



De ggz laat zich horen!

## Op hol geslagen transparantie – De wonderse wereld van de DBC's (2)

Geertje Kindermans, De Psycholoog, september 2008

U kunt het artikel lezen op de volgende pagina's.

Voor publicatie van dit artikel op de website [www.deggzlaatzychoren.nl](http://www.deggzlaatzychoren.nl) werd schriftelijk toestemming gegeven door de redactie van De Psycholoog. Voor publicatie van de illustratie werd schriftelijk toestemming gegeven door Karel Kindermans ([www.kindermans.nl](http://www.kindermans.nl)).

**Het DBC-systeem is inmiddels in de ggz ingevoerd, maar daar gaat het allemaal nog niet van een leien dakje. Er is nog 'weerstand in het veld', aldus managers in de instellingen en overheid. Ggz-psychologen Co Klaver en Paul van der Heijden willen die 'weerstand' best nog even toelichten. Een psychisch probleem is nu eenmaal geen gebroken been.**

achtergrond

P

## Op hol geslagen transparantie

De wondere wereld van de DBC's (2)

Geertje Kindermans

Binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten psychologen vanaf dit jaar volgens het ggz-DBC-systeem registreren en declareren. Ziekenhuispsychologen dromen er misschien van dat systeem te mogen gebruiken (zie het juninummer van dit jaar van *De Psycholoog*), psychologen binnen de ggz zijn er minder blij mee. De beroepsgroep wordt niet direct met opheffing bedreigd, maar veel instellingen zijn wel degelijk in grote financiële problemen geraakt en konden in het beste geval een overbruggingskrediet bij de bank krijgen. In het dagelijks werk is het systeem voor de psychologen een 'grote administratieve last' die niet erg lijkt bij te dragen aan een goede kwaliteit van zorg. Door overheid en veel managers wordt dit gemor afgedaan als 'nog wat weerstand in het veld'. Co Klaver, klinisch psycholoog en onder meer hoofd diagnostiek bij GGNet Apeldoorn en Paul van der Heijden, ggz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog bij Reinier van Arkel Groep in 's-Hertogenbosch, willen hun 'weerstand' best nog even toelichten.

### Grote gelijkmaker

Noch Klaver, noch Van der Heijden heeft bezwaar tegen het doel van de DBC's: meer transparantie in de zorg. Wel hebben ze bezwaar tegen de manier waarop dat doel wordt nagestreefd. En vooral omdat het nieuwe financieringssysteem een andere en minder goede manier van werken afdwingt.

De belangrijkste problemen raken de inhoud en de kwaliteit van de zorg, begint Klaver. Bij het stellen van de diagnose bijvoorbeeld. Het systeem is gekoppeld aan DSM-IV en dat is geen diagnosesysteem maar een classificatiesysteem, zo stelt hij. Een methode dus om groepen mensen met ongeveer dezelfde sticker te typeren. En die sticker is weinig trefzeker. Klaver: 'De meest voorkomende kwaal binnen de ggz is depressie, daaraan zijn dan ook de meeste behandelingen verbonden. Over depressie is wetenschappelijk een grote variatie bekend. Zo kan een depressie gepaard gaan met een groot gebrek aan energie; cliënten die hieraan lijden, kampen vooral met een extreme vermoeidheid. Maar een depressieve cliënt

kan ook psychische problemen hebben. Dan twijfelt hij ernstig aan zichzelf en heeft hij een negatief zelfbeeld. In totaal zijn er negen verschillende criteria om depressie te classificeren terwijl diezelfde criteria om verschillende vormen van behandeling vragen. Binnen de DSM-IV worden ze allemaal onder dezelfde noemer van 'depressie' gevat, met slechts één nuance: meer of minder zwaar. Klaver: 'Een huisarts die in een terugrapportage zo'n code over zijn patiënt krijgt, weet nog niet veel.'

Van der Heijden: 'Er zijn mensen die denken dat de DSM iets met de waarheid te maken heeft, maar dat is niet zo. Het gaat hier gewoon om afspraken over welke stoornissen (met welke symptomen) wel of niet in DSM komen. Daar wordt stevig voor gelobbyd door onderzoeksgroepen, belangenverenigingen en waarschijnlijk ook de farmaceutische industrie. Het aantal stoornissen in iedere opeenvolgende versie van DSM neemt gestaag toe en dat is echt niet alleen vanwege voortschrijdend wetenschappelijk inzicht. Ook worden symptomen van bepaalde "stoornissen" in de loop van de tijd milder. Met overeenkomstige gevolgen voor de DBC's die daarop gebaseerd zijn. De kern van een sociale fobie was altijd *vermijding* van sociale situaties uit angst. Maar volgens de DSM-IV moet je bijvoorbeeld "het doorstaan van een sociale situatie met intense angst" ook al als symptoom rekenen. Daarmee neemt het aantal sociaal fobici ineens enorm toe: de mensen die zich ongemakkelijk voelen in gezelschap hebben nu bij wijze van spreken ook een sociale fobie.'

### Ontbrekende etiologie

Een tweede probleem is dat de diagnose binnen het nieuwe DBC-systeem aan het begin van de behandeling moet worden vastgesteld, gaat Van der Heijden verder. 'Vroeger werd de diagnose vaak uitgesteld, omdat in het begin moeilijk te achterhalen is wat het kernprobleem is.' En zo'n snelle diagnose komt de trefzekerheid niet ten goede. Zo kiest men volgens Van der Heijden vaak voor een stoornis uit de categorie 'Niet Anders Omschreven'. 'Ik heb er geen onderzoek naar gedaan,

## Onverwachte dilemma's

In zijn omgeving hoort Van der Heijden andere problemen, zoals deze. Als een cliënt een intake heeft gehad, en er wordt een DSM-classificatie gesteld, een DBC geopend, de cliënt staat op de wachtlijst van een psycholoog, maar ziet vervolgens van de behandeling af. Wat moet je daar als psycholoog mee? Dan moet je een DBC afsluiten, hoewel je hem nog nooit gezien hebt. Moet je die DSM-classificatie dan overnemen? Dat doe je liever niet, want stel dat je het er niet mee eens ben. Eigenlijk wil je niet dat mijn naam eronder

komt te staan. Hoe los je dat administratief op?

Klaver heeft ook nog een voorbeeld: 'Van een patiënt met borderline persoonlijkheidsstoornis, heeft de omgeving veel last. Ik geef een soort training/cursus aan partner, vrienden en familie hoe ze kunnen omgaan met een borderliner in hun buurt. De cursus is goed, mensen zijn er blij mee, maar laatst kreeg ik de opdracht deze mensen ook een DSM-classificatie te geven. Dat heb ik aanvankelijk geweigerd. Ik vind het moreel onjuist om mensen een

psychiatrische diagnose te geven, alleen omdat ze last hebben van een psychiatrische patiënt in hun buurt. Maar het moet, anders kreeg ik het niet betaald. Je belast er mensen mee en moreel ethisch vond ik het over de grens.'

*Heeft u ook zulke dilemma's? Loopt u op tegen onmogelijke situaties met betrekking tot het DBC-systeem? Stuur ze ons: redactie@psynip.nl. Wellicht komen we er nog op terug.*

maar ik vermoed dat zo'n tachtig procent van de persoonlijkheidsstoornissen binnen de categorie Niet Anders Omgeschreven valt. Ik zie het in ieder geval heel vaak in de dossiers terugkomen.'

Aan het DBC-systeem is altijd een behandelkeuze gekoppeld, zegt Klaver. Maar dat is niet logisch. 'Uit onderzoek blijkt dat er geen enkele relatie bestaat tussen de DSM-classificatie en de behandelkeuze. Bij eenzelfde classificatie kies je de ene keer voor cognitieve therapie, een andere keer voor medicatie of voor een groepsgesprek met de partner. De behandeling hangt voor een groot deel af van de context en de oorzaak van de symptomen. De classificatie is daarentegen slechts een opsomming van de symptomen. Bij een diagnose doe je normaal gesproken ook een poging om erachter te komen hoe deze persoon in de problemen is geraakt, omdat je dan pas weet hoe je iemand kunt helpen. In de DSM-IV-classificatie wordt het veroorzakende element van de aandoening niet meegenomen. Zo helpt het je in geen enkel opzicht om erachter te komen wat er met de cliënt aan de hand is en wat je er vervolgens het beste aan kunt doen. Het systeem past daarom niet bij de werkwijze die we in de spreekkamer doorgaans liever hebben.'

### Toverbal

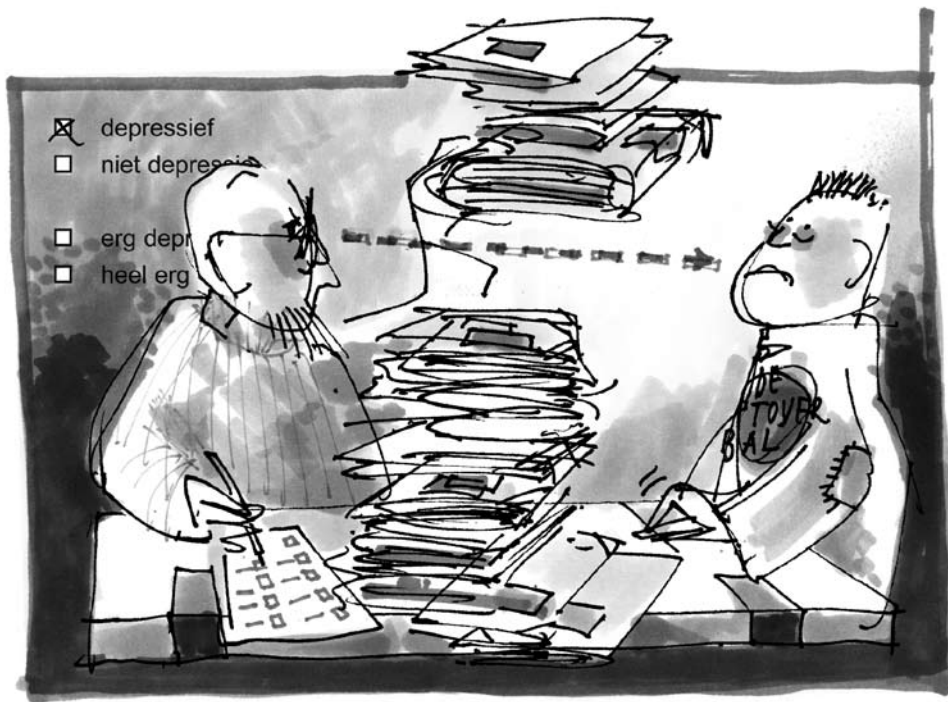
Het DBC-systeem is wel bruikbaar als het om simpele cases gaat, maar zulke cliënten kloppen zelden bij de ggz aan. 'Wij krijgen de ingewikkelde cliënten', zegt Van der Heijden. 'Bovendien hebben we binnen de ggz veel mensen uit de lagere sociaal economische klasse, waardoor de behandeling nog minder in een hokje past.' Zoals een cliënte die van oorsprong uit India kwam. Vanuit een Indiaas verpleegtehuis werd ze geadopteerd door Nederlandse ouders en hoewel ze goed werd opgevangen, ging het toch mis in haar leven. Ze kwam in de opvang terecht, kreeg een kind, waarna de vader

ervandoor ging, ze raakte aan de drugs en uiteindelijk werd bij haar een borderlinestoornis gediagnosticeerd. In zo'n geval kun je een keurige schemagerichte therapie wel vergeten. Bovendien zit ze over een paar maanden misschien wel bij een andere vriend of gebeurt er iets met het kind, waardoor alles weer totaal anders komt te liggen. Of een wat kwetsbare jonge vrouw met twee kindertjes waarvan één met PDD-NOS, en een man die ertussenuit gepiept is. Zij zit nu thuis met de kinderen, zonder werk. Van der Heijden: 'Dan kun je haar wel protocollair voor een burn-out behandelen, maar dat zal in haar geval niet werken. Ik ben er echt voorstander van om het allemaal iets transparanter te maken, maar volledig transparant kun je zulke cases niet krijgen. Want ze zijn gewoon te chaotisch.'

'Zelden kom je binnen de ggz een enkelvoudig probleem tegen', bevestigt Klaver. 'Ons werk is als een toverbal: je begint als rood, daarna wordt hij groen en vervolgens blauw. Zo werkt het proces van diagnose en behandeling: schilletje na schilletje werk je af en dan blijkt er weer een nieuw probleem op te doemen. De drang om op een enkelvoudige manier te werk te gaan, daarmee doen we onze patiënt tekort.'

'Een aantal van dat soort problemen kun je als complicerende factoren wel onderbrengen op As IV', nuanceert Van der Heijden vervolgens, 'maar daarmee doe je nog altijd geen recht aan de situatie. Je kunt vastleggen: er zijn problemen met justitie, maar dan weet je nog niet veel. Het kan zijn dat iemand een paar winkeldiefstalletjes heeft gepleegd, maar het kan ook om een serieverkrachter gaan.'

En sommige problemen zijn helemaal niet in het DSM-systeem te vangen, stelt Van der Heijden bovendien. 'Ik werk met adolescenten. Binnen de DSM is het theoretisch niet mogelijk om een persoonlijkheidsstoornis op jonge leeftijd te diagnosticeren, omdat het een patroon is dat volgens de criteria al jarenlang moet bestaan. Zo'n adolescent is nog volop in ontwikkeling. Als je het zou willen diagnosticeren, kan dat niet. Je



Illustratie: Karel Kindermans

kunt er wel een identiteitsprobleem van maken, maar dat dekt de lading niet. Dus je voelt een groot probleem aankomen, maar kunt daar niets mee binnen de DSM-IV.'

#### Klacht en context

Het DBC-systeem is ontwikkeld voor de somatische zorg. Die kritiek werd al geuit voor het systeem werd ingevoerd, maar daarvan hebben de ontwikkelaars zich niets aangetrokken. Een psychisch probleem is nu eenmaal geen gebroken been. De ene paniekaanval lijkt misschien wel op de andere, maar cliënten met paniekaanvallen kun je dus niet altijd vergelijkbaar behandelen. 'Om deze cliënten alleen met hun paniek te leren omgaan, is vaak onvoldoende, want die paniek staat niet los van de context', legt Van der Heijden uit. 'Toen ik nog in het ziekenhuis werkte, kreeg ik hartpatiënten die van hun hartklachten in paniek raakten. In mijn huidige baan krijg ik adolescenten die gespannen rondlopen, identiteitsproblemen hebben en bij wie de spanning zo hoog oploopt dat ze ervan in paniek raken. Die verwarde adolescent moet je fundamenteel anders behandelen dan zo'n hartpatiënt. Bij de adolescent is de paniek slechts een deel van het probleem. Stuur je hem naar huis zodra hij met zijn paniek kan omgaan, dan is de kans groot dat hij later met een ander probleem terugkomt.'

#### Administratie

Een therapeut moet van de instelling vaak zo'n zestig procent van zijn tijd direct aan cliëntencontact besteden, zo'n twintig procent mag indirect aan de cliënt worden besteed en twintig procent van de tijd staat daar los van. Om daaraan te voldoen, is sinds de invoering van de DBC-structuur alleen maar moeilijker geworden. Klaver: 'De tijd waarin je echt contact met de cliënt hebt, is inmiddels al ernstig ingedikd ten behoeve van administratieve zaken, die je goed moet bijhouden, want

anders krijg je je geld niet. Daarmee krijgt de verzekeraar een onverantwoord grote rol in de spreekkamer.'

Wat er moet worden bijgehouden? Van der Heijden pakt er zijn papieren bij. 'Iedere minuut die ik werk, moet ik verantwoorden. Kijk dan, het is waanzinnig.' Hij wijst op een 'overzicht van producttypen'. 'Als ik een briefje type voor de bedrijfsarts, dan moet ik dit noteren: A1DT. En hier: overige communicatie over de behandeling, dat is dan, eh... ja, dat weet ik eigenlijk niet, dat scoor ik nooit. Dit is *follow-up*-behandelcontact, dit deeltijdbehandeling, hier intake na indicatiestelling, of een gewone intake, hier overige diagnostische activiteiten, dat zal het telefoontje met de huisarts wel zijn en hier screening, vaktherapeutisch onderzoek, IVTO – dat doe ik nooit – wel interpreteer ik de scores van een psychologisch onderzoek en dat scoor ik dan hier: O1PR. Maar ondertussen krijg ik een telefoontje en dan moet ik natuurlijk noteren: direct telefoneren met de cliënt, TELE, dat is declareerbare tijd... En wat was ook alweer de code voor een e-mail naar de cliënt?' Hij kijkt op van zijn papier terwijl hij verzucht: 'Knettergek word je ervan, ik krijg het allemaal niet opgeschreven. Die twintig procent niet-gebonden administratieve tijd gaat hier bijna helemaal aan op. Maar je krijgt ook nog e-mails van collega's, iemand vraagt je eens iets in de gang. En je moet ook nog eens naar de wc of koffie halen.'

#### Blok aan het been

Los van de tijd die het kost, heeft het opstellen van een DSM ook nog andere bezwaren: de werkrelatie verandert erdoor. Om een DSM-classificatie op te stellen, moet er een hele reeks van vragen worden gesteld. Dit is vooral voor de ggz een probleem, omdat zoals gezegd de klachten te complex zijn om binnen het systeem te vangen. En deze lijsten met vragen zetten de behandelrelatie wel onder druk. 'In therapie proberen wij een goede werkrelatie met onze cliënten op te

bouwen', zegt Klaver. 'Dat lijkt op deze manier alleen maar moeilijker te worden. Eerst zo'n lijst met vragen afwerken, dat spoort niet met hoe we het eerste contact eigenlijk zouden willen organiseren. Cliënten beginnen op hun stoel te wippen als ik al die criteria begin op te noemen. Ze willen hun verhaal kwijt.' Van der Heijden: 'Je kunt zo'n lijst afwerken: Heeft u een depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag in de afgelopen twee weken? Heeft u een duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag? Is er sprake van gewichtsvermindering zonder dat u dieet hield, of juist van een gewichtstoename? Heeft u last van verminderd vermogen tot nadenken of concentreren? Heeft u gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens? Of je vraagt: wat houdt je bezig? Waarmee kan ik helpen? Dat is een heel andere vraag.' Even later vult hij aan: 'Het DSM-systeem gaat niet uit van een groeimodel, maar van een aantal klachten die behandeld moeten worden. Als je vervolgens de rest gaat behandelen, lijkt dat straks een luxe probleem.'

'Het DBC-systeem nodigt niet uit om verder te onderzoeken wat er achter de symptomen voor problemen schuilt en er op die manier achter te komen wat er speelt', stelt Klaver en opstandig voegt hij eraan toe: 'Het is een blok aan het been, ik doe het omdat het moet, en daarna doe ik diagnostisch alles nog een keer dunnetjes over. Het systeem is opgedrongen, en het staat tamelijk ver af van de realiteit binnen de ggz. Dus in de praktijk komt het erop neer dat je het twee keer moet doen.'

### Bak met stroop

Tweede fundamentele bezwaar is dat van de marktwerking. Klaver: 'Ooit heeft men gemeend de marktwerking centraal te moeten zetten in de kostenbeheersing in de ggz, terwijl onze cliënten erg kwetsbaar zijn. Ik wil niet denigrerend zijn, maar het is niet reëel om deze categorie mensen de markt op te sturen, waarbij ze zelf hun verzekeraar en hun behandeling moeten kiezen. Moet iemand met beginnende dementie dit soort keuzes maken? En hoe doet de lichtelijk verwarde, suïcidale, aan wiet verslingerde adolescent dat? Dit zijn juist groepen waarvoor we moeten zorgen! Het marktwerkingsdenken gaat ervan uit dat het individu een eerlijke partij vormt in het geheel, maar dat is wat onze categorie mensen betreft gewoon niet waar.'

Van der Heijden: 'Bovendien wordt er binnen de ggz enorm gefuseerd, je hebt alleen keus als je buiten je eigen regio kijkt. En hoever ga je reizen als je een ernstige vorm van agorafobie of schizofrenie hebt? Als ik als patiënt in Den Bosch niets met de Reinier van Arkel Groep te maken wil hebben, moet ik iedere week naar Eindhoven, Oss of Utrecht. En dat wordt in de toekomst wellicht nog erger. Bovendien, als het je om het belang van de patiënten gaat: de meeste patiënten vinden het fijn als ze kunnen bellen en dan snel ergens terecht kunnen. Doordat het allemaal zo groot is geworden, kan dat juist niet. Ze worden eerst algemeen gescreend, daarna doorverwezen naar een "zorgprogramma" dat gericht is op een specifieke

diagnose. Vaak hebben ze al zes mensen gezien, en daarna staan ze soms maanden op een wachtlijst, voor ze echt geholpen worden.'

Klaver: 'Dat de wachtlijsten korter worden, is niet echt waar. De wachttijd tot intake is vaak niet zo lang, maar daarna, de behandeltoewijzing, dat is alsof je in een bak met stroop springt. Voordat je eindelijk op een plek bent waar je behandeld kan worden, dat duurt soms erg lang.'

Van der Heijden: 'Ik weet niet of de wachttijd sinds de marktwerking langer of korter is geworden, maar ik weet wel dat cliënten door de grote organisaties vaak een langere route moeten afleggen. Soms is dat goed, omdat er dan beter gekeken kan worden. Maar soms ook niet, omdat mensen dat domweg niet willen.'

De ggz-instellingen hebben het tot slot financieel moeilijk. Voor een deel omdat ze in tegenstelling tot vroeger pas na het sluiten van een DBC – en dus als de behandeling van de cliënt helemaal is afgerond, worden betaald. Voor een deel ook omdat de DBC's soms niet volledig zijn, waardoor de verzekeraars niet uitbetalen. Klaver: 'Wij hebben van het management de instructie gekregen om na te gaan of we wel volledig genoeg waren geweest in het zowel openen als afsluiten van de DBC's, want er waren er duizenden binnen onze instelling die door de verzekeraar niet-ontvankelijk waren verklaard voor betaling. Uren waarvoor dus wel gewerkt is. Daarop is speciaal iemand aangesteld om na te gaan of de DBC's wel voldoende compleet waren en eventueel actie te ondernemen om het geld alsnog te incasseren.'

Het kan allemaal ook lastiger worden als de krenten uit de pap worden gehaald door de commerciële partijen, dat wil zeggen de cliënten die met een bescheiden probleem binnenkomen en na een paar gesprekken tevreden de tent weer uitlopen. Alles bij elkaar zorgt dat ervoor dat de ggz-instellingen het financieel een stuk moeilijker hebben gekregen door de invoering van de DBC-systematiek.

Helemaal negatief wil Van der Heijden echter niet zijn. 'Ik vind het goed dat het proces transparanter gemaakt wordt. Want als je hoorde welke uitwassen er vroeger waren: er werd dubbel gedeclareerd, met sommige behandelingen werd eendeloos doorgegaan. Dat je je tijd moet verantwoorden, vind ik prima. En ook vind ik het belangrijk dat er zoveel mogelijk *evidence based* gewerkt wordt. Verder ben ik gelukkig met het elektronische patiëntendossier. Maar verder... op dit moment schiet de beheersbaarheid te ver door. Het systeem nu is toch vooral een uiting van basale achterdocht dat we onze tijd niet goed besteden.'

'En het kan eenvoudiger', vult Klaver aan. 'Tijdschrijven is het probleem niet, maar doe het bijvoorbeeld zoals advocaten het doen: niet tot in detail alles noteren, maar alleen gerelateerd aan uurtarieven en per cliënt. Als je daarnaast aan volledige dossiervoering doet, dan heb je voldoende materiaal voor eventuele controleurs om te laten zien of het een uit de hand lopend geheel is of niet. Dat is toch voldoende? Ik kan best laten zien hoeveel tijd ik voor mijn werk nodig heb, maar laat me verder mijn werk gewoon doen. Op mijn eigen manier.'