

EPA VIGNETTENSTUDIE

D R E N T H E



APRIL 2016
RAPPORTAGE

EPA VIGNETTEN STUDIE – EINDRAPPORTAGE (MAART 2016)

O.L.V.

KPMG Plexus

Werkgroep

Johan Arends, Arno de Boer, Jane Kempenaar, Jan Kuiken, Riejelle Sierts,
Warner Schuitema, Annemarie Zijlstra

Onderdeel van

Project Optimaal Leven

Kernteam

Janneke Bandringa, Nynke Halma, Leo Rijff

Projectleider

Willemijn Kemp

Vormgeving omslag

Ivar de Wolf

Optimaal Leven is een
samenwerking van

VNN, Promens Care, GGZ Drenthe, gemeente Assen, gemeente Emmen,
Regionale Huisartsen Vereniging en Zilveren Kruis



INLEIDING

Voor u ligt het rapport met de uitkomsten van het zorggebruik van cliënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) dat voor de regio Drenthe in kaart is gebracht. Het ontwikkelen van dit overzicht is door een nauwe samenwerking van de drie betrokken zorgaanbieders, onder leiding van Marieke van de Kerkhof en Luc Starmans (KPMG), tot stand gekomen. In de volgende pagina's kunt u er alles over lezen.

Dit rapport maakt deel uit van een groter project; Optimaal Leven, een project waar naast de drie zorgaanbieders ook gemeente Assen, gemeente Emmen, de regionale LHV en het Zilveren Kruis actief betrokken zijn. De richting van het project is het vormgeven van een geïntegreerde zorgverlening aan EPA patiënten over de grenzen van de bestaande instellingen heen om betere, efficiëntere zorg te verlenen, met tevredener patiënten. Daarbij richten we ons voor deze groep op hun welbevinden. Aandachtspunten hiervoor zijn terug te vinden in de herstelgedachte: vernieuwen van hoop en commitment, het vinden van een plek in de maatschappij, hervinden van identiteit, leren leven met ziekte en een krachtige burger zijn. Dit betekent voor cliënten onder andere:

“Geloven dat ik in staat ben mijn leven te leiden en mijn doelen te behalen.”

“Mijn dag vullen met activiteiten die ik leuk vind.”

“Me waardevol voelen als mens.”

“Weten dat mijn ziekte slechts een klein deel is van wie ik ben.”

Het gaat in het project Optimaal Leven om het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Hoe krijgen we dit voor elkaar? Bestuurders en directie van de drie betrokken zorgaanbieders zeggen hierover:

“Ik wil graag inzicht in de groep. Hoe ziet deze er dan uit? Door een efficiëntere manier van werken kunnen we gezamenlijk een betere kwaliteit van zorg leveren. Dit zit voor een groot deel in het slimmer regelen van zaken zoals systeem, zorg, financiën en kwaliteit of expertise.”

Gabriël Anthonio, VNN



INLEIDING

“De EPA doelgroep beweegt door de keten heen. Bij intensieve vraagstukken kan de zorgaanbieder de cliënt behandelen of ondersteunen met het specialisme dat past bij de vraag. Bij een lichter vraagstuk kan de cliënt bij het WMO loket terecht komen. Ik zou het mooi vinden voor de cliënten wanneer de zorgaanbieders en andere betrokken partijen zoals gemeente een gezamenlijke taal hebben. Dit geeft veel meer helderheid voor de cliënten en maakt het voor hen makkelijker binnen het web van zorgaanbieders en zorgverleners. Het uitgangspunt is regie bij de cliënt. De zorg beoogt zo dicht mogelijk aan te sluiten op de vraag. Met het project Optimaal Leven wil ik hier een bijdrage aan leveren.”

Hetty Verhulst, Cosis

“Wat ik zou willen weten is wat ieders expertise is en hoe er optimaal gebruikgemaakt kan worden van elkaars expertise om zo de cliënt naar zijn/haar behoefte te kunnen bedienen. Eigenlijk zouden de zorgaanbieders door cliënten als één loket gezien moeten worden. Hoe kan, vanuit dit perspectief, het samen organiseren van zorg tot verbetering van zorg en afname van kosten leiden?”

Bert Hoogeboom, GGZ Drenthe

Dit rapport dient als uitgangspunt om bovenstaande richting samen verder vorm te geven. We danken iedereen die aan de totstandkoming ervan heeft bijgedragen.

Janneke Bandringa, Nynke Halma, Willemijn Kemp & Leo Rijff





cutting through complexity

PLEXUS[®]

EPA vignettenstudie Drenthe

Eindrapportage

Maart 2015



Karina Kuperus

KPMG Plexus

Partner

Tel: + 31 6 51 36 73 95

kuperus.karina@kpmg.nl

Karin Lemmens

KPMG Plexus

Senior Manager

Tel: + 31 6 12 51 36 83

lemmens.karin@kpmg.nl

Marieke van de Kerkhof

KPMG Plexus

Manager

Tel: + 31 6 13 55 10 12

vandekerkhof.marieke@kpmg.nl

Luc Starmans

KPMG Plexus

Consultant

Tel: + 31 6 10 30 29 77

starmans.luc@kpmg.nl

	Pagina		Pagina
1. Inleiding	2	6. Vergelijking	19
2. Aanpak	3	7. Samenvatting en vervolgstappen	21
3. Achtergrond	4	Bijlagen	22
■ Definieren van de EPA-populatie		1. Wettelijk kader	
■ Vignetten: een introductie		2. Methode	
■ Beslisboom voor toewijzing aan een vignet		3. Toelichting bij de beslisboom	
4. Beeld van de regio	7	4. Toewijzing aan vignetten op basis van zorggebruik	
5. Analyse	8	5. Cliënten in zorg bij één of beide aanbieders	
■ Resultaten vignetten			
■ Resultaten financieel			
■ Resultaten zorg bij één of beide aanbieders			
■ Resultaten forensische zorg			
■ Resultaten bemoeizorg			
■ Ontwikkelingen sinds 1 oktober 2013			

Zorggebruik van EPA-cliënten in beeld brengen om in te spelen op veranderend zorglandschap

EPA-zorg in de regio

In de regio Drenthe werken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten nauw samen bij het vormgeven van de geestelijke gezondheidszorg in de regio. Hierbij is bijzondere aandacht voor cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA). Deze cliënten hebben een hoge zorgbehoefte en zijn vaak langdurig in zorg. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten hebben zich verenigd binnen het project 'optimaal leven' met als doel het verder ontwikkelen van EPA-zorg in de regio Drenthe.

Inspelen op veranderingen in de GGZ

Om de zorg voor de EPA-cliënten nu en in de toekomst goed vorm te geven is het van belang in te spelen op veranderingen in de GGZ. De afgelopen jaren is er toenemende aandacht voor het vergroten van participatie en zelfredzaamheid. Cliënten worden vaker ambulant behandeld en ondersteund en het aantal bedden wordt afgebouwd. De druk neemt toe op zowel de kwaliteit als de kosten van zorg; gemeenten krijgen daarbij een grotere rol. De bekostiging van geestelijke gezondheidszorg (voor volwassenen) is verschoven vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) en vanuit de Zvw naar de Wmo.

Publicaties, zoals 'Over de Brug' van het Phrenos kenniscentrum (september 2014) en de 'agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie' van samenwerkende spelers waaronder GGZ Nederland en het Landelijk Platform GGZ (november 2015), presenteren stappen om de landelijke ontwikkelingen concreter vorm te geven. Dergelijke publicaties onderschrijven het belang van een helder overzicht van de EPA-populatie in verschillende regio's en geven inhoudelijke richtingen waarop aangehaakt kan worden in het door ontwikkelen van een regionaal aanbod.

Zorggebruik van EPA-cliënten in de regio in beeld

Doel van de analyse in deze rapportage is om een zogenaamde 'foto' van de EPA-populatie in de regio Drenthe inzichtelijk te maken. De foto is organisatie-overstijgend en biedt daardoor een overzicht van alle cliënten die bij de deelnemende aanbieders in beeld zijn. De foto dient als input voor vervolgesprekken om de zorgverlening en samenwerking tussen aanbieders verder te ontwikkelen.

De foto is gemaakt op basis van gegevens over de periode oktober 2012 tot en met september 2013. De resultaten moeten dan ook worden gezien in het licht van ontwikkelingen sinds die periode. Een overzicht van de bekostiging op het moment van de foto en op dit moment is opgenomen in bijlage 1. Op pagina 18 beschrijven we kort welke ontwikkelingen de aanbieders sinds de periode van de foto verwachten.

Deze rapportage

Deze rapportage geeft een beschrijving van de 'foto' in de regio Drenthe. Het brengt het zorggebruik van EPA-cliënten in de regio wordt in kaart, waarbij de populatie is ingedeeld in vignetten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een eerdere studie naar EPA-zorg in de regio Utrecht, waarbij een vignettenmodel voor EPA-cliënten is ontwikkeld. Deze vignetten geven een indeling op basis van de aard van de problematiek van EPA-cliënten en is operationeel gemaakt op basis van historisch zorggebruik bij verschillende aanbieders (zie ook pagina 5-6 van deze rapportage).

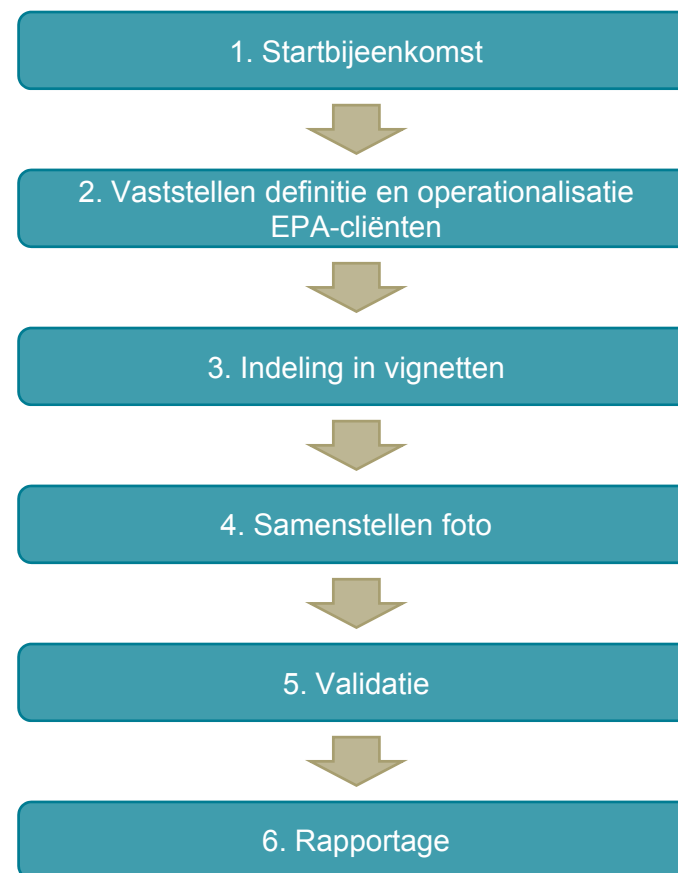
Dit vignettenmodel is ook bruikbaar om de EPA-populatie in de regio Drenthe in kaart te brengen. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis staat achter het gebruik van dit vignettenmodel en het bredere doel om de EPA-zorg in de regio te versterken. Zilveren Kruis heeft daarom aangeboden de kosten voor deze analyse (mede) te dragen.

Deelnemende organisaties regio Drenthe:



Om het zorggebruik van de EPA-cliënten in de regio in kaart te brengen zijn de volgende stappen doorlopen:

1. Startbijeenkomst: De deelnemende aanbieders hebben in de stuurgroep de aftrap gegeven voor de studie. In de stuurgroep is de scope van de studie bepaald.
2. Vaststellen definitie en operationalisatie EPA-cliënten: De definitie van EPA en doorvertaling in het operationaliseren in de systemen is middels een werkgroep met inhoudelijke en data experts vastgesteld. Hierbij is aangesloten bij de definitie van Delespaul (zie ook pagina 4) en de operationalisatie van ZN/Vektis (zie ook pagina 4). De deelnemende aanbieders in de regio hebben op basis van deze operationalisatie de EPA-cliënten in zorg vastgesteld. KPMG Plexus heeft vervolgens het totaaloverzicht van alle EPA-cliënten in zorg in de regio gemaakt.
3. Indeling in vignetten: De volgende stap is het vaststellen van de subgroepen en het indelen in vignetten en het inzichtelijk maken van het zorggebruik van EPA-cliënten per vignet. De deelnemende aanbieders hebben voor cliënten van de totaalijst van EPA-cliënten in de regio het zorggebruik aangeleverd voor de analyseperiode (2 oktober 2012 tot en met 1 oktober 2013).
4. Samenstellen foto: Aan de hand van de aangeleverde informatie zijn cliënten ingedeeld in vignetten en is het zorggebruik geanalyseerd. Deze analyses geven per subgroep inzicht in het zorggebruik, de kosten en in hoeverre cliënten zorg ontvangen van meer dan één aanbieder. Bijlage 2 geeft een overzicht van de gehanteerde methode bij de analyses.
5. Validatie: Vervolgens zijn de resultaten gevalideerd met inhoudelijke experts en is de conceptrapportage gevalideerd met de stuurgroep. Hierbij is onder andere gekeken naar duiding van de resultaten in de lokale context.
6. Rapportage: Oplevering eindrapportage en ijkpunt om de samenwerking tussen aanbieders in de regio verder vorm te geven.



Definiëren van de EPA-populatie

De EPA-populatie is als volgt inhoudelijk gedefinieerd, vlg. het artikel van Delespaul en de consensusgroep EPA¹.

- Er is sprake van een psychiatrische stoornis die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- En die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- En waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychiatrische stoornis;
- En niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- En waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Deze inhoudelijke definitie is als volgt praktisch geoperationaliseerd op basis van zorgbehoefte en -gebruik²⁻³, om EPA-cliënten in de systemen van de organisaties te kunnen herkennen:

- De cliënt heeft een GGZ-DBC Schizofrenie ontstaan op de peildatum 1 oktober 2013

en / of

- De cliënt heeft voor elk van de jaren 2011, 2012 en 2013 een DBC met openingsdatum in dat jaar.*
 - * *GGZ Drenthe*: exclusief korte DBC's, diagnostiek en indirecte tijd
 - * *Promens Care*: exclusief korte DBC's, diagnostiek, indirecte tijd en DBC's Alcohol en Andere verslavingen.
 - * *VNN*: cliënt dient een verslavingsdiagnose en/of een psychiatrische diagnose op as 1 of 2 DSM IV en/of problemen op minimaal 4 levensgebieden (as 4 DSM IV) te hebben.

en / of

- De cliënt heeft een CIZ-indicatie voor ZZP-C2 of hoger of een ZZP B4 of hoger op de peildatum 1 oktober 2013

en / of

- De cliënt heeft een CIZ-indicatie voor ambulante AWBZ zorg hoger dan klasse 1 op de peildatum 1 oktober 2013 (met psychiatrische grondslag)⁴

en

- De cliënt is op 2 oktober 2012 minstens 18 jaar

1. Bron: P.H. Delespaul, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55 (2013) 6 427-438

2. Bron: ZN/Vektis;

3. Gemodificeerd door KPMG Plexus;

4. Hier wordt aangesloten bij de afspraak dat dit voor >95% van de cliënten moet gelden

3. Achtergrond

Vignetten: een introductie

Vignet

0	Bemoeizorg 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	Medische zorg bij ambulante generalistische behandelaar (huisarts of Basis GGZ) voor behoud van stabiele balans. Vaak ook welzijnszorg. Behouden niveau van participatie.
2	Medische zorg bij ambulante generalistische behandelaar (huisarts of Basis GGZ) én enige ambulante begeleiding vanuit GGZ. Nadruk op herstel en participatie. (m.n. arbeidsrehabilitatie). <i>Regievoering afhankelijk van focus bij huisarts, Basis GGZ of RIBW.</i>
3	Zorg van specialistische naar generalistische behandeling brengen. Ambulante begeleiding van (F)ACT naar RIBW en Basis GGZ/ HA+POH brengen. Nadruk op herstel & consolidatie van de stabiliteit. <i>Regievoering van (F)ACT naar RIBW of Basis GGZ / HA+POH brengen</i>
4	Gespecialiseerde ambulante behandeling (psychiatrie/verslaving), met tevens begeleiding indien aanleiding om participatie te bevorderen. Zorg gericht op verder stabiliseren en herstel middels behandeling. <i>Regievoering door specialistische ambulante hoofdbehandelaar.</i>
5	Gespecialiseerde ambulante behandeling (psychiatrie/verslaving) gericht op stabilisering, vanwege crisogene situatie en ernst en complexiteit van de problematiek. <i>Regievoering door specialistische ambulante hoofdbehandelaar</i>
6	Verblijf in setting van beschermd wonen/ MO en mogelijk ambulante behandeling vanuit huisarts/ POH GGZ/ Basis GGZ
7	Verblijf in setting van beschermd wonen/MO en specialistische ambulante behandeling (niet vanuit huisarts / POH GGZ)
8	Integrale klinische behandeling is noodzakelijk om het alom aanwezige risico op gevaar, ernstige overlast en/of verwaarlozing af te wenden, achteruitgang tot staan te brengen en perspectief voor ontwikkeling mogelijk te maken

Achtergrond vignetten

Het doel van de vignettenstudie is het in kaart brengen van de huidige EPA-populatie en hun zorggebruik bij GZZ Drenthe, Promens Care en VNN. Hiervoor wordt gewerkt met een negental cliëntsegmenten ofwel 'vignetten'. Met behulp van een beslisboom wordt inzichtelijk wat de verschillen zijn tussen de vignetten (zie volgende pagina). Uiteraard is de indeling in vignetten geen statisch gegeven. Een cliënt kan in de loop der tijd in een ander vignet terecht komen. In de vignetten zit een zekere volgorde. Het streven zou kunnen zijn om de mobiliteit te verhogen en met cliënten toe te werken naar lager vignet, bijvoorbeeld door ambulantisering of verhogen van participatie.

Inhoud vignetten

Bij het vaststellen van de vignetten is voornamelijk gekeken naar de driehoek: stabilisatie, behandeling en herstel (participatie en rehabilitatie). Uiteraard wordt aan elk van deze elementen aandacht besteed bij alle cliënten, oftewel in ieder vignet. Wel verschilt het per vignet waar het zwaartepunt ligt. Zo ligt de nadruk in vignet 5: 'gevaar afwenden en stabiliseren' meer op stabilisatie, terwijl in vignet 2: 'participatie bevorderen' meer aandacht aan herstel wordt besteed.

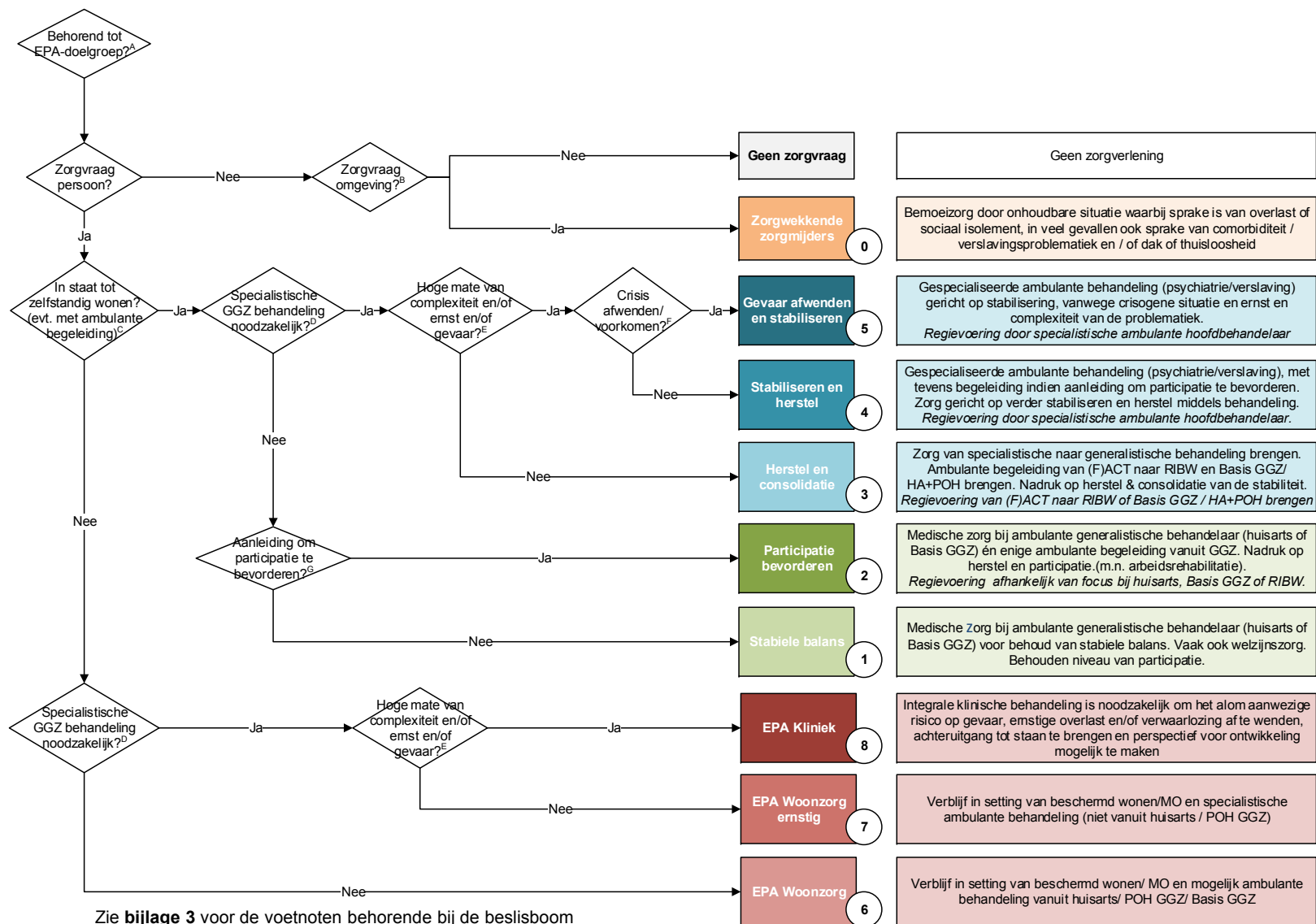
Toewijzing aan vignetten

Voor het indelen van de cliënten in vignetten gebruiken we in de vignettenstudie het zorggebruik op een peildatum (zie bijlage 2). Deze benadering op basis van de praktische operationalisatie maakt het mogelijk grote groepen EPA-clients in de vignetten in te delen en een beeld te krijgen van de totale populatie in de regio. De beslisregels op basis van zorggebruik die bepalen in welk vignet een EPA-client wordt ingedeeld zijn te vinden in bijlage 4.

De indeling die hieruit volgt kan net iets anders uitvallen dan het geval zou zijn geweest indien de inhoudelijke beslisboom - zoals weergegeven op de volgende pagina - op elke individuele casus was toegepast. Resultaten zijn daarom gevalideerd met inhoudelijke experts en de stuurgroep.

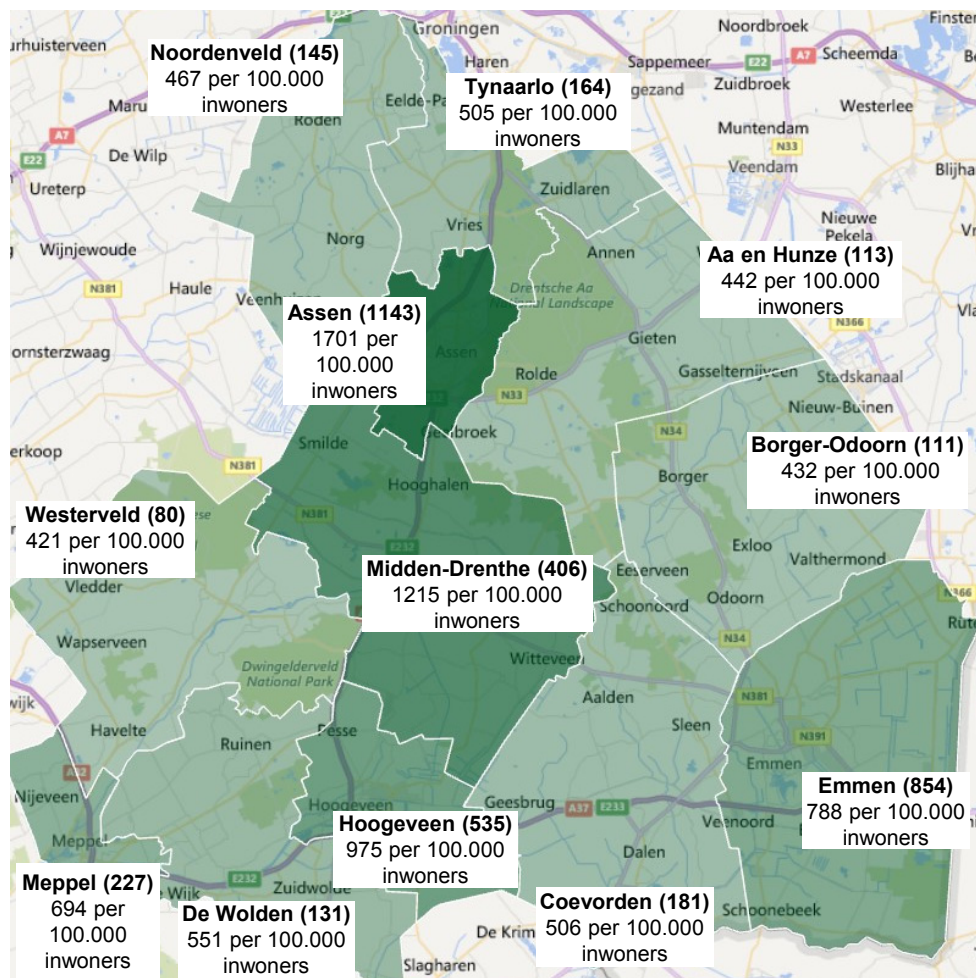
3. Achtergrond

Inhoudelijke beslisboom voor toewijzing aan een vignet



4. Beeld van de regio Beeld van regio Drenthe

Regio vignettenstudie Drenthe



Figuur 4.1 Regioafbakening regio Drenthe inclusief het aantal in deze studie geïnccludeerde cliënten per gemeente (absoluut en per 100.000 inwoners)

Regioafbakening en kenmerken van de regio

Deze vignettenstudie voor de regio Drenthe gaat uit van een gebied van 12 gemeenten in de provincie Drenthe (figuur 4.1) met ongeveer 490.000 inwoners in 2013. Voor de deelnemende zorgaanbieders geldt dat alleen de delen van hun verzorgingsgebied zijn meegenomen die binnen de provincie Drenthe vallen.

Naast Promens Care, GGZ Drenthe en VNN zijn ook andere (kleinere) zorgaanbieders actief in de regio Drenthe. Zorgverlening door deze partijen is niet in beeld gebracht in deze studie. Relevant aanvullend aanbod binnen het afgebakende gebied om hier te noemen is onder andere het aanbod van kleinschalig beschermd wonen in zorgboerderijen en het aanbod van vrijgevestigde behandelaren. Ook Trajectum (Boschoord) en Zorgcentrum Wittelte zijn niet meegenomen, maar leveren wel klinische EPA Zorg. De deelnemende aanbieders geven aan weinig tot geen overlap met Boschoord en Zorgcentrum Wittelte te hebben op het gebied van zorg voor EPA-cliënten. Tot slot, is de EPA-kliniek van Lentis in Zuidlaren niet meegenomen in deze studie. Figuur 4.1 toont voor elke gemeente zowel het absolute aantal EPA-cliënten op basis van deze analyse, als het aantal per 100.000 inwoners. De kleurintensiteit heeft betrekking op de omvang van de EPA-populatie per 100.000 inwoners.

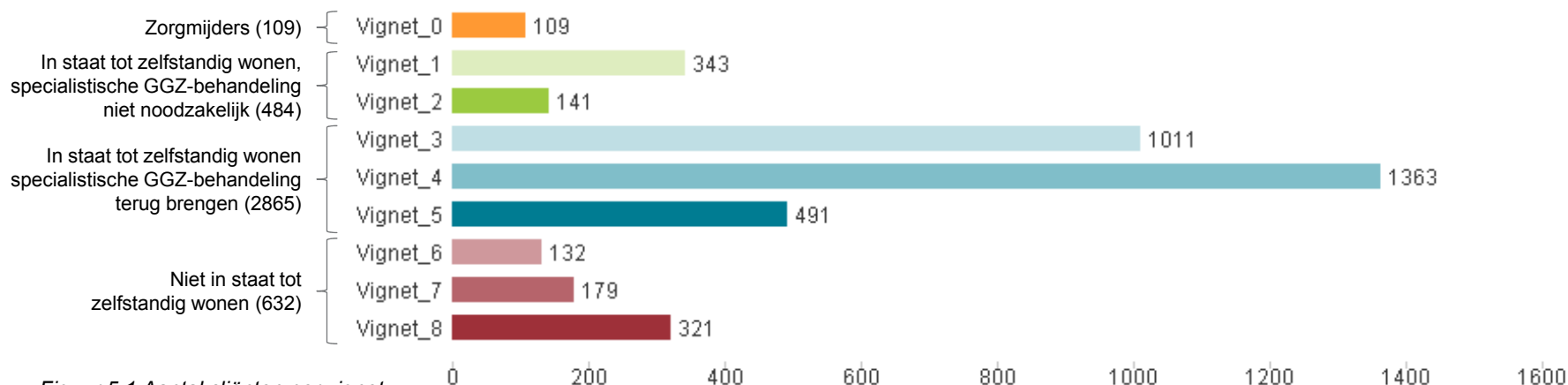
Het grootste aantal EPA-cliënten is woonachtig in de gemeente Assen, zowel absoluut (1.143), als per 100.000 inwoners (1.701). Daarna heeft de gemeente Midden-Drenthe het hoogste aantal EPA-cliënten per 100.000 inwoners (1.215). Een verklaring voor het relatief grote aantal EPA-cliënten in deze gemeenten is de historische aanwezigheid van klinische faciliteiten. Hierbij springt vooral het duurzaam verblijf in Beilen in het oog. Deze locatie herbergt relatief veel cliënten met zeer ernstige problematiek die oorspronkelijk uit de Randstad komen.

De gemeente Emmen neemt de tweede plaats in met betrekking tot het absolute aantal EPA-cliënten (834). Het relatieve aantal EPA-cliënten is beduidend lager dan in de gemeente Assen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de veenkoloniën, zoals Emmen, minder sociale structuur en controle is dan in de rest van Drenthe, waardoor er minder snel een hulpvraag ontstaat van een EPA-cliënt en zijn/haar omgeving.

Gemeenten met een ruraal karakter en kleine dorpskernen (bijv. Westerveld, Aa en Hunze, Borger-Odoorn en Noordenveld) hebben relatief weinig EPA-cliënten per 100.000 inwoners (ca. 400-450). Dit sluit aan bij het landelijk beeld dat de urbanisatiegraad positief gecorreleerd is aan de EPA zorgprevalentie (P.H. Delespaul, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55 (2013) 6 427-438).

5. Analyse – resultaten vignetten

Aantal cliënten per vignet



Figuur 5.1 Aantal cliënten per vignet

Analyse

In deze vignettenstudie is de zorgverlening vanuit de Zvw en AWBZ meegenomen. Zorgverlening bekostigd uit andere bronnen, zoals Wmo (waaronder OGGZ) en forensische zorg, zijn niet geïncordeerd. Dit betekent dat o.a. een deel van de EPA-clients die zorg krijgen niet in deze resultaten zijn opgenomen.

Resultaat

In de vignettenstudie regio Drenthe zijn in totaal 4.090 cliënten geïncordeerd. Dit is het aantal cliënten in zorg op de peildatum (1 oktober 2013). De gemeten zorgprevalentie van EPA-clients in zorg in de regio Drenthe is daarmee 1,0%.

12% van de EPA-clients zijn ingedeeld in vignet 1 en 2. Dit zijn de cliënten die in staat zijn tot zelfstandig wonen en waarbij specialistische GGZ-behandeling niet noodzakelijk is. Het grootste deel (70%) van EPA-clients in de regio Drenthe is in staat tot zelfstandig wonen met daarbij noodzaak tot specialistische GGZ-behandeling (vignet 3 t/m 5). 15% van de EPA-clients is niet in staat om zelfstandig te wonen (vignet 6 t/m 8).

Het aantal zorgmijders (vignet 0) is 109, 3% van de totale populatie. De meeste EPA-clients (1363 cliënten) in de regio Drenthe zijn ingedeeld in vignet 4 ("stabiliseren en herstel"). Ook zijn relatief veel EPA-clients ingedeeld in vignet 3 ("herstel en consolidatie").

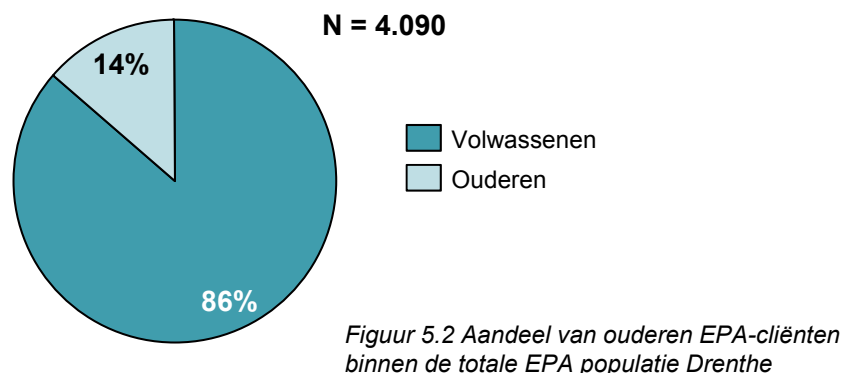
Interpretatie

Het aandeel "niet in staat tot zelfstandig wonen" (vignet 6-8) is met 15% relatief laag. Een mogelijke verklaring hiervoor is het niet meenemen van zowel aanbod van kleinschalig beschermd wonen in zorgboerderijen als het niet meenemen van de EPA-kliniek van Lentis in Zuidlaren.

De verwachting is dat door ambulantisering een deel van de EPA-clients dat in deze studie in vignet 6 en 7 zit, verschuift naar vignet 2, 3 en 4. Daarnaast leidt de invoering van de basis GGZ naar verwachting tot verschuiving van cliënten uit vignet 3 naar vignet 2.

5. Analyse – resultaten vignetten

Aantal oudere (65+) EPA-cliënten



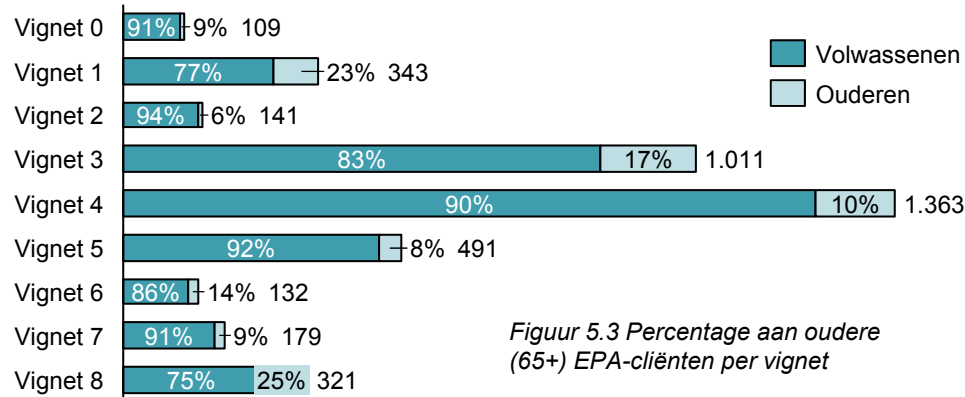
Analyse

De verwachting is dat oudere EPA-cliënten naast GGZ-behandeling vaak ook geriatrie ondersteuning nodig hebben. Daarom is in deze studie het aandeel oudere EPA-cliënten (65+) binnen de totale EPA populatie Drenthe geanalyseerd. Dit inzicht kan helpen bij gesprekken over samenwerking met ketenpartners bij de zorg voor deze oudere EPA-cliënten.

Resultaat

In de vignettenstudie regio Drenthe zijn in totaal 559 oudere EPA-cliënten geïncordeerd. Dit is het aantal oudere cliënten in zorg op de peildatum (1 oktober 2013). Het percentage oudere EPA-cliënten binnen de totale EPA populatie regio Drenthe is hiermee 14%.

Vignet 1 en 2 beschrijven de EPA populatie die in staat is tot zelfstandig wonen en waarbij geen noodzaak is voor specialistische GGZ-behandeling. 86 ouderen EPA-cliënten zijn ingedeeld in vignet 1 en 2: 18% van het totaal aantal EPA-cliënten in deze twee vignetten. In vignet 3 tot en met 5 (zelfstandig wonen waarbij specialistische GGZ-behandeling wel noodzakelijk is) zijn relatief minder oudere EPA-cliënten ingedeeld: 348, wat gelijk is aan 12% van de totale EPA populatie in deze vignetten. In de intramurale vignetten (vignet 6 t/m 8) zijn 115 oudere cliënten ingedeeld; gelijk aan 18% van de totale intramurale EPA populatie. Het aantal oudere zorgmijnde EPA-cliënten is 10,



9% van de totale populatie binnen Vignet 0 (“zorgwekkende zorgmijnde”).

De meeste oudere EPA-cliënten (169) in de regio Drenthe zijn ingedeeld in vignet 3 (“herstel en consolidatie”). Ten opzichte van het totaal aantal cliënten per vignet, bevinden relatief de meeste oudere cliënten zich in vignet 8 (25% van alle cliënten in vignet 8 is 65+) en vignet 1 (23%). Vignet 2 (“participatie bevorderen”) bevat zowel absoluut als relatief het laagste aantal oudere EPA-cliënten.

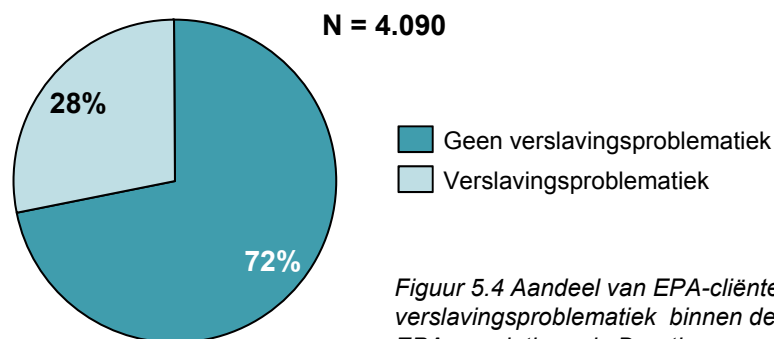
Interpretatie

In Drenthe is 20% van de bevolking 65 jaar of ouder. Binnen de EPA populatie in Drenthe is dit percentage aanzienlijk lager: 14%. Een verklaring hiervoor kan zijn dat voor een gedeelte van de 65+ EPA populatie de geriatrie problematiek de boventoon voert en dat deze cliënten dus bijvoorbeeld in een verzorgingstehuis verblijven. Een andere verklaring is de lagere gemiddelde levensverwachting van EPA-cliënten.

Vignet 1 en 8 bevatten relatief veel oudere EPA-cliënten. Voor vignet 1 is geen evidente verklaring aan te wijzen. Het hoge percentage oudere EPA-cliënten in vignet 8 kan veroorzaakt zijn doordat de beddenreductie in deze regio nog niet gestart is voor “65+-bedden”. Verwacht wordt dat deze reductie in 2017 zal plaats vinden. Verder krijgen EPA-cliënten naarmate ze ouder worden vaak ernstigere EPA-problematiek, waardoor opname in een EPA-kliniek noodzakelijk kan worden.

5. Analyse – resultaten vignetten

Aantal EPA-cliënten met verslavingsproblematiek



Figuur 5.4 Aandeel van EPA-cliënten met verslavingsproblematiek binnen de totale EPA populatie regio Drenthe

Analyse

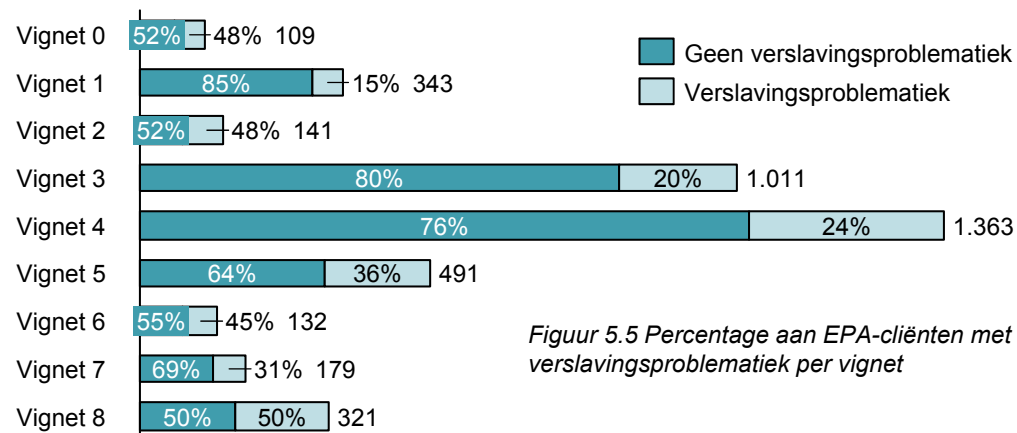
De verwachting is dat cliënten met verslavingsproblematiek naast GGZ-behandeling ook hulp op het vlak van middelenverslaving nodig hebben. In deze studie is daarom het aandeel EPA-cliënten met verslavingsproblematiek binnen de totale EPA-populatie Drenthe geanalyseerd. Dit inzicht kan helpen bij gesprekken over samenwerking met ketenpartners in de zorg voor EPA-cliënten met verslavingsproblematiek.

Bij GGZ Drenthe zijn cliënten geclassificeerd als cliënt met verslavingsproblematiek indien er sprake is van een primaire of secundaire verslavingsdiagnose. Voor VNN zijn alle cliënten gekenmerkt als cliënt met verslavingsproblematiek. Voor de cliënten die zorg krijgen bij Promens Care, is door een inhoudsdeskundige een inschatting gemaakt dat er bij ca. 50% van de cliënten sprake is van problematisch middelen gebruik.

Resultaat

In de vignettenstudie regio Drenthe zijn in totaal 1.155 EPA-cliënten met verslavingsproblematiek geïnccludeerd. Dit is het aantal cliënten met verslavingsproblematiek in zorg op de peildatum (1 oktober 2013). Het percentage EPA-cliënten met verslavingsproblematiek binnen de totale EPA populatie regio Drenthe is hiermee 28%.

In de groep van EPA-cliënten die zelfstandig kunnen wonen en geen specialistische GGZ-behandeling nodig hebben (vignet 1-2), is bij ongeveer een kwart van de cliënten



Figuur 5.5 Percentage aan EPA-cliënten met verslavingsproblematiek per vignet

sprake van verslavingsproblematiek. Ook in vignet 3-5 (zelfstandig wonen, specialistische GGZ-behandeling wel noodzakelijk) is het percentage aan verslavingsproblematiek 25%. In de intramurale vignetten (vignet 6 t/m 8) bevinden zich relatief veel EPA-cliënten met verslavingsproblematiek: 276 cliënten, gelijk aan 44% van de totale intramurale EPA populatie.

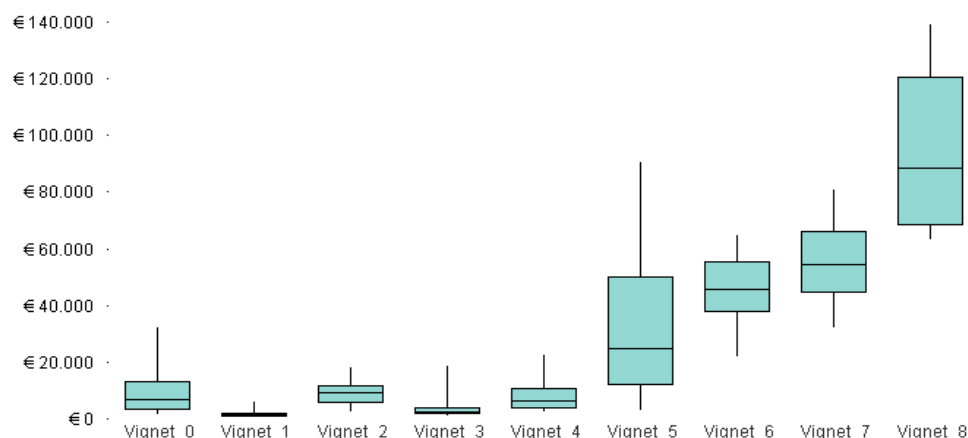
Het aantal cliënten met verslavingsproblematiek in vignet 0 is 52, maar liefst 48% van de totale populatie binnen Vignet 0 ("zorgwekkende zorgmijders"). Vignet 1 ("stabiele balans") bevat zowel absoluut als relatief het laagste aantal EPA-cliënten met verslavingsproblematiek.

Interpretatie

28% van de EPA-cliënten in de regio Drenthe is door de aanbieders geormerkt als zijnde cliënten met verslavingsproblematiek. Het daadwerkelijke percentage aan EPA-cliënten met verslavingsproblematiek is wellicht hoger. Het kan zo zijn dat wel sprake is van verslaving(sproblematiek) bij een patiënt, maar hier geen zorgverlening voor wordt geleverd.

Vignet 8 ("EPA kliniek") bevat relatief de meeste cliënten met verslavingsproblematiek: bij de helft van alle cliënten in dit vignet is er sprake van verslavingsproblematiek. Dit is conform verwachting van de betrokken partijen, aangezien cliënten met dergelijke complexe problematiek vaak ook een middelenverslaving hebben.

Jaarlijkse gedeclareerde zorgkosten per cliënt per vignet



Figuur 5.6 Gedeclareerde zorgkosten per cliënt per vignet

Analyse

Figuur 5.6 en tabel 5.7 geven de totale kosten weer per cliënt per vignet gedurende de analyseperiode (2 oktober 2012 – 1 oktober 2013). Dit zijn de 'kosten' die door de zorgverzekeraar/overheid zijn vergoed aan de deelnemende aanbieders (Zvw en AWBZ). De vignettenstudie neemt geen kosten mee die bijvoorbeeld door huisartsen, ziekenhuizen of door gemeente of politie gemaakt worden (bijvoorbeeld in geval van crisis of overlast). De weergegeven bedragen zijn gebaseerd op de werkelijk gedeclareerde kosten binnen de analyseperiode en zijn een optelsom per cliënt van alle deelnemende aanbieders.

De grafiek laat per vignet het 5^e percentiel (onderkant onderste verticale streep), het 25^e percentiel (onderkant box), de mediaan (horizontale streep in box), het 75^e percentiel (bovenkant box) en het 95^e percentiel (bovenkant bovenste verticale streep) zien.

Resultaat

De gemiddelde kosten per EPA-client zijn € 20.400 euro. In figuur 5.6 is te zien dat de gedeclareerde zorgkosten voor cliënten in de vignetten met uitsluitend ambulante zorgverlening (1-4) lager zijn dan de intramurale vignetten (6-8). Dit is niet verrassend gegeven de wooncomponent, de zorgbehoefte en zorgzwaarte van cliënten in de

Vignet	Aantal cliënten	Mediane kosten
Totaal	4.090	
Vignet_0	109	€ 6.781
Vignet_1	343	€ 1.413
Vignet_2	141	€ 9.065
Vignet_3	1011	€ 2.211
Vignet_4	1363	€ 6.559
Vignet_5	491	€ 24.714
Vignet_6	132	€ 45.851
Vignet_7	179	€ 54.549
Vignet_8	321	€ 88.669
Vignet_8 (excl. Afdeling Duurzaam Verblijf GGZ Drenthe te Beilen)	168	€ 68.510

Tabel 5.7 Gedeclareerde zorgkosten per cliënt per vignet

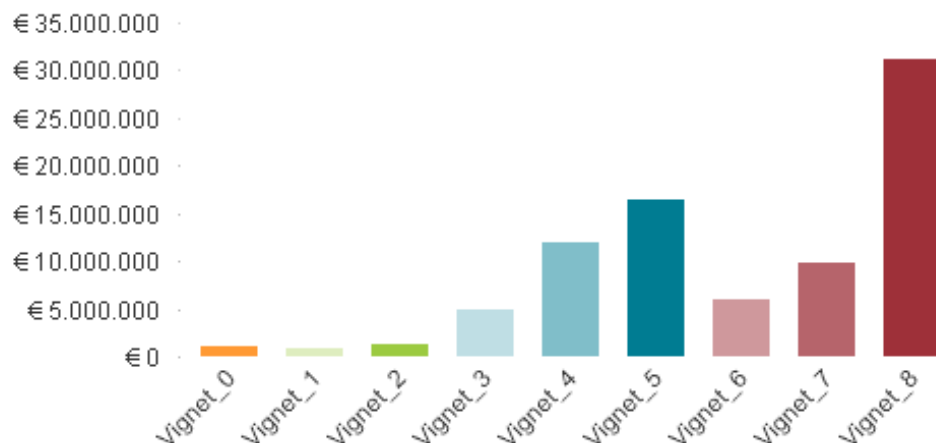
vignetten 6, 7 en 8. De grote spreiding in zorgkosten binnen vignetten met een verblijfscomponent is te verklaren door de grote variatie in opnameduur. Deze loopt uiteen van 1 dag tot 365 dagen. Dit geldt met name bij vignet 5 (DBC met verblijf). Vignet 5 betreft ambulante zorg, maar met een klinische component. De zorgkosten voor dit vignet zijn per cliënt goedkoper dan voor intramurale zorg (vignet 6-8) en duurder dan uitsluitend extramurale zorg (vignet 1-4).

Interpretatie

Vignet 8 is met mediane kosten van 89.000 euro per cliënt het meest kostbare vignet. Alle cliënten in dit vignet zijn in behandeling bij GGZ Drenthe. Binnen deze groep bevinden zich ook de cliënten binnen de afdeling duurzaam verblijf te Beilen (153 cliënten). Deze afdeling herbergt vooral cliënten met zeer ernstige problematiek uit de Randstad. Indien deze groep niet wordt geïncludeerd in vignet 8, dan dalen de mediane kosten per cliënt in vignet 8 naar 69.000 euro (zie tabel 5.7).

Verder is het opvallend dat de mediane kosten in vignet 2 hoger zijn dan in vignet 3 en vignet 4. Alle cliënten in vignet 2 krijgen ambulante begeleiding door Promens Care. Er is geen eenduidige verklaring gevonden voor deze relatief hoge kosten in vignet 2.

Totale jaarlijkse gedeclareerde zorgkosten per vignet



Figuur 5.8 Totale gedeclareerde kosten per vignet

Vignet	Aantal cliënten	Totale kosten
Totaal	4.090	€ 83.586.000
Vignet_0	109	€ 1.123.000
Vignet_1	343	€ 804.000
Vignet_2	141	€ 1.343.000
Vignet_3	1011	€ 4.941.000
Vignet_4	1363	€ 12.000.000
Vignet_5	491	€ 16.463.000
Vignet_6	132	€ 6.021.000
Vignet_7	179	€ 9.816.000
Vignet_8	321	€ 31.075.000

Tabel 5.9 Totale gedeclareerde kosten per vignet
(Vignet 8 inclusief Afdeling Duurzaam Verblijf te Beilen)

Analyse

Figuur 5.8 en tabel 5.9 tonen de totale gedeclareerde kosten per vignet, dat wil zeggen alle kosten (Zvw en AWBZ) gemoeid met de hele populatie per vignet. Alle kosten van een cliënt zijn toegewezen aan het vignet waarin deze cliënt is ingedeeld.

Resultaten

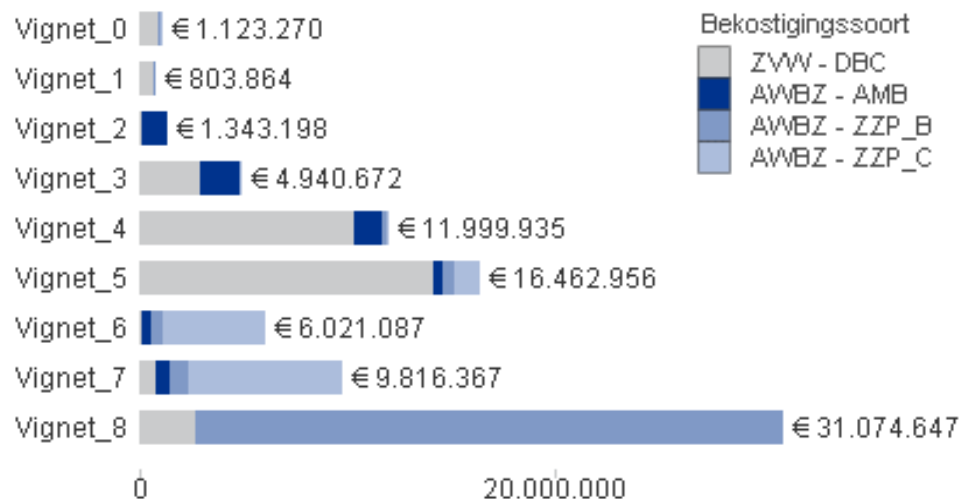
De totale jaarlijkse gedeclareerde zorgkosten zijn 84 miljoen euro voor 4.090 cliënten. De zorg voor cliënten die niet zelfstandig kunnen wonen (vignet 6 t/m 8) omvat 56% van de totale kosten. De hoogste kosten zijn gemoeid met vignet 8 (31 miljoen euro). Vignet 5 neemt de tweede plaats in met betrekking tot totale gedeclareerde zorgkosten (16 miljoen euro). Vignet 1 heeft de laagste totale gedeclareerde zorgkosten (800.000 euro).

Interpretatie

Figuur 5.8 en tabel 5.9 laten zien dat het grootste deel van de zorgkosten gemaakt wordt voor cliënten die niet zelfstandig kunnen wonen (vignet 6 – 8). Meer dan de helft van de totale kosten in de regio Drenthe zijn verbonden aan deze groep (15% van de totale EPA populatie Drenthe). Het is waarschijnlijk dat de werkelijke kosten nog hoger liggen, doordat in deze studie het aanbod kleinschalig beschermd wonen in zorgboerderijen en de EPA-kliniek van Lentis in Zuidlaren niet zijn meegenomen.

5. Analyse – resultaten financieel

Bekostiging per vignet



Figuur 5.10 Bekostiging per vignet

Vignet	ZVW - DBC	AWBZ - AMB	AWBZ - ZZP_B	AWBZ - ZZP_C	Totaal
Vignet_0	€ 892.000	€ 30.000	€ 37.000	€ 165.000	€ 1.123.000
Vignet_1	€ 663.000	€ 62.000	€ 29.000	€ 51.000	€ 804.000
Vignet_2	€ 84.000	€ 1.252.000	€ 7.000	€ 0	€ 1.343.000
Vignet_3	€ 2.957.000	€ 1.843.000	€ 52.000	€ 89.000	€ 4.941.000
Vignet_4	€ 10.359.000	€ 1.369.000	€ 223.000	€ 49.000	€ 12.000.000
Vignet_5	€ 14.218.000	€ 456.000	€ 460.000	€ 1.329.000	€ 16.463.000
Vignet_6	€ 104.000	€ 470.000	€ 496.000	€ 4.951.000	€ 6.021.000
Vignet_7	€ 810.000	€ 645.000	€ 899.000	€ 7.463.000	€ 9.816.000
Vignet_8	€ 2.723.000	€ 0	€ 28.297.000	€ 54.000	€ 31.075.000
	€ 32.809.000	€ 6.127.000	€ 30.500.000	€ 14.150.000	€ 83.586.000

Tabel 5.11 Bekostiging per vignet

Analyse

In het vaststellen van de kosten zijn alle declaraties van zorg per cliënt meegenomen. Aangezien een cliënt soms meerdere typen zorgverlening heeft ontvangen binnen de analyseperiode of is 'gewisseld' van vignet, kan het zo zijn dat binnen een vignet waarin uitsluitend AWBZ-kosten te verwachten zijn (zoals vignet 8) toch Zvw-kosten zijn gemaakt. Zoals eerder genoemd, zijn andere bekostigingsstromen niet meegenomen in de analyse.

Resultaten

De zorg voor EPA-cliënten in de lagere vignetten is voornamelijk bekostigd vanuit Zvw-DBC en AWBZ-AMB. Voor de hogere vignetten wordt de zorg veelal gefinancierd vanuit

AWBZ-ZZP-B en AWBZ-ZZP-C.

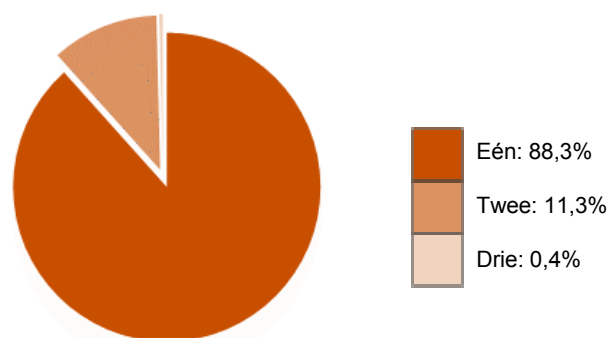
De zorg voor EPA-cliënten in vignet 0, 1, 3, 4 en 5 wordt grotendeels vanuit de Zvw gefinancierd en voor vignet 2, 6, 7 en 8 grotendeels vanuit de AWBZ.

Interpretatie

De AWBZ ZZP-C zorg omhelst 14,2 miljoen euro (17% van de totale kosten). Deze zorg is sinds 1 januari 2015 overgeheveld naar de Wmo en wordt dus nu door gemeenten in plaats van zorgverzekeraars gefinancierd.

5. Analyse – resultaten zorg bij één of meerdere aanbieders

Clënten in zorg bij één of meerdere aanbieders



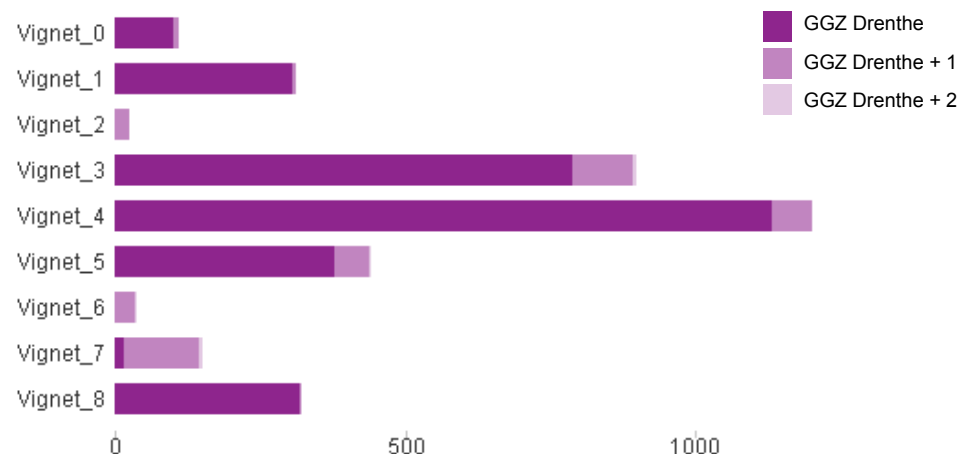
Figuur 5.12 Aandeel EPA-clënten bij 1,2 of 3 organisaties in zorg

Analyse

Deze analyse brengt in beeld welk gedeelte van de populatie in zorg is bij meerdere aanbieders. In zorg zijn bij meerdere organisaties is gedefinieerd als het ontvangen van zorg van meerdere aanbieders op de peildatum 1 oktober 2013. Figuren 5.13, 5.14 en 5.15 (zie ook volgende pagina) geven de samenwerking per vignet vanuit het perspectief van elke aanbieder weer. Hierbij is belangrijk op te merken dat de assen niet dezelfde schaal hebben. In bijlage 5 is een aanvullend overzicht opgenomen met het exacte aantal cliënten per vignet per aanbieder.

Resultaten

Verreweg het grootste deel van de cliënten (88%) ontvangt zorg van één aanbieder, de resterende 12% ontvangt zorg van meer dan één aanbieder zoals te zien is in figuur 5.12. De meeste overlap is te zien in vignet 7 “EPA woonzorg ernstig”, zowel in absolute aantallen als relatief ten opzichte van de totale EPA populatie in het vignet (zie figuur 5.13 – 5.15).



Figuur 5.13 Behandeling bij één of meerdere aanbieders – GGZ Drenthe

Vanuit het perspectief van GGZ Drenthe is bij 13% van de eigen EPA-clënten sprake van overlap met de andere aanbieders. Voor Promens Care en VNN ligt dit percentage significant hoger, respectievelijk 58% en 29%.

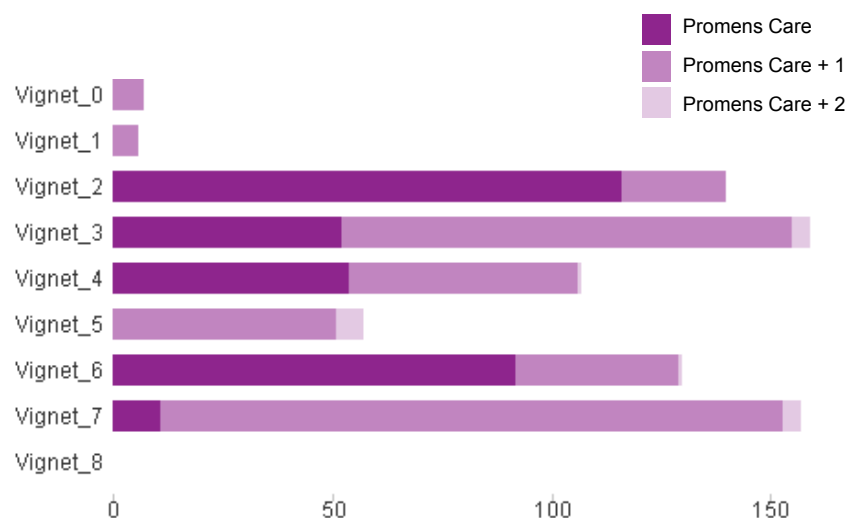
Interpretatie

GGZ Drenthe heeft relatief weinig cliënten die ook zorg ontvangen bij VNN en Promens Care. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat GGZ Drenthe, naast VNN en Promens Care, ook veel samenwerkt met aanbieders van kleinschalig beschermd wonen in de regio en met thuiszorgorganisaties.

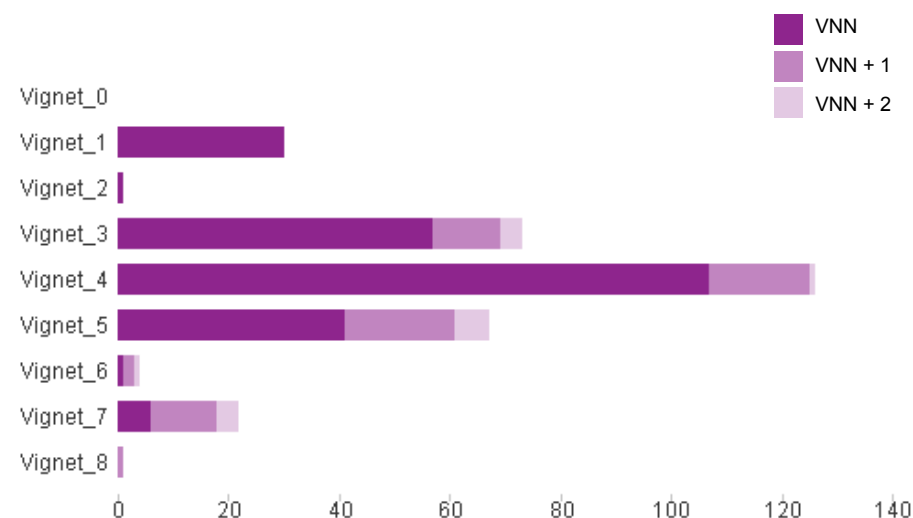
412 cliënten zijn in zorg bij zowel GGZ Drenthe als Promens Care. In deze groep vallen zowel cliënten die beschermd wonen bij Promens Care en behandeling ontvangen vanuit GGZ Drenthe, als cliënten die ambulante begeleiding ontvangen vanuit Promens Care en behandeling vanuit GGZ Drenthe. 55 cliënten zijn zowel bij GGZ Drenthe als VNN in zorg. Dit zijn voornamelijk cliënten met een dubbeldiagnose (psychiatrie en verslaving).

5. Analyse – resultaten zorg bij één of meerdere aanbieders

Cliënten in zorg bij één of meerdere aanbieders



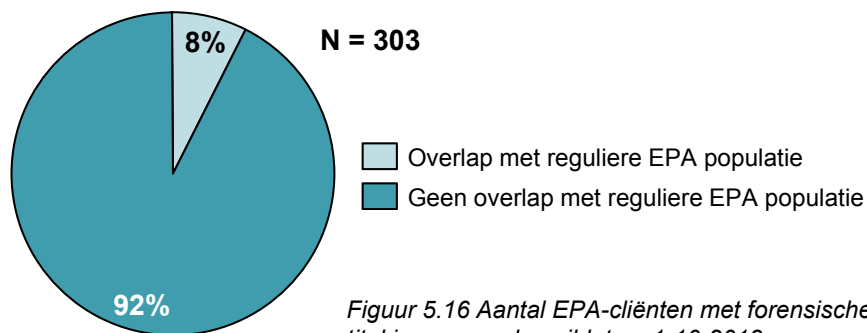
Figuur 5.15 Behandeling bij één of meerdere aanbieders – Promens Care



Figuur 5.16 Behandeling bij één of meerdere aanbieders – VNN

5. Analyse – resultaten forensische zorg

Aantal cliënten in forensische zorg



Figuur 5.16 Aantal EPA-cliënten met forensische titel in zorg op de peildatum 1-10-2013

Analyse

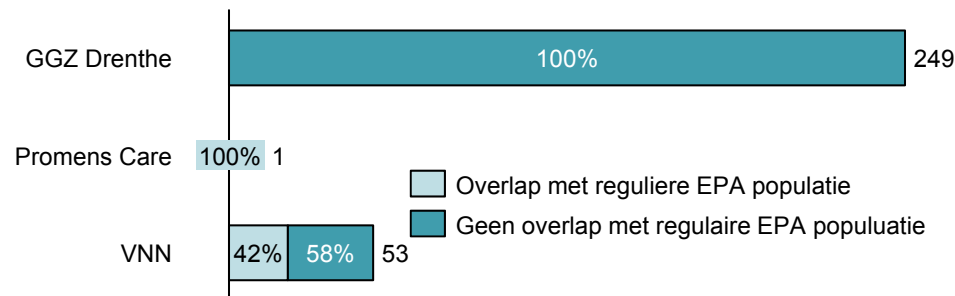
In deze studie zijn tevens de EPA-cliënten in kaart gebracht die zorg op forensische titel ontvingen op de peildatum 1 oktober 2013. Doel hiervan is om zichtbaar te maken hoeveel EPA-cliënten zorg op forensische titel ontvangen in de regio Drenthe. Deze cliënten worden gefinancierd vanuit de forensische zorg (DBBC of justitie-ZZP) en zijn niet meegenomen in de indeling in vignetten en de daaropvolgende analyses (zie vorige pagina's). Het inzichtelijk maken van deze EPA-cliënten met forensische titel kan helpen bij de gesprekken voor samenwerking bij zorg voor EPA-cliënten, op het snijvlak van justitie en zorg. De criteria voor inclusie in de EPA doelgroep met forensische titel zijn per aanbieder te vinden in bijlage 2.

Resultaat

In de vignettenstudie regio Drenthe zijn in totaal 303 EPA-cliënten met forensische titel geïnccludeerd. Dit is het aantal EPA-cliënten met forensische titel in zorg op de peildatum (1 oktober 2013).

GGZ Drenthe heeft met 249 cliënten het grootste aandeel in de EPA zorg voor cliënten met een forensische titel in de provincie Drenthe. Er is voor GGZ Drenthe geen overlap met de reguliere EPA doelgroep die op de voorgaande pagina's geanalyseerd is.

VNN heeft 53 EPA-cliënten met forensische titel in zorg op de peildatum 1-10-2013. Van deze 53 cliënten waren 22 cliënten ook geïnccludeerd in de reguliere EPA doelgroep. Dit betreft 42% van de EPA populatie van VNN met forensische titel. De gemiddelde doorlooptijd van forensische EPA-cliënten bij VNN is ca. 31 maanden. In deze tijd zit vaak zowel forensische zorg als niet-forensische zorg. Promens Care heeft het forensisch zorgaanbod afgebouwd en is hierdoor met slechts 1 cliënt vertegenwoordigd in deze analyse.



Figuur 5.17 Aantal EPA-cliënten met forensische titel in zorg op de peildatum 1-10-2013 (naar aanbieder)

Interpretatie

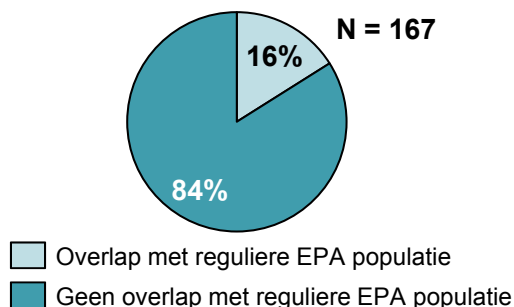
Het doel van de behandeling van EPA-cliënten met justitiële titel is primair gericht op het verkleinen van het delict-risico en resocialisatie. Er zijn door de instellingen verschillende criteria vastgesteld voor de afbakening van de EPA doelgroep met forensische titel. Zo heeft GGZ Drenthe, volgens de definitie van Delespaul, iedere cliënt met justitiële financiering gekenmerkt als zijnde EPA cliënt met forensische titel. Om operationele redenen zijn hierbij alleen cliënten met DBBC-financiering meegenomen. Daarnaast heeft GGZ Drenthe ook cliënten met financiering via justitiële-ZZP's. Dit betreft 89 bedden gefinancierd door justitie in 2013. Deze cliënten zijn niet meegenomen in bovenstaande analyse. Door deze operationele afbakening zijn voornamelijk de ambulante cliënten van GGZ Drenthe met forensische titel meegenomen in bovenstaande analyse.

VNN heeft een engere definitie gebruikt, waarbij naast de aanwezigheid van justitiële financiering (DBBC), de cliënt een verslavingsdiagnose en/of een psychiatrische diagnose op as 1 of 2 DSM IV en/of problemen op minimaal 4 levensgebieden (as 4 DSM IV) dient te hebben. VNN heeft voor deze afbakening gekozen om te voorkomen dat cliënten met forensische titel bij VNN die niet onder EPA doelgroep vallen geïnccludeerd worden in de forensische EPA doelgroep. Denk hierbij aan cliënten met een delict onder invloed die op de levensgebieden volledig zijn geïntegreerd in de maatschappij en geen psychiatrische diagnose hebben. Deze verschillende afbakeningen doen recht aan de verschillende populaties binnen de instellingen.

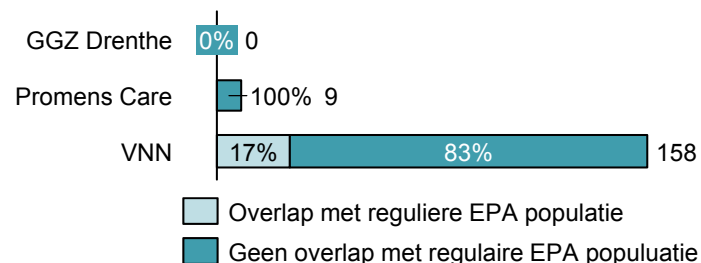
Figuur 5.17 laat zien dat vooral cliënten met forensische titel van VNN overlap vertonen met de reguliere EPA populatie, die in de voorgaande analyses gepresenteerd is. Deze overlap is te verklaren door het (semi)-parallel lopen van DBC en DBBC-financiering bij VNN. Bij GGZ Drenthe is er geen sprake van een dergelijke overlap: hier volgen DBC en DBBC-financiering elkaar op.

5. Analyse – resultaten bemoeizorg

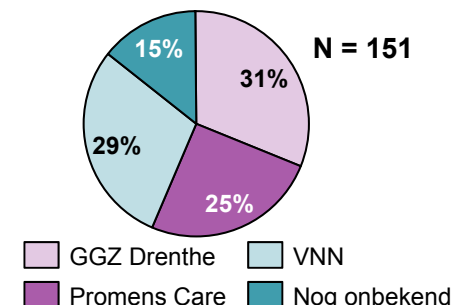
Aantal cliënten met bemoeizorg niet-gefinancierd via Zvw of AWBZ



Figuur 5.18 Aantal EPA-cliënten met bemoeizorg op de peildatum 1-10-2013



Figuur 5.19 Aantal EPA-cliënten met bemoeizorg op de peildatum 1-10-2013 (naar aanbieder)



Figuur 5.20 Aantal EPA-cliënten met bemoeizorg in OGGZ in februari 2016 (naar aanbieder)

Analyse

In deze studie zijn de cliënten die bemoeizorg ontvangen via Zvw inzichtelijk gemaakt door middel van vignet 0 ("zorgwekkende zorgmijders"). Naast bemoeizorg gefinancierd door Zvw wordt vaak ook bemoeizorg georganiseerd via andere financieringsstromen, zoals de Wmo. Op deze pagina zijn de cliënten die bemoeizorg hebben ontvangen via deze andere financieringsstromen in beeld gebracht. Doel hiervan is om de totale EPA bemoeizorg populatie kaart te brengen. Het inzichtelijk maken van de totale bemoeizorg EPA-populatie kan helpen bij de gesprekken voor samenwerking bij bemoeizorg voor EPA-cliënten over de verschillende financieringsstromen heen. De criteria voor inclusie in de bemoeizorggroep niet-gefinancierd via Zvw of AWBZ zijn per aanbieder te vinden in bijlage 2. Deze cliënten zijn niet meegenomen in de indeling in vignetten en de daaropvolgende analyses (zie vorige pagina's).

Resultaat

In de vignettenstudie regio Drenthe zijn in totaal 167 EPA-cliënten met bemoeizorg geïnccludeerd. Dit is het aantal EPA-cliënten met bemoeizorg op de peildatum (1 oktober 2013). Figuur 5.18 laat zien dat 16% van deze cliënten ook in de reguliere EPA doelgroep aanwezig was. VNN heeft de meeste EPA-cliënten met bemoeizorg (158).

Naast de EPA-cliënten die in bemoeizorg waren op 1-10-2013 is ook de huidige stand van zaken bij de OGGZ geïnventariseerd (Figuur 5.20). In totaal zijn momenteel 151 cliënten in bemoeizorg in de OGGZ in de provincie Drenthe, exclusief gemeenten Borger-Odoorn, Coevorden en Emmen waarvan de OGGZ-data op moment van schrijven niet voorhanden was. De cliënten zijn ongeveer evenredig verdeeld over de aanbieders.

Interpretatie

De cliënten van VNN (peildatum 1-10-2013) met Wmo financiering ontvangen zorg binnen specifieke behandelprogramma's gericht op zeer ernstige problematiek (zie bijlage 2). Alle cliënten in deze programma's hebben problemen op meer dan 4 levensgebieden, vaak is er sprake van verslaving en psychiatrie maar is deze nog niet gediagnosticeerd. Ze geven overlast, er is sprake van woonproblematiek en brengen zichzelf door hun middelengebruik ernstig in gevaar. Deze programma's hebben als doel om outreachend en zeer laagdrempelig contact te leggen met cliënten, ze te stabiliseren en te helpen een hulpvraag te formuleren zodat ze via reguliere hulpverlening verder in behandeling komen. Bij deze cliënten is sprake van langdurige trajecten om deze doelen te behalen. Vaak is er sprake van complexe sociale problematiek, zoals dakloos, onverzekerd, schulden en vermijdend en ontwijkend gedrag richting hulpverlening. Gemiddeld zijn deze cliënten 41 maanden in zorg. Vaak betreft dit een combinatie van verschillende financieringsstromen (DBBC, DBC, Wmo) afhankelijk van de motivatie tot behandeling, de mate van overlast, de juridische status en/of al dan niet verzekerd. De EPA cliënten van Promens Care met bemoeizorg (peildatum 1-10-2013) maken gebruik van de daklozenopvangfaciliteiten van Promens Care.

Promens Care, GGZ Drenthe en VNN trekken gezamenlijk op in de OGGZ. In Drenthe is een centraal meldpunt en advies ondergebracht bij de GGD. Per gemeente is een lokaal OGGZ-netwerk waar de aanmeldingen worden besproken. Vervolgens legt een casemanager contact met de persoon in kwestie. Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de centrumgemeenten Assen en Emmen. Er is geen overlap met de reguliere EPA doelgroep. Wel is het zo dat OGGZ een toeleidende functie heeft naar zorg die wel behoort bij de reguliere EPA doelgroep.

5. Analyse – ontwikkelingen sinds 1 oktober 2013

Ontwikkelingen sinds 1 oktober 2013

Ontwikkelingen sinds 1 oktober 2013

Deze analyse is gebaseerd op gegevens met betrekking tot de EPA-populatie op peildatum 1 oktober 2013 en de geleverde zorg in het jaar voorafgaand aan deze peildatum. Een aantal ontwikkelingen sinds die peildatum zijn belangrijk om mee te nemen in de verdere interpretatie van deze gegevens:

- In de periode tussen de peildatum en maart 2016 heeft beddenreductie plaatsgevonden. Deze beddenreductie heeft voornamelijk geleid tot een kortere opnameduur van van EPA cliënten. Het aantal EPA cliënten met verblijfscomponent in de regio Drenthe is (nog) niet significant gedaald, maar dit wordt wel verwacht in de toekomst. De verwachting is een verplaatsing van cliënten van vignet 5-8 naar vignet 1-4. Dat dit effect tot op heden niet terug te zien is, wordt verwacht samen te hangen met een transitieperiode voor zowel zorgverleners als patiënten als gevolg van de ambulantisering. Een andere verklaring is dat de uitstroom van vignet 6 en 7 naar de ambulante vignetten gehinderd wordt door een gebrek aan sociale huurwoningen in de regio.
- Invoering van de Basis-GGZ in 2014 heeft er naar verwachting toe geleid dat een deel van de cliënten die in 2013 onder vignet 3 (“herstel en consolidatie”) vielen, naar vignet 2 (“participatie bevorderen”) bewogen zijn.
- Overgang naar de Wmo in 2015. Er is een vermoeden dat cliënten die een beschikking krijgen toegewezen voor beschermd wonen sinds de overgang meer complexe problematiek hebben dan voorheen;
- In 2015 heeft VNN de kliniek “Vossenloo” geopend in Eelde (gemeente Tynaarlo) met een totale capaciteit van 91 bedden. In deze nieuwe kliniek worden naast de langdurige behandelingen, die al aangeboden werden op deze plek, nu ook detox, crisisopnames en zorg aan jeugdigen aangeboden. Dit additioneel aanbod werd eerst in de provincie Groningen aangeboden, en is dus niet in de analyses van deze rapportage meegenomen.
 - De doorlooptijd van langdurige klinische trajecten op deze locatie zijn, door een wijziging van het behandelprogramma, afgenomen van 12 maanden tot 3-6 maanden.
- De VNN kliniek voor justitiële cliënten (IMC) is in 2014 verhuisd van Eelde naar Beilen.

6. Vergelijking

Relevante aanvullende bronnen: overeenkomsten en verschillen

In de afgelopen jaren zijn er diverse onderzoeken uitgevoerd naar de prevalentie van EPA-cliënten.¹⁻² In dit hoofdstuk vergelijken we de EPA-zorgprevalentie uit deze vignettenstudie met de gevonden EPA-zorgprevalentie uit andere studies. Zorgprevalentie is hier gedefinieerd als het aantal EPA-cliënten dat in zorg is in de regio.

Delespaul en de consensusgroep EPA¹

Philippe Delespaul en de consensusgroep EPA publiceerden in 2014 het overzichtsartikel "*Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*". Hierin wordt de landelijke zorgprevalentie van EPA-cliënten op 216.000 cliënten geschat, wat neerkomt op 1,3% van de bevolking. Hierbij is aangegeven dat er tussen regio's verschillen te verwachten zijn. Voor regio's op provinciegrootte (ongeveer 500.000 inwoners) is een bandbreedte aangegeven van 0,9% tot 1,7%.

Als we de schattingen van Delespaul vergelijken met de prevalentie op basis van deze rapportage (1,0%) dan is de gevonden prevalentie lager dan het landelijk gemiddelde volgens de consensusgroep EPA. Dit verschil is deels te verklaren doordat cliënten woonachtig in de provincie Drenthe zorg ontvangen buiten de regio (bijv. in Groningen). Deze cliënten worden niet meegenomen in deze vignettenstudie. Andere verklaringen voor het verschil zijn het niet meenemen van zorg geleverd buiten AWBZ en Zvw en het niet meenemen van andere aanbieders (bijvoorbeeld vrijgevestigde aanbieders, zorgboerderijen, Boschoord en Wittelte).

Vektis²

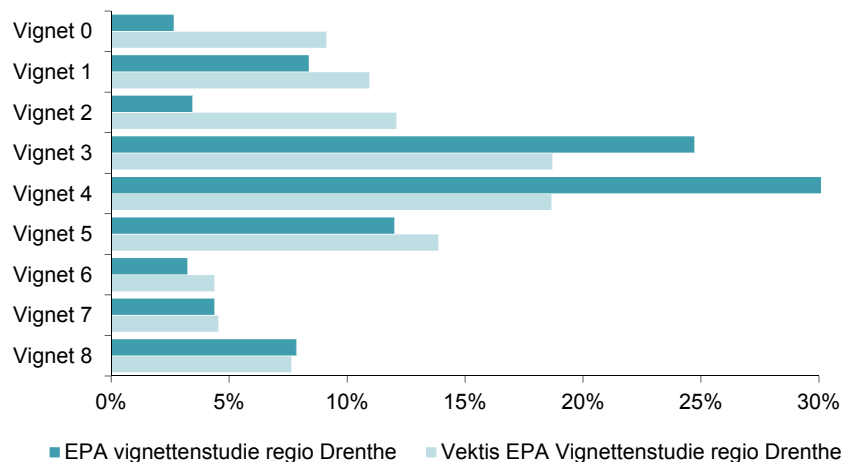
Vektis heeft op basis van declaratiegegevens vanuit de GGZ en de AWBZ uit 2012/2013 de EPA-zorgprevalentie per gemeente berekend. Als we kijken naar de gemeenten binnen de provincie Drenthe, dan rapporteert Vektis een EPA-zorgprevalentie van 1,3%. Dit is gelijk aan de landelijk verwachte zorgprevalentie (Delespaul) en hoger dan de zorgprevalentie die gevonden is in deze vignettenstudie (1,0%).

Het verschil tussen deze vignettenstudie regio Drenthe en de studie van Vektis kunnen verklaard worden uit het feit dat in deze vignettenstudie cliënten geïnccludeerd zijn wanneer zij in zorg waren op een peildatum, terwijl Vektis hiervoor een peiljaar hanteert. Daarnaast includeert Vektis ook cliënten die woonachtig zijn in de regio Drenthe maar zorg afnemen buiten de regio. Ook includeert Vektis cliënten van de aanbieders in de provincie Drenthe die geen onderdeel uitmaken van deze vignettenstudie. Deze gegevens zijn in deze studie niet beschikbaar.

Op de volgende pagina vergelijken we de cliëntaantallen per vignet van deze studie met de studie van Vektis.

1. Bron: PH. Delespaul, Tijdschrift voor Psychiatrie 2013 (55)
2. Bron: Vektis / Zorgverzekeraars Nederland, rapportage EPA-vignettenstudie, 2015

Vergelijking EPA vignettenstudie en de Vektisstudie in regio Drenthe



Verdeling cliënten over vignetten: vergelijking met Vektis

Het percentage cliënten in een volledig ambulant vignet (1 tot en met 4) komt in deze studie op 70% en in de studie van Vektis op 60%. De verdeling over deze vignetten verschilt sterk. In de studie van Vektis is het percentage cliënten in vignet 1 en 2 hoger en in vignet 3 en 4 lager dan in deze studie. Een mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen, is dat de Vektisstudie niet naar indicaties kijkt, maar naar werkelijk geleverde zorg, terwijl deze vignettenstudie wel de indicaties gebruikt voor de vignetten-toedeling. In de praktijk komt het voor dat cliënten een hogere indicatie houden, maar dat het aantal uren zorg verminderd wordt. Verder neemt de Vektisstudie vrijgevestigden mee. Deze groep zorgaanbieders verleent voornamelijk zorg aan cliënten in vignet 1.

Het percentage cliënten in een volledig intramuraal vignet (6 tot en met 8) komt in deze studie op 16% en in de studie van Vektis op 17%. Het verschil tussen deze vignettenstudie en de Vektisstudie zit vooral in vignet 6 (3,2% en 4,4%, respectievelijk). Een verklaring voor het lagere percentage aan cliënten in vignet 6 in deze studie is het niet meenemen van de kleine beschermd wonen aanbieders zoals zorgboerderijen.

Verder valt het op dat de Vektis studie meer cliënten toekent aan vignet 0. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het beleid dat VNN voert om niet-bemoeizorg cliënten binnen de DBC-systematiek het kenmerk bemoeizorg te geven, zodat deze cliënten destijds geen verplichte eigen bijdragen hoefden te betalen. In deze studie is er voor gekozen om de typering bemoeizorg voor de EPA-clieënten van VNN niet mee te nemen, aangezien de intake bij VNN, voordat een DBC wordt geopend, daadwerkelijke bemoeizorg praktisch uitsluit: de cliënt moet toestemming geven tot behandeling en akkoord zijn met het behandelplan. Deze cliënten zijn in deze vignettenstudie verdeeld over vignet 1 tot en met 5, op basis van hun daadwerkelijk zorggebruik.

	Aantal cliënten	Aantal cliënten	% cliënten	% cliënten
	EPA Vignettenstudie regio Drenthe	Vektis	EPA Vignettenstudie regio Drenthe	Vektis
Vignet 0	109	437	2,7%	9,1%
Vignet 1	343	525	8,4%	11,0%
Vignet 2	141	580	3,4%	12,1%
Vignet 3	1011	896	24,7%	18,7%
Vignet 4	1363	895	33,3%	18,7%
Vignet 5	491	665	12,0%	13,9%
Vignet 6	132	210	3,2%	4,4%
Vignet 7	179	218	4,4%	4,5%
Vignet 8	321	366	7,8%	7,6%
Totaal	4.090	4.792	100,0%	100,0%

7. Samenvatting en vervolgstappen

Hoe nu verder?

Samenvatting

Om de zorg voor EPA-cliënten nu en in de toekomst goed vorm te kunnen geven is samenwerking in de regio van groot belang. Deze studie is één van de stappen in de verdere ontwikkeling van een passend regionaal aanbod voor EPA-cliënten. Inzicht in de populatie levert belangrijke inzichten voor het vervolgtraject “Optimaal Leven” dat door de aanbieders gezamenlijk is geïnitieerd.

Uit deze studie blijkt dat op 1 oktober 2013 4.090 EPA-cliënten in zorg waren in de provincie Drenthe bij GGZ Drenthe, Promens Care en VNN. De EPA-zorgprevalentie komt daarmee uit op 1,0%. Dit is lager dan de verwachte prevalentie op basis van landelijke gegevens, maar valt wel binnen de verwachte bandbreedte. De totale gedeclareerde zorgkosten over de periode van een jaar zijn 84 miljoen euro, gemiddeld € 20.400 per EPA cliënt.

15% van de EPA-cliënten is niet in staat om zelfstandig te wonen (vignet 6 t/m 8). In vergelijking met cliënten die wel zelfstandig kunnen wonen, zijn de zorgkosten per cliënt significant hoger. De totale kosten verbonden aan de vignetten 6 t/m 8 omvatten 56% van de totale kosten. Van deze 56% valt 37% binnen vignet 8 (“EPA Kliniek”). De mediane kosten per cliënt in vignet 8 zijn 89.000 euro (inclusief de klinische faciliteit in Beilen). Vignet 4 (“stabiliseren en herstel”) bevat de meeste cliënten (1.363) van alle vignetten en een derde van de totale EPA populatie in Drenthe. Hiermee is 12 miljoen euro, ca. 14% van de totale kosten, gemoeid. De mediane kosten per cliënt in vignet 4 zijn 7.000 euro.

Het aandeel ouderen (65+) in de EPA populatie Drenthe is 14%, en is daarmee lager dan het aandeel ouderen (65+) in de totale bevolking van Drenthe (20%). Een mogelijke verklaring is dat bij een deel van de 65+ EPA populatie de geriatrische problematiek de boventoon voert en deze cliënten dus bijvoorbeeld in een verzorgingstehuis verblijven. Een andere mogelijke verklaring is de lagere gemiddelde levensverwachting van EPA-cliënten.

Een nadere analyse naar de mate van verslavingsproblematiek binnen de EPA populatie Drenthe laat zien dat 28% van de EPA-cliënten kampt met verslavingsproblematiek.

12% van de cliënten binnen de EPA-doelgroep ontving op de peildatum zorg vanuit meer dan één van de deelnemende aanbieders. Vanuit het perspectief van GGZ Drenthe is sprake van samenwerking bij 13% van de EPA populatie. Vanuit het perspectief van de andere aanbieders is de overlap groter, bij Promens Care 58% en VNN 29%.

Vervolgstappen

De informatie in deze studie levert input om verder te denken over de zorg voor EPA-cliënten in de regio Drenthe. Enkele suggesties om de zorg voor EPA-cliënten door te ontwikkelen:

- Uit deze studie blijkt dat ongeveer een achtste van de cliënten zorg ontvangt van meer dan een aanbieder. Een volgende stap kan zijn om in kaart te brengen welke zorg de aanbieders leveren, na te gaan hoe deze zorgverlening elkaar aanvult en verder met elkaar af te stemmen. Hierbij kan gedacht worden aan het ontwikkelen van gezamenlijke zorgarrangementen, ingebed in een integraal plan voor de regio.
- Een mogelijk voorbeeld hiervan is het versterken van de samenwerking tussen GGZ Drenthe en VNN op het gebied van verslaving. Denk hierbij aan een verslavingsmodule aangeboden door VNN die de ambulante behandeling van GGZ Drenthe complementeert. Het huidige financieringskader is een uitdaging, wanneer beide aanbieders een dergelijk traject ingaan.
- Een ander voorbeeld is het afstemmen van de werkzaamheden van de verschillende FACT teams. Op dit moment kan het voorkomen dat een cliënt ambulante begeleiding wordt door Promens Care en daarnaast behandeling vanuit zowel een FACT team van GGZ Drenthe als van VNN. Deze teams stemmen hun werkzaamheden volgens betrokken partijen niet (voldoende) af.
- Zorg voor EPA-cliënten wordt vaak gezien als maatschappelijke kostenpost, terwijl de zorg maatschappelijk gezien juist veel oplevert. De baten vanuit een breed maatschappelijk perspectief kunnen worden opgetekend in een maatschappelijke business case. Zo kan benadrukt worden hoe belangrijk matched care is en welke kosten voorkomen kunnen worden door matched care.
- Tot slot kan een vergelijking tussen regio's waar eenzelfde vignetten studie is uitgevoerd leiden tot interessante aanknopingspunten.



Bijlagen

Inleiding

Er is sinds het peiljaar van deze studie (2013) veel veranderd binnen de GGZ omtrent het wettelijk kader. Om de foto van de EPA populatie Drenthe 2013, zoals gemaakt in deze studie, in juist perspectief te kunnen plaatsen, staan hier de belangrijkste wijzigingen in het wettelijk kader weergegeven.

Situatie 2013 (peiljaar van deze studie)

- Zorgverzekeringswet (Zvw):
 - Regelt de financiering van curatieve zorg. Voor de GGZ behelst dit:
 - Huisartsenzorg
 - Eerste lijns GGZ
 - Tweede lijns GGZ
 - Regelt verplichte en gelijk toegankelijke basisverzekering
 - Leveringsvorm: Zorg in natura
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ):
 - Regelt de financiering van niet-curatieve zorg. Voor de GGZ behelst dit:
 - Kortdurend (>1 jaar) en langdurend verblijf (> 3 jaar)
 - Extramurale individuele en groepsbegeleiding
 - Dagbesteding
 - Inloopfunctie
 - Maatschappelijke opvang
 - Beschermd wonen

Huidige situatie (2016)

- Zorgverzekeringswet (Zvw):
 - Regelt de financiering van curatieve zorg. Voor de GGZ behelst dit:
 - Huisartsenzorg met ondersteuning van de POH-GGZ
 - Generalistische basis-GGZ
 - Gespecialiseerde GGZ (ambulant en intramuraal tot 3 jaar)
 - Regelt verplichte en gelijk toegankelijke basisverzekering
 - Leveringsvorm: Zorg in natura
- Wet langdurige zorg (Wlz)
 - Recht op zorg voor mensen die 24 uur per dag toezicht nodig hebben. Voor de GGZ behelst dit:
 - Langdurig verblijf (vanaf meer dan 3 jaar)
 - Betaald door premie volksverzekeringen
 - Leveringsvormen: Volledig pakket thuis, PBG, zorg in natura en modulair pakket thuis
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
 - Minder zware en intensieve zorg, begeleiding en ondersteuning.
 - Regelt de financiering van niet-curatieve zorg. Voor de GGZ behelst dit:
 - Extramurale individuele en groepsbegeleiding
 - Dagbesteding
 - Inloopfunctie
 - Beschermd wonen
 - Verantwoordelijkheid uitvoering bij gemeenten
 - Leveringsvorm: Zorg in natura, PGB

Inleiding

In deze vignettenstudie hebben we de EPA-populatie in kaart gebracht voor de regio Drenthe. De EPA-populatie is hierbij ingedeeld in 9 verschillende vignetten die de zorgbehoefte van de EPA-cliënten weergeven. In deze bijlage lichten we de gebruikte methodes toe.

Afbakening EPA-populatie per zorgaanbieder

Om de EPA-populatie in de regio in kaart te brengen, heeft elke deelnemende organisatie eerst de 'eigen' EPA-populatie in kaart gebracht. Deze populaties zijn afgebakend op basis van drie criteria:

1. Cliënt was in zorg op 1 oktober 2013. Het cliëntenbestand van begin oktober moet een goede doorsnede geven, omdat dit buiten de zomerperiode valt. Gezien de invoering van de basis-GGZ op 1 januari 2014 en de veranderingen die dit met zich meebrengt is besloten een peildatum voor de invoering te kiezen.
2. Woonlocatie van de cliënt valt binnen de provincie Drenthe. Het verzorgingsgebied is hiermee dus gedefinieerd als de gemeenten: Aa en Hunze, Assen, Borger-Odoorn, Coevorden, De Wolden, Emmen, Hoogeveen, Meppel, Midden-Drenthe, Noordenveld, Tynaarlo en Westerveld.
3. Cliënt voldoet aan de definitie EPA. Deze EPA-definitie en de operationalisatie hiervan zijn weergegeven op pagina 4.

Vaststellen gezamenlijke EPA-populatie

Na het vaststellen van de populatie per organisatie is voor de hele regio één gezamenlijke EPA-populatie vastgesteld. Wanneer een cliënt door minimaal één organisatie is aangemerkt als EPA-cliënt dan is deze cliënt onderdeel van de gezamenlijke populatie.

De gezamenlijke populatie is teruggekoppeld aan alle deelnemende zorgaanbieders.

Versleuteling

Om de privacy van de cliënten te garanderen zijn de BSN-nummers versleuteld. Hiervoor is het versleutelingsprotocol SHA-1 gebruikt. Deze versleuteling is onomkeerbaar, dus het originele BSN-nummer kan niet zomaar achterhaald worden.

Inventarisatie zorggebruik gezamenlijke EPA-populatie

Voor alle cliënten in de gezamenlijke populatie is vervolgens het zorggebruik in kaart gebracht. Uitgangspunt was het zorggebruik tussen 2 oktober 2012 – 1 oktober 2013. De deelnemende aanbieders hebben voor elke cliënt in de populatie (indien van toepassing) de volgende gegevens aangeleverd:

- DBC-GGZ: DBC typering, verblijfstypering, open- en sluitdatum DBC en de gedeclareerde kosten ambulant en verblijf
- ZZP: prestatiecode, start- en einddatum zorg en de gedeclareerde kosten
- Ambulant AWBZ: prestatiecode, geïndiceerde klasse, start- en einddatum zorg en de gedeclareerde kosten

Toewijzing aan vignetten

De cliënten zijn op basis van hun zorggebruik op de peildatum 1 oktober 2013 toegewezen aan de vignetten. Deze toewijzing is gebaseerd op de toewijzingscriteria die vermeld staan in de tabel in bijlage 4. Cliënten die niet aan een vignet konden worden toegewezen, bijvoorbeeld door het ontbreken van zorggegevens, zijn uitgesloten van verdere analyse.

Analyses

- **Aantallen per vignet:** in deze analyse geven wij per vignet het aantal EPA-cliënten weer. Hierbij maken we additionele doorsnedes op het gebied van oudere (65+) cliënten en cliënten met verslavingsproblematiek.
- **Gedeclareerde zorgkosten per vignet per cliënt:** Per vignet per cliënt geven wij de gemiddelde jaarlijkse gedeclareerde zorgkosten weer. Het gaat daarbij om kosten voor de financiers (zorgverzekeraars en overheid) en feitelijk om opbrengsten voor de deelnemende zorgaanbieders. Het gaat om de kosten die gemaakt zijn in de analyseperiode (2 oktober 2012 tot en met 1 oktober 2013). Voor gedeclareerde bedragen die gedeeltelijk buiten de analyseperiode vallen zijn de kosten naar rato meegenomen.
- **Gedeclareerde zorgkosten per vignet:** deze analyse geeft per vignet de gedeclareerde bedragen weer die toe te schrijven zijn aan de analyseperiode 2 oktober 2012 – 1 oktober 2013. Hierbij gaat het om de totale gedeclareerde zorgkosten voor cliënten die aan dit vignet zijn toegewezen.
- **Bekostiging per vignet:** per vignet laten we zien hoe deze gefinancierd wordt. Hierbij onderscheiden we ambulante AWBZ, Zorgverzekeringswet (DBC's), ZZP-B's en -C's.
- **Cliënten die zorg ontvangen van meer dan één aanbieder:** deze analyse laat zien van hoeveel organisaties cliënten zorg ontvangen op de peildatum 1 oktober 2013 en welke aanbieders dan tegelijk zorg leveren. Aanbieders die niet aan deze studie hebben deelgenomen, zijn hierin niet zichtbaar.

Vaststellen EPA doelgroep met forensische titel

Om inzicht te krijgen in de forensische EPA doelgroep in de regio Drenthe is het aantal EPA-cliënten met forensische titel uitgevraagd bij GGZ Drenthe, Promens Care en VNN. De inclusiecriteria per aanbieder zijn hieronder weergegeven. Deze additionele forensische doelgroep wordt apart weergegeven in deze studie en is dus niet meegenomen in de vignettentoewijzing en de vervolganalyses van de vignetten.

- GGZ Drenthe: cliënten zijn geïnccludeerd als zijnde EPA cliënt met forensische titel indien deze op de peildatum 1-10-2013 zorg genoten die gefinancierd werd vanuit een DBBC.
- Promens Care en VNN: zie criteria niet-forensische EPA populatie (pagina 4), waarbij deze criteria voor EPA-cliënten met forensische titel niet betrekking hebben op DBC's maar op DBBC's.

Vaststellen EPA doelgroep met bemoeizorg niet-gefinancierd via Zvw en AWBZ

Om inzicht te krijgen in de volledige EPA doelgroep met bemoeizorg in de regio Drenthe is naast de bemoeizorg via Zvw en AWBZ (vignet 0) ook bemoeizorg via andere financieringsstromen in kaart gebracht. De inclusiecriteria voor deze additionele groep zijn per aanbieder hieronder weergegeven. De cliënten die bemoeizorg ontvangen die niet gefinancierd is via Zvw en AWBZ worden apart weergegeven in deze studie en dus niet meegenomen in de vignettentoewijzing en de vervolganalyses van de vignetten.

- GGZ Drenthe heeft geen informatie geleverd over cliënt in bemoeizorg op de peildatum 1-10-2013
- Promens Care: cliënten zijn geïnccludeerd indien ze op de peildatum 1-10-2013 zorg afnamen bij de daklozenopvang van Promens Care. Het aantal cliënten bij de daklozenopvang op peildatum 1-10-2013 is vermenigvuldigd met een factor 0,41 om tot het aantal EPA cliënten te komen. (Bij circa 41% van de daklozenopvangcliënten is er sprake van EPA-problematiek; bron: interne rapportage Promens Care 2012).
- VNN: cliënten (18+) zijn geïnccludeerd indien deze zorg ontvingen op de peildatum 1-10-2013 binnen specifieke behandelprogramma's van VNN voor zeer ernstige problematiek, gefinancierd op basis van WMO financiering. Dit betreft de volgende programma's:
 - FACT Bemoeien: FACT behandeling op basis van WMO financiering.
 - Bemoeizorg volwassenen: zorgprogramma ten behoeven van zorgmijders en overlastgevers die via OGGZ netwerken in beeld komen.
 - Bemoeizorg jeugd: zorgprogramma ten behoeven van zorgmijders en overlastgevers die via OGGZ netwerken in beeld komen voor jeugd teams (tot 23 jaar)
 - Maaltijdproject 'help mijn buurman verzuipt'; programma voor zorgwekkende zorgmijders die alcohol drinken. Programma heeft als doelstelling om Korsakov te voorkomen en cliënten laagdrempelig in zorg te krijgen.
- OGGZ: de OGGZ-teams hebben een overzicht geleverd van alle cliënten in de regio Drenthe voor de maand februari 2016. De opgeleverde cijfers zijn exclusief de gemeenten Borger-Odoorn, Coevorden en Emmen: de cijfers van deze drie gemeenten waren ten tijde van het schrijven van deze rapportage niet voorhanden.

Validatie en interpretatie

De resultaten van de analyses zijn besproken met de leden van de werkgroep tijdens een validatie/interpretatiesessie. De hier opgehaalde informatie is verwerkt in de beschrijving van de resultaten in deze rapportage.

Berekening zorgprevalentie

Voor de berekening van de EPA zorgprevalentie hebben we de aanname gedaan dat in deze studie geen cliënten onder de 18 zijn geïnccludeerd. Deze leeftijdsgroep komt namelijk niet voor in de doelgroep, zoals die in deze studie geoperationaliseerd is (zie pagina 4).

Om de EPA-zorgprevalentie te corrigeren voor het feit dat jongeren onder de 18 niet in deze studie worden meegenomen, is de gemeten zorgprevalentie vermenigvuldigd met een factor 1,17 (bron: Delespaul, Tijdschrift voor Psychiatrie, 2013 (55)) om tot de gerapporteerde zorgprevalentie te komen (waarin alle leeftijdsgroepen zijn meegenomen).

Vergelijking met overige bronnen

Na de analyse van deze regio hebben wij de resultaten vergeleken met enkele relevante bronnen, namelijk:

1. Bron: PH. Delespaul, Tijdschrift voor Psychiatrie 2013 (55)
2. Bron: Vektis / Zorgverzekeraars Nederland, rapportage EPA-vignettenstudie, 2015

Hierbij is gekeken naar prevalentie en de verhouding tussen de vignetten. Waar mogelijk hebben we verschillen in de resultaten tussen deze rapportage en de bronnen zoveel mogelijk verklaard.

Toelichting bij de beslisboom

- A. Behorende tot EPA-populatie volgens de definitie van P. Delespaul (zie pagina 6).
- Noot: De symptomatische remissiecriteria vragen 3 symptoomvrije maanden om het predicaat "in remissie" te verlenen. Cliënten in remissie blijven EPA-cliënten omdat men hiermee een risicotaxatie weergeeft. In de consensus definitie wordt voorgesteld een langere periode (bijvoorbeeld 3 of 5 jaar) te hanteren om niet meer tot de EPA-populatie gerekend te worden. Hierdoor is het mogelijk dat EPA-cliënten geen zorgbehoefte (meer) hebben.
- B. Zorgvraag omgeving: is er sprake van een onhoudbare en/of steeds zieker makende situatie volgens de directe omgeving van de persoon, die een gevaar oplevert of gaat opleveren voor de betreffende persoon of anderen?
- C. In staat tot zelfstandig wonen: er is geen woonzorg noodzakelijk volgens de criteria die gelden voor een CIZ-aanvraag voor een ZZP GGZ B/C.
- D. Specialistische GGZ-behandeling noodzakelijk: er is sprake van een ernstige psychiatrische aandoening van complexe aard (op tenminste 3 levensgebieden of meer, sprake van comorbiditeit op As 2, 3 en/of 4), met een hoog risico op maatschappelijke teloorgang en / of ernstige gezondheidsschade en / of forse mate van overlast voor de omgeving als er geen adequate hulp wordt geboden. De hulp vergt een multidisciplinaire en afgestemde aanpak vanuit een centrale regievoering onder verantwoordelijkheid van een psychiater.
- E. Is de problematiek van de cliënt ernstig en kent deze een hoog risico en/of complexiteit?
- Ernst problematiek: de meeste symptomen behorende bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en / of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren (bijvoorbeeld niet kunnen werken)
 - Risico: er zijn duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk)geweld, kindermishandeling of automutilatie
 - Complexiteit: er is sprake van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek op As 2, 3 of 4 die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt
- F. Crisis afwenden/voorkomen: is er vanwege toename van symptomen, suïcidaliteit of zorgwekkende zorgmijding crisisinterventie en/of tijdelijke intensivering van zorg noodzakelijk?
- G. Aanleiding om participatie te bevorderen: is er vanuit cliënt, omgeving of gemeente/maatschappij reden om participatie en zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen?

Toewijzingsprocedure

De cliënten zijn op basis van hun zorggebruik op de peildatum 1 oktober 2013 toegewezen aan de vignetten. Deze toewijzing is gebaseerd op de toewijzingscriteria in onderstaande tabel. Voor deze criteria gelden bepaalde voorrangsregels. In de tabel staan de vignetten op volgorde. Dat wil zeggen: als een cliënt op basis van het zorggebruik in meer dan één vignet zou passen dan is deze cliënt toegewezen aan het vignet dat het eerst in de tabel wordt genoemd.

Toewijzingscriteria EPA-vignettenstudie						
Vignet	Criterium	Regel	Bestand	Kolom	Waarden	Opmerking
5	DBC met verblijfscode en minimaal 1 verblijfsdag	A	DBC GGZ	Bovengrens aantal minuten	*	EN
		A	DBC GGZ	Aantal dagen kliniek in DBC	>0	
0	DBC met zorgtype 'bemoeizorg'	A	DBC GGZ	Zorgtype_Code	109 205	Bemoeizorg in initiële (109) en vervolg (205) DBC's
8	ZZP-GGZ B2 of hoger	A	ZZP GGZ	Prestatiecode	Z24* Z25* Z26* Z27*	
7	ZZP-GGZ C5 of C6	A	RIBWZZP	PrestatiecodeVBLDU	Z35* Z36*	
	ZZP-GGZ C2, C3 of C4 + DBC met minimaal 800 minuten	B	RIBWZZP	PrestatiecodeVBLDU	Z32* Z33* Z34*	EN
		B	DBC GGZ	Ondergrens aantal minuten	>= 800	
6	ZZP-GGZ C2, C3 of C4 + geen DBC of DBC tot 800 minuten	A	RIBWZZP	PrestatiecodeVBLDU	Z32* Z33* Z34*	DBC niet verplicht
		A	DBC GGZ	Bovengrens aantal minuten	< 800	
2	Ambulante zorg klasse 2 (0-4 uur) + geen DBC of DBC tot 800 minuten	A	RIBWAMB	KlasseBGIND	K1 K2	DBC niet verplicht
		A	DBC GGZ	Bovengrens aantal minuten	< 800	
3	Ambulante zorg klasse 2 (0-4 uur) + DBC met minimaal 800 minuten	A	RIBWAMB	KlasseBGIND	K1 K2	EN
		A	DBC GGZ	Ondergrens aantal minuten	>= 800	
	Ambulante zorg klasse 3 (4-7 uur) + geen DBC of DBC tot 1.800 minuten	B	RIBWAMB	KlasseBGIND	K3	DBC niet verplicht
		B	DBC GGZ	Bovengrens aantal minuten	< 1800	
	DBC tussen 800 en 1.800 minuten	C	DBC GGZ	Ondergrens aantal minuten	>= 800	EN
		C	DBC GGZ	Bovengrens aantal minuten	< 1800	
4	Ambulante zorg klasse 4, 5, 6 of 7 (meer dan 7 uur) + DBC met minimaal 1.800 minuten	A	RIBWAMB	KlasseBGIND	K4 K5 K6 K7	
		B	DBC GGZ	Ondergrens aantal minuten	>= 1800	
1	DBC tot 800 minuten	A	DBC GGZ	Bovengrens aantal minuten	< 800	

Bijlage 5

Clënten in zorg bij één of beide aanbieders

Toelichting op analyse

De onderstaande tabellen geven per organisatie aan bij welke vignetten de EPA-cliënten ook zorg ontvingen van een andere aanbieder op de peildatum 1 oktober 2013.

GGZ Drenthe

Vignet	GGZ Drenthe	GGZ Drenthe & Promens Care	GGZ Drenthe & VNN
	3.045	412	55
Vignet_0	102	7	0
Vignet_1	307	6	0
Vignet_2	0	24	0
Vignet_3	787	103	12
Vignet_4	1.132	52	18
Vignet_5	380	50	19
Vignet_6	1	36	1
Vignet_7	16	134	4
Vignet_8	320	0	1

VNN

Vignet	VNN	VNN & GGZ Drenthe	VNN & Promens Care
	243	55	42
Vignet_0	0	0	0
Vignet_1	30	0	0
Vignet_2	1	0	0
Vignet_3	57	12	8
Vignet_4	107	18	2
Vignet_5	41	19	13
Vignet_6	1	1	3
Vignet_7	6	4	16
Vignet_8	0	1	0

Promens Care

Vignet	Promens Care	Promens Care & GGZ Drenthe	Promens Care & VNN
	325	412	42
Vignet_0	0	7	0
Vignet_1	0	6	0
Vignet_2	116	24	0
Vignet_3	52	103	8
Vignet_4	54	52	2
Vignet_5	0	50	13
Vignet_6	92	36	3
Vignet_7	11	134	16
Vignet_8	0	0	0



cutting through complexity™



© 2016 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland.

De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

DEELNEMERS



PROJECT
OPTIMAAL LEVEN

