Centraal Planbureau

CPB Notitie | 23 februari 2016

# Relatie behandelduur en GAF-scores in de GGZ

*Uitgevoerd op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

Centraal Planbureau

# CPB Notitie

**Centraal Planbureau**
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

T (070)3383 380
I www.cpb.nl

**Contactpersoon**
Robin Zoutenbier
Rudy Douven

**Aan:** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**Datum:** 23 februari 2016
**Betreft:** Relatie behandelduur en GAF-scores in de GGZ

## 1 Inleiding

Sinds 2008 is de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Door deze overheveling zijn alle aanbieders in de cGGZ verplicht om iedere behandeling te registreren in Diagnose-Behandel Combinaties (DBC). De geregistreerde DBC's worden centraal verzameld in het DBC-Informatie Systeem. De data die we in deze notitie analyseren is afkomstig uit het DBC-Informatie Systeem en is ons ter beschikking gesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het betreft informatie over de cGGZ gedurende de periode 2008 tot en met 2013.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het CPB verzocht om met deze data meer inzicht te geven in de variatie in behandelduur en de ontwikkeling in Global Assessment of Functioning (GAF) bij verschillende diagnoses. De vijf gevraagde diagnosegroepen zijn schizofrenie, depressie, gegeneraliseerde angststoornis (GAS), obsessief-compulsieve stoornis (OCS) en posttraumatische stress stoornis (PTSS).[1]

Sinds 2008 worden alle vrijgevestigde aanbieders in de cGGZ mede vergoed op basis van de behandelduur van een DBC in minuten. Deze behandelduur bevat de directe behandeltijd, de indirecte tijd en de gewogen dagbesteding en verblijfsdagen. Vanaf 2013 worden ook de instellingen vergoed op basis van de behandelduur van een DBC. Naast de behandelduur wordt ook de GAF verplicht bijgehouden bij elke DBC. De GAF is een maatstaf die aangeeft hoe een patiënt functioneert in het dagelijkse leven.[2] De GAF wordt geregistreerd door de behandelaar bij het openen van een DBC en bij het

1 Schizofrenie is een DSM-IV hoofdiagnose, depressie is een sub-diagnose van stemmingsstoornissen en gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis en posttraumatische stress stoornis zijn sub-diagnoses bij de hoofddiagnose angststoornissen.
2 Zie het DSM-IV handboek van de American Psychiatric Association (2000) voor een uitgebreide uitleg van de GAF.

sluiten van een DBC. Het verschil tussen de GAF aan het begin van een behandeling en bij het afsluiten van een behandeling geeft een indicatie van hoe de GAF is veranderd gedurende de periode dat een patiënt onder behandeling is. De GAF is een uitkomstindicator die iets zegt over de ontwikkeling van de patiënt zoals waargenomen door de behandelaar. De GAF is minder geschikt om individuele patiënten of aanbieders met elkaar te vergelijken, omdat verschillende aanbieders verschillend kunnen scoren. Echter, wanneer het gemiddelde GAF-scores betreft van grote groepen patiënten dan zijn de uitkomsten betrouwbaarder (Jones et al. 1995; Soderberg et al. 2014). In dit onderzoek is dat het geval, omdat GAF-scores op grote schaal beschikbaar zijn. Om meer zekerheid te krijgen over de in dit rapport getoonde uitkomstscores kunnen onderstaande analyses worden herhaald met andere uitkomstmaatstaven, wanneer deze op grote schaal beschikbaar komen voor analyse.

In deze notitie worden drie hoofdvragen beantwoord:

1. Wat is de correlatie tussen behandelduur en GAF-uitkomsten in de curatieve GGZ voor de vijf benoemde diagnosegroepen?
2. Wat is de variatie in behandelduur en GAF-uitkomsten tussen verschillende aanbieders?
3. Verschilt de ontwikkeling in GAF tussen patiënten met een enkele DBC en meerdere DBC's?

We beperken de analyse op een aantal manieren. Ten eerste analyseren we alleen patiënten van 18 tot en met 64 jaar oud. Dit omdat de problematiek, en daarmee mogelijk de behandelduur en uitkomsten, verschillen tussen jongeren onder de 18, ouderen van 65 of ouder en patiënten van 18 tot en met 64 jaar oud. Ook analyseren we alleen DBC's van minder dan 8000 minuten. Hierdoor vallen behandelingen met uitschieters van boven de 8000 minuten buiten de steekproef (slechts een klein deel van alle DBC's in de cGGZ zijn langer dan 8000 minuten). Als laatste analyseren we alleen DBC's zonder verblijf en DBC's die als regulier of kort zijn geclassificeerd. Dit betekent dat crisis, diagnose of alleen intake-DBC's niet zijn meegenomen in deze notitie. Belangrijk om op te merken is dat onze resultaten geen causale relaties aangeven tussen behandelduur en GAF, maar ze zijn descriptief en geven correlaties aan.

De resultaten uit deze notitie vatten we als volgt samen. Allereerst vinden we een duidelijk verschillend patroon tussen de diagnose schizofrenie en de andere diagnosegroepen. De kans op een verbetering in GAF bij schizofrenie is voor alle behandelduurcategorieën even groot. Bij de andere diagnosegroepen vinden we dat patiënten met een behandelduur tussen de 750-1000 minuten de grootste kans op een verbetering hebben. Bij patiënten met een langere behandelduur dan 1000 minuten zien we een kleinere kans op verbetering. Deze relatie is niet causaal. Een mogelijke verklaring voor de gevonden relatie is dat patiënten met een langere behandelduur verschillen van patiënten met een kortere behandelduur, bijvoorbeeld

in de ernst van een aandoening, waardoor ook de kans op verbetering anders is. We vinden ook variatie tussen de verschillende type aanbieders. De instellingen en vrijgevestigde psychologen behandelen ongeveer even lang, waar de vrijgevestigde psychiaters aanzienlijk korter behandelen. De gerapporteerde winst in GAF is het hoogst bij vrijgevestigde psychiaters en psychologen. Dit betekent niet dat vrijgevestigde psychiaters beter behandelen, mogelijk zijn er verschillen in patiëntenpopulatie van aanbieders, kwaliteit van aanbieders of verschillen in de manier van scoren. Als laatste zien we veel variatie tussen aaneengesloten DBC's (behandeling loopt over meerdere jaren) en enkele DBC's (behandeling binnen een jaar). Enkele DBC's duren over het algemeen korter (hebben minder minuten in een jaar dan aaneengesloten DBC's) en hebben een hogere winst in GAF. Aaneengesloten DBC's scoren in totaal vaak dezelfde winst in GAF maar dan verdeeld over meerdere jaren.

# 2 Overzicht diagnosegroepen

Tabel 2.1 toont beschrijvende statistieken voor de vijf gekozen diagnosegroepen. Het aantal DBC's geeft het totale aantal DBC's weer voor de jaren 2008 tot en met 2013. Een individu kan meerdere malen voorkomen in deze telling als een persoon meerdere DBC's met dezelfde diagnose heeft gehad gedurende deze periode. In sectie 0 is onderscheid gemaakt tussen patiënten die meer of minder DBC's hebben gekregen in de onderzochte periode.

De behandelminuten van een DBC verschillen sterk tussen de vijf diagnosegroepen. Een diagnose schizofrenie duurt bijvoorbeeld gemiddeld 1885 minuten, terwijl de behandelduur voor de andere diagnosegroepen beduidend lager ligt. Dit komt omdat schizofrenie over het algemeen een zwaardere aandoening is dan depressie of een angststoornis.

De behandelduur is opgedeeld in directe tijd en indirecte tijd. De directe behandeltijd bestaat uit de intake, diagnose en individuele of groepstherapie. Onder de indirecte tijd vallen de administratietijd, reistijd en bijvoorbeeld intercollegiaal overleg. Gemiddeld genomen is het aandeel van de indirecte tijd 40% van de totale behandelduur. De diagnose schizofrenie is hierop de uitzondering met 46%, wat mogelijk weerspiegelt dat er bij de behandeling van schizofrenie meerdere partijen betrokken zijn waardoor meer onderlinge afstemming en samenwerking nodig is.

**Tabel 2.1 Beschrijvende statistieken van de vijf diagnosegroepen in 2008-2013**

| | Schizofrenie | Depressie | Gegeneralisseerde angststoornis | Obsessief-compulsieve stoornis | Post-traumatische stress stoornis |
|---|---|---|---|---|---|
| Aantal DBC's | 235.439 | 630.599 | 48.745 | 41.791 | 57.634 |
| Gemiddelde behandelduur | 1885 | 1124 | 1096 | 1219 | 1378 |
| - Directe tijd | 998 (53%) | 693 (62%) | 700 (64%) | 753 (62%) | 847 (62%) |
| - Indirecte tijd | 873 (46%) | 429 (38%) | 395 (36%) | 464 (38%) | 528 (38%) |
| Mediaan behandelduur | 1316 | 810 | 840 | 861 | 1006 |
| Aantal dagen geopend | 320 | 276 | 276 | 284 | 285 |
| Begin GAF[3] | 47,8 | 54,6 | 56,2 | 55,0 | 52,6 |
| Eind GAF | 48,8 | 59,7 | 62,4 | 59,1 | 57,8 |
| Toename in GAF | 0,9 | 5,1 | 6,2 | 4,0 | 5,2 |
| Gemiddelde patiënt | | | | | |
| - Geslacht (% vrouw) | 38 | 63 | 67 | 62 | 65 |
| - Leeftijd | 43 | 43 | 40 | 37 | 39 |

De mediane behandelduur is een stuk lager dan de gemiddelde behandelduur. Dit geeft aan dat er relatief veel kortere behandelingen zijn en minder lange behandelingen, maar dat die langere behandelingen soms veel minuten hebben (de verdeling van behandelduur in Bijlage 1 toont de spreiding van behandelduur voor alle diagnosegroepen). Bijvoorbeeld, de helft van alle schizofrenie-DBC's duurt minder dan 1316 minuten, maar er zijn uitschieters met een relatief lange behandelduur tot 8000 minuten. Dit zorgt voor een hoger gemiddelde met een lagere mediaan. Hetzelfde patroon is zichtbaar bij de andere diagnosegroepen.

De tabel toont ook informatie over de GAF aan het begin van een DBC, de GAF bij het sluiten van een DBC en het verschil tussen de begin en eind GAF. Hierbij geldt dat een lagere GAF-overeenkomt met een slechter psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren. De gemiddelde begin GAF-score toont dat schizofrenie een relatief zware aandoening is (47,8 punten bij binnenkomst) en dat depressie en GAS relatief mildere aandoeningen zijn (begin GAF van respectievelijk 54,6 en 56,2 punten). Dit gaat samen met een grotere toename in GAF voor de relatief mildere diagnoses (zie ook Bijlage 1). De winst in GAF bij depressie of een van de angststoornissen ligt rond de 5 punten op een schaal van 100, terwijl de winst bij schizofrenie gemiddeld slechts 1 punt is.

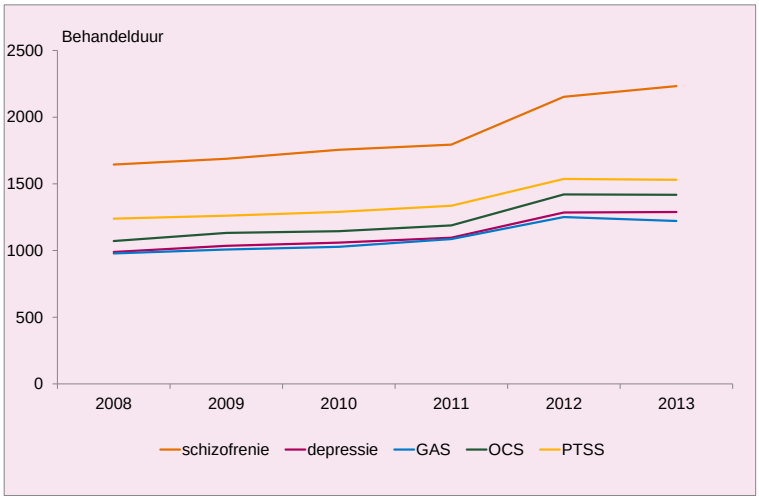
## 2.1 Ontwikkeling over tijd

Figuur 2.1 toont de ontwikkeling van behandelduur over de tijd voor de vijf geselecteerde diagnosegroepen. De vijf diagnosegroepen laten een vergelijkbare ontwikkeling over de tijd zien. De behandelduur neemt licht toe over de tijd met een sterkere groei in 2012. De sterkere groei in 2012 kan veroorzaakt zijn door de

[3] Bij het berekenen van de gemiddelde GAF-score zijn de tien GAF-categorieën (1-10, 11-20, …, 91-100) vertaald naar GAF-punten op een schaal van 1-100. Hierbij wordt het gemiddelde berekend door het middelpunt van de schaal te nemen (dus categorie 1-10 wordt een score van 5 etc.).

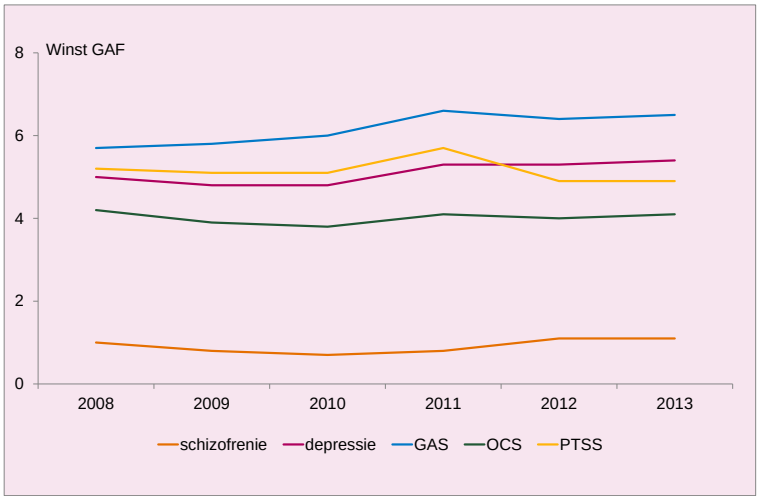
invoering van het eigen risico in de cGGZ van 200 euro. Hierdoor liep het aantal patiënten terug en is de behandelduur toegenomen. Hier kunnen verschillende oorzaken voor zijn, zoals een zwaardere patiëntenpopulatie of overcapaciteit.

**Figuur 2.1 Ontwikkeling behandelduur over de jaren**




Bij de ontwikkeling over de tijd van het verschil in GAF is het beeld minder eenduidig. Bij de diagnoses depressie en GAS is er een lichte stijging over tijd te zien, maar bij schizofrenie, OCS en PTSS is de ontwikkeling minder duidelijk (zie figuur 2.2). De stijging in behandelduur over de jaren is dus niet samen gegaan met een stijging in het verschil in GAF.

**Figuur 2.2 Ontwikkeling verschil GAF over de jaren**



## 2.2 Uitvoerende beroepen

Naast verschillen in behandelduur en zwaarte, verschillen de vijf diagnosegroepen ook op andere behandelaspecten, zoals de samenstellingen van behandelaren. De onderstaande tabel toont de verschillende beroepen die zijn geregistreerd. De beroepen zijn geaggregeerd op hoofdniveau. De tabel laat zien hoeveel procent van de totale behandelminuten bij een diagnose zijn uitgevoerd door de verschillende beroepsgroepen. Soms wordt een DBC uitgevoerd door professionals uit een enkele beroepsgroep, en soms werken meerdere professionals uit verschillende beroepsgroepen samen binnen één DBC. Er zijn grote verschillen tussen de verschillende diagnosegroepen. Zo worden de behandelminuten voor schizofrenie grotendeels uitgevoerd door verpleegkundigen, terwijl bij de andere diagnoses vooral psychologen een groot deel van de behandelminuten uitvoeren.

**Tabel 2.2 Uitvoerende beroepen per diagnosegroep**

| | Schizofrenie | Depressie | Gegeneralisseerde angststoornis | Obsessief-compulsieve stoornis | Post-traumatische stress stoornis | Totale groep |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Psychologen | 5 | 27 | 35 | 35 | 29 | 26 |
| Psychiaters | 18 | 20 | 17 | 18 | 14 | 18 |
| Psychotherapeuten | 1 | 14 | 20 | 14 | 20 | 14 |
| Verpleegkundigen | 58 | 24 | 16 | 20 | 22 | 28 |
| Overige | 18 | 15 | 12 | 13 | 15 | 14 |
| Totaal | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

## 2.3 Groeps- of individuele therapie

Patiënten krijgen individueel of in een groep behandeling. Tabel 2.3 toont de variatie in directe behandeltijd opgedeeld naar tijd in een groep of individueel. Het grootste deel van de directe tijd bestaat uit individueel contact, gemiddeld 73-81% van de directe tijd. Het aandeel van de tijd in een groep is aanzienlijk lager met 7-11%. De categorie overige tijd bevat directe tijd besteed aan de intake en de diagnose.

**Tabel 2.3 Directe tijd opgedeeld naar tijd in groep of individueel**

| | Schizofrenie | Depressie | Gegeneralisseerde angststoornis | Obsessief-compulsieve stoornis | Post-traumatische stress stoornis |
|---|---|---|---|---|---|
| Totaal directe tijd | 998 | 693 | 700 | 753 | 847 |
| - Individuele tijd | 811 | 505 | 533 | 574 | 658 |
| - Tijd in groep | 69 | 73 | 57 | 63 | 72 |
| - Overige tijd | 118 | 115 | 110 | 116 | 118 |
| % van totale directe tijd | | | | | |
| - Individuele tijd | 81 | 73 | 76 | 76 | 78 |
| - Tijd in groep | 7 | 11 | 8 | 8 | 8 |
| - Overige tijd | 12 | 17 | 16 | 15 | 14 |

De percentages uit Tabel 2.3abel 2.3 geven een beeld van de directe tijd in een groep voor de gehele populatie. Echter, een groot deel van de DBC's bevat geen enkele directe tijd in een groep.

Tabel 2.4 laat zien dat minder dan een vijfde van alle DBC's directe tijd in een groep bevatten. Bij de diagnosegroepen schizofrenie en depressie bevat 17-20% van alle DBC's tijd in een groep en bij de verschillende angststoornissen 13-15%. Een groot deel van de DBC's met tijd in een groep wordt uitgevoerd door de instellingen. Bij vrijgevestigde aanbieders wordt maar in 2-6% van de DBC's gebruikt gemaakt van behandeling in een groep.

DBC's met groepsbehandeling duren gemiddeld genomen ook langer (in minuten) dan DBC's zonder groepsbehandeling. Als er bij een DBC een groepsbehandeling is geregistreerd, dan wordt gemiddeld 21 tot 35% van de directe tijd als groepsbehandeling aangemerkt.

**Tabel 2.4 DBC's met groepsbehandeling**

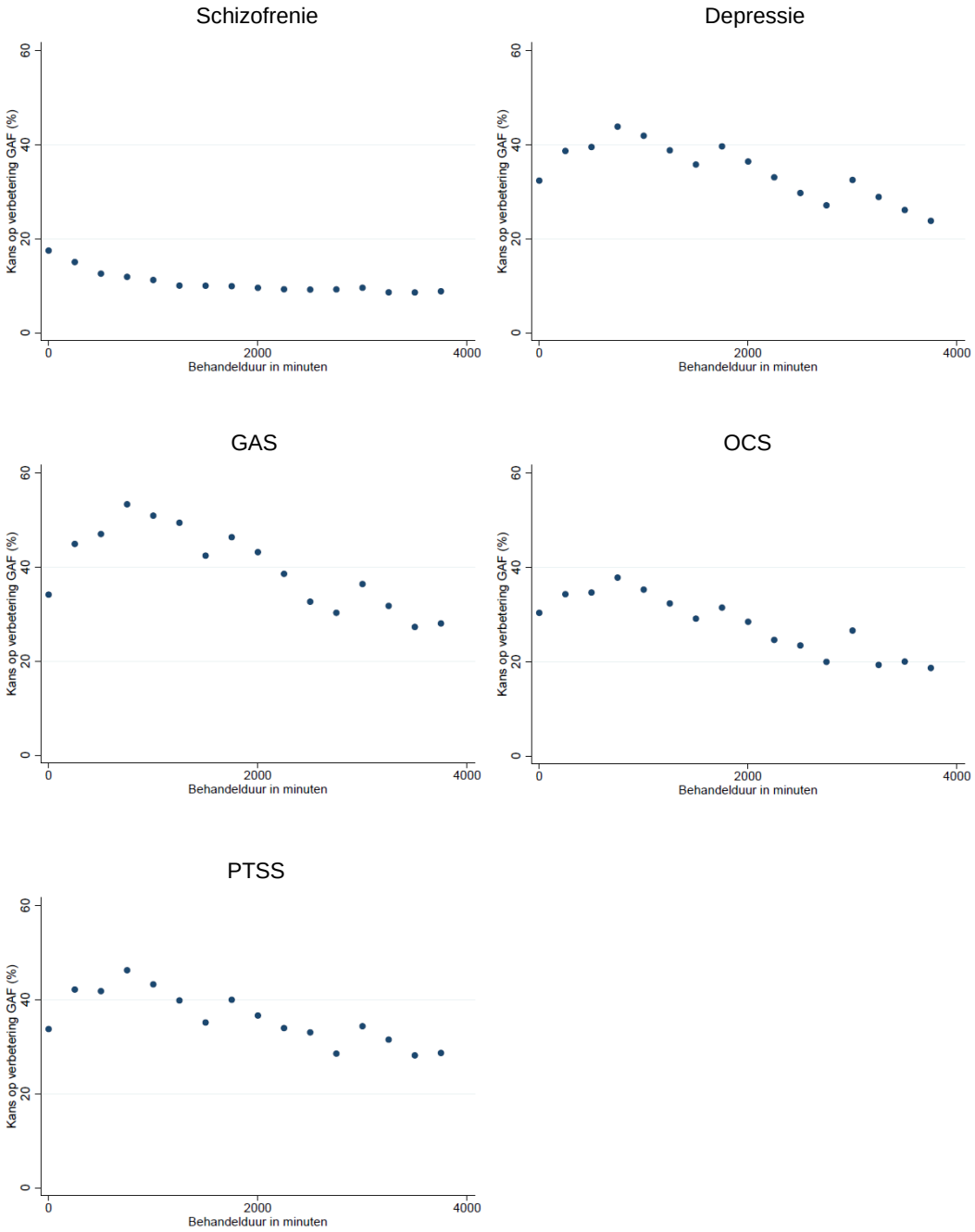
| | Schizofrenie | Depressie | Gegeneralisseerde angststoornis | Obsessief-compulsieve stoornis | Post-traumatische stress stoornis |
|---|---|---|---|---|---|
| Percentage DBC's met groepstijd | 20 | 17 | 15 | 13 | 15 |
| - Instellingen | 20 | 20 | 19 | 16 | 18 |
| - Vrijgevestigde psychiaters | 2 | 3 | 4 | 2 | 5 |
| - Vrijgevestigde psychologen | 3 | 5 | 6 | 3 | 4 |
| Directe tijd (alleen DBC's met groepsbehandeling) | 1715 | 1218 | 1140 | 1453 | 1468 |
| - % Individuele tijd | 70 | 51 | 52 | 56 | 57 |
| - % Tijd in groep | 21 | 35 | 34 | 32 | 33 |
| - % Overige tijd | 10 | 13 | 14 | 12 | 10 |

# 3 Correlatie behandelduur en GAF

Figuur 3.1 toont de relatie tussen de behandelduur in minuten en de kans op verbetering in GAF. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat de gepresenteerde resultaten niet causaal zijn. De resultaten tonen slechts een correlatie tussen de behandelduur en de winst in GAF, ook andere factoren, zoals de complexiteit of zwaarte van de aandoening en eigenschappen van de patiënt of van de aanbieder kunnen invloed hebben op de relatie tussen behandelduur en de winst in GAF. Zo zullen patiënten, bij wie eenvoudig winst is te behalen mogelijk korter behandeld worden dan patiënten bij wie het lastiger is om winst te behalen. Als patiënten bij wie het lastig is om GAF te winnen langer behandeld worden, kan dat onterecht de indruk wekken dat langer behandelen leidt tot minder winst, terwijl juist de mate waarin de patiënt reageert op de behandeling een belangrijke voorspeller is voor de winst in GAF en de behandelduur.

De figuren hieronder laten een wisselend beeld zien voor de vijf diagnosegroepen.

**Figuur 3.1 Kans op verbetering in GAF per behandelduurcategorie**



Wat opvalt, is dat de kans op verbetering aanzienlijk lager is bij schizofrenie dan bij andere aandoeningen. Ook de getoonde correlatie verschilt. De kans op verbetering in GAF is nagenoeg gelijk in de verschillende categorieën van behandelduur. Bij de andere vier diagnosegroepen zien we een ander patroon. Daar is een lichte toename in de kans op verbetering te zien tot de categorie 750-1000 minuten behandeling en een lichte afname vanaf deze categorie. Ook bij de categorieën 1750-2000 minuten en 3000-3250 minuten is een piek te zien in de kans op een verbetering in GAF. Het verdient nader onderzoek wat de oorzaak van deze pieken is.

## 3.1 Eerste of opvolgende psychose

Bij de diagnosegroep schizofrenie is het belangrijk om onderscheid te maken tussen de eerste psychose en latere psychoses. Een eerste psychose is over het algemeen zwaarder en wordt anders behandeld dan opvolgende psychoses. In de data kunnen we geen direct onderscheid maken tussen DBC's met een eerste psychose en DBC's met opvolgende psychoses. Daarom hebben we alle DBC's als een eerste psychose geclassificeerd als de patiënt jonger dan 30 jaar is (de eerste psychose vindt meestal op jonge of jongvolwassen leeftijd plaats) en als we geen eerdere DBC schizofrenie voor de patiënt observeren. Patiënten die al eerder een DBC schizofrenie gehad hebben of patiënten die ouder zijn dan 30 jaar zijn toegevoegd aan de groep opvolgende psychose.

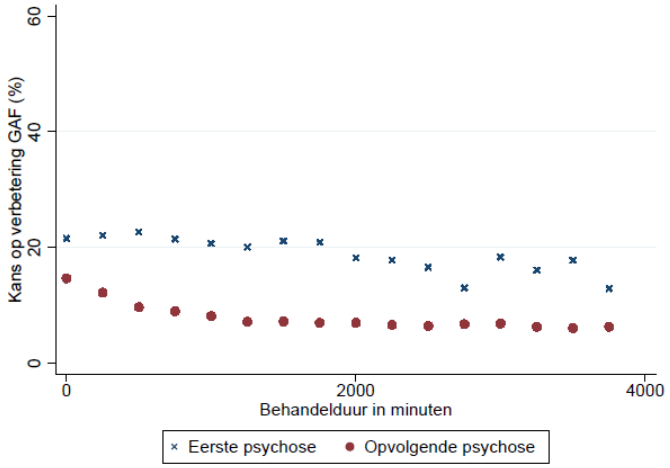
Tabel 3.1 toont het verschil tussen beide groepen patiënten met de diagnose schizofrenie. De groep die geclassificeerd is als eerste psychose heeft een langere behandelduur, een DBC die korter is geopend, een lagere GAF bij binnenkomst maar iets meer winst in GAF gedurende de behandeling. Mogelijke verklaring hiervoor is dat bij de eerste psychose nog veel te winnen is, terwijl bij latere psychoses het vooral belangrijk is om erger te voorkomen.

**Tabel 3.1 Beschrijvende statistiek voor eerste of opvolgende psychose**

| | Eerste psychose | Opvolgende psychose |
|---|---|---|
| Aantal DBC's | 10.742 | 224.697 |
| Gemiddelde behandelduur | 2437 | 1859 |
| - Directe tijd | 1217 (50%) | 988 (53%) |
| - Indirecte tijd | 1206 (49%) | 857 (46%) |
| Mediaan behandelduur | 1,861 | 1,296 |
| Aantal dagen geopend | 277 | 322 |
| Begin GAF | 44,0 | 48,0 |
| Eind GAF | 46,5 | 48,9 |
| Toename in GAF | 2,5 | 0,9 |
| Gemiddelde patiënt | | |
| - Geslacht (% vrouw) | 27 | 38 |
| - Leeftijd | 24 | 44 |

Figuur 3.2 laat voor beide groepen de correlatie zien tussen de behandelduur en de kans op een verbetering in GAF. In beide groepen is de kans op een verbetering in GAF vrijwel constant voor verschillende lengtes van de behandeling. Behandelingen met veel minuten hebben een even grote kans op verbetering als behandelingen met weinig minuten. Er is wel een niveauverschil tussen beide groepen, de patiënten uit de groep 'eerste psychose' hebben voor elke behandelduur een licht hogere kans op verbetering in GAF dan de patiënten uit de groep 'opvolgende psychose'.

**Figuur 3.2 Kans op verbetering bij schizofrenie per behandelduurcategorie**




## 3.2 Zwaarte van depressie

De diagnosegroep depressie is erg divers, zowel personen met een lichte of tijdelijke depressie, maar ook personen met een zware depressie behoren tot deze groep. Tabel 3.2 deelt de diagnosegroep depressie op in een ernstige, matige of lichte depressie. Dit onderscheid is gemaakt op basis van de GAF-score bij het openen van de DBC. Patiënten met een begin GAF van 40 punten of lager zijn geclassificeerd als ernstig, patiënten met een GAF van 41 tot en met 60 punten als matig en patiënten met een GAF van 61 punten of hoger zijn geclassificeerd als licht.

Zoals verwacht neemt de behandelduur af naarmate de depressie minder zwaar is. Opvallend is echter dat ook de winst in GAF afneemt naarmate de depressie minder zwaar is. Met andere worden, patiënten met een zware depressie boeken meer vooruitgang (in GAF) dan patiënten met een lichte depressie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er bij patiënten met een lage begin-GAF meer ruimte is om de GAF te verbeteren en dat het daardoor makkelijker is om meer punten GAF te winnen dan bij patiënten met een hoge begin-GAF. Bij een patiënt met een GAF van 90 is bijvoorbeeld maximaal 10 punten te winnen (de maximale GAF is 100) en bij een patiënt met een GAF van 30 is maximaal 70 punten te winnen.

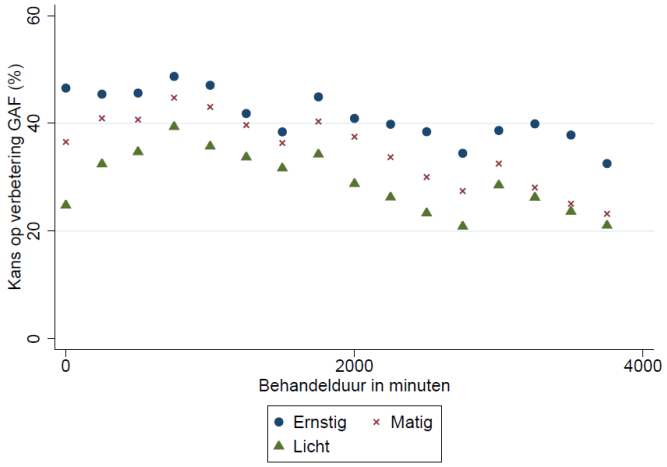
**Tabel 3.2 Beschrijvende statistiek opgedeeld naar de zwaarte van de depressie**

| | Ernstig | Matig | Licht |
|---|---|---|---|
| Aantal DBC's | 29.390 | 445.178 | 156.031 |
| Gemiddelde behandelduur | 1483 | 1209 | 813 |
| - Directe tijd | 835 (56%) | 741 (61%) | 527 (65%) |
| - Indirecte tijd | 644 (43%) | 465 (38%) | 284 (35%) |
| Mediaan behandelduur | 945 | 886 | 520 |
| Aantal dagen geopend | 267 | 280 | 268 |
| Begin GAF | 32,6 | 51,7 | 67,7 |
| Eind GAF | 42,8 | 57,3 | 70,0 |
| Toename in GAF | 10,2 | 5,6 | 2,4 |
| Gemiddelde patiënt | | | |
| - Geslacht (% vrouw) | 55 | 63 | 65 |
| - Leeftijd | 44 | 42 | 44 |

Tabel 3.2 laat zien dat zwaardere depressies langer behandeld worden en meer winst opleveren, desondanks laat figuur 3.1 in de vorige sectie zien dat een langere behandelduur juist samengaat met een kleinere kans op verbetering. Dit lijkt in eerste instantie tegenstrijdig. Echter, figuur 3.3 toont dat een langere behandelduur voor alle drie de categorieën van depressie samengaat met een lagere kans op winst in GAF. Er zijn kleine verschillen tussen de drie categorieën van depressie. Bijvoorbeeld, bij de groep matige en lichte depressie is de kans op een verbetering in GAF iets hoger bij 750-1000 minuten behandelduur dan in de categorieën met een kortere behandelduur van 0-750 minuten. De kans op verbetering is in de categorieën na 1000 minuten ook weer lager dan in de categorie 750-1000 minuten.

Het belangrijkste verschil tussen de drie groepen is een niveauverschil, de groep ernstige depressie heeft voor elke behandelduur een hogere kans op verbetering in GAF dan de matige en lichte groep. De lichte groep heeft voor elke behandelduur een lagere kans op verbetering dan de andere groepen.

**Figuur 3.3 Kans op verbetering bij depressie per behandelduurcategorie**



# 4 Verschillen tussen aanbieders

In deze sectie zijn de beschrijvende statistieken opgedeeld op basis van het type aanbieder. Er zijn drie groepen gemaakt: de vrijgevestigde psychiaters en psychologen en de instellingen (niet vrijgevestigde). Hierbij is belangrijk om op te merken dat de groep met instellingen een heterogene groep aanbieders is, hier vallen bijvoorbeeld de psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG's, en ZBC's onder. De diagnosegroep schizofrenie is niet opgedeeld naar aanbiedertype, omdat slechts 2% van alle DBC's is uitgevoerd door een vrijgevestigde aanbieder (en 98% door de groep instellingen).

De instellingen voerden 78% van alle DBC's depressie uit in de 6 geobserveerde jaren, de overige 22% werd uitgevoerd door vrijgevestigde psychiaters en psychologen. Tabel 4.1 toont de verschillen in behandelduur tussen de verschillende aanbiedertypen. Bij de instellingen is de behandelduur het langste met gemiddeld 1184 minuten, de vrijgevestigde psychologen volgen op de voet met 1127 minuten en de psychiaters behandelen aanzienlijk korter met 670 minuten. Mogelijk spelen hier verschillen in het patiënt- of behandelkarakteristieken een rol, zo hebben alleen psychiaters de bevoegdheid om medicijnen voor te schrijven. Verder is het opvallend dat de vrijgevestigde aanbieders aanzienlijk minder indirecte tijd boeken dan behandelaren in instellingen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat behandelaren in instellingen meer mogelijkheden hebben om samen te werken of collega's te consulteren, wat vaak als indirecte tijd wordt geboekt. Als laatste zijn er ook aanzienlijke verschillen in de toename in GAF-score tussen aanbiedertypen. De vrijgevestigde psychiaters en psychologen rapporteren de hoogste toename in GAF (respectievelijk 9.1 en 10.2 punten gemiddeld) en de instellingen de laagste (gemiddeld 3.8 punten). Nader onderzoek is nodig om na te gaan of deze verschillen voortkomen uit verschillen in de patiëntenpopulatie, de kwaliteit van aanbieders of verschillen in de manier van scoren door aanbieders.

**Tabel 4.1 Verschillen tussen aanbieders bij de diagnose depressie**

| | Instellingen | Vrijgevestigde psychiaters | Vrijgevestigde psychologen |
|---|---|---|---|
| Aantal DBC's | 491.911 | 65.331 | 73.357 |
| Gemiddelde behandelduur | 1184 | 670 | 1127 |
| - Directe tijd | 708 (60%) | 449 (67%) | 804 (71%) |
| - Indirecte tijd | 472 (40%) | 220 (33%) | 324 (29%) |
| Mediaan behandelduur | 828 | 465 | 925 |
| Aantal dagen geopend | 277 | 283 | 268 |
| Begin GAF | 54,2 | 54,6 | 57,0 |
| Eind GAF | 58,0 | 63,9 | 67,2 |
| Toename in GAF | 3,8 | 9,1 | 10,2 |
| Gemiddelde patiënt | | | |
| - Geslacht (% vrouw) | 63 | 58 | 68 |
| - Leeftijd | 43 | 45 | 41 |

Het beeld bij de verschillende angststoornissen (GAS in tabel 4.2, OCS in tabel 4.3 en PTSS in tabel 4.4) is vergelijkbaar aan het beeld bij de DBC-depressie in tabel 4.1. De gemiddelde behandelduur bij de diagnose GAS is bij de instellingen en vrijgevestigde psychologen (respectievelijk 1163 en 1159 minuten) hoger dan bij de vrijgevestigde psychiaters (639 minuten). Ook hier rapporteren de vrijgevestigde weer hogere toenames in GAF dan de instellingen.

**Tabel 4.2 Verschillen tussen aanbieders bij de diagnose GAS**

| | Instellingen | Vrijgevestigde psychiaters | Vrijgevestigde psychologen |
|---|---|---|---|
| Aantal DBC's | 33.792 | 6.172 | 8.781 |
| Gemiddelde behandelduur | 1163 | 640 | 1159 |
| - Directe tijd | 714 (62%) | 441 (69%) | 826 (71%) |
| - Indirecte tijd | 447 (38%) | 199 (31%) | 333 (29%) |
| Mediaan behandelduur | 881 | 435 | 960 |
| Aantal dagen geopend | 276 | 281 | 274 |
| Begin GAF | 55,9 | 55,8 | 57,6 |
| Eind GAF | 60,6 | 64,6 | 67,8 |
| Toename in GAF | 4,6 | 8,8 | 10,2 |
| Gemiddelde patiënt | | | |
| - Geslacht (% vrouw) | 68 | 60 | 71 |
| - Leeftijd | 39 | 44 | 38 |

Tabel 4.3 toont voor OCS een vergelijkbaar beeld als bij GAS. Belangrijk verschil is dat de gemiddelde behandelduur bij de vrijgevestigde psychologen 266 minuten lager is dan bij instellingen. Al is het wel belangrijk om op te merken dat het totale aantal DBC's bij de vrijgevestigde specialisten relatief klein is (ongeveer 3000 DBC's in 6 jaar), bij een kleiner aantal waarnemingen zijn de onzekerheidsmarges immers groter.

**Tabel 4.3 Verschillen tussen aanbieders bij de diagnose OCS**

| | Instellingen | Vrijgevestigde psychiaters | Vrijgevestigde psychologen |
|---|---|---|---|
| Aantal DBC's | 34.589 | 3.341 | 3.861 |
| Gemiddelde behandelduur | 1296 | 650 | 1030 |
| - Directe tijd | 786 (61%) | 442 (68%) | 731 (71%) |
| - Indirecte tijd | 507 (39%) | 208 (32%) | 299 (29%) |
| Mediaan behandelduur | 915 | 445 | 870 |
| Aantal dagen geopend | 286 | 285 | 270 |
| Begin GAF | 54,6 | 56,8 | 57,9 |
| Eind GAF | 57,5 | 65,4 | 67,7 |
| Toename in GAF | 3,0 | 8,5 | 9,8 |
| Gemiddelde patiënt | | | |
| - Geslacht (% vrouw) | 62 | 57 | 65 |
| - Leeftijd | 37 | 40 | 36 |

Ook bij de angststoornis PTSS in tabel 4.4 is het beeld vergelijkbaar aan OCS. De behandelduur is het langst voor instellingen, daarna komen vrijgevestigde psychologen en als laatste de vrijgevestigde psychiaters.

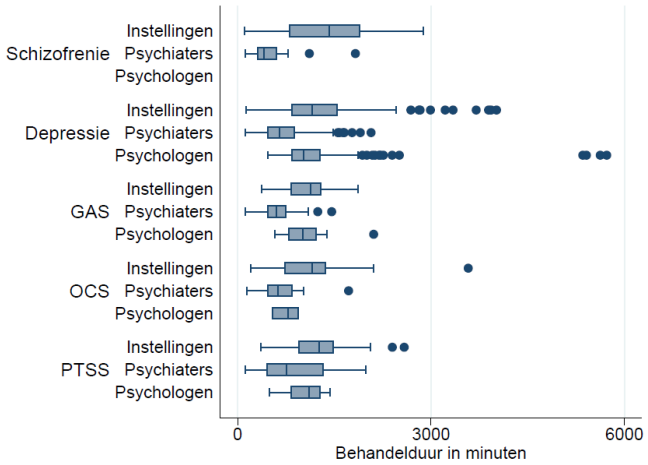
**Tabel 4.4 Verschillen tussen aanbieders bij de diagnose PTSS**

| | Instellingen | Vrijgevestigde psychiaters | Vrijgevestigde psychologen |
|---|---|---|---|
| Aantal DBC's | 44.699 | 3.543 | 9.392 |
| Gemiddelde behandelduur | 1449 | 952 | 1199 |
| - Directe tijd | 861 (59%) | 639 (67%) | 862 (72%) |
| - Indirecte tijd | 585 (40%) | 313 (33%) | 337 (28%) |
| Mediaan behandelduur | 1055 | 635 | 960 |
| Aantal dagen geopend | 289 | 289 | 261 |
| Begin GAF | 51,8 | 53,3 | 55,8 |
| Eind GAF | 55,6 | 62,0 | 66,5 |
| Toename in GAF | 3,7 | 8,6 | 10,7 |
| Gemiddelde patiënt | | | |
| - Geslacht (% vrouw) | 63 | 65 | 76 |
| - Leeftijd | 39 | 43 | 40 |

## 4.1 Verschillen tussen aanbieders van hetzelfde type

Figuur 4.1 toont een boxplot van de gemiddelde behandelduur per aanbieder, uitgesplitst naar type aanbieder en diagnosegroep. De boxplot toont het eerste kwartiel, de mediaan en het laatste kwartiel (samen de box) en de hoogste en laagste niet uitschieters. De stippen geven uitschieters aan. Alleen aanbieders met meer dan 50 DBC's in een diagnosegroep over de geobserveerde periode zijn meegenomen. De figuur laat zien dat er variatie is tussen aanbieders van hetzelfde type.[4] Tussen de verschillende instellingen is de variatie in behandelduur het grootst. De instellingen is ook de grootste en meest heterogene groep aanbieders. De variatie tussen vrijgevestigde psychiaters of psychologen is kleiner (met uitzondering van de psychiaters bij diagnosegroep PTSS). Verder is te zien dat er een paar uitschieters zijn van aanbieders met een relatief hoge gemiddelde behandelduur van meer dan 3000 minuten.

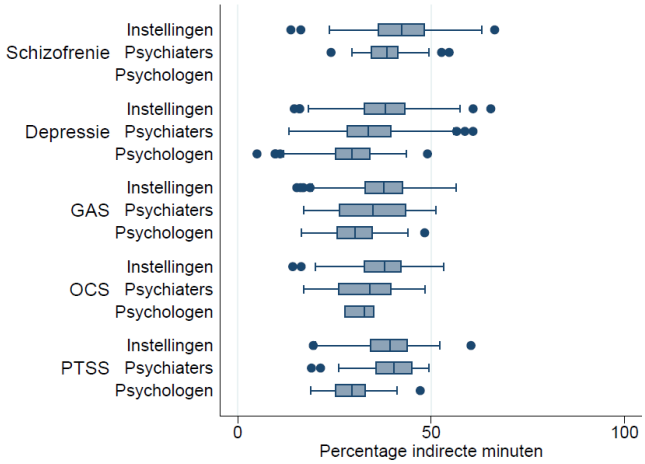
**Figuur 4.1 Verschillen in gemiddelde behandelduur tussen aanbieders van hetzelfde type**




Figuur 4.2 toont de indirecte behandeltijd als fractie van de totale behandelduur (directe en indirecte tijd samen). Bij alle diagnosegroepen ligt de fractie indirecte tijd tussen 20 en 60 procent van de totaal geregistreerde tijd. Er is veel overlap tussen de verschillende type aanbieders. De box, die de middelste 50 procent van de verdeling aangeeft, overlapt tussen de verschillende type aanbieders (met uitzondering van PTSS). Dit geeft aan dat er meer variatie tussen aanbieders van hetzelfde type is dan tussen de verschillende type aanbieders.

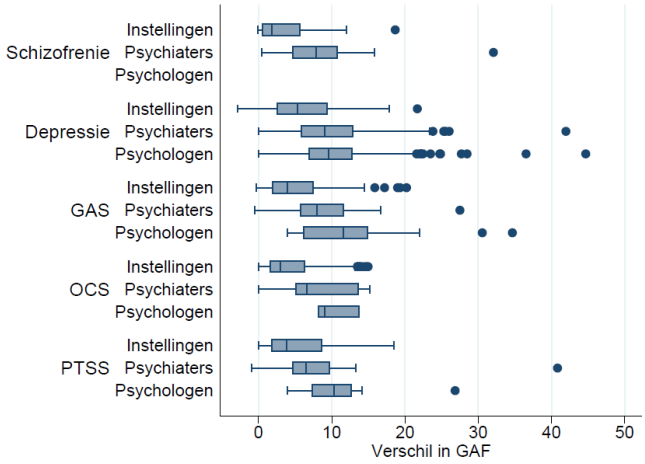
[4] Door het lage aantal aanbieders met meer dan 50 DBC's is de boxplot voor vrijgevestigde psychologen bij de diagnosegroepen schizofrenie en OCS niet (volledig) te illustreren.

**Figuur 4.2 Verschillen in de fractie van indirecte tijd tussen aanbieders van hetzelfde type**




Als laatste toont figuur 4.3 de boxplot voor het verschil in GAF over verschillende aanbieders. Bij het vergelijken van de gemiddelde gescoorde GAF door individuele vrijgevestigde aanbieders moet er wel rekening mee worden gehouden dat individuele aanbieders verschillend kunnen scoren. In een instelling, waar meerdere behandelaren werken, is dit probleem wellicht minder groot. Desondanks zien we niet heel veel variatie binnen de type aanbieders. De vrijgevestigde aanbieders scoren gemiddeld genomen meer winst dan de instellingen, maar de meeste variatie zit tussen de 0 en 20 punten winst in GAF voor alle aanbieders (0 tot 2 categorieën van 10 punten). Slechts een enkele aanbieder rapporteert meer gemiddeld meer dan 20 punten winst in GAF.

**Figuur 4.3 Verschillen in de toename GAF tussen aanbieders van hetzelfde type**



# 5 Meerjarige DBC's

Een DBC mag maximaal één jaar duren, na dit jaar moet er een nieuwe DBC worden gestart binnen hetzelfde zorgtraject. Dit biedt de mogelijkheid om individuen te volgen over meerdere jaren. We analyseren in deze sectie de behandelduur en de GAF van opvolgende DBC's waarin een individu meerdere jaren voorkomt met dezelfde diagnose. Figuur 5.1 toont de winst in GAF en de gemiddelde behandelduur afhankelijk van het aantal jaren waarin een individu voorkomt met dezelfde diagnose. We identificeren trajecten die een tot vier jaar duren. Bijvoorbeeld, de groep '1 jaar' bestaat uit alle patiënten die slechts één jaar voorkomen in de data en de groep '4 jaren' bestaat uit alle patiënten die tussen 2009 en 2012 elk jaar voorkomen. Er is alleen gekeken naar patiënten die niet voorkwamen in 2008 of 2013, om te voorkomen dat we naar patiënten kijken die ook al voor of na deze periode onder behandeling waren.

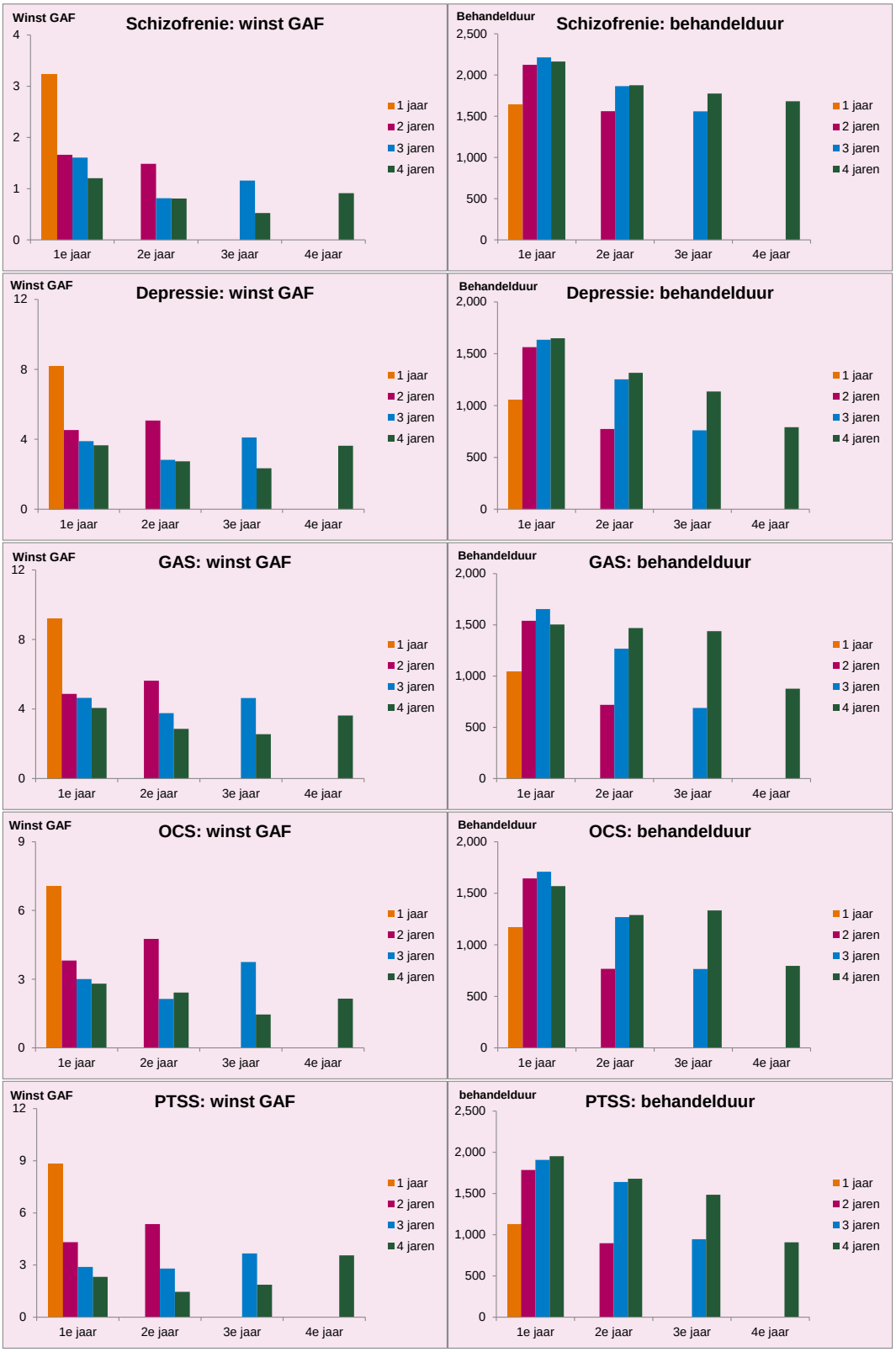
Het patroon is bij alle vijf diagnosegroepen vergelijkbaar (zie figuur 5.1). Patiënten die één jaar voorkomen in de data scoren een hogere winst in GAF en hebben een kortere behandelduur in het eerste jaar dan patiënten in hun eerste jaar die meerdere jaren voorkomen. Verder valt op dat patiënten die meerdere jaren behandeld worden alle jaren ongeveer dezelfde winst in GAF laten zien.[5]

Ook bij de behandelduur zien we voor alle vijf de diagnosegroepen een gelijk patroon. Patiënten die meerdere malen voorkomen in de data worden in het eerste jaar meer minuten behandeld dan patiënten die slechts één jaar voorkomen. Het verschil is ongeveer 500 minuten. We zien wel dat de behandelduur in het tweede, derde en vierde jaar afneemt. Een deel van de variatie in behandelduur en GAF is dus te verklaren door verschillen in het aantal jaar dat een patiënt onder behandeling is.

Tabel 5.1 laat zien dat veruit het merendeel van de patiënten slechts één jaar een DBC met dezelfde diagnose ontvangt. Er is wel variatie tussen de vijf diagnosegroepen, bij depressie, GAS en PTSS krijgt ongeveer 75 procent van alle patiënten maar één jaar een DBC. Bij schizofrenie en OCS ligt dit percentage rond de 65 procent. Verder is te zien dat de GAF bij de start van het traject in het eerste jaar lager is voor patiënten die in de jaren erna ook nog behandeld worden. Een uitzondering hierop is de groep patiënten met schizofrenie, hier krijgen patiënten die slechts één jaar voorkomen een lagere GAF bij binnenkomst dan patiënten die meerdere jaren voorkomen. Onduidelijk is waarom dit verschil bestaat.

[5] Bij patiënten die alle 6 de jaren een DBC hebben met dezelfde diagnose zien we een fors lagere winst in GAF per jaar. Mogelijk zijn dit patiënten die ook voor 2008 of na 2013 al onder behandeling waren.

## Figuur 5.1 Winst in GAF en gemiddelde behandelduur per jaar per duur traject



Als laatste toont de tabel ook het verschil in GAF tussen de start bij het eerste jaar en het afsluiten in het laatste jaar. Ook hier is bij depressie, GAS, OCS en PTSS weer een vergelijkbaar beeld te zien. Het verschil in GAF neemt af naarmate de patiënt meerdere jaren voorkomt. Bij de diagnosegroep schizofrenie is het verschil in GAF vergelijkbaar voor alle vier de kolommen.

**Tabel 5.1 Aantal patiënten en GAF per duur traject**

| | 1 jaar | 2 jaren | 3 jaren | 4 jaren |
|---|---|---|---|---|
| **Schizofrenie** | | | | |
| Aantal patiënten | 13.340 | 4.843 | 2.205 | 916 |
| Begin GAF (jaar 1) | 43,8 | 46,0 | 46,3 | 46,2 |
| Eind GAF (laatste jaar) | 47,0 | 48,8 | 49,5 | 49,7 |
| Verschil | 3,2 | 2,8 | 3,1 | 3,5 |
| **Depressie** | | | | |
| Aantal patiënten | 129.388 | 35.971 | 9465 | 1987 |
| Begin GAF (jaar 1) | 53,8 | 53,0 | 52,6 | 52,3 |
| Eind GAF (laatste jaar) | 62,0 | 61,1 | 60,3 | 59,2 |
| Verschil | 8,2 | 8,1 | 7,7 | 6,9 |
| **GAS** | | | | |
| Aantal patiënten | 12.761 | 3199 | 690 | 134 |
| Begin GAF (jaar 1) | 55,7 | 55,0 | 54,7 | 54,4 |
| Eind GAF (laatste jaar) | 64,9 | 63,8 | 62,7 | 59,6 |
| Verschil | 9,2 | 8,8 | 8,0 | 5,3 |
| **OCS** | | | | |
| Aantal patiënten | 6827 | 2537 | 698 | 165 |
| Begin GAF (jaar 1) | 54,8 | 53,9 | 53,7 | 53,4 |
| Eind GAF (laatste jaar) | 61,9 | 61,6 | 60,9 | 58,5 |
| Verschil | 7,1 | 7,7 | 7,2 | 5,1 |
| **PTSS** | | | | |
| Aantal patiënten | 13.541 | 3405 | 958 | 204 |
| Begin GAF (jaar 1) | 53,0 | 51,7 | 51,5 | 52,1 |
| Eind GAF (laatste jaar) | 61,8 | 59,8 | 58,2 | 58,0 |
| Verschil | 8,9 | 8,1 | 6,7 | 6,0 |

## 5.1 Eerste DBC

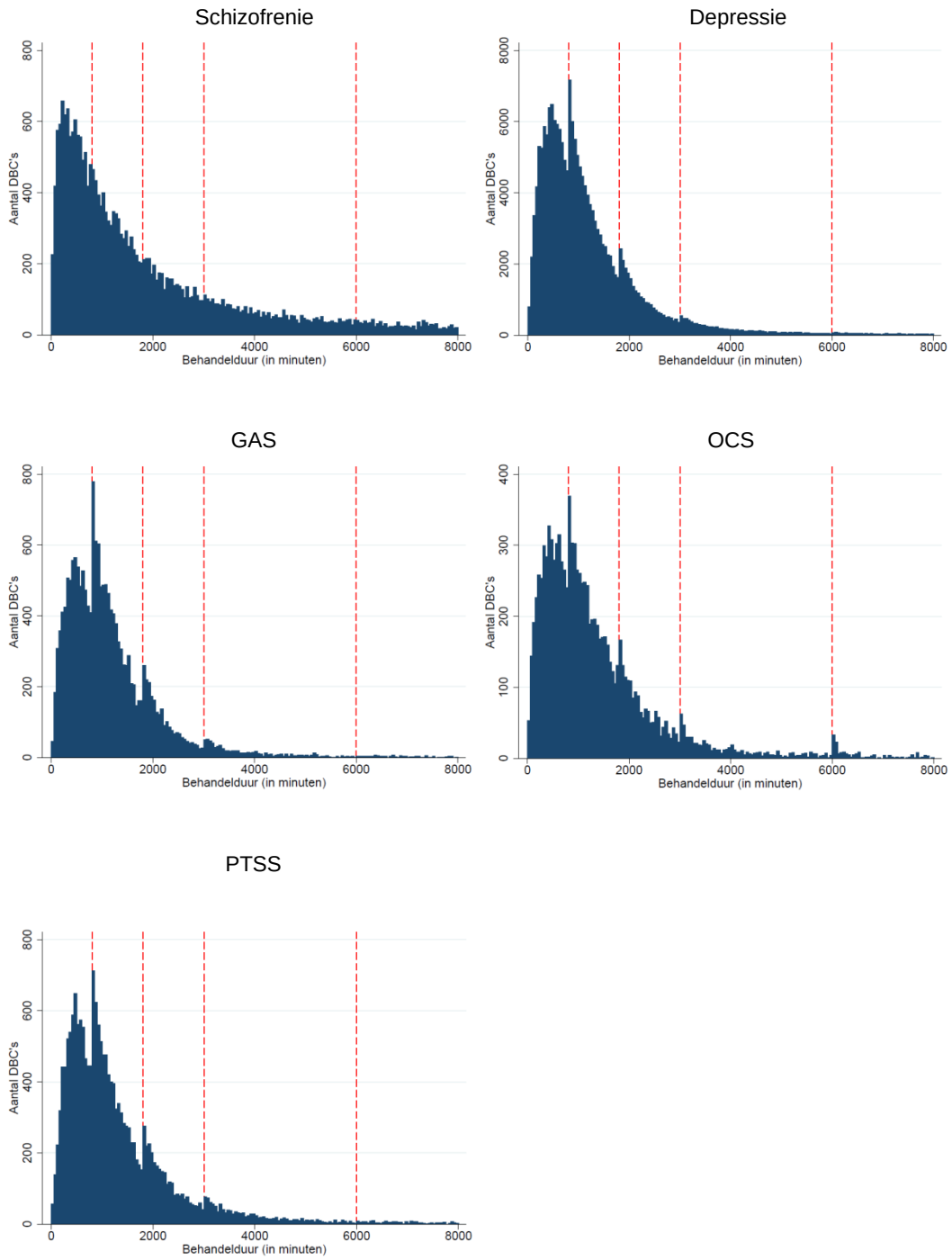
Tabel 5.2 toont beschrijvende statistieken voor de eerste DBC die we tegenkomen voor een patiënt per diagnosegroep. De tabel toont veel overeenkomsten met de beschrijvende statistieken voor alle DBC's (zie tabel 2.1). Bij de diagnosegroep schizofrenie zien we in vergelijking met de andere diagnosegroepen een langere behandelduur, meer indirecte tijd en een lagere GAF bij de start van een behandeling. Bij de andere diagnosegroepen ligt de behandelduur een stuk lager en is de GAF bij de start van een behandeling een stuk hoger. Belangrijk verschil met de beschrijvende statistieken voor alle DBC's is dat de eerste DBC's in tabel 5.2 een grotere vooruitgang in GAF-score laten zien. Deze hogere winst in GAF komt vooral door de patiënten die maar één jaar behandeld worden (zie ook figuur 5.1).

**Tabel 5.2 Beschrijvende statistiek voor de eerste DBC's**

| | Schizofrenie | Depressie | Gegeneraliseerde angststoornis | Obsessief-compulsieve stoornis | Posttraumatische stress stoornis |
|---|---|---|---|---|---|
| Aantal DBC's | 22.916 | 185.397 | 17.308 | 10.707 | 18.557 |
| Gemiddelde behandelduur | 1828 | 1194 | 1172 | 1336 | 1305 |
| - Directe tijd | 929 (51%) | 731 (61%) | 744 (63%) | 822 (61%) | 797 (61%) |
| - Indirecte tijd | 889 (49%) | 462 (39%) | 428 (37%) | 514 (38%) | 507 (39%) |
| Mediaan behandelduur | 1191 | 910 | 945 | 1016 | 990 |
| Aantal dagen geopend | 253 | 257 | 265 | 271 | 262 |
| Begin GAF | 44,6 | 53,6 | 55,5 | 54,5 | 52,6 |
| Eind GAF | 47,3 | 60,7 | 63,7 | 60,4 | 60,3 |
| Toename in GAF | 2,6 | 7,1 | 8,1 | 5,9 | 7,6 |
| Gemiddelde patiënt | | | | | |
| - Geslacht (% vrouw) | 40 | 62 | 68 | 61 | 67 |
| - Leeftijd | 39 | 40 | 38 | 35 | 38 |

Figuur 5.2 laat de verdeling van de behandelduur zien per diagnosegroep voor deze groep van DBC's. Ook hier is het beeld vergelijkbaar met de figuren op basis van alle DBC's (zie Bijlage 1). De verdeling van behandelduur is scheef verdeeld met een klein aantal lange behandelingen en een groot aantal behandelingen van minder dan 1000 minuten.

**Figuur 5.2 erdeling behandelduur voor de eerste DBC's**



# Literatuurlijst

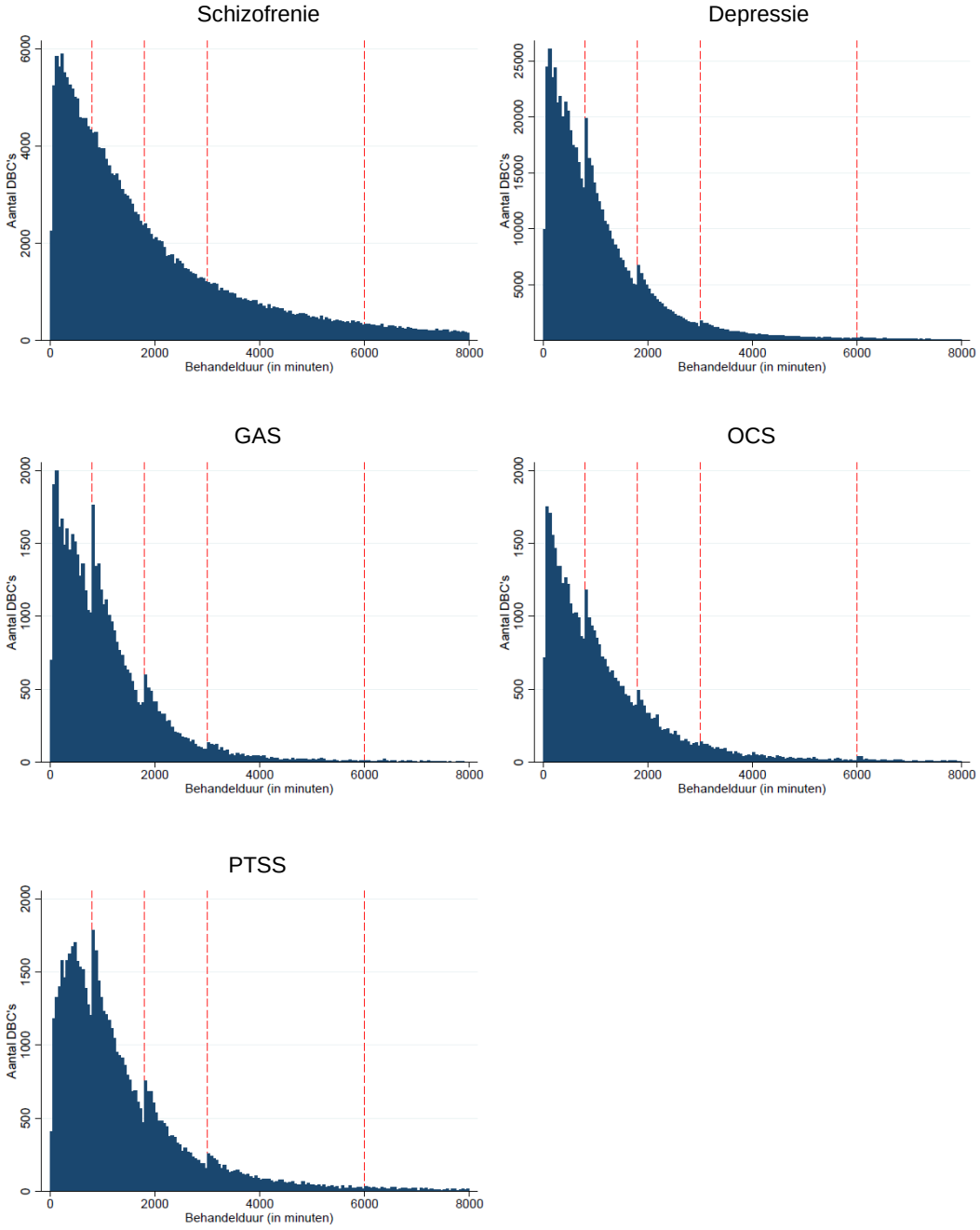
American Psychiatric Association, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Jones, S.H., G. Thornicroft, M. Coffey en G. Dunn, 1995, A Brief Mental Health Outcome Scale-reliability and Validity of the Global Assessment of Functioning (GAF), *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, vol. 166(5): 654-659.

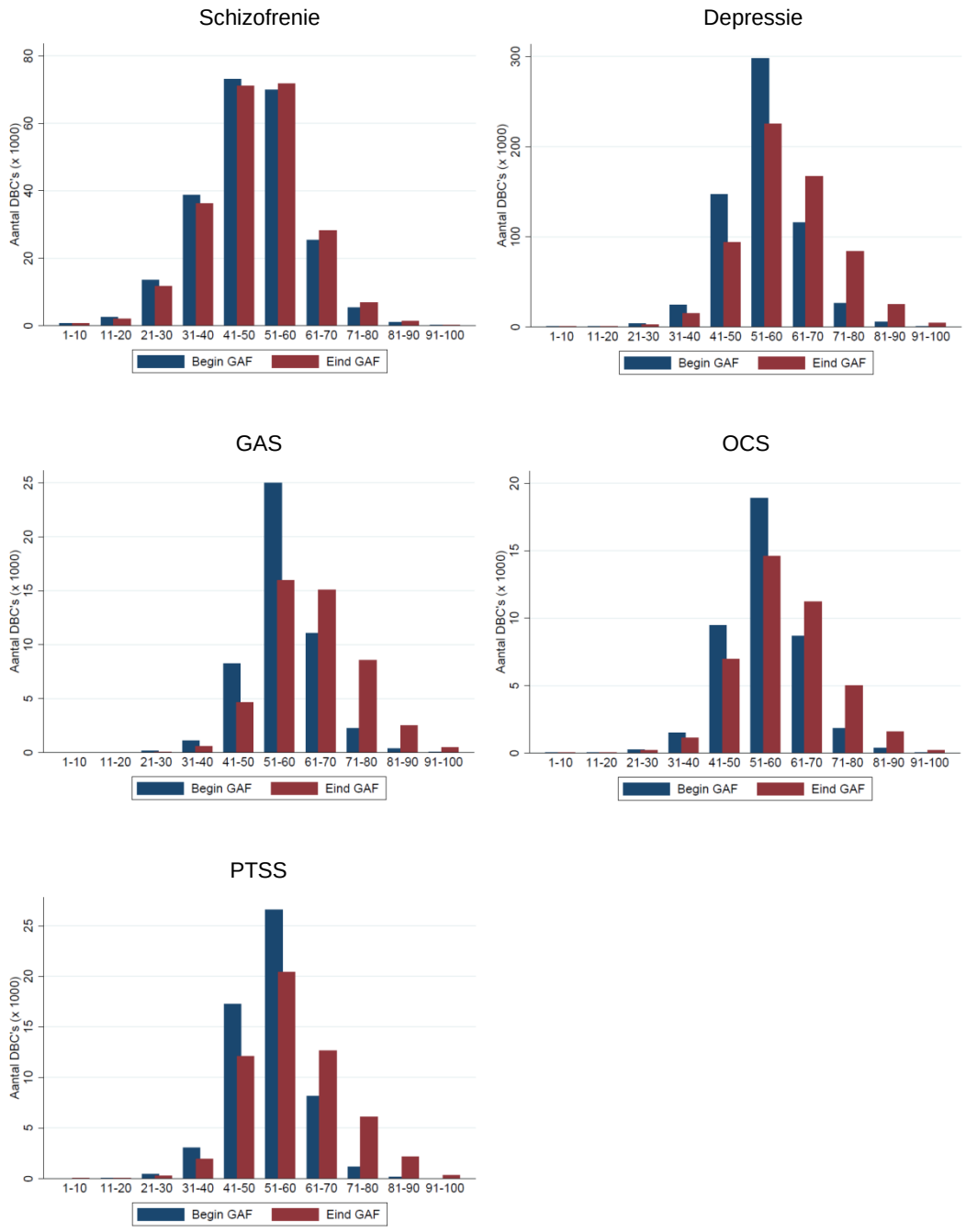
Soderberg, P., S. Tungstrom en B.A. Armelium, 2014, Special Section on the GAF: Reliability of Global Assessment of Functioning Ratings Made by Clinical Psychiatric Staff, Psychiatric Services.

# Bijlage 1

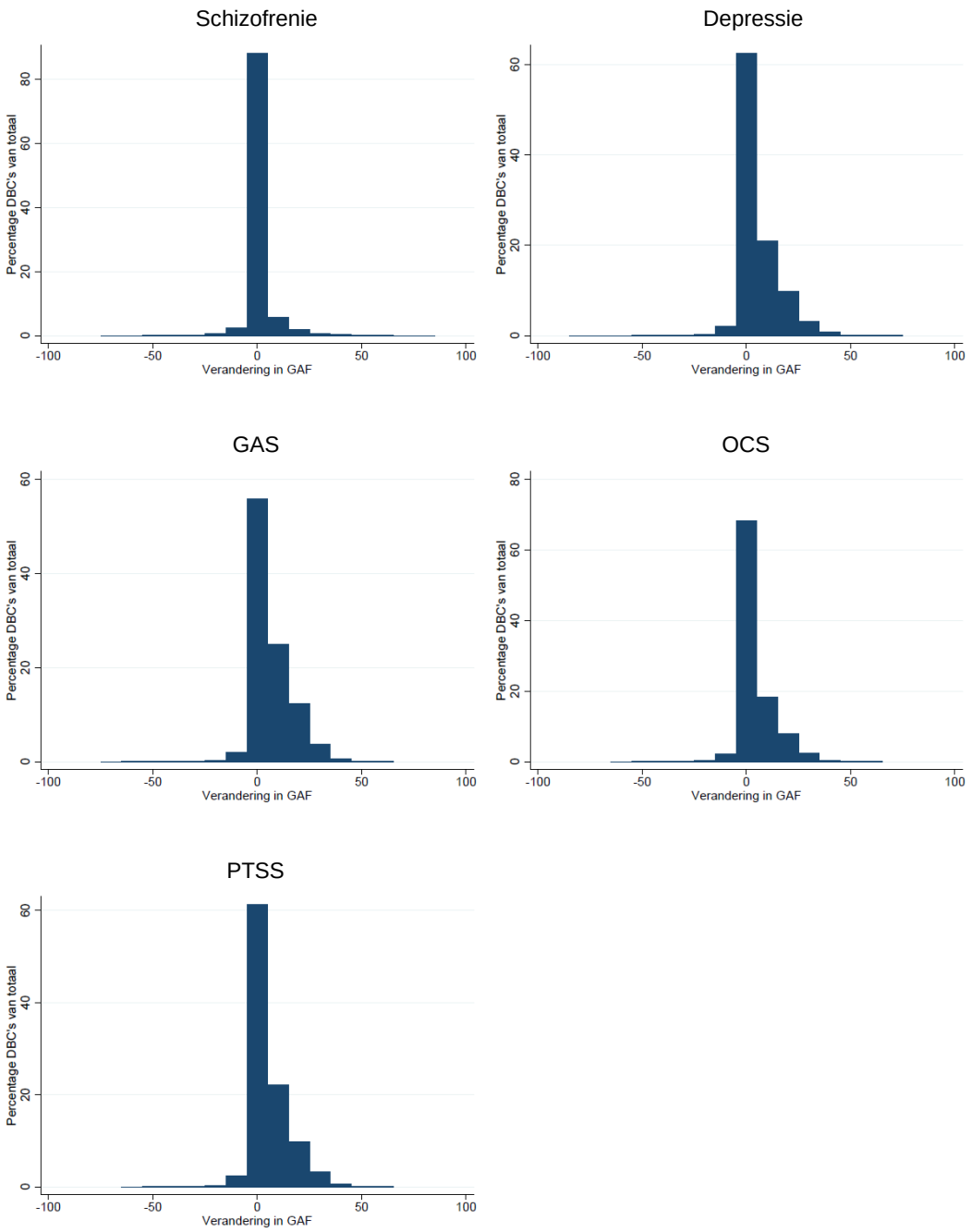
**Figuur B3 Verdeling van behandelduur per diagnose**



**Figuur B4 Verdeling begin en eind GAF per diagnose**



**Figuur B5 Verschil tussen begin en eind GAF per diagnose**



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (070) 3383 380

info@cpb.nl | www.cpb.nl

Februari 2016