



Zorgthermometer ggz

# Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg

**vektis** intelligence



# Meer mensen in zorg én dichter bij huis

Vektis draagt bij aan goede zorg in Nederland. Iedere dag weer. Dankzij de intelligente bouwstenen en slimme standaarden van Vektis Streams verlopen inkoop en declaratie in de zorg soepel en efficiënt. Vektis Intelligence geeft inzicht in het gebruik van zorg over de gehele breedte. Als geen ander weten wij hoe we zorgdata moeten interpreteren. Deze Zorgthermometer over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is daar een mooi voorbeeld van.

Zo'n 10 jaar geleden werd de ggz overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de

Zorgverzekeringswet (Zvw). Wat heeft ons dat gebracht? In deze Zorgthermometer schetsen we een beeld van de curatieve en langdurige ggz in Nederland. Welke veranderingen zijn in het afgelopen decennium de revue gepasseerd en zijn deze ook van invloed op de kosten en kwaliteit van de zorg? Wat betekenen deze ontwikkelingen voor de patiënt en voor de ggz-aanbieders? Daarnaast geven Bas van Wel, voorzitter van het Platform IHT, en Jeroen Muller, voorzitter bij het NKO, ons een kijkje in de keuken van de ggz-sector. En uiteraard staan we uitgebreid stil bij wat de cijfers ons leren over de ggz.

# Inhoud

<b>1. De geestelijke gezondheidszorg in beeld</b>	<b>2</b>
<b>2. “Minder opnames en meer tevreden patiënten”</b> Interview Bas van Wel	<b>8</b>
<b>3. De patiënt</b>	<b>12</b>
<b>4. “Ook met standaarden is er nog voldoende te kiezen”</b> Interview Jeroen Muller	<b>22</b>
<b>5. De zorgaanbieder</b>	<b>25</b>
<b>6. Nawoord</b>	<b>32</b>
<b>7. Verklarende begrippenlijst</b>	<b>34</b>

# 1. De geestelijke gezondheidszorg in beeld

De ggz biedt zorg aan mensen met psychische aandoeningen. Ongeveer 43% van alle Nederlanders tussen de 18 en 64 jaar krijgt op enig moment te maken met een psychische aandoening<sup>1</sup>. Jaarlijks worden meer dan 1 miljoen mensen hiervoor behandeld.

<sup>1</sup> Bron: de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, het Trimbos-instituut, Utrecht 2010.

## Ontwikkelingen ggz versus de zorgkosten

In de afgelopen jaren zien we veel beleidsveranderingen binnen de ggz. Deze zijn van invloed op de vergoede zorgkosten, zo blijkt uit cijfers. In de infographic zetten we de cijfers in de curatieve en langdurige ggz vanaf 2009 op een rij.



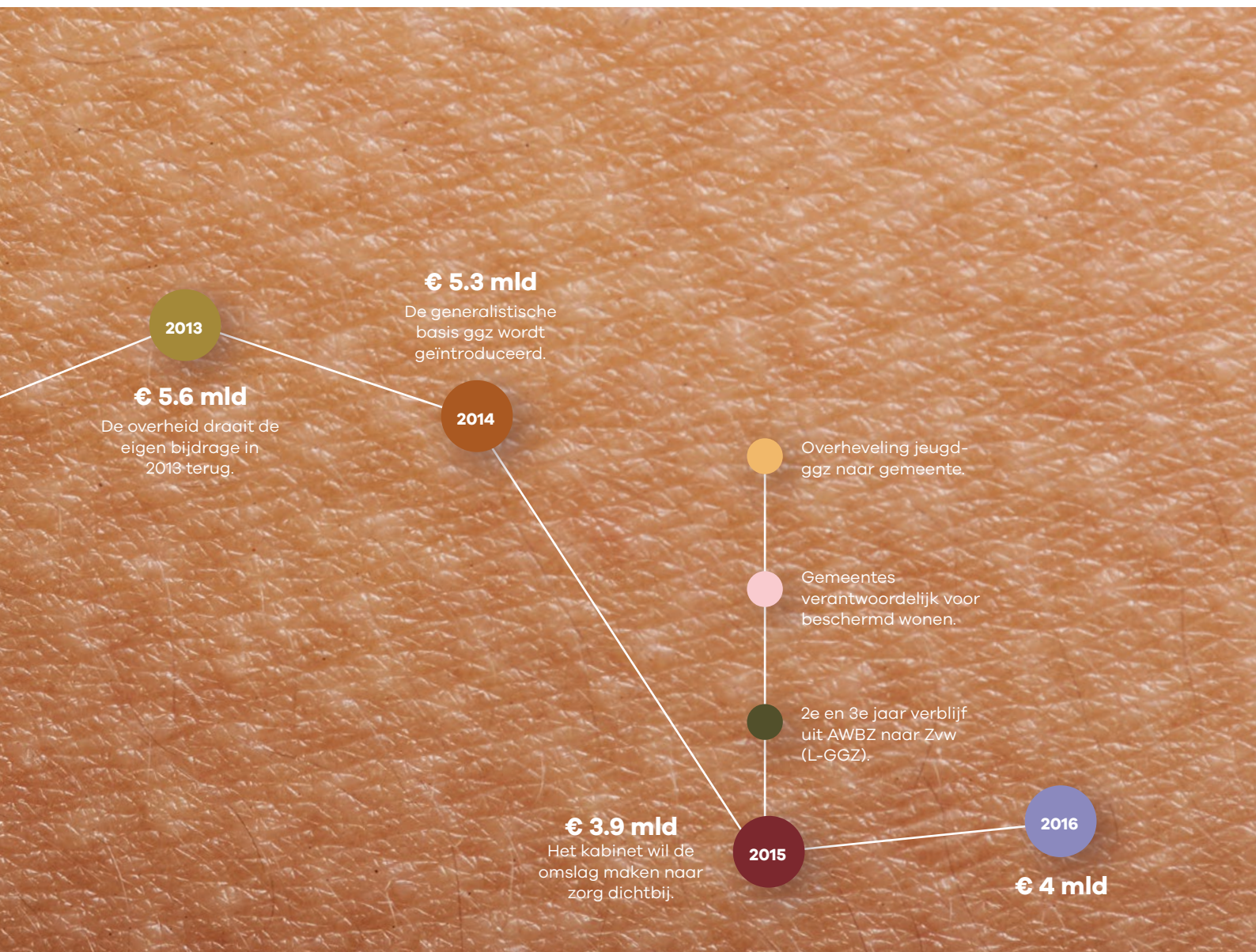
De ggz is enerzijds gericht op preventie, behandeling en genezing. Anderzijds op het leren omgaan met de aandoening en het zo goed mogelijk deelnemen aan de samenleving. Vaak volstaat een relatief korte behandeling. Bijvoorbeeld een aantal gesprekken bij de huisarts of de praktijkondersteuner ggz, een behandeling bij een praktijk of instelling, of een gerichte behandeling met korte opname. Soms is langdurige zorg nodig, vaak in combinatie met opname en/of begeleiding. In dit hoofdstuk staan we stil bij de verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg. Ook laten we zien wat de effecten van het ingevoerde beleid zijn aan de hand van vergoede zorgkosten en aantallen patiënten.



**> 17 miljoen**  
Nederlanders

**43%**  
krijgt ooit te maken met een psychische aandoening

**1 miljoen**  
mensen krijgt een behandeling in de ggz in 2015



Tabel 1.1

## Aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz neemt af

Echelon	2012		2013		2014		2015	2016
	0 t/m 17 jaar	18 jaar en ouder	0 t/m 17 jaar	18 jaar en ouder	0 t/m 17 jaar	18 jaar en ouder	18 jaar en ouder	18 jaar en ouder
POH-GGZ	5.100	116.400	7.900	174.400	20.300	345.500	429.000	484.800
Eerstelijns GGZ	62.800	256.500	64.000	241.400				
Generalistische basis ggz					60.000	222.400	205.900	181.300
Tweedelijns/ gespecialiseerde ggz met verblijf	3.400	47.600	3.800	51.400	2.900	47.200	46.300	29.300
Tweedelijns/ gespecialiseerde ggz zonder verblijf	207.300	587.400	206.600	630.500	163.000	520.400	498.100	315.100
Langdurige ggz							1.300	2.200
ZZP B (in de Wlz)	10	9.700	20	9.300	10	8.900	7.500	6.300
ZZP C (in de Wlz)	30	24.200	60	24.600	80	23.800		

Opmerking: De aantallen in 2016 worden waarschijnlijk hoger, omdat 2016 nog niet compleet binnen is bij Vektis.

### Algemene trends in de ggz

De infographic op pagina 2 en 3 toont de ontwikkeling van de kosten in de ggz. Door beleidswijzigingen zijn er verschillende trendbreuken zichtbaar. In grote lijnen zie je een daling van de kosten in de geestelijke gezondheidszorg in de periode 2010 tot en met 2015, vooral in de gespecialiseerde ggz.

Het totaal aantal volwassen patiënten in de ggz stijgt licht vanaf 2014, van 1 miljoen tot 1,1 miljoen. Dat zie je in tabel 1.1. Dit wordt veroorzaakt door een sterke stijging van het aantal patiënten dat bij de POH-GGZ komt. In 2016 zijn dit er bijna een half miljoen.

Het aantal patiënten dat in de gespecialiseerde ggz wordt behandeld, is sinds 2014 sterk gedaald door de introductie van de generalistische basis ggz (GB-GGZ). Dat geldt voor patiënten die worden opgenomen en patiënten met een ambulante behandeling. Ook het aantal ZZP's voor langdurige zorg in een instelling vertoont een dalende trend.

De algemene tendens is dat patiënten vaker behandeld worden in de lichtere basis ggz en door de POH-GGZ en minder snel in de gespecialiseerde ggz terechtkomen.

## Geestelijke gezondheidszorg verdeeld over verschillende domeinen

De ggz in de breedste zin van het woord omvat zorg en begeleiding van mensen met psychische aandoeningen. Vanaf 2015 is de situatie als volgt:

- De curatieve – op herstel gerichte – zorg voor volwassenen is in 2015 onderdeel van de Zorgverzekeringswet. De zorgkosten zijn 3,3 miljard euro voor gespecialiseerde en basis ggz en ruim 110 miljoen euro voor POH-GGZ.
- Patiënten die minstens 3 jaar aaneengesloten opgenomen zijn vanwege behandeling krijgen zorg vanuit de Wlz. De zorgkosten hiervan bedragen ongeveer 560 miljoen euro in 2015.
- In het sociale domein zijn gemeentes verantwoordelijk voor de jeugd-ggz, beschermd wonen en begeleiding. Gemeentes krijgen een niet geormerkte bijdrage van het rijk. Het bedrag in 2015 is daardoor niet exact bekend. De zorg voor jeugd bedroeg in de jaren voor de overheveling ongeveer 880 miljoen euro en voor beschermd wonen 1 miljard euro. De kosten voor begeleiding en andere ggz-gerelateerde kosten waren in 2014 ongeveer 530 miljoen euro (AWBZ).

- Ggz met een strafrechtelijke titel valt onder Justitie. Deze forensische zorg kost ongeveer 730 miljoen euro per jaar.

De zorgkosten in de ggz bedragen daarmee in 2015 ongeveer 7 miljard euro, waarbij de zorgkosten van een aantal onderdelen zijn geraamd op basis van voorgaande jaren. Gemeentes hebben veel ruimte om de zorg naar eigen inzicht in te kopen. Hierdoor kunnen de zorgkosten vanaf 2015 in werkelijkheid afwijken van deze schatting.

## Niet vergoede zorg en eigen bijdragen

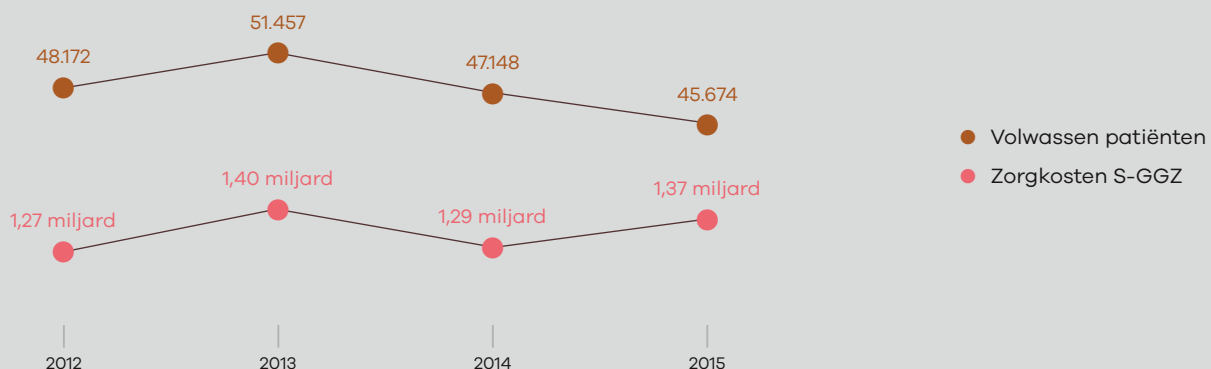
De meeste zorg aan de patiënten wordt vergoed. Binnen de Zvw geldt nog wel een verplicht eigen risico van 385 euro per jaar. Dit eigen risico geldt ook voor andere zorg, zoals ziekenhuiszorg of geneesmiddelen, maar niet voor huisartsenzorg.

## Ambulantisering

In 2012 hebben overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders een bestuurlijk akkoord gesloten over de ggz. Daarin hebben zij de ambitie gedeeld om de totale beddenscapaciteit tot 2020 af te bouwen met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008. De ambulante zorg moet deze zorg overnemen.

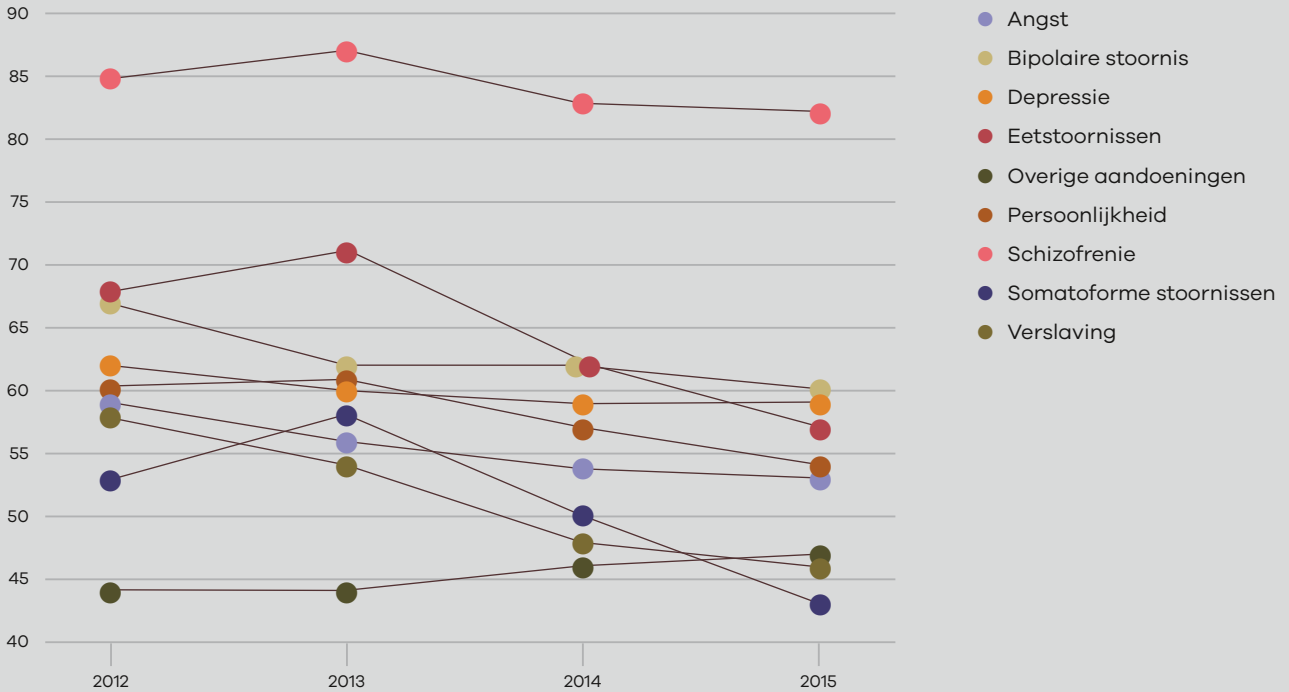
Grafiek 1.1

## Het aantal volwassen patiënten dat wordt opgenomen daalt



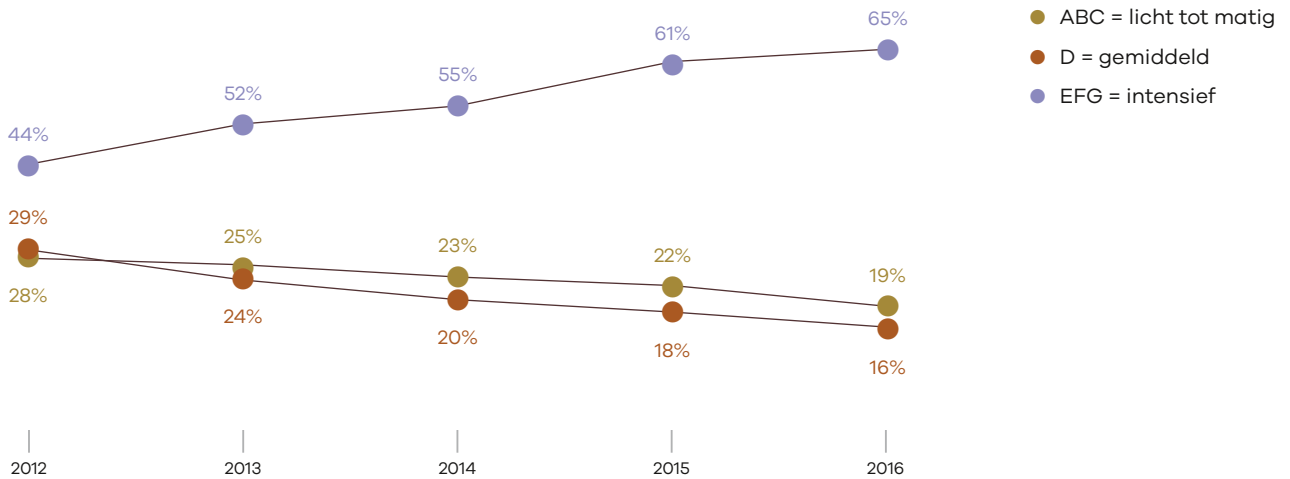
Grafiek 1.2

## Het aantal verblijfsdagen per behandeling neemt bij veel diagnoses af tussen 2012 en 2015



Grafiek 1.3

## Relatief meer bedden voor intensievere zorg door de jaren heen





De zorgkosten voor diagnosebehandelcombinaties (dbc's) met verblijf zijn in de loop van de tijd als gevolg van de ambulantiseringsovereenkomsten gedaald van 2,2 miljard euro in 2009 (waarvan 300 miljoen euro jeugd) naar 1,4 miljard euro in 2016 (geraamde kosten, zonder jeugd). Naast de kostendaling daalt ook het aantal volwassen patiënten dat wordt opgenomen. Tussen 2009 en 2016 daalt dit met 12% en tussen 2012 en 2015 met 5%. Het aantal ambulante patiënten stijgt juist met 18% tussen 2012 en 2015 en tussen 2013 en 2015 met 8%. In 2012 is het aantal patiënten lager door de toen geldende eigen bijdrage in de ggz. De verhouding tussen de kosten voor klinische zorg en ambulante zorg verandert tussen 2009 en 2016. In 2009 wordt 56% van de totale ggz-kosten aan klinische zorg besteed. Dat aandeel neemt af tot 50% in 2016.

Een andere manier om verblijf binnen de ggz te verminderen is door de verblijfsduur per opname te verkorten. In grafiek 1.2 zie je het verschil tussen de gemiddelde verblijfsduur per opgenomen patiënt in de periode 2012 en 2015 bij verschillende diagnoses. Bij een aantal diagnoses (zoals eetstoornissen en verslaving) is de gemiddelde verblijfsduur tussen 2012 en 2015

afgenomen met 15 tot 25%. Ook voor de diagnoses angst en bipolaire stoornis zie je een afname. Bij de groep met overige aandoeningen is de gemiddelde verblijfsduur iets toegenomen. In totaal is er een afname zichtbaar van verblijfsdagen in deze periode van 17%.

De verblijfszorg die iemand ontvangt binnen een dbc wordt uitgedrukt in klassen. Een bed met klasse A staat voor lichtere zorg, G is de meeste intensieve variant. In grafiek 1.4 zien we dat tussen 2012 en 2015 het aandeel bedden met klasse E, F en G toeneemt (van 44% naar 65%). Het aandeel bedden met klasse D neemt af (van 29% naar 16%). Het totaal aantal bedden neemt dus af, maar omdat het aandeel 'duurdere' bedden toeneemt, zien we de totale gemiddelde kosten per verblijfsdag toenemen.

Meer informatie over kosten en aantallen patiënten in de ggz kun je vinden in het portaal van Vektis Intelligence met publieke zorginzichten [www.zorgprismaopenbaar.nl](http://www.zorgprismaopenbaar.nl).

# “Minder opnames en meer tevreden patiënten”



**Intensive Home Treatment (IHT) is een intensieve vorm van ambulante behandeling, die wordt ingezet als er een crisissituatie is of dreigt en reguliere zorg onvoldoende is. IHT is de crisisdienst nieuwe stijl en komt dus ook in de plaats van de crisisdienst. Ronald Luijk, consultant bij Vektis, en Bas van Wel, voorzitter van het Platform IHT, bespreken de ins en outs van deze behandelvorm.**

“Toen ik 20 jaar geleden voor het eerst kennismakte met een gesloten ggz-afdeling schrok ik daar erg van. Diep triest vond ik het. Ik vroeg mijzelf direct af: worden mensen hier beter dankzij of ondanks deze afdeling?” Bas van Wel is nu directeur Zorg bij Dimence in Overijssel. Destijds was hij aan het werk als psychiater op een gesloten afdeling voor acute psychiatrische crises. “Dit kan en moet anders en beter dacht ik toen. We zijn nu 2 decennia verder. Gelukkig is de ambulantisering in beweging en zijn er andere mogelijkheden. Toch kunnen veel organisaties daar wat mij betreft nog harder in mee.”

Een IHT-team bestaat uit een psychiater, een psycholoog, een arts-assistent en (sociaal-psychiatrische) verpleegkundigen. Zij staan 24/7 voor de patiënt klaar. Eén van de belangrijkste taken van het team is de poortwachtersfunctie: het wel of niet opnemen van een patiënt. Het IHT-team speelt ook een centrale rol bij de keuze om een opname te beëindigen. De ambulante behandelaar, politie of huisarts indiceert voor IHT. Soms is een patiënt al in zorg en heeft hij of zij tijdelijk extra zorg nodig. Ook patiënten die nog geen ggz krijgen zijn welkom. IHT biedt hen een intensieve start, aansluitend lopen zij mee in het ‘normale’ ambulante traject. Van Wel: “Voor de goede orde: IHT helpt je niet per se van je stoornis af. Het helpt je

primair om uit een crisissituatie te komen. En zonder opname dus.”

### **Gemor**

IHT wordt nu enkele jaren binnen Dimence als behandelvorm aangeboden. Van Wel: “In het begin was er wel wat gemor onder het personeel. Als je werkt met IHT kan niet meer iedere psychiater of klinisch psycholoog een opname indiceren. Dat is een taak die voorbehouden is aan het IHT-team onder verantwoordelijkheid van de IHT-psychiater. De ‘overige’ psychiaters zagen dit aanvankelijk als een verlies.

Inmiddels is iedereen ‘om’. Ambulantisering zit in het DNA van onze organisatie. We hebben met alle ontwikkelingen op dat gebied meegedaan. Van werkvloer tot Raad van Toezicht, iedereen hier heeft een visie op ambulante behandeling. We kijken daarbij naar de gehele keten van hulpverlening. En omdat er duidelijke afspraken gemaakt worden, zowel binnen het team als met de patiënt, weet iedereen waar hij aan toe is. Dit brengt rust, tevreden patiënten en tevreden personeel. We voorkomen heel actief dat IHT door huisartsen of andere verwijzers wordt ‘misbruikt’ om de ook bij Dimence bestaande wachtlijsten te passeren. Als we dat niet doen, dan wordt IHT niet ingezet waar het voor bedoeld is: mensen in zeer ernstige crisis.

# EPA en crisis-ggz

## EPA

De groep patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) wordt gekenmerkt door een grote en complexe zorgbehoefte op grond van een psychiatrische stoornis. Bij deze groep is er niet alleen langdurige (meerjarige) zorg noodzakelijk, maar zijn er ook ernstige beperkingen in het sociaal of maatschappelijk functioneren die samenhangen met de psychiatrische stoornis.

In 2015 waren er 221 duizend volwassenen in de EPA-groep in zorg. De EPA-groep vormt daarmee een relatief kleine groep binnen de ggz (1,6% van de bevolking, 22% van alle mensen in zorg binnen de ggz). Dit aantal is stabiel vanwege het langdurige karakter.

De zorg die geleverd wordt aan de EPA-groep hangt sterk af van de situatie waarin de patiënt zich bevindt. 64% van hen kan toe met ambulante zorg vanuit de gespecialiseerde ggz of de specifieke behandeling/prestatie 'chronisch' binnen de basis ggz. 13% heeft geen specifieke ggz nodig gehad in 2015 of kon toe met alleen medicatie. Ongeveer 22% van de patiënten is enige tijd opgenomen geweest in combinatie met behandeling, of woont in een beschermde omgeving. Een groot deel van de zorg wordt vanuit de Zvw of Wlz vergoed. Vanaf 2015 zijn gemeentes naast de maatschappelijke opvang ook verantwoordelijk voor de ambulante begeleiding en het beschermd wonen (vanuit de Wmo).

Er wordt steeds meer geprobeerd om de zorg rond de thuissituatie van de patiënt te organiseren. Dit kan voor stabiele patiënten via de GB-GGZ of de POH-GGZ. Patiënten die intensieve zorg nodig hebben worden vaak door een multidisciplinair FACT-team behandeld en begeleid. Het FACT-team bespreekt de patiënt dan dagelijks en stemt de zorg en begeleiding continu af op

de individuele behoefte. Indien nodig wordt iemand kortstondig opgenomen. Ook worden goede resultaten bereikt met Intensive Home Treatment.

## Crisis-ggz

De crisis-ggz is bedoeld om in acute situaties direct in te kunnen grijpen. Om direct gevaar voor een persoon of de omgeving af te wenden of om ernstige overlast te beëindigen. Een acute situatie kan verschillende psychische oorzaken hebben, zoals een psychotische toestand, een acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van dementie.

In 2016 werden in Nederland 59.000 crisis-dbc's geopend voor 48.000 personen. Dat is gemiddeld ongeveer 4 dbc's per 1.000 volwassen Nederlanders. Gedurende maximaal 28 dagen wordt getracht de patiënt te stabiliseren en gevaar af te wenden. Ter illustratie: In een stad als Utrecht zijn er 1.200 crisis-dbc's per jaar, gemiddeld 24 per week. Er is in elke regio een ggz-instelling waar de crisisopvang is gecentraliseerd. Er zijn bedden beschikbaar om mensen in een crisis direct te kunnen opnemen. Gemiddeld worden er 1,3 dagen verblijf per crisis-dbc geregistreerd. Maar in 85% van de gevallen vindt de opvang ambulante (zonder opname) plaats voor mensen die in crisis raken.

De politie registreert steeds meer meldingen van personen met verward gedrag op straat. Landelijk wordt er gewerkt aan een sluitende aanpak voor deze personen. De crisis-ggz speelt een rol bij de mensen bij wie het verwarde gedrag een psychische achtergrond heeft. Er is echter geen 1-op-1 relatie tussen crisis-ggz en verward gedrag. In tegenstelling tot een stijging in het aantal registraties van personen met verward gedrag, is er een stabiele lijn zichtbaar in het aantal crisis-dbc's, die in 2016 zelfs daalde.

Meer informatie over kosten en aantallen EPA-patiënten kun je vinden in het portaal van Vektis Intelligence met publieke zorginzichten [www.zorgprismapubliek.nl](http://www.zorgprismapubliek.nl).

## “IHT helpt je niet per se van je stoornis af. Het helpt je primair om uit een crisissituatie te komen”

We werken er ook hard aan om te zorgen dat het IHT-team zelf geen wachtlijst krijgt. Om dit te bereiken nemen ambulante teams patiënten die vanuit een IHT-team naar hen toekomen met voorrang in zorg. Daardoor is er altijd capaciteit in het IHT-team.”

### Minder bedden

Dat klinkt allemaal heel mooi, maar werkt het ook? Van Wel: “Uit de praktijk weet ik dat het werkt. Bij Dimence hebben we minder bedden in gebruik dan voorheen en het gebruik daarvan ligt lager. Ook is de groep die langdurige opname nodig heeft enorm aan het slinken. De gemiddelde opnameduur in de acute psychiatrie is in het afgelopen jaar omlaaggegaan van 34 naar 17 dagen. Daarnaast, en dat is misschien nog wel het belangrijkste, geven patiënten zelf aan dat ze blij zijn dat ze thuis kunnen herstellen. Het geeft ze zelfvertrouwen, want ze komen er zelf doorheen. En omdat opname niet nodig is lopen patiënten minder schade op. Mensen die niet worden opgenomen ondergaan ook geen dwangbehandelingen. We zien in ons werkgebied en ook in onze cijfers dat het aantal dwangopnames en -behandelingen fors dalen. Dat komt mede door IHT. Of dit standhoudt op de langere termijn zijn we aan het onderzoeken.” Ronald Luijk is consultant ggz bij Vektis. “In het onderzoek naar praktijkvariatie kan Vektis inzicht geven in de relatie tussen de geleverde zorg en mogelijke vervolgzorg door middel van indicatoren. Bijvoorbeeld keren patiënten

terug in zorg, worden ze alsnog opgenomen of raken ze in crisis.”

Bas van Wel is ook voorzitter van het Platform IHT. Bij het Platform zijn inmiddels 22 ggz-instellingen aangesloten. Kennis uitwisselen over IHT is het primaire doel. Na het succes<sup>1</sup> van FACT voor de groep mensen met langdurige en ernstige psychiatrische aandoeningen, ontstond de behoefte iets dergelijks ook in de kortdurende zorg aan te kunnen bieden. De oorsprong van IHT ligt in Engeland, waar Crisis Resolution Home Treatment (CRHT) wordt aangeboden. Samen met medewerkers, cliënten en familievertegenwoordigers is het model opgezet en eind 2012 is het eerste IHT-team gestart in Nederland. Het Platform heeft in april 2017 een handboek helpen verschijnen. Hierin staat een beschrijving van wat IHT is en hoe een behandeling eruit kan zien. Het Platform werkt aan een wetenschappelijke onderbouwing van dit IHT-model. Van Wel: “Er zijn inmiddels veel teams die werken met IHT, maar we zijn er nog niet. Het Platform maakt zich hard voor meer modelgetrouwe IHT in Nederland. Als we dat doel bereiken, dan zal dit bijdragen aan het tegengaan van praktijkvariatie binnen de ggz. Als je als ggz-instelling wilt ambulantiseren, dan begint het met het opbouwen van ambulante voorzieningen waaronder IHT en volgt de beddenreductie. Omgekeerd is onverantwoord.”

<sup>1</sup> Flexible Assertive Community Treatment, deze methode is gericht op het verminderen van de symptomen en leren omgaan met de aandoening. Hierdoor worden crisis en opname vaker voorkomen.



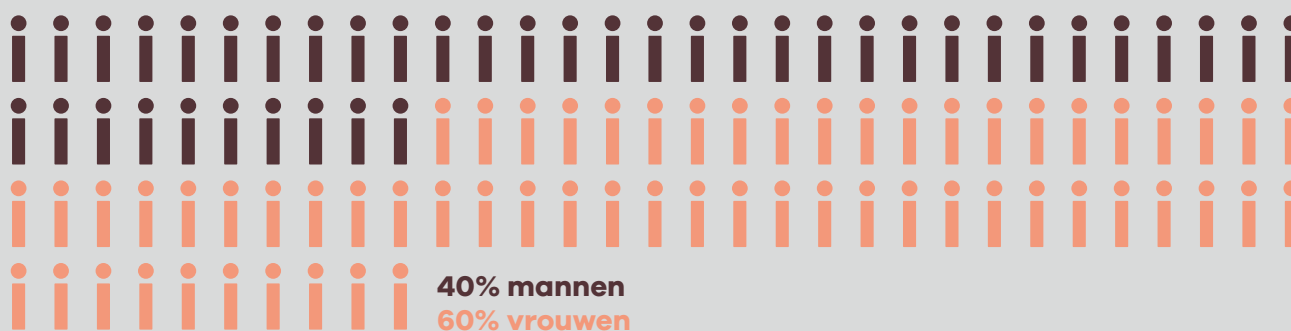
# 3. De patiënt

**Zoveel mensen, zoveel wensen. Dat is wat we ook zien in de ggz. We kijken in dit hoofdstuk daarom naar de patiënten: welke aandoeningen hebben zij, hoe stromen zij door de zorg en welke verschillen zien we in hun zorggebruik?**

In hoofdstuk 1 heb je kunnen lezen dat er ongeveer 1 miljoen ggz-patiënten zijn, inclusief de groep die bij de POH-GGZ komt. Deze mensen hebben 1 of meerdere aandoeningen waarvoor zij onder behandeling zijn, bijvoorbeeld angst, depressie, bipolaire aandoeningen, verslaving en eetstoornissen. Er zijn, afhankelijk van de aandoening, diverse vormen van behandeling mogelijk, waaronder cognitieve gedragstherapie, dagbesteding,

medicatie, opname of intensieve ambulante zorg thuis (zie het interview over IHT op pagina 8). Het type, de ernst van de aandoening en het soort behandeling bepalen mede de uiteindelijke behandelduur. In hoofdstuk 5 gaan we verder in op het zorgaanbod in de ggz, zoals verschillen tussen de aanbieders.

## Wie is de ggz-patiënt? Verschillen tussen groepen in 2015



### Grootste leeftijdscategorie



45-49 jaar



25-29 jaar  
Kort daarop gevolgd door 30-34 jaar

### Veel voorkomende diagnoses

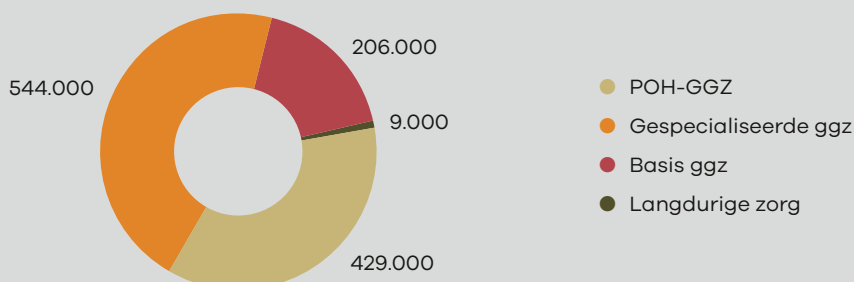


Schizofrenie en verslaving



Angst en depressie

### De meeste patiënten worden behandeld in de gespecialiseerde ggz



**Tabel 3.1****Het aantal patiënten per echelon in de ggz in 2015 (18+)**

	Aantal patiënten
<b>Gespecialiseerde ggz totaal</b>	<b>544.400</b>
Depressie	94.500
Angst	71.100
Persoonlijkheidsstoornis	63.300
Crisis	49.000
Schizofrenie	41.800
Verslaving	38.900
Bipolaire stoornis	19.400
Somatoforme stoornissen	13.300
Eetstoornissen	5.900
Overige aandoeningen	196.500
<b>Basis ggz totaal</b>	<b>205.900</b>
Basis ggz Intensief	90.200
Basis ggz Middel	51.200
Basis ggz Kort	32.000
Basis ggz Onvolledig behandeltraject	22.200
Basis ggz Chronisch	17.700
<b>ZZP-B's</b>	<b>8.800</b>
Wlz ZZP B	7.500
Langdurige ggz in de Zvw / L-GGZ	1.300
<b>POH-GGZ</b>	<b>429.000</b>

In tabel 3.1 is te zien hoe groot de patiëntengroepen binnen de ggz zijn. De meeste patiënten worden behandeld binnen de gespecialiseerde ggz. Alleen binnen dit echelon weet Vektis voor welke diagnose iemand is behandeld. Depressie, angst of persoonlijkheidsstoornis vormen de top 3. Samen goed voor 40% van alle patiënten. Er is een grote groep mensen (90.000) die in de basis ggz de meest intensieve behandeling krijgt.

**Diversiteit in behandelduur**

De behandelduur voor de verschillende

patiëntengroepen loopt behoorlijk uiteen. Zo is de behandelduur voor patiënten met de diagnose schizofrenie gemiddeld het langst met ongeveer 66 uur in een jaar. Binnen de gespecialiseerde ggz hebben patiënten met de diagnose aandachtstekortstoornis de kortste behandelduur (ongeveer 30 uur). In de basis ggz is de behandelduur een stuk lager. Binnen de basis ggz zijn er 4 'producten', afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt: kort, middel, intensief en chronisch. De producten chronisch en intensief hebben de langste behandelduur (10-11,5 uur) en het product kort de kortste behandelduur (rond de 4 uur).

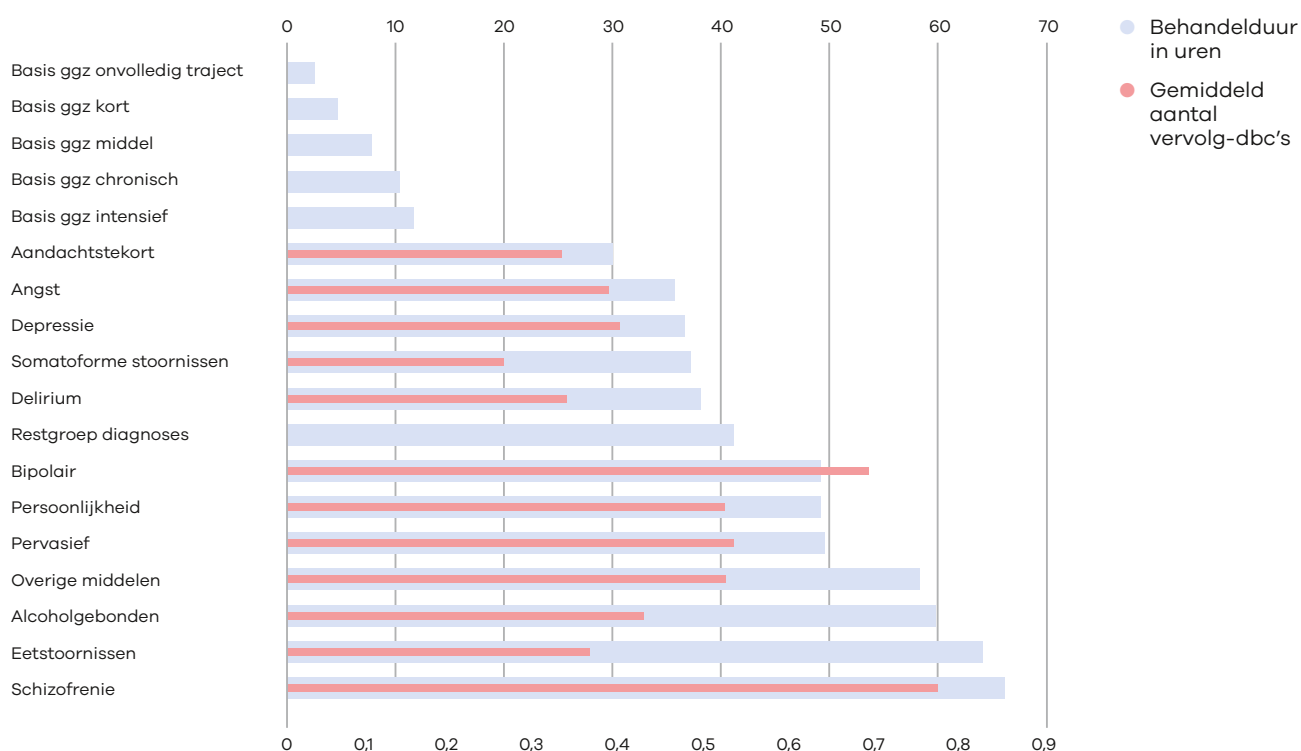
Naast de behandelduur binnen een dbc biedt het gemiddelde aantal vervolg-dbc's ook informatie over de duur van de behandeling. Een vervolg-dbc wordt geopend als een patiënt na afloop van een dbc, die maximaal 365 dagen mag duren, nog verdere zorg voor dezelfde aandoening nodig heeft. Zo hebben patiënten met schizofrenie niet alleen de langste behandelduur binnen een dbc, maar gemiddeld gezien ook het vaakst een vervolg-dbc. Ze hebben in veel gevallen meerdere jaren zorg nodig. Ook mensen met de diagnose

bipolaire stoornis hebben relatief vaak een vervolg-dbc, patiënten met een somatoforme stoornis juist niet.

In grafiek 3.1 staan de gemiddelde behandelduur (in aantal uur) en het gemiddeld aantal vervolg-dbc's van patiënten van 18 jaar en ouder (als fractie van het aantal initiële dbc's in 2015 voor de productgroepen in de basis ggz en dbc's in de gespecialiseerde ggz).

Grafiek 3.1

## Mensen met diagnose schizofrenie langdurig in zorg



### Relatie behandelduur met kwaliteitstandaarden en effectmetingen

In kwaliteitstandaarden wordt een relatie gelegd tussen stoornissen en (wetenschappelijk aangetoonde) effectieve behandelmethoden voor die stoornissen. Op deze manier helpen standaarden bij het nemen van beslissingen in het behandeltraject. Zo kunnen kwaliteitstandaarden bijvoorbeeld aangeven wanneer de behandeling volgens een bepaalde

behandelmethode afgerond is. ROM-effectmetingen (zie kader op pagina 24) laten de voortgang van een behandeling zien. Wordt dit geïntegreerd in het behandelproces, dan kunnen behandelaar en patiënt samen beslissen over het beëindigen of het vervolg van de behandeling, of besluiten dat de zorg door een andere behandelaar (meer of minder intensief) overgenomen wordt.



## Patiëntstromen

Patiënten komen vaak in de ggz terecht na een verwijzing van de huisarts. Steeds vaker starten mensen met een consult bij een POH-GGZ. De huisarts verwijst mensen indien nodig door naar de basis ggz of gespecialiseerde ggz. Patiënten kunnen ook door een andere zorgverlener dan hun huisarts verwezen worden.

Het komt voor dat een patiënt wisselt van echelon, omdat hij bij nader inzien meer intensieve zorg nodig blijkt te hebben. Of omdat blijkt dat minder zware zorg ook voldoende is. Inzichten in patiëntstromen zijn waardevol voor bijvoorbeeld zorgverzekeraars en zorgaanbieders, om zicht te krijgen op waar patiënten vandaan komen en waar ze naartoe gaan. Dit helpt hen bij het maken van een inschatting hoe toekomstige patiënten zich door de ggz bewegen.

### Basis ggz

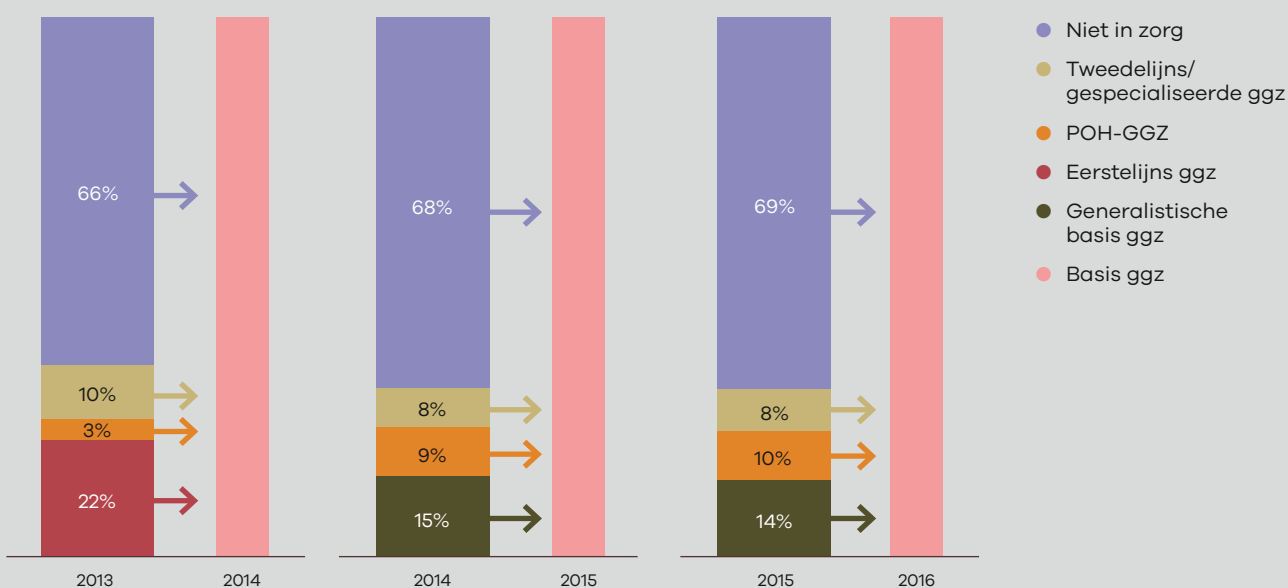
Als gevolg van de beleidswijzigingen in de ggz, zijn bestaande patiënten van het ene naar het andere ggz-

echelon doorgestroomd. Nieuwe patiënten kunnen door beleidswijzigingen ook in een ander echelon van de ggz terecht komen dan voorheen. Dit was met name het geval bij de invoering van de basis ggz in 2014.

In grafiek 3.2 zie je dat 35% van de mensen die in 2014 zorg ontvingen in de basis ggz in 2013 ook in zorg waren, meestal in de eerstelijns ggz. Ongeveer 10% van hen had in 2013 een dbc in de tweedelijns ggz en 3% had minimaal 1 consult bij de POH-GGZ. Ook van de patiënten die in 2015 en 2016 basis ggz ontvingen was meer dan 30% een jaar eerder eveneens in zorg. Hier zien we dat het aandeel patiënten dat in het voorgaande jaar bij de POH-GGZ is geweest groeit. Het aandeel dat een jaar eerder ook al in de basis ggz behandeld werd, daalt vergeleken bij het aandeel in de eerste lijn in 2013. Dit heeft te maken met de mogelijkheid een eerstelijnsbehandeling af te ronden met een transitieproduct in de basis ggz. Er lijkt dus een verschuiving te zijn van patiënten naar de lichtere zorgsoorten POH-GGZ en basis ggz. Dit past bij de doelstelling van de overheid om zorg dicht bij huis te leveren.

Grafiek 3.2

### Een derde van de mensen met basis ggz heeft een jaar eerder ook ggz



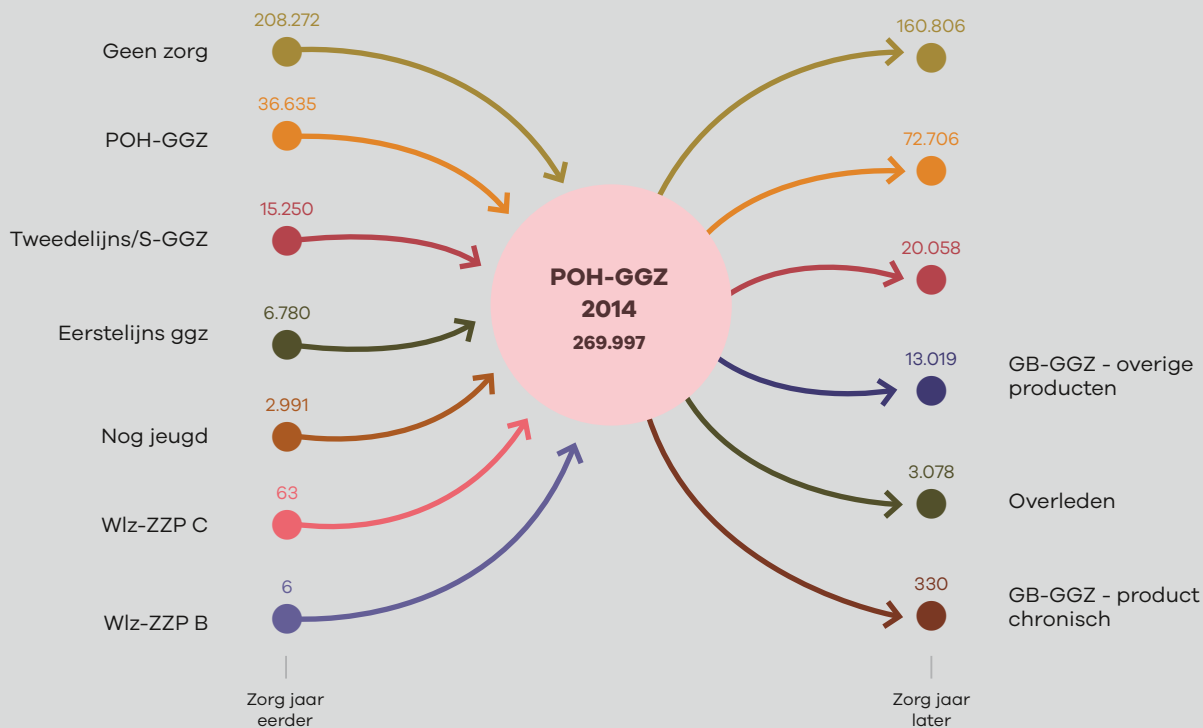
### Patiëntstromen van en naar POH-GGZ

Tegelijk met de invoering van de basis ggz is ook de functie van de POH-GGZ bij huisartsenpraktijken verder uitgebreid. Het effect van de sterkere positie van de POH-GGZ is terug te zien in de stijging van het aantal patiënten dat hier een consult heeft: van ruim 100.000 in 2012 tot bijna 500.000 in 2016 (zie tabel 1.1). Wanneer we inzoomen op deze patiënten, dan zien we dat 60-80% van de ruim 270.000 mensen die op consult zijn geweest bij de POH-GGZ, in het jaar daarvoor of daarna niet in zorg zijn. Een aanzienlijk deel van die mensen heeft langere tijd zorg bij de POH-GGZ (15-25%). Een klein gedeelte gaat van de POH-GGZ naar een andere soort ggz, of komt juist bij een andere soort ggz vandaan. 5% gaat bijvoorbeeld naar de basis ggz en 7% naar de gespecialiseerde ggz (grafiek 3.3).

In grafiek 3.4 en tabel 3.2 zoomen we in op de groep patiënten die basis- of gespecialiseerde ggz ontvangen nadat ze bij de POH-GGZ zijn geweest (bron: Monitor Basis GGZ 2017). Hoe meer consulten bij de POH-GGZ iemand heeft gehad, des te meer vervolgzorg in de basis- of gespecialiseerde ggz iemand krijgt. Bovendien zien we dat relatief meer patiënten doorstromen naar een zwaarder basis ggz-product wanneer zij een jaar eerder meer consulten bij de POH-GGZ hadden. Mogelijk spelen wachtlijsten een rol: hoe langer een patiënt op passende zorg moet wachten, hoe meer consulten bij de POH-GGZ nodig zijn om de tijd te overbruggen.

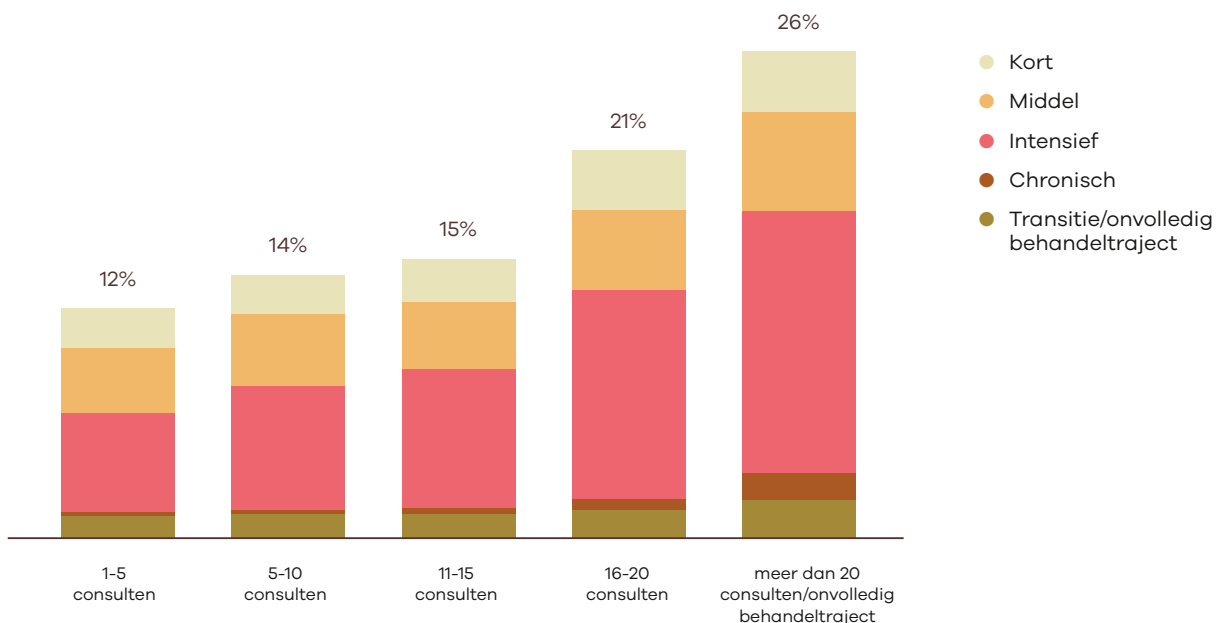
Grafiek 3.3

### De meeste patiënten bij de POH-GGZ (2014) hebben een jaar later geen ggz meer



Grafiek 3.4

### Hoe meer POH-GGZ-consulteren, des te meer patiënten vervolgzorg in de GB-GGZ hebben



Tabel 3.2

### Hoe meer POH-GGZ consulteren, des te meer patiënten vervolgzorg in de S-GGZ hebben

	Diagnostiek	Behandeling kort	Crisis	Somatoforme stoornissen	Angst	Depressie	Persoonlijkheidsstoornissen	Bipolaire stoornis	Verslaving	Schizofrenie	Overige aandoeningen
<b>1-5 consulteren</b>	2%	2%	2%	0%	2%	3%	1%	0%	1%	0%	2%
<b>6-10 consulteren</b>	2%	2%	2%	1%	3%	5%	2%	0%	1%	0%	2%
<b>11-15 consulteren</b>	2%	3%	2%	1%	3%	5%	2%	1%	1%	1%	2%
<b>16-20 consulteren</b>	3%	3%	4%	1%	7%	10%	4%	1%	2%	1%	3%
<b>meer dan 20 consulteren</b>	4%	3%	8%	1%	8%	14%	7%	1%	2%	1%	4%

## Patiëntstromen van en naar basis ggz chronisch

De basis ggz bestaat uit 4 reguliere producten: kort, middel, intensief, chronisch en een onvolledig behandeltraject. De behandelingen die binnen deze producten vallen verschillen in mate van duur en intensiteit. Het product chronisch is voor patiënten met instabiele of stabiele chronische problematiek, waarbij sprake is van een laag tot matig risico. Behandeling wordt ingezet met als doel de cliënt te stabiliseren of stabiel te laten blijven (bron: Nza).

Grafiek 3.5 geeft weer naar welke zorgsoort patiënten stroomden in 2015, wanneer zij in 2014 zorg ontvingen in de basis ggz. Je kunt het product chronisch daar vergelijken met de producten kort, middel en intensief in de basis ggz, die als 1 groep 'overige producten' wordt weergegeven.

Meer dan driekwart van de personen die in 2014 een behandeling kreeg in het product kort, middel of

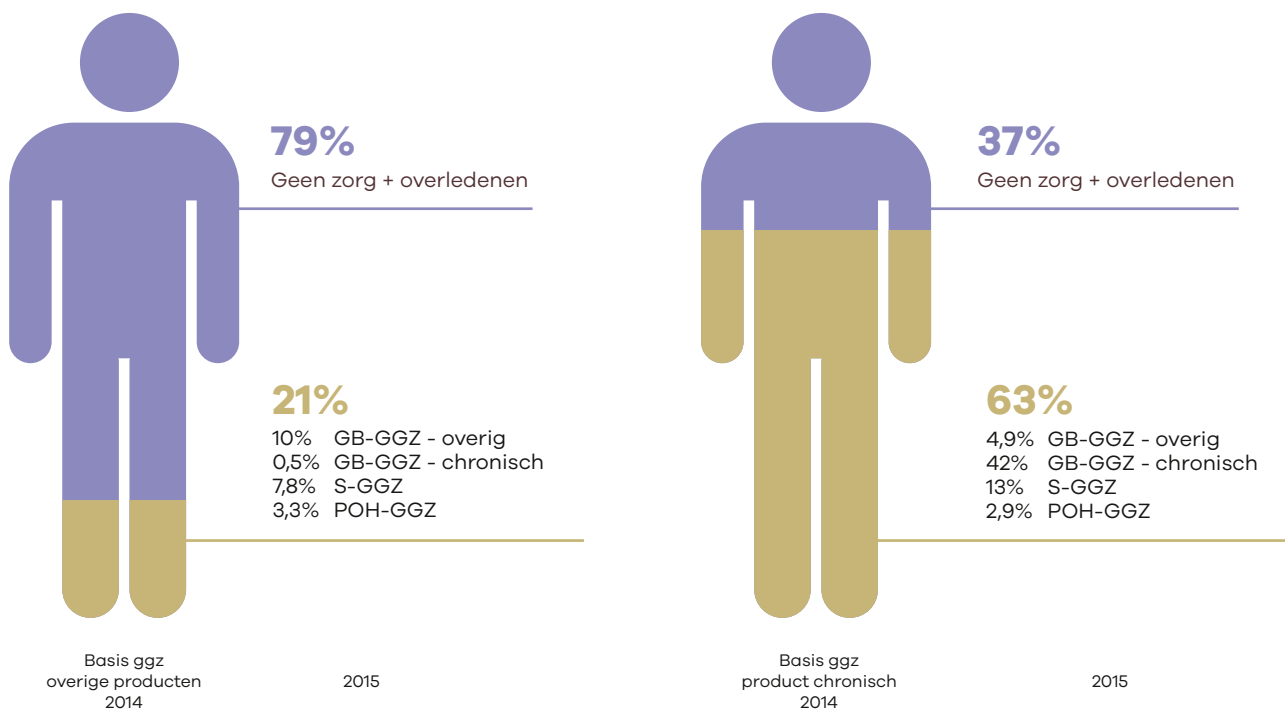
intensief in de basis ggz hebben in 2015 geen zorg meer. Bij het product chronisch zien we een ander beeld: meer dan 60% blijft in zorg en het grootste deel van deze patiënten heeft in 2015 weer een product chronisch. Daarnaast ontvangt meer dan 50% van de patiënten in het jaar erna dezelfde of zelfs zwaardere zorg. Bij de andere producten is dit minder dan 20%.

In de grafieken 3.6 en 3.7 (Bron: Monitor Basis GGZ 2017) is te zien welke zorg patiënten hadden vóór het product chronisch. Met deze informatie laten we zien of en welke geestelijke gezondheidszorg zij ontvingen voorafgaand aan het product chronisch. Dit laat de diversiteit van deze patiëntengroep zien.

Patiënten die in de basis ggz in zorg zijn voor het product chronisch, zijn in het voorafgaande jaar voor een groot deel afkomstig uit de gespecialiseerde ggz. Hier waren zij in behandeling voor verschillende soorten diagnoses: de belangrijkste zijn angst, depressie, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen.

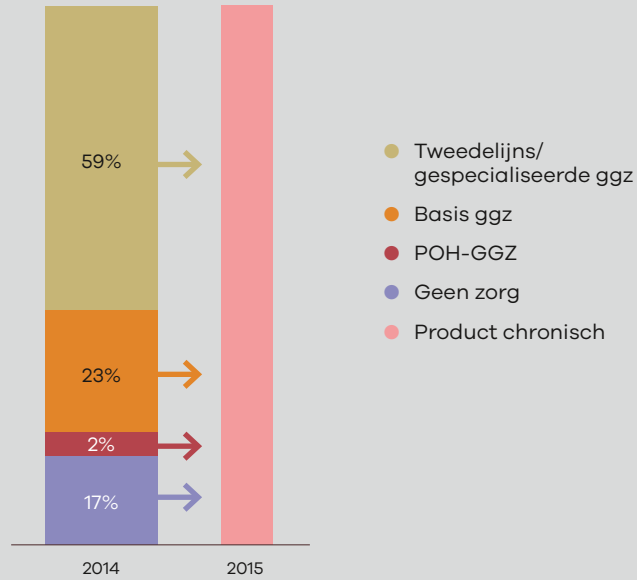
Grafiek 3.5

## Mensen met product chronisch meestal langer in GB-GGZ dan mensen met overige GB-GGZ producten



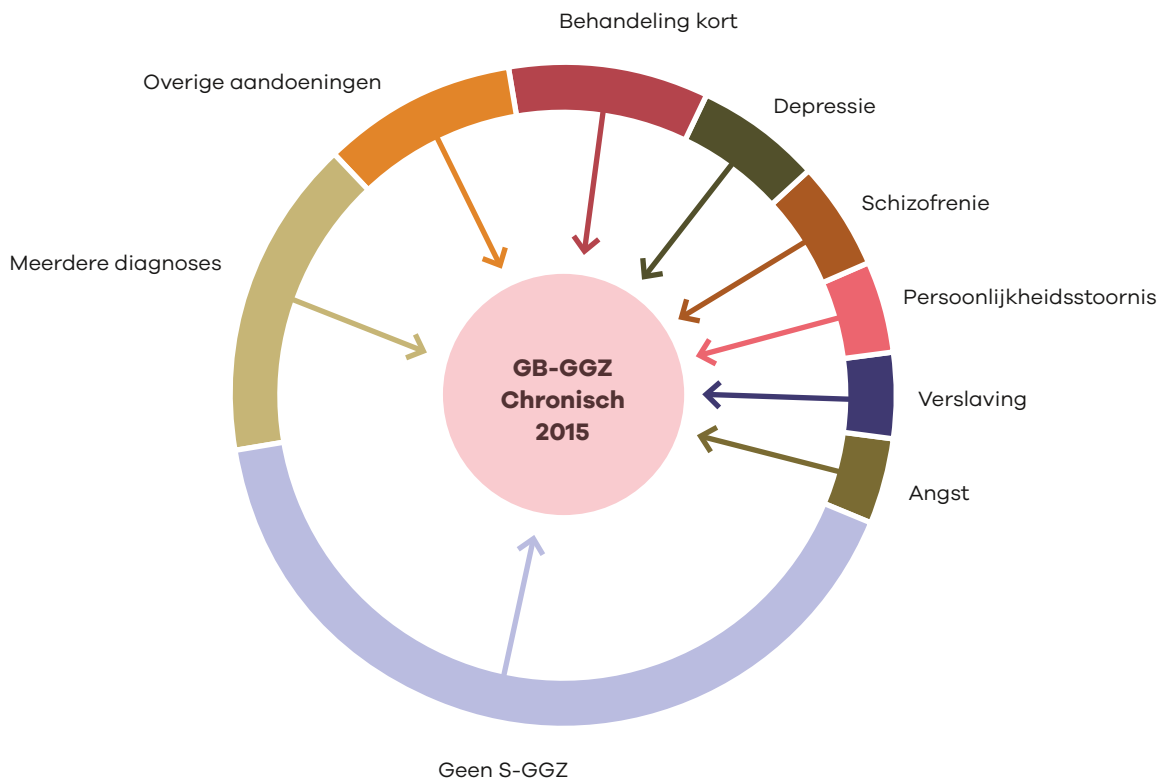
Grafiek 3.6

### Meer dan de helft van de mensen met product chronisch jaar eerder in de S-GGZ



Grafiek 3.7

### Mensen met product chronisch vaak meerdere diagnoses



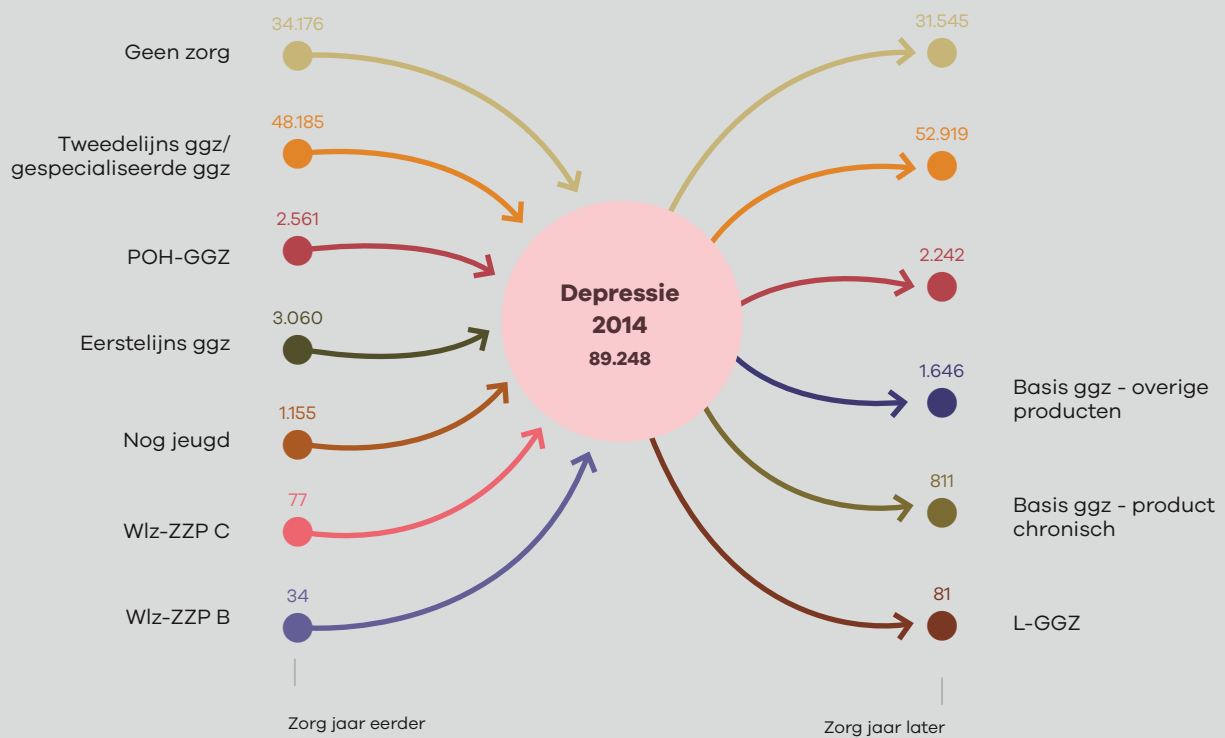
### Patiëntstromen: depressie

Mensen met een depressie vormen een van de grootste groepen binnen de ggz. Binnen de gespecialiseerde ggz is het zelfs de grootste groep (zie tabel 3.1). In grafiek 3.8 is aangegeven welke zorg patiënten met een depressie die in 2014 zijn behandeld in 2013 al ontvingen en in 2015 ontvangen. We zien dat mensen die in 2014 zijn behandeld voor depressie in de gespecialiseerde ggz,

in 2015 voor een groot gedeelte in zorg blijven in zorg blijven in de gespecialiseerde ggz. Een derde deel gaat uit zorg. De instroom naar de basis ggz in 2015 is beperkt.

Grafiek 3.8

### Mensen in de gespecialiseerde ggz behandeld voor een depressie een jaar eerder en een jaar later ook vaak in de gespecialiseerde ggz in zorg







#### 4. Interview Jeroen Muller

“Ook met standaarden  
is er nog voldoende  
te kiezen”



Jeroen Muller is bestuursvoorzitter bij Arkin en vervult daarnaast meerdere nevenfuncties, waaronder het voorzitterschap bij NKO.

## Vektis kijkt jaarlijks naar de praktijkvariatie in de ggz. Er waren en zijn nog altijd forse verschillen in geleverde zorg tussen zorgaanbieders. Guus de Ruiter en Jeroen Muller gaan in gesprek over de rol die kwaliteitsstandaarden hebben binnen de ggz en welke invloed ze kunnen hebben op praktijkvariatie.

“Praktijkvariatie verdwijnt niet volledig door het gebruik van kwaliteitstandaarden. Een deel van de variatie in het effect van behandeling ontstaat doordat patiënten verschillen in aard en ernst van hun klachten. Ook spelen persoonlijke kenmerken zoals intelligentie en sociaal netwerk een rol. Verschillen in behandelingen en behandelaren veroorzaken een ander deel van de variatie. Er zijn soms grote verschillen tussen de behandelduur en het opnamebeleid tussen zorgaanbieders. Zorgstandaarden helpen therapeuten om effectiever te behandelen door zuiver methodisch te werken én naast klachtgericht werken betekenis te geven aan de patiënt.” Aan het woord is Jeroen Muller, voorzitter NKO, het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Zolang het gaat om het leveren van de best mogelijke behandeling aan een patiënt, dan mag er best wat te kiezen zijn. Vanuit die optiek is praktijkvariatie prima meent Muller. “Zorgstandaarden bieden behandelaren een palet aan keuzemogelijkheden.” Het gaat daarnaast ook om vakmanschap, het beheersen van de richtlijnen en het ontwikkelen van een goede werkrelatie met de patiënt.

### Patient journey

Guus de Ruiter is onderzoeker ggz bij Vektis. “Kun je uitleggen wat kwaliteitstandaarden zijn en hoe ze bijdragen aan betere zorg?” Muller: “Standaarden worden ontwikkeld door zorgprofessionals, patiënten en naasten onder begeleiding van het NKO. Ze beschrijven niet alleen richtlijnen voor het behandelen van psychische aandoeningen, maar ook wat de zorg moet omvatten, hoe de organisatie van de zorg is. Standaarden zijn meer dan ooit geschreven vanuit het perspectief van de patiënt zelf. Ze helpen bij het samen met de patiënt vormgeven van een goede

‘patient journey’, gebaseerd op een samen ontwikkeld behandelplan. Generieke modules, die los van de stoornissen ontwikkeld zijn, dragen bij aan het verdere herstel van de patiënt.”

Wat betekent dat voor een behandelaar? Muller: “Standaarden helpen bij het nemen van beslissingen in het behandeltraject. Omdat standaarden bestaan uit diverse onderdelen zijn er verschillende invalshoeken bij een behandeling mogelijk. Een behandelaar kiest samen met de patiënt welke onderdelen er gebruikt worden, zodat de patiënt de zorg krijgt die op zijn situatie is afgestemd. De te kiezen behandelingen zijn in het algemeen bewezen effectief, en er zijn criteria om zorg waar nodig op- of af te schalen. Dit kan alleen als we het beloop van een behandeling goed volgen. De behandelaar krijgt dus ook een coachende rol. Dat spel, een andere manier van denken, dat moeten we nog leren binnen de ggz.”

### Gevoelig punt

Muller: “Er zijn veel mythes rondom zorgstandaarden. Wat voor autonomie heeft een professional nog? Is het ‘kookboekpsychiatrie’? Hoe verhoudt het zich met precisie-psychiatrie oftewel gepersonaliseerde zorg? In de praktijk lopen discussies door elkaar heen en dat is jammer. Want het gaat tenslotte om het leveren van zorg van hoge kwaliteit, tegen betaalbare kosten.”

De Ruiter: “Wat is er nodig om zorgstandaarden ggz-breed te laten landen?” Muller: “Om te beginnen het beter combineren van het werken aan de klachten en het werken aan de persoonlijke doelen van de patiënt. Ten tweede is het belangrijk dat de standaarden onderdeel worden van de opleiding van beroepsgroepen. Op die manier kan een verandering



## “Standaarden helpen bij het samen met de patiënt vormgeven van een goede ‘patient journey’”

op gang komen vanuit de inhoud, los van alle belangen die er spelen. De implementatie van de standaarden moeten we niet laten uitvoeren door bedrijfsvoerende managers, maar door klinisch leiders. Boegbeelden die gezag hebben en vanuit de inhoud sturing geven. Als derde: de ROM-effectmetingen (zie kader) moeten geïntegreerd worden in het behandelproces, zodat behandelaar en patiënt samen, op basis van de voortgang kunnen beslissen over het vervolg van de behandeling. En tot slot zouden zorgverzekeraars hun inkoopbeleid drastisch moeten wijzigen en toepassing van standaarden hierin op moeten nemen. Stuk voor stuk gevoelige punten, want je komt daarmee aan de autonomie van de behandelaars én die van de zorgverzekeraars. Aan de andere kant, momenteel behandelt 80% van de therapeuten niet volgens de zorgstandaard en 20% wel. Er is dus nog veel te winnen wat betreft het volgen van zorgstandaarden, waar de richtlijnen in zitten.”

### Iedereen wordt er beter van

Muller: “Werken met standaarden is ook het kaf van het koren scheiden. Er zijn in het verleden incidenten rondom de kwaliteit van zorg geweest waar wij als sector last van hebben. We kampen nog steeds met

een minder goede reputatie. De zorgstandaarden, ROM, de persoonlijke doelen én de informatie vanuit SBG, NKO en Vektis geven een betere kwaliteit voor onze patiënten en vormen ook een model van verantwoording.”

Muller besluit: “Als standaarden worden gevolgd dan is dat goed voor patiënten, want die kunnen binnen de standaard kiezen voor verschillende effectieve vormen van behandeling, in overleg met hun behandelaar. Het geeft ze meer regie en autonomie, en daarmee meer psychische weerbaarheid. Het is ook goed voor de ggz, want zo blijven we alert om goede en doelmatige patiëntenzorg te blijven leveren. En tot slot worden ook de verzekerden er beter van, want de kwaliteit van de zorg gaat omhoog en de kosten omlaag, zodat de premie beperkt kan worden. De cijfers van Vektis zijn essentieel om dat transparant te blijven maken.”

### ROM

ROM (Routine Outcome Monitoring) staat voor het koppelen van stoornisspecifieke en herstelspecifieke instrumenten aan persoonlijke doelen van de patiënt middels motivational interviewing. Oftewel: voor, tijdens en na de behandeling door middel van een vragenlijst bij de patiënt toetsen in hoeverre de behandeling effect heeft gehad en of een patiënt baat heeft bij verdere behandeling. De uitkomsten ondersteunen deze klinische besluitvorming. ROM geeft de patiënt en de behandelaar samen de regie over de behandeling.

# 5. De zorgaanbieder

Dagelijks staan duizenden professionals klaar voor alle mensen die gebruikmaken van de ggz. Dit hoofdstuk gaat over hen. Over de POH-GGZ, psychologen en psychiaters. En over de instellingen en praktijken waar zij werken.

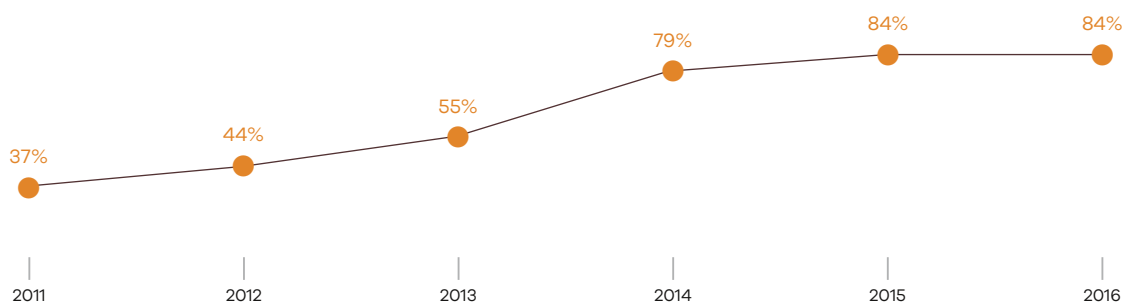
We beginnen bij de huisarts, vaak het eerste aanspreekpunt voor iemand die zorg nodig heeft. De huisarts beoordeelt de situatie en behandelt de persoon, of de POH-GGZ doet dit onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Indien nodig verwijst de huisarts door naar een andere zorgaanbieder in de basis- of gespecialiseerde ggz.

## Huisartsen met praktijkondersteuner ggz

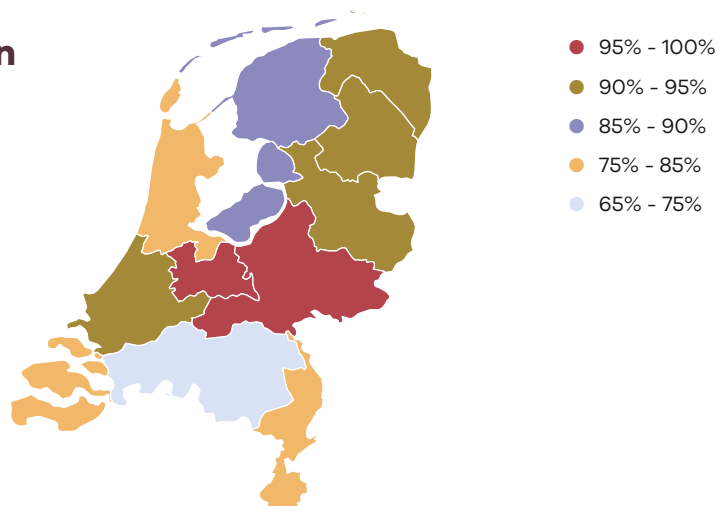
Het aantal huisartsenpraktijken met een POH-GGZ is in de afgelopen jaren sterk gestegen. De groei lijkt in 2016 af te vlakken. In veel provincies heeft meer dan 85% van de huisartsenpraktijken een POH-GGZ. In Noord-Brabant, Limburg, Noord-Holland en Zeeland is het aandeel wat lager met een percentage tussen de 66% en 80% (zie grafiek 5.1).

Grafiek 5.1

**Meer dan 80% van de huisartsen heeft een POH-GGZ**

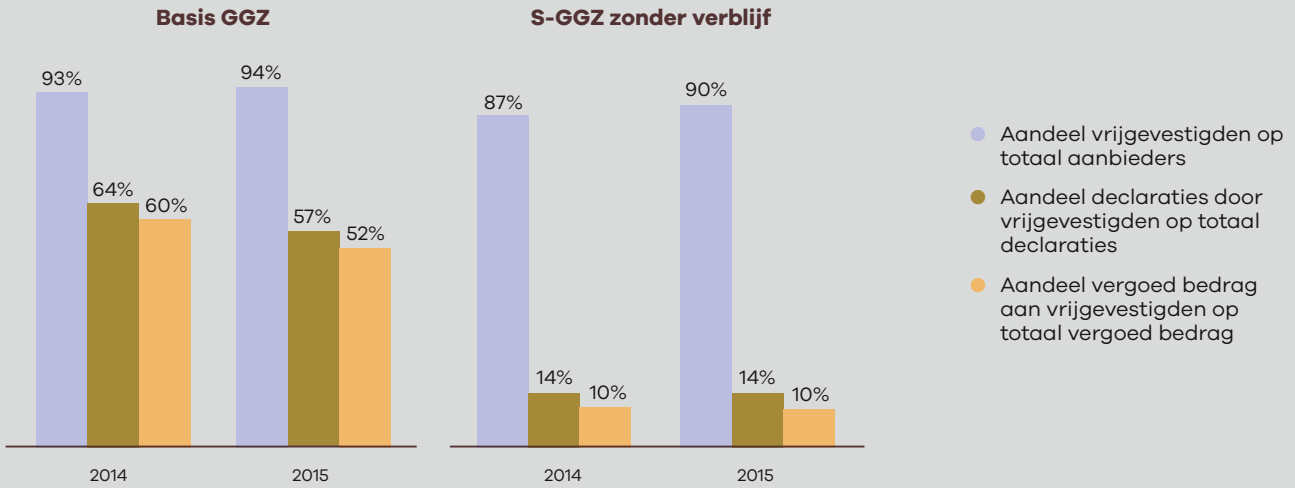


**Grote regionale verschillen praktijken met POH-GGZ**



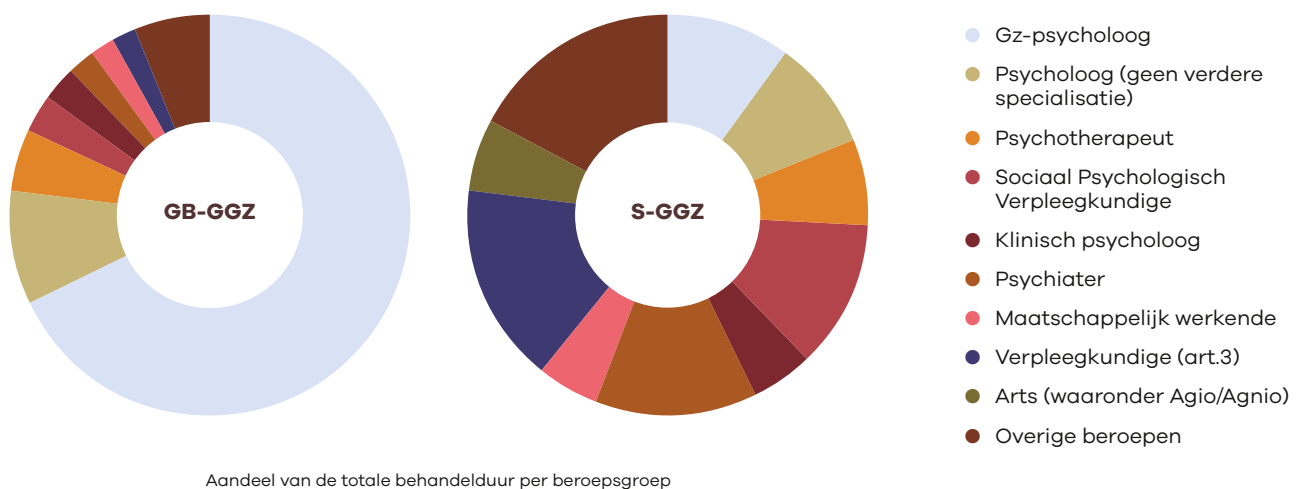
Grafiek 5.2

## De meeste aanbieders in de ggz zijn vrijgevestigd, instellingen leveren de meeste zorg in de gespecialiseerde ggz



Grafiek 5.3

## In de basis ggz neemt de gz-psycholoog het leeuwendeel van de behandelingen voor zijn rekening



## Werkzaam in een instelling of als vrijgevestigde

In de basis- en gespecialiseerde ggz kan de patiënt kiezen uit verschillende typen zorgaanbieders die in verschillende soorten ggz-instellingen zijn georganiseerd of als zelfstandige binnen de sector werkzaam zijn. In 2015 waren ruim 4.600 zorgaanbieders actief in de ggz. Zij leverden die zorg aan volwassenen, vergoed vanuit de Zvw. Een jaar eerder, in 2014, waren er nog ongeveer 5.700 aanbieders actief in de ggz, maar hierbij zijn ook aanbieders meegenomen die jeugd-ggz leverden. Met de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeente (zie hoofdstuk 1) is deze groep aanbieders deels uit de overzichten van de Zvw verdwenen.

De meeste aanbieders zijn als zelfstandige werkzaam in de ggz, de vrijgevestigde praktijk (zie grafiek 5.2). De praktijk bestaat dan in het algemeen uit 1 behandelende zorgverlener, zoals een gz-psycholoog, psychotherapeut of psychiater. Wanneer meerdere zorgverleners gezamenlijk georganiseerd zijn, dan wordt dat een instelling genoemd.

91% van de aanbieders in de basis- en gespecialiseerde ggz, is vrijgevestigd. Het aandeel van vrijgevestigden in de behandelingen is 13%. Het zorgkostenaandeel van vrijgevestigden binnen de Zvw is 8%.

### Basis ggz

In 2015 zijn in de basis ggz bijna 2.400 aanbieders actief, waarvan 94% zelfstandig werkzaam is als vrijgevestigde. Dat zie je terug in grafiek 5.2. Meer dan de helft van de behandelingen wordt door hen gedaan en ook de helft van de vergoede Zvw-kosten is door vrijgevestigden gedeclareerd.

### Gespecialiseerde ggz en L-GGZ

De gespecialiseerde ggz kent ambulante behandelingen en behandelingen die gecombineerd worden met een opname in een ggz-instelling. 86% van de ambulante behandelingen wordt door instellingen gegeven (aantal declaraties). Toch zijn er nog altijd 1.550 psychologen en 650 psychiaters die als

vrijgevestigde zorgverlener hun zorg leveren (90% van alle ggz-aanbieders). 10% van het vergoede bedrag dat in de ambulante gespecialiseerde ggz omgaat wordt gedeclareerd door vrijgevestigden.

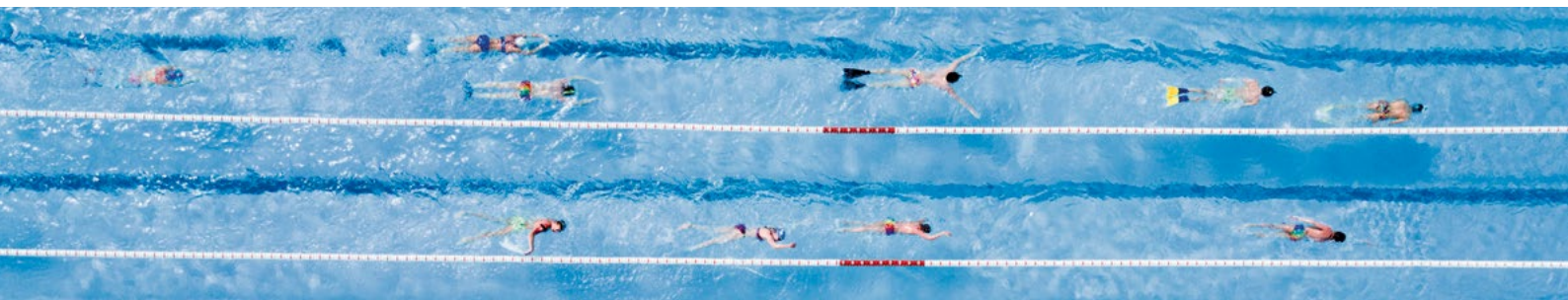
Behandelingen met verblijf worden altijd door instellingen gegeven en nooit door vrijgevestigden. Dit geldt zowel binnen de gespecialiseerde ggz als in de L-GGZ. PAAZ/PUK-afdelingen van ziekenhuizen zijn wat meer gericht op opnames en op mensen die ook voor somatische klachten worden behandeld in het ziekenhuis. Geïntegreerde ggz-instellingen nemen traditioneel veel patiënten op, omdat er bijvoorbeeld doorstroom is vanuit de crisisdienst en bemoeizorg. Daarnaast zijn er instellingen die zich specialiseren in een specifieke ggz zorg, zoals verslaving of eetstoornissen.

## Beroepen in de ggz

Professionals in verschillende beroepsgroepen met verschillende kwalificaties zetten zich dagelijks in voor het geestelijk welzijn van Nederland. Psychologen en psychiaters, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en artsen. Voor de patiënt moet er sinds 2014 altijd een persoon zijn die optreedt als hoofdbehandelaar. Vanaf 2015 wordt dit de regiebehandelaar genoemd. Andere personen treden op als medebehandelaar.

Behandelaren registreren de tijd die zij besteden in het kader van de behandeling. Er zijn verschillende beroepen betrokken bij de behandeling van een patiënt. In de basis ggz neemt de gz-psycholoog het leeuwendeel van de behandelduur voor zijn rekening. In de gespecialiseerde ggz zijn dat de verpleegkundige en de psychiater (zie grafiek 5.3).

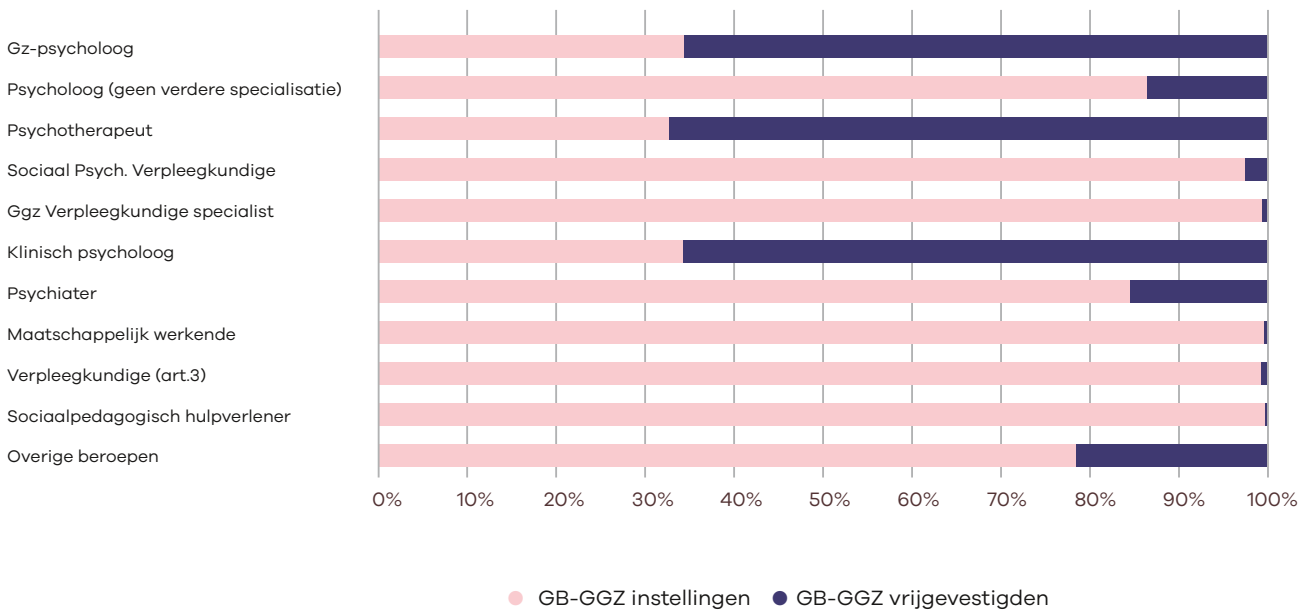
Ook zijn er verschillen in de mix van zorgverleners tussen type aanbieders. Bij vrijgevestigden is het aantal behandelaren per dbc beperkt, waardoor de mix anders is dan bij instellingen waar meer medebehandelaars uit verschillende beroepsgroepen actief zijn. In de basis ggz werken gz-psychologen, psychotherapeuten en klinische psychologen voornamelijk als vrijgevestigde



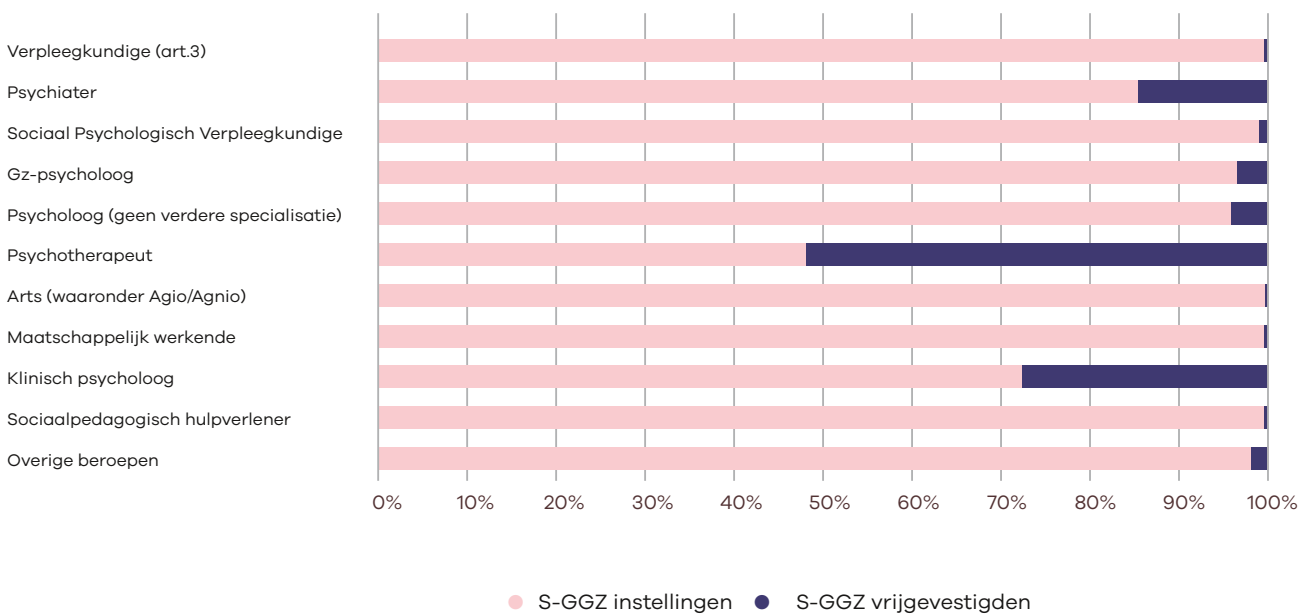
Grafiek 5.4

## Psychotherapeut zowel in basis ggz als in gespecialiseerde ggz vaak werkzaam als vrijgevestigde

### Basis ggz

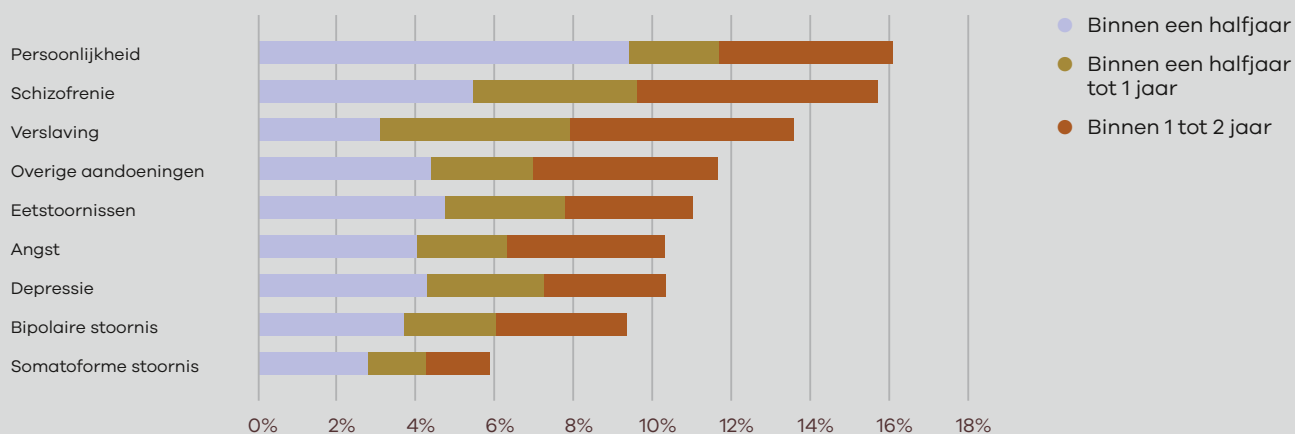


### Gespecialiseerde ggz



## Grafiek 5.5

### Mensen met persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie hebben de grootste kans op terugkeer in zorg



zorgaanbieder. Psychiaters en psychologen werken meer in instellingen. De overige ggz-professionals werken vrijwel uitsluitend in instellingen. In de gespecialiseerde ggz werkt een gedeelte van de psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters als vrijgevestigde zorgaanbieder. De overige zorgverleners werken vrijwel uitsluitend in instellingen. In grafiek 5.4 is te zien welke zorgverleners met name werkzaam zijn als vrijgevestigde, zowel voor de basis- als de gespecialiseerde ggz.

#### Praktijkvariatie

Er zijn verschillende behandelaren en beroepsgroepen. En er zijn verschillen in de manier waarop aanbieders behandelen. Onderzoek naar deze verschillen (en tussen regio's) levert een directe bijdrage aan het zichtbaar, vergelijkbaar en toetsbaar maken van de kwaliteit van de ggz. Deze verschillen worden ook wel praktijkvariatie genoemd. Door de variatie tussen regio's en instellingen te analyseren, verkrijgen we meer inzicht in de verschillen tussen patiëntengroepen en verschillende behandelingen.

#### Praktijkvariatie: terugkeer in zorg in combinatie met behandelduur

Een dbc kent een maximale looptijd van 1 jaar. Als de behandeling op dat moment nog niet afgerond is wordt een vervolgd-dbc geopend. Wordt een behandeling niet direct voortgezet, maar pas na enige tijd, dan moet een nieuwe initiële dbc geopend worden. In het kader van ons jaarlijks onderzoek naar praktijkvariatie in de ggz, hebben we gekeken naar hoe vaak het voorkomt dat een patiënt opnieuw zorg nodig heeft en of er daarbij verschillen zijn tussen aandoeningen en aanbieders. We kijken daarbij naar een nieuwe initiële dbc voor dezelfde diagnosehoofdgroep.

In grafiek 5.5 zie je dat bij veel diagnosegroepen ongeveer 10% van de patiënten binnen 2 jaar opnieuw in zorg voor dezelfde diagnosehoofdgroep. Voor persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en verslaving is dit percentage hoger (14-16%), bij somatoforme stoornissen juist lager (6%).

In grafiek 5.5 kijken we naar de verschillen tussen diagnosehoofdgroepen en terugkeer in zorg. In grafiek 5.6 zoomen we in op de relatie tussen behandelduur en

terugkeer in zorg voor depressie. In de grafiek zie je 5 geanonimiseerde geïntegreerde instellingen. De grafiek toont of een instelling onder of boven het gemiddelde van alle geïntegreerde instellingen zit op het gebied van behandelduur in 3 jaar - en terugkeer in zorg. We lichten deze 5 instellingen uit als voorbeeld (A tot en met E). De geïntegreerde instellingen A, B en E kennen zowel een kortere behandelduur dan gemiddeld en A en B hebben ook lagere percentages terugkeer in zorg. Daarnaast zijn er instellingen zoals C en D, die zowel een langere behandelduur kennen én hogere percentages terugkeer in zorg.

Er zijn bij de behandeling van depressie verschillen te zien tussen geïntegreerde instellingen. Bij een aantal gaat een langere behandelduur samen een hoger percentage terugkeer in zorg. Een mogelijke verklaring hiervoor is de zwaarte van de zorgvraag van de patiënten. Daarom bekijken we aanvullend ook specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie per instelling. Hier helpt de zorgvraagzwaarte-indicator bij.

### Zorgvraagzwaarte-indicator

De zorgvraagzwaarte-indicator geeft informatie over de zwaarte van de zorg die patiënten nodig hebben. De zorgzwaarte wordt door de zorgaanbieder bepaald op basis van de diagnose en situatie van de patiënt bij aanvang van de behandeling. Dit is een getal tussen 1 en 7, of 0 als er bijvoorbeeld geen diagnose gesteld is. Dit laatste komt veel voor bij crisis- en diagnostiek dbc's. Als de behandeling is afgelopen kan de gemiddelde geleverde zorg worden vergeleken met de zorgvraagzwaarte. Deze informatie helpt bij inhoudelijke gesprekken tussen behandelaren onderling en/of tussen zorgverzekeraars en instellingen.

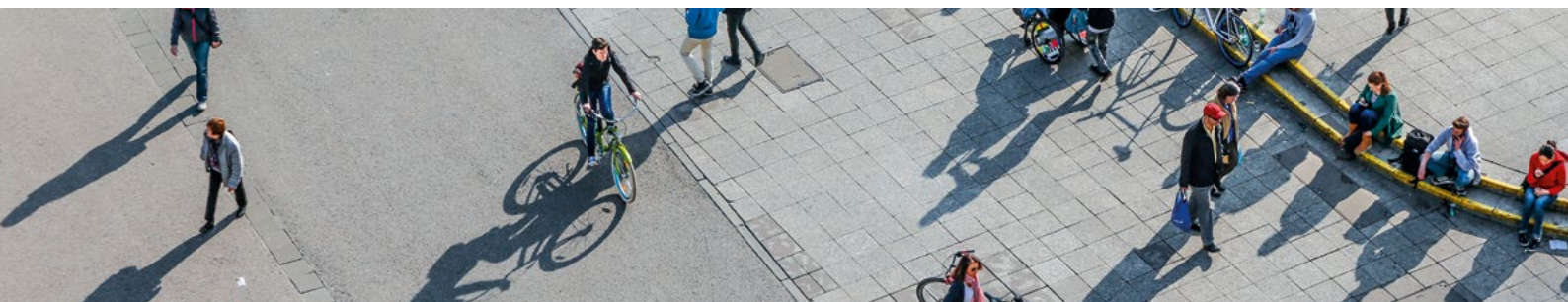
De zorgvraagzwaarte verschilt per aandoening. De meeste patiënten (51%) vallen in zorgvraagzwaarteklasse 4-5. 9% valt in de lichtste groep (1-3) en 14% in de zwaarste groep (6-7). 26% van de patiënten heeft zorgvraagzwaarte 0. Bij angst en aandachttekort komen weinig mensen met de hoogste

zorgvraagzwaarte voor. Bij schizofrenie, pervasieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen komen zwaardere zorgvraagzwaartes vaker voor.

De gemiddelde zorgvraagzwaarte bij de zorgaanbieders verschilt niet alleen door een mix aan aandoeningen, maar ook doordat sommige type instellingen een zwaardere patiëntenpopulatie hebben, doordat zij faciliteiten bieden aan complexe patiënten, zoals hoogspecialistische faciliteiten, opnamefaciliteiten en de crisisfunctie. Psychologische zorgverleners behandelen vrijwel geen mensen met hoge zorgvraagzwaarte, terwijl geïntegreerde instellingen maar weinig mensen met lichte zorgvraagzwaarte behandelen. Dit zie je terug in grafiek 5.7.

Als je over de hele patiëntenpopulatie kijkt, dan is er een duidelijke relatie zichtbaar tussen de zorgvraagzwaarte en de behandelinzet. Patiënten met hoge zorgvraagzwaarte ontvangen ook daadwerkelijk meer zorg, gemiddeld 4 keer zo veel als patiënten met een lichte zorgvraagzwaarte. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de langere verblijfsduur van patiënten met een hoge zorgvraagzwaarte (zie grafiek 5.8).

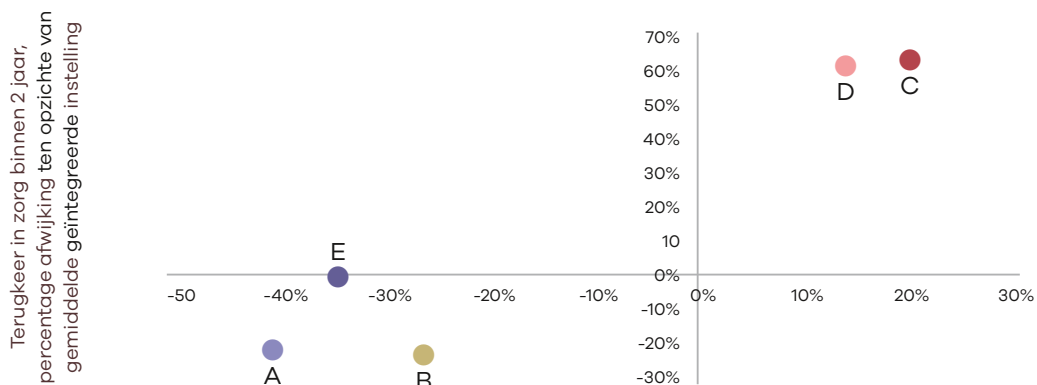
Dit inzicht is voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars belangrijk. Ten eerste kan de geleverde zorg van zorgaanbieders gerelateerd worden aan de gemiddelde zorgvraagzwaarte, mits het aantal patiënten voldoende groot is. Een instelling met veel zwaardere patiënten zal naar verwachting ook zwaardere zorg leveren. In onderzoeken naar praktijkvariatie kan de uitkomst van een aantal indicatoren, zoals behandelduur, gecorrigeerd worden voor zorgvraagzwaarte van de patiëntenpopulatie. Dit kan verschillen tussen zorginstellingen verder verklaren. Voor verzekeraars wordt deze indicator ook gebruikt in de risicoverevening, waardoor verzekeraars met relatief veel zware ggz-patiënten een extra bijdrage krijgen om hun risico's te compenseren.





### Grafiek 5.6

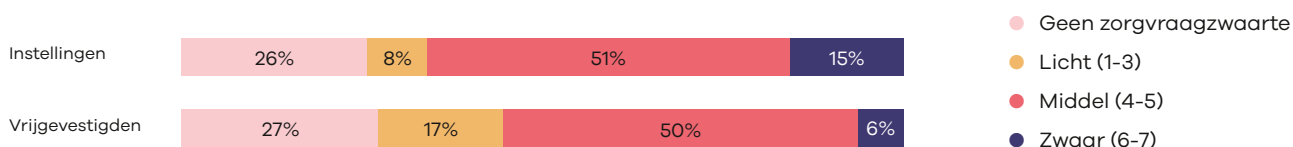
## Verschillen tussen geïntegreerde instellingen: samenhang tussen behandelduur en terugkeer in zorg



Behandelduur in 3 jaar, percentage afwijking t.o.v. gemiddelde geïntegreerde instelling

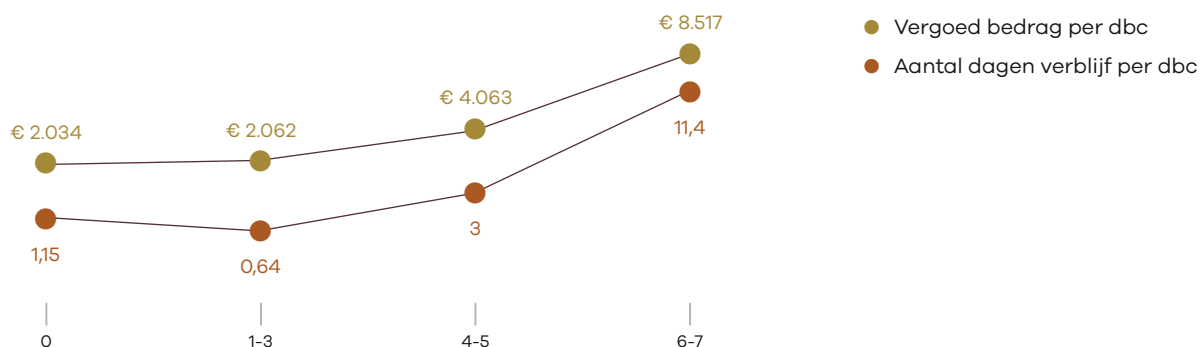
### Grafiek 5.7

## Zorgvraagzwaarte is gemiddeld lichter bij vrijgevestigden en zwaarder bij instellingen



### Grafiek 5.8

## De gemiddelde zorgduur neemt toe met de zorgvraagzwaarte



# 6. Nawoord

**10 jaar ggz in de Zvw. We kunnen wel stellen dat er veel is veranderd. Er heeft een verschuiving plaatsgevonden langs 2 assen. Ten eerste is een deel van de zorg verplaatst van gespecialiseerde zorg naar lichtere zorg. Ten tweede wordt er minder vaak en minder lang opgenomen.**

Zorg wordt, in vergelijking met 10 jaar geleden, dichter bij huis geboden. Patiënten kunnen tegenwoordig behandeling en begeleiding thuis krijgen, zoals IHT of via FACT-teams, waardoor ze minder snel opgenomen hoeven te worden. We zien een verschuiving van klinische zorg naar ambulante zorg, zowel in vergoed bedrag (afname verblijfsdagen) als in aantallen patiënten. De angst dat meer mensen in crisis raken blijkt niet uit te komen: het aantal mensen met een crisis-dbc vertoont een licht dalende trend. Daarmee zijn de 1e stappen gezet om patiënten, indien mogelijk, minder vaak en minder lang op te nemen.

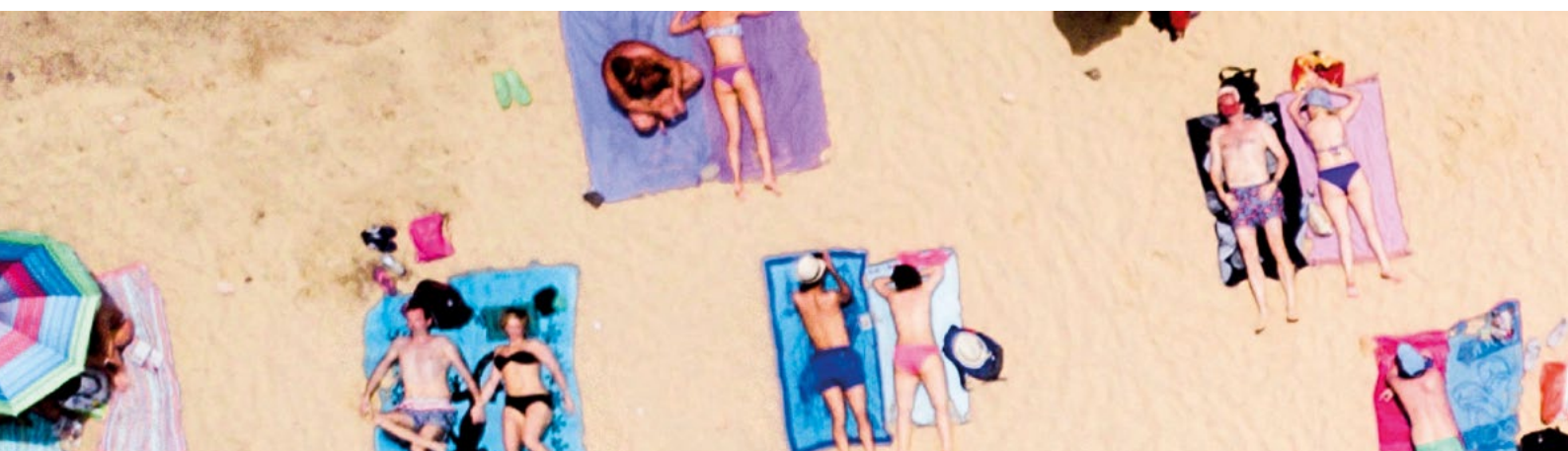
## De krachten bundelen

De ggz is anno 2017 verdeeld over verschillende domeinen. Dit maakt het lastig een compleet beeld te krijgen van de sector. Zo is er geen goed overzicht van de jeugd-ggz of de zorg die vanuit de Wmo wordt verstrekt, zoals beschermd wonen en maatschappelijke begeleiding. Forensische zorg is een domein waarin de beschikbare informatie beperkt toegankelijk is. Het is noodzakelijk dat er goed wordt samengewerkt over de domeinen heen. Er is behoefte aan informatie-uitwisseling, terwijl privacy-issues steeds belangrijker worden. Een beter overzicht over de gehele ggz is nodig

om verbeteringen in de keten door te kunnen voeren. Bijvoorbeeld door een betere samenwerking tussen gemeentes, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een goed voorbeeld hiervan is het programma 'Continuïteit van zorg'<sup>1</sup> voor mensen die uit de forensische ggz komen. Een ander voorbeeld is komen tot een sluitende aanpak en een passend ondersteuningsaanbod voor personen met verward gedrag. Gemeentes werken samen met een verscheidenheid aan ketenpartners, variërend van patiëntenorganisaties tot politie en van zorgaanbieders tot verzekeraars.

Patiëntstromen geven inzicht in de weg die patiënten afleggen door de ggz. Dit inzicht helpt verzekeraars en aanbieders bij het maken van een inschatting van de toekomstige zorgvraag. Hoeveel patiënten blijven in zorg, wordt de zorgvraag lichter of komen patiënten bij andere aanbieders weer in behandeling? Bijvoorbeeld als personen vanuit forensische zorg doorstromen naar reguliere zorg, of als het gaat om jeugdigen die van de jeugdzorg overgaan naar de zorgverzekeringwet wanneer zij 18 worden. Vektis kan op dit soort vragen inzicht bieden en heeft de ambitie dit verder uit te breiden binnen de (privacy)kaders die er zijn.

<sup>1</sup> Dit programma streeft naar een vlekkeloze overgang van zorg voor cliënten die overgaan van het domein van justitie (forensische zorg / detentie) naar het sociale domein of curatieve of langdurige zorg.



## Zorgbrede inzichten

Vektis heeft jarenlange ervaring met het gestructureerd en veilig verzamelen en opslaan van zorgdata. We doen dat sinds kort onder het label Vektis Streams. Vektis Intelligence zet deze data om naar zorgbrede inzichten. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid en binnenkort ook gemeentes, kunnen gebruikmaken van deze informatie over onder andere de ggz (binnen de domeinen Zvw en Wlz). Op het niveau dat voor ieder het gewenste inzicht geeft. Instellingen en zorgverzekeraars kunnen kijken naar praktijk- en regiovariatie en nemen dit mee in de afspraken over in te kopen zorg en in gesprekken over het toepassen van zorgstandaarden en richtlijnen. Gemeentes en zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld lokale cijfers bekijken over de EPA-groep en ontwikkelingen op het gebied van de crisis-ggz. Hierdoor kunnen zij op wijkniveau gericht beleidsmatig sturen en monitoren.

## Wachttijden inzichtelijk

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verplicht ggz-aanbieders om vanaf 1 januari 2018 elke maand hun wachttijdgegevens aan te leveren. Vektis gaat die wachttijdgegevens verzamelen. Op die manier is er een uniform, actueel, onafhankelijk en vergelijkbaar overzicht van de wachttijden in de ggz. Op basis van dit bronbestand kunnen wij andere partijen, zoals patiënten- en brancheorganisaties vervolgens voorzien van de juiste wachttijd inzichten.

## Transparantie

Het ggz-zorgveld zet enerzijds in op gepast gebruik en transparantie op inhoudelijke verbeteringen in de zorg. De patiënt moet nog meer de regisseur zijn over de eigen situatie. Het belang van kwaliteit en doelmatigheid is groot om continuïteit van de ggz te

kunnen bieden. Anderzijds mag dat niet leiden tot een verhoging van de administratieve lasten. De schaarse middelen moeten zoveel mogelijk ten goede komen aan de patiëntenzorg.

Zorgaanbieders kunnen zelf ook met transparantie aan de slag. Een aanbieder die het beleid voor een behandeling aanpast, kan na enige tijd de situatie vóór en ná de wijziging vergelijken en zichzelf benchmarken met vergelijkbare aanbieders. Een aantal aanbieders hebben door dit te doen al mooie resultaten geboekt. In deze Zorgthermometer hebben we je enkele mooie voorbeelden laten zien hiervan: minder recidive, kortere behandelingen, verschuiving van klinisch naar ambulant, meer patiënten naar de POH-GGZ.

## Tot slot

In de 10 jaar dat de ggz nu in de zorgverzekeringswet zit is er veel veranderd en verbeterd. Toch zijn er vraagstukken die nog aandacht behoeven. Het nieuwe regeerakkoord (kabinet-Rutte III, red.) biedt hiertoe ook mogelijkheden. Het terugdringen van wachttijden bijvoorbeeld, extra middelen voor de jeugd ggz, de opbouw van ambulante zorg, samenwerking over de domeinen heen en verbeterde opvang voor mensen met verward gedrag. Wij blijven de ontwikkelingen met belangstelling én cijfermatig volgen.



# 7. Verklarende begrippenlijst

## Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

De geestelijke gezondheidszorg is, als vakgebied van de gezondheidszorg, een toegepaste wetenschap die zich met de psychische gezondheid van mensen bezighoudt. (Bron: Wikipedia) Er wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende 'domeinen': curatieve ggz, langdurige ggz, forensische ggz, jeugd ggz en ggz binnen het sociaal domein.

## Curatieve ggz

Op herstel gerichte zorg, die binnen de Zvw wordt gegeven door huisartsen en praktijkondersteuners ggz, basis ggz en gespecialiseerde ggz.

## Langdurige ggz

Langdurige ggz is voor mensen met een psychische stoornis die vanwege behandeling meer dan een jaar aaneengesloten zijn opgenomen. Tot en met 2014 viel de langdurige ggz onder de AWBZ, vanaf 2015 valt de zorg deels onder de Zvw (2e en 3e jaar verblijf) en deels onder de Wlz (vanaf het 4e jaar verblijf). Personen die al langdurige ggz ontvingen in 2014 zijn allemaal overgegaan naar de Wlz in 2015. Het 2e en 3e jaar verblijf dat in de Zvw wordt vergoed wordt ook wel afgekort tot L-GGZ.

## Forensische ggz

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg dat onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel (Handboek forensische zorg, <https://www.forensischezorg.nl/>).

## Jeugd ggz

De geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen tot en met 17 jaar. Zie ook Jeugdwet.

## Ggz binnen het sociaal domein

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat op ggz gebied bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding, beschermd wonen, maatschappelijke

opvang en bemoeizorg. De gemeente richt zich zowel op kwetsbare groepen, zoals mensen in een probleemsituatie en mensen die voorheen behandeld zijn, als ook op collectieve preventie.

## Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zorgverzekeringswet (Zvw) vervangt sinds 2006 het vroegere onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden.

## Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was in Nederland een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's. De AWBZ was één van de zogenoemde verplichte volksverzekeringen. De wet is vervallen met ingang van 1 januari 2015. Sinds 2015 wordt de extramurale zorg door de gemeenten geregeld. De overblijvende delen van de AWBZ zijn omgevormd tot de Wet langdurige zorg (bron: Wikipedia).

## Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. De Wet langdurige zorg is de opvolger van de AWBZ.

## Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO)

De gemeentes voeren deze wet uit. Vanaf 2015 valt hieronder onder andere dagbesteding en beschermd wonen.

## Jeugdwet

De geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen tot en met 17 jaar valt met ingang van 2015 onder de Jeugdwet. De gemeentes zijn hiervoor verantwoordelijk.

## Generalistische basis ggz of basis ggz (GB-GGZ)

Het oude onderscheid tussen eerstelijns- en tweedelijns psychologie heeft in 2014 plaatsgemaakt voor de generalistische basis ggz, kortweg basis ggz (GB-

GGZ) en gespecialiseerde ggz (S-GGZ). De basis ggz is bedoeld voor mensen met lichte tot matige psychische problemen.

### **Gespecialiseerde ggz (S-GGZ)**

Het oude onderscheid tussen eerstelijns- en tweedelijnspsychologie heeft in 2014 plaats gemaakt voor de tweedelijns psychologie basis ggz, kortweg basis ggz (GB-GGZ) en gespecialiseerde ggz (S-GGZ). De S-GGZ is bedoeld voor mensen met ernstige, complexe psychische problemen.

### **Eerstelijns ggz**

Eerstelijns psychologische hulp bestond tot en met 2014 in de Zvw voor lichte problematiek. Er hoefde geen diagnose gesteld te zijn en de aanspraak was beperkt tot 5 sessies met een eigen bijdrage.

### **Tweedelijns ggz**

Tot en met 2013 was dit de term voor ggz die niet door huisarts of eerstelijns psychologen gegeven kon worden.

### **Praktijkondersteuner huisarts ggz (POH-GGZ)**

De POH-GGZ is een gespecialiseerd (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige die nauw samen werkt met de huisarts, in een huisartsenpraktijk.

### **Diagnosebehandelcombinatie**

Een diagnosebehandelcombinatie (dbc) is de totale ggz-behandeling. Een dbc bestaat dus uit alle activiteiten van een ggz-instelling en medisch specialist die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag.

### **Zorgzwaartepakket / zorgprofiel (ZZP)**

De term 'zorgzwaartepakket' werd binnen de AWBZ gebruikt en is in de Wlz vervangen door 'zorgprofiel'. Beide termen geven aan welke zorg iemand kan krijgen met een indicatie voor de AWBZ respectievelijk Wlz. Een deel van de zorgzwaartepakketten is vanaf 2015 binnen de Zvw gekomen.

Voor de ggz zijn er 2 soorten ZZP's:

1. ZZP B: voortgezet verblijf vanwege behandeling. De nummers tussen 3 en 7 geeft de intensiteit van de zorg weer. De lichtste intensiteiten B1 en B2 worden niet meer gebruikt. Er zijn pakketten met en zonder dagbesteding. Deels Wlz, deels Zvw (zie ook langdurige ggz).
2. ZZP C: verblijf met ondersteuning, ook wel beschermd of begeleid wonen genoemd. De intensiteit van de zorg loopt van C1 - beschermd wonen met intensieve begeleiding - tot C6 - beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging.

### **Ambulante zorg**

Behandeling waarbij een patiënt niet opgenomen wordt.

### **Klinische zorg**

Behandeling waarbij een patiënt wel opgenomen wordt tijdens (een deel van) de behandeling. Binnen een dbc wordt het verblijf per dag gedeclareerd. De kosten van verblijf zijn afhankelijk van de verzorgingsgraad die bij het bed (of afdeling waar het bed staat) hoort. De verzorgingsgraad loopt van A (licht) tot en met G (zeer intensief) en H (High Intensive Care, vanaf 2017).

### **Overige aandoeningen**

Overige aandoeningen bestaat uit:

Indirect, Behandeling kort, Geen behandeling, Diagnostiek, Behandeling onbekend, Overige stoornissen in de kindertijd, Pervasief, Aandacht tekort, Restgroep diagnoses, Aanpassingsstoornissen, Andere aandoeningen, Delirium, Overige stoornissen in de kindertijd dyslexie en overige onbekende behandelingen. Voor het onderzoek naar praktijkvariatie ggz (wat de meest gebruikte indeling is voor projecten) gebruiken we deze indeling en bundelen we bovenstaande tot de groep overige aandoeningen, omdat dit aandoeningen zijn die of heel klein zijn of niet nader te specificeren zijn.

# Colofon

In deze publicatie staan cijfers uit de zorg rondom een thema of een bepaald jaar centraal. Alles uit de uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd. De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks toch onjuistheden in voorkomen, aanvaardt Vektis daarvoor geen enkele aansprakelijkheid. Ook aanvaarden wij geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

## Auteurs

drs. Guus de Ruiter, MTD  
dr. Malou van Greuningen  
dr. Ronald Luijk

## Redactie

Jannie Aartse  
dr. Anne de Boo  
drs. Marieke Smit  
Maike Krommendijk  
Joyce Wagter, tekst

## Dank

Wij bedanken de volgende personen voor hun bijdrage aan deze Zorgthermometer:

Bas van Wel (Dimence / Platform IHT)  
Jeroen Muller (Arkin / NKO)  
Maaïke Schapendonk (Zorgverzekeraars Nederland)

## Grafisch ontwerp

Studio S&H, Bunnik

## Fotografie bij interviews

Bas van Wel en Jeroen Muller:  
driejuni.nl, Theo Scholten, Doorn

## Drukwerk

Drukkerij Roelofs BV, Enschede

## Meer informatie

Wil je meer exemplaren van deze publicatie ontvangen, neem dan contact op met Vektis via 030-8008 300 of stuur een e-mail naar: [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl). Deze publicatie is ook online te raadplegen op [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl).

Heb je inhoudelijke vragen over deze publicatie? Stuur dan een mail naar Guus de Ruiter: [g.de.ruiter@vektis.nl](mailto:g.de.ruiter@vektis.nl).

© 2017 Vektis



