

Bachelor Thesis

Onderzoek naar patiëntkenmerken bij persoonlijkheidsstoornissen binnen GGnet

“De vergelijking tussen patiënten bij Scelta Apeldoorn en patiënten bij
overige behandellocaties van GGnet in termen van de DSM-IV-TR, leeftijd
en geslacht”

Naam: Jelte Douwstra

Studentnummer: 334860

Datum: 16 oktober 2017

Plaats: het Saxion, Deventer

Opleiding: Toegepaste Psychologie

Eerste afstudeerbegeleider: Dhr. G. Riemann

Tweede afstudeerbegeleider: Dhr. B. Schreuder-Goedheijt

Vak: Afstudeerscriptie

Organisatie: GGnet, Scelta

Praktijkbegeleider: Dhr. F. Chakhssi



Voorwoord

Voor u ligt een scriptie die geschreven is in het kader van een bachelor afstudeertraject aan de Saxion Hogeschool te Deventer voor de opleiding Toegepaste Psychologie. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de organisatie GGnet Scelta Apeldoorn dat een hoogspecialistische GGZ-instelling is op het gebied van het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek. In deze instelling worden patiënten behandeld, die vanwege ernstige en/of complexe problematiek niet in de reguliere en specialistische GZ geholpen kunnen worden.

In de afgelopen periode ben ik tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek begeleid door verschillende mensen en hen wil ik graag wil bedanken voor hun inzet en tijd. Vooral mijn eerste afstudeerbegeleider Dhr. G. Riemann en mijn praktijkbegeleider vanuit Scelta, Dhr. F. Chakhssi, wil ik bijzonder bedanken voor hun begeleiding en feedback tijdens de voorbereiding, uitvoering en afsluiting van dit onderzoek. Daarnaast wil ik mijn tweede afstudeerbegeleider, dhr. B. Schreuder-Goedheijt, bedanken voor de beoordeling van deze scriptie. Tenslotte wil ik mijn medestudenten die ook aanwezig waren op mijn werkplek tijdens het uitvoeren van dit onderzoek bedanken voor hun input, steun en feedback.

Jelte Douwstra

Student Toegepaste Psychologie

Oktober, 2017

Samenvatting

Nog steeds is er een groot aantal patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (PS) die in de reguliere en specialistische geestelijke gezondheidszorg onvoldoende geholpen blijken te zijn tijdens hun behandeling. Deze patiënten behoeven hoogspecialistische zorg in de derde lijn. De huidige route daarnaartoe is het stepped-care model, waarbij patiënten eerst in de eerste- en tweedelijnszorg worden behandeld, voordat ze in de derdelijnszorg behandeld kunnen worden. Dit model kost, voor deze patiënten, dan ook veel tijd en geld, en de risico's tijdens deze lange route zijn onvoldoende positieve behandelresultaten en drop-out. Patiënten die hoogspecialistische hulp nodig hebben moeten beter geïdentificeerd worden, zodat zij tijdens hun behandelproces in de toekomst beter gevolgd kunnen worden, met als doel een snellere doorverwijzing naar hogere lijnen van zorg. Hier kunnen zij na een intakegesprek en screening mogelijk eerder toegelaten worden voor een intensieve behandeling bij Scelta Apeldoorn, met als gevolg dat zij minder lang beroep doen op zorg en weer sneller participeren in de maatschappij.

Met behulp van literatuurgegevens is geschat hoe groot de omvang is van het aantal zorgtoewijzingen en hoe groot de groep patiënten is die in de hoogspecialistische zorg bij Scelta terecht komt. Dit is gedaan om te kijken of cijfers uit de literatuur overeenkomen met de cijfers uit de organisatie GGnet. Hierbij wordt gekeken naar wat hen kenmerkt in vergelijking met een groep die dat niet doet, in termen van de DSM-IV-TR op assen één, twee en vijf. Door te onderzoeken wat deze patiënten kenmerkt kunnen patiënten in de toekomst tijdens hun zorgtraject beter gevolgd worden door gebruik te maken van profielen. Deze profielen kunnen worden opgesteld met behulp van de indicatoren die in dit onderzoek gevonden zijn. Door grote veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en de specifieke vraag naar de omvang van de groep patiënten met PS binnen de organisatie GGnet is het niet goed mogelijk om alleen aan de hand van bestaande wetenschappelijke literatuur voorspellende waarden te vinden die een indicatie geven waarom patiënten in de hoogspecialistische zorg terecht komen.

Door gebruik te maken van de interne database van GGnet zijn gegevens verzameld die mogelijk een voorspellende waarde hebben voor een doorverwijzing naar hoogspecialistische zorg van Scelta. Door het vergelijken van een groep patiënten die niet is doorverwezen naar Scelta met een groep die dat wel is, is gekeken of er verschillen te vinden zijn in kenmerken in termen van de DSM-IV-TR op de startdiagnose van patiënten bij aanmelding bij GGnet. De gegevens van patiënten die zich tussen 1 januari 2014 en 1 juli 2014 hebben aangemeld bij GGnet en minimaal 1 PS op AS-II gediagnosticeerd hebben gekregen worden meegenomen in dit onderzoek, inclusief een follow up periode van 2 jaar om te onderzoeken welke patiënten binnen deze follow up bij Scelta Apeldoorn terecht komen.

Er zijn in totaal 1842 zorgtoewijzingen geweest aan patiënten met minimaal 1 PS als diagnose in de onderzochte periode. 1705 hiervan hebben plaatsgevonden bij overige locaties van GGnet tegenover 137 bij Scelta Apeldoorn. Het aantal zorgtoewijzingen voor het eerste half jaar komt neer op een totaal van 1000. Het aantal patiënten dat in diezelfde periode is aangemeld bedraagt 676, waarvan 624 patiënten binnen 2 jaar behandeld zijn op de overige locaties van GGnet en 52 patiënten bij Scelta Apeldoorn. Stoornissen in middelengebruik, eetstoornissen,

posttraumatische stress stoornissen en stoornissen uit het B-cluster van AS-II, evenals het vrouwelijke geslacht, een lagere leeftijd en meerdere stoornissen op AS-I en AS-II, een lagere GAF-score op AS-V, lijken goede indicatoren te zijn voor een doorverwijzing naar derdelijns zorg bij Scelta Apeldoorn. Er kan in vervolgonderzoek gekeken worden naar nadere verfijning van bovenstaande indicatoren en naar extra demografische kenmerken om zodoende profielen nog scherper te definiëren.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Inhoudsopgave.....	6
Verklarende woordenlijst	8
Hoofdstuk 1 – Inleiding.....	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Onderzoeksvraag.....	12
1.3 Doelstelling onderzoek.....	13
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader.....	14
2.1 Definitie persoonlijkheidsstoornissen	14
2.2 Ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen	14
2.3 Prevalentie persoonlijkheidsstoornissen	15
2.3.1 Zorgtoewijzingen voor persoonlijkheidsstoornissen in Nederland.....	15
2.4 Demografische gegevens PS.....	16
2.6 Ernstige pathologie.....	17
Hoofdstuk 3 – Onderzoeksmethode	19
3.1 Onderzoeksmethode.....	19
3.2 Onderzoeksdoelgroep	19
3.3 Dataverzameling.....	19
3.4 Procedure	20
3.5 Analyses.....	21
3.6 Ethische aspecten.....	22
Hoofdstuk 4 – Onderzoeksresultaten	23
4.1 Uitvoering van het onderzoek.....	23
4.2 Resultaten met betrekking tot de omvang patiëntengroep met een persoonlijkheidsstoornis	23
4.3 Resultaten met betrekking tot demografische gegevens	24
4.4 Resultaten verschil AS-I stoornissen	25
4.5 Resultaten AS-II stoornissen.....	27
Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen	29
5.1 Conclusie	29
5.2 Discussie	30
5.3 Praktische aanbevelingen.....	33

Bijlagen.....	34
Bijlage 1 – Toelichting deelvragen.....	34
Bijlage 2 – Conceptueel model.....	36
Bijlage 3 - Hypothesen bij deelvragen.....	37
Bijlage 4 – Intakeprocedure Scelta.....	39
Bijlage 5 - Formulier eerste selectieprocedure aanmelding	40
Bijlage 6 Eigen werkverklaring.....	41
Literatuurlijst	42

Verklarende woordenlijst

Eerstelijnszorg:	Reguliere zorg waar zonder verwijzing gebruik van kan worden gemaakt. Huisarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker.
Tweedelijnszorg:	Specialistische zorg waar zonder doorverwijzing geen gebruik van gemaakt kan worden.
Derdelijnszorg:	Hoogspecialistische zorg waar zonder doorverwijzing geen gebruik van gemaakt kan worden. Dit betreft veelal klinisch opname.
Drop-out:	Een patiënt die zijn toegewezen behandeling niet afrondt. Hiervoor kunnen verschillende oorzaken te vinden zijn.
Stepped-care-model:	Patiënten ontvangen geen zwaardere zorg dan strikt noodzakelijk is.
Kosteneffectiviteit:	Wanneer er sprake is van interventies die niet (of weinig) verschillen in termen van werkzaamheid of klinische effectiviteit, terwijl wel verschillen in kosten worden verwacht of geconstateerd.
Zorgtraject:	Een zorgtraject is een traject met daarin verschillende zorgtoewijzingen voor een patiënt gedurende zijn behandeling.
Zorgtoewijzing:	Een zorgtoewijzing is een toekenning van zorg binnen een zorgtraject. Deze toewijzing kan resulteren in verschillende DBC's.

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding en het doel van het onderzoek beschreven. Hier wordt ingegaan op de vraag van de opdrachtgever en wordt onderbouwd wat de relevantie is om antwoord te vinden op deze vraag. Er wordt een hoofdvraag en deelvragen opgesteld om antwoord te vinden op de vraag.

1.1 Aanleiding

De Nederlandse zorgstaat is kostbaar en één van de duurste van heel Europa (Koen, 2016). De uitgave voor de zorg in Nederland voor het jaar 2014 was 94,5 miljard euro volgens het Centraal Bureau voor Statistiek (2016). Dat is gemiddeld 5169 euro per hoofd van de bevolking en maakt dat Nederland op de 7e plaats staat van de lijst van zorgkosten in vergelijking met andere EU-landen.

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is vanaf 2012 aan het bezuinigen met als doel om de kosten te verlagen en geld efficiënter te besteden. Ook de GGZ-zorgorganisatie GGnet is actief bezig met bezuinigen. Dit wordt onder andere gerealiseerd door klinische opnames voor patiënten zoveel mogelijk te voorkomen. De kosten voor klinische opnames zijn vele malen hoger dan een behandeling in ambulante setting (Trimbosinstituut, 2015). Door patiënten langer ambulant te begeleiden kan er op korte termijn veel geld worden bespaard. Dit zegt echter niets over of de zorg passend is voor de patiënt met ernstige problematiek die hoogspecialistische zorg nodig heeft.

De bezuinigingen op klinische opnames treffen de derdelijns instellingen binnen GGnet. Eén van deze instellingen is het expertisecentrum voor PS, Scelta te Apeldoorn. Scelta is een derdelijns GGZ-instelling en is een aftakking van de overkoepelende organisatie GGnet (GGnet.nl). Werknemers van de organisatie zijn van mening dat bezuinigen op het aantal bedden en het vasthouden aan het verscherpte stepped-care-model slecht is voor de behandeluitkomsten van een groep patiënten met een PS die hoogspecialistische hulp nodig heeft.

Het ambulant behandelen van deze groep patiënten volgens het stepped-care-model kost volgens Scelta in sommige gevallen uiteindelijk meer geld dan een snelle doorverwijzing naar hogere lijnen van zorg. Omdat de therapieën in de lagere lijnen niet altijd voldoende resultaten opleveren bij ernstige problematiek, gaat dit ten koste van de kwaliteit van zorg verlenen. Patiënten krijgen pas na jaren de zorg in de derde lijn die ze nodig hebben en lopen in die tijd het risico uit te vallen tijdens hun zorgtraject vanwege onvoldoende resultaat, kosten die een behandeling met zich meebrengt en de lange wachtlijsten voordat een behandeling gestart kan worden. Op langere termijn kunnen deze factoren zorgen voor hogere kosten voor de zorginstelling maar ook voor de maatschappij (Booij, Boesten & Fenema, 2017; Trimbosinstituut, 2014; Persoonlijke communicatie Chakhssi, 15 februari 2017). De medische-, justitiële- en werk-gerelateerde kosten van PS zijn namelijk hoog. Hier is naar schatting 3,6 tot 7 miljard euro per jaar mee gemoeid. Een snellere doorverwijzing kan de kwaliteit van een behandeling voor de patiënt verhogen en de organisatie en maatschappij geld besparen, mede omdat patiënten die in hun behandeling slagen, minder lang een beroep doen op het zorgstelsel en in de toekomst effectiever kunnen participeren in de maatschappij (Soeteman, Verheul & van Busschbach, 2008). De organisatie Scelta Apeldoorn pleit voor de mogelijkheid om patiënten van het stepped-care-model te ontdoen. Men wil

onderzoeken of er een mogelijkheid is om patiënten met PS die hoogspecialistische zorg behoeven beter te kunnen identificeren aan het begin van hun behandeltraject met als doel deze sneller door te verwijzen en een intakegesprek in te plannen. Het is daarnaast niet duidelijk hoeveel patiënten met een PS er bij GGnet in de tweede lijn en bij Scelta Apeldoorn in de derde lijn terecht komen (Persoonlijke communicatie Chakhssi, 15 februari 2017).

De doelstelling van het huidige onderzoek is: Het bepalen van patiëntkenmerken, zoals DSM-diagnose en demografische kenmerken, met een predicatieve waarde voor een doorverwijzing naar Scelta Apeldoorn in de derde lijn. Daarnaast wordt de omvang van deze groep patiënten met een PS onderzocht in termen van aantal zorgtoewijzingen en aantal patiënten. Scelta kan in de toekomst wellicht profielen opstellen, waarmee, bij de intakegesprekken aan het begin van het behandeltraject van een patiënt, sneller een keuze gemaakt kan worden voor doorverwijzing van een patiënt naar Scelta, om daar een intakeprocedure te starten.

Gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek kan deels antwoord geven op de vraag hoe groot de omvang van het aantal zorgtoewijzingen en de omvang van de patiëntengroep met een PS is, die vanuit de tweedelijns- in de derdelijns zorg terecht komt. De resultaten zijn echter niet representatief voor Scelta vanwege een aantal factoren.

Door bezuinigingen in de GGZ in Nederland hebben er veranderingen plaatsgevonden met als gevolg dat bestaande wetenschappelijke literatuur minder goed gebruikt kan worden voor het schatten van de huidige omvang van de zorgtoewijzingen en de omvang van de patiëntengroep met een PS in de GGZ.

- a. Zorgverzekeringen dragen bij aan veranderingen door aanpassingen in het eigen risico. Het eigen risico is in de laatste jaren gestegen (Vektis, 2016). Deze verandering heeft invloed op hoe snel en hoe lang mensen gebruik maken van zorg, omdat een steeds groter deel van de kosten van de zorg voor eigen rekening van de patiënt is. In een onderzoek van het landelijk platform GGZ is naar voren gekomen dat 17% van de 500 ondervraagde patiënten de behandeling staakte omdat deze de eigen bijdrage van het eigen risico niet meer kon betalen. 35% overwoog om een behandeling stop te zetten en bij 46% van de patiënten werd het advies voor opname in klinische setting niet opgevolgd vanwege de kosten, zo schrijft Effting in de Volkskrant (Effting, 2012).
- b. Uit de tabellen van het CBS kan geconstateerd worden dat het aantal behandelingen in klinische setting sterk vermindert in de afgelopen jaren (Trimbosinstituut, 2015). Het aantal klinische behandelingen is verminderd van 72.490 in 2011 naar 53.900 in 2012. Dit kan van invloed zijn op de bestaande cijfers over de omvang van het aantal zorgtoewijzingen en de omvang van de groep patiënten met PS in de derde lijn hoogspecialistische zorg in de GGZ in Nederland.
- c. De lange wachtlijsten die in de verschillende lijnen in de GGZ te vinden zijn kunnen problemen opleveren in het volgen van een behandeling. Door het verhoogde eigen risico en de lange wachttijden kan de zorg voor mensen minder toegankelijk zijn geworden in de laatste jaren.

Elk jaar dienen mensen eerst hun eigen risico te benutten voordat een behandeling door de zorgverzekeraar wordt vergoed. Mogelijk spelen deze wachtlijsten en eigen kosten een rol bij de omvang van patiëntengroepen met PS in de drie lijnen in de GGZ. Het werkelijke aantal patiënten

dat bij Scelta Apeldoorn terecht komt kan hierdoor verschillen van aantallen op basis van gegevens in bestaande literatuur.

- d. Bezuinigingen bij GGnet zijn ook een factor voor een veranderende omvang van de patiëntengroep die bij hen wordt aangemeld en behandeld. GGnet bezuinigt de laatste tien jaar onder andere op het aantal bedden en investeert dit geld in verbetering van de tweedelijns zorg, waarbij doorverwijzing naar hoogspecialistische zorg met klinische opname zo veel mogelijk voorkomen dient te worden. Hierdoor lijkt de verwachting dat er minder mensen doorstromen naar Scelta. In de afgelopen tien jaar is de duur van een klinische opname van twee jaar stapsgewijs verkort naar maximaal zes maanden. Dit zorgt uiteindelijk toch voor een grotere doorstroom naar de derde lijn (Persoonlijke communicatie, Yolanda Huijsmans - van Voorthuizen, 9 mei 2017). In welke mate deze twee geleidelijke veranderingen invloed hebben op elkaar en op het aantal patiënten bij Scelta is met de huidige literatuur niet te beantwoorden.
- e. De resultaten die in de literatuur zijn beschreven zijn afkomstig uit verschillende organisaties. Deze resultaten zeggen weinig over hoe de patiëntengroep zich bij Scelta verhoudt met de tweedelijns groepen binnen GGnet.

In de literatuur wordt beschreven welke factoren een ongunstig beloop van een behandeling voorspellen. De combinatie van AS-I en AS-II problematiek, leeftijd, opleidingsniveau en sociaaleconomische status zijn hier voorbeelden van (Cornelissen, Poppe & Ouwens, 2010; Karterud et al., 2003; Richmond, 1992).

In sommige gevallen betekent dit dat deze groep patiënten intensievere zorg behoeft om voldoende resultaat uit een behandeling te kunnen krijgen. De resultaten van het wetenschappelijke onderzoek zijn onvoldoende bruikbaar voor Scelta vanwege een aantal factoren:

- a. Scelta maakte tot november 2016 alleen gebruik van het klinisch oordeel van een professional om te bepalen of een patiënt met een PS die is vastgelopen in zijn behandeling in de tweede lijn, bij Scelta werd toegelaten. Patiënten die naar Scelta doorverwezen werden, konden echter geweigerd worden vanwege een ernstige verslaving of ernstige eetstoornis die klinische opname vereisen, of als de algehele problematiek in ogen van Scelta te klein was. Patiënten werd in zo'n geval geadviseerd om bij een andere specialistische of hoogspecialistische tak hulp te gaan zoeken, omdat Scelta alleen hooggespecialiseerd is in de behandeling van PS en traumaverwerking. De patiënten die een verslaving of eetstoornis hadden, werden echter niet altijd geweigerd. De ernst van de stoornis, motivatie en het levensverhaal van de patiënt hadden ook invloed op de uitkomsten van een intakeprocedure.

Patiënten met een antisociale PS of patiënten met een laag IQ werden niet toegelaten bij Scelta.

Er is een mogelijkheid dat dit klinisch oordeel ervoor gezorgd heeft dat er niet altijd consistente uitkomsten zijn zoals op basis van de huidige literatuur verwacht mag worden. Het maken van een betrouwbare schatting over de omvang en type patiëntenpopulatie die bij Scelta instroomt is daarom niet goed mogelijk.

In bijlage 4 wordt het huidige beleid van Scelta in stappen weergegeven. In bijlage 5 staat een screeningslijst die als eerste wordt afgenomen bij een intakegesprek. Later in het proces volgen de

Telescreen en de The Borderline Personality Disorder Index (BPDSI) om eveneens te bepalen of aangemelde patiënten bij Scelta kunnen worden toegelaten voor een behandeling. Het doel hiervan is om problematiek van patiënten beter in kaart te brengen en om deze patiënten passende zorg toe te wijzen via een wetenschappelijk onderbouwde methode (Persoonlijke communicatie, Yolanda Huijsmans - van Voorthuizen, 9 mei 2017; persoonlijke communicatie, Monique Zoet, 12 september 2017).

- b. Er is weinig literatuur over de specifieke doelgroep met ernstige persoonlijkheidsproblematiek die in de derde lijn zorg terecht komt in Nederland. Het is daarom lastig te bepalen wat de groep patiënten die bij Scelta terecht komt kenmerkt in termen van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

In verband met veranderingen in de zorg in Nederland en uiteenlopende data in de literatuur is het voor Scelta noodzakelijk om zelf onderzoek te doen naar de omvang van de groep patiënten met een PS die recent via GGnet bij hen terecht is gekomen.

1.2 Onderzoeksvraag

De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd:

"Wat onderscheidt de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die in de derdelijns zorg van Scelta Apeldoorn behandeld worden van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die in de tweedelijns zorg binnen GGnet behandeld worden in termen van DSM-IV-TR-diagnoses, leeftijd, geslacht en niveau van functioneren?"

De deelvragen zijn als volgt geformuleerd:

Deelvraag 1

Wat is de omvang van het aantal zorgtoewijzingen en groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen GGnet en welk deel wordt bij Scelta behandeld?

Deelvraag 2

Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet worden behandeld en patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van demografische gegevens als leeftijd en geslacht?

Deelvraag 3

Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet worden behandeld ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van AS-I stoornissen?

Deelvraag 4

Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet worden behandeld ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van AS-II stoornissen?

Deelvraag 5

Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet worden behandeld ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden op de schaal van AS-V?

1.3 Doelstelling onderzoek

GGnet is een organisatie in de GGZ die op verschillende locaties in Nederland is gevestigd. GGnet is voornamelijk actief in de provincies Overijssel en Gelderland.

GGnet behandelt en begeleidt patiënten in de tweedelijns GGZ en de derdelijns GGZ. De problematiek die GGnet behandelt is zeer breed. Zo behandelt men problemen die vallen onder klinische stoornissen (AS-I) en PS (AS-II). Dit aanbod van zorg is voor jongeren, volwassenen en ouderen.

Naast de behandeling van de patiënten wordt ook aandacht besteed aan de omgeving van deze patiënten. Dit kunnen de partner, kinderen, broertjes/zusjes van patiënten zijn. GGnet zet zich ook in voor preventie in de vorm van trainingen, voorlichtingen en cursussen.

Een onderdeel van GGnet is Scelta Apeldoorn. Bij Scelta Apeldoorn is een sterke specialisatie in het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek aanwezig. Dit is een derdelijns (deels) klinische setting waarbij patiënten langdurig opgenomen zijn of dagdelen meedoen met behandelingen, zodat de intensieve zorg die zij nodig hebben aangeboden kan worden. Patiënten worden aan de hand van hun problematiek ingedeeld in één van de drie zorgprogramma's die Scelta Apeldoorn aanbiedt:

Programma 1: klinische opname die voornamelijk gericht is op patiënten die vreemde, excentrieke of emotionele en impulsieve gedragskenmerken vertonen.

Programma 2: klinische opname die voornamelijk gericht is op patiënten die angstige gedragskenmerken vertonen.

Deeltijdprogramma: Een programma dat gericht is op patiënten die minder intensievere zorg nodig hebben, omdat deze in de slotfase van hun behandeling zitten of op een andere locatie klinisch zijn opgenomen voor behandeling (GGnet, 2011).

Het uitvoeren van het huidige onderzoek is van belang omdat er blijkbaar een groep mensen is met problematiek waarvoor reguliere behandeling niet effectief is. Deze groep patiënten komt uiteindelijk terecht in hoogspecialistische zorg. Scelta wilt in kaart brengen welke groep patiënten met een PS sneller doorverwezen kan worden naar hoogspecialistische zorg.

Voor Scelta is niet duidelijk hoe groot de groep is die vanuit GGnet bij hen terecht komt en welke kenmerken deze groep heeft in termen van DSM-IV-TR -stoornissen op AS-I, AS-II en AS-V (American Psychiatric Association 2000). Scelta wilt door middel van dit huidige onderzoek antwoord krijgen op deze vraag (Persoonlijke communicatie, Yolanda Huijsmans - van Voorthuizen, 9 mei 2017).

De doelstellingen van dit onderzoek zijn:

- 1: Het definiëren van kenmerken van twee groepen patiënten met een PS op AS-I, AS-II en AS-V, leeftijd en geslacht. De twee groepen zijn: de groep patiënten met een PS die in de tweede lijn behandeld wordt en de groep patiënten met een PS die in de derde lijn bij Scelta Apeldoorn behandeld wordt.
- 2: Het schatten van de omvang van deze twee groepen in aantal zorgtoewijzingen en het aantal patiënten.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader besproken. Hierin wordt aandacht besteed aan de definitie van PS, factoren die bijdragen aan het ontstaan ervan en de omvang van het aantal zorgtoewijzingen en de omvang van de patiëntengroep binnen de GGZ in Nederland. In hoofdstuk 2 wordt ook aandacht besteed aan begrippen en constructen van het onderzoek.

2.1 Definitie persoonlijkheidsstoornissen

PS zijn een langdurig patroon van gedachten, gedragingen en gevoelens die buiten de verwachtingen van een cultuur vallen. Dit vindt plaats op de volgende gebieden: cognities, affecten, sociaal functioneren en impulsbeheersing. Een belangrijk aspect van deze AS-II diagnose is dat de gedragingen in een vast patroon en voor een langere tijd aanwezig zijn en deze aanzienlijk significant lijden veroorzaken op terreinen als sociaal- en beroepsmatig functioneren (American Psychiatric Association, 2000).

PS zijn veel voorkomende psychiatrische stoornissen. Er zijn in totaal tien PS die onder te verdelen zijn in drie clusters op AS-II volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

In het A-cluster behoren personen die vreemde en excentrieke gedragskenmerken vertonen. Stoornissen die daarbij horen zijn paranoïde, schizoïde en schizotypische PS. In het B-cluster behoren personen die extraverte, dramatische, emotionele en impulsieve gedragskenmerken vertonen. Tot dit cluster behoren theatrale, borderline, narcistische en antisociale PS. In het C-cluster behoren personen die angstige gedragskenmerken vertonen. Tot dit cluster behoren de afhankelijke, ontwijkende en obsessief-compulsieve PS. Een PS 'Niet Anders Omschreven' (NAO) wordt gesteld op het moment dat er één trek minder aanwezig is volgens de criteria voor het stellen van een PS (American Psychiatric Association, 2000).

2.2 Ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen

In het handboek van Eurlings-Bontekoe et al. (2009) wordt beschreven dat PS voortkomen uit een wisselwerking tussen nature en nurture volgens het biopsychosociaal model. Een interactie tussen biologische factoren; genen en hersenstructuren, en omgevingsfactoren; de psychosociale omgeving waar een kind in opgroeit. De aard van het ontstaan van een PS komt voort uit biologische factoren, maar de versterking komt voort uit omgevingsfactoren, die, met name in belangrijke vroege ontwikkelingsfasen, een grote invloed hebben op het kind en zijn brein (Byrd & Manuck, 2014; Capsi et al., 2002; Verheul & Brink, 1999)

Psychosociale factoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van PS kunnen in de vroege jeugd plaatsvinden. Ouders of verzorgers van het kind spelen hierbij een cruciale rol in de vormgeving van schema's en denkpatronen die een kind in zijn eerste levensjaren ontwikkeld.

Emotionele en gedragsmatige problemen in de kindertijd ten gevolge van ongerijpte schema's kunnen volgens Bernstein, Cohens, Stool, Bezirgianian en Brook (1996) bijdragen aan het ontwikkelen van een PS in de toekomst. In hun onderzoek zijn 641 willekeurig geselecteerde jongeren gedurende 10 jaar lang gemonitord. De jongeren die in het verleden te maken hadden met emotionele en gedragsmatige problemen, hadden tien jaar later significant vaker een PS gediagnosticeerd gekregen dan de groep die hier niet mee te maken had.

Een instabiele opgroei-omgeving voor het kind kan bijdragen aan veranderingen in hersenstructuren waardoor symptomen van een PS in de toekomst tot uiting kunnen komen. Dit kan voortkomen uit een scheiding, een ouder met psychopathologie, een onveilige hechtingsstijl tussen ouder en kind en het ontbreken van voldoende beschermende factoren (Helgeland & Torgerson, 2004).

Een instabiele opvoedingsomgeving kan op langer termijn chronische traumatische stress bij het kind veroorzaken, wat fysiologische reacties kan veroorzaken en structuren van de hersenen kan herstructureren, waardoor het vermogen van cognities, affecten, het sociaal functioneren en impulsbeheersing in negatieve zin kan veranderen. In de vroege jeugd, waarin het brein volop in ontwikkeling is, kan deze chronische traumatische stress een grote invloed hebben. Dit komt naar voren in een literatuurstudie waarin een overzicht van de stand van zaken rond genetica en neurobiologie van PS wordt beschreven (Luyn, Akhtar & Livesley, 2007). In deze studie blijkt dat door langdurige chronische stress onder andere het serotonerge systeem minder actief kan worden en de hypothalamus hyperactief kan worden, wat invloed kan hebben op het ontwikkelen van symptomen van een PS in de toekomst. Bij het type II trauma, waarbij langdurig traumatische stress aanwezig is, heeft dit een grotere invloed op de hersenen dan bij een enkelvoudige traumatische gebeurtenis, waarbij de traumatische stress meestal van korte duur is (Terr, 1991). Misbruik in de kindertijd is volgens Battle et al. (2004), Tryer, Casey en Ferguson (1991); en Tyrka, Wyche, Kelly, Prince en Carpenter (2009) een voorspeller voor het ontwikkelen van diverse klachten, waaronder het ontwikkelen van meerdere soorten PS.

2.3 Prevalentie persoonlijkheidsstoornissen

De prevalentie van PS in de algemene bevolking wordt op de site van Volksgezondheid en Zorg (Volksgezondheidszorg.info) geschat op een percentage tussen de 4,4 en 13,5% (de Jong 1999; Samuels, 2011; Paris, 2010). Dit percentage is tot stand gekomen door meerdere internationale studies naar de prevalentie van PS met elkaar te vergelijken. In een onderzoek van Torgersen et al. (2001) zijn 2053 mensen in de leeftijd van 18-65 jaar in de periode van 1994-1997 ondervraagd met behulp van het gestructureerde interview SIDP-R. 13,4% van de ondervraagde mensen had te maken met één of meerdere PS. In onderzoek van Jackson en Burgess (2000), waaraan 10.641 inwoners van Australië van boven de 18 jaar aan deelnamen, bleek 6,5% van de personen te lijden aan een PS. De respondenten van de interviews waren aan de hand van het Australisch Nationaal Survey of Mental Health and Wellbeing databestand geselecteerd. Dit onderzoek moest in kaart brengen of er een PS aanwezig zou zijn volgens de ICD-10 criteria (WHO, 2010). De prevalentie van PS in de algemene bevolking van Nederland wordt tussen de 10 en de 15% geschat (Soeteman, Verheul & van Busschbach, 2008; Verheul & Van den Brink, 1999). Een groot deel van de bevolking heeft te maken met 1 of meerdere PS. Een deel daarvan gaat in behandeling voor de bijbehorende klachten van deze stoornissen.

2.3.1 Zorgtoewijzingen voor persoonlijkheidsstoornissen in Nederland

Zorgtrajecten worden geregistreerd om alle uitgevoerde zorgactiviteiten in het kader van diagnostiek en behandeling voor een patiënt vast te leggen. Een patiënt kan meerdere zorgtoewijzingen per zorgtraject ontvangen waarin verschillende activiteiten zijn vastgelegd. In het jaarverslag van het Trimbosinstituut (2015) is

het aantal zorgtoewijzingen binnen de curatieve GGZ in Nederland uit 2011 beschreven. Er waren in totaal 1.064.920 zorgtoewijzingen binnen de curatieve GGZ waarvan 6,8% voor die van PS. Dit komt neer op 72.415 zorgtoewijzingen voor PS. Daarvan vonden 68.287 zorgtoewijzingen (94,3%) in een tweedelijns setting plaats. 4.128 zorgtoewijzingen (5,7%) vonden in een derdelijns klinische setting plaats. De verdeling man/vrouw in dit onderzoek is 64,71% (v) tegenover 35,29% (m).

Tabel 1: Het aantal klinische zorgtoewijzingen voor PS binnen GGnet en het aantal patiënten met een PS in een jaar

	Nederland 2011	%	GGnet 2011	%	GGnet 2014	%
Zorgtoewijzingen	1.064.920	100	36.949	100	27.271	100
	(968.109-1.014.210)*		(33.590 – 35.189)*		(24.792-25.972)*	
Zorgtoewijzingen voor patiënten met PS	72.415	6,8	4.358	11,8	3.957	14,5
	(65.832-68.967)*		(3.962-4.150)*		(3.597-3.769)*	
(2 ^e lijn GGZ)	68.287	94,3	4.110	94,3	3.731	94,3
	(62.079-65.035)*		(3.736-3.914)*		(3.392-3.553)*	
(3 ^e lijn GGZ)	4.128	5,7	248	5,7	225	5,7
	(3.753-3.932)*		(225-236)*		(205-214)*	

□ = Feitelijke aantallen volgens Trimbosinstituut en database GGnet

■ = Geschatte aantallen

* = Geschat aantal patiënten

In de database van GGnet zijn cijfers beschikbaar over het aantal zorgtoewijzingen. Daarbij is gekeken naar het totaal aantal zorgtoewijzingen en het totaal aantal zorgtoewijzingen voor PS uit 2011 en 2014. Het Trimbosinstituut heeft geen cijfers beschikbaar over het aantal zorgtoewijzingen uit 2014. Er is aan de hand van het landelijk overzicht uit 2011 een schatting gemaakt hoeveel zorgtoewijzingen voor PS bij GGnet zijn toegewezen in 2011 en 2014. Door een schatting te maken kan een hypothese opgesteld worden die kan worden getoetst. Er wordt op deze manier onderzocht of GGnet de bestaande cijfers van het Trimbosinstituut gebruikt kunnen worden bij een voorspelling van het aantal patiënten dat terecht komt bij Scelta Apeldoorn. De werkelijke getallen en de schattingen zijn weergegeven in tabel 1. Het Trimbosinstituut vermeldt bij deze cijfers dat het aantal zorgtoewijzingen 5-10% hoger ligt dan het aantal unieke patiënten. Het is opvallend dat GGnet in 2011 bijna 2x zoveel zorgtoewijzingen voor PS heeft gehad dan het landelijk gemiddelde.

2.4 Demografische gegevens PS

In de wetenschappelijke literatuur zijn gegevens over PS in termen van een aantal specifieke demografische gegevens gepubliceerd.

De diagnose schizoïde, paranoïde, antisociale, narcistische of obsessief-compulsieve PS komt vaker bij mannen voor. Vrouwen hebben vaker de diagnose theatrale, afhankelijke of vermijdende PS. Voor de

borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn de aantallen ongeveer gelijk volgens onderzoeken die zijn beschreven in het handboek van Eurlings-Bontekoe, Verheul en Snellen (2009).

In de studie van Jackson en Burgess (2000) bleek dat personen met een PS over het algemeen jonger waren, een alleenstaande woonsituatie hadden en vaker tot het mannelijke geslacht behoorden. Een BPS komt vaker voor bij mensen die jong, alleenstaand, gescheiden of weduwnaar zijn, tot een lagere inkomensklasse behoren en een laag educatieniveau hebben (Grant et al., 2004). Mensen worden, naarmate ze ouder worden, emotioneel stabiel en de mate van impulsiviteit neemt af. Dit kan verklaren waarom PS bij oudere bevolkingsgroepen minder vaak wordt gediagnosticeerd (Roberts, Walton & Viechtbauer, 2006; Liesveld, 2005).

2.6 Ernstige pathologie

In een brief naar de minister van Volksgezondheid, Mevr. Edith Schippers, waarin uitleg gegeven wordt over de structuur van de GGZ in Nederland, wordt duidelijk welke factoren bijdragen aan een doorverwijzing naar de derdelijns GGZ (Gezondheidsraad, 2014). Dit is te vergelijken met de somatische gezondheidszorg in Nederland. Volgens de Nederlandse Gezondheidsraad hebben patiënten die behandeld worden in de hoogspecialistische GGZ vaak:

- Hoge mate van ernst, complexiteit of comorbiditeit die in de eerste en tweede lijn zijn vastgesteld.
- Onvoldoende respons in de tweede lijn.
- Zeldzame combinaties/aandoeningen die extra zorg vereisen.
- Problematiek die extra kennis of interventies vereist.

De ernst en complexiteit van de problematiek zou een voorspeller kunnen zijn voor het doorverwijzen van patiënten naar hoogspecialistische zorg. Het Trimbosinstituut heeft in een onderzoek uit 2012 aangetoond dat de ernst van een psychische stoornis bepaalt of deze mensen vaker gebruik maken van intensievere zorg.

Hoe groter de ernst, hoe intensiever en gespecialiseerder de zorg wordt. De ernst kan onder andere bepaald worden door de hoeveelheid symptomen die een patiënt op AS-I en AS-II laat zien, de complexiteit van deze stoornissen, maar ook door de mate van belemmering in het dagelijks functioneren van de patiënt.

Het is bekend dat het hebben van PS veel invloed heeft op het krijgen van klachten die een relatie hebben met diagnoses op AS-I, kortom, PS komen vaak voor in comorbiditeit met klinische stoornissen op AS-I. In een studie van Richmond (1992) wordt vermeld dat cliënten met zowel een AS-I als een AS-II stoornis vaker uitvallen in de zorg dan cliënten met alleen een AS-I of alleen een AS-II stoornis. Ook in het onderzoek van Cornelissen et al. (2003) wordt verklaard dat een AS-I-stoornis in combinatie met een AS-II stoornis een belangrijke voorspeller kan zijn voor het niet slagen van een behandeling. Meerdere stoornissen op AS-I en op AS-II zorgen voor een grote complexiteit en ernst, wat zorgt voor een slechte prognose voor de behandeling. Deze comorbiditeit zal naar verwachting een negatieve invloed hebben op de behandeluitkomsten voor patiënten met een PS (Palomares et al., 2016). Deze patiënten hebben een aandoening die extra zorg vereist met wellicht specifiekere kennis met behandelen van deze problematiek (Kool & Sijben, 1989).

Het ontwikkelen van meerdere symptomen van een PS zorgt voor een grotere ernst en complexiteit van de problematiek van de patiënt op het gebied van AS-II. Mishandeling in de kindertijd wordt benoemd als een

voorspeller voor het krijgen van meerdere symptomen van PS (Tyrka, Wyche, Kelly, Prince & Carpenter, 2009). De vroegkinderlijke chronische traumatische stress die mishandeling oplevert, heeft naast een grote samenhang met de ontwikkeling van PS ook een grote samenhang met de ontwikkeling van andere psychiatrische stoornissen, zoals angststoornissen, depressie, eetstoornissen, middelenmisbruik, zelfdestructieve gedragingen, seksuele promiscuïteit en somatisatie (Cornelissen et al., 2003; Karterud et al., 2003; Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996; Langeland, Draijer & Brink van den, 2004). In het A-cluster komt een PS vaker in comorbiditeit met angststoornissen voor. In het B-cluster komt een PS vaker in comorbiditeit met stemmings- en angststoornissen voor. In het B-cluster komt een PS vaker in combinatie met een stemmingsstoornis voor (Eurlings-Bontekoe, 2009; Feenstra, Busschbach, Verheul & Hutsebaut, 2011). Zanarini et al. (1998) vult aan dat patiënten uit het B-cluster, gespecificeerd een BPS, vaak comorbiditeit op AS-I laten zien. Dit betreft in de meeste gevallen één of meerdere van de volgende stoornissen: middelenmisbruik, angststoornissen (PTSS), stemmingsstoornissen en eetstoornissen.

De ernst kan, naast de hoeveelheid symptomen die worden gediagnosticeerd volgens DSM-IV-TR-diagnoses, ook aangegeven worden met de GAF-scores op AS-V. Hierin wordt het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren beoordeeld, waarbij een lagere score op deze AS, een slechter algemeen functioneren van de patiënt laat zien (American Psychiatric Association, 2000). Dit kan een indicatie zijn voor het behoeven van zwaardere intensieve zorg.

Omdat er zo veel verschillen bestaan tussen mensen met PS, is het moeilijk om algemene uitspraken te doen over de prognose ervan. Sommige factoren lijken de prognose positief te beïnvloeden, zoals een hoger IQ, een goed netwerk van familie en vrienden, minder heftige symptomen en motivatie. Maar ook hiervoor geldt: ieder persoon is uniek en heeft zijn eigen levensverhaal waar de behandeling op moet aansluiten, vandaar dat de selectieprocedure bij Scelta aanwezig is. Het is dus nooit met zekerheid te zeggen of een patiënt met een bepaald profiel van stoornissen en ernst van problematiek altijd in hogere lijnen van zorg terecht komt.

De ernst van de persoonlijkheidspathologie wordt door de complexiteit ervan bepaald en is een voorbode op behoefte naar intensievere zorg binnen de GGZ. Naast dat PS op zichzelf staand al complexe stoornissen zijn, wordt de complexiteit ook beïnvloed door comorbiditeit op AS-I en AS-II. Ook het aantal symptomen die een persoon laat zien op deze assen dragen bij aan de complexiteit. AS-V toont ernst op sociaal en beroepsmatig niveau. Overige factoren zoals foutieve diagnostiek of onvoldoende therapietrouwheid kunnen ook bijdragen aan doorverwijzingen naar intensievere zorg. De hypothesen die zijn opgesteld bij de deelvragen en het conceptueel model dat ontworpen is aan de hand van hoofdstuk 2 zijn weergegeven in bijlage 1 en 2.

Hoofdstuk 3 – Onderzoeksmethode

In hoofdstuk drie worden de onderzoeksdoelgroep, onderzoeksinstrument, procedures en ethische aspecten besproken.

3.1 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij gebruik wordt gemaakt van deskresearch/bureauonderzoek (Verhoeven, 2011). Aan de hand van literatuur is er een schatting gemaakt van variabelen die wellicht van belang zijn waarom patiënten in de derde lijn van Scelta Apeldoorn terecht komen. Er wordt voor dit onderzoek gebruik gemaakt van de interne database van GGnet om de onderzoeksvraag met de bijbehorende deelvragen te kunnen beantwoorden. De keus voor het gebruik van deze methode is omdat dit één van de efficiëntste manieren is om antwoord te geven op de hoofdvraag. Het is een relatief gemakkelijke methode om veel informatie te verzamelen over een grote groep patiënten. Daarnaast is het gebruik van deze onderzoeksmethode laag in kosten, wat voordelig is voor de zorginstelling. DSM-IV-TR-kenmerken en demografische gegevens van patiënten zijn door behandelaren en medewerkers van de organisatie in elektronische patiëntendossiers verwerkt, waardoor de betrouwbaarheid en correctheid van deze gegevens hoog is. De gegevens bevatten vertrouwelijke informatie over patiënten en het is daarom van belang om hier tijdens het onderzoeksproces zeer secuur mee om te gaan.

3.2 Onderzoeksdoelgroep

De gegevens die verzameld worden zijn afkomstig van een doelgerichte selectieve steekproef. Deze beperkt zich tot patiënten die zich hebben aangemeld bij de organisatie GGnet in de periode van 01/01/14 – 01/07/2014 en minimaal 1 diagnose op AS-II bevatten. Deze patiënten zijn door een doorverwijzing van de huisarts (of op advies van de praktijk-ondersteunend hulpverlener) terecht gekomen bij GGnet. Het triageteam dient de klachten bij de aangemelde patiënt uit te vragen om een beslissing te kunnen nemen op welke locatie de patiënt het best behandeld kan worden. Op de toegewezen zorglocatie kan de patiënt behandeld worden.

Ook patiënten met een PS die bij de crisisdienst voor een korte periode zijn behandeld worden in dit onderzoek meegenomen.

Er wordt onderzocht hoe groot de omvang is van de groep patiënten die binnen twee jaar bij Scelta Apeldoorn behandeld wordt. Er wordt ook bepaald hoe groot het aantal zorgtoewijzingen is ten opzichte van het totaal aantal dat bij GGnet toegewezen wordt. De schatting van deze aantallen is weergegeven in tabel 1.

3.3 Dataverzameling

In het huidige onderzoek wordt data verzameld met behulp van een interne database van GGnet.

Dit is tevens het onderzoeksinstrument. Deze database is in het beheer van ICT-specialisten in dienst van GGnet. In de digitale database staat informatie van verschillende takken van GGnet met daarbij verschillende soorten gegevens. Eén van die soorten gegevens is de data van patiëntengegevens en hun behandeling.

Deze data is door behandelaren van GGnet, zoals psychiaters en (klinisch) psychologen, verwerkt.

Met behulp van een ICT-specialist is van tevoren gekeken welke gegevens beschikbaar zijn om verzameld te worden. Gegevens die mee zijn genomen zijn: alle zorgtoewijzingen van patiënten in de genoemde tijdsperiode met diagnoses volgens de DSM-IV-TR, zorglocatie en de demografische gegevens leeftijd en geslacht.

De gegevens worden door de specialist aangeleverd in een Excel-bestand. Dit bestand wordt verwerkt met behulp van het statistische programma Statistical Package For te Social Sciences 21 (SPSS), waarna overgegaan kan worden op de analyse-fase (IBM, 2012). In deze fase worden de constructen van het onderzoek geanalyseerd, namelijk omvang van het aantal zorgtoewijzingen en de omvang van de groep patiënten met een PS, zorglocatie, AS-I diagnose, AS-II diagnose, AS-V diagnose en demografische gegevens.

3.4 Procedure

Voor het bepalen van welke variabelen er in het onderzoek meegenomen zouden worden, is eerst wetenschappelijke literatuur bestudeerd waarin voorspellende factoren voor een slecht verloop van een behandeling voor PS zijn beschreven. Daarbij is gekeken naar diagnoses op de assen van de DSM-IV-TR en demografische gegevens van patiënten met PS in de verschillende lijnen van zorg.

In samenwerking met een ICT-specialist en de hoofdonderzoeker van Scelta Apeldoorn is gekeken of de variabelen die in de literatuur vermeld worden ook verzameld konden worden vanuit de digitale database van GGnet waarin al hun patiëntendossiers en andere nodige informatie is opgeslagen. Hierbij heeft de hoofdonderzoeker aangegeven welke variabelen er minimaal meegenomen dienden te worden. Dit betreft variabelen op in ieder geval AS-I, AS-II van de DSM-IV-TR.

De ICT-specialist heeft bepaald of informatie over de variabelen beschikbaar was. Geconcludeerd is dat niet alle informatie met betrekking tot de variabelen volledig tot beschikking was in de digitale database van GGnet of dat het onttrekken van deze informatie een niet te verantwoorden hoeveelheid tijd zou kosten. Sommige variabelen ontbraken of waren onvolledige ingevuld in de patiëntendossiers, waardoor deze niet bruikbaar zouden zijn voor het huidige onderzoek. Ook variabelen die door middel van Routine Outcome Monitor (ROM) metingen verkregen worden waren niet volledig, omdat niet elke instelling van GGnet dezelfde ROM-meting heeft. Deze onvolledige variabelen zijn in opdracht van de hoofdonderzoeker uit het onderzoek weggelaten. Het betreft de variabelen in de categorie opleiding, inkomensklasse, inkomensbron, etniciteit, IQ en diagnoses op AS-III en AS-IV.

De overgebleven variabelen zijn: diagnoses op AS-I, AS-II, AS-V en de demografische gegevens geslacht en leeftijd. Na toestemming van de hoofdonderzoeker van Scelta Apeldoorn is aan de ICT-specialist opdracht gegeven om de gegevens op te vragen. De toestemming is van belang om de privacy te beschermen van de groep patiënten waar gegevens over worden verzameld. Op deze manier is er controle geweest op welke gegevens opgevraagd worden aan de hand van een goedgekeurd onderzoeksplan. Zo wordt voorkomen dat er onterecht meer privacygevoelige informatie opgevraagd wordt dan nodig is voor het huidige onderzoek en is duidelijk op welke informatie vanuit de organisatie toezicht gehouden moet worden. De gegevens worden in een Excel-bestand aangeleverd en vervolgens eigenhandig ingevoerd in het softwareprogramma SPSS.

3.5 Analyses

Er zal in het kort worden beschreven welke analyses uitgevoerd gaan worden om de opgestelde hypothesen (bijlage 3) te kunnen toetsen. Per hypothese worden de criteria aangegeven wanneer de nulhypothese of de alternatieve hypothese wordt aangenomen.

Patiënten en zorgtoewijzingen

Het uiteindelijke SPSS-bestand bevat gegevens van patiënten met een PS die in de genoemde tijdsperiode bij GGnet zijn aangemeld en een zorgtoewijzing hebben gekregen. In een follow-up-periode van 2 jaar zijn alle zorgtoewijzingen bijgehouden met de daarbij horende zorglocatie en diagnoses. Op deze manier kan worden gekeken hoeveel zorgtoewijzingen er bij GGnet gedaan zijn en hoeveel er bij Scelta Apeldoorn gedaan zijn. Door de zorglocatie van deze zorgtoewijzingen te analyseren kan bepaald worden welke patiënten uiteindelijk bij Scelta Apeldoorn terecht komen en welke bij de overige locaties van GGnet behandeld blijven. Door het aantal unieke patiëntnummers te analyseren is er informatie over het aantal unieke patiënten in de dataset. Er kan in een frequentietabel een overzicht worden gemaakt van het aantal patiënten dat bij GGnet behandeld blijft en het aantal dat bij Scelta Apeldoorn wordt behandeld.

Hiermee worden hypothese 1, 2, 3 en 4 getoetst.

Geslacht

Door het gebruik van de Chi-kwadraattoets wordt geanalyseerd of er in verhouding meer mannen dan vrouwen op zorglocatie Scelta Apeldoorn behandeld worden ten opzichte van overige zorglocaties van GGnet. Hiermee wordt hypothese 5 getoetst. De nulhypothese wordt aangenomen als $p < 0,05$.

Leeftijd

Voor de leeftijd wordt de leeftijd gehanteerd op het moment van de eerste zorgtoewijzing.

Door de gemiddelde leeftijd van beide groepen (1=patiënten die bij GGnet behandeld blijven, 2= patiënten die bij Scelta Apeldoorn behandeld worden) met elkaar te vergelijken, wordt onderzocht of een verschil in leeftijd te vinden is. De T-toets met twee onafhankelijke variabelen wordt gebruikt om te analyseren of de gemiddelde leeftijd van patiënten die bij GGnet behandeld worden significant hoger is dan de gemiddelde leeftijd van de patiënten die bij Scelta Apeldoorn behandeld worden. Hiermee wordt hypothese 6 getoetst. De nulhypothese van hypothese 6 wordt aangenomen als $p < 0,05$.

Stoornissen van DSM-IV-TR

Voor de analyses van variabelen met betrekking tot de AS-I, AS-II en AS-V wordt alleen gebruik gemaakt van de diagnoses van de eerste zorgtoewijzing.

Om antwoord te geven op de deelvragen zullen de klinische stoornissen verwerkt worden in nieuwe variabelen waarmee analyses uitgevoerd kunnen worden: afhankelijkheidsstoornissen, eetstoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen. Omdat Scelta gespecialiseerd is in het behandelen van PTSS en hier veel patiënten voor in behandeling heeft, wordt hiervoor een aparte variabele aangemaakt.

1. Door de twee verschillende groepen te vergelijken op de variabele met klinische stoornissen uit de categorieën afhankelijkheidsstoornissen, eetstoornissen, angststoornissen, stemmingsstoornissen, wordt er gekeken of er een verschil te vinden is tussen categorie stoornis en zorglocatie. Door het gebruik van de Chi-kwadraattoets wordt geanalyseerd of er per categorie stoornissen in verhouding meer bij zorglocatie Scelta Apeldoorn behandeld worden ten opzichte van overige zorglocaties van GGnet. Hiermee worden hypothesen 7, 8, 9, 10 en 11 getoetst. De nulhypothesen van deze hypothesen worden aangenomen als $p < 0,05$.
2. De PS van AS-II zullen verwerkt worden in de drie verschillende clusters A, B en C volgens de DSM-IV-TR. Voor elk cluster wordt een nieuwe variabele gemaakt. De twee groepen worden met elkaar vergeleken op basis van deze 3 clusters. Door het gebruik van de Chi-kwadraattoets wordt geanalyseerd of er per cluster in verhouding meer bij zorglocatie Scelta Apeldoorn behandeld wordt ten opzichte van overige zorglocaties van GGnet. Hiermee worden hypothesen 13, 14 en 15 getoetst. De nulhypothesen van deze hypothesen worden aangenomen als $p < 0,05$.
3. Er wordt een nieuwe variabele aangemaakt voor het aantal stoornissen op AS-I en voor het aantal stoornissen op AS-II. Per patiënt wordt er gekeken hoeveel stoornissen zij op AS-I en op AS-II gediagnosticeerd hebben gekregen. Door beide variabelen te vergelijken met de twee groepen onderling, kan er gekeken worden of er bij Scelta Apeldoorn vaker patiënten met meerdere stoornissen op AS-I en AS-II terecht komen in vergelijking met andere zorglocaties van GGnet. Het verschil tussen de onafhankelijke variabelen wordt onderzocht door middel van de Mann-Whitney test. Hiermee worden hypothesen 12 en 16 getoetst. De H1 van deze hypothesen wordt aangenomen als $p < 0,05$.
4. Door de gemiddelde GAF-scores van elke groep met elkaar te vergelijken kan er antwoord worden gegeven op hypothese 17. Het verschil tussen de onafhankelijke variabelen wordt onderzocht door middel van de Mann-Whitney test. Hiermee wordt hypothese 17 getoetst. De nulhypothese van deze hypothese wordt aangenomen als $p < 0,05$.

3.6 Ethische aspecten

Omdat gewerkt wordt met vertrouwelijke informatie van een grote groep patiënten van GGnet, is het van belang om zorgvuldig met de gegevens om te gaan. Het is belangrijk dat informatie zorgvuldig opgeslagen wordt met een wachtwoord voor de documenten waarin de gegevens staan. Dit als voorzorgmaatregel tegen het inkijken van deze documenten door onbevoegden. De informatie in dit scriptieverslag mag openbaar worden gemaakt, omdat de informatie niet meer te koppelen is aan patiënten.

Hoofdstuk 4 – Onderzoeksresultaten

In hoofdstuk vier wordt een beschrijving van de uitvoering van het onderzoek weergegeven. Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en de hypothesen getoetst. Tot slot wordt aandacht besteed aan bijzonderheden die uit de resultaten naar voren gekomen zijn.

4.1 Uitvoering van het onderzoek

Door het ontbreken van gegevens in de database van GGnet, is het onderzoek beperkt gebleven in het aantal variabelen die zijn meegenomen in de analyses. Bij het opvragen van de data bij de ICT-specialist bleek in de eerste versie een verkeerde dataset samengesteld te zijn. Achteraf bleek dat de data verkeerd was aangeleverd vanwege verschillende soorten tijdsmomenten waarop bepaalde diagnoses waren ingevoerd in het systeem. Het gevolg was dat sommige zorgtoewijzingen meerdere malen in de dataset waren meegenomen. De ICT-specialist heeft nogmaals een dataset samengesteld waarbij rekening is gehouden met de verschillende tijdsmomenten. Er is uiteindelijk een dataset met 1.842 zorgtoewijzingen uitgekomen voor 676 patiënten voor de periode 01/01/2014 – 01/07/2014, met een follow up van twee jaar. Hiervan zijn 1.000 zorgtoewijzingen gestart in de periode 01/01/2014 – 01/07/2014.

4.2 Resultaten met betrekking tot de omvang patiëntengroep met een persoonlijkheidsstoornis

‘Wat is de omvang van het aantal zorgtoewijzingen en groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen GGnet en welk deel wordt bij Scelta behandeld?’

Van de in totaal 1842 zorgtoewijzingen zijn 1705 gedaan bij overige locaties van GGnet.

137 zijn gedaan op de locatie van Scelta Apeldoorn. Deze 137 zorgtoewijzingen zijn onder te verdelen in drie verschillende zorgprogramma's die Scelta Apeldoorn aanbiedt. Zorgprogramma 1 (42), zorgprogramma 2 (25) en deeltijdprogramma (70) (zie tabel 2).

Van de totaal 1000 zorgtoewijzingen van het eerste half jaar, zijn er 977 zorgtoewijzingen gedaan bij de overige locaties van GGnet. 23 zijn gedaan op de locatie van Scelta Apeldoorn. Zorgprogramma 1 (8), zorgprogramma 2 (10) en deeltijdprogramma (5) (zie tabel 3).

Door elk uniek patiëntnummer maar eenmalige mee te rekenen is het totaal aantal patiënten berekend. In de genoemde periode hebben 676 patiënten zich bij GGnet aangemeld. 624 patiënten zijn bij overige locaties van GGnet behandeld. 52 patiënten zijn bij Scelta Apeldoorn behandeld geweest binnen 2 jaar na de eerste zorgtoewijzing bij GGnet. De patiënten zijn onderverdeeld in drie verschillende zorgprogramma's die Scelta Apeldoorn aanbiedt. Zorgprogramma 1 (17), zorgprogramma 2 (9) en deeltijdprogramma (26) (zie tabel 4).

Tabel 2. *Overzicht van aantal zorgtoewijzingen met follow up periode*

Zorglocatie	Aantal zorgtoewijzingen	Percentage (%)
GGNet	1705	92,6
Scelta	137	7,4
Programma 1	42	2,3
Programma 2	25	1,6
Deeltijd	70	3,5
Totaal	1842	100

Tabel 3. *Overzicht van het aantal zorgtoewijzingen zonder follow up periode*

Zorglocatie	Aantal zorgtoewijzingen	Percentage (%)
GGnet	977	97,7
Scelta	23	2,3
Programma 1	8	0,8
Programma 2	10	1,0
Deeltijd	5	0,5
Totaal	1000	100

Tabel 4. *Overzicht van het aantal patiënten*

Zorglocatie	Aantal patiënten	Percentage (%)
GGnet	624	92,3
Scelta	52	7,7
Programma 1	17	2,5
Programma 2	9	1,3
Deeltijd	26	3,9
Totaal Scelta	676	100

4.3 Resultaten met betrekking tot demografische gegevens

‘Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet behandeld blijven en patiënten die bij Scelta terechtkomen in termen van demografische gegevens zoals leeftijd en geslacht?’

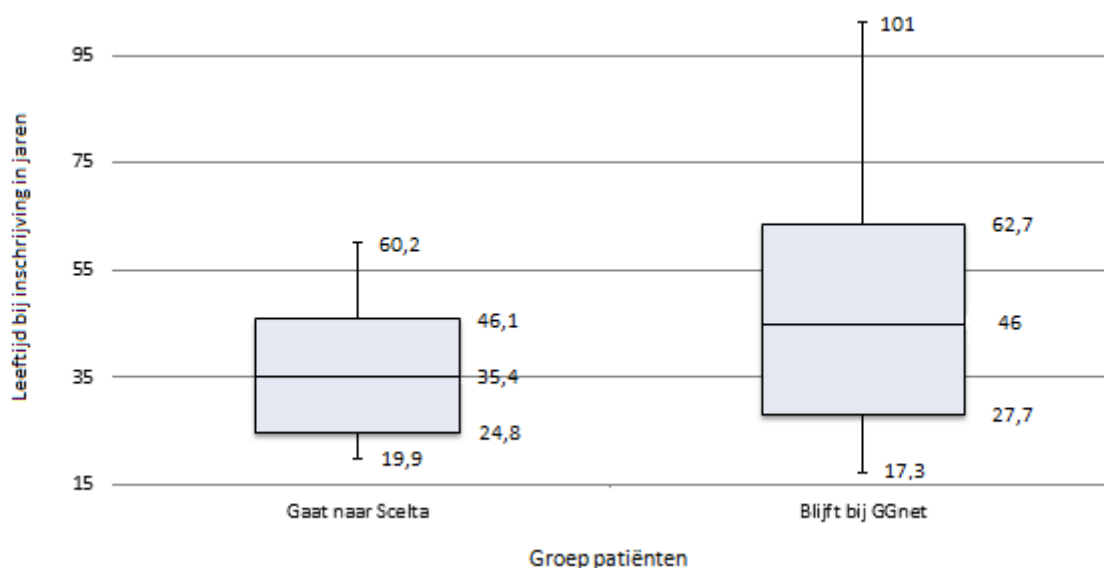
Door gebruik te maken van de Chi-kwadraattoets is geanalyseerd of er in verhouding meer mannen dan vrouwen op zorglocatie Scelta Apeldoorn behandeld worden ten opzichte van overige zorglocaties van GGnet.

Er blijkt dat er een verschil bestaat tussen mannen en vrouwen wat betreft hun zorglocatie. Vrouwen komen vaker bij Scelta Apeldoorn terecht dan mannen vergeleken met GGnet, zie tabel 5. Dit is een significant verschil. ($\chi^2 = 5,361$; df 1; $p=0,021$).

Tabel 5. *Geslacht per zorglocatie*

Uiteindelijke zorglocatie	Man		Vrouw	
	N	%	N	%
GGnet	205	95,8	419	90,7
Scelta	9	4,2	43	9,3
Totaal	214	100	462	100

De T-toets wordt gebruikt om te analyseren of de gemiddelde leeftijd van patiënten die bij GGnet behandeld worden significant hoger is dan de gemiddelde leeftijd van de patiënten die bij Scelta Apeldoorn behandeld worden. De analyse laat zien dat patiënten bij Scelta gemiddeld 35,4 jaar oud zijn bij hun eerste zorgtoewijzing binnen GGnet, met een spreiding 10,7 jaar. Hiermee zijn zij jonger dan patiënten die bij GGnet behandeld blijven. Van deze laatste groep is de leeftijd gemiddeld 46,0 jaar oud met een spreiding 17,8 jaar (zie figuur 1). Dit gevonden verschil is significant. ($t = -6,475$; $df = 77,108$; $p = 0,000$ bij tweezijdige toetsing).



Figuur 1. Leeftijd per zorglocatie

4.4 Resultaten verschil AS-I stoornissen

‘Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet behandeld blijven ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van AS-I stoornissen?’

De klinische stoornissen zijn verwerkt in een nieuwe variabele waar analyses op zijn uitgevoerd per categorie stoornis.

Middelenmisbruik/afhankelijkheid

Door gebruik van een kruistabel en het Chi-kwadraat is de analyse uitgevoerd. Het blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft hun diagnose op afhankelijkheid of misbruik van middelen. Patiënten met afhankelijkheid of misbruik van middelen komen significant vaker bij Scelta Apeldoorn terecht. ($\chi^2 = 4,545$; $df = 1$; $p = 0,033$).

PTSS

Door gebruik van een kruistabel en het Chi-kwadraat is de analyse uitgevoerd. Het blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft de aanwezigheid van de diagnose posttraumatische stress stoornis. Patiënten met PTSS komen significant vaker bij Scelta Apeldoorn terecht. ($\chi^2 = 15,674$; $df = 1$; $p = 0,000$).

Stemmingsstoornissen

Door gebruik van een kruistabel en het Chi-kwadraat is de analyse uitgevoerd. Het blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft de aanwezigheid van de diagnose van een stemmingsstoornis. Patiënten met een stemmingsstoornis komen niet sneller bij Scelta Apeldoorn terecht. ($\chi^2 = 0,528$; $df = 1$; $p = 0,467$).

Eetstoornissen

Door gebruik van een kruistabel en het Chi-kwadraat is de analyse uitgevoerd. Het blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft de aanwezigheid van de diagnose van een eetstoornis. Patiënten met een eetstoornis komen significant vaker bij Scelta Apeldoorn terecht. ($\chi^2 = 11,03$; $df = 1$; $p = 0,001$).

Angststoornis

Door gebruik van een kruistabel en het Chi-kwadraat is de analyse uitgevoerd. Het blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft de aanwezigheid van de diagnose van een angststoornis. Patiënten met een angststoornis komen significant niet vaker bij Scelta Apeldoorn terecht. ($\chi^2 = 3,550$; $df = 1$; $p = 0,060$).

Aantal AS-I stoornissen

Per patiënt wordt er gekeken hoeveel stoornissen zij op AS-I gediagnosticeerd hebben gekregen. Hier is een nieuwe variabele voor aangemaakt. Door de twee groepen patiënten te vergelijken op deze variabele, kan onderzocht worden of er bij Scelta Apeldoorn vaker patiënten met meerdere stoornissen op AS-I terecht komen in vergelijking met andere zorglocaties van GGnet.

Door gebruik te maken van een kruistabel is per aantal AS-I stoornissen het aantal patiënten berekend. Dit is weergegeven in tabel 6.

Tabel 6. *Aantal AS-I stoornissen per groep patiënten*

Aantallen op AS-I	Patiënten GGnet	Percentage (%)	Patiënten Scelta	Percentage (%)
0	3	0,5	0	0
1	385	61,7	22	42,3
2	152	24,4	18	34,6
3	60	9,6	9	17,3
4	19	3,0	3	5,8
5	4	0,6	0	0
6	1	0,2	0	0
Totaal	624	100,0	52	100,0

Voor het onderzoeken van het gemiddeld aantal stoornissen op AS-I wordt de Mann-Whitney Test gebruikt. Door deze test met beide groepen patiënten apart uit te voeren met de variabele waarin per patiënt het aantal stoornissen op AS-I is berekend, komen de volgende resultaten naar voren (tabel 7). Het blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta Apeldoorn voor wat betreft het aantal diagnoses die op AS-I gesteld zijn in de startdiagnose. Patiënten bij Scelta hebben vaker meer diagnoses op AS-I (gemiddelde Dit verschil is significant ($Z = -2,863$; $p = 0,004$).

Tabel 7. *Gemiddeld aantal stoornissen op as-I per groep patiënten*

	Gemiddeld aantal stoornissen op AS-I	Std. Deviatie	Aantal patiënten
GGnet	1,55	0,86	676
Scelta	1,87	0,98	52

4.5 Resultaten AS-II stoornissen

‘Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet behandeld blijven ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van AS-II stoornissen?’

De PS zijn verwerkt in nieuwe variabele waar per cluster analyses op zijn uitgevoerd.

A-cluster: Door gebruik van een kruistabel en het Chi-kwadraat is de analyse uitgevoerd. Het blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft het aantal stoornissen uit het A-cluster die in de startdiagnose gesteld is. Patiënten bij Scelta verschillen significant gezien niet ten opzichte van patiënten bij GGnet op een diagnose uit het A-cluster ($\chi^2 = 0,003$; $df = 1$; $p = 0,953$). Er dient hier te worden opgemerkt dat het aantal patiënten dat bij Scelta terecht komt slechts 2 is, waardoor deze analyse niet betrouwbaar/kloppend is.

B-cluster: Door gebruik van een kruistabel en het Chi-kwadraat is de analyse uitgevoerd. Het blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft het aantal stoornissen uit het B-cluster die in de startdiagnose gesteld is. Patiënten bij Scelta hebben vaker een diagnose op AS-II uit het B-cluster dan patiënten bij GGnet ($\chi^2 = 18,778$; $df = 1$; $p = 0,000$).

C-cluster: Door gebruik van een kruistabel en het Chi-kwadraat is de analyse uitgevoerd. Het blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft het aantal stoornissen uit het C-cluster die in de startdiagnose gesteld is. Patiënten bij Scelta verschillen significant gezien niet ten opzichte van patiënten bij GGnet op een diagnose uit het C-cluster ($\chi^2 = 1,782$; $df = 1$; $p = 0,182$).

Aantal AS-II stoornissen

Per patiënt wordt er gekeken hoeveel stoornissen zij op AS-II gediagnosticeerd hebben gekregen. Hier is een nieuwe variabele voor aangemaakt. Door de twee groepen patiënten te vergelijken op deze variabele, kan gekeken worden of er bij Scelta Apeldoorn vaker patiënten met meerdere stoornissen op AS-II terecht komen in vergelijking met andere zorglocaties van GGnet.

Het verschil tussen de onafhankelijke variabelen wordt onderzocht door middel van de Mann-Whitney test. Door gebruik te maken van een kruistabel is per aantal AS-II stoornissen het aantal patiënten berekend. Dit is weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. *Aantal AS-II stoornissen per groep patiënten*

Aantallen op AS-II	GGnet	Percentage (%)	Scelta	Percentage (%)
1	468	75	24	46,2
2	94	15,1	15	28,8
3	55	8,8	11	21,2
4	6	1,0	1	1,9
5	1	0,1	1	1,9
Totaal	624	100,0	52	100,0

Voor het onderzoeken van het gemiddeld aantal stoornissen op AS-II wordt de Mann-Whitney Test gebruikt. Door deze test per groep apart uit te voeren met de variabele, wordt het aantal stoornissen per patiënt op AS-II berekend (tabel 9). Het blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen patiënten bij GGnet en Scelta voor wat betreft het aantal diagnoses die op as-II gesteld zijn in de startdiagnose. Patiënten bij Scelta hebben gemiddeld meer diagnoses op as-II (gemiddelde rangordscore 431,67; $Z = -4,587$; $p = 0,000$).

Tabel 9. *Gemiddeld aantal stoornissen op as-II per groep patiënten*

Zorglocatie	Gemiddeld aantal stoornissen op AS-II	Std. Deviatie	Aantal patiënten
GGnet	1,36	0,70	676
Scelta	1,85	0,96	52

AS-V

Per patiënt wordt er gekeken welke GAF-score deze gediagnosticeerd heeft gekregen op de eerste zorgtoewijzing. Door de twee groepen patiënten te vergelijken op deze variabele kan gekeken worden of er bij Scelta Apeldoorn vaker patiënten met een lagere GAF-score terecht komen in vergelijking met andere zorglocaties van GGnet.

Het verschil tussen de onafhankelijke variabelen wordt onderzocht door middel van de Mann-Whitney test. Gemiddeld genomen hebben patiënten bij Scelta een lagere GAF-score (gemiddeld 46,6, spreiding 7,7) dan patiënten bij GGnet (gemiddeld 53,0 spreiding 8,5). Dit verschil is significant; $t = -5,226$; $df = 673$; $p = 0,000$.

Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen

In hoofdstuk vijf wordt op basis van de resultaten de onderzoeksvraag beantwoord. Tevens wordt in dit hoofdstuk de discussie en de aanbevelingen beschreven.

5.1 Conclusie

In dit onderzoek is onderzocht wat het antwoord is op de vraag "Wat onderscheidt de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die in de derdelijns zorg van Scelta Apeldoorn behandeld worden van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die in de tweedelijns zorg binnen GGnet behandeld worden in termen van DSM-IV-TR-diagnoses, leeftijd, geslacht en niveau van functioneren?".

Hiervoor is kwantitatief onderzoek uitgevoerd door middel van deskresearch en het gebruik van gegevens uit de interne database van GGZ-organisatie GGnet.

Deelvraag 1: *Wat is de omvang van het aantal zorgtoewijzingen en de groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen GGnet en welk deel wordt bij Scelta behandeld?*

Er zijn 1842 zorgtoewijzingen gedaan in de onderzochte periode, inclusief follow up. 1705 hiervan hebben plaatsgevonden bij overige locaties van GGnet tegenover 137 toewijzingen bij Scelta Apeldoorn. In het eerste half jaar zijn er in totaal 1000 zorgtoewijzingen gedaan, waarvan 977 bij GGnet zijn gedaan en 23 bij Scelta Apeldoorn. De alternatieve hypothese van hypothese 1 en 2 is aangenomen ($\neq 1.772-1.959$ zorgtoewijzingen en $\neq 107-119$ zorgtoewijzingen voor het eerste half jaar).

Het aantal patiënten dat in diezelfde periode, exclusief follow up, is aangemeld bedraagt 676 patiënten, waarvan 624 patiënten behandeld zijn op de overige locaties van GGnet, zodat de alternatieve hypothese van hypothese 3 wordt aangenomen ($\neq$ tussen 1.616-1.859 patiënten). 52 patiënten zijn uiteindelijk binnen twee jaar bij Scelta Apeldoorn behandeld. Hierdoor is de alternatieve hypothese van hypothese 4 aangenomen ($\neq 98-112$ patiënten).

Deelvraag 2: *Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet worden behandeld en patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van demografische gegevens als leeftijd en geslacht?*

Patiënten die bij Scelta Apeldoorn behandeld worden meestal jonger en vaker van het vrouwelijke geslacht ten opzichte van patiënten bij de overige zorglocaties van GGnet. Daardoor wordt de alternatieve hypothese aangenomen van hypothese 5 (mannelijke patiënten $\leq$ vrouwelijke patiënten bij Scelta Apeldoorn) en wordt de nulhypothese van hypothese 6 aangenomen (leeftijd patiënt Scelta < patiënt GGnet),

Deelvraag 3: *Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet worden behandeld ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van AS-I stoornissen?*

Patiënten die binnen twee jaar bij Scelta Apeldoorn behandeld worden hebben vaker diagnoses op de klinische as met betrekking tot middelenproblematiek, PTSS en eetstoornissen. Hierdoor worden de nulhypothese van hypothese 7, 8 en 10 aangenomen. Patiënten met stemmingsstoornissen en/of angststoornissen in het algemeen komen niet vaker terecht bij Scelta Apeldoorn voor een behandeling. De alternatieve hypothesen van hypothese 9 en 11 worden aangenomen. Het aantal stoornissen op AS-I is hoger bij patiënten die bij Scelta Apeldoorn terecht komen (1,87 tegenover 1,56). Door deze uitkomst is nulhypothese van hypothese 12 aangenomen.

Deelvraag 4: *Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet worden behandeld ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van AS-II stoornissen?*

Ook patiënten die een PS bezitten uit het B-cluster komen vaker in de derde lijn terecht. Patiënten met PS uit het C-cluster niet. De nulhypothese van hypothese 14 en de alternatieve hypothese van hypothese 15 worden aangenomen. Door een gebrek aan respondenten met een diagnose uit het A-cluster, kan hypothese 13 niet getoetst worden. Het aantal stoornissen op AS-II is hoger bij patiënten die bij Scelta Apeldoorn terecht komen in vergelijking met patiënten die dit niet doen (1,85 tegenover 1,36). Door deze uitkomst is nulhypothese van hypothese 16 aangenomen.

Deelvraag 5: *Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet worden behandeld ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden op de schaal van AS-V?*

De ernst van de problematiek bij patiënten die bij Scelta Apeldoorn terecht komen is groter, hetgeen blijkt uit lagere GAF-scores op AS-V. Patiënten bij Scelta geven een lagere GAF-score (gemiddeld 46,6) tegenover patiënten bij die bij de overige locaties van GGnet behandeld worden (53,0). Door deze uitkomst wordt de nulhypothese van hypothese 17 aangenomen.

5.2 Discussie

Het onderzoek is kwantitatief van aard en omvat een hoog aantal respondenten. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de uitkomsten. De verzamelde gegevens komen uit een database van GGnet waar professionals de data hebben ingevoerd. Dit zorgt voor een hoge betrouwbaarheid van de data die is gebruikt voor het onderzoek (Verhoeven, 2011). Het onderzoek is in aantal variabelen beperkt gebleven vanwege het ontbreken variabelen of de aanwezigheid van deels ingevulde variabelen in de database van GGnet. Het meetinstrument heeft zo zijn grenzen en dit beïnvloedt de mate van validiteit.

De bruikbaarheid van de gegevens voor Scelta is hoog. Er is een duidelijk beeld geschetst wat de omvang is van het aantal zorgtoewijzingen en de groep patiënten met een PS en wat hen kenmerkt in termen van de DSM-IV-TR binnen GGnet en Scelta. Het onderzoek kan in de toekomst op éénzelfde wijze worden uitgevoerd, hetgeen betekent dat het onderzoek een hoge interne validiteit bevat.

De resultaten van het onderzoek zijn voor wat betreft de externe validiteit redelijk te noemen. De gevonden resultaten zijn deels representatief voor de organisaties buiten GGnet om. Het onderzoek is gericht op één specifieke organisatie waarbij eigen informatie uit de database is gebruikt. Exacte getallen, zoals aantallen zorgtoewijzingen of patiënten zijn voor andere organisaties minder bruikbaar. Door de hoge betrouwbaarheid van de gegevens kunnen de uitkomsten op het gebied van de DSM-diagnoses en de demografische gegevens voor andere organisaties bruikbaar zijn.

Zorgtoewijzingen eerste half jaar

Het aantal zorgtoewijzingen voor PS in de tweede en derde lijn is minder dan aan de hand van de literatuur was geschat. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat GGnet een beperkte capaciteit heeft voor het aannemen van patiënten ten opzichte van andere organisaties waar de cijfers uit de literatuur op zijn gebaseerd. Daarnaast

is vanaf 1 januari 2014 een nieuwe wet ingegaan in Nederland die heeft gezorgd voor een verschuiving van de tweede- naar eerstelijns zorg. De huisarts en de praktijk-ondersteunend hulpverlener hebben in het systeem van de GGZ een belangrijke taak op zich genomen voor het behandelen van patiënten met psychische problematiek (Rijksoverheid, 2016). Ook kan de stijging van het eigen risico deels de andere uitkomsten verklaren, waardoor er minder patiënten trouw zijn aan een behandeling of advies om een behandeling te volgen (Vektis, 2016). Tot slot is er in de tabellen van het Trimbosinstituut (2015) vermeld dat het aantal klinische opnames jaarlijks minder wordt.

Een verklaring voor het lage aantal derdelijns zorgtoewijzingen in het eerste half jaar van de onderzochte periode kan zijn, dat er maanden voorbij gaan voordat een patiënt naar hogere lijnen van zorg wordt doorverwezen. Deze zorg dient immers zo veel mogelijk te worden voorkomen. Het aantal zorgtoewijzingen die in de derdelijns zorg gedaan wordt, neemt na de onderzochte periode van een half jaar toe. Daarnaast is er in de eerste periode van een half jaar geen rekening is gehouden met intake en diagnostiek zorgtoewijzingen bij Scelta Apeldoorn. Als de intake en diagnostiek zorgtoewijzingen worden meegenomen zal het aantal zorgtoewijzingen hoger liggen.

Aantal patiënten

Voor patiënten geldt dat zowel in de tweede als derde lijn de aantallen lager zijn dan geschat was aan de hand van de literatuur. Een mogelijke verklaring hiervoor is al genoemd, zoals de veranderingen in de zorg, waarbij klinische zorg voorkomen dient te worden en de capaciteit die GGnet heeft.

Het aantal zorgtoewijzingen die in de onderzochte periode met follow up bij Scelta is gedaan is 2,6 keer hoger dan het aantal patiënten. Dit kan worden verklaard omdat patiënten bij Scelta na maximaal een half jaar ontslagen worden of opnieuw een zorgtoewijzing krijgen voor een deeltijdbehandeling binnen Scelta.

Stoornissen op AS-I en AS-II

Er komen in verhouding veel patiënten met een diagnose op het gebied van middelenproblematiek en eetstoornissen bij Scelta terecht terwijl zij een selectieprocedure kennen. Oorzaak hiervan kan zijn dat de ernst van deze problematiek niet groot genoeg is om bij Scelta geweigerd te worden. Het is ook mogelijk dat patiënten voor hun eetproblematiek of verslaving in behandeling zijn bij een andere instelling en een deeltijdprogramma volgen bij Scelta Apeldoorn voor hun persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn geen significante verschillen gevonden bij stemmingsstoornissen en angststoornissen als diagnose bij de twee groepen. Een verklaring hiervoor is dat stemmingsproblematiek veelvoorkomend is, waardoor patiënten met dit type stoornis minder snel in aanmerking komen bij een behandeling bij Scelta, tenzij andere problematiek meespeelt (Trimbosinstituut, 2015). De ernst van de stemmingsproblematiek en eventuele comorbiditeit met andere stoornissen bij patiënten die Scelta Apeldoorn worden behandeld is in het huidige onderzoek niet onderzocht. Het is mogelijk dat zij ernstigere depressieve klachten ervaren, met onder andere suïcidepogingen, waardoor zij in de derde lijn terecht komen. Tevens komen suïcidepogingen en stemmingswisselingen veel voor bij de groep mensen met heftige borderline problematiek, welke een groep is die vaker behandeld wordt bij Scelta Apeldoorn. Angststoornissen zijn ook veelvoorkomende diagnoses waarbij het minder vaak voorkomt dat deze patiënten

minder snel bij Scelta Apeldoorn worden behandeld. Patiënten met de diagnose PTSS worden daarentegen wel veel behandeld bij Scelta Apeldoorn, omdat Scelta gespecialiseerd is in traumaverwerking en omdat de oorsprong van het ontstaan van PS in veel gevallen te herleiden valt aan trauma-gerelateerde gebeurtenissen (Battle et al., 2004; Terr, 1991; Tryer, Casey & Ferguson, 1991; Tyrka, Wyche, Kelly, Prince & Carpenter, 2009).

Bij de verschilanalyse voor het A-cluster is gebleken dat er onvoldoende respondenten zijn om een correcte analyse te kunnen uitvoeren. Er waren twee patiënten met een stoornis uit het A-cluster die bij Scelta terecht zijn gekomen. Dit aantal is dermate laag dat dit geen bijdrage kan leveren aan het beantwoorden van de vraag in hoeverre er verschillen op AS-II te vinden zijn (Baarda, Goede, & Dijkum, 2011).

Ernst van problematiek

De ernst van de problematiek is bij de groep die bij Scelta Apeldoorn behandeld wordt groter. Het aantal stoornissen op AS-I en AS-II bij deze groep patiënten is hoger. Dit wordt ook bevestigd door de GAF-score voor deze patiënten. De GAF-score geeft aan hoe goed een patiënt in het dagelijks leven functioneert. Hoe ernstiger de problematiek, hoe groter de kans dat de patiënt intensievere zorg nodig heeft die in hogere lijnen te vinden is.

Betrouwbaarheid van resultaten

Er kan onzekerheid zijn in hoeverre gestelde diagnoses blijvend zijn. Een eerste diagnostisering kan plaatsvinden tijdens een crisisopname. Het kan gebeuren dat een patiënt verder in het zorgtraject andere diagnoses worden vastgesteld. Een verklaring hiervoor kan zijn dat diagnoses in een crisisopname vrij snel gesteld moeten worden. De professional kan daardoor een (deels) foutieve diagnose stellen. Ook kunnen diagnoses in verloop van tijd veranderen, omdat bepaalde problematiek verdwijnt of juist ontstaat. Dit heeft geen invloed op de huidige resultaten behorend bij de onderzoeksvraag, maar in de praktijk kan dit verschil uitkomsten beïnvloeden. Er is met een dermate groot aantal respondenten gewerkt dat de betrouwbaarheid van resultaten hoog blijft.

De resultaten van het onderzoek schetsen een duidelijk eerste beeld van de omvang en kenmerken van de specifieke groep patiënten met een PS in hun startdiagnose binnen GGnet en Scelta.

De resultaten kunnen bijdragen aan vervolgonderzoek door Scelta om identificatie en de kwaliteit van zorg voor deze specifieke doelgroep in de toekomst te verbeteren. Patiënten die bij GGnet binnenkomen en bepaalde kenmerken bezitten, kunnen beter gevolgd worden in het behandelproces. Met vervolgonderzoeken moet blijken of patiënten eerder doorverwezen kunnen worden aan de hand van diagnoses en demografische gegevens.

5.3 Praktische aanbevelingen

In het huidige onderzoek zijn de globale indicatoren voor een doorverwijzing naar Scelta Apeldoorn voor wat betreft diagnose volgens de DSM-IV-TR onderzocht. Deze indicatoren zijn niet in elk detail onderzocht, hetgeen reden geeft voor vervolgonderzoek.

1. Door de huidige onderzoeksmethode is er een beperkt aantal demografische gegevens meegenomen in het onderzoek. In vervolgonderzoek kunnen meerdere demografische gegevens meegenomen worden. In de literatuur wordt vermeld dat een laag sociaaleconomische status, laag genoten opleiding, laag IQ, etnische achtergrond en een alleenstaande woonsituatie factoren zijn waarmee de intensiteit van de zorg positief correleert.
2. Er kan onderzocht worden om stoornissen apart te vergelijken in plaats van hoofdgroepen van stoornissen te vergelijken. Er kan onderzocht worden in hoeverre specifieke stoornissen zorgen voor een uiteindelijke doorverwijzing. Zo kan bij de hoofdgroep stemmingsstoornissen apart gekeken worden naar specifieke stoornissen in deze groep, zoals onder andere dysthyme stoornis of depressie in engere zin. Wellicht dat dit betere uitkomsten oplevert.
3. Er kan onderzocht worden of er een samenhang te vinden is in bepaalde combinaties van stoornissen, waardoor in feite de ernst van de problematiek wordt onderzocht. Hierdoor kan bepaald worden of bepaalde combinaties en aantallen stoornissen een grotere kans geven op een doorverwijzing.

Met behulp van de uitkomsten uit de vervolgonderzoeken kunnen meer gedetailleerde profielen opgesteld worden. Met deze profielen wordt duidelijk of patiënten met bepaalde klachtenpatronen sneller doorverwezen kunnen worden naar Scelta Apeldoorn. Na een intakegesprek wordt besloten of Scelta de juiste zorglocatie is voor een behandeling. Hoe specifieker deze profielen opgesteld kunnen worden, hoe meer patiënten onthouden kunnen worden van het stepped-care model en de passende zorg krijgen die ze nodig hebben. Op langere termijn kan dit de kwaliteit van leven van de patiënt verbeteren. Daarnaast kost het de organisatie, maar ook de samenleving, minder geld omdat een patiënt sneller geneest met als gevolg dat zij minder beroep doet op de zorg en beter participeert in de maatschappij.

Scelta Apeldoorn heeft in het verleden vaker gebruik gemaakt van de capaciteiten van toegepast psychologen in opleiding om vraagstukken te beantwoorden door middel van onderzoek. Het is goed mogelijk dat een toegepast psycholoog in opleiding ook in de toekomst vraagstukken van Scelta Apeldoorn kan onderzoeken, om zo aan het proces van het kosteneffectief doorverwijzen bij te dragen op een methode die evidence-based is.

Bijlagen

Bijlage 1 – Toelichting deelvragen

Deelvraag 1

Wat is de omvang van het aantal zorgtoewijzingen en groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen GGnet en welk deel wordt bij Scelta behandeld?

Toelichting

Er moet duidelijkheid komen over de omvang van het aantal zorgtoewijzingen en het aantal aanmeldingen van patiënten met een PS in hun startdiagnose bij GGnet.

Het moet duidelijk worden hoe groot de omvang is van het aantal patiënten dat vervolgens bij Scelta Apeldoorn behandeld gaat worden. Er zal worden gekeken naar aanmeldingen van patiënten in de periode van 01/01/2014 – 01/07/2014 die een PS in hun startdiagnose hebben gekregen. Vervolgens zal met een follow-up periode van twee jaar worden onderzocht welke patiënten in twee jaar bij Scelta in Apeldoorn terecht zijn gekomen. Dit zal gebeuren door de zorglocaties van patiënten te volgen aan de hand van waar hun zorgtoewijzing heeft plaatsgevonden.

Op basis van cijfers afkomstig van het Trimbosinstituut en GGnet is er een schatting gemaakt hoeveel zorgtoewijzingen er voor PS binnen GGnet in de tweede- en in de derde lijn toegewezen zijn. Het geschat totale aantal zorgtoewijzingen voor GGnet voor het eerste half jaar van 2014 is geschat tussen 1.880 en 2.077 (het gemiddelde +/- 5%). Het aantal zorgtoewijzingen in de tweede lijn wordt geschat tussen 1.772 en 1.959.

Van het totaal aantal zorgtoewijzingen voor een PS wordt geschat dat er tussen de 107 en 119 (het gemiddelde +/- 5%) bij Scelta Apeldoorn plaatsvinden (zie ook tabel 1).

Hypothese 1 en 2 staan in bijlage 3.

Het Trimbosinstituut vermeldt bij deze cijfers uit 2014 dat het aantal zorgtoewijzingen 5-10% hoger ligt dan het aantal unieke patiënten. Er wordt geschat dat in het eerste half jaar van 2014 tussen de 1.712 en 1969 patiënten bij GGnet zijn aangemeld die in hun startdiagnose een PS hebben gekregen. Tussen de 1616 en 1859 patiënten worden in de tweede lijn behandeld. Tussen de 98 en 112 patiënten komen naar schatting binnen twee jaar bij Scelta Apeldoorn terecht. (Voor beide groepen is een marge van +/- 2% ingebouwd.)

Hypothese 3 en 4 staan in bijlage 3

Deelvraag 2

Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet behandeld blijven en patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van demografische gegevens zoals leeftijd en geslacht?

Toelichting

Er wordt gekeken naar de demografische gegevens leeftijd en geslacht. Er zal worden gekeken of er verschillen te vinden zijn tussen de groep die bij GGnet behandeld blijft en de groep die uiteindelijk bij Scelta behandeld

wordt. In de literatuur is gevonden dat mannen vaker een PS hebben dan vrouwen. Er wordt ook vermeldt dat naarmate mensen ouder worden, zij emotioneel stabiel worden. Hierdoor ontstaat het idee dat ernstige ontregeling van de persoonlijkheid vaker op jongere leeftijd tot uiting komt, waardoor patiënten bij Scelta jonger zijn vergeleken met patiënten die op de overige locaties van GGnet worden behandeld.

Hypothese 5 en 6 staan in bijlage 3.

Deelvraag 3

Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet behandeld blijven ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van AS-I stoornissen?

Toelichting

In de literatuur is een aantal diagnoses op AS-I gevonden die een mogelijk risico vormen voor een patiënt om in hogere lijnen van zorg terecht te komen. De diagnoses die hiermee in verband staan zijn diagnoses uit de groepen middelenproblematiek/afhankelijkheid, angststoornissen (PTSS), stemmingsstoornissen en eetstoornissen. Daarbij wordt in de literatuur vermeld dat de hoeveelheid stoornissen die een patiënt heeft mogelijk kan bijdragen aan de ernst en dus aan de behoefte aan intensievere zorg. Hypothese 7, 8, 9, 10, 11 en 12 staan in bijlage 3.

Deelvraag 4

Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet behandeld blijven ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden in termen van AS-II stoornissen?

Toelichting

Het is niet duidelijk wel soort cluster PS er bij Scelta in verhouding met GGnet wordt behandeld. Daarbij is beschreven dat de hoeveelheid stoornissen die een patiënt gediagnosticeerd heeft gekregen mogelijk kan bijdragen aan de ernst en dus de behoefte aan intensievere zorg.

Hypothese 13, 14, 15 en 16 staan in bijlage 3.

Deelvraag 5

Zijn er verschillen tussen patiënten die bij GGnet behandeld blijven ten opzichte van patiënten die bij Scelta behandeld worden op de schaal van AS-V?

Toelichting

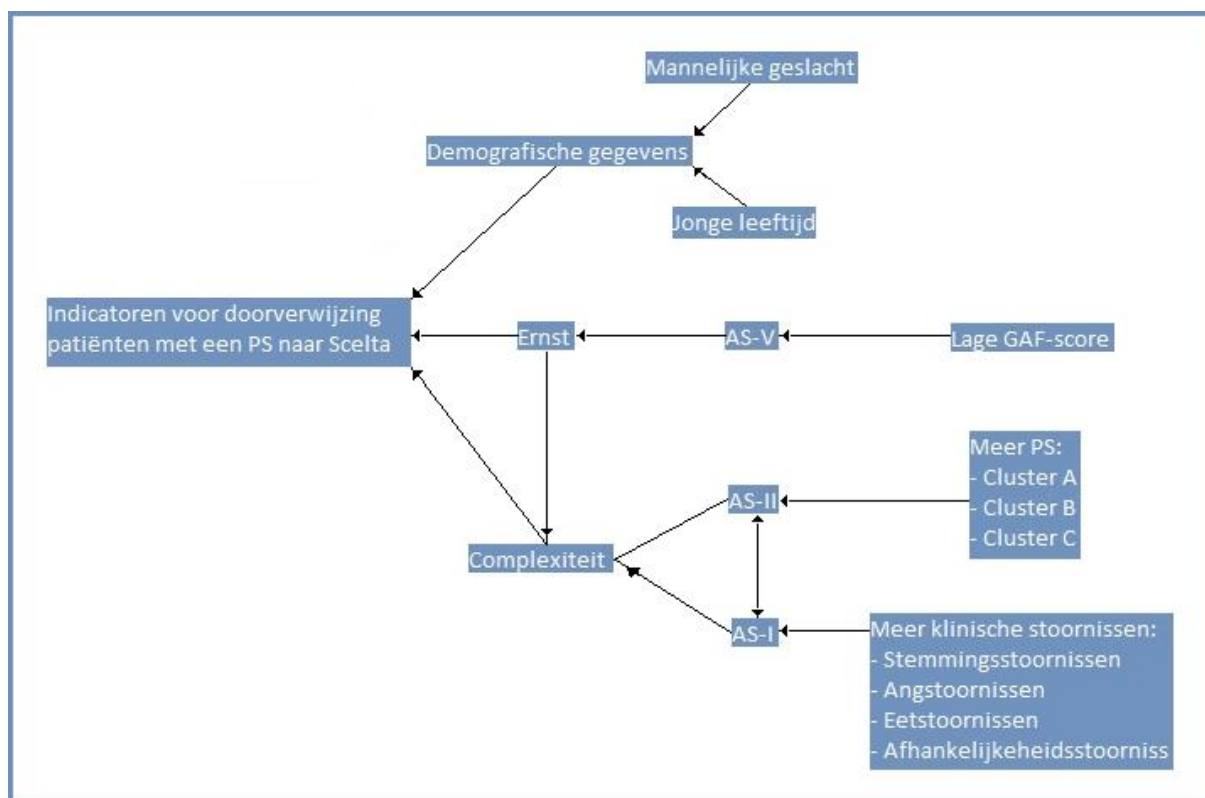
AS-V hangt samen met de ernst van de problematiek. Deze worden aan de hand van een GAF-score aangeduid.

Hoe lager de GAF-score, hoe groter de geschatte ernst is volgens de professional.

Hypothese 17 staat in bijlage 3.

Door de deelvragen te onderzoeken kan antwoord gegeven worden op de vraag welke kenmerken vaker voorkomen bij patiënten die worden doorverwezen naar Scelta. Aan de hand van de resultaten kan eventueel vervolgonderzoek plaatsvinden.

Bijlage 2 – Conceptueel model



Figuur 2. Bepalende factoren voor toewijzing zorglocatie

Bijlage 3 - Hypothesen bij deelvragen

Hypothese 1

H0: Aantal zorgtoewijzingen van patiënten met PS bij GGnet in de tweede lijn in de periode tussen 01/01/2014 – 01/07/2014 = 1.772 – 1.959

Ha: Aantal zorgtoewijzingen van patiënten met PS bij GGnet in de tweede lijn in de periode tussen 01/01/2014 – 01/07/2014 $\neq$ 1.772 – 1.959

Hypothese 2

H0: Aantal zorgtoewijzingen van patiënten met PS bij Scelta in de derde lijn in de periode tussen 01/01/2014 – 01/07/2014 = 107 - 119

Ha: Aantal zorgtoewijzingen van patiënten met PS bij Scelta in de derde lijn in de periode tussen 01/01/2014 – 01/07/2014 $\neq$ 107 - 119

Hypothese 3

H0: Aantal aanmeldingen van patiënten met PS bij GGnet in de tweede lijn in de periode tussen 01/01/2014 – 01/07/2014 = 1616-1859.

Ha: Aantal aanmeldingen van patiënten met PS bij GGnet in de tweede lijn in de periode tussen 01/01/2014 – 01/07/2014 $\neq$ 1616-1859.

Hypothese 4

H0: Aantal aanmeldingen van patiënten met PS bij Scelta in de derde lijn in de periode tussen 01/01/2014 – 01/07/2014 = 98-112

Ha: Aantal aanmeldingen van patiënten met PS bij Scelta in de derde lijn in de periode tussen 01/01/2014 – 01/07/2014 $\neq$ 98-112

Hypothese 5

H0: Aantal mannelijke patiënten bij Scelta is in verhouding > aantal vrouwelijke patiënten Scelta.

Ha: Aantal mannelijke patiënten bij Scelta is in verhouding $\leq$ aantal vrouwelijke patiënten Scelta.

Hypothese 6

H0: Gemiddelde leeftijd patiënten bij Scelta < leeftijd patiënten GGnet.

Ha: Gemiddelde leeftijd patiënten Scelta $\geq$ leeftijd patiënten GGnet.

Hypothese 7

H0: Aantal patiënten Scelta met diagnose middelenproblematiek/afhankelijkheid is in verhouding > aantal patiënten GGnet met diagnose middelenproblematiek/afhankelijkheid.

Ha: Aantal patiënten Scelta met diagnose middelenproblematiek/afhankelijkheid is in verhouding $\leq$ aantal patiënten GGnet met diagnose middelenproblematiek/afhankelijkheid.

Hypothese 8

H0: Aantal patiënten Scelta met diagnose PTSS is in verhouding > aantal patiënten GGnet met diagnose PTSS.

Ha: Aantal patiënten Scelta met diagnose PTSS is in verhouding $\leq$ aantal patiënten GGnet met diagnose PTSS.

Hypothese 9

H0: Aantal patiënten Scelta met diagnose stemmingsstoornissen is in verhouding > aantal patiënten GGnet met diagnose stemmingsstoornissen.

Ha: Aantal patiënten Scelta met diagnose stemmingsstoornissen is in verhouding $\leq$ aantal patiënten GGnet met diagnose stemmingsstoornissen.

Hypothese 10

H0: Aantal patiënten Scelta met diagnose eetstoornissen is in verhouding $>$ aantal patiënten GGnet met diagnose eetstoornissen.

Ha: Aantal patiënten Scelta met diagnose eetstoornissen is in verhouding $\leq$ aantal patiënten GGnet met diagnose eetstoornissen.

Hypothese 11

H0: Aantal patiënten Scelta met diagnose angststoornissen is in verhouding $>$ aantal patiënten GGnet met diagnose angststoornissen.

Ha: Aantal patiënten Scelta met diagnose angststoornissen is in verhouding $\leq$ aantal patiënten GGnet met diagnose angststoornissen.

Hypothese 12

H0: Aantal diagnoses op AS-I bij patiënten Scelta $>$ aantal diagnoses op AS-I bij patiënten GGnet.

Ha: Aantal diagnoses op AS-I bij patiënten Scelta $\leq$ aantal diagnoses op AS-I bij patiënten GGnet.

Hypothese 13

H0: Aantal diagnoses uit het A-cluster patiënten Scelta $>$ Aantal diagnoses uit het A-cluster patiënten GGnet.

Ha: Aantal diagnoses uit het A-cluster patiënten Scelta $\leq$ Aantal diagnoses uit het A-cluster patiënten GGnet.

Hypothese 14

H0: Aantal diagnoses uit het B-cluster patiënten Scelta $>$ Aantal diagnoses uit het B-cluster patiënten GGnet.

Ha: Aantal diagnoses uit het B-cluster patiënten Scelta $\leq$ Aantal diagnoses uit het B-cluster patiënten GGnet.

Hypothese 15

H0: Aantal diagnoses uit het C-cluster patiënten Scelta $>$ Aantal diagnoses uit het C-cluster patiënten GGnet.

Ha: Aantal diagnoses uit het C-cluster patiënten Scelta $\leq$ Aantal diagnoses uit het C-cluster patiënten GGnet.

Hypothese 16

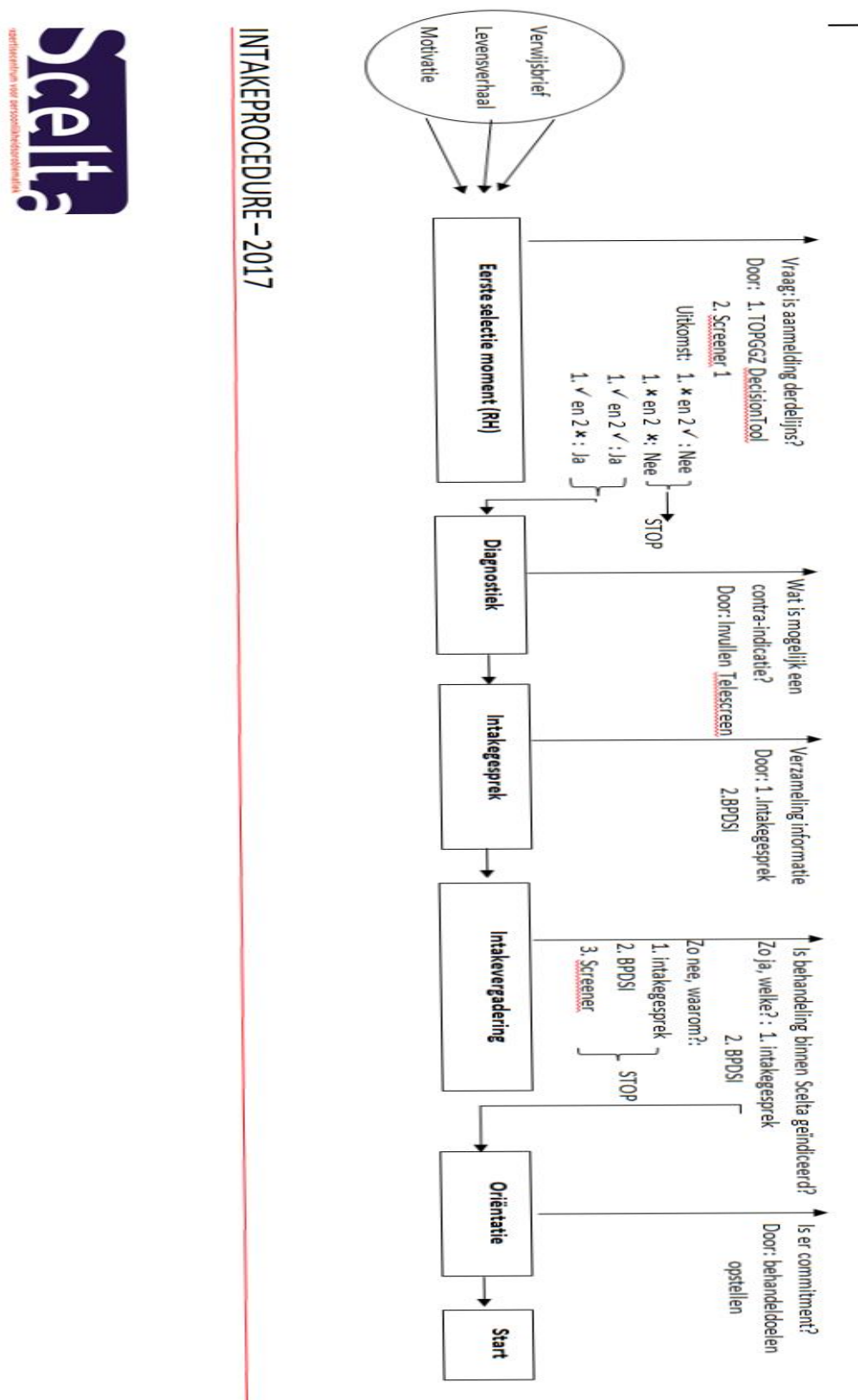
H0: Aantal diagnoses op AS-II bij patiënten Scelta $>$ aantal diagnoses op AS-II bij patiënten GGnet.

Ha: Aantal diagnoses op AS-II bij patiënten Scelta $\leq$ aantal diagnoses op AS-II bij patiënten GGnet.

Hypothese 17

H0: Gaf-score patiënten Scelta $<$ Gaf-score patiënten GGnet.

Ha: Gaf-score patiënten Scelta $\geq$ Gaf-score patiënten GGnet.



Figuur 3. Bepalende factoren voor toewijzing zorglocatie

Bijlage 5 - Formulier eerste selectieprocedure aanmelding

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Soort aanmelding: ☐ indicatiestelling

☐ 2nd opinion

3^e- lijn (Ja **of** Nee invullen) :

☐ Ja, vanwege criteria:

☐ Vermoeden van een DSM classificeerbare persoonlijkheidsstoornis
☐ Persoonlijkheidsstoornis met matige of ernstige gevolgen voor werk/opleiding en/of relaties
☐ Duidelijke aanwijzingen voor (ernstig) destructief gedrag naar zelf en anderen
☐ Persoonlijkheidsstoornis met multi-comorbiditeit
☐ Meerdere of eerdere behandeling voor persoonlijkheidsstoornis met onvoldoende resultaat

☐ Nee, vanwege criteria:

☐ Aanwezigheid DSM IV-Psychotische stoornis
☐ Gebruik van middelen waarbij klinische opname vereist is
☐ Eetstoornis waarbij klinische opname vereist is
☐ Gedwongen kader
☐ IQ-schatting onder 80 (opleidingsniveau)
☐ Aanwezigheid DSM-IV diagnose bipolaire stoornis
☐ Jonger dan 18
☐ Antisociale persoonlijkheidsstoornis
☐ Onvoldoende beheersing Nederlandse taal
☐ Dissociatieve identiteitsstoornis
☐ Geen (onvoldoende) behandeling in tweedelijnszorg

Patiënt wordt uitgenodigd voor indicatiestelling:

☐ Ja

☐ Nee (verstuur brief afwijzing aanmelding)

*(Na invullen formulier verwerken in Excel-bestand. Dit formulier **niet** weggooien maar bewaren samen met de TOP GGZ TOOL).

Bijlage 6 Eigen werkverklaring

Ondergetekende:

Jelte Douwstra

Verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding door middel van voetnoten,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: Houten

Datum: 16 oktober 2017

Handtekening:

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, DC: author.
- World Health Organization. (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th edition). Genève: author.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M., & Dijkum, C. J. (2011). *Basisboek statistiek met SPSS: handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks) gegevens*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grolo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C. (2004). Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality Disorders: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders* 18(2), 193-211. doi:10.1521/pedi.18.2.193.32777
- Bernstein, D.P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S. & Brook, J.S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 907-913. doi:10.1176/ajp.153.7.907
- Booij, M., Boesten, R., & Fenema, E. (2017, 5 januari). Wachtljsten GGZ zorgen voor onacceptabele lijdensweg. *De Volkskrant*, p. 1. Geraadpleegd van <http://www.volkskrant.nl/opinie/wachtljsten-ggz-zorgen-voor-onacceptabele-lijdensweg~a4443936/>
- Byrd, L., Manuck, B. (2014). MAOA, Childhood Maltreatment, and Antisocial Behavior: Meta-analysis of a Gene-Environment Interaction. *Biological Psychiatry*, 75(1), 9-17. doi:10.1016/j.biopsych.2013.05.004
- Capsi, A., McClay, J., Moffit, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., Taylor, A. & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854. doi:10.1126/science.1072290
- Cornelissen, A. J. T., Poppe, E., & Ouwers, M. A. (2010). *Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek [PDF]*. Geraadpleegd op www.rug.nl/research/portal/files/14665267/2010-CornelissenAJT-DropOut.pdf
- Eftting, M. (2012, 16 maart). Helpt psychiatrische patiënten wil stoppen door eigen bijdrage. *De Volkskrant*. Geraadpleegd van <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/helpt-psychiatrische-patienten-wil-stoppen-door-eigen-bijdrage~a3225955/>
- Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Verheul, R., & Snellen, W. M. (red.). (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie: Voor opleiding, onderzoek en klinische praktijk* (3^e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ree van, J.W., Vries de, M.W. (red.). (2008). *Praktische huisartsgeneeskunde: Psychiatrie* (2^e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Feenstra, D. J., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders among Treatment Refractory Adolescents Admitted for Specialized Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 842–850. doi:10.1521/pedi.2011.25.6.842
- Gezondheidsraad (2014) *Advies hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg [PDF]*. Geraadpleegd van www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201414_advies_hoogspecialistische_geestelijke_gezondheidszorg.pdf

- GGnet. (2011). *Houd je spreekbeurt over GGnet* [PDF]. Geraadpleegd van https://www.ggnet.nl/upload/pdf/SpreekbeurtGGNet_folder_jul2011.pdf
- Helegeland, M. I., Torgerson, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 45(2), 138-147. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.001
- IBM. (2012). Statistical Package for the Social Sciences 21 [statistiek programma]. New York, US: IBM Corporation.
- Jackson, H., & Burgess, P. (2000). Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(12), 531-538. doi:10.1007/s001270050276
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Phil, M., Cohen, P., Brown, J., Bernstein, D. P. (2000). Associations Between Four Types of Childhood Neglect and Personality Disorder Symptoms During Adolescence and Early Adulthood: Findings of a Community-Based Longitudinal Study. *Journal of Personality Disorders*, 14(2) 171-187. doi:10.1521/pedi.2000.14.2.171
- De Jong, A. (red.). (1999). *Handboek psychiatrische epidemiologie* (1^e ed.). Maarssen: Uitgeverij de tijdstroom
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, & Urnes, Ø. (2003). Day Treatment of Patients With Personality Disorders: Experiences From a Norwegian Treatment Research Network. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 243–262. doi:10.1521/pedi.17.3.243.22151
- Koen, K. (2016) Zorg in Europa: Nederland behoort tot duurste én beste. Zorgwijzer. Geraadpleegd op www.zorgwijzer.nl
- Kool, J. A., & Sijben, N. (1989). *Voortijdig beëindigen van behandeling* [PDF]. Geraadpleegd op: www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_802pdf.pdf
- Langeland, W., Draijer, N., & Brink van den, W., (2004). Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Alcoholics: The Role of Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(3), 441-447. doi:10.1097/01.ALC.0000117831.17383.72
- Lillienfeld, S. O. (2005). Longitudinal studies of personality disorders: Four lessons from personality pathology. *Journal of personality disorders*. 19(1), 547-556. doi:/10.1521/pedi.2005.19.5.547
- Luyn, B., Akhtar, S., & Livesley, W. J. (2007). Severe personality disorder. Everyday issues in clinical practice. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51(12), 960-962.
- Palomares, N., McMaster, A., Diaz-Marsa, M., de la Vega, I., Montes, A., Carrasco, J.L. (2016). Multiple cluster axis II comorbidity and functional outcome in severe patients with borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 44(6), 212-221. Geraadpleegd op: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//18/104/ENG/18-104-ENG-212-21-675397.pdf>
- Paris, J., (2010). Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *Journal of personality disorders*, 24(4), 405-411. doi:10.1521/pedi.2010.24.4.405
- Richmond, R. (1992). Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychology training clinic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(2), 123-130. doi:10.1037//0735-7028.23.2.123
- Rijksoverheid (2016) *Invoering generalistische basis GGZ*. Geraadpleegd van: www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/brochures/2016/12/19/informatie-website-invoeringbasisggz-nl/informatie+website+invoeringbasisggz-nl.pdf

- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1–25. doi:10.1037/0033-2909.132.1.1
- Samuels, J., (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International review of psychiatry*, 23(3), 223-233. doi:10.3109/09540261.2011.588200
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Elsevier*, 20(8) 709-723. doi:10.1016/0145-2134(96)00059-2
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & van Busschbach, J. J. (2008). Een prijzige stoornis. *Medisch contact*, 63(4), 160-163. Geraadpleegd op: www.medischcontact.nl/web/file?uuid=298e04be-1218-45fd-b645-9312cf1d7e09&owner=1e836119-cfd1-4e33-a731-da3efbb2a701&contentid=47287
- Terr, L. C. (2003). Childhood Traumas: An outline and overview. *The Journal of lifelong learning psychiatry*, 1(3), 322-344. doi:10.1176/foc.1.3.322
- Trimbosinstituut (2015). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Geraadpleegd van <https://assets.trimbos.nl/docs/cfe358cd-59cc-4033-ac68-50711f835768.pdf>
- Trimbosinstituut (2014). *GGZ in tabellen 2012*. Geraadpleegd van <https://assets.trimbos.nl/docs/b7d2279f-c4fb-4e7c-813a-21aa54edfc33.pdf>
- Trimbosinstituut (2012). *Ernst van psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit zorggebruik*. Geraadpleegd van <https://assets.trimbos.nl/docs/c9fe0735-04d6-424d-876b-d7cd4a44ec10.pdf>
- Tryer, P., Casey, B., Ferguson, B. (1991). Personality disorder in perspective. *The British journal of psychiatry*. 159(4), 463-471. doi:10.1192/bjp.159.4.463
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Res*, 165(3), 281-287. doi:10.1016/j.psychres.2007.10.017
- Verheul, R. & Brink, W. van den (red.). (1999) Persoonlijkheidsstoornissen. *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp 347-378). Utrecht: Uitgeverij Elsevier/De Tijdstroom
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (4e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom Lemma uitgeverij
- Vektis. (2016). *Verzekerden in beeld 2016*. [PDF] Geraadpleegd op: www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Verzekerden%20in%20beeld%202016.pdf
- Zanarani, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds. (1998) Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155(12), 1733-1739. doi:10.1176/ajp.155.12.1733