

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) groeit de kloof tussen professionals en beleidsmakers. Terwijl officiële vertegenwoordigers stug volhouden dat het nieuwe zorgstelsel een kwestie van wennen is, neemt de onvrede in het werkveld toe. Hulpverleners voelen zich niet meer vertegenwoordigd. Langzaam maar zeker ontstaat een beweging van onderaf die zich teweer wil stellen tegen de ontmanteling van de ggz. Onderstaande bijdrage is daar een voorbeeld van. Drie psychologen geven hun analyse van de problematiek en roepen op tot een mobilisatie van ggz-professionals.

forum

P

Ggz-professionals laat u horen!

Fred Leffers, Thijs Emons
en Co Klaver

Wat is er aan de hand?

In de afgelopen maanden hebben verschillende media, waaronder *De Psycholoog*, aandacht besteed aan het zware weer waarin de geestelijke gezondheidszorg terecht is gekomen. Door de marktwerking en het nieuwe financieringssysteem van de diagnose-behandelcombinaties (DBC's) nemen bureaucratie en werkdruk toe, terwijl de kwaliteit afkalft (Baltesen, 2008; Ligetvoet & Van Gennip, 2008).

De macht van zorgverzekeraars leidt tot misstanden. Zorgaanbieders hebben nauwelijks een onderhandelingspositie. Soms moeten ze het doen met vergoedingen onder de kostprijs. Daarnaast bevatten de 'kwaliteitscontracten' die ze krijgen opgedrongen allerlei dwingende voorwaarden zoals het verplicht moeten bezoeken van door de zorgverzekeraar georganiseerde bijeenkomsten over transparantie en kwaliteit. Veel zorgaanbieders zijn in financiële problemen gekomen doordat behandelingen pas achteraf, na afsluiting van de DBC, worden vergoed. Bovendien zijn allerlei geldstromen weggevalen als gevolg van de versnippering in de financiering en de bezuinigingsdrift vanuit overheid en zorgverzekeraars. Instellingen moeten hierdoor fors bezuinigen en honderden vrijgevestigde praktijken hebben hun deuren al gesloten (Baltesen & Van Nierop, 2008).

Recent onderzoek toonde aan dat bijna negentig procent van de ggz-professionals van mening is dat het DBC-systeem moet worden afgeschaft (Palm et al., 2008). Niet alleen vanwege de financiële gevolgen en de enorme bureaucratie die ermee gepaard gaan, maar ook omdat hulpverleners worden gedwongen hun cliënten diagnoses op te plakken die soms lang nog niet zeker zijn. Deze diagnoses gaan ook nog eens naar de zorgverzekeraar. Dit schendt de privacy van de cliënt en is in strijd met het beroepsgeheim (Van Nierop, 2008). Intussen gaat de kwaliteit achteruit. Cliënten krijgen niet meer altijd de zorg die zij nodig hebben. Daarnaast worden 'dure'

hulpverleners, zoals psychotherapeuten, steeds vaker vervangen door goedkopere, zoals basispsychologen.

Hulpverleners zien met lede ogen aan dat het in het dagelijkse werk niet meer om de mens draait, maar om productie, procedure en profilering (Leffers & Emons, 2008). Productie houdt in dat zoveel mogelijk cliënten moeten worden gezien. Voor deskundigheidsbevordering is nauwelijks nog tijd en geld beschikbaar. De almaar stijgende werkdruk kan alleen worden verlaagd door te bezuinigen op kwaliteit. Procedure verwijst naar de knellende bureaucratie, waaraan noodgedwongen steeds meer tijd en geld wordt besteed. De ggz is verstrikt geraakt in een ongrijpbaar systeem van interne en externe eisen, die ook nog eens voortdurend veranderen. Het voldoen aan deze regels wordt steeds vaker gekoppeld aan het wel of niet vergoed krijgen van zorg. Met als gevolg een blikvernaauwing waarbij de inhoud van het werk er steeds minder toe doet en de 'kwaliteit' wordt afgemeten aan het hebben voldaan aan procedures, protocollen en prestatie-indicatoren (Leffers, Emons & Klaver, 2008). Maatwerk, écht aansluiten bij de cliënt en zijn wensen, wordt daardoor heel erg moeilijk. Het belang van profilering, ten slotte, vloeit voort uit de noodzaak om verzekeraars te overtuigen van de eigen meerwaarde. Hierdoor gaan zorgaanbieders zich kunstmatig van elkaar onderscheiden. Ze investeren niet langer in samenwerking en gaan hun 'producten' en zichzelf 'in de markt zetten'. Het leidt tot een explosieve groei van pr-activiteiten en het kost een hoop geld dat niet aan de directe zorg kan worden besteed.

Waar ging het mis?

We wisten natuurlijk dat zaken als marktwerking en DBC's eraan zaten te komen. Maar slechts weinigen onder ons, wijzelf inclusief, namen de moeite om zich echt te verdiepen in de ontwikkelingen. We dachten – misschien tegen beter weten in – dat het wel los zou lopen. Onze managers en beroepsver-

enigingen waren er druk mee en dat lieten we maar zo. In de hoop dat ze ons vak goed bewaakten.

Dit was achteraf gezien naïef. Het nieuwe stelsel valt helemaal niet mee en grijpt juist diep in op de dagelijkse praktijk van de hulpverlening. Bovendien blijken veel beroepsverenigingen in meer of mindere mate te hebben meegewerkt aan de stelselwijzigingen. In hun streven om een goede partner te zijn voor de beleidsmakers, raakten ze gaandeweg het contact met hun achterban kwijt en lieten ze zich mede verantwoordelijk maken voor het huidige systeem (Huygen, 2008).

In nog sterkere mate geldt dit voor onze branchevereniging GGZ Nederland. Zij lijkt eerder een vazal van de politiek dan een krachtige vertegenwoordiger van de ggz waarin ook de doorsnee hulpverlener zich herkent. De brief die GGZ Nederland destijds naar kabinetsinformatuur Wijnfelders verzond, spreekt wat dat betreft boekdelen. Er staat onder meer in dat er 'voor de invoering van DBC's binnen de sector een groot draagvlak bestaat'. Inmiddels wordt door directeur Jos de Beer erkend dat er 'weerstand' is, maar die zou al 'over zijn hoogtepunt heen' zijn. Dergelijke uitlatingen maken pijnlijk duidelijk hoezeer het contact met de achterban zoek is (GGZ Nederland, 2006; Van Delft, 2008).

Ook onze directies, uitzonderingen daargelaten, werkten in meerderheid mee aan de veranderingen of staken hun kop in het zand. Men verloor zich in eenzijdige beeldvorming over de 'kansen' van het nieuwe stelsel en wilde of durfde het niet aan om het echte verhaal te vertellen. Vanuit strategische overwegingen of uit angst dat de instelling negatief in het nieuws zou komen en de relatie met beleidsmakers en verzekeraars schade zou opleven.

Het bovenstaande maakt duidelijk hoe het allemaal zo ver heeft kunnen komen: onze vertegenwoordigers vertegenwoordigden ons niet en zelf waren we te passief. Signalen van de werkvloer werden niet gehoord, maar klonken ook te zacht om gehoord te kunnen worden. Ons gebrek aan assertiviteit, gezamenlijkheid en zichtbaarheid maakten ons tot een gewillige prooi voor politici die willen bezuinigen en beleidsmakers die heilig in marktwerking geloven.

Het gevolg was dat economen, managers en andere beleidsmakers de toekomst van ons vak bepaalden terwijl wij met onze cliënten bezig waren. Intussen groeide de onvrede. Hulpverleners raakten murw door de aanhoudende schaalvergrotingen en reorganisaties. Inmiddels verdiepen velen zich niet meer in de ontwikkelingen. Ze hebben het gevoel er geen tijd voor te hebben, kunnen het niet overzien en denken dat ze er toch geen invloed op uit kunnen oefenen. Vanuit deze aangeleerde hulpeloosheid trekken ze zich terug op hun werkruimte en proberen er daar het beste van te maken. Het is een beproefde strategie in tijden van crisis: je beperken tot je kernactiviteiten.

Velen van ons hebben lang de illusie gekoesterd dat we de misère buiten de spreekkamer konden houden. Maar dat is al lang niet meer het geval. Meer en meer wordt van buitenaf aan professional en cliënt opgelegd wat er moet gebeuren en in welke volgorde. Aanvankelijk protesteerden we daar tegen, maar met het groeien van de onmacht kiezen we steeds vaker

eieren voor ons geld en vragen we het management om duidelijke voorschriften over wat we wel en niet moeten doen. Heel geleidelijk, bijna sluipenderwijs, worden we steeds meer werknemer en steeds minder professional (Van der Lans, 2008). Langzaam maar zeker veranderen onze afwegingen. Sluiten we bijvoorbeeld een behandeling af die we vroeger in het kader van terugvalpreventie zouden vervolgen met enkele laagfrequente gesprekken. Of plakken we alvast een diagnose op iemand om de administratie rond te hebben.

Stap voor stap gaat de kwaliteit achteruit. Zo stilletjes, zo geruisloos dat we ons er nauwelijks bewust van zijn. Laat staan onze cliënten. Hoe zouden die er überhaupt achter moeten komen dat zij een minder goede behandeling krijgen? De kwaliteit van het werk zal toch echt door onszelf bewaakt moeten worden. Zeker nu verzekeraars meer en meer gaan voorschrijven waar iemand zijn behandeling mag volgen en hoe lang dat mag duren. Dit is allang geen toekomstmuziek meer. Er zijn al instellingen die fors moeten ingrijpen in het zorgaanbod omdat de verzekeraar kortere DBC's afdwingt. Als we er niet in slagen om de professional in ons wakker te schudden, dan zijn uiteindelijk ook onze cliënten de dupe.

Hoe het tij te keren?

Als hulpverleners zullen we zelf actief moeten worden en ons ook buiten de muren van onze spreekkamers laten horen. Alleen met een brede beweging van onderaf kunnen we voorkomen dat ons vak verder wordt uitgehold. Daartoe moeten we in de eerste plaats onszelf mobiliseren. Door met elkaar te spreken over hoe we ons vak willen beoefenen. Door protest aan te tekenen als we dingen moeten doen die behandelinhoudelijk zinloos of zelfs schadelijk zijn. Maar vooral door steeds opnieuw aan elkaar, management, directie en maatschappij duidelijk te maken wat voor belangrijk werk we doen en hoe de kwaliteit van dat werk achteruitgaat door de marktwerking.

We zullen de vooroordelen moeten ontcrachten die politiek en publieke opinie van ons hebben. Dit geldt met name voor de misvatting dat er op de ggz flink bezuinigd kan worden, voortkomend uit het idee dat we problemen nodeloos ingewikkeld maken en onnodig lang behandelen. Ook moeten we duidelijk maken wat de beperkingen zijn van protocollaire behandelingen in de dagelijkse praktijk (Derksen, 2008). Tot slot moeten we er consequent op hameren dat de DSM-classificatie geen adequate diagnose is omdat zij nauwelijks voorspellende waarde heeft als het gaat om aard en duur van de behandeling (Kindermans, 2008).

Er is al iets aan het veranderen. Hulpverleners zien toeneemend onder ogen dat het nieuwe zorgstelsel wel degelijk de kern van hun werk raakt, terwijl managers ervaren dat zij – ondanks alle schaalvergrotingen en investeringen in pr – weinig in de melk hebben te brokkelen bij de zorgverzekeraars. En dus komen schoorvoetend steeds meer hulpverleners én managers met de feiten naar buiten. Het heeft geleid tot meer media-aandacht voor de ggz dan ooit tevoren. De ban van de stilte rond de stelselherziening en de gevolgen daarvan, is doorbroken.

Met het naar buiten brengen van de problematiek is een eerste belangrijke stap gezet. De volgende stap zal moeten zijn dat we de problemen neerleggen waar ze horen, in de politiek dus. En die politiek is wel degelijk te beïnvloeden (Chavannes, 2008). Hoe meer we er in slagen om de problemen voor het voetlicht te krijgen en de vooroordelen ten aanzien van de ggz te ontkrachten, hoe meer veranderingen er mogelijk zullen blijken te zijn.

Wat te doen?

Wat doet u als behandelaar met een depressieve, zich machteloos voelende cliënt? U stimuleert hem weer in beweging te komen zodat hij gaat ervaren dat zijn stemming wel degelijk te beïnvloeden is. Dus wat kunt u als hulpverlener doen als u zich zorgen maakt over de afkalving van het vak? Veel. We geven enkele suggesties:

- Meld u aan voor de mailgroep van <www.deggzlaatzichhoren.nl>. U wordt dan op de hoogte gehouden van relevante publicaties en acties van vakgenoten.
- Zorg ervoor dat de zaken waarover u en uw collega's zich druk maken, ook terug te vinden zijn op de agenda van de beleidsvergadering.
- Wees kritisch en vertrouw op uw eigen kompas. Doe niet klakkeloos de dingen die u worden gevraagd, maar probeer bij al die dingen die u doet eens stil te staan bij de vraag of dit goed is voor uw vak en het welzijn van uw cliënten. Discussieer hierover met collega's.
- Doe samen met enkele collega's een voorstel hoe cliënten kunnen worden ingelicht over het feit dat hun diagnose naar de zorgverzekeraar gaat. U zou er bijvoorbeeld voor kunnen pleiten om in het behandelplan een korte tekst op te nemen die cliënten hierop wijst.
- Pleit in uw werksituatie, samen met enkele collega's, voor het instellen van een werkgroep bureaucratie. Deze werkgroep zou er op toe moeten zien dat van elke bureaucratische activiteit expliciet wordt gemaakt van wie het precies moet en met welk doel. Dit remt het invoeren van nieuwe bureaucratische maatregelen.
- Geef steun aan collega's die hun nek uitsteken bij het opkomen voor hun vak.

Het is nodig dat de ggz zich laat horen. We zijn het aan onszelf en aan onze cliënten verplicht. Bovendien kunnen we met een krachtig, breed gedragen geluid en een lange adem zeker dingen bereiken. Laten we er met zijn allen voor zorgen dat de ggz structureel op de politieke en maatschappelijke agenda komt te staan!

Ir drs. F. Leffers, gezondheidszorgpsycholoog, drs. Th. Emons, psycholoog, en drs. N.J.M. Klaver, klinisch psycholoog, zijn werkzaam bij de polikliniek Volwassenen van GGNet Apeldoorn. Correspondentieadres: <info@deggzlaatzichhoren.nl>.

Literatuur

- Baltesen, F. (2008, juni). Psychotherapeut wil ook een keer naar wc. Instellingen klagen over toename werkdruk en bureaucratie door invoering marktwerking. *NRC Handelsblad*, 21 juni.
- Baltesen, F. & Nierop, L. van (2008, april). Driekwart GGZ in geldnood. *NRC Handelsblad*, 15 april, 1-3.
- Chavannes, M. (2008, april). Kamer zoekt naar doorlopende leerlijn. *NRC Handelsblad*, 19 april.
- Delft, S. van (2008). Sp: bureaucratie ondermijnt ggz-zorg. Zie: <http://www.psy.nl/nieuws/nieuwsbericht/article/sp-bureaucratie-ondermijnt-ggz-zorg/>.
- Derksen, J.J.L. (2008, juli). Markt en ziel gaan niet samen. Het behandelen van psychische problemen is een zaak van lange adem. *NRC Handelsblad*, 22 juli.
- GGZ Nederland (2006). Brief naar kabinetsinformatuur Wijffels, 27 december.
- Huygen, M. (2008, mei). De zorg dreigt het onderwijs achterna te gaan in overgeorganiseerde chaos. *NRC Handelsblad*, 3 mei.
- Kindermans, G. (2008). Op hol geslagen transparantie. De wonderde wereld van de DBC's (2). *De Psycholoog*, 43, 491-494.
- Leffers, F.C. & Emons, T. (2008). Marktwerking ontzielt ggz. *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 12 (5), 38-39.
- Leffers, F.C., Emons, T. & Klaver, C. (2008, juli). Als de handtekening maar goed is. *Trouw*, 5 juli.
- Lans, J. van der (2008). *Ontregelen. De herovering van de werkvloer*. Amsterdam: Uitgeverij Augustus.
- Ligtvoet, F. & Gennip, S. van (2008, juli). Ggz onder zware druk. Onvrede over kleinere budgetten en groeiende administratie. *De Stentor*, 21 juli, 1-3.
- Nierop, L. van (2008, april). Angst voor 'depressie' op factuur. Therapeuten weigeren te declareren op manier die de 'psychiatrie kapotmaakt'. *NRC Handelsblad*, 18 april.
- Palm, I., Leffers, F., Emons, T., Egmond, V. van & Zeegers, S. (2008). *De GGZ spreekt. Een onderzoek naar de marktwerking in de GGZ*. Den Haag: Wetenschappelijk Bureau SP.