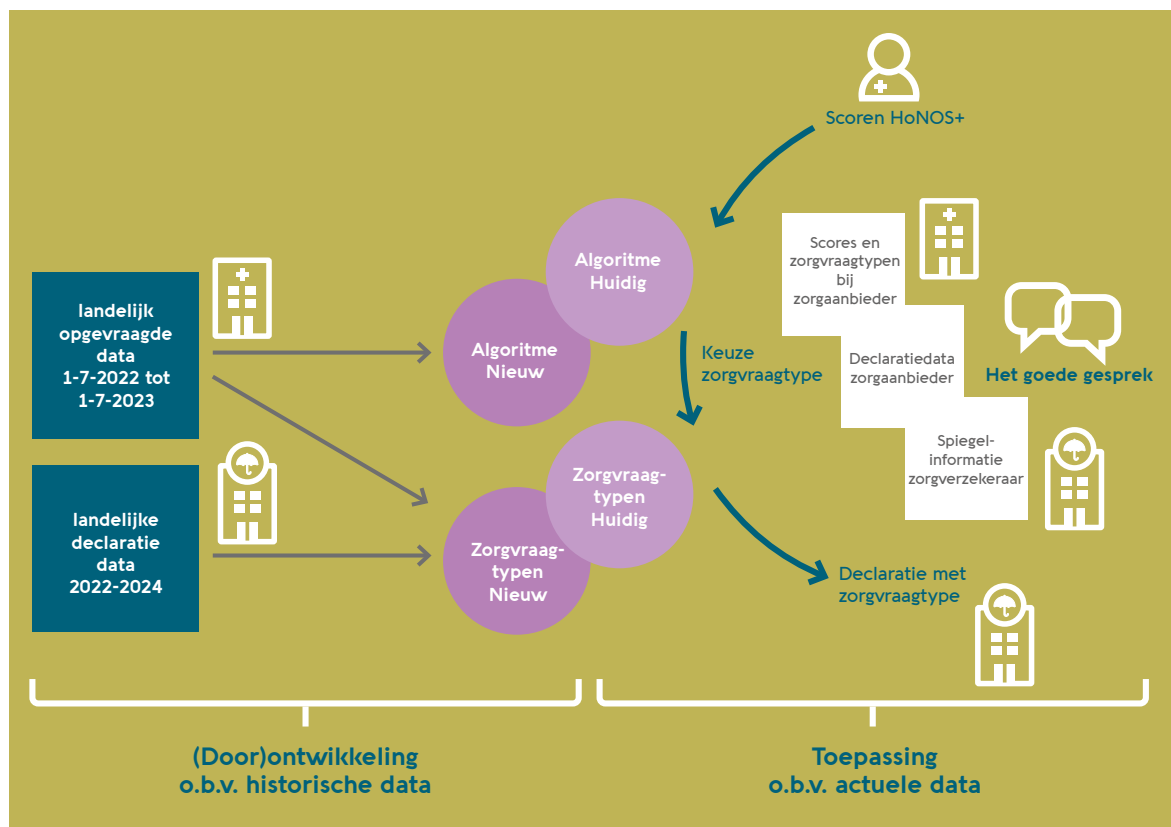
Bijlage 3: verslag gesprek met wetenschappelijk klankbord

Bijlage 4: analysedocument met alle uitgevoerde analyses

Bijlage 1: de kwaliteit van de data

Allereerst is het belangrijk dat gebruikte datasets worden opgeschoond van informatie, waarvan de juistheid niet aannemelijk is. De landelijk opgevraagde gegevens zijn daarom voor gebruik gevalideerd op enkele kenmerken, zoals de correcte vulling en logica van de inhoud. Zo worden gegevens uitgesloten wanneer er onbegrijpelijke of onmogelijke waarden voorkomen, zoals meer dan 25 keer rTMS of meer dan 300 toeslagen reistijd in een maand of compleet lege scorelijsten. Dit sluit een deel van de gegevens uit, maar zorgt voor betere kwaliteit van de overblijvende gegevens. Van de landelijke declaratiedata kunnen de meeste gegevens worden gebruikt, alleen wanneer er geen zorgvraagtype bekend is bij een zorgtraject worden de gegevens uitgesloten. De kwaliteit van de datasets is verder onderzocht met sanity-checks en vergelijkbaarheid tussen verschillende datasets. Dit leverde geen aandachtspunten op. De werkgroep Data-analyse oordeelt dat de schoningen en sanity-checks op een juiste en navolgbare wijze zijn uitgevoerd.

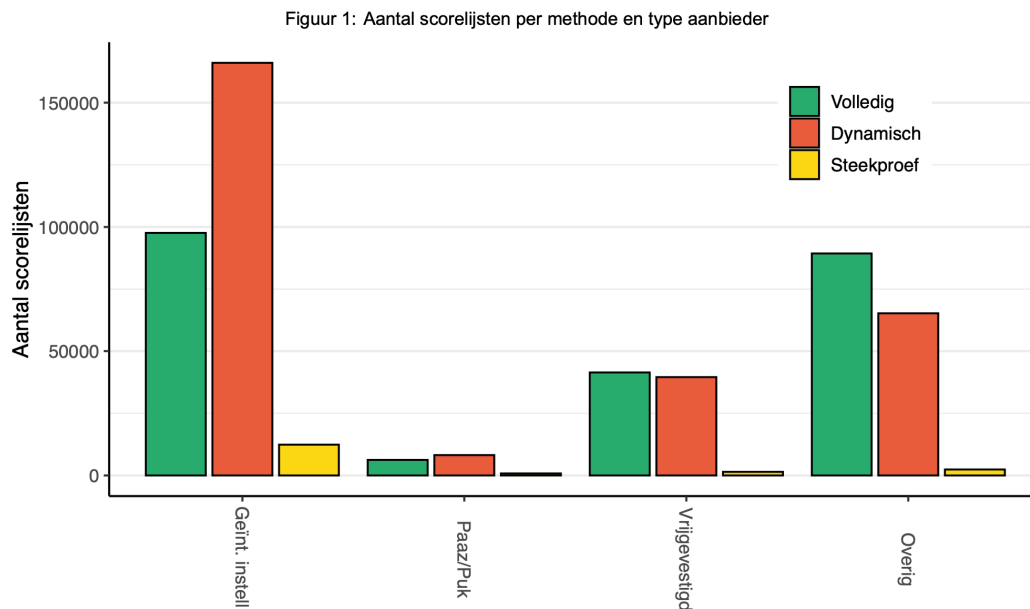
In onderstaande figuur is zichtbaar welke data de Adviescommissie heeft gebruikt. Het gaat dan om de landelijke historische data t.b.v. de doorontwikkeling.



De kwaliteit van de (die) data moet naar het oordeel van de adviescommissie worden gezien in het licht van het doel waarvoor de data worden ingezet.

De adviescommissie adviseert primair over de doorontwikkeling van het bestaande model van zorgvraagtypering in de ggz. De kwaliteit van de data moet in dat licht worden gezien.

De gebruikte datasets zijn volgens de Adviescommissie voldoende representatief. Wat betreft de 'landelijk opgevraagde data' zijn zo'n 2/3 van alle patiënten in de dataset opgenomen. Dit gaat om ruim 530.000 vragenlijsten, bijna gelijk verdeeld over volledige en dynamische route.



Als het gaat om de gebruikte Vektis-declaratiedata dan is er zelfs een vrijwel volledige dekking van de ggz-populatie. Wel moet daarbij opgemerkt worden dat het afbreken van trajecten een representativiteitsvraag met zich meebrengt, omdat de opgevraagde data incomplete trajecten kan bevatten. Hier is in de analyse echter voor gecorrigeerd.

Een andere kwaliteitsbepalende factor is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Dat wil zeggen: in hoeverre komen de 'vertalingen' van verschillende behandelaars overeen. Dit wordt nog onderzocht door de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). De adviescommissie wijst op het belang van een voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het model. De adviescommissie ziet voor de toekomstige doorontwikkeling van het model het verbeteren van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als belangrijke randvoorwaarde, bijvoorbeeld door middel van scholing.

Als het gaat om behandelinzet kunnen de data onzekerheden bevatten. Die onzekerheid zit niet zozeer in de juistheid van de data (de zorg is wel feitelijk geleverd), maar in het feit dat deze ook praktijkvariatie bevatten. Dit kan van invloed zijn op het functioneren van het model. De adviescommissie accepteert dit feit.

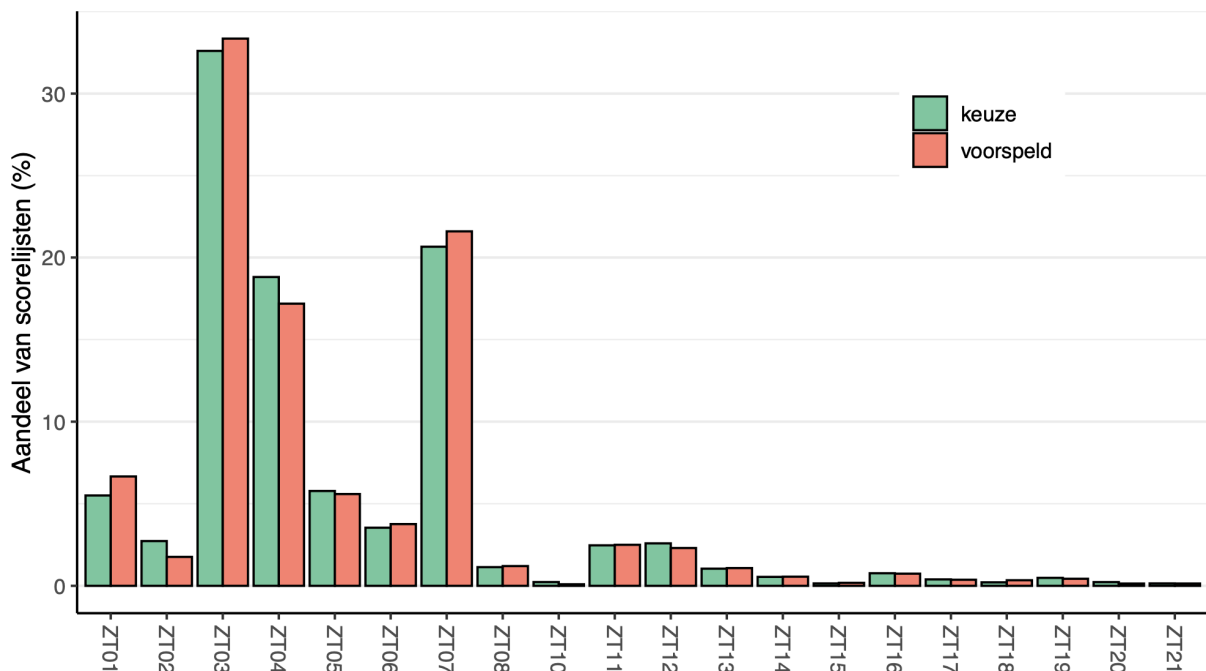
De Adviescommissie concludeert dat de datasets voor het korte termijn doel 'doorontwikkelen' voldoende bruikbaar zijn.

Bijlage 2: Antwoorden op de onderzoeksvragen van de werkgroep Data-analyse

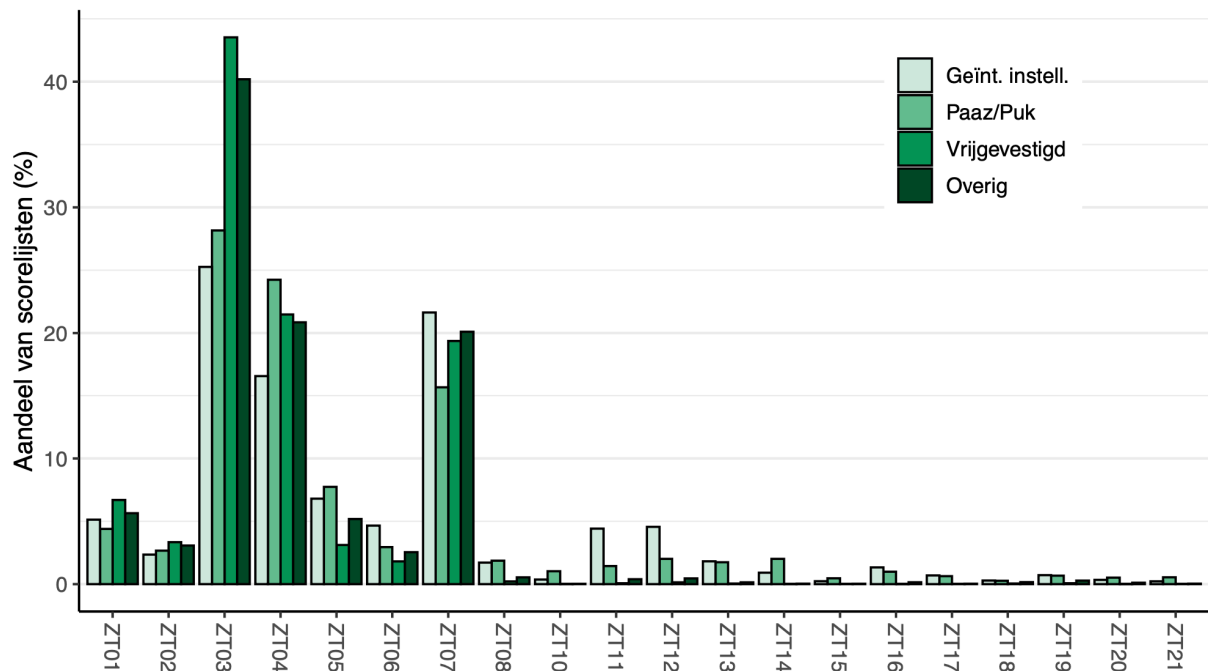
1. Welke zorgvraagtypen worden er gekozen? Hoe vaak en in welke situaties wijken behandelaren af van het meest waarschijnlijke zorgvraagtype?

De werkgroep constateert dat behandelaren in ruim 70% van de typering kiezen voor zorgvraagtype 3, 4 of 7. Zorgvraagtype 3 wordt in ruim 30% van de typering gekozen. Zorgvraagtype 4 en 7 elk in ongeveer 20% van de typering. Dit was ook de verwachting van de werkgroep. Zorgvraagtype 3 en 4 omvat de Common Mental Disorders, zorgvraagtype 7 omvat (onder andere) de persoonlijkheidsstoornissen en andere problematiek waarbij het lijden van patiënten negatief wordt beïnvloed door hun onredelijke overtuigingen (bijv. eetstoornissen, etc.).

Figuur 3: Aandeel voorspeld en gekozen zorgvraagtypes



Figuur 4: Aandeel zorgvraagtypes per type aanbieder



In gemiddeld 87% van de situaties neemt de behandelaar het meest waarschijnlijke zorgvraagtype (volledige route) of voorgestelde zorgvraagtype (dynamische route) over. Uit deze en andere analyses blijkt dat het algoritme ook voor de Nederlandse situatie in zijn algemeenheid goed werkt. Wel constateert de werkgroep dat bij bepaalde zorgvraagtypen aanzienlijk vaker wordt afgeweken. In de tabellen hieronder is per zorgvraagtype weergegeven in hoeveel procent van de gevallen het meest waarschijnlijke/voorgestelde zorgvraagtype door de behandelaar overgenomen is, maar is ook zichtbaar welke andere keuzes zijn gemaakt.

Tabel 6: Procentuele afwijking van voorspelling hoofdgroep Z

gekozen zorgvraagtype	ZT18	ZT19	ZT20	ZT21
ZT18	0.62	0.01	0.00	0.00
ZT19	0.33	0.84	0.04	0.04
ZT20	0.03	0.13	0.90	0.07
ZT21	0.02	0.02	0.06	0.88

Tabel 4: Afwijking van voorspelling hoofdgroep X

gekozen zorgvraagtype	ZT01	ZT02	ZT03	ZT04	ZT05	ZT06	ZT07	ZT08
ZT01	0.70	0.07	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ZT02	0.15	0.78	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ZT03	0.10	0.12	0.92	0.06	0.01	0.01	0.06	0.01
ZT04	0.02	0.02	0.03	0.88	0.06	0.04	0.05	0.04
ZT05	0.00	0.00	0.00	0.01	0.87	0.03	0.01	0.03
ZT06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.80	0.01	0.01
ZT07	0.02	0.01	0.03	0.05	0.04	0.11	0.85	0.10
ZT08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.82

Tabel 5: Afwijking van voorspelling hoofdgroep Y

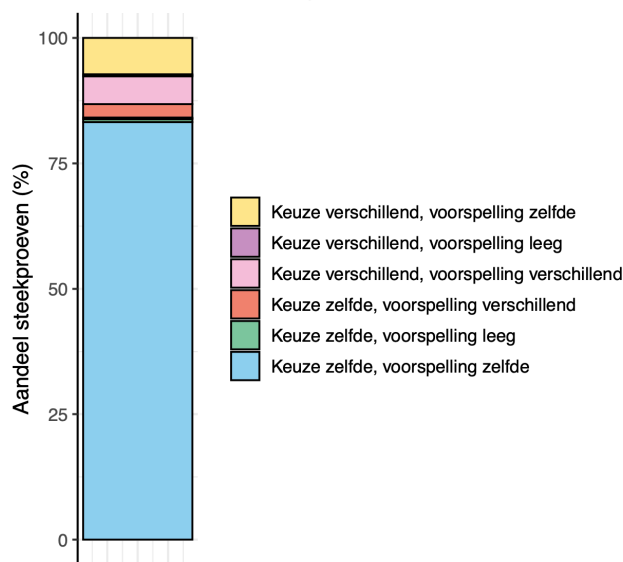
gekozen zorgvraagtype	ZT10	ZT11	ZT12	ZT13	ZT14	ZT15	ZT16	ZT17
ZT10	0.32	0.02	0.03	0.04	0.01	0.03	0.02	0.02
ZT11	0.05	0.89	0.05	0.01	0.01	0.01	0.01	0.03
ZT12	0.26	0.08	0.88	0.06	0.13	0.14	0.03	0.11
ZT13	0.12	0.00	0.01	0.82	0.13	0.07	0.02	0.03
ZT14	0.06	0.01	0.01	0.05	0.64	0.03	0.05	0.05
ZT15	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.68	0.00	0.00
ZT16	0.15	0.01	0.01	0.00	0.01	0.02	0.82	0.02
ZT17	0.03	0.00	0.01	0.01	0.07	0.02	0.04	0.74

2. Welke verschillen zien we tussen de volledige en dynamische route en wat is nodig om die routes op elkaar te kalibreren?

Een belangrijke vraag rond het vergelijken van de twee methodes van zorgvraagtypering was of de dynamische zorgvraagtypering goed genoeg functioneert om te blijven bestaan. Het antwoord hierop is duidelijk 'ja'.

Voor 5% van de dynamische scorelijsten is ook een koppelbare volledige scorelijst ingevuld. We kunnen de uitkomsten van deze twee methodes vergelijken voor dezelfde zorgvraag. Het is hierbij interessant om te vergelijken of de twee methodes dezelfde voorspelling doen en of de behandelaar bij beide scorelijsten hetzelfde zorgvraagtype kiest. In veruit de meeste gevallen voorspellen het dynamische en volledige model hetzelfde zorgvraagtype. In 8.2 % van de gevallen is er een verschil tussen de twee voorspellingen. De keuze van de behandelaar is ook in veruit de meeste gevallen hetzelfde. Zie onderstaand figuur.

Figuur 8



In 87% van de situaties neemt de behandelaar het meest waarschijnlijke (volledige route) of voorgestelde (dynamische route) zorgvraagtype over. Dit percentage is ongeveer gelijk voor de beide routes. Bij de dynamische route kan vaker geen voorstel worden gedaan (20% ten opzichte van 9% bij de volledige route). De werkgroep concludeert dat het goed zou zijn maatregelen te nemen om het percentage met geen voorspelling te verlagen, in ieder geval bij de dynamische route.

3. Zijn de data van voldoende kwaliteit om de representativiteit van het algoritme (gebaseerd op Nederlandse situatie) te verbeteren? Bij nee, wat is nodig om voldoende kwaliteit te bereiken?

De wens is om de algoritmes onder de volledige zorgvraagtypering aan te passen aan de Nederlandse situatie. De belangrijkste vraag is dan of de nauwkeurigheid van de adviezen toeneemt. Dat is overigens iets anders dan de representativiteit. Het is aannemelijk dat de nieuwe dataset representatiever is voor de Nederlandse situatie dan de dataset waarop het huidige algoritme is gebaseerd. Er zijn ruim 500.000 bruikbare scorelijsten van Nederlandse behandelaars beschikbaar, ten opzichte van de ongeveer 10.000 Engelse scorelijsten die ten grondslag liggen aan het huidige algoritme.

De nauwkeurigheid van het nieuwe algoritme is in de analyses bepaald door voor alle vragenlijsten de uitkomsten van het oude en nieuwe algoritme te vergelijken met het gekozen zorgvraagtype. Daar komt uit dat de behandelaar bij het oude algoritme gemiddeld in 87% van de gevallen het geadviseerde zorgvraagtype overneemt en bij het nieuwe algoritme in 83%. De werkgroep plaatst hier een belangrijke kanttekening bij. Deze vergelijking gaat eraan voorbij dat de behandelaar zich laat beïnvloeden door de uitkomst van het algoritme. Bij het testen van het nieuwe algoritme is de stap van het voorleggen aan de behandelaar overgeslagen. In het lagere percentage van 83% is hier dus niet gecorrigeerd voor die invloed. De werkgroep oordeelt dat deze 83% op zichzelf geen slechte score is en in de praktijk naar verwachting zeker het percentage van 87% zal evenaren. Het grootste vraagteken zit dus niet in dit gemiddelde percentage, maar wel in de afwijkingen per zorgvraagtype. We zien in de onderstaande tabel dat bij bepaalde zorgvraagtypen de afwijking tussen oud en nieuw veel groter is.

Tabel 7: Prestatie voorspelling oude en nieuwe model per zorgvraagtype

ZVT	Correct nieuw ()	Correct oud ()	Vershil oud en nieuw (procentpunt)
ZT01	58.0	92.3	-34.3
ZT02	65.1	44.1	21.0
ZT03	89.0	92.1	-3.1
ZT04	85.9	88.6	-2.7
ZT05	84.2	87.7	-3.5
ZT06	63.2	87.1	-23.9
ZT07	81.8	83.4	-1.6
ZT08	94.4	93.8	0.6
ZT10	20.3	21.5	-1.2
ZT11	81.2	94.0	-12.8
ZT12	83.8	84.1	-0.3
ZT13	85.3	84.3	1.0
ZT14	58.0	72.4	-14.4
ZT15	49.7	83.2	-33.5
ZT16	91.7	89.0	2.7
ZT17	69.1	76.0	-6.9
ZT18	66.8	97.6	-30.8
ZT19	82.0	72.1	9.9
ZT20	76.8	71.7	5.1
ZT21	77.5	78.4	-0.9

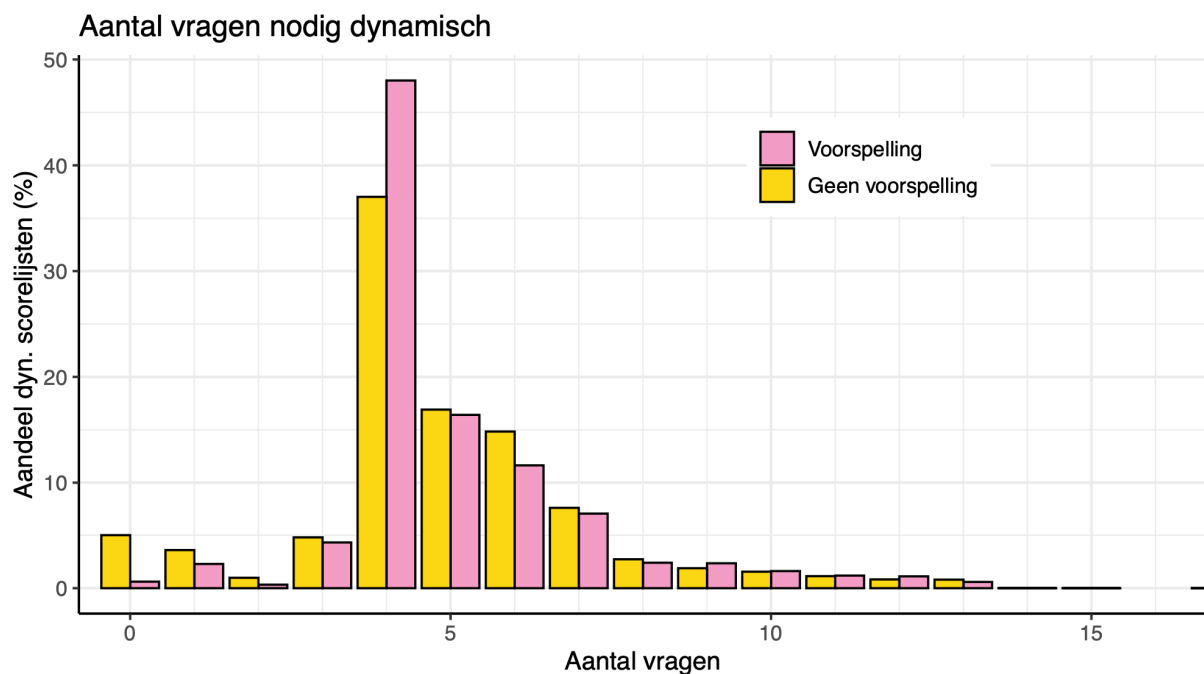
De werkgroep is van mening dat de uitschieters verder onderzocht moeten worden als bekend is hoe de nieuwe zorgvraagtypering eruit zal gaan zien (zie antwoorden op vragen 6, 8 en 9). Het is aannemelijk dat samenvoeging van weinig onderscheidende zorgvraagtypen, zal leiden tot lagere afwijkingpercentages in bovenstaande analyse. In dat geval is het aan te bevelen ook het algoritme opnieuw te herijken, omdat dit naar verwachting de enige kans is een Nederlands algoritme te

ontwikkelen. Het is niet waarschijnlijk dat nogmaals zo'n uitgebreide uitvraag gedaan zal worden, gelet op de (politieke) onrust die is ontstaan over deze data. Bovendien heeft de NZa aangekondigd deze data op korte termijn te willen vernietigen.

4. Op welke onderdelen kan de technische werking van het algoritme worden verbeterd of worden vereenvoudigd (denk aan weglaten van vragen)?

Zoals in het eerdere advies opgenomen is er geen aanleiding om te twijfelen aan de bruikbaarheid van de dynamische route van de vragenlijst. De percentages waarin de behandelaar het meest waarschijnlijke respectievelijk het voorgestelde zorgvraagtype overneemt, zijn voor beide routes nagenoeg gelijk (ongeveer 87%). We zien in de analyses dat de dynamische route leidt tot het invullen van beduidend minder items dan bij de volledige route worden ingevuld.

Figuur 9



We zien echter ook dat in te veel gevallen (20%) geen advies kan worden bepaald. Bij de volledige route is dat in maximaal 9% van de gevallen. De werkgroep verwacht dat het percentage bij de dynamische route kan worden verlaagd door een aantal vragen altijd aan te bieden. Dat zijn de vragen die de meeste invloed hebben binnen een bepaalde hoofdgroep.

Hoofdgroep	Vragen met meeste invloed
X	6 - hallucinaties en waanvoorstellingen 7 - depressieve stemmingen 8 - overige psychische en gedragsproblemen 13 - sterk onredelijke gedachten, niet psychotisch
Y	3 - alcohol- of middelengebruik 6 - hallucinaties en waanvoorstellingen 7 - depressieve stemmingen B - zelfverwonding, voorgaand D - betrokkenheid/motivatie, voorgaand

Z	4 - cognitieve problemen 12 - verbeteren van vaardigheden D - betrokkenheid/motivatie, voorgaand
---	--

5. Bestaan er relaties tussen de zorgvraagtypering en (gemiddelde) behandelinzet? Zo ja, welke relaties kunnen hierbij worden onderscheiden en hoe sterk zijn deze relaties?

Er zijn relaties tussen zorgvraagtypering en (gemiddelde) behandelinzet, maar op individueel niveau zijn deze relaties niet sterk. De verklaarde variantie (R²) na voorspellen met het zorgvraagtype is (slechts) 17,6%. Dit is overigens wel hoger dan de DSM-hoofdgroep (6,2%).

Op groepsniveau is er sprake van sterkere relaties. Zo is er in de gemiddelde kosten een duidelijk onderscheid te zien tussen zorgvraagtypen. Daar valt wel bij op dat de spreiding binnen die zorgvraagtypen erg groot is.

Ook merkt de werkgroep op dat er flinke verschillen zijn per zorgaanbieder en ook tussen typen zorgaanbieders. Hoe groter de zorgaanbieder en de groepen binnen het zorgvraagtype, hoe beter voorspelbaar het zorggebruik is van een groep patiënten met behulp van zorgvraagtypering.

Tabel 12: Gemiddelde kosten en spreiding per zorgvraagtype

ZVT	Gemiddelde kosten (€)	Standaardafwijking	Aantal
ZT01	2148	4815	37527
ZT02	2774	5759	20731
ZT03	2880	5036	230671
ZT04	4824	9014	137637
ZT05	9979	17896	42310
ZT06	10416	18454	25144
ZT07	6350	11661	135910
ZT08	19923	33800	7614
ZT10	18019	21788	1507
ZT11	8025	17409	13084
ZT12	12283	24956	13705
ZT13	18933	31513	5701
ZT14	34863	43550	3207
ZT15	27061	35352	1016
ZT16	29568	44426	4254
ZT17	36445	50847	2560
ZT18	4293	12780	2640
ZT19	7279	18978	4778
ZT20	11744	27680	2240
ZT21	14157	36732	1888

6. Hoe onderscheidend zijn de zorgvraagtypen ten opzichte van elkaar als het gaat om behandelinzet?

In de besprekingen is regelmatig een mogelijke vereenvoudiging van de structuur aan de orde geweest. Sommige zorgvraagtypen zouden weinig onderscheidend zijn. Inmiddels weten we hoe de landelijke verdeling is over de zorgvraagtypen en er is een duidelijk zwaartepunt te zien bij de zorgvraagtypen 3, 4 en 7. Het samenvoegen van te grote groepen ligt minder voor de hand. We hebben meerdere richtingen voor samenvoegen doorgerekend.

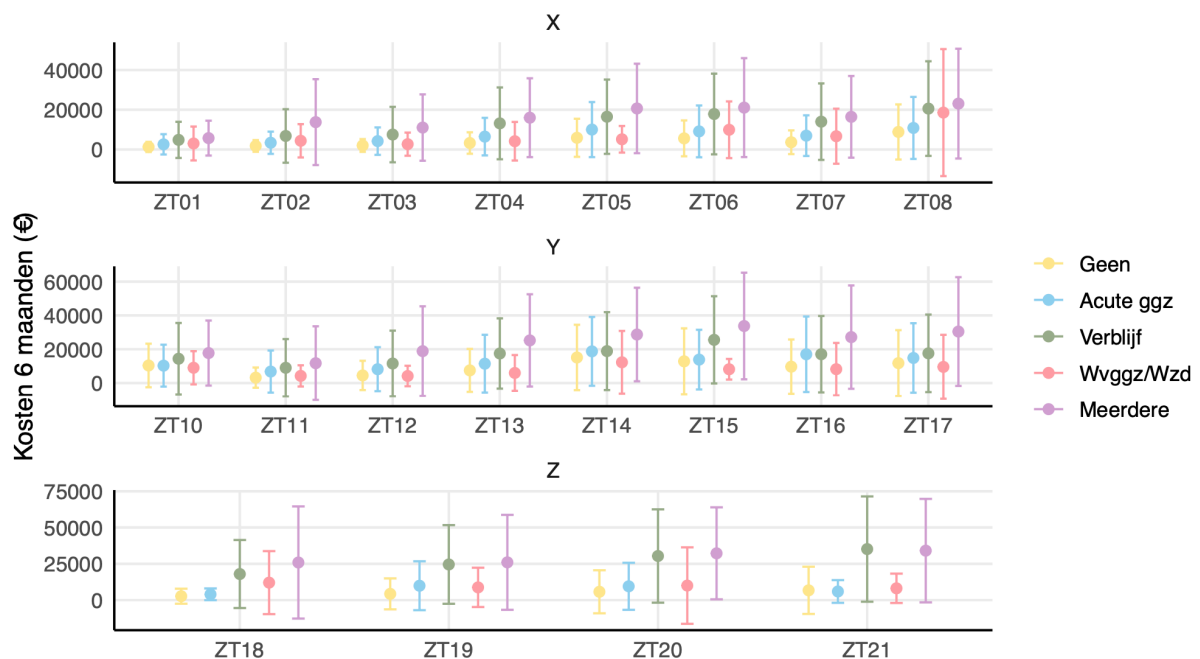
Het model dat in onderstaande tabel is weergegeven als 'expertinput 3' ligt wat ons betreft het meest voor de hand. Deze analyses laten zien dat een potentiële samenvoeging niets afdoet aan de kwaliteit van het model, maar juist een verbetering laat zien. We geven verderop een toelichting bij het model 'expertinput 3'.

Tabel 12: Kwaliteitsparameters bij samenvoegen gecombineerd met splitsen obv aanvullende kenmerken

Voorspeller	MAE (€)	Verklaarde basisfout ()
Hoofdgroep	1301	33,7
X-Y hoog-laag	1163	42,9
Expertinput 1	1157	43,5
Expertinput 2	1147	44,6
Expertinput 3	1140	44,9
Zvt	1270	39,1
Zvt met kenmerken	1138	45,1

Verder wordt in de analyses uitgebreid stil gegaan bij de waarde van de aanvullende kenmerken. Om in te schatten of de gemiddelde kosten tussen (op basis van de aanvullende kenmerken van elkaar) verschillende groepen ook daadwerkelijk verschillen, is naast het gemiddelde ook de standaardafwijking weergegeven. Hierin zien we dat er inderdaad substantiële verschillen zichtbaar worden in de kosten als we rekening houden met de aanvullende kenmerken.

Figuur 37: Gemiddelde kosten per zorgvraagtypering met of zonder kenmerk



Als we de aanvullende kenmerken gebruiken om zorgvraagtypes op te splitsen heeft dit een positieve impact op de kwaliteit van het model. Groepen die zich onderscheiden op het gebied van kosten zorgen immers voor een betere voorspelling. Als we de splitsing baseren op de stelregel 'één of meerdere aanvullende kenmerken' zie we dat de kwaliteit van het model het meest vooruit gaat. Dit leidt tot een extra daling van de gemiddelde absolute fout en een flinke stijging van de verklaarde basisfout.

Tabel 11: Kwaliteitsparameters bij splitsen obv aanvullende kenmerken

Voorspeller	MAE (€)	Verklaarde basisfout ()
Meerdere	1234	40,6
Een of meerdere	1138	45,1
Zvt	1270	39,1

De werkgroep komt hiermee tot de conclusie dat het model van zorgvraagtypering meer onderscheidend kan worden als we:

- a) Weinig onderscheidende zorgvraagtypen samenvoegen, en
- b) Verzwarende elementen toevoegen

De uitwerking hiervan wordt besproken onder vraag 8.

7. Hoe homogeen is de populatie binnen de afzonderlijke zorgvraagtypen (denk aan patiëntmerken en behandelinzet)?

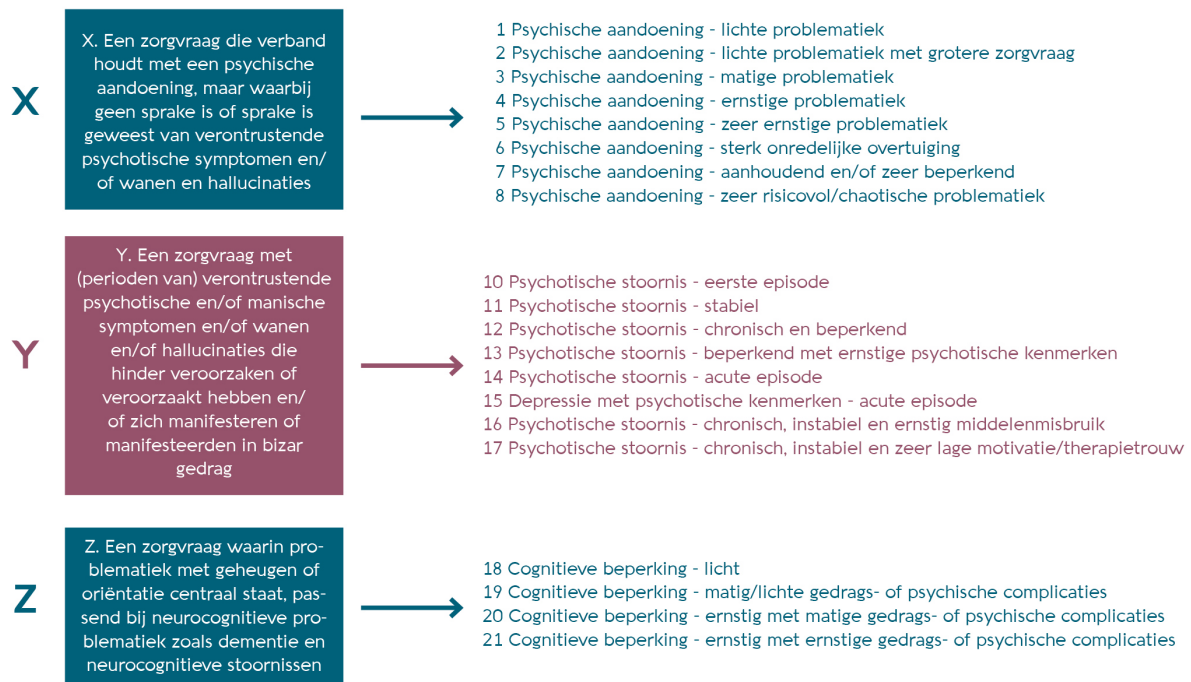
Op basis van vraag 6 en het antwoord bij 6 zouden we kunnen stellen dat er subgroepen zijn binnen de totale zvt-groepen die toch meer op elkaar lijken dan op de hele zvt-groep.

8. Welke subpopulaties herkennen we binnen zorgvraagtypen?

Zoals hierboven vermeld heeft de werkgroep onderzocht of de verzwarende elementen helpen om betere voorspellingen te doen over het zorggebruik op groepsniveau. Dit blijkt het geval voor alle vier de verzwarende elementen. Zowel zelfstandig, als gecombineerd. Zie verder het antwoord bij vraag 6. Deze verzwarende elementen kunnen de sleutel zijn naar het inrichten van subpopulaties.

9. Kan de homogeniteit binnen een zorgvraagtype worden verbeterd door andere variabelen mee te nemen.

Op dit moment is de structuur van zorgvraagtypering als volgt ingedeeld.

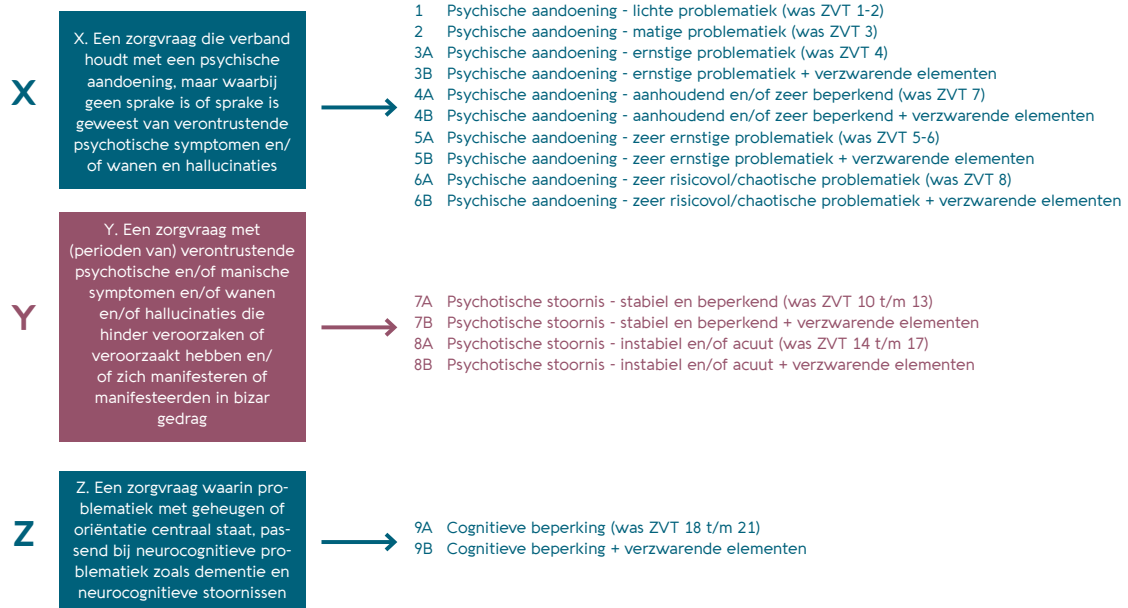


Hiervoor concludeerden wij al dat het model van zorgvraagtypering meer onderscheidend kan worden als we:

- a) Weinig onderscheidende zorgvraagtypen samenvoegen, en
- b) Verzwarende elementen toevoegen

Wat betreft het samenvoegen van weinig onderscheidende zorgvraagtypen kan de werkgroep zich voorstellen dat hoofdgroep Y in twee zorgvraagtypen ingedeeld wordt en dat hoofdgroep Z volstaat met één zorgvraagtype. Wat betreft de samenvoeging in hoofdgroep X: als we naar de volumes kijken van de zorgvraagtypen 3, 4 en 7 (totaal meer dan 70% van alle patiënten) is dat een voldoende argument om deze juist niet samen te voegen met andere zorgvraagtypen. Gelet op de gemiddelde kosten van de andere zorgvraagtypen in hoofdgroep X, stelt de werkgroep het samenvoegen van zorgvraagtypen 1 en 2 voor en van zorgvraagtypen 5 en 6. Hoofdgroep X zou in dit scenario dan bestaan uit zes zorgvraagtypen in plaats van acht.

Wanneer we aan dit scenario de verzwarende elementen toevoegen (B-variant) komen wij tot de onderstaande nieuwe indeling. De namen van de nieuwe zorgvraagtypen moeten nog bepaald worden. Bij de twee laagste zorgvraagtypen (lichte en matige problematiek) zijn de verzwarende elementen niet als onderscheidend opgenomen. Verder beveelt de werkgroep aan zorgvraagtype 7 voor het oude zorgvraagtype 5/6 te plaatsen. Er is dan namelijk ook een logische opbouw van gemiddelde kosten.



We hebben op de gegevens verschillende andere machine learning methodes toegepast om te onderzoeken of vanuit de data andere indelingen in zorgvraagtypen opgebouwd kan worden. Deze methodes hebben niet geleid tot indelingen die bruikbaar lijken in de praktijk.

In het antwoord op vraag 3 en in het bijzonder tabel 7 is de hypothese geformuleerd dat een nieuwe indeling zou kunnen leiden tot lagere afwijkingpercentages bij specifieke zorgvraagtypen als het algoritme herijkt zou worden op basis van de Nederlandse data. In onderstaande tabel wordt dit nieuwe model afgezet tegen de voorspellingen in het huidige model.

Tabel 13: Prestatie voorspelling algoritme expertindeling 3 of oud

keuze	kenmerk	Goed voorspeld nieuw ()	Goed voorspeld oud ()	Geen voorspelling nieuw ()	Geen voorspelling oud ()
ZT1-2	Nvt	78.1	78.1	15.6	15.8
ZT03	Nvt	87.9	90.9	1.2	1.2
ZT04	Ja	76.9	79.1	3.1	5.9
ZT04	Nee	85.2	87.8	0.7	1.0
ZT07	Ja	75.1	79.5	2.1	3.0
ZT07	Nee	81.3	82.7	0.7	1.0
ZT5-6	Ja	79.3	85.8	2.3	6.7
ZT5-6	Nee	79.9	86.6	1.4	2.8
ZT08	Ja	88.4	87.4	2.9	6.4
ZT08	Nee	88.5	87.9	3.1	6.3
Y-laag	Ja	88.3	92.4	0.0	0.0
Y-laag	Nee	94.0	95.9	0.8	0.0
Y-hoog	Ja	85.0	88.6	0.0	0.0
Y-hoog	Nee	81.8	87.7	0.0	0.0
Z	Ja	100.0	97.7	0.0	2.3
Z	Nee	100.0	96.1	0.0	3.9

We zien hier iets lagere percentages, maar we herhalen dat deze vergelijking eraan voorbij gaat dat de behandelaar zich laat beïnvloeden door de uitkomst van het algoritme. Bij het testen van het nieuwe algoritme is de stap van het voorleggen aan de behandelaar overgeslagen en deze lagere percentages zijn dus niet gecorrigeerd voor die invloed.

Belangrijkste winstpunt zit in de afwijkingen per zorgvraagtype. We zien dat de eerdere uitschieters bij het herijken nu niet meer zichtbaar zijn. Bijvoorbeeld ZVT 1 en 2. In de herijking op basis van de oude structuur kwamen daar goede voorspellingen uit van 58% en 65,1%. In deze nieuwe structuur is dat 78,1% (zelfs gelijk aan het oude algoritme). Ook in hoofdgroep Y zijn de uitschieters per zorgvraagtype verdwenen.

Samenvattend kan de werkgroep zich goed voorstellen dat we het model van zorgvraagtypering aanpassen door samen te voegen (conform figuur tot 9 zorgvraagtypen) en de aanvullende kenmerken toe te voegen (een B-variant bij 7 van de 9 zorgvraagtypen). Ook het belangrijkste bezwaar om het algoritme van zorgvraagtypering te herijken is dan vervallen.

De werkgroep redeneert bij het bovenstaande voorstel hoofdzakelijk vanuit de homogeniteit van de groepen op basis van zorgkosten. O.a. klinische herkenbaarheid, ICT-implementatiekosten/-tijd, verlies van tot dusverre verzamelde informatie bij verzekeraar of voor de risicoverevening en mogelijke bezwaren van behandelaren zijn nog niet voldoende meegewogen. Dit zal in de adviescommissie moeten worden gedaan.

10. Wat zijn de relaties tussen het zorgvraagtype en andere informatie-elementen, zoals

- **Echelon (gb-ggz, s-ggz)**
- **Acute ggz**
- **Setting**
- **DSM-Hoofdgroep**

In het analysedocument zijn diverse relaties gelegd tussen het zorgvraagtype en andere informatie-elementen. In advies deel 2 merkten wij hier al het volgende over op:

- De outreachende setting is sterk vertegenwoordigd in hoofdgroepen Y en Z.
- Klinische zorg komt vooral voor in hoofdgroep Y
- Common Mental Disorders zien we vooral terug in hoofdgroep X
- Psychotische stoornissen zien we vooral terug in hoofdgroep Y
- Cognitieve stoornissen zien we vooral terug in hoofdgroep Z
- De (voormalige) basis-ggz heeft een groot aandeel in zorgvraagtypen 1 t/m 4 van hoofdgroep X

Als werkgroep zien we de meerwaarde van het kennen van deze en andere relaties. We zien geen mogelijkheden om grote winst voor het model tot stand te brengen via deze route. Daarom stellen we voor om niet in te zetten op het verklaren van deze en andere relaties. Sommige elementen zijn inmiddels achterhaald (zoals onderscheid gb-ggz en s-ggz) en andere relaties gaan we in toekomst niet meer zien (zoals de relatie met de DSM).

Bijlage 3: Samenvatting uitkomst gesprek klankbordgroep

Klankbord:

Prof. dr. Aartjan Beekman

Prof. dr. Hans Kroon

Prof. dr. Arnt Schellenkens

Waarde van data en analyses

De beleidskeuzes die voorliggen hebben verstrekkende gevolgen. Het is van grote waarde dat we nu data hebben waarop die keuzes gebaseerd kunnen worden. Met de data die we nu hebben kunnen we meer dan in het verleden.

Zeggingskracht en kwaliteit data

In de data zie je dat lagere zorgvraagtypen homogener zijn en meer voorspellend dan hoge zorgvraagtypen. Dit is de paradox waarin we zitten: de groep met lage zorgvraag is betrouwbaarder te identificeren, maar we willen juist de hoge groep kunnen identificeren om daar passende zorg te kunnen bieden en omdat daar grotere financiële risico's zitten.

Je kunt in dit verschil aanleiding zien om voor de lage zorgvraagtypen een ander regime te hanteren dan voor de 'hoge'.

Op de lagere groep (de voormalige basis-ggz / CMD / 80% van de populatie) zou je iets strikter kunnen sturen. Daarbij moet je wel opletten dat je die groep niet 'geïndiceerde preventie' ontnemt, want dan zou je de kans dat iemand terugkomt, vergroten.

Voor de andere groep (EPA, 20%) zou je verder moeten onderzoeken of er subgroepen te maken zijn en wat de determinanten daarvoor zijn. Die subgroepen moeten beter aansluiten bij wat er in de spreekkamer gebeurt.

Mogelijk is een andere incentive nodig om te zorgen dat de EPA-groep sneller in zorg komt.

Kort gezegd: voeg de lage groep zoveel mogelijk samen en maak specifieke typering complexere groepen. Typeren van de lagere groepen kan met eenvoudiger instrumentarium dan HoNOS+.

Overigens is het beeld dat EPA-patiënten langer op zorg moeten wachten in de praktijk genuanceerder. Voor sommige zorgvragen en stoornissen zijn er juist geen wachtlijsten. We moeten ons ook realiseren dat de aanspraak op zorg voor iedereen gelijk is.

Over het model

Er zijn geen uniforme determinanten voor wat de beste behandeling is en welk kostenbeslag daarbij hoort. De HoNOS biedt deze informatie in ieder geval niet. De zorgkosten die we nu afzetten tegen het zorgvraagtype zijn retrospectief, bevatten praktijk-, cliënt- en behandelaarvariatie en zeggen niets over de kwaliteit van de zorg.

Eigenlijk proberen we verschillende zaken aan elkaar te knopen. We typeren de zorgzwaarte en willen die koppelen aan zorggebruik. Het zorggebruik hangt af van veel meer factoren dan de zwaarte van de vraag. Het beloop is bijvoorbeeld ook heel relevant. Het doel is passende zorg te

bevorderen en urgentie te duiden, dat is weer wat anders. Zorgvraagtypering zou een middel moeten zijn om in het indicatieproces de behandelzwaarte in te schatten.

Omdat de voorspellende waarde door allerlei vormen van ruis altijd rond de 15 procent zal uitkomen, kun je het goede gesprek beter op praktijkvariatie baseren. De aanbieder zal daar waarschijnlijk gevoeliger voor zijn, het is minder abstract. De praktijkvariatie kan zowel over kosten als over kwaliteit gaan.

Het zou zinvoller zijn om landelijke databases aan te leggen op basis waarvan je kunt leren wat werkt en naar praktijkvariatie kunt kijken, zoals in de oncologie gebeurt. Een deel van de meetinstrumenten kan over de breedte worden ingezet en daarnaast zouden er sectorspecifieke instrumenten moeten zijn, bijvoorbeeld voor verslaving (MoVIN) of psychose. Daarmee kun je ook tot een herkenbaardere typering komen, bij een stemmingsstoornis zijn bijvoorbeeld ook de historie en comorbiditeit heel bepalend, en daar hebben we nu geen zicht op.

Daarmee zet je de dataverzameling ook in een ander licht: het gaat dan om zorg verbeteren en niet om bekostigen.

Geschiktheid HoNOS+

Het zorgvraagtype zou een weergave moeten zijn van de zorgzwaarte die volgt uit de behandelafspraken op het moment dat de indicatie wordt gesteld of bijgesteld. HoNOS+ meet *enkele* symptomen en aspecten van diagnostiek, maar houdt geen rekening met wat patiënt wil, kan en wat hij al eerder heeft gedaan. Er zijn vaak wel meer dan 10 behandelopties, en tijdens de behandeling wordt steeds bijgesteld. Dat vangt de HoNOS+ niet. HoNOS+ is ook zwak op waarderen van het 'netwerk' en dat is naar huidige inzicht wel heel bepalend voor herstel.

Klinische herkenbaarheid

De klinische herkenbaarheid is een belangrijke factor in het creëren van draagvlak. Als je een indeling enkel op basis van data aanlegt, is deze voor behandelaren waarschijnlijk niet herkenbaar. Dat nodigt niet uit ermee te werken en creëert een parallelle werkelijkheid.

Toekomst

Voor belangrijke beleidskeuzes als waar we het over hebben, zijn data onmisbaar. Zorg snel voor een wettelijke grondslag die het mogelijk maakt de data te verzamelen en te onderzoeken.

Een vereenvoudigde versie van het huidige model, kan het vertrekpunt zijn voor een verdieping in samenspraak met wetenschap en patiënten. Verschillende consortia zouden kunnen werken aan

- Codificatie van zorgzwaarte waarbij ook de eerdergenoemde factoren zoals netwerk, behandelgeschiedenis, keuzes van de patiënt worden betrokken.
- Monitoring tijdens behandeling (wat bepaalt wijziging van de zorgzwaarte)
- Koppeling aan behandelpaden en aan (zo mogelijk) outcome, rekening houdend met de bestaande richtlijnen die uit bijvoorbeeld DSM voortvloeien
- Voorspellend model voor kosten.