

# Over cherry-picking, appels met peren vergelijken en oliebolletjes



Wat hebben ranglijsten in de zorg en oliebolletjes met elkaar gemeen? Dat ze niets zeggen over wat ze pretenderen aan te geven. De rangorde op dergelijke lijsten berust zogenaamd op het meten van kwaliteit. De moeilijkheid is echter wat je onder kwaliteit verstaat en wat de validiteit is van de gehanteerde methodiek. Voor de somatische zorg presenteren het Algemeen Dagblad en Elsevier al jaren jaarlijks ranglijsten van ziekenhuizen. Voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verzamelt de Stichting Benchmark GGZ (SBG) Routine Outcome Monitoring (ROM)-data en pretendeert daarmee een rangorde van GGZ-instellingen te kunnen maken. Al dat soort lijsten zijn te manipuleren. Is het niet door subjectieve keuzen bij het opstellen van protocollen dan wel door het toepassen van selectie. Het vermakelijke is ook dat bij het vergelijken van rangordelijsten van ziekenhuizen door de tijd dat er [weinig tot geen consistentie](#) in het resultaat door de jaren heen is. Ook zijn er grote verschillen tussen de ranglijsten van onderzoeksbureaus in hetzelfde jaar. In de GGZ speelt naast het feit dat ROM-data niet bedoeld en geschikt zijn voor benchmarken ook dat door het kiezen binnen de behandelpopulatie en de behandelduur door een bepaalde instelling de uitkomst sterk beïnvloed kan worden.

## Rangorde SBG

Op 23 september j.l. liet ik in een artikel zien dat [U-Center](#), een nogal commercieel ogende GGZ-behandelinstantie, door selectie op het gebied van de diagnose, financiën, intellect en lengte van behandeling de rangorde zelf sterk kan beïnvloeden. In [een recente uitzending van Nieuwsuur](#) over het gebruik van ROM-data in de GGZ figureerde de oprichter en directeur, Jan Willem Poot van een even commercieel ogende organisatie, de Yes We Can Clinic. Deze kliniek behandelt jeugd van 13 tot en met 23 jaar en heeft een evident commerciële uitstraling. Hij bleek in de uitzending een warm voorstander van het gebruik van ROM-data voor benchmarking. In krantenartikelen maar ook in het eigen jaarverslag steekt de heer Poot niet onder stoelen of banken dat zijn instelling in 2017 een hoge plaats op de SBG-ranglijst heeft. Hij meldt in januari 2018 in het Brabants Dagblad dat hij [op de vierde plaats van 130 GGZ-instellingen](#) staat

## Cherry-picking

De Yes We Can Clinic doet aan een duidelijke selectie aan de poort. Uitsluitingscriteria worden genoemd. Kort na behandelingen in de GGZ is er vaak een positief effect van de bemoeienis aan de patiënt te merken. De behandeling van de Yes We Can Clinic is standaard 10 weken intern met daarna 10 weken niet klinische nazorg. Langer durende zorg kent men niet. Door de gekozen behandelperiode van 10 plus 10 weken is er eigenlijk alleen zicht op een korte termijn effect en geen duidelijk beeld van lange termijn effecten van de zorg. Zo zijn milde depressies binnen drie tot zes maanden meestal self-limiting. Chronische zorg ontbreekt bij Yes we Can. Ook zorg voor de psychotische jeugdige.

## Appels en peren

Het vergelijken van GGZ-instellingen in een rangorde, met een niet-valide instrument als de ROM-Delta-T-score, komt overeen met het vergelijken van appels en peren. Instellingen die zeer

complexe zorg aan chronische patiënten leveren zullen om eerder genoemde redenen nooit hoog in de rangorde kunnen eindigen. Er zijn ook geen grote aantallen instellingen met hetzelfde aanbod als Yes We Can waardoor het onderling vergelijken zeer moeilijk, zo niet onmogelijk is.

## **Zeer commercieel**

Het bieden van kortdurende zorg met een geselecteerde populatie in behandelcentra als U-Center en de Yes We Can Clinics lijkt commercieel aantrekkelijk. Het concept van de beide zorgaanbieders ademt dat aan alle kanten. Kwistig strooit men [in het jaarverslag met hoge scores van SBG, GGZ Thermometer 18 min en Zorgkaart Nederland\(aanbeveling: 99%\)](#) (pagina 2 van 22). Die laatste score is al onwaarschijnlijk hoog. **Nog aparter is het bij het aantal waarderingen dat gegeven is.** Nu op 6 januari 2019 vermeldt Zorgkaart Nederland 915 waarderingen met een [gemiddeld rapportcijfer van 8,5](#). Als je het vergelijkt met een zeer groot en gerenommeerd ziekenhuis als het Universitair Medisch Centrum Utrecht dan zie je daar 329 waarderingen met een gemiddeld cijfer 7,8 met 80% aanbevelingen. Dit soort cijfers laat zien dat er een duidelijke sturing is bij het indienen van de waarderingen vanuit de instelling zelf. [Hans Verheul, cardioloog, waarschuwde er in 2016 al voor](#) in Medisch Contact.

## **WNT**

Commercieel gaat het blijkbaar ook zo goed dat de heer Poot al [in 2013](#) en [2014](#) zich bij een instelling waar toen rond de 200 patiënten per jaar werden behandeld zich respectievelijk [198.230](#) en [206.478 euro](#) liet uitbetalen. [Dat was hoger dan de Balkenende-norm\(Wet Normering Topinkomens\)](#). Het mocht omdat het contract van 2011 dateerde en onder de overgangsregeling viel. Van na 2014 zijn geen cijfers over honorering van bestuurders te vinden. Het jaarverslag vermeldt slechts goedkeuring van de cijfers door accountant BDO.

## Cynische scherts

Ongetwijfeld had psychiater Menno Oosterhoff op 14 februari 2018 in zijn column op Medisch Contact de situatie rond dit soort klinieken voor ogen toen hij [“Ik ga commercieel”](#) schreef. Ik kan het iedere serieuze criticus van het huidige rangorde-circus van harte ter lezing aanbevelen.

W.J. Jongejan, 7 januari 2018

---

# Autoriteit Persoonsgegevens komt na 92 weken nog niet met besluit over ROM-data



De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) heeft een nieuw Nederlands record gevestigd. Het gaat om het niet beslissen op een handhavingsverzoek in een zeer principiële kwestie. [Op 24 maart 2017](#) diende een ex-GGZ-patiënt een handhavingsverzoek [bij de AP](#) in. Nu, 92 weken later, heeft de AP daar nog steeds niet over beslist. Het ging om het verzoek om het verzamelen en verwerken van (medische en bijzondere) persoonsgegevens in de vorm van ROM-data in de databank van SBG, zo spoedig mogelijk op te schorten en toe te zien op de vernietiging per

**direct van de gegevens in de SBG-databank. Ook was het verzoek dat toezicht dient plaats te vinden op hernieuwde wederrechtelijke vulling van die databank.** Het gaat om Routine Outcome Monitoring vragenlijsten die veelal zonder toestemming van de patiënt in gepseudonimiseerde vorm naar de Stichting Benchmark GGZ(SBG) zijn gestuurd. Die beoogde met die data informatie over kwaliteit van zorg te genereren voor het vergelijken van zorgverleners en zorginstellingen in de GGZ(het benchmarken) en voor zorginkoop. Het probleem is echter dat met ROM-data [geen kwaliteit gemeten](#) wordt. De tegenstanders van deze ROM-verzameling zijn hebben geen enkel probleem met het gebruik van ROM-gegevens binnen de therapeutische relatie. Het probleem zit 'm erin dat die data voor een doel waarvoor ze nimmer bedoeld en geschikt zijn, grootschalig, zonder toestemming verwerkt worden door een bedrijf buiten de instelling.

## **Hete brei**

Overduidelijk is het dat de AP om de hete brei heen danst. Ik schreef het al [op 18 mei 2017](#). Het gaat om een beslissing die ook op een ander terrein ook grote consequenties heeft. De landelijke verzameling van ziektegegevens, de DIS(DBC-Informatie-Systeem)-database, vindt plaats met gegevens die, ook zonder toestemming van de patiënt, gepseudonimiseerd, aangeleverd zijn aan de Nederlandse Zorgautoriteit(NZa). Die beheert deze database. Het probleem is dat pseudonimiseren geen anonimiseringmethode is, maar een beveiligingsmaatregel om privacyrisico's te verkleinen. Voor de verwerking van (dubbel) gepseudonimiseerde gegevens is een wettelijke grondslag nodig op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).Dit waren zelfs de woorden van de voormalige [minister van VWS, Edith Schippers, in 2017](#).

## **Verdenking**

Met het zeer lang uitstellen van een beslissing is gaandeweg zeer duidelijk dat het niet een kwestie is van een moeilijk te

onderzoeken probleem of te onderzoeken personen / instellingen die tegenstribbelen. Gaandeweg wordt duidelijk dat de AP lang wacht om de overheid in de gelegenheid te stellen iets te bedenken waardoor de gewraakte handelingen een min of meer wettelijke basis kunnen krijgen(reparatiewetje) of het verzamelen van de ROM-data in een minder kwaad daglicht komen te staan. Zo gaat per 1 januari 2019 de vervanger van SBG van start. Dat is Akwa: Alliantie Kwaliteit in de GGZ. Het accent lijkt daar anders te liggen ten aanzien van het verzamelen van ROM-data maar het blijft de facto [toch oude wijn in nieuwe zakken](#).

## **Zelfde traagheid**

Dezelfde traagheid bij het nemen van beslissingen is te zien bij het handelen van de AP ten aanzien van de NZa als het gaat om de DIS-database. Ik schreef [op 11 december 2018](#) een artikel waarin ik die laksheid mede aan de orde stelde. Media 2017 diende een rechtszaak tegen de AP. De reden was de eis van de klagers tot handhaving door de AP tegen het verstrekken en verwerken van gegevens door de NZa via het DIS. De meervoudige kamer van de rechtbank deed een tussenuitspraak waarin de AP en NZa de gelegenheid werd geboden om alsnog te voorzien in maatregelen waarmee de gevolgen van de onrechtmatige verwerking van medische persoonsgegevens door het DIS zonder toestemming van de patiënt teniet zouden worden gedaan. De AP deed geen serieuze poging om de rechtbank tegemoet te komen, waardoor de zaak alsnog voor de rechter gaat komen. In de tussentijd tikt de klok door.

## **Dienstbaar aan wetgever**

Die indirecte dienstbaarheid aan de wetgever maakt de Autoriteit Persoonsgegevens tot een nauwelijks geloofwaardige controle-instantie. De AP dient zich onafhankelijk op te stellen, ook richting overheid. Overtredingen door overheden, zelfstandige bestuursorganen of andere instituties dienen door de AP op gelijke wijze behandeld te worden als bij de gewone

burger.

W.J. Jongejan, 2 januari 2019

---

# Doel Akwa en De Nieuwe Entiteit: toch weer zorginkoop en benchmarking met ROM



Op 26 november 2018 organiseerde Akwa, het nieuwe kwaliteitsinstituut voor de GGZ een invitational conference over de doorontwikkeling van ROM. Het gaat om het gebruik van Routine Outcome Monitoring gegevens. Over die bijeenkomst kwam wel [iets naar buiten](#). Een verslag van de [Vereniging van Cognitieve en GedragsTherapeuten](#), VCGT, laat heel duidelijk zien wat de koers is van Akwa en haar be-/verwerker van ROM-data, De Nieuwe Entiteit. Die koers is na eerst veel klemtoon op kwaliteitsverbetering met ROM, uiteindelijk toch vergelijkings(=benchmark)informatie en zorginkoop. Door alle aandacht voor het ontorechte gebruik van ROM-data vanaf het voorjaar van 2017 is door behoudende krachten in de GGZ en op het ministerie van VWS een Alliantie voor kwaliteit in de GGZ, Akwa, opgetuigd, die hetzelfde gaat doen als wat tot nu toe de Stichting Benchmark GGZ(SBG) uitvoert. Maar dan onder een

minder belastende naamgeving. Besmette, oude wijn, in nieuwe zakken dus.

## Verandering

Onder leiding van Akwa, dat begin 2019 van start gaat, vindt de voortzetting plaats van de activiteiten van de be-/verwerker van ROM-data SBG plaats. Die houdt op te bestaan en De Nieuwe Entiteit, een naam die niets zegt over de activiteiten, gaat de be-/verwerking van ROM-data overnemen. Binnen Akwa zijn veel beroepsverenigingen in de GGZ bijeengebracht onder de vlag van het voor kwaliteit in de GGZ staan. Want, ja, je kan toch moeilijk tegen kwaliteitsverbetering zijn. Het probleem is echter dat ROM-gegevens wel bruikbaar zijn in de één op één relatie tussen cliënt en therapeut. [Voor kwaliteitsinformatie zijn ze ongeschikt](#), niet wetenschappelijk en tijdrovend. Het biedt ondanks allerlei kunstgrepen, zoals het uitvoeren van een case-mix-correctie en wat men nu de “doorontwikkeling van ROM” noemt, geen zicht op kwaliteitsverbetering. En dat terwijl er wel [een alternatief](#) is.

## Verslag VCGT

De VCGT begint met terecht te stellen dat het ROM-men de afgelopen twee jaar veel stof heeft doen opwaaien. Het wordt al snel duidelijk dat Akwa de zorg dat de ROM-data ook zullen worden gebruikt voor zorginkoop niet kan wegnemen. Voor de Bühne zegt VCGT dat de zorgverzekeraars geen stemrecht hebben binnen Akwa. Als het uiteindelijk doel echter toch weer gewoon is om zorginkoop te faciliteren met ROM-data stelt het ontbreken van stemrecht niets voor. Het zit namelijk gewoon ingebakken in het ontwerp van Akwa.

VCGT meldt dat Akwa benadrukt dat het ontwikkelen van ROM voor de behandeling en ROM als leerinstrument het primaire doel is. Pas als dat stevig staat kan gekeken worden of dezelfde data zich ook lenen voor vergelijkingsinformatie en zorginkoop. Dit



gaat men in pilots onderzoeken. Hier is dus klip en klaar wat de uiteindelijke doelstelling van het verzamelen van die data is.

## **Toestemmingsonzin**

Naast het ongeschikt zijn van ROM-data voor kwaliteitsvergelijking speelt ook dat voor de be-/verwerking buiten de instelling veelal geen toestemming wordt gevraagd aan de cliënt. Men heeft zelfs het manke begrip “veronderstelde toestemming geformuleerd om het verwerken van ROM-data doorgang te doen vinden. Nu komt men volgens VCGT met de Algemene Verordening Gegevensverwerking(AVG) als reden met het idee om de toestemmingsvraag op te splitsen. Voor intern gebruik binnen een praktijk of instelling (bijsturing van de behandeling en intervisie) een andersoortige dan voor geanonimiseerde datadeling met externe partijen( voor onderzoek, patiënten en zorginkoop-informatie).

## **Buitengewoon vreemd**

Als data voor beide beschreven doeleinden de praktijk-/instelling verlaten voor be-/verwerking is sowieso expliciete toestemming van de patiënt nodig, het “informed consent”. Dat men apart toestemming wil vragen voor het extern gebruik van geanonimiseerde data is uiterst wonderlijk. De erkenning dat hiervoor expliciete geïnformeerde toestemming (met onder meer een welbepaald doel), houdt namelijk in dat men beseft dat ook geanonimiseerde data als herleidbaar moeten worden aangemerkt. Het vragen van toestemming voor geanonimiseerde data is daarmee een misleidende formulering. Dit alles nog afgezien van de bruikbaarheid en daarmee de noodzakelijkheid van deze gegevensverwerkingen zoals ik hierboven betoogde.

## **Krachten**

Het inkijkje dat VCGT biedt laat zien dat meerdere krachten, ministerie van VWS, zorgverzekeraars en grote zorginstellingen erop uit zijn om een eenmaal ingenomen standpunt over het

gebruik van ROM-data door te willen blijven drukken. Ook al zijn er gedachten in het veld hoe het anders kan. Organisaties van zorgaanbieders worden door de behoudende krachten ingezet als pionnen die dienen als vlag om de lading te dekken.

Concluderend kan ik stellen dat wat met Akwa en De Nieuwe Entiteit gebeurt, gewoon slecht smakende oude wijn in nieuwe zakken is.

W.J. Jongejan, 14 december 2018

Zoeken op deze website met zoekterm: ROM levert meer dan 40 artikelen op.

---

**Rupsje Nooitgenoeg NZa gaat onder druk een blaadje minder eten**



Niet zo prominent was in [de nieuwsbrief van de Nederlandse Zorgautoriteit\(NZa\)](#) op 23 november 2018 te zien dat binnenkort een zeer belangrijke verandering doorgevoerd wordt. De NZa maakte kenbaar dat [per 15 april 2019 een wijziging](#) plaats vindt in de inhoud van de Minimale DataSet(MDS) die zorgaanbieders in de specialistische geestelijke gezondheidszorg(GGZ) moeten aanleveren aan het DIS. Dat staat voor het Diagnose Behandel Combinatie(DBC) Informatie Systeem. Daarin slaat de NZa op persoonsniveau gegevens op over medische diagnoses en de behandeling. Ze stelt nu dat na 15 april het aanleveren van de hoofddiagnose volstaat. De informatie over diepere niveaus vraagt men dan niet meer op. Tegelijk meldt de NZa dat informatie over die diepere niveaus die de afgelopen jaren aangeleverd is niet meer voor verdere verwerking beschikbaar zal zijn. **Let wel: hier schrijft de NZA niet dat die dat vernietigd worden, maar dat ze niet meer beschikbaar zijn.** Het is een zeer beperkte aanpassing . Maar deze stap moet wel gezet zijn onder druk van een rechtszaak. Die betreft een eerdere weigering van de Autoriteit Persoonsgegevens om handhavend op te treden tegen de NZa inzake aanlevering van (zeer gedetailleerde) behandelinformatie op persoonsniveau bij het DIS.

## **Rupsje nooitgenoeg**

De NZa geeft met het DIS blijk van een enorme datahonger en is een echt Rupsje Nooitgenoeg. Het zijn data die verzameld worden om beleid te ontwikkelen en ondersteunen in de zorg. Het trieste is dat er bewust voor gekozen is om op persoonsniveau centraal persoonsgegevens te verzamelen. Ook al

zijn die gegevens (dubbel) gepseudonimiseerd, het blijven persoonsgegevens. Dat inzicht is de laatste paar jaar steeds duidelijker uitgekristalliseerd en vormt de basis voor verzet [tegen het DIS en de ROM-data-verzameling](#). Voor beleidsontwikkeling en ondersteuning is het totaal onnodig om op persoonsniveau centraal data te verzamelen. Het College Bescherming Persoonsgegevens, de rechtsvoorganger van de Autoriteit Persoonsgegevens, [stelde in 2006 al](#) dat een dergelijke dataverzameling tot de zeer risicovolle activiteiten behoort. De hoeveelheid data die de NZa verzameld, vooral in de MDS van de specialistische GGZ is schrikbarend groot. Onder dit artikel heb ik de hele set die de NZa na 15 april 2019 nog wil hebben tegen mijn gewoonte in om een artikel beperkt te houden toch eens afgedrukt. U krijgt dan ook een indruk van de enorme administratieve last die het aanleveren van deze data met zich meebrengt.

## Beperking

Wat is nu die beperking die de NZa doorvoert. Binnen de MDS diende [de volledige DSM-IV diagnose](#) gespecificeerd te worden. Daarbij gaat het om een psychiatrische diagnose die verpakt is in 5 assen: primaire symptomatologie (de 'psychische ziekte'), achterliggende persoonlijkheidsstoornissen, (bijkomende) somatische ziekten, psychosociale en uitlokkend factoren en het niveau van functioneren( geschat op een schaal van 1 tot 100). Het behoeft geen betoog dat zoiets een enorm gedetailleerde informatie is over een persoon. Vanaf 15 april 2019 dient alleen de hoofddiagnose, maar niet die van de andere assen aangeleverd te worden.

## Rechtszaak

In 2017 diende voor de Rechtbank Midden Nederland [de zaak AWB-16\\_4199](#) die de burgerrechtenvereniging [Vrijbit](#) tegen de Autoriteit Persoonsgegevens(AP) had aangespannen. Als derde partij heeft de NZa ook aan de zitting deelgenomen. De reden was de eis tot handhaving door de AP tegen het verstrekken en

verwerken van gegevens door de NZa via het DIS. De meervoudige kamer van de rechtbank deed een tussenuitspraak waarin de AP en NZa de gelegenheid werd geboden om alsnog te voorzien in maatregelen waarmee de gevolgen van de onrechtmatige verwerking van medische persoonsgegevens door het DIS zonder toestemming van de patiënt teniet zouden worden gedaan. De rechtbank deed de uitspraak onder voorzitterschap van mr. Verburg die zich tijdens de zitting [uiterst kritisch](#) tegen de AP en de NZa toonde.

## Traineren

Uit welingelichte bron vernam ik dat zowel de AP als de NZa er alles aan hebben gedaan om de mediatie te traineren en geen veranderingen in hun handelen aan te brengen. Over de voorzitter van de rechtbank, mr. Verburg, werd in de loop van 2017 bekend dat die [benoemd zou worden bij de Raad van State](#). Het is zeer waarschijnlijk dat het traineren daar deels mee te maken had, omdat men na zijn overstap op een minder kritische rechter hoopt. Daarnaast is het zo dat het handelen van de AP in meer zaken zich kenmerkt door het traineren van beslissingen. Zo wacht een handhavingsverzoek over het door de Stichting Benchmark GGZ verzamelen van ROM-data **al 89 weken** op een beslissing van de AP. De burgerrechtenvereniging is inmiddels het traineren zat. Het gaat voor Vrijbit nu al om 17 maanden na de uitspraak van de rechtbank midden juli 2017. Een nieuwe zitting staat voor februari 2019 op de rol bij de rechtbank.

## Eerder vertoond

Al eerder is vertoond dat een data-verzamende instelling vlak voor een rechtszitting een aanpassing doet aangaande de gewraakte materie. Zo veranderde de Stichting Benchmark GGZ (SBG) enkele weken voor een rechtszaak van twee patiënten [op 13 juli 2017](#) tegen SBG over ROM-data de wijze waarop een aantal cruciale data aangeleverd dienden te worden. Ook kwam [twee dagen](#) voor die rechtszaak de mededeling dat SBG begin

2019 op zou houden te bestaan en op zou gaan in een nieuw op te richten kwaliteitsinstituut voor de GGZ, thans Akwa genaamd. Het is een beproefde tactiek om de beslissing van de rechter te beïnvloeden.

De huidige aanpassing door de NZa past in zo'n rijtje, maar is beslist onvoldoende. Het hele systeem van het DIS waarin op persoonsniveau centraal zorgdata worden verzameld is onnodig voor het doel: beleidsontwikkeling en -ondersteuning in de zorg. Dat kan even goed op basis van geaggregeerde data verkregen met geautomatiseerde rapportages gemaakt op basis van gegevens die (decentraal) bij zorgverleners aanwezig zijn.

W.J. Jongejan, 11 december 2018

12 december: enkele kleine tekstuele aanpassingen gemaakt in alinea Rechtszaak

---

## **Minimale dataset vanaf 15 april 2019:**

### **Identificatie zorgaanbieder**

Unieke identificatie zorgaanbieder (AGB-code) 1

### **Patiëntgegevens (gepseudonimiseerd):**

-naam cliënt

-geboortedatum

-geslacht

-postcode

-Burgerservicenummer

- unieke identificatie zorgverzekeraar (conform UZ0VI-register)
- eerste inschrijfdatum
- laatste uitschrijfdatum

### **Hoofdbehandelaar**

- AGB-code (op persoonsniveau) en diens beroep

### **Verwijzer**

– Het type verwijzer:

1. verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts)
2. verwezen patiënt vanuit een (andere) ggz-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of ggz-praktijk
3. verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of seh.
4. eigen patiënt
5. verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisis zorg, buitenlandse zorgaanbieder, bureau Jeugdzorg)
6. zelfverwijzer
7. bemoeizorg

- AGB-code verwijzer (op persoonsniveau), indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 1 tot en met 4

### **Productie per cliënt**

1. Dbc-trajecten

Dbc:

- zorgtrajectnummer
- begindatum zorgtraject
- einddatum zorgtraject

-circuit

-zorgtype

-DSM diagnoseprofiel op hoofdgroepniveau1

- aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere hoofdbehandelaar en iedere medebehandelaar en diens beroep

-totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd per dbc

-afspraaknummer/code

### **Behandeling:**

-begindatum dbc-traject

-einddatum dbc-traject

-afsluitreden dbc

-Gedeclareerde prijs

-declaratiedatum

### **Geleverd zorgprofiel binnen het dbc-traject:**

-activiteiten, verrichtingen, overige deelprestaties en producten, zoals gedefinieerd in de Nadere regel gespecialiseerde ggz

-datum + tijdsduur activiteiten/producten

-beroep behandelaar

-deelfactor groepscontacten



---

# NIP licht Tweede Kamerleden bewust onjuist in over ROM



Gisteren, 6 december 2018, hield de vaste Tweede Kamercommissie voor VWS [een algemeen overleg](#) over de geestelijke gezondheidszorg(GGZ). Een groot aantal onderwerpen passeerden de revue. Bij het onderwerp [“Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022”](#) was het gebruik van Routine Outcome Monitoring(ROM)-data een interessant punt. Het Nederlands Instituut van Psychologen(NIP) stuurde de leden van de Kamercommissie daags tevoren [een brief](#) over het niet deelnemen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten(VNG) aan het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022. In die brief haalt de voorzitter van het NIP, Jeroen Muller, op een niet mis te verstane wijze bewust negatief uit naar critici van het gecentraliseerd, zonder toestemming van de patiënt verzamelen van ROM-data voor kwaliteitsdoeleinden, benchmarking en zorginkoop. De opmerkingen in de alinea “Vertrouwen in ROM beschadigd” plaatsen de critici, verzameld in de actiegroep [Stop Benchmark met ROM](#), bewust in een negatief daglicht. De tekst verdraait namelijk op grove wijze datgene waar de critici voor staan. Voor iemand buiten de GGZ zou het haarkloverij kunnen lijken, maar niets is minder waar.

## Wat staat er precies?

In de brief staat:

### ***“Vertrouwen in ROM beschadigd***

*Het NIP maakt zich sterk voor een juiste toepassing en doorontwikkeling van ROM. Het vertrouwen in de ROM is ernstig geschaad door acties als Stop Rom. ROM zou een instrument om de voortgang van behandelingen met cliënten te monitoren en als reflectie om behandeling in de ggz te verbeteren. De administratieve lasten in de sector worden nog steeds zeer hoog ervaren.”*

Het NIP draait de zaak in deze bizarre politieke uitspraak volkomen om. Let hierbij op het feit dat hij schrijft over ‘Stop ROM ‘ en niet over ‘Stop Benchmark met ROM’.

## **ROM-gegevens**

Door het invullen van vragenlijsten voor, tijdens en na therapie kan een behandelaar in de GGZ samen met de cliënt de therapie evalueren en bijsturen. Dat zijn ROM-gegevens. Dat kan goed binnen de praktijk of instelling waarin die therapie plaats vindt op het niveau van de therapeut en de cliënt. Dat dient te geschieden met een toestemming van de cliënt na goede voorlichting over het doel en de uitvoering ervan. Dat heet een informed consent. Tegen dat specifieke gebruik van ROM-data bestaat GGZ-breed, ook bij ‘Stop Benchmark met ROM’ geen bezwaar.

## **Gekaapt**

Het ingewikkelde is dat het gebruik van ROM-data gekaapt is door de grote instituties in en rond de GGZ, het ministerie van VWS inclusief, om er kwaliteit tussen instellingen mee te meten, zorgaanbieders en zorginstellingen te vergelijken (benchmarking) en te gebruiken voor zorginkoop. Het is dan ook niet vreemd dat centrale verzamelaar en be-/verwerker van ROM-data de Stichting Benchmark GGZ (SBG)

volledig door Zorgverzekeraars Nederland(ZN) betaald wordt. Ook de opvolger van SBG, de Alliantie kwaliteit in de GGZ(Akwa), met als be-/ver-werker [De Nieuwe Entiteit](#) zal door ZN gedurende het eerste jaar betaald worden. Daarna betaalt het ministerie van VWS via de kwaliteitsgelden. Voor het verkrijgen van de ROM-data voor die be-/verwerking **buiten de praktijk/instelling** gaat men helaas uit van de [“veronderstelde toestemming”](#) van de patiënt, een uiterst discutabele basis. Het begrip “veronderstelde toestemming” is het synoniem van stilzwijgende toestemming. Die kan slechts gehanteerd worden binnen de directe groep van mede-behandelaren van de patiënt. Het inschakelen van externe ICT-bedrijven om de ROM- data uit de dossiers te halen plus aanlevering EN verwerking door SBG- straks door De Nieuwe Entiteit- vallen daar geenszins onder. De grootste fout die ooit gemaakt is trouwens om centraal op persoonsniveau behandelinformatie te willen verzamelen.

## **Stop Benchmark met ROM**

De mensen die in de actiegroep Stop Benchmark met ROM verzameld zijn hebben zoals eerder gezegd geen enkel probleem met het gebruik van ROM-gegevens binnen de therapeutische relatie. Het probleem zit 'm erin dat die data voor een doel waarvoor ze nimmer bedoeld en geschikt zijn, grootschalig, zonder toestemming verwerkt worden door een bedrijf buiten de instelling. Bovendien levert SBG, en straks Akwa, de data door aan derden. Een welbewuste toestemming op basis van goede informatie is noodzakelijk. Ondanks pseudonimiseren dienen de verstuurd ROM data namelijk toch beschouwd te moeten worden als tot personen herleidbare gegevens. De gedachte dat de kwaliteit van de therapie meetbaar zou zijn met de ROM-data is al jaren terug door een groot aantal hoogleraren ontzenuwd. De gedachte dat ROM-data als basis kunnen dienen voor financiering van de GGZ is al in begin 2017 afgeschoten [door de Algemene Rekenkamer](#).

## **Kwalijk**

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat de voorzitter van het NIP, Jeroen Muller, die de brief ondertekende, op uiterst kwalijke wijze de kritiek door 'Stop Benchmark met ROM' een negatief "frame" geeft. Het is strijdig is met de werkelijkheid. Het is ook geen verschrijving. Hij weet met de vele bestuurs-petten die hij op heeft binnen de GGZ, echt wel hoe de hazen lopen in ROM-land.

## **Niet eerste keer**

Het is zeker niet voor het eerst dat het bestuur van het NIP een dubieuze rol speelt bij het doorzetten van het ROM-men. Al [eerder in oktober 2017](#) liet ik in een artikel zien dat het NIP een heel aparte rol speelt op dat vlak. Je zou veronderstellen dat ze als een vertegenwoordiger van therapeuten het belang van de cliënt het meest zou dienen. Het bestuur van NIP bewijst bij monde van Jeroen Muller lippendienst aan de bureaucratische instituties en aan Zorgverzekeraars Nederland. Ze doet haar leden tekort.

W.J. Jongejan, 7 december 2018.

Correctie 10 december 2018 in alinea "Gekaapt": Betaling Akwa en De Nieuwe Entiteit is in 2019 nog via ZN, maar daarna door het ministerie van VWS via de kwaliteitsgelden.

---

**Verdwenen      gewaande      forse**

# kritiek op MIND weer teruggevonden



Recent, op 21 november 2018, schreef ik een artikel over [een verloren gewaande webpagina](#) van de werkgeversorganisatie in de geestelijke gezondheidszorg GGZ Nederland. Die ging over de gekunstelde constructie om met “veronderstelde toestemming” het verzamelen en verwerken van ROM-data. Met de WayBackMachine was die toch terug te vinden. Ook over de patiëntenorganisatie in de GGZ [MIND](#) bleek het mogelijk “verdwenen” kritiek terug te vinden. In 2017 schreef Paul Custers van het journalistencollectief Alibe een serie uiterst kritische artikelen op de website [www.alibe.nl](#) . Dat gebeurde onder de kop Mind You. 28 afleveringen zijn door hem geschreven. Helaas is deze website van het internet verdwenen, tenminste op het eerste gezicht. Met [de WayBackMachine](#) blijkt het toch mogelijk om [de afleveringen 20 tot en met 28 van Mind You](#) weer het daglicht te doen zien. Op 12 november 2018 schreef ik een artikel over de peperdure website [Kiezen in de GGZ](#). De kosten voor het maken bedroegen één miljoen euro. Het aardige is dat met de teruggehaalde Mind You artikelen ook de specificatie van die kosten terug te halen is. Het gebruik van de WayBackMachine laat trouwens eens te meer duidelijk zien dat op het internet iets nooit echt weg is.

## Kosten “Kiezen in de GGZ”

De indeling van de subsidie voor deze website van Mind is bij de subsidie verstrekker Zorginstituut Nederland niet te

vinden. In Mind You 24 van 7 april 2017 is te zien dat het in het voorjaar van 2017 al duidelijk was dat de website van MIND [“Kiezen in de GGZ”](#) in totaal 998.502 euro ging kosten. Het bedrag was onderverdeeld in 142.368 euro interne personeelskosten; 241.189 euro externe personeelskosten; 274.676 euro personeelskosten derden; 52.485 euro materiële kosten (incl. kosten voor communicatie); 287.784 euro overige kosten. Twee derde van het bedrag ging dus op aan personeelskosten. In Mind You 27 van 14 april de van laat Paul Custers weten dat het Zorginstituut Nederland(ZiN), die de subsidie verstrekke, geen enkel idee heeft hoe het geld besteed wordt.(alinea : Overigens...ontstaan.)

## **Wel ROM/geen ROM**

In de opzet van de website “Kiezen in de GGZ” in 2016 had MIND voor ogen dat men naast NAW-gegevens en gegevens over patiëntervaringen ook informatie over uitkomstgegevens gepresenteerd zouden worden. [De bedoeling was](#) daar de ROM-data [die MIND van de Stichting Benchmark GGZ\(SBG\) stelselmatig ontvangt](#) daarvoor te gebruiken. Vanwege de reuring die in 2017 over de ROM-data ontstond heeft men daarna besloten die data vooralsnog maar buiten de website te houden.(Zie Mind You 27 alinea: Overigens...ontstaan.). Het zal SBG zeer zwaar gevallen zijn dat de door haar verzamelde en be- / verwerkte ROM-data niet door Mind gebruikt gingen worden. Er bestaat namelijk een innige samenwerking tussen Mind en SBG. Mind zit namelijk ook in het bestuur ervan.

## **Auteur**

Het antwoord op de vraag waarom de website uit de lucht is, kan betrekkelijk simpel beantwoord worden. De auteur, Paul Custers, journalist en media-adviseur, is eind vorig jaar men pensioen gegaan en had geen behoefte de website waarop hij de stukken plaatste te continueren. In een telefoongesprek met hem vertelde ik dat ik zijn zielenroerselen aan de vergetelheid zou gaan ontrukken en ze in dit artikel weer zou

doen herleven. Grappig is dat de in zijn artikelen te berde gebrachte mede-journalist Saul Koster een fictief persoon is, een soort alter ego. Saul als tegenhanger van Paul, een stille verwijzing naar de apostel Paulus.

## Pareltjes

De Mind You afleveringen 20 tot en met 28 zijn stuk voor stuk pareltjes. Ze bevatten informatie over het reilen en zeilen van een patiëntenorganisatie in de GGZ, Mind, waar heel veel geld in omgaat en die machtspolitiek niet schuwt. Ik kan ze dan ook van harte ter lezing aanbevelen.

W.J. Jongejan, 27 november 2017

---

# Peperdure website “Kiezen In De GGZ” zal veel geld blijven kosten



Met de nodige tamtam is afgelopen week [de peperdure website “Kiezen in de GGZ”](#) van de patiëntenorganisatie MIND de lucht in gegaan. [MIND](#), het ministerie van VWS en [Zorgverzekeraars Nederland](#) presenteerden het in Gouda op 8 november 2018. De website is opgezet om informatie te geven over de wachttijd

per GGZ-aanbieder, per type aandoening (bijvoorbeeld angststoornis of depressie) en de vergoeding voor een behandeling. Het initiatief is bedoeld om mensen die op zoek zijn naar therapie meer inzicht en houvast te bieden en de transparantie van de geestelijke gezondheidszorg te vergroten. Men hoopt door het inzicht te geven in wachttijden in de GGZ plus informatie over klanttevredenheid te komen tot een betere verdeling van de patiënten over de beschikbare zorgaanbieders. Het opzetten van de website heeft gruwelijk veel geld gekost. Zorginstituut Nederland (ZiN) heeft namens VWS een subsidie van één miljoen euro op tafel gelegd om de website te maken plus alle koppelingen naar bestaande openbare gegevensbestanden van zorgaanbieders in de GGZ en wachttijden. Het opzetten van een website is vers één, maar het onderhouden en vooral het up-to-date houden van de informatie is een arbeidsintensieve en dus kostbare zaak. Het is nu al te voorzien dat deze website jaarlijks veel geld zal blijven kosten.

## **MIND**

De organisatie die de website beheert is MIND. Voluit heet het MIND landelijk platform psychische gezondheid. De organisatie presenteert zich als een onafhankelijke maatschappelijke beweging die stem geeft aan mensen met psychische kwetsbaarheid. Maar MIND is helemaal niet zo onafhankelijk als het lijkt. Alleen al voor de website ontving men één miljoen euro van het ministerie van VWS. Door de prominente aanwezigheid van Zorgverzekeraars Nederland bij de presentatie van de website zal van die kant ook financieel bijgedragen zijn.

## **Geldstromen**

De opgave van de inkomsten van MIND in [het meerjarenplan 2017-2019 \(zie onder Inkomsten en Uitgaven\)](#) is veelzeggend. Daarin is te zien dat MIND uit meerdere rechtspersonen bestaat, namelijk MIND/Fonds Psychische Gezondheid,



MIND/Landelijk Platform Psychische Gezondheid en Korrelatie. De voorlaatste heeft een basisfinanciering van VWS en krijgt projectsubsidies uit meerdere bronnen(wel meest VWS). Korrelatie draait volledig op een basisfinanciering van VWS. Het is een constructie [die we ook kennen bij de Patiëntenfederatie Nederland](#). Die spreekt vrijwel uitsluitend HIS Masters Voice(VWS). Dat kan bij MIND dan ook niet anders zijn. Onafhankelijk is men dus absoluut niet.

## **Bronnen**

De website haalt haar informatie uit openbare bronnen. Bronnen die wel een zekere logheid en daardoor ook traagheid kennen. De informatie over de NAW-gegevens van de zorgaanbieders haalt men uit [het zogenaamde AGB-register](#). Alle zorgaanbieders hebben een AGB-code. Gaat het om instellingen dan hebben die ook nog daarenboven een eigen AGB-code. AGB staat voor Algemeen Gegevens Beheer. De wachttijden komen van Vektis vandaan. Deze organisatie houdt op verzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit(NZa) de wachttijden bij. Als ze tenminste aangeleverd worden. Halverwege dit jaar bleek dat één derde van de zorgaanbieders in de GGZ [verzuimt maandelijks de wachttijden door te geven](#). Het is niet direct onwil van de niet-indieners, maar het is tijdrovend en vergt administratieve en ICT-aanpassingen.

## **Dynamisch geheel**

De inhoud van de website is gezien het doel ervan uiterst dynamisch is, enerzijds vanwege personele mutaties in het zorgverleners-bestand en mutaties van hun ANW-gegevens, anderzijds door continue veranderingen in de wachttijden en de gegevens over de klanttevredenheid. Wat betreft de wachttijd zijn er dan ook nog twee soorten. De aanmeld-wachttijd en de behandelwachttijd, want aanmelden betekent meestal nog niet direct behandelen. Er zal continu gemonitord moeten worden of de data compleet en up-to-date zijn. Dat kost mankracht en dus geld. De website zal bij het in de lucht blijven tot in lengte

van jaren jaarlijks een flink bedrag kosten aan onderhoud.

## **Relevante info**

Het is de vraag hoe relevant de geleverde informatie is. Het feit dat er bijvoorbeeld ruimte is bij een bepaalde therapeut voor angststoornissen wil nog niet zeggen dat de therapeut wel geschikt is voor de specifieke angststoornis van de patiënt. Het is de vraag hoe aktueel de informatie is. Ik las al van een psycholoog die recentelijk van praktijkadres veranderd was en inmiddels gepensioneerd is. Hij staat nog pontificaal op Kiezen in de GGZ. De website schermt ook met het vermelden van klanttevredenheidsonderzoeken. Vaak staan ze er niet op en voor bijv. Altrecht en Psymed in Utrecht staat er [een excelbestand verzamelbestand uit- mind you- 2015.](#) Dat bestand is totaal onleesbaar qua informatie. Daar heeft de zoekende patiënt niets aan.

## **Terechte kritiek**

In het dagblad Trouw schreef journaliste Rianne Oosterom op 8 november [een artikel over de website van Mind.](#) Daarin komt de hoogleraar psychiatrie Jim van Os aan het woord die één miljoen euro een afschuwelijk hoog bedrag vindt voor een website die zegt transparantie te bevorderen. De directeur van Mind, Marjan ter Avest, vond dit commentaar belachelijk en kwam met een uitleg dat het bedrag op het totaal van alle miljarden aan zorguitgaven juist weinig voorstelt. Dit is wel een zeer gekunstelde uitleg van een majeure uitgave die niet in verhouding staat tot het doel van de website. Op haar manier kan je alle dure projecten relativeren door ze te vergelijken met de totale zorguitgaven. Ik ben het dan ook hardgrondig eens met Jim van Os. Zeker in het licht van de gedachte dat de website elk jaar veel geld zal blijven kosten.

W.J. Jongejan, 12 november 2018

---

# Inzage in logging-gegevens in GGZ verloopt verre van vlekkeloos



Behandelgegevens van patiënten zijn vertrouwelijke gegevens, ook wel bijzondere persoonsgegevens genoemd. Ze vallen onder het medisch beroepsgeheim. Zeker in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) speelt die vertrouwelijkheid een zeer grote rol. Het is dan ook van groot belang dat deze behandeldata niet ingezien worden door mensen die niets met de behandeling te maken hebben. Onbevoegd inzien van die data, vastgelegd in ICT-systemen, gebeurt gewoon, door medewerkers van zorginstellingen die niets met de behandeling te maken hebben. [De "Barbie-zaak" in het voorjaar van 2018](#) liet dat nog eens pregnant zien. Patiënten kunnen echter logging-data opvragen. Logging is het vastleggen van wie, waar, wanneer data heeft ingevoerd, gemuteerd en ingezien. Sinds 2010 bestaat de NEN 7513 norm. Daarmee zijn veldnormen bepaald voor het vastleggen van acties op het elektronisch patiëntendossier, zodat achterhaald kan worden wie er toegang heeft gehad tot het dossier. Het opvragen van die logging-data door patiënten verloopt echter verre van vlekkeloos. Uit doorgaans zeer betrouwbare bron vernam ik dat GGZ-instellingen grote moeite hebben met het opvragen van logging-data door patiënten. Het opvragen wordt nogal eens bemoeilijkt. Er

worden onnodige vragen gesteld over nut en noodzaak en de verstrekte data zijn nogal eens onoverzichtelijk. Kortom het bestaande recht van de patiënt om gewaar te worden wie zijn/haar zorgdata heeft ingezien wordt niet naar behoren gehonoreerd.

## **NEN 7513-norm**

Het Nederlands Normalisatie-instituut [ontwikkelde normen voor de informatiebeveiliging](#) binnen de zorgsector in Nederland. Dat gebeurde met de NEN 7510-norm. De norm is gebaseerd op de [Code voor Informatiebeveiliging](#). Deze code is de Nederlandse versie van de British Standards 7799, ofwel [BS 7799](#), die later als [ISO/IEC 17799](#) als internationale standaard voor informatiebeveiliging in organisaties is gepubliceerd. In [2011](#) werd de norm NEN 7511 (Toetsbaar voorschrift voor solopraktijken, samenwerkingsverbanden en grote instellingen) opgenomen in de norm NEN 7510. De [NEN 7512](#) is de vertrouwensbasis voor gegevensuitwisseling en de 7513 betreft de logging, d.w.z. het vastleggen van acties op het [elektronisch patiëntendossier](#), zodat achterhaald kan worden wie er toegang heeft gehad tot het dossier. [De NEN 7513 wordt thans herzien](#) en bevindt zich [thans in een commentaarronde](#). Publicatie van de nieuwe norm wordt voorzien in het tweede kwartaal van 2019.

## **Recht**

Met de publicatie van een NEN-norm is het vanzelfsprekend dat een patiënt zijn recht kan doen gelden op logging-data. Zorgaanbieders/zorginstellingen dienen een NEN-norm die op hen betrekking heeft te implementeren. Uit een overzicht op de website van Nictiz over de NEN 7513 blijkt dat het met [de adoptie van de norm](#) nog niet gunstig gesteld is. Bij de adoptiegraad, oftewel de mate waarin zorgaanbieders/instellingen van zorgaanbieders de norm toepassen, zijn in november 2018 maar twee van de vijf bolletjes zwart. Blijkbaar is de implementatie van de norm een moeizaam kwestie. Deels

heeft dat te maken met het gegeven dat logging eisen stelt aan het vastleggen van acties in elektronische patiëntdossiers en systemen aangepast moeten worden. Deels zal het ook te maken hebben met een noodzakelijke mentaliteitsomslag bij bestuurders van zorginstellingen.

## **Problemen**

Zoals in de inleiding gezegd lokt het vragen om logging-data reacties op die je eigenlijk niet zou mogen verwachten. De wedervraag die dan bijvoorbeeld gesteld wordt door de zorgaanbieder/zorginstelling is: “Waar heeft u dat voor nodig?” of “Vertrouwt U ons soms niet?” Het zijn vragen waar de patiënt geen antwoord op hoeft te geven om de logging-data te verkrijgen. Ook kan de aanvrager een nogal verbaasde vraag krijgen: “Wat wilt u dan precies allemaal hebben”? En dat terwijl de vraag om logging-data gewoon inhoudt dat de patiënt simpelweg zelf wil inzien wie met welke functie welke data heeft ingezien en/of gedeeld met derden.

Daarnaast is het voorgekomen dat een patiënt zo’n enorme hoeveelheid uitgeprinte data heeft ontvangen dat er alleen met zeer grote moeite de door de patiënt gewenste informatie uit de rijstebrijberg van data te halen is.

Kortom het is slecht gesteld met de beschikbaarheid en openheid ten aanzien van logging-data.

## **Herziening NEN 7513**

Een groot verschil met de bestaande NEN 7513-norm is dat in de herziene versie de norm niet alleen voorschrijft voor welke gegevens moet worden gelogd. De nieuwe versie beschrijft ook [hoe deze gegevens op een begrijpelijke wijze kunnen worden verwerkt](#). Alleen dan kan de patiënt op een inzichtelijke wijze aan de door hem/haar gevraagde informatie komen.

Er is nog een lange weg te gaan voor de nieuwe NEN 7513 norm na publicatie in 2019 een grote adoptiegraad bereikt heeft.

# VWS dreigt met de NZa-knoet bij stagnatie zorgclustermodel-pilot in GGZ



Het ministerie van VWS wil voor de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg(GGZ) een nieuw bekostigingsmodel introduceren. Het gaat om het zogeheten zorgclustermodel dat de bekostiging met gebruik van diagnose-behandelcombinaties(DBC's) moet gaan vervangen. Alvorens tot deze systeemwijziging over te gaan is in 2017 een pilotproject gestart. Daar bleek weinig animo voor te bestaan, waardoor de Nederlandse Zorgautoriteit(NZa) zich genoodzaakt zag [een aantal GGZ-instellingen te verplichten](#) mee te doen. [Ik berichtte hierover op 3 november 2017.](#) Naar nu blijkt, leveren de al dan niet gedwongen GGZ-zorgverleners, onvoldoende informatie aan om de pilot enigszins zinvol te evalueren. Om die reden blijkt het ministerie van VWS nu met

dwangmaatregelen van de NZa te dreigen. [In een ledenbriefbrief van de Landelijke Vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten\(LVVP\)](#) is te lezen hoe belangrijk VWS de pilot vindt. Zij geeft aan dat de NZa -die de ontwikkeling van het nieuwe model begeleidt- de bevoegdheid heeft om eventueel handhavingsmaatregelen te treffen in de situatie dat een zorgaanbieder onverhoopt in gebreke blijft.

## **Welke handhavingsmaatregelen?**

De vraag is natuurlijk [welke maatregelen de NZa kan opleggen](#). Dat zijn: de aanwijzing, last onder bestuursdwang en last onder dwangsom. Die zijn ingesteld om een onrechtmatige situatie te beëindigen of te voorkomen en zijn reparatoir van aard. Daarnaast kan een bestuurlijke boete worden opgelegd. Ook is het mogelijk een combinatie van een boete en de eerder genoemde maatregelen op te leggen. Legt men de boete op dan neemt men de GGZ-zorgverlener/- instelling geld af wat die nu juist gekregen had bij het al dan niet gedwongen meedoen als compensatie voor de overlast.

## **Grote problemen**

Het ministerie van VWS blijkt in, zelf veroorzaakte, grote problemen te zitten. Men heeft zich zelf de deadline van januari 2020 gesteld voor het invoeren van het zorgclustermodel. [In berichtgeving van het ministerie uit 2017](#) stond al dat de tijdsplanning voor de invoering met een pilot ervoor zeer krap was. Men begon nattigheid te voelen toen er onvoldoende animo in het veld bleek te bestaan om überhaupt deel te nemen. Door het onvoldoende aanleveren van data binnen de pilot blijkt men nog verder in het moeras te zakken. Het eerste probleem is dat men nu al weet dat de invoering in 2020 niet gehaald zal gaan worden, maar dat het handhaven van het huidige systeem met de DBC's om meerdere redenen ook niet haalbaar is. Wat het plan nu wordt, is volkomen onduidelijk. Om zoveel mogelijk van de opzet te redden dreigt VWS nu met handhavingsmaatregelen van de NZa.

## **NZa vleugellam orgaan**

Uit de gang van zaken blijkt eens te meer dat de NZa niet zelfstandig opereert maar een vazal is in de handen van VWS. [Op papier is het een zelfstandig bestuursorgaan](#), maar uit het verleden is onder minister Schippers vaker gebleken dat het ministerie uiteindelijk aan de touwtjes trekt bij de NZa. Dat werd o.a. duidelijk [in een affaire rond subsidie van 100 miljoen euro](#) aan het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam. Dat weigerde de NZa eerst maar moest dat besluit onder dwang van VWS herzien.

## **Reden voor weerstand**

Het is heel goed voor te stellen dat de GGZ-zorgverleners, die nu al dan niet gedwongen meedoen aan de pilot, niet razend enthousiast meedoen. Binnen deze proef moet men namelijk zowel volgens het oude systeem declareren, maar ook met het nieuwe erbij. Dat betekent een enorme administratieve belasting. Men krijgt wel geld extra voor die inspanning maar dat betekent niet dat daar meteen de mankracht voor is. In een veld waar de administratieve belasting al bijzonder hoog is zal extra geld niet zomaar iets oplossen.

## **Triest**

Het meest trieste is eigenlijk dat het zorgclustermodel dat men bedacht heeft min of meer een kopie is van het Engelse zorgclustermodel. Daar is het in principe uitgedacht. Saillant is echter dat in Engeland het zorgclustermodel helemaal niet gebruikt wordt. [Ik berichtte daar op 1 september 2017 over](#) op deze website.

W.J. Jongejan, 22 oktober 2018



---

# VBHC-evangelie gepredikt op een door zorgverzekeraars gekochte leerstoel



NRC-Handelsblad plaatste op 5 september 2018 [een bijdrage van prof. dr. Edwin de Beurs](#) in haar Opiniekatern. De kop van het stuk was: "Succes bij depressie is wel meetbaar". Hij is hoogleraar Routine Outcome Monitoring (ROM) en benchmarken, aan de Universiteit Leiden. Hij schreef het artikel vanwege de ophef die ontstaan is doordat [zorgverzekeraar Menzis](#) een vorm van prestatiebekostiging wil invoeren bij de behandeling van depressie en angststoornissen. De Stichting Benchmark GGZ (SBG) betaalt de 0,4 fte leerstoel, die de Beurs sinds eind 2015 in Leiden bezet, zo meldt NRC. Weinigen realiseren zich dat SBG [volledig gefinancierd wordt door de zorgverzekeraars, verenigd in Zorgverzekeraars Nederland](#). Het gaat met deze leerstoel om het onderzoeken en propageren van een thans duidelijk omstreden methodiek van "kwaliteitsbeoordeling", die ROM-data gebruikt voor benchmarking en zorginkoop. Sinds het in de mode raken van de Value Based Health Care (VBHC), een managementfilosofie gebaseerd op het gedachtegoed van de Amerikaan Michael Porter maken, is deze filosofie ook [bij SBG](#) en haar leerstoel in Leiden duidelijk in beeld. Deze VBHC leunt volledig op het met data uit de zorg meten van resultaten om daarmee bereikte "waarde" te kwantificeren.

## **Ontstaan leerstoel**

Volgens informatie op de website van SBG is in 2015 besloten om [een parttime leerstoel aan de universiteit Leiden](#) te sponsoren. Met als één van de hoofddoelen onderzoek naar het effect van benutting van ROM en Benchmarkgegevens (procesonderzoek). Bij het aangaan van die verplichting door SBG of beter gezegd de zorgverzekeraars ging men er vanuit dat verzamelen en verwerken van ROM-data een onomstreden zaak was. In het structuurrapport bij de leerstoel staat: “Gezien de vlucht die ROM nu maakt in de GGZ zal er al op korte termijn behoefte ontstaan aan psychologen die kennis hebben van ROM-methodiek, meetinstrumenten en geaggregeerde therapie-uitkomst gegevens (benchmarken).”.

## **Niet onomstreden**

Hoewel [acht hoogleraren psychiatrie al in 2012](#) al op niet mis te verstane wijze kenbaar maakten dat benchmarken op basis van ROM-data in Nederland, zoals voorgesteld door SBG en zorgverzekeraars, noch wetenschappelijke noch medisch-ethische toetsing kan doorstaan, nam SBG het verzamelen en verwerken van ROM-data SBG krachtig te hand genomen. In 2017 kreeg de tegenstand tegen het gebruik van ROM-data voor benchmarking en zorginkoop een forse boost toen de Algemene Rekenkamer het gebruik van ROM-data voor de financiering van de GGZ in het huidige, maar ook beoogde nieuwe stelsel ongeschikt achtte als basis.

## **Hele keten in bezit**

Met de leerstoel in Leiden hebben de zorgverzekeraars de hele keten om ROM als vermeend instrument om kwaliteit in de GGZ te meten in handen. In de contracten van de zorgverzekeraars met zorgaanbieders is het aanleveren van deze data verplicht en kunnen deze financieel gekort worden bij onvoldoende aanlevering. Dat de zorgverzekeraars vanwege de ROM-discussie en hangende een uitspraak van de Autoriteit Persoonsgegevens over de vraag of de aangeleverde ROM-data als bijzondere

persoonsgegevens beschouwd dienen te worden [uit coulance de zojuist genoemde contractuele dwang niet uitoefenen](#) (Zie alinea Haarkloverij in de link), doet niets af aan de inhoud van de contracten.

Daarnaast stuurt Zorgverzekeraars Nederland met de volledige financiering van SBG de verwerking van de ROM-data en met de leerstoel krijgt de wetenschappelijke raad van SBG nog een extra kleurtje. Tenslotte propageren SBG en hoogleraar de Beurs VBHC, waarbij men met de ROM-data kwaliteit van zorg wil meten, kwantificeren en aldus de gecreëerde waarde in kaart brengen. Overigens is Edwin de Beurs geen onbekende bij SBG omdat hij voor het betrekken van de SBG-leerstoel al jaren deel uitmaakte van de wetenschappelijke raad van SBG en na het betrekken van de leerstoel in Leiden nog steeds..

## **VBHC en hechte connecties**

Waarde-gedreven zorg zoals men de VBHC thans noemt, houdt een flink aantal zorgaanbieders in de somatische zorg en de GGZ bezig. Het ene na het andere artikel of [symposium](#) er over ziet het licht. Zorgbestuurders van diverse grote GGZ-instellingen voeren daar uitgebreid het woord. Zorgverzekeraars en werkgevers in de GGZ in de GGZ hebben wel zeker iets gemeenschappelijks. We moeten namelijk niet uit het oog verliezen dat SBG in 2011 [door omzetting van een stichting\( opgericht in 2010\) in een B.V. ontstaan is](#) (zie feiten 1 en 2 in deze link) waarbij de twee deelnemende partijen de brancheorganisatie van werkgevers in de GGZ, GGZ Nederland, en de brancheorganisatie van de zorgverzekeraars(Zorgverzekeraars Nederland) waren.

## **Drijfzand**

Het lijkt er nog steeds op dat diverse partijen in en rond de GGZ blijven doorbouwen aan een bouwwerk met gebruik van ROM-data, terwijl gaandeweg het steeds duidelijker wordt dat het fundament op drijfzand berust.

W.J. Jongejan, 21 september 2018

Wilt u meer artikelen lezen over de ROM-problematiek? Klik dan in de rechter kolom bij categorie op ROM of gebruik ROM als zoekterm in het zoekvenster rechtsboven.