



**Beslisondersteuner mentale zorg –
Onderzoek naar de voorspellende waarde en
gebruiksvriendelijkheid**

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Onderzoekmethode	7
3. Resultaten	9
4. Discussie	15
Literatuurlijst	20

1. Inleiding

In deze rapportage wordt een overzicht gegeven van de onderzoeken die zijn gedaan naar de voorspellende waarde en gebruiksvriendelijkheid van de mirro beslisondersteuner mentale zorg. De resultaten van de vier onderzoeken worden naast elkaar gezet en met elkaar vergeleken.* In de discussie worden de resultaten besproken, de onderzoeksopzet bediscussieerd en wordt ingegaan op de toegevoegde waarde van de beslisondersteuner op basis van de onderzoeksresultaten.

De mirro beslisondersteuner mentale zorg, in het kort ‘de beslisondersteuner’, is ontwikkeld om het proces van verwijzen naar de GGZ efficiënter en meer gestructureerd te laten verlopen. De beslisondersteuner is een digitale vragenlijst die ingezet wordt bij volwassenen waarbij psychische klachten worden vermoed. Op basis van de antwoorden op vragen over psychische klachten en persoonlijke omstandigheden genereert de beslisondersteuner subscores op de criteria van het in 2014 ingevoerde landelijk verwijsmodel voor de GGZ (Bakker & Jansen, 2013). Op basis van deze subscores volgt een verwijzadvies aan de zorgprofessional voor vervolgzorg.

De zorgprofessional vult de resultaten van de beslisondersteuner op basis van het gesprek met de cliënt aan met de klinische blik. De antwoorden van de cliënt op de vragen en het advies zijn daarbij ondersteunend. De klinische blik van de zorgprofessional is leidend voor de eventuele verwijzing naar vervolgzorg. De beslisondersteuner voegt alle informatie samen in een rapportage die kan worden bijgevoegd bij de verwijsbrief of in het intakeverslag.

Ontwikkeling van de vragenlijst

De inhoudelijke ontwikkeling van de vragenlijst in de beslisondersteuner vond plaats bij de vier aan mirro deelnemende GGZ-instellingen. In een werkgroep met daarin wetenschappers verbonden aan het GGZ-veld en huisartsenveld en psychiaters verbonden aan de vier GGZ-instellingen zijn in 2012 in een aantal sessies verschillende instrumenten beoordeeld op toepasbaarheid voor gebruik in de beslisondersteuner. Na beoordelingen bleek dat geen enkele van de op dat moment beschikbare vragenlijsten geschikt is om op zichzelf te dienen als beslissingsondersteunend instrument voor de toeleiding naar GGZ vervolgzorg bij volwassenen waarbij psychische klachten worden vermoed. Dit omdat de instrumenten niet het volledige spectrum behandelen van psychische klachten die in de huisartspraktijk gezien worden en omdat in de vragenlijsten niet alle aspecten meegenomen worden die relevant zijn voor een verwijzing.

Na afweging van de adviezen uit de werkgroep is in 2013 besloten om als fundament voor het instrument het proces van aanmelding en toeleiding van patiënten bij de Parnassia Groep te nemen. De afdeling Centrale Aanmelding en Toeleiding (CAT) werkt sinds 2002 met het toeleiden van patiënten naar vervolgzorg via gestructureerde telefonische interviews afgenomen door psychologen. De basis voor het interviewscript bij de gestructureerde interviews vormt de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. text revision, American Psychiatric Association, 2000) en de MINI (Sheehan, D.V., Lecrubier, Sheehan, K.H., e.a., 1998). Op basis van de antwoorden van de patiënt op de vragen die worden gesteld in het telefonisch interview en de interpretatie hiervan (de klinische blik) door de psycholoog wordt de patiënt toegeleid naar de juiste vervolgzorg.

Ongeveer 20.000 volwassen patiënten per jaar worden middels het proces van gestructureerde interviews toegeleid naar een zorgvorm binnen de ambulante GGZ en

verslavingszorg, zowel naar Generalistische Basis GGZ als ook de gespecialiseerde GGZ. Uit een onderzoek, uitgevoerd bij de Parnassia Groep is gebleken dat 84% van de patiënten op deze wijze naar het juiste zorgproduct wordt toegeleid, dat wil zeggen het zorgproduct waar de patiënten uiteindelijk ook worden behandeld (Olthof & Tebruggen, 2009).

De Parnassia Groep was reeds gestart met het ontwikkelen van een digitale vragenlijst, met als uitgangspunt het interviewsript voor het gestructureerde telefonische interview. De kwaliteit van deze digitale vragenlijst is gedurende 2013 getest bij de CAT en bij huisartsenpraktijken. In 2013 is de vragenlijst aangepast zodat het aansloot bij de verwijscriteria van het in 2014 ingevoerde landelijke verwijzingsmodel voor de GGZ (Bakker & Jansen, 2013). Hiervoor zijn in een team van specialisten in het toeleiden van patiënten naar de juiste vervolgzorg o.a. beoordeeld welke antwoorden op welke vragen in de vragenlijst een indicatie zijn voor een verhoogd risico. En is bepaald dat voor het inschatten van de complexiteit gekeken wordt naar het aantal (ernstige) hoofdklachten. Deze versie, versie 1.0.y van de beslisondersteuner, was onder de naam mirro-screener vanaf januari 2014 beschikbaar.

Doorontwikkeling van de beslisondersteuner

Het verder verbeteren van de beslisondersteuner is een continu doorlopend proces. Dit is deels gebaseerd op onderzoeken naar de concurrente validiteit van de beslisondersteuner en het verzamelen van data. Tegelijkertijd wordt naar de ervaringen van gebruikers van de beslisondersteuner en suggesties van experts binnen bepaalde vakgebieden gevraagd. Zo is er een kwaliteit en beheergroep opgericht die vier keer per jaar bij elkaar komt en waarin onder andere de ervaringen met de beslisondersteuner en ideeën voor verbetering worden besproken. Ook zijn in 2014 trainingen gegeven aan ruim 1.300 professionals over het gebruik van de beslisondersteuner. De opmerkingen van de deelnemers zijn gebruikt voor verbetering van de beslisondersteuner. Tot slot is in het voorjaar van 2014 een taalbureau ingeschakeld om het taalniveau van de beslisondersteuner naar B1 te brengen. Dit is het niveau wat de meeste Nederlanders begrijpen.

Op basis van bovenstaande is begin juli 2014 de versie 1.1.y van de beslisondersteuner live gegaan, gevolgd door versie 1.2.y eind augustus 2014. Begin juni 2015 is de huidige versie van de beslisondersteuner, versie 1.3.y, in gebruik genomen.

Opbouw van de beslisondersteuner

De vragenlijst in de beslisondersteuner onderscheidt dertien hoofdklachten die verband houden met psychische klachten of psychische aandoeningen zoals beschreven in de DSM (DSM-IV-TR, 2000). Deze hoofdklachten zijn zo gekozen dat het vrijwel alle klachten omvat waarmee patiënten zich aanmelden bij de GGZ. Uit deze lijst mogen er maximaal drie gekozen worden. Het doel ervan is enerzijds om te zorgen dat het niet te veel tijd gaat kosten om de vragenlijst in te vullen. Anderzijds ook om de patiënt te laten nadenken welke klachten op de voorgrond staan en de belangrijkste reden zijn om hulp te zoeken. Indien de patiënt meerdere hoofdklachten heeft geselecteerd kan de patiënt aan het einde van de vragenlijst aangeven wat de belangrijkste hoofdklacht is waarvoor hij/zij behandeld wil worden.

Bij elke hoofdklacht volgt een set aanvullende vragen. De aanvullende vragen zijn deels afgeleid van de 4DKL (B. Terluin, 1996) en de MINI (Sheehan, D.V., Lecrubier, Sheehan, K.H., e.a., 1998). Naast de hoofdklachten kunnen ook andere klachten of problemen of omstandigheden aangegeven worden, zoals relatieproblemen, eenzaamheid of problemen op het werk of met de studie. Dit zijn klachten die niet direct verband houden met psychische

klachten of aandoeningen zoals beschreven in de DSM-IV, maar voor patiënten wel reden kunnen zijn om hulp te zoeken en een complicerende factor kunnen vormen bij behandeling van de hoofdklacht(en). Tot slot volgen enkele algemene vragen over o.a. de duur van de bestaande klachten en eerdere psychische zorg.

Berekening van het verwijlsadvies en scores op criteria landelijk verwijlmodel

Achter de vragen zitten wegingsfactoren waarmee een subscore op de volgende vijf categorieën wordt berekend: vermoeden van DSM-stoornis, ernst, risico, complexiteit en duur van de klachten.

Onderstaand worden de vijf categorieën nader toegelicht.

Vermoeden van DSM-stoornis: De subscore in deze categorie geeft aan of er enkel sprake is van klachten of dat er een vermoeden is van een psychische stoornis, zoals gedefinieerd in de DSM-IV-TR. Dit wordt bepaald op basis van de ernst en de duur van de gerapporteerde klachten.

Ernst: Deze subscore geeft aan in hoeverre de klachten de patiënt beperken in het dagelijks functioneren. De score wordt bepaald op basis van de antwoorden op de aanvullende vragen bij de hoofdklachten. De mogelijke subscores zijn: geen, subklinisch, licht, matig of ernstig.

Risico: Deze subscore geeft aan of er sprake is van gevaar voor de patiënt of diens omgeving. De risicoscore wordt bepaald op basis van specifieke antwoorden op geselecteerde vragen en enkele combinaties van antwoorden. Het risico kan laag, matig of hoog zijn.

Complexiteit: Er is sprake van complexiteit als er verschillende psychische klachten aanwezig zijn. De complexiteit wordt bepaald op basis van het aantal geselecteerde hoofdklachten en de ernst van deze hoofdklachten. De mogelijke subscores zijn: geen, laag en hoog.

Duur van de klachten: De patiënt geeft bij de algemene vragen aan hoe lang hij/zij al last heeft van klachten. Dit kan zijn: korter dan 3 maanden, 3 tot 6 maanden, 6 maanden tot 2 jaar of langer dan 2 jaar.

Middels een toeleidingstabel gebaseerd op de verwijscriteria van het in 2014 ingevoerde landelijke verwijlmodel voor de GGZ (Bakker & Jansen, 2013) wordt vervolgens het best passende zorgproduct bepaald dat de zorgprofessional als toeleidingsadvies voor vervolgzorg ontvangt.

Onderstaand de adviezen voor vervolgzorg die door de beslisondersteuner gegeven kunnen worden.

POH/Huisartsenzorg: Kortdurende zorg vanuit de huisartsenpraktijk. Deze zorg omvat o.a. probleemverheldering, diagnostiek, psycho-educatie, behandeling van klachten en preventie.

Generalistische Basis GGZ: Kortdurende zorg voor patiënten bij wie een psychische stoornis, zoals gedefinieerd in de DSM-IV-TR, is vastgesteld. Er is geen sprake van hoog risico of hoge complexiteit. De generalistische Basis GGZ kan verder onderverdeeld worden in vier verschillende producten gebaseerd op de ernst en duur van de klachten: kort, middel, intensief en chronisch.

Gespecialiseerde GGZ: Langdurige, specialistische zorg voor patiënten bij wie sprake is van stoornis en een daarbij gepaard gaand hoog risico en/of hoge complexiteit.

In het verwijzadvies wordt rekening gehouden met de fungerende regelgeving met betrekking tot welke zorg behoort in het verzekerde pakket.

Bij het advies kan ook de melding “betreft mogelijk spoed” gegeven worden. Dat is bijvoorbeeld het geval als de patiënt in de vragenlijst aangeeft concrete zelfmoordplannen te hebben. Dit is een signaal aan de zorgverlener om aandacht te besteden aan de factoren die geleid hebben tot de melding. Het is aan de zorgverlener om te bepalen of het daadwerkelijk noodzakelijk is de patiënt met spoed toe te leiden.

*De volledige onderzoeksverslagen waarop deze uitgebreide samenvatting is gebaseerd, zijn opvraagbaar bij Stichting mirro.

2. Onderzoekmethode

In deze rapportage worden de resultaten van vier onderzoeken naar de voorspellende waarde en gebruiksvriendelijkheid van de mirro beslisondersteuner mentale zorg naast elkaar gezet en met elkaar vergeleken.

Bij alle onderzoeken was de belangrijkste vraagstelling in hoeverre het advies van de beslisondersteuner overeenkwam met het advies van de zorgverlener. Hiervoor is het behandeladvies van de beslisondersteuner in alle onderzoeken vergeleken met dat van de professional. Ook zijn de subscores op de vijf verwijscriteria (vermoeden van DSM-stoornis, ernst, risico, complexiteit en duur van de klachten) vergeleken. Bij de onderzoeken 1 t/m 3 zijn de door de patiënt gekozen hoofdklachten vergeleken met de aangemeldklacht volgens de zorgverlener. Bij onderzoek 4 is deze vergelijking niet gemaakt.

Daarnaast is de gebruiksvriendelijkheid geïnventariseerd. Hiervoor zijn aan de deelnemers aan de onderzoeken vragen gesteld over het goed kunnen begrijpen van de vragen, de overzichtelijkheid van het invulscherm, de tijd die het kost om in te vullen, het goed kunnen aangeven van de klachten en het wel of niet prettig vinden om de vragenlijst thuis of op een andere plek te kunnen invullen. Bij elke vraag waren er vier antwoordmogelijkheden waarvan twee positief en twee negatief. Tot slot is deelnemers gevraagd naar een rapportcijfer voor de beslisondersteuner.

Onderzoek 1

Met het in gebruik nemen van de eerste versie van de digitale beslisondersteuner is een onderzoek (onderzoek 1) bij de Parnassia Groep gestart. Vijf psychologen van de Parnassia Groep hebben de beslisondersteuner ingezet bij cliënten die wilden deelnemen aan het onderzoek. De cliënt kreeg eerst het reguliere telefonische interview en werd na afloop gevraagd om de beslisondersteuner in te vullen. De interviewer bepaalde op basis van het telefonisch interview de toeleiding en gaf een inschatting van de subscores op de vijf verwijscriteria (vermoeden van DSM-stoornis, ernst, risico, complexiteit en duur van de klachten). Tot slot werd telefonisch aan de cliënt een aantal vragen over de gebruiksvriendelijkheid van de beslisondersteuner gesteld.

Onderzoek 2

Voor een verbeterde aansluiting bij het verwijsproces en het beoogde gebruik van de beslisondersteuner is in mei 2014 een tweede onderzoek bij de Parnassia Groep van start gegaan. Hierbij zijn alle telefonisch interviewers van de Parnassia Groep betrokken. Alle cliënten die zich gedurende de laatste twee weken van mei 2014 hebben aangemeld voor een telefonisch interview voor de toeleiding naar een zorgonderdeel van de Parnassia Groep werden gevraagd de beslisondersteuner voorafgaand aan het telefonisch interview in te vullen. De interviewer vormde op basis van de telefonische interview een beeld over de verwijscriteria en de vervolgzorg en rapporteerde dit in een verslag. De interviewer had geen inzage in het advies van de beslisondersteuner en de antwoorden van de cliënt op de vragen in de beslisondersteuner.

Op basis van de resultaten van onderzoek 1 en 2 en de ervaringen en suggesties van professionals die met de beslisondersteuner gewerkt hebben, is de vragenlijsten in de eerste digitale versie van de beslisondersteuner op een aantal punten gewijzigd. Er zijn vragen verwijderd en vragen toegevoegd om tot een betere weging van de ernst te komen. Er is nog eens kritisch gekeken welke antwoorden op welke vragen tot een matig of hoog risico moeten leiden. Daarnaast is een taalbureau gevraagd om het taalniveau van de

beslisondersteuner naar het niveau B1 te brengen. Dit is het niveau wat de meeste Nederlanders begrijpen.

Onderzoek 3

In juli 2014 is onderzoek 3 bij de Parnassia Groep gestart met de verbeterde versie van de beslisondersteuner, versie 1.1.y. Wederom zijn alle cliënten die zich in een bepaalde periode (eind juli tot begin augustus 2014) bij de Parnassia Groep hebben aangemeld gevraagd om de beslisondersteuner in te vullen en een aantal vragen over de gebruiksvriendelijkheid te beantwoorden.

Bij onderzoek 3 is een vervolgonderzoek gedaan om te bepalen of er verschillen bestaan tussen zorgverleners bij het geven van een verwijsadvies. Tachtig steekproefsgewijze casussen uit dit onderzoek zijn opnieuw voorgelegd aan een zorgverlener van de Parnassia Groep die in eerste instantie niet meegewerkt had aan het onderzoek. Op basis van een schriftelijk verslag van het telefonische interview heeft deze zorgverlener een verwijsadvies bepaald en dit is vergeleken met het eerdere verwijsadvies.

Na onderzoek 3 is opnieuw een aantal aanpassingen gedaan aan de beslisondersteuner. Bij de algemene vragen zijn een aantal vragen toegevoegd over het dagelijks functioneren van de cliënt. Dit weegt mee in de bepaling van de ernst. Ook is een vraag over coping opgenomen. Daarnaast is de weging van complexiteit aangepast door ook enkele van de overige klachten/omstandigheden mee te laten wegen.

Onderzoek 4

Eind augustus is versie 1.2.y in gebruik genomen en is het onafhankelijke onderzoeksbureau Pharmerit BV ingeschakeld om onderzoek te doen naar de beslisondersteuner (onderzoek 4). Dit onderzoek vond plaats bij de HSK-groep. HSK biedt behandelingen in de Basis GGZ en specialistische GGZ. De data voor dit onderzoek zijn verzameld in de periode augustus 2014 tot februari 2015.

Vergelijkbaar met voorgaande onderzoeken vulden cliënten de beslisondersteuner in voorafgaand aan een semi-gestructureerd face-to-face interview met een zorgverlener. De zorgverlener gaf op basis van het interview een behandeladvies zonder de uitkomst van de beslisondersteuner te hebben gezien.

In tabel 1 staat een overzicht van de kenmerken van de vier verschillende onderzoeken.

Tabel 1: Kenmerken uitgevoerde pilots

	Versie Beslis- ondersteuner	Periode	Aantal cliënten
Onderzoek 1 Parnassia Groep	1.0.y	Maart 2014	120
Onderzoek 2 Parnassia Groep	1.0.y	Mei 2014	171
Onderzoek 3 Parnassia Groep	1.1.y	Juli 2014	312
Onderzoek 4 HSK	1.2.y	Aug 2014 t/m Feb 2015	120

3. Resultaten

In tabel 2 zijn de adviezen van de beslisondersteuner te zien bij de vier verschillende onderzoeken.

Tabel 2: Behandeladvies beslisondersteuner

Advies	Onderzoek 1	Onderzoek 2	Onderzoek 3	Onderzoek 4
	Versie 1.0.y PG	Versie 1.0.y PG	Versie 1.1.y PG	Versie 1.2.y HSK
Geen GGZ	3 (3%)	3 (2%)	4 (1%)	0 (0%)
Huisartsenzorg/POH-GGZ	1 (1%)	3 (2%)	6 (2%)	13 (11%)
Basis GGZ	63 (52%)	78 (46%)	110 (35%)	60 (50%)
Gespecialiseerde GGZ	53 (44%)	87 (51%)	192 (62%)	47 (39%)
Totaal	120	171	312	120

De weging van het risico en de complexiteit is op een aantal punten gewijzigd in versie 1.1.y. Dit heeft geleid tot een verschuiving in de verhouding tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. In versie 1.1.y geeft de beslisondersteuner vaker het advies gespecialiseerde GGZ.

In tabel 3 staan de adviezen van de zorgverleners.

Tabel 3: Behandeladvies zorgverleners

Advies	Onderzoek 1	Onderzoek 2	Onderzoek 3	Onderzoek 4
	Versie 1.0.y PG	Versie 1.0.y PG	Versie 1.1.y PG	Versie 1.2.y HSK
Geen GGZ	-	-	1 (0%)	5 (4%)
Huisartsenzorg/POH-GGZ	3 (3%)	2 (1%)	3 (1%)	-
Basis GGZ	29 (24%)	52 (30%)	58 (19%)	45 (38%)
Gespecialiseerde GGZ	88 (73%)	117 (68%)	250 (80%)	70 (58%)
Totaal	120	171	312	120

Bij de door de zorgverlener gegeven adviezen valt op dat HSK minder vaak naar de SGGZ verwijst en vaker naar de BGGZ dan de Parnassia Groep. Bij de onderzoeken bij de Parnassia Groep valt op dat het percentage patiënten wat naar BGGZ en SGGZ wordt verwezen verschilt per onderzoek. Mogelijke verklaringen hiervan zijn niet onderzocht.

Resultaten vergelijking advies beslisondersteuner met advies zorgverlener

Tabel 4: Overeenkomst tussen advies beslisondersteuner en advies zorgverlener

	Onderzoek 1 Versie 1.0.y (N=120)	Onderzoek 2 Versie 1.0.y (N=171)	Onderzoek 3 Versie 1.1.y (N=297)	Onderzoek 4 Versie 1.2.y (N=120)
Advies komt overeen	76%	75%	73%	47%
Advies beslis-ondersteuner te licht	18%	17%	21%	39%
Advies beslis-ondersteuner te zwaar	6%	8%	6%	14%

De resultaten van de onderzoeken bij de Parnassia Groep laten een zelfde beeld zien. Bij ongeveer driekwart van de cliënten is de zorgverlener het eens met het advies van de beslisondersteuner. De zorgverlener vindt het advies van de beslisondersteuner vaker te licht dan te zwaar. Dat laatste geldt ook voor onderzoek 4. Het percentage waarbij afgeweken wordt van het advies van de beslisondersteuner is bij onderzoek 4 echter veel hoger.

In tabel 5 het percentage cliënten waarbij de belangrijkste hoofdklacht dan wel één van de gekozen hoofdklachten overeenkomt met de aanmeldklacht volgens de interviewer. Een aantal cliënten kiest geen enkele hoofdklacht. Deze cliënten zijn niet opgenomen in onderstaande tabel.

Bij het vervolgonderzoek bij onderzoek 3 gaf de tweede zorgverlener in 42 van de 80 casussen (52,5%) hetzelfde verwijsadvies als de eerste zorgverlener. Bij 38 casussen (47,5%) kwam de zorgverlener tot een ander advies.

Tabel 5: Overeenkomst op hoofdklacht

	Onderzoek 1 Versie 1.0.y (N=119)	Onderzoek 2 Versie 1.0.y (N=169)	Onderzoek 3 Versie 1.1.y (N=283)
Belangrijkste hoofdklacht komt overeen met aanmeldklacht volgens zorgverlener	77%	79%	75%
Eén van de gekozen hoofdklachten komt overeen met aanmeldklacht volgens zorgverlener	92%	92%	91%

Naast de vergelijking van het verwijsadvies is bij de verschillende onderzoeken gekeken naar het overeen komen van de subscores op de vijf verwijscriteria. Bij elk onderzoek is aan de

zorgverlener gevraagd om een oordeel te geven over de score op de vijf verwijscriteria. In tabel 6 t/m 10 de resultaten per verwijs criterium.

Tabel 6: Vergelijking van overeenkomst beslisondersteuner en oordeel professional op subscore vermoeden van DSM-stoornis

	Onderzoek 1 Versie 1.0.y (N=114)	Onderzoek 2 Versie 1.0.y (N=164)	Onderzoek 3 Versie 1.1.y (N=288)	Onderzoek 4 Versie 1.2.y (N=116)
Subscore komt overeen	95%	92%	94%	84%
Subscore beslis- ondersteuner te licht	-	2%	2%	12%
Subscore beslis- ondersteuner te zwaar	5%	6%	5%	3%

Op vermoeden van een DSM-stoornis komt de inschatting van de zorgverlener vaak overeen met de conclusie van de beslisondersteuner. Wat opvalt is dat in geval van afwijking, bij het HSK-onderzoek de subscore van de beslisondersteuner vaker te licht wordt bevonden, terwijl dit bij de Parnassia Groep vaker te zwaar wordt bevonden.

Tabel 7: Vergelijking van overeenkomst beslisondersteuner en oordeel professional op subscore ernst van de problematiek

	Onderzoek 1 Versie 1.0.y (N=115)	Onderzoek 2 Versie 1.0.y (N=162)	Onderzoek 3 Versie 1.1.y (N=288)	Onderzoek 4 Versie 1.2.y (N=116)
Ernst komt overeen	50%	39%	44%	36%
Ernst beslisondersteuner te licht	6%	5%	6%	41%
Ernst beslisondersteuner te zwaar	43%	56%	50%	23%

Op ernst van de problematiek komt de inschatting van de interviewer in minder dan de helft van de gevallen overeen met de ernst van de beslisondersteuner. Bij de Parnassia Groep vindt men de ernst van de beslisondersteuner over het algemeen te zwaar. Bij HSK vindt met de ernst vaker te licht.

Tabel 8: Vergelijking van overeenkomst beslisondersteuner en oordeel professional op subscore risico

	Onderzoek 1 Versie 1.0.y (N=115)	Onderzoek 2 Versie 1.0.y (N=164)	Onderzoek 3 Versie 1.1.y (N=286)	Onderzoek 4 Versie 1.2.y (N=116)
Risico komt overeen	51%	55%	52%	56%
Risico beslisondersteuner te licht	10%	5%	13%	5%
Risico beslisondersteuner te zwaar	38%	40%	36%	39%

Op risico komt de inschatting van de zorgverlener in iets meer dan de helft van de gevallen overeen met de conclusie van de beslisondersteuner. In alle onderzoeken komt naar voren dat de zorgverlener het risico zoals bepaald door de beslisondersteuner vaak te hoog vindt.

Tabel 9: Vergelijking van overeenkomst beslisondersteuner en oordeel professional op subscore complexiteit

	Onderzoek 1 Versie 1.0.y (N=115)	Onderzoek 2 Versie 1.0.y (N=164)	Onderzoek 3 Versie 1.1.y (N=288)	Onderzoek 4 Versie 1.2.y (N=116)
Complexiteit komt overeen	60%	55%	53%	38%
Complexiteit beslisondersteuner te licht	25%	20%	25%	33%
Complexiteit beslisondersteuner te zwaar	15%	25%	22%	29%

Op complexiteit komt de inschatting van de interviewer bij de Parnassia Groep in iets meer dan de helft van de gevallen overeen met de conclusie van de beslisondersteuner. Bij HSK ligt dit percentage lager.

Tabel 10: Vergelijking van overeenkomst beslisondersteuner en oordeel professional op subscore duur van de klachten

	Onderzoek 1 Versie 1.0.y (N=114)	Onderzoek 2 Versie 1.0.y (N=164)	Onderzoek 3 Versie 1.1.y (N=287)
Duur komt overeen	82%	79%	71%
Duur beslisondersteuner te licht	14%	13%	20%
Duur beslisondersteuner te zwaar	4%	8%	9%

De behandelaar bij HSK is niet gevraagd naar een inschatting van de duur van de klachten. De inschatting van de zorgverlener bij de Parnassia Groep komt in 71% tot 82% van de gevallen overeen met de subscore op de beslisondersteuner.

Resultaten gebruikerservaringen beslisondersteuner

In tabel 11 een overzicht van de percentages cliënten die positief antwoorden op de vragen naar gebruikerservaringen met de beslisondersteuner.

Tabel 11: Percentage cliënten dat positief is over de gebruiksvriendelijkheid van de beslisondersteuner

	Onderzoek 1 Versie 1.0.y (N=120)	Onderzoek 2 Versie 1.0.y (N=171)	Onderzoek 3 Versie 1.1.y (N=297)	Onderzoek 4 Versie 1.2.y (N=116)
Zijn de vragen goed te begrijpen?	99%	97%	96%	99%
Vindt u het invulscherm overzichtelijk?	99%	98%	98%	-
Wat vindt u van de tijd die het kost om de vragenlijst in te vullen?	99%	95%	93%	97%
Vindt u dat u uw klachten goed heeft kunnen aangeven?	74%	68%	70%	73%
Vond u het prettig deze vragenlijst thuis of op een andere plek te kunnen invullen?	94%	95%	92%	97%
Rapportcijfer	7,4	7,5	7,5	7,5

De vier onderzoeken laten een soortgelijk beeld zien als het gaat om de gebruikerservaringen met de beslisondersteuner. Het grootste deel van de cliënten antwoordt positief op de verschillende vragen naar gebruikerservaringen. Op het onderdeel “klachten goed kunnen aangeven” is vooruitgang te boeken.

4. Discussie

Dit rapport geeft een overzicht van de resultaten uit vier onderzoeken die uitgevoerd zijn naar de voorspellende waarde en gebruiksvriendelijkheid van de beslisondersteuner mentale zorg van mirro. Het doel van deze onderzoeken was het vergelijken van het advies van de beslisondersteuner met het oordeel van de zorgverlener op het gegeven verwijsadvies en de inschatting van de ernst, het risico, de complexiteit, het vermoeden van het wel/niet voldoen aan de criteria voor het hebben van een DSM-stoornis en tot slot de duur. Bij de eerste drie onderzoeken bij de Parnassia Groep is ook gekeken naar overeenkomsten bij het bepalen van de hoofdklachten van de cliënt.

Vergelijking advies beslisondersteuner met advies zorgverlener

Bij de drie onderzoeken bij de Parnassia Groep liggen de percentages waarbij het advies van de beslisondersteuner en de zorgverlener gelijk is niet ver uit elkaar (76%, 74% en 73%). Dit ondanks dat er bij onderzoek 1 en 2 een andere vragenlijstversie werd gebruikt dan bij onderzoek 3. In het vierde onderzoek dat uitgevoerd is bij HSK ligt dit percentage (47%) veel lager. Als we kijken naar de adviezen van de beslisondersteuner is opvallend dat er bij de onderzoeken bij de Parnassia Groep een hoger percentage advies Specialistische GGZ dan Generalistische Basis GGZ gegeven wordt, terwijl dit bij HSK andersom is, meer Generalistische Basis GGZ dan Specialistische GGZ. Er zijn een aantal mogelijk verklaringen voor het lager percentage gelijk advies bij het vierde onderzoek. Om hier uitsluitel over te kunnen doen is nader onderzoek nodig. Mogelijke verklaringen zijn:

- De zorgaanbieders verschillen van cliëntpopulatie. Het kan zijn dat de beslisondersteuner bij bijvoorbeeld somatoforme stoornissen minder goede adviezen geeft. Deze specifieke cliëntpopulatie is bij HSK meer vertegenwoordigd.
- De twee zorgaanbieders hanteren verschillende interne richtlijnen. Interne richtlijnen kunnen een rol spelen in het bepalen welke cliënten welke behandelproduct krijgen. De beslisondersteuner hanteert het verwijzingsmodel van HHM als uitgangspunt voor het advies voor vervolgzorg. Interne richtlijnen kunnen vanwege diverse redenen afwijken van het landelijke verwijzingsmodel. Uit het onderzoek bij HSK blijkt dat men in 29% van de gevallen tot een ander behandelproduct kwam dan het geval was geweest als het verwijzingsmodel was toegepast. Of en zo ja in welke mate dit het geval is bij de Parnassia Groep, is niet onderzocht. Wel is bekend dat cliënten bij de Parnassia Groep voor ADHD diagnostiek standaard toegeleidt worden naar de SGGZ ongeacht de complexiteit en het risico. De beslisondersteuner maakt hier wel onderscheid in, bij afwezigheid van hoge complexiteit en risico wordt conform het landelijk verwijzingsmodel het advies GBGGZ gegeven met ook de inhoudelijke motivatie dat de diagnosestelling van niet complexe of risicovolle ADHD in de GBGGZ kan plaatsvinden.
- HSK werkt sinds 2015 met een vijfde prestatie in de GBGGZ. Het zogenaamde umami product dat uit meer behandelminuten bestaat (<https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-psychologische-zorg/de-generalistische-basis-ggz-compleet-met-umami>). Hierdoor is het mogelijk cliënten die naar de mening van de zorgaanbieder meer sessies nodig hebben dan het gebruikelijke aantal van de GBGGZ, toch in de GBGGZ te behandelen. De beslisondersteuner adviseert voor deze cliëntengroep GBGGZ. Het is mogelijk dat HSK deze cliëntgroep in 2014 ten tijde van het onderzoek in de SGGZ behandelde en dit nu in de GBGGZ doet. En er in dat geval mogelijk een hogere overeenstemming met de beslisondersteuner zou zijn geweest.

In alle onderzoeken wordt het advies van de beslisondersteuner vaker te licht dan te zwaar bevonden. De GBGGZ is per 1-1-2014 ingevoerd met als doel GGZ-zorg meer in de buurt van de cliënt te bieden. Ook is de POH-GGZ uitgebreid. Deze nieuwe inrichting van de GGZ heeft als doel dat er een verschuiving plaatsvindt van de gespecialiseerde GGZ naar de GBGGZ en dat door uitbreiding van de POH-GGZ meer cliënten met psychische klachten in de huisartspraktijk behandeld kunnen worden. Het advies voor vervolgzorg van de beslisondersteuner houdt rekening met verschuiving in de zorg. Een verandering vergt altijd tijd en gewenning. De onderzoeken zijn grotendeels in 2014 uitgevoerd. Het is mogelijk dat de zorgverleners nog maar beperkt gewend waren met de nieuwe verwijscriteria, en daarom het advies uit de beslisondersteuner vaak te licht vinden. Het is aannemelijk dat dit fenomeen ook bij de Parnassia Groep speelt.

Vergelijking advies verwijscriteria beslisondersteuner en zorgverlener

Op de verwijscriteria van het verwijcmodel (vermoeden van stoornis, ernst, risico, complexiteit en duur van de klachten) zijn er ook verschillen tussen de onderzoeken. Deze kunnen verklaard worden door o.a. verschillen in cliëntpopulaties, de wijze waarop de psycholoog komt tot een advies op deze verwijscriteria en intern beleid bij de verschillende zorgaanbieders. Onderstaand worden naast deze mogelijke verklaringen per criterium de resultaten nader beschouwd.

Bij de inschatting door de beslisondersteuner of er sprake is van het vermoeden van een stoornis en bij de duur van de klachten komt het advies van de beslisondersteuner in meer dan 70% van de gevallen overeen met de psycholoog. Bij het vermoeden van een stoornis is dit bij alle onderzoeken hoger dan 84%. Opvallend is dat bij het onderzoek bij HSK de psycholoog vaker van mening is dat er wel sprake is van een vermoeden op een DSM-stoornis dan de beslisondersteuner, terwijl dit bij de Parnassia Groep andersom is.

De inschatting van de ernst door de beslisondersteuner komt in de verschillende onderzoeken in respectievelijk 50%, 39%, 44% en 36% van de gevallen exact overeen met het advies uit de beslisondersteuner. Opvallend is dat de psychologen in de eerste drie onderzoeken in bijna alle gevallen waarbij zij het niet eens zijn met het ernstadvies, dit advies te zwaar vinden. In het vierde onderzoek bij HSK is dit andersom, de psychologen vinden het ernstadvies vaker te licht.

Het landelijk verwijcmodel voor de GGZ gaat uit van 5 ernstgradaties: geen, subklinisch, licht, matig en ernstig (Bakker & Jansen, 2013). Voor de meeste psychische stoornissen zoals geclassificeerd in de DSM-IV-TR worden geen duidelijke criteria voor de ernst beschreven. Het is hierdoor goed mogelijk dat psychologen een verschillende interpretatie geven aan een ernstgradatie. Dit kan ook beïnvloed worden door het beleid van de zorgaanbieder waar de psycholoog werkt. Wat een psycholoog bij zorgaanbieder A een 'lichte' ernst vindt kan door de psycholoog bij zorgaanbieder B als 'matig' aangemerkt worden. Het is aannemelijk dat er ook interpretatieverschillen zijn bij de ernstgradaties bij psychologen bij dezelfde zorgaanbieder of zelfs bij één psycholoog op verschillende tijdstippen. Dit geldt ook voor de begrippen risico en complexiteit. Zie hiervoor ook de paragraaf discussie onderzoeksmethode.

De risico en de complexiteit inschatting van de beslisondersteuner komt bij bijna alle onderzoeken in iets meer dan 50% van de gevallen overeen. Bij het risico geldt dat de psycholoog het risicoadvies van de beslisondersteuner in alle onderzoeken vaak te hoog vinden. Er is hier een duidelijk lijn te zien in de onderzoeksresultaten. Bij de ontwikkeling van

de beslisondersteuner is er ook doelbewust voor gekozen om het instrument gevoelig te laten zijn voor potentiële risico's voor de gezondheid en veiligheid van de cliënt of zijn of haar omgeving. In het kader van de patiëntveiligheid is het beter om onterecht het risico te hoog in te schatten dan dat een hoog risico gemist wordt. Het percentage dat de psychologen het risicoadvies van de beslisondersteuner te zwaar vinden ligt echter wel erg hoog. Dit geeft aanleiding om te onderzoeken hoe de beslisondersteuner op dit vlak verbeterd kan worden.

Wanneer de psychologen in de 4 onderzoeken het niet eens zijn met het complexiteitsadvies vinden de zij inschatting ongeveer even vaak te hoog of te laag. Complexiteit is een lastig begrip: Volgens het landelijk verwijsmodel is problematiek complex wanneer er sprake is van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek op As 2, 3 of 4 van de DSM-IV-TR die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt (Bakker & Jansen, 2013). In deze definitie zit veel ruimte voor interpretatie. De beslisondersteuner kijkt met name naar het hebben van verschillende hoofdklachten met een hoge ernst bij het bepalen van de complexiteit. Waarbij er voor specifieke gevallen van interferenties uitzonderingsregels gemaakt zijn op de standaard bepaling van de complexiteit. De beslisondersteuner kan op dit vlak nog verder doorontwikkeld worden.

Cliëntervaring met de beslisondersteuner

De vier onderzoeken laten een zeer consistent beeld zien wat betreft de ervaringen van cliënten met de beslisondersteuner. Zij geven het instrument in alle onderzoeken gemiddeld een 7,4 of 7,5. Bijna alle cliënten die de vragenlijst in de beslisondersteuner hebben ingevuld vinden de vragen duidelijk, ervaren de lengte van de vragenlijst als niet te lang en vinden het prettig om thuis de vragenlijst in te vullen.

Ongeveer driekwart van de cliënten kan zijn of haar klachten in de vragenlijst goed aangeven. Een kwart geeft aan dit niet helemaal goed te kunnen. De beslisondersteuner is naar aanleiding van dit resultaat aangepast. Er is een tekstveld opgenomen op het eind van de vragenlijst waar de cliënt zijn of haar hulpvraag kan omschrijven. Het is nog niet onderzocht of cliënten hierdoor vinden dat zij beter hun klachten kunnen aangeven in de beslisondersteuner.

Discussie van onderzoeksmethode

In de vier onderzoeken is bijna nagenoeg dezelfde onderzoeksopzet gehanteerd. De cliënt vult zelfstandig de vragenlijst in voorafgaand aan het gesprek met de psycholoog. De psycholoog neemt, zonder dat deze het advies van de beslisondersteuner heeft ingezien, een intakegesprek of interview af met de cliënt en geeft op basis van dit gesprek een inschatting van het benodigde vervolg en een inschatting op de verwijscriteria. Alleen bij onderzoek 1 vulde de cliënt na het gesprek met de psycholoog de vragenlijst in. We zien dat er weinig verschillen zijn tussen de resultaten van onderzoek 1 en 2. Deze andere volgorde lijkt de wijze waarop de cliënt de beslisondersteuner invulde niet beïnvloed te hebben.

In alle gevallen is het oordeel van de zorgverlener als 'gouden standaard' gebruikt om het advies van de beslisondersteuner mee te vergelijken. Er is een belangrijke kanttekening te plaatsen bij deze onderzoeksmethode. Het is namelijk niet bekend hoe goed de 'gouden standaard' is. Uit eerder onderzoek naar verwijzingen naar de GGZ bij een huisartsenpraktijk is gebleken dat er verschil is tussen huisartsen in verwijsgedrag (Elzinga, J., 2011). Dit verschil lijkt ook tussen zorgverleners in de GGZ te bestaan. De zogenaamde "test-hertest" betrouwbaarheid tussen zorgverleners bleek in het derde onderzoek 52,5% te zijn op het advies voor vervolgzorg. Kortom de psychologen kwamen in iets meer dan de helft van de

gevallen tot eenzelfde advies voor vervolgzorg. Dit is lager dan de overeenstemming tussen het advies van de beslisondersteuner en de psycholoog in deze zelfde onderzoekspopulatie. Dit moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Het opnieuw beoordelen van de casussen door één behandelaar is gedaan op basis van een schriftelijk verslag van het telefonisch interview. Het is mogelijk dat het oordeel van de psycholoog die de second opinion gaf anders was geweest als deze een interview had gehouden met de cliënt. Desalniettemin geeft het grote verschil in advies tussen twee zorgverleners aanleiding om vraagtekens te stellen bij de kwaliteit van de 'gouden standaard' zoals gekozen in de onderzoeksmethode.

Voorspellende waarde beslisondersteuner

Uit de onderzoeksresultaten waarbij het advies van de beslisondersteuner vergeleken wordt met dit van het oordeel van de psycholoog kunnen geen definitieve conclusies getrokken worden over de voorspellende waarde van de beslisondersteuner.

Het vervolgonderzoek bij onderzoek 3 laat zien dat er minder overeenstemming is tussen het oordeel van twee verschillende psychologen over het vervolgzorgadvies voor cliënten met psychische klachten dan tussen de psychologen en de beslisondersteuner. Op basis van deze resultaten kan voorzichtig gesteld worden dat de beslisondersteuner helpt bij het verkleinen van de verschillen in adviezen voor vervolgzorg tussen zorgverleners. Nader onderzoek is nodig om dit te kunnen bevestigen.

Toegevoegde waarde van de behandelondersteuner in de praktijk

Meer beschouwend geldt dat de beslisondersteuner de psycholoog helpt om gestructureerd de klachten en omstandigheden bij de cliënt uit te vragen. De beslisondersteuner geeft overzichtelijk de antwoorden van de cliënt op alle vragen weer. Dit helpt bij het gesprek met de cliënt om de relevante aspecten bij de bepaling van de juiste vervolgzorg te bespreken. Bij opvallende of tegenstrijdige antwoorden kan om een nadere uitleg gevraagd worden. Ook beschikt de psycholoog al voordat deze de cliënt ziet over veel informatie over de klachten en omstandigheden van de cliënt.

Het gebruik van beslisondersteuner maakt ook een gedetailleerd inzicht in verwijzingen en intakes en het verwijs en intakeproces mogelijk. Met de gegevens uit de beslisondersteuner maakt mirro spiegelrapportages voor zorgaanbieders. De inzichten uit de spiegelrapportages kunnen door zorgaanbieders worden gebruikt om het verwijsproces of intakeproces te verbeteren.

Vanwege o.a. tijdsdruk, persoonlijke omstandigheden en verschillen in ervaringen is het aannemelijk dat de zorgprofessional niet altijd het optimale advies voor vervolgzorg geeft of kan geven aan de cliënt. Het inzetten van de beslisondersteuner houdt de zorgprofessional scherp, dit verbetert de kwaliteit van het advies voor vervolgzorg. Ook wordt er bewuster gekeken naar hoe de cliënt scoort op de verschillende criteria van het verwijsmodel. Ingezet in de huisartspraktijk kan dit ervoor zorgen dat cliënten eerder op de juiste plek komen en daardoor bijvoorbeeld niet onnodig op een wachtlijst staan. Door het meesturen van het advies uit de beslisondersteuner beschikt de GGZ voorafgaand aan de intake al over veel informatie over de cliënt. Hier hebben cliënten baat bij en dit draagt bij aan een betere kwaliteit van zorg.

Adviezen voor toekomstig onderzoek naar de beslisondersteuner

Om een beter oordeel te geven over de voorspellende waarde van de beslisondersteuner is nader onderzoek nodig naar het uiteindelijke traject wat de cliënt volgt. Komt het initiële advies voor vervolgzorg overeen de daadwerkelijke ontvangen zorg, was de behandeling

succesvol, is er sprake van recidive? Een koppeling met de ROM-gegevens kan meer informatie geven over de ernst van de klachten en het effect van de ingestelde behandeling.

De beslisondersteuner is tot nu toe onderzocht bij cliënten die door de huisarts naar Generalistische Basis GGZ of Gespecialiseerde GGZ zijn verwezen. De adviezen “geen ggz” of “POH/Huisartsenzorg” kwamen dan ook weinig voor. Nader onderzoek naar de beslisondersteuner is nodig bij de populatie cliënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk.

Bij alle onderzoeken is de beslisondersteuner zelfstandig, zonder hulp van een zorgverlener, door de cliënt ingevuld. Dit om een goede vergelijking te kunnen maken tussen het advies van de beslisondersteuner en het advies van de zorgverlener. De beslisondersteuner wordt in de praktijk ook afgenomen onder begeleiding van een zorgverlener. Het kan interessant zijn te onderzoeken wat de waarde van de beslisondersteuner is als het instrument op deze manier ingezet wordt.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. text rev.). Washington, DC: Author.

Bakker, P. & Jansen P. (2012). Basis Generalistische GGZ: Verwijzmodel en productbeschrijvingen. *Rapportage Bureau HHM*.

Elzinga, J (2011). Is de huisarts pootwachter in de geestelijke gezondheidszorg (scriptie). Geneeskunde. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

Olthof, A., Tebruggen, H. & Bos, A. van den. (2009). Onderzoek naar juistheid van toeleidingen door de Centrale Aanmelding en Toeleiding (CAT). *Interne rapportage, CAT, Parnassia Groep*.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., e.a. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for dsm-iv and icd-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22-33

Verbraak, M. (2008). Bron en verantwoordingsdocument ter specificatie van de DSI: besliscriteria 1e versys 2e lijn. Arnhem: HSK Groep.