

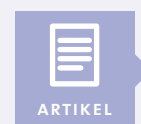
Regionale zorgvignetten: verschillen in zorgbehoeften en psychosociaal functioneren

S. KWAKERNAAK, W.E. SWILDENS, J.R. THEUNISSEN[†], G.J.J. DE VALK, W. CAHN, R.T.J.M. JANSSEN

- ACHTERGROND** Ernstige psychische aandoeningen (EPA) gaan gepaard met hoge ggz- en andere zorgkosten. Om de discussie hierover tussen verzekeraars, gemeenten en ggz transparanter te voeren zijn in 2012 zorgvignetten ontwikkeld die in een regio een beeld moeten geven over de aanwezige groepen patiënten met EPA, ingedeeld naar zorgintensiteit.
- DOEL** Inzicht krijgen in de vraag hoe bruikbaar en valide deze EPA-vignetten zijn in relatie tot zorgbehoeften en psychosociaal functioneren.
- METHODE** ROM-uitkomsten (zorgbehoeften en psychosociaal functioneren) van 706 patiënten werden per zorgzwaartevignet vergeleken (m.b.v. χ^2 -toetsen en ANOVA's). Voor twee complexe zorgzwaartevignetten (zorgwekkende zorgmijders en gevaar afwenden) werden verschillen in zorgbehoeften en functioneren longitudinaal onderzocht (met repeated measures-ANOVA's en analyses volgens McNemar).
- RESULTATEN** De vignetten waren in beperkte mate onderscheidend wat betreft zorgbehoeften en functioneren. Patiënten met vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' hadden de meeste beperkingen in functioneren en de meeste (onvervulde) zorgbehoeften. Deze bevindingen bleken stabiel over tijd.
- CONCLUSIE** De vignetten zijn onvoldoende onderscheidend. Om regionale zorgplanning te verbeteren is het wenselijk om bestaande informatie van zorgvignetten te verrijken met informatie over zorgbehoeften en functioneren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)5, 305-316

TREFWOORDEN ernstige psychische aandoeningen, functioneren, routine outcome monitoring, zorgbehoeften, zorgvignette



305

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 61 | MEI 2019

De regionale organisatie van de ggz gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) is de laatste jaren sterk in ontwikkeling. Het zorgaanbod aan deze groep moet minder in instellingen en meer in de samenleving aangeboden worden vanuit een gedifferentieerd veld van ambulante voorzieningen (GGZ Nederland 2009, 2013; Projectgroep Plan van aanpak ernstige psychische aandoeningen 2014).

Uit de literatuur komen verschillende zorgmodellen naar voren om tot een goede functietoedeling te komen, maar de toepasbaarheid daarvan voor mensen met EPA is beperkt.

Dit komt omdat het verloop van zorgtrajecten lastig te voorspellen is (Self e.a. 2008). Zorgpaden dragen volgens onderzoek bij aan een verbetering van de kwaliteit van zorg en kosteneffectiviteit (Panella e.a. 2003; Vanhaecht e.a. 2009).

In Utrecht werd in 2010 door organisatieadviesbureau Plexus samen met hulpverleners van Altrecht een onderzoek uitgevoerd om zorgvignetten te ontwerpen voor de groep patiënten met EPA. De vignettenindeling werd gebaseerd op een beslisboom en door hulpverleners ingeschatte behandel- en rehabilitatiebehoeften. Dit bleek niet goed te

passen bij informatie uit ROM-data, zoals zorgbehoeften (*Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule*; CANSAS), beperkingen in het psychosociaal functioneren (*Health of the Nation Outcome Scales*; HoNOS), of het aantal contacturen voor behandeling en rehabilitatie (Kwakernaak e.a. 2014).

In 2012 kreeg het project een vervolg met een samenwerkingsverband tussen GGZ Altrecht, RIBW Kwintes, RIBW Lister en verslavingszorg Victas/Arkin, ondersteund door KPMG Plexus en Achmea/Zilveren Kruis. Een jaar later presenteerden de initiatiefnemers van Altrecht en Kwintes een nieuw vignettenmodel (de Jong & van Zutphen 2013). De indeling hiervan kwam tot stand op basis van de aard van de zorgconsumptie (ambulant/verblijfssetting) en zorgintensiteit (aantal minuten binnen de diagnose-behandelcombinatie; DBC) in het voorgaande jaar (Altrecht e.a. 2013; zie **BIJLAGE 1** voor de criteria). Hiermee werden bepaalde groepen getypeerd om de caseload van de betrokken instellingen te onderscheiden en op basis daarvan de toedeling van personeel en middelen af te stemmen.

In opdracht van G4-User (academische werkplaats openbare geestelijke gezondheidszorg, OGGZ) is eerder onderzoek uitgevoerd naar de vraag hoe de vignetten te onderscheiden waren op basis van ROM-uitkomsten en of de zorgvraag en het zorgaanbod bij de OGGZ-vignetten konden worden onderscheiden (Swildens & Theunissen 2014; Swildens e.a. 2014). De conclusie was dat de OGGZ-vignetten goed te onderscheiden zijn op ROM-uitkomsten zoals zorgbehoeften en beperkingen in het functioneren.

Aansluitend op dit onderzoek stellen wij in dit artikel de vraag centraal of de indeling van patiënten met EPA gerelateerd kan worden aan patiëntkenmerken, zorgbehoeften en het niveau van psychosociaal functioneren (ROM-data). We gaan specifiek in op de vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden en stabiliseren'. Naar verwachting is vooral bij deze groepen een grotere zorgintensiteit vereist en daarmee een andere zorgplanning en -afstemming. Vervolgens onderzochten we of de verschillen over de tijd stabiel zijn.

METHODE

Dataverzameling en inclusiecriteria

Data over de zorgvignetten werden in 2012 verkregen via de Regionale werkgroep EPA-Utrecht. Ggz-instellingen, RIBW en verslavingszorg combineerden via een 'trusted third party' hun data over zorggebruik in het voorgaande jaar. Op basis van de intensiteit van het zorggebruik kwam men tot een individueel zorgvignet per patiënt (Altrecht e.a. 2013). Het model bevat de volgende vignetten: zorgwekkende zorgmijders, stabiele balans, participatie bevoor-

AUTEURS

SASCHA KWAKERNAAK, promovendus, Altrecht/Universiteit van Tilburg.

WILMA SWILDENS, senior onderzoeker, hoofd afd. Zorgmonitoring en onderzoek EPA, Altrecht; lector Interprofessionele zorg in de ggz, Hogeschool Inholland.

JAN THEUNISSEN^{*}, senior onderzoeker en hoofd zorgonderzoek, GGZ inGeest/VUmc.

GERARD DE VALK, medeontwikkelaar zorgvignetten, destijds: projectleider Proeftuinen Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht; thans: manager, Altrecht.

WIEPKE CAHN, hoogleraar Psychiatrie, UMC Utrecht/Altrecht.

RICHARD JANSSEN, hoogleraar Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg, Universiteit van Tilburg, en hoogleraar Bestuur en Management van instellingen in de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Sascha Kwakernaak, Altrecht, afd. Gebiedsteams GGZ, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.
E-mail: s.kwakernaak@altrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-11-2018.

ren, herstel en consolidatie, stabiliseren en herstel, gevaar afwenden en stabiliseren, EPA woonzorg, woonzorg ernstig en EPA kliniek (zie **FIGUUR 1**). De vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' behoren tot de zogenaamde OGGZ-vignetten.

Vanuit de Utrechtse Zorgmonitor werden ROM-gegevens verkregen over patiëntkenmerken, zorggebruik, zorgbehoeften en psychosociaal functioneren. Bij patiënten met de vignetten 'stabiele balans', 'EPA woonzorg' en 'EPA kliniek' werden geen ROM-data verzameld door de Zorgmonitor. Deze konden daarom niet worden meegenomen in het onderzoek. Dit onderzoek was gebaseerd op geanonimiseerde data uit de ROM en zorgadministratie. We verkregen toestemming van de commissie wetenschappelijk onderzoek van Altrecht.

Van 1280 patiënten met een toegekend zorgvignet waren data beschikbaar. In een periode van 12 maanden (met een tussentijd van ten minste 6 maanden) werden metingen voor en na de vignettoekenning geselecteerd. Er bleven 706 patiënten over met zowel een geldige meting over het functioneren als zorgbehoeften (**FIGUUR 2**). De geïncludeerde onderzoeksgroep kreeg in alle gevallen (F)ACT-zorg.

FIGUUR 1 Overzicht zorgvignetten, gebaseerd op het bestaande vignettenoverzicht (Regionale werkgroep EPA-Utrecht 2013)

Geen zorgvraag	• Geen zorgverlening
0. Zorgwekkende zorgmijders	• Bemoezorg door onhoudbare situatie waarbij sprake is van overlast of sociaal isolement, in veel gevallen ook sprake van comorbiditeit verslavingsproblematiek en/of dak- of thuisloosheid
1. Stabiele balans	• Medische zorg bij ambulante generalistische behandelaar (huisarts of BGGZ) voor behoud van stabiele balans. Vaak ook welzijnzorg. Behoeften van arvens van participatie
2. Participatie bevorderen	• Medische zorg bij ambulante generalistische behandelaar (huisarts of BGGZ) en enige ambulante begeleiding vanuit GGZ. Nadruk op herstel en participatie (m.m. arbeidsrehabilitatie). Regievoering van (F)ACT naar RIBW of RGGGZ HA+POH brengen
3. Herstel en consolidatie	• Medische zorg van specialistische zorg naar generalistische behandeling brengen. Ambulante begeleiding van (F)ACT naar RIBW en BGGZ HA+POH brengen. Nadruk op herstel en consolidatie van de stabiliteit. Regievoering van (F)ACT naar RIBW of RGGGZ HA+POH brengen
4. Stabiliseren en herstel	• Gespecialiseerde ambulante behandeling (psychiatrische verslaving), met tevens begeleiding indien overgang om participatie te bevorderen. Zorg gericht op verder stabiliseren en herstel middelen behandeling. Regievoering door specialistische ambulante hoofdbehandelaar
5. Gevaar afwenden en stabiliseren	• Gespecialiseerde ambulante behandeling (psychiatrische verslaving) gericht op stabilisering, vanwege criogene situatie en ernst en complexiteit van de problematiek. Regievoering door specialistische ambulante hoofdbehandelaar
6. EPA Woonzorg	• Verblijf in setting van beschermd wonen MO en ambulante behandeling vanuit huisarts POH-GGZ
7. EPA Woonzorg ernstig	• Verblijf in setting van beschermd wonen MO en specialistische ambulante behandeling (met vanuit huisarts POH-GGZ)
8. EPA Kliniek	• Integrale klinische behandeling is noodzakelijk om het alom aanwezige risico op gevaar, ernstige overlast en/of verslaving af te wenden, achteruitgang tot staan te brengen en perspectief voor ontwikkeling mogelijk te maken

Patiëntkenmerken

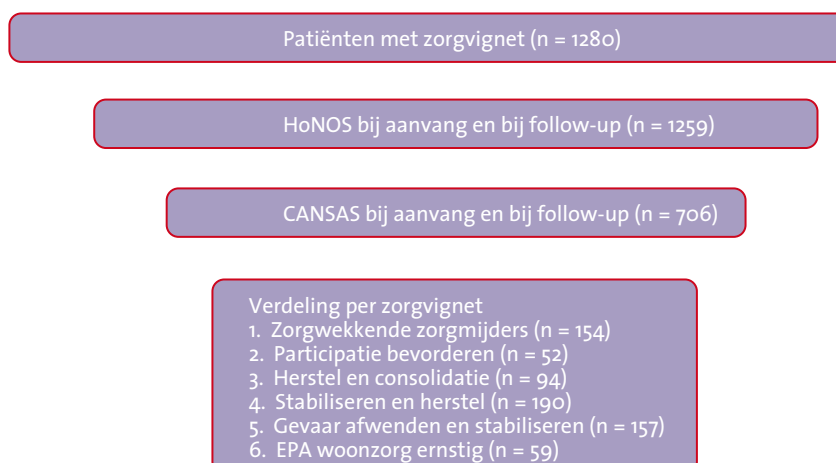
We onderzochten de patiëntkenmerken: geslacht, leeftijd, westerse migratieachtergrond (ja/nee), vaste partner (ja/nee), opleidingsniveau (laag/hog), vrijwillig of betaald werk (ja/nee), woonsituatie, psychiatrische hoofddiagnose (psychotische aandoening/overige diagnoses), juridische

status (vrijwillig ja/nee), leeftijd eerste contact met de ggz en leeftijd ten tijde van de eerste psychotische klachten.

Psychosociaal functioneren

Het psychosociaal functioneren werd gemeten met de HoNOS (range 0-48) (Wing e.a. 1998; Mulder e.a. 2004).

FIGUUR 2 Aantallen geïncludeerde patiënten per zorgvignet



Voor dit onderzoek werden ook apart ernstige tot zeer ernstige problemen (score 3 en 4) bij het item alcohol- en drugsgebruik geanalyseerd en twee items van het HoNOS-addendum: motivatie voor de behandeling en medicatietrouw.

De HoNOS-items over psychiatrische symptomen (hallucinaties en wanen, depressieve stemming en overige psychische en gedragsproblemen) werden gebruikt om symptomatische remissie vast te stellen (alle itemscores < 2). Functionele remissie werd vastgesteld met de items sociale contacten, ADL-activiteiten en woonomstandigheden (alle itemscores < 2; gebaseerd op Kortrijk e.a. 2012).

Zorgbehoeften

De CANSAS (Slade e.a. 1999) met 25 items (range 0-25) (Delespaul e.a. 2008) wordt ingevuld vanuit het perspectief van de hulpverlener en wordt gebruikt om vervulde en onvervulde zorgbehoeften op diverse levensgebieden in kaart te brengen. De items kunnen verdeeld worden in verschillende conceptuele domeinen (Swildens e.a. 2003): *ADL* (huishouding, voeding en zelfzorg), *ggz* (lichamelijke gezondheid, psychotische symptomen, informatie, psychisch verminderd welbevinden, veiligheid voor de persoon zelf, veiligheid voor anderen, en bijwerkingen van medicatie, alcohol en drugs), *rehabilitatie* (woning, dagacti-

TABEL 1 Kenmerken bij aanvang voorafgaand aan de vignettoewijzing (n = 706)

Vignettyperings ¹	1 (n = 154) n (%)	2 (n = 52) n (%)	3 (n = 94) n (%)	4 (n = 190) n (%)	5 (n = 157) n (%)
Geslacht, man	123 (79,9)	32 (61,5)	55 (58,5)	117 (61,6)	112 (71,3)
Afkomst, westers (eerste en tweede generatie)	102 (66,2)	38 (73,1)	65 (69,1)	136 (71,6)	115 (73,2)
Hoofddiagnose, psychotische aandoening	118 (76,6)	47 (90,4)	88 (93,6)	162 (85,3)	128 (82,8)
Gem. leeftijd (SD)	42,1 (10,03)	43,5 (10,07)	45,2 (8,19)	39,1 (11,35)	36,5 (11,19)
Gem. leeftijd eerste ggz-contact (SD, n = 631)	26,1 (9,95)	26,1 (9,23)	28,6 (9,04)	26,6 (9,73)	23,5 (8,36)
Gem. leeftijd eerste ggz-contact (SD, n = 631)	26,0 (10,07)	25,4 (8,31)	29,1 (8,98)	25,5 (9,26)	24,7 (8,64)
Vaste levenspartner, ja (n = 350)	8 (16,3)	7 (24,1)	18 (36,0)	28 (25,9)	15 (21,5)
Opleidingsniveau (n = 321)					
Laag	15 (35,7)	7 (26,9)	6 (13,3)	24 (24,4)	13 (19,7)
Midden	14 (33,3)	13 (50,0)	20 (44,4)	51 (51,5)	33 (50,0)
Hoog	7 (16,7)	6 (23,1)	14 (31,1)	18 (18,2)	16 (24,2)
Werk situatie					
Betaald werk (n = 371)	10 (16,7)	6 (20,7)	7 (14,0)	19 (16,7)	10 (13,7)
Vrijwilligerswerk (n = 365)	10 (17,5)	7 (24,1)	16 (32,7)	32 (28,3)	8 (11,1)
Woonsituatie (n = 300)					
Met ouders of andere familie	5 (11,4)	3 (13,0)	2 (4,4)	22 (21,8)	9 (15,8)
Zelfstandig	26 (59,1)	19 (82,6)	38 (84,4)	77 (76,2)	20 (35,1)
Begeleid wonen	-	-	-	-	-
Beschermd wonen	6 (13,6)	-	3 (6,7)	-	10 (17,5)
Opgenomen in 2011 (n = 705)	21 (13,6)	2 (3,8)	4 (4,3)	21 (11,1)	128 (82,1)
Juridische status, vrijwillig (n = 676)	129 (87,2)	49 (96,1)	85 (95,5)	162 (89,5)	102 (68,0)
Alcohol- of drugsgebruik, ernstige problemen	38 (24,7)	5 (9,6)	4 (4,3)	11 (5,8)	35 (22,3)
Motivatie, ernstige problemen	33 (21,4)	2 (3,8)	5 (5,3)	12 (6,3)	31 (19,7)
Medicatietrouw, ernstige problemen	15 (9,7)	2 (3,8)	0 (0,0)	8 (4,2)	23 (14,6)
Symptomatische remissie	33 (22,8)	20 (42,6)	38 (41,3)	59 (32,2)	32 (21,6)
Functionele remissie	33 (22,8)	29 (61,7)	55 (59,8)	86 (47,0)	48 (32,4)

¹Vignetten: 1: zorgwekkende zorgmijders; 2: participatie bevorderen; 3: herstel en consolidatie; 4: stabiliseren en herstel; 5: gevaar afwenden en stabiliseren; 6: EPA woonzorg ernstig; *p < 0,05, **p < 0,01

viteiten, gezelschap, intieme relaties, belevingseksualiteit, zorg voor kinderen, betaald werk en herstel) en *voorzieningen* (onderwijs, telefoon, vervoer, geld en uitkeringen).

Data-analyse

Voor de vergelijking bij aanvang werden kenmerken van de patiëntgroepen binnen de zes aanwezige vignetten geanalyseerd. Bij vergelijkingen op de nameting stelden wij de patiëntengroepen binnen de vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' centraal.

Verschillen in patiëntkenmerken, zorgcontact, functioneren en zorgbehoeften tussen de zorgvignetten werden

zowel voor als na de vignettoekenning getoetst met Pearsons χ^2 -toets en *one-way*-variantieanalyses (ANOVA's), met bonferronicorrecties. Vervolgens werden per vignet gemiddelden van zorgbehoeften en psychosociaal functioneren op beide meetmomenten met elkaar vergeleken met *one-way repeated measures*-ANOVA's. Voor de dichotome data werd hetzelfde gedaan met McNemars analyses. Er werd gebruikgemaakt van tweezijdige toetsing ($p \leq 0,05$).

RESULTATEN

Geïnccludeerde patiënten ($n = 706$) verschilden op een aantal kenmerken van de uitgesloten patiëntengroep ($n = 553$). Ze waren jonger (gemiddeld 41 (SD 10,96) vs. 43 jaar (SD 9,7); $t = 4,53$; $df = 1257$; $p < 0,01$), hadden vaker een psychotische aandoening (84% vs. 67%; $n = 403$; $\chi^2 = 45,062$; $p < 0,01$), minder vaak een migratieachtergrond (72% vs. 79%; $\chi^2 = 8,465$; $p < 0,01$) en waren relatief hoger opgeleid (lager onderwijs 24% vs. 32%; $n = 296$; $\chi^2 = 5,031$; $p < 0,05$). Verder werden zij in het afgelopen jaar vaker opgenomen (27% vs. 22%; $\chi^2 = 4,690$, $p < 0,05$).

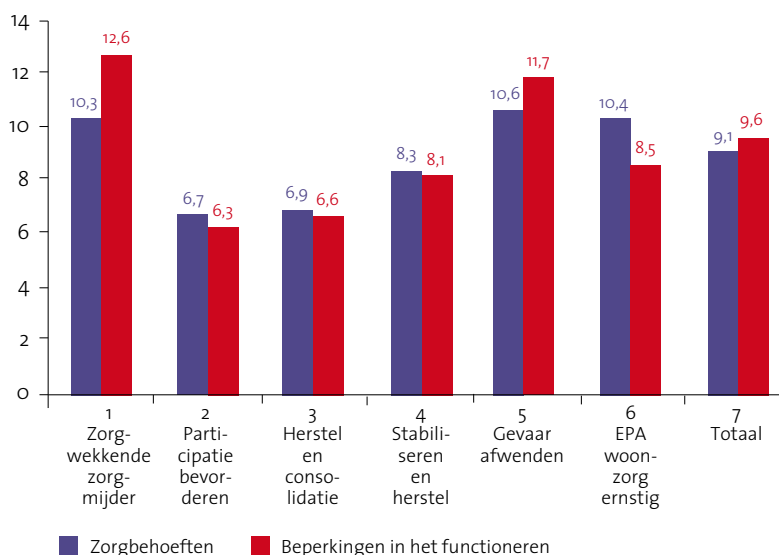
Kenmerken bij aanvang

Vergelijking van de patiëntkenmerken leverde significante verschillen op (zie **TABEL 1**). Binnen de zorgvignetten 'zorgwekkende zorgmijders' (kolom 1) en 'gevaar afwenden' (kolom 5) was respectievelijk 80% en 71% man. In de overige vignetten varieerde dit tussen 59% en 62%. Patiënten binnen vignet 'gevaar afwenden' waren met gemiddeld 37 jaar relatief jong, vergeleken met patiënten in de vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' (gem. 42,1; $p < 0,05$), 'participatie bevorderen' (gem. 43,5; $p < 0,01$), 'herstel en consolidatie' (gem. 45,2; $p < 0,01$) en 'EPA woonzorg ernstig' (gem. 41,4; $p < 0,05$). Ook hadden zij op jongere leeftijd te maken met de ggz en het ontstaan van psychotische symptomen, vergeleken met patiënten binnen het vignet 'herstel en consolidatie' ($p < 0,01$; $p < 0,05$).

Binnen 'EPA woonzorg ernstig' hadden patiënten eveneens op jongere leeftijd te maken met psychotische symptomen vergeleken met 'herstel en consolidatie' ($p < 0,05$). De hoofddiagnose psychotische aandoening kwam het minst vaak voor bij patiënten met de vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'EPA woonzorg ernstig'. Van de patiënten met het vignet 'gevaar afwenden' had 32% in het afgelopen jaar een juridische maatregel (rechterlijke machtiging/inbewaringstelling). Bij de andere vignetten varieerde dit tussen de 4% en 15%. Verder zagen we dat binnen de vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' het minste aantal patiënten in symptomatische en functionele remissie was en dat zij vaker te maken hadden met ernstige tot zeer ernstige problemen met alcohol- en drugsgebruik, motivatie en medicatietrouw.

6 (n = 59) n (%)	Totaal (n = 706) n	Significantie
37 (62,7)	476 (67,4)	** $\chi^2 = 19,728$
50 (84,7)	506 (71,7)	n.s.
45 (76,3)	590 (83,6)	** $\chi^2 = 16,834$
41,4 (11,43)	40,7 (10,96)	** $5 < 1,2,3$; $4 < 3$
23,9 (11,17)	25,8 (9,61)	** $5 < 3$
23,7 (9,22)	25,8 (9,25)	* $5,7 < 3$
7 (15,9)	83 (23,7)	n.s.
		n.s.
13 (30,2)	78 (24,3)	
21 (48,8)	152 (47,4)	
7 (16,3)	68 (21,2)	
4 (8,9)	56 (15,1)	n.s.
13 (28,9)	86 (23,6)	* $\chi^2 = 11,726$
2 (6,7)	43 (14,3)	n.s.
-	180 (60,0)	** $\chi^2 = 86,953$
1 (3,3)	1 (0,3)	n.s.
27 (90,0)	46 (15,3)	** $\chi^2 = 154,205$
13 (22,0)	189 (26,8)	** $\chi^2 = 19,311$
53 (93,0)	580 (85,8)	** $\chi^2 = 54,984$
5 (8,5)	98 (13,9)	** $\chi^2 = 44,25$
4 (6,8)	87 (12,3)	** $\chi^2 = 35,57$
2 (3,4)	50 (7,1)	** $\chi^2 = 26,91$
23 (39,7)	205 (30,5)	** $\chi^2 = 20,46$
22 (37,9)	273 (40,6)	** $\chi^2 = 49,24$

FIGUUR 3 Zorgbehoeften (gemiddelde totaalscore CANSAS) en beperkingen in het functioneren (gemiddelde totaalscore HoNOS) van (F)ACT-patiënten ingedeeld naar vignet in het jaar voorafgaand aan de vignettoewijzing



Functioneren en zorgbehoeften

Voorafgaand aan de toekenning van de vignetten hadden patiënten met de vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' gemiddeld met respectievelijk 12,6 (SD 6,79) en 11,7 (SD 7,01) meer beperkingen in het psychosociaal functioneren vergeleken met de andere vignetten (zie **FIGUUR 3**): 'participatie bevorderen': gem. 6,3 (SD 4,80), 'herstel en consolidatie': gem. 6,6 (SD 4,85), 'stabiliseren en herstel': gem. 8,1 (SD 5,34), 'EPA woonzorg ernstig': gem. 8,5 (SD 4,45). Ook ervoeren zij op meer levensgebieden een zorgbehoefte ('zorgwekkende zorgmijder': gem. 10,3 (SD 3,92), 'gevaar afwenden': gem. 10,6 (SD 4,22)) vergeleken met de vignetten 'participatie bevorderen' (gem. 6,7 (SD 3,90)), 'herstel en consolidatie' (gem. 6,9 (SD 3,29)) en 'stabiliseren en herstel' (gem. 8,3 (SD 3,73)).

Behalve voor het totaal aantal zorgbehoeften gold dit ook voor de vier domeinen van zorgbehoeften: ADL, ggz, rehabilitatie en voorzieningen. Een overzicht van de onderlinge verschillen op het gebied van functioneren en zorgbehoeften is te vinden in **BIJLAGE 2**.

Verschillen na de vignettoekenning

Bij de nameting hadden patiënten binnen de zorgvignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' wederom het grootste aantal beperkingen in het functioneren ('zorgwekkende zorgmijders': gem. 11,7 (SD 6,43), 'gevaar afwenden': gem. 10,4 (SD 6,98)). Voor het vignet 'zorgwekkende zorgmijders' was dit hoger vergeleken met 'participatie bevorderen' (gem. 5,9 (SD 4,83); $p < 0,01$), 'herstel en consolidatie' (gem. 6,4 (SD 5,48); $p < 0,01$), 'stabiliseren en herstel' (gem. 8,0 (SD 5,37); $p < 0,01$) en 'EPA woonzorg

ernstig' (gem. 8,0 (SD 4,71); $p < 0,01$). Voor 'gevaar afwenden' was dit hoger vergeleken met 'participatie bevorderen' ($p < 0,01$), 'herstel en consolidatie' ($p < 0,01$) en 'stabiliseren en herstel' ($p < 0,01$).

Patiënten met de zorgvignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' hadden wederom meer zorgbehoeften ('zorgmijders': gem. 10,1 (SD 4,15); 'gevaar afwenden': gem. 10,2 (SD 4,31)). Dit was hoger vergeleken met de vignetten 'participatie bevorderen' (gem. 6,8 (SD 4,31); $p < 0,01$), 'herstel en consolidatie' (gem. 6,6 (SD 3,64); $p < 0,01$) en 'stabiliseren en herstel' (gem. 8,2 (SD 3,72); $p < 0,01$). Daarnaast was het percentage symptomatische en functionele remissie in de zorgvignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' lager vergeleken met patiënten in de andere vignetten (symptomatisch: zorgmijders: 28%; gevaar afwenden: 32%; $\chi^2 = 21,90$; $p < 0,01$; functioneel: zorgmijders: 26%; gevaar afwenden: 34%; $\chi^2 = 39,67$; $p < 0,01$).

Binnen de vignetten werden over de tijd heen eveneens verschillen gevonden. Het aantal beperkingen in het functioneren was binnen het vignet 'gevaar afwenden' met 1,24 gedaald ($p < 0,05$). De daling binnen het vignet 'zorgwekkende zorgmijders' was niet significant ($p = 0,53$).

Als we keken naar zorgbehoeften was er voor zowel 'gevaar afwenden' (verschil = -0,81 (SD 3,69); $p < 0,01$) als 'zorgwekkende zorgmijders' (verschil = -0,48 (SD 2,82); $p < 0,05$) een afname in het totaal aantal onvervulde zorgbehoeften. Een uitgebreid overzicht van het aantal (onvervulde) zorgbehoeften en beperkingen in het functioneren ten tijde van de nameting staat in **BIJLAGE 3**.

DISCUSSIE

In dit onderzoek tonen wij met ROM-data aan dat de zorgvignetten onvoldoende onderscheidend zijn, behalve voor 'zorgmijders' en 'gevaar afwenden'. Patiënten binnen deze vignetten waren vaker man en binnen het vignet 'gevaar afwenden' waren patiënten het jongst. Ook hadden ze substantieel meer beperkingen in het psychosociaal functioneren. Met respectievelijk 12,6 en 11,7 is dit boven de drempelwaarde op de HONOS (11) voor intensivering van ambulante begeleiding (Nugter e.a. 2012). Ook hebben deze patiënten op meer levensgebieden een (onvervulde) zorgbehoefte en ervaren zij meer problemen met motivatie en medicatietrouw. Dit is passend bij het gegeven dat meer problemen in het functioneren samengaan met een slechtere motivatie (Mulder e.a. 2014).

Een jaar na de vignettoekenning blijven de verschillen gelijk en er worden ook binnen de vignetten nauwelijks verschillen gevonden over tijd. Patiënten binnen de vignetten 'zorgwekkende zorgmijders' en 'gevaar afwenden' hebben wederom de meeste zorgbehoeften en beperkingen in het functioneren. De vrijwel gelijke verschillen tussen de voor- en nameting tonen aan dat er geen grote veranderingen in functioneren en zorgbehoeften optreden. Dit is relevant voor de zorgplanning, afstemming en toedeling van middelen. Het gebruik van zorgvignetten in een dergelijke context kan ons inziens verbeterd worden door ze met ROM-data te verrijken. Door groepen specifiek te typeren kunnen personeel en middelen beter worden ingezet.

Beperkingen

Tot slot noemen we enkele beperkingen van ons onderzoek.

Ten eerste ontbreken data over patiënten die vooral psychische hulp ontvingen via de huisarts en RIBW en patiënten die langdurig verbleven in de kliniek. Patiënten in de laatste groep zullen zich waarschijnlijk onderscheiden door meer beperkingen in het functioneren en meer zorgbehoeften dan de patiënten in de door ons onderzochte vignetten. Met het gebruik van zes van de negen vignetten kunnen we stellen dat op basis van functioneren en zorgbehoeften de vignetten weinig onderscheidend zijn. Verder onderzoek waarbij deze groepen ook geïncludeerd kunnen worden, is op zijn plaats.

Ten tweede is enkel de visie van de hulpverlener meegenomen. De reden hiervoor is dat er onvoldoende vragenlijsten beschikbaar waren die zijn ingevuld door de patiënten. Dit komt omdat patiënten weigeren of niet in staat zijn deel te nemen en door het beleid rondom het gebruik van vragenlijsten. Mogelijk zouden de uitkomsten anders zijn als de patiëntvisie ook meegenomen was. Uit eerder onderzoek naar zorgbehoeften is gebleken dat patiënten en hulpverleners de zorgbehoeften van de patiënt soms anders inschatten (Lasalvia e.a. 2000; Thornicroft & Slade 2002; Kroon 2003; Wiersma 2006).

CONCLUSIE

Uit onze studie blijkt dat de op zorgintensiteit gebaseerde vignetten niet samenvallen met het aantal zorgbehoeften en beperkingen in het functioneren. De gevonden verschillen tussen de vignetten zijn niet voldoende onderscheidend. Om te komen tot meer gepersonaliseerde zorg is een aanpassing van het model wenselijk. Hierbij zijn individuele behoeften en een verwacht behandelresultaat uitgangspunten voor het leveren van gepaste zorg in de integrale keten. Op basis van dit onderzoek concluderen wij dat het verrijken van de vignetten met individuele kenmerken ertoe kan leiden dat de planning en afstemming op geaggregeerd niveau meer vraaggestuurd wordt. Wij zijn daarnaast van mening dat een flexibel inzetbaar zorgaanbod op basis van de individuele zorgvraag wenselijk is, waarbij samenwerkingsverbanden tussen ggz-instellingen en maatschappelijke hulpverleningsinstanties zijn geoptimaliseerd. Sociale en ggz-wijkteams zouden hierin een prominente rol kunnen spelen. Ook kunnen een actief armoedebeleid en projecten als *housing first* bijdragen aan gepersonaliseerde zorg. Een behandelplan dat uitgaat van de zorgvraag en de mogelijkheid tot het oplossen van individuele zorgbehoeften zou daarbij de basis moeten vormen. Nader onderzoek is wenselijk om tot een specifiek model te komen waarbij het behandelplan centraal staat, onderbouwd met jaarlijkse ROM-data zoals zorgbehoeften en functioneren, gecombineerd met ggz-specifieke en persoonsgebonden factoren.

LITERATUUR

- Delespaul PAEG, Bak ML, van Os J. Handleiding Zorgmonitor (5e ed.). Maastricht: Universiteit Maastricht; 2008.
- GGZ Nederland. Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Amersfoort: GGZ Nederland; 2009.
- GGZ Nederland. Meerjarenvisie: GGZ Nederland 2013-2020. Amersfoort: GGZ Nederland; 2013.
- Jong R de, van Zuthem JW. Presentatie van de Utrechtse vignettenstudie. Utrecht; 2013.
- Kroon H. De zorgbehoeflijst: een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoef bij mensen met ernstige psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
- Kwakernaak S, Swildens W, van Wel T, Marquenie F, van Neerbos L, van Goor L. Hoe ROM ondersteunt bij keuze voor EPA-zorgpaden behandeling en rehabilitatie combineren. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2014; 69: 24-31.
- Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB. The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. Acta Psychiatr Scand 2000; 102: 366-75.
- Mulder CL, Jochems E, Kortrijk HE. The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014; 49: 541-8.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytema S, e.a. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor routine outcome assessment. Tijdschr Psychiatr 2004; 46: 273-84.
- Nugter MA, Buwalda VJA, Dhondt ADF, Draisma S. Gebruik van de HoNOS bij de behandeling van patiënten. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 153-159.
- Regionale werkgroep EPA-Utrecht EPA-onderzoek Midden Westelijk Utrecht. Invitational Conference met Achmea en ZN, Zeist; 2013. <http://docplayer.nl/6552364-Epa-onderzoek-midden-westelijk-utrecht.html>
- Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? Int J Qual Health Care 2003; 15: 509-21.
- Projectgroep Plan van aanpak ernstige psychische aandoeningen. Over de brug. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos; 2003. <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/items/de-brug-pva-epa/>
- Slade M, Thornicroft G, Loftus L, Phelan M, Wykes T. The Camberwell Assessment of Need: a comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness. Londen: Gaskell; 1999.
- Swildens WE, van Keijzerswaard AJ, van Wel TF, de Valk GJJ, Valenkamp MW. Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek. Tijdschr Psychiatr 2003; 45: 15-26.
- Swildens WE, Theunissen JR. Zorgvignetten bij patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen nader onderzocht met data uit meerdere patiëntgebonden regionale registratiebronnen. Onderzoeksplan en eindrapportage voor G4-User 2014. http://www.g4-user.nl/sites/default/files/kennisbankverslag_extramuraliseringnov2014.pdf
- Swildens WE, Theunissen JR, de Valk G. Extramuralisering GGZ. De OGGZ in transitie. Symposium G4-USER: OGGZ in transitie, Utrecht; 2014.
- Thornicroft G, Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? Epidemiol Psychiatr Sci 2002; 11: 186-91.
- Vanhaecht K, de Witte K, Panella M, Sermeus W. Do pathways lead to better organized care processes? J Eval Clin Pract 2009; 15: 782-8.
- Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. Acta Psychiatr Scand 2006; 113: 115-9.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. Br J Psychiatry 1998; 172: 11-8.

SUMMARY

Regional healthcare labels: differences in care needs and psychosocial functioning

S. KWAKERNAAK, W.E. SWILDENS, J.R. THEUNISSEN¹, G.J.J. DE VALK, W. CAHN, R.T.J.M. JANSSEN

- BACKGROUND** Severe mental illnesses (SMI) are associated with high mental healthcare and other healthcare costs. In 2012, mental healthcare labels were developed to create more transparency between insurance companies, municipalities, and mental healthcare. The labels are based on care intensity, and should provide a regional overview of the present groups of patients with SMI.
- AIM** Explore the functionality and validity of the used labels in relation to needs for care and psychosocial functioning.
- METHOD** The ROM data (needs for care, functioning) from 706 patients were tested per label by Chi-square tests and ANOVAS. For two high complex labels (alarming care avoiders and persons with safety risks), repeated measures ANOVAS and McNemar tests were used to analyse changes in functioning and needs over time.
- RESULTS** To a limited extent, the labels were distinctive in care needs and functioning. The most restrictions in functioning and (unfulfilled) needs were present in the labels 'alarming care avoiders' and 'avoiding danger'. These findings were stable over time.
- CONCLUSION** The labels are not sufficiently distinctive. To enhance regional care planning, it is desirable to combine existing information on healthcare labels with information on care needs and functioning.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)5, 305-316

KEY WORDS functioning, mental healthcare labels, needs for care, routine outcome monitoring, severe mental illness

BIJLAGE 1 Criteria voor toedeling per stap per vignet

Stap 1. Verblijfsvignetten

6	RIBW ZZP's 2, 3 en 4 Indien DBC bij Altrecht, maximaal 800 minuten
7	RIBW ZZP's 5 en 6 RIBW ZZP's 2,3 en 4 EN DBC met min. 801 min. bij Altrecht
8	Altrecht ZZP's in B-categorie (veelal ZZP's 5,6, en 7)

Stap 2. Ambulante vignetten gedeelde populatie

0	Alle cliënten met een bemoeizorg DBC
1	Alleen medische zorg door een arts en verder geen zorg van een andere discipline.
2	Ambulante zorg bij RIBW klasse 2+ geen DBC of DBC tot 800 minuten bij Altrecht
3	Ambulante zorg bij RIBW klasse 2+ DBC boven 800 minuten Ambulante zorg bij RIBW klasse 3+ DBC tot 1.799 zonder ondergrens Ambulante zorg bij RIBW klasse 3+ DBC 1.800 en hoger <i>Noot: vanuit SBWU/Kwintessens cliënten <5 uur begeleiding, overgeheveld naar vignet 2</i>
4	Ambulante zorg bij RIBW klasse 4 of 5 + DBC 1.800 en hoger Ambulante zorg bij RIBW klasse 4 of 5 + DBC tot 1.799
5	Altrecht cliënten die één of meerdere opnames hebben gehad

Stap 3. Ambulante vignetten alleen RIBW

2	RIBW klasse 2
3	RIBW klasse 3
4	RIBW klasse 4

Stap 4. Ambulante vignetten alleen WA

1	DBC tot 800 minuten
3	DBC tussen 800 en 1.800 minuten
4	DBC met meer dan 1.800 minuten

Stap 5. Alle vignetten alleen Victas

- De cliënten van Victas die via zorg bij (een van) de andere instellingen aan een vignet zijn toebedeeld, hebben deze toewijzing behouden.
- De cliënten van Victas die niet via zorg bij (een van) de andere instellingen aan een vignet zijn toebedeeld, zijn op de volgende wijze aan een vignet toebedeeld:
 - Selectie op lege velden
 - Uitsluiten cliënten die geen score hebben op as II of LVB
 - Selectie op ambulante zorg (fact/smt) met DBC tot 1800 minuten naar vignet 3
 - Selectie op ambulante zorg (fact/smt) met DBC boven 1800 minuten naar vignet 4
 - Cliënten die één of meerdere opnames hebben gehad naar vignet 5
 - Vignet 7 viel buiten beschouwing (geen cliënten AWBZ wonen)

BIJLAGE 2 Zorgbehoeften (CANSAS) en beperkingen in het functioneren (HoNOS) van (F)ACT-patiënten ingedeeld naar vignet in het jaar voorafgaand aan de vignettoewijzing, gemiddelde totaalscores en standaarddeviaties (M (SD)) ten tijde van de voormeting

Vignettypering ¹	1 (n = 154)	2 (n = 52)	3 (n = 94)	4 (n = 190)	5 (n = 157)	6 (n = 59)	Totaal (n=706)	Significantie
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Zorgbehoeften totaal	10,3 (3,92)	6,7 (3,90)	6,9 (3,29)	8,3 (3,73)	10,6 (4,22)	10,4 (3,51)	9,1 (4,09)	**1,5,6 > 2,3,4
Zorgbehoeften OV ²	4,0 (3,10)	2,1 (2,60)	2,0 (2,44)	2,7 (2,88)	4,3 (3,58)	2,5 (2,47)	3,2 (3,12)	*1 > 6; **1,5 > 2,3,4; 5 > 6
ADL	1,3 (1,19)	0,8 (1,01)	0,8 (1,04)	0,8 (1,00)	1,2 (1,10)	1,4 (0,95)	1,0 (1,09)	*1 > 2; 5 > 3; **1,6 > 3,4; 5 > 4
ADL OV	0,3 (0,62)	0,1 (0,31)	0,1 (0,46)	0,1 (0,37)	0,3 (0,67)	0,2 (0,53)	0,2 (0,54)	*5 > 2,3; **5 > 4
GGZ	4,3 (1,69)	2,8 (1,36)	3,1 (1,17)	3,4 (1,59)	4,3 (1,81)	3,5 (1,51)	3,7 (1,68)	*1,5 > 6; **1,5 > 2,3,4
GGZ OV	1,5 (1,41)	0,8 (1,23)	0,7 (1,05)	0,9 (1,28)	1,5 (1,54)	0,9 (1,14)	1,1 (1,37)	*1,5 > 2; **1,5 > 3,4
Rehabilitatie	3,3 (1,73)	2,2 (1,66)	2,2 (1,58)	3,2 (1,71)	3,7 (1,74)	4,0 (1,54)	3,2 (1,77)	*5,6 > 4; **1,4,5,6 > 2,3
Rehabilitatie OV	1,9 (1,64)	0,9 (1,30)	1,1 (1,32)	1,5 (1,54)	2,1 (1,83)	1,4 (1,39)	1,6 (1,62)	*5 > 6; **1,5 > 2,3; 5 > 4
Voorzieningen	1,5 (1,18)	0,9 (1,11)	0,9 (1,24)	1,0 (1,15)	1,4 (1,20)	1,5 (1,29)	1,2 (1,21)	*1 > 2; 5,6 > 3; **1 > 3,4
Voorzieningen OV	0,3 (0,66)	0,3 (0,60)	0,1 (0,42)	0,2 (0,52)	0,4 (0,72)	0,1 (0,25)	0,3 (0,59)	*1,5 > 6; 5 > 3
Problemen in functioneren	12,6 (6,79)	6,3 (4,80)	6,6 (4,85)	8,1 (5,34)	11,7 (7,01)	8,5 (4,45)	9,6 (6,36)	**1,5 > 2,3,4,6

¹Vignet: 1 = zorgwekkende zorgmijders; 2: participatie bevorderen; 3: herstel en consolidatie; 4: stabiliseren en herstel; 5: gevaar afwenden en stabiliseren; 6: EPA woonzorg ernstig;

²OV: onvervuld, *p < 0,05; **p < 0,01

BIJLAGE 3 Zorgbehoeften (CANSAS) en beperkingen in het functioneren (HoNOS) van (F)ACT-patiënten ingedeeld naar vignet in het jaar voorafgaand aan de vignettoewijzing, gemiddelde totaalscores en standaarddeviaties (M (SD)) ten tijde van de nameting

Vignettyperings ¹	1 (n = 154)	2 (n = 52)	3 (n = 94)	4 (n = 190)	5 (n = 157)	6 (n = 59)	Totaal (n = 706)	Significantie
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Zorgbehoeften Totaal	10,1 (4,15)	6,8 (4,31)	6,6 (3,64)	8,2 (3,72)	10,2 (4,31)	9,4 (3,26) ³	8,8 (4,17) ³	* _{4>3} ; ** _{1,5,6>2,3; 1,5>4}
Zorgbehoeften OV ²	3,5 (2,75) ³	1,6 (2,13)	1,8 (2,61)	2,7 (2,73)	3,5 (3,42) ⁴	1,8 (1,87) ³	2,8 (2,88) ⁴	** _{1,5>2,3,6}
ADL	1,3 (1,23)	0,8 (0,87)	0,9 (1,06)	0,9 (1,06)	1,2 (1,08)	1,3 (1,01)	1,1 (1,11)	* _{1>6; 5>4} ; ** _{1>4}
ADL OV	0,3 (0,69)	0,1 (0,31)	0,1 (,46)	0,1 (0,38)	0,2 (0,52) ³	0,1 (0,25)	0,2 (0,50)	* _{1>2,6} ; ** _{1>4}
GGZ	4,1 (1,79)	2,7 (1,57)	2,9 (1,45)	3,2 (1,59)	3,9 (1,79) ³	3,3 (1,47)	3,5 (1,73) ⁴	* _{1>6} ; ** _{1,5>2,3,4}
GGZ OV	1,3 (1,18)	0,6 (0,89) ³	0,6 (1,08)	1,0 (1,30)	1,2 (1,47)	0,7 (1,04)	1,0 (1,27) ³	* _{1>6; 5>2} ; ** _{1,5>3; 1>2}
Rehabilitatie	3,1 (1,71)	2,2 (1,77)	1,9 (1,63)	3,0 (1,70)	3,5 (1,69)	3,5 (1,61) ³	3,0 (1,77) ⁴	* _{4>2} ; ** _{1,5,6>2,3}
Rehabilitatie OV	1,6 (1,56) ³	0,8 (1,23)	1,0 (1,46)	1,5 (1,64)	1,8 (1,73)	1,0 (1,04)	1,4 (1,58) ⁴	* _{1>2,3} ; ** _{5>2,3,6}
Voorzieningen	1,5 (1,24)	1,0 (1,23)	1,0 (1,43)	1,1 (1,22)	1,5 (1,21)	1,3 (1,16)	1,3 (1,26)	* _{1,5>3; 1>4}
Voorzieningen OV	0,2 (0,47) ³	0,2 (0,41)	0,1 (0,46)	0,2 (0,46)	0,3 (0,58) ³	0,1 (0,28)	0,2 (0,49) ⁴	n,s
Problemen in functioneren	11,7 (6,43)	5,9 (4,83)	6,4 (5,48)	8,0 (5,37)	10,4 (6,98) ³	8,0 (4,71)	9,0 (6,24) ⁴	** _{1,5>2,3,4; 1>6}
Symptomatische remissie (n (%))	40 (27,6)	27 (57,4) ³	46 (50,0)	69 (37,7)	48 (32,4) ³	21 (36,2)	251 (35,6)	** _{χ² = 10,547}
Functionele remissie (n (%))	27 (25,5)	29 (61,7)	55 (59,8)	77 (42,1)	50 (33,8)	22 (37,9)	270 (38,2)	* _{χ² = 0,021}

¹Vignet: 1 = zorgwekkende zorgmijders, 2= participatie bevorderen, 3= herstel en consolidatie, 4= stabiliseren en herstel, 5= gevaar afwenden en stabiliseren, 6= EPA woonzorg ernstig;

²OV= Onvervuld,

³Significant verschil vergeleken met de voormeting, p < 0,05;

⁴Significant verschil vergeleken met de voormeting, p < 0,01; *p < 0,05, **p < 0,01