

GGZ onder zware druk

Onvrede over kleinere budgetten en groeiende administratie.

DEN HAAG – De zorg voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat zwaar onder druk. De marktwerking en de invoering van een nieuw declaratiesysteem gaan ten koste van de kwaliteit van de hulpverlening. Door toegenomen bureaucratie en gekrompen budgetten is er minder tijd voor de patiënt. Dat zeggen psychiaters en psychologen van de instellingen.

De enorme onvrede onder de beroepsgroep komt naar voren in een grootschalige enquête van de SP. Ruim 83 procent vindt dat de kwaliteit van de zorg vermindert. De belangrijkste klachten zijn: de hoge werkdruk, groeiende administratieve lasten en minder budget.

De meeste kritiek is er op de diagnose behandel combinaties (dbc's), een nieuw declaratiesysteem van zorgverzekeraars waarbij zorgverleners al bij de intake een diagnose en behandeling moeten aangeven. De vergoeding wordt na het afsluiten van de behandeling toegekend. Door het systeem is de administratie toegenomen. Dat gaat ten koste van de tijd die aan patiënten kan worden besteed.

Volgens Marleen Barth, voorzitter van GGZ Nederland, de brancheorganisatie waarbij 110 GGZ-instellingen zijn aangesloten, is de enquête niet representatief. „ Er zijn mensen die terecht klachten hebben, maar dat het met de hele sector niet goed gaat, klopt niet.” Wel maakt Barth zich zorgen over het feit dat de eigen bijdrage voor de psychotherapeutische zorg afgeschaft wordt.

Lees pagina 2/3: GGZ-patiënt wordt steeds sneller opgelapt



GZ-psychologen klagen steen en been:
'Vijfendertig procent van onze tijd
gaat op aan administratie.'

GGZ- patiënt steeds sneller opgelapt

Marktwerking in de zorg is te ver doorgeschoten.

door **Floor Ligtvoet en Simonne van Gennip**

DEN HAAG/APELDOORN – Soms hebben de behandelaars van GGZ Nijmegen het schaamrood op de kaken. Dan vertellen ze de ouders van een kind met een ernstig gedragsprobleem dat hun kind 'voorlopig de diagnose autisme krijgt'. Als later blijkt dat het kind toch beter in een ander hokje past, veranderen ze het weer. „Niet erg cliëntvriendelijk”, erkent Teeja Bongaards, clustermanager jeugd bij GGZ Nijmegen, „Maar zonder diagnose in het eerste gesprek mogen we niet aan een behandeling beginnen. En soms is de problematiek te ingewikkeld voor een snelle diagnose.” Deze zogenoemde diagnose behandel combinaties (dbc's) – een nieuw declaratiesysteem voor zorgverleners – is de jongste bron van ergernis onder hulpverleners in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Het tekent, zeggen ze, de doorgeschoten marktwerking in de zorg. Elke patiënt moet zo snel mogelijk een stempel en bijbehorende behandeling krijgen. Met een paar gesprekken kan een depressie zijn genezen en de patiënt zijn opgelapt, is de gedachte achter de dbc's. Soms, zeggen de psychiaters en psychologen, is dat ook genoeg, maar de patiënten die bij de GGZ-instellingen aankloppen, kampen vaak met wat complexere problemen. „Denk aan een depressie die samengaat met een angststoornis. Later blijkt dat de cliënt ook nog last heeft van een trauma. Die kan best even opknappen van de paar gesprekken die voor de depressie zijn voorgeschreven. Alleen is de kans groot dat hij een

half jaar later weer op de stoep staat omdat de onderliggende klachten niet zijn behandeld”, aldus Thijs Emons, psycholoog bij GGNet in Apeldoorn. Weg kostenbesparing en weg kwalitatieve zorg. Daarnaast moeten de instellingen van de zorgverzekeraars elk jaar een paar procent van hun budget inleveren. Hoe goedkoper, hoe beter, lijkt het motto. Een gevolg daarvan is dat instellingen vaker lager geschoold - en dus goedkoper personeel inzetten.

Volgens Thijs de Wolf, bestuurder van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut, en psychotherapeut bij instituten in Amsterdam en Utrecht nemen steeds vaker basis- en GZ-psychologen het werk van psychotherapeuten over. „Psychotherapeuten hebben een extra opleiding gevolgd en zijn gespecialiseerd in het behandelen van complexe problemen, zoals bij borderlinepatiënten. Basispsychologen behandelen een enkele klacht, zoals een eenmalige depressie. Als zij die borderlinepatiënt helpen, betekent dat dat hij maar gedeeltelijk wordt geholpen.” Daarbij lijkt elke instelling haar eigen probleem te hebben, al wordt vrijwel overal overgewerkt om de patiënt zo min mogelijk tekort te doen. In Nijmegen moeten ze alle zeilen bijzetten om het registratiemonster, zoals manager Bongaards het noemt, de baas te blijven. „Vijfendertig procent van onze tijd gaat op aan administratie.” Dat betekent overwerken, minder pauzeren, en voor de patiënt langere wachtlijsten. Maarten Mansveld, psychiater bij GGZ Midden-Holland kent de problemen. „We weten bijvoorbeeld dat het voor mensen met een depressie het beste is om ze twee weken na het eerste medicijngebruik te zien. Ik ben al blij als ik vier weken later tijd heb. Tussentijds heb ik dan telefonisch contact.”

Ook Emons merkt dat zijn patiënten in Apeldoorn lang niet altijd de zorg krijgen die de hulpverleners het beste vinden. Hij moest onlangs een patiënt teleurstellen voor wie hij een therapiegroep met leeftijdgenoten de beste behandeling vond. Door het ontbreken van een detail in de administratie, kwam de patiënt er niet voor in aanmerking en hij moet nu een half jaar wachten, waarin hij als 'second best' individuele gesprekken krijgt. Geen van de hulpverleners is tegen kostenbeheersing of efficiënt werken. Dat behandelingen niet 'ellenlang' moeten duren zoals in de jaren '70 en '80, daar was de beroepsgroep het allang over eens. Mansveld: „ Maar dit gaat de perken te buiten. Geen van de maatregelen is in het belang van de patiënt. Ik ben opgeleid om mensen beter te maken, niet om 40 procent van mijn tijd administratief bezig te zijn.”



Baukje Visschedijk, gezondheidszorgpsycholoog bij GGNet in Apeldoorn, in gesprek met een patiënt. foto **Rob Voss/ GPD**

Wet moet geestelijke gezondheidszorg efficiënter maken

- Sinds 1 januari 2006 valt de tijdelijke geestelijke gezondheidszorg onder de Zorgverzekeringswet, maar pas 1 januari dit jaar ging de nieuwe werkwijze echt van start.
- Omdat de zorg sindsdien niet langer wordt betaald uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) moeten de GGZ-instellingen marktgericht werken. Een van de meest ingrijpende veranderingen is de invoering van de diagnose-behandelcombinaties (dbc's), een declaratiesysteem waarbij de zorgverlener vooraf aangeeft wat de diagnose en de beste behandeling daartegen is.
- Binnen de GGZ zijn er 2200 dbc's waaruit de hulpverleners kunnen kiezen. Pas aan het einde van de behandeling betaalt de zorgverzekeraar de vergoeding, iets waar vooral de vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten (die langduriger behandelingen geven) zich tegen verzetten.
- De zorgverzekeraars denken met dit systeem de zorg beter te kunnen controleren en efficiënter te maken. Daarvoor zijn eerder al kwaliteitskeurmerken voor instellingen ingesteld, zoals het HKZ-keurmerk dat voorschrijft hoe het management georganiseerd moet zijn.