

DE GGZ ONTWRICHT



EEN PRAKTIJKONDERZOEK NAAR DE GEVOLGEN VAN HET NIEUWE ZORGSTELSEL IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Dr. Ineke Palm
Ir. Drs. Fred Leffers
Drs. Thijs Emons
Drs. Veronique van Egmond
Spencer Zeegers

DE GGZ ONTWRIGHT

**EEN PRAKTIJKONDERZOEK NAAR DE GEVOLGEN VAN
HET NIEUWE ZORGSTELSEL IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

Wetenschappelijk Bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt
oktober 2008

Dr. Ineke Palm, Wetenschappelijk Bureau SP
Ir. Drs. Fred Leffers, GZ-psycholoog bij GGnet
Drs. Thijs Emons, psycholoog bij GGnet
Drs. Veronique van Egmond, freelance GZ-psycholoog/orthopedagoog
Spencer Zeegers, beleidsmedewerker GGZ Oost Brabant

afbeelding omslag: Corien Klapwijk
pag. 8, 25, 26, 74, 124, 176, 188, 206: Bas Stoffelsen / SP
pag. 32: Joep Lennarts / Hollandse Hoogte
pag. 49, 118: Rick van Viersen
pag. 50: Rob Voss
pag. 102, 110: Peter van Beek / Hollandse Hoogte

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	9
SAMENVATTING	11
INLEIDING	13
OPZET VAN HET ONDERZOEK	27
RESULTATEN	33
1. LANGDURENDE ZORG	33
1.1 Onderhandelingen met zorgkantoren	33
1.2 Indicatiestelling via het CIZ	37
1.3 Zorgzwaartepakketten	43
2. KORTDURENDE ZORG	51
2.1 Onderhandelingen met zorgverzekeraars	51
2.2 Registratie volgens de DBC-systematiek	60
2.3 Factureren van DBC's	96
2.4 Eigen bijdragen	98

3. MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING	103
3.1 Onderhandelingen met gemeenten	103
3.2 Ervaringen met Wmo	107
4. ONDERSTEUNENDE EN ACTIVERENDE BEGELEIDING	111
5. PREVENTIE	119
6. GEVOLGEN VAN HET STELSEL	125
6.1 Financiële problemen	125
6.2 Bureaucratie	134
6.3 Werkdruk	136
6.4 Arbeidsomstandigheden	137
6.5 Kwaliteit van zorg	139
6.6 Versnippering van zorg	145
6.7 Tweedeling	153
7. MENINGEN OVER MARKTWERKING	157
7.1 Marktwerving als principe	157
7.2 Wijze van invoering	168
7.3 Alternatieven	171
CONCLUSIES EN DISCUSSIE	177
AANBEVELINGEN	189
BIJLAGE 1	195
BIJLAGE 2	201
NOTEN	203

DBC: \$ KLINK klare non\$en\$

DE GGZ
IS GEEN
MARKT
SP



VOORWOORD

De zorg is geen markt. De markt zet geld in plaats van mensen op de eerste plaats. Zo wordt de vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt geschaad.

Dit onderzoek is daar een goede illustratie van. Ruim 5.000 werkers uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) namen de moeite om een uitgebreide enquête in te vullen. Het is de eerste keer dat aan zorgverleners zélf zo uitgebreid wordt gevraagd naar hun ervaringen met de stelselwijzigingen in de GGZ, zoals de invoering van marktwerking en het moeten registreren volgens het DBC-systeem (Diagnose Behandelcombinatie).

Het antwoord is duidelijk: 90 procent van de werkers uit de GGZ wil stoppen met het DBC-systeem. Met goede redenen. Dat DBC's leiden tot veel frustratie en bureaucratie wisten we al uit de ziekenhuiszorg. De werkers uit de GGZ maken in dit rapport duidelijk waarom dit systeem goede GGZ-zorg ondermijnt. Zeker in de GGZ is vertrouwen een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het registreren en doorgeven van gegevens aan derden zoals zorgverzekeraars, ondermijnt dit vertrouwen. Bovendien is de GGZ-zorg nog moeilijker dan andere zorg in hokjes te plaatsen; elke patiënt is uniek.

De deelnemers aan dit onderzoek wijzen de vermarkting van de GGZ massaal af, slechts zeven procent vindt dit een goed idee. De GGZ is geen markt en een behandeling is geen product. Werknemers in de zorg hebben een sterke intrinsieke motivatie. Ze hebben gekozen om iets voor andere mensen te betekenen. Voor de arbeidsmotivatie van die mensen is het funest, als je dan toch financiële prikkels op ze loslaat.

DE GGZ ONTWRIGHT

En de zorgkosten? De bezuinigingen, marktwerking en het DBC-systeem leiden tot de afbraak van preventieve activiteiten en 'onrendabele' diensten. Dit, gecombineerd met de uit de hand lopende bureaucratie, zal de zorg alleen maar duurder maken.

Graag wil ik alle werkers bedanken die meegewerkt hebben aan dit onderzoek of nog mee gaan werken. We zullen de stilte doorbreken om met z'n allen de dreigende ontmanteling van de GGZ tegen te houden.

Agnes Kant

SAMENVATTING

Ruim vijfduizend zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) hebben deelgenomen aan een uitgebreide enquête opgezet door het Wetenschappelijk Bureau van de SP en de actie groep 'Zorg geen markt'. Zorgverleners in de GGZ vinden massaal dat zij hun vak nauwelijks nog kunnen uitoefenen. Toenemende bureaucratie en vermarkting leiden tot een doorgeslagen verzakelijking, met verschromende zorg als gevolg. De belangrijkste conclusies zijn: nu stoppen met de marktwerking in de GGZ en meer investeren in personeel om de werkdruk te verlagen.

Negen van de tien zorgverleners vinden dat de werkdruk te hoog is en de kwaliteit van de zorg te laag. Twee van de drie zorgverleners zijn twintig tot vijftig procent van hun tijd kwijt aan bureaucratie, wat ten koste gaat van de zorg. De werkdruk is enorm toegenomen en de zorg wordt hierdoor niet goedkoper, maar juist duurder. Meer dan zeventig procent vindt de vermarkting van de GGZ een slecht idee en slechts twee procent wil op dezelfde voet verder gaan met marktwerking. Volgens de meeste zorgwerkers leidt de marktwerking tot meer bureaucratie, minder efficiëntie en minder keuzevrijheid voor patiënten. Marktdenken botst met de professionaliteit en bezieling van de meeste hulpverleners en is funest voor de motivatie, blijkt uit de enquête. De druk om zo snel mogelijk een diagnose te stellen en zo kort mogelijk te behandelen, is onwenselijk gezien de vaak complexe problematiek. Het opbouwen van het vertrouwen tussen zorgverlener en cliënt wordt ernstig bemoeilijkt.

De macht van de verzekeraars moet volgens de zorgverleners worden teruggedrongen. Negen van de tien zorgverleners willen stoppen met de in 2008 ingevoerde financiering volgens de diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Bijna de helft van de geënquêteerden heeft zelf financiële problemen, vooral vanwege de DBC's. Er wordt ook steeds meer voorrangszorg gesignaleerd: werkgevers, zorgverzekeraars en mensen met voldoende geld kopen voorrang.

DE GGZ ONTWRIGHT

Met steeds minder personeel moet hetzelfde werk worden gedaan. Ook wordt steeds minder goed opgeleid personeel aangenomen. Het bezuinigen op ondersteunende en activerende begeleiding leidt tot vereenzaming en passiviteit. Patiënten worden onvoldoende geholpen met werk en onderwijs. Preventie en bemoeizorg komen onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid in de knel.

De ondervraagden hebben duidelijke ideeën hoe het anders en beter moet: de patiënt moet centraal staan en de menselijke maat moet leidend zijn. Stop de megafusies die zorgen voor vervreemding tussen patiënten en zorgverleners. Ook de marktwerking moet worden stopgezet en de DBC's en het indicatie-orgaan in de zorg, het CIZ, moeten worden afgeschaft. Er moet een einde komen aan de managerscultuur, er moet meer worden geïnvesteerd in personeel om de werkdruk te verlagen en de werkvloer moet weer centraal komen te staan. Luister beter naar de mensen in de frontlinie. Erken het belang van de GGZ voor de maatschappij. Goede GGZ zorg beperkt niet alleen de kosten van geestelijk lijden en de gevolgen daarvan, maar is ook gewoon een kwestie van beschaving.

INLEIDING

TERAPEUTEN VOOR HET PARLEMENT

Het is dinsdag 1 juli 2008. Enkele honderden vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten demonstreren op het Plein in Den Haag. Hun spandoeken zijn kort en krachtig:

‘Verzekeraars aan de macht – therapeut ontkracht’; ‘Dag Bescherming Cliënt’; ‘DBC’s KLINKklare nonsens’; ‘Ons vak gaat dood en wij staan rood’.

Nogal stevige uitspraken voor een beroepsgroep die je zelden op de barricaden aantreft. Demonstreren of zelfs staken, dat doet een gemiddelde psychotherapeut niet snel. En toch stonden ze daar, die bedachtzame, empathische hulpverleners die zich doorgaans juist proberen in te leven in het standpunt van de ander. Voor één keer hadden ze hun inlevingsvermogen thuisgelaten en vroegen ze nadrukkelijk aandacht voor hun eigen problemen. Ze wilden de politiek laten weten dat hun broodwinning én de kwaliteit van de zorg op onaanvaardbare wijze onder druk waren komen te staan.

Er lijkt iets aan de hand te zijn in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Want bovengenoemde demonstratie staat niet op zichzelf. Verschillende media hebben in het afgelopen jaar aandacht besteed aan de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel voor de GGZ. Bureaucratie en werkdruk zouden toenemen, terwijl de kwaliteit afneemt. Zeker is dat het nieuwe zorgstelsel, dat voor de GGZ in 2008 een feit is geworden, veel beroering veroorzaakt. Onduidelijk blijft vooral nog wat de precieze aard en omvang van de problemen zijn.

GGZ IN BEWEGING

De maatschappelijke inbedding van de GGZ heeft zich in de afgelopen decennia volop ontwikkeld. De fundamenteën hiervoor werden neergelegd in de Nieuwe Nota GGZ uit 1984. Een belangrijk uitgangspunt was de vermaatschappelijking van de zorg. Het hoofddoel was om de zorg dichterbij de bevolking en

DE GGZ ONTWRICHT

meer in de maatschappij aan te bieden. De cliënt zou niet meer zorg moeten krijgen dan nodig, maar zeker ook niet minder. De schotten tussen de verschillende zorgaanbieders binnen een bepaalde regio moesten verdwijnen, zodat niet het aanbod maar de vraag de zorg zou gaan sturen. Dat leidde tot de vorming van de zogenaamde MFE's (multifunctionele eenheden), samenwerkingsverbanden of fusies van psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, RIAGG's en instellingen voor begeleid wonen. In latere beleidsnota's (1993, 1999) werd hierop voortgebouwd. De vermaatschappelijking van de zorg bleef centraal staan, met steeds meer ook een belangrijke rol voor de eerste lijn met de huisarts als poortwachter. Er werd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen een sterke eerste lijn (huisarts, algemeen maatschappelijk werker, eerstelijnspsycholoog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige), de tweede lijn (de gespecialiseerde curatieve GGZ) en de GGZ-care (asielfunctie).¹

BEZWAREN TEGEN KNIP IN FINANCIERING GGZ

De vermaatschappelijking van de zorg kwam volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) te langzaam op gang. Zij drong aan op versnelling van dit proces. Onder meer door functiegerichte financiering en op termijn een overheveling van de ondersteunende begeleiding naar de gemeenten.²

De toenmalige minister Borst vond het echter te vroeg voor deze overheveling. Zij wees er op dat zorg, begeleiding en maatschappelijke ondersteuning nauw met elkaar verbonden zijn.

Ook een overheveling naar de ziekenfondsen vond de minister nog niet aan de orde. Tot 1989 werd de kortdurende GGZ weliswaar door de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars vergoed, maar per 1 januari 1989 was alles ondergebracht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit om de samenhang te verbeteren en substitutie beter mogelijk te maken. De minister vond het te vroeg om dit weer terug te draaien. Zeker omdat er ontwikkelingen gaande waren in de AWBZ om de doelmatigheid te verhogen, zoals de objectieve indicatiestelling, de poortwachterfunctie van de huisarts en de protocollering. Bovendien moest rekening gehouden worden met het specifieke karakter van de GGZ-hulpverlening. De GGZ kent vele chronische patiënten die meermalen in hun leven kortdurende ambulante hulp nodig hebben. Aangezien langdurende en kortdurende zorg door dezelfde instellingen worden verleend, kan dit tot afwentelingproblemen leiden. Daarnaast was het de vraag of afdoende maatregelen zouden kunnen worden getroffen om de eventuele nadelige gevolgen op te heffen die het onderbrengen van GGZ-instellingen in twee verschillende financierings- en sturingssystemen met zich mee zou brengen. Tenslotte vroeg de minister zich af of een dergelijke knip in de financiering wel uitvoerbaar was en zo ja, hoe.

Ook toen in 1998 over de overheveling een positief advies kwam van de RVZ³, werd de minister niet enthousiast.⁴ Uit de inventarisatie van de risico's bleek namelijk dat een knip niet zo eenvoudig was. Uit een achtergrondstudie bij hetzelfde advies bleek bovendien dat gereguleerde marktwerking tussen de ziekenfondsen ook tot problemen zou kunnen leiden. Zo zouden de uitvoerings- en beheerskosten met 200 miljoen gulden stijgen. Daarnaast was het maar de vraag in welke mate particuliere verzekeraars en

ziekenfondsen belangstelling zouden hebben voor het sluiten van contracten met de GGZ en of zij voldoende kennis in huis hadden om te profiteren van de concurrentie tussen aanbieders van gespecialiseerde functies.

KNIP IN DE GGZ TOCH INGEVOERD

Een en ander weerhield CDA, VVD en D66 er in 2003 niet van om in het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet Balkenende II op te nemen dat bij de stelselherziening in beginsel alle op genezing gerichte zorg van de AWBZ zou worden overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg.⁵ Hiermee zou de AWBZ weer een verzekering van langdurige zorg worden en zou de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg op lange termijn zijn gewaarborgd.

Op 21 november 2003 besloot de ministerraad (met daarin minister Hoogervorst van Volksgezondheid) om met ingang van 1 januari 2006 de intramurale GGZ met een duur tot één jaar en de extramurale GGZ (de curatieve of geneeskundige GGZ) in zijn geheel over te hevelen van de AWBZ naar de standaardverzekering curatieve zorg, later de nieuwe basisverzekering (Zorgverzekeringswet). De langdurige GGZ-zorg (care) bleef in de AWBZ.

Het duurde uiteindelijk nog tot 1 januari 2008 voordat de geneeskundige GGZ daadwerkelijk werd overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Uitgangspunten waren dat de overheveling pakketneutraal zou plaatsvinden en dat de GGZ geknipt werd langs lijnen die al golden voor de rest van de gezondheidszorg.

Met de overheveling van AWBZ naar Zvw zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk geworden voor inkoop en betaling van de curatieve GGZ. Sindsdien hebben zorgaanbieders niet meer alleen te maken met zorgkantoren die het AWBZ-geld beheren, maar moeten zij ook onderhandelen met de zorgverzekeraars. Een andere wijziging betreft de wijze waarop de te vergoeden kosten worden berekend. De tweedelijnszorg, die onder de Zvw valt, wordt nu gefinancierd op basis van Diagnose-Behandelcombinaties (DBC's). De eerstelijnszorg wordt echter gefinancierd op basis van het aantal verrichtingen.⁶

Met ingang van 2009 wordt bovendien de eigen bijdrage voor psychotherapie afgeschaft. De vergoeding voor psychotherapie wordt niet meer apart, maar als onderdeel opgenomen in de vergoeding van de gehele behandeling, die meer kan omvatten dan uitsluitend psychotherapie. Daardoor wordt psychotherapie niet meer apart geregistreerd en is de eigenbijdrageregeling psychotherapie nauwelijks uitvoerbaar.⁷

MARKTWERKING EN DBC'S

Met de overheveling naar de zorgverzekeringswet krijgt de curatieve GGZ te maken met de zogenoemde gereguleerde marktwerking. De overheid heeft zich teruggetrokken ten behoeve van de marktpartijen. Zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over contracten. Het sleutelwoord is concurrentie: concurrentie tussen zorgaanbieders en concurrentie tussen zorgverzekeraars. Het doel is dat door de

DE GGZ ONTWRICHT

marktwerking een optimale prijs en kwaliteit van de geleverde diensten tot stand komen. Marktwerking zou een oplossing zijn voor de wachtlijsten, de inefficiëntie en de bureaucratie in de zorg. De markt zou hiermee een einde maken aan de alsmaar stijgende uitgaven zoals we dat in de AWBZ zagen. Marktwerking zou ook leiden tot meer keuzevrijheid, terwijl in het overheidsbeleid voldoende waarborgen zouden zitten voor behoud van solidariteit.

Een van de instrumenten die dit alles mogelijk moet maken is de DBC. Om concurrentie te faciliteren wordt de zorg omschreven in 'producten'. Daartoe wordt in elke DBC beschreven wat een patiënt met een bepaalde diagnose aan zorg krijgt en wat de totale kosten zijn. Elk DBC-product krijgt dus een prijskaartje. Het doel is uiteindelijk dat verzekeraars en zorgaanbieders vrij gaan onderhandelen over volume en prijs van de DBC's. In 2005 is men hier in de ziekenhuiszorg al mee gestart, in het zogenaamde vrije B-segment voor circa tien procent van de omzet. In januari 2008 is het vrije segment opgehoogd naar twintig procent en in 2009 zal ongeveer eenderde van de omzet via vrije prijzen worden geregeld.⁸

GEVOLGEN VOOR DE LANGDURENDE ZORG

De niet-geneeskundige en langdurende zorg (intramurale zorg na het eerste jaar) zijn in de AWBZ gebleven. De financiering van deze zorg blijft bij het zorgkantoor, en de toegang tot de zorg gaat via het centrum indicatiestelling zorg, het CIZ.

Maar ook binnen de AWBZ zijn ontwikkelingen gaande. Net als in de Zvw zien we ook hier een aanpassing van de regels ten behoeve van meer marktwerking. Voorbeelden zijn het opheffen van de contractplicht en het afdwingen van ontschotting door functiegerichte indicatie en financiering. Zowel over de hoeveelheid zorg als over de prijs moet worden onderhandeld. Sommige zorgkantoren werken net als in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) met aanbestedingen.

Misschien met de beste bedoeling werd de zorgverlening in de AWBZ kapot georganiseerd. De indicatiestelling door het CIZ werd losgemaakt van de uitvoering. De uitvoering is steeds meer versnipperd door het knippen in functies en financiering. De gevolgen zien we bij de thuiszorg, waar mensen soms met veel verschillende zorgverleners te maken hebben vanuit verschillende instanties.

Een ingrijpende ontwikkeling in de AWBZ is de invoering van het Zorg Zwaarte Pakket (ZZP) ofwel de zorgzwaartebekostiging. Dat betekent cliëntvolgende financiering en dus geen instellingsfinanciering meer. Ook deze overgang moet budgetneutraal zijn, zo stelt het kabinet. Dat betekent dat er qua financiering wel geschoven mag worden maar dat het totale budget in elk geval niet hoger wordt. Dat en niet de werkelijke behoefte bepaalt dan uiteindelijk de prijs. In 2008 moeten de instellingen al een schaduwregistratie bijhouden van de ZZP's. Het idee is dat iedereen zich op deze manier kan voorbereiden op de financiële wijzigingen. Maar hoe de regeling er precies gaat uitzien is nog de vraag. Pas in november 2008 worden de prijzen per ZZP duidelijk.

GGZ Nederland heeft gevraagd om uitstel van de invoering, omdat het te grote wijzigingen in de budgetten zou opleveren. De staatssecretaris wil echter ook voor de GGZ in 2009 deze volgende stap maken.

Wel zal voor de GGZ nog aanvullend onderzoek plaatsvinden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het bureau Hoekmans, Homans & Menting (HHM) naar de stelling van GGZ-Nederland dat de pakketten en de prijzen onvoldoende stabiel zijn om daar een herallocatietraject (verschuiving van oud naar nieuw) op te baseren. Mocht uit het onderzoek blijken dat die stelling juist is, dan kan het (tempo van) het herallocatietraject in de GGZ worden heroverwogen.

Vanuit het veld is een aantal bezwaren tegen de ZZP's naar voren gebracht. Onder meer dat de zorgzwaarte te laag wordt geschat en dat er een maximum volume wordt afgesproken. Het bedreigt kleinschaligheid en de extramurale dagbesteding, en gaat niet uit van preventie. Extreme zorgzwaarte wordt moeizaam afgegeven voor de echt zware gevallen; hier moeten de beleidsregels nog op worden aangepast. ZZP gaat uit van permanent indiceren en kijkt enkel naar zorg, niet naar begeleiding. Volgens de Vereniging voor ondersteuning bij het leven met een beperking (MEE), zijn er nu al zorgaanbieders die mensen niet aannemen omdat ze een te lage ZZP-indicatie hebben.

GEVOLGEN VOOR DE KORTDURENDE ZORG

Bij de overheveling van de kortdurende GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) is een onderscheid gemaakt tussen de eerste en de tweede lijn.

In de tweede lijn, de gespecialiseerde curatieve GGZ, is gelijktijdig met de overheveling de digitale declaratie in Diagnose-Behandelcombinaties (DBC's) gestart. Waar de zorgaanbieders eerst per consult (zitting) een vergoeding kregen, krijgen ze bij deze nieuwe declaratiemethode pas na afloop van de behandeling de vergoeding van de zorgverzekeraar. Dat duurt gemiddeld acht maanden.⁹

Eerder (in 2006) was al verplicht gesteld dat behandelaren hun verrichtingen in DBC-termen moesten registreren en aanleveren aan het DIS, het DBC-informatiesysteem. Dit is een landelijke instantie die een grote database heeft aangelegd met daarin de diagnostische gegevens van GGZ-cliënten. Op basis van deze database verschaft men informatie aan belanghebbende derden ten behoeve van het zorgbeleid. De gegevens worden daarbij geanonimiseerd maar wel voorzien van een uniek persoonskenmerk. Vanaf 2008 moeten de diagnosekenmerken ook aan verzekeraars worden aangeleverd, met dit verschil dat de gegevens niet geanonimiseerd worden maar zijn voorzien van naam, geboortedatum, adres en burgerservicenummer. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met ingang van 1 januari 2008 deze wijze van declareren (inclusief het aanleveren van gegevens aan het DIS) dwingend verplicht gesteld.

Terwijl de zorgaanbieders in de tweede lijn worden geconfronteerd met de DBC-systematiek, blijven zorgaanbieders in de eerste lijn hun behandelingen registreren (en vergoed krijgen) in zittingen. Wel worden registratie en declaratie anders uitgevoerd.

Gelijktijdig met de overheveling naar de Zvw is de aanspraak op acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) in het basispakket opgenomen. Daarnaast is financiering geregeld voor de ondersteuningsfunctie GGZ in de eerste lijn, de zogenaamde praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ). Deze regeling vervangt de zeer succesvolle stimuleringsregeling consultatiegelden GGZ. De consultatie-

DE GGZ ONTWRICHT

gevers in de oude regeling waren voornamelijk sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Zij zagen in de huisartspraktijk patiënten met psychische klachten waarbij voor de huisarts de zorgvraag en het behandelbeleid niet helder waren. Zowel huisartsen als patiënten waren tevreden over deze consultatieregeling, zo bleek uit onderzoek van het Nivel. De patiënten kregen laagdrempelige zorg, dicht bij huis en vrij van stigma's. En de werkdruk van de huisartsen werd verminderd.¹⁰ Behalve via de directe consultatiegelden (5,45 miljoen) werd de consultatie ook door de instellingen zelf gefinancierd (32,75 miljoen). Beide bronnen vervallen nu en de totale middelen komen beschikbaar voor de POH-GGZ. De huisartsen moeten de regeling nu gaan uitvoeren en worden dus werkgever, terwijl ze eerder gebruik konden maken van een SPV'er vanuit een GGZ-instelling. De implementatie van de POH-GGZ-regeling blijkt moeizaam te verlopen. Er is kritiek op het beperkte aantal behandelcontacten, de beperkte duur van deze contacten en de salariscomponent die te laag zou zijn om goed geschoolde en ervaren consultatiegevers aan te trekken.¹¹

MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

Via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) financieren de gemeenten de toeleiding tot hulp die wordt gegeven in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz). De bedragen hiervoor komen in onderhandeling tussen gemeenten en zorgaanbieders tot stand, al dan niet via aanbestedingen. Ook de huishoudelijke zorg van de thuiszorg is overgeheveld naar de gemeentelijke Wmo. Dat betekent voor veel psychiatrische patiënten dat de huishoudelijke zorg in combinatie met gezinsondersteuning niet meer gegeven wordt en dat veelal gewone huishoudelijke krachten of alfahulpen worden ingezet bij mensen met een psychische aandoening.

Ook de extramurale ondersteunende begeleiding op psychosociale grondslag is overgeheveld van de AWBZ naar de gemeenten, waarbij 2008 een overgangsjaar is. De functies behandeling en activerende begeleiding bij een psychische stoornis zijn uit de AWBZ, omdat zij van geneeskundige aard zijn en daarom niet langer zouden thuishoren in de AWBZ. Al spoedig werd echter duidelijk dat er in de praktijk ook niet-geneeskundige activerende begeleiding bestaat en er dus een gat was ontstaan. Dat was niet de bedoeling (overheveling zou pakketneutraal zijn) en de minister zegde toe dit te repareren. In 2008 wordt de niet-geneeskundige activerende begeleiding vooralsnog vergoed via de AWBZ.¹²

PREVENTIE

In de preventieve zorg kan onderscheid worden gemaakt tussen:

- Universele of collectieve preventie (op de hele bevolking gericht)
- Selectieve preventie (gericht op mensen of groepen met een verhoogd risico)
- Geïndiceerde preventie (gericht op mensen met prodromen of eerste signalen van ziekte)
- Nazorgpreventie (gericht op mensen met een gediagnosticeerde aandoening).

Tot en met 2006 kregen GGZ-organisaties een budget voor preventie en dienstverlening, gebaseerd op productieafspraken met de zorgkantoren. In 2007 en 2008 zijn die productieafspraken gedecimeerd: soms wel negentig procent minder dan in 2006. Slechts zeer minimaal worden die tekorten gecompenseerd door de overgehevelde Wmo-budgetten. Deels is het geld naar de centrumgemeenten gegaan om begeleiding naar zorg te financieren (vooral bemoeizorg) en deels is een zeer klein budget (minder dan tien procent) ongeoormerkt naar de individuele gemeenten gegaan. In combinatie met het afschaffen van de zorgvernieuwingsgelden (waaruit in veel gevallen bemoeizorg werd betaald) is er nu veel minder geld beschikbaar voor preventie en dienstverlening (waaronder consultatie).

Om de tekorten enigszins te compenseren zijn veel vrij toegankelijke preventieactiviteiten nu omgezet in DBC's. Daardoor moeten mensen ingeschreven worden als cliënt en is de drempel zowel financieel als psychologisch veel hoger geworden. Vooral de selectieve – op risicogroepen gerichte – preventie is hierdoor en door het minder worden van de budgetten nagenoeg weggevallen. Instellingen brengen veel consultatie-activiteiten nu in rekening bij consultatieontvangers (zoals politie, onderwijs, maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, V&V-sector, thuiszorg of Wsw-bedrijven) of schrappen consultatie-activiteiten als er geen betaling tegenover staat. Slechts mondjesmaat betalen gemeenten daar (extra) voor.

De individuele geïndiceerde preventie is onderdeel van de geneeskundige GGZ en valt per 1 januari 2008 onder de Zorgverzekeringswet. Omdat bij preventie geen sprake is van diagnose en de DBC-systematiek dus onmogelijk is, is hier een apart bekostigingsproduct geformuleerd: individuele (geïndiceerde) preventie. Aangezien de budgetten voor deze preventie vaak laag zijn, zien veel instellingen zich genooddakt een deel van de preventie om te zetten in curatieve GGZ, waardoor DBC's ook hier van toepassing worden.

VERSNIPPERING ZORG EN DE GEVOLGEN DAARVAN

In het nieuwe zorgstelsel kunnen instellingen te maken hebben met vier verschillende financiers: zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten en (in geringe mate) justitie – vier partijen die allemaal hun eigen eisen hebben ten aanzien van bijvoorbeeld de rapportages. Daarnaast vrezen de instellingen dat geldstromen niet dezelfde zullen blijven en er grepen uit de kas worden gedaan. Neem bijvoorbeeld de Wmo. Gemeenten zijn wel van goede zin, maar het blijkt dat toch niet alles uit de Wmo-budgetten naar de GGZ-instellingen wordt doorgesluist. Het gaat hierbij om geld voor collectieve preventie en bemoeizorg. Ook de zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor forse inkomstendervingen, onder meer omdat zij de zorg achteraf financieren. Bovendien worden alleen die behandelingen vergoed, waarvan de gegevens in DBC-termen helemaal juist zijn ingevuld. Een gedane behandeling waarbij in de registratie een detail ontbreekt, wordt dus niet vergoed. Aangezien door de invoering van de marktwerking in de somatische

DE GGZ ONTWRIJCHT

zorg de kosten zijn toegenomen, zullen in de GGZ de touwtjes strak worden aangehaald, nog voordat de eerste onderhandelingen over DBC's beginnen. Sommige instellingen vrezen ook dat zij goede ontwikkelingen, zoals het houden van een spreekuur bij huisartsen (waarmee de zorg dicht bij de mensen wordt gebracht), moeten opgeven omdat de zorgverzekeraars dit niet zien zitten.^{13 14}

Van verschillende kanten komen bovendien berichten dat zorgverzekeraars de budgetten voor 2008 hebben teruggeschroefd naar 85 procent van het budget voor 2007. Via een puntensysteem konden instellingen tot 100 procent bijverdienen. Voor 2009 zouden de gegarandeerde budgetten nog maar 70 procent van de afgesproken budgetten voor 2008 worden. Via een puntensysteem kan die 70 procent worden opgevoerd tot een maximum van 85 procent. Opnieuw een forse greep uit de kas dus.

KRITIEK OP INVOERING DBC'S

Vanuit het veld was er in de afgelopen jaren veel kritiek op de invoering van DBC's en marktwerking in de GGZ.

In 2006 al riepen tien ondernemingsraden van GGZ-instellingen in het zuiden des lands in een manifest op om de marktwerking en de bureaucratisering een halt toe te roepen. 'We moeten steeds meer registreren, managers blijven pushen dat we meer productie draaien, er worden taakverzwaringen doorgevoerd terwijl we ons al uit de naad werken, werkoverleg en opleidingsmogelijkheden worden afgeknepen en als gevolg van dit alles holt de kwaliteit van de gezondheidszorg achteruit.'¹⁵

Ook de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP) waarschuwde de Kamerleden voor de knelpunten. Hetzelfde geldt voor De Vrije Psych.¹⁶ DBC's zouden het medische beroepsgeheim in feite opheffen en daarmee de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts ernstig schaden. Hoewel het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) ingestemd had met de vermelding van diagnose-informatie op de declaratie, was ook zij uiterst kritisch. Het CBP maakte de kanttekening dat sprake is van een 'substantiële aantasting van de persoonlijke levenssfeer' van de patiënt waartegen de 'gestelde noodzaak' volgens het CBP 'maar net opweegt'.

Het registreren van behandelingen in DBC-vorm zou ook een excessief beslag leggen op de tijd van de behandelaar. Daarnaast zou het DBC-systeem om professioneel-inhoudelijke redenen niet geschikt zijn voor de GGZ, onder meer doordat het gekoppeld is aan de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual IV). Dit classificatiesysteem is in Amerika ontwikkeld onder invloed van de farmaceutische industrie, die er veel belang bij heeft dat het wereldwijd wordt toegepast.¹⁷ De DSM is geen diagnosesysteem, maar een methode om groepen mensen met ongeveer dezelfde klachten met stickers te typeren. Welke stickers in het handboek worden opgenomen is het resultaat van gemaakte afspraken. Voor het al dan niet opnemen van bepaalde stoornissen wordt stevig gelobbyd door onderzoeksgroepen, belangenverenigingen en farmaceutische industrie.¹⁸ Het probleem is dat de stickers van de DSM-IV weinig trefzeker zijn als het gaat om het voorspellen van de benodigde behandeling. Neem bijvoorbeeld depressie; hiervan is wetenschappelijk een grote variatie bekend. Verschillende vormen van depressie vragen om verschillende

vormen van behandeling. Binnen de DSM-IV worden ze echter allemaal onder dezelfde noemer van depressie geveegd. Uit onderzoek blijkt echter dat er nauwelijks een relatie bestaat tussen de DSM-classificatie en de behandelkeuze.^{19 20} Daarmee is de DSM-IV ongeschikt als diagnose-component van een DBC.

Er lijkt te weinig acht te zijn geslagen op de signalen vanuit het werkveld, ook door de koepelorganisaties zelf. Dit mogelijk vanwege sterke druk vanuit het ministerie om te komen tot een min of meer eensluidende DBC-systematiek voor de somatische en psychische zorg. De psychiaters lijken bovendien misleid met de belofte dat de psychiaters eindelijk een volwaardig specialistenhonorarium zouden gaan verdienen. Volgens de minister was er echter sprake van een onjuiste opvatting over de reikwijdte van zijn aanwijzing op 23 juli 2007.²¹ Deze aanwijzing betrof een opdracht aan de Nederlandse Zorgautoriteit om te regelen hoe de kosten van medisch specialisten werkzaam in de ziekenhuiszorg verrekend moeten worden in de DBC's.

Mede op verzoek van het veld is 2008 bestempeld als overgangsjaar. Voor de GGZ-instellingen is een vangnet ingesteld waarmee zij in principe nog geen financieel risico zouden mogen lopen als gevolg van de nieuwe DBC-systematiek. GGZ-instellingen en zorgverzekeraars maken afspraken in de oude AWBZ-parameters en declareren in DBC's. Verschillen worden verrekend. Voor de vrijgevestigden was deze constructie niet mogelijk; de minister zegde toe hier de inkomenseffecten te volgen.²²

Niet alleen zorgaanbieders, maar ook patiënten maakten zich zorgen. Bij het denken in 'productie draaien' en 'financiën binnenhalen' vrezen zij dat de patiënt op de allerlaatste plaats komt. Zij vrezen de terugkeer van stigmatisering en etikettering doordat de DSM-IV als leidraad is gekozen en cliënten minder in hun context worden gezien. Ook maken zij zich zorgen over het feit dat er veel tijd naar bureaucratie gaat en over de toenemende druk om behandelingen binnen een bepaalde tijd af te ronden. Cliënten worden deels overgeleverd aan de marktwerking en zijn deels afhankelijk van wat de zorgverzekeraar zal inkopen. Ook vrezen zij schending van de privacy.²³

NOODKLOK

De vrees die veel vrijgevestigden al voor de invoeringsdatum hadden, namelijk dat ze in financiële problemen zouden komen door de DBC's, werd bewaarheid. Op 15 april 2008 luidt de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) de noodklok in een brief aan de Tweede Kamer.²⁴ Daarin wordt gesteld dat veel vrijgevestigde psychotherapeuten gedupeerd worden door de onzorgvuldige invoering van het DBC-systeem. Velen hadden op dat moment al meer dan drie maanden geen inkomsten gekregen, met grote financiële problemen tot gevolg. Een maand later meldt de NVVP in een uitzending van *EénVandaag* dat 300 van de 1850 praktijken zich inmiddels gedwongen zagen om te stoppen.

Anton Loonen, hoogleraar farmacotherapie bij psychiatrische patiënten, stelt dat de druk die het nieuwe systeem op de zorgaanbieders legt, in combinatie met het feit dat veel vrijgevestigden met hun praktijk

DE GGZ ONTWRICHT

stoppen en instellingen in de problemen komen, zal leiden tot oversterfte ofwel dodelijke slachtoffers.²⁵ Minister Klink antwoordt op Kamervragen dat hij het betreurt dat sommige vrijgevestigde zorgaanbieders in financiële problemen raken. Partijen onderkennen dat de financiële problemen worden veroorzaakt door problemen in de uitvoering. Er worden verschillende opties verkend om voor de korte termijn financiële oplossingen te bieden. Overigens stond het volgens de minister zorgverzekeraars nu al vrij om zorgaanbieders voorschotten te verlenen. Niet alle verzekeraars maakten echter van die mogelijkheid gebruik. Verder zou er door de bevoorschotting ook een bijkomende ingewikkelde administratie moeten plaatsvinden en zouden er per vrijgevestigde aparte afspraken gemaakt moeten worden.²⁶

Ook in de eerste periodieke rapportage over de voortgang van de overheveling heeft de minister het over overgangsproblemen. Voorbeelden van knelpunten noemt hij de aanloopproblemen met ICT-systemen, het moeten opvragen van de juiste code en het op orde hebben van de registratie. Dit ondanks de voorlichtingsbrochure, de voorlichtingsbijeenkomsten en de opengestelde helpdesk. Volgens de minister is er nog maar één verzekeraar die niet bevoorschot. Hij wijst er tenslotte op dat indien er niet wordt bevoorschot, een zorgaanbieder zich ook tot een kredietverstrekker kan wenden; de zorgaanbieder kan dan op basis van de beleidsregel renteheffing een compensatie doorberekenen aan de zorgverzekeraar. De hoge administratieve lasten wijdt de minister aan de invoering van het nieuwe systeem; na de overgangsperiode zal hij beoordelen of aanvullende maatregelen nodig zijn.²⁷

Niet alleen de vrijgevestigden maar ook de instellingen melden problemen. Bestuurder Lemke van GGNet spreekt van de 'geruisloze ontmanteling van de GGZ'. Dit vanwege de enorme bureaucratie en de rampzalige financiële gevolgen van de stelselwijziging. Werknemers klagen over de uitdijende controlecultuur, over de verzakelijking en over managers die te ver van de werkvloer staan. In deze cultuur van bureaucratie en controle draait het uiteindelijk om bijzaken, waardoor de kern van het werk en de patiëntgebonden tijd ernstig onder druk komen te staan.²⁸

Ook de eerstelijnspsychologen laten van zich horen. Hoewel zij niet te maken hebben met DBC's geeft het elektronisch declareren ook bij hen problemen en laten uitbetalingen op zich wachten. In de eerstelijnspsychologische zorg gelden vrije tarieven. Deze zouden echter vooral vanuit de zorgverzekeraars worden bepaald. De eerstelijnspsychologen pleiten ervoor dat de eigen bijdrage bij hen – net zoals bij de psychotherapie – wordt afgeschaft.²⁹

MELDINGEN OVER DE GGZ

Bij de actiegroep *Zorg Geen Markt* en bij de SP komen ondertussen veel meldingen binnen over de GGZ. Behalve over forse financiële problemen wordt veel gerapporteerd over de met de invoering van DBC's gepaard gaande bureaucratie. Ook het afsluiten van contracten met onder meer verzekeraars en gemeenten levert problemen op. Andere thema's die genoemd worden, zijn onder meer de hoge productiedruk, het verlies van kwaliteit en het verslechteren van de arbeidsomstandigheden. Niet alleen vanuit de overgehevelde GGZ, maar ook vanuit het nog steeds door de AWBZ gefinancierde deel kwamen veel

meldingen binnen. Bijvoorbeeld over de zorgzwaartepakketten en de werking van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Op de themadag Zorg, op 15 maart 2008 georganiseerd door de actiegroep *Zorg Geen Markt*, werd duidelijk dat de gevolgen van de invoering van de marktwerking in de GGZ ernstig waren. De grootste frustratie was dat het systeem mensen dwingt om geld en eigenbelang (of instellingsbelang) voorop te stellen.³⁰

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de situatie in de GGZ heeft het Wetenschappelijk Bureau van de SP in samenwerking met de actiegroep *Zorg Geen Markt* besloten een uitgebreid onderzoek te doen onder de zorgverleners in de GGZ.

Omdat er in juni 2008 een Kamerdebat plaatsvond over de financiële problemen vanwege de overheveling, is voor die datum een tussenrapportage opgesteld waarin de gegevens zijn verwerkt die te maken hadden met de overheveling.³¹ Uit deze rapportage bleek dat driekwart van de werknemers in de GGZ wil dat de marktwerking direct wordt gestopt. De deelnemers aan het onderzoek worstelen vooral met het nieuwe declaratiesysteem, de DBC's. Het systeem kost veel tijd en leidt tot chaos in de financiering. Het DBC-systeem is bovendien fundamenteel ongeschikt voor financiering. Bijna eenderde van de betrokkenen meldde in serieuze financiële problemen gekomen te zijn.

Hoewel alle zorgverzekeraars inmiddels zouden bevoorschotten, moest de minister toegeven dat de bevoorschotting wel gekoppeld was aan contracten en aan voorwaarden die per verzekeraar verschillen.³²

ACTIE: THERAPIE IN NOOD

Inmiddels kwamen de zorgaanbieders zelf in actie. Tijdens een NVVP-vergadering, waarin nog eens duidelijk werd dat de problemen ernstig waren, is een actiecomité opgericht, dat collega's opriep op 1 juli 2008 op het Plein voor de Tweede Kamer te demonstreren.³³ Enkele honderden mensen gaven gehoor aan deze oproep. Tijdens deze manifestatie werd een petitie aangeboden namens de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP), de Nederlandse Vereniging van vrijgevestigde Psychiaters (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Hierin wordt gevraagd om bevoorschotting ongeacht of er contracten zijn gesloten, om acceptabele en uitvoerbare criteria bij de bevoorschotting, om deeldeclaraties, om compensatie voor de administratieve lasten en om de tarieven in 2009 niet vrij te geven, ook niet voor de vrijgevestigden.

Een en ander leidde ertoe dat een voorstel dat de SP indiende, om deel-DBC's te kunnen declareren, werd aangenomen. Voorstellen om te stoppen met DBC's en verzekeraars te verplichten tot een soepelere vorm van bevoorschotting, haalden het niet. Wel hadden de zorgverzekeraars inmiddels toegezegd een noodvoorziening te treffen. Ook deze noodvoorziening lijkt onvoldoende, blijkt uit signalen van de beroepsgroep.

DE GGZ ONTWRIGHT

Bovendien gaat het om meer dan de financiële nood. Het gaat om fundamentele kwesties, zoals de vraag of DBC's professioneel-inhoudelijk wel geschikt zijn voor de GGZ, de schending van het beroepsgeheim, en of de ontwikkeling richting markt wel een gewenste richting is. Maar het gaat ook om de ontwikkelingen in de langdurige GGZ, zoals de overheveling naar de Wmo, de indicatiestelling en de zorgzwaartefinanciering.

ONZE GGZ-ENQUÊTE

Zoals gezegd hebben wij, om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de situatie in de GGZ, een uitgebreide enquête gehouden onder het behandelend personeel in de GGZ. In dit rapport presenteren wij onze conclusies en aanbevelingen op basis van dat onderzoek. Wij hopen zo een antwoord te kunnen geven op de bovengenoemde problemen. Een antwoord vanuit de vele werkers uit de GGZ die aan het onderzoek hebben deelgenomen.

DE NOODKLOK
KLINKT
ONS VAK GAAT DOOD
EN U STAAN

CHAOS
IN DE GGZ
EEN ONDERZOEK NAAR
DE MARKTWERKING IN DE GGZ
DE SP.

HOE KLINKT
UW DIAGNOSE?

CHADS
IN DE BOP

DE
IS GEEN
MARKT

DE BROE



OPZET VAN HET ONDERZOEK

De enquête is opgesteld door het Wetenschappelijk Bureau van de SP, samen met vier leden van de actiegroep *Zorg Geen Markt* die tevens in de GGZ werkzaam zijn. Omdat de enquête bedoeld was voor iedereen in de GGZ, is het een uitgebreide vragenlijst geworden, waarbij niet alle vragen op iedereen van toepassing zijn. Toch kostte het invullen ervan al gauw 45 tot 60 minuten.

OPROEP

Op 23 mei 2008 is de enquête online gezet. Dezelfde dag is per e-mail een brief gestuurd naar alle ondertekenaars van het manifest *Zorg Geen Markt*, met daarin de link naar de enquête. Achter het manifest *Zorg Geen Markt* hadden zich inmiddels ruim 13.000 werkers uit de zorg geschaard, waarvan 2.000 uit de GGZ. In de brief werd opgeroepen de enquête zelf in te vullen (indien men werkzaam was in de GGZ) of de enquête naar collega's in de GGZ door te mailen. Ook stond er een algemene oproep in de brief om deze door te sturen naar collega's. De brief is ook verstuurd naar een aantal beroepsverenigingen in de GGZ, naar de ondernemingsraden van een groot aantal GGZ-instellingen en naar de vakbonden met het verzoek deze te verspreiden.

HOGE DEELNAME

Binnen enkele uren na de start van de enquête waren er al honderden reacties binnen. In de weken daarna bleven de enquêtes binnenstromen. Alleen al het feit dat zoveel mensen een deel van hun kostbare tijd gebruikten om een tijdrovende vragenlijst in te vullen, maakt duidelijk dat er iets aan de hand is in de GGZ. Er ontstond een sneeuwbaaleffect: de enquête werd zeer veel doorgestuurd naar collega's. Ook kwam een aantal mensen in aanraking met de enquête via het intranet van hun instelling of de site van hun beroepsvereniging.

DE GGZ ONTWRIJCHT

Het onderzoek liep tot eind juli. Er kwamen meer dan 6.000 reacties binnen. Niet alle reacties waren geldig, omdat ook mensen uit andere sectoren de enquête ingevuld hadden of omdat het om blanco enquêtes ging. In totaal zijn er 5.378 geldige enquêtes ingevuld; 3.466 door vrouwen (64 procent) en 1.912 door mannen (36 procent). Alle beroepsgroepen binnen de GGZ zijn goed vertegenwoordigd: psychiaters (405), klinisch psychologen (361), GZ-psychologen (770), eerstelijnspsychologen (176), psychotherapeuten (735), SPV'ers (628); verpleegkundigen (1.090); vaktherapeuten (231); sociotherapeuten (186); maatschappelijk werkers (268); activiteiten- en woonbegeleiders (466) en nog vele andere beroepen in de GGZ.

Ruim 15 procent heeft een eigen praktijk, het overgrote deel werkt (ook) in een GGZ-instelling. Anderen werken bij het RIAGG, een APZ, de RIBW, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie of voor verslavingszorg, de forensische psychiatrie, enz.

Niet alle respondenten hebben de enquête volledig ingevuld: 3.823 mensen (71 procent) zijn tot het einde gekomen, 1.555 mensen niet helemaal. Dat laatste soms vanwege het optreden van een zogenaamde time-out, een door de webserver ingebouwde (veiligheids-)instelling. Alle antwoorden zijn in de analyse meegenomen, dus ook van de niet volledig ingevulde enquêtes.

TUSSENRAPPORTAGE

Van de eerste 3.046 enquêtes is een tussenrapportage opgesteld omdat er op 12 juni een Kamerdebat plaatsvond over de overheveling van de GGZ. Hiervoor werden alleen de vragen verwerkt die (deels) te maken hadden met deze overheveling. De deelrapportage is aangeboden aan de minister en heeft er mede toe geleid dat er hard naar oplossingen wordt gezocht voor de financiële problemen, onder meer door het instellen van deel-DBC's.

OVER DE REPRESENTATIVITEIT

In de GGZ werken ongeveer 70.000 mensen; daarvan is 82 procent (ofwel ruim 57.000 mensen) behandelend personeel.³⁴ Dat betekent, met 5.378 geldige enquêtes, dat bijna 10 procent van het behandelend personeel heeft deelgenomen aan het onderzoek, een hoge deelname dus.

Er zijn verschillende bronnen aangeboord (*Zorg Geen Markt*, beroepsverenigingen, ondernemingsraden en vakbonden). Van daaruit is verder verspreid onder werkers in de GGZ, die op hun beurt werden opgeroepen collega's op de enquête te wijzen.

Mensen die kritisch staan tegenover de marktwerking zouden meer geneigd geweest kunnen zijn de vragenlijst in te vullen. Anderzijds is iedereen geconfronteerd met de grote veranderingen in de GGZ en zodoende naar verwachting voldoende gemotiveerd aan een dergelijk onderzoek mee te doen. Het onderzoek betrof ook de ontwikkelingen in de AWBZ zoals Zorgzwaartepakketten en Wmo, evenals de

gevolgen van wet- en regelgeving op bijvoorbeeld de bureaucratie. De keuze van deze methode van verspreiding heeft als nadeel dat we er niet zeker van kunnen zijn alle werkers in de GGZ daadwerkelijk bereikt te hebben. Een deel van de hulpverleners zal niet op de hoogte zijn geweest van de enquête. Verder zijn er nogal wat meldingen geweest van mensen, dat de tijd die het kostte om de lijst in te vullen hen ervan heeft weerhouden om deze in te vullen.

Dat het onderzoek werd opgezet vanuit de actiegroep *Zorg Geen Markt* en het Wetenschappelijk Bureau van de SP kan voorstanders van de marktwerking of hulpverleners met een andere politieke oriëntatie ervan hebben weerhouden om mee te doen. Hoewel duidelijk was wie de initiatiefnemers waren, zijn hier nauwelijks of geen negatieve reacties op gekomen. Op instellingsniveau was dat anders: bij minstens twee GGZ-instellingen mocht het nieuwsbericht over de enquête van hogerhand niet op intranet worden geplaatst, omdat men niet politiek stelling wilde nemen. Bij minimaal drie GGZ-instellingen is het bericht wel op intranet geplaatst. Daarnaast stond het op de nieuwssite psy.nl. Van individuele hulpverleners kwamen zeer veel positieve reacties waarin waardering werd uitgesproken voor het opzetten van een dergelijk onderzoek. De onderzoekers hebben al met al niet het idee dat de betrokkenheid van de SP en *Zorg Geen Markt* veel invloed heeft gehad op wie de enquête wel en wie de enquête niet hebben ingevuld.

Voor een aantal parameters kan de onderzoeksgroep (de totale groep respondenten) worden vergeleken met de totale groep van behandelend personeel in de GGZ.

Landelijk maakt het behandelend personeel 82 procent uit van de werknemers in de GGZ, in de onderzoeksgroep is dat circa 95 procent.

Landelijk is 31 procent van het GGZ-personeel man, in de onderzoeksgroep is dat 36 procent.

Ook de leeftijdsverdeling is redelijk vergelijkbaar.

	landelijk	onderzoeksgroep
< 25 jaar	5 %	3 %
25-34 jaar	22 %	18 %
35-44 jaar	27 %	23 %
45-54 jaar	33 %	34 %
55 jaar en ouder	14 %	21 %

In de onderzoeksgroep zitten dus meer ouderen dan landelijk.

Wat betreft de verdeling van de verschillende beroepsgroepen over de onderzoeksgroep konden enkele beroepsgroepen worden vergeleken met landelijke gegevens.

DE GGZ ONTWRICHT

	landelijk	onderzoeksgroep
gezondheidszorgpsychologen	16,8%	15,2 %
psychotherapeuten	11 %	14,6%
psychiaters	4 %	8 %

Het hoge percentage psychotherapeuten en psychiaters in de onderzoeksgroep heeft ongetwijfeld te maken met de actieve inzet van enkele leden van deze beroepsgroepen onder collegae om de enquête in te vullen.

Wat betreft de onderzochte parameters is de onderzoeksgroep dus redelijk vergelijkbaar met de totale groep werknemers in de GGZ in Nederland. Het lijkt erop dat de onderzoeksgroep een redelijke doorsnee is van het GGZ-personeel.

De vragenlijst is er op gericht problemen in de GGZ te inventariseren, op basis van de dagelijkse werkelijkheid in de zorg. Tegelijkertijd was er voldoende ruimte voor mensen die positieve ervaringen wilden melden (meestal als eerste optie) en dat is ook gebeurd. Slechts enkele mensen maakten een opmerking over eenzijdigheid van de vragenlijst en over de gemaakte vooronderstelling dat er in de GGZ problemen zijn. Veel meer reacties kwamen echter van mensen die de enquête zeer van toepassing vonden op de dagelijkse praktijk in de zorg en zich hier heel goed in herkenden. Dit is mogelijk ook een van de oorzaken voor de hoge respons.

Opvallend was dat er in de resultaten van de eindrapportage weinig tot geen verschuivingen waren ten opzichte van de tussenrapportage. Dit wijst er op dat er waarschijnlijk geen sprake is geweest van een groep 'anti-marktwerkingfundamentalisten' die de enquête direct enthousiast heeft ingevuld en die daarmee vooral de resultaten van de tussenrapportage zou hebben gekleurd. De hoge mate van overeenkomst tussen de tussenresultaten en de eindresultaten pleit tegen deze mogelijke eenzijdigheid van de onderzoeksgroep.

ANALYSE

Niet alle vragen zijn op iedereen van toepassing. Daarnaast zijn niet alle vragen door iedereen ingevuld en heeft niet iedereen de gehele enquête afgemaakt. Het aantal respondenten per vraag varieert dus nogal en loopt bij de laatste vragen langzaam af. In de tabellen is daarom steeds per vraag het totale aantal respondenten aangegeven. Per vraag wisselt ook het aantal mensen dat wel of geen mening heeft; ook dit is in de tabellen aangegeven. Alle berekende percentages in de tabellen gaan over de respondenten die wel een mening hebben.

Veel onderwerpen zijn op een specifieke groep van toepassing. Met de Wmo, het CIZ, de ZZP en preventie hebben bijvoorbeeld vooral mensen te maken die in instellingen werkzaam zijn. Financiële problemen, ervaringen met DBC of onderhandelingen met zorgkantoren kunnen anders uitpakken voor zelfstandigen/vrijgevestigden en instellingen. In dit geval zijn de groepen apart geanalyseerd. De vrijgevestigden zijn de mensen met een eigen praktijk waarvan een aantal ook in een instelling werkt. De overigen bleken bij nadere analyse allemaal mensen te zijn die uitsluitend in een instelling werkzaam zijn.

Naast de ruim 140 gesloten vragen waren er ongeveer 100 open vragen, die elke keer beantwoord zijn door honderden en soms meer dan tweeduizend respondenten. Alle antwoorden zijn gelezen en gaven een schat aan verdere informatie. Deze informatie is in de resultaten samengevat verwerkt. In een aantal gevallen is de informatie gerubriceerd. Vele opmerkingen zijn toegevoegd als citaten om de deelnemers aan de enquête ook zoveel mogelijk zelf aan het woord te laten.



ciz

Elektronische Kommunikation

...



Handwritten notes on a piece of paper, including the name "Gretchen, Werner" and other illegible text.

ciz

...

A sheet of paper with a grid of red squares, each containing the logo "ciz".

RESULTATEN

1. LANGDURENDE ZORG

1.1. ONDERHANDELINGEN MET ZORGKANTOREN

In totaal hebben 635 respondenten te maken gehad met onderhandelingen met zorgkantoren in het kader van de AWBZ. Onder de respondenten waren zowel zorgaanbieders met een eigen praktijk, de vrijgevestigden, als zorgaanbieders in instellingen.

ERVARINGEN MET ONDERHANDELINGEN MET ZORGKANTOREN: MATIG TOT SLECHT

Voor de grote meerderheid (84 procent) zijn de ervaringen matig of slecht. Bij nadere analyse blijkt dat vrijgevestigden soms deze vragen hebben beantwoord alsof het over de zorgverzekeraars in plaats van over zorgkantoren gaat. Deze groep is daarom in zijn geheel buiten de analyse gelaten.

TABEL 1. ERVARINGEN MET ONDERHANDELINGEN MET ZORGKANTOREN

goed	69	16%
matig	243	57%
slecht	118	27%
totaal	430	
geen mening	41	

De tijd die men op jaarbasis kwijt is aan het onderhandelen, contracteren en onderhouden van contacten met het zorgkantoor is heel verschillend. 82 procent is er 0 tot 2 weken per jaar aan kwijt, 18 procent 2 weken of meer. Ruim de helft van de respondenten licht haar ervaringen met onderhandelen toe.

ER IS WEINIG TOT GEEN RUIMTE VOOR ONDERHANDELEN

Het zorgkantoor heeft soms of meestal geen oog voor de argumenten die worden ingebracht door de zorverleners. Op de zorgkantoren werken mensen die op flinke afstand staan van de werkvloer en slecht op de hoogte zijn van waar het werkelijk om gaat in de GGZ. Datzelfde geldt helaas nogal eens voor de managers van de grote instellingen.

‘Er valt niets te onderhandelen, je tekent in op een lijst en bent te duur of mag alsnog meedoen voor een lagere prijs.’

‘De onderhandelingen worden gevoerd door managers die hoog in de organisatie zitten en te weinig kennis van de inhoud van het vak hebben. Daarmee ontstaat een onderhandeling die tot eisen en producten leidt die niet overeenkomen met wat voor werk zinvol en noodzakelijk is.’

‘Wat daar zit is arrogant, betweterig, ze luisteren niet. Koude ongevoelige managers.’

DE ZORGKANTOREN STELLEN HOGE EN ONZINNIGE ADMINISTRATIEVE EN KWALITEITSEISEN

De zorgkantoren zoeken altijd de goedkoopste oplossingen. Ze bemoeien zich zo met de inhoud van de zorg. Ze zijn slecht bereikbaar.

‘Het zorgkantoor verandert voortdurend de eisen, volgens mij heeft het zorgkantoor geen idee wat ons werk werkelijk inhoudt en welke doelgroep wij bedienen.’

‘Het zorgkantoor komt over als een chaotisch gebeuren. Zeer klantvriendelijk ook. Administratief is het een puinhoop.’

‘Ze zeggen dat het om kwaliteit gaat maar uiteindelijk draait het om geld.’

‘Letterlijke tekst zorgkantoor: Wij zijn alleen geïnteresseerd wat u aan hulp kunt besparen, over kwaliteit horen we de hele dag al.’

ER WORDT EEN TE LAGE PRIJS AFGESPROKEN

Met als gevolg: bezuiniging op het personeel.

'Medewerkers moeten steeds harder werken om de verlaagde prijzen goed te maken.'

'Degene met de laagste prijs komt bovenin de ranking en dat zijn altijd de partijen die slecht en laag gekwalificeerd personeel hebben voor de eenduidige enkelvoudige problematiek. Zo verdwijnt het geld bij de gespecialiseerde instellingen.'

ER WORDT TE WEINIG ZORG AFGESPROKEN

'Het productieplafond slaat nergens op. Patiënten hebben recht op zorg, zeker de jeugdigen en psychiatrisch gehandicapten.'

'De productie wordt steeds met percentages naar beneden bijgesteld, meer gemaakte productie wordt niet betaald.'

'Het lijkt een soort spel geworden. De hulpverlener wil hulp bieden, de werknemer van het zorgkantoor wil aangevraagde hulp zo laag mogelijk houden. Dit houdt je scherp maar meerdere keren heb ik meegemaakt dat de toegekende hulp niet voldoende was. De administratieve rompslomp die dan volgt om het toch voor elkaar te krijgen is enorm.'

'Het lijkt wel een gevecht om zorg te krijgen voor cliënten die het nodig hebben.'

ZE ZIJN ONKUNDIG EN MACHTELOOS

'Antwoord op vrij eenvoudige vragen blijft uit. Er is steeds een ander contactpersoon. Eindeloos doorverbonden en er is zelfs een aantal keren opgehangen of er wordt helemaal niet opgenomen.'

'Ik heb te maken met de afdeling zorgbemiddeling van zorgkantoren, dat werkt dus niet. Men kan eigenlijk niets betekenen, men inventariseert en doet niets. Ik blijf zitten met patiënten die ik niet uit kan plaatsen.'

'De naam zorgkantoor slaat nergens op, het kantoor ondermijnt de zorg.'

HEEL SOMS KLINT EEN COMPLIMENT

'Zorgkantoor Nijmegen bleek het hart op de goede plaats te hebben met betrekking tot de langdurige GGZ.'

'Er werd goed geluisterd naar wachtlijsten en de mate van zorgvraag die er in de regio gesteld werd en dan werd gekeken naar mijn aantal te besteden uren die ik kreeg van het zorgkantoor.'

'Wij nodigen hen vaak uit op de werkvloer, zij vinden dat prettig en het is goed voor de verheldering met betrekking tot de zorg die wij willen dat zij vergoeden.'

HET ZOR GKANTOOR BEMO EIT ZICH MET DE INHOUD VAN DE ZORG; ZORGVERLENERS ERVAREN BEPERKINGEN IN DE ZORG

Volgens ruim 60 procent van de betrokken respondenten bemoeit het zorgkantoor zich met de inhoud van de zorg. 129 mensen geven hier voorbeelden van. Ruim driekwart (77 procent) ervaart beperkingen in de zorg. 166 mensen lichten deze beperkingen toe.

HET BUDGET IS BEPERKT

Dit is onder meer zo omdat er geld naar nieuwe concurrenten gaat. Men stopt soms eerder met behandelingen vanwege de wachtlijsten. Er moet soms worden gevochten om de benodigde zorg vergoed te krijgen.

‘Soms het gevoel dat je om uren moet smeken.’

‘De rem op de aanvraag is duidelijk voelbaar. De rem zit hem in de eindeloze ontmoedigende procedures die zich in drievoud afspelen.’

NIEUWE EN GOEDE PROJECTEN GAAN NIET DOOR

‘Geen ruimte om nieuwe projecten voldoende voor te bereiden. Zorgkantoor is zo flexibel als een baksteen.’

‘Het gaat om dagbesteding voor zelfstandig wonende ouderen. Om eenzaamheid tegen te gaan of te voorkomen, sociale contacten weer opzetten, een luisterend oor bieden, etc. mag niet meer, eind 2008 mogen wij de dagbesteding helemaal niet meer geven.’

BEPERKINGEN IN HET AANTAL OF DE DUUR VAN CONSULTEN

‘Je mag steeds minder, zoals contact met naasten, overleg derden, uitzoeken van bijvoorbeeld problemen met instanties die cliënten hebben, mensen niet opzoeken die kortdurend opgenomen zijn, enz.’

‘Aantal behandelcontacten per ingeschreven cliënt en wat voor soort hulpverlener moet worden ingezet.’

ZOR GKANTOOR BEMO EIT ZICH MET BEHANDELINGEN

‘Als behandelprogramma’s steeds korter moeten heeft dat sowieso consequenties voor de inhoud van de zorg en het resultaat daarvan.’

‘Door invoering zorgprogrammering dwingend op te leggen. Het is echter zo een beperkt kader en de term evidence based wordt schaamteloos misbruikt. Als dat er voor staat wordt het als zoete koek gegeten.’

‘Ontwikkelingen in de richting van protocollair behandelen en evidence based, onderschatting van het belang van de kwaliteit van de werkrelatie als belangrijkste therapeutisch vehiculum!’

'Indirect door bepaalde producten wel en niet te financieren en door eisen aan de organisatie te stellen. Bijvoorbeeld dat zij eisen dat een anders gefinancierd product ook in een andere organisatievorm terecht komt betekent uitval van patiënten (overdracht is uitval in de sociale psychiatrie).'

GELD GAAT BOVEN KWALITEIT

Volgens 37 procent speelt de kwaliteit meestal of vrijwel altijd een rol bij de onderhandelingen, 29 procent vindt dat dit soms het geval is en 34 procent meestal niet. Enkele van de (118) voorbeelden.

'Kwaliteit van zorg kunnen zij moeilijk bewaken daarom storten zij zich helemaal op de kwaliteit van de registratie en de verslaglegging en wordt dat het sturende beginsel. Als de boekhouding klopt zal de rest ook wel goed zijn.'

'Zo snel en goedkoop mogelijk. Er zijn zorgkantoren die me vragen een cursus te volgen om het nog efficiënter te doen.'

'Door medewerker zorgkantoor werd geld als prioriteit 1 genoemd, er moet productie gemaakt.'

'Men doet alsof maar het maakt ze geen bal uit: het gaat vooral om geld, niet om kwaliteit.'

1.2. INDICATIESTELLING VIA HET CIZ

In totaal 1840 respondenten hebben in het dagelijks werk te maken met indicatiestelling via het CIZ. Het gaat hierbij vooral om mensen die in instellingen werken. Slechts enkele tientallen vrijgevestigden hebben hiermee te maken.

TABEL 2. DE INDICATIESTELLING			
	kwaliteit	communicatie	snelheid
goed	229 14%	368 23%	161 10%
matig	921 55%	912 57%	684 43%
slecht	529 31%	330 20%	759 47%
totaal	1.679	1.600	1.604
geen mening	161	200	194

Het overgrote deel is dus maar matig of slecht te spreken over de kwaliteit van de indicatiestelling door het CIZ. Als het over de snelheid gaat, is slechts 10 procent tevreden. Vooral de indicatiestelling voor

DE GGZ ONTWRIJCHT

dagbesteding wordt als zeer drempelverhogend ervaren: daardoor haken mensen af en die hebben vaak op termijn dan weer zwaardere zorg nodig. Een bloemlezing uit de ruim 900 toelichtingen.

HET IS EEN ENORME BUREAUCRATIE

'Indicatiestellingen zijn monsterlijk uitgebreide papieren activiteiten. Geen idee waar ze alle informatie voor nodig hebben! Leidt veel te weinig tot maatwerk.'

'Ik vind het vooral een vreselijk omslachtige nauwelijks iets aan mijn eigen indicatie toevoegende, tijdrovende, dure en veelal overbodige praktijk.'

'Enorm veel papierwerk (bijv. elf A4tjes voor een paar uur woonbegeleiding) waarbij vervolgens ondanks de toestemming van de cliënt geen info wordt doorgegeven waardoor je een gedeelte weer opnieuw moet maken voor de zorginstelling die de zorg gaat leveren.'

'Traag werkend orgaan, niet te benaderen, zwarte doos, waarbij je iets erin stopt en maanden moet wachten tot er misschien ooit iets uitkomt.'

'Ik merk dat ze altijd volgen wat ik van ze vraag, dus ik krijg nog hetzelfde als vroeger alleen moet ik er nu veel meer werk voor doen. Het zou dus net zo goed weer kunnen zoals vroeger: Een telefoontje naar de zorgcoördinator en het werd geregeld. Korte lijnen, iedereen wist met wie hij/zij overlegde en waarover en geen papieren rompslomp. Het heeft dus geen geld bespaart waar het voor bedoeld was, maar het kost ontzettend veel geld.'

DE INDICATIESTELLERS ZIJN ENORME BUREAUCRATEN

'Erg afhankelijk van de indicatiesteller, sommige zijn ware bureaucraten, anderen menselijk en creatief.'

'Geen idee waar ze het over hebben, zitten daarnaast zo vast aan regeltjes en zijn zo weinig flexibel dat je gewoon tegen een stel muren staat te brullen. Cliënten raken fors getraumatiseerd door de wijze waarop er met hen omgegaan wordt. Het is grof schandig. Gebrek aan visie!'

'Er is geen communicatie met hen mogelijk. Afhandeling van de aanvragen laten lang op zich wachten. Ze zijn opvallend veel keer een aanvraag kwijt. Ze sturen onhandige brieven waar het niet zou moeten, stress bij cliënten. Zijn enorm met handen en voeten gebonden aan regels en durven daar geen millimeter van af te wijken ondanks goede argumentatie.'

'Er wordt vaak te bureaucratisch gekeken, past een bepaalde cliënt niet binnen de regeltjes dan krijgt hij/zij geen indicatie terwijl dit vaak noodzakelijk is. Je hebt het gevoel het soms voor de helseuren weg te moeten halen. De toelichtingen en overleg hierover neemt vaak veel tijd.'

HET IS EEN PAPIEREN INDICATIESTELLING

'De regelgeving bij het CIZ verandert per indicatiesteller, de wachtlijst is groot, herindicaties moeten minimaal 6 weken voor afloop van de indicatie worden aangevraagd. Dat is te lang van te

voren, er kunnen in 6 weken enorm veel dingen veranderen, waardoor de indicatie niet meer klopt. CIZ komt bijna nooit bij de mensen thuis, hanteren een beslisboom.’

‘We vreesden bij de invoering al dat het tot een extra orgaan zou leiden en tot papieren indicatiestelling. Ze hebben nu zoveel werk dat ze het niet aan kunnen en dus via papier indiceren.’

‘Er vinden geen huisbezoeken meer plaats en de indicering geschiedt op basis van schriftelijke rapportages. CIZ hanteert een sterk doorgevoerde functionele systematiek, welke leidt tot bureaucratisch gedrag van medewerkers.’

ER ZIJN WACHTLIJSTEN

‘Op moment wachtlijst van 4 à 5 maanden, waardoor de zorg die nodig is niet geboden kan worden en de ernst van de problematiek toeneemt. Een collega van mij heeft de afgelopen weken twee uithuisplaatsingen van kinderen gehad, die volgens haar zeggen voorkomen hadden kunnen worden als er eerder gepaste zorg was gekomen, maar dit kon niet vanwege de wachtlijst.’

ZE ZIJN ONDESKUNDIG

‘CIZ gaat vaak op stoel hulpverlener zitten. Behandelpunten dat multidisciplinair is opgesteld wordt wel eens in twijfel getrokken. Bovendien, het CIZ dringt aan op DSM classificaties, ‘sluit uit’ diagnoses worden niet geaccepteerd.’

‘Indicatie is vaak momentopname. Bijv verslaafde mensen kunnen zich goed voordoen en hier wordt niet altijd doorheen geprikt. Mensen worden regelmatig voor 1-2 uren woonbegeleiding aangedragen die veel meer zorg nodig hebben.’

‘Zelden zo’n bureaucratische instelling meegemaakt met ongekwalificeerde medewerkers en een zeer slechte bereikbaarheid. Ik ben tijdelijk betrokken geweest bij scholing aan medewerkers van het CIZ, ik ben gestopt omdat ze verwachtte dat ik aan ongeschoolde medewerkers (ongeschoold in psychiatrie) in 1 les moest leren hoe zij TELEFONISCH indicaties bij chronisch psychiatrische patiënten moesten stellen, dit ging mij echt te ver.’

DAGACTIVITEITENCENTRUM GEEFT EXTRA COMPLICATIES

Binnen de dagbesteding is de zogenaamde ontmoetingsfunctie indicatievrij, terwijl arbeidsmatige, educatieve en recreatieve activiteiten indicatieplichtig zijn. Dat levert voor deelnemers een hoge drempel op en voor dagbestedingorganisaties veel rompslomp. Bovendien bestaat de neiging om mensen die louter voor ontmoeting komen toch te stimuleren om een indicatie aan te vragen, zodat er meer ‘productie’ gemaakt kan worden.

‘Ik vind het van de zotte dat mensen een indicatie nodig hebben om een DAC te mogen bezoeken. Het CIZ wil een uitgebreid B formulier ingevuld hebben waar hun hele ziekte proces opstaat aan de hand van de DSM score, cliënten willen dat vaak niet omdat dit niets met het DAC te

maken heeft. Daarbij stelt het CIZ dat iemand die een WSW beschikking heeft niet naar het DAC mag omdat het DAC geen opvanghuis moet zijn voor mensen die op een sociale werkplaats op de wachtlijst staan terwijl deze wachtlijst wel drie tot vier jaar kan duren voordat ze geplaatst worden. Mensen die dan niet naar het DAC mogen hebben dan geen dagbesteding en de kans op terugval in hun ziekteproces wordt hierdoor groter met alle gevolgen van dien.'

'Met name voor de Dagactiviteitencentra zou er erg soepel mee moeten worden omgegaan en een eenvoudig systeem moeten zijn, zeker omdat de DAC's geen behandelsetting zijn, maar voor veel mensen wel een plek is waar ze begeleiding en steun vinden als ze dat nodig hebben naast een goede dagbesteding, wat voor iedereen belangrijk is zeker voor degenen met een psychische kwetsbaarheid.'

MAANDEN IN BEHANDELING BIJ HET CIZ

Ruim 70 procent meldt dat aanvragen gemiddeld zes weken of meer in behandeling zijn. Heel vaak gaat het om twee, drie maanden en het loopt op tot zelfs vijf, zes maanden.

TABEL 3. GEMIDDELD AANTAL WEKEN IN BEHANDELING BIJ CIZ

< 6 weken	335	29%
6-8 weken	320	28%
8 weken of meer	491	43%
totaal	1.146	

'Een doorlooptijd van 6 weken wordt nu overal gehaald en dat vindt iedereen prima maar slaat natuurlijk helemaal nergens op. Waarom moet het 6 weken duren om tot een besluit te komen wat door middel van een enorm pak papier tot in detail door de GGZ is voorgekookt?'

'Wij vragen voor onze cliënten vaak al 3 maanden van te voren een CIZ indicatie aan. En dan nog is hij niet op tijd.'

OORDEEL DESKUNDIGE OVERGENOMEN OF GENEGEERD

Bijna 50 procent vindt dat haar oordeel onvoldoende wordt betrokken bij de besluiten van het CIZ. Het hangt erg af van degene die de indicatie doet. De patiënt wordt lang niet altijd gezien door de mensen

van het CIZ. Regelmatig wordt de behandelaar gebeld. Het gebeurt nogal eens dat de indicatie van de behandelaar geheel wordt overgenomen. Soms is er ook geen enkel contact. Men wil in het algemeen de indicatie van de arts; een indicatie via een verpleegkundige vindt men onvoldoende.

‘Er is een goede samenwerking tussen het team waarin ik werk en het CIZ. Adviezen voor indicatiestelling worden overgenomen of in goed overleg aangepast.’

‘Ik heb de indruk dat de indicatie stelling op weinig inhoud is gebaseerd, het lijkt erop dat medewerkers van het CIZ niet altijd even deskundig zijn wat betreft hun kennis van psychiatrie. Meestal wordt klakkeloos het advies van de begeleider overgenomen.’

Besluiten van het CIZ worden volgens ruim 80 procent zelden of nooit aangepast naar aanleiding van een reactie van de zorgaanbieder.

‘Bij de aanvraag over het herzien van een indicatie hebben we altijd een duidelijke rapportage waarin de noodzaak van de bijstelling wordt duidelijk gemaakt. Alle andere opties hebben we dan al ingezet. Deze rapportage wordt gedragen door diverse disciplines. Toch laat het CIZ niets horen, en duurt het ontzettend lang voordat er iets gebeurt.’

AFSCHAFEN CIZ: 70 PROCENT

Ruim 70 procent is van mening dat het CIZ moet worden opgeheven.

TABEL 4. MOET HET CIZ WORDEN GEHANDHAAFD?

ja	392	29%
nee	941	71%
totaal	1.333	
geen mening	390	

EEN MINDERHEID WIL HET CIZ HANDHAVEN

Deze minderheid wil dat vooral vanwege de onafhankelijkheid, maar het moet wel klantvriendelijker, minder bureaucratisch, met beter opgeleide krachten, minder formulieren, meer toegesneden op de menselijke maat, naar de mensen toe, geen papieren bureau en meer gebruik maken van adviezen van al betrokken instanties.

‘Het is goed dat onafhankelijken eens meekijken wat voor zorg er nu eigenlijk geboden moet worden. Ik zou dit dan wel willen scheiden van de financiën.’

‘Maar dan wel met een betere bezetting, en graag wat vlottere afhandeling van indicaties.’

‘Ja, maar waarbij de beroepsgroep sociaal psychiatrisch verpleegkundige (NVSPV) wordt geaccepteerd als zijnde een beroep die classificaties mag afgeven.’

‘Onder voorwaarden: deskundige indicatiestellers op elk specifiek veld, die zelf gewerkt hebben in het desbetreffende veld; veel meer werken met huisbezoeken; snellere indicatiestellingen; betere administratieve communicatie; altijd contact met een betrokken hulpverlener. Er zijn zeker een aantal belangrijk positieve dingen te noemen over het feit dat er een CIZ is. Als het goed werkt kan een cliënt er zeker z'n voordeel mee doen.’

‘Het jammere is inmiddels wel dat door de marktwerking instellingen steeds gekker op geld zijn geworden. Was er voor de marktwerking geen reden om fraude te plegen, nu is die er veel meer. We hebben de zaak dus al behoorlijk verprutst ondertussen.’

‘Ik denk dat het goed is om een rem op het gebruik van zorg te hebben. Dit zou geen financiële rem moeten zijn, om te voorkomen dat de zorg een elite-zorg gaat worden. Het zou goed zijn als cliënten een persoonlijke coach zouden hebben, die samen met cliënten bekijkt welke zorg nodig is en waar die het beste te krijgen is en die ook de continuïteit bewaakt. Een zekere mate van toetsing of zorg ook echt nodig en/of wenselijk is vind ik wel nodig om de zorg ook betaalbaar te houden. Hoe die te toetsen, zonder dat ook de menselijke maat uit het oog verloren wordt, weet ik zo niet.’

EEN MEERDERHEID WIL HET CIZ AFSCHAFFEN

Het CIZ staat te ver van de werkelijkheid en vertraagt alleen maar. Een papieren tijger die alleen maar veel geld kost. Vanwege het CIZ moet dubbel werk worden gedaan, het herhaalt het werk van de professionals. Het uitgangspunt van onafhankelijkheid stelt in de realiteit te weinig voor en het CIZ gaat te veel uit van wantrouwen.

‘Het is een administratieve 4e macht, gebaseerd op wantrouwen. Het gaat ervan uit dat adviezen van professionals zoals huisartsen of GGZ-medewerkers om bijvoorbeeld verpleeghuiszorg of verzorgingshuiszorg in te zetten bij voorbaat onjuist zijn. De beoordeling door de professional wordt herhaald door de CIZ-medewerker. Dubbel werk dus.

‘Mijns inziens is het dubbel op. Ik denk dat er alleen een CIZ zou moeten zijn op het moment dat er een meningsverschil is tussen verschillende professionals over wel of niet noodzakelijke zorg. Dan zou er een veel kleiner CIZ moeten zijn dat bestaat uit een groep goed gekwalificeerde professionals die dan een bindende uitspraak zouden moeten kunnen doen. Bijvoorbeeld: Ik acht een cliënt nog in staat om in een verzorgingshuis te wonen en de zorgverstrekker zegt nee omdat de zorgzwaarte te hoog zou zijn. Het CIZ zou dan een bindende uitspraak moeten doen.’

‘Overbodige instelling met inmiddels duizend medewerkers die allemaal rond het bed hadden kunnen staan. Mijn inziens is AWBZ-zorg mede door PGB en indicatie alleen al veel duurder geworden.’

ALTERNATIEVEN

De indicatie zou gesteld moeten worden door een indicatiecommissie vanuit de GGZ zelf. Artsen en hulpverleners in de directe omgeving van de cliënt kennen de persoonlijke omgeving goed. Artsen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zijn prima in staat indicaties af te geven voor verzorgings- en verpleeghuizen. Ook de wijkverpleegkundige zou een goede optie zijn. Dus terugkeer naar meer vertrouwen in de professionals. Het CIZ zou steekproeven kunnen doen. In de chronische zorg zouden indicaties minder vaak gesteld moeten worden.

‘Ik heb de tijd nog meegemaakt, dat de huisarts en de wijkzuster in een dag de benodigde zorg voor een patiënt regelden. Daar zal best wel eens iets bij gezeten hebben, dat niet door de beugel kon. Maar deze logge instantie, zoals het CIZ is, is nergens goed voor.’

‘Vertrouwen over oordeel terug bij de primaire professionals (huisartsen en GGZ).’

‘Instelling die volkomen overbodig is. Laat de behandelaren gewoon de eindverantwoordelijke zijn en laten die de inhoud van de behandeling regelmatig toetsen.’

‘Laat nou maar weer gewone kleine teams in de auto stappen naar een cliënt en laten ze in een klein team met elkaar beslissen wat nodig is. Gewone controle door een paar geschoolde collegae, die jou en je kwaliteit van werken kennen, dat lijkt me het allergeedkoopste en kwalitatief het beste resultaat opleveren.’

‘Voor een aantal indicaties bijvoorbeeld opname verpleeg/verzorgingshuizen is het vaak bij ons al duidelijk dat een opname noodzakelijk is, is al in multidisciplinair team besproken, we kennen de patiënt veel beter en langer dan het CIZ, dus de CIZ intake is mijns inziens dan overbodig. Ook tav gespecialiseerde gezinszorg is de noodzaak vaak duidelijk en dan kun je een en ander kortsluiten met de zorgverlener, maar altijd is dan weer die aanvraag nodig van het CIZ, veel vertraging en onnodig veel papierwerk in te vullen (soms wel 15 pagina's).’

1.3. ZORGZWAARTEPAKKETTEN

In totaal 705 respondenten gaven aan dat ze in hun dagelijkse werk te maken hebben met zorgzwaartepakketten. Hierbij gaat het vrijwel uitsluitend om mensen die in instellingen werken.

VOLDOET HET ZZP AAN DE BEHOEFTE?

Het ZZP is bedacht om een financiering te vinden die beter is aangepast aan de zorgbehoefte van de patiënten. In de volgende tabel is te zien hoe dat in de praktijk lijkt uit te pakken.

TABEL 5. ZORGZWAARTE EN ZORGBEHOEFTE

	voldoet aan behoefte patiënten		voldoet aan behoeften zorgverleners	
ja	138	27%	94	18%
nee	378	73%	419	82%
totaal	516		513	
geen mening	189		183	

Nogal een hard oordeel dus. Tweederde van de zorgverleners is van mening dat het ZZP-systeem niet voldoet aan de behoefte van de patiënten en de zorgverleners. Terwijl de ZZP's daar toch in de eerste plaats voor bedoeld waren.

Ruim 300 respondenten geven een toelichting. Hierin komen de volgende bezwaren naar voren.

DE ZZP'S ZIJN MINDER GESCHIKT VOOR DE PSYCHIATRIE

'Er wordt zwaar gescoord op veiligheid en somatiek. De echte chronische psychiatrische problematiek, waar goed opgeleide en ervaren verpleegkundigen voor nodig zijn wordt veel te licht beoordeeld.'

'Niet gericht op psychiatrische cliënten ..een grote luchtbel.'

DE ZZP'S ZIJN MINDER GESCHIKT VOOR COMPLEXE PROBLEMATIEK

'De cliënten met complexe problematiek vragen om een creatieve oplossing.'

'Onze cliënten behoeven meer gecompliceerde zorg dan de ZZP's doen uitkomen.'

DE ZZP'S ZIJN TE VEEL GERICHT OP GEDRAGSPROBLEMEN

'Er kan niet hoog genoeg gescoord worden op verpleging/verzorging, alleen gedragsproblemen scoren hoog. De grote schreeuwerds scoren wel zeg maar, maar de stille mensen die wegwijnen omdat ze de aandacht niet krijgen die ze nodig hebben maar die wel qua tijd veel vragen met verzorging, scoren laag.'

DE ZZP'S ZIJN HOKJES WAAR DE PATIËNT GEFORCEERD IN MOET PASSEN

'Mensen passen lang niet altijd in vakjes, moet je dus ook niet proberen.'

'Het werken met ZZP's vertraagt en zet een rem op creatief en deskundig denken/werken.'

VIA DE ZZP WORDT DE ZORG REGELMATIG TE LAAG INGESCHAT

'De ZZP kent de minimale zorg toe die voor de cliënt nodig is en laat geen of te weinig ruimte voor extra aandacht.'

'Het zijn vaak momentopnames, de zorgzwaarte kan nogal snel veranderen als bijvoorbeeld medicatiegebruik wordt gestaakt.'

'Minimale behoefte wordt toegewezen in de vorm van minuten. Dat werkt toch van geen kant. Het menselijke is helemaal vertrokken. Er wordt alleen gekeken naar geld'

'ZZP's leveren technische zorg en geen warmte/sociaal-emotionele aandacht waar patiënten ook behoefte aan hebben.'

EEN VASTGESTELDE ZZP MAAKT DE TOEGANG TOT DE ZORG SOMS MOEILIK OF ONMOGELIJK

'Ik zie het soms als een stempel en is de stempel te zwaar, dan kan de cliënt niet meer het verzorgingshuis in. Deze zeggen dan de zorg niet aan te kunnen.'

'Discussies met verpleeghuizen die de cliënt niet op willen nemen wanneer deze een ZZP-4 heeft. Zou dan ZZP-5 moeten zijn.'

'Ik snap er niets van, het ZZP wordt vastgesteld zonder consequenties, heb drie ambulante cliënten met een ZZP-4 maar krijg ze nergens geplaatst.'

'Cliënten zijn soms door toekenning van ZZP niet meer welkom in sommige verpleeghuizen.'

DE FINANCIERING MET ZZP'S VAN DE DAGBESTEDING LEVERT PROBLEMEN OP

'De dagbesteding valt buiten de ZZP's.'

'De dagdelen dagbesteding binnen onze GGZ zorgzwaartepakketten zijn ontoereikend.'

DE ZZP'S LEIDEN TOT VEEL BUREAUCRATIE EN ONDERLINGE CONCURRENTIE EN ZIJN NODELOOS INGEWIKKELD

'Het is wel weer een papieren tijger die er toe bijdraagt dat er minder tijd voor de cliënten is.'

'Er is maar een zorgaanbieder die de zorg toegewezen krijgt. Bij ZZP's is het helemaal moeilijk indicaties te delen en zijn we afhankelijk van de medewerking van andere instellingen. Die concurrentie is erg irritant aangezien ik van mening ben dat we allen aanvullend voor de cliënt zijn en geen concurrenten.'

'ZZP is geen idee van de werkvloer maar van degene die zonodig transparantie willen en vinden dat we alles moeten verantwoorden zelfs dat het nodig is af en toe cliënt te begeleiden als hij wandeling wil maken.'

'Ik besteed liever tijd aan de cliënten dan om de haverklap de ZZP aan te passen aan de zorg die op dat moment wordt geleverd.'

'Ik snap er nog steeds niet zoveel van en voel ook niet de behoefte me erin te verdiepen omdat ik vermoed dat het over een paar maanden wel weer anders zal zijn.'

DE GGZ ONTWRIJCHT

DE ZZP'S ZIJN TE VEEL GERICHT OP FINANCIERING IN PLAATS VAN OP INHOUD

'Ook hier weer: de ZZP's en andere scoringsschalen zijn niet van invloed op de zorginhoud, maar op de financiering.'

'Geen behandeling van de psychotherapeut/psycholoog meer. Bad, brood en bed. Dat is verschraling van de zorg voor de meest kwetsbare groep.'

'Zijn ontworpen vanuit een kostenbeheersingsfilosofie en is geen kwaliteitsinstrument.'

'Weer zo'n ontwikkeling waar de schijn van maatwerk wordt geleverd. Als ik een instelling bel voor plaatsing van een patiënt vragen ze niet meer wie er komt en wat voor problematiek er speelt.

De enige vraag die wordt gesteld is welk ZZP er binnenkomt.'

MET DE ZZP'S WORDT TE VEEL NAAR BEPERKINGEN GEKEKEN IN PLAATS VAN NAAR MOGELIJKHEDEN

'Het is ziekte/beperkingsgericht terwijl het uitgangspunt op de RIBW juist is dat je kijkt wat iemand wel kan. Maar als je het te mild invult, dan scheelt dat heel veel geld, dus moet je van het ergste uitgaan bij het invullen. Ik zou het schaamrood op mijn kaken krijgen als ik bewoners hun ZZP-formulier zou laten lezen. Ze zouden acuut depressief worden en hun laatste restje zelfvertrouwen en zelfrespect zou erdoor verdwijnen.'

'Wanneer er bij bepaalde zaken hulp nodig is maar de cliënt het na aansturing wel zelf kan uitvoeren is hiervoor geen goed aansluitende ZZP.'

'Cliënten die stabiel zijn krijgen een lager ZZP, waardoor verhuizing soms genoodzaakt wordt en de stabiliteit weer verloren gaat. Als het goed gaat met de cliënt is de beloning een lagere ZZP en dus minder geld voor de instelling. Als je goed werk levert, dan wordt je dus gekort in de financiële middelen. Een cliënt verwaarlozen zodat hij veel zorg nodig heeft wordt daarentegen weer beloond.'

ZZP'S ZIJN EEN EXTRA BELASTING VOOR DE PATIËNTEN

'ZZP is het zoveelste bureaucratische gedrocht waar cliënten maar inzicht in moeten krijgen, wie legt hen uit waar ze recht op hebben en wat ze ermee kunnen?'

'Cliënten willen een huis, hulp in de huishouding, sporten, therapie, werk of dagbesteding en geen ZZP.'

'Cliënten willen gewoon noodzakelijke zorg ontvangen en niet belast worden met deze bureaucratie.'

HET INDICEREN VAN DE ZZP'S

De patiënten vullen een uitgebreide vragenlijst in waar een score uitkomt. Hierbij worden ze meestal ondersteund door de zorgverleners. Het CIZ stelt vervolgens het ZZP vast.

Van de respondenten heeft 86 procent matige of slechte ervaringen met het CIZ als het gaat om ZZP's. Het CIZ gaat niet altijd of nooit adequaat in op eventuele bezwaren of vragen. Enkele (van de 100) gemelde ervaringen.

'Wel voor rede vatbaar maar als goede ambtenaar moet alles in een protocol anders breekt de paniek uit.'

'Vroeger was het indicatieformulier voor GGZ- cliënten 2 A4-tjes. Nu zijn het er elf.'

'Het CIZ voert gewoon de score in de computer in en deze rekent dan een ZZP uit. Alles komt aan op de hulpverlener die de cliënt ondersteunt bij het invullen van de score. Er hangt zoveel vanaf dat dit goed gebeurt vanwege het kostenplaatje dat er aan hangt.'

'Ze passen mensen netjes in het PC-keurslijf, zijn daar soepel in: past het jasje niet dan nemen ze een andere ZZP die wel past. Het is soms lachwekkend.'

'Het bezwaar aantekenen is veel te bureaucratisch, veel formulieren. Cliënt moet mee voor bezwaar, is erg stressverhogend.'

'Een positief punt van het scoren op zorgzwaarte is dat hulpverleners meer bewust raken van wat ze doen en waar hun professionaliteit in zit.'

GEVOLGEN BEKOSTIGING ZZP

De gevolgen moeten nog duidelijk worden als de ZZP's echt worden doorgevoerd. Toch wordt via de registratie al het een en ander duidelijk.

TABEL 6. GEVOLGEN BEKOSTIGING VIA ZZP		
niets gemerkt	184	44%
pakt positief uit	11	3%
pakt negatief uit	220	53%
totaal	415	
geen mening	267	

Meer dan de helft van de respondenten verwacht dus dat de ZZP's negatief uitpakken. Het lijkt ten koste te gaan van kwaliteit en zorgvernieuwing, en leidt soms tot ongewenste aanpassingen in het zorgaanbod. Enkele van de (96) gemelde voorbeelden.

'Afdeling langdurige klinische zorg sluit de poorten.'

'Op mijn afdeling lijken de inkomsten met 20 procent te dalen.'

'Ons team overweegt een korting van de behandelduur van 18 naar 12 maanden, tegen beter weten in.'

'Er moet flink bezuinigd worden en alle goede initiatieven met betrekking tot zorgvernieuwing verdrinken.'

'We moesten alle ZZP's onlangs opnieuw langsgaan omdat we ze te positief hadden ingevuld. Nu zijn we uitgegaan van de blote patiënten in de kale kamer. En dat is gunstig voor de bekostiging.'

'De organisaties moeten met de billen bloot. Het nadeel is dat er te weinig naar kwaliteit wordt gekeken maar alleen naar tijd schrijven.'

'Een cliënt heeft enorme ZZP gekregen; particuliere hulp heeft dit aangevraagd. Particuliere hulp maakt misbruik van deze dementerende mevrouw. Er gaat dus waarschijnlijk veel geld verloren aan frauderende instellingen/particulieren.'

KAN MET HET TOEGEKENDE ZZP DE BENODIGDE ZORG GELEVERD WORDEN?

De hamvraag is natuurlijk of met de toegeleverde zorg de benodigde zorg geleverd kan worden.

Ruim driekwart van de respondenten (76 procent) kan met het toegekende ZZP niet de zorg leveren die de patiënt nodig heeft. Enkele van de (124) gemelde voorbeelden.

'Komt in plaats van hulp die je altijd al nodig hebt, de extra zorg blijft ontbreken. Je vult het ene gat met het andere, het lost het probleem op de werkvloer niet op, er is weer een voorziening bijgekomen, die erg veel geld gaat kosten.'

'Wij werken met mensen met een verstandelijke beperking en zware GGZ-problematiek. Die vallen buiten alle scoringslijsten.'

'Alleen met het creatief hanteren van de ZZP's wat nooit de bedoeling kan zijn geweest.'

'Ik lever de nodige zorg, hoe dat al dan niet binnen een ZZP valt zal me een zorg zijn.'

geen
brood
op de
plank!





ZORG
GEEN
MARKT

STOP DE
MARKTWERKING
IN DE ZORG

www.zorggeenmarkt.nl

2. KORTDURENDE ZORG

2.1. ONDERHANDELINGEN MET ZORGVERZEKERAARS

In totaal 621 respondenten hebben in hun dagelijkse werk te maken met onderhandelingen met zorgverzekeraars. Het gaat hierbij vooral om vrijgevestigden, slechts 99 mensen uit instellingen geven aan hiermee te maken te hebben. Er is bij de verwerking van de antwoorden geen onderscheid tussen beide groepen gemaakt.

66 procent is tot twee weken kwijt aan onderhandelen, contracteren en onderhouden van contacten met zorgverzekeraars; 34 procent is hier twee weken of meer aan kwijt. Aan ergernis en frustratie kost het sommigen wel *'een jaar van hun leven'*.

TABEL 7. ERVARINGEN ONDERHANDELINGEN MET ZORGVERZEKERAARS

goed	51	9%
matig	263	44%
slecht	277	47%
totaal	591	
geen mening	30	

Hieronder een bloemlezing uit 334 gemelde ervaringen met onderhandelingen.

ER IS GEEN SPRAKE VAN ONDERHANDELINGEN, HET IS SLIKKEN OF STIKKEN

De zorgverzekeraars leggen een dictaat op. Zij bepalen de prijs en soms ook de inhoud. Inhoudelijk hebben ze weinig kennis van de GGZ-zorg. Het gaat om wurgcontracten. Als je die niet tekent dan zijn de patiënten de dupe. Hoezo vrije keuze?

'Er viel en valt niets te onderhandelen, maatregelen, voorwaarden, tarieven, etc. Het is voor mij een volstrekt mysterie waar nu het marktprincipe uit bestaat.'

'Ik krijg steevast te horen dat ik kan kiezen om het door hen opgestelde contract, met het door hen opgestelde tarief, te ondertekenen of NIET te ondertekenen, maar daarover is geen enkele vorm van onderhandeling mogelijk.'

'Er is geen sprake van onderhandelingen. De zorgverzekeraars bevestigen dat en zeggen dat ze onmogelijk met iedere individuele vrijgevestigde behandelaar kunnen overleggen. Dus marktwerking betekent nu dat zorgverzekeraars je een contract aanbieden dat je kunt nemen of laten.'

'Ze sturen een contract op met enkel de mogelijkheid te tekenen bij het kruisje.'

DE ZORGVERZEKERAARS HEBBEN TE VEEL MACHT

Er is geen sprake van gelijkwaardige verhoudingen.

'Er is in deze zogenaamde vrije markt geen enkel evenwicht tussen de spelers, er is geen gelijk speelveld. Het zijn de big five tegen de kleine aanbieders.'

'Van marktwerking is geen sprake. Ze hebben zich verenigd in een zevental verzekeringen, die hebben vaste prijzen, onzinnige operatie.'

'Het zijn kartels die fuseren, wij als beroepsgroep mogen niet collectief onderhandelen.'

'Zorgverzekeraars maken misbruik van hun macht. De Nza zou hiertegen veel strenger in het geweer moeten komen.'

'Waarschijnlijk maken verzekeraars onderling ongeoorloofde kartelafspraken gezien hun uniforme beleid.'

DE ERVARINGEN MET DE VERZEKERAARS ZIJN ZEER WISSELEND

'Bij Agis wel, bij de rest geen onderhandelingen mogelijk.'

'Goed en prettig onderhandeld met Azivo. Met de rest in de regio (nog) niet, de indruk is echter dat het slikken of stikken is.'

'Botte dictaten; CZ is momenteel de positieve uitzondering, Menzis is de meest ergerlijke.'

'Menzis spant hierbij de kroon: die gaan zover dat ze richttijden noemen die je in geval van bijvoorbeeld psychotherapie nastreeft om aan de patiënt te besteden.'

'Met de Friesland is er vanuit de RVVP een plezierig en constructief overleg. Maar zorgverzekeraars als Menzis en vooral Achmea zijn een drama.'

'Betreffende onze grootste zorgverzekeraar hier DSW voelen wij ons als eerstelijnspsychologen wel gehoord maar zij kampen ook met onopgeloste zaken.'

'Zie bijvoorbeeld de eis van Menzis om dossiers inhoudelijk te willen inzien als je iets meer gesprekken voert dan de benchmark.'

HET LEIDT TOT VEEL BUREAUCRATIE

'Het is een overdosis aan contracten die in mijn la liggen en het is niet te doen al die verschillen in eisen en voorwaarden te onderscheiden.'

'Een enorme bureaucratie en slecht georganiseerd. De ene keer wordt er wat afgesproken wat de volgende werknemer een dag later weer ontkent.'

'Ik kan een boek volschrijven over onduidelijke info, niet nagekomen afspraken, zoekgeraakte contracten, de een die niets afweet van wat je met de ander hebt afgesproken.'

DE PRIJZEN LIGGEN VAAK ONDER DE NMA-TARIEVEN, MAAR HET IS 'TAKE IT OR LEAVE IT'

Daarbij houden de verzekeraars er soms misleidende praktijken op na om de prijzen omlaag te drijven.

'De tarieven liggen vast en liggen onder het NMa-tarief.'

'In een enkel geval zijn er online biedingen geweest waarbij een maximum werd gesteld aan het tarief dat je mocht bieden; dit tarief was te laag, niet marktconform.'

'Bij Uvit moesten alle GZ-psychologen bieden op een soort internetveiling. Ze hadden een maximumtarief en ze zouden slechts met 80 procent zorgaanbieders met de laagste tarieven in zee gaan. Uiteindelijk gingen ze toch met 100 procent in zee maar de prijzen waren mooi gedrukt. Ik zie dat als een vorm van misleiding door UVIT jegens de zorgaanbieders die meededen met de veiling.'

'Bij VGZ werd met een bieding gewerkt, daarvan was bekend dat een percentage geen contract zou krijgen. Dit dreef de prijs naar beneden. De vooraf aangekondigde tweede biedronde bleek anders dan was voorgedaan: een hoger bod kon niet meer.'

'Bij UVIT is er een internet-koehandel geweest. Het gemiddelde gecontracteerde tarief was 70 euro en daarmee is het tarief 10 jaar teruggezet. Ik moet concurreren met mensen die een praktijk op zolder hebben, geen nascholing doen en geen origineel testmateriaal gebruiken. De respectloze methodiek van UVIT heeft mij diep geraakt en heeft mij doen besluiten om na 12 jaar te stoppen met mijn eerstelijns kinder- en jeugdpraktijk.'

SLECHTS EEN ENKELE KEER WORDT ER GELUISTERD NAAR ARGUMENTEN

Volgens 29 procent van de respondenten hebben de zorgverzekeraars soms oor voor de argumenten die de zorgaanbieders inbrengen tijdens het onderhandelen, 66 procent vindt dat dit meestal niet of nooit het geval is.

'De NVP heeft wel iets voor elkaar gekregen, dat we niet drie dagen naar bijeenkomsten hoeven maar één dag.'

DE GGZ ONTWRIGHT

'Menzis heeft na onderhandelen opgegeven dat we qua tijd niet boven de 15 procent mogen uitkomen. Dat was zo absurd dat we als groep niet anders konden dan hierover te onderhandelen.'

'Menzis blijft Oost-Indisch doof voor onze klachten via de NVVP. Je loopt tegen muren van achterdocht.'

ZORGVERZEKERAARS ZIJN TE OPDRINGERIG: 30 PROCENT

'Vaak vooraf aan ontwikkelingen die nog niet publiek zijn, worden contracten opdringerig aangeboden en met dreigementen van niet uitbetalen zonder getekend contract.'

'CZ rappelleert doodleuk dat het toch weinig sociaal is dat ik geen contract heb.'

'Ze willen dwingen en chanteren. Als u niet tekent zijn onze verzekerden de dupe want dan moeten ze een groter deel zelf betalen.'

'Zorgverzekeraars zijn niet opdringerig, ze chanteren! Als wij geen contract met hen afsluiten, dan jagen ze expliciet hun verzekerden bij ons weg. Bovendien zetten ze ons onder druk om een contract te accepteren door de cliënten te vertellen dat zij bij een contractloze psychotherapeut minder vergoed krijgen.'

'De grote zorgverzekeraars hebben contracten aangeboden, de ene op een respectvolle manier, de andere op een aanmatigende wijze. Sfeer loopt uiteen van 'wij bepalen'tot 'wij hebben u nodig'.'

ZORGVERZEKERAARS ZIJN JUIST TE PASSIEF: 40 PROCENT

'Sommigen hebben dat goed verstoppt op hun website. Achmea bijvoorbeeld. Hopeloos zoeken waar ik me kan opgeven.'

'Als je een contract wil moet je alles zelf opzoeken, downloaden, printen, regelen e.d. Je moet hun websites bijhouden anders pis je naast de pot.'

'Bijna overal zelf achteraan moeten gaan, nog mee bezig. Vaak zijn de papieren zoek geraakt en moet alles opnieuw worden aangevraagd.'

ZORGVERZEKERAARS BEMOEIEN ZICH MET DE INHOUD VAN DE ZORG

Volgens 84 procent van de betrokken respondenten stellen de zorgverzekeraars (te) veel voorwaarden bij contracten. Soms wordt onderscheid gemaakt tussen gewone en kwaliteitscontracten. De meeste verzekeraars korten op de vergoeding en betalen pas meer als aan allerlei eisen wordt voldaan. Daarbij wordt de lat soms bewust hoog gelegd zodat een deel van de vergoeding niet hoeft te worden uitbetaald. Hoe dat in zijn werk gaat wordt door 229 mensen toegelicht.

De zorgverzekeraars bemoeien zich met de inhoud van de zorg, meldt 75 procent. Via de soms absurde voorwaarden betreffende scholing, visitatie, verwijzen, dossier-inzage of wijzingen in DBC's. Ook door beperkingen op te leggen aan het aantal sessies en behandelaars te ontmoedigen om langdurige behandelingen te doen. Voorbeelden van bemoeienis met de inhoud van de zorg ontvingen we van 180 respondenten.

Beperkingen in de te leveren zorg wordt door 63 procent ervaren. Behalve de tijd die men kwijt is aan de bureaucratie noemt een aantal mensen de wachtlijsten of het niet kunnen betalen van de eigen bijdragen. Dit probleem wordt door 181 mensen toegelicht. Hieronder een bloemlezing uit de reacties.

EISEN AAN SCHOLING

'Om meer betaald te krijgen moet je naar studiedagen met onderwerpen als transparantie in de zorg. Leuk voor een instelling, onzinnig voor een eigen praktijk.'

'Voor een kwaliteitscontract worden ook bijscholingseisen verplicht gesteld. Dat gaat mij te ver want bijscholing wordt ook al verplicht gesteld door de beroepsorganisaties en de overheid.'

'Bij Achmea worden we verplicht een kwaliteitsdag bij te wonen waarvoor je een hele dag werken moet opofferen (640 euro) en waar we 165 euro voor moeten betalen.'

'Verplicht bijwonen nascholingsbijeenkomsten die door de verzekeraar worden georganiseerd, waardoor ze zich met de inhoud van ons werk bemoeien.'

'Absurde opleidingseisen bijvoorbeeld verplicht volgen van workshops over de rol van de zorgverzekeraar.'

EISEN AAN KWALITEIT

'Eisen aan intervisie, waarneming en dergelijke kwaliteitseisen die horen bij de beroepsvereniging.'

'De een zegt dat je intervisie met 6 personen moet hebben, de ander zegt intervisie met 8 personen en wij doet het met 11, mag dat? Waar bemoeien ze zich mee?'

'Onder andere kwaliteitsmeting om een paar euro meer per gesprek te krijgen. Maar wel met allemaal verschillende manieren om de kwaliteit te meten.'

'Weekend open, sportzaal, douchegelegenheden, tevredenheidsonderzoeken, alles halen ze erbij om je tarief onder druk te zetten, maffia praktijken.'

'Sommigen willen voor een kwaliteitscontract, waarbij je 95 procent van het Nza tarief kunt declareren, inzage in met wie, hoe vaak en over welke cliënt intervisie gaat, dit lijkt mij het begin van verdere intrusie in de spreekkamer.'

'Ze eisen dat ik intervisie doe, wetenschappelijk onderzoek doe. Waar bemoeien ze zich mee?'

'Stuitend zijn bijvoorbeeld Menzis en Achmea die stellen dat je voor een contract als psychotherapeut niet per se BIG-geregistreerd hoeft te zijn.'

'Ook zijn er verzekeraars die in zee gaan met alternatieve 'psychotherapeuten' die de overheid tot op heden nooit heeft willen registreren.'

DE GGZ ONTWRIGHT

'Op het achterlijke af. Wij zijn geen kleuters. Wij zijn langdurig postdoctoraal geschoolde professionals. Je krijgt een lijstje met inhoudelijke eisen onder je neus geduwd dat op het stompzinnige af is.'

EISEN AAN REGISTRATIE EN INDIRECTE TIJD

'Menzis eist voortgangsrapportages.'

'Regels voor jaarverslagen, benchmarkrapportage en voorwaardelijke betalingen.'

'Verantwoording afleggen hoe je per minuut je tijd met de cliënt doorbrengt, als je niet binnen een beperkte tijd klaar bent met de therapie verantwoording afleggen, etc.'

'Sommigen willen uitgebreide informatie over de behandeling.'

'Verantwoordingsdocument als je te veel indirecte tijd aan behandeling besteed, notulen van intervisie opsturen.'

'Menzis: niet meer dan 15 procent indirecte tijd, na 800 minuten verantwoordingsformulier.'

'Menzis die voorschrijft dat niet meer dan 25 procent indirecte tijd mag worden besteed wat neerkomt op niet lezen van ingekomen post, geen goed onderzoek doen, enz.'

EISEN AAN WACHTTIJDEN

'Ze zijn allemaal even slecht in weten hoe mijn vak in elkaar zit. Mijn wachttijd is bijvoorbeeld nu 6 maanden (voor de tweedelijnszorg) en ze eisen allemaal een wachttijd van 2-3 weken.'

'Voorwaarden met betrekking tot wachtlijst, nascholing en themabijeenkomsten.'

'Bijvoorbeeld verplichting in de zorggids te komen en niet meer dan twee weken wachttijd te hebben: zorgverzekeraars verwachten dat eigen verzekerden voorrang krijgen.'

EIGENHANDIG KNOEIEN IN DBC'S

'Menzis wil zelfs DBC eigenhandig gaan wijzigen, gaat op de stoel van de hulpverlener zitten.'

'Sommige verzekeraars veranderen eigenhandig de DBC; ten onrechte staat niet iedere verzekeraar toe dat meerdere hulpverleners aan een DBC werken.'

BEMOEIENIS MET DE BEHANDELING

'Beperking van behandelkeuzes tot enkele behandelvormen die de verzekeraar modern en voldoende geprotocolleerd acht.'

'Bij een enkele verzekering moet je inzage geven in het dossier van je cliënten. Via cliënten hoor ik dat niet alle diagnoses die door de huisarts zijn gesteld worden vergoed. Hiermee gaat de verzekeraar op de stoel van de behandelaar zitten.'

'Behandeling moet evidence bases/bijna gedwongen gedragstherapeutisch, dat is een ernstige verschraving van de kwaliteit.'

'Kinderen met ADHD of autisme die thuis weinig problemen hebben mogen van Menzis en Uvit niet behandeld worden door een psychiater. Ouders die goed opvoeden worden zo gestraft, want sommige van deze kinderen hebben uitsluitend op school ernstige problemen die wel psychiatrische begeleiding behoeven (bijvoorbeeld in verband met medicatie).'

'Psychoanalyse schrapt men vaak. Menzis doet dat bijvoorbeeld.'

'Bijvoorbeeld meerdere contacten per dag worden niet vergoed, terwijl voor patiënten die wat verder moeten reizen het qua reiskosten voordelig is als zij behandelingsvormen kunnen combineren.'

'Een cliënt kreeg niets vergoed omdat de diagnose door de huisarts gesteld niet ernstig genoeg was.'

'Zij bepalen welke aandoening wel en niet behandeld mag worden.'

'Sommige behandelingen worden niet vergoed: psychologisch onderzoek, dubbelsessies EMDR.'

'Dit lijkt een verdienstrategie het preferentiebeleid maar in de praktijk zijn er grote problemen. Bijvoorbeeld ouderen die herhaaldelijk een ander uiterlijk van hun vertrouwde middel krijgen en niet meer weten wanneer te gebruiken.'

ZE BEMOEIEN ZICH MET HET VERWIJZEN NAAR DE TWEDELIJN

'Mensen die ook een tweedelijnsprobleem hebben moet ik van sommige verzekeraars verplicht verwijzen naar de tweede lijn. Wat net zoiets is als dat de huisarts iemand voor het uitspuiten van zijn oren naar het ziekenhuis moet sturen omdat die persoon ook forse diabetes heeft.'

'Agis stelt dat je een bonus krijgt als je mensen snel genoeg doorverwijst naar een hogere lijn. Dat is een volstrekt arbitraire en laakbare bonusregel. Als ik inhoudelijk vind dat ik door moet verwijzen doe ik dat.'

'Eisen recht op een vorm van visitatie (hoort beroepsgroep te doen), beperking in keuzevrijheid cliëntèle (bijvoorbeeld iemand met persoonlijkheidsstoornis moet direct naar de tweede lijn);

'Ze proberen nu al het verwijsgedrag van huisartsen te sturen door het uitreiken van (nog niet bindende) richtlijnen.'

BEPERKEN VAN HET AANTAL CONSULTEN

Respondenten vinden bijvoorbeeld het feit dat slechts acht sessies in de eerstelijnspsychologie worden vergoed ondermaats.

'Omdat ik veel met kinderen werk, vraagt dit veel meer tijd dan de vergoeding van 8 keer in de basisverzekering.'

'Het gemiddelde aantal benodigde gesprekken is 10. Voor veel cliënten is het niet mogelijk dit zelf te bekostigen.'

'Bij crisisinterventie mag je geen twee consulten per dag declareren.'

DE GGZ ONTWRIJCHT

'Over intervisie, model van behandelen (kort en oplossingsgericht), over te besteden tijd (direct en indirect).'

'Voor diagnostiek eerstelijns/psychologisch onderzoek mag bij een aantal verzekeraars maar een consult worden gedeclareerd. Dat is veel te weinig, zeker bij kinderen'

SNEL EN GOEDKOOP

Ook het sturen richting 'snel en goedkoop', het vastleggen van de duur van de sessies en het maximeren van de indirecte tijd, baren zorgen.

'Achmea dwingt op genante wijze kort en probleemoplossend handelen af.'

'Door grote intervallen in de tijd en lage tarieven dwingen ze tot sterk inkorten van het behandeltraject.'

'Altijd wordt gestreefd naar vrijwel alleen vergoeden van gedragstherapie en kortdurende behandelingen. Dat betekent dat inzichtgevende therapie en langdurige therapie onder druk staat of alleen nog door zelfbetalers geschied.'

'Verantwoording moeten afleggen over de lengte van de behandeling (aan een leek) gaat mij te ver (Menzis).'

LANGDURIGE BEHANDELINGEN WORDEN STEEDS LASTIGER

Alles moet in zo kort mogelijk tijd. Behandelaars vrezen boven het praktijkgemiddelde uit te komen. De tarieven worden lager naarmate er meer tijd in de therapie wordt gestoken.

'Geen enkele verzekering vergoedt gekwalificeerde intensieve of langer durende behandeling.'

'Langdurige ontdekkende psychotherapie schijnt nauwelijks mogelijk te zijn.'

'Numerus fixus, praktijkgetallen waar je aan moet voldoen, zodat de chronische patiënt geweigerd wordt, anders kom je boven je behandelgemiddelde uit en krijg je niet betaald.'

'De tarieven worden lager naarmate er meer tijd in de therapie gestoken wordt.'

'Wel een dreiging om zo kort mogelijk te behandelen anders krijg je volgend jaar mogelijk geen contract.'

'Momenteel is er geen begrenzing aan de hoeveelheid zorg die je mag leveren. Er zijn echter zorgverzekeraars die geprobeerd hebben een soort toestemmingsformulier in te voeren voor het vergoed krijgen van middellange en lange DBC's. Die spelen gewoon zelf voor wetgevingtje.'

'Ik ben bang ongunstig in de statistieken te komen als ik niet kortdurend werk.'

'Voor mensen die er het beroerdt aan toe zijn en de meest intensieve hulp nodig hebben, moet je een goed hart hebben, want dat betaalt relatief slecht.'

RICHTLIJNEN WORDEN EEN DWANGBUIJ

Het meest bezorgd lijkt men zich te maken over het dwingend volgen van protocollen. Protocollen worden gebruikt als dwangbuis in plaats van als hulpmiddel.

'Onze richtlijnen (die nuttig zijn om in het achterhoofd te hebben, maar niet zondermeer naar het individu vertaald kunnen en mogen worden) zijn tot dwangbuis gevormd.'

'Ik krijg het idee dat ik een soort eenheidsworst moet gaan leveren of anders met zeer harde bewijzen moet komen waarom mijn vorm van therapie zeer goed is bij allerlei diagnoses en allerlei cliënten.'

'Het zou prettig zijn als zij wat meer oog hadden voor de complexiteit van het menselijk bestaan. De ene depressie is de andere niet. Nu wordt iedereen in dezelfde mal gepropt en dat heet dan zorg op maat.'

VOORWAARDEN ZORGVERZEKERAARS NIET ALTIJD MET ELKAAR TE VERENIGEN

Een op de drie zorgaanbieders heeft met tien of meer zorgverzekeraars contracten gesloten, eenderde met vijf tot tien en eenderde met maximaal vier zorgverzekeraars. Alle verzekeraars hebben weer andere voorwaarden.

Volgens 40 procent van de respondenten zijn die voorwaarden van zorgverzekeraars niet of zelden met elkaar te verenigen. Verschillen zijn er bijvoorbeeld wat betreft het percentage vergoeding.

Enkele van de (108) gemelde voorbeelden volgen hieronder.

'Alle verzekeraars doen het anders. Bijvoorbeeld het percentage van de vastgestelde 100 procent DBC-prijs, of de tijd na afsluiting van een DBC aanvragen en de wijze waarop, of je verplicht bent naar inhoudelijke bijeenkomsten te komen.'

'Onderlinge verschillen in kortingen op het maximumtarief geeft problemen met de software.'

'Bij de ene verzekeraar moet de psychiater onder de AGB-code van de psychologenpraktijk, bij de andere onder een eigen code. Dus nu hebben we in de praktijk twee maal dezelfde software geïnstalleerd omdat geen enkel softwarepakket twee praktijkcodes aankan. En dus twee licenties, agenda's, twee EPD's, enz.'

'De percentages vergoeding per DBC verschillend van CZ=100 procent naar Menzis – naar ik hoor – 70 procent.'

'De een biedt 100 procent van het tarief zonder voorwaarden, de ander 80 procent tegen belachelijke voorwaarden.'

'Van de een mag hulpverleners wel, van de ander niet; dat geeft onmogelijke behandelverschillen.'

'Ieder heeft zijn eigen regels bijvoorbeeld omtrent verwijzen, hoe een behandelplan er uit moet zien.'

'Het geeft veel onrust: ja meneer, wilt u zo vriendelijk zijn zelf uw polis er even op na te lezen welke beperkingen uw verzekering heeft verzonden.'

VERLIES VAN VRIJE ARTSENKEUZE

Indien geen contracten worden afgesloten, zijn vooral de patiënten de dupe.

TABEL 8. GEVOLGEN ALS GEEN CONTRACT

cliënten krijgen minder vergoed	393	81%
cliënten moeten naar elders	237	49%
te weinig cliënten om praktijk draaiende te houden	175	36%

Als patiënten minder krijgen vergoed, dan gaat het vaak om forse kortingen van 20 tot 50 procent.

In de praktijk leidt het tot verlies van de vrije artsenkeuze en/of onderbreking van de zorg.

‘Het levert veel onrust en onveiligheid in de behandeling op; het levert mij veel stress op, dus minder aandacht en plezier in het werk.’

‘Wat opvalt, is de grote discrepantie tussen wat verzekeraars in hun propaganda naar buiten beloven en suggereren en wat daar in de praktijk van wordt waargemaakt.’

‘De vrije artsenkeuze (geregeld in de Zorgverzekeringswet door het amendement v Leeuwen) is in het geding.

‘Momenteel hanteren zorgverzekeraars een vergoedingspercentage van 80 (menzis) of 75 (CZ) procent voor niet gecontracteerde zorg. Langerdurende behandelrelaties van meerdere jaren (denk aan bipolaire stoornis en persoonlijkheidstoornis) die in zichzelf kostenbesparend werkt kan niet langer dan een jaar worden doorvergoed voor niet-gecontracteerde aanbieders. Door het verlaagde vergoedingstarief zal de behandelrelatie wellicht verbroken moeten worden. Uitgangspunt van het nieuwe zorgstelsel was toch dat de patiënt er geen hinder van mocht ondervinden? Het is toch nog altijd een verplichting van de ZV om een behandeling op basis van indicatie gesteld door de professie te vergoeden? In de regelgeving zit een wig tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg . Dit is vanuit het ministerie oorspronkelijk bedoeld om de zorgverleners” in de contracten te jagen” In de praktijk gaat dit leiden tot onderbreking van voortlopende zorg of verlies van vrijheid van artsenkeuze.’

2.2. REGISTRATIE VOLGENS DE DBC-SYSTEMATIEK

In totaal 3.195 respondenten hebben in hun dagelijks werk te maken met DBC's. Hiervan zijn er 61 DBC-vrije praktijken en 35 weigeraars. Van de overige 3.099 zijn er 503 vrijgevestigden (soms in

combinatie met werken in een instelling), de overige 2.596 zijn op een vijftiental na werkzaam in een instelling.
Omdat de gevolgen van de DBC-systematiek anders kunnen zijn voor vrijgevestigden en instellingen, worden deze twee groepen in de analyse onderscheiden.

TABEL 9. MEER BUREAUCRATIE DOOR DBC						
	allen		vrijgevestigden		instellingen	
Ja	2.839	96%	481	97%	2.358	96%
Nee	125	4%	17	3%	108	4%
Totaal	2.964		498		2.466	
Geen mening	135		5		130	

Zowel vrijgevestigden als mensen uit instellingen ervaren enorm veel bureaucratie door de invoering van DBC's. DBC's invoeren, tijdschrijven, elektronisch declareren, achter verzekeringen aan gaan, alles kost tijd. 917 mensen geven een toelichting op de toename van de bureaucratie.

KAFKAËSKE TOESTAND

'De DBC is een Kafkaëske toestand. Transparantie is het doel en het zal alleen maar leiden tot minder transparantie. De kosten zijn extreem en de tijd die het kost ook'

'Je bent een hele nieuwe pagina kwijt aan het feit dat iemand vijf minuten een kopje koffie is drinken buiten zijn kamer.'

'Als ik een patiënt de hand schud en vraag hoe het er mee is moet ik op een stom papiertje de code D203 invullen.'

'Ooit vijf hulpverleners op een rij zien zitten die ieder de DBC van een zelfde patiënt aan het invullen waren, de SPV'er die het niet vertrouwt en die de arts-assistent erbij haalt, de arts-assistent die overlegt met de psychiater, de arbeidsconsulent die een re-integratiegesprek heeft gevoerd en de maatschappelijk werkende die een Wajong uitkering aan het regelen is?'

'Zoveel codes. Voor ieder telefoontje van een minuut ben je vijf minuten aan het registreren.'

ALLES MOET IN EEN DBC WORDEN 'GEVANGEN'

'Alles moet passen in de DSM-categorieën terwijl dat niet altijd goed mogelijk is, daardoor ontstaan een schijnwerkelijkheid.'

'Elk poppetje moet een naam krijgen anders heeft dat financiële gevolgen.'

DE GGZ ONTWRIGHT

'Alle behandelactiviteiten moeten in een te registreren code worden gevangen.'

'Directe tijd gaat simpel, maar als je voor iemand op een andere dag iets anders doet, indirect, dan kost het erg veel tijd om dat allemaal weer in te vullen, met als gevolg dat er ondergeregistreerd wordt.'

'De holistische benadering verwordt tot een factoring-acrobatiek die ALTIJD duurder zal uitpakken omdat altijd zaken te bespreken zijn die buiten de DBC vallen waarmee het consult dubbel declarabel wordt: namelijk de diabeteszorg wordt geleverd vanuit de DBC maar omdat de patiënt ook nog een vraag over zijn zieke vrouw had wordt het consult alsnog volgens de basiszorg declarabel.'

ZORG EN DIAGNOSTIEK WORDEN Aangepast aan DBC'S

'Ik mag niet meer naar de school van de cliënt gaan omdat ik daar te duur voor ben terwijl een gesprek met de leerkracht soms meer effect kan hebben dan tien dure sessies.'

'Het levert op dat ik mensen moet diagnosticeren terwijl er geen duidelijke diagnose is. Ik probeer het werk in het DBC-systeem in te passen, de omgekeerde wereld.'

'Werk dreigt af te glijden van inhouds- en probleemgeoriënteerd naar DBC- of productiegeoriënteerd.'

'Zorg moet in systeem passen in plaats van dat het systeem is ontwikkeld ten dienste van de zorg.'

'Vraagt veel tijd is erg dwingend waardoor maatwerk onmogelijk wordt.'

'Als professional moet ik me dus maar aanpassen aan administratieve eisen en krijgen patiënten diagnoses opgeplakt die niet kloppen, omdat anders niet betaald wordt.'

'Behandelingen moeten in een financieringssysteem geperst worden.'

DIAGNOSES MOETEN TE SNEL WORDEN GESTELD

'Ik vind het te zot voor woorden dat er bij kinderen al na de intake een diagnose moet worden gesteld omdat we anders geen geld krijgen. Autisme of ADHD is nogal wat, daar is veel diagnostiek voor nodig.'

'Bij veranderende diagnose is het formeel niet mogelijk om soepel het hulpaanbod aan te passen, maar moet eerst een ingewikkelde administratieve route worden gevolgd, voor je iets kan doen.'

'Meest bizarre vind ik het moeten toekennen van een DSM-classificatie na 1 gesprek. Dit bewijst voor mij dat onze beroepsgroep inhoudelijk op een verkeerde manier geforceerd wordt door boekhouderachtige types die niet goed weten wat ze nu eigenlijk voor informatie vragen.'

COMPLEXITEIT NEEMT TOE ZODRA ER MEER ZORGVERLENERS BIJ ZIJN BETROKKEN

'Het DBC-systeem is echter lastig als je veel met andere zorgverleners communiceert en bestraft dus goede communicatie.'

'Hierdoor kunnen dossiers niet open blijven bij twee organisaties. Het maakt dat cliënten niet bij ons de zorg kunnen krijgen gecombineerd met zorg ergens anders.'

AFSLUITEN DBC KAN PROBLEMEN GEVEN

'Wanneer een DBC niet goed wordt afgesloten, heeft dit consequenties voor de financiën. Dus wordt er veel meer gecontroleerd.'

'Ook worden er DBC's ten onrechte afgesloten zodat we niet meer in een elektronisch dossier kunnen. Zeer onhandig.'

ER GAAT VEEL MIS

'Ongelooflijk hoe slecht het allemaal werkt, geregeld kan ik niet registreren doordat er ergens iets niet klopt.'

'Regelmatig krijgen we dossiers, formulieren terug waarin cijfers/coderingen niet kloppen, of ik die nog een keer wil corrigeren.'

'Veel tijd wordt besteed aan foutief ingevulde DBC's; illustratief; afgelopen week was 1 verpleegkundige 36 uur bezig met het nalopen van alle DBC's om te inventariseren wat er allemaal mis gaat.'

'Als er maar een klein detail niet klopt krijg je de hele boel terug.'

HET GAAT NIET MEER OVER DE MENS

'Er is tijdens vergaderingen meer aandacht voor een juist ingevulde DBC dan voor het behandelverloop.'

'Er wordt meer gekeken hoe financiering en registratie rondkomt dan naar de behoefte en wensen van de cliënt.'

'Meer tijd gaat zitten in het kloppend maken van de DBC's, dat gaat niet over behandelinhoud.'

'Cliënten worden gereduceerd tot diagnose om maar in een DBC te passen.'

DBC'DEREN TEN KOSTE VAN PATIËNT EN ZORG

TABEL 10. TIJD DIE DBC KOST PER DAG

	allen	vrijgevestigden	instellingen
< 30 minuten	666 24%	69 14%	597 26%
30-60 minuten	932 34%	131 28%	801 35%
1-2 uur	829 30%	194 41%	635 28%
2 uur of meer	342 12%	81 17%	261 11%
totaal	2.769	475	2.294

Voor meer dan de helft van de vrijgevestigden (58 procent) kost het DBC'eren dus 1 uur of meer per dag; voor 39 procent van de mensen in instellingen kost het DBC'eren 1 uur of meer per dag. De totale kosten hiervan kunnen in de miljoenen euro's per dag lopen.

BUREAUCRATIE GAAT TEN KOSTE VAN PATIËNT

Uitgaande van consulten die in totaal 45-60 minuten duren, zijn veruit de meeste respondenten 10-20 minuten daarvan kwijt aan de DBC's. De vraag is of dit ten koste van de patiënt gaat.

TABEL 11. TIJD DBC TEN KOSTE VAN CLIËNT

	allen	vrijgevestigden	instellingen
ja	1.970 75%	261 55%	1.719 79%
nee	668 25%	213 45%	455 21%
totaal	2.638	474	2.174
geen mening	293	23	270

Vooral in de instellingen gaat de bureaucratie ten koste van de tijd voor de patiënt. Voor vrijgevestigden is dit beduidend minder. Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat het bij de vrijgevestigden vooral ten koste van de eigen tijd gaat.

SECRETARIAAT VERVREEMDT VAN DE ZORG

Bij de eenderde van de vrijgevestigden gebeurt de uitvoering van de DBC-registratie deels door secretaresse/assistentes, bij tweederde van de respondenten uit de instellingen is dat het geval.

Ruim tweederde van al deze respondenten geeft aan dat hiervoor het aantal uren van de administratieve kracht(en) moest worden uitgebreid.

Veel respondenten, zowel vrijgevestigden als uit instellingen, geven aan dat er geen geld of tijd is voor extra krachten, in veel gevallen was men zelfs gedwongen de tijd in te perken.

De tijd die het secretariaat kwijt is aan DBC's gaat nogal eens ten koste van andere belangrijke zaken.

Enkele voorbeelden van de (544) mensen die hier een toelichting bij geven.

'Er zijn zelfs instellingen die een apart DBC-secretariaat hebben geïnstalleerd.'

'Dat mijn brieven aan de huisartsen over welke medicatie ik aan zijn of haar cliënt had voorgescreven daardoor in de verdrinking kwamen, deed voor het management minder ter zake.'

'Het secretariaat is enorm uitgebreid en de secretaresses zijn vervreemd van de zorg, hebben in vier jaar tijd een totaal ander beroep gekregen.'

HET DBC'DEREN HEEFT EEN ONGUNSTIGE INVLOED OP DE INDICATIE EN BEHANDELING

Zestig procent van de betrokken respondenten meent dat het DBC'deren een ongunstige invloed heeft op de indicatiestelling. 726 respondenten geven een toelichting.

Het DBC'deren heeft ook een ongunstige invloed op het in gang zetten van daadwerkelijke hulp, aldus 50 procent. Ruim 40 procent vindt dat DBC's hierop geen invloed hebben en een kleine 10 procent ervaart een gunstige invloed van DBC's op het starten van de behandeling. Voorbeelden kwamen van 491 mensen.

TABEL 12. INVLOED DBC OP INDICATIESTELLING

	allen		vrijgevestigden		instellingen	
gunstig	145	8%	19	4%	126	9%
geen invloed	552	31%	170	40%	382	28%
ongunstig	1.102	61%	236	56%	926	63%
totaal	1.799		425		1.374	
geen mening	1.107		71		1.036	

DE GGZ ONTWRICHT

Een minderheid van de respondenten is positief over de invoering van DBC en de indicatiestelling. Deze respondenten vinden dat DBC's tot meer inzichtelijkheid hebben geleid, tot meer communicatie met de patiënten en dat DBC's voorkomen dat er te lang wordt doorbehandeld. Er wordt namelijk kritischer naar de diagnoses gekeken. De indicatie via het CIZ was bovendien al behoorlijk tijdrovend. Ook is een minderheid positief over de invloed van DBC's op het daadwerkelijk in gang zetten van de hulp. Door de invoering van DBC's zou er ook sprake zijn van meer evaluatie en betere behandelplannen. Volgens deze respondenten wordt er beter en duidelijker overleg gevoerd met de cliënten, zit er meer overzicht in het systeem en zouden diagnostiek en behandeling vlotter en logischer bij elkaar komen.

De meerderheid is echter minder positief over de invloed van DBC's op de indicatiestelling en behandeling. Een bloemlezing.

DE DBC'S DWINGEN ERTOE OM TE SNEL EEN INDICATIE TE STELLEN

Indien geen DBC wordt gesteld weigert het administratieve systeem en kan de cliënt niet in behandeling worden genomen. Zeker bij jeugdigen is dit lastig, daar moet men vaak 'creatief' zijn. Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat 60 procent van de eerste classificaties bijgesteld moet worden. Bijstelling van de diagnose gebeurt echter lang niet altijd en is vaak zeer tijdrovend.

'Een observatieperiode is lastig te registreren, terwijl dit bij complexe patiënten altijd noodzakelijk is. Je vult dus vaak maar iets in om überhaupt een DBC te kunnen openen. Als blijkt dat je tijdelijke diagnose niet klopt moet je de hele administratieve rompslomp weer opnieuw doen.'

'Voorheen werd uiteraard ook gewerkt met diagnostiek en indicatiestelling, maar dat kon iets later definitief gemaakt worden, waardoor je in mijn beleving een wat genuanceerder beeld kon schetsen voordat je richtinggevende beslissingen gaat nemen.'

'Je moet mensen in de beginfase een etiket opplakken wat niet passend is. Daar kunnen mensen niet mee omgaan, ze denken dat ze dat al hebben, terwijl wij het alleen zo classificeren omdat de verzekeraar dat wil.'

'Nu bekijken we wat vermoedelijk de hoofddiagnose is; naar dat specifieke team wordt de patiënt verwezen; indien blijkt dat er een andere hoofddiagnose is zit patiënt in het 'verkeerde' team. Vaak blijft het dan zo omdat het eenvoudigste werken is. Dit terwijl know how van een specifieke stoornis elders ligt. Voorheen bleef patiënt wat langer in de intakefase tot uitgezocht was wat er echt aan de hand was.'

DSM IS EEN CLASSIFICATIESYSTEEM EN GEEN DIAGNOSESYSTEEM

DBC's vragen om een classificatie (DSM IV) die niet altijd recht doet aan de feitelijke inhoud van de diagnose. Het leidt tot verschraving van de diagnostiek.

‘DBC heeft niets te maken met de actuele praktijkvoering. Dat komt omdat het diagnostische classificatiesysteem, de DSM, waar de DBC systematiek op berust, helemaal niet bedoeld is voor de klinische praktijk. De DSM is ontworpen om aan de Babylonische spraakverwarring onder wetenschappers een einde te maken. Dat was in de jaren ‘60 en ‘70. Bijvoorbeeld, als een patiënt een depressie heeft, dan vloeit hieruit geen enkele specifieke depressiebehandeling voort. De behandeling hangt namelijk van de functionele analyse af of wel de werkhypothese omtrent veroorzakende en onderhoudende factoren. Uit deze in hoge mate geïndividualiseerde probleem-analyse vloeit een geïndividualiseerde behandeling voort, die in geen enkele DBC is terug te vinden. De DBC kan ook helemaal niet voldoen aan eisen van wetenschappelijkheid, in tegenstelling tot de DSM. Het is geen wetenschappelijk instrument. Het is een instrument om geldstromen zichtbaar te maken voor de politiek en voor de verzekeraar. Maar de denkfout is, dat de wetenschap nog helemaal niet zover is om aan de diagnose een behandeling te koppelen. In de gezondheidszorg is het overgrote deel handwerk en maatwerk. Dat creëert een spanningsveld tussen dokters en bestuurders, die de gezondheidszorg willen organiseren als een fabriek.’

‘Elke nuancering en individualiteit vallen weg. Elke cliënt wordt een stoonis. Het systeem ontmoedigt denken met gezond verstand.’

‘De DBC vraagt als het ware een andere manier van kijken, waardoor existentiële vragen minder vanzelf in beeld komen. Het lijkt haast alsof ik vanuit een andere ‘laag’ moet kijken en soms realiseer ik me opeens dat ik vanwege de DSM IV (onderdeel van de DBC) minder ‘wijd’ kijk. Het risico blijft dat we te veel gaan kijken naar en denken in de hokjes van de DSM IV, denken in ‘stoornissen’, terwijl het voor ons van wezenlijk belang is de innerlijke kracht van de ander aan te spreken. Dit bijt elkaar echt!!!’

‘DBC is gebaseerd op DSM IV classificatie, wat verward wordt met diagnostiek. Classificeren is nuttig voor onderzoek, maar classificatie houdt nauwelijks verband met behandeling.’

MINDER MAATWERK EN STRAKKE DBC-KEURSLIJVEN

Bij bepaalde diagnoses kan alleen binnen specifieke zorgprogramma's zorg worden aangeboden. Er wordt te veel gestreefd naar zo kort mogelijke behandelingen. Er wordt daarbij niet meer gekeken naar de hulpvraag of de onderliggende problemen die de klachten veroorzaken. Er treedt te snel protocolisering op. Soms kunnen behandelingen niet tegelijk worden gedaan omdat ze uit verschillende programma's komen.

Het werken met DBC's is te strak, te veel volgens protocollen. Er wordt steeds minder maatwerk geleverd omdat een bepaalde DBC voorschrijft wat je daarbinnen mag doen. Het is lastig of onmogelijk twee DBC's te openen.

De discussie zou moeten gaan over passende zorg voor de cliënt. Nu is men vooral veel tijd kwijt aan het bedenken hoe de zorg in DBC-terminologie is te vatten.

DE GGZ ONTWRIJCHT

Belangrijke zorg verdwijnt. Zo moeten klinische patiënten vaak genoeg nemen met minimale tot geen begeleiding en behandeling. Ook veel zorg voor ouderen past niet in de DBC's. Zelfs bij preventie moeten de aangemelde cliënten zo veel mogelijk in een keurslijf van DSM worden gediagnosticeerd. Cliënten krijgen bij preventie een psychiatrische diagnose terwijl ze dit nu juist proberen te voorkomen door deel te nemen aan een training.

'Geen maatwerk meer, het grootste belang is dat de administratie klopt. Niemand vraagt meer hoe het met de patiënt is.'

'Er wordt ook veel te veel gefragmenteerd gekeken in plaats van naar de hele mens. Nazorgcontacten zijn vaak lastiger geworden omdat DBC's snel afgesloten moeten worden.'

'De DBC wordt een harnas in een werkveld waarin veel andere factoren het succes van een behandeling beïnvloeden.'

'Je bent meer bezig met het goed invullen van DBC dan dat je nadenkt over diagnostiek en behandeling.'

'Naast depressie of psychose behandel ik dan tegelijkertijd de verslaving. Dat is intensief en specialistisch werk maar ik kan/mag maar een DBC openen/registreren.'

'Om de patiënt zo goed mogelijk van dienst te zijn is het soms nodig te redeneren wat de cliënt nodig heeft aan behandeling en daar dan een passende diagnose bij te plaatsen.'

'Wanneer zorg niet in DSM-termen of in DBC te plaatsen is kan geen zorg meer geleverd worden. Zo was ernstige psychosociale problematiek een onderdeel van het takenpakket van het RIAGG maar nu niet meer want het is geen as-I problematiek.'

VOORAL DE MARKTWERKING IS FUNEST

Het is niet zozeer de DBC systematiek als wel de marktwerking die problemen veroorzaakt. Vaker worden kortdurende therapieën geïndiceerd met als achterliggende strategie, om zoveel mogelijk patiënten (= geld) binnen te halen. Door de concurrentieslag tussen instanties wordt er steeds meer gekozen voor het binnenhalen van de relatief eenvoudige problematiek want die levert het meeste geld op. Tussen wal en schip raken de chronische patiënten met complexe problematiek: die kosten veel geld en leveren niks op. Nog een marktwerkingsfenomeen: eigen bedrijfjes van hulpverleners schieten als paddenstoelen uit de grond en hulpverleners proberen cliënten naar deze hulp te laten gaan (lokken) door de inzet van PGB gelden.

'Er wordt geïndiceerd voor behandelvormen die meer opleveren omdat de bedden vol moeten. Je wordt niet beloond om opnames te voorkomen want opnames zijn financieel aantrekkelijk.'

'Het denken wordt er dermate door beïnvloed, dat er een dogmatieke houding ontstaat bij (nieuwe) medewerkers. Je gaat afwegen hoeveel moeite je moet doen bij "moeilijke" patiënten, hoeveel tijd er in gaat zitten, zo iemand wordt doorgestuurd van de een naar de ander om uiteindelijk in een langdurig zorgcircuit te belanden. Je moet nu eenmaal in een bepaalde tijd succes boeken met de behandeling, daar word je te zijner tijd op gescoord.'

‘Als hulpverlener denkt men niet meer alleen aan de beste zorg, maar aan het prijskaartje wat er aanhangt. Wat veel geld oplevert, ga je dan eerder doen dan wat weinig geld oplevert. Ook die disciplines worden aangetrokken die geld in het laatje brengen en anderen niet, dus SPV-ers en vaktherapeuten worden gemarginaliseerd, psychiaters brengen het meeste geld in, krijgen goddelijke status. De managers dringen hun kostendenkwijze aan je op, maar dat is je werk niet.’
‘Zo willen managers bijvoorbeeld de huisbezoeken reduceren tot tien minuten. Op het onbeschofte af, dan laat je de cliënt heel goed voelen dat hij er niet toe doet.’

DE SAMENWERKING WORDT MINDER

Een patiënt mag maar één DBC hebben voor dezelfde diagnose. Als een patiënt dan gedeeltelijk gebruik maakt van een andere behandelaar dan moet dat onderling worden gefactureerd. Daarom laat een aantal zorgaanbieders die mogelijkheid achterwege. In plaats van samen te werken gaan instellingen bovendien met elkaar concurreren. De DBC's vertragen sowieso het proces om in het juiste behandeltraject te komen.

‘Samenwerking met andere instanties wordt onmogelijk gemaakt omdat er maar een DBC open kan staan.’

BEHANDELING UITGESTELD VANWEGE BUREAUCRATIE

Onder de respondenten waren 602 mensen die voorbeelden kennen van patiënten die niet kunnen beginnen met een behandeling vanwege de bureaucratie, bijvoorbeeld omdat een DBC niet kan worden geopend.

‘Bij verwijzing naar langdurende zorg was geen DSM-diagnose bekend, terwijl duidelijk was dat het om ernstige problematiek ging. Bij deze verwijzing heeft het een jaar geduurd voordat cliënt in zorg was. In de tussentijd heeft de huisarts met deze cliënt getobd en stad en land afgebeld om iets geregeld te krijgen.’

‘Iemand die kandidaat was voor mijn behandelprogramma en waarvoor ik plek had, mocht ik niet uitnodigen omdat de papieren niet rond waren. Als ik me aan deze opdracht had gehouden had hij vier maanden langer moeten wachten.’

‘Wij kunnen geen patiënten in zorg nemen waarvan de diagnostiek niet rond is, maar de problematiek is vaak dusdanig schrijnend dat behandeling dringend gewenst is.’

‘Meermaals gebeurt dat dit weerhouden werd. Ook bijvoorbeeld het dreigement om het van het salaris van de medewerker in te houden als de behandeling toch begonnen wordt.’

‘Als er geen diagnose is, kan er niet geïndiceerd worden voor hulp via Bureau jeugdzorg terwijl in het gezin die hulp al wel nodig is om het vol te houden en de wachttijd tot het traject van diagnostiek te overbruggen.’

‘Als het wel zo is zou ik me er niks van aantrekken want als ik als arts vindt dat de patiënt behandeld moet worden dan zal ik dit doet met of zonder DBC.’

GEZONDE BABY'S KRIJGEN DIAGNOSE

Vanwege de DBC-systematiek krijgen ook niet-patiënten een diagnose. Dat is ongewenst vindt 76 procent van de hierbij betrokken respondenten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mantelzorgers, familieleden of kinderen (KOPP) van mensen met een psychiatrische aandoening. Een belangrijke groep zijn de ouders van kinderen die in therapie zijn. Ook mensen die deelnemen aan preventieprojecten zouden nu met naam en toenaam moeten worden geregistreerd. Of bijvoorbeeld nabestaanden na een suïcide van een familielid. Dit werpt een drempel op voor het betrekken van betrokkenen bij de behandeling en op de preventie. Hieronder staan enkele voorbeelden uit de 416 toelichtingen die we ontvingen.

'Wij hebben een Moeder Baby Unit voor vrouwen met een postnatale depressie of psychose.

De baby's krijgen een psychiatrische diagnose om 'de bedden' vergoed te krijgen terwijl zij juist gezond zijn.'

'Partners van dementerenden worden ingeschreven met een aanpassingsstoornis wat volledig onterecht is.'

'Kinderen die met plezier op school een cursus volgen moeten nu een DBC krijgen.'

'Familieleden van patiënten krijgen als ze een cursus willen volgen, een diagnose en een behandelplan en worden ingeschreven als cliënten en moeten al hun gegevens op tafel leggen.'

'De aanmeldingen voor een preventiecursus voor familieleden van borderline-clënten is ernstig afgenomen na de invoering van de DBC-problematiek.'

'We zien mensen die kanker hebben of terminaal zijn. Zowel voor hen als de partners is een DBC moeilijk in te passen. We missen de categorie: existentiële crisis.'

'Wij vroegen bij eerste gesprek partner mee te brengen. Die partner is dan meteen zijn 150 euro eigen risico kwijt. Als dank voor je bijdrage aan het spoedige herstel van je geliefde.'

Volgens andere respondenten is dit probleem binnen het DBC-systeem op te lossen. Vroeger zou het juist een probleem zijn. Nu zouden geen namen genoemd te hoeven worden. Je zou veel meer rechtstreeks op de cliënt kunnen declareren. Familie en mantelzorgers zouden niet meer hoeven te worden ingeschreven als nevencliënt en familiecontacten zouden wel geregistreerd en gedeclareerd kunnen worden. Ook zou iemand kunnen worden ingeschreven als participant. Daarnaast is er code V, deze zou niet voldoende zijn voor een DBC, volgens anderen weer wel. Mogelijk is het afhankelijk van de instelling of de zorgverzekeraar. Mogelijk zijn er ook verschillen in de hoogte van het bedrag afhankelijk of je wel of persoon diagnose geeft. Duidelijk is in ieder geval dat het nieuwe stelsel veel ruis oproept, waarin elke hulpverlener of instelling zo goed als mogelijk zijn weg probeert te vinden.

DBC'S LEIDEN NIET TOT GOEDKOPERE ZORG

Gevraagd is of men verwacht dat het DBC-systeem leidt tot goedkopere zorg. In de antwoorden op deze vragen zaten geen verschillen tussen vrijgevestigden en mensen uit instellingen. Daarom zijn deze groepen samengevoegd.

EEN ENKELING VERWACHT FINANCIËLE VOORDELEN VAN DE DBC'S.

'Het enige voordeel is dat de behandelaars die waren ingedut in hun kantoor en weinig klanten zagen nu door de mand vallen. Want er zaten ook profiteurs in de behandelen. Zeker in de oude stoffige psychiatrische klinieken.'

TABEL 13. MAAKT DBC DE ZORG GOEDKOPER?

	goedkoper	
ja	189	7%
nee	2.413	93%
totaal	2.602	
geen mening	306	

Veruit de meeste zorgaanbieders (93 procent) denken dat de zorg door de invoering van DBC's niet goedkoper wordt. 775 mensen geven een toelichting waarom zij denken dat de zorg duurder wordt. Hieronder een bloemlezing.

TOENAME BUREAUCRATIE

Het DBC-systeem kost gewoon meer uren en/of er zijn extra mensen voor aangenomen. Er gaat meer geld naar controle en beheersing van het systeem. De administratieve en managerskosten zijn enorm gestegen. Tenslotte is er nog een toestroom van ingehuurde externe bureaus om een en ander weer te stroomlijnen.

'Enorme toename overhead. De DBC's leiden onbedoeld tot een toename van de managementcultuur in de GGZ.'

CALCULEREND GEDRAG BEHANDELAARS EN INSTELLINGEN

Daarnaast zie je mensen bezig om uit te rekenen wat de meest verdienende optie is ofwel wat 'het best schuift'. Bijvoorbeeld dat langer dan 800 minuten behandelen financieel ongunstig is maar dat je altijd een DBC kan sluiten met een nieuwe diagnose. Ook het feit dat bij een bepaald aantal sessies (30, 50 of 100

DE GGZ ONTWRIJCHT

zittingen) de hoogste vergoeding per zitting wordt vergoed zal van invloed zijn. Iedereen zal zich rijk registreren. DBC's leiden tot calculerend handelen en werken fraude in de hand.

'Een bandbreedte 6.000 tot 12.000 minuten geeft financieel verlies bij behandeling van 11.000 minuten en winst bij behandeling van 7.000 minuten.'

'Ik hoor sommige collega's al aan elkaar vertellen hoeveel gesprekken je nodig hebt om een bepaald bedrag te verdienen.'

'Het is een pervers systeem: een zitting meer of minder kan tot gevolg hebben dat het uurloon zakt van 125 naar 55 euro.'

'In onze instelling is de afspraak gemaakt om bij iedere poliopatiënt elk half jaar een psychiatrisch onderzoek te doen of het nodig is of niet, maar het is wel kassa.'

'Er komen instructies van managers die erg op de rand zijn, bijvoorbeeld zet alle telefoontjes op 15 minuten.'

PRIKKEL TOT MEER REGISTRATIE EN PRODUCTIE

Er wordt vooral naar de productie gekeken en naar duurdere verrichtingen. Als de diagnose in een keer duidelijk is, mag toch nog twee keer een intake worden gedeclareerd tegen een duurder tarief en dat gebeurt soms ook. Er zijn ook meer behandeluren mogelijk evenals meer verrichtingen die gedeclareerd kunnen worden. Veel handelingen werden voorheen als service verricht, nu worden alle handelingen die meer kosten dan enkele minuten geregistreerd. Hulpverleners declareerden niet alles wat ze aan werk verrichten en zullen dit nu wel gaan doen. Behandelingen worden eerder afgesloten en weer geopend met een nieuwe diagnose. Er worden zwaardere diagnoses gesteld dan nodig (upcoding). Door de marktwerking ontstaan ook nieuwe aanbieders van zorg met nieuwe producten en aanbod creëert vraag.

'DBC daagt uit tot registratie van alles wat je doet, terwijl ik zonder DBC veel doe zonder dat dat in rekening wordt gebracht.'

'Collegae zullen alleen al uit pure frustratie meer gaan declareren.'

'Een beheerssysteem dat zich verder verwijderd van de concrete werkelijkheid geeft meer ruimte tot creativiteit, graaien in onze cultuur helaas.'

VERSNIPPERING LEIDT TOT ZORGCAROUSSEL

De opsplitsing in allerlei overgedifferentieerde deelactiviteiten jaagt de declaratie en dus de prijs op. Zowel instellingen als zorgverzekeraars hebben belang bij een zo groot mogelijk marktaandeel, beide hebben belang bij het realiseren van een zo groot mogelijk volume, Omdat de zorg versnipperd raakt zullen patiënten vaker in behandeling komen (draaideur).

'Patiënten zullen in een zorgcarroussel komen, een klein klachtje behandeld, het grote geheel is niet gezien, dus komt iemand al snel weer retour met de volgende of dezelfde klacht.'

FASTFOOD-GGZ LEIDT UITEINDELIJK TOT DUURKOOP

De zorg afstemmen op de patiënt zelf is uiteindelijk goedkoper dan fastfood-GGZ. De goedkoopste zorg is maatwerk. Met vastgestelde zorgpakketten zullen complexe patiënten niet goed geholpen worden en zal de uiteindelijke behandeling langer duren.

‘Omdat er geen tijd meer is voor reflectie, ga je steeds meer op de automatische piloot handelen.’

‘Bij de grote instellingen wordt al veel volgens protocollen gewerkt. Een protocol angststoornis bijvoorbeeld. Dat is goedkoop. Dat veel moeilijke patiënten daar uiteindelijk niet bij gebaat zijn maakt die instellingen niet uit. Ik krijg regelmatig mensen die niet verder zijn gekomen bij deze fastfood-GGZ.’

PENNY-WISE-POUND-FOOLISH ZORG

Zeer veel respondenten wijzen erop dat het wellicht de kosten op korte termijn drukt, maar op lange termijn zullen de kosten toenemen omdat de patiënten niet goed worden behandeld of er te snel wordt gestopt met behandelen. Zeker in de jeugdzorg komt de rekening later terug. Ook zal er grote druk ontstaan op dure zorgvormen zoals crisisdiensten en acute opname afdelingen.

‘Door verkeerde geminimaliseerde behandelingen zal de zorg voor psychiatrische patiënten in de toekomst toenemen dus duurder worden.’

‘Goedkoop leidt op termijn tot duurkoop: mensen worden zo snel mogelijk weer opgeknapt maar ik verwacht dat cliënten daardoor restklachten overhouden en sneller en vaker zullen terugvallen.’

‘De zorgverzekeraars gaan de zorg ‘uitbenen’. Zorgaanbieders gaan minder gekwalificeerd personeel inzetten ook daar waar het niet kan.’

HET PERSOONSGEBONDEN BUDGET (PGB) LEIDT TOT MEER DIAGNOSES

‘Wij worden overspoeld met de vraag naar onderzoek waarbij men een diagnose wil omdat dit PGB mogelijk maakt. Door steeds vaker stellen diagnose PDD en ADHD veel meer aanvragen PGB. Mensen hebben wel hulp nodig maar het kind is niet voor altijd ziek. Rare schijnindeling ziek en niet-ziek.’

‘Vroeger bracht je slechts nieuws als je met een diagnose kwam. Nu zijn ouders verbolgen als er geen diagnose komt want dan kunnen ze geen PGB of rugzakje (voor school) krijgen.’

Gewezen wordt ook op de ervaringen in de somatische zorg en op de ervaringen in VS en Australië waar het systeem van DBC's duurder uitvalt. Gevreesd wordt ook dat mensen steeds minder krijgen aangeboden en mensen met geld naar het particuliere circuit gaan omdat dat niet is gebonden aan verzekeraars of DBC. Een Amerikaans systeem, waarbij de onderklasse niets krijgt en de bovenklasse krijgt wat hij wil.

SALDO
€-24.M

DAG
BESCHE
CLIENT

DBC : WEG ERME

HET DBC-SYSTEEM LOKT FRAUDE UIT

Veel (89 procent) respondenten verwachten dat DBC'eren fraude uitlokt. 87 procent van de mensen uit instellingen en zelfs 93 procent van de vrijgevestigden.

TABEL 14. LOKT HET DBC-SYSTEEM FRAUDE UIT?

	allen	vrijgevestigden	instellingen
Ja	1.732 89%	362 93%	1.370 87%
Nee	225 11%	27 7%	198 13%
Totaal	1.957	389	1.568
Geen mening	779	91	688

494 mensen geven een toelichting op hun antwoord. Hieronder een bloemlezing.

CALCULEREND GEDRAG

'Absoluut! Ik heb gezien dat een van onze psychiaters op zijn hurken gaat zitten bij een moeder in de wachtkamer. 2 minuten met haar praat en vervolgens een adviesgesprek in het DBC systeem registreert. Ik heb gezien dat een gesprek waar vader moeder en 2 kinderen in de agenda uit elkaar werd getrokken. Ineens was het niet 1 gesprek maar 2 gesprekken (Vader met kind en moeder met kind) waardoor het meer opleverde. Heb je even wat extra geld nodig? Dan zet je registreer je toch gewoon dat ouders bij het gesprek waren? Loopt je DBC bijna af? Sluit een nieuwe af en ontvang geld voor die hele nieuwe DBC ook al doe je daar maar 1 gesprek in. Het is een grote frauduleuze boel. Echt heel erg. Noem het afnemen van een klein vragenlijstje een onderzoek en je vangt het driedubbele.'

'Ik heb gehoord op trainingen en congressen dat mensen het helemaal uitgedokterd hadden hoe ze het meeste geld uit het systeem konden halen.'

'Zoals er binnen onze instelling mee om wordt gegaan zie je dat er meer 'werk' gemaakt (extra telefoontje, extra vragenlijst) wordt van een cliënt om de productie maar te halen.'

'Er is een minimale scoringstijd, maar geregeld zie je cliënten korter, waardoor je ze niet zou kunnen registreren, maar je hebt er wel tijd in gestoken en registreert het dan maar langer.'

HET SYSTEEM ZELF LOKT FRAUDE UIT

Allereerst doordat meer verrichtingen niets opleveren tot een volgende drempel is bereikt. De vergoeding per uur kan wel de helft minder zijn zonder dat dat iets zegt over de inspanning. Dat komt omdat het er

DE GGZ ONTWICHT

om gaat hoeveel minuten er in totaal tot de afsluiting van de DBC is behandeld. Die minuten zijn opgedeeld in categorieën van 250-800, van 800-1.800, van 1.800-3.000, van 3.000-6.000, van 6.000-12.000, en 12.000 minuten of meer. Dat betekent dat er voor 49 zittingen (formeel 60 minuten) evenveel wordt betaald als voor 30 zittingen, en voor 99 zittingen evenveel als voor 50. En ga zo maar door.

Dit kan uitnodigen tot te vroeg stoppen of te lang doorgaan.

‘Het is verleidelijk om er een paar uur bij te schrijven als dat duizend euro meer oplevert.’

‘Doordat het systeem met tranches werkt kan het extra registreren van een paar minuten een groot verschil uitmaken (bijvoorbeeld 780 of 800 minuten scheelt 1.500 euro).’

‘Als je voor 99 zittingen een bedrag krijgt en voor 100 zittingen bijna 2 maal zo veel dan lokt dat absoluut fraude uit.’

‘Bijvoorbeeld binnen bepaalde zorgprogramma’s zal gewerkt gaan worden met een aantal minuten per jaar. Hoe meer minuten, hoe meer geld wordt binnengehaald. Het betreft echter categorieën. Bijvoorbeeld 0-800 min. en 801 tot 1.600. Er wordt nu al over gesproken om te zorgen dat mensen net in categorie 801-1600 te laten vallen door ze net wat meer te zien als het eind van het jaar blijkt dat ze aan de bovenrand van de categorie 0-800 zitten. Ook al is dat niet nodig. Dit gaat nog om hypothetische discussies, maar ze worden wel gevoerd.’

‘Doordat je horendol wordt van al het zoek naar codes, word je steeds nonchalanter.’

‘Er wordt geprobeerd met een systeem geld in banen te leiden. Maar een systeem lokt een nieuw “slimmer” systeem uit. Bovendien komen de systemen steeds losser te staan van de mensen en dat betekent dat het een trein wordt die rijdt maar zonder koppeling met de echte praktijk.’

‘Er kan met tijden worden gerommeld. Er zijn te weinig randvoorwaarden gesteld over indirecte patiëntentijd. Of je nu wel of niet de patiënt ziet maakt eigenlijk niet uit.’

JE MOET WEL OM HET HOOFD BOVEN WATER TE HOUDEN

‘De opbrengsten dekken de reële kosten niet, dus wil je je personeel behouden moet je soms duurdere DBC’s openen.’

‘Je verleent soms hulp die niet vergoed wordt, die moet je compenseren.’

‘Als ik bij een cliënt voor een dichte deur sta, en dat gebeurt bij onze doelgroep nog wel eens, kan ik dit niet opvoeren als een huisbezoek. En dus heb ik aan het einde van de week mijn productie dan niet gehaald. Het is verleidelijk om te doen alsof de cliënt wel thuis was, namelijk een huisbezoek van 5 minuten telt wel.’

‘We worden aangemoedigd om aan ‘de bovenkant’ van het aantal registratieminuten te registreren, zodat de instelling financieel het hoofd boven water houdt.’

‘De grote betrokkenheid van werknemers naar cliënten toe kan ertoe leiden dat men de dingen zwaarder aanzet om betere hulp te verkrijgen. Hoewel zeer verwerpelijk, tevens erg begrijpelijk.’

‘Als je werk niet in het hokje van de DBC past, moet je toch iets verzinnen om betaald te krijgen.’

Het gaat dan om gewone werkzaamheden, zoals bellen, mailen met cliënten, overleg met derden, zoals bureau jeugdzorg in geval van zorgen of zelfs mishandeling. We worden niet betaald voor dergelijk overleg, terwijl het in sommige veel tijd kost en gewoon noodzakelijk is in het belang van de kinderen.'

'Ik bel regelmatig met verwijzende instanties zoals de reclassering. Niet elk telefoontje duurt meer dan 15 minuten. Nou ja, zo registreer ik het dan op een gegeven moment maar wel want als ik een uur lang heb gebeld met verschillende zorgpartners, allemaal gesprekken van pakweg 10 minuten (en dat is dus te kort om uitbetaald te worden) dan lijkt het alsof ik een uur lang niets heb gedaan. Dus rond ik de gesprekken naar boven toe af zodat ze in elk geval wel vergoed worden.'

'Ik denk niet dat het gaat om harde fraude met het doel betaald te krijgen voor iets wat je niet gedaan hebt. Maar wel het systeem oneigenlijk hanteren om het bruikbaar te houden.'

EEN SYSTEEM GEBASEERD OP WANTROUWEN WEKT FRUSTRATIE OP

'Zeker als de zorgverzekeraar boven op de portemonnee zit en in de positie is te weigeren te betalen.'

'Doordat iedereen er zo van baalt, krijgt men de neiging de grenzen en de mazen op te zoeken.'

'Bovendien zijn medici zo eigenwijs dat als het systeem in hun beleving verkeerd werkt, ze zonder gewetensbezwaren het systeem zullen omzeilen.'

'Als ik net onder de uurgrens kom is er altijd wel een indirecte tijdsinvestering om met mijn geweten te verantwoorden omdat ik nu eenmaal tijdens het eten of het autorijden of het wakker liggen aan patiëntenzaken denk.'

'Het is zo complex en de DSM is zo omstreden als basis binnen het beroepsveld dat het systeem niet (en ik denk nooit) serieus zal worden genomen. Het is een onzinnige last die je probeert zo tijdsparend mogelijk af te handelen.'

'Het hele systeem is gebaseerd op het idee dat er fraude gepleegd wordt en dat het op deze manier voorkomen kan worden. Het lokt echter meer creativiteit uit om regels te ontduiken, de illusie van controle loslaten lijkt mij zinvoller. Mogelijk zal er wat gefraudeerd worden, accepteer dat, zoals een winkel ook rekening houdt met diefstal, verreken dat. Geen enkele winkel zal steeds alles controleren bij een klant, dan komt ook niemand meer.'

HET DBC-SYSTEEM (VER-)LEIDT TOT UPCODING

Een bijzondere vorm van ‘fraude’ is de zogenaamde upcoding (het toekennen van een zwaardere diagnose dan reëel is).

Tweederde van de betrokken respondenten verwacht dat er upcoding plaats vindt en bijna eenderde bekent zelf ook wel eens upcoding toe te passen. In de antwoorden op deze vragen zaten geen verschillen tussen vrijgevestigden en mensen uit instellingen. Daarom zijn deze groepen samen genomen.

TABEL 15. LEIDT DBC TOT UPCODING?				
	upcoding		zelf upcoding	
ja	1.699	77%	705	30%
nee	517	23%	1.641	70%
totaal	2.216		2.346	
geen mening	690		560	

Er worden dus sneller zwaardere diagnoses gesteld. Voor kinderen worden bijvoorbeeld sneller diagnoses gesteld als ADHD en autisme-stoornissen. Een aantal respondenten merkt cynisch op dat er over tien jaar wel onderzoek zal komen waarom de ernst van de psychiatrische morbiditeit zo is toegenomen. Cynisme is er ook over het feit dat de GGZ niet hoog op het aandachtslijstje staat.

‘Er wordt meer gekeken naar ‘welke DBC levert het meeste op’ dan naar ‘wat is de daadwerkelijke stoornis van deze patiënt’. Het DBC-systeem is wederom een systeem van economen dat totaal niet werkt in de hulpverlening aan de mensen.’

‘Er wordt sneller een diagnose op as II gegeven omdat dit een gunstig effect heeft op de uitbetaling door de zorgverzekeraar. Hierdoor oefent de manager, die niet is opgeleid in het stellen van een diagnose, druk uit op de deskundige om toch maar een diagnose op as II te stellen. Dit is uiteraard uit den boze en een totale ondermijning van onze deskundigheid en geloofwaardigheid laat staan professionaliteit.’

‘Ik neem aan dat er nationaal verontwaardiging losbarst als blijkt dat mensen een bepaald oncologische behandeling niet kunnen krijgen omdat het geld op is. Als mensen met een depressie om dezelfde reden niet behandeld worden leidt dat niet tot dezelfde maatschappelijke ophef.’

UPCODING UIT NOOD

83 procent van de mensen die upcoding toepassen, zegt dat te doen om ervoor te zorgen dat de cliënt de behandeling kan krijgen die nodig is. Er wordt te zwaar geïndiceerd om de vrijheid te hebben meer

zorguren aan een individu te besteden. 43 procent zegt upcoding toe te passen omdat hij/zij anders geen reële vergoeding krijgt voor het gedane werk.

Van de mensen die geen upcoding toepassen doet 69 procent dat omdat hij/zij dat vakinhoudelijk onjuist vindt en/of omdat morele principes hem/haar daarvan weerhouden (50 procent), 27 procent zegt dat het werken prima kan zonder upcoding.

UPCODING UIT FRUSTRATIE

Er is veel frustratie. Men vindt bijvoorbeeld de vraag naar upcoding een verkeerde omdat deze vraag ervan uit zou gaan dat de DBC-systematiek een reëel systeem is van waaruit een behandeling kan worden afgeleid, wat niet het geval is.

Veel respondenten vinden het ook absurd voor zogenaamde zwaardere diagnoses meer te betalen. Elke behandeling vergt een bepaalde hoeveelheid tijd die vooraf niet goed is vast te stellen. Dat de ene DBC beter betaalt dan de andere DBC, brengt een verleiding met zich mee. Ook vindt men het demotiverend werken dat je naarmate een behandeling langer duurt minder betaald krijgt (per uur).

'Upcoding betekent misschien wel dat de codering überhaupt niet deugt, er is niets passends dus je kiest de best passende en je gaat natuurlijk niet in je eigen budget snijden.'

Frustratie is er ook vanwege het te lage uurloon van psychiaters. Of het feit dat het uiteindelijke concrete uurloon zo wisselend is, afhankelijk van hoe lang of hoe kort je met een patiënt werkt.

DILEMMA TUSSEN ZORG EN PRIVACY

Veel zorgverleners geven ook het dilemma aan tussen enerzijds upcoding om meer zorgruimte te hebben en anderzijds undercoding omdat de privacy van cliënten wordt aangetast.

'Vooral persoonlijkheidsstoornis wordt nu vaker gesteld, met alle gevolgen van dien voor de cliënten.'

GEGOOCHEL MET GAF-SCORE

Een aantal respondenten noemt ook de GAF-score (global assessment of functioning). Soms wordt geld toegekend op basis van het verschil tussen het algemeen dagelijks functioneren (de zogenaamde GAF-score) aan het begin van de behandeling en aan het eind van de behandeling.

'Deze verschillcores worden steeds groter. Ten eerste om de zogenaamde effectiviteit van een behandeling aan te tonen. Ten tweede om een grotere zak met geld binnen te slepen.'

'Als we afgerekend worden op GAF-scores doen wij het in de zorg voor dementerenden nooit goed, het hoogste haalbare is dat mensen stabiel blijven maar het grote merendeel gaat toch achteruit, dat is de aard van het dementiesyndroom.'

MEDICALISERING

‘Veel levensproblemen en aanpassingsproblemen zijn stoornissen geworden. Sommige dingen horen bij het leven. Voor sommige is coaching nodig in plaats van behandeling.’

DBC'DEREN TAST VOLGENS 71 PROCENT DE PRIVACY VAN PATIËNTEN AAN

66 procent van de mensen uit instellingen vindt dat DBC's de privacy van patiënten aantasten, 90 procent van de vrijgevestigden maakt zich grote zorgen om de privacy.

	algemeen	vrijgevestigden	instellingen
ja	1.479 71%	393 90%	1.086 66%
nee	613 29%	46 10%	567 34%
totaal	2.092	439	1.653
geen mening	643	41	602

486 mensen lichten dit toe. Hieronder een overzicht.

DE ZORGVERZEKERAARS KUNNEN VERKEERDE DINGEN DOEN MET DE KENNIS OVER DIAGNOSES

‘Diagnoses komen op onjuiste plekken terecht, kunnen onjuist gehanteerd worden, gegevens kunnen gekoppeld worden bijvoorbeeld met betrekking tot een aanvraag van een verzekering, de overstap naar andere verzekering. Veel is nog te onbekend, deze gegevens horen slechts bij de behandelaar.’

‘Ik vind het prima als een verzekeraar wil weten welke klachten en problemen er behandeld worden. Ik vind het ook prima dat ze weten wie hier komt. Ik vind het niet prima dat ze weten wie waarvoor hier komt, en dat weten ze nu wel, voorheen niet. Als beroepsgroep hebben we gevochten voor bescherming van privacy, maar veel strijd verloren, helaas. Cliëntenverenigingen overzagen niet de consequenties van het bekend zijn bij verzekeraars omtrent hun aandoeningen waarvoor ze behandeld worden zoals uitsluiten van delen van verzekeringen, andere dan zorgverzekering, bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheidsverzekering).’

‘Zeker in combinatie met het Burger service nummer ligt alles op straat als iemand kwaad wil of goed kan kraken.’

‘Ziektelkostenverzekeraars weten precies welke psychiatrische diagnose iemand heeft (en soms is

dat dus een aangedikte diagnose) het is nu al bekend dat ziektekostenverzekeraars mensen weigeren die teveel zorg nodig hebben; een psychiatrische diagnose kan dus ook betekenen geweigerd worden bij een verzekeraar voor een aanvullende verzekering.’
‘Het is onacceptabel dat diagnoses aan verzekeraars worden verstrekt. Recente schandalen in Engeland tonen aan hoe makkelijk deze gegevens kunnen uitlekken en in de openbaarheid kunnen belanden. Dat zou voor mijn patiëntengroep (met name patiënten met persoonlijkheidsstoornissen) zeer schadelijk zijn.’

ER ZIJN GEEN GOEDE AFSPRAKEN GEMAAKT OVER PRIVACY DOOR ZORGVERZEKERAARS

‘De zorgverzekeraar krijgt de diagnose code onder ogen. En het zal zeker niet de medisch adviseur zijn, die al deze diagnoses in de computer invoert. Dat doen daar ook secretaresses. Ik ben er niet van overtuigd, dat deze mensen ook een beroepsgeheim hebben en dat ook naleven.’
‘Onbekend is waar de gegevens terecht komen, voor zover mij bekend is niet afgesproken hoe verzekeraars en andere partijen met de gegevens omgaan. In de USA heeft dit al tot allerlei merkwaardige situaties geleid, zie internetpagina’s hierover.’
‘Medische info hoort niet bij de verzekeraar die nog nooit zijn bescherming ervan in orde had in de 35 jaar dat ik werk in de zorg. Bij materiële controle stuurt het zorgkantoor ons een lijst van patiënten die niet de onze zijn, met naam en adres en geboortedatum erbij. Je krijgt door deze veel voorkomende slordigheden in handen wie er allemaal in de psychiatrie behandeld worden. Lijsten komen zo uit de computers van het zorgkantoor. (waargebeurd in onze praktijk via Agis).’
‘Is die zorgverzekeraarsklerk gehouden aan een geheimhoudingseed? Zo niet, kan alles van een patiënt op straat komen te liggen. Nog niet zolang geleden was er in ons ziekenhuis een bekende Nederlander opgenomen. Bij een beambte van een zorgverzekeraar kan het lekker cashen zijn door het naar de pers door te spelen.’

HET RISICO VAN EEN ONDESKUNDIG OORDEEL

‘Het DBC-systeem is op onterechte wijze afgeleid van de DSM-classificatie die in de praktijk als een vorm van diagnose wordt opgevat, echter via de administratieve bureaucratie komt het terecht buiten de strikt medische grenzen, waar het een ‘eigen’ leven kan leiden en tot onterechte conclusies kan leiden. In verkeerde handen kan DBC leiden tot ongewenste gevolgen voor DBC-geregistreerden.’
‘Een verkeerde diagnose stellen om geld binnen te halen vind ik privacy van een cliënt aan tasten. Deze diagnose komt in het dossier en de volgende hulpverlener ziet deze diagnose en weet niet hoe reëel deze diagnose kan zijn en de cliënt heeft een stempel. Dit vind ik een zorgwekkende situatie.’

DE GGZ ONTWICHT

VERZEKERAARS WILLEN STEEDS MEER WETEN

'Ik maak me zorgen om de dossiercontroles die worden uitgevoerd op verzoek van de verzekeraars. Externe mensen controleren dossiers die bijvoorbeeld van hun buurman kan zijn. De controle is niet inhoudelijk, maar er wordt gekeken of alle formulieren zijn ingevuld. Zucht.'

'Er worden steekproeven in dossiers gehouden door artsen(?) van de zorgverzekeraar of de verrichtingen werkelijk gedaan zijn door naar de inhoudelijke verslaglegging te kijken. Argumenten dat dit het medisch geheim schaadt worden weggewuifd, omdat dit door BIG geregistreerde mensen wordt gedaan. Maar patiënten hebben hier geen toestemming voor gegeven. Toch blijft het onjuist, te meer omdat ik wel toestemming van een patiënt op schrift nodig heb om medische gegevens op te vragen bij bijv. een cardioloog. Terwijl het in de psychiatrie juist om zulke persoonlijke info gaat en om zeer kwetsbare mensen.'

'Hangt ervan af hoe hulpverleners richting bijvoorbeeld zorgverzekeraars openheid bieden. Ik ervaar een toenemende druk vanuit management en verzekeraars/samenleving om ten aanzien van de diagnose van cliënten meer dan wenselijke openheid te betrachten.'

IN DE PRAKTIJK LIGGEN AL ZAKEN 'OP STRAAT'

'Als je het computerprogramma van de zorgverzekeraars hebt, dan typ ik mijn verzekeringsnummer in en komt alles eruit op gezondheidsgebied van mij. Dat kan gemakkelijk misbruikt worden.'

'Medewerkers bij verzekeraars hebben geen zwijgplicht. Voorbeeld: een patiënt van mij verwerkt DBC's bij een zorgverzekeraar, heeft mij verteld dat hij zijn eigen DBC ook heeft zien langskomen, maar ook die van een bekende Nederlander.'

'Omdat je uiteindelijk niet weet wat de zorgverzekeraars doen met deze gegevens. Ik ken wel een voorbeeld dat iemand geen levensverzekering kon afsluiten vanwege een DBC code die zij had gekregen in de psychiatrie.'

'Ook ben ik geconfronteerd met het feit dat de zorgverzekeraar – niet de medische dienst, maar een call center – patiënten onaangekondigd belde met de vraag of ze wel in behandeling bewaren en waar het over ging.'

MOGELIJKE OPLOSSING

'Er zou een clearing house tussen de verzekeraar en de patiënt in moeten zitten, dat behandelingen fiatteert en vergoedt, zonder dat de verzekeraar te weten kan komen wat er aan de hand is.'

DBC'DEREN TAST HET BEROEPSGEHEIM AAN, VINDT 63 PROCENT

57 procent van de mensen uit instellingen zijn van mening dat DBC's het beroepsgeheim aantasten. Maar liefst 86 procent van de vrijgevestigden vinden dat.

TABEL 17. TAST DBC HET BEROEPSGEHEIM AAN?

	algemeen	vrijgevestigden	instellingen
ja	1.306 63%	378 86%	928 57%
nee	762 37%	59 14%	703 43%
totaal	2.068	437	1.631
geen mening	667	43	624

De meeste zorgverleners vinden de diagnose uitsluitend een zaak van patiënt en behandelaar. 317 mensen geven een toelichting op hun antwoord. Hieronder een aantal voorbeelden.

'Dagelijks vragen mijn patiënten om alles wat we bespreken onder de geheimhouding valt.

Een psychiatrische diagnose is vaak beladen met schaamte en zou mijn inziens strikt privé moeten zijn, iets tussen behandelaar en patiënt.'

'Ik word gedwongen gegevens aan te leveren, terwijl het bij mijn beroepsgeheim hoort dat ik dat nooit ofte nimmer aan een derde zal doen.'

'Ik heb er zelf nog steeds grote moeite mee, om dit soort dingen op papier te zetten, omdat ik het gevoel heb, dat ik mijn beroepsgeheim daarmee schend. Ik mag niet zomaar bij de huisarts van de cliënt gegevens opvragen, terwijl zowel de huisarts als ik curatief voor de patiënt bezig zijn. Daarvoor moet de patiënt schriftelijk toestemming geven. Maar bij het doorgeven van DBC's aan de zorgverzekeraar, die niets te maken heeft met de diagnose van de patiënt, daar mag dat allemaal wel, zonder dat om de mening van de patiënt gevraagd wordt.'

'Ik mag (volgens mijn beroepscode) eigenlijk helemaal geen diagnose-informatie aan de zorgverzekeraar doorgeven: ik word dus gedwongen iets strafbaars te doen!'

'Privacy gevoelige info die cliënt mij in vertrouwen meedeelt, wordt door controllers van organisatie en zorgverzekeraars gelezen wat ik ongewenst en onbehoorlijk vind.'

'Niet medici krijgen inzage in diagnoses, in de eed van H wordt gevraagd om te werken als een goed hulpverlener terwijl het er steeds meer op gaat lijken dat het gaat om de juiste codes in te vullen'.

GEMENGDE GEVOELEN OVER HET DIS (DBC-INFORMATIESYSTEEM)

In het landelijk DBC-informatiesysteem wordt alle informatie over DBC's verzameld. Deze informatie gaat naar private en publieke afnemers die de informatie nodig hebben voor de uitvoering van wettelijke taken. Zoals de NMa, het College voor Zorgverzekeringen, ministerie van VWS, het CBS en stichting DBC onderhoud. De DBC's zijn geanonimiseerd. Dat betekent dat geen enkele informatie aan de diagnose en behandeling kan worden gekoppeld en naar een patiënt te herleiden valt. Toch zijn veel respondenten kritisch over het DIS. Het DIS mag niet gekoppeld zijn aan werk vindt 79 procent vrijevestigden en 68 procent mensen uit instellingen. Enkele voorbeelden van de 364 mensen die een toelichting hierbij gaven.

BELEID GEBASEERD OP DIS IS EEN SPROOKJE

'Absoluut niet!!! De huidige manier van diagnosticeren geeft zo een vereenvoudigde weergave van de realiteit dat er dan vreemde beslissingen genomen zullen worden.'

'Ik verwacht dat deze registratie zal leiden tot een heel vertekend beeld van de zorg. Managers denken nu dat e.e.a. inzichtelijk wordt gemaakt, maar ik ben er van overtuigd dat de cijfers op geen enkele wijze de realiteit weergeven omdat we in het huidige registratiesysteem gedwongen zijn om binnen een vast stramen te registreren, dat de werkelijkheid geweld aandoet.'

'De DIS is een statistiek instrument en sinds kort een controle instrument omdat het gekoppeld is naar de NZa. Vanwaar dat wantrouwen naar ons werk? Vanwaar die controle op controle? De regering belofde minder bureaucratie het is echter verveelvoudigd!'

'Omdat ik dan gestraft wordt voor het leveren van goed werk. Stel dat ik mensen sneller beter maak dan het gemiddelde, dan draag ik er aan bij dat we volgend jaar minder geld krijgen.'

Er is teveel ruis. Het wordt manipulatie van gegevens, Het DIS is multi-interpretabel.'

'Het werkt zo slecht dat het beleid dan wordt gebaseerd op sprookjes.'

HET KAN OOK POSITIEF UITPAKKEN

'Ik kan mij wel voorstellen dat er nu een data-base beschikbaar komt met heel veel informatie. Tot op heden heb ik beleidsmakers daar nooit zinvol gebruik van zijn maken, dus ik denk ook niet dat ze dat nu wel gaan doen. Doorgaans worden ze gebruikt om eigen stokpaardjes te berijden.'

'Ik wil héél gráág informatie over diagnoses, behandelzeiten, verloop enz om mijn werk te kunnen sturen. Eén van mijn belangrijkste klachten over de GGZ is dat dit soort vanzelfsprekende informatie zo moeilijk toegankelijk is. Geklungel van de managers die al jaren verantwoordelijk zijn voor de ICT.'

DE INVOERING VAN DBC'S IS ONVOLDOENDE VOORBEREID: 89 PROCENT

Van de vrijgevestigden vindt 91 procent dat de invoering van DBC's door de beleidsmakers en zorgverzekeraars in onvoldoende mate is voorbereid en gefaciliteerd, van de mensen uit instellingen vindt 89 procent dat.

TABEL 18. IS DE INVOERING VAN DBC VOLDOENDE VOORBEREID EN GEFACILITEERD?

	algemeen	vrijgevestigden	instellingen
ja	237 11%	40 9%	197 11%
nee	1.992 89%	416 91%	1.576 89%
totaal	2.229	456	1.773
geen mening	504	24	480

500 mensen lichten hun mening toe.

GEEN ZACHTE LANDING MAAR EEN CRASH

'Minister Klink had het destijds over een "zachte landing" waar hij voor zou zorgen. Het is meer een crash.'

'Er waren voor veel problemen nog geen oplossingen toen alles van start ging. Er zijn nog veel problemen met de software. Verzekeraars waren en zijn nog niet in staat alle declaraties adequaat te verwerken. De bizarre inkomensproblemen van met name de zelfstandigen waren voorzien maar niet opgelost. De vertrouwelijkheidskwestie is nog steeds onderwerp van een juridisch gevecht tussen beroepsgroep en instanties. Er waren onvoldoende trainingen in de registratie. Zelfs experts weten nog niet hoe dingen precies moeten worden gecodeerd en aangepakt.'

'Je krijgt enkele maanden van te voren te horen, dat bepaalde dingen gaan gebeuren en dan moet je daar maar aan meewerken. Wij werden aanvankelijk onder druk gezet, omdat alles voor 1 juli 2006 kant en klaar ingevoerd moest zijn. Inmiddels schrijven we bijna 2008 en nog steeds is men bezig met de implementatie. Ondanks al ons registreren, weet de zorgverzekeraar nog steeds niet wat alles kost.'

'Alles is er in no time doorgedrukt en verplicht gesteld. Als zelfstandige is het vrijwel onmogelijk geworden nog te declareren. De oude wijze van declareren is tot economisch delict verklaard. Zo wordt een hard werkende en toegewijde specialist gecriminaliseerd door de politiek en tot vroegtijdig stoppen gedwongen. Ik ken één collega die trots meldde al wat geld binnen te hebben.'

DE GGZ ONTWRIJCHT

De rest heeft nog geen declaratie voor 2008 de deur uit. Het is een heksentoer. In de instellingen wordt er de hand mee gelicht via toch nog gemaakte budgetafspraken met de zorgverzekeraars en zo wordt het falen van het systeem toegedekt.'

'Nee, het systeem wordt al ingevoerd, terwijl het op vitale punten nog niet werkt of onvoldoende onderbouwd is. Het schandaal rondom de vergoedingen van zelfstandige GGZ-werkers (psychologen, psychiaters, die geen geld meer krijgen door het DBC-gebeuren, omdat ze moeten wachten tot behandelingen afgesloten zijn) toont het debacle van het DBC-systeem eenduidig aan.'

'Er is helemaal niet nagedacht over verdeling tussen beroepsgroepen. In de praktijk betekent dit dat, wanneer een psychiater en psycholoog samenwerken, helemaal niet duidelijk is wie welk deel van de DBC krijgt.'

'Het is nu juni 2008, al langere tijd is bekend dat dit ingevoerd gaat worden. Nu is echter onze instelling zgn. in zwaar weer terecht gekomen omdat alle zorg voorgefinancierd moet worden en pas achteraf betaald wordt, itt tot eerder. Dit moet toch al lang bekend zijn en waarom is hier niet op geanticipeerd? Nu is er een vacaturestop, zelfs sprake van mogelijk gedwongen ontslagen! Ik vind het storend dat er grote leningen moeten worden afgesloten door de nieuwe systematiek, omdat er nu pas wordt uitbetaald als een DBC is afgesloten; de banken zijn de lachende derden.'

IEDEREEN DOET MAAR WAT

'Nu pas (jaar na invoering) krijgen we wat meer scholing over hoe precies te registreren. Tot nu toe deed ieder maar wat hem/haar goed leek: totaal niet uniform dus. Op de werkvloer is nauwelijks coaching in het registratieproces. Het wordt erg repressief gebracht; de boodschap is steeds: je produceert te weinig. En niet: de registratie is niet optimaal, laten we samen eens kijken hoe je het doet.'

'Zoals het op de werkvloer uitpakt doet iedereen maar wat. Registratie verloopt niet op unaniem dezelfde manier omdat het voor meerdere uitleg vatbaar is. Onduidelijk is welke norm precies gehaald zou moeten worden. Onduidelijk is hoe en wat precies gemeten wordt. Goede evaluatie ontbreekt.'

'Geen voorbereiding, je krijgt 2 vellen codes, die liggen op je bureau, geen leuk leesvoer en het werk gaat door, je hoort in de wandelgangen, o, dat codeer ik zo, na een half jaar hoor je hoe je psychologisch onderzoek moet coderen etc, etc.'

'We moeten er zomaar mee werken en uitvinden wat het uiteindelijk precies betekent. Aan mijn antwoorden is wel te merken dat ik er wel mee werk, maar er eigenlijk nog niet veel van snap. De codes die we moeten gebruiken hanteren we nog steeds verschillend, omdat de ook al jaren gevraagde uitleg en vraagsteldag nog nooit geregeld is.'

'Men was maar op een ding gefocust: beheersen van de kosten. Dat maakt vaak blind. Wij storten ons als lemmingen in de zee, daarna ziet men wel.'

GEEN AANLOOPPROBLEMEN, ER IS STRUCTUREEL IETS MIS

'Niemand binnen onze instelling lijkt te weten wat de consequenties zijn, maar ook daar buiten niet. Ik ben werkzaam in de langerdurende zorg voor mensen met psychotische stoornissen. Wij kunnen niet van te voren zeggen wat het beloop zal zijn voor een cliënt. Toch moeten we van te voren aangeven hoeveel zorg een cliënt nodig heeft. Dat is waanzin.'

'Op de werkvloer weten mensen niet wanneer een DBC geopend moet worden en wanneer gesloten. Iedereen gaat er verschillend mee om. Er is veel willekeur door onduidelijkheid. Als iemand van de kliniek naar de dagbehandeling gaat binnen de eigen instelling, een nieuwe DBC? De een zegt ja, de ander nee. Als iemand ambulante van het ene naar het andere behandelonderdeel gaat?'

'Na 2 jaar aanlooptijd werkte er 1 januari nog geen enkel systeem correct en nu nog niet. De minister reageert dan dat aanloop perikelen zijn. ONZIN. Het werd opgelegd en er werd geen systeem bijgeleverd, schande.'

'Het is niet alleen de DBC's maar ook in combinatie met digitale dossiervorming. Bij onze GGZ is er nauwelijks iemand die er voldoende verstand en overzicht van heeft. We krijgen 60 procent van de declaraties terug.'

ONVOLDOENDE DOORDACHT

'De problematiek en toenemende kosten waren te voorzien in andere landen met vergelijkbare systemen.'

'Leg uw oor maar te luisteren, daar hoeft ik geen toelichting op te geven: managers zullen het roemen, de echte werkers vervloeken het. Je kunt niet vanuit een andere visie je werk doen: De maatschappij vergt een hoop stress waar mensen aan onder door gaan! De GGZ is verworden tot productiesysteem(zie PsyQ) om gedrag van mensen weer aan te passen zodat ze weer efficiënte burgers zijn.'

'Ontzettend onnozele mensen die denken dat mensen en hun zorgen net als een product uit de fabriek te coderen en te classificeren zijn!!'

'Vanuit de overheid is er onvoldoende rekening mee gehouden dat de ziektekostenverzekeraars helemaal niet gaan concurreren- zoals bij marktwerking de bedoeling was- maar samen de koek verdelen en vervolgens per regio hun eigen eisen kunnen stellen, en dus als het ware een monopoliepositie gaan innemen. Er is veel te weinig over nagedacht van tevoren. En nu zitten we met allerlei ongewenste effecten: meer bureaucratie, kostenstijging, langere wachtlijsten etc.'

'Nee, ik vind dat het onvoldoende doordacht is. Ik ben het wel eens met iets van een controle of

DE GGZ ONTWRICHT

toezicht op de psychotherapieën. Maar het systeem waarvoor is gekozen lijkt te veel op het systeem dat in Amerika actueel is. Hier worden de belangen van de patiënten uit het oog verloren en gaat het om de macht en het belang van de verzekeraars.'

HET HELE SYSTEEM IS TOPDOWN OPGELEGD EN GEBOREN UIT ACHTERDOCHT

'Het is doorgedrukt door de politiek. De z.g. "koplopers" die het systeem moesten uitproberen zijn daar voor betaald en mochten geen negatieve informatie naar buiten brengen.'

'De veranderingen worden maar over ons uitgestort, omdat de politiek dat zo uitkomt. Naar wat dat voor ons en de patiënten betekent wordt niet gekeken. Tegelijk worden de kwaliteitseisen maar opgeschroefd. Inhoudelijk volkomen terecht, maar tempo van implementatie en vergoeding vragen teveel van ons. En niemand lijkt zich daarbij te bekommeren om de vraag of wat de veranderingen betekenen voor de kwaliteit van de zorg. Met de ene hand worden de eisen daarvoor opgeschroefd, met de andere wordt beleid ontworpen, die de kwaliteit enorm aantast. En wij mogen beide maar uitvoeren.'

'Omdat het zo'n moloch is, is wat mij betreft niemand er in geslaagd de relevantie van dit systeem overtuigend uit te leggen. Gevolg is dat we met ons allen iets doen, omdat we er niet onderuit kunnen. Dat is een slechte motivator.'

'Het is net als met de Betuwelijn. Ze hebben het in hun kop en niets kan hen ervan weerhouden. Of het werkt of niet, men gaat gewoon door.'

DE IMPLEMENTATIE TIJD WAS ONVOLDOENDE: 76 PROCENT

83 procent van de vrijgevestigden vindt de implementatietijd onvoldoende, van de mensen uit de instellingen vindt 74 procent dat.

TABEL 19. VOND U DE IMPLEMENTATIE TIJD VOLDOENDE?						
	algemeen		vrijgevestigden		instellingen	
ja	511	24%	72	17%	439	26%
nee	1.601	76%	358	83%	1.243	74%
totaal	2.112		430		1.682	
geen mening	622		50		572	

288 mensen lichten hun mening toe.

'Er is voldoende tijd uitgetrokken maar ik ervaar weinig ruimte voor terugkoppeling en veranderingen om systeem werkbaar te maken en niet ten koste te laten gaan van de kwaliteit van zorg.'

'Maar men heeft niet echt naar de bezwaren van de beroepsbeoefenaren willen kijken, en de brancheorganisaties hebben zich laten omkopen cq de boel medebeduvelde.'

'Er was officieel dwang om per 2006 te beginnen met registreren, maar hier stond helemaal niets tegenover, dus deed niemand het. Het is allemaal powerplay geweest, waarvan het ministerie nu zijn trekken thuis krijgt.'

'Als koploper heb ik kunnen warmlopen. Maar voor velen kwam het te snel.'

'Men is te vroeg gestopt met testen van de facturatie onder druk van VWS (geen geld).'

PARLEMENTAIRE ENQUÊTE

'Eén of twee jaar implementatie moet voldoende zijn voor een goed functionerend systeem, maar als een systeem zo doorgebureaucratiseerd is, zo gericht op registratie en controle door mensen die te weinig kennis van en belang bij de inhoud hebben, dan lukt het ook binnen die termijn niet.'

'Het had helemaal niet geïmplementeerd moeten worden. Het is afgeleid van de somatiek en GGZ is geen somatiek. De GGZ heeft hier voor de zoveelste maal een gelegenheid laten liggen om zich te profileren en het standpunt in te nemen dat GGZ iets anders is dan somatiek (en veel minder medisch).'

'Tijd acht ik irrelevant omdat het systeem als zodanig niet deugt. Ook bij voldoende implementatietijd blijft het een slecht, want niet op de kwaliteit van de zorg gericht, systeem.'

'Het had er nooit mogen komen, en toen het er was ware het beter geweest om de klachten uit het veld serieus te nemen en niet steeds af te doen als kinderziekten. Hoe verder men van het bed en de patiënt afstaat des te tevredener men is over hoe het gaat. Beleidsmakers zijn doof voor het veld. Ik hoop nog altijd op een parlementaire enquête onder het motto "hoe hebben we het zover kunnen laten komen".'

HET DBC-SYSTEEM MOET WORDEN AFGESCHAFT VINDT 89 PROCENT

Negen op de tien zorgverleners vinden dat het DBC-systeem moet worden afgeschaft. Voor vrije-gevestigden is dat zelfs bijna 100 procent.

TABEL 20. MOET DBC GEHANDHAAFD?

	algemeen	vrijgevestigden	instellingen
ja	235 11%	21 5%	214 13%
nee	1.822 89%	401 95%	1.421 87%
totaal	2.057	422	1.635
geen mening	674	58	616

943 mensen geven een toelichting.

Als het gaat om het handhaven van DBC's vinden veel respondenten dat de indeling grover moet, dat er moet worden gewerkt met clusters van diagnostiek. Anderen vinden echter dat de indeling van DBC's uitgebreider, verfijnd moet worden.

WAT IS HET ALTERNATIEF VOOR DBC'S?

OUDE SYSTEEM HERSTELLEN EN AANPASSEN

Het overgrote deel wil terug naar het oude systeem, naar de AWBZ. Dat was gebaseerd op vertrouwen. Ze willen terug naar financiering op basis van verrichting (per uur of per sessie). Bij voorkeur met een uniform tarief (onafhankelijk van de diagnose) hoewel een enkeling dit ook afhankelijk wil laten zijn van de kwalificatie van de behandelaar. Voorheen was er ook een prima systeem met een checklist die je moest invullen wanneer je een patiënt langer wilde behandelen dan de standaard 25 of 50 gesprekken. Of in geval van de instellingen terug naar een budget, een regionaal budget bijvoorbeeld op basis van het aantal chronische patiënten. Patiënten zouden een belangrijke stem moeten krijgen bij de inzet van deze middelen. Ook zou er een gemiddelde prijs kunnen worden berekend voor een opnamedag of een gemiddelde tijd voor polibezoeken.

Het systeem kan wel aangepast en verfijnd worden, bijvoorbeeld voor activiteiten die voorheen niet in rekening werden gebracht. Ook is een uitsplitsing naar soort zorg denkbaar, met steekproefsgewijze controle en toezicht op kwaliteit door de professionals zelf. In elk geval vanuit de praktijk denken over verbeteringen en niet vanuit geldoverwegingen. Stel ook een norm aan het management, bijvoorbeeld maximaal 10 procent van het budget gaat naar leidinggevenden en stafbanen.

'Ga weer uit van de deskundigheid van deskundigen in plaats van alle verantwoordelijkheid neer te leggen bij paper-pushers van indicatiebureaus en verzekeraars.'

'Een volledig door de overheid gefinancierde zorg met een tevoren bepaald budget per regio. Zo

voorkom je dat zorginstellingen als een bedrijf gerund moeten worden. Door cliëntorganisaties en overheid worden kwaliteitseisen geformuleerd per doelgroep. De financiële prikkel wordt op die manier meer een kwaliteitsprikkel. Maar dit is natuurlijk een utopie

‘Terug naar wat het was. Meer werken vanuit cliëntenperspectief, kijken naar het effect van een behandeling en durven toegeven dat we nog niet weten wat het beste is voor de psyche en dat dit per persoon verschilt zorg op maat dus.’

‘Ik vond de manier van werken voorheen zorgvuldiger naar de mens die behandeling zoekt, minder pathologiserend, en voor de werknemer was meer ruimte om met het directe werk bezig te zijn.’

KWALITEITSBEWAKING DOOR PROFESSIONALS EN PATIËNTEN

De kwaliteit moet vastgesteld en bewaakt door de vakbroeders en -zusters. Iemand stelt voor een forum te maken om achteraf te beoordelen of een zorgverlener zijn of haar kwalificatie kan behouden. Een aantal mensen geeft aan terug te willen naar het oude, goed werkende systeem van de intercollegiale toetsing van behandeling en behandelduur. Gewoon terug naar een structuur van onderlinge collegiale toetsing, met professionele codes en standaarden als maatstaf, in combinatie met kwaliteitsbeoordeling door patiënten en hun mantelzorgers.

Men wijst ook op het belang van multidisciplinair werken. Daardoor ontstaat gezonde zelfkritiek op nut en duur van behandelingen. En meer vragen aan patiënten.

‘In het team waarin men werkzaam is moet door de professional beargumenteerd worden waarom hij/zij een bepaalde behandeling noodzakelijk acht. Indien het team akkoord gaat moet het ook doorgang kunnen vinden. Wat mij betreft komt er steekproefsgewijs controle op dergelijke keuzes en als het dan niet akkoord is dan hoor ik graag wat het alternatief dan wel moet zijn en waarom.’

‘Ik vond dat er voor de vrijgevestigde psychotherapie een zeer goed systeem was. Met hoge kwaliteit - zo moest bijvoorbeeld elke indicatie eerst getoetst worden door een onafhankelijke toetsingscommissie. Dit zag bijna nergens. Dit is nu voor het grootste deel over boord gegooid. Terwijl dit goede systeem verder uitgebouwd had kunnen worden.’

‘Zorg laten bepalen (inhoudelijke invulling en frequentie) door cliënt-systeem en behandelaar; in bouwen van kritische evaluaties.’

MEER UITGAAN VAN WAT MENSEN ZELF KUNNEN

‘Veel meer kijken naar efficiënte vorm van behandeling. Nu wordt er veel te veel zorg in gezet. Diagnoses worden gesteld bij gebrek aan verklaringen. De zorg moet veel meer uitgaan van empowerment van de cliënt. Werken met methodes die mensen aan het werk zet en niet steeds meer diagnoses stellen, steeds meer zorg inzetten in de onmacht om de ‘oplossing’ te moeten vinden. Er wordt veel te veel gedacht in het ziektemodel in de huidige zorg.’

DE GGZ ONTWRIJCHT

MEER ZORG OP MAAT

'Zorg op maat ipv confectiewerk. Niet indelen in "diagnose-vakjes" maar in probleemgebieden.'
'Maatwerk is beter, het aantal contacten/tijd die besteed is aan een cliënt geeft een betere indicatie van de totaal bestede tijd. Ook dubbeldiagnoses kunnen dan beter gedeclareerd worden dan nu.'

DIAGNOSE NIET KOPPELEN AAN BEHANDELING

Kritiek is er op het centraal stellen van de diagnose in plaats van op de hulpvraag. Veel kritiek is er op de bureaucratie en de onmogelijkheid van DBC's in de GGZ. Het grootste manco van het DBC is dat deze gekoppeld is aan DSM. Hierdoor is DSM geen classificerend systeem meer maar een declaratiemiddel. Classificatie is niet hetzelfde als diagnose.

'Het is een verkeerd idee vanaf de start: 1 diagnose geeft geen inzicht in wat er voor de behandeling nodig is: een ADHD-ertje van 7 jaar is iets totaal anders dan een van 15, laat staan als de familie (zoals vaak bij een fors erfelijke aandoening) meer of minder belast is met eigen ADHD, systeemproblematiek met zich meebrengt, er ook zaken als middelenmisbruik zijn gaan meespelen enz enz.'

'Het is prima om te registreren hoeveel van wat waaraan wordt besteed, maar dat een diagnose per se gekoppeld is aan een specifieke behandeling is van de zotte. Men kan veel beter zorgen dat er goed opgeleide intake/indicatieteams komen binnen instellingen die allemaal hetzelfde training hebben gevolgd en deskundig worden gevonden. Zij kunnen dan een indicatie stellen en indien daarvan moet worden afgeweken kan de behandelaar (die niet zo gek is dat die onnodige dingen doet) dat face-to-face beargumenteren'

'Tijdsregistratie per patiënt, niet gekoppeld aan de diagnose. Het gaat uiteindelijk ook om individuele zieken, elke patiënt met een ziekte heeft een eigen verhaal en vergt een andere aanpak en tijdinvestering!'

'Bij het invoeren van de DBC's werd aangegeven dat er meer inzicht moest komen in de handelingen die de GGZ verricht. Hiervoor zou twee jaar voldoende zijn en dan zou het "dagelijks schrijfwerk" niet meer hoeven. Vervolgens is het niet gestopt, maar zijn we doorgegaan. De reden hiervoor is onbekend. Er hoeft dus geen alternatief geboden te worden. Want ik denk dat we in de twee jaar duidelijk hebben gemaakt dat psychiatrische handelingen per cliënt verschillen en dat er geen standaardbehandeling kan worden gegeven.'

BUDGET VOOR PREVENTIE EN SOCIALE PSYCHIATRIE

Veel mensen hebben problemen met DBC's voor preventie. Verzekeraars zouden een vast preventie-budget moeten betalen bovenop de productieafspraken. Men verwijst naar het Nemesisonderzoek om te bepalen hoe groot dat budget dan voor een regio zou moeten zijn.

'Zie het als een maatschappelijke plicht en vanuit een solidariteitsbeginsel om een service sociale psychiatrie te hebben.'

'DBC systeem is in de kern een poging om de kosten van de gezondheidszorg beheersbaar te houden. Primair zou er meer aandacht moeten zijn voor het voorkomen van ziekten (volksgezondheid is een deel van het geheel, dwz water/sanitie, de kosten daarvoor, levert winst op voor de kosten van de gezondheidszorg): een drang voor de mensen om de goede dingen te kiezen zoals vettax, goedkope goede groenten, goede informatie etc. Daarnaast is er veel meer te halen in de preventie sfeer: voorlichting over stress, de gevolgen er van, simpele trainingen etc (zal veel angst/spanningsklachten verminderen i.p.v. dat deze mensen via de eerste lijn op de poli psychiatrie terecht komen). Sporten goedkoper maken, evt. 1 gratis sportclub voor scholieren, schoolfruit. Wel, ik kan hier wel verder over doorgaan maar elke public health arts kan voorrekenen hoeveel dat oplevert.'

STOPPEN MET DE VRIJE MARKT EN COMMERCIELE AANBIEDERS

Een aantal respondenten wijst op het Britse of Scandinavische model van gratis zorg in ruil voor enkele procenten belastingverhoging. Of waarschuwt juist voor Amerikaanse toestanden.

'Stoppen met het gevaarlijke spel van vrije markt dat in de gezondheidszorg wordt gespeeld. Dit leidt niet tot bezuinigingen en holt de zorg uit (het speelkwartier moet nu maar voorbij zijn). Alternatief zou kunnen zijn om de zorgbehoeften regionaal in kaart te brengen in een overleg tussen verzekeraars en zorgaanbieders (en uiteraard patiënten) en komen tot hierbij passende zorgketens. Deze ketens vervolgens efficiënt en evidence based opzetten, niet op basis van geld, maar op basis van inhoud. Wat er nu bijvoorbeeld gebeurt in DBC-land is dat commerciële aanbieders (PsyQ, Max Ernst, enz.) de krenten uit de pap vissen van bijvoorbeeld PAAZ-poli's en GGZ en goedkope poliklinische zorg in een kantoorpand gaan bieden (intake, beperkt aantal gesprekken, lucratieve diagnostiek). Nadat er goed verdiend is aan hun patiënten, worden deze vervolgens doorverwezen naar PAAZ en GGZ als de problematiek zwaarder blijkt of langerdurende behandeling vraagt. De PAAZ-poli's en GGZ-en zijn echter dankzij de marktwerking veel inkomen kwijtgeraakt aan de snelle jongens in de kantoorpanden, waardoor hun aanbod (en expertise) zal verschromelen. Marktwerking leidt dus tot groei van lucratieve zorg en verschromeling van de psychische zorg voor kwetsbaarder mensen. Ik kan me niet voorstellen dat minister Klink dit beoogt. Dat dit geen hypothetisch scenario is, blijkt uit de onderhandelingen die in mijn ziekenhuis met de zorgverzekeraar zijn gevoerd over poliklinische zorg. Zorgverzekeraar probeerde prijs van PAAZ-polizorg te drukken met verwijzing naar de lagere prijs van de kantoorpandpsychiaters. Dankzij een principiële houding hebben we dit vooralsnog kunnen afweren, maar ik verwacht niet dat dit mogelijk blijft.'

DE GGZ ONTWRICHT

'Wanneer de bedragen vastgesteld zijn voor wat een diagnose zou mogen kosten, zullen de duurdere behandelingen eruit vliegen zoals ik eerder al beschreef. Andere instellingen zullen deze kortdurende behandelingen gaan bieden en er is geen geld over voor de chronische groep langdurige patiënten waar geen quick fix voor beschikbaar is. Zorgelijk naar mijn idee. Doet me denken aan Amerika, waar mensen niet geholpen worden in ziekenhuizen zonder verzekering. Geld wordt belangrijker dan zorg.'

DBC VRIJE PRAKTIJK

De bezwaren tegen de DBC's gaan zover dat een aantal zorgverleners heeft besloten niet mee te doen met het DBC'deren. Het NZa heeft op 7 augustus alle bezwaarschriften van de Koepel van DBC-vrije praktijken van psychotherapeuten en psychiaters, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse vereniging van Psychoanalyse en de Regionale Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten Gelderland en honderdachtenveertig individuele psychiaters en psychotherapeuten afgewezen. Het ging om bezwaren tegen het met ingang van januari 2008 strikt moeten registreren en declareren volgens de diagnose behandel combinatie. De koepel en individueel bezwaarden hebben ten principale aangevoerd dat de inbreuk op privacy als gevolg van DBC-verplichtingen niet kan worden aanvaard in de GGZ-sector. De beslissing van de NZa zal ter toetsing worden voorgelegd aan de bestuursrechter, het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB).

Aan dit onderzoek deden er 61 respondenten mee die ervoor hebben gekozen een DBC vrije praktijk te worden, 35 respondenten zijn weigeraars. Zij lichten hun motivatie toe.

HET OUDE SYSTEEM VOLDEED PRIMA

'Ik word er simpel weg niet goed van, het vergalt mijn zin om in mijn eigen praktijk te werken. En ik geloof absoluut niet in het nut ervan. Cliënten schieten er ook niks mee op. Er was een goede regeling om psychotherapie per 25 sessies aan te vragen, dan nog eens 25 en daarna open eind. Dat is genoeg controle. Er was ook al heel veel controle over behandelinhoud door eisen die worden gesteld aan intervisie, supervisie, cliënt besprekingen, dossier vorming. Wat wil men nog meer? Het is al lang bekend dat er gemiddeld niet meer dan 30 sessies psychotherapie worden gegeven. Het is maar een heel kleine groep die meer nodig heeft, en die heeft het ook echt nodig. Verder wil ik gewoon betaald worden per uur dat ik werk en dat per maand kunnen declareren.'

'Erg vervelend. Ik had een duidelijke manier van behandelplannen en evaluaties schrijven waar niets aan mankeerde (na 3 weken een behandelplan en daarna elke 2 maanden een evaluatie en eventueel herziening van het behandelplan), nu ben ik gedwongen het in DBC's in te vullen op een veel minder professionele manier dan ik gewend was.'

AANTASTING PRIVACY EN TE VEEL MACHT VOOR VERZEKERAARS

'Bescherming privacy van de patiënt. Protocolsering van behandeling = uitschakeling van beoordeling door de behandelaar. DBC vervalst diagnostiek en medische statistiek. DBC systeem is fraudegevoelig. Verzekeraars bepalen welke behandeling mag worden vergoed. Niet de beste behandeling, c/q/ behandelaars worden vergoed c.q. gecontracteerd, doch de goedkoopste.'

'Ethisch kan ik mij niet verenigen met het chronisch schenden van privacy van cliënten die zich aan mijn zorg hebben toevertrouwd. De uitholling van het vak van psychotherapeut en de onevenredig hoge kosten die je moet betalen zonder daar iets goeds en transparants voor terug te krijgen.'

'Dwangmaatregel omdat wij nu de enige hulpverleners/artsen zijn die niet gewoon betaald mogen worden door de cliënt voor de zorg. Dat is een economisch delict geworden. De artsen die ik hierover spreek zijn verbijsterd.'

'Hartgrondig mee oneens, vandaar dat ik deelneem aan een beroepsprocedure tegen de NZA. samenvattend argumenten: 1. Privacy. 2. Inhoudelijk ondeugdelijk (DSM IV classificatie slecht vertrekpunt voor behandeling, zegt weinig over aard en duur van de behandeling) 3. Tekenen wijzen erop dat deze systematiek fraude in de hand werkt. 4. Kosten hoog (tijd, software, hele bedrijfstakken zijn ervoor opgericht lijkt het..). Overigens heb ik in de overgangsfase een 'gemengde' praktijk: voor de cliënten die een beschikking hadden via de AWBZ, en voor wie het aantal toegezegde zittingen nog niet bereikt was per 1/1/08, heb ik een uitzondering gemaakt, anders zou een onbillijke situatie ontstaan. Voor hen voer ik daarom wel de vereiste DBC's in, vooropgesteld dat zij zich daarin kunnen vinden.'

AANTASTING VERTROUWENSBAND

'Ernstige zorg omtrent privacy veruit in de eerste plaats. In psychotherapie hoort de cliënt absoluut te kunnen vertrouwen dat wat hij/zij zegt tussen die twee muren blijft, laat staan dat er externe consequenties uit voortvloeien. Afbraak van goede mentaliteit bij beoefening van vak: alles wordt in geld en tijd uitgedrukt/verlies van de menselijkheid en plezier in het werk. Overwaardering van diagnosticeren bij psychotherapie. Aanschaf van beestachtig dure software om onbetaald werknemer op de administratie van de verzekering te worden! Wantrouwen t.o.v. beveiliging software. Zorg over misbruik van de aangeleverde gegevens, misschien niet nu, maar over enkele jaren. Een onzinnig, kwetsend, en onbetrouwbaar systeem; daar wil ik geen geld, tijd, en energie aan besteden. Het zou voelen als mijn ziel aan de duivel verkopen. Toen ik de beslissing nam om niet mee te doen, ondanks de consequenties die niet mis zijn, voelde ik mij enorm opgelucht en trouw aan mijn zelf. Daar kies ik voor!'

'De kern van psychotherapie is volledige vertrouwelijkheid in de relatie. Aan anderen en vooral aan machtsinstanties behoort geen informatie gegeven te worden. Bovendien zou je door wel

informatie te geven meewerken aan een nieuw totalitair systeem. Verzekeraars krijgen zo absolute en oncontroleerbare totale macht. En dat acht ik maatschappelijk onaanvaardbaar.'

'De vertrouwelijkheid is de basis van een psychotherapeutische behandeling. Deze vertrouwelijkheid verdwijnt met de invoering van de DBC's. Ik kan de basis niet weghalen onder de behandeling die ik aanbied.'

2.3. FACTUREREN VAN DBC'S

In hun dagelijks werk hebben 477 respondenten ook te maken met het factureren van DBC's. Hier is weer onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en mensen uit instellingen. De verwachting is namelijk dat zij er op een verschillende manier mee te maken hebben.

IN DE FINANCIËLE PROBLEMEN DOOR INVOERING DBC'S: 78 PROCENT

Het zijn vooral de vrijgevestigden die in de problemen zijn gekomen: 84 procent. Maar ook veel mensen uit instellingen melden financiële problemen: 53 procent.

TABEL 21. HEBT U FINANCIËLE PROBLEMEN DOOR INVOERING VAN DBC'S?

	algemeen	vrijgevestigden	instellingen
ja	342 78%	298 84%	44 53%
nee	95 22%	56 16%	39 47%
totaal	437	354	83
geen mening	40	12	28

Deze problemen zijn door 98 respondenten (vooral vrijgevestigden) opgelost via een lening bij de bank. De betaalde rentes variëren van 3,5 tot 10 procent. Elf mensen hebben een regeling getroffen bij de NZa in verband met de te betalen rente en vinden deze meestal niet afdoende; 41 respondenten hebben deze regeling niet getroffen en 32 waren onbekend met deze regeling.

106 respondenten teerden in op hun reserves, onder meer op de pensioenvoorziening of het gespaarde geld voor de studiefinanciering van de kinderen. 41 hadden nog een betaalde baan of wezen op het inkomen van hun echtgenoot en een tiental mensen had geld geleend bij familieleden. 23 respondenten melden dat ze deelfacturen in rekening brengen bij de patiënten. Slechts 48 melden een voorschot te hebben geregeld bij de zorgverzekeraars.

ZORGVERZEKERAARS STELLEN ONMOGELIJKE VOORWAARDEN AAN HET VERLENEN VAN VOORSCHOTTEN

Slechts een op de drie zorgaanbieders die in financiële problemen verkeert, heeft een voorschot aangevraagd.

TABEL 22. VOORSCHOTTEN	
	aangevraagd
ja	106 34%
nee	185 59%
was niet op de hoogte	22 7%
totaal	313
geen mening	29

Volgens slechts 2 procent van de respondenten bieden alle zorgverzekeraars een voorschotregeling aan. 89 procent zegt dat de zorgverzekeraars voorwaarden stellen aan de voorschotten. Deze voorwaarden zijn zo streng dat veel zorgaanbieders waarschijnlijk om deze reden afzien van het vragen van een voorschot.

De meest gehoorde voorwaarden die worden gesteld door de zorgverzekeraars zijn:

- Een bepaald percentage van de omzet bij deze verzekeraar (met accountantsverklaring),
- Een bepaald marktaandeel van de zorgverzekeraar zelf in de regio,
- Veel administratieve regels,
- Een voorkeursbehandeling van de klanten van die verzekeraar,
- Er moet een contract zijn, en
- Afzien van de rente.

166 respondenten lichten hun ervaringen toe. Uvit wordt het meest genoemd als verzekeraar die geen voorschotregeling biedt, ook CZ, Achmea en Menzis worden regelmatig genoemd.

'De aanbiedingen zijn zo complex dat de zin je echt vergaat. Ik geloof Achmea biedt het aan, mits zij in je regio voor meer dan 50 procent verzekerden hebben en dan mag je gedeeld door 12 en vermenigvuldigd met 1/3 ebu ofzo maal het aantal cliënten gedeeld door het aantal sessies minus het reeds gedeclareerde in 2007 een aanvraag doen voor een voorschot van 32,4 procent van je jaaromzet in 2006.'

'Ik wil er hier wel even op wijzen dat dat ook weer heel veel tijd kost en ik wil er op wijzen dat het niet om een voorschot gaat maar om honoreren van reeds uitgevoerd werk.'

DE GGZ ONTWRIJCHT

‘Voorschotten worden alleen verstrekt als men bijvoorbeeld een omzet heeft van 20.000 euro bij die betreffende zorgverzekeraar. Ik ben niet regionaal werkzaam en heb dus bij allerlei zorgverzekeraars omzet en haal dus niet die minimaal vereiste omzet om een voorschot te kunnen ontvangen.’

‘Ik ben inmiddels de eigen praktijk aan het sluiten en werk dit jaar gratis en stop in december. Ik heb mijn buik vol van de vrijwel onmogelijke declaratieroute.’

2.4. EIGEN BIJDAGEN

980 respondenten hebben in hun dagelijkse werk te maken met de eigen bijdrage. Ongeveer de helft daarvan is psychotherapeut (459), de anderen zijn psychiaters of psychologen.

DE WIJZE VAN INNING VAN DE EIGEN BIJDAGEN IS HEEL DIVERS

In de meeste gevallen doet de zorgaanbieder of de instelling het zelf. De tijd die de administratie ten behoeve van eigen bijdrage kost is voor de meeste hulpverleners een tot twee uur per week.

TABEL 23. INNING EIGEN BIJDRAGE

zorgaanbieder of instelling	452	52%
combinatie zorgverzekeraars en zelf innen	177	20%
zorgverzekeraars	33	4%
anders*	44	5%
nog niet duidelijk	103	12%
niemand, eigen bijdrage wordt niet geïnd	66	8%

*Anders kan zijn: door facturatieinstelling (Famed) of softwarebedrijf (VCD).

173 mensen geven een toelichting bij hun antwoord. Een overzicht.

HET VERSCHIL PER ZORGVERZEKERAR

‘Bij de ene verzekeraar staat in het contract dat zij de inning doen van de eigen bijdrage, bij de andere dat je dat zelf moet doen als behandelaar. Het vervelende is dat dat dan vaak niet

hetzelfde is bij de aanvullende verzekering, en dat je veel administratieve rompslomp hebt voor de inning van een klein bedrag.'

'Op deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk omdat het verschilt per zorgverzekeraar. De een zegt dat wij het moeten innen en de ander zegt dat ze het zelf innen. Zij bepalen het in ieder geval.'

'Voor elke verzekeraar ligt dit anders. Na 8 keer geldt geen eigen bijdrage meer. Je bent dus voortdurend met je cliënt bezig over financiën en dat is vervelend.'

REGELING IS INGEWIKKELD

'Bij sommige moet je de eigen bijdrage wel aftrekken bij het te declareren bedrag bij anderen niet. Erg verwarrend.'

'Heel lastig omdat je iedere keer op moet letten wie er moet betalen, kinderen niet altijd het tientje bij zich hebben en ik op deze manier twee administraties bij moet houden.'

MOEILIK IN COMBINATIE MET DBC

'Minister hield vast aan inning terwijl dit door de DBC systematiek onmogelijk was. Nu heeft hij maar niets besloten en laat in het midden hoe het moet. Ik declareer dus maar niet.'

'Zoals bekend is het fenomeen eigen bijdrage en DBC niet met elkaar verenigbaar. De minister vond toch in al zijn wijsheid dat het ingevoerd moest worden. Dat het niet kan is geen reden om het af te schaffen of op 0 te zetten.'

'In mijn eigen praktijk doe ik het de instelling int geen eigen bijdrage in kader van de concurrentie met andere instellingen.'

DE EIGEN BIJDRAGE BELEMMERT DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG

'De eigen bijdrage psychotherapie is een te hoge drempel voor een kwart tot de helft van de patiënten die bij onze instelling in behandeling zijn en deze categorie patiënten krijgt een kwalitatief mindere behandeling zonder eigen bijdrage.'

'Het is weer een voorbeeld van de grote afstand van de politiek en de praktijk. Niemand in de praktische zorg, zelfs de verzekeraars niet zien er de zin van in, alleen de minister. Het is toch duidelijk dat een stap naar de GGZ nog steeds door zeer velen als zeer moeilijk gezien wordt. Daar is geen extra drempel voor nodig.'

'Merendeel van de patiënten is niet in staat tot het verrichten van arbeid en dus arm. De eigen bijdrage is een belemmering om in therapie te gaan. Vanwege belang voor de patiënt wordt therapie wel gegeven maar dus niet gedeclareerd als psychotherapie.'

'Heeft te maken met de bediende populatie in mijn praktijk: voornamelijk allochtonen die het vaak niet breed hebben. Voorts: in de somatiek is er toch ook geen eigen bijdrage? Waarom moet een patiënt met psychische problematiek dat dan wel betalen? Nooit begrepen..'

DE GGZ ONTWRICHT

'Heel erg naar systeem. Ik werk met een zware doelgroep van mensen met complexe problematiek in de stad en zestig procent daarvan is transculturele psychiatrie. Veel mensen zijn te arm om de eigen bijdrage te betalen terwijl zij de meeste zorg nodig hebben.'

'Behandeling/begeleiding door een GZ- psycholoog of bezoek psychiater of bij een SPV-er daar zijn geen kosten aan verbonden, terwijl voor een behandeling bij een hoger opgeleide psychotherapeut wel betaald moet worden. Sommige cliënten kiezen daarom voor een minder geschoolde collega. Sommige cliënten stoppen ook met de behandeling tegen advies omdat ze het niet meer kunnen betalen.'

'Er zijn er die het niet kunnen betalen en afhaken. Recent nog een jonge moeder die mijn inziens echt hulp nodig had.'

'De eigen bijdrage in combinatie met het eigen risico is 230 euro. Dat is voor veel cliënten een heel bedrag, niet de gratis 8 behandelingen in de basiszorg zoals die door verzekeraars wordt voorgespiegeld. Cliënten voelen zich altijd genomen als ik deze kosten uitleg.'

VOLGENS DE HULPVERLENERS VINDT 53 PROCENT VAN DE PATIËNTEN DE EIGEN BIJDRAGE TERECHT

'Men accepteert dit als gegeven, heeft het er vaak ook voor over, maar heeft het simpelweg niet om te besteden. Effect: afhaken van een gemotiveerde cliënt. Vergoeding via de bijzondere bijstand komt dan netto op € 40,- neer voor een jaar.'

'De meesten wel maar soms ben ik een heel eerste gesprek kwijt aan het motiveren van cliënten om de eigen bijdrage te betalen.'

'De meeste cliënten vinden het terecht. Mijn eigen ervaring is dat de no-show erg tegen wordt gegaan en de motivatie omhoog gaat doordat eigen bijdrage betaald moet worden. Cliënten nemen de hulp daardoor meer serieus en zetten zich meer in.'

'Tot mijn verbazing hebben mensen weinig problemen met eigen bijdragen. Ze lijken ook wat murw van alle veranderingen, het heeft toch geen zin er tegen in te gaan, het wordt toch alleen maar slechter etc. zijn de opmerkingen die ik hoor.'

'Sommige cliënten wel, anderen niet: sommige cliënten hebben zo'n lijdensdruk dat ze bereid zijn daar financieel iets tegenover te stellen om er vanaf te komen, meestal gaat het om cliënten die de financiële middelen tot hun beschikking hebben. Voor de meesten blijft er echter een onrechtvaardig gevoel bijzitten omdat bij behandeling van lichamelijke klachten geen eigen bijdrage geldt.

Voor psychische klachten wordt dubbel betaald: eigen bijdrage psychotherapie bovenop de ziektekostenverzekering (met basis eigen bijdrage).'

Bijna één op de zes hulpverleners heeft een incassobureau of een deurwaarder moeten inschakelen voor de inning van de eigen bijdrage.

DE EIGEN BIJDRAGE MOET WORDEN AFGESCHAFT

Van de hulpverleners is 65 procent van mening dat de eigen bijdrage moet worden afgeschaft. Dat geldt voor alle beroepsgroepen, de psychotherapeuten, psychiaters, GZ-psychologen en eerstelijnspsychologen. De belangrijkste reden is dat men de regeling niet rechtvaardig vindt, ruim 50 procent noemt de regeling ook onuitvoerbaar.



3. MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

3.1. ONDERHANDELINGEN MET GEMEENTEN

In totaal 454 respondenten hebben ervaringen met onderhandelingen met de gemeenten in het kader van de Wmo. Hierbij gaat het vrijwel uitsluitend om zorgaanbieders uit instellingen.

ERVARINGEN MET ONDERHANDELINGEN GEMEENTEN ZIJN MATIG TOT SLECHT

Voor de grote meerderheid (73 procent) zijn de ervaringen matig of slecht. Volgens 62 procent heeft de gemeente vaak geen oor voor de argumenten van de zorgaanbieders.

Van de aanbieders is 26 procent twee weken per jaar kwijt aan het onderhandelen, contracteren en onderhouden van contacten met de gemeenten, voor 74 procent is dat twee weken of meer per jaar.

TABEL 24. ERVARINGEN ONDERHANDELINGEN MET GEMEENTEN

goed	115	27%
matig	241	57%
slecht	66	16%
totaal	422	
geen mening	32	

De ervaringen zijn heel verschillend per gemeenten. Gemeenten willen vaak wel, maar kunnen niet. Enkele van de (255) gemelde ervaringen.

DE KENNIS VAN DE GGZ IS HEEL SLECHT

Vaak staan gemeenten wel open voor de GGZ vooral ook omdat ze de kennis zelf niet in huis hebben. De beslissingen gaan vaak wel traag. De samenwerking op het gebied van de bemoeizorg is soms goed, soms slecht. Er is veel bureaucratie.

‘De sfeer is goed, men is belangstellend naar de GGZ waar ze niets tot weinig van weten.’

‘Gemeente vindt Kopp en preventie huiselijk geweld belangrijk maar levert geen geld hiervoor aan de GGZ.’

GEMEENTEN STELLEN SOMS HOGERE PRIORITEITEN VOOR OVERLAST DAN VOOR ZORG

‘Gemeenten hebben vaak meer oog voor bestrijding van overlast of voor de mening van de buurt dan voor de kwaliteit van zorg. Dat betekent dat sommige voor de zorg erg goede behandelingen/ interventies niet meer betaald worden.’

‘Gemeente wil soms dat wij inzetten op probleemgebied wat scoort op politieke agenda maar wat vanuit onze deskundigheid niet gezien wordt als probleemgebied.’

GEMEENTEOVERSTIJGENDE PROJECTEN MAKEN HET NOG MOEILIJKER

‘Wij hebben een atelier en galerie voor mensen met een GGZ-achtergrond. Het atelier staat in de ene gemeente, de galerie in de andere. Door de Wmo moeten we nu met 9 gemeenten om de tafel die helemaal niets financieren wat overkoepelend is en in een andere gemeente staat. De gemeente waar ons project is gehuisvest wil ook niet opdraaien voor de kosten van de andere gemeenten. Gevolg: deze prachtige projecten moeten maar weggesaneerd worden.’

GEMEENTEN BEMOEIEN ZICH MET DE INHOUD VAN DE ZORG; ZORGVERLENERS ERVAREN BEPERKINGEN IN DE ZORG

De gemeente bemoeit zich met de inhoud van de zorg vindt 49 procent van de hierbij betrokken respondenten. 55 mensen geven voorbeelden hiervan.

77 procent ervaart beperkingen in de zorg. 96 mensen geven hun ervaringen hiermee.

Een overzicht.

HET KAN POSITIEF UITVALLEN

'Ze denken mee. Nu zijn we in onderhandeling met de gemeente over woonservice-zones.'

'Soms, dat is dan ten positieve, wanneer men er zich niet van afmaakt met regels, maar luistert naar het probleem en meedenkt.'

'Houden zo. Ik vind het prettig werken. Er zijn geen wachtlijsten, er wordt naar je geluisterd en er wordt zoveel mogelijk hulp geboden als nodig is.'

BEZUINIGEN OP GGZ-ZORG

'Indirecte tijd bijvoorbeeld ontwikkelen en onderhouden van netwerken is geminimaliseerd. Projectmatig werken is niet meer mogelijk op die manier.'

'Zorgtoeleiding wordt niet vergoed bij dak- en thuisloze zorg, tevens zorg voor onverzekerbaren wordt niet vergoed.'

'Het budget is beperkt en steeds maar voor een jaar terwijl projecten zoals voorkomen van depressie doorlopend zijn.'

'Te weinig tijd voor bemoeizorg of fors ontregelde klanten.'

'Een goed Wmo-project uitrollen over de gemeenten is onmogelijk geworden.'

'Zij bepalen hoeveel tijd een cliënt in een traject mag zitten en over verlenging is weinig overleg mogelijk.'

'Voorheen ging ik nogal eens bij patiënten thuis langs om hun thuissituatie te zien. Dat mag niet meer gezien dit te veel tijd en geld kost.'

BEZUINIGINGEN OP ANDERE VORMEN VAN ZORG DRUKT OP DE GGZ

De cliënten krijgen vaak veel minder zorg dan voorheen vanwege de indicatiestelling. Duurdere GGZ-hulpverleners moeten dan allerlei zorgvragen oplossen. Veel respondenten klagen over de telefonische indicaties waarbij vaak eerder geïndiceerde specialistische zorg wordt vervangen door huishoudelijke hulp.

Ook vervoer is vaak een probleem. Het lukt nauwelijks om vervoer voor de patiënten via de Wmo geregeld te krijgen. Het is lastig om duidelijk te maken dat bij psychiatrische problemen openbaar vervoer niet altijd mogelijk is.

DE GGZ ONTWRIJCHT

'Indirect door bepaalde zaken niet te willen vergoeden waardoor cliënt gebruik moet maken van voorzieningen in de GGZ en je cliënt in de GGZ houdt.'

'Mensen in een RIBW komen niet in aanmerking voor huishoudelijke zorg, vanuit het argument dat daar woonbegeleiding is. Maar deze hebben daar geen tijd voor.'

'Gemeenten oordelen vaak op basis van telefonisch contact met ernstig zieke cliënten die geen waarheidsgetrouwe weergave van hun toestand kunnen geven.'

'Er worden goedkope en minder geschoolde en geschikte thuiszorgmedewerkers ingezet waardoor de patiënt niet de zorg krijgt die hij behoeft en met steeds wisselende medewerkers te maken krijgt. Hierdoor zijn er al verschillende patiënten gedecompenseerd. De gemeente kijkt vooral naar somatische problemen, over psychiatrische ziektebeelden en handicap is weinig bekendheid en begrip.'

'Een cliënt (verslaving problematiek) had aangegeven alles zelf te kunnen. Wmo betaalt en ineens niets meer. Cliënt gaf later aan dat het een goed gesprek was. Cliënt kan weinig zelf in verband met problematiek. Ik heb er enorm veel werk aan gehad dit weer te herstellen.'

'Een vrouw van 22 jaar met hersentumor had een rolstoel met hoofdsteun nodig. Gemeente: kunnen mensen niet een tuinstoel aanschaffen voor hun dochter. Mensen moeten wachten tot een stoel met hoofdsteun vrijkomt van iemand die hem niet meer nodig heeft.'

GELD GAAT VOOR KWALITEIT

Volgens 62 procent speelt de kwaliteit nooit of soms een rol bij de onderhandelingen. Enkele van de (103) gemelde voorbeelden.

'Er heerst angst binnen de organisatie om de aanbesteding kwijt te raken. Hierdoor wordt er soms pragmatisch gehandeld waardoor kwantiteit voor kwaliteit gaat en de mensen achter de productie vergeten worden. Ik zie dat niemand binnen de GGZ zo wil werken, het schiet volledig het doel voorbij.'

'Ik ga voor de zorg, de gemeente voor het geld. Ze weten nauwelijks hoe het thuis toe gaat in een gezin waar zorg nodig is.'

'De gemeenten waar ik mee onderhandel zijn wel overtuigd van onze kwaliteit, daar zit het probleem niet maar zoals altijd willen ze meer voor minder geld.'

'Een lantaarnpaal voor de veiligheid in een straat is goedkoper dan een zorgproject voor sociaal zwakke, overlastveroorzakende dakloze psychiatrische cliënten, vindt de gemeente kennelijk.'

3.2. ERVARINGEN MET WMO

In totaal 768 respondenten hebben in hun werk te maken met de Wmo; 562 respondenten merken de invloed hiervan op hun werk.

DE ERVARINGEN MET DE WMO ZIJN VAAK SLECHT

Een aantal van de (247) gemelde ervaringen.

GEKWALIFICEERDE THUISZORG WORDT VERVANGEN DOOR GOEDKOPERE KRACHTEN

'Mensen zijn wantrouwiger en mopperen meer als de huishoudelijke hulp wordt afgenomen of verminderd in uren en daarbij wordt het voor ons dan vaker moeilijk om bepaalde signalen op te vangen terwijl huishoudelijk verzorgenden ons er heel snel over zouden kunnen in schakelen.'

'Thuiszorg wordt moeilijker te regelen, mensen krijgen minder gekwalificeerd personeel en veel verschillende mensen.'

'De huishoudelijke zorg wordt vaak uitgevoerd door onervaren/ ongekwalificeerde mensen. Dit heeft grote invloed op de kwaliteit van het werk (Je wilt toch dat de mensen verzorgd wonen, dus dan pak je zelf maar weer het een en ander op!). Ook heeft het invloed op de cliënt, omdat de medewerkers geen ervaring/deskundigheid hebben in de omgang met de cliënten, maar toch een plaats innemen in hun thuissituatie.'

'Minder geschoolde mensen doen het werk, oude vertrouwde hulpverleners worden uit lastige situaties gehaald.'

'Mensen die ik behandel hebben ook vaak hulp via het chronische circuit gericht op dagbesteding en ondersteuning anderszins. Dat is nu vaak minder goed en helder geregeld met ook gevolgen voor mijn handelen.'

'Een groot gemis zijn de zogenaamde hulplussers die juist bij dementerende en chronisch psychiatrische patiënten zo'n belangrijke rol hadden.'

VERVOER IS EEN PROBLEEM

'Cliënten die niet met eigen vervoer of het openbaar vervoer kunnen reizen (en dat betreft meer dan de helft van de cliënten) zijn voor vervoer naar en van de groepsbehandeling van huis uit afhankelijk van speciaal vervoer. De taxi gaat langs verschillende adressen, waardoor de reistijd erg lang is. Bovendien moeten mensen rekening houden met een half uur speling in de tijd van ophalen. Dit maakt dat mensen ook weer erg lang klaar moeten zitten of zelfs buiten staan, want de taxi wacht niet als mensen er wat langer over doen om van een etage naar beneden te komen.'

DE GGZ ONTWRIGHT

Bovendien heeft de taxi vaak meer speling dan een half uur, waardoor mensen soms een uur of langer moeten wachten tot ze gehaald worden. Dit alles maakt het volgen van een meerdaagse groepsbehandeling die noodzakelijk en heel zinvol kan zijn voor iemand tot een onnodig zware belasting (Ik werk met cliënten van 65 jaar en ouder). Het werpt een hoge drempel op voor mensen om de therapie te volgen.'

DE BUREAUCRATIE IS TOEGENOMEN

'Mensen worden vaak van het kastje naar de muur gestuurd, omdat medewerkers geen idee hebben hoe het allemaal in zijn werk gaat.'

'Nog meer bureaucratie om iets aangevraagd te krijgen. Cliënten met schulden die geen eigenbijdrage kunnen betalen vallen tussen wal en schip.'

ER BESTAAT TE WEINIG KENNIS BINNEN DE GEMEENTE OVER DE GGZ EN DE OGGZ

Gemeenten kennen het preventieve werk van de GGZ slecht. Via aanbesteding moet nu geprobeerd worden financiën voor projecten binnen te krijgen. De continuïteit van goede activiteiten staat hiermee onder druk. Veel gemeenten zijn er niet klaar voor en hebben geen deskundigheid in huis om te beoordelen of een project zinvol is of niet. Hierdoor vallen waardevolle projecten tussen wal en schip.

'Er gaat heel veel tijd in overleg verloren omdat bij de gemeente de deskundigheid ontbreekt, dat trekt in de loop van de tijd misschien wel bij maar nu worden daar mensen de dupe van.'

'Waar ik vroeger zelf mee kon denken over wat nodig was voor een patiënt, wordt nu bepaald door een Wmo-medewerker.'

'OGGZ activiteiten (bemoeizorg) worden maar mondjesmaat gefinancierd waardoor de zorg aan deze kwetsbare groep te in de knel komt. Nu doen we een groot deel van onze OGGZ activiteiten maar zonder dat er een vergoeding tegenover staat maar hoe lang kunnen we dat volhouden? Sommige gemeenten hebben weinig benul van de (O)GGZ en zien het belang er ook niet altijd zo van in.'

'Gelden die vroeger bij GGZ kwamen gaan nu naar gemeente die daar soms geheel andere invulling aan geven. Hierdoor verdwijnen voorzieningen voor een doelgroep die niet gemotiveerd zijn voor GGZ hulp maar dit wel nodig hebben op grond van hun psychiatrische problematiek. De zogenaamde groep zorgmijders.'

VAN DE RESPONDENTEN VINDT 60 PROCENT HET CONTACT MET DE GEMEENTEN ONVOLDENDE

Naast veel slechte ervaringen zijn er gelukkig ook tal van goede ervaringen met ambtenaren persoonlijk.

DE FINANCIERING VAN BEMOEIZORG IS ONVOLDOENDE ZEGT 75 PROCENT

De financiering is nogal eens verminderd. Dat betekent voor de diensten een tekort aan middelen en leidt tot zorgmijders die verstoken blijven van zorg. Een lange termijn visie – die de verkiezingencyclus van vier jaar overstijgt – ontbreekt meestal. Gemeenten hebben vaak geen idee wat er binnen de bemoeizorg nodig is. Ze willen productieafspraken maken die achteraf verantwoord moeten worden. Met als gevolg bijvoorbeeld het korten op huisbezoeken om de productie te halen. 78 respondenten lichten dit toe, hieronder enkele voorbeelden.

'Ik werk als bemoeizorger. We worden uitgekleeed en hebben geen menskracht om alle meldingen te bezoeken. Er gaan mensen dood.'

'Het preventief opsporen van zorgvragers blijft een groot probleem. Er zit vervolgens veel verdriet in de samenleving achter de gesloten deur. Wie breekt hem open. De huisarts geen tijd, de buurtwerker heeft het al druk. De SPV-er er wil wel maar kan niet binnen de huidige financiering. De GGD alleen bij calamiteiten De Politie alleen bij overlast. Kortom wij zijn vaak te laat met het starten van de hulpverlening.'



4. ONDERSTEUNENDE EN ACTIVERENDE BEGELEIDING

In totaal 1066 mensen hebben in hun dagelijkse werk te maken met ondersteunende of activerende begeleiding (OB en AB). Ondersteunende begeleiding in dagelijkse taken en activerend bij zoeken naar werk en dagbesteding.

OVERHEVELING BEÏNVLOEDT ONDERSTEUNENDE BEGELEIDING

De ondersteunende begeleiding op psychiatrische grondslag (niet-geneeskundig) zit vooralsnog in de AWBZ. De extramurale geneeskundige ondersteunende begeleiding op psychiatrische grondslag wordt in veel gevallen onderdeel van de DBC's. De extramurale ondersteunende begeleiding op psychosociale grondslag is van de AWBZ naar de gemeente overgeheveld. De 'overgeheveld'groep bestaat voor een groot deel uit mensen van de maatschappelijke opvang, daarnaast uit mensen in trajecten van voor en na de opvang.

Volgens 80 procent van de respondenten heeft de overheveling invloed op de ondersteunende begeleiding. Hoewel er in 2008 sprake is van een overgangsjaar merken veel zorgverleners al een vermindering van de ondersteunende begeleiding. Hieronder een aantal van de (205) gemelde reacties.

DE OVERHEVELING LEIDT TOT MINDER ZORG

'Teams die voorheen ob-zorg verleenden bij de thuiszorg instelling zijn uiteengevallen. Zorg wordt lager geïndiceerd dan vaak noodzakelijk is.'

DE GGZ ONTWRIGHT

'Zeer wezenlijk voor grote groepen mensen en een relatief goedkope vorm van zorg. Toch lijken de indicaties steeds lastiger te verkrijgen en voor steeds kortere duur terwijl het juist langlopende begeleidingen zijn. Veel tijd gaat zitten in het telkens opnieuw verlengen van de indicaties en de legitimatie hiervan.'

'Dit wordt steeds moeilijker om geïndiceerd te krijgen. Alleen bij ernstige handicaps of ernstige psycho-sociale of psychiatrische problematiek lukt het nog. Eenzaamheid of ontbreken van mantelzorg lijkt geen criteria meer.'

DE OVERHEVELING LEIDT TOT VERSNIPPERING

'Activerende en ondersteunende begeleiding moet door een persoon gegeven kunnen worden; Gespecialiseerde Verzorging van de thuiszorg. Je moet patiënten niet belasten met meerdere hulpverleners en instanties.'

ER IS ONDESKUNDIGE INDICATIE

'Gemeente beoordeelt nu zelf of deze begeleiding terecht is. Vaak wordt deze beoordeling gedaan door ambtenaren die geheel andere afwegingen maken en niet op de hoogte zijn van ernstige psycho-sociale en psychiatrische problematiek. Cliënten worden er de dupe van. Voorzieningen niveau daalt voor deze groep.'

ER WORDT VERWEZEN NAAR VOORLIGGENDE VOORZIENINGEN

'Wij mogen geen OB meer leveren. Mijn verpleegkundigen weigeren dit echter los te laten (terecht). De gemeente heeft het gegund aan het maatschappelijk werk, dat die taak echter niet goed uitvoert.'

'Veel cliënten die bij de dagbesteding extra persoonlijke ondersteuning kregen vanwege psycho- sociale problemen kunnen wij nu niet meer helpen zonder daarover in gesprek te gaan met de gemeente en die verwijst dan weer naar maatschappelijk werk of ander organisaties die dat al doen.'

ZORGEN OM KWALITEIT

'Sinds de marktwerking is er een wildgroei aan coachings- en ondersteunende bedrijfjes gekomen die een aanbod doen. Er zou een kwaliteitskeurmerk moeten komen.'

DE SITUATIE VOOR 2009 IS NOG VOLKOMEN ONDUIDELIJK

'Met ingang van volgend jaar. Er is geen geld van de gemeente beschikbaar voor deze groep dus waar deze mensen heen moeten weet nog niemand.'

'Het is niet duidelijk dat mensen met problematiek op psychosociaal gebied na 2008 nog hulp kunnen krijgen. Gemeenten hebben daar geen beleid op, vele gemeenten hebben ook nog geen expertise op dit terrein.'

MENSEN ZULLEN BUITEN DE BOOT VALLEN

'Hier maak ik me veel zorgen over. Jarenlang heb ik GV (gespecialiseerde verzorging) ingezet in moeilijke gezinnen ter ondersteuning en begeleiding. Zonder deze intensieve zorg hadden mensen nooit kunnen herstellen en goed voor hun kinderen kunnen zorgen. Door ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding los te koppelen beperk je de hulp. Vaak moet je eerst ondersteunen om daarna te kunnen activeren, soms doe je het naast elkaar.'

'Ondersteunende begeleiding (individueel en dagdelen) is voor cliënten noodzakelijk om weer te starten met activiteiten of als nazorg om te kunnen doorgaan met activiteiten en trajecten en werk. Door de slechte financiering hiervan valt een belangrijk deel van de begeleiding weg die mensen nodig hebben om hun plaats in de maatschappij weer terug te krijgen.'

'Ik voel me totaal ondergesneeuwd kan al de vernieuwingen moeizaam bijhouden, mijn vak is totaal overbodig geraakt(lees gemaakt) en ik ben het daar helemaal niet mee eens. Je hebt altijd een groep mensen die buiten de boot vallen en nu kan ik er niet meer zijn voor ze.'

HET VERDWIJNEN VAN ACTIVERENDE BEGELEIDING BIJ PSYCHISCHE STOORNIS UIT DE AWBZ LEIDT TOT VEREENZAMING

De functie (niet-geneeskundige en geneeskundige) activerende begeleiding bij een psychische stoornis is uit de AWBZ gehaald, de niet-geneeskundige activerende begeleiding zou in 2008 nog worden vergoed via de AWBZ. Het zou gaan om mensen met PGB en een klein deel van de zorg voor chronische patiënten in RIBW en maatschappelijke en vrouwenopvang.

420 mensen schrijven over hun ervaringen met het verdwijnen of verminderen van de activerende begeleiding.

LANGE KETEN VAN LEGE ZONDAGEN

'Mensen zakken terug en het veroorzaakt problemen in de wijken.'

'Dan blijft roken, koffie, herrie-TV, hangen op een stoel of bed en dus decompenseren over.'

'Catastrofaal, mensen vereenzamen en komen hun bed niet uit. Ze worden passief en hun sociaal netwerk wordt alleen maar kleiner.'

'Cliënten vervelen zich, gaan meer zitten in hun gedachten waarmee ze in een neerwaartse spiraal

DE GGZ ONTWRIJCHT

komen en vervolgens meer ondersteuning nodig hebben en eerder in crisis komen omdat er te weinig bezigheden zijn.'

'Onze cliënten zitten nu 3 van de 5 werkdagen duimen te draaien omdat men niet meer dan 4 dagdelen wordt geïndiceerd. Niet bepaald bevorderlijk voor het welzijn en eigenwaarde van deze groep.'

'Als je mensen 's morgens moet wakker, om vervolgens geen dagprogramma aan te bieden, wat is voor hen dan nog het doel om te herstellen? Ik vind dit letterlijk zout in iemands toch al zo pijnlijke wonden strooien. Zonder dat wij dat willen of daar iets aan kunnen doen.'

'Zegt "creatie van extra lange keten van lege zondagen" voor psychiatrische cliënten iets?'

ACTIVERENDE BEGELEIDING HEEFT EEN BELANGRIJKE FUNCTIE

'Mensen moeten vaak gestimuleerd worden. Dit vergt soms veel van de begeleider. Dit is toch beter dan het van mensen over te nemen. Als ze niets doen voelen ze zich uiteindelijk ook niet beter. Activeren is wel arbeidsintensiever en dus duurder.'

'Mijn ervaring is dat het erg jammer is dat onze patiënten geen activerende begeleiding meer krijgen. Ik ben van mening dat het bijzonder veel voordelen heeft als de patiënten dit wel zouden krijgen in hun thuissituatie. Daardoor kunnen onze patiënten minder goed blijven functioneren in de thuissituatie.'

'Er verdwijnt een functie die het soms net mogelijk maakt dat ouders hun kinderen thuis opvoeden.'

GEVOLG: EERDERE OPNAME, GENEESMIDDELEN OF CRISIS

'Stabiliteit van labiele evenwichten raakt sneller verstoord waardoor meer interventies medicamenteus of opname.'

'Cliënten raken vaker in crisissituatie. Wij als SPV moeten die cliënten hierdoor vaker zien.'

'Mensen met een chronisch psychiatrische problematiek hebben veel meer activerende begeleiding nodig dan onderkend wordt. Door het verdwijnen van Activerende begeleiding verdwijnt ook het stimuleren en activering voor dagbesteding of andere zorg. Uiteindelijk verlies je hierdoor de cliënt uit het oog met als gevolg terugval en opname. Wat veel meer geld kost.'

'Verarming van zorg, meer vereenzaming; cliënten die jaren geleden uit instituten vertrokken, dreigen via toename crises weer gehospitaliseerd te worden.'

VOORAL VOOR KINDEREN DESASTREUS

'Voor kinderen met een psychiatrische diagnose is het verdwijnen een ramp.'

'Ik zie veel kinderen met een autismespectrumstoornis die activerende begeleiding vaker hard nodig hebben omdat ze anders alleen maar thuis achter de computer zitten, moeite hebben met

huiswerk door organisatie- en planningsproblemen, geen vrije tijdsbesteding hebben, geen sociale contacten. Zij en hun ouders hebben een groot probleem als zij deze begeleiding niet meer vergoed gaan krijgen.'

GROTE ONDUIDELIJKHEID

'Drama! Vooral de communicatie omtrent de besluiten, en de voortaan te volgen lijn is beneden alle peil! Zelfs de medewerkers van het CIZ en zorgkantoor wisten op 1 januari niet wat te adviseren.'

ER IS ONVOLDOENDE BEGELEIDING OP HET TERREIN VAN ARBEID EN ONDERWIJS

63 procent van de hierbij betrokken respondenten is van mening dat ze patiënten niet de begeleiding kunnen bieden waar ze om vragen op het terrein van arbeid en onderwijs. Hieronder enkele van de (223) reacties.

WACHTLIJSTEN

'Geen of veel te weinig mogelijkheden om cliënten een beschermde werkplek te bieden. Geen keus en lange wachtlijsten bij dat wat er is op dit gebied.'

'Probeer maar eens mensen met een psychiatrische/psychosociale stoornis ergens onder te brengen buiten de instelling om. Er heerst nog een taboe op deze mensen of er worden hoge eisen gesteld die ze niet waar kunnen maken. Als laatste zijn er forse wachttijden voor trajectbureaus die zich daar op hebben gespecialiseerd. De motivatie is dan ver te zoeken bij de cliënt.'

VERVOER KAN EEN PROBLEEM ZIJN

'Er zijn niet veel mogelijkheden en cliënten moeten vaak reizen om naar een scholing of arbeidsplaats te gaan. Ze kunnen veelal de vervoerskosten al niet opbrengen om naar bijeenkomsten te gaan.'

'Arbeid is enorm probleem, wachttijden WSW, vaak problematiek te complex, DAC te weinig gestructureerd. Vervoer richting vrijwilligers is enorm probleem. Gebrek aan daginvulling (En daarmee ook structuur en sociale contacten) is grootste factor die klachten en isolement in stand houden.'

ONTWIKKELINGEN LIGGEN STIL

'De ontwikkelingen liggen stil. Terwijl op gebied van arbeid en dagbesteding en welzijn juist

DE GGZ ONTWRICHT

accenten moeten worden gelegd. Integratie..weer aan het werk..meedoen..verantwoordelijk zijn en blijven voor je eigen bestaan. Heel veel kreten maar dat gaat echt niet vanzelf.'

'Het is een lange tijd goed geweest maar nu ROADS failliet is ligt de hele dagbesteding, traject-begeleiding en scholingsmogelijkheden op zijn kont.'

HET KAN OOK GOED GAAN

'Dat loopt in Amsterdam met mijn doelgroep wel heel goed, de vip teams bijvoorbeeld.'

'Voor een gedeelte van onze cliënten zijn de voorzieningen goed. Zij kunnen aansluiting vinden bij het speciale basisonderwijs. Er is zelfs een specifieke schoollocatie gestart voor de kinderen die bij dat onderwijs niet kunnen aansluiten in verband met hun psychische en gedragsproblemen.

Dit loopt goed!! Vooral de combinatie verstandelijke beperking en psychische- en gedragsproblemen maakt dat deze jongeren vaak tussen wal en schip vallen. Ze staan wel met een been in de maatschappij, maar zullen daar waarschijnlijk nooit met twee benen in kunnen komen te staan.'

ERVARINGEN MET INDICATIE VOOR BEGELEIDING DOOR CIZ ZIJN WISSELEND

Voor de ondersteunende en activerende begeleiding is ook een indicatie van het CIZ noodzakelijk. Met het CIZ zijn de ervaringen divers.

CIZ INDICEERT NIET OF NIET ALTIJD POSITIEF ALS CLIËNTEN EEN INDIVIDUEEL BEGELEIDINGSTRAJECT WILLEN VOOR HET ZOEKEN EN VINDEN VAN WERK: 70 PROCENT

'Mits er geen voorliggende voorzieningen bij gemeente of UWV zijn en de aanvraag duidelijk gemotiveerd is.'

'Dat hangt ervan af of iemand eerst een beroep moet doen op de UWV. Soms indiceren ze wel voor een individueel begeleidingstraject, maar dat moet dan wel goed beargumenteerd aan-gevraagd worden.'

'Bij arbeid geeft het CIZ steeds vaker een negatieve indicatie, omdat naar hun oordeel er voorliggende voorzieningen zijn.'

HET CIZ ADVISEERT NIET OF NIET ALTIJD POSITIEF VOOR DAGBESTEDING ALS CLIËNT EEN INDICATIE VOOR DE WSW HEEFT: 68 PROCENT

'CIZ vind dan arbeid voorliggend.'

'Hierdoor vallen veel cliënten tussen de wal en het schip, kunnen niet werken omdat ze op de wachtlijst staan, mogen geen activiteiten doen omdat ze een WSW indicatie hebben.'

'Soms is er begrip voor het argument dat in afwachting van daadwerkelijke plaatsing op de WSW

de persoon in kwestie dagbesteding moet hebben om in het dagritme te blijven. Vaak wordt bureaucratisch geredeneerd dat deze persoon geen aanvullende begeleiding nodig heeft, immers hij-zij is toegelaten tot de WSW . Iemand die een schooldiploma heeft behaald maar nog geen werk heeft blijft ook niet naar school gaan, is een veel gehoord argument voor deze zienswijze.'

'Mensen staan jarenlang op wachtlijsten voor WSW-werk, maar krijgen vanwege hun WSW-indicatie geen indicatie voor dagbesteding. Met als gevolg: geen dagstructuur, zinvolle bezigheid en veel frustratie.'

'Het CIZ zegt dat het DAC geen opvang is voor de wachttijd van de WSW.'

'Als ze voor WSW in aanmerking komen kan het zijn dat de indicatie voor dagbesteding stopt terwijl de wachttijd 5 jaar is een heel gat zit er tussen.'

T-
ACHT

THER
PRAK

ZET GROOT
KENING

DBC is KLINK *klare nergens*



5. PREVENTIE

In totaal 1.271 mensen hebben in hun dagelijkse werk te maken met preventie-activiteiten. Het gaat voor het merendeel om mensen die in instellingen werken, 87 vrijgevestigden hebben hiermee te maken.

NIEUW STELSEL BEÏNVLOEDT PREVENTIEVE ACTIVITEITEN

Het DBC-systeem heeft invloed op de preventieve activiteiten vindt 64 procent van de betrokken respondenten; de overheveling van AWBZ naar Zvw en Wmo heeft invloed op de preventieve activiteiten vindt 83 procent.

Vooraf de overhevelingen hebben sterke invloed gehad op de preventie. De individuele (geïndiceerde) preventie valt sinds 2008 onder de Zvw, de collectieve preventie valt sinds 2008 onder de individuele gemeenten. De preventieve begeleidingsactiviteiten, zoals bemoeizorg, vallen onder de centrumgemeenten. De makkelijk toegankelijke selectieve preventie (voorheen het 'hart' van de GGZ-preventie) is gedece-meerd. De effecten over 2007 zijn nog enigszins verborgen, omdat in dat jaar op nacalculatiebasis nog een deel van de activiteiten achteraf vergoed is. De effecten voor 2008 zullen veel scherper voelbaar zijn, omdat er nauwelijks nog productieafspraken voor preventie en dienstverlening binnen de AWBZ bestaan.

TABEL 25. INVLOED ONTWIKKELINGEN OP PREVENTIE

	DBC-systeem	overheveling naar Zvw en Wmo
heeft invloed	524 64%	489 83%
heeft geen invloed	291 36%	103 17%
totaal	815	592
geen mening	456	597

De invloed van het DBC-systeem wordt toegelicht door 284 respondenten, de invloed van de overheveling door 146 respondenten. In nogal wat gevallen betekent het een vermindering van de preventie-activiteiten.

319 respondenten melden dat er preventie-activiteiten zullen stoppen of zijn gestopt vanwege het DBC-systeem; 247 respondenten melden dat er preventie-activiteiten stoppen of zijn gestopt vanwege de overheveling. Door ruim 400 mensen worden voorbeelden hiervan toegelicht.

STOPPEN VAN PREVENTIE-ACTIVITEITEN

Een aantal preventieprojecten stopt en zelfs worden hele afdelingen preventie gesloten. Voorbeelden zijn de KOPP-groepen (kinderen van ouders met psychiatrische of verslavingsproblemen); partnergroep voor mensen met dementie; projectgroep Toon (kinderen en moeders op Blijfhuizen); projecten ten behoeve van allochtonen (vraagbaak voor professionals); ondersteuningsgroepen voor familieleden/mantelzorgers; preventieve praatgroepen; trainingen mantelzorgers; deelname aan zorgteam op scholen; hulp aan neonaten en hun moeders; preventie-activiteiten met gedetineerden; deelname aan Alzheimercafé; voorlichting aan kerken en maatschappelijke organisaties. Benzoprojecten, projecten omtrent Games en pokeren; opvoedspreekuur; project voor vroegsignalering en preventie van gedrags-gestoorde jongeren; Turkse vrouwengroepen; projecten met criminele patiënten en vroeghulp aan delinquente jongeren. Nieuwe groepen voor bijvoorbeeld Marokkaanse vrouwen mogen niet worden gestart, terwijl alle huisartsen er op zitten te wachten. Ook een aantal cursussen gaat verloren zoals preventieve cursussen seksueel geweld en kindermishandeling.

'Prachtige initiatieven zoals de TRIVERSUM-CHAT voor jongeren is opgeheven. Jongeren willen graag van gedachten wisselen over hun problemen met elkaar en de computer is toch het medium wat hen het meest aanspreekt. Omdat preventie stopt is dit ook gestopt terwijl het een groot succes was in de regio alkmaar. KOPP is gestopt. voorlichting en dienstverlening aan collega instellingen, scholen, huisartsen, alles is gestopt.'

'Multiculturele behandelvormen. Binnen de GGZ in Eindhoven is er geen enkele voorziening meer voor mensen met een allochtone afkomst wanneer het gaat om preventie aanpak van enkelvoudige problematieken. Dit is verloren gegaan door overheveling.'

HET HELE DBC-CIRCUS NU OOK VOOR PREVENTIE

Preventieve activiteiten worden omgezet naar curatieve zorg (vanwege tekortschietende budgetten voor preventie). Dat betekent dat mensen ingeschreven en geregistreerd moeten worden. Dat werpt een nodeloze drempel op. Deze mensen willen niet als patiënt worden gezien.

‘Preventiegroepen worden curatie zoals het preventieproject in de put uit de put, de mensen krijgen nu een depressie-DBC. Cliënten moeten allemaal ingevoerd worden en geregistreerd. Bijvoorbeeld bij KOPP gezinnen.’

‘Een aantal preventie-activiteiten is ondergebracht in de DBC’s. Dat heeft als nadeel dat mensen dus een huisartsverwijzing moeten hebben en dus nu ook een eigen bijdrage moeten betalen via de zorgverzekering.’

‘Eerder gaf ik cursussen in het kader van preventie. Nu moeten al deze mensen worden ingeschreven, een DBC en behandelplan krijgen. Dit kost veel tijd voor de hulpverlener en cliënten willen dit niet altijd. Ze willen wel de cursus volgen, maar niet ingeschreven worden als cliënt.’

‘Begeleiding van nabestaanden van suïcide moeten worden ingeschreven met DBC en al.’

‘Waar voorheen niet-cliënten zo konden instromen dient nu het hele DBC circus ingevoerd te worden.’

‘Kenmerkend voor een groot deel van de activiteiten in preventieprogramma’s is dat zij gericht zijn op doelgroepen/risicogroepen. Bij de preventieve interventies is er wel sprake van klachten maar nog niet van ziekte. Daarnaast zijn er rond het openen, typeren en sluiten van de DBC’s richtlijnen en administratieve procedures ontwikkeld waarbinnen het medische model en de daaraan verbonden disciplines een centrale positie hebben verkregen. Ook daarom is het gebruik van DBC voor individuele preventieve interventies een nauwelijks begaanbare weg.’

PREVENTIE VALT TUSSEN WAL EN SCHIP

De nadruk ligt op de directe patiëntenzorg. Er is geen tijd of geen geld voor preventie. Alles is gericht op productie. Alle werktijd valt onder het regime van de productie.

‘Niet direct cliëntgebonden preventieve handelingen (bijvoorbeeld overleg met UWV, sociale dienst, afstemming onderlinge zorg e.d.) worden niet / minimaal vergoed, maar kosten wel tijd. Met name voor de chronische patiënten waarmee ik werk, komt dit nogal eens voor. Door verhoging productie komt dit deel in de knel, wat weer gevolgen heeft / kan hebben op het toekomstige functioneren van de cliënt.’

‘Baby / moeder unit valt onder preventie. Voorkomt dat de baby later in psychische problemen komt omdat hechting met moeder er niet was. Voor de baby krijgen we bijna geen opbrengsten. terwijl er gespecialiseerd personeel voor ingezet wordt. Schandalig!!’

‘Preventie activiteiten kan ik nergens registreren en wordt door mijn baas gezien als “verloren tijd”.’

‘Er wordt ons gezegd dat we minder preventie mogen doen omdat het niet (of minder) betaald wordt. Preventieactiviteiten moeten dus worden afgebouwd.’

VEEL CONSULTATIEPROJECTEN ZIJN GESTOPT

Veel succesvolle consultatieprojecten zijn gestopt omdat er nu voor betaald moet worden.

Dat geld hebben veel instellingen niet. Het gaat over consultatie bij verzorgingshuizen, aan wijkverpleegkundigen, op scholen, over consultatie aan huisartsen waar jaren in is geïnvesteerd.

‘Overleggen, zoals met andere instellingen, schoolteams etc worden niet meer vergoed. Dit komt de samenwerking en dus de zorg aan de cliënt niet ten goede. Wat je nu probeert is toch deze tijd te boeken op de naam van een cliënt om het toch vergoed te krijgen. De noodzaak is er immers wel.’

‘Vooralsnog leek financiering voor 2008 op basis van aanbesteding gegarandeerd, maar recent heeft gemeente signaal afgegeven slechts deel van onze aanvraag te honoreren. Daarover vinden nu onderhandelingen plaats; resultaat is onzeker.’

‘voor consultatie moet nu betaald worden door een instelling, school, gemeente etc... dat wordt minder. Want bedrag dat GGZ instelling vraagt wordt steeds hoger.’

‘Consultatie huisartsen vervalt: slechte zaak zoals POH-GGZ nu ingevuld wordt: knip in de keten.’

‘Consultatie aan derden is nu een groot probleem, bijvoorbeeld aan scholen, huisartsen, etc. Ook mee doen aan allerlei projecten.’

‘Dienstverlening wordt niet meer als zodanig betaald. Kan of op inkoop basis (bv cursussen scholing), of verwerkt in DBC. Of soms in de subsidies: netwerkvorming. Het rare geval bestaat dat de helft van deelnemers in een cursus op Wmo basis zit (bijvoorbeeld vrijwilligers) en de andere helft, bv thuiszorgmedewerkers op betaalde basis.’

‘Het wordt niet meer vergoed dus we kunnen minder aanbieden; op scholen en binnen maatschappelijk werk blijven we het aanbieden omdat we dat echt noodzakelijk vinden.’

‘Ik was consultatieverpleegkundige, gaf ondersteuning vanuit GGZ aan team in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Sinds 2008 moeten de huizen betalen voor onze diensten, de aanvragen zijn gestaag afgenomen! De verzorgenden hebben te maken met ernstige gedragsproblemen bij bewoners en de verzorgenden zijn onvoldoende uitgerust om hiermee om te gaan.’

VEEL GEMEENTEN BLIJVEN IN GEBREKE WAT BETREFT PREVENTIE

De gemeenten hebben vaak te weinig geld en kennis van preventieve activiteiten.

‘Het is een bezuinigingsactie geweest! Er is geen geld meer voor ontwikkeling en innovatie.

Dat betekent dat het preventiewerk ernstig uitgehold wordt; we zijn bijna alleen nog maar ‘cursusboeren’.’

‘De gemeente moet het nu overnemen maar heeft geen know-how en intussen zijn in het afgelopen jaar alle preventiewerkers ontslagen of naar elders vertrokken.’

‘De gemeente gaat toch eisen stellen die meestal financieel van aard zijn en niet naar het deskundigheidsniveau. Bovendien maakt de gemeente meer de keus om geld vrij te maken voor die

zaken die overlast veroorzaken in de samenleving en te weinig kijken naar zaken voor gewone mensen met een beperking die aan het vereenzamen zijn in hun flat op de 4e verdieping en bijna niemand meer zien dan de hulpverlener die ook steeds minder langs komt. Dus gaan ze maar weer terug naar het klassieke psychiatrisch ziekenhuis.'

'Overheveling zorgde voor het einde van een prachtig dienstverlenend eerstelijnsproject voor huisartsen, maatschappelijk werk, waardoor patiënten eerder goed geholpen werden. Ook betekende het het einde van een goed stepped-care behandelplan voor depressie en angst; mensen worden nu later geholpen, waardoor pathologie toeneemt.'

'We zijn erg afhankelijk geworden van wat de gemeente inkoopt. Dat is vaak een politieke beslissing ipv een inhoudelijke.'

'Geld dat nu naar de gemeente gaat die doet wat zij goeddunkt, als GGZ krijg je daar amper een voet binnen de deur en als dat al gelukt is, zit er elke 4 jaar iemand anders en kan je weer op nieuw beginnen. Dit kost heel veel tijd.'

De gemeentes zijn nauwelijks gecompenseerd voor het wegvallen van preventie- en dienstverleningsbudgetten uit de AWBZ. Een aantal preventie-activiteiten is simpelweg weggefallen (bijv. rond mantelzorgers).'

**Slecht 61 procent kan nog hetzelfde preventieaanbod doen als in 2006: 66 procent kan nog hetzelfde dienstverleningsaanbod doen als in 2006.
15 procent zegt preventie- of dienstverleningsactiviteiten aan te bieden op commerciële basis, vaak voor een hogere prijs dan de voormalige CTG-tarieven.**

SALDO
€ -24.000

DAG
BESCHERMING
CLIËNT

geen
brood
op de
plank!

meer gasten
minder cliënten



6. GEVOLGEN VAN HET STELSEL

6.1. FINANCIËLE PROBLEMEN

Ruim 80 procent van de deelnemers aan de enquête heeft de vragen over financiële problemen ingevuld.

DE HELFT VAN DE ZORGVERLENERS MELDT FINANCIËLE PROBLEMEN

De helft van de respondenten ofwel 2.195 personen meldt financiële problemen: 363 vrijgevestigden en 1.832 mensen uit instellingen.

TAMELIJK OF ZEER ERNSTIGE FINANCIËLE PROBLEEM: 77 PROCENT

Vooraf uit instellingen worden tamelijk of zeer ernstige problemen gemeld (79 procent), ook vrijgevestigden zitten vaak in tamelijk tot zeer ernstige financiële problemen (69 procent).

TABEL 26. ERNST FINANCIËLE PROBLEMEN

	allen	vrijgevestigden	instellingen
Niet zo ernstig	50 123%	111 31%	390 21%
Tamelijk ernstig	1.502 68%	221 61%	1.281 70%
Zeer ernstig	192 9%	31 8%	161 9%
Totaal	2.195	363	1.832

Er zijn of dreigen faillissementen, sommige instellingen zijn daarom overgenomen, afdelingen zijn afgestoten of ingekrompen.

'Men zegt dat ze in augustus ons geen loon meer kunnen uitbetalen omdat wij onvoldoende hebben geregistreerd. De bank zou het ze ook niet meer willen lenen omdat ze niet kunnen bewijzen dat het probleem op korte termijn is opgelost. Ik ervaar het een beetje als een dreiging vanuit het management om beter te gaan registreren.'

'Vacatures worden niet opgevuld, men wringt zich in allerlei bochten om toch de minimale zorg te leveren, er is totaal geen speling bij ziekte wat weer een druk legt op het personeel, kortom een neerwaartse spiraal. Het meest ergerlijke is dat aan de ene kant er zogenaamde regels worden afgesproken die zorg moeten dragen voor een veilige en gezonde werkomgeving / tijden enz. Iedereen echter met een beetje gezond verstand weet inmiddels dat dit natuurlijk niet meer haalbaar is met als gevolg cynisme!'

'Gisteren is ons medegedeeld, dat als onze financiële situatie niet rap verandert, we 'failliet'gaan. Dit wordt tegen ons verteld, terwijl wij nauwelijks of geen invloed hebben op de geldstromen, maar hier wel de klappen van moeten vangen.'

BELANGRIJKSTE OORZAKEN FINANCIËLE PROBLEMEN ZIJN DE ZORGVERZEKERAARS EN DE WETGEVING

De vrijgevestigden noemen de zorgverzekeraars als de belangrijkste oorzaak van hun financiële problemen, de mensen uit instellingen noemen de wet- en regelgeving. De invoering van DBC's scoort in beide gevallen hoog.

356 vrijgevestigden en 1456 van instellingen geven antwoord op de vraag naar de oorzaken van de financiële problemen waarbij ze een of meer van de volgende onderwerpen invulden.

TABEL 27. OORZAKEN FINANCIËLE PROBLEMEN

	vrijgevestigden	instellingen
zorgverzekeraars	276 78% (1)	897 62% (2)
DBC	250 70% (2)	889 61% (3)
wet- en regelgeving	222 62% (3)	1.035 71% (1)
belastingdienst	77 22% (4)	33 2% (5)
anders	42 12% (5)	353 24% (4)

Uit de toelichtingen blijkt dat marktwerking en DBC's de grote boosdoeners zijn. Instellingen krijgen minder budget of krijgen de overproductie niet betaald. Ook veel no-show (niet komen opdagen van patiënten) dat niet wordt betaald, dit gebeurt in deze doelgroep nogal eens. Veel geld gaat ook naar niet functionerende softwarepakketten, fusies, bureaucratie of topsalarissen van managers en (te veel) interim-managers. Vaak wordt opgemerkt dat er sprake is van slecht beleid door de managers. 331 mensen geven een toelichting. Hieronder een overzicht.

MARKTWERKING EN LAGE PRIJZEN

'De marktmentaliteit heeft het hele management doorspekt intussen, zodat leidinggevendenden van buiten de praktijk gaan managen op een wel heel oppervlakkige productiegerichte wijze zonder een gesprek op inhoud te kunnen voeren ermee.'

'De marktwerking in de zorg leidt tot oneigenlijke concurrentie tussen bijvoorbeeld GGZ-instellingen en kan weer leiden tot de noodzaak van bezuinigen.

'Door marktwerking meerdere GGZ-instellingen werkzaam in Zoetermeer die elkaar beconcurreren, dit kost veel tijd en geld.'

'Zeer scherpe prijsafspraken waar beleidsmakers al bij voorbaat de concurrentie over aan gaan. De vraag is (net als in de thuiszorg) wie is het goedkoopst. Van een collega instelling vernam ik dat de zorgverzekeraar tevreden was over de kwaliteit van de geleverde zorg, dat men wilde blijven inkopen als men voor hetzelfde (lagere) tarief wilde leveren als een andere instelling die kwalitatief minder bekend stond zo niet dan was de keus voor: "next best"'

DBC'S, COMPENSATIEREGELINGEN ONVOLDENDE, TE LAAG UURLOON

'De wet en regelgeving geeft de zorgverzekeraars alle macht de zorgverzekeraars hebben een slecht werkend systeem bedacht en allemaal eigen regeltjes. De belastingdienst weigert uitstel van betaling omdat dit de vrije concurrentie zou belemmeren. De DBC worden pas na een jaar betaald.'

DE GGZ ONTWRIGHT

'Veel langdurige zorg dus ook lang geen uitbetaling, je stopt ook geen behandeling omdat je geld nodig hebt (begin ik overigens wel over na te denken dus de overheid krijgt misschien toch haar zin).'

'Het valt me op dat er van de DBC's en ZZP's voor de chronische ouderenpsychiatrie geen enkele kostendekkend is. Welke verveelde bureaucraat heeft dit verzonnen.'

'Alle compensatieregelingen waar de minister op leunt en waardoor hij vindt dat het wel geregeld is, zijn onuitvoerbaar. Er is in twee jaar intensief overleg met hem nog geen keer geluisterd, met dramatische gevolgen.'

'De kosten in minuten voor het werk van een psychiater is sinds 1 januari gelijk aan de uitbetaling van andere medewerkers: stagiaires, verpleegkundigen, psychologen, enzovoorts. Verzekeraars: tel uit je winst. Voorbeeld: een uitgebreid psychiatrisch onderzoek betaalde vorig jaar ca. 800 euro, nu bestaat deze verrichting niet meer en is dus niet meer te declareren.'

FUSIES SLOKKEN GELD OP

'Teveel financiers (3 in plaats van tot voor kort 1). Ingewikkelde en ondoorzichtige regels en voorwaarden. De zogenaamde marktwerking heeft geleid tot veel fusies met alle financiële gevolgen vandien.'

'Te veel managers die ook nog een keer hun geld hoofdzakelijk uitgeven aan externe adviseurs. Prioriteit ligt bij de fusies en reorganisaties (geld kan niet op) Maar dit geld moet allemaal bij de patiëntenzorg vandaan komen.'

'Er moest door fusies van alles bij elkaar gevoegd worden en dan zou je denken dat wanneer er een manager weg gaat, je dat niet op hoeft te vullen, want die was in eerste instantie ook extra, maar dan is men er kennelijk al weer zo aan gewend dat men meent dat dat wel moet. Vreselijk.'

'De schaalvergroting door fusie, het naar boven tillen van managers en het aanbrengen van een nieuwe laag eronder, gevoegd bij de verminderde aandacht tijdens en door voorbereiden en implementeren van fusie, heeft van onze GGZ-instelling een uiterst onduidelijk iets gemaakt.'

TE VEEL MANAGERS

'Verschillende lagen van management en directie, daarbij nog verschillende aandeelhouders willen allemaal zoveel mogelijk de kip met de gouden eieren plukken, waardoor we heel wat veren hebben moeten laten.'

'Het zijn alle verschillende factoren die er een rol in spelen, maar het gevolg is dat er veel meer managers bij gekomen zijn die ten koste gaan van het geld wat wij op de werkvloer verdienen. Hoe meer managers, hoe meer overleg nodig is, wat geld kost. Er wordt nooit een manager ontslagen. Steeds meer managers die zich met van alles bemoeien wat niks oplevert alleen maar frustraties bij ons werkers, omdat ze ons vooral moeten controleren. Dat werkt onderlinge haat en nijd in de hand, in plaats van prettig samenwerken en elkaar ondersteunen.'

HOGЕ SALARISSEN VAN DE TOP

'Mensen nemen geen verantwoording voor hun 'fouten', zoals het niet meerekenen van de CAO-loonsverhoging van 3%. Wat voor ons op de vloer ook niet te verkroppen is, is het gigantische salaris van de Raad van Bestuur!!!! We hebben er eens naar gevraagd, en vervolgens zegt elke leidinggevende dat dat overhead is, of niet binnen zijn pakket valt. Ik merk dat ik er weer opnieuw woest van kan worden. Ik kan die lui eigenlijk niet eens meer zien!'

'Salarissen van de directie (top 5).'

'Incompetent grabbelmanagement.'

SLECHT MANAGEMENT

'Door een zeer wanordelijke organisatie, slecht management, onduidelijke procedures, waardoor medewerkers vastlopen of geen zin meer hebben om productie te draaien. verder slechte facilitering.'

DURE INTERIM-MANAGERS

'Er wordt steeds gemeld door management dat er mensen moeten worden ontslagen om de problemen op te lossen en een aanstaande fusie te kunnen laten doorgaan. Intussen stromen de interim managers in en uit.'

'Inhuren van managers die van toeten nog blazen weten, waardoor vervolgens nog meer inefficiëntie ontstaat en daardoor extra kosten.'

BUDGET LAGER DOOR WMO EN CONCURRENTIE

'Wmo brengt veel minder binnen en de zorgverzekeraars willen ivm met de marktwerking minder zorg in kopen (echter er zijn nauwelijks andere aanbieders, dus de cliënten wordt zo zorg onthouden).'

'Door de Wmo is de inkomsten van de instelling ernstig minder geworden, vorig jaar is er een behoorlijk verlies gedraaid. Dit kon worden opgevangen uit de reserve, maar het eind is in zicht.'

'Zorgverzekeraar bepaalde waar het geld heen gaat. Ernstig gekort op ambulante zorg, omdat een instelling van elders (ver weg) zorg heeft ingekocht, maar nog helemaal niets heeft in de regio om de zorg daadwerkelijk te bieden. Kortom patiënten komen nog naar onze instelling, maar kunnen minder goed geholpen worden omdat er minder geld is.'

OVERPRODUCTIE WORDT NIET BETAALD

'Door de steeds veranderende wetgeving is het moeilijk te begroten. Begroting moet eind van het jaar gemaakt zijn en pas in april daarop krijg je van het zorgkantoor te horen wat je verrichtingen hebben opgebracht en wat je uitbetaald krijgt. Overproductie wordt niet in alle gevallen vergoed, dat noemen ze marktwerking.'

DE GGZ ONTWRIGHT

‘Overproductie van 2007 om wachtlijst weg te werken, wordt in 2008 niet betaald door zorgkantoor. Dus moet uit eigen pot. Hard werken wordt dus afgestraft.’

TEGENSTRIJDIGE SYSTEMEN

‘Tegenstrijdige eisen van de verschillende controlesystemen: DBC, zorgkantoor, accountant, HKZ. Van de een moet je veel controleren en dus administratietijd spenderen, van de ander juist niet te veel, niet meer dan 30 procent. Zo word je steeds door of de hond of de kat gebeten.’

GEVOLGEN FINANCIËLE PROBLEMEN: VACATURESTOP EN SPAARGELD OPMAKEN

Er wordt vooral bezuinigd op zorg en mensen. De vrijgevestigden zien zich gedwongen hun spaargeld op te maken. Instellingen stellen een vacaturestop in. 356 vrijgevestigden en 1581 mensen uit instellingen beantwoordden deze vraag en vulden een of meer van de volgende onderwerpen in.

TABEL 28. MAATREGELEN VANWEGE FINANCIËLE PROBLEMEN

	vrijgevestigden		instellingen	
bezuinigingen	214	60%	1.218	77%
vacaturestop	70	20%	1.404	89%
ontslag van personeel	36	10%	582	37%
stoppen eigen praktijk	31	9%	-	
elders in loondienst treden	27	8%	38	2%
spaargeld aanspreken	216	61%	311	20%
lenen bij bank	94	27%	369	23%
lenen bij familie	77	22%	-	
anders*	81	23%	324	21%

*Anders is bijvoorbeeld de verkoop van eigendommen, het verhogen van de hypotheek of het stopzetten van de studiebijdrage of alimentatie.

Veel genoemd worden fusies en reorganisaties, sluiten van afdelingen, productieverhoging, in dienst nemen van minder gekwalificeerd personeel en betere (creatievere) registratie. Soms worden nieuwe afdelingen die veel geld moeten opbrengen, geopend, ook fondsenwerving en sponsoring wordt

genoemd. Bezuinigingen raken vooral het personeel: minder scholing, verhoging werkdruk, enz. 247 mensen lichten de gevolgen van de financiële problemen toe. Hieronder een overzicht.

BEZUINIGINGEN OP ZORG

'Er zijn grote tekorten binnen GGnet Zutphen. Allerlei bezuinigingsmaatregelen dreigen van arbeidstijd verkorting en samenvoegen van specifieke afdelingen en teams..en nog veel meer onheil boven ons hoofd en dus vooral boven het hoofd van de (aspirant) cliënt/patiënt/ bewoner.'

'In de nieuwe baan waar ik in loondienst werk in een RIAGG, wordt er sterk bezuinigd op personeel, therapieën en moeten we om financiële redenen therapieën schrappen, terwijl dat therapeutisch onverantwoord is. Het instituut zit financieel in zwaar weer.'

'Wel zeer ernstig want omdat er bezuinigd gaat worden op personeel en het behandelaanbod door minder mensen moet worden verzorgd en er behandelonderdelen verdwijnen, komt er een neerwaartse spiraal. De productie vermindert dus weer minder personeel. Er zal ook veel onrust onder de cliënten ontstaan.'

'Er gaat personeel uit, dreigt faillissement, er mag geen zorg meer geboden worden omdat we al de zorg hebben geboden die we in dit jaar mogen bieden en zelfs te veel, maar ik laat "mijn" gezinnen niet zonder zorg, natuurlijk.'

'Er zijn grote tekorten die nu nog met reserves gecompenseerd worden. Er is een vacature stop en er wordt bezuinig op preventie en projecten die ons concurrerend moeten maken volgens het principe van marktwerking, in de toekomst dus nog meer verlies en uitgekede zorg, ontwikkelingen bezig zijn met onderzoek/vernieuwingen kan niet meer.'

ZORG WORDT LOUTER BED EN BREAKFAST

'Flinke bezuinigingen met name op de werkvloer, waardoor de zorg uitholt. Als verpleegkundig team is er de grap dat wij op een bed & breakfast werken. Helaas is het wel waar, echt behandelen gebeurt er niet omdat daar de mankracht voor ontbreekt.'

'Bezuinigingen betreffen kosten op voeding en hygiëne besparen, die de cliënt dan zelf moet betalen. Deels begrijpelijk, maar niet altijd.'

'Schoonmaak is abominabel, lunch klanten verschaalt, huiskamers klanten ingepikt, goedkoper personeel aangenomen, koffiejuffrouw vervangen door automaat, vervangen door goedkopere automaat, studiegelden ingekort, productiedruk opgeschroefd, behandelvormen afgeschaft, collega's kwijt geraakt etc.'

INVESTERINGEN BLIJVEN ACHTER

'Uitstel van noodzakelijke investeringen in de praktijkruimte, om deze te laten voldoen aan de eisen die daaraan worden gesteld door verzekeraars en kwaliteitseisen vanuit de beroepsvereni-

DE GGZ ONTWRIJCHT

ging en beroepscode. Geen vakantie dit jaar; niet onoverkomelijk maar wel zuur. De levensstandaard is in zijn algemeenheid beduidend lager dan voorgaande jaren, ook dit is niet onoverkomelijk maar leidt wel tot een steeds groter wordende frustratie, ergernis en verlies aan arbeidsvreugde.'

'Sanitair in GGZ instelling kan niet worden vervangen, noodzakelijke voorzieningen worden uitgesteld tot betere tijden. Kortom als alles is verpauperd moet er veel tegenaan om de afdelingen weer leefbaar te maken, dit ten koste van de leefomgeving van cliënten.

BEZUINIGINGEN OP ARBEIDSVOORWAARDEN

'FWG procedure gebruikt om verpleging en begeleiding in schaal lager in te delen.'

'100 medewerkers komen in een andere, lagere functie terecht.'

'Geen deskundigheidsbevordering, bezuiniging op intervisie-uren, geen opleidingen mogen doen, waardoor bepaalde deskundigheid (systeemtherapie) verdwijnt als over een jaar de huidige collega's met pensioen gaan of om andere reden vertrekken. Heel veel onrust en onvrede onder personeel, kijken om zich heen en zoeken ander werk; blijft onvoldoende gekwalificeerd personeel over; mensen die weg zijn, komen niet terug.'

'Merk het bij ziekte personeel, meer opvangen door mij en andere collega's die dan ingezet worden daar waar het krap is, zodat er een negatieve cirkel van werkdruk ontstaat, of maar 2 groepen moeten draaien.'

'Groot tekort vorig jaar, wat betekent dat er nu bezuinigd gaat worden op bijvoorbeeld scholing voor het personeel, maar ook op voeding (geen A merken meer, etc).'

PRODUCTIE WORDT OPGEVOERD

'Management pusht ons tot verhoging van productie omdat het ernstig zou zijn. Feiten en cijfers ken ik niet.'

'Personeel wordt aangesproken op productie-eisen.'

'Hogere productie draaien, meer werkdruk, alleen op de werkvloer, management levert niks.'

'Er wordt bezuinigd op het personeel op de werkvloer, er wordt roofofbouw gepleegd op "de handen aan het bed".'

'We mogen "meedenken" aan hoe we doelmatiger/ goedkoper kunnen werken ten koste van cliënt en werknemer.'

'Bij ons kon een fulltime vacature voor een psychiater niet vervuld worden omdat van hoger hand werd besloten dat hier geen geld voor was. Dit houdt in de het werk, moet worden opgevangen door de overgebleven artsen, wat weer leidde tot verhoogde werkdruk, wat heeft geleid tot het overspannen raken van twee artsen, waardoor de werkdruk alleen nog maar meer toe nam. Ook is er bij de verpleegkundigen een stop op het gebruik van de werkwinkel, waardoor het verpleeg-

kundig personeel de klappen moet opvangen. Verpleegkundigen kunnen niet meer 3 aaneengesloten weken vakantie opnemen in de zomer periode. Ook is het aantal dagbehandelingplekken ingekrompen. Wat zal leiden tot wachttijden en wat ertoe leidt dat mensen onvoldoende zorg krijgen wat leidt tot terugval en hernieuwde opnames.'

VACATURESTOP

'Onze GGZ instelling mag geen nieuwe psychologen aannemen. Dit betekent in onze instelling dat de werkdruk onder de psychologen wordt verhoogd en dat we een wachtlijst moeten creëren. Wat ik klantvriendelijk vindt. Verder is er een stop op cursussen en congressen. Dit betekent dat de psycholoog zelf zal moeten betalen met betrekking tot de eigen ontwikkeling en het bijhouden van nieuwe therapievormen. Ik vind dit een uitholling van de deskundigheid.'

'Personeel wordt niet ontslagen maar men wordt gestimuleerd te vertrekken door een oprotpremie; geen invulling van vacatures; bezuinigingsacties.'

(DREIGENDE) ONTSLAGEN

'Onze directeur geeft aan dat de financiële problemen zo ernstig zijn dat mensen met korte contracten worden ontslagen en er ook een dreiging tot ontslag is van mensen met vaste contracten. Verder geeft hij aan dat het noodzakelijk is om te fuseren, terwijl de werknemers dit niet willen.'

'14 van de 40 medewerkers in één keer weg door het niet verlengen van hun jaarcontract. Werken onder "dreiging van een faillissement"'

'Er moeten op 300 fte. 35 fte. eruit, om quitte te spelen.'

'Met 2 jaar zijn we door de reserves heen (officiële toelichting RvB, geruchten gaan dat de verliezen een stuk erger zijn) deze zomer nog zullen er 80 fte. uitgaan.'

'De directie heeft het voornemen afgekondigd om 80 fte. te ontslaan, op dit moment lopen er onderhandelingen met de vakorganisaties.'

'Ik hoor dat sprake is van een tekort in de orde van miljoenen en dat gedwongen ontslagen dreigen te gaan vallen.'

LENEN OM SALARISSEN TE BETALEN

'Om de salarissen te kunnen betalen is er een lening afgesloten van 20 miljoen. Dit geld is eind augustus op. Het verschil tussen wat er binnen komt aan DBC en salarissen bedraagt voor 2008 30 miljoen. De bank wil vooralsnog niet de 10 miljoen bijlenen. Dit betekent een grote kans op faillissement. Voor 2008 beschikte de instelling over voldoende eigen vermogen en was financieel een van de gezondste instellingen. Het eigen vermogen is in januari en februari volledig opgegaan de salarissen.'

'Overgang naar DBC's en ZZP's betekent een financieel probleem; salarissen medewerkers moeten voor duur geld (rente) geleend worden, dit jaar 54 miljoen Euro.'

'We maken meer kosten dan begroot om de productie te realiseren. Dit komt omdat er te hoog ingezet is. Medewerkers halen geen 60 procent directe tijd. Hier zijn begrotingen wel op gebaseerd. Verder zijn er problemen met de facturatie. Omdat DBC's niet goed ingevuld zijn worden ze niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Omdat die ook niet meer bevoorschot maar alleen afgeronde DBC's betaalt gaan we er van uit 30 miljoen euro te moeten lenen om de lonen te betalen.'

'Er moet meer worden geleend bij een bank om de salarissen te kunnen betalen; dit is nog nooit vertoond. Het universitaire centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie is altijd een toporganisatie geweest zowel op financieel als op behandel- en inhoudelijk gebied.'

'Wat ik in de wandelgangen verneem is tamelijk ernstig. Er moet miljoenen geleend worden om de salarissen te kunnen betalen en uiteindelijk komt dat geld wel weer binnen maar de rente over die miljoenen moet de instelling zelf ophoesten.'

6.2. BUREAUCRATIE

De vragen over bureaucratie, werkdruk, arbeidsomstandigheden en kwaliteit van zorg zijn door bijna vijfduizend mensen ingevuld. Het algemene beeld is verontrustend. Hoge werkdruk, veel bureaucratie, een vermindering van de arbeidsomstandigheden en de kwaliteit van de zorg. Onrustbarend is ook dat veel mensen aangeven ander werk te zoeken (14 procent) of melden dat collega's gestopt zijn met hun praktijk of ontslag genomen hebben (20 procent).

ERVAART BUREAUCRATIE: 96 PROCENT

5.256 respondenten geven hun mening over bureaucratie, 96 procent ervaart veel bureaucratie. Deze respondenten hebben een of meer van de volgende items ingevuld.

TABEL 29. BUREAUCRATIE

Er gaat tijd verloren aan verantwoording, registratie en administratie	4.278	81%
Er moet worden voldaan aan nutteloze eisen en regels vanuit overheid, verzekeraars of instelling zelf	2.759	52%
Eisen en regels veranderen voortdurend waardoor het lastig is erop in te spelen	2.364	45%
Dwingende procedures en protocollen maken het moeilijk om cliënten snel en gericht zorg te geven	1.833	35%

2.318 mensen geven een toelichting op de bureaucratie. Enkele voorbeelden.

‘Eindeloos registreren van steeds kleinere details en als het niet in het systeem past dan “kan” het niet; meest idiote is dat je niet kunt registreren en declareren als na een psychiatrisch onderzoek iemand geen psychiatrische aandoening heeft. Patiënt is geen patiënt waarmee gefeliciteerd, het werk is voor niks, want je moet nu eenmaal een diagnose hebben, dan verzinnen we meestal iets stompzinnigs als een aanpassingsstoornis, want daar heeft iedereen wel eens last van en de baas kan incasseren, elke “scheet” moet geregistreerd. Elke medemens die een patiënt vergezeld moet geregistreerd als “nevencliënt” en dat brengt ook weer geld op; het liefste dus de hele familie mee want dan zien we meer mensen in dezelfde tijd; dit heb ik lang geweigerd, maar door de grote tekorten die de instelling nu heeft doe ik het wel, met veel schaamte en uitleg voor iets dat ik niet zelf doe, ik schaam me voor mijn handelen in deze.’

‘Het beschrijven van wat je doet kost enorm veel tijd, als je gewoon zou doen wat nodig was, zouden er veel meer cliënten geholpen kunnen worden. Het betreft onder meer het elektronische dossier, alle deelaspecten van het werk moeten worden beschreven, die dan weer getoetst moeten worden door een heel netwerk van medewerkers en controleurs (kwaliteitsmedewerkers) die ook weer moeten betaald worden van de directe cliëntenzorg. Een toenemend aantal, dat dit soort dodelijk vervelend werk moeten stroomlijnen, medewerkers er voor moeten motiveren en controleren etc. Procedures en aanmeldingen die eindeloos duren, formulieren die je in moet vullen voor de indicatiestellingcommissie met onbegrijpelijke en onnodige vragen voor indicatiestellingen, een tekort aan mankracht, waardoor enorme wachtlijsten ontstaan, voor ambulante zorg, maar ook geen opnameplaatsen als het nodig is bij crisis, waardoor je uren moet telefoneren om ergens een plaats te vinden. Uren waarin je dus geen cliënten kunt zien. Dat werkt overbelasting, ziekte en demotivatie in de hand en helpt zeker niet de kwaliteit van zorg te verbeteren of goedkoper te maken.’

VERANTWOORDING EN REGISTRATIE KOSTEN RUIM TWINTIG PROCENT VAN DE TIJD

Het percentage aan werktijd dat verloren gaat aan verantwoording, registratie en administratie werd door 4.131 mensen ingevuld. Voor ruim tweederde van de respondenten lag dat boven de 20 procent.

minder dan 20 procent	1.328	32%
20-30 procent	1.059	26%
30-50 procent	1.296	31%
50 procent of meer	448	11%
totaal	4.131	

‘Voor een aantal jaren terug ging 70 procent van de werktijd naar de patiënten. Tegenwoordig is dat andersom vanwege de administratie o.a. richting zorgverzekeraars (overbodig overigens). Ten tweede wordt er door management totaal niet gekeken naar de praktijk op de vloer en op een arrogante manier uitgemaakt, hetgeen dan weer tot gevolg heeft dat er werkdruk ontstaat op de werkvloer. Wat weer tot gevolg heeft dat er veel tijd verloren gaat naar een inefficiënte manier van werken en volkomen overbodig ingehuurd managers die het dan beter denken te weten maar niet zo is, immers kijken niet en verplaatsen zich niet in het praktische deel. Zware onderbezetting bij de zorginstelling waar ik en mijn vrouw bij werken.’

6.3. WERKDruk

HOGE WERKDruk

5.236 respondenten geven hun mening over werkdruk, waarvan 87 procent een hoge werkdruk ervaart. Deze respondenten hebben een of meer van de volgende onderwerpen ingevuld.

TABEL 31. WERKDruk

Veel kostbare tijd gaat op aan administratieve rompslomp	3.401	65%
De 'productiedruk' is hoog (meer cliënten moeten zien dan reëel is)	2.203	42%
Door bemoeienis van buitenaf wordt mijn professioneel handelen belemmerd	1.717	33%
Ik kan mijn cliënten nauwelijks nog de gewenste kwaliteit van zorg bieden	1.653	32%

1.691 mensen geven een toelichting bij de hoge werkdruk. Enkele voorbeelden.

'Hoge productieafspraken die nagekomen dienen te worden want anders is er gevaar voor eigen bestaan terwijl de patiënten zich in een voortdurende stroom aandienen, reflectie-tijd, ons meest kostbare instrument, is er nauwelijks of niet.'

'Elke maand krijg ik een uitdraai van mijn productie (grafiek), dat wil zoveel zeggen als dat ik mensen heb gesproken onder declarabele code, dat zegt niets over kwaliteit en therapieprocessen. Produceer ik niet genoeg kan ik opdraven. De behandelaars moeten steeds meer geld opbrengen om de toenemende managers en assistenten en administratie (overhead) te bekostigen. Bij te veel no-shows (cliënt komt niet opdagen) breng ik geen geld op, haal ik mijn productie niet, moet ik dat verantwoorden!'

'Productie is een erg op de voorgrond staand fenomeen in de organisatie waar ik werk. Het is erg lastig om kwaliteit te blijven bieden als er elke drie maanden een 'productiegesprek' in je agenda staat ingepland waarin enkel oog voor de cijfers is..'

6.4. ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

VERSLECHTERING ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

5.069 respondenten geven hun mening over de arbeidsomstandigheden, 89 procent ervaart een verslechtering van de arbeidsomstandigheden ten opzichte van enkele jaren geleden. Deze respondenten hebben een of meer van de volgende items ingevuld.

TABEL 32. ARBEIDSONSTANDIGHEDEN

Ik word alleen nog aangesproken op geld of productie en nauwelijks op inhoud van het werk	2.313	46%
Ik voel me minder verbonden met het grotere geheel	2.191	43%
Ik mis waardering voor het inhoudelijk werk	2.074	41%
Er is weinig tijd en geld beschikbaar voor deskundigheidsbevordering	2.073	41%
Fusies en organisaties	1.973	39%
Collega's zijn overbelast of overspannen	1.955	39%
Collega's die vertrekken of ziek zijn, worden niet vervangen	1.771	35%
Mijn werkplezier is afgenomen	1.730	34%
Het werkoverleg gaat te veel over niet-inhoudelijke zaken	1.688	33%
Er zijn conflicten tussen management en werkvloer	1.380	27%
De werksfeer is verslechterd	1.139	23%
Ik maak veel onbetaalde overuren	1.149	23%
Collega's zijn gestopt met hun praktijk of hebben ontslag genomen	996	20%
Ik heb/zoek ander werk	712	14%
Er is personeel ontslagen	530	11%

1.028 mensen lichten de verslechtering van de arbeidsomstandigheden toe. Hieronder enkele voorbeelden.

'We zijn verworden tot werkslaven, een jaargesprek begint steevast met de opmerking of je wel of niet je productie gehaald hebt. Niets over je integriteit kwaliteit, doortastendheid etc.'

'Mijn arbeidsvreugde neemt af terwijl het inhoudelijke werk op zich door toenemende ervaring in de loop der jaren juist boeiender is geworden.'

'Binnen de verslavingszorg was eerst sprake van een team waarin je werkt en er meer "wij-gevoel" was om het werk te klaren is nu iedereen op zijn eigen eilandje met zijn eigen productie bezig. Uitwisseling en dynamiek onderling is veel minder geworden en ook om van elkaar te leren (ook deskundigheidsbevordering) en op elkaar beroep te doen.'

'Als manager heb ik jaargesprekken gevoerd in 2007 met alle medewerkers. Ongeveer 85 procent van hen geeft aan dat hun werkplezier is verminderd door de registratie terreur. Zelf heb ik erg veel last van het wantrouwen dat ten grondslag ligt aan al deze ontwikkelingen. Alsof wij maar wat aanmodderen en proberen te frauderen. Schande!'

'Ik heb besloten mijn praktijk (en dus mijn carrière) te beëindigen. Ik vind dat ik in verhouding te weinig tijd meer kan besteden aan de inhoud.'

'Het ergste is dat het werken in de (Jeugd) AGGZ los zand is geworden. Mijn gedrevenheid en passie voor mijn vak is er feitelijk nog steeds maar moet wel afnemen anders dreigt overspannenheid of burn-out/depressie. Ook ik moet mijn hoofd buigen en mijn werk steeds meer zien als een kwestie van geld verdienen. Ik zie committent als zeer belangrijk maar merk om mij heen dat dit steeds minder het geval is.'

6.5. KWALITEIT VAN ZORG

AFNAME KWALITEIT VAN DE ZORG

4.963 mensen geven hun mening over de kwaliteit van de zorg, 88 procent ervaart een vermindering van de kwaliteit van de zorg ten opzichte van enkele jaren geleden. Deze respondenten hebben een of meer van de volgende items ingevuld.

TABEL 33. KWALITEIT VAN ZORG		
Er is minder tijd voor cliënten	2.967	60%
Er is minder ruimte voor maatwerk	2.517	51%
Er is minder aandacht voor cliënten	2.077	42%
Dure hulpverleners zijn vervangen door goedkopere en minder gekwalificeerde collega's	1.771	36%
De wachtlijst is toegenomen	1.424	29%
Cliënten moeten om administratieve redenen soms langer wachten op behandeling dan nodig is	1.417	29%
Er zijn goede behandelprogramma's stopgezet of uitgekleeft	1.248	25%
De behandeling stopt om administratieve redenen soms eerder dan wenselijk is	890	18%

1.257 mensen geven een toelichting op de kwaliteit van zorg.

'Steeds meer gediplomeerde collega's verdwijnen, en wij krijgen daarvoor in de plaats (goedkope) collega's uit diverse projecten zoals "langdurig werklozen", allochtonenprojecten, enz. Helaas blijkt dat deze collega's niet uit eigen wil zijn gekomen en vaak niet gemotiveerd zijn, en snel afhaken. Met als gevolg weer met voorlopige invallers werken, nieuwe ongemotiveerde collega's inwerken enz. Kost erg veel tijd en energie wat weer ten koste gaat van "handen aan het bed".'

'Binnen de psychiatrie heb je te maken met mensen die veel moeite hebben om aan te haken, een binding aan te gaan en dus behandeling aangaan. Dit hoort mijns inziens helemaal bij de problematiek van veel cliënten die in hun vroege jeugd verlaten, verwaarloosd, misbruikt en ongewenst zijn. Het kost uit mijn ervaring vaak twee jaar voordat iemand echt aan behandeling toekomt. Daarvoor is het uitproberen van de relaties, wantrouwen en terugval een deel van het proces. Dat wordt niet meegenomen in de DBC's.'

'Vroeger kon je bij bemoeizorg een middag uittrekken om ergens contact op te bouwen, daar hoef je nu niet meer mee aan te komen, ook had je meer tijd om gedegen een intake te doen, nu moet het binnen een bepaalde tijd en werk je een batterij vragen, want na een uur wacht de volgende cliënt al weer. Ook is het netwerken, de dienstverlening aan banden gelegd en als het tegen zit kun je in relatie met andere beroepsgroepen geen stem meer zijn in een signaleringsoverleg.'

OORZAKEN TOENAME WACHTLIJST

Bijna een op de drie respondenten meldt een toename van de wachtlijsten. Op de vraag wat de oorzaken van deze toename zijn gaven 889 mensen een toelichting.

TOENAME VRAAG (25 PROCENT).

De vraag is toegenomen als gevolg van de prestatiegerichte maatschappij, de toenemende individualisering en het verwaarlozen van de zwakkeren in de samenleving. Sommigen noemen ook de opname van de eerstelijnspsycholoog in het pakket, de toename van outreachend beleid of het verminderen van het taboe op psychologische aandoeningen.

'Ik denk dat het een maatschappelijk probleem is. Mede door de 24-uurs economie moeten ouders meer werken, daardoor hebben ze minder tijd voor de opvoeding van de kinderen.'

'Mensen trekken het niet meer en raken vaker overwerkt of depressief.'

'Een deel van de mensen is niet meer opgewassen naar wat de maatschappij vraagt.'

'Wat doen wij verkeerd in onze resultaatgerichte maatschappij.'

'Veel levensproblemen worden gepsychiatriseerd.'

DE SLECHTE DOORSTROMING

Het te snel weer ontslaan of ondermaatse behandeling of wachtlijsten elders (CIZ bijvoorbeeld) is volgens tien procent een van de oorzaken.

'Mensen blijven hangen tot er ergens plek is, soms jaren.'

'Draaideurverschijnselen. In de grote GGZ-instellingen worden cliënten veel te snel weer naar buiten gewerkt: alles moet korter, sneller en goedkoper. Na verloop van tijd komen ze dan met verergerde problematiek bij de vrijgevestigden. Wij zijn zo langzamerhand het afvoerputje voor de moeilijke gevallen.'

'Er wordt te veel op algemene basis behandeld met aandacht voor symptoomreductie waardoor draaideurcliënten ontstaan.'

TOENAME BUREAUCRATIE (RUIM 35 PROCENT)

Ingewikkelde intakeprocedures, slechte en te veel managers en reorganisaties zijn belangrijke oorzaken van de toename van de wachtlijsten.

'Je huivert soms voor nieuwe klanten en alle regelzaken die daar weer bij komen kijken.'

'Ik bemerk bij mezelf een tendens op te zien tegen een nieuwe cliënt omdat er zoveel administratie juist in het begin moet worden gedaan.'

'De afgelopen 5 jaar zijn we verzeild geraakt in een continue reorganisatie. Een fusie, nieuwe teams, steeds hoger opgeschroefde eisen wat betreft verslaglegging en registratie, controle over controle over controle.'

'Beleid is niet duidelijk. Men verschuilt zich te veel achter de overheid en neemt te weinig stelling waar men voor wil staan. Men voelt zich in toenemende mate minder verantwoordelijk omdat men te weinig naar de werkvloer is gaan luisteren en met hun inzet en ideeën te weinig heeft gedaan.'

ONVOLDOENDE (GEKWALIFICEERD) PERSONEEL (27 PROCENT)

Te veel werken met tijdelijke krachten, te weinig groei mogelijkheden, bezuinigingen of beperkte productieafspraken met verzekeraars of zorgkantoren. Daarnaast noemt ruim elf procent het vertrek van personeel, waarvan de helft zelf stopt of ontslag genomen heeft. Nog eens vier procent noemt de verhoogde werkdruk of andere bezuinigingen op het personeel.

'Veel van mijn collega's zijn gestopt, starters zijn niet voor zichzelf begonnen en anderen zijn keihard failliet gegaan.'

'Onze medewerkers zijn stuk voor stuk zeer begaan met de patiënten en die zullen er niet snel onder lijden. Maar wij krijgen wel steeds de verwijten dat we de productie niet halen.'

'De organisatie beperkt de fte.'s omdat teams niet aan hun productie toekomen: dat betekent weer minder productie: perpetuum mobile.'

MARKTWERKING GEEN OPLOSSING VOOR WACHTLIJSTEN

'Er is gewoon een tekort en dan voert men zoiets als marktwerking in terwijl er voor ons geen sprake is van keuze of markt maar erg hard werken zonder vergoedingen.'

'Er is een sterke tendens om uitsluitend symptoomgericht te werken met protocollaire behandelingen uitgevoerd door jonge medewerkers.'

'Bureaucratie en verzuiling in de zorg omwille van de marktwerking. Veel meer gericht op oppervlakkige behandelingen die minder geld kosten dan op complexe problemen, dit levert te weinig op.'

'Mensen met chronische problematiek zijn onrendabel, dus zorginstellingen wijzen deze mensen af.'

'De voordeur openhouden en intakes doen geeft meer geld. Hierdoor blijft de voordeur open en komt een enorme wachtlijst intern voor behandeling.'

'Er wordt steeds minder gekeken naar kwaliteit en wat mensen nodig hebben en toenemend naar geld.'

GELD BELANGRIJKER DAN KWALITEIT

4.334 mensen hebben een mening over de oorzaken van het verlies aan kwaliteit en hebben een of meer van de volgende onderwerpen ingevuld.

TABEL 34. OORZAKEN KWALITEITSVERLIES

geld is belangrijker geworden ten koste van de cliënt	3.657	84%
bemoeienis van buitenaf met inhoud zorg	2.652	61%
marktwerking heeft negatieve invloed	2.518	58%
interne organisatieproblemen	2.652	45%

Het moet korter, goedkoper en steeds meer standaard ofwel confectiezorg. Onrendabele programma's worden stopgezet. Als voorbeelden van gestopte of bedreigde behandelingen worden genoemd: speltherapie, klinische psychotherapie, vormen van preventie zoals life-style interventie, voorlichting aan patiënten en familiedeeltijdbehandeling, muziektherapie, polidagkliniek, dagbehandeling, psychologisch testonderzoek, nazorg, dagbesteding, outreachende zorg, rehabilitatieprogramma's, KOPP groepen (kinderen van ouders met psychiatrische problemen), huisbezoeken, afdeling autisme, langdurige groepstherapieën. 801 mensen gaan in op de oorzaken van het stoppen met behandelprogramma's.

HET MOET KORTER

Het gaat steeds meer om productie, om sneller behandelen. Volgens veel respondenten is er een tendens naar kortere en goedkopere behandelingen. Groepstherapie is al snel niet meer rendabel en wordt gestopt bijvoorbeeld bij minder dan vier deelnemers. Behandeltijden worden gemaximeerd en behandelingen worden geconcentreerd waardoor patiënten verder moeten reizen.

Het draait vooral om geld. Het gaat om budgetten en targets die gehaald moeten worden om de zorgverzekeraar tegemoet te komen.

'Kort behandelen levert meer geld op. Dus snelle hap/snap behandeling en uitschrijven maar weer. Kans op herhaling is dan zeer groot, maar levert weer nieuwe intakes op en dus meer geld. Een slechte zaak.'

Alles moet sneller, korter en goedkoper. Niet of half behandelde cliënten kosten op andere plekken in de samenleving scheppen met geld.'

'Groepen mogen alleen gedraaid worden met tien deelnemers omdat dit pas financieel rendabel zou zijn.'

HET MOET GOEDKOPER

Dure gekwalificeerde mensen gaan eruit, goed werkende teams vallen uit elkaar en ieder gaat voor zichzelf verder. Ook samenwerking tussen GGZ-instellingen stopt ten behoeve van concurrentie.

'Psychotherapeuten zijn massaal vertrokken uit de GGZ. Gevolg 'behandeling' is begeleiding of pillen.'

'De goede, ervaren en hoger geschoolde psychologen, psychiaters en psychotherapeuten zijn massaal vertrokken uit de instellingen. Dit mag een exodus worden genoemd. Kennis verdwijnt, niveau daalt.'

'Elke behandelafdeling moet financieel zijn broek ophouden. Vroeger werd een afdeling in stand geholpen door andere afdelingen, was er een vorm van solidariteit omdat je met z'n allen vond dat aanbod van zo'n behandeling van belang is voor cliënten.'

DEZE ZORG WORDT EEN SOORT FASTFOOD-GGZ

Er worden zorgpakketten samengesteld in het kader van DBC's, hierdoor kan er minder worden ingespeeld op de vragen van patiënten.

'Het is eentonig afdraaien van hetzelfde liedje'

'We werken voornamelijk met protocollen, terwijl elke aanmelding uniek is en niet te gieten is in eenduidigheid die protocollen met zich meebrengen.'

'We zijn lopende band medewerkers aan het worden. Dit ga ik echt niet tot mijn 65 jaar trekken.'

'De zorg wordt teruggebracht naar medicijnen als voornaamste therapie. Andere therapieën zijn wegbezuinigd. Ook veel andere zaken binnen de activiteitenbegeleiding zijn verdwenen en gemarginaliseerd door de marktwerking/verzakelijking in de zorg.'

'Controle heeft geleid tot een keurslijf waarin de behandelaar zijn programma af moet draaien waaraan ook nog eens een tijdslimiet verbonden is.'

DE GGZ ONTWRIJCHT

'Alles moet in protocollen en mootjes gehakt worden om te voldoen aan de eisen. Het geheel van de patiënt mag niet meer behandeld worden. Immers de gehele patiënt zou niet meer bestaan. Hij is slechts een lijstje cijfers op een DSM-lijst.'

'Het evidence\spook waart rond terwijl er geen aandacht is voor practice based evidence. Principieel gesproken waanzinnig.'

'Evidence bases werken is een fantasie. Natuurlijk zijn er overeenkomsten tussen mensen, maar iedere patiënt heeft een eigen programma nodig.'

'Men vindt alleen cognitieve gedragstherapie evidence based. Men handelt vanuit een natuurwetenschappelijk denken en bij menswetenschappen kan dat niet. Wat de mens tot mens maakt doet niet meer mee.'

'De terreur van de zogenaamde evidence based behandeling, die in keurige academische setting ontwikkeld is bij cliënten met eenvoudige problematiek.'

ONRENDABELE BEHANDELINGEN WORDEN GESTOPT

Nuttige behandelingen die geen geld opbrengen worden gestopt. Er wordt voortdurend gekeken of een programma wel rendabel is. Kwalitatief goede producten die te duur zijn, worden in de strijd om de concurrentie opgegeven en stopgezet. Behandelingen passen niet in de DBC-systematiek of PsyQ slokt een en ander op. Complexe en langdurige behandelingen staan onder druk.

'Het adolescententeam en het Transculturele team moeten stoppen vanwege de invoering van PsyQ.'

'Pas bijvoorbeeld niet in DBC's, levert niet genoeg productie op.'

'Goed lopende afdelingen zoals sociale psychiatrie zijn gesloten of ondergegaan in PsyQ of IMR-teams.'

'Door de invloed van de zorgverzekeringen worden goed werkende en lopende behandelingen uitgekleeft en gestopt waaronder langdurige dagbehandeling voor mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornis.'

'Wij hadden een goedlopende deeltijd voor agressiegerelateerde problematiek. Echter deze cliënten komen niet vanaf de eerste dag keurig. Deze voorziening werd dus te duur.'

'De babymoeder unit. Verwijzers staan hierom te springen, grote vraag en behoefte aan (psychiatrische moeder wordt met baby opgenomen om hechtingsproces goed te laten verlopen).

We krijgen er weinig DBC-gelden voor terwijl er speciaal opgeleid personeel voor ingezet moet worden.'

ZORG UITGEKLEED TOT BED EN BREAKFAST

'Ik werk klinisch, hier is een dagprijs per bed. Alles wat je doet levert dus niets op. Mijn afdeling is volkomen uitgekleeft. Mensen zitten opgesloten zonder wat dan ook.'

‘Er zijn afdelingen waar patiënten opgenomen zijn zonder dat er een zogenaamd behandelprogramma is. De behandeling bestaat louter uit een bed, eten en drinken en medicatie. Een grote groep patiënten rookt (blowt), hangt op bed, kijkt TV, ouwehoert en maakt ruzie.’
‘Door enorme bezuinigingen op de werkvloer kan alleen maar bed en breakfast worden gegeven.’

6.6. VERSNIPPERING VAN ZORG

In totaal 1.221 mensen hebben in hun werk te maken met versnippering van de zorg als gevolg van de verschillende financieringsstromen. Dat zijn de AWBZ, de Zorgverzekeringswet, de Wmo en justitiële gelden.

Omdat dit anders kan uitpakken voor vrijgevestigden en mensen uit instellingen zijn deze twee groepen apart bekeken.

ERVAART PROBLEMEN DOOR DE VERSNIPPERING VAN DE ZORG

Ruim 80 procent van de vrijgevestigden en de mensen uit instellingen ervaren problemen met de versnipperde zorg. 250 mensen geven een toelichting op de problemen door de knip. Een overzicht.

DE SAMENWERKING WORDT MINDER

‘Voorheen kon ik goed samen werken met andere instanties nu moet overal een indicatie voor komen.’

‘Er is slecht nagedacht over de gevolgen van de knip voor de taken preventie en dienstverlening. We zien binnen de GGZ dat de uitvoering van deze activiteiten steeds meer onder druk komen te staan. De taken preventie en dienstverlening zoals uitgevoerd door GGZ-instellingen (en zijn voortgekomen uit het RIAGG) zijn activiteiten waarmee de GGZ zich maatschappelijk verbindt, het is het cement tussen een GGZ-organisatie en allerlei gezondheids-, maatschappelijke-, onderwijs- en openbare orde organisaties. Haal je het cement weg dan valt het bouwwerk uit elkaar en blijven de losse onderdelen over.’

HET WORDT ALSMAAR GEkomplICEERDER

‘De versnippering maakt het onoverzichtelijk en ondoorzichtig. Het wordt steeds complexer wie je moet aanspreken voor wat en daar gaat veel tijd in zitten.’

DE GGZ ONTWRICHT

'In plaats van 1 betaler waar je kunt declareren zijn het er nu tientallen.. dit kost veel meer tijd.'

'Ouderenspsychiatrie maakt gebruik van Zvw, AWBZ en Wmo en een oudere fladdert van de ene in de andere financieringsvorm.'

'Afdeling A moet afdeling B geld betalen om gebruik van een vergaderruimte te mogen maken, of van een beamer. Kan het zotter binnen een instelling?'

DE TOEGANKELIJKHEID VERMINDERT

'Cliënten krijgen plots hoge kosten doorberekend in de diagnostische fase van de behandeling die vroeger geheel ABZ gefinancierd waren. Rem op gang naar gezondheidszorg: later komen als problemen ernstiger zijn /verslechterd/ uit de hand gelopen.'

'Eerste lijnszorg zit wel in basispakket maar met eigen bijdrage: het is dus duurder geworden. Het was gratis (AWBZ) en toegankelijk, nu minder toegankelijk en te korte tijd (8 sessies) om voldoende mensen goed te kunnen behandelen (bijvoorbeeld preventie/terugval is weinig tot geen tijd voor, je kunt ook geen psychiater meer consulteren enz). Vermindering van kwaliteit en grotere kans op terugval en dus meer kosten dus uiteindelijk..'

DE VERSCHILLENDE FINANCIERINGEN ZIJN NIET OP ELKAAR AFGESTEMD

'DBC en ZZP komen niet met elkaar overeen. Er is hier sprake van combinatie van psychische en somatische problematiek, terwijl er maar op 1 vlak wordt gefinancierd (ofwel psychiatrisch ofwel somatisch).'

'Elke financieringsbron vraagt weer een eigen manier van verantwoording.'

'Versnippering is zeer nadelig voor cliënt én hulpverlener. Meer aanvragen, meer formulieren, verschillende maatstaven, onkunde en onbegrip (WMO), het kost allemaal veel meer tijd, veel meer energie en frustratie.'

ER IS VOORAL EEN RUN OP DE MARKT

'Managers willen 'nieuwe markten'gaan bedienen en bedenken van alles met leuke nieuwe websites, verbouwingen, verhuizingen etc. Kost een hoop geld.'

'Projecten worden bedacht waarvan men denkt dat het geld genereert ipv dat met vanuit de inhoud projecten bedenkt.'

AFSCHUIVEN VAN DE ZORG VANWEGE KNIP IN FINANCIERING: 66 PROCENT

De wijze van financieren leidt tot afschuiven van de verantwoordelijkheid in de zorg, het verdwijnen van voorzieningen en problemen in de samenwerking en/of afstemming.

TABEL 35. AFSCHUIVING ZORG

	allen	vrijgevestigden	instellingen
ja	579 66%	101 52%	478 71%
nee	292 34%	94 48%	198 29%
totaal	871	195	676
geen mening	287	53	234

Voorals mensen uit instellingen ervaren problemen met het afschuiven van zorg, ook ruim de helft van de vrijgevestigden ervaart deze problemen. 159 mensen lichten hun ervaringen met dit afschuiven toe. Een overzicht.

AFSCHUIVEN VAN LANGDURIGE ZORG

'Patiënten moesten weg van onze afdeling omdat ze naar langdurige zorg afdeling (AWBZ betaald) moesten, daar kunnen ze onze patiëntenstroom niet aan en nu is er geen zorg voor hen (ze kunnen niet in verband met wachtlijst bij ander afdeling terecht en mogen niet meer bij onze afdeling die uit Zvw betaald wordt).'

'Verwijzen naar andere instellingen omdat de behandeling te lang zal gaan duren.'

AFSCHUIVEN COMPLEXE ZORG

'Lastige gezinnen verwijzen naar Bureau jeugdzorg in plaats van zelf te gaan behandelen/ begeleiden.'

'Zware en gecompliceerde cliënten worden doorgeschoven.'

'Wij krijgen nogal eens zeer zorgintensieve patiënten ter overname die niet als zodanig worden aangemeld en vervolgens na constatering langer blijven omdat andere instellingen niet staan te trappelen deze patiënten over te nemen.'

'RIAGG die patiënten doorverwijst omdat huisbezoeken te duur zijn en te veel tijd kosten.'

'"Dure" zorgintensieve patiënten dreigen dupe te worden. Nieuwe aanbieders richten zich vooral op de lichte patiënt.'

AFSCHUIVEN VAN JONGEREN

'Jongeren werden gewoon door het management "uitgeschreven". Jongeren mochten soms

DE GGZ ONTWRICHT

alleen gezien worden in termen als “tik op de ruit” contact. Dit leverde voor hen veel onrust op, terwijl er al zoveel hechtingsproblematiek speelde.’

‘Ik heb meer last van het feit dat BJZ (Bureau Jeugdzorg) zaken naar de psychiatrie schuift omdat ze niet in staat zijn de te korten binnen BJZ op te lossen.’

AFSCHUIVEN NAAR VOORLIGGENDE VOORZIENING

‘CIZ hanteert strenge regels voor toewijzing indicaties als sprake is van een voorliggende voorziening, bijvoorbeeld. Gemeente, WSW, UWV. Hierdoor krijgen cliënten vaak geen zorg, die zij wel nodig hebben.’

AFSCHUIVEN IN VERBAND MET ZZP

‘Wel op beleidsniveau. onderscheid ZZP B en C-bedden is daar een voorbeeld van. De AWBZ zal meer C-bedden willen, verzekeraars zullen meer B-bedden willen.’

‘Geld wordt de maatstaf en niet meer de inhoud /hulpvraag. Verzorgingshuizen willen dat mensen gescreend worden door de GGZ omdat ze dan mogelijk een hogere ZZP krijgen!!’

‘Lage ZZP’s leveren niets op, inzetten op cliënten met zwaardere ZZP’s.’

AFSCHUIVEN NAAR THUISZORG OF EERSTE LIJN

‘Omdat wij niet genoeg tijd meer hebben, werk wat we beter zelf kunnen doen uitbesteden aan bijvoorbeeld thuiszorg.’

‘We verwijzen momenteel erg veel cliënten naar de eerste lijn; soms kan dit ook wel echter vaak wordt dit nu ook gedaan bij tamelijk ernstige problematiek. Volgens mij allemaal veel duurder; komen uiteindelijk toch wel bij ons terecht. Na een lange omweg die veel geld gekost heeft.’

VERDWIJNEN VAN VOORZIENINGEN OF WERKSOORTEN VANWEGE DE KNIP: 81 PROCENT

Opnieuw geven veel respondenten aan dat voorzieningen verdwijnen (zie ook kwaliteit van zorg). Omdat geld belangrijker is geworden dan kwaliteit zoals al eerder bleek. Maar het heeft ook te maken met de verschillende financieringsstromen en de daarmee gepaard gaande versnippering van de zorg. Het zijn vooral de mensen uit instellingen die ervaringen hebben met het verdwijnen van voorzieningen, ook de grote meerderheid van vrijgevestigden ervaart hiermee echter problemen.

TABEL 36. VERDWIJNEN VOORZIENINGEN

	allen	vrijgevestigden	instellingen
Ja	751 81%	116 61%	635 86%
nee	178 19%	73 39%	105 14%
totaal	929	189	740
geen mening	223	59	164

Preventie- en dienstverlening en consultatie verminderen, evenals dagactiviteiten, maatschappelijk werk en vervoer voor cliënten. De (Arbeids-)rehabilitatie staat onder druk. Evenals het psychologisch onderzoek en langdurige psychotherapie.

De expertise van teams voor specifieke doelgroepen vervalt. De verpleging wordt uitgehold en op sommige plaatsen worden SPV'ers vervangen door gewone verpleegkundigen. Vaak worden niet-direct cliënt gebonden contacten (zoals het zoeken van afstemming met andere zorgverleners) niet meer vergoed.

247 mensen lichten hun ervaringen met het afschuiven van voorzieningen of werksoorten toe. Een overzicht.

FINANCIEEL ONRENDABEL: OPHEFFEN

'Behandelvormen die zinvol zijn worden opgeheven omdat ze "niet rendabel zijn". Zeer triest is de opening van een nieuwe "financieel rendabele afdeling" voor een soort problematiek waar in de regio helemaal geen behoefte aan is, terwijl de oorspronkelijke afdeling voor reguliere psychiatrie, waar in de regio heel veel behoefte aan is, opgeheven is. Die nieuwe afdeling levert meer geld op (en dat zullen we nog wel eens zien, of dat zo is). De psychiatrische cliënten uit de regio moeten nu een grote afstand reizen, voor opname, dagbehandeling, etc.'

SPECIALISMEN VERDWIJNEN

'Het lijkt er op dat de grote instellingen vrijwel geen psychotherapie meer aanbieden terwijl er juist behoefte bestaat aan psychotherapie voor persoonlijkheidstrekken of stoornissen. Er is vrijwel niet meer te verwijzen, de grote instelling hebben hiervoor een wachttijd tot 2 jaar! De indruk, als verwijzer naar die instellingen, is dat het kwaliteitsniveau daar afneemt en iedereen in die kortdurende groepjes wordt gedwongen.'

'Het verdwijnen van psychoanalytische behandelingen en psychoanalyses omdat het te langdurende behandelingen zijn. Met als gevolg dat de patiënten steeds weer terugkomen en opnames verslinden, of verdwijnen en allerlei behandelingen gaan zoeken en niet geholpen worden. Het

DE GGZ ONTWRICHT

verdwijnen van goedlopende behandelingen (volgens richtlijnen) met goede resultaten, evidence based om een goedkoper modulaair aanbod te doen, die tot op heden nog niet van bewezen kwaliteit is, de fragmentatie bevordert voor mensen die al weinig structuur hebben en alles in losse delen ervaren.'

GESPECIALISEERDE BEHANDELINGEN VERDWIJNEN

'Het verdwijnen van gespecialiseerde therapieën op onze afdeling (kunstzinnige en drama therapie) omdat het niet binnen de doelstelling van afdeling past. (afdeling acute psychiatrie).'

'Geen vaktherapeuten meer en hierdoor veel minder aanbod van therapieën voor de patiënten.'

'Veel projecten ter innovatie staan erg onder druk in verband met het veranderende financiering stelsel alsmede voorzieningen voor cliënten, hierbij valt te denken aan uitholling van het aanbod van vaktherapie (zeker bij cliënten die 1 op 1 begeleiding nodig hebben).'

'Bijvoorbeeld het doen van inhoudelijk onderzoek binnen de instelling; daar is door de werkdruk veel minder draagvlak voor.'

'De goed werkende interne NVVP- toetsingscommissies voor de diagnose en het behandelplan, bij een behandeling op voet van de AWBZ-vergoeding, zij opgeheven.'

BELEID VOOR SPECIFIEKE GROEPEN VERDWIJNT

'De afdeling voor getraumatiseerde vluchtelingen wordt voor een deel ontmanteld.'

'Bijvoorbeeld de opheffing van borderline-klinieken. In het algemeen de mogelijkheden voor langdurige zorg.'

ACTIVITEITEN WORDEN UITGEHOLD OF VERDWIJNEN

'Activiteiten voor psychiatrische patiënten buiten de instelling bijvoorbeeld zorgboerderij, geen subsidie meer.'

'Activiteitenaanbod voor patiënten staat onderaan de ranglijst, evenals tien jaar geleden liggen ze de hele dag op bed.'

'Minder extras op de opname afdelingen bijvoorbeeld zwemmen afschaffen, de patiënten de hele dag aan hun lot overlaten op de Medium Care afdeling.'

DE PREVENTIE WORDT BEDREIGD

'Loskoppelen van preventie en curatie verwoest bestaande netwerken.'

'Consultatie aan scholen, andere hulpverleningsinstellingen en kinder- en huisartsen is drastisch beperkt.'

JONGERENPROJECTEN ONDER DRUK

‘Door overheveling naar Wmo is jongerensoos autisme niet meer mogelijk.’

‘Veel jongeren die ambulante behandeling nodig hebben voor ADSH, softdrugs en alcohol worden nergens geholpen, hiermee produceert men zwerfjongeren en nieuwe probleemgroepen.’

VERPLEGING UITGEHOLD

‘Het risico is levensgroot dat we weer cliënten langdurend moeten separeren omdat individuele verpleging niet meer kan worden toegepast.’

‘Arbeidsintensieve vormen van zorg en verder ook groepstherapieën. Werken met lastige cliënten met veel ‘no show’ is een probleem, want als er geen contact is geweest wordt er ook niet of minder uitbetaald.’

‘Werk van SPV’ers is enorm afgekald, geen tijd meer voor huisbezoeken.’

PROBLEMEN MET AFSTEMMING VANWEGE DE KNIP: 66 PROCENT

Vooral mensen uit instellingen ervaren problemen met de knip, ook bijna de helft van de vrijgevestigden ondervindt problemen.

TABEL 37. AFSTEMMINGSPROBLEMEN			
	allen	vrijgevestigden	instellingen
ja	576 66%	91 49%	485 71%
nee	290 34%	96 51%	194 29%
totaal	866	187	679
geen mening	284	60	224

De instellingen gaan meer voor zichzelf, multidisciplinair overleg wordt minder. Voor overleg is er sowieso steeds minder tijd, de uren kunnen bovendien vaak niet gedeclareerd worden. Samenwerking past niet binnen concurrentie. Iedereen probeert de verantwoordelijkheid bij een ander te leggen.

164 mensen geven een toelichting op de problemen met de afstemming. Een overzicht.

MARKTWERKING EN CONCURRENTIE ZIJN FUNEST VOOR SAMENWERKING

‘Marktwerking is funest voor de samenwerking, men wil de cliënt voor zichzelf hebben om er zo veel mogelijk aan te verdienen. Hier is de cliënt zelf echt niet bij gebaat.’

DE GGZ ONTWRIGHT

'Afstemming met andere aanbieders en sectoren is moeizamer eigen belang bepaalt de actie niet het belang van de patiënten.'

'Doordat iedere afdeling zich bezig houdt met productie en regelgeving en angst dat er tekorten zullen ontstaan, is er een slechte onderlinge communicatie wat zichtbaar wordt in de multidisciplinaire samenwerking.'

'Opdracht vanuit Raad van Bestuur: gebied veroveren: dus ook subsidie binnenhalen van gemeenten waar meerdere GGZ instellingen zijn. Met een daarvan werkten we eerder zeer nauw samen: dat kan nu niet meer door de marktwerking: ook de andere GGZ heeft opdracht tot gebiedsverovering.'

'Zowel intern als extern is concurrentie ontstaan waardoor samenwerking die perfect was nu niet meer bestaat.'

'Zelfs binnen onze grote GGZ-instelling zijn binnen een jaar vele schotten ontstaan en samenwerkingsproblemen rond de zorg voor bij zeer complexe cliënten.'

DBC'DEREN MAAKT SAMENWERKING MOEILIJK

'Als psychiater werk ik in een groepspraktijk met 14 disciplines en multidisciplinaire samenwerking, die komt onder druk te staan door de DBC's. De voorheen zelfstandige praktijken moeten nu sommige verrichtingen samen in een DBC doen, wat de afhankelijkheid doet toenemen.'

'De arbeidstherapeut is niet meer verbonden aan de afdeling dus mag niet even vijf minuten extra besteden voor overleg. Dat moet extra gedeclareerd worden. Bezopen dus.'

'Ik kan niet meer zo gemakkelijk samen met een psycholoog of SPV'er van een andere praktijk of instelling een patiënt behandelen; we zouden onderling moeten gaan verrekenen.'

SAMENWERKEN IS TE DUUR

'Afstemming kost tijd en geld en dus doe je dat zo min mogelijk. Zeker met andere GGZ-instelling die ook concurrent is.'

'Multidisciplinair werken wordt als te duur ervaren en weggeorganiseerde medewerkers hebben nauwelijks tijd voor rustig overleg.'

PROBLEMEN IN DE JEUGDZORG

'Er is meer scheiding gekomen tussen jeugdzorg en jeugd-GGZ. Dat geeft afstemmingsproblemen en meer bureaucratie. Jeugdzorg gaat meer indicaties doen, wat per definitie meer problemen oplevert omdat ze niet altijd kundig genoeg is om goede indicaties te geven, dus daar moet de GGZ dan weer extra tijd aan besteden om jeugdzorg in te fluisteren wat ze moeten doen. En overhevelen van informatie kost extra tijd. Zonde!'

'Kwetsbare emcg kinderen zijn hiervan de dupe. Gaat over zoveel schijven en de zorg voor deze kinderen is veel complexer dan men er geld voor over heeft. Ze kunnen toch niks voor de maatschappij betekenen en kosten alleen maar geld.'

AFSCHUIVEN VERANTWOORDELIJKHEID

'Samenwerking multidisciplinair verloopt hier moeizaam. Het lijkt wel of iedereen het te druk heeft; soort van afschuif-systeem?? Ad-hoc beslissingen waar die ander dan weer niet verantwoordelijk voor is.'

'Door Wmo en AWBZ en Zvw is het lastiger om regie op zorg te behouden, door veel verschillende personen en door verschillende indicatiesystemen.'

'Particuliere praktijken, maar ook GGZ-instellingen, eigenlijk onze hele Nederlandse GGZ-hulpverlening, die in vele decennia is opgebouwd, dreigt teloor te gaan.'

6.7. TWEEDELING

Bij schaarste bestaat het risico dat mensen die de weg weten, mensen met geld of een werkgever die wil betalen eerder aan de beurt komen; dus voorrang krijgen op andere dan medische criteria. In de GGZ zijn meer dan in de somatische zorg dit soort initiatieven van de grond gekomen. Ondanks afwijzing door de landelijke politiek.

VOORRANG OP ANDERE DAN MEDISCHE GRONDEN

528 respondenten geven aan dat zij initiatieven kennen waar mensen voorrang krijgen op andere dan medische gronden.

SOCIALE GRONDEN

Deels lijkt dat terecht als het gaat om urgentiecriteria en of sociale omstandigheden zoals huiselijk geweld of de betrokkenheid van kleine kinderen. Ook vanuit justitie kunnen verzoeken komen op grond van gevaarscriteria.

'Een BOPZ-maatregel op grond van gevaar voor de openbare orde; een door de rechter opgelegde ambulante behandeling; sociale indicatie.'

DE GGZ ONTWRICHT

VOORRANG KOPEN

Veel respondenten melden echter ook dat mensen met geld nogal eens voorrang krijgen. In privépraktijken of -klinieken waar je direct terecht kunt als je dat kunt betalen. Daarnaast zijn er DBC-vrije praktijken die zich nogal eens genoodzaakt zien alleen mensen te helpen die het zelf kunnen betalen.

‘Als je zelf kunt betalen is er plotseling geen wachtlijst. Dit riekt naar discriminatie van diegenen die het niet zelf kunnen betalen. Tevens worden hulpverleners dan onttrokken aan die werkplekken waar wachtlijsten gelden, om de commerciële klant met voorrang te bedienen.’

DE SNELLE JONGENS PRAKTIJKEN

Er zijn commerciële instellingen die kortdurende, geprotocolleerde behandelingen aanbieden voor de “eenvoudigste” aandoeningen bij de “makkelijkste” patiënten. Voorbeelden zijn HSK, Indigo en PsyQ.

‘De snelle-jongens-praktijken (HSK bijvoorbeeld). Daar komen alleen maar mensen binnen die zeer waarschijnlijk weer snel buiten gezet kunnen worden. Moeilijke cliënten worden op een ‘chique’ manier aan de voordeur geweerd. Uiteindelijk zal de marktwerking er toe leiden dat de moeilijkere cliënten (meestal de meer kansarme cliënten) dus nergens meer binnenkomen.’

Ook zijn behandelhotels in opmars waar mensen bijvoorbeeld zes weken kunnen verblijven, uiteraard vooral mensen met geld.

‘Novadic privé kliniek voor alcohol in Oirschot. Mensen met geld en een verslavingsprobleem kunnen zich hier aanmelden en hoeven dan niet tussen ‘gewone’ mensen af te kicken. Ziek hè?’

‘GGZ centrum U-center in Zuid-Limburg, waar welgestelden een hotel/GGZ aanbod krijgen. Nota bene loopt daar iemand rond die voor de cliënten lobbyt om de (exorbitante) kosten declarabel te krijgen.’

WERKGEVERS KRUIPEN VOOR

Er zijn nogal wat instellingen die afspraken maken met werkgevers om tegen extra betaling werknemers direct te behandelen. Behalve bij reguliere instellingen kunnen werkgevers terecht bij de genoemde commerciële instellingen (HSK, Indigo en PsyQ).

‘Werkgevers, die snel hun werknemers weer aan het werk willen hebben, als ze met psychische klachten arbeidsongeschikt zijn. Inmiddels is daar vanuit de GGZ al een commerciële poot uit gegroeid, die mensen met voorrang behandelt.’

‘Commerciële aanbieders van GGZ die contracten sluiten met bedrijven om hun werknemers snel te kunnen zien. De capaciteit gaat uiteraard ten koste van reguliere GGZ-zorg.’

‘De commerciële poot van de GGZ, waarbij werkgevers, die mensen met psychische klachten in dienst hebben, extra betalen, om deze mensen snel weer aan het werk te krijgen. Omdat het aantal werkers in de zorg daarmee niet vergroot is, moeten er een aantal hulpverleners aan de reguliere zorg onttrokken zijn ten behoeve van deze commerciële poot. Daaruit blijkt al de funeste invloed van marktwerking.’

ZORGVERZEKERAARS KOPEN VOORRANG

Ook zorgverzekeraars maken steeds vaker afspraken om hun verzekerden sneller behandeld te krijgen.

‘Vanwege de toestemming van één verzekeraar om toch een basispsycholoog in dienst te kunnen nemen in afwachting van plaatsing in de opleiding, gaan de cliënten van deze verzekering voor op de andere cliënten.’

‘Poli’s waar werknemers van een bepaalde instelling of verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar voorrang krijgen. FOUT!’

LUCRATIEVERE ZORG

De instellingen richten zich ook steeds meer op mensen of behandelingen die lucratiever zijn en meer geld opbrengen.

‘Verzuimpreventie en enkelvoudige problematiek die weinig tijd vraagt en door amper opgeleiden gedaan kan worden is commercieel interessant dan het moeizame behandelen van mensen die echt psychotherapie nodig hebben. De instelling concentreren zich steeds meer op de lucratieve onderdelen van de markt en ze vinden die lucratieve mogelijkheden uit.’

‘De groei van behandelingen voor de beter financieel gesitueerden. En de geilheid van instellingen hieraan te willen meedoen’

SNELLE FINANCIERING HELPT

Ook financiering speelt een rol, indien dit goed is geregeld kom je sneller aan de beurt.

‘Mensen die met een Wajong of WAO uitkering zitten en vanuit UWV, of mensen die door de gemeente worden aangemeld bij een trajectbureau. Vanwege het geld dat zij in het laatje brengen, krijgen zij voorrang.’

‘Bij ons: mensen krijgen voorrang op grond van financiering. Mensen via gemeente en UWV krijgen direct financiering dus ook voorrang op de wachtlijst.’

VOOR HET PRESTIGE

Betrokkenheid bij wetenschappelijk onderzoek of doorbraakprojecten kunnen ook voordelig zijn en een snellere behandeling opleveren.

‘Doorbraakprojecten, deze cliënten krijgen voorrang boven wachtlijst cliënten. In het kader van wetenschappelijk onderzoek hebben sommige cliënten ook voorrang.’

‘Projecten die moeten slagen. De beste cliënten en de beste hulpverleners starten in een project om dit te doen slagen. Dit levert project gelden en prestige op.’

KENNIS OF KRUIWAGENS

Mensen die de weg kennen en/of kruiwagens hebben vinden altijd snel hun weg.

‘Mensen die anoniem willen blijven waaronder bekende Nederlanders krijgen voorrang ‘

‘Helaas is bij onze instelling bekend dat familie van managers of bekende stadsgenoten (dit gaat veelal om diagnostiek van dementie) sneller worden behandeld.’

‘Mondige mensen, hoogopgeleide mensen krijgen vaak toch ongewild voorrang. Ook verwijzingen van bepaalde instanties gaan voor.’

7. MENINGEN OVER MARKTWERKING

7.1. MARKTWERKING ALS PRINCIPE

In totaal 3.995 respondenten beantwoordden de vragen over marktwerking.

VOLGENS 7 PROCENT IS MARKTWERKING IN DE ZORG EEN GOED IDEE

Bijna driekwart van de mensen vindt marktwerking in de zorg een slecht idee. Onder de vrijgevestigden is dit percentage zelfs 82 procent.

TABEL 38. IS MEER MARKT IN DE ZORG EEN GOED IDEE?						
	algemeen		vrijgevestigden		instellingen	
goed	270	7%	43	7%	227	7%
neutraal	725	20%	73	11%	652	21%
slecht	2.700	73%	529	82%	2.171	72%
totaal	3.695		645		3.050	
geen mening	300		20		280	

DE GGZ ONTWRICHT

Zeer veel respondenten spuien hierover hun mening, 1.550 mensen geven een toelichting bij het antwoord op deze vraag. Hieronder volgt een bloemlezing.

Een minderheid ziet wel iets in marktwerking of staat er neutraal tegenover. Hoewel het een en ander er nog wel beter kan. De vraag is echter of het vermarkten het beste antwoord op is. Ook de mensen die hier positief of neutraal tegenover staan hebben toch veel vragen en kritiek.

DE GGZ-BOMEN GROEIDEN DE HEMEL IN

Respondenten erkennen dat er in de GGZ-zorg een boel kan en moet worden verbeterd. Wellicht zijn de GGZ-bomen de afgelopen jaren te veel de hemel in gegroeid. Behandelingen duurden soms te lang en soms werden mensen onnodig in de zorg gehouden.

'Als door marktwerking een stuk bewustzijn gecreëerd kan worden dat kwaliteit geleverd wordt, financiële stromen te traceren zijn etc denk ik dat al heel wat gewonnen is.'

KRITISCHE BLIK IN EIGEN KEUKEN

Positief zou kunnen zijn dat het je scherp houdt, er meer inzicht komt en de patiënten mogelijkheden tot het maken van keuzes krijgen. Het gaat volgens sommigen de eindeloze vergadercultuur tegen. Of het zou een prikkel vormen tot meer differentiatie in de zorg en de organisatie daarvan of tot het ontwikkelen van nieuwe behandelmodules, tot het bewuster worden van wat de patiënt wil en daarop aansluiten. Marktwerking zou mogelijk leiden tot een kritische blik in de keuken, ook in de eigen keuken.

'Marktwerking dwingt de GGZ om de blik naar buiten te keren en te scoren op doelmatigheid en efficiency. Dat is winst. Er zitten echter wel grote angels en onzekerheden in marktwerking waar de zorg niet beter van wordt.'

WEL EERLIJKE CONCURRENTIE

Een aantal mensen vindt dat er meer voorwaarden gesteld zouden moeten worden. Bijvoorbeeld het onmogelijk maken van concurrentie met laag geschoold personeel die dient om de kosten zo laag mogelijk te houden. Of het regelen van een gelijkwaardige concurrentiepositie en geen afhankelijkheid.

GEEN ECHTE MARKT

Het gaat te weinig om een echte markt. Daarvoor is er teveel overheidsbemoediging en bovendien is er sprake van een budgetplafond (een maximum hoeveelheid geld) en is er sprake van schaarste in de zorg. In een echte markt zouden psychiaters evenveel betaald moeten worden als medisch specialisten. Bovendien dreigt geld belangrijker te worden dan de mens, het draait te veel om kostenplaatjes.

'Het is op zich wel goed om de organisatie eens goed door te lichten of alles op de meest efficiënte wijze gebeurd en in sommige vastgeroeste bedrijfsculturen de knuppel te gooien. Maar het is dusdanig om geld gaan draaien dat dit tegen elke menselijke waardigheid indruist.'

'Het heeft negatieve en positieve kanten. Aan de ene kant komt de nadruk erg op geld te liggen, aan de andere kant zijn er ook dingen die niet efficiënt verliepen en geld is soms een goede motivator om veranderingen te kunnen doorvoeren.'

In theorie klinkt het allemaal mooi maar in de praktijk valt het vaak negatief uit. Het overgrote deel van de respondenten spreekt zich dan ook uit tegen het vermarkten van de zorg. Daar worden veel argumenten voor aangedragen.

DE MENS IS GEEN PRODUCT

De zorg is geen markt en 'de mens geen DBC'. Het eigen lichaam is iets volkomen anders dan een wasmachine of een televisietoestel. Marktwerking suggereert een keuze en een tijd om een keuze te maken. Veelal geldt dat niet voor mensen die hulp nodig hebben. Zij willen zich kunnen melden bij een instelling die hen goede hulp biedt. Zorg is geen product maar een noodzaak.

Zorg hoort een recht te zijn en geen koopwaar. Mensen zijn ziek en afhankelijk en willen beter worden. Als je echt ziek bent, kun je niet gaan shoppen in de zorg om te kijken wat er al dan niet bevat.

Professionals moeten kritisch de kwaliteit bewaken en niet verworden tot productiemachines.

Zorg is ook bemoeizorg en preventie, en gaat daarmee verder dan de individuele vraag.

'Ik denk dat mensen die hulp nodig hebben meestal niet in staat zijn om de markt op te gaan. Als je ziek wordt, wordt je onzeker, wil je snel hulp en wordt je zo in beslag genomen door klachten en de onzekerheid daarover dat je geen ruimte hebt om je als consument te gedragen.'

'Mensen zijn geen dingen en moeten niet als zodanig worden verhandeld: Je zult als patiënt maar wat waard zijn (Loesje).'

'Ik noem consequent patiënten dan ook patiënten (zij die lijden) en niet cliënten omdat dit een verstandhouding impliceert die niet passend is.'

'Als ik zelf ziek ben wil ik ook niet eerst gaan wikken en wegen waar ik terecht kan; ik wil gewoon hulp. Het idee van marktwerking is prima in de commerciële wereld, maar niet als het gaat om zorg voor mensen.'

'Het is een dom idee van mensen die geen verstand hebben van zorg, geen verstand hebben van geld, geen verstand hebben van de maatschappij, zelf kennelijk nooit ziek zijn geweest en zich niet bekommeren om mensen met ziekten of mensen die doodgaan.'

VOOR DE PATIËNT VALT WEINIG TE KIEZEN ZO DIE AL WIL KIEZEN

Er ook nauwelijks sprake van keuzevrijheid. Kleinere aanbieders kunnen niet opboksen tegen steeds

DE GGZ ONTWRICHT

groter wordende GGZ-instellingen. Vanwege fusies moeten mensen soms zo ongeveer naar een andere provincie om concurrentie te vinden. Niet de patiënten maar de zorgverzekeraars hebben alle troeven in handen.

Patiënten zouden moeten kiezen maar kunnen zij wel kiezen? Zij moeten gewoon goed geholpen worden. De patiënt wil zorg op maat, snel en toegankelijk.

‘Er wordt gesuggereerd dat de patiënt de klant is, en de klant zou koning zijn. In tegendeel, de zorgverzekeraar is klant, en die kijkt naar het goedkoopste contract, niet het kwalitatief beste contract. Patiënten worden hierdoor bekocht door de zorgverzekeraar.’

‘Het kan toch niet zo zijn dat er geconcurrereerd wordt over wie het beste zorg kan verlenen? Het gaat er toch om dat er de beste zorg geleverd wordt? En dat wij als maatschappij dit moeten leveren. Hoe zou je zelf verzorgd willen worden? Ik mag toch hopen dat ik niet hoeft te kiezen maar dat het geregeld wordt.’

‘Patiënten moeten kunnen kiezen maar dat werkt niet altijd goed. Je krijgt soms shopgedrag. Zegt een hulpverlener iets wat me niet zint? Prima, zoek ik een ander.’

DE MENSELIJKE MAAT VERDWIJNT UIT DE ZORG

De instellingen worden grote fabrieken en de kleinschaligheid is verdwenen. Meetbaarheid en controle worden de maat voor goede zorg. Het menselijke aspect is heel belangrijk maar niet meetbaar en dreigt daarmee uit het zicht te verdwijnen.

‘Verwoestend voor de zorg, geld op de eerste plaats ten koste van de menselijke maat. Zie bloeiende afdelingen psychotherapie in puin draaien en daarbij de medewerkers die het beste van zichzelf hebben gegeven.’

‘Toe nou toch, eerst werden patiënten, cliënten, toen nummers en nu handelswaar?’

‘Het zou meer moeten gaan om schaalverkleining en hoe structuren zijn te bouwen die soepel zijn en rekening houden met verschillen tussen mensen en ruimte laten voor creatieve oplossingen en alternatieven.’

ALLES DRAAIT OM GELD

De marktwerking gaat te veel over geld en te weinig over kwaliteit. Er wordt gepraat over productie in plaats van over mensen die zorg nodig hebben. Er dreigt een situatie te ontstaan waarin het geld belangrijker is dan de mensen.

Het accent ligt op de kostenplaatjes, met minder en goedkoper personeel dezelfde zorg bieden dan in het verleden, de zorg wordt schraal.

‘Er wordt eerst naar het geld gekeken en daarna wordt gekeken of ze ‘de cliënt’ nog in het plaatje gefrommeld krijgen. Dat dat plaatje helemaal niet meer passend is voor de mens, die zich achter die papieren cliënt bevindt, doet er helemaal niet meer ter zake. De enigen die dat nog kunnen

constateren zijn de deskundigen op de werkvloer. Maar die verdwijnen in pijsnel tempo door diezelfde marktverzorging. Voor zover zij er nog wel zijn wordt hun kritiek uitgelegd als 'onprofessioneel' en 'onrealistisch'

ZORG OP MAAT VERDWIJNT, ALLES DRAAIT OM PRODUCTIE

Zorg op maat wordt steeds meer zorgconfectie. Mensen zijn geen producten, met marktwerking gaat zorg op maat geheel verloren en worden voor iedereen standaard behandelprogramma's ingevoerd. Je kunt de mensen niet bieden wat ze nodig hebben of hier gaat ontzettend veel extra tijd en geld in zitten. De markt (zorgverzekeraar, gemeente) dicteert wat iemand nodig heeft, de vraag wat een individu nodig heeft, is niet meer het belangrijkste.

Wil je zorg op maat kunnen bieden dan moet je uitgaan van de vraag van de cliënt en niet vanuit winst-oogmerk of concurrentie met andere zorgaanbieders. Je bent dan namelijk aanbodgericht bezig en niet vraaggericht

Geldstromen gaan de keuzes bepalen; eerder gericht op kwantiteit (productie) dan op kwaliteit. Het management staat niet meer ten dienste van de werkvloer en is met name gericht op het leveren van de afgesproken targets.

'Veel laaggekwalificeerden en - naar mijn mening - charlatans mogen onbekommerd mee-eten uit de GGZ-ruif, tegen een vergelijkbaar uurloon. De vertrossing van de GGZ. Om Koot en Bie te parafrezen: "Het volk wil stront, het volk krijgt stront".'

'Concurrentie leidt tot grote instellingen en het verdwijnen van de kleintjes net als bij de supermarkten. Ook leidt het tot eenheidsworst en niet meer bieden aan kleine groepen afnemers, net als in het bedrijfsleven.'

'Ik vind dat je op maat moet werken en zorg moet kunnen aanbieden en energie in de cliënten moet kunnen steken zonder erbij na te denken hoe te registreren voor een productietik.'

KORTE TERMIJN DENKEN IS FUNEST IN DE ZORG

Marktwerking is funest voor de inhoud van het werk. Goedkoper is zeker niet altijd beter en veelal zie je dat er veel meer op korte termijn gedacht wordt. Soms zul je op basis van inhoudelijke of menselijke overwegingen moeten kiezen voor een behandeling die duurder is, maar meer recht doet aan de behoefte van de patiënt.

Het korte termijn denken veroorzaakt dat dure maar effectieve (en dus op de lange termijn geldbesparende) behandelingen niet meer vergoed worden omdat deze op korte termijn te hoge kosten met zich meebrengen.

'Voel nu dat er door zorgverzekeraars erg wordt gekeken naar de korte termijn. Nu mag het niet veel kosten. Maar soms is nu extra inzet en middelen op de langere duur kosten verlagend per individu.'

‘Wat nu gebeurt is dat jongens in dure pakken proberen mensen zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen of hun depressie op te knappen met een pilletje. Dat lukt maar zelden (studies over antidepressiva wijzen uit dat placebo het maar iets beter doet dan een duur geneesmiddel). Dan worden de patiënten toch uitgeschreven en komen vervolgens opnieuw in zorg bij een GGZ instelling en de hele diagnostiek moet over gedaan en werkelijk gekeken worden wat de oorzaak van de depressie bijvoorbeeld is. Veel duurder en gefrustreerde patiënten die niet geholpen zijn.’
‘Zo goedkoop mogelijk werken leidt er alleen maar toe dat cliënten uiteindelijk weer terugkomen, niet goed geholpen worden. In ons veld (forensisch) kan dat recidive betekenen - daar kun je toch geen prijskaartje aan hangen?’

CONCURRENTIE VOORAL OM DE PRIJS

Bij marktwerking wordt de zorg een product dat geld kost en het product is commercieel beter als het minder kost. De concurrentie gaat vooral om de prijzen en leidt nogal eens tot tarieven onder de kostprijs ofwel afbraakprijzen. Aangezien de zorg vooral mensenwerk is, leidt dit tot bezuinigingen op het personeel. Er wordt gewerkt met goedkoper en soms onbekwaam en onbevoegd personeel.

Met de zorg zou niet gemarchandeerd mogen worden.

De concurrentie leidt ook tot uitgaven die niet de directe zorg ten goede komen zoals dure reclame en marketing. Instellingen moeten veel geld spenderen aan PR en reclame en marketing om de concurrentie het hoofd te bieden.

‘Het zal altijd OFWEL goedkoop, OFWEL goed zijn. Ook, zeker, vooral, in de zorg. Als ik geopeerd moet worden dan wil ik niet de goedkoopste chirurg, maar de BESTE chirurg, degene die een 10 haalde voor opereren. En zo werkt het met zorgzaamheid: zorgzaamheid kost wat, het betekent iets-ervoor-over-hebben, want dat is de essentie van zorg. Ik wil na mijn operatie niet de goedkoopste verpleegkundige, maar de BESTE. Ik wil niet de goedkoopste rolstoel, ik wil niet de goedkoopste thuiszorg. Wat zou u willen als uw kind naar het ziekenhuis moet: het goedkoopste balie-personeel, het goedkoopste ziekenhuisbed, het goedkoopste ziekenhuis-eten, en vooral: de goedkoopste dokter?’

‘Het sturend mechanisme is geld (geld dat via zorgverzekeraars die een winstoogmerk hebben wordt verstrekt) en geen enkel inhoudelijk criterium. Op kwaliteit, objectief verbeterings- (genezings-)percentage, tevredenheid van cliënten, objectieve markers van goede zorg (professionaliteit, of hoe kort wachtlijst is) wordt helemaal geen concurrentie gestimuleerd. Zorgverzekeraars (daartoe “vrijgelaten” door de overheid) gaan bewust onder de prijs zitten die als reëel beschouwd mag worden. De sector wordt zo gecorrumpeerd en verarmd zienderogen.’

‘En dan het profileren naar buiten toe om je als instelling te promoten. Dat kost naar mijn mening enorm veel geld, wat stukken beter gebruikt zou kunnen worden. Beter samen een inhoudelijk goed product neerzetten dan elkaar met de prachtigste folders en nieuwe namen de markt uit concurreren.’

CONCURRENTIE GAAT TEN KOSTE VAN SAMENWERKING

De markt zorgt voor schotten binnen organisaties en vooral tussen organisaties. Voordien deed men iets voor elkaar, nu verdwijnt de samenhang en versnipperd de zorg.

Samenwerken en elkaars deskundigheden kennen is juist zo belangrijk in de zorg.

De concurrentie draait samenwerking en ketenzorg de nek om, het is steeds meer ieder voor zich. Men steekt energie in concurrentie en niet in inhoudelijke verbeteringen of deskundigheidsbevordering. Kennis wordt niet meer uitgewisseld omdat men ineens zijn product wil beschermen.

In plaats van collegiale intervisie houdt men goede ideeën voor zichzelf, om zelf de beste ‘waar’ te leveren in plaats van dat de collega dat kan. Ketenpartners worden concurrenten.

Men probeert elkaars patiënten over te halen te switchen, de wachtlijst van de ene zorgaanbieder wordt niet doorgesluisd naar een andere als daar wel plaats is. Het doorgeven van een indicatie gebeurt heel traag. Soms worden patiënten op een agressieve manier bij elkaar weggekaapt.

‘Leden van een beroepsgroep worden elkaars concurrenten, terwijl goede zorg gebaat is bij onderlinge steun.’

‘Tot nu toe zie ik dat het meer op een slachtveld begint te lijken en dat mensen niet in staat lijken om elkaar in positieve zin te vinden maar juist te bestrijden.’

‘Op cursussen of bijscholingen wordt steeds meer terughoudend gereageerd als je informatie wilt over de werkwijze bij andere GGZ-instellingen omdat je elkaars concurrenten bent. Het vak dat zich ontwikkelt door onderlinge kennisoverdracht dreigt te stagneren door onderlinge concurrentie.’

‘Wij moeten op dit moment concurreren met een GGZ instelling waarmee we tot vorig jaar samenwerkten. Dit komt de cliënten absoluut niet ten goede. Mijn werkgever is vanwege concurrentie positie een dependance begonnen buiten de officiële regio van onze RIAGG. Idiot gewoon. Laat ieder in zijn eigen gebied doen waar hij/ zij goed in is.’

‘Wij maken zelfs mee dat een organisatie onder onze cliënten een tevredenheidsonderzoek houdt omdat zij in onze gemeente hetzelfde aanbod willen gaan doen aan activiteiten in de ondersteunende begeleiding. Cliënten raken zeer in verwarring.’

DE KWALITEIT HOLT ACHTERUIT

De marktwerking leidt tot versnippering van de zorg. De grote zorgaanbieders en -verzekeraars spelen het spel en de kleintjes worden gemangeld. De kwalitatief beste groep zorgaanbieders zou er op die manier uitgewerkt kunnen worden.

Specialismen dreigen te verdwijnen omdat andere instituten eenzelfde behandeling kunnen aanbieden tegen minder geld. Daar wordt dan bijvoorbeeld geen onderzoek gedaan en daardoor zal de kennis afzwakken en uiteindelijk ook het resultaat.

De frontwerker wordt ernstig verwaarloosd en te kort gedaan. Je ziet personeel met minder ervaring

DE GGZ ONTWRICHT

binnenkomen en er is bij diverse aanbieders een verschuiving naar minder gekwalificeerd personeel. Je ziet veel zorgverleners aan windowdressing doen, zorgen dat het er mooi uit ziet. HKZ (kwaliteitssysteem) is een middel om naar de buitenwereld de schijn van kwaliteit op te houden. Je moet dit hebben dus word je gedwongen hier veel tijd, middelen en geld in te stoppen. Het gaat steeds minder om de inhoud.

‘Ik word echter nu niet beoordeeld op deze kwaliteit maar op het slim en handig invullen van lijstjes en velden.’

DE ZORG IS GEEN MARKT, ZEKER DE GGZ NIET

De GGZ is bij uitstek een gebied waar de markt zich verre van moet houden om te waarborgen dat de zorgverleners zich vooral met hun primaire taak kunnen bezig houden. Ook dient te worden voorkomen dat met de zeer gevoelige en vertrouwelijke informatie geldelijk gewin te halen valt. Het korte termijn denken werkt zeker niet bij de GGZ-verslavingszorg-patiënten.

‘In andere gebieden is het meer zo dat de zorg op zich niet gewild is (het nodig hebben ervan is niet ‘sexy’). In de geestelijke zorg geldt dat nog meer. Zo’n deel is de (sociale psychiatrie), maar ook (gedeeltelijk) de langer durende psychotherapie. De rol van tegenelkaaruitspeler die de verzekeraars hier hebben gekregen is kunstmatig, er komen niet echt meer aanbieders en er zijn geen gretige patiënten.’

WANTROUWEN IN DE PROFESSIONAL

Het bestaande wantrouwen jegens de professie wordt als ernstig en frustrerend ervaren. Alsof de professionele zorgverleners onbetrouwbaar zijn, niet zelf streven naar het leveren van zo goed mogelijk werk, enz.

‘Een beroepsgroep die zichzelf selecteert door zich primair in te willen zetten voor hulpverlening, daar in veel gevallen ook nog een eed voor aflegt, demotiveer je eerder dan motiveren door financiële druk uit te oefenen. Daarnaast werkt het kleinerend/vernederend en wordt een gevoel gewantrouwd te worden verkregen door de registratie en administratie-druk.’

‘Hulpverleners zijn voor het grootste deel mensen die vanuit de aard van hun beroepskeuze zeer gemotiveerd zijn om goede zorg te leveren, daar is geen marktwerking voor nodig, integendeel. Het veronderstelt dat hulpverleners anders maar wat aan rotzooien, niet geïnteresseerd zouden zijn in kwaliteit en onterecht veel betaald krijgen. De enorme administratieve belasting die met de DBC en marktwerking gepaard gaat, werkt demotiverend. Uiteindelijk zal dit de kwaliteit van de zorg niet ten goede komen.’

MACHT VERZEKERAARS IS TE GROOT

Uiteindelijk hebben de zorgverzekeraars zoveel macht gekregen dat er geen sprake is van marktwerking

De zorgverzekeraars zijn keiharde onderhandelaars die alles te vertellen hebben. Het is een verplichte uitverkoop aan de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars lijken steeds meer uit te groeien tot grote monopolies die de markt bepalen. De commerciële ziektekostenverzekeraars zullen winsten willen maken.

‘Zorg leent zich niet voor marktwerking. Derde partij (zorgverzekeraar) neemt de macht over en dicteert straks inhoud van de zorg. Zeer slechte zaak.’

‘Ik merk toenemend bij managers van onze instelling de illusie dat er sprake zou zijn van een markt terwijl er sprake is van dictaten van zorgverzekeraars.’

UITSLUITING EN TWEEDELING

Vooraf de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten staat onder druk. Deze groep heeft specifieke zorg nodig, is niet te genezen en brengt geen geld op. De beschikbare zorg dreigt te worden geleverd aan groepen met wie het goed scoren is, dat wil zeggen die goed in de markt liggen. Alleen de gemakkelijk te behandelen problematiek is commercieel interessant. Het kan goedkoper als je je richt op de “Yavis” cliënt (Young attractive verbal intelligent successful).

Er is een afschuifstelsel voor patiënten die om een of andere reden minder aantrekkelijk zijn. Marktwerking is voor de goed opgeleide, assertieve, slimme cliënt, de GGZ kenmerkt zich ook door grote groepen aan wie de boot voorbij gaat. Er zou meer geld moeten komen voor rehabilitatie en meer geld voor zorg en begeleiding voor de echt kwetsbare groepen binnen de GGZ.

Snelle, lichte zorg krijgt de overhand; zware langdurige zorg scoort niet. De moeilijke, chronische gevallen kosten tijd en geld en zijn dus ongewenst.

Marktwerking leidt tot meer ongelijkheid: de mensen die het zich kunnen veroorloven kunnen kwalitatief goede zorg inkopen, de anderen moeten het met minder stellen.

‘Het wordt in de organisatie waarin ik werk duidelijk dat patiënten (groepen) die niet winstgevend zijn afgestoten gaan worden.’

‘Binnen mijn organisatie (en de reorganisatie daarvan) heb ik gezien dat een hele populatie (de bewoners van Rotterdam zuid) werden buitengesloten van zorg.’

‘Marktwerking werkt mijns inziens echter in de hand dat er een verarming komt van je kwaliteit van zorg en dat die groep die het het hardst nodig heeft en het meest ingewikkeld is, buiten de boot gaat vallen omdat dat daar “geen eer aan te behalen valt”.’

‘Het leidt tot Amerikaanse toestanden. Het is nu al zo dat de tweedeling in de zorg oprukt. De vermogenden krijgen eerste rangs zorg want ze hebben het geld er voor en de armere delen van de bevolking mag het met zoveelste rangs zorg doen.’

KRENTEN UIT DE PAP

Privé-praktijken kiezen voor rendabele aandoeningen en de rest wordt overgelaten aan de bestaande instellingen.

DE GGZ ONTWRICHT

'Bij ons in Arnhem zie je dat de bijgekomen vestigingen alleen de 'makkelijke' stoornissen nemen en als het om zwaardere problematiek gaat, de mensen naar ons doorverwijzen.'

'Er is geen sprake van echte concurrentie, de minder aantrekkelijke patiënten worden vaak doorverwezen naar bijvoorbeeld de GGZ, nadat een vrijevestigde praktijk wel eerst een duur onderzoek of en diagnose stelt en dan zelf de patiënt niet behandelt en verwijst.'

'Er zijn instellingen die voor minder geld bijvoorbeeld angststoornissen behandelen, het gaat dan vaak om minder gecompliceerde behandelingen. De zorgverzekeraar wil dan ook bij meer ingewikkelde zorg dat deze prijs wordt gehanteerd.'

TOENAME LUCRATIEVE ZORG

In de GGZ verzint men goedkope programma's om te "winnen" van de concurrent. Kwaliteit en effectiviteit van zorg staan niet voorop, maar efficiëntie en geld verdienen. Het lijkt ook veel lucratiever om intakes te doen (waardoor cliënten worden binnengehaald) dan daadwerkelijk te behandelen.

'In sommige sectoren zie ik dat er zorg ontwikkeld wordt waar wat aan te verdienen valt.'

FUSIES EN GROOTSCHALIGHEID VERMINDEREN CONCURRENTIE

Door enorme fusies ontstaan enorme instellingen. Er is daardoor geen keuzevrijheid meer. Fusieren leidt tot giganten die zich kunnen meten met zorgverzekeraars. De inhoud van de zorg is niet meer van belang op dit speelveld, alleen macht en geld.

'Er worden te grote stappen gezet en de organisatie waarbij ik werk, is van plan de grootste GGZ-instelling van Nederland te worden, onder de noemer van marktwerking'.

Het doel van organisaties lijkt niet eens zozeer winst alswel marktaandeel geworden te zijn, wat maakt dat de ene fusie op de andere volgt'.

TOENAME BUREAUCRATIE EN (DURE) MANAGERS

Er gaat veel geld op aan controlerende functies, meer management, promoten en profileren om de concurrentie de baas te blijven.

De marktwerking is vooral voordelig voor topmanagers die nu hoge salarissen kunnen opstrijken. Door de marktwerking is ook vaak een kloof ontstaan tussen management en werkvloer. Beheersing en controle verhouden zich niet tot het onvoorspelbare karakter van de zorg, gewoon mensenwerk is nauwelijks meetbaar. Het vermarkten brengt hoge (overhead)kosten aan beheersing, registratie, management e.d. met zich mee. De punt van de piramide is te groot geworden. 'Iedere instelling in Nederland heeft nu hoogopgeleide mensen in dienst om de aanbestedingen bij de zorgverzekeraars te doen, er zijn veel meer mensen in dienst gekomen die bezig zijn met de voorwaarden om te kunnen voldoen aan allerlei eisen bijvoorbeeld het meten van de cliënt tevredenheid, HKZ normering, een duur traject om competentiegesprekken in te voeren, waar geen beloningen/of andere voordeeltjes tegenover staan. Terwijl er nu al

geen personeel meer te krijgen is zo kan ik nog wel wat zaken noemen. Allemaal geld dat niet aan de directe cliënten zorg wordt besteed.

‘Het slaat nergens op: een GGZ instelling bijvoorbeeld kan geen ‘commercieel’ bedrijf zijn zoals Philips of Akzo Nobel of zoiets. We zijn dienstverlenend. We leveren zorg veelal aan zwakkeren in de samenleving die (meestal door hun psychiatrische ziekte) in allerlei, en dus ook financiële problemen zitten. Zij kunnen dus nooit zelf voor het product betalen dat ze krijgen (zouden ze vaak ook niet willen: veel zorg is gedwongen). De samenleving / de overheid moet er (in)direct dus voor betalen. Die wil dus ook een vinger in de pap, en daarmee verdwijnt de mogelijkheid van een werkelijk commerciële marktwerking. Alle managers etc. in GGZ instellingen willen het alleen wel graag, want zij willen graag net zo serieus genomen worden als managers in het bedrijfsleven (die overigens veelal veel capabeler zijn; daarom kunnen zij wel in het bedrijfsleven manager zijn, en managers in de gezondheidszorg vaak niet: die zijn alleen maar bezig hun eigen positie versterken, zichzelf belangrijker maken, en geld dat aan patiëntenzorg besteed zou moeten worden zo veel mogelijk aan andere dingen te besteden.’

DE ZORG WORDT DUURDER

Bijvoorbeeld door fusies, bureaucratie en marketing. Ook door het afstoten of juist opstarten van activiteiten die eerder door een andere zorgverlener werden gedaan of nu juist door een ander worden overgenomen. De productiedruk draagt ook een steentje bij. Ook de zogenaamde fastfood-GGZ en het korte termijn denken in de GGZ leiden op den duur naar duurdere zorg. En als laatste leidt ook het PGB tot hogere kosten.

‘Handige mensen weten veel onnodig extra geld binnen te krijgen voor mantelzorg en mantelzorgondersteuning.’

ERVARINGEN ELDERS EN ONDERZOEK

Een aantal respondenten noemt ook de voorbeelden uit het buitenland van falende invoering van marktwerking, mensen voelen zich onveiliger, het verschil tussen arm en rijk wordt groter, de kosten van de zorg nemen toe, de kwaliteit neemt af, de controle wordt duurder en toewijding maakt plaats voor rendementsgedreven gedrag.

Invoering van marktwerking in andere sectoren zoals openbaar vervoer, thuiszorg, en de posterieën had in negen van de tien keer niet het gewenste resultaat, maar juist een verslechtering van de dienstverlening tot gevolg.

Op het moment dat het wel of niet verstrekken van dure medicijnen of dure onderzoeken en behandelingen van invloed wordt op de aandelenkoersen zullen er keuzes gemaakt worden die niet in het belang zijn van de patiënt.

DE GGZ ONTWRIGHT

Veel respondenten wijzen erop dat je in elk geval steeds goed moet evalueren hoe de marktwerking in de praktijk verloopt en wat de consequenties zijn.

‘Het is een wassen neus, de zorgverzekeraars dicteren de voorwaarden. Bovendien verstaat goede zorg zich niet met marktwerking, kijk maar naar de toestanden in Amerika.’

‘De gevolgen van marktwerking zijn al te zichtbaar in de medicatie-industrie. Zogenaamde conferenties over behandeling van bepaalde ziektebeelden zijn niets anders dan een reclamespotje voor medicijnen van bepaalde fabrikanten.’

‘Maar we hebben het nu over de marktwerking zoals die als panacee wordt gelanceerd. Ik heb nog nooit enige overtuigende argumentatie gehoord/gelezen die aannemelijk maakt dat het tot voordelen zal leiden. Het is één grote politieke fantasie.’

EEN KWESTIE VAN BESCHAVING

De kwaliteit van de huidige maatschappij is onder andere af te lezen aan de vraag of er een eerlijke verdeling is van de collectieve middelen (gezondheidszorg, onderwijs, etc). Het is collectief bezit dat beheerd moet worden door de overheid en niet verkwanseld mag worden aan de markt. Goede zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn terwijl iedereen naar draagkracht bijdraagt.

Geestelijke gezondheidszorg op een hoger peil levert ook economisch voordeel op omdat mensen minder snel “afgeschreven” worden en kunnen blijven functioneren in de maatschappij.

‘In een beschaafde samenleving worden zwakkeren beschermd door de overheid (Margalit, filosoof). Als de overheid zijn taak over de schutting flikkert blijft er bot winstbejag over. De maatschappij krijgt dit op haar bord en uiteindelijk de politiek ook weer.’

‘Ik vind al vanaf de jaren tachtig dat we niet iets produceren, geen bedrijf zijn, de zorg niet door economen/economische motieven bestuurd moet worden en dat concurrentie op ons gebied ideologische flauwekul is. GGZ is beschaving/zorg voor de zwakkeren/kwetsbaren. En als je dat goed doet kan het de samenleving kosten besparen, maar dat is vaak indirect te meten.’

7.2. WIJZE VAN INVOERING

PROFESSIONALS EN PATIËNTEN ZIJN NIET BETROKKEN BIJ BESLUITVORMING OVER MARKTWERKING

2.043 mensen vulden deze (open) vraag in. Volgens 96 procent waren zij en de patiënten totaal niet betrokken geweest bij de invoering, de maatregel is absoluut topdown ingevoerd. Twee procent zag wel enige mate van betrokkenheid maar absoluut geen inspraak, een wassen neus dus; twee procent vond

dat er wel voldoende betrokkenheid was geweest. Veel ontevredenheid is er over de rol van de koepel en de beroepsgroepen.

WE HEBBEN ZITTEN SUFFEN EN ONS HUIS VERKOCHT

‘Het komt allemaal van bovenaf, vaak van managers die geen enkele ervaring en voeling hebben met de cliënten en het vak.’

‘We hebben zitten suffen en ons huis verkocht.’

‘Wat mij betreft was dit iets geweest voor een referendum, dat kan nog.’

DE BEROEPSGROEPEN HEBBEN ZICH LATEN INPAKKEN

‘Ze zijn wellicht betrokken geweest maar ze hebben ofwel niet goed opgelet en de waarschuwingen van de leden onvoldoende onder het voetlicht gebracht of er is nooit naar geluisterd.’

‘De beroepsgroepen hebben slecht naar ons geluisterd ook al zeggen ze zelf dat ze geen keus hadden.’

‘GGZ Nederland heeft om mij onduidelijke redenen ingestemd met het systeem.’

‘Alle adviesgroepen en zo zijn zelf gebureaucratiseerd en leunen tegen de macht aan.’

‘Er is vooral gesproken met vertegenwoordigers die los zijn geraakt van hun achterban.’

‘Het was een topdown besluit waarbij het bestuur van de NVVP zich liet imponeren door de contacten met ministeries en hun leden bang hebben gemaakt met zaken als dat wij niet serieus genomen zouden worden wanneer we niet mee zouden werken met de overheidsplannen.’

‘Ja, maar ik ben niet tevreden over mijn beroepsgroep die actief de huidige DBC als zegen verkoopt.’

‘De NVVP voert een te weinig kritisch, slaafs, een meegaand beleid, waar ik me absoluut niet in kan vinden.’

‘Beroepsgroepen hebben zich gedragen als burgemeester in oorlogstijd.’

‘Het NIP en de VGCT waar ik lid van ben zouden een sterkere vuist moeten maken en vaker de pers moeten inschakelen om wantoestanden aan de kaak te brengen.’

‘De beroepsgroep heeft zich laten inpakken.’

‘Het NIP is een wassen neus instantie. Die is betrokken maar laat geen vuist zien.’

‘Misschien doen wij dit ook onvoldoende als beroepsgroep, laten we het teveel gebeuren.’

‘Vanaf het eerste moment hebben beroepsgroepen geageerd tegen de marktwerking in de zorg.’

HET IS WACHTEN OP DE VOLGENDE PARLEMENTAIRE ENQUÊTE

‘Net als bij de veranderingen in het onderwijs is er veel te weinig naar de mensen op de werkvloer geluisterd.’

‘Wat dat betreft gaat het onderzoek van Dijsselbloem parallel lopen met de zorg.’

WISSELENDE ERVARINGEN MET VECOZO

Gelukkig gaat niet alles helemaal slecht, over Vecozo is bijna de helft van de mensen tevreden. Vecozo zorgt voor internetcommunicatie tussen zorgverleners, zorgaanbieders en zorgkantoren.

586 mensen hebben hier ervaring mee.

196 mensen geven een toelichting op hun ervaringen met Vecozo.

TABEL 39. ERVARINGEN MET VECOZO		
goed	235	48%
matig	190	39%
slecht	61	13%
totaal	486	
geen mening	100	

POSITIEVE ERVARINGEN

‘Werkt prima om verzekerdengegevens op te zoeken en te declareren bij verzekeraars.’

‘Voor ons is het nu snel na te kijken of een patiënt verzekerd is.’

‘Ze pakken zelfs direct de telefoon op en zijn behulpzaam en vriendelijk bij het oplossen van problemen of het uitzoeken waar een probleem ligt als het niet bij hen ligt.’

‘Duurde lang voor alles rond was. Veel nabellen, spullen kwijt enz. Nu het eenmaal loopt gaat het goed.’

NEGATIEVE ERVARINGEN

‘De mensen aan de helpdesk zijn uitermate onbeschoft. Ze hebben géén ‘klant-is-koning-houding’, behandelen je als achterlijke zool als je niet meteen iets snapt, luisteren niet goed, schuiven problemen op mij af. Ik ben inmiddels drie keer van de Vecozo-site gegooid en heb het certificaat al twee keer moeten aanvragen.’

‘Kafka met telefonische onbereikbaarheid, codes kwijt, opnieuw beginnen, etc. Vandaag ga ik pas voor het eerst de echte declaratie (kunnen) doen, dus ik zal zien of dit loopt. Volgens de software-beheerder moet dit nu wel werken.’

7.3. ALTERNATIEVEN

Twee procent wil de marktwerking op de ingeslagen weg doorzetten

Van de vrijgevestigden wil 86 procent de marktwerking stopzetten of zelfs terugdraaien, 71 procent van mensen uit instellingen wil dat. Tussen de één en twee procent wil door op de ingeslagen weg. 24 procent wil wel door maar dan met aanpassingen. Veel mensen uit deze groep denken dat de markt niet meer te stoppen is.

TABEL 40. HOE VERDER MET HET VERMARKTEN IN DE GGZ?

	algemeen		vrijgevestigden		instellingen	
doorgaan ingeslagen weg	68	2%	8	1%	60	2%
met aanpassingen	823	24%	83	13%	740	27%
stopzetten	1399	41%	225	35%	1174	42%
terugdraaien	1134	33%	321	51%	813	29%
totaal	3424		637		2787	
geen mening	556		27		529	

Ruim duizend mensen geven een reactie op de vraag naar alternatieven. Hieronder de belangrijkste punten.

1. HET VERTROUWEN IN DE BEHANDELAAR MOET WORDEN HERSTELD

De wantrouwen-samenleving moet worden omgevormd tot een vertrouwen-samenleving. Zorg kan daarbij leidend zijn omdat het iedereen aangaat. Maak afspraken met beroepsgroepen en geef vrijheid van invulling.

Luister naar de werkvloer (zoals met deze enquête). Er zijn genoeg ideeën op de werkvloer, maar die worden niet gehoord. Koester de zorgverleners. Geef extra aandacht aan scholing, bijscholing, nascholing, intervisie en supervisie. De professional (kennis en houding) zelf is namelijk de sterkste factor in het veld van zorg en dienstverlening.

Laat het veld zelf verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het werk.

2. AANPAKKEN BUREAUCRATIE EN AANTAL MANAGERS

Zet de managers op afstand en laat deskundigen het inhoudelijke werk bepalen. Minder managers en

meer mensen met de 'poten in de klei.' Geen managers van buiten de werkvloer die 'arrogant zeggen hoe moet en vervolgens een puinhoop creëren.' De beleidsmakers staan mijlen ver af van de consequenties van hun beleid, kennen de verhalen van patiënten en werkers niet en het middenkader zit klem tussen de managers aan de ene en patiënten en zorgpersoneel aan de andere kant. Marktwerking zorgt er voor dat er een grote bovenlaag ontstaat. Is erg duur, werkt bureaucratie in de hand en geeft een verzakelijking die botst met hulpverleners. Het is een soort vervreemding; er zou gezocht moeten worden naar een middenweg tussen deze verzakelijking en het soft van vroeger. De waardering naar de werkvloer moet terugkomen, en er moet weer geïnvesteerd worden in hulpverleners.

'De salarissen van de raden van bestuur, directie e.d. terugbrengen tot de Balkenende-norm.

De waanzin van verbouwingen e.d. aan de kaak stellen (de directeur die behoefte heeft aan een nieuw, luxer, groter kantoor). In onze instelling is een paar jaar geleden het hele hoofdgebouw opgeknapt. Iedere gang een andere kleur. Tot er een behandelaar kwam die vond dat hij zijn cliënten niet in een rose gang kon ontvangen. De hele gang moest dus weer over gedaan worden. Tijdens de 1e bezuinigingsronde heeft men wel een hele grote verbouwing uitgevoerd in de ontmoetingsruimte. Dit terwijl verpleging niet van de afdeling af kan (wegens onderbezetting) om met cliënten naar die ontmoetingsruimte te gaan.'

'Het is beter te werken met een duale directie die besluiten neemt in een organisatie: de een voor de cijfers, de ander voor de inhoud'.

'Geef het vertrouwen terug aan de deskundigen en laat de managers koekjesfabrieken beheren.'

'Het gehele middenmanagement en 80 procent van het overige management overplaatsen naar afdelingsniveau als de zgn. handen aan het bed. Verder, iedereen verplichten om 80 procent te doen waarvoor hij is aangenomen. Bijvoorbeeld: dat artsen en psychologen 80 procent van hun tijd aan cliëntenzorg moeten besteden, en niet aan overlegsituaties op bestuurlijk nivo.'

'Er is geen marktwerking nodig om de zaak doelmatiger te besteden maar een goede boekhouder. Er kunnen drie lagen management tussenuit.'

'Beter is een vorm van benchmarking zoals bij de leveranties van drinkwater. Benchmarking nodigt uit om de kwaliteit (en de kosten) aan te scherpen door onderlinge vergelijking. Veel zorg wordt efficiënter maar niet per definitie effectiever.'

3. TERUG NAAR MEER OVERHEIDSBEMOEIENIS

Stop met het verkwanzelen van de zorg. De collectiviteit moet terug. Zorg is een overheidstaak, onderdeel van onderlinge solidariteit van alle mensen.

Overheidsgereguleerd, maar dan wel 'met ballen'. Misschien via een onafhankelijk orgaan en dat zijn dan niet de zorgverzekeraars maar meer zoiets als oude ziekenfondsen. Stichtingen zonder winstoogmerk waar men elkaar niet hoeft te concurreren.

'Ik noem altijd het voorbeeld van de verkeerslichten: als we met z'n allen afspreken dat we,

bijvoorbeeld als fietser, stoppen voor rode verkeerslichten, en doorrijden bij groene, dan is het zaak hierop toe te zien in het kader van de verkeersveiligheid. Als nu vijf procent van de fietsers zich niet houdt aan de afgesproken regelgeving, moeten we dan de verkeerslichten maar omzagen, en alles en iedereen de vrije loop geven? Met als resultaat dat in het verkeer het recht van de sterkste geldt? Is dat een maatschappij zoals we die (zouden moeten) willen? Ik denk van niet!!'

4. DE ZORG MOET MINDER ZIJN GERICHT OP DE PRIJS EN MEER OP DE KWALITEIT

Kwaliteitstoetsing door inhoudelijke deskundigen in plaats van organisatiedeskundigen. Goede interviews en intercollegiale toetsing. Kortom, behoud het goede. Een grotere rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bundel de innovatie. Toets professionals op kwaliteit en zet er geen koele rekenaars op. Professionals meer aansturen op inhoud (registraties bij verenigingen, supervisie, etc) in plaats van slechts op registratie en productie. Schakel weer ouderwetse hoofd- en stafverpleegkundigen in voor de kwaliteit van de directe zorg bij de patiënt.

Meer onderzoek doen, 'onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek geeft betrouwbaardere beelden dan de jungle van belangenstrijd tussen concurrerende partijen.' Investeer in onderzoek naar 'best practices' en kwaliteitsnormen, en naar de effectiviteit van behandelen. Denk ook aan de lange termijn.

Er moet een ander klimaat komen waar deugden en waarden bepalender zijn dan systemen.

De vrees was dat het onbeheersbaar duur zou worden maar dat wordt het nu ook, alleen gaat het geld nu naar administratie.

'Stimuleren van kritische reflectie op behandelresultaten GGZ instellingen Breed invoeren van periodiek meten van behandelresultaten.

'Geld is natuurlijk in onze tijd een belangrijke factor. Wij vergeten echter dat juist in de (gezondheids)zorg vooral ethische/ morele en menselijke (minder goed te beoordelen, te omschrijven, zichtbaar te maken) waarden van belang zijn.'

5. DE MENSELIJKE MAAT MOET TERUG

'Werken in de zorg weer aantrekkelijk maken. Mooie niet te grote verzorgingshuizen met ruime tweekamerwoningen voor de ouderen die hier op een prettige manier van hun levens-winter kunnen genieten. Weer hoe noemen ze dat meer handen aan de bedden... zeker... maar ook meer activiteitenbegeleiding gastvrouwen en gastmannen. Managers en leidinggevendenden die beter benaderbaar zijn en meer van de zin en de werkvreugde in de zorg afweten en of zich goed laten informeren of op zijn tijd op iedere afdeling een dag meelopen cq werken. zodat de affiniteit behouden blijft en niet alles van achter het bureau wordt beslist.'

'Het is te ingewikkeld geworden. Ik weet het ook niet meer. Merk dat ik er murw van ben en me minder betrokken voel zowel naar de organisatie, de politiek en uiteindelijk zelfs naar de cliënten zelf.'

6. MEER KLEINSCHALIGHEID EN SAMENWERKING

Meer richten op ketenzorg via doorlopende zorglijnen zonder schotten. De zorg kan ook beter regionaal worden geregeld. Bijvoorbeeld een kleinschalige GGZ-voorziening per regio en een specialistische instelling bovenregionaal, met financiering op basis van de demografie van de regio's. Kleine regionale verbanden waarin alle disciplines en cliënten vertegenwoordigd zijn kunnen prima het zorgaanbod bepalen. Er is een direct belang van lokale overheden, cliëntinstanties en de woonomgeving bij goede zorg.

Stel meerjarenplannen op voor de langdurende psychiatrie. Verklein grote instellingen en draai fusies terug. Ga terug naar kleinere eenheden die zowel voor de patiënt als medewerkers overzichtelijk en transparant zijn, waar iedereen elkaar (nog) kent, waar het belang van de patiënt weer centraal komt te staan. Het zal kleinschaliger moeten met goede regionale expertisecentra. Dan wordt de zorg weer zichtbaar en bereikbaar. Overzichtelijke besluitvorming, zo dicht mogelijk bij de werkvloer.

'Kies voor een regionaal geïntegreerd aanbod van hulpverlening vanuit een multidisciplinair team. Hierdoor kan er een goede samenwerking (i.p.v concurrentie) tussen de verschillende instanties groeien. Spreek af wie de regie voert over financiën en resultaat. Geef diegene dan ook het beschikbare geld. Dus geen versnippering meer in potjes. De ontwikkeling van FACT teams in Nederland is bijvoorbeeld in Noord Holland Noord is hiervan een mooi voorbeeld.'

'Ook kleinschaligheid -organisaties waar collega's elkaar kennen (en dus weten welke cliënt het best door wie geholpen kan worden, met korte lijnen en weinig verspilling aan managers)- lijkt mij het enige werkbaar.'

'Niet een te grote organisatie worden. Kleinschaligheid zorgt voor verbondenheid.'

7. DE PATIËNT MOET CENTRAAL STAAN

Alles daarom heen moet bijdragen aan zijn of haar herstel. Bied meer kansen aan de doelgroep vanuit de gemeente, bijvoorbeeld via gesubsidieerde banen.

Versterk de inbreng van cliëntenraden en betrek ze bij de besluitvorming. Laat de Nederlandse burgers per referendum beslissen hoeveel geld er aan de zorg besteed mag worden. Betrek de burger bij de vraag waar de grens van de zorg ligt.

'Als de consulten iets langer worden gemaakt en er beter naar de patiënt word geluisterd blijkt veel onderzoek onnodig te zijn. Er is teveel een angstcultuur en indekcultuur ontstaan. Dit geldt met name voor de ziekenhuiscultuur. Daar kan mijn inziens veel bezuinigd worden en veel gezondheid gewonnen worden door beter naar de patiënt te luisteren.'

'Ik denk dat het belangrijk is om meer erkenning te geven aan de ervaringen van cliënten zelf, en door middel van het ontwikkelen van deze ervaringen tot kennis kunnen cliënten meer betrokken worden bij de zorg. Mijn inziens komt er dan ook meer aandacht voor daadwerkelijk herstel, waarbij mensen leren omgaan met hun kwetsbaarheid maar ook eigen keuzes maken om kwalitatieve verbeteringen in hun leven kunnen maken.'

8. MEER INVESTEREN IN PREVENTIE

Door problemen vroeg te signaleren (bij kinderen of jeugdigen) kan voorkomen worden dat problemen complexe problemen bij volwassenen worden of dat kosten op een ander terrein (zoals criminaliteit) gemaakt moeten worden door de overheid. Ook kan voorkomen worden dat mensen uitvallen uit het werkproces. Vroegtijdig ingrijpen dus om later hoge kosten op andere terreinen te voorkomen.

‘Openbare zorg zoals in Canada, GB, Scandinavië. Het is aangetoond dat over de hele lijn drie procent minder ziekten voorkomen in landen met openbare zorg.’

9. BEZUINIGEN KAN DOOR SNIJDEN IN DE OVERHEID, AANPAKKEN DURE INKOOP, SPECIALISTEN IN LOONDIENT, MINDER MEDICATIE EN LAGERE PRIJZEN GENEESMIDDELEN

‘Aanpakken van de farmaceutische industrie. Belachelijk hoge prijzen voor medicijnen maken de GGZ duur.’

‘Durf ook nee te zeggen, zorg echt voor de illegalen, hef maarschappen van artsen op, meer invloed bij de farmaceutische industrieën en alle aangeboden snoepreises. Kortom: zaken die al jaren vanuit de praktijk worden geroepen maar waaraan door de machtverhoudingen niet echt iets gedaan wordt.’

‘Natuurlijk moet er efficiënt met geld tijd, mankracht etc omgesprongen worden. Dat kun je prima regelen zonder marktwerking. Bijvoorbeeld door efficiency, nooit-ziek zijn, geldbesparende ideeën en dergelijke te belonen . Positieve prikkels dus in plaat van botte bijl van de marktwerking.’

10. TERUG NAAR HET OUDE FINANCIERINGSSYSTEEM

Gebruik daarvoor de AWBZ en voer waar nodig veranderingen door. In elk geval betaling per sessie of per uur. Eventueel via de patiënt (restitutiesysteem).

‘Het voordeel bij de claimende patiënt is dat er een gratis controle op het systeem is.’

VERZEXERAARS
AAN DE MACHT-
THERAPEUT ONTKRACHT

MAMA WAAROM
GAAN WIJ NIET
OP VACATIE ??



CONCLUSIES EN DISCUSSIE

Deze rapportage is het verslag van een uitgebreid onderzoek onder zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg op basis van de dagelijkse werkelijkheid in de GGZ. Het doel was om in kaart te brengen hoe de stelselwijzigingen in de GGZ in de praktijk uitpakken. We moeten concluderen dat het nieuwe zorgstelsel desastreuze gevolgen heeft. Bezuinigingen, een uit de hand lopende bureaucratie, geïnstitutionaliseerd wantrouwen en te ver doorgevoerde marktwerking dreigen te leiden tot een geruisloze ontmanteling van de GGZ.

DE LANGDURENDE ZORG STAAT ONDER DRUK

Vanwege de vergrijzing stijgen de uitgaven voor de zorg en lopen de kosten voor de AWBZ uit de hand. Ziedaar het doemscenario waarmee diverse bezuinigingen zijn verdedigd. Het doemscenario houdt nauwelijks stand als men rekening houdt met de eveneens stijgende inkomsten³⁵, maar deze wetenschap hield de bezuinigingen niet tegen.

Binnen de AWBZ is al jarenlang sprake van een ‘modernisering’, een eufemisme voor bezuiniging. De bezuinigingen worden verhaald op de professionals. Zij moeten efficiënter, sneller en harder werken. Daartoe is een bureaucratisch controleapparaat opgezet dat gebaseerd lijkt op een georganiseerd wantrouwen tegenover diezelfde professional. Deze bureaucratie leidt uiteraard juist tot minder efficiëntie en gaat ten koste van de tijd die besteed wordt aan zorginhoudelijk werk. Zo ontstaat een spiraal van toenemende prestatie- en verantwoordingsdruk.³⁶ We zien deze negatieve ontwikkeling terug in de resultaten van dit onderzoek.

Hoopvolle ontwikkelingen als herstelgerichte zorg, doorbraakprojecten en de invoering van effectieve en

DE GGZ ONTWRICHT

veelbelovende werkwijzen als ACT (Assertive community treatment)³⁷ en FACT (functie of flexibele ACT)³⁸, staan onder druk door de versnipperde en tekortschietende financiering.

FINANCIERING DOOR ZORGKANTOREN SCHIET TEKORT

Van de zorgaanbieders heeft 84 procent slechte ervaringen in de onderhandelingen met zorgkantoren. Zorgkantoren zoeken de goedkoopste oplossingen en hebben vaak te weinig inhoudelijke deskundigheid op het gebied van de GGZ. Er wordt te weinig zorg afgesproken, geld gaat naar nieuwe spelers en overproductie wordt niet betaald. Onder druk van het zorgkantoor wordt de productie opgevoerd. Patiënten worden minder gezien, sneller behandeld en zo veel mogelijk volgens een vast protocol. Het zorgkantoor bemoeit zich zo met de inhoud van de zorg en dat gaat ten koste van de kwaliteit.

ZORG UITGEKLEED TOT "BED & BREAKFAST"

De bezuinigingen en toename van de bureaucratie gaan ten koste van het zorginhoudelijke werk. Er wordt minder geschoold personeel ingezet. Vacatures worden niet meer vervuld, waardoor er minder handen aan het bed zijn. Met steeds minder personeel moet hetzelfde worden gedaan. De langdurende zorg voor complexe patiënten komt in de praktijk steeds vaker neer op 'bed & breakfast'. Er zijn afdelingen waar patiënten opgenomen zijn zonder dat er een behandelprogramma is.

HET CIZ KAN WORDEN OPGEHEVEN

Bijna negen van de tien zorgaanbieders (86 procent) heeft slechte ervaringen met de kwaliteit van de indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

De veronderstelde onafhankelijkheid stelt in werkelijkheid weinig voor. Het is een papieren tijger die veel geld kost en die de patiënt letterlijk en figuurlijk vaak niet ziet. De indicatiestellers zijn nogal eens ondeskundig, weinig communicatief en bureaucratisch ingesteld. Het oordeel van de behandelaars wordt te weinig betrokken bij de indicatie. Bijna driekwart van de respondenten meldt dat de aanvragen zes weken of (veel) langer in behandeling zijn. Ruim 70 procent vindt dat het CIZ moet worden afgeschaft. De indicatiestelling kan beter door de professionals zelf worden gedaan, vinden veel respondenten. Bijvoorbeeld door artsen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of de wijkverpleegkundigen. Eventueel met steekproefcontroles door een onafhankelijke instelling.

ZORGZWAARTEPAKKETTEN LEIDEN NIET TOT EEN BETERE EN EERLIJKER FINANCIERING

Door de Zorgzwaartepakketten (ZZP's) zou de financiering beter kunnen worden afgestemd op de behoeften van de patiënt. Volgens tweederde van de respondenten voldoen de ZZP's echter niet aan de behoeften van de patiënten en de zorgverleners. ZZP's zijn niet geschikt voor de psychiatrie en voor complexe zorg. Patiënten worden geforceerd in hokjes geplaatst waarbij de zorgbehoefte regelmatig te laag wordt ingeschat. Ook de toegang tot de zorg komt soms in gevaar doordat patiën-

ten te zwaar of te licht worden bevonden. 85 procent is ontevreden over het werken met ZZP's. Men ervaart het als een bureaucratisch monster waarin goede initiatieven verdrinken. ZZP's zouden maatwerk moeten zijn maar zijn dat allerm minst. Ze leiden tot een verzakelijking van de zorg. In plaats van naar de patiënt wordt er naar het zorgzwaartepakket gekeken. Ruim driekwart van de respondenten kan met de toegekende ZZP niet de zorg leveren die de patiënt nodig heeft.

KORTDURENDE ZORG: DE MARKT CREËERT CHAOS

Marktwerking houdt in dat er concurrentie bestaat tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders. De DBC's zijn daarbij bedacht als belangrijkste instrument om vrij over de prijzen te kunnen onderhandelen. De concurrentie had moeten leiden tot een optimale prijs-kwaliteit verhouding. De realiteit is echter anders.

ONDERHANDELEN MET ZORGVERZEKERAAARS: 'TAKE IT OR LEAVE IT'

Ruim 90 procent van de hierbij betrokken respondenten heeft matige of slechte ervaringen met onderhandelingen met zorgverzekeraars.

In de praktijk is er helemaal geen sprake van onderhandelingen. Zorgverzekeraars hebben de macht en leggen een dictaat op, waarbij hún zorg meer de prijs is dan de kwaliteit. Soms passen verzekeraars misleidende praktijken toe om de prijzen laag te houden. Verder stelt men te veel voorwaarden en bemoeit men zich met de inhoud van de zorg, aldus 75 procent van de betrokken respondenten. Bijvoorbeeld door eisen te stellen aan scholing en registratie. Door aan te sturen op snelle en goedkope zorg. Door star vast te houden aan richtlijnen. Als zorgaanbieders besluiten om geen contract af te sluiten, dan zijn hun patiënten de dupe. Die patiënten krijgen dan minder vergoed (20-50 procent minder) of moeten naar een andere zorgverlener.

DBC'S LEIDEN TOT KAFKAËSKE TOESTANDEN

DBC's leiden tot meer bureaucratie, zo geeft 96 procent van de respondenten aan.

Het DBC'deren kost 40 procent van de zorgaanbieders één of meer uren per dag. Patiënten worden gereduceerd tot diagnoses. Er moet te snel een diagnose worden gesteld en er moet te veel volgens protocollen worden gewerkt. De helft vindt daarbij dat de hulp door de DBC's ook nog eens moeizamer op gang komt.

Hulpverleners ervaren het als de omgekeerde wereld dat niet de zorgverlener maar het DBC systeem bepaalt hoe er gewerkt moet worden. Zorgverleners moeten zich in allerlei bochten wringen om hun werk in de DBC's in te passen hoewel de GGZ-zorg nog veel minder dan de somatische zorg in vakjes past. De werkzaamheid van een therapie is bijvoorbeeld veel afhankelijker van de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar, dan van het uitvoeren van een protocol.

Onheilspellend is ook het feit dat de DBC's zijn gebaseerd op de DSM-IV. Dit classificatiesysteem heeft in de praktijk nauwelijks een relatie met de inhoud van de gekozen behandeling.^{39 40} De DSM is een manier van onderling communiceren en kan op geen enkele wijze gekoppeld worden aan een uitspraak welke behandelvorm gekozen zou moeten worden, wat nu wel gebeurt.

DBC'S MAKEN DE ZORG NIET GOEDKOPER

DBC's leiden niet tot goedkopere zorg vindt 93 procent. Dat is het gevolg van de toename van bureaucratie, de productiedruk, het calculerende gedrag van zorgaanbieders, de opsplitsing in deelactiviteiten en minder samenwerking.

DBC's lokken fraude uit vindt 89 procent. Onder meer omdat er gewerkt wordt met categorieën van minuten: 0-800 minuten, 801-1.800, 1.800-3.000, enz. Dat betekent bijvoorbeeld dat voor 49 zittingen evenveel wordt betaald als voor 30 zittingen. Volgens tweederde van de respondenten leiden DBC's tot upcoding (het toekennen van een zwaardere diagnose dan reëel is). Eenderde geeft toe dat zelf te doen. Het merendeel hiervan doet dit om de vrijheid te hebben meer zorguren aan de patiënten te kunnen besteden. Maar ook gewoon om het hoofd boven water te houden.

DBC'S LEIDEN TOT FASTFOOD-GGZ

De marktwerking wordt als het grootste probleem ervaren. In de concurrentiestrijd wordt steeds vaker gekozen voor snel scoren met relatief makkelijke psychische problemen. Dat geldt zeker voor de nieuwe commerciële bedrijven zoals PsyQ die als paddestoelen uit de grond schieten. Dit gaat echter ten koste van de financiering van instellingen, waardoor het zorgaanbod voor patiënten met complexe problemen uit financiële noodzaak moet verdwijnen.

Snelheid, efficiëntie en controle daar draait het om. Diepgang en complexiteit lijken verdwenen en daarmee zijn de mensen met een echte psychische stoornis de dupe.⁴¹

Deze drang naar snelle en goedkope zorg leidt tot een soort fastfood-GGZ waarin geen plaats meer is voor maatwerk. Hierbij zijn de beeldvorming en de in nietszeggende cijfers uitgedrukte 'prestaties' belangrijker dan de inhoud. Uiteindelijk zal dit leiden tot duurdere zorg. Als er geen adequate zorg wordt geboden, dan zullen patiënten zich via het draaideurprincipe vaker aanmelden en sociaal en maatschappelijk eerder vastlopen met alle (ook financiële) gevolgen van dien (zoals minder uitstroom uit de Wajong).

IN FINANCIËLE PROBLEMEN DOOR DBC'S

Van de zorgverleners die direct te maken hebben met het factureren van DBC's is ruim drievierde (78 procent) in financiële problemen gekomen. Onder meer doordat men lang op betalingen moet wachten. De meeste zorgverzekeraars bieden weliswaar een voorschot aan, maar ze verbinden hier dusdanige voorwaarden aan dat veel zorgaanbieders afzien van een aanvraag. Aanbieders moeten

bijvoorbeeld een contract of een bepaald percentage van de omzet bij de verzekeraar hebben.

DE MEESTE ZORGVERLENERS WILLEN STOPPEN MET DBC'S

Naast de bureaucratie en het duurder worden van de zorg tasten de DBC's ook nog eens de privacy van patiënten aan en het beroepsgeheim van zorgaanbieders. Het registreren van gevoelige gegevens en het doorgeven daarvan aan verzekeraars ondermijnt de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de zorgverlener, een wezenlijk onderdeel van de behandeling in de GGZ.

89 procent vindt de invoering van DBC's onvoldoende voorbereid. In plaats van de beloofde zachte landing is het een 'crash' geworden. Het gaat om structurele en zeker niet om aanloopproblemen. Zorgverleners ervaren het DBC systeem als een ontwrichtend controlemechanisme dat, geboren uit achterdocht, van bovenaf is opgelegd. Het zal daarom geen verbazing wekken dat de overgrote meerderheid (89 procent) wil stoppen met DBC's.

ALTERNATIEF VOOR DBC'S

De meerderheid wil terug naar het oude systeem, bij voorkeur via de AWBZ. Betaling per uur of in het geval van instellingen via regiobudgetten. Wel wil men aanpassingen. Zoals minder bureaucratie en hooguit 10 procent van het budget naar het management. Regiobudgetten zouden moeten worden vastgesteld op basis van behoeften en uitgevoerd in regionale samenwerking. Er zou meer moeten worden uitgegaan van wat mensen zelf kunnen en meer vanuit zorg op maat dan te denken in termen van confectiezorg. De kwaliteit moet worden bewaakt door de professionals zelf, met intercollegiale toetsing en professionele codes en standaarden als maatstaf, in combinatie met kwaliteitsbeoordeling door patiënten en mantelzorgers. De inspectie zou op meer pro-actieve wijze toezicht kunnen houden. Er moet een apart budget komen voor preventie en sociale psychiatrie.

EIGEN BIJDRAGE AFSCHAFFEN

Het is onduidelijk wie de eigen bijdrage moet innen, dat verschilt per zorgverzekeraar. De registratie is ingewikkeld, zeker in combinatie met DBC's. Eigen bijdragen belemmeren bovendien de toegankelijkheid van de zorg. Zeker waar het om een kwetsbare en weinig draagkrachtige groep gaat. De meerderheid van de respondenten (65 procent) vindt het dan ook terecht dat de eigen bijdrage voor de psychotherapie wordt afgeschaft. Ook de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologie kan worden afgeschaft.

WMO LEIDT TOT ZORGVERSCHRALING

Een deel van de GGZ zorg is overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning die op het gebied van de huishoudelijke verzorging al voor de nodige ontwrichting heeft gezorgd.⁴²

DE GGZ ONTWRIGHT

Deze overheveling heeft zijn weerslag op de GGZ in de wijk. Waar voorheen gespecialiseerde teams konden werken in gezinnen met psychiatrische en verslaafde patiënten, worden deze teams nu soms uit elkaar gehaald en krijgen de cliënten te maken met meerdere zorgverleners. Funest als je weet dat de GGZ vaak juist via de huishoudelijke verzorging een ingang vond.

OVERHEVELING NAAR DE WMO LEIDT TOT MINDER ZORG

Driekwart van de respondenten die met de Wmo te maken heeft, heeft slechte ervaringen in de onderhandelingen met de gemeenten. Er is bij de gemeenten weinig kennis van de GGZ en de prioriteiten liggen meer bij overlast dan bij zorg. Telefonische indicatiestelling leidt ertoe dat in situaties waar voorheen gespecialiseerde zorg werd geïndiceerd, nu wordt gekozen voor de goedkopere huishoudelijke zorg of helemaal geen zorg.

BEMOEIZORG KOMT IN DE KNEL

Veel gemeenten zijn slecht op de hoogte van de activiteiten van de GGZ op het vlak van de openbare gezondheidszorg. Het is moeilijker geworden om deze zorg gefinancierd te krijgen waardoor kwetsbare groepen in de knel komen. Zo vindt 75 procent van de hierbij betrokken respondenten de financiering van bemoeizorg onvoldoende.

WEGVALLEN VAN BEGELEIDING LEIDT TOT VEREENZAMING EN PASSIVITEIT

De gemeenten zouden de ondersteunende begeleiding moeten regelen maar zijn hier nog niet op voorbereid. Er is veel onduidelijkheid en ondeskundigheid bij de gemeenten. Hoewel 2008 nog een overgangsjaar is, merken veel zorgverleners al een vermindering van de ondersteunende begeleiding. Het gevolg is dat veel mensen buiten de boot vallen, een terugval meemaken en hun bed niet meer uit komen. Een keten van lege dagen is het gevolg. Een toename van psychische en maatschappelijke problemen kan het gevolg zijn.

Gebrek aan begeleiding leidt ook tot meer opnames en medicijngebruik en is vooral voor kinderen desastreus. Van de hierbij betrokken respondenten vindt 63 procent bovendien dat ze de patiënten onvoldoende kunnen helpen op het gebied van werk en onderwijs. De ervaringen met het CIZ zijn wisselend. Vooral het niet indiceren van dagbesteding als er een indicatie voor de Wet Sociale Werkvoorziening ligt, is velen een doorn in het oog. Vooral omdat voor de WSW nogal eens een wachttijd van jaren staat.

PREVENTIE: KIND VAN DE REKENING

Preventie dreigt het kind van de rekening te worden. Het valt voortaan onder de Wmo of onder de

zorgverzekeringswet of daartussen. Dus eigenlijk nergens. Als het onder de Wmo valt, dan moet preventie concurreren met huishoudelijke zorg, de Wet Werk en Bijstand of gemeentelijke prioriteiten zoals openbare verlichting. Veel gemeenten blijven daardoor in gebreke wat betreft de preventie.

Als preventie onder de zorgverzekeringswet valt, dan kan men te maken krijgen met het DBC-regiem. Het maakt de zorg minder toegankelijk omdat mensen zonder psychische problemen zich moeten inschrijven als cliënt en geDBC'iseerd moeten worden. Dat staat niet alleen haaks op het wezen van preventie, maar werpt ook een flinke drempel op.

VEEL PREVENTIEVE ACTIVITEITEN STOPPEN

Veel preventieprojecten staan onder druk en sommige verdwijnen zelfs helemaal. Er zijn al complete afdelingen Preventie gesloten. Ook zijn er KOPP projecten (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek) stopgezet. Dat zal er uiteindelijk toe leiden dat meer mensen als patiënt in de GGZ terecht zullen komen. Ruim 60 procent van de respondenten zegt niet meer hetzelfde preventie- of dienstverleningsaanbod te kunnen leveren als in 2006.

GEVOLGEN STELSEL FUNEST VOOR DE GGZ

Het nieuwe zorgstelsel leidt in de GGZ tot grote financiële problemen en houdt de professionals gevangen achter het bureau. De ongreepbaarheid van het hele circus leidt tot een verdere roep om nog meer rapportage, verantwoording en controle op controle. Dit overgebureaucratiseerde wantrouwen kost veel geld en is demotiverend voor de hulpverleners. De administratieve rompslomp is tevens de belangrijkste veroorzaker van de hoge werkdruk, naast de productiedruk die voortvloeit uit het streven een goede concurrentiepositie te verwerven.

De kliniek in Amsterdam die onlangs is gesloten na een sterfgeval in de isoleercel is – wat betreft het onder de maat zijn van de zorg en het overbelast zijn van het personeel – waarschijnlijk geen uitzondering. Volgens Ypsilon komt het in meer klinieken voor dat patiënten vanwege personeelsgebrek worden opgesloten in 'de isoleer'.⁴³

HELFT VAN DE ZORGVERLENERS IN FINANCIËLE PROBLEMEN

Tachtig procent van de deelnemers aan de enquête heeft de vragen over financiële problemen ingevuld. Daarvan meldt de helft financiële problemen. Deze problemen zijn 'tamelijk' of 'zeer ernstig' bij 77 procent van de betrokken respondenten. De belangrijkste oorzaken liggen volgens hen bij de zorgverzekeraars en bij de wet- en regelgeving. Ook DBC's spelen een belangrijke rol. Veel genoemd worden ook: niet betaalde overproductie, te lage prijzen door de marktwerking, geld opslokkende fusies en te veel en te duur betaalde managers.

DE GGZ ONTWRIGHT

Als gevolg van de financiële problemen wordt de productie opgevoerd en wordt volop bezuinigd op zorg en arbeidsomstandigheden. Veel vrijgevestigden moeten hun spaargeld aanspreken en in veel instellingen wordt een vacaturestop ingesteld of zijn/dreigen er ontslagen. Regelmatig moet een lening worden afgesloten om de salarissen te kunnen betalen.

BUREAUCRATIE VERDRINGT ZORG

96 procent ervaart bureaucratie. Tweederde zegt minimaal 20 procent van de tijd kwijt te zijn aan verantwoording, regelgeving en administratie. De oorzaak is dat voldaan moet worden aan nutteloze eisen en regels vanuit de overheid, verzekeraars of de instellingen zelf, zo geeft ruim de helft aan.

HOGE WERKDruk GAAT TEN KOSTE VAN DE PATIËNT

87 procent ervaart een hoge werkdruk. Vooral omdat veel tijd verloren gaat aan administratieve rompslomp. Maar ook omdat de productiedruk steeds verder wordt opgevoerd. Een op de drie respondenten zegt patiënten nog nauwelijks de gewenste kwaliteit van zorg te kunnen bieden.

GELD GAAT VOOR DE ARBEIDSONSTANDIGHEDEN

89 procent ervaart een verslechtering van de arbeidsomstandigheden. Men wordt meer aangesproken op geld en productie dan op de inhoud van het werk. Velen voelen zich steeds minder verbonden met het grote geheel en missen waardering voor het inhoudelijke werk. Collega's zijn overbelast, de werksfeer en het werkplezier zijn afgenomen. Collega's zijn gestopt met hun praktijk of namen ontslag. Eén op de zeven respondenten zoekt zelf ander werk.

GELD GAAT VOOR DE KWALITEIT

88 procent ervaart een vermindering van de kwaliteit. Er is minder tijd en aandacht voor de patiënt en er is minder ruimte voor maatwerk. Er is een verschuiving naar goedkopere en minder gekwalificeerde krachten (ook waar dat niet kan). De wachtlijst neemt toe (29 procent) en behandelprogramma's worden stopgezet (25 procent). Het moet korter en goedkoper en onrendabele zorg stopt. Als belangrijkste oorzaak noemt men het feit dat geld belangrijker is geworden dan de patiënt. De marktwerking heeft een negatieve invloed op de kwaliteit, evenals de bemoeienissen van buitenaf met de inhoud van de zorg.

VERSNIPPERING ZORG

86 procent heeft te maken met verschillende geldstromen. Vooral mensen uit instellingen constateren dat deze versnippering van zorg leidt tot het afschuiven van verantwoordelijkheden.

Een en ander heeft funeste gevolgen voor de samenwerking. Daarnaast zijn er zorgactiviteiten die tussen wal en schip vallen. Voorzieningen die financieel onrendabel zijn, verdwijnen. Voorbeelden zijn gespecialiseerde behandelingen, zorg voor specifieke groepen, preventie, consultatie en activiteitenbegeleiding.

VOORRANG WORDT GEKOCHT

Veel respondenten noemen voorbeelden van voorrangszorg. Meer dan in andere zorgsectoren lijkt dit fenomeen in de GGZ te zijn doorgedrongen, ondanks de voortdurende afwijzing ervan door de politiek. Voorrang wordt verleend aan bedrijven die voorrang kopen voor hun werknemers en aan mensen met geld die zelf voorrang kopen. In contracten wordt soms bepaald dat verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar binnen enkele dagen moeten worden geholpen. Hulpverleners worden zo gedwongen om de zorgbehoeften van patiënten af te wegen tegen hun verzekeringsstatus. Een hulpverlener die dergelijke oneigenlijke motieven moet laten meespelen in zijn beslissingen, wordt minder betrouwbaar. Hij verliest er zijn integriteit mee, zowel in zijn eigen ogen als in die van zijn patiënten.⁴⁴

MARKTWERKING GEEN PANACEE

Marktwerking zou de oplossing zijn voor de problemen van bureaucratie, inefficiëntie en de wachtlijsten in de zorg. Marktwerking zou leiden tot lagere kosten, meer kwaliteit en meer keuzevrijheid voor de patiënt. In een gereguleerde marktwerking zouden er bovendien voldoende waarborgen zijn voor het behoud van de solidariteit.

Marktwerking in de GGZ leidt juist tot meer bureaucratie en hogere kosten, zo blijkt uit ons onderzoek. Om te controleren of alles goed gaat en het publieke belang wordt gewaarborgd is een enorm controle-apparaat opgezet en worden duurbetaalde managers aangesteld om dit allemaal in de hand te houden. Het gaat ten koste van de efficiëntie. Ook het verdwijnen van zorg op maat, het onder druk staan van de samenwerking en de dominantie van het korte termijn denken verminderen de efficiëntie. Bovendien zijn er geen signalen dat de wachtlijsten afnemen, ze lijken eerder te groeien. Uit internationale vergelijkingen blijkt ook dat wachtlijsten in de zorg vooral worden veroorzaakt door een tekort aan arbeidskrachten en niet door het ontbreken van marktwerking.⁴⁵

De traditionele professional in de gezondheidszorg was geen marktkoopman, maar liet zich leiden door de zorgbehoefte van de patiënt.⁴⁶ Dit geldt voor alle zorgsectoren, maar zeker voor de GGZ.

De zorg is geen auto waar je eerst de markt voor afzoekt. Natuurlijk is het belangrijk dat de patiënt goed geïnformeerd is en mondig, maar voor de beoordeling van wat nodig is heb je een professionele zorgverlener nodig. Keuzevrijheid is hier een illusie. De patiënt wil gewoon zorg op maat, snel en toegankelijk.

DE GGZ ONTWRICHT

Bovendien neemt de keuzevrijheid juist af door het selectieve contracteringsbeleid van verzekeraars en door de fusies van zorgaanbieders. Ook komt de solidariteit onder druk te staan als gevolg van risico-selectie en het afschuiven van langdurende en complexe zorg.

De deelnemers aan dit onderzoek wijzen de marktwerking in de GGZ massaal af. De GGZ is geen markt en een behandeling is geen product. De marktwerking is ingevoerd van buitenaf, topdown, zonder inspraak van de mensen die het werk moeten doen. Driekwart van de zorgverleners wil de marktwerking stopzetten of terugdraaien. De GGZ is collectief bezit en mag niet worden verkwanseld.

DE GGZ IS GEEN MARKT

Slechts 7 procent van de respondenten vindt de vermarkting van de GGZ een goed idee. Driekwart is tegen de marktwerking. Men wil niet dat alles om geld draait en de menselijke maat verdwijnt. Men verzet zich tegen het korte termijn marktdenken en tegen de concurrentie om de prijs in plaats van om de kwaliteit. Men vindt de macht van de verzekeraars te groot.

ZORGAANBIEDERS HEBBEN ZICH LATEN INPAKKEN

Van de respondenten ervaart 96 procent de marktwerking als iets wat volledig topdown is ingevoerd. Men was op geen enkele manier betrokken bij de invoering ervan. Ontevreden zijn veel respondenten ook over hun beroepsverenigingen, die zich te veel zouden hebben laten inpakken. Daarnaast heeft de politiek onvoldoende geluisterd naar de mensen uit de frontlinie. Velen wachten op een parlementaire enquête.

SLECHTS 2 PROCENT WIL OP DEZELFDE VOET VERDER

Driekwart van de respondenten wil de marktwerking stopzetten of zelfs terugdraaien. Een kwart wil verder maar wel met aanpassingen; vaak omdat ze denken dat de marktwerking niet meer is terug te draaien.

Ruim duizend mensen schetsen een alternatief: 1) Zeggenschap voor en vertrouwen terug in de frontwerkers; 2) Minder bureaucratie en managers; 3) Meer overheidsbemoedening; 4) Zorg meer richten op kwaliteit in plaats van op geld; 5) Terug naar de menselijke maat; 6) Meer kleinschaligheid en meer samenwerking; 7) Bezuinigen waar het kan: inkoop, specialisten, medicijnen; 8) Meer investeren in preventie; 9) Patiënt centraal stellen en betrekken; en 10) Terugkeer van het oude financieringssysteem.

VERMARKTING, VERZAKELIJKING EN BEZUINIGINGEN ONDERMIJNEN GGZ

De zorg is een publieke zaak en steunt op democratische legitimiteit, moraliteit en algemeen belang. De markt kent deze waarden niet en kan dit dus niet garanderen.⁴⁷ Zo kan de minister geregeld niet ingrijpen

en ontbreekt de democratische legitimiteit. Een goede concurrentiepositie wordt bevochten over de rug van de werknemers, terwijl de topmanagers in weelde baden. Hier ontbreekt de moraliteit. Concurrentie en winstbejag brengen ook de lange termijn belangen en de samenhang in de zorg in gevaar en daarmee het algemeen belang.

De normatieve taak van zorgverleners verdient erkenning en steun.⁴⁸ Je kunt niet goed zorg verlenen als je geen idee hebt wat goede zorg is. Nodig zijn inspirerende en doorleefde visies die professionals een kader bieden. Nu ontbreken deze nagenoeg. In plaats daarvan maakt markttaal de dienst uit: cliënt, product, concurrentiepositie, productieverhoging, vraagsturing, wat brengt een patiënt op, enzovoort. Dat biedt de professionals geen normatief houvast bij de dagelijkse beslissingen over de inhoud van de zorg. Financiële prikkels en marktdenken sluiten ook niet aan bij de motivatie en bezieling van de meeste professionals en zijn funest voor de arbeidsmotivatie. Het gaat hen niet om productie maar om mensen. De onvrede in de publieke sector bestaat eruit dat de organisatorische zakelijkheid het van de professionele ziel gewonnen heeft. Wat we nodig hebben is inspirerend en dienend leiderschap, dat in staat is ruimte te maken voor de opbloei, herwaardering en functionele verantwoording van de professionals, maar daar tegelijkertijd ook eisen aan durft te stellen. De werkgever mag bijvoorbeeld van zijn professionals eisen dat ze hun vak bijhouden en hun werk met passie doen.⁴⁹

De GGZ dreigt haar menselijkheid te verliezen. In de zorg draait het niet meer om de mens, maar om productie, procedure en profilering.⁵⁰ De dreigende ontmanteling van de GGZ kan alleen worden voorkomen als de frontwerkers in de GGZ het heft in eigen hand nemen om te voorkomen dat marktwerking en bezuinigingen hun beroep uithollen. Zij moeten de werkvloer terugveroveren. Zij moeten naar buiten treden en een tegenwicht bieden aan politici en beleidsmakers die willen bezuinigen en heilig in de markt geloven. Laten zien dat de marktwerking de GGZ ontzielt, duidelijk maken wat het belang is van de GGZ. Vaarwel zeggen tegen termen als product, concurrentiepositie en productieverhoging. Uitgangspunten moeten weer zijn: vakbekwaamheid en zorgzaamheid, integriteit, collegialiteit en solidariteit. We moeten terug naar een hernieuwd professionalisme. De ziel moet terug in de zorg. GGZ laat van u horen.



APPELTJE
voor de DORS
GELD

KAT
IN DE ZAK

DOSSIER
GEHEIMEN

DROOG
BROOD

Op 100 nieuwe patiënten
Eén werkweek verloren
declaratietijd,
bedacht door de zorgauto
Die tijd is de patiënt kwijt
De regering...
Dat zij...

AANBEVELINGEN

Ruim 1.500 respondenten hebben gereageerd op de vraag hoe het anders zou moeten in de GGZ. Hieronder volgt een samenvatting van de aanbevelingen zoals die door de werkers in de GGZ worden voorgesteld.

1. TERUG NAAR DE MENSELIJKE MAAT

De mens is de maat van alle dingen. We moeten terug naar kleine eenheden onder leiding van vakmensen, dat geeft meer cohesie en verbinding. Organiseer de zorg vanuit kleine buurtgerichte zorgcentra en zorgnetwerken dicht bij de leefsituatie van mensen zodat de mensen elkaar kennen. Zorg voor snelle en korte lijnen tussen de mensen. Stop de megafusies en laten we stoppen met het in het leven roepen van onbestuurbare molochen waar medewerkers van elkaar en de patiënten vervreemden.

2. HERSTEL HET VERTROUWEN IN ZORGVERLENERS

Stop met het georganiseerde wantrouwen en de controlecultuur en zorg ervoor dat de professionals hun werk weer kunnen doen.

Kwaliteit en zorg beginnen bij de hulpverlener, geef deze de ruimte zich te ontplooiën door goede scholing te bieden en schaf allerlei opgelegde verplichtingen af. Herstel de professionele autonomie, de vrijheid om te behandelen. Maak gebruik van de kennis, kunde en visie van de hulpverleners. Geef de zeggenschap terug aan de werkvloer, bijvoorbeeld via zelfsturende teams. Laat de professionals meebeslissen over belangrijke beleidsbesluiten bijvoorbeeld door een referendum uit te schrijven en de vakbonden in de besluitvorming te betrekken.

DE GGZ ONTWRICHT

Het beleid zou moeten worden gemaakt door mensen die zich laten inspireren door inhoudelijke overwegingen en kwaliteit.

3. INVESTEER IN ZORGVERLENERS

Zorg voor betere salarissen, betere arbeidsvoorwaarden, naleving van de CAO en vermindering van de werkdruk. Voorkom ook dat mensen opbranden of dat gekwalificeerd personeel vertrekt.

Investeer in opleidingen zoals de specialisatie tot psychiatrisch verpleegkundige en verbeter ze. Vergoed deze opleidingen volledig. Leid dus meer mensen op en maak voor verpleegkunde de in-service opleiding weer mogelijk naast MBO en HBO. Creëer ook meer opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen.

4. STEL DE PATIËNT CENTRAAL

De aandacht moet uitgaan naar de zieke méns en zijn of haar recht op kwaliteit van leven in plaats van naar de ziekte en de papierwinkel. Ga meer uit van wat de patiënt nog kan en maak daar gebruik van. In Nederland wint – net als in vele andere landen – de herstelbeweging aan kracht en dat is een positieve ontwikkeling. Herstel is een proces door cliënten en dat proces is uniek en verloopt nooit lineair.

Zorgaanbieders dienen zich primair af te vragen wat zij kunnen doen om het herstel van hun cliënten te ondersteunen. Daarvoor hebben hulpverleners veel meer ‘indirecte’ tijd nodig dan nu mogelijk is met de productiedruk. Geef de patiënten meer regie over de inhoud, de planning en de levering van de zorg. Investeer in dagbesteding, het bevordert het herstelproces en de eigenwaarde van de patiënt. Een opname moet meer inhouden dan alleen maar zorgen voor brood en een bed.

Zorg voor voldoende betrokken verplegend en ondersteunend personeel. Dring de wachtlijsten terug.

Zorg voor betere huisvesting en bestrijd de armoede onder chronisch zieke patiënten.

Investeer meer in resocialiseren, rehabilitatie en bewezen effectieve werkwijzen als ACT (Assertive community treatment) en FACT (functie of flexibele ACT).¹

Versterk de inbreng van cliëntenraden en erken het belang van de ervaringen van patiënten.

5. SCHAF HET INDICATIEORGAAN CIZ AF

De indicatiestelling moet weer worden gekoppeld aan de uitvoering van de zorg. De indicatiestelling kan het beste worden gedaan door professionals (artsen, psychotherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of wijkverpleegkundigen.) Ter controle zou een onafhankelijk orgaan steekproeven kunnen doen. Het zorgzwaartepakket kan beter niet worden ingevoerd en moet in elk geval worden uitgesteld.

6. BRENG DE GGZ WEER TERUG IN DE AWBZ

Breng de gehele GGZ weer onder in de AWBZ, inclusief alle ondersteunende en activerende begeleiding, om de solidariteit weer terug in de zorg te krijgen. Zorg voor voldoende budget en stel deze vast op basis van behoeften. Investeer voldoende in de (langdurige) zorg voor chronisch zieken. Ook de eigen bijdrage voor de eerstelijnspsychologie moet worden afgeschaft.

Voorrang mag alleen worden toegestaan op grond van medische criteria, maar niet op basis van extra betaling door particulieren, werkgevers of zorgverzekeraars. Een actief toezicht van de inspectie voor de Gezondheidszorg is hier gewenst.

7. STOP DE MARKTWERKING

De GGZ is een publieke zaak en mag niet uit handen worden gegeven aan de markt. De markt gaat namelijk niet uit van een eerlijke verdeling en biedt onvoldoende waarborgen voor het algemeen belang. De GGZ is geen markt maar een dienstverlening; patiënten zijn geen consumenten en behandelaars geen leveranciers.

Juist in de GGZ is samenwerken nodig in plaats van ieder zijn eigen eilandenrijk, ook binnen de instellingen moeten we terug naar 'burenhulp'.

De marktwerking in de GGZ moeten worden stopgezet en waar mogelijk teruggedraaid. De zorgverzekeraars moeten weer publieke uitvoeringsorganen worden.

8. MINDER MANAGEMENT, MEER ZORG

In naam van de eenvoud en efficiëntie van de markt is een kostbaar controle- en managersapparaat opgezet om de publieke belangen te waarborgen. Door de verantwoordelijkheid terug te leggen bij de overheid kan dit apparaat worden uitgedund. Managers moeten in elk geval zoveel mogelijk van de werkvloer komen en de inzet van interim-managers moet waar mogelijk worden vermeden. Haal zoveel mogelijk tussenschijven (managementondersteuners, office-managers, teamleiders) eruit en zet ze in op de werkvloer. Ook managers kunnen meewerken op de werkvloer. De kloof tussen werkers en managers wordt er mee gedicht.

Managers zouden een strikt ondersteunende en dienende rol moeten krijgen, ze moeten voorwaarden scheppen waarbinnen professionals hun werk kunnen doen. Ze moeten ruimte scheppen voor creativiteit van de professionals en tegelijk eisen stellen aan hun professionele inzet. Managers moeten faciliterend optreden in plaats van controlerend. Ze moeten bijvoorbeeld inhoudelijke ondersteuning geven om nieuwe zorgvormen daadwerkelijk in praktijk te brengen. Directies en Raden van bestuur zouden normale salarissen moeten krijgen, te hoge salarissen aan de top zijn immers fnuikend voor de arbeidsmoraal op de werkvloer.

9. HAAL VEEL PAPIERWERK WEG VAN DE WERKVLOER

Aandacht voor de mens in plaats van voor de stopwatch. Minder vergaderen, overleggen en verantwoorden aan overheid, zorgverzekeraars en leidinggevenden. Geen controle op controle. Voorkom een sturende bovenlaag los van de werkvloer, die werkt alleen maar vervreemding in de hand.

Stel een maximum aan de overhead van 15 procent (minder managers, minder lagen). Alle directe zorgverleners moeten voor minimaal 80 procent doen waarvoor ze zijn aangenomen: directe zorg verlenen aan patiënten.

DE GGZ ONTWRIJKT

Teamleiders horen een soort meewerkende voorman te zijn, die ook op de hoogte is van alle ins en outs. Bezuinigen kan door het aanpakken van dure inkoop en de hoge prijzen en het overtollige gebruik van geneesmiddelen.

10. VAN VERZAKELIJKING NAAR VERDIEPING

Meer richten op de inhoud van de zorg in plaats van op productie en geld. Van verzakelijking naar verdieping. De kwaliteit moet het belangrijkste zijn in plaats van productienormen. Vakinhoudelijke expertise moet keuzes en beleid bepalen. Herstel intervisie en intercollegiale toetsing. Bundel innovatie, steek geld in verder onderzoek, evalueer bestaande behandelmethoden en geef ruimte voor reflectie. Zorg voor een permanente landelijke uitwisseling van goed lopende initiatieven. Blijf niet vasthouden aan ouderwetse behandelmethoden en zorg voor blijvende scholing en deskundigheidsbevordering. Laat de kwaliteit toetsen door de eigen beroepsgroep. HKZ-certificering is een farce en kan worden afgeschaft. Perk de invloed van de zorgverzekeraars in.

11. STOP CONFECTIEZORG

Meer ruimte voor creatieve oplossingen en zorg op maat in plaats van afgemeten confectiezorg. Iedere patiënt is anders en heeft andere hulp nodig. De behandelrelatie is het allerbelangrijkste in de psychotherapie. In plaats van gerichtheid op een snel resultaat moeten er ook meer aandacht en meer geld komen voor langdurige zorg en verdieping. Voorkom dat commerciële bureaus de krenten uit de pap kunnen pikken en winst kunnen maken met versimpelde lucratieve zorg.

12. SCHAF DBC'S AF

Terug naar het oude systeem, bij voorkeur via de AWBZ. Betaling per uur en in bij instellingen via regio-budgetten. Met steekproefsgewijze controle. In overleg met de professionals het oude systeem verfijnen. Bij voorkeur een uniform tarief, dus onafhankelijk van de diagnose.

13. INVESTEER IN PREVENTIE EN OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

Investeer meer in preventie en behoud een laagdrempelig preventieaanbod, bijvoorbeeld door voldoende budgetten ter beschikking te stellen in zowel Zvw als AWBZ. Oormerk in de Wmo gelden voor preventie en openbare gezondheidszorg (inclusief bemoeizorg). Voorkom dat mensen voor wie preventie goed is, zich in moeten laten schrijven als patiënt. Stimuleer en investeer in toename van de deskundigheid van openbare gezondheidszorg bij de gemeenten.

Organiseer meer inloopvoorzieningen waar mensen terecht kunnen met hun vragen, angsten enz.

Maak meer gebruik van kennis SPV'ers en psychiaters in huisartspraktijken, verpleeghuizen, onderwijs enz, zonder declaratiegekte. Herstel alle consultatieprojecten in ere en zorg voor adequate financiering.

14. INVESTEER IN DE GGZ

Erken het belang van de GGZ voor de maatschappij. Een goede GGZ beperkt de kosten van geestelijk lijden en de gevolgen daarvan (zoals verwaarlozing van kinderen, ziekteverzuim, productiviteitsverlies, verslaving en geweld). De GGZ is nog steeds een ondergeschoven kindje en dat moet veranderen. Duidelijk moet worden dat iedere Nederlander er mee te maken kan krijgen. Dat de GGZ veel normaler, moderner en nuchterder is dan velen denken. Dat de GGZ een onmisbaar onderdeel is van de gezondheidszorg. Er zou ook meer aandacht moeten komen voor de inhoud van de GGZ. En meer onderzoek naar de opbrengsten van de GGZ: wat is de bijdrage van de GGZ aan de medemenselijkheid en de cohesie in de samenleving en wat bespaart de GGZ de maatschappij aan kosten?

15. VRAAG HET DE PROFESSIONALS

Veel van de bovengenoemde aanbevelingen verdienen nadere uitwerking. Het zou goed zijn om nu eens niet over de hoofden van maar samen met de professionals – de werkers in de frontlinie – de alternatieven voor het ingezette beleid uit te werken. Zij zijn de echte deskundigen. De belangrijkste aanbeveling is dan ook: maak daar gebruik van. Bijvoorbeeld door alternatieven te laten bedenken door kleine werkgroepen met daarin voor 70% mensen uit het veld en 30% beleidsmakers. Verschillende werkgroepen zouden parallel aan elkaar alternatieven kunnen ontwikkelen. Deze alternatieven zouden vervolgens via een meerkeuze-referendum aan de werkers in de GGZ moeten worden voorgelegd. Het zou recht doen aan deze inspirerende gezondheidszorgsector waar duizenden intelligente, betrokken hulpverleners met hart en ziel hun werk doen.

BIJLAGE 1

Hoe verhoudt de marktwerking zich tot uw beroepsnormen?

Deze vraag op het eind van de uitgebreide enquête, werd door 2.002 mensen beantwoord. Vrijwel iedereen worstelde met dit vraagstuk. De marktwerking zou haaks staan op de beroepsnormen; commercieel zijn en kwalitatief goede zorg leveren staat in de praktijk nogal eens lijnrecht tegenover elkaar.

‘Vroeger was ik in de maatschappij hulpverlener voor mensen in nood of met problemen. Nu moet ik zorgen dat ik geld verdien aan het leed van andere mensen. Ik kom soms in gewetensnood.’

‘Behandelen doe je vanuit een zorgmentaliteit. Dat kan en mag niet meer. Alles wordt vercommercialiseerd, ook deze “markt” die nooit een echte markt zal worden.’

‘Instellingen dreigen te verworden tot geld genererende machines in plaats van inhoudelijke zorginstellingen.’

‘Binnen de hulpverlening is naar mijn mening het sterkst werkend therapeutisch middel de werkrelatie, het vertrouwen die met een cliënt opgebouwd wordt. Door de marktwerking wordt ik gedwongen door een aantal technieken een kortstondige verbetering te bewerkstelligen, zodat weer snel afgesloten kan worden.’

'Slecht: ik voel mij vrijer en behandel beter als ik vrij ben van de invloed van de marktwerking. Gelukkig laat ik mij er niet door verleiden. Onevenwichtig, omdat de mensen die zorg bieden andere persoonlijkheden zijn dan de degenen die louter cijfers voor zich zien. Veelal niet opgeleid met het idee dat er nog andere waarden zijn die samenhang geven aan een maatschappij.'

'Slecht, ik word gedwongen keuzes te maken die ik niet wil maken.'

'De marktwerking in de huidige vorm leidt tot een ontoelaatbare aantasting van de fundamentele waarden van psychotherapie als ambacht, namelijk absolute vertrouwelijkheid en eerbiedigen van de geheimhoudingsplicht.'

'Het gaat mij eerlijk gezegd vooral om het DBC-systeem dat niet alleen veel tijd van ons vraagt, maar ook inhoudelijk op drijfzand berust. In de GGZ is de relatie tussen diagnose en behandeling niet zo eenduidig als in de medische gezondheidszorg en dus slecht verdedigbaar. Het geeft alleen een illusie van transparantie.'

'Ik moet mijn beroeps normen steeds meer bijstellen en inleveren. Outreachend werken wordt minder. Directe zorg is minder. Breed werken ten goede van de cliënt is verminderd.'

'Marktwerking staat haaks op mijn beroepsnorm, namelijk te allen tijde goede zorg bieden en niet eerst kijken of het nog wel kan, of dat het nog wel betaald gaat worden door de AWBZ, zorgverzekeraar ed.'

'Moeizaam, soms moet je normen laten varen doordat de financiering bepaald welke normen er gelden.'

'Dit staat haaks op elkaar, mijn norm is de eed van Hypocrates, oftewel mensen helpen, de norm bij marktwerking is meer geld verdienen.'

'Deze verdragen elkaar niet: ofwel goede zorg, het ambacht staat centraal, ofwel de winst, beiden tegelijk kan niet, ieder die zegt van wel verkoopt reclamepraat (=lucht, gebakken).'

'Ben mordicus tegen marktwerking in de zorg. Ik haat het idee, dat ik met productie bezig ben, of dat ik de productie niet gehaald zou hebben. In mijn opleiding heb ik geleerd, dat mijn behandeling onafhankelijk dient te zijn van geld. Ik heb bij mijn artsexamen een eed afgelegd, dat ik

mensen zonder aanzien des persoons, zou helpen. Een eed is mij heilig en die heb ik ook altijd zo goed mogelijk nageleefd. Als deze marktwerking zo blijft, is mijn beroep niet meer wat het geweest is en dan stop ik ermee. Terwijl er nog voor jaren leuk werk te doen zou zijn (ook na mijn pensioen).'

'Marktwerking in de zorg gaat niet goed. Mensen verkopen op de markt is niet moreel.'

'Slecht, mijn beroepsgeheim hangt aan de wilgen met al die besluiten van KLINK. Iedereen kan straks in mijn dossier (opgebouwd in 20 jaar) en patiënt heeft het nakijken.... Ik heb wel een eed afgelegd, maar alles wordt door de computer als god te verheffen, met voeten getreden.'

'De prikkel tot efficiënt en verantwoord werken vind ik gezondmakend. We slaan echter door in de bureaucratie. Marktwerking geeft onevenredige macht aan de manager die de randvoorwaarden bepaalt die mijn professionaliteit een ondergeschikte rol geeft.'

'Wat mij mateloos stoort is de verwevenheid die het begrip kwaliteit tegenwoordig heeft met het begrip efficiency. Ik denk dat processen verbeterd kunnen worden. Het feit dat we vaak met oogkleppen op moeten lopen en ons niet met andere problematiek mogen bezighouden (dan werken we niet efficiënt) en het feit dat we soms kamers dubbel beleggen (de andere patiënt is met verlof, er kan wel even een andere patiënt op die kamer) gaat tegen mijn beroepsnormen in. Er wordt soms geschoven met mensen alsof het producten zijn om de opnamecapaciteit maar zo veel mogelijk te benutten. We verzetten ons hier waar mogelijk tegen, maar niet altijd met succes.'

'Collega's met wie ik intervisie deel (dus vertrouwelijk allerlei zaken bespreken) zijn opeens conculega's (concurrent collega's) geworden. Dit stelt de vertrouwelijkheid ernstig op de proef. Zo ook in een landelijk forum (de LithiumPlusWerkGroep, LI+WG). Hier werden alle ideeën gedeeld. Wat een ander wist, wist ik enz. Nu worden uit concurrentie overwegingen de kaarten tegen de borst gehouden. Uiteindelijk zijn de patiënten de dupe, omdat kennis niet meer gedeeld wordt. Ieder voor z'n eigen.'

'Ik heb er last van als er te veel ongeschoold personeel op de werkvloer rondloopt. De organisatie heeft hiermee een makkelijk te manipuleren potentieel in de organisatie die er alles voor over hebben om geld te kunnen verdienen. Dit gaat ten koste van de algemene arbeidsvoorwaarde en ten koste van het niveau waarop de ondersteuning wordt aangeboden. Hierdoor ligt erg veel verantwoording bij geschoold personeel die dan de hele administratie moeten doen en minder in het directe cliënten contact kunnen doen. Dit is voor de cliënten nadelig omdat kennis over de

doelgroep erg belangrijk is in het bereiken van bepaalde doelen in de ondersteuning. Hierdoor ontspreken meer cliënten en komen na verloop van tijd weer terug. Het strookt niet met mijn beroepsethiek dat ik moet accepteren dat wij onze zorg en dat ik daar onderdeel van uitmaak slecht aanbied omdat het beter is dan niets. Zodat het goedkoper is. Zolang de directeur in een auto van de zaak rijdt en te dure lunches kan aanbieden geloof ik niet dat er geen geld is. Het is gewoon een kwestie van het niet goed verdelen van het geld.'

'Beroepsnormen worden naar beneden bijgesteld, je gaat anders werken in verband met de "centjes" je mag bijvoorbeeld geen incontinentiemateriaal meer gebruiken omdat het teveel geld kost dus lig je in een nat bed.'

'Ik heb een tijdje gedacht dat ik in een fabriek aan het werk was in plaats van in de zorg. Nu probeer ik mij hier niet meer aan te storen omdat ik anders mijn beroep niet uit kan voeren en last krijg van het niet kunnen werken volgens mijn beroepsnormen.'

'Het idee dat zorg verleend gaat worden naar aanbod wat het meeste geld oplevert staat mij niet aan. De grote zorgvragen in de chroniciteit die relatief veel tijd kosten en weinig geld opleveren blijven liggen en de maatschappelijke gevolgen zijn groot vooral omdat hele gezinnen de dupe worden vooral bij probleemgezinnen, dubbeldiagnose en verslavingsproblematiek is er een groot risico dat de zorg onder de maat blijft. Het kost nu eenmaal een investering om een relatie op te bouwen met die zorgvragers. Betaalt zich op den duur terug en voorkomt vaak veel leed.'

'Het heeft niets met normen te maken. Het is nu geen markt. We worden gediskwalificeerd en vernederd en machteloos gemaakt.'

'De manier van werken gaat tegen je eigen professionaliteit in. Dat gaat wringen op den duur en maakt je werk bijna ondoenlijk.'

'Een patiënt is niet hetzelfde als een klant. Je kunt van te voren niet bepalen welke inhoud je eigen therapie zal hebben en of dit voor jou als patiënt zinvol is. Aangezien alle macht nu ligt bij de zorgverzekeraars, zonder transparantie naar de klant(patiënt), worden inhoudelijke keuzes eerder gebaseerd op kostenbesparing (want winstverhoging) dan op de beste zorgmethodes. Het is nu eenmaal niet zo dat de kwaliteit van zorg op net zo'n wijze te bepalen is als die van een wasmachine die tien jaar goed functioneert nadat je hem hebt gekocht. De mens zit ingewikkelder in elkaar. Ten slotte vind ik dat met de huidige DBC's en macht van de verzekeraars de professionaliteit en integriteit van de hulpverlener op onbeschofte wijze in twijfel wordt gesteld.'

'Ik vind dit Godgeklaagd. Ik heb doorverwijzingen gekregen van nadrukkelijk foutief of onderbehandelde cliënten die op basis van verkeerde diagnoses de verkeerde behandeling (of wat losse "feel good modules") gekregen hadden, waarvoor wel een "duur" diagnose-DBC c.q. behandelplan was betaald, zonder dat die cliënt er iets mee was opgeschoten. Deze marktwerking komt in zijn huidige vorm neer op een geleide marktpolitiek die vooralsnog alleen maar tot splitsing tussen aanbieders leiden kan, waarbij nieuwe kleine partijen al snel voor de krenten in de pap gaan en de kostbaarder complexere behandelingen blijven liggen voor zorginstellingen als de mijne, die voor het maatwerk dat veelal nodig is betaald worden met confectieprijzen (of eigenlijk nog daaronder).'

'De zogenaamde marktwerking waarbij zorgverzekeraars chronische patiënten, waaronder ernstig verslaafden, systematisch aan het uitsluiten zijn (zo blijkt uit recent onderzoek van de Erasmus universiteit) staat meer en meer haaks op mijn beroepsnormen. We moeten het hebben van samenwerking in plaats van opgedrongen vormen van concurrentie. We dienen als hulpverleners uit te gaan van de hulpvraag van cliënten in plaats van meer en meer dictaten van zorgverzekeraars. We moeten vrij zijn om uit te gaan van onze deskundigheid in plaats van wat als kosteneffectief op kort termijn wordt gezien.'

'Ik vind dit geen insteek die zich kan verhouden tot het feit dat je een hulpverlenende instantie heet te zijn. Bovendien worden er hierdoor bakken met geld aan public relations uitgegeven, ik vind dit beschamend.'

'Niet. Ik vind het ideologische rimram die de professionals steeds verder van hun autonomie beroofd, ons beledigt en opjaagt. En de klanten illusies biedt en minder kwaliteit en rust.'

'Zeer slecht; Ik vind dat ik niet meer de kwaliteit kan leveren die ik zou moeten leveren. Er komen steeds meer anders en minder gekwalificeerde collega's bij; dit baart mij erg veel zorgen. Managers staan steeds verder van de werkvloer af en nemen met minder genoegen. Als het op papier allemaal maar goed omschreven staat, lijkt het wel (HKZ certificering is belangrijk, maar daarmee wordt ernstig gerommeld in praktijk).'

'Ik behandel geen stoornissen maar mensen die lijden. 1. Ik reduceer mensen niet tot een diagnose; 2. De zorgverzekeraar heeft mij te vertrouwen dat ik niet onnodig lang bezig ben met behandelen; 3. De zorgverzekeraar hoeft niet te weten waarom mevrouw Jansen bij mij komt. Verzekeraar weest gerust: Zij komt echt niet voor haar plezier. 4. Marktwerking gaat over controle op processen. Het procesdenken is verwoestend ten aanzien van inhoud en ten aanzien van het individu.'

'Ik heb een bezwaard geweten rondom de steeds verdergaande verzakelijking. Enkele jaren geleden werden mijn spreekuurgesprekken met mantelzorgers betaald uit de AWBZ; ik kon toen doen wat nodig was. Nu moeten mantelzorgers een verwijfsbrief bij de huisarts halen, hun verzekeringsgegevens en hun BSN nummer doorgeven, en het laatste is dat ze zich moeten legitimeren! Ik schaam me!'

'Slecht. Een collega zei eens: ik kan met 8 mensen op een dag een gesprek hebben, maar ik kan niet met 8 mensen psychotherapie doen op 1 dag. De laatste cliënten op een dag hebben pech. De opleiding is steeds korter en jonge collega's zijn heel beperkt geschoold.'

'Ik heb een eed gezworen, dat ik eenieder zal helpen, die mijn hulp nodig heeft, zonder aanzien des persoons. Als het geld straks moet gaan bepalen, of ik iemand wel of niet, of minder moet gaan behandelen en als ik mensen niet meer kan behandelen zoals ik beroepsmatig vind dat het moet, dan wil ik niet meer als arts functioneren.'

'Demotiverend, kom in conflict als thuiszorg bij een dementerende teruggedraaid wordt en hulp beperkt in tijd. Heb al een cliënte op laten nemen in een verpleeghuis daardoor omdat daar toch adequatere zorg werd geleverd dan door de thuiszorg.'

'Gezondheid is ethisch gezien niet een onderwerp waar op gehandeld zou moeten worden. Mijn uitgangspunt is dat in principe ieder mens graag (geestelijk) gezond wil zijn.'

BIJLAGE 2

BELANGRIJKE SITES

www.zorggeenmarkt.nl
www.deggzlaatzichhoren.nl
www.therapieinnood.nl
www.beroepseer.nl
www.devrijepsych.nl/
www.trimbos.nl
www.trimbospreventie.nl/
www.kenniscentrumrehabilitatie.nl/
www.schizofrenieplein.nl/
www.nvspv.nl

NOTEN

- 1 Minister van VWS, Brief aan de Tweede Kamer, 18 mei 2001 (25424, 32).
- 2 RVZ. Thuis in de GGZ, november 1996.
- 3 RVZ. Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw, januari 1998.
- 4 Minister van VWS. Brief aan de Tweede Kamer, 20 april 1998 (25424, 5) .
- 5 http://www.regering.nl/Het_kabinet/Eerdere_kabinetten/Kabinet_Balkenende_II/Regeerakkoord.
- 6 Shirin Slabbers. Financiering van de GGZ. De Psycholoog, jaargang 43, september 2008, 495-496.
- 7 Ministerie van VWS. Persbericht, 23 mei 2008.
- 8 Minister van VWS. Brieven aan de Tweede Kamer, 18 juli 2008 (29248, 49 en 50).
- 9 De Stentor. GGNet wordt uitgehold. 24 april 2008.
- 10 Minister van VWS. Voorhang beleidsregel bekostiging POH-GGZ, 27 april 2007.
- 11 LVG, Landelijke vereniging Georganiseerde eerste lijn. POH-GGZ Nieuwsbrief, 5 juni 2008.
- 12 Minister van VWS. Brief aan de Tweede Kamer, 13 november 2007.
- 13 De Stentor. GGNet wordt uitgehold. 24 april 2008.
- 14 Antwoord op kamervragen SP (2070819250), 28 april 2008.
- 15 Psy. GGZ is geen productiefabriek. Nr 12, 2006.
- 16 www.vrijepsych.nl.
- 17 Bezwaar tegen tariefbeschikking NZa (dossiernummer 767).
- 18 Geertje Kindermans. Op hol geslagen transparantie. De Psycholoog, september 2008.
- 19 R.A. Jongedijk. Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. Tijdschrift voor psychiatrie 43 (2001) 5, 309-319.
- 20 J.L. Klompenhouwer. De Diagnose behandel combinatie (DBC): haarlemmerolie of een werkzaam recept voor de ggz? Tijdschrift voor psychiatrie 46 (2004) 9: 575-577.

- 21 Kamervragen Schippers, 25 januari 2008 (vergaderjaar 2007-2008, nr 1513).
- 22 Minister VWS. Voortgangsrapportage GGZ in de Zvw. Brief aan de Tweede Kamer, 21 mei 2008.
- 23 Stichting Pandora. Interne notitie, 4 november 2007.
- 24 <http://www.nvvp.nl/nieuwsbrief.php?id=24>.
- 25 Anton Loonen. Declaratiechaos zal leiden tot dodelijke slachtoffers. NRC Handelsblad, 17 mei 2008.
- 26 Antwoord op kamervragen SP (2007-2008, nr 2451).
- 27 Minister van VWS. Brief aan de Tweede Kamer, 21 mei 2008 .
- 28 NRC. Psychotherapeut wil ook een keer naar de wc. 21 juni 2008.
- 29 Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE). Nieuwsflits nr 13, 9 juni 2008.
- 30 Fred Leffers en Thijs Emons. Marktwerking ontziet GGZ. Psy, nr 5 2008.
- 31 Ineke Palm et al. Wetenschappelijk Bureau SP en actiegroep Zorg geen Markt. Chaos in de GGZ. Tussenrapportage, juni 2008.
- 32 Minister van VWS. Brief aan de Tweede Kamer, 25 juni 2008.
- 33 www.therapieinnood.nl.
- 34 Landelijke cijfers komen uit Loonkosten-gegevensbestand (LKG, Prismant) en Vernet, Verzuimnet werk BV.
- 35 Nico Schouten. Wetenschappelijk Bureau SP. De vergrijzing betaalbaar. 2007.
- 36 Evelien Tonkens. Bevrijd vaklui uit de bureaucratie. Volkskrant september 2008.
- 37 http://www.ggzconsult.com/shw_dossiers.php?id=106.
- 38 <http://www.kenniscentrumrehabilitatie.nl/rehabilitatie/tekst/visie/signaleringenactenfact.htm>.
- 39 R.A. Jongedijk. Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. Tijdschrift voor psychiatrie 43 (2001), 5: 309-319.
- 40 J.L. Klompenhouwer. De diagnose behandelings combinatie (DBC): haarlemmerolie of een werkzaam recept voor de GGZ? Tijdschrift voor psychiatrie 46 (2004) 9: 575-577.
- 41 Jan Derksen. Markt en ziel gaan niet samen. NRC 22 juli 2008.
- 42 Ineke Palm. Wetenschappelijk Bureau SP. WMO I, II en III. 2007 en 2008.
- 43 Trouw. Ondermaatse zorg overal in de psychiatrie. Trouw. 23 september 2008.
- 44 Margo Trappenburg. De ethiek van de publieke sector. Den Uyl lezing, 18 december 2006, Amsterdam, de Rode Hoed.
- 45 Tackling Excessive Waiting Times for elective Surgery: a Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. OECD Health Working Papeers, 2003.
- 46 Margo Trappenburg. De ethiek van de publieke sector. Den Uyl lezing, 18 december 2006. Amsterdam, de Rode Hoed.
- 47 Agnes Kant. Vermarkting ondermijnt publieke zaak. Volkskrant 9 september.
- 48 Evelien Tonkens. Bevrijd vaklui uit de bureaucratie. Volkskrant, september 2008.

- 49 Jos van der Lans. Ontregelen, de herovering van de werkvloer. Maart 2008.
- 50 Fred Leffers, Thijs Emons. Marktwerking ontziet GGZ. Psy , nr 5, 2008.
- 51 <http://www.kenniscentrumrehabilitatie.nl/rehabilitatie/tekst/visie/signaleringenactenfact.htm>.

AL 350 !!!

PRAKTIJKE

OVER DE KLIM

GEJAAGT