KPMG
cutting through complexity™

PLEXUS

Monitor Effecten Eigen Bijdrage ggz

Eerste tussenrapportage: september 2012

Ministerie van VWS

Inhoudsopgave

Management samenvatting **1**

1 Aanleiding en vraagstelling **6**

2 Methode **9**

2.1 De onderzoeksgroepen 9

2.2 Kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden 9

3 Definitie kwetsbaarheid **16**

3.1 Literatuuronderzoek 16

3.2 Consequenties van kwetsbaarheid: leefgebieden 16

3.3 Uitkomsten clusteranalyse: gradatie in kwetsbaarheid 18

3.4 Inschatting omvang kwetsbare groepen 19

3.5 Bepaling kwetsbaarheid o.b.v. zorginformatiesystemen 20

4 De onderzoekspopulatie **22**

4.1 De instellingen: aantal patiënten en hun zorggebruik 22

4.2 Omvang kwetsbare groepen 23

4.3 Kwetsbaarheid en eigen bijdrage 24

4.4 Zorggebruik van patiënten 25

4.5 Klinische episodes 29

4.6 Inkomen versus kwetsbaarheid 31

5 Effecten eigen bijdrage: zorguitval **34**

5.1 Zorguitstroom in beeld: ggz-instellingen 34

5.2 Zorguitstroom in beeld: forensische patiënten 37

5.3 Zorguitval in beeld: vragen aan patiënten 41

5.4 Mogelijke additionele zorguitstroom/ -uitval 42

6 Effecten eigen bijdrage: zorgverplaatsing 45

6.1 Zorgverplaatsing 45

6.2 Mogelijke additionele zorgverplaatsing 45

6.3 Zorgverplaatsing: gevolgen voor crisisopvang 46

7 Effecten eigen bijdrage: zorgmijding 48

7.1 Zorgmijding: aantal aanmeldingen 48

8 Bevindingen en conclusies 50

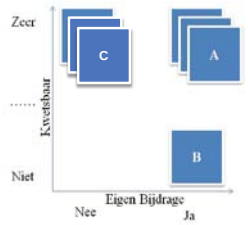
Management samenvatting

Sinds 1 januari 2012 is in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) een eigen bijdrage geïntroduceerd voor tweedelijns behandeling (Zvw zorg). De minister heeft de Tweede Kamer toegezegd de effecten van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz te monitoren, alsmede voor het jaar 2013 te verkennen of het uitsluiten van kwetsbare groepen van de eigen bijdrage tot de mogelijkheden behoort. Het doel van de monitor is tweeledig:

- Inzicht geven in een hanteerbare afbakening van de meest kwetsbare groepen, als basis voor een eventuele uitzondering voor deze groepen, indien wenselijk.
- Monitoren van de effecten van de eigen bijdrage op kwetsbare groepen. Daarbij dient met name aandacht te worden besteed aan zorguitval, zorgverplaatsing en zorgmijding.

De metingen van de monitor vinden op drie momenten plaats: in juli 2012 (situatie in de jaren 2009 - 2011 en in eerste helft 2012), eind 2012 (tweede helft 2012) en halverwege 2013 (eerste helft 2013). De monitor geeft inzicht in de mate van zorguitval, zorgverplaatsing en zorgmijding van kwetsbaren en de mate waarin dit verschilt met minder kwetsbare groepen. Figuur 1 geeft een overzicht van de verschillende onderzoeksgroepen die in de monitor met elkaar worden vergeleken.

Figuur 1 Doelgroepen (A) en controlegroepen (B/C)



- Groep A: Kwetsbare patiënten met een eigen bijdrage. Deze groep bestaat uit drie subgroepen (A_1, A_2, A_3);
- Groep B: Minder kwetsbare patiënten met een eigen bijdrage;
- Groep C: Kwetsbare patiënten zonder een eigen bijdrage (i.v.m. uitsluiting van eigen bijdrage of compensatie). Deze groep bestaat uit drie subgroepen (C_1, C_2, C_3).

Het onderzoek brengt de effecten van de eigen bijdrage in kaart middels een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. De kwantitatieve onderzoeksmethoden zijn gebruikt voor een cijfermatig inzicht in de omvang van de zorguitval, zorgmijding en zorgverplaatsing. De kwalitatieve onderzoeksmethoden dienen ter interpretatie van deze kwantitatieve gegevens.

In deze eerste tussenrapportage beschrijven we de bevindingen van de nulmeting (2009 - 2011) en de eerste meting, een half jaar na invoering van de eigen bijdrage (januari - juni 2012). Bij de interpretatie van de resultaten van deze meting moet een aantal contextuele factoren worden meegenomen:

- In het eerste half jaar was bij patiënten en behandelaren enige onduidelijkheid over de regelgeving (voor wie geldt de regeling en voor wie niet?). Deze onduidelijkheid kwam voort uit het begrotingsakkoord 2013 en de mogelijkheden voor compensatie (welke gemeenten of zorgverzekeringen vergoeden de eigen bijdrage en voor wie?).
- Veel patiënten hoeven nog geen eigen bijdrage te betalen, aangezien zij een DBC hebben die geopend is voor januari 2012. Pas bij verlenging van de reeds lopende DBC of bij opening van een nieuwe DBC gaat de eigen bijdrage gelden.
- Er zijn nog weinig patiënten die daadwerkelijk een rekening hebben ontvangen voor de gebruikte zorg, aangezien patiënten deze pas ontvangen na afsluiting van een DBC.
- In deze eerste tussenrapportage kunnen nog geen harde conclusies getrokken worden over effecten van de eigen bijdrage aangezien de meetperiode te kort is om te kunnen duiden of er sprake is van een eventuele trendbreuk, of van een fluctuatie.

Binnen deze context geeft dit onderzoek zicht op de indeling in kwetsbare groepen en de eerste bevindingen ten aanzien van zorggebruik, zorguitval, zorgverplaatsing en zorgmijding.

De resultaten van de nulmeting en eerste meting zijn gestructureerd langs de zes onderzoeksvragen die in het onderzoek centraal staan.

1. Welke definitie kan worden gehanteerd om de meest kwetsbare groepen te omschrijven?

Volgens experts kan de mate van kwetsbaarheid van een patiënt bepaald worden door een *risico-inschatting* te maken van de *consequenties van zorguitval* op acht verschillende leefgebieden en een scoring op drie aanvullende kenmerken. Door middel van scoring van patiënten door behandelaren op deze leefgebieden, aanvullende kenmerken en aansluitend een clusteranalyse ontstond een indeling in vier clusters. De kenmerken van de clusters zijn beschreven in tabel 2.

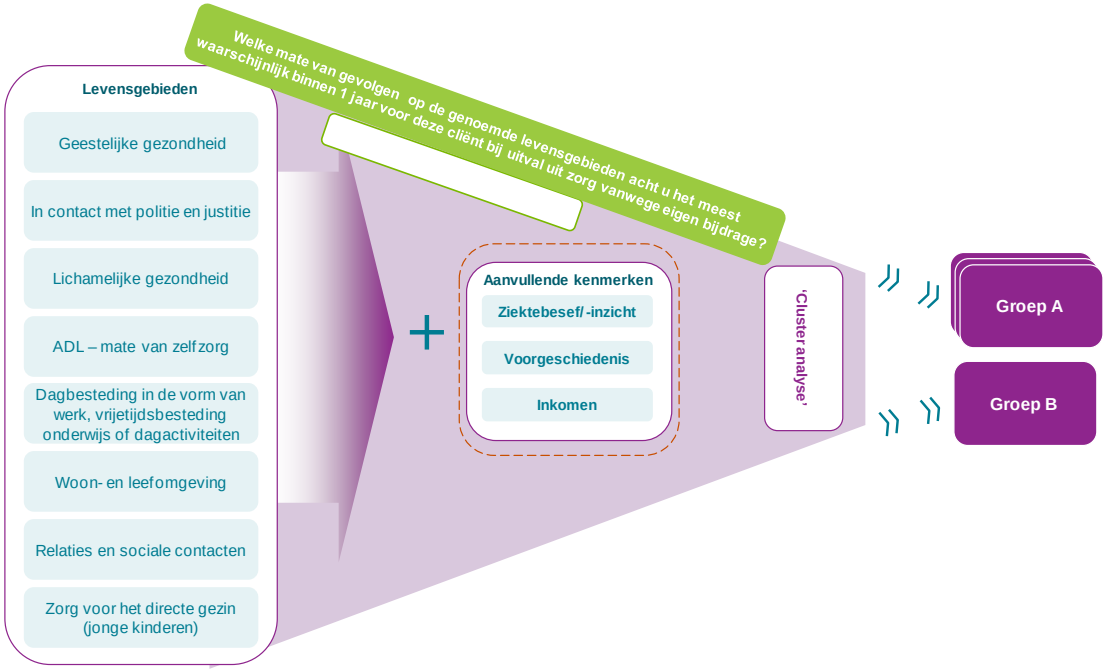
Tabel 2 Profielbeschrijving per cluster

	Nauwelijks kwetsbaar Onderzoeksgroep B	Licht kwetsbaar Onderzoeksgroep A1/ C1	Matig kwetsbaar Onderzoeksgroep A2/ C2	Zeer kwetsbaar Onderzoeksgroep A3/ C3
Geestelijke gezondheidszorg	- Lichte problemen	- Matige problemen	- Matige problemen	- Ernstige problemen
Sociaal maatschappelijk (As 4)	- Geen tot lichte problemen	- Geen tot lichte problemen	- Lichte en matige problemen	- Matig tot ernstige problemen
Voorgeschiedenis	- Beperkte behandelgeschiedenis	(Middel)lange (continue) behandelgeschiedenis	Middellange (continue) behandelgeschiedenis	- Lange (continue) behandelgeschiedenis

2. Welke objectieve criteria kunnen worden vastgesteld om te bepalen wie tot deze meest kwetsbare groepen behoren?

Middels een scoring op acht leefgebieden en gegevensinschatting op aanvullende kenmerken is vastgesteld welke patiënten tot de kwetsbare groepen behoren. Figuur 3 geeft een overzicht van deze leefgebieden en aanvullende kenmerken.

Figuur 3 Criteria om de kwetsbaarheid van patiënten vast te stellen



Tevens is gekeken naar de mogelijkheden om kwetsbare patiënten te herkennen in zorginformatiesystemen van de instellingen. De systeemparameters die met de experts zijn besproken blijken vooralsnog onvoldoende onderscheidend te zijn om de verschillende groepen van kwetsbaren uit de systemen te selecteren.

3. Wat is de totale omvang van de kwetsbare groepen?

De expert-interpretatie van de clusteranalyse laat zien dat patiënten ingedeeld kunnen worden naar vier gradaties van kwetsbaarheid. Tabel 4 geeft een overzicht van de omvang van de kwetsbare groepen per type team.

Tabel 4 Gradatie van kwetsbaarheid per type team (n=2.158)

Aantal patiënten per kwetsbare groep per type team					
Aantal patiënten (percentages)	Curatief Volwassenen	Langdurende zorg[1]	Ouderen	Forensisch	**Totaal**
Mate van kwetsbaarheid					
Nauwelijks kwetsbaar Onderzoeksgroep B	18%	2%	25%	25%	***16%***
Licht kwetsbaar Onderzoeksgroep A1 en C1	19%	34%	31%	37%	***30%***
Matig kwetsbaar Onderzoeksgroep A2 en C2	40%	34%	33%	17%	***34%***
Zeer kwetsbaar Onderzoeksgroep A3 en C3	23%	30%	11%	20%	***21%***
Totaal	100%	100%	100%	100%	**100%**

Tabel 4 laat zien dat 16 procent van de onderzoekspopulatie nauwelijks kwetsbaar is en 21 procent is zeer kwetsbaar (laatste kolom). In de ouderenzorg is relatief een klein deel zeer kwetsbaar (11 procent), in de langdurende zorg is dit aandeel relatief het hoogst (30 procent).

4. Wat is het zorggebruik van de kwetsbare groepen in 2009 - 2011?

Het zorggebruik van zeer kwetsbare patiënten is hoger dan voor nauwelijks kwetsbare patiënten. Voor de groep nauwelijks kwetsbaren (onderzoeksgroep B) is het aandeel patiënten dat in 2009 en 2010 in zorg was het laagst (25 procent). Dit komt ook terug in het zorggebruik in minuten. Het zorggebruik in minuten per patiënt van de meest kwetsbare patiënten is het hoogst en ligt in 2012 voor de kwetsbare groepen rond de 3000 minuten per half jaar. Met name het zorggebruik van zeer kwetsbaren met en zonder eigen bijdrage (A3 en C3) is relatief hoog tussen 2009 en 2012. Het zorggebruik van onderzoeksgroep B (nauwelijks kwetsbaar) is het laagst tussen 2009 en 2012. Het aantal klinische episodes is voor kwetsbare groepen het hoogst. Van deze groep kennen zeer kwetsbare patiënten (A3 en C3) het hoogste aantal klinische episodes. Het aandeel patiënten met klinische episodes ligt voor licht en matig kwetsbare patiënten die wel een eigen bijdrage moeten

[1] Dit is Zwv zorg voor mensen met langdurige, ernstige beperkingen in hun dagelijks functioneren. De EPA groep zit voornamelijk in deze teams.

betalen (A1 en A2) over de jaren heen ongeveer 10 procent lager dan voor licht en matig kwetsbare patiënten die geen eigen bijdrage hoeven te betalen.[2] Nauwelijks kwetsbare patiënten kennen de minste klinische episodes. Het aandeel patiënten dat in zorg is en het zorggebruik (minuten per patiënt en klinische episodes) nemen toe naarmate een patiënten meer kwetsbaar is.

5. Wat is het effect van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz voor het zorggebruik van kwetsbare groepen (aandacht voor zorguitval, zorgverplaatsing en zorgmijding)?

Zorguitstroom: Patiënten gaan uit zorg. Oorzaken hiervan kunnen zowel bij patiënt als bij behandelaar liggen en de zorguitstroom kan ook in overeenstemming bepaald zijn.

Zorguitval: Patiënten kiezen zelf om de huidige behandeling bij een ggz-instelling te staken, terwijl deze zorg wel nodig is (onderdeel van zorguitstroom).

Zorgverplaatsing: Het verplaatsen van de behandeling van de huidige zorgaanbieder (in dit onderzoek ggz-instelling) naar een andere zorgaanbieder (bijv. huisarts)

Zorgmijding: Het kiezen om niet in zorg te gaan bij een ggz-instelling, terwijl deze zorg wel nodig is.

De zorguitstroom onder patiënten fluctueert tussen 2009 en 2012. In 2012, na invoering van de eigen bijdrage, zien we geen duidelijke trendbreuk in de zorguitstroom. Circa 5 tot 8 procent van de patiënten die gestopt zijn met hun behandeling, geeft aan dat zij dit doen vanwege de eigen bijdrage. Bij deze patiënten is sprake van zorguitval vanwege de eigen bijdrage. Tevens geeft van de patiënten die nog in zorg zijn, circa 10 procent aan dat zij verwachten uit zorg te gaan. Van de patiënten die verwachten uit zorg te gaan, geeft 30 procent aan dat zij dit overwegen doordat zij een eigen bijdrage moeten betalen.

Ten aanzien van zorgverplaatsing laat het onderzoek zien dat de helft van de patiënten geen mogelijkheid ziet om de zorg ergens anders te halen. Een kwart geeft aan naar de huisarts te gaan, eveneens een kwart geeft aan de zorg ergens anders dan bij de huisarts te halen. Een andere vorm van zorgverplaatsing is de verschuiving naar crisisopvang. Het onderzoek laat zien dat het aantal geopende crisis DBC's tussen 2009 en december 2011 stabiel is rond de 4 procent en dat het aantal geopende crisis DBC's in het eerste deel van 2012 is toegenomen tot ongeveer 8 procent ten aanzien van het totaal aantal geopende DBC's. In absolute aantallen betekent dat een toename van circa 1.300 naar 1.900 crisis DBC's. Hieraan zijn echter nog geen harde conclusies te verbinden. Kwalitatief zijn hiervoor meerdere verklaringen gegeven: het duidt mogelijk op een gevolg van de eigen bijdrage waarbij patiënten die uit zorg zijn gegaan of niet in zorg komen, via een crisis DBC (weer) in zorg komen. Anderzijds duidt dit mogelijk op het eerder scoren van een crisis DBC, omdat deze is uitgesloten van de eigen bijdrage.

De zorgmijding is in kaart gebracht door het aantal aanmeldingen te analyseren. De patiënten in het type team forensisch worden deels uitgesloten van de eigen bijdrage (o.a. DBBC's) en bij het type team jeugd worden patiënten volledig uitgesloten van de eigen bijdrage. Bij deze twee type teams zien we een toename in aanmeldingen in de eerste periode in 2012. Bij de overige type teams zien we een afname in de eerste periode van 2012. In de curatieve en ouderen zorg zien we een afname die reeds is ingezet in 2011. In de langdurende zorg zien we een stijging in het aantal aanmeldingen sinds 2009 en een daling in 2012.

[2] De groepen die geen eigen bijdrage hoeven te betalen (C1,2,3) zijn klein, dit kan hierdoor een vertekend beeld geven.

6. Wat is het effect van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz voor het zorggebruik van patiënten met een forensisch profiel (aandacht voor zorguitval en zorgmijding)?

De zorguitstroom onder forensische patiënten fluctueert eveneens tussen 2009 en 2012. In 2012 zien we geen duidelijke trendbreuk in de zorguitstroom. Van de forensische patiënten die uit zorg zijn gegaan, geeft circa 6 procent aan dat zij gestopt zijn met de behandeling vanwege de eigen bijdrage. Van deze patiënten die uit zorg gaan vanwege de eigen bijdrage, heeft 40 procent een gemiddeld/hoog tot hoog risicoprofiel (maat voor de kans op recidive). Een andere indicatie van zorguitval is de overgang van het aantal patiënten dat na afronding van een behandeling in verplicht kader in zorg blijft onder een vrijwillig kader (Zvw). De trend in het aandeel patiënten dat na afsluiting van een DBBC in zorg blijft, neemt in 2012 voor de forensisch poliklinieken af. Deze afname hoeft geen indicatie te zijn van een effect van de eigen bijdrage, aangezien forensisch polikliniek 2 compenseert voor de eigen bijdrage sinds maart 2012 en bij forensisch polikliniek 1 de afname reeds in 2010 is ingezet. Wat betreft zorgmijding, zijn de aanmeldingen tussen 2010 en 2012 in kaart gebracht. Uit deze data blijkt dat de aanmeldingen in de forensische poliklinieken redelijk stabiel zijn tussen de tweede periode van 2011 en de eerste periode van 2012. In de ggz-instellingen zien we een toename in aanmeldingen voor forensische teams voor deze periode.

1 Aanleiding en vraagstelling

1.1 Aanleiding

Sinds 1 januari 2012 is in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) een eigen bijdrage geïntroduceerd voor tweedelijns behandeling (Zvw zorg). Jeugd tot 18 jaar is uitgesloten van de eigen bijdrage. Voor behandelingen is een eigen bijdrage ingesteld van €100 voor Diagnose Behandel Combinaties (DBCs) tot 100 minuten en €200 voor DBC's vanaf 100 minuten. Er geldt voor behandeling een eigen bijdrage van maximaal €200 per kalenderjaar. De volgende uitzonderingen gelden voor de eigen bijdrage behandeling; patiënten die in crisis verkeren (crisis DBC's), indirecte tijd DBC's, patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), patiënten waarbij de aanleiding tot zorg 'bemoeizorg' is en patiënten tot 18 jaar.

De minister heeft de Tweede Kamer toegezegd de effecten van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz te monitoren, alsmede voor het jaar 2013 te verkennen of het uitsluiten van kwetsbare groepen van de eigen bijdrage tot de mogelijkheden behoort.

1.2 Vraagstelling

Het doel van het onderzoek is tweeledig:

- Inzicht geven in een hanteerbare afbakening van de meest kwetsbare groepen, als basis voor een eventuele uitzondering voor deze groepen, indien wenselijk.

- Monitoren van de effecten van de eigen bijdrage op kwetsbare groepen. Daarbij dient met name aandacht te worden besteed aan zorguitval, zorgverplaatsing en zorgmijding.

De onderzoeksvragen daarbij luiden als volgt:

Definitie kwetsbare groep

1 Welke definitie kan worden gehanteerd om de meest kwetsbare groepen te omschrijven? Wat is een kwetsbare groep?
2 Welke objectieve criteria kunnen worden vastgesteld om te bepalen wie tot deze meest kwetsbare groepen behoren? Het verdient de uitdrukkelijke voorkeur dat deze definitie aansluit bij reeds geautomatiseerde bestanden. Kunt u aangeven welke digitale bestanden daarvoor worden benut?
3 Wat is de omvang van de kwetsbare groepen op basis van de bovengenoemde definities?
4 Wat is het zorggebruik van de hierboven gedefinieerde kwetsbare groep in 2009? Graag aansluiten bij reeds geautomatiseerde bestanden (indien mogelijk) zodat de effecten in 2012 en 2013 makkelijk te meten zijn. Indien nodig een retrospectieve meting doen.

Effecten eigen bijdrage

1 Wat is ten opzichte van de (retrospectieve) 0-meting het effect van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz op zorgmijding van kwetsbare groepen?
2 Wie zijn er in 2011 in zorg aan de hand van het patiëntenpanel? Graag daarbij een onderscheid in mensen die wel behoren tot de definitie van de kwetsbare groep en mensen die niet behoren tot de definitie van de kwetsbare groep.

- Wie mijdt er uit het patiëntenpanel in 2012 zorg door invoering van de eigen bijdrage? Wie behoort daarvan tot de kwetsbare groep en wie behoort daarvan niet tot de kwetsbare groep?
- Hoe is het zorggebruik in 2009 (of recenter) aan de hand van zorginformatiesystemen?
- Wat zijn de effecten van de invoering van de eigen bijdrage op zorgmijding op basis van gegevens uit zorginformatiesystemen?
- Wat zijn de effecten van de invoering van de eigen bijdrage op zorgmijding op basis van het patiëntenpanel?

3 Wat zijn de effecten van de invoering van de eigen bijdrage op zorgmijding op basis van de koppeling van informatie tussen de gegevens van het patiëntenpanel en de zorginformatiesystemen?

4 De volgende concluderende vraag dient in halverwege 2012, eind 2012 en halverwege 2013 te worden opgeleverd: wie mijdt in 2012 zorg of stelt in 2012 zorg uit van de gedefinieerde kwetsbare groep?

Effecten eigen bijdrage: forensisch

1 Wat is het effect van de eigen bijdrage op de zorguitval onder patiënten met een forensisch profiel?

2 Wat is het effect van de eigen bijdrage op de zorgmijding onder patiënten met een forensisch profiel?

3 Indien er een toename is in zorguitval en zorgmijding onder patiënten met een forensisch profiel, heeft dit gevolgen voor het aantal patiënten dat in aanraking komt met justitie?

KPMG Plexus vat dit samen onder de volgende zes hoofdvragen:

1 Welke definitie kan worden gehanteerd om de meest kwetsbare groepen te omschrijven? Wat is een kwetsbare groep?

2 Welke objectieve criteria kunnen worden vastgesteld om te bepalen wie tot deze meest kwetsbare groepen behoren?
   - Het verdient de uitdrukkelijke voorkeur dat deze definitie aansluit bij reeds geautomatiseerde bestanden. Welke digitale bestanden worden daarvoor benut?

3 Wat is de totale omvang van de kwetsbare groepen?

4 Wat is het zorggebruik van de kwetsbare groepen in 2009 - 2011?
   - Wanneer waren deze patiënten in zorg?
   - Wat voor type zorg maakte de patiënt gebruik van?
   - Wat was de omvang van deze zorg?
   - Wat was de frequentie van het zorggebruik?

5 Wat is het effect van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz voor het zorggebruik van kwetsbare groepen (aandacht voor zorguitval, zorgverplaatsing en zorgmijding)?

6 Wat is het effect van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz voor het zorggebruik van patiënten met een forensisch profiel (aandacht voor zorguitval en zorgmijding)?
   - Indien er een toename is in zorguitval en zorgmijding onder patiënten met een forensisch profiel, heeft dit gevolgen voor het aantal patiënten dat in aanraking komt met justitie?

1.3 Leeswijzer

In deze eerste tussenrapportage beschrijven we de bevindingen van de nulmeting (2009 - 2011) en de eerste meting, een half jaar na invoering van de eigen bijdrage (januari - juni 2012). Bij de interpretatie van de resultaten van deze meting moet een aantal contextuele factoren worden meegenomen:

- In het eerste half jaar was bij patiënten en behandelaren enige onduidelijkheid over de regelgeving (voor wie geldt de regeling en voor wie niet?). Deze onduidelijkheid kwam voort uit het begrotingsakkoord 2013 en de mogelijkheden voor compensatie (welke gemeenten of zorgverzekeringen vergoeden de eigen bijdrage en voor wie?).
- Veel patiënten hoeven nog geen eigen bijdrage te betalen, aangezien zij een DBC hebben die geopend is voor januari 2012. Pas bij verlenging van de reeds lopende DBC of bij opening van een nieuwe DBC gaat de eigen bijdrage gelden.
- Er zijn nog weinig patiënten die daadwerkelijk een rekening hebben ontvangen voor de gebruikte zorg, aangezien patiënten deze pas ontvangen na afsluiting van een DBC.
- In deze eerste tussenrapportage kunnen nog geen harde conclusies getrokken worden over effecten van de eigen bijdrage aangezien de meetperiode te kort is om te kunnen duiden of er sprake is van een eventuele trendbreuk, of van een fluctuatie.

Binnen deze context geeft dit onderzoek zicht op de indeling in kwetsbare groepen en de eerste bevindingen ten aanzien van zorggebruik, zorguitval, zorgverplaatsing en zorgmijding.

De indeling van de rapportage is als volgt: hoofdstuk 2 van dit rapport beschrijft de onderzoeksaanpak. Hoofdstuk 3 beschrijft de definiëring van kwetsbare groepen en beantwoordt daarmee onderzoeksvragen 1 en 2. Hoofdstuk 4 beschrijft de te onderscheiden onderzoeksgroepen in het onderzoek en geeft voor elke onderzoeksgroep de omvang en het zorggebruik. Daarnaast maken we per kwetsbare groep een extrapolatie naar landelijk niveau. Hiermee worden onderzoeksvragen 3 en 4 beantwoord. Hoofdstuk 5 beschrijft de effecten van de eigen bijdrage op de mate van zorguitval. Hierbij wordt ingegaan op de effecten voor kwetsbare groepen en voor patiënten met een forensisch profiel. Hoofdstuk 6 beschrijft de effecten van de eigen bijdrage op de mate van zorgverplaatsing voor kwetsbare groepen. Hoofdstuk 7 beschrijft de effecten van de eigen bijdrage op de mate van zorgmijding. Hierbij wordt ingegaan op de effecten voor kwetsbare groepen en voor patiënten met een forensisch profiel. Hoofdstukken 5, 6 en 7 geven gezamenlijk een antwoord op onderzoeksvraag 5 en 6. Tot slot, geven we in hoofdstuk 8 een overzicht van de belangrijkste bevindingen en voorlopige conclusies.

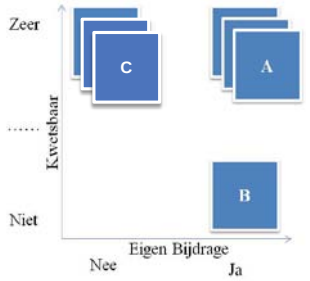
2 Methode

Om de effecten van de eigen bijdrage in kaart te brengen is deze monitor opgezet. De metingen van de monitor vinden op drie momenten plaats: in juli 2012 (situatie in de jaren 2009 - 2011 en in eerste helft 2012), eind 2012 (tweede helft 2012) en halverwege 2013 (eerste helft 2013). In de monitor volgen we patiënten van verschillende type teams. In dit hoofdstuk beschrijven we de onderzoeksgroepen die gevolgd worden in de monitor. Tevens beschrijven we de gebruikte onderzoeksmethode.

2.1 De onderzoeksgroepen

De monitor geeft inzicht in de mate van zorguitval, zorgverplaatsing en zorgmijding van kwetsbaren en de mate waarin dit verschilt met minder kwetsbare groepen. Figuur 2.1 geeft een overzicht van de verschillende onderzoeksgroepen die in de monitor met elkaar worden vergeleken.

Figuur 2.1 Doelgroepen (A) en controlegroepen (B/C)



- Groep A: Kwetsbare patiënten met een eigen bijdrage. Deze groep bestaat uit drie subgroepen (A_1, A_2, A_3);
- Groep B: Minder kwetsbare patiënten met een eigen bijdrage;
- Groep C: Kwetsbare patiënten zonder een eigen bijdrage (i.v.m. uitsluiting van eigen bijdrage of compensatie). Deze groep bestaat uit drie subgroepen (C_1, C_2, C_3).

In het onderzoek worden verschillende groepen (kwetsbare) patiënten meegenomen van drie ggz-instellingen (ggz-instelling 1, 2 en 3). Bij elke instelling hebben we ongeveer 750 patiënten in de monitor gevolgd. In totaal monitoren we 2.253 patiënten. Dit aantal zorgt voor afdoende representativiteit in de onderzoeksgroepen $A_{(1,2,3)}$,B, $C_{(1,2,3)}$. Deze patiënten zitten verspreid over de volgende type teams: volwassenen curatief, langdurende zorg (hier valt de groep ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) onder), ouderen en forensisch. Vanuit elk type team is de caseload van drie tot negen (random gekozen) behandelaren meegenomen in het onderzoek. We hebben patiënten geselecteerd die vanaf oktober 2011 in zorg waren; een deel van hen is momenteel niet meer in zorg. Op deze manier waarborgen we dat ook de mensen meenemen die uit zorg zijn gegaan voor de introductie van de eigen bijdrage in januari 2012.

Daarnaast hebben we op instellingsniveau patiënten uit de verslavingszorg en van twee forensische klinieken meegenomen. Bij de forensische klinieken is de mate van zorgmijding en zorguitval voor patiënten met een forensisch profiel onderzocht. Bij deze patiënten is geen onderverdeling gemaakt in de mate van kwetsbaarheid.

2.2 Kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden

In het onderzoek zijn de effecten van de eigen bijdrage in kaart gebracht middels een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. De kwantitatieve onderzoeksmethoden zijn gebruikt voor een cijfermatig inzicht in de omvang van de zorguitval, zorgmijding en zorgverplaatsing. De kwalitatieve onderzoeksmethoden dienen ter interpretatie van deze kwantitatieve gegevens. We beschrijven hieronder de gehanteerde onderzoeksmethode voor de verschillende stappen in het

onderzoek, waarbij we tevens de verschillen aangeven tussen de methoden die gebruikt zijn bij ggz-instellingen en bij forensische klinieken.

2.2.1 Stap 1: Definitie kwetsbare groepen

Om inzicht te geven in een hanteerbare afbakening van de meest kwetsbare groepen is een definitie nodig van 'kwetsbaarheid'. De definitie van kwetsbare groepen is vastgesteld om de onderzoeksgroepen A, B en C te onderscheiden. Deze definitie is bepaald aan de hand van literatuuronderzoek, expertsessies, scoring van patiënten en een clusteranalyse.

2.2.1.1 Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek vormden Engelstalige en Nederlandstalige literatuur de input. Daarbij zijn de volgende bronnen gebruikt:

- wetenschappelijke literatuur via PubMed en PsyINFO;
- 'grijze literatuur' via diverse bronnen, zoals de websites van het Trimbos-instituut, Nivel, en ggz-Nederland.[3]

2.2.1.2 Expertsessies

Aan de expertsessies hebben zowel landelijke experts als experts vanuit de deelnemende ggz-instellingen deelgenomen. In de expertsessies zijn samen met experts vanuit het veld de volgende (deel)producten vastgesteld:

- Kenmerken die van invloed zijn op de mate van kwetsbaarheid.
- Scoringslijst voor behandelaren om patiënten op deze kenmerken te kunnen scoren.
- Herkenbare eigenschappen om deze kenmerken te herleiden in systemen.
- Bepalende kenmerken per kwetsbare groep.
- Definitie van de kwetsbare groepen.

2.2.1.3 Scoring van patiënten

De behandelaren hebben de patiënten van hun caseload aan de hand van de scoringslijst en bijgeleverde instructie gescoord op de verschillende kenmerken die van invloed zijn op de mate van kwetsbaarheid. De scoringslijsten zijn in afstemming met de experts ontwikkeld. De ingevulde scoringslijsten zijn allereerst op een aantal aspecten gecontroleerd, zoals volledigheid, eventuele 'uitschieters' in data, enzovoort. Het resultaat van deze scoring is een overzicht van de scores op verschillende kenmerken van kwetsbaarheid van de gemonitorde patiënten.

2.2.1.4 Clusteranalyse

De volgende stap is het daadwerkelijk draaien van de clusteranalyse. Door middel van de clusteranalyse is gekomen tot een classificatie van kwetsbare groepen. Dit is gedaan op basis van een analyse op overeenkomsten in de scoring op de kenmerken die zijn vastgesteld. Uitgangspunt bij de clusteranalyse is te komen tot een indeling in meerdere onderscheidende clusters. Hierbij is gekeken naar zoveel mogelijk gelijkenissen binnen één groep en zoveel mogelijk verschillen tussen de groepen. Deze analyse is uitgevoerd met behulp van het statistische programma SPSS. We hebben gebruik gemaakt van een getrapte clustering van twee statistische methoden: de

[3] Bijlage 1 geeft een overzicht van de gebruikte bronnen.

hiërarchische clustering en de K-means. Door middel van deze getrapte clustering is de validiteit en betrouwbaarheid van de clusteranalyse gemaximaliseerd.

Vervolgens is op basis van de groepsindeling, die volgde uit de clusteranalyse, vastgesteld wat de bepalende kenmerken zijn per cluster. Dit resulteert in een indelingsprincipe dat aangeeft welke combinatie van de risico's op leefgebieden leidt tot de classificatie in mate van kwetsbaarheid. Met de experts is vervolgens voor elke groep de mate van kwetsbaarheid bepaald.

2.2.2 Stap 2: Indelen van patiënten: kwetsbaarheid en wel/geen eigen bijdrage

Binnen de ggz-instellingen 1, 2 en 3 is voor elke patiënt in de monitor in het systeem van de ggz-instelling aangegeven tot welke onderzoeksgroep de patiënt behoort ten aanzien van de mate van kwetsbaarheid (zoals bepaald in stap 1). Tevens is aangegeven of de patiënt een eigen bijdrage betaalt of dat de patiënt uitgesloten is van de eigen bijdrage (i.v.m. mitigerende maatregelen of uitsluiting van eigen bijdrage i.v.m. rechtelijke machtiging of bemoeizorg). Het resultaat is dat elke patiënt is ingedeeld in een onderzoeksgroep die varieert in de mate van kwetsbaarheid: 0, 1, 2, 3 en voor het wel/niet betalen van eigen bijdrage. De combinatie van deze indeling leidt tot indeling in onderzoeksgroep $A_{(1,2,3)}$, B of $C_{(1,2,3)}$.

Deze indeling naar onderzoeksgroepen is uitgevoerd voor aanvang van meting 1 (en meting nul). Voor meting 2 en 3 gaan we voor de patiënten die we monitoren na of de mate van kwetsbaarheid is veranderd en of er een herindeling nodig is. Indien de uitval onder patiënten te hoog is, waardoor de omvang van de onderzoeksgroepen te klein wordt, worden er bij meting 2 en 3 eventueel extra patiënten ingedeeld naar kwetsbaarheid.

Op basis van de indeling naar kwetsbaarheid is het aantal patiënten per groep bepaald, uitgesplitst voor de groepen $A_{(1,2,3)}$, B en $C_{(1,2,3)}$ en voor de type teams. Voor onderzoeksgroep C geven we – indien bekend – aan of de patiënt uitgezonderd is van de eigen bijdrage door regelgeving of dat de patiënt gecompenseerd wordt voor de eigen bijdrage.

2.2.3 Stap 3: Aanvullende analyses kwetsbare groepen

Er zijn verschillende aanvullende analyses uitgevoerd nadat de verschillende kwetsbare groepen zijn vastgesteld: vergelijking met indeling op basis van inkomen, inschatting omvang kwetsbare groepen en omzetting naar objectieve criteria op basis van zorginformatiesystemen.

2.2.3.1 Vergelijking indeling kwetsbare groepen en inkomen

We hebben de indeling in kwetsbare groepen vergeleken met de indeling in inkomensgroepen, aangezien we verwachtten dat hiertussen een samenhang bestaat. We hebben hierbij voor de onderzoeksgroepen bekeken in hoeverre de indeling op basis van kwetsbare groepen samenhangt met de hoogte van het inkomen van deze patiënten. We hebben gebruik gemaakt van de door behandelaren ingeschatte hoogte van het inkomen, verdeeld over vier inkomensgroepen. Figuur 2.2 geeft een overzicht van de indeling in inkomensgroepen.

Figuur 2.2 Indeling in inkomensgroepen

Inkomen	
≤ sociaal minimum	Het inkomen van de cliënt ligt onder het sociaal minimum. Het sociaal minimum is het bedrag dat de cliënt ten minste nodig heeft om in levensonderhoud te kunnen voorzien. Dit is ongeveer gelijk aan een uitkering volgens de Wet werk en bijstand (WWB)
sociaal minimum tot minimum loon	Het inkomen van de cliënt ligt tussen het sociaal minimum en het wettelijk vastgelegd minimum brutoloon voor werknemers vanaf 23 jaar bij een volledige werkweek, exclusief vakantiegeld, dit bedraagt €17.360 per jaar, per maand is dit € 1.447
minimum loon tot modaal	Het inkomen van de cliënt ligt tussen het minimum loon en het bruto modale inkomen. Dit is volgens het CPB in 2011 € 33.000 (vakantietoeslag meegerekend). Per maand is dat € 2.546 (bruto, exclusief 8% vakantietoeslag).
modaal tot hoog inkomen	Het inkomen van de cliënt is hoger dan modaal (€ 33.000 incl. vakantietoeslag)

2.2.3.2 Inschatting omvang kwetsbare groepen op landelijk niveau

We hebben een inschatting van de omvang van de kwetsbare groepen op landelijke niveau gemaakt. De omvang schatten we in langs twee wegen:

- De patiënten zijn ingedeeld in groepen en vervolgens aangemerkt in de systemen van de betrokken instellingen. Op deze manier kunnen de ggz-instellingen vanuit het ICT-systeem het aantal patiënten per groep bepalen, uitgesplitst voor de groepen A(1,2,3), B en C(1,2,3). De aantallen in de instellingen worden vertaald naar percentages. Deze percentages zijn het gemiddelde van ggz-instelling 1, 2 en 3. Deze aantallen per groep vormen het uitgangspunt voor de extrapolatie naar aantallen in Nederland.

- Daarnaast zijn deze gegevens gevalideerd met de inschatting van de expertgroep van de omvang van de kwetsbare groepen op landelijk niveau. Hierbij is, waar mogelijk, gebruik gemaakt van bestaande bronnen: NEMESIS II (Trimbos), RIVM data en het onderzoek van Delespaul[4].

2.2.3.3 Omzetting naar objectieve criteria in zorginformatiesystemen

We hebben getoetst of de definitie van kwetsbare groepen om te zetten is naar objectieve criteria in zorginformatiesystemen, zowel binnen de zorgsystemen van de instellingen als in landelijke systemen. Dit is gedaan door samen met de expertgroep een lijst met systeemparameters op te stellen welke binnen hun zorginformatiesystemen beschikbaar zijn. Vervolgens is gekeken binnen de zorgsystemen van ggz-instelling 1, 2 en 3 of de handmatige selectie op basis van indeling door behandelaren overeenkomt met een combinatie van systeemparameters. Als dit zo is dan geeft dat een alternatieve manier om kwetsbaren te herkennen. In de derde meting van de monitor bekijken we, zoals afgesproken, eveneens of deze parameters ook binnen landelijke ICT-systemen te herkennen zijn in registraties. Indien dit zo is, dan legt dit onderzoek de basis zodat VWS (of andere partijen) de aantallen kwetsbare patiënten en hun zorgconsumptie later op landelijk niveau kunnen monitoren.

2.2.4 Stap 4: Effecten in kaart: zorguitval en zorgverplaatsing

De gevolgen van de eigen bijdrage in de ggz voor de zorguitval en zorgverplaatsing zijn in kaart gebracht door middel van een triangulatie van methoden. Op deze manier is de betrouwbaarheid en validiteit van de data verhoogd. De volgende methoden zijn gebruikt:

[4] Delespaul e.a. (2012), Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie.

- Een kwantitatieve analyse van de gegevens die in de zorginformatiesystemen van de instellingen bekend zijn. Op deze manier ontstaat een objectief overzicht in de 'harde' cijfers.[5] Voor ggz-instelling 1 en 2 zijn de gegevens sinds 2009 beschikbaar. Voor ggz-instelling 3 zijn de gegevens sinds 2010 beschikbaar. In de analyses wordt indien mogelijk de trend tussen 2009 en 2012 gerapporteerd. Dit is bijvoorbeeld mogelijk indien de trend gerapporteerd is als gemiddelde per patiënt. Voor sommige analyses wordt de trend tussen 2010 en 2012 weergegeven. Dit wordt toegepast indien de trend wordt gestandaardiseerd op jaartal.
- Interpretatie van de kwantitatieve gegevens over zorguitval en zorgverplaatsing met behulp van een enquête onder een panel van de gemonitorde patiënten uit de drie ggz-instellingen.
- Interpretatie van de kwantitatieve gegevens over zorguitval en zorgverplaatsing met behulp van een enquête onder een aselecte steekproef onder de patiënten die reeds gestopt zijn met behandeling of elders in zorg zijn gegaan.
- Interpretatie van de kwantitatieve gegevens over zorguitval en zorgverplaatsing met behulp van verdiepende interviews met behandelaren van de gemonitorde patiënten.
- Literatuuronderzoek naar de relatie tussen het risico dat patiënten met een forensisch profiel recidiveren en of deze recidive kans wordt verkleind door ggz zorg.

2.2.4.1 Kwantitatieve analyse van gegevens

Met behulp van kwantitatieve gegevens zijn de volgende aspecten in kaart gebracht:

- Zorggebruik en zorguitval van onderzoeksgroepen en type teams, zowel retrospectief (2009/2010 - 2011) als huidig (2012-meetmoment). Dit is gedaan voor de onderzoeksgroepen binnen de ggz-instellingen 1,2 en 3 en voor alle patiënten in de forensische klinieken 1 en 2.
- Voor de groep patiënten die is uitgevallen vanaf 2012, is de reden van uitval vastgesteld. Dit is gedaan voor de onderzoeksgroepen binnen de ggz-instellingen 1,2 en 3 en alle patiënten in de forensische klinieken 1 en 2. Op het moment dat patiënten uit zorg gaan, is dit in het systeem aangemerkt en is tevens de reden van de zorguitval aangegeven. De mogelijke redenen van zorguitval die aangemerkt kunnen worden zijn:
  - Reden voor afsluiting bij patiënt (niet bij behandelaar)
  - Reden voor afsluiting bij behandelaar (om inhoudelijke redenen)
  - In onderling overleg beëindigd zorgtraject (patiënt uitbehandeld)
  - Afsluiting administratief of vanwege openen vervolg-DBC
  - Afsluiting na alleen pré-intake, intake, diagnostiek, crisisopvang

  De reden voor afsluiting bij de patiënt is bij de ggz-instellingen nader gespecificeerd:

  - Vanwege eigen bijdrage

[5] Het zorggebruik van patiënten brengen we in kaart met behulp van informatie vanuit zorginformatiesystemen van de instellingen. Er is bewust gekozen om het zorggebruik niet in kaart te brengen met behulp van de enquête onder het panel. Dit is gedaan om verschillende redenen. Ten eerste omdat de data uit de zorginformatiesystemen uit de instelling objectief en volledig is. Ten tweede om de enquête zo beknopt mogelijk te houden en zo de respons op de enquête te maximaliseren. Ten derde omdat de omvang van het zorggebruik zoals beleefd door patiënten minder objectief en volledig is dan de informatie over de omvang van het zorggebruik vanuit de zorginformatiesystemen van de instellingen.

2.2.4.2 Enquête onder het panel van patiënten in zorg

Binnen de ggz-instellingen 1, 2 en 3 is at random een panel geselecteerd uit de totale groep patiënten die we monitoren. We hebben in totaal 1.350 patiënten (450 patiënten per instelling) gevraagd om deel te nemen aan het panel. Het is aannemelijk dat de non-respons onder deze patiënten vrij hoog is. Het vereiste minimum qua respons is 450 patiënten in totaal (respons van 33 procent). De uiteindelijke respons was 470 patiënten, waarvan er 320 zijn toegekend aan een onderzoeksgroep.

Bij het panel is een korte enquête afgenomen. Wij hebben de vragen voor deze enquête opgesteld en de behandelaren van de ggz-instellingen hebben de enquête afgenomen bij de patiënten. Dit is gebeurd middels een webenquête of een telefonisch interview. In de enquête is onder andere ingegaan op de mogelijkheid dat patiënten door de eigen bijdrage alsnog stoppen met de behandeling. Bijlage 2 geeft een overzicht van de vragen die gesteld worden aan het patiëntenpanel.

2.2.4.3 Enquête onder patiënten die gestopt zijn met behandeling

Binnen de ggz-instellingen 1, 2 en 3 zijn at random patiënten geselecteerd van de totale onderzoeksgroep die gestopt zijn met de behandeling. Deze steekproef bestaat in het totaal uit 120 patiënten (40 patiënten per instelling) per meting. Rekening houdend met een non respons gaan we uit van 15 patiënten per instelling en in totaal 45 patiënten per meting. Deze steekproef wordt per meting gehouden. We ondervragen de patiënten die zijn uitgevallen één keer. Bij deze patiënten kunnen we eveneens het onderscheid tussen de verschillende type teams en groepen onderscheiden.

Bij deze steekproef is een korte enquête afgenomen. KPMG Plexus heeft de vragen opgesteld voor deze enquête en de behandelaren van de ggz-instellingen hebben de enquête afgenomen bij de patiënten. Met de enquête is o.a. in kaart gebracht of de patiënt ergens anders in zorg is gegaan (zorgverplaatsing). Bijlage 2 geeft een overzicht van de vragen die gesteld worden aan patiënten die gestopt zijn met de behandeling.

2.2.4.4 Verdiepende interviews met behandelaren

Tevens zijn binnen de ggz-instellingen en forensische poliklinieken verdiepende interviews met behandelaren gehouden. Per instelling hebben wij interviews met behandelaren uit verschillende type teams gehouden. In totaal zijn per instelling 3 tot 5 behandelaren per periode geïnterviewd. De interviews duren ongeveer een uur. Tijdens deze interviews is naar de inzichten en ervaringen van de behandelaren gevraagd ten aanzien van de effecten van de eigen bijdrage.

2.2.4.5 Literatuuronderzoek recidive kans patiënten met forensisch profiel

Tot slot, geven we een indicatie van de relatie tussen ggz-zorg en de recidive kans van patiënten met een forensisch profiel. Dit doen we via een literatuuronderzoek onder Engelse en Nederlandse literatuur. Dit literatuuronderzoek biedt een basis voor het beantwoorden van de subvraag bij onderzoeksvraag 6: “Indien er een toename is in zorguitval en zorgmijding onder patiënten met een forensisch profiel, heeft dit gevolgen voor het aantal patiënten dat in aanraking komt met justitie?”

2.2.5 Stap 5: Effecten in kaart: zorgmijding

De zorgmijding onder patiënten omvat het aantal patiënten dat niet (meer) in zorg komt. Om de effecten van de eigen bijdrage op de zorgmijding in kaart te brengen hebben we de volgende analyses uitgevoerd:

- Het aantal aanmeldingen per type team voor de invoering van de eigen bijdrage (2009/2010 - 2011) en na de invoering van de eigen bijdrage (meting 1, 2 en 3). Dit doen we voor ggz-instelling 1, 2 en 3 en forensische polikliniek 1 en 2.
- De resultaten van de webenquête onder huisartsen. Deze gaat in op de ervaringen van huisartsen ten aanzien van de effecten van de eigen bijdrage, onder andere ten aanzien van het aantal verwijzingen. Bijlage 2 geeft een overzicht van de vragen die gesteld worden in de enquête voor huisartsen. Tijdens het onderzoek bleek dat de respons op de webenquête zeer laag was met 12 respondenten. Er is gekozen om de webenquête niet mee te nemen in de nulmeting en meting 1. De webenquête nemen we opnieuw mee in meting 2, waarover we in januari 2013 zullen rapporteren.

3 Definitie kwetsbaarheid

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de hanteerbare afbakening van indeling in kwetsbare groepen. We beschrijven allereerst de resultaten uit het literatuuronderzoek. Vervolgens beschrijven we de bevindingen vanuit de expertsessies, indeling van patiënten naar kwetsbaarheid en de clusteranalyse.

3.1 Literatuuronderzoek

In de literatuur wordt in relatie tot psychiatrische patiënten het woord 'kwetsbaarheid' op vele wijze gebruikt. Kwetsbaarheid kent hierin geen eenduidige definitie en er wordt geen relatie gelegd tussen kwetsbaarheid en de mate van ernst bij een psychiatrische aandoening. Wel wordt er een relatie gelegd tussen bijvoorbeeld fysieke kwetsbaarheid en psychopathologie bij ouderen (Collard, Oude Voshaar, 2012), middelenmisbruik en de kans op het ontwikkelen van een psychiatrische aandoening (Boschloo et al., 2011) en andere voorspellende factoren op het ontwikkelen van psychische problemen. Uit het literatuuronderzoek concluderen we dat kwetsbaarheid vele facetten kent, zoals noodzaak tot behandeling, structureel zorgbehoevend, inkomensafhankelijk, gevolgen indien niet meer in zorg, et cetera. Deze verschillende facetten komen terug op verschillende leefgebieden. Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening hebben vaak problemen op meerdere (leef)gebieden. Zo kunnen er problemen gezien worden op gebied van verslaving, lichamelijke gezondheid (comorbide factoren), algemeen functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven. Concluderend kunnen we stellen dat één heldere definitie van kwetsbaarheid bij psychiatrische patiënten vanuit de literatuur niet beschikbaar is.

3.2 Consequenties van kwetsbaarheid: leefgebieden

Uit de eerste expertbijeenkomst is naar voren gekomen dat 'kwetsbaarheid' moeilijk te definiëren is. De expertgroep heeft aangegeven dat 'kwetsbaarheid' niet één dimensie kent. Kwetsbaarheid kan vanuit diverse perspectieven worden bekeken.

Om te komen tot een verdeling van groepen in de mate van kwetsbaarheid is door de experts aangegeven dat de mate van kwetsbaarheid van een patiënt bepaald kan worden door een risico-inschatting te maken van de consequenties van zorguitval voor een patiënt. De experts geven aan dat deze risico-inschatting gemaakt kan worden langs de belangrijke terreinen waarop het leven zich afspeelt of die van invloed zijn op het leven. Deze terreinen zijn vertaald in leefgebieden, zoals veelvuldig gebruikt in de ggz (GGZ Nederland, 2009; 2012) en in de Zelfredzaamheidmatrix (ZRM, 2012). Daarnaast zijn door hen drie aanvullende kenmerken benoemd die de mate van kwetsbaarheid van patiënten bepalen (zie tabel 3.2).

Tabel 3.1 Definitie van de verschillende leefgebieden

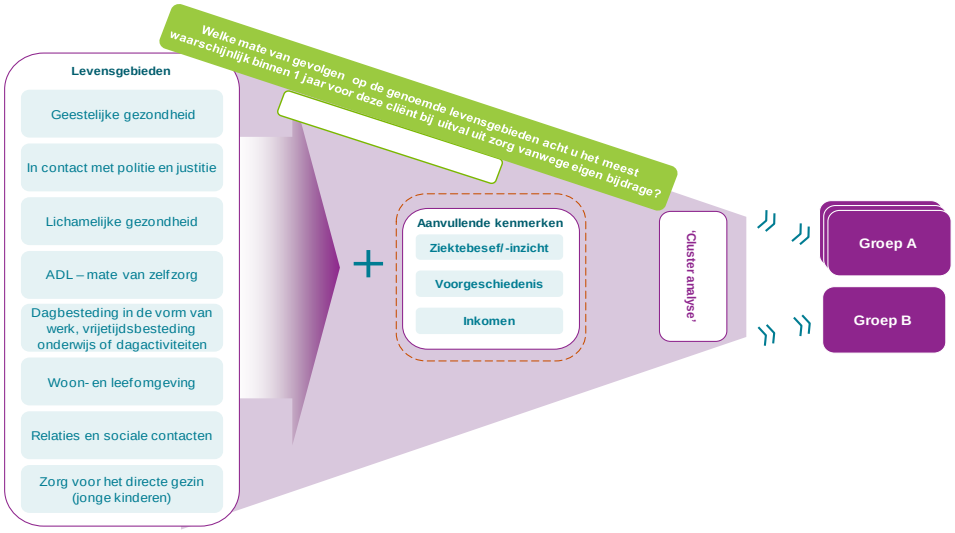
Acht leefgebieden	
Geestelijke gezondheid	Aanwezigheid van psychische symptomen, chroniciteit en hoe de persoon hiermee omgaat
In contact met politie en justitie	Mate van ontregeling, agressie, verloedering en criminaliteit door psychiatrische aandoening
Lichamelijke gezondheid	Aanwezigheid van somatische problemen door psychiatrische aandoening en hoe de persoon hiermee omgaat
ADL - Mate van zelfzorg	De mate waarin de persoon zichzelf kan redden bij het uitvoeren van Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) en persoonlijke hygiëne door psychiatrische aandoening
Dagbesteding	Ervaren hindernissen in het vinden van werk, vrije tijdsbesteding, onderwijs of dagactiviteiten
Woon- en leefomgeving	Beperkingen die patiënten ervaren in het dagelijks leven in hun woon- en leefomgeving door psychiatrische aandoening
Relaties en sociale contacten	De kwaliteit van relaties met vrienden, familie en kennissen De mogelijkheden om in contact te komen en contact te houden met andere mensen
Zorg voor het directe gezin	Belemmeringen in de zorg voor het directe gezin (met jonge kinderen).

Tabel 3.2 Definitie aanvullende kenmerken

Aanvullende kenmerken	
Ziektebesef en –inzicht	Mate waarin patiënt inzicht en besef heeft van eigen ziektebeeld
Voorgeschiedenis	Ziektegeschiedenis van de patiënt binnen en buiten de instelling
Inkomen	Hoogte van het inkomen van de patiënt

De risico-inschatting op deze acht leefgebieden en de gegevens over de aanvullende kenmerken tezamen vormt de input voor de clusteranalyse om te komen tot de definitie van kwetsbare groepen. Het gaat hierbij om een inschatting van de verwachte gevolgen wanneer een patiënt uit zorg valt. De patiënten in de monitor zijn gescoord op basis van deze risico-inschatting. Figuur 3.3. geeft een overzicht van de wijze van scoring door behandelaren.

Figuur 3.3 Scoring van patiënten om te komen tot inschatting kwetsbare groepen



Voor elke patiënt zijn de risico's op de leefgebieden gescoord op een vierpunt schaal: geen/lichte/matige/ernstige gevolgen. Naast de score op de leefgebieden is er gescoord op aanvullende kenmerken. Bijlage 3 geeft een overzicht van de verschillende antwoordcategorieën per leefgebied en per aanvullend kenmerk.

3.3 Uitkomsten clusteranalyse: gradatie in kwetsbaarheid

Controle van de variabelen laat zien dat deze voldoende spreiding vertonen en dat er geen sprake is van uitschieters. De scoringslijst hebben we voorafgaand aan de clusteranalyse gehercodeerd. Alle scores op een vergelijkbare schaal zijn oplopend van 'geen problemen' tot 'ernstige problemen' gescoord. Dit betekent dat we bijvoorbeeld inkomen hebben gehercodeerd, waarbij een patiënt met een inkomen onder het sociaal minimum een score 3 krijgt, in plaats van een 0 zoals gescoord door behandelaren. Deze hercodering is noodzakelijk om de clusteranalyse mogelijk te maken. De clusteranalyse is uitgevoerd met de 8 leefgebieden en 3 kenmerken.

De clusteranalyse laat zien dat een indeling in drie tot vier clusters leidt tot een indeling waarbij de aspecten en risico's op leefgebieden tussen de clusters sterk variëren en binnen een cluster sterk overeenkomen. De indeling in drie clusters laat een onderscheid zien tussen patiënten met: een hoge score op vrijwel alle leefgebieden en kenmerken; een midden score op vrijwel alle leefgebieden; en een lage score op vrijwel alle leefgebieden. Bij de indeling in vier clusters is de tussengroep, met middenscores, opgedeeld in twee clusters. Deze twee clusters onderscheiden zich qua scores op de inschatting van negatieve gevolgen op de sociaal-maatschappelijke leefgebieden (o.a. dagbesteding, leefomgeving). Het ene middencluster heeft een middenscore op alle leefgebieden en kenmerken, terwijl het andere middencluster een lage score heeft op de sociaal-maatschappelijke leefgebieden en een middenscore op de andere leefgebieden en kenmerken. Statistisch gezien is zowel de keuze voor drie clusters als voor vier clusters valide.

De uitkomsten van de clusteranalyse zijn besproken met de experts. Hierbij is de vertaling gemaakt van de indeling in clusters naar patiëntkenmerken en groepen in de praktijk. De indeling van de middencategorie in twee subclusters heeft de voorkeur van de experts. Volgens de expertvisie is het differentiëren tussen deze groepen een waardevolle toevoeging in de definitie van kwetsbaarheid. De keuze is daarmee gevallen op een indeling in vier kwetsbare groepen.

Van elk cluster is met de experts een profielbeschrijving opgesteld (tabel 3.4) waarin de kenmerken van elke groep zijn vastgesteld. Deze samenstelling van kenmerken per groep vormt hiermee de basis voor de indeling in kwetsbare groepen. Hiermee wordt invulling gegeven aan de indeling op basis van kwetsbaarheid voor de onderzoeksgroepen in het onderzoek. Waarbij de verschillen tussen onderzoeksgroep A_1 en C_1 (en A_2 en C_2, A_3 en C_3) zijn geduid door het onderscheid tussen patiënten die wel (A) en geen (C) eigen bijdrage hoeven te betalen.

Tabel 3.4 Profielbeschrijving per cluster

	Nauwelijks kwetsbaar Onderzoeksgroep B	Licht kwetsbaar Onderzoeksgroep A1 en C1	Matig kwetsbaar Onderzoeksgroep A2 en C2	Zeer kwetsbaar Onderzoeksgroep A3 en C3
Geestelijke gezondheidszorg	Lichte problemen	Matige problemen	Matige problemen	Ernstige problemen
Sociaal maat-schappelijk (As 4)	Geen tot lichte problemen	Geen tot lichte problemen	Lichte en matige problemen	Matig tot ernstige problemen
Voorgeschiedenis	Beperkte behandelgeschiedenis	(Middel)lange (continue) behandelgeschiedenis	Middellange (continue) behandelgeschiedenis	Lange (continue) behandelgeschiedenis
Inkomen	Minimum loon – modaal	Sociaal minimum – minimum loon	Sociaal minimum – minimum loon	Sociaal minimum – minimum loon
Interpretatie experts	Waarschijnlijk veel kortdurende zorg Ernstige gevallen zitten niet in deze groep, want dan zouden meer leefgebieden ernstig scoren	Patiënten met goed sociaal steunsysteem. Dit is onafhankelijk van de aandoening, dit kan zowel bij depressie zijn als bij zwaardere problematiek. Ze worden draaiende gehouden door de omgeving.	Voorgeschiedenis is korter dan 'licht kwetsbaar' (hier zijn vele beïnvloedbare factoren voor te bedenken). Sociaal-maatschappelijke behoeften zijn minder ingevuld	Patiënten met langdurige, ernstige beperkingen in hun dagelijks functioneren. Er is vaak sprake van multicomplexe problemen, EPA, comorbiditeit.
Omvang	16%	30%	34%	21%

3.4 Inschatting omvang kwetsbare groepen

Op basis van de hierboven beschreven kenmerken van de verschillende onderzoeksgroepen kan een eerste inschatting worden gemaakt van hun omvang op landelijke niveau. De omvang schatten we in langs twee wegen:

- De patiënten zijn ingedeeld in groepen A/C(1,2,3) en B. Per groep is het aantal patiënten bekend vanuit de clusteranalyse. Deze aantallen per groep vormen het uitgangspunt voor de extrapolatie naar aantallen in Nederland. De aanname hierbij is dat de groepen die mee zijn genomen in de clustering representatief zijn in samenstelling en verhouding voor de indeling in groepen van de tweedelijns ggz (volwassenen en ouderen). Dit is getoetst met experts.
- Daarnaast hebben we met de experts gekeken welke diagnosegroepen naar verwachting onderdeel uitmaken van de verschillende kwetsbaarheidsgroepen om de eerste inschatting te valideren.

In Nederland zijn 4 miljoen mensen met psychische problemen (GGZ Nederland 2010). In totaal maken bijna een miljoen mensen (999.100) in Nederland gebruik van de geestelijke gezondheidszorg. Het aandeel volwassenen en ouderen is 841.900. Hun problemen variëren van lichte problemen van tijdelijke aard tot ernstige en complexe problemen die lang aanhouden (GGZ Nederland 2009). De inschatting van de omvang van kwetsbare groepen op basis van beide methoden is weergegeven in tabel 3.5.

Tabel 3.5 Inschatting omvang kwetsbare groepen

Groep	Omschrijving	Patiëntengroepen die hier volgens experts o.a. deel vanuit maken:	Omvang	Inschatting o.b.v. extrapolatie	Inschatting o.b.v. literatuur[6]
B	Nauwelijks kwetsbaar	Enkelvoudige tweedelijns problematiek - Angst en depressie	16%	135.000	Angst en stemming maakt in totaal 24% van de populatie uit (zowel zwaar als licht)
A1/ C1	Licht kwetsbaar	Gemêleerde groep: - Persoonlijkheidsstoornissen met beperkte sociale problematiek - Complexere tweedelijns problematiek	30%	244.000	Lastig te kwantificeren door gemêleerde groep.
A2/ C2	Matig kwetsbaar	Gemêleerde groep: - Persoonlijkheidsstoornissen met veel sociale problematiek - Bipolaire stoornissen	34%	286.000	Lastig te kwantificeren door gemêleerde groep.
A3/ C3	Zeer kwetsbaar	- EPA - Complexe ouderen (problemen op meerdere gebieden, geen steunsysteem)	21%	176.000	160.000 EPA nog aan te vullen met EPA bij ouderen

3.5 Bepaling kwetsbaarheid o.b.v. zorginformatiesystemen

De volgende stap is te toetsen of de definitie van kwetsbare groepen om te zetten is naar kenmerken uit zorginformatiesystemen binnen de zorgsystemen van de instellingen en landelijke informatiesystemen, zoals Vektis, DIS en dergelijke. In afstemming met de experts hebben we gekeken naar welke parameters in systemen aansluiten bij kenmerken voor de indeling in kwetsbare groepen. Tabel 3.6 geeft een overzicht van de suggesties voor systeemparameters die door experts gegeven zijn.

Tabel 3.6 Systeemparameters voor kwetsbaarheid

Indicatie van kwetsbaarheid	Systeemparameter in instelling[7]	Systeemparameter landelijk
Ernst geestelijke gezondheidszorg	Hoofddiagnose volgens DSM IV op As 1 en 2	Hoofddiagnose in DBC code
Aanwezige sociaal maatschappelijke problematiek	Psychosociale factoren en omgevingsfactoren op As 4 GAF score	GAF score
Voorgeschiedenis	GAF Score en CGI Werkelijk ontvangen zorg of gemaakte kosten	GAF Score Werkelijk ontvangen zorg of gemaakte kosten
Inkomen	SES Postcode	SES Postcode

Binnen de zorgsystemen van ggz-instellingen hebben we gekeken of de handmatige selectie op basis van indeling door behandelaren correleert met combinaties van verschillende systeemparameters,

[6] Zie literatuurlijst

[7] Zie begrippenlijst in Bijlage 4

zoals hierboven beschreven. Op basis van een combinatie van systeemparameters blijkt het echter onvoldoende mogelijk tot een heldere afbakening van de verschillende groepen te komen. Bepaalde diagnosegroepen kwamen wel duidelijk, of juist niet, voor in de verschillende onderzoeksgroepen. Bipolaire stoornissen waren bijvoorbeeld niet vertegenwoordigd in onderzoeksgroep B. Terwijl cognitieve problematiek niet voorkwam in onderzoeksgroep A3/C3. Ook de GAF score, As 4 problematiek en combinaties hiervan met onder andere diagnosegroepen leidden niet tot een alternatieve manier om kwetsbaren te herkennen. In de derde meting van de monitor bekijken we, zoals afgesproken, nogmaals of we systeemparameters op deze manier kunnen inzetten.

4 De onderzoekspopulatie

In dit hoofdstuk beschrijven we de onderzoeksgroepen die we meenemen in het onderzoek. We beschrijven allereerst instellingsbrede cijfers en geven vervolgens voor elke onderzoeksgroep de omvang en het zorggebruik aan. Hiermee worden onderzoeksvragen 3 en 4 beantwoord. Tot slot, beschrijven we een aanvullende analyse waarin we een vergelijking maken van de onderzoeksgroep in relatie tot inkomen.

4.1 De instellingen: aantal patiënten en hun zorggebruik

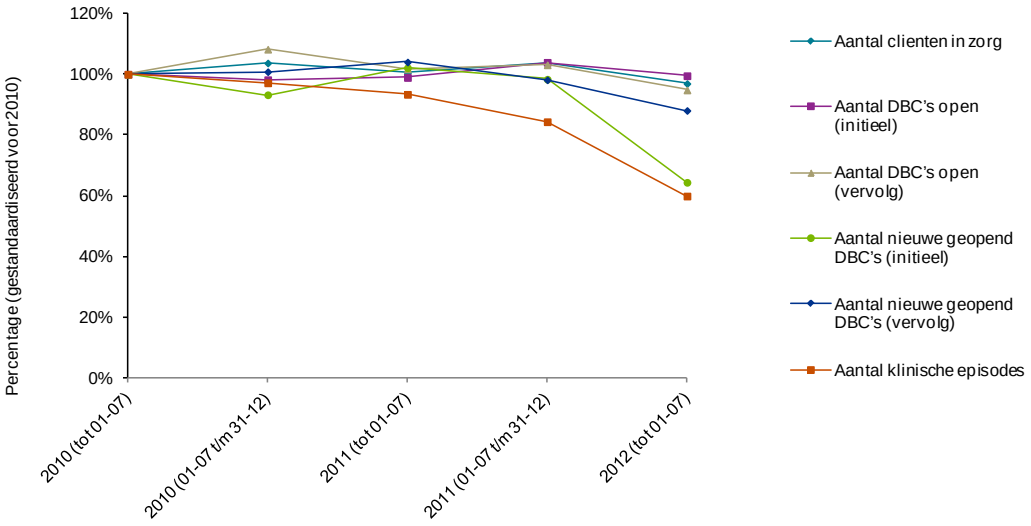
Tabel 4.1 geeft op instellingsniveau een overzicht van de patiënten in zorg, aantal DBC's en klinische episodes.

Tabel 4.1 Overzicht patiënten in zorg, DBC's en klinische episodes

Instellingen tezamen	Aantallen	Periode
Aantal cliënten in zorg	43.660	op 30/06/2012
Aantal DBC's open (initieel)	20.251	op 30/06/2012
Aantal DBC's open (vervolg)	23.409	op 30/06/2012
Aantal nieuwe geopend DBC's (initieel)	12.310	01/01/12 – 30/06/2012
Aantal nieuwe geopend DBC's (vervolg)	13.580	01/01/12 – 30/06/2012
Aantal klinische episodes	7096	01/01/12 – 30/06/2012

Figuur 4.2 laat zien dat de trend in het aantal patiënten in zorg, nieuw geopende en open DBC's tussen 2010 en december 2011 enigzins fluctueert. Tevens zien we een afname in nieuwe geopende initiële DBC's tussen december 2011 en juli 2012. Ook het aantal nieuw geopende vervolg-DBC's neemt af, maar deze daling is minder scherp dan voor de initiële DBC's. Ook het aantal klinische episodes neemt af, dit is een trend die sinds 2010 is ingezet en in periode 1 in 2012 sterk versneld dalend is. Het laatste tijdvak is mogelijk nog wat vertekend doordat voor deze periode nog niet DBC's met klinische episodes zijn afgesloten.

Figuur 4.2 Trend in aantal patiënten in zorg, DBC's en klinische episodes



4.2 Omvang kwetsbare groepen

Per instelling zijn tussen de 718 en 808 patiënten ingedeeld in onderzoeksgroepen[8]. Tabel 4.3 geeft een overzicht van de omvang van de kwetsbare groepen ten opzichte van het totaal aantal patiënten die per instelling ingedeeld zijn naar onderzoeksgroepen (in absolute aantallen en in percentages).

Tabel 4.3 Aantal patiënten per kwetsbare groep voor de ggz-instellingen

Aantal patiënten per kwetsbare groep voor de ggz-instellingen				
Aantal patiënten (aantal, percentages)	ggz-instelling-1	ggz-instelling-2	ggz-instelling-3	Totaal
Mate van kwetsbaarheid				
Nauwelijks kwetsbaar Onderzoeksgroep B	74 (10%)	110 (15%)	175 (22%)	16%
Licht kwetsbaar Onderzoeksgroep A1 en C1	251 (35%)	218 (30%)	195 (24%)	30%
Matig kwetsbaar Onderzoeksgroep A2 en C2	258 (36%)	213 (29%)	296 (37%)	34%
Zeer kwetsbaar Onderzoeksgroep A3 en C3	135 (19%)	186 (26%)	142 (18%)	21%
Totaal	**718 (100%)**	**727 (100%)**	**808 (100%)**	**2.253 (100%)**

Tabel 4.3 laat zien dat het merendeel van de patiënten is ingedeeld in de onderzoeksgroepen Licht kwetsbaar (A1/C1) en matige kwetsbaar (A2/C2). Het aandeel nauwelijks kwetsbaren (B) is over de instellingen tezamen 16 procent. Van de instellingen tezamen is 21 procent van de patiënten ingedeeld in de zeer kwetsbare groep (A3/C3). Binnen ggz-instelling-2 hebben we de type teams langdurige zorg en ouderen meegenomen en zijn geen curatieve teams meegenomen. Dit zien we ook terug in de tabel 4.3, waarbij ggz-instelling-2 relatief het hoogste aandeel zeer kwetsbare patiënten in de onderzoekspopulatie heeft.

De onderzoeksgroepen zijn verdeeld over verschillende type teams[9]. Tabel 4.4 geeft een overzicht van de mate van kwetsbaarheid van de patiënten per type team. Tabel 4.4 laat zien dat het merendeel van de patiënten uit de onderzoeksgroep in de langdurende zorg (771 patiënten) en ouderen (818 patiënten) groep zitten, gevolgd door de curatieve zorg voor volwassenen (427 patiënten). In de ouderenzorg is relatief een klein deel zeer kwetsbaar (11 procent), in de langdurende zorg is dit aandeel relatief het hoogst (30 procent).

[8] Een deel van de onderzoekspopulatie was wel ingedeeld naar kwetsbaarheid door behandelaren, maar bevatte geen informatie in de zorginformatiesystemen voor de variabelen en periodes die uitgedraaid zijn. Deze patiënten zijn wel meegenomen in de analyse van kwetsbaarheid (hoofdstuk 3 en 4), maar konden niet meegenomen worden in de analyses van zorginformatiesystemen. Dit geldt voor ongeveer 10 procent van de patiënten die ingedeeld zijn naar kwetsbaarheid.

[9] Er zijn geen patiënten met verslavingsproblematiek door behandelaren ingedeeld in de onderzoeksgroepen naar kwetsbaarheid, omdat de 3 ggz-instellingen geen aparte teams verslavingszorg hebben. De verslavingszorg is wel meegenomen in de analyse op instellingsniveau (o.a. zorgmijding en zorgverplaatsing).

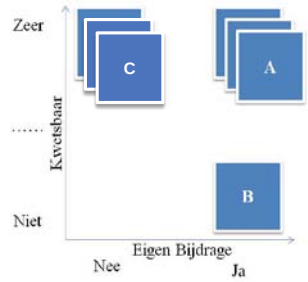
Tabel 4.4 Aantal patiënten per kwetsbare groep per type team (gezamenlijk voor ggz-instellingen)

Aantal patiënten per kwetsbare groep per type team (n=2.158)					
Aantal patiënten (percentages)	Curatief Volwassenen[10]	Langdurende zorg[11]	Ouderen[12]	Forensisch	**Totaal**
Mate van kwetsbaarheid					
Nauwelijks kwetsbaar Onderzoeksgroep B	76 (18%)	17 (2%)	207 (25%)	36 (25%)	***16%***
Licht kwetsbaar Onderzoeksgroep A1 en C1	80 (19%)	260 (34%)	255 (31%)	53 (37%)	***30%***
Matig kwetsbaar Onderzoeksgroep A2 en C2	172 (40%)	262 (34%)	270 (33%)	24 (17%)	***34%***
Zeer kwetsbaar Onderzoeksgroep A3 en C3	99 (23%)	232 (30%)	86 (11%)	29 (20%)	***21%***
Totaal	**427 (100%)**	**771 (100%)**	**818 (100%)**	**142 (100%)**	**100%**

4.3 Kwetsbaarheid en eigen bijdrage

Figuur 4.5 geeft nogmaals de indeling in onderzoeksgroepen weer. Van de patiënten is een deel in op basis van geldende uitsluitingsgronden uitgesloten van de eigen bijdrage, waaronder patiënten met een juridische titel en bemoeizorg. Tevens wordt een deel van de patiënten gecompenseerd voor de eigen bijdrage door bijvoorbeeld de gemeente of een steunfonds (onderzoeksgroep C). Patiënten die op basis van geldende uitsluitingsgronden zijn uitgesloten zijn herkenbaar in de zorgsystemen. Daarnaast hebben behandelaren ingeschat welke patiënten gecompenseerd worden voor de eigen bijdrage, bijvoorbeeld vanuit een steunfonds. Ten tijde van het onderzoek was compensatie van de eigen bijdrage sterk in beweging. Diverse gemeenten, ggz-instellingen en zorgverzekeraars gaven aan dat zij de eigen bijdrage wellicht vergoeden voor een specifieke groep patiënten (veelal patiënten met een laag of minimaal inkomen). Patiënten die nog geen eigen bijdrage hoeven te betalen, omdat zij een DBC hebben die geopend is voor 1 januari 2012, zitten allen in onderzoeksgroep A1,2,3 of B.

Figuur 4.5 Indeling naar onderzoeksgroepen



[10] In de praktijk verblijven complexe patiënten soms te lang in behandeling bij curatieve zorg teams (en stromen dus niet uit of door naar langdurende zorg). Dit kan zorgen voor een enigszins vertekend beeld.

[11] Dit is Zwv zorg voor mensen met langdurige, ernstige beperkingen in hun dagelijks functioneren. De EPA groep zit voornamelijk in deze teams.

[12] De leeftijdsgrens voor ouderen varieert per ggz-instelling en varieert tussen 55 plus en 65 plus.

Tabel 4.6 geeft een overzicht van de omvang van de onderzoeksgroepen. Het merendeel van de patiënten moet de eigen bijdrage betalen (groepen $A_{1,2,3}$ en B). Van de onderzoekspopulatie hoeft 6 procent geen eigen bijdrage te betalen (groepen $C_{1,2,3}$).

Tabel 4.6 Aantal patiënten per onderzoeksgroep[13]

Aantal patiënten per onderzoeksgroep (n=2.253)				
Onderzoeksgroep	B	A1/ C1	A2/ C2	A3/ C3
Aantal patiënten (aantal, percentages)	359 (16%)	634 (28%)/ 30 (1%)	728 (32%)/ 39 (2%)	402 (18%)/ 61 (3%)

Van het aandeel patiënten dat geen eigen bijdrage hoeft te betalen is een deel uitgesloten van de eigen bijdrage door regelgeving en een deel wordt gecompenseerd. Tabel 4.7 geeft een overzicht van de aantallen patiënten die uitgesloten worden door regelgeving versus de patiënten die gecompenseerd worden. Het merendeel van de patiënten die geen eigen bijdrage betaalt is uitgesloten van eigen bijdrage middels regelgeving. Een klein deel wordt gecompenseerd door onder andere steunfondsen.

Tabel 4.7 Verdeling patiënten uitgesloten van de eigen bijdrage via regelgeving en door compensatie

Verdeling patiënten uitgesloten van de eigen bijdrage via regelgeving en door compensatie (n=130)				
Onderzoeksgroep	C1	C2	C3	Totaal
Aantal patiënten (aantal, percentages)				
Uitgesloten middels regelgeving	20(67%)	22 (56%)	42 (69%)	84 (65%)
Compensatie voor eigen bijdrage	10 (33%)	17 (44%)	19 (21%)	46 (35%)
Totaal	30	39	61	130

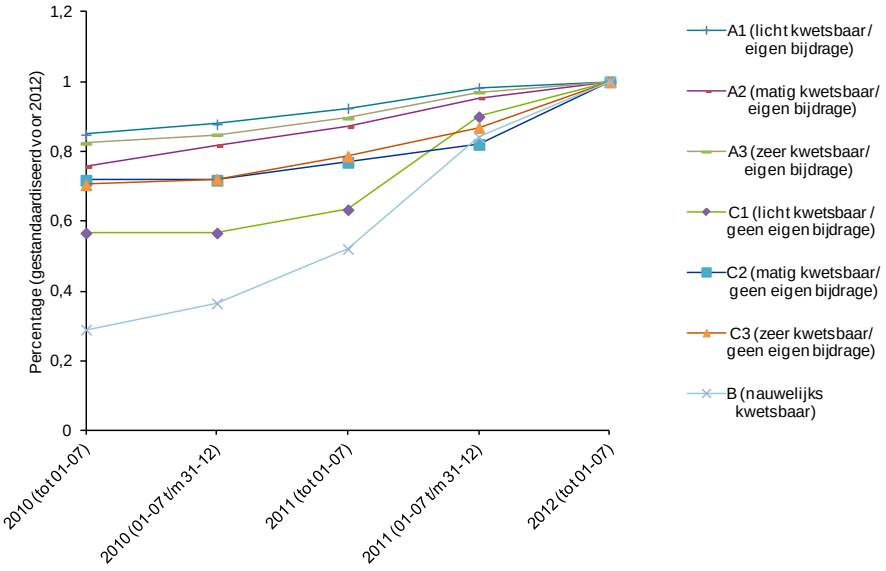
4.4 Zorggebruik van patiënten

Het zorggebruik van patiënten analyseren we op drie manieren: 1) het aandeel patiënten dat in zorg is per onderzoeksgroep; 2) het aantal minuten zorggebruik per patiënt; 3) het aantal contacten per patiënt. De volgende punten zijn bij de interpretatie van het zorggebruik van belang:

[13] Het bleek voor behandelaren soms lastig om in te schatten of de patiënt gecompenseerd wordt voor de eigen bijdrage. Dit komt vooral doordat de compensatie vanuit steunfondsen en gemeente ten tijde van het scoren door behandelaren nog grotendeels onduidelijk was. Voor 8 procent van de patiënten onbrak deze waarde in de aangeleverde data. Voor deze patiënten was de mate van kwetsbaarheid wel bekend. Om te voorkomen dat het aantal patiënten in de onderzoeksgroep af zal nemen, is besloten om deze patiënten allen onder te brengen in groep A (en afhankelijk van kwetsbaarheid in A1,A2 of A3). Dit kan een bias opleveren in de resultaten. Dit gaat om een bias van 8 procent van de patiënten, waarvan 3 procent een compensatie ontvangt (onder de aanname dat het aandeel patiënten dat compensatie ontvangt even groot is als in de rest van de onderzoeksgroep waarschijnlijk. Dit gaat dan om een bias van 3 procent van 8 procent = 0,24 procent.

- Het aantal patiënten in onderzoeksgroep C1,2,3 is relatief laag. Hierdoor resulteren kleine verschillen voor deze groep tussen periodes in een grote toename/afname in percentages. In dit stadium van het onderzoek kunnen hierover nog geen conclusies worden getrokken.
- De onderzoekspopulatie is in 2012 het hoogst, doordat de populatie is samengesteld uit patiënten die toen in zorg waren. De metingen tussen 2010 en 2011 zijn retrospectief voor deze onderzoekspopulatie (dus niet iedereen die in 2012 in zorg was, was in 2009 - 2011 al in zorg).
- In 2009 (periode 1 en 2) ontbreken de data voor ggz-instelling-3. Dit komt doordat ggz-instelling-3 in deze periode een fusie heeft doorgemaakt waardoor gegevens niet met elkaar te vergelijken zijn. In de analyse wordt daarom de trend tussen 2010 en 2012 weergegeven.

Figuur 4.8 Aandeel patiënten in zorg per onderzoeksgroep (gestandaardiseerd voor 2012) (n=2.253)



Figuur 4.8 geeft een overzicht van het gemiddelde zorggebruik per patiënt (van de patiënten in de onderzoeksgroepen) in 2010, 2011 en 2012 (halfjaarlijks) per onderzoeksgroep. De figuur laat zien dat van alle onderzoeksgroepen het aandeel patiënten dat in 2010 in zorg was lager was dan in 2012. Voor de groep nauwelijks kwetsbaren (B) is het aandeel patiënten dat in 2010 in zorg was het laagst (25 procent). Dit betekent dat de nauwelijks kwetsbare patiënten relatief kortdurend in zorg zijn. Van de patiënten die de eigen bijdrage moet betalen en licht (A1), matig (A2) of zeer kwetsbaar (A3) zijn was in 2010 tussen de 75 en 85 procent van de patiënten in zorg.

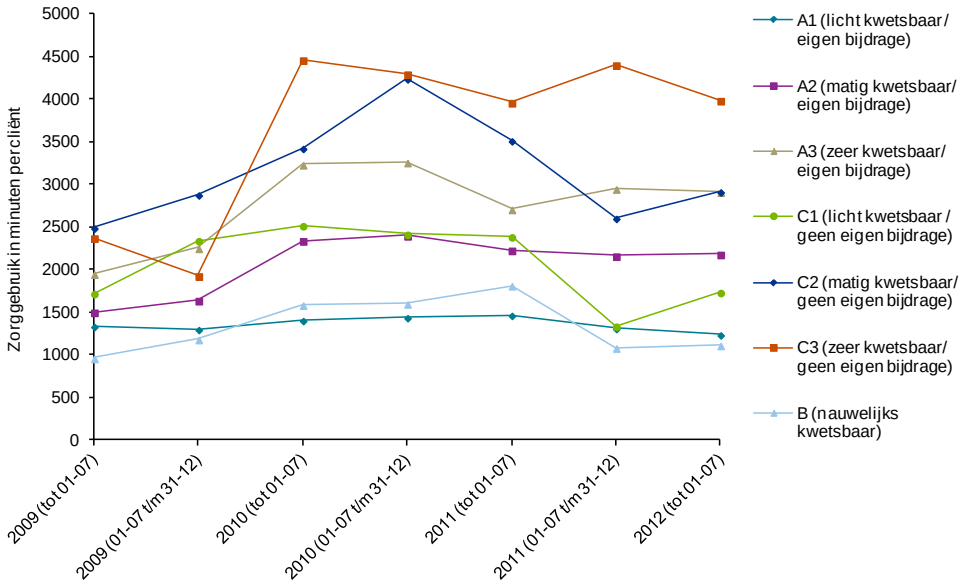
Figuur 4.9 geeft het gemiddelde zorggebruik in minuten weer (directe en indirecte tijd)[14] tussen 2009 en 2012. Aangezien in 2009 de gegevens van ggz-instelling-3 niet beschikbaar zijn, is het gemiddelde zorggebruik in minuten per patiënt in 2009 gebaseerd op de gegevens van ggz-instelling 1 en 2. Figuur 4.9a geeft de trend in zorggebruik voor de onderzoeksgroepen, figuur 4.9b geeft de trend voor het gemiddelde zorggebruik in minuten per type team.

Figuur 4.9a laat zien dat het gemiddelde zorggebruik in minuten per patiënt van de meest kwetsbare patiënten (C2, C3 en A3) het hoogst is. Het zorggebruik van nauwelijks kwetsbaren (B) is het laagst in de periode 2009 – 2012. Het aantal minuten per patiënt is de laatste tijdvakken behoorlijk constant; in

[14] De reistijd is niet meegenomen in zorggebruik in minuten.

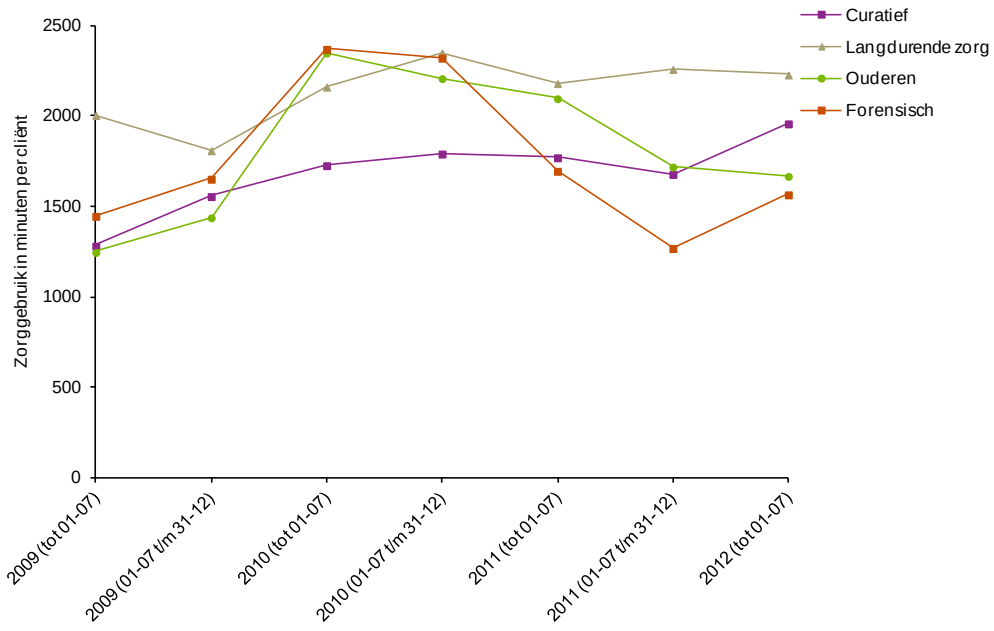
de onderzoeksgroepen met voldoende statistische power (A en B) zijn geen opvallende trends waar te nemen.

Figuur 4.9a Zorggebruik in minuten per patiënt voor de onderzoeksgroepen (n=2.253)



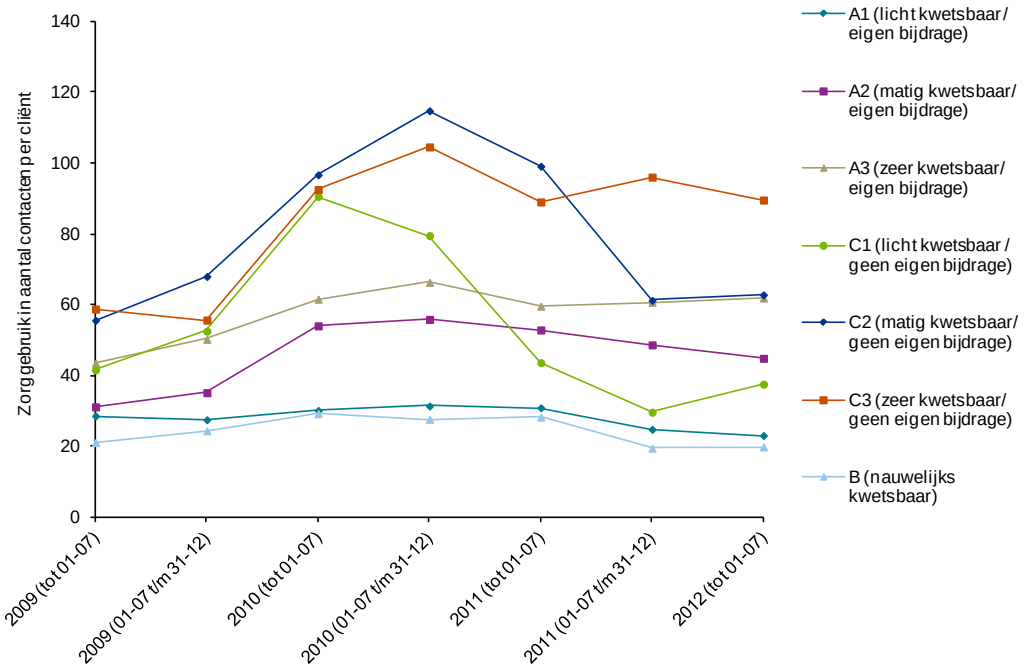
Figuur 4.9b laat zien dat het zorggebruik in minuten per patiënt sinds 2010 voor ouderen teams geleidelijk afneemt. Bij de forensische en curatieve teams is er sinds 2012 een duidelijk stijging waar te nemen. Mogelijk duidt dit op een trendbreuk, het is echter nog niet duidelijk wat de oorzaak hiervan is.

Figuur 4.9b Zorggebruik in minuten per patiënt voor de type teams (n=2.158)



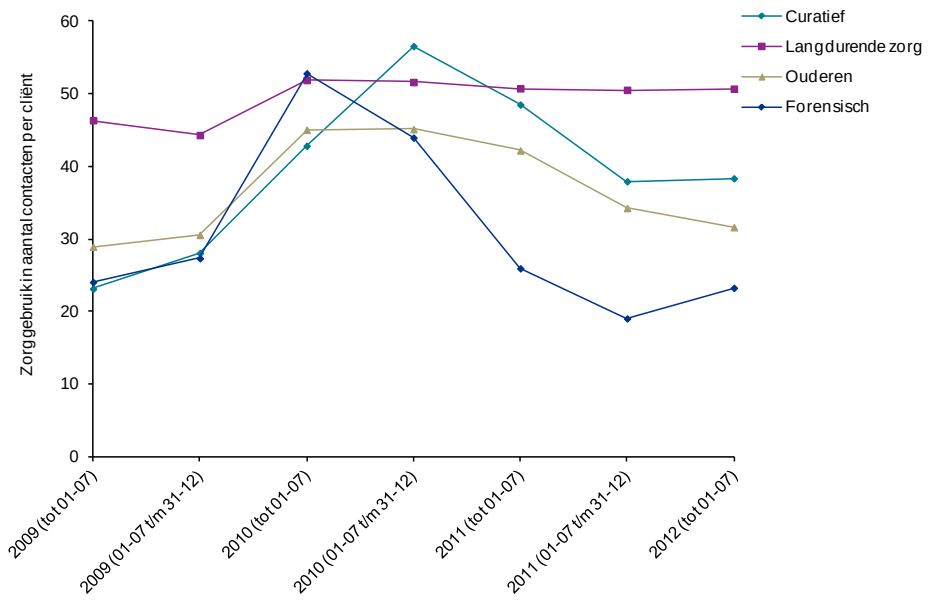
Figuur 4.10 geeft het gemiddelde zorggebruik in aantal contacten weer. Figuur 4.10a geeft de trend in zorggebruik voor de onderzoeksgroepen. Figuur 4.10b geeft een overzicht van de trend in zorggebruik in aantal contacten per type team. Tussen 2010 en 2012 kan een patiënt van team gewisseld zijn. We geven aan in welk team een patiënt per periode aanwezig was.

Figuur 4.10a Zorggebruik in aantal contacten per patiënt voor de onderzoeksgroepen (n=2.253)



Het aantal contactmomenten per patiënt per periode is in de onderzoeksgroepen A3 en A2 (matig/ zeer kwetsbaar met eigen bijdrage) beduidend hoger dan in onderzoeksgroepen B en A1 (nauwelijks en matig kwetsbaar/ eigen bijdrage). Door de kleine aantallen kunnen geen uitspraken worden gedaan over de kwetsbare groepen zonder eigen bijdrage (C).

Figuur 4.10b Zorggebruik in aantal contacten per patiënt voor de type teams (n=2.158)



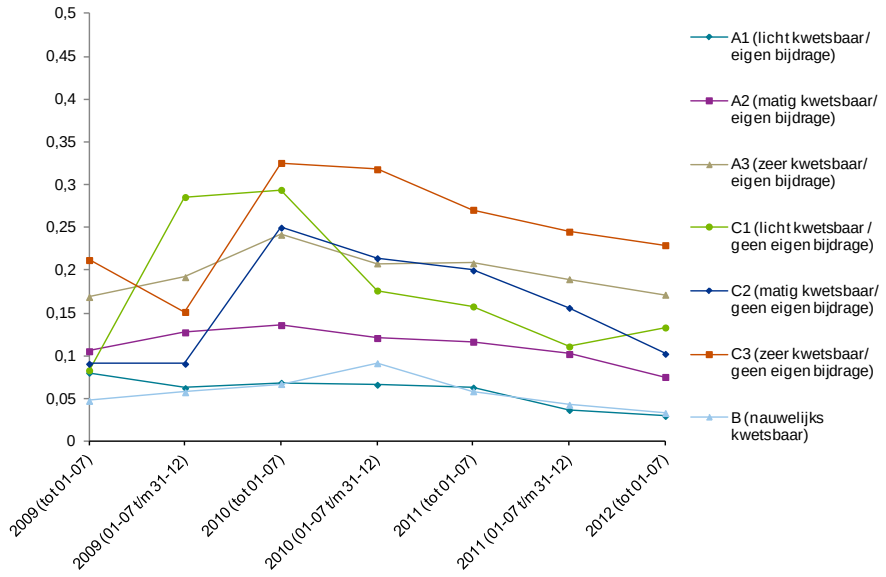
Het aantal zorgcontacten per patiënt varieert per type team. Het aantal zorgcontacten voor patiënten in langdurende zorg ligt behoorlijk stabiel op 50 contacten per periode. Voor de andere teams zien we een geleidelijke daling vanaf 2010, die voor de curatieve en forensische teams in het laatste tijdvak weer ligt stijgt.

4.5 Klinische episodes

Het gemiddeld aantal klinische episodes per patiënt tussen 2009 en 2012 is uitgedrukt in: het aandeel patiënten met een klinische episode per half jaar en de gemiddelde duur van de klinische episode per patiënt per half jaar. Een klinische episode is een periode waarin een patiënt aaneengesloten is opgenomen (met eventuele onderbrekingen korter dan vijf dagen). We analyseren de trend van gemiddelde duur en frequentie van klinische episodes per patiënt op basis van de onderzoeksgroepen. Ook bij deze analyses is het aantal patiënten in onderzoeksgroep C1,2,3 relatief laag. Hierdoor resulteren kleine verschillen tussen periodes in een grote toename/afname in percentages. Tevens ontbreken voor 2009 (periode 1 en 2) de data voor ggz-instelling-3.

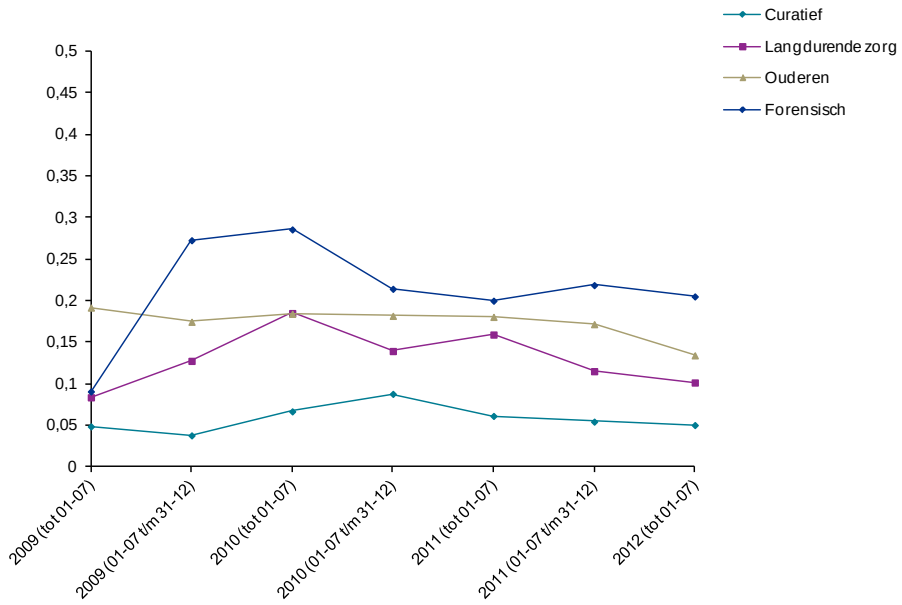
Figuur 4.11a geeft een overzicht van het aandeel patiënten in de onderzoeksgroepen met klinische episode en figuur 4.11b van het aandeel patiënten met klinische episodes per type team. Dit aandeel is weergegeven in percentages. Tussen 2010 en 2012 kan een patiënt van team gewisseld zijn. We geven aan in welk team een patiënt per periode aanwezig was.

Figuur 4.11a Aandeel patiënten met klinische episodes per onderzoeksgroep in percentages (n=2.253)



Figuur 4.11a laat zien dat zeer (A3/C3) kwetsbare patiënten het hoogste aantal klinische episodes kennen. Met enige voorzichtigheid kan gezegd worden dat het aandeel patiënten met klinische episodes voor matig (A2) en licht (A1) kwetsbare patiënten die wel een eigen bijdrage moeten betalen over de jaren lager ligt dan voor matig (C2) en licht (C1) kwetsbare patiënten die geen eigen bijdrage hoeven te betalen. Nauwelijks kwetsbare patiënten (B) kennen de minste klinische episodes.

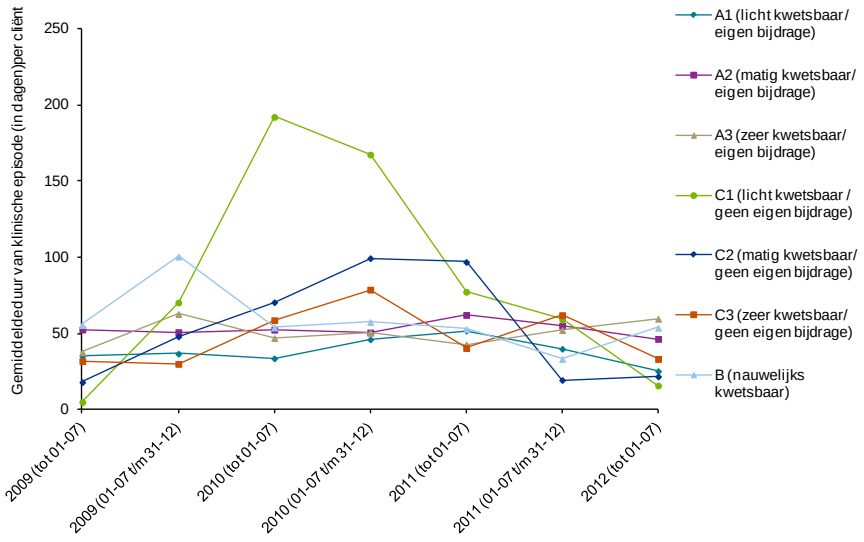
Figuur 4.11b Aandeel patiënten met klinsche episodes per type team in percentages (n=2.158)



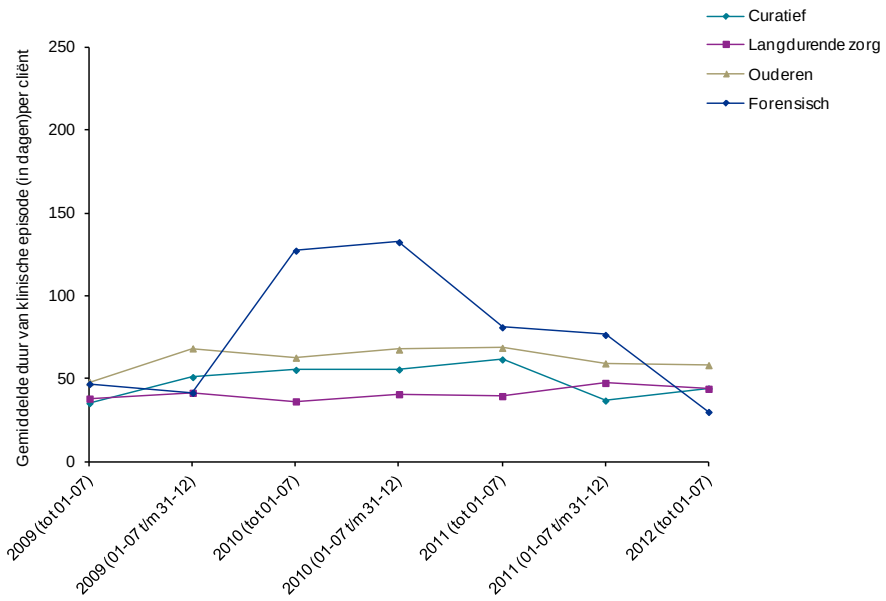
Figuur 4.11b laat zien dat het aandeel patiënten met klinische episodes in de forensische zorg relatief het hoogst is en in de curatieve zorg het laagst.

Figuur 4.12a geeft een overzicht van de trend in de gemiddelde duur van de klinische episodes per patiënt en figuur 4.12b per patiënt type team. Tussen 2010 en 2012 kan een patiënt van team gewisseld zijn. We geven aan in welk team een patiënt per periode aanwezig was. De figuur laat zien dat de duur van de klinische episodes voor onderzoeksgroepen over het algemeen varieert tussen 25 en 100 dagen per klinische episode. Tussen de onderzoeksgroepen zijn geen duidelijke verschillen waar te nemen in de duur van de klinische episode.

Figuur 4.12a Gemiddelde duur van de klinische episodes per patiënt per onderzoeksgroep (n=2.253)



Figuur 4.12b Gemiddelde duur van de klinische episodes per patiënt per type team (n=2.158)



Figuur 4.12b laat zien dat de gemiddelde duur van de klinische episode voor patiënten in de forensische zorg tussen 2009 en 2011 het hoogst was. Verder valt op dat de duur van de opname voor patiënten in ouderenzorg relatief hoger is gedurende de gehele periode 2009 en 2012.

4.6 Inkomen versus kwetsbaarheid

In deze paragraaf beschrijven we de uitkomsten van de aanvullende analyses. Hierin hebben we een vergelijking gemaakt tussen de indeling op basis van kwetsbare groepen en op basis van inkomen. De indeling in kwetsbare groepen is gebaseerd op scores op diverse parameters. Eén van deze parameters is een inschatting van het inkomen van de patiënt. Deze inschatting is gedaan door hun behandelaren. Behandelaren gaven aan dat zij het exacte inkomen van patiënten niet weten en ook niet willen navragen bij de patiënt. Wel geven zij aan een inschatting te kunnen geven van de hoogte van het inkomen naar de vier categorieën: modaal tot hoog inkomen, minimum loon tot modaal inkomen, sociaal minimum tot minimum inkomen en onder het sociaal minimum.[15] We vergelijken deze inkomen van de patiënt met de indeling van kwetsbaarheid.[16]

Tabel 4.13 geeft inzicht in de verdeling van inkomens van de patiënten over de clusters van kwetsbaarheid. De tabel laat zien dat 33 procent van de patiënten die meegenomen worden in dit onderzoek een inkomen heeft dat onder het sociaal minimum ligt. Een vergelijkbare groep heeft een inkomen tussen het sociaal minimum en het minimum loon of een inkomen tussen het minimum

[15] We hebben bewust gekozen voor de inschatting van behandelaren aangezien wetenschappelijk onderzoek aantoont dat het vragen naar het inkomen van patiënten aan patiënten zelf een grote kans heeft op sociaal wenselijke antwoorden (Nederhof, A. J. (1985), Methods of coping with social desirability bias: A review. Eur. J. Soc. Psychol., 15: 263–280).

[16] We zijn ons er van bewust dat inkomen zowel wordt meegenomen in de clusteranalyse als in deze vergelijking. Doordat het aantal parameters dat is meegenomen in de clusteranalyse groot is, is deze vergelijking alsnog te maken. Ter validatie, is de clusteranalyse ook uitgevoerd zonder inkomen en zijn de clusters vervolgens vergeleken met inkomen. Dit liet een vergelijkbaar beeld zien.

loon en modaal inkomen (respectievelijk 32 procent en 28 procent). Een klein deel van de patiënten (7 procent) heeft een inkomen dat tussen modaal en hoog inkomen zit.[17]

Tabel 4.13 Scores op inkomen per onderzoeksgroep (n=2.018)

Onderzoeksgroep / Inkomen		B	A_1/C_1	A_2/C_2	A_3/C_3	Totaal
0	modaal tot hoog inkomen	4 %	1 %	2 %	0 %	7 %
1	minimum loon tot modaal	8 %	8 %	10 %	2 %	28 %
2	sociaal minimum tot minimum loon	3 %	11%	12 %	6 %	32 %
3	≤ sociaal minimum	1%	9 %	10 %	13%	33 %
		16%	29%	34%	21%	100 %

De tabel laat zien dat de verdeling van inkomen over de onderzoeksgroepen een verband lijkt te laten zien tussen kwetsbaarheid en inkomen: patiënten met een lager inkomen hebben gemiddeld genomen een hogere mate van kwetsbaarheid en vice versa. In de groep lage kwetsbaarheid (B) heeft slechts een beperkt deel een inkomen onder het sociaal minimum. Bij de patiënten met een hoge mate van kwetsbaarheid (A3/C3) is dit het grootste deel. Een modaal tot hoog inkomen komt nauwelijks voor bij de patiënten met een hoge kwetsbaarheid (A3/C3) en relatief vaak bij de patiënten met een lage kwetsbaarheid (B).

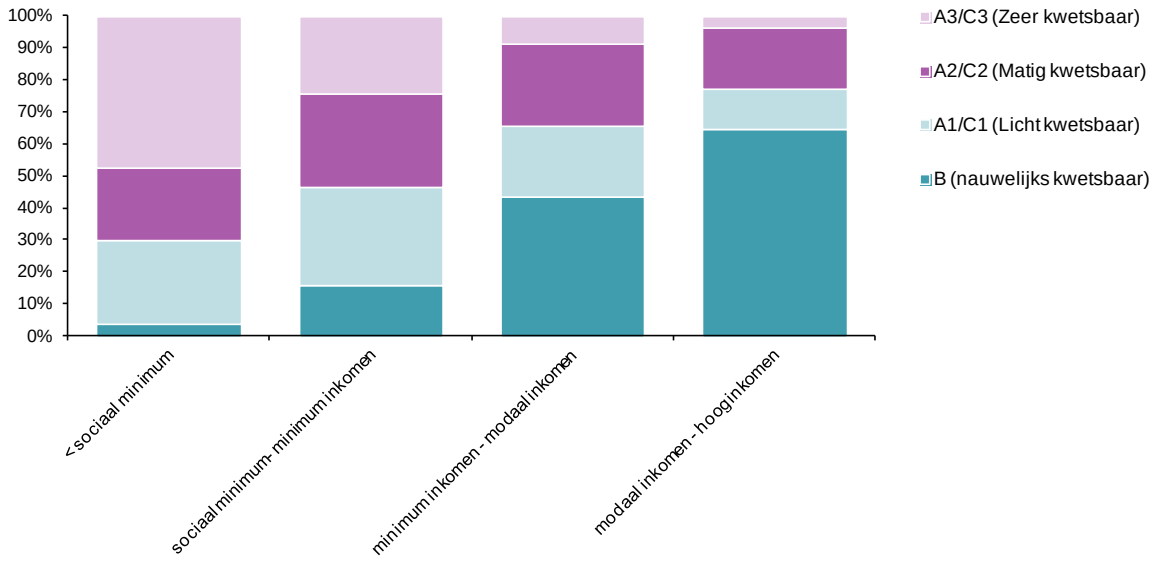
De analyse laat ook zien aan dat groepen van kwetsbaarheid maar deels kunnen worden onderscheiden op basis van inkomen. Tabel 4.13 laat zien dat de verdeling van inkomen over groep (A1/C1) en groep (A2/C2) deels overeenkomstig is. Tevens is zichtbaar dat het aandeel zeer kwetsbare patiënten (A3/C3) met een inkomen boven het minimum loon beperkt is en het aandeel zeer kwetsbare patiënten (A3/C3) met een inkomen onder het sociaal minimum relatief hoog is. De groepen op inkomen maken daarmee niet hetzelfde onderscheid in patiënten als de groepen op kwetsbaarheid.

4.6.1 Clusters per inkomensgroep

Indien we kijken naar de verdeling van groepen per inkomen (zie figuur 4.14), dan valt op dat de inkomens tussen het modaal en hoog inkomen het meest zijn vertegenwoordigd in de minst kwetsbare groep (B). De patiënten met een inkomen onder het sociaal minimum zijn het meest vertegenwoordigd in de meest kwetsbare groep (A_3/C_3). De inkomens in de tussengroep zijn minder eenduidig verdeeld.

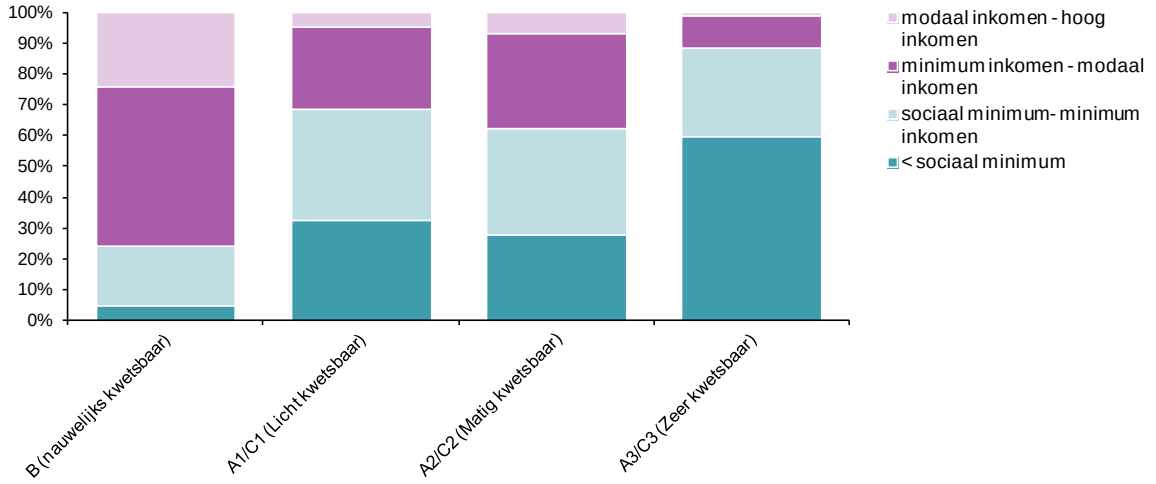
[17] Er zijn geen separate analyses uitgevoerd voor onderzoeksgroep A en C, aangezien de C groep een klein onderdeel (6 procent) van de onderzoekspopulatie vormt.

Figuur 4.14 Verdeling kwetsbare groepen per inkomensgroep (n=2.018)



4.6.2 Inkomens per cluster

Figuur 4.15 Verdeling inkomen per kwetsbare groepen (n=2.018)



Figuur 4.15 geeft een overzicht van de verdeling van inkomens per groep. Hieruit blijkt dat van de meest kwetsbare groep (A_3/C_3) een klein deel een modaal tot hoog inkomen heeft of een inkomen tussen minimum loon tot modaal. Het merendeel van de kwetsbare groep heeft een inkomen onder het sociaal minimum (60 procent). In groep B, de minst kwetsbare groep, heeft het grootste deel van de groep een inkomen tussen het minimum loon en modaal inkomen. In de licht en matig kwetsbare groep (A1 en A2) zijn de inkomens verdeeld over de inkomens tussen het minimum loon tot modaal, sociaal minimum tot minimum loon en onder het sociaal minimum.

5 Effecten eigen bijdrage: zorguitval

Dit hoofdstuk beschrijft de effecten van de eigen bijdrage op de mate van zorguitval en beantwoordt daarmee een deel van onderzoeksvraag 5. We geven allereerst inzicht in de zorguitstroom onder de onderzoeksgroepen. Vervolgens geven we een overzicht van de zorguitstroom onder forensische patiënten. Tevens geven we voor beiden aan wat de redenen voor zorguitstroom zijn. De kwantitatieve bevindingen worden aangevuld met kwalitatieve resultaten. Door middel van interviews hebben we de ervaringen van behandelaren in kaart gebracht. We benadrukken dat dit ervaringen zijn van behandelaren en niet cijfermatig onderbouwd zijn en daardoor mogelijk een gekleurd beeld geven.

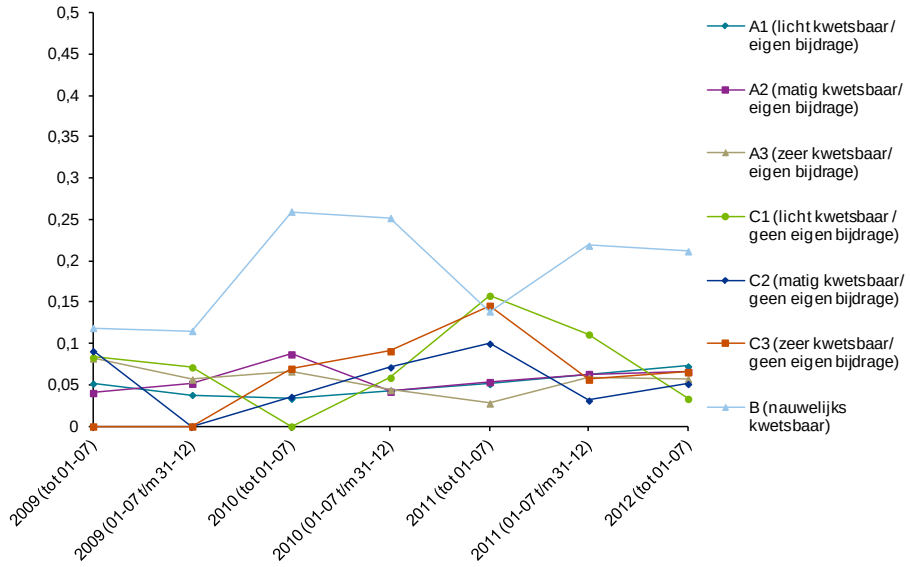
5.1 Zorguitstroom in beeld: ggz-instellingen

Bij de analyses om de zorguitstroom in kaart te brengen is eveneens gebruik gemaakt van gegevens vanuit systemen van de instellingen. Bij deze analyses geldt, net als voor de analyses in hoofdstuk 4, dat:

- Het aantal patiënten in onderzoeksgroep C1,2,3 relatief laag is. Hierdoor resulteren kleine verschillen voor deze onderzoeksgroep tussen periodes in een grote toename/afname in percentages.
- In 2009 (periode 1 en 2) ontbreken de data voor ggz-instelling-3.
- De onderzoekspopulatie is in 2012 het hoogst, doordat de populatie is samengesteld uit patiënten die toen in zorg waren. De metingen tussen 2010 en 2011 zijn retrospectief voor deze onderzoekspopulatie (dus niet iedereen die in 2012 in zorg was, was in 2009 - 2011 al in zorg).

Figuur 5.1a geeft een overzicht van het aandeel patiënten dat (periodiek) uit zorg is gegaan per onderzoeksgroep per betreffende onderzoeksperiode tussen 2009 en 2012. De figuur laat zien dat de nauwelijks kwetsbare patiënten (B) relatief het meest uit zorg gaan. Van deze patiënten is tussen 2009 en 2012 circa 12 tot 28 procent (periodiek) uit zorg gegaan.

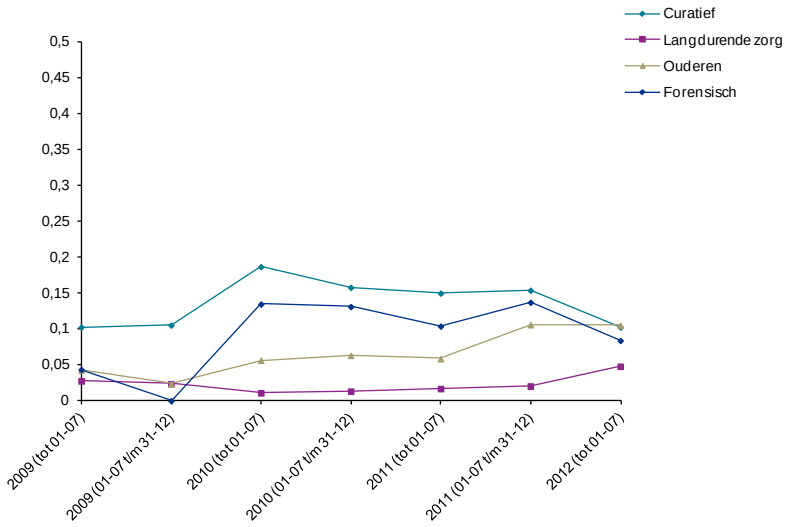
Figuur 5.1a Aandeel patiënten dat (periodiek) uit zorg gaat per onderzoeksgroep (n=2.253)



Tussen 2011 en 2012 neemt het aantal patiënten dat uit zorg gaat enigszins toe voor de onderzoeksgroepen, echter deze toename is relatief klein en duidt nog niet op een trend. Voor onderzoeksgroep B blijft de uitstroom de laatste periode stabiel.

Figuur 5.1b geeft een overzicht van deze trend per type team. Tussen 2010 en 2012 kan een patiënt van team gewisseld zijn. We geven aan in welk team een patiënt per periode aanwezig was. Er is voor de patiënten die in 2012 in zorg waren gekeken of zij in de periode tussen 2009 en 2012 in zorg waren.

Figuur 5.1b Aandeel patiënten dat in een tijdvak uit zorg gaat per type team (n=2.158)

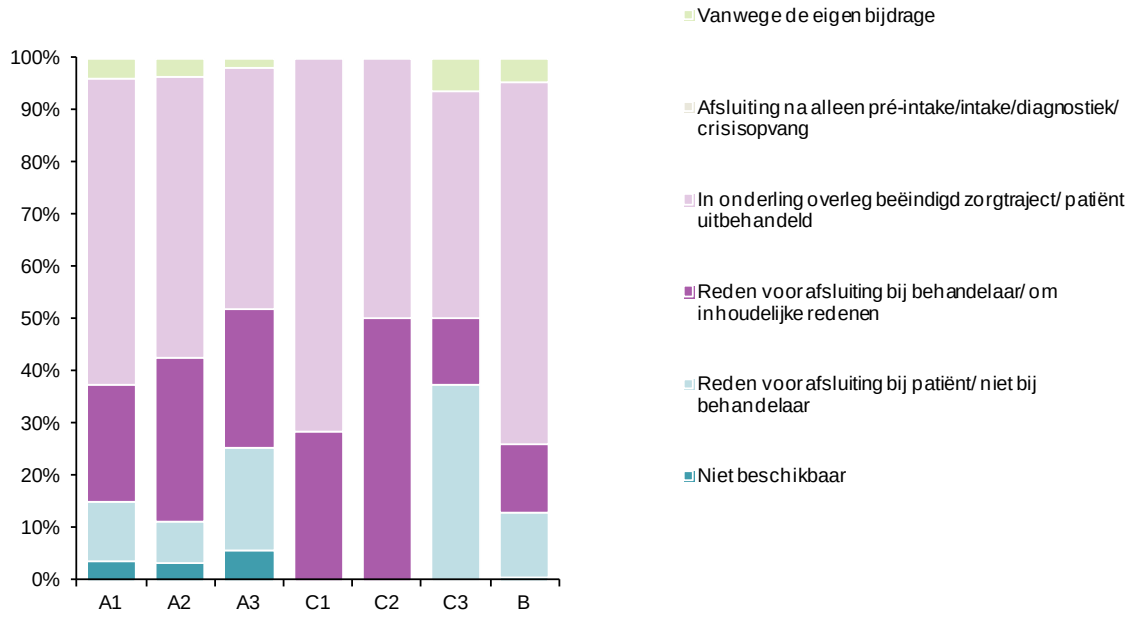


De zorguitstroom van langdurende zorg is relatief laag en is stabiel tussen 2009 en december 2011 en in de eerste periode van 2012 neemt de zorguitstroom in deze groep enigszins toe. De zorguitstroom onder ouderen is tussen juli 2011 en juli 2012 eveneens toegenomen. De zorguitstroom in de curatieve zorg en forensische zorg nemen in de eerste periode van 2012 af.

De interviews met behandelaren laten zien dat voor een deel van de patiënten die gestopt zijn met hun behandeling vanwege de eigen bijdrage, dit niet zorgwekkend is. Dit zijn patiënten waarbij de behandeling bijna afgerond was; de behandeling is eerder beëindigd in verband met overgang naar een vervolg DBC. Bij de opening van een DBC zou de eigen bijdrage gaan gelden voor de patiënt.

Daarnaast komt uit de interviews met behandelaren naar voren dat ggz-instellingen sommige patiënten te kwetsbaar vinden om uit zorg te laten gaan, ook al wil de patiënt de eigen bijdrage niet betalen. Om te voorkomen dat deze kwetsbare patiënten uitstromen wordt er door de instelling gezocht naar mogelijkheden om de patiënt in zorg te houden. In eerste instantie wordt getracht de patiënt te motiveren toch in zorg te blijven en vervolgens wordt gezocht naar financiële hulp in de directe omgeving van de patiënt. Indien een zeer kwetsbare patiënt toch uit zorg dreigt te gaan en er geen alternatieve financiële mogelijkheden zijn, wordt er bij uitzondering bij sommige instellingen gekozen voor bemoeizorg of wordt er een voucher verstrekt waarmee de patiënt op voorwaarde van volledige medewerking aan de behandeling de eigen bijdrage kan terugvorderen bij de instelling.

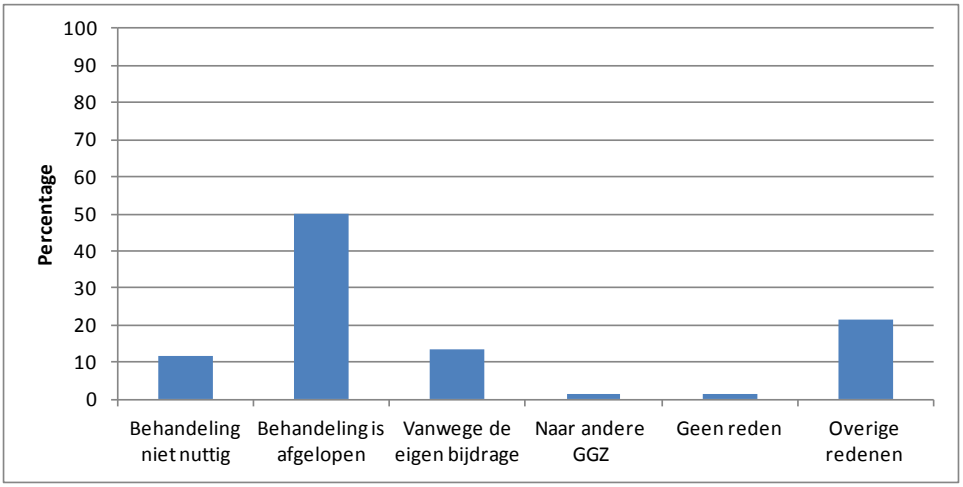
Figuur 5.2 Reden uit zorg in 2012 per onderzoeksgroep (n=2.253)



De ggz-instellingen registeren van patiënten die uit zorg gaan wat de reden hiervan is. Figuur 5.2 geeft een overzicht van het aandeel van de verschillende redenen van zorguitval per onderzoeksgroep. De figuur laat zien dat het merendeel van de patiënten die uit zorg gaat dit doet in overleg met de behandelaar. Circa 5 tot 8 procent van de patiënten die een eigen bijdrage moeten betalen en uit zorg gaan, doet dit vanwege de eigen bijdrage. Bij onderzoeksgroep C3 is voor 1 patiënt aangegeven dat deze patiënt uit zorg is gegaan vanwege de eigen bijdrage (ondanks dat deze patiënt geen eigen bijdrage hoefde te betalen). Omdat dit een kleine groep is, komt dit relatief fors over in de figuur.

Ook aan patiënten die uit zorg zijn gegaan is via een enquête gevraagd wat de reden is van het beëindigen van de behandeling (n=63). Figuur 5.3 laat zien dat circa de helft van de patiënten aangeeft dat zij uit zorg zijn gegaan omdat de behandeling afgerond is. Iets meer dan 10 procent geeft aan dat zij gestopt zijn vanwege de eigen bijdrage. Dit is daarmee hoger dan op basis van de data uit de systemen van de ggz-instellingen, dit wordt mogelijk veroorzaakt door de kleinere aantallen (n).

Figuur 5.3 Reden uit zorg in 2012: vragen aan patiënten uit zorg (n=63)



Uit de interviews met behandelaren komt naar voren dat sommige behandelaren in hun caseload geen patiënten hebben die vanwege de eigen bijdrage zijn gestopt met de behandeling. In tegenstelling tot hun verwachtingen zijn er nog weinig patiënten gestopt met hun behandeling. Behandelaren geven aan dat er verschillen zijn tussen de teams. Bij langdurende en forensische zorg zien zij relatief meer patiënten stoppen met hun behandeling. Behandelaren denken dat veel van hun patiënten de eigen bijdrage niet kunnen betalen. Een verklaring die zij aandragen voor de lage zorguitval is dat patiënten niet overzien wat de kosten zijn van de eigen bijdrage, omdat zij de rekening nog niet hebben ontvangen.

5.2 Zorguitstroom in beeld: forensische patiënten

De trend in zorguitstroom onder forensische patiënten is in kaart gebracht met behulp van data van naar kwetsbaarheid ingedeelde patiënten uit forensische teams van de ggz-instellingen en alle patiënten van de forensisch poliklinieken 1 en 2. Forensische patiënten zijn mensen met (ernstige) psychische problemen die met justitie in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen. In de praktijk betekent dit dus dat zowel mensen met een strafrechtelijke titel, civiele titel (BOPZ) als vrijwillige titel gebruik maken van deze forensische zorg. Bij de analyse van forensische patiënten zijn de volgende aspecten van belang bij de interpretatie van het zorggebruik:

- In 2009 (periode 1 en 2) ontbreken de data voor ggz- instelling-3.
- Bij ggz-instelling-2 zijn geen forensische teams meegenomen, omdat zij deze zorg niet bieden.
- De metingen tussen 2009 en 2011 zijn retrospectief voor de onderzoekspopulatie.
- De onderzoeksgroep van forensisch poliklinieken 1 en 2 is instellingsbreed en bevat per periode alle patiënten die onder behandeling zijn bij de instelling.
- Forensisch polikliniek 2 compenseert sinds maart 2012 voor de eigen bijdrage. Patiënten hoeven bij deze instelling geen eigen bijdrage te betalen.

Figuur 5.4 geeft een overzicht van het aandeel DBC's dat gesloten is ten opzichte van het totale aantal DBC's (dit zijn alleen DBC's[18] en geen DBBC's) in het betreffende tijdvak.[19] Hierbij zijn twee trends weergegeven:

- De trend van de zorguitstroom binnen de forensische teams van ggz-instelling-1 en ggz-instelling-3. Dit betreft het aandeel patiënten van de totaal gemonitorde patiënten dat (periodiek) uit zorg is gegaan.
- De trend van de patiënten van forensisch poliklinieken. Dit betreft het aandeel patiënten van alle patiënten dat (periodiek) uit zorg is gegaan.

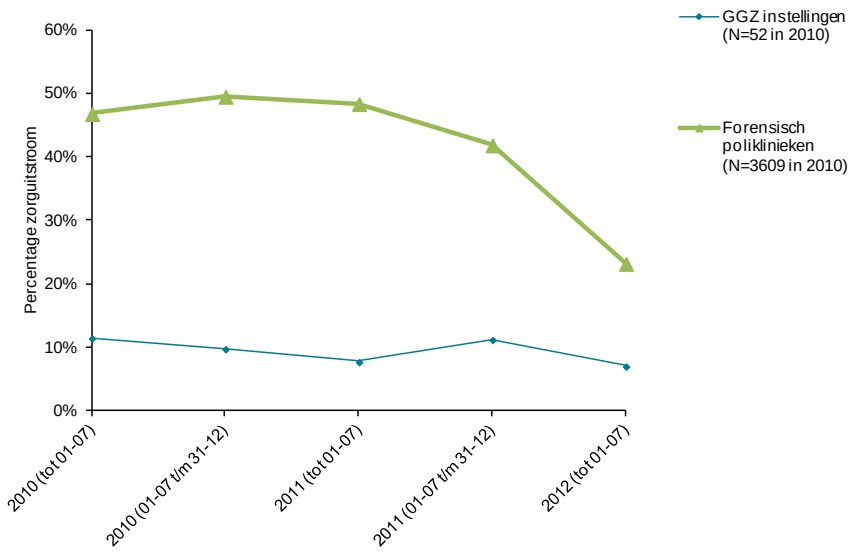
De figuur laat zien dat het aandeel forensische patiënten dat in een tijdvak uit zorg gaat is afgenomen in de eerste maanden van 2012.[20] De oorzaak hiervan is nog onduidelijk, mogelijk heeft dit (deels) te maken met een vertraging in de registratie.

[18] Voor patiënten met een DBC geldt in principe dat er sprake is van een eigen bijdrage. In tegenstelling tot patiënten met een DBBC, waarvoor geen eigen bijdrage geldt.

[19] In deze aantallen zijn ook cliënten opgenomen bij wie de behandeling doorliep na afsluiting van een DBC.

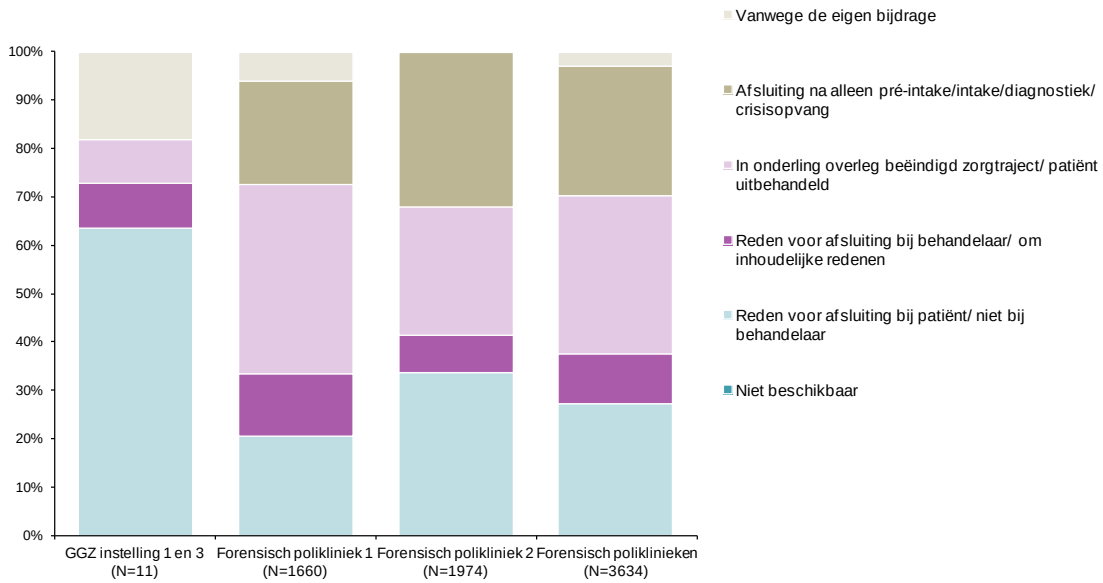
[20] Forensisch polikliniek 2 compenseert de patiënt voor de eigen bijdrage.

Figuur 5.4 Aandeel forensische patiënten dat in een tijdvak uit zorg gaat



De ggz-instellingen en forensisch poliklinieken hebben nadat een patiënt uit zorg is gegaan gevraagd wat de reden hiervan is. Figuur 5.5 geeft een overzicht van het aandeel van de verschillende redenen van zorguitval per onderzoeksgroep.

Figuur 5.5 Oorzaken voor zorguitstroom in 2012 voor forensische patiënten

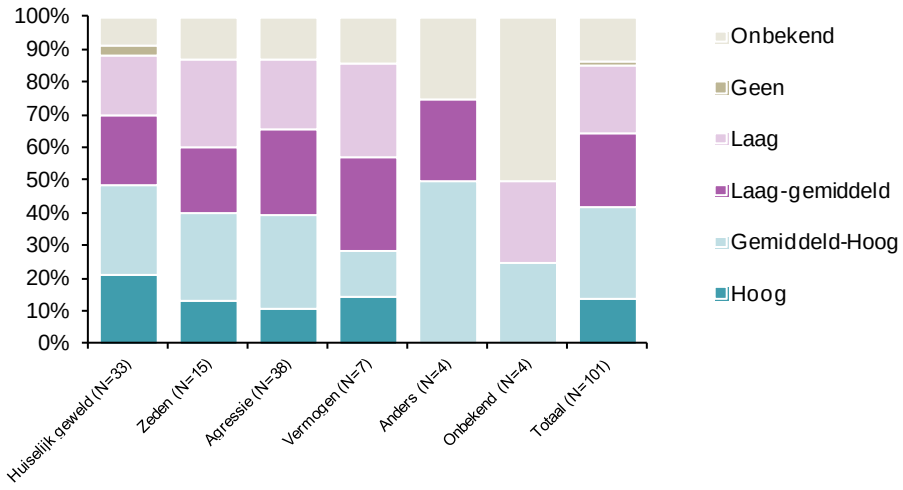


Figuur 5.5 laat zien dat het merendeel van de patiënten die uit zorg gaat bij de forensisch poliklinieken dit doet in onderling overleg met de behandelaar. Bij ggz-instelling 1 en 3 zijn van de onderzoekspopulatie tezamen 11 patiënten uit zorg gegaan in de eerste periode in 2012. De afsluitredenen voor deze patiënten zijn gegeven in de eerste kolom van Figuur 5.5, 2 patiënten zijn uit zorg gegaan vanwege de eigen bijdrage. Bij forensisch polikliniek 1 is de reden voor afsluiting bij ongeveer 6 procent de eigen bijdrage. Het gaat hierbij alleen om volwassen patiënten die op vrijwillig basis (DBC) bij de polikliniek behandeld worden; in forensisch kader geldt immers géén eigen bijdrage. Bij forensisch polikliniek 2 wordt hiervoor gecompenseerd en is de reden voor afsluiting bij geen van de patiënten de eigen bijdrage.

Er zijn indicaties dat mensen die voortijdig uit zorg gaan een grotere kans hebben op recidive dan wanneer zij hun behandeling continueren of afronden (GGD Amsterdam, 2007). Op basis van de huidige data kunnen hier nog geen conclusies aan worden verbonden.

Om het recidiverisico in te kunnen schatten, worden beoordelingslijsten (risicotaxatie instrumenten) gebruikt. Met behulp van deze beoordelingslijsten wordt inzicht verkregen in hoe groot de kans is op recidive van een patiënt (GGZ Nederland (2011). Van de patiënten die bij de forensisch polikliniek-1 zijn uitgestroomd (n=101) vanwege de eigen bijdrage zijn de risicoprofielen in kaart gebracht per problematiek. Deze zijn weergegeven in Figuur 5.6. De figuur geeft weer dat meer dan 40 procent van de patiënten die uit zorg gaat vanwege de eigen bijdrage een gemiddeld/hoog tot hoog risicoprofiel heeft. Verder valt op dat binnen de huiselijk geweld problematiek het aandeel patiënten met een hoog risicoprofiel het hoogst is.[21] Dit is een indicatie dat voor 40 procent van de patiënten die uit zorg valt vanwege de eigen bijdrage, de kans op recidive gemiddeld/hoog tot hoog is.

Figuur 5.6 Risicoprofielen van forensische patiënten uit zorg vanwege eigen bijdrage



Uit de interviews komt naar voren dat behandelaren zich naast de zeer kwetsbare patiënten, vooral zorgen maken over forensische patiënten. Zij beschrijven een aantal casussen van patiënten die uit zorg zijn gegaan en waarvan zij verwachten dat bij het uit zorg gaan van deze patiënten er een groot risico is op het plegen van een delict, waardoor ze uiteindelijk weer via justitie in de forensische psychiatrie terecht komen.

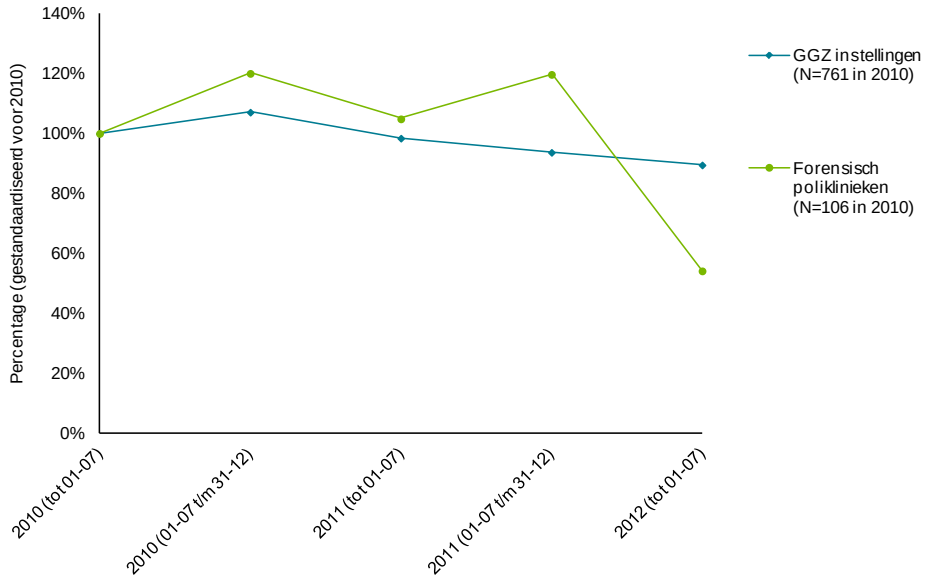
Om de zorguitstroom voor forensische patiënten in kaart te brengen bekijken we ook de trend in het aandeel patiënten dat na afronding van een behandeling in verplicht kader in zorg blijft onder een vrijwillig kader (Zvw). Figuur 5.7 geeft een overzicht van het aandeel patiënten op instellingsniveau dat na afronding van een DBBC in zorg blijft via een DBC.

Figuur 5.7 laat zien dat in 2012 het aandeel patiënten dat na afsluiting van een DBBC in zorg blijft, afneemt voor forensisch poliklinieken. Deze afname hoeft geen indicatie te zijn van een effect van de eigen bijdrage. Deze trend fluctueert tussen 2010 en 2012; het percentage is gestandaardiseerd voor 2010. Hiervoor zijn mogelijk andere redenen aan te wijzen, door beleidswijzigingen wordt de proeftijd

[21] De categorie "anders" geeft aan dat een cliënten niet delict gevaarlijk is. De categorie "onbekend" zijn veelal nevencliënten (bijvoorbeeld de partner van een cliënt)

van cliënten langer waardoor er langer doorbehandeld kan worden onder een DBBC. Bij zowel polikliniek 1 als 2 zien we een afname in de overgang van DBBC's naar DBC's (niet apart in figuur), terwijl forensisch polikliniek 2 sinds maart 2012 compenseert voor de eigen bijdrage en forensisch polikliniek 1 niet.

Figuur 5.7 Trend in overgang DBBCs naar DBCs



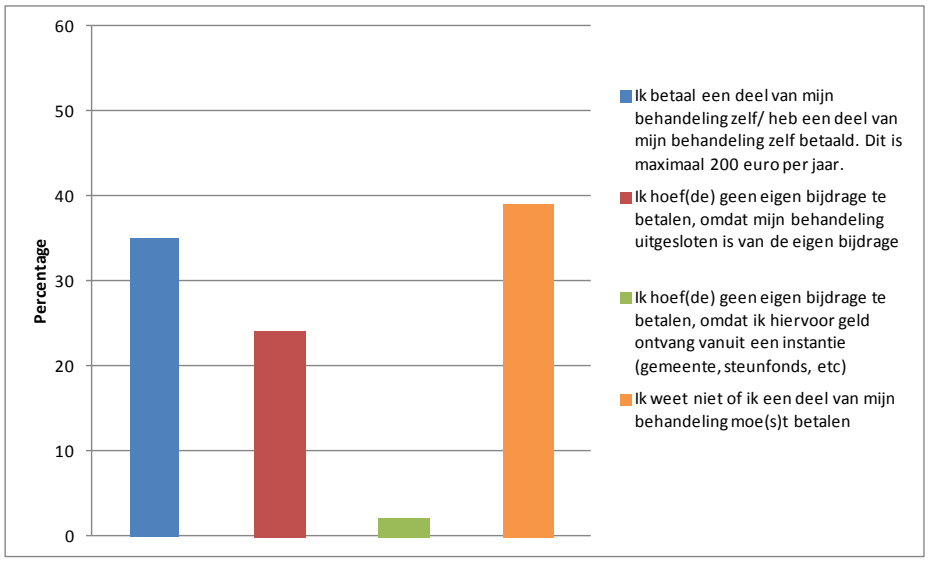
Uit de interviews met behandelaren worden een aantal specifieke aandachtspunten voor de forensische patiënten benoemd. Eén daarvan is de overgang jeugd naar jongvolwassenen. Patiënten die tijdens de jeugd worden berecht en verplicht een behandeling wordt gestart, hebben tijdens de start van de behandeling een verplicht justitieel kader. Nadat deze patiënten 18 jaar zijn geworden, vallen zij onder de Zvw en moeten zij de eigen bijdrage betalen. Indien zij de eigen bijdrage niet willen betalen en uit zorg gaan, dan volgt veelal een sanctie, bijvoorbeeld detentie. Binnen de forensisch polikliniekeen vormt dit een substantiële groep. Ter illustratie de case van een jongen die net 18 jaar is geworden en onder een verplicht kader tijdens zijn jeugd in zorg is gekomen. De jongen verdient 60 euro per maand en kan de eigen bijdrage niet betalen. Deze jongen blijft in zorg en betaalt de eigen bijdrage, omdat hij anders terug moet naar detentie.

Ook de overgang van een justitieel kader naar Zvw wordt door behandelaren genoemd. In de forensische ggz komen onder andere patiënten in zorg die in afwachting zijn van een zitting. Deze patiënten krijgen tot de zitting een justitieel kader. Voor deze patiënten is het nog onduidelijk of zij uiteindelijk definitief via een justitieel kader in zorg komen (indien zij veroordeeld worden) of via de Zvw in zorg komen (indien zij niet veroordeeld worden). Via een justitieel kader geldt dat zij geen eigen bijdrage hoeven te betalen. Nadat de rechterlijke uitspraak gedaan is en blijkt dat patiënten vrijgesproken zijn, is zorg voor deze patiënten belangrijk om een toekomstig delict te voorkomen. Het moeten betalen van de eigen bijdrage vormt, volgens behandelaren, voor deze patiënten een extra drempel om in zorg te blijven. Zij geven aan dat dit een groep patiënten is waar de uitval uit zorg is toegenomen. Ter illustratie wordt door een behandelaar een casus beschreven van een jongen die gedurende het opstellen van het behandelplan nog in het veroordelingsproces zat. Hij werd niet veroordeeld en wilde de eigen bijdrage niet betalen en is uit zorg gegaan. Twee weken nadat hij uit zorg is gegaan, heeft hij een delict begaan en is hij veroordeeld.

5.3 Zorguitval in beeld: vragen aan patiënten

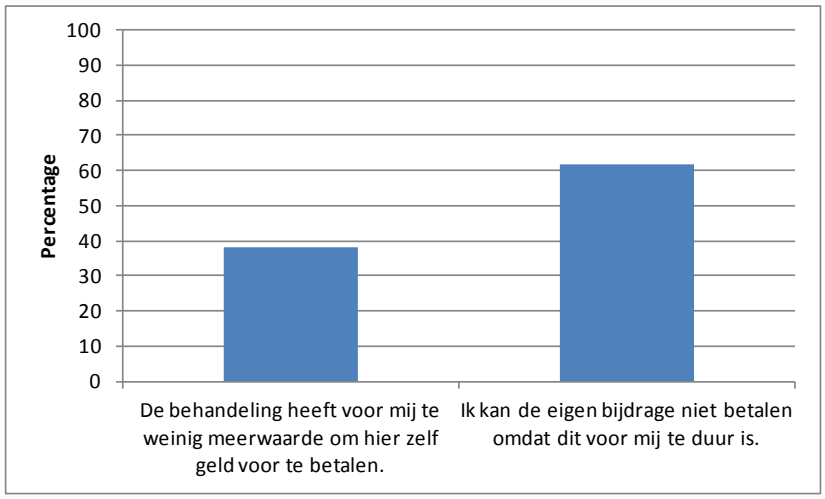
Onder een deel van de patiënten die uit zorg zijn gegaan (62 patiënten) is gevraagd of zij een eigen bijdrage moe(s)ten betalen. Circa 39 procent van de patiënten geeft aan dat zij niet weten of ze een eigen bijdrage moe(s)ten betalen. Circa een kwart van de patiënten hoefde geen eigen bijdrage te betalen, ofwel doordat de behandeling uitgesloten was van eigen bijdrage (22 procent) ofwel omdat zij geld ontvingen vanuit een steunfonds (2 procent). De overige 35 procent van de patiënten betaald een eigen bijdrage.

Figuur 5.8 Moe(s)ten patiënten die uit zorg zijn gegaan een eigen bijdrage betalen? (n=62)



Tevens is gevraagd aan patiënten die uit zorg zijn gegaan vanwege de eigen bijdrage (n=8) of zij de eigen bijdrage niet wilden of niet konden betalen. Dit betreft een zeer kleine groep patiënten, waardoor de statistische power laag is. Figuur 5.9 geeft weer dat het merendeel van de patiënten die uit zorg is gegaan vanwege de eigen bijdrage, de eigen bijdrage niet kon betalen. Bijna 40 procent geeft aan dat zij de eigen bijdrage niet op vinden wegen tegen de meerwaarde van de behandeling.

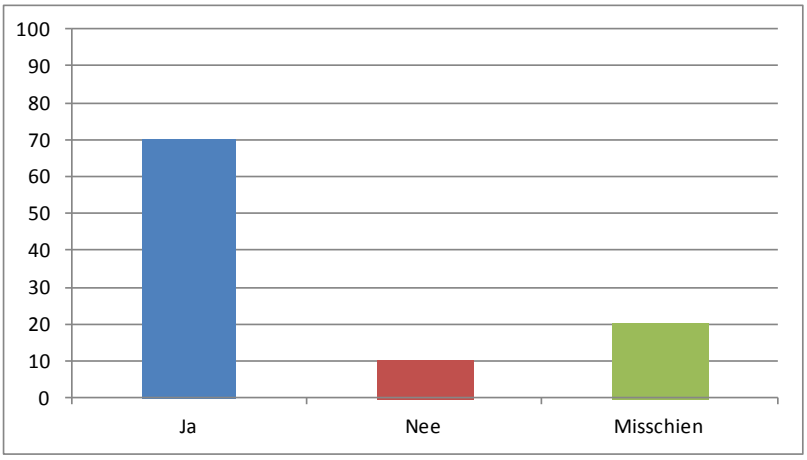
Figuur 5.9 Kunnen patiënten die uit zorg zijn gegaan vanwege de eigen bijdrage, de eigen bijdrage betalen? (n=8)



5.4 Mogelijke additionele zorguitstroom/ -uitval

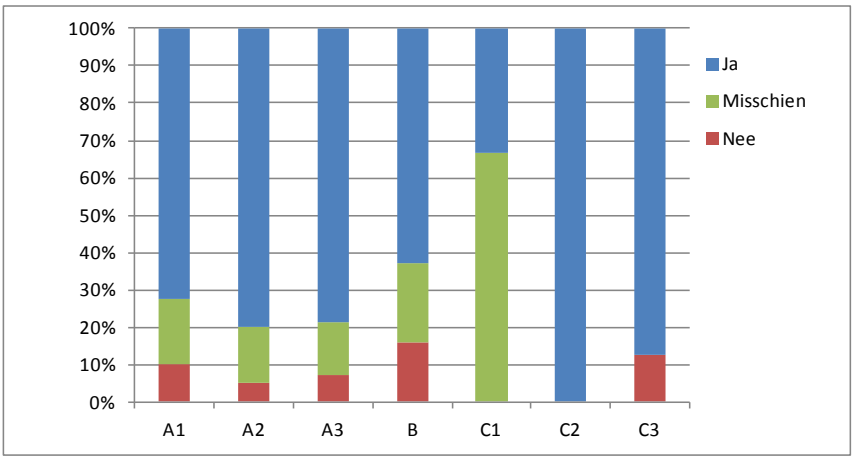
In aanvulling op de gegevens vanuit de systemen is er in de enquête uitgezet onder het patiëntenpanel (n=443). Dit zijn patiënten die nog in zorg zijn, waarbij uitvraag is gedaan naar hun verwachte zorggebruik en mogelijke additionele zorguitstroom. Figuur 5.10 geeft inzicht in het verwachte *toekomstige* zorggebruik van patiënten. Figuur 5.10a geeft het overzicht van alle respondenten en Figuur 5.10b geeft inzicht in het verwachte zorggebruik per onderzoeksgroep.

Figuur 5.10a Verwacht u in zorg te blijven in 2012? (n=443)



70 procent van de patiënten verwacht in 2012 in zorg te blijven. 10 procent geeft aan dat zij verwachten uit zorg te gaan en 20 procent geeft aan misschien uit zorg te gaan.

Figuur 5.10b Verwacht u in zorg te blijven in 2012? (n=320)[22]

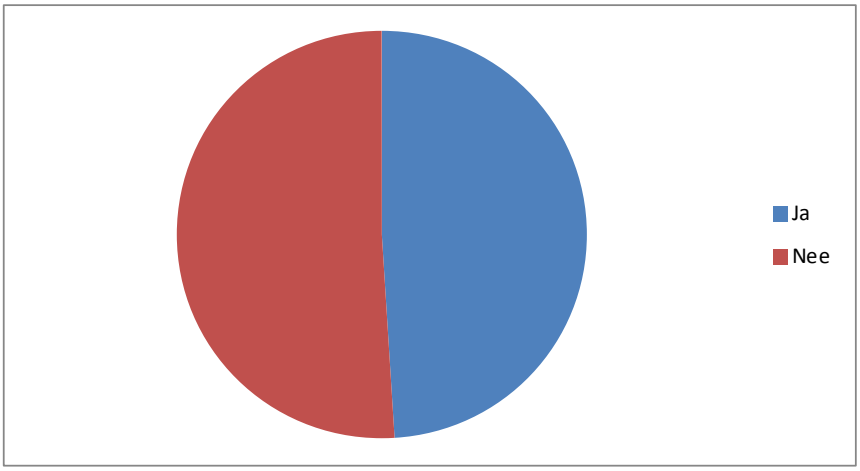


Van de patiënten die een eigen bijdrage moeten betalen heeft onderzoeksgroep B het hoogste aandeel (38%) dat misschien in zorg blijft of uit zorg verwacht te gaan. In onderzoeksgroep A1 (licht kwetsbaar) neemt dit percentage af en in groep A2 en A3 (matig en zeer kwetsbaar) is dit percentage nog lager. Naar mate patiënten meer kwetsbaar zijn, verwacht men minder snel uit zorg te gaan. Onderzoeksgroepen C1,2,3 zijn te klein om conclusies aan de resultaten te verbinden.

[22] Het aantal respondenten dat is ingedeeld naar onderzoeksgroepen is kleiner dan het totaal aantal respondenten van de enquête. Dit komt doordat niet van elke respondent de onderzoeksgroep bekend is.

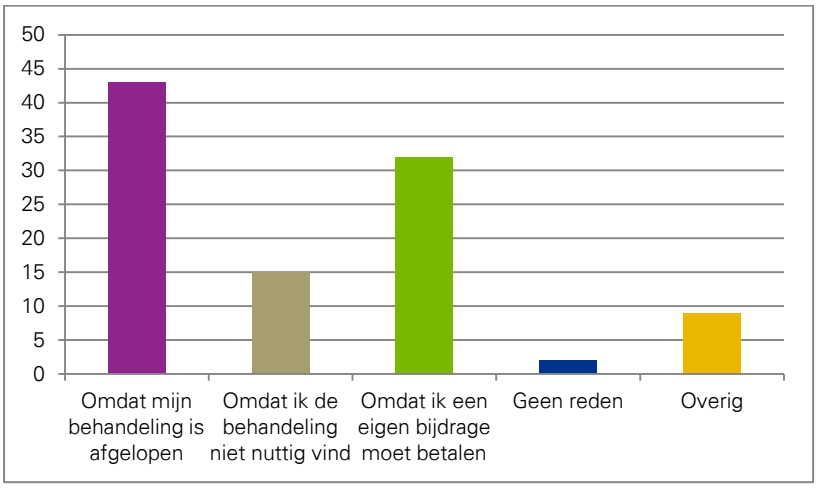
Aan het patiëntenpanel is gevraagd of zij de eigen bijdrage kunnen betalen. Figuur 5.11 laat zien dat circa de helft van de respondenten aangeeft dat zij de eigen bijdrage kunnen betalen; de andere helft geeft aan dat zij de eigen bijdrage niet kunnen betalen.

Figuur 5.11 Kunt u de eigen bijdrage zelf betalen? (n=320)



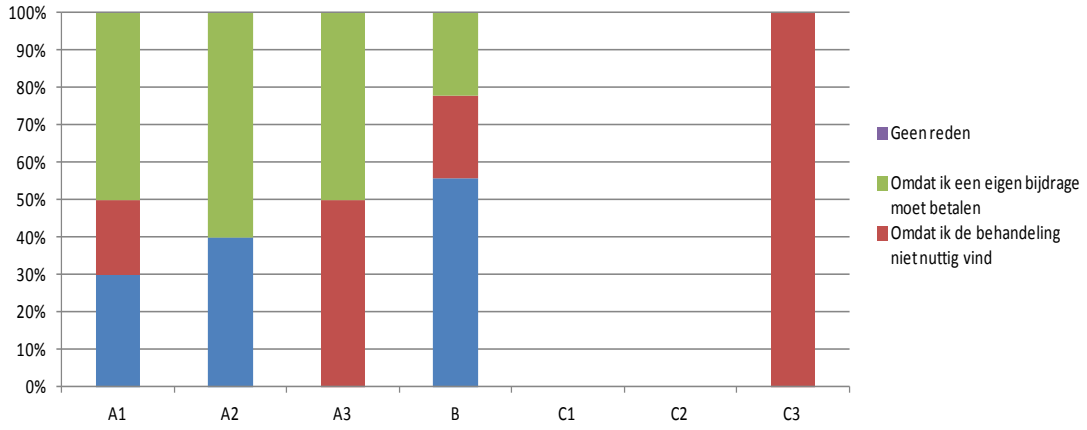
Figuur 5.12a geeft een overzicht van de oorzaken voor mogelijke additionele zorguitval in 2012. Van de 47 respondenten die hebben aangegeven te verwachten dat ze uit zorg gaan, doet 43 procent dit omdat de behandeling is afgelopen en 33 procent geeft aan dat dit komt door de eigen bijdrage die ze moeten betalen.

Figuur 5.12a Oorzaken voor mogelijk additionele zorguitval in 2012, in percentages (n=47)



Voor de onderzoeksgroepen (figuur 5.12b) zien we dat bij de minst kwetsbaren (B) het aandeel patiënten dat verwacht uit zorg te gaan vanwege de eigen bijdrage relatief het laagst is (33 procent). Bij de zeer kwetsbaren (A3) en licht kwetsbaren (A1) geeft (meer dan) de helft van de patiënten aan dat de eigen bijdrage een reden vormt om mogelijk uit zorg te gaan. De kleine aantallen maken dat voorzichtigheid geboden is bij het trekken van conclusies.

Figuur 5.12b Oorzaken voor mogelijk additionele zorguitval in 2012 (n=29)



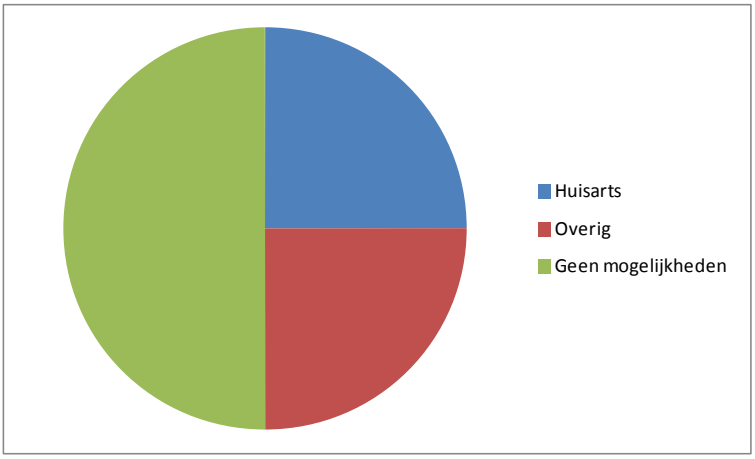
6 Effecten eigen bijdrage: zorgverplaatsing

Indien patiënten uit zorg gaan zonder dat de behandeling is afgesloten, spreken we van zorgverplaatsing. In dit hoofdstuk geven we inzicht in de zorgverplaatsing van patiënten die sinds januari 2012 uit zorg zijn gegaan.

6.1 Zorgverplaatsing

In de enquête onder patiënten die uit zorg zijn gegaan vanwege de eigen bijdrage is gevraagd of zij een vervanging hebben gevonden voor de zorg die zij bij de ggz-instellingen hadden. In totaal hebben 8 van de 62 patiënten aangegeven dat zij uit zorg zijn gegaan vanwege de eigen bijdrage. Figuur 6.1 geeft een overzicht van de verplaatsing van de zorg van deze patiënten. De helft van deze patiënten ziet geen mogelijkheden om de zorg ergens anders te halen. Een kwart geeft aan naar de huisarts te gaan en een ander kwart van deze patiënten geeft aan de zorg ergens anders dan bij de huisarts, maatschappelijk werk of eerstelijns psycholoog te halen. Ook uit de interviews met behandelaren komt naar voren dat patiënten niet goed weten, of niet geneigd zijn, zorg elders te gaan halen, hooguit bij de huisarts.

Figuur 6.1 Zorgverplaatsing onder patiënten die uit zorg zijn gegaan (n=8)

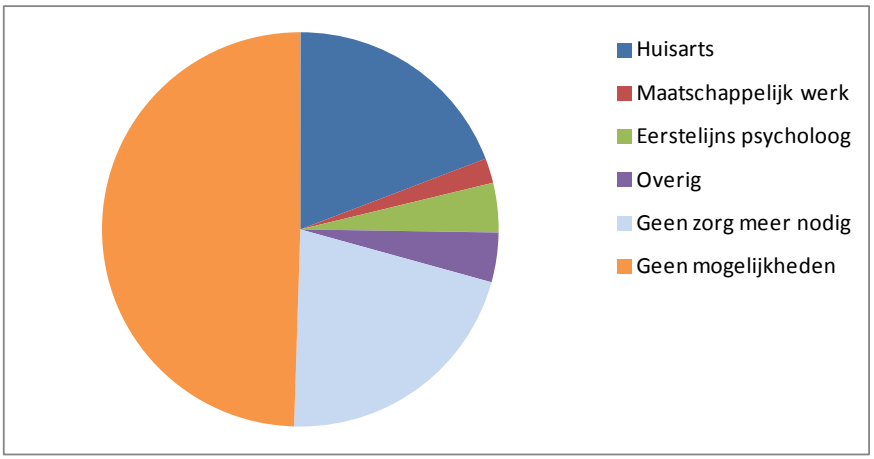


6.2 Mogelijke additionele zorgverplaatsing

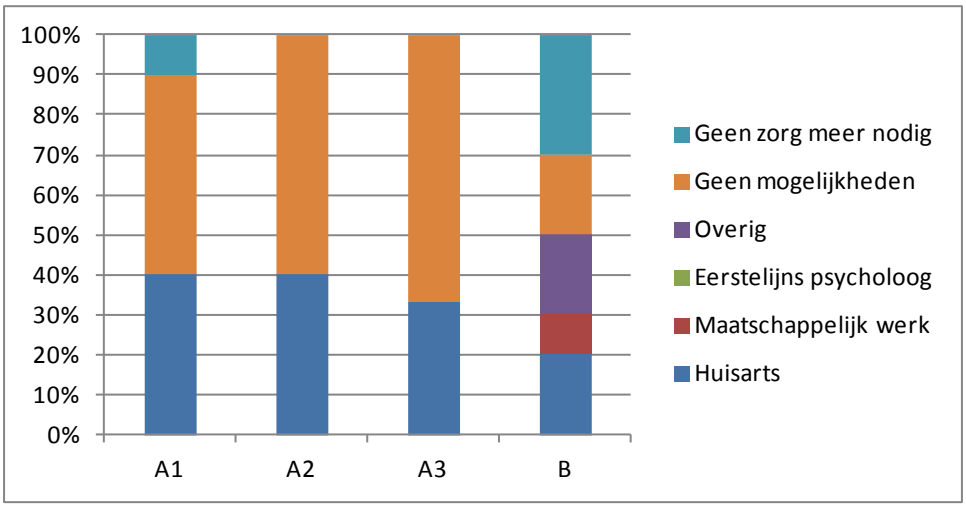
Aan de patiënten die in zorg zijn en aan hebben gegeven dat zij verwachten in 2012 uit zorg te gaan, is in de enquête gevraagd waar zij de zorg zouden halen indien zij uit zorg gaan. Figuur 6.2a geeft een overzicht van deze zorgverplaatsing. Ongeveer de helft van de patiënten geeft aan geen mogelijkheden voor zorg te zien na zorguitstroom. Iets minder dan een kwart van de patiënten geeft aan dat zij de zorg bij de huisarts zullen halen en eveneens iets minder dan een kwart geeft aan geen zorg meer nodig hebben. De overige patiënten geven aan dat zij naar maatschappelijk werk of naar de eerstelijns psycholoog zullen gaan. Een vergelijkbaar beeld komt naar voren uit de interviews met de behandelaren.

Figuur 6.2b laat zien dat geen van de zeer kwetsbare (A3) en matig kwetsbare (A2) patiënten aangeeft dat zij geen zorg meer nodig hebben. Het grootste deel van de patiënten in deze groepen ziet geen mogelijkheid tot zorg ergens anders en een klein deel geeft aan dat zij naar de huisarts zullen gaan. Van de minst kwetsbare patiënten (B) varieert de zorgverplaatsing tussen geen mogelijkheden, maatschappelijk werk, eerstelijns psycholoog en geen zorg meer nodig.

Figuur 6.2a Mogelijke zorgverplaatsing onder patiënten die verwachten uit zorg te gaan in 2012 (n=47)



Figuur 6.2b Mogelijke zorgverplaatsing onder patiënten die verwachten uit zorg te gaan in 2012 per onderzoeksgroep (n=47)[23]

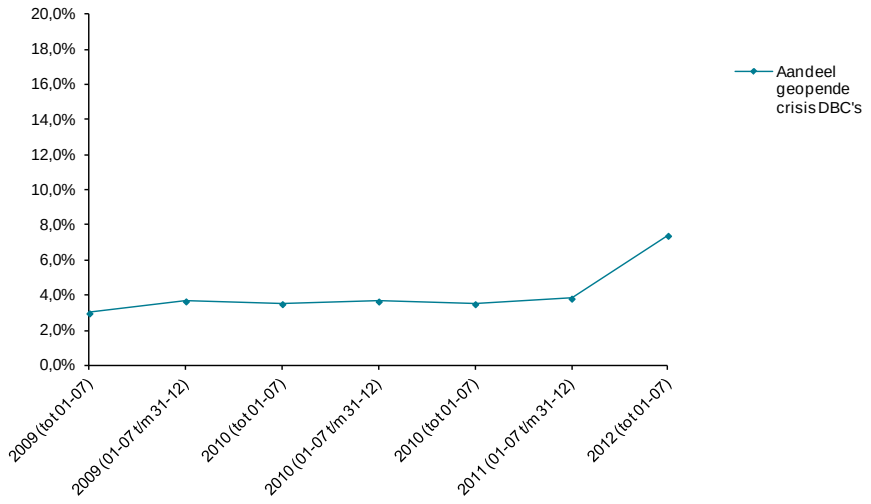


6.3 Zorgverplaatsing: gevolgen voor crisisopvang

Een ander mogelijk effect van de eigen bijdrage is zorgverplaatsing richting toename in het aantal crisis DBC's dat geopend wordt. Figuur 6.3 geeft een overzicht van deze trend voor de instellingen tussen 2009 en 2012.

[23] Er zijn geen respondenten uit onderzoeksgroep C1 en C2 die deze vraag hebben ingevuld (geen van de patiënten heeft aangegeven dat zij verwachten uit zorg te gaan) en van onderzoeksgroep C3 heeft 1 respondent deze vraag ingevuld.

Figuur 6.3 Trend in aandeel geopende crisis DBC's



Figuur 6.3 laat zien dat het aantal geopende crisis DBC's (ten aanzien van het totaal aantal geopende DBC's) tussen 2009 en december 2011 stabiel is rond de 4 procent. In het eerste half jaar van 2012 neemt het aantal crisis DBC's toe tot ongeveer 8 procent. In absolute aantal betekent dat een toename van circa 1.300 naar 1.900 crisis DBC's. Dit zou kunnen duiden op een gevolg van de eigen bijdrage, waarbij patiënten via een crisis DBC (weer) in zorg komen. We hebben echter niet kunnen vaststellen of dit het geval is. Uit de interviews met behandelaren komen verschillende mogelijke verklaringen naar voren, enerzijds zijn er casussen bekend waarbij een crisis DBC is geopend nadat een patiënt uit zorg is gegaan vanwege de eigen bijdrage, anderzijds zijn er ook gevallen bekend waarbij in het geval van een kort tweedelijns consult, vaak afkomstig vanuit de somatiek (PAAZ), een crisis DBC wordt gescoord om de eigen bijdrage te mijden.

Uit de interviews met behandelaren worden een tweetal casussen beschreven waarbij langdurende patiënten uit zorg gaan en onder behandeling van de huisarts komen. De huisarts bleek in deze gevallen uiteindelijk onvoldoende in staat om deze patiënten passende zorg te bieden, beide patiënten zijn weer terug in zorg (een heeft een IBS, de ander ontvangt bemoeizorg).

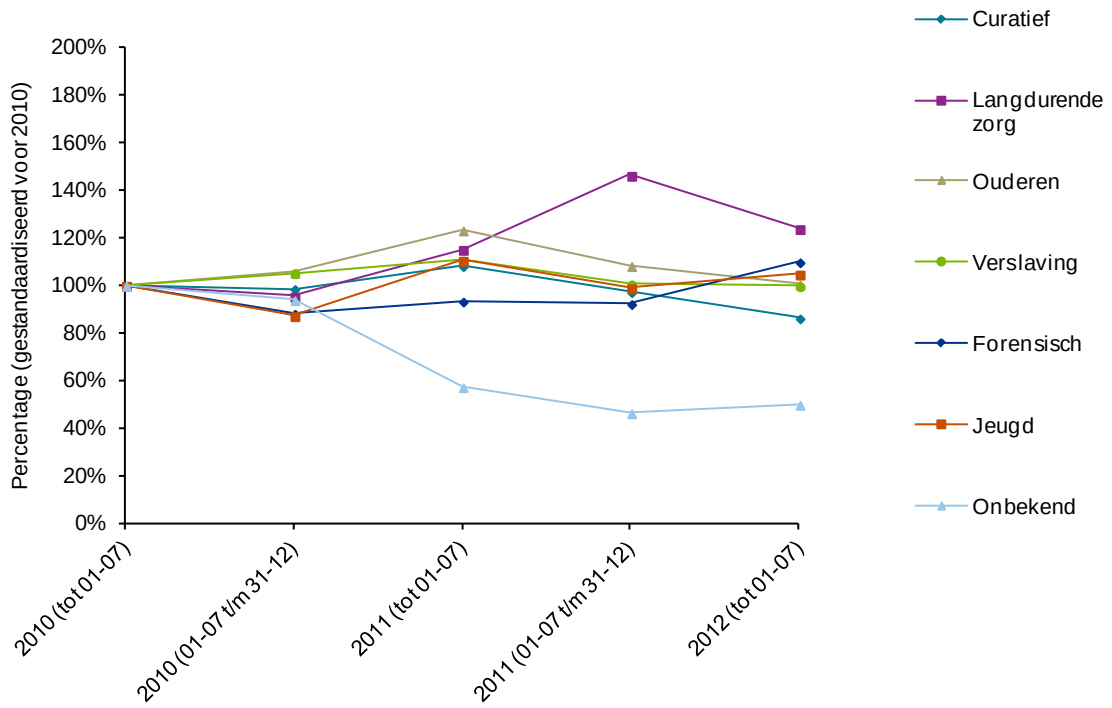
7 Effecten eigen bijdrage: zorgmijding

Dit hoofdstuk beschrijft de effecten van de eigen bijdrage op de mate van zorgmijding en beantwoordt daarmee een deel van onderzoeksvraag 5. We brengen de zorgmijding in kaart op basis van de aanmeldingen bij de ggz-instellingen, een webenquête onder huisartsen en tevens gebruiken we de interviews met behandelaren voor input om zorgmijding in kaart te brengen en de rol van de eigen bijdrage hierin te expliciteren.

7.1 Zorgmijding: aantal aanmeldingen

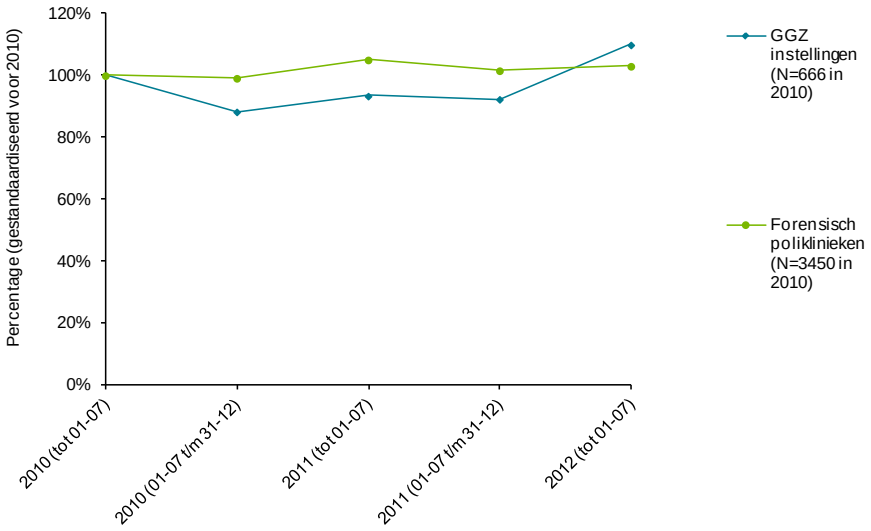
Figuur 7.1 geeft inzicht in de trend in het aantal aanmeldingen per type team in de ggz-instellingen (op instellingsniveau). De patiënten in het team jeugd betalen geen eigen bijdrage. De patiënten in het team forensisch worden deels uitgesloten van de eigen bijdrage (o.a. DBBC's). Bij deze twee type teams zien we een toename in aanmeldingen in de eerste periode in 2012. Bij de overige type teams zien we een afname in de eerste periode van 2012. In de curatieve en ouderen zorg zien we een afname die reeds is ingezet in 2011. In de langdurende zorg zien we een stijging in het aantal aanmeldingen sinds 2009 en een daling in 2012. Het is echter nog te vroeg om op basis van deze gegevens conclusies te trekken ten aanzien van het effect van de eigen bijdrage op het aantal aanmeldingen in de ggz-teams.

Figuur 7.1 Trends in het aanmeldingen per type team (op instellingsniveau)



In figuur 7.2 is de trend in aanmeldingen voor de forensische teams van de ggz-instellingen en forensisch poliklinieken weergegeven. Figuur 7.2 laat zien dat de aanmeldingen in de forensische poliklinieken redelijk stabiel zijn tussen de tweede periode van 2011 en de eerste periode van 2012. In de ggz-instellingen zien we een toename in aanmeldingen voor forensische teams voor deze periode.

Figuur 7.2 Trends in het aanmeldingen per type team: forensische teams en forensische poliklinieken



We hebben ook door middel van interviews de ervaringen van behandelaren in kaart gebracht ten aanzien van zorgmijding. Door behandelaren wordt de doelgroep huiselijk geweld als aandachtspunt genoemd in het kader van zorgmijding. Patiënten worden aangemeld via het steunpunt huiselijk geweld, justitie of via bureau jeugdzorg. Bij deze groep is vaak al daadwerkelijk sprake van delict gedrag; er heeft zich al een (ernstig) incident voorgedaan. Ze komen onder druk van het steunpunt huiselijk geweld of bureau jeugdzorg naar de tweedelijns ggz. Het maatschappelijk werk is dan niet meer toereikend. In het kader van huiselijk geweld worden patiënten vaak als stel behandeld, betekent dit dat er sprake is van twee keer een eigen bijdrage ggz, dus €400. Behandelaren geven aan dat zij een terugloop zien in de aanmeldingen bij deze groep.

8 Bevindingen en conclusies

Sinds 1 januari 2012 is in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) een eigen bijdrage geïntroduceerd voor tweedelijns behandeling (Zvw zorg). Dit rapport geeft op basis van verschillende methoden inzicht in:

Een indeling in kwetsbare groepen

Om te komen tot een verdeling van groepen in de mate van kwetsbaarheid is voor patiënten een risico-inschatting gemaakt van de consequenties van zorguitval op acht verschillende leefgebieden. Dit leidde tot een indeling in verschillende onderzoeksgroepen (zie figuur 8.1).

Figuur 8.1 Onderzoeksgroepen in termen van mate van kwetsbaarheid

Opzet onderzoeks-groepen	Groep B: Minder kwetsbare patiënten met een eigen bijdrage	Groep A: Kwetsbare patiënten met een eigen bijdrage. Groep C: Kwetsbare patiënten zonder een eigen bijdrage (i.v.m. uitsluiting van eigen bijdrage of compensatie).		
Clusteranalyse	Nauwelijks kwetsbaar Onderzoeksgroep B	Licht kwetsbaar Onderzoeksgroep A1 en C1	Matig kwetsbaar Onderzoeksgroep A2 en C2	Zeer kwetsbaar Onderzoeksgroep A3 en C3
Geestelijke gezondheidszorg	Lichte problemen	Matige problemen	Matige problemen	Ernstige problemen
Sociaal maatschappelijk (As 4)	Geen tot lichte problemen	Geen tot lichte problemen	Lichte en matige problemen	Matig tot ernstige problemen
Voorgeschiedenis	Beperkte behandelgeschiedenis	(Middel)lange (continue) behandelgeschiedenis	Middellange (continue) behandelgeschiedenis	Lange (continue) behandelgeschiedenis
Inkomen	Minimum loon – modaal	Sociaal minimum – minimum loon	Sociaal minimum – minimum loon	Sociaal minimum – minimum loon

De effecten van de eigen bijdrage: zorguitval

- De zorguitstroom onder patiënten fluctueert tussen 2010 en 2012. In 2012, na invoering van de eigen bijdrage, zien we geen duidelijke trendbreuk in de zorguitstroom. Wel geeft circa 5 tot 8 procent van de patiënten die uit zorg zijn gegaan aan dat zij dit doen vanwege de eigen bijdrage.
- Van de patiënten die nog in zorg zijn geeft circa 10 procent aan dat zij verwachten uit zorg te gaan en 20 procent geeft aan misschien uit zorg te gaan. Van deze groep geeft 30 procent aan dat zij dit overwegen doordat zij een eigen bijdrage moeten betalen.
- Van de patiënten die een eigen bijdrage moeten betalen heeft onderzoeksgroep B (licht kwetsbaar) het hoogste aandeel (38%) dat misschien in zorg blijft of uit zorg verwacht te gaan. Dit percentage neemt af naar mate de patiënten meer kwetsbaar worden. Dus hoe kwetsbaarder hoe vaker patiënten aangeven te verwachten in de toekomst in zorg te blijven.
- De zorguitstroom onder forensische patiënten loopt geleidelijk terug tussen 2010 en 2012. In 2012 zien we bij de forensische poliklinieken een sterkere daling in de zorguitstroom.
- Van de forensische patiënten die uit zorg is gegaan, geeft circa 6 procent aan dat zij gestopt zijn met de behandeling vanwege de eigen bijdrage.

- Van de forensische patiënten die uit zorg gaan vanwege de eigen bijdrage, heeft 40 procent een gemiddeld/hoog tot hoog risicoprofiel. Dit is een indicatie dat voor 40 procent van de patiënten die uit zorg valt vanwege de eigen bijdrage, de kans op recidive gemiddeld/hoog tot hoog is.

- Binnen de huiselijk geweld problematiek is het aandeel patiënten met een hoog risicoprofiel op recidive het hoogst.

De effecten van de eigen bijdrage: zorgverplaatsing

- De helft van de patiënten die uit zorg zijn gegaan vanwege de eigen bijdrage geeft in de enquête aan (n=8) dat zij geen mogelijkheid zien om de zorg ergens anders te halen. Een kwart geeft aan naar de huisarts te gaan en een ander kwart van deze patiënten geeft aan de zorg ergens anders dan bij de huisarts, maatschappelijk werk of eerstelijns psycholoog te halen.

- Het onderzoek laat zien dat het aantal geopende crisis DBC's tussen 2009 en december 2011 stabiel is rond de 4 procent en dat het aantal nieuw geopende crisis DBC's in het eerste deel van 2012 is toegenomen tot ongeveer 8 procent ten aanzien van het totaal aantal geopende DBC's. In absolute aantallen komt dit neer op een toename van circa 1.300 naar 1.900 crisis DBC's. Dit zou kunnen duiden op een gevolg van de eigen bijdrage, waarbij patiënten die uit zorg zijn gegaan, of niet meer in zorg komen, via een crisis DBC weer in zorg komen. Anderzijds duidt dit mogelijk op het eerder scoren van een crisis DBC, omdat deze is uitgesloten van de eigen bijdrage.

De effecten van de eigen bijdrage: zorgmijding

- Bij patiënten die deels worden uitgesloten van de eigen bijdrage (forensisch door o.a. DBBC's en jeugd) zien we een toename in aanmeldingen in de eerste periode in 2012.

- Bij de overige type teams zien we een afname in de eerste periode van 2012. In de curatieve en ouderen zorg zien we een afname die reeds is ingezet in 2011, dus voor de invoering van de eigen bijdrage. In de langdurende zorg zien we een stijging in het aantal aanmeldingen sinds 2009 en een daling in 2012.

- De aanmeldingen voor de forensische teams zijn stabiel tussen 2010 en 2012.

Bijlage 1 Literatuurlijst

Boschloo, L., van den Brink, W., Penninx, BW., Wall, MM., Hasin, DS. Alcohol-use disorder severity predicts first-incidence of depressive disorders. Psychol Med. 2012; 42(4); 695-703.

Collard, RM., Oudevoshaar, RC. Overzichtsartikel. Frailty; een kwetsbaar begrip. Tijdschrift voor psychiatrie. 2012; 54; 1

Delespaul, P. Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie.

Kroon, H., Pijl, B. Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de ggz. Trends in de periode 1995 – 2004 op basis van psychiatrische casusregisters. Trimbos-instituut, Utrecht. 2008

Fillit, H., Butler, RN. The frailty identity crisis. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(2); 348-52.

Goethals, KR., van Marle, HJC. Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: een lang verhaal in het kort. Tijdschrift voor psychiatrie. 2012; 54; 2

Gouzoulis-Mayfrank, E. Dual diagnosis psychosis and substance use disorders: theoretical foundations and treatment. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2008; 36(4); 245-53.

GGD Amsterdam. Zorg werkt! Resultaten van het PvAMO Amsterdam. 2007

Harte, JM., van Kalmthout, WD., Knüppe, JJMC. Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van toezicht op tbs-gestelden. Amsterdam, Vrije Universiteit. 2010;
Reeks Criminologie: nr. 7

van Horn, JE., Eisenberg, MJ., van Kuik, S., van Kinderen, GM. Psychiatrische stoornissen en recidive bij
geweldplegers met dubbele diagnose; vergelijking met andere subgroepen geweldplegers. Tijdschrift voor psychiatrie. 2012; 54; 6;497

de Kogel. K. Terbeschikkingstelling (TBS) en forensisch psychiatrische zorg. Justitie Wetenschappelijk Onderzoeken Documentatiecentrum. 2006

Masillo, A., Day, F., Laing, J., Howes, O., Fusar-Poli, P., Byrne, M., Bhattacharyya, S., Fiori Nastro, P., Girardi, P., McGuire, PK., Valmaggia, LR. Interpersonal sensitivity in the at-risk mental state for psychosis. Psychol Med. 2012; 42(9); 1835-45.

Mulder, CL., van der Gaag, M., Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P.A.E., et al. Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. Tijdschrift voor psychiatrie 2010; 53; 3

Olivera, PFJ., Rodríguez,TM., Lorente, AT., Benabarre, CS., Pardo, GMA., Ceresuela, LA. Screening for factors relating to the development of mental disorders in the geriatric population (PSICOTARD). Aten Primaria. 2006; 38(6); 353-7.

Tang, YMD., Kranzler, HR., Gelernter, J., Farrer, LA., Pearson, D., Cubells, JF. Transient Cocaine-Associated Behavioral Symptoms Rated with a New Instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP). Am J Addict. 2009; 18(5); 339–345.

Internetbronnen:

Disability & Socioeconomic Status: http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/factsheet-disability.pdf

Expertise centrum forensiche pyschiatrie: http://www.efp.nl/forensische-psychiatrie/stoornissen

Langdurige forensisch psychiatrische zorg. Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2009. http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/angdurige_forensisch_psychiatrische_zorg_def.pdf

GGZ Nederland, Expertgroep ROM FP. ROM Forensische Psychiatrie. Aanbevelingen 2011. http://www.ggznederland.nl/kwaliteit-van-zorg/rom/expertgroepen/20111214-rom-fp-aanbevelingen-2011-v10.pdf

Uitvoeringsprotocol Forensische Zorg 2011. Praktische handreiking werkwijze 2011: http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/EFP%20DJI%20Zorginkoop%202011%20Uitvoeringsprotocol%20Forensische%20Zorg%202011_tcm93-319551%20%283%29.pdf

Bijlage 2 Enquête panel, uitvallers en huisartsen

Monitor effecten eigen bijdrage ggz – vragen aan patiënten in zorg

Inleiding

In deze enquête vragen we naar de patiëntervaring rondom de invoering van de eigen bijdrage en wat hiervan de persoonlijke gevolgen zijn voor de patiënt. Het is de bedoeling dat u de volgende vragen namens de patiënt beantwoordt.

De vragen

1. **Patiëntnummer (in te vullen door instelling)**
   Open vraag

2. **Heeft u informatie ontvangen over de eigen bijdrage die is ingevoerd voor zorg in de ggz?**
   a) Ja
   b) Nee

3. **Moet u een eigen bijdrage betalen voor zorg in de ggz?**
   a) Ja, ik moet een deel van mijn behandeling zelf betalen. Dit is maximaal 200 euro per jaar.
   b) Nee, ik hoef geen eigen bijdrage te betalen, omdat mijn behandeling uitgesloten is van de eigen bijdrage
   c) Nee, ik hoef geen eigen bijdrage te betalen, omdat ik hiervoor geld ontvang vanuit een instantie (gemeente, steunfonds, etc)
   d) Ik weet niet of ik een deel van mijn behandeling moet betalen.

4. **Kunt u de eigen bijdrage zelf betalen? Dit is maximaal 200 euro per jaar.**
   a) Ja
   b) Nee

5. **Blijft u het komende jaar zorg bij deze ggz-instelling gebruiken?**
   a) Ja (ga door naar vraag 6)
   b) Nee (ga door naar vraag 5.1)
   c) Misschien (ga door naar vraag 5.2)

   5.1. Waarom gaat u het komende jaar weg bij deze ggz-instelling?
   a) Omdat mijn behandeling is afgelopen
   b) Omdat ik de behandeling niet nuttig vind
   c) Omdat ik een eigen bijdrage moet betalen
   d) Geen reden
   e) Overig

5.1.1. Ziet u een mogelijkheid om de zorg die u nodig heeft ergens anders te halen dan in de ggz?

a) Ja, bij de huisarts (einde vragenlijst)
b) Ja, bij maatschappelijk werk (einde vragenlijst)
c) Ja, bij de eerstelijns psycholoog (einde vragenlijst)
d) Ja, maar ergens anders dan hierboven genoemd, namelijk… (einde vragenlijst)
e) Nee, ik heb geen zorg meer nodig voor mijn psychische klachten (einde vragenlijst)
f) Nee, ik zie hiervoor geen mogelijkheden (einde vragenlijst)

5.2. Waarom twijfelt u of u zorg blijft gebruiken bij deze ggz-instelling?

a) Omdat ik misschien niet meer in zorg hoef
b) Omdat ik de behandeling niet nuttig vind
c) Omdat ik een eigen bijdrage moet betalen
d) Geen reden
e) Overig

5.2.1. Ziet u een mogelijkheid om de zorg die u nodig heeft ergens anders te halen dan in de ggz?

a) Ja, bij de huisarts
b) Ja, bij maatschappelijk werk
c) Ja, bij de eerstelijns psycholoog
d) Ja, maar ergens anders dan hierboven genoemd, namelijk…
e) Nee, ik heb geen zorg meer nodig voor mijn psychische klachten (einde vragenlijst)
f) Nee, ik zie hiervoor geen mogelijkheden (einde vragenlijst)

6. Bent u van plan in 2012 uw behandeling tijdelijk te onderbreken?

a) Ja (ga door naar vraag 6.1)
b) Nee (einde vragenlijst)
c) Misschien (ga door naar vraag 6.2)

6.1. Waarom gaat u uw behandeling tijdelijk onderbreken?

a) Omdat ik vind dat ik even niet meer in zorg hoef (einde vragenlijst)
b) Omdat ik de behandeling niet nuttig vind (einde vragenlijst)
c) Omdat ik een eigen bijdrage moet betalen (einde vragenlijst)
d) Geen reden (einde vragenlijst)
e) Overig (einde vragenlijst)

6.2. Waarom twijfelt u of u uw behandeling tijdelijk wilt onderbreken?

a) Omdat ik niet zeker ben of een tijdelijke onderbreking nuttig is
b) Omdat ik de behandeling niet nuttig vind
c) Omdat ik een eigen bijdrage moet betalen
d) Geen reden
e) Overig

Monitor effecten eigen bijdrage ggz – vragen aan patiënten die uit zorg zijn gegaan

Inleiding

In deze enquête vragen we naar de patiëntervaring rondom de invoering van de eigen bijdrage, en wat hiervan de persoonlijke gevolgen zijn voor de patiënt. Het is de bedoeling dat u de volgende vragen namens de patiënt beantwoordt.

De vragen

1. **Patiëntnummer (in te vullen door instelling)**
   Open vraag (verplicht invullen)

2. **Heeft u informatie ontvangen over de eigen bijdrage die is ingevoerd voor zorg in de ggz?**
   a) Ja
   b) Nee

3. **Moe(s)t u een eigen bijdrage betalen voor zorg in de ggz?**
   a) Ja, ik betaal een deel van mijn behandeling zelf/ heb een deel van mijn behandeling zelf betaald. Dit is maximaal 200 euro per jaar.
   b) Nee, ik hoef(de) geen eigen bijdrage te betalen, omdat mijn behandeling uitgesloten is van de eigen bijdrage
   c) Nee, ik hoef(de) geen eigen bijdrage te betalen, omdat ik hiervoor geld ontvang vanuit een instantie (gemeente, steunfonds, etc)
   d) Ik weet niet of ik een deel van mijn behandeling moe(s)t betalen

4. **Waarom bent u niet meer in behandeling bij een ggz-instelling?** *(klik de voornaamste reden aan)*
   a) Ik vond de behandeling niet nuttig (einde vragenlijst)
   b) De behandeling is afgelopen (einde vragenlijst)
   c) Doordat ik een eigen bijdrage moet betalen voor de behandeling (door naar vraag 5)
   d) Geen reden (einde vragenlijst)
   e) Overige redenen (einde vragenlijst)

5. **Waarom heeft de eigen bijdrage ertoe geleid dat u gestopt bent met de behandeling?**
   a) De behandeling heeft voor mij te weinig meerwaarde om hier zelf geld voor te betalen.
   b) Ik kan de eigen bijdrage niet betalen omdat dit voor mij te duur is.
   c) Overig, namelijk …

6. **Ziet u een mogelijkheid om de zorg die u nodig heeft ergens anders te halen dan in de ggz?**
   a) Ja, bij de huisarts
   b) Ja, bij maatschappelijk werk
   c) Ja, bij de eerstelijnspsycholoog
   d) Ja, maar ergens anders dan hierboven genoemd, namelijk…
   e) Nee, ik heb geen zorg meer nodig voor mijn psychische klachten
   f) Nee, ik zie hiervoor geen mogelijkheden

7. **Bent u van plan om later wel weer in zorg te gaan bij een ggz-instelling?**
   a) Ja (ga door naar vraag 7.1)
   b) Nee (ga door naar vraag 7.2)
   c) Misschien (ga door naar vraag 7.3)

7.1. Waarom ben u van plan later wel weer in zorg te gaan?

a) Ik heb de zorg echt nodig en kan niet anders (einde vragenlijst)
b) Als ik geen eigen bijdrage meer hoef te betalen ga ik weer in zorg (einde vragenlijst)
c) Ik weet het niet (einde vragenlijst)
d) Overig, namelijk… (einde vragenlijst)

7.2. Waarom gaat u niet meer in zorg?

a) Ik kan het niet betalen (einde vragenlijst)
b) Ik wil er niet voor betalen (einde vragenlijst)
c) Ik weet het niet (einde vragenlijst)
d) Overig, namelijk... (einde vragenlijst)

7.3. Waarom twijfelt u of u wel weer in zorg gaat?

a) Als ik de zorg echt nodig heb ga ik weer in zorg (einde vragenlijst)
b) Ligt eraan of de eigen bijdrage wordt afgeschaft (einde vragenlijst)
c) Ligt eraan of ik er zin in heb (einde vragenlijst)
d) Ik weet het niet (einde vragenlijst)
e) Overig, namelijk… (einde vragenlijst)

Monitor effecten eigen bijdrage ggz – vragen aan huisartsen

Vragenlijst over de effecten van de eigen bijdrage ggz

Inleiding

Welkom bij de enquête over de effecten van de eigen bijdrage in de ggz. In deze enquête vragen we u naar uw praktijkervaringen sinds de introductie van de eigen bijdrage. Mocht u twijfelen over een antwoord vul dan het voor u meest waarschijnlijke antwoord in. Het invullen van de enquête zal maximaal 10 minuten duren.

De vragen

1. Is het aantal patiënten dat u behandelt voor een psychiatrische aandoening vanaf januari 2012 gewijzigd?

a) Ja, dit is toegenomen (in de online enquête wordt u doorgestuurd naar vraag 1.1)
b) Ja, dit is afgenomen (naar vraag 1.2)
c) Nee, dit is gelijk gebleven (naar vraag 2)

1.1. In welke mate is het aantal patiënten dat u behandelt voor een psychiatrische aandoening toegenomen?

(We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht.)

a) Een beetje toegenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk toegenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk toegenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk toegenomen, namelijk meer dan 25 procent

1.1.1. Waar merkt u dit aan?

Open vraag

1.1.2. Wat zijn redenen voor deze toename?

a) Voornamelijk vanwege het eigen risico
b) Voornamelijk vanwege de eigen bijdrage
c) De combinatie van het eigen risico en de eigen bijdrage (beiden evenveel invloed)
d) Anders

1.1.3. Wordt de toename voornamelijk veroorzaakt door patiënten die voorheen behandeld werden in een ggz-instelling?

a) Ja (naar vraag 2)
b) Nee (naar vraag 2)
c) Weet niet (naar vraag 2)

***1.2.* In welke mate is het aantal patiënten dat u behandelt voor een psychiatrische aandoening afgenomen?**

(We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht.)

a) Een beetje afgenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk afgenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk afgenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk afgenomen, namelijk meer dan 25 procent

1.2.1. Waar merkt u dit aan?

Open vraag

1.2.2. Wat zijn redenen voor deze afname?

Open vraag

1.2.3. Wordt de afname voornamelijk veroorzaakt door patiënten die voorheen behandeld werden in een ggz-instelling?

a) Ja
b) Nee

2. Is het aantal patiënten dat door u <u>doorverwezen</u> wordt naar ggz-instellingen vanaf januari 2012 gewijzigd?

a) Ja, dit is toegenomen (naar vraag 2.1)
b) Ja, dit is afgenomen (naar vraag 2.2)
c) Nee, dit is gelijk gebleven (naar vraag 3)

2.1. In welke mate is het aantal doorverwijzingen naar ggz-instellingen toegenomen? *(We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht)*

a) Een beetje toegenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk toegenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk toegenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk toegenomen, namelijk meer dan 25 procent

2.1.1. Kunt u de toename van het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijns ggz specificeren? (meerdere antwoorden mogelijk)

a) Er komen met name meer patiënten met psychische klachten op mijn spreekuur
b) Met name doordat patiënten vaker doorverwezen willen worden
c) Anders

2.1.2. Wat is de reden dat patiënten vaker doorverwezen willen worden?

Open vraag

2.2. In welke mate is het aantal doorverwijzingen naar ggz-instellingen afgenomen? (*We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht)*

a) Een beetje afgenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk afgenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk afgenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk afgenomen, namelijk meer dan 25 procent

2.2.1. Kunt u de afname van het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijns ggz specificeren? (meerdere antwoorden mogelijk)

a) Er komen met name minder patiënten met psychische klachten op mijn spreekuur
b) Met name doordat patiënten minder doorverwezen worden (naar vraag 2.1.2)
c) Anders

2.2.2. Wat is de reden dat patiënten minder doorverwezen willen worden?

a) Voornamelijk vanwege het eigen risico
b) Voornamelijk vanwege de eigen bijdrage
c) De combinatie van het eigen risico en de eigen bijdrage (beiden evenveel invloed)
d) Anders

3. Ziet u sinds januari 2012 een wijziging in het opvolgen van de door u voorgestelde doorverwijzing naar de ggz?

a) Ja, het aantal patiënten dat een doorverwijzing opvolgt is toegenomen (naar vraag 3.1)
b) Ja, het aantal patiënten dat een doorverwijzing niet direct opvolgt is toegenomen (naar vraag 3.2)
c) Ja, het aantal patiënten dat een doorverwijzing helemaal niet opvolgt is toegenomen (naar vraag 3.3)
d) Nee, dit is niet gewijzigd (ga door naar vraag 4)

3.1. In welke mate is het aantal patiënten dat een doorverwijzing opvolgt toegenomen? (*We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht)*

a) Een beetje toegenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk toegenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk toegenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk toegenomen, namelijk meer dan 25 procent

3.1.1. Waar merkt u dit aan?

Open vraag

3.1.2. Wat zijn redenen voor deze toename?

Open vraag

3.2. In welke mate is het aantal patiënten dat een doorverwijzing *niet direct* opvolgt toegenomen?

(*We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht)*

a) Een beetje toegenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk toegenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk toegenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk toegenomen, namelijk meer dan 25 procent

3.2.1. Waar merkt u dit aan?

Open vraag

3.2.2. Wat zijn redenen voor deze toename?

a) Voornamelijk vanwege het eigen risico
b) Voornamelijk vanwege de eigen bijdrage
c) De combinatie van het eigen risico en de eigen bijdrage (beiden evenveel invloed)
d) Anders

3.3. In welke mate is het aantal patiënten dat een <u>doorverwijzing *helemaal niet*</u> opvolgt toegenomen?

(*We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht)*

a) Een beetje toegenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk toegenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk toegenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk toegenomen, namelijk meer dan 25 procent

3.3.1. Waar merkt u dit aan?

Open vraag

3.3.2. Wat zijn redenen voor deze toename?

a) Voornamelijk vanwege het eigen risico
b) Voornamelijk vanwege de eigen bijdrage
c) De combinatie van het eigen risico en de eigen bijdrage (beiden evenveel invloed)
d) Anders

4. Is het aantal patiënten dat door u <u>doorverwezen wordt voor crisisbehandeling</u> in een ggz-instelling vanaf januari 2012 gewijzigd?

a) Ja, dit is toegenomen (naar vraag 4.1)
b) Ja, dit is afgenomen (ga door naar vraag (naar vraag 4.2)
c) Nee, dit is gelijk gebleven (naar vraag 5)

4.1. In welke mate is het aantal <u>doorverwijzingen naar de crisisopvang</u> toegenomen?

(*We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht)*

a) Een beetje toegenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk toegenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk toegenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk toegenomen, namelijk meer dan 25 procent

4.1.1. Waar merkt u dit aan?

Open vraag

4.1.2. Wat zijn redenen voor deze toename?

a) Voornamelijk vanwege het eigen risico (naar vraag 5)
b) Voornamelijk vanwege de eigen bijdrage (naar vraag 5)
c) De combinatie van het eigen risico en de eigen bijdrage (beiden evenveel invloed) (naar vraag 5)
d) Anders (naar vraag 5)

4.2. In welke mate is het aantal <u>doorverwijzingen naar de crisisopvang</u> afgenomen?

(*We willen u vragen om het antwoord in te vullen dat u het meest waarschijnlijk acht)*

a) Een beetje afgenomen, namelijk minder dan 5 procent
b) Redelijk afgenomen, namelijk tussen de 5-15 procent
c) Sterk afgenomen, namelijk tussen de 15-25 procent
d) Zeer sterk afgenomen, namelijk meer dan 25 procent

4.2.1. Waar merkt u dit aan?

Open vraag

4.2.2. Wat zijn redenen voor deze afname?

Open vraag (naar vraag 5)

5. Tot slot, in welke regio is de huisartspraktijk waar u werkzaam bent gevestigd?

a) Utrecht en omstreken
b) Den Haag en omstreken
c) Noord-Holland

Bijlage 3 Scoringslijsten voor behandelaren

Definities verschillende leefgebieden

Leefgebieden	
Geestelijke gezondheid	• Ernst van de symptomen of chroniciteit • Mate van copingsmogelijkheden en probleemoplossend vermogen • Kans op optreden of toename van zelfdestructief gedrag • Kans op verslaving
In contact met politie en justitie	• Kans op ontregeling, verloedering en uiteindelijk criminaliteit door psychiatrische aandoening • Kans op agressie naar omgeving door psychiatrische aandoening • Kans op detentie door psychiatrische aandoening
Lichamelijke gezondheid	• Kans op somatische problemen door psychiatrische aandoening • Kans op het niet juist omgaan met medicatie met ernstige gevolgen van o.a. bijwerkingen
ADL - Mate van zelfzorg	• Mate van zelfzorg en persoonlijke hygiëne door psychiatrische aandoening • Beperkingen die patiënten ervaren in het dagelijks leven door psychiatrische aandoening
Dagbesteding in de vorm van werk, vrijetijds-besteding onderwijs of dagactiviteiten	• Kans op verlies van werk door psychiatrische aandoening • Ervaren hindernissen in het vinden van werk of dagbesteding • Mogelijkheden om in contact te komen met andere mensen
Woon- en leefomgeving	• Verlies van mogelijkheden tot het betalen van de huur of de hypotheeklasten met uiteindelijke huisuitzetting tot gevolg • Kans op gevaar of vervuiling door het niet op orde hebben van de woning • Kans op problemen in de woonomgeving veroorzaakt door overlast (lawaai, troep, stank, ruzie, etc.)
Relaties en sociale contacten	• Aanwezigheid van sociaal netwerk / sociale steun • (Sociaal-maatschappelijke) participatie door psychiatrische aandoening
Zorg voor het directe gezin (jonge kinderen)	• Beperking in mogelijkheden tot zorg voor het gezin (met jonge kinderen) door psychiatrische aandoening

Definitie antwoordcategorieën leefgebieden

Mate van gevolgen op leefgebieden	
0 = geen	Geen / nihil gevolgen binnen een jaar bij uitval uit zorg vanwege eigen bijdrage
1 = licht	Lichte gevolgen binnen een jaar bij uitval uit zorg vanwege eigen bijdrage
2 = matig	Matige gevolgen binnen een jaar bij uitval uit zorg vanwege eigen bijdrage
3 = ernstig	Ernstige gevolgen binnen een jaar bij uitval uit zorg vanwege eigen bijdrage

Definitie antwoordcategorieën aanvullende kenmerken

Ziektebesef/ -inzicht	
ja	De patiënt heeft het besef dat hij een psychiatrische aandoening heeft
gebrekkig	De patiënt heeft geen volledig besef dat hij/zij een psychiatrische aandoening heeft
geen	De patiënt ontkent dat hij/zij een psychiatrische aandoening heeft

Voorgeschiedenis	
geen	Deze patiënt heeft is nooit eerder behandeld voor (een) psychiatrische stoornis(sen)
eerdere behandeling < 2 jaar	Deze patiënt is afgelopen twee jaar eerder in behandeling geweest voor (een) psychiatrische stoornis(sen)
continue behandeling < 2 jaar	Deze patiënt is afgelopen twee jaar continue in behandeling geweest voor (een) psychiatrische stoornis(sen)
continue behandeling > 2 jaar	Deze patiënt is al langer dan twee jaar continue in behandeling voor (een) psychiatrische stoornis(sen)

Inkomen	
sociaal minimum	Het inkomen van de patiënt ligt onder het sociaal minimum. Het sociaal minimum is het bedrag dat de patiënt ten minste nodig heeft om in levensonderhoud te kunnen voorzien. Dit is ongeveer gelijk aan een uitkering volgens de Wet werk en bijstand (WWB)
sociaal minimum tot minimum loon	Het inkomen van de patiënt ligt tussen het sociaal minimum en het wettelijk vastgelegd minimum brutoloon voor werknemers vanaf 23 jaar bij een volledige werkweek, exclusief vakantiegeld, dit bedraagt €17.360 per jaar, per maand is dit € 1.447
minimum loon tot modaal	Het inkomen van de patiënt ligt tussen het minimum loon en het bruto modale inkomen. Dit is volgens het CPB in 2011 € 33.000 (vakantietoeslag meegerekend). Per maand is dat € 2.546 (bruto, exclusief 8% vakantietoeslag).
modaal tot hoog inkomen	Het inkomen van de patiënt is hoger dan modaal (€ 33.000 incl. vakantietoeslag)

Bijlage 4 Begrippenlijst

DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen. De DSM IV is de laatste versie.
CGI	Globale klachtbeoordeling behandelaar, vragenlijst onder andere gebruikt in de ROM
DBBC	diagnose behandel en beveiliging combinaties
DBC	diagnose behandeling combinatie
GAF score	Een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De term is een afkorting van Global Assessment of Functioning.
ROM	Routine outcome monitoring
SES	Sociaal Economische Status
Zvw	Zorgverzekeringswet

Contact gegevens

Joost Kruytzer
Partner KPMG Plexus
Sectorleider ggz
T +31 20 3010800
E kruytzer.joost@kpmgplexus.nl

Karin Lemmens
Manager KPMG Plexus
T +31 20 3010800
E lemmens.karin@kpmgplexus.nl

www.kpmg.nl

www.kpmgplexus.nl

© 2012 KPMG Advisory N.V, ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ("KPMG International"), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International