



Ruim 5.000 werkers in de geestelijke gezondheidszorg uitten per enquête hun ongenoegen en dat werd opgetekend in het SP-rapport 'De GGZ ontwricht'. En de leden van brancheorganisatie GGZ Nederland weigerden collectief de nieuwe AWBZ-financiering in zorgzwaartepakketten (zzp's) per 1 januari 2009 in te voeren. De GGZ is in beroering. Daarover gaat het eerste deel van het dossier. Het tweede deel biedt een doorkijkje naar de psychiatrie wereldwijd en in het derde deel gaat het over een heel specifiek probleem: studenten vinden de GGZ geen aantrekkelijk werkveld.

Vier grote systeemwijzigingen trekken een zware wissel op de bedrijfsvoering van de GGZ-instellingen. Welke consequenties heeft dat voor de verpleegkundigen en voor de kwaliteit van de zorg die zij leveren? Wij vroegen het aan een nurse practitioner, een manager en een voorzitter van een Raad van Bestuur, allen ook verpleegkundige.

Bureaucratie ten koste van kwaliteit

Beroering in de GGZ

De problemen in de GGZ zijn ontstaan door een stapeling van beleidswijzigingen. De overheid heeft vrijwel gelijktijdig ingezet op stelselwijziging, overgang naar prestatiebekostiging en introductie van marktwerking.

De stelselwijziging betreft in de eerste plaats de overheveling, per 1 januari 2008, van het geneeskundige deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet. Dit deel omvat zowel de eerste lijns psychologische zorg (die voorheen in de aanvullende verzekering zat) als de tweede lijns GGZ (die voorheen werd gefinancierd vanuit de AWBZ). Beide worden sindsdien via de Zorgverzekeringswet (het basispakket) vergoed.

Voor dit geneeskundige deel van de GGZ werd gelijktijdig prestatiebekostiging ingevoerd: de zorgverzekeraars betalen per ziektegeval één prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan een patiënt: de DBC (Diagnose Behandeling Combinatie).

Eerder (2007) zag de sector zich al geconfronteerd met de overheveling van de forensische zorg voor volwassenen op strafrechtelijke titel naar Justitie en van delen van de GGZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Vanaf 2009 wordt voor de geneeskundige GGZ bovendien marktwerking doorgevoerd. Zorgverzekeraars kunnen dan zorg inkopen bij wie zij willen. Zij hoeven dan nog maar 70 procent

van het budget van instellingen te garanderen. In 2010 wordt er bovendien, net als bij de somatische zorg, een A- en B-segment geïntroduceerd. Voor het B-segment, dat in omvang zal gaan groeien, gelden dan vrije prijzen.

Verder wordt in 2009 in de GGZ, net als in andere door de AWBZ gefinancierde instellingen, de zorgzwaartefinanciering ingevoerd. Het budget dat zorginstellingen krijgen is dan gekoppeld aan de zorgzwaarte van patiënten. De invoering van de zorgzwaartepakketten (zzp's) gaat leiden tot een herverdeling van middelen tussen zorgorganisaties. In de GGZ gaat ruim een op de vijf instellingen er meer dan 13 procent op achteruit. De financiële gevolgen worden uitgesmeerd over drie jaar. In 2009 gaan organisaties er maximaal twee procent op achteruit.

Met al deze maatregelen beogen minister Klink en staatssecretaris Bussemaker dat de cliënt meer centraal komt te staan, dat het omgaan met de zorgvraag transparant wordt, dat concrete prestaties worden bekostigd (wat doelmatigheid en kwaliteit moet stimuleren), en dat de eerste en de tweede lijn beter op elkaar aansluiten, evenals de somatische zorg en de geneeskundige GGZ. Dat schrijft de minister op 24 juli 2008 aan de Tweede Kamer in een brief 'beleidsvoornemens GGZ in de Zvw 2009' (www.minvws.nl/dossier/ggz). Het lijkt er op dat de



Foto: Sijjn Rademaker

minister en de staatssecretaris met hun goede bedoelingen de sector overvragen.

Burgerlijke ongehoorzaamheid

Op 20 november 2008 spraken de leden (instellingen) van GGZ Nederland zich collectief uit tegen het invoeren van de zorgzwaartepakketten per 1 januari 2009. 'De product- en tariefstructuur voor de zzp's is dermate instabiel dat het niet verantwoord is om tot invoering over te gaan', aldus het persbericht van de brancheorganisatie. (www.ggz nederland.nl) De kritiek is dat de zzp's geënt zijn op de ouderenzorg en niet op de psychiatrie. Ook is de aansluiting met de DBC-financiering niet goed geregeld en zijn er voor sommige doelgroepen, zoals jeugdigen, geen goede zzp's. Het was de spreekwoordelijke druppel die de emmer deed overlopen.

De problemen betreffen niet alleen alle systeemwijzigingen, maar ook de financiële positie van de GGZ-instellingen. Deze staat namelijk ernstig onder druk omdat bij de DBC-systematiek rekeningen pas na afronding van een behandeling bij de zorgverzekeraar kunnen worden ingediend. Hierdoor moeten instellingen de soms langdurige behandelingen zelf voorfinancieren, tenzij de zorgverzekeraar bereid is tot bevoorschotten. Tot november 2008 was slechts een beperkt aantal

zorgverzekeraars bij een beperkt aantal zorgaanbieders daartoe bereid.

Er is nu een enorm reservoir ontstaan van lopende behandelingen die moeten worden voorfinancierd. GGZ-instellingen hebben volgens GGZ Nederland tussen 1 en 1,6 miljard euro aan vorderingen uitstaan bij zorgverzekeraars. Om de lonen en andere lopende kosten te betalen moet geld geleend worden. De kredietcrisis maakt het afsluiten van leningen extra duur. Door uitblijvende vergoedingen en oplopende renteverliezen zouden diverse instellingen op miljoenenverliezen afstevenen.

De inkoopvoorwaarden 2009 doen volgens voorzitter Marleen Barth van GGZ Nederland nog eens een schepje bovenop deze problematiek. Door niet meer dan 70 procent van de omzet van instellingen te garanderen, dwingen zorgverzekeraars de instellingen tot ingrepen in het personeelsbestand: minder vaste aanstellingen, meer flexibele contracten. Op de langere termijn is dat volgens Barth volstrekt onverantwoord. 'Er doemt een enorm tekort aan werknemers op in de zorg. Juist nu moeten instellingen kunnen investeren in het vasthouden van mensen, in scholing en persoonlijke ontwikkeling. De kortzichtigheid van zorgverzekeraars zit dat ernstig in de weg.' Volgens Barth staan er in de sector 20.000 banen op de tocht.

Naïef geweest?

Ondanks de ferme taal van GGZ Nederland, lijkt deze organisatie pas op een laat moment aan de bel te hebben getrokken. Althans, volgens de initiatiefnemers van de website www.deggzlaatzichhoren.nl: de psychologen Fred Leffers, Thijs Emons en Co Klaver, alle drie werkzaam bij de polikliniek Volwassenen van GGNet Apeldoorn. De mailgroep van de website had in december ruim 2.000 leden en groeide nog steeds. Naar schatting 20 tot 30 procent van de leden is verpleegkundige. Op de site lezen we onder de button 'Wat ging er mis?': 'Zij (GGZ Nederland/red.) lijkt eerder een vazal van de politiek dan een krachtige vertegenwoordiger van de GGZ waarin ook de doorsnee hulpverlener zich herkent. Zo beweerde GGZ Nederland dat er voor de invoering van de DBC's in de GGZ een breed draagvlak bestaat. Dergelijke uitlatingen maken pijnlijk duidelijk hoezeer het contact met de achterban zoek is.' 'Ook onze directies', zo gaat het verder, '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. Uit angst dat de instelling negatief in het nieuws zou komen en de relatie met beleidsmakers en verzekeraars schade zou oplepen.'

VIJF JAAR RUST

Als beleidsverantwoordelijke pleit **Maria Buijen**, voorzitter van de Raad van Bestuur van Symfona Groep te Amersfoort, ervoor dat de politiek de sector voor een periode van vijf jaar met rust laat. 'Geef de sector vijf jaar de tijd om alle veranderingen goed in te voeren. Daar is rust voor nodig en geen bedreiging van minder geld, bezuinigingen, systeemwijzigingen, wijzigingen met betrekking tot het vastgoed. De politiek moet de zorgverzekeraars wijzen op hun verantwoordelijkheid goed voor hun verzekerden te zorgen en een gelijkwaardige relatie met zorgaanbieders te realiseren. Geen kortingen meer, geen nieuwe (controle)regels meer. Eerst eens alle veranderingen van nu implementeren.'

'Vooral in een overgangsfase, waarin de veranderde stelselwijziging en financiering van de zorg grote druk legt op het management en de uitvoerders van de zorg, is het van belang de primaire verantwoordelijkheid van ggz-medewerkers voorop te stellen, namelijk uitvoering van zorg aan zeer kwetsbare mensen.'

'Het is soms bijna onmogelijk om te werken met én een groot controlesysteem én marktwerking én een ander financieringsstelsel, en dan ook nog kwalitatief goede zorg te leveren. Het leren invullen van een DBC bijvoorbeeld en het werken met een elektronisch patiëntendossier, kost tijd van degenen die dit moeten doen. Die tijd gaat vaak af van de directe zorg.'

Kansen

'Aan de andere kant bieden de ingezette veranderingen ook kansen aan de GGZ: we kunnen beter en meer laten zien wat we kunnen, wat we althans voor een deel oplossen voor een maatschappij waar 'afwijkingen', vertaald in psychiatrische ziekten, weinig in tel zijn. Ook het werken met nieuwe instrumenten zoals e-health leidt tot zorgaanbod dat bij deze tijd hoort, dat een groot bereik heeft en dus drempelverlagend naar de hulpverlening werkt.'

'Ketenzorg, het stepped care model, samenwerking met algemene ziekenhuizen –het zijn allemaal zaken waarmee wij samen effectievere zorg willen leveren en waarmee zowel de kwaliteit als de kostenkant bewaakt kunnen worden.'

'In onze eigen instelling hebben we vooral door een projectmatige aanpak geprobeerd de systeemwijziging door te voeren en de marktwerking tussen de oren te krijgen. Een voordeel van marktwerking is dat er meer oog is gekomen voor kwaliteitszorg. Ook de bejegening is een punt dat hierin hoog scoort. We proberen steeds meer vanuit de vraag van de cliënt te denken, doen aan tevredenheidsonderzoeken (cliënten en medewerkers), kijken naar de klachtenbehandeling, naar de bereikbaarheid van onze medewerkers, besteden tijd aan deskundigheidsbevordering voor het invoeren van de systeemwijzigingen, hadden expertteams op de locaties voor ondersteuning en we hebben een e-learning pakket ontwikkeld voor nieuwe medewerkers.'

Ambitie

'Mijn aanbeveling aan de verpleegkundige beroepsgroep is om een eigen plek in te nemen in deze veranderingen, om hun ervaringen en meningen kenbaar te maken, te delen, om te laten zien welke expertise men in huis heeft en met welke ambitie men mee wil doen. Er zullen verschuivingen plaats gaan vinden in taken en verantwoordelijkheden. Daarin zal de verpleegkundige zeker een belangrijke rol spelen. Laat de verpleegkundigen zich blijven bijscholen en met ideeën komen voor soms zelfs een nieuwe invulling van het beroep.'

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 sluispenderwijs, worden we steeds meer werknemer en steeds minder professional. 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 laten we een cliënt terugkomen voor een kleinigheid zodat we een contact kunnen scoren. Of plakken we alvast een diagnose op iemand om de administratie rond te hebben.'

Uiteindelijk is de patiënt de dupe. '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 dan ze vijf jaar geleden zouden hebben gehad? De kwaliteit van het werk zal toch echt door onszelf bewaakt moeten worden. Zeker als straks de verzekeraars gaan voorschrijven waar iemand zijn behandeling mag volgen en hoe lang dat mag duren. Als we er niet in slagen om de professional in ons wakker te schudden, dan zijn uiteindelijk onze cliënten de dupe.'

De GGZ ontwricht

De initiatiefnemers van www.deggzlaatzichhoren.nl staan zeker niet alleen in hun analyse. Uit het rapport 'De GGZ ontwricht' (www.sp.nl) blijkt dat zorgverleners in de GGZ massaal vinden dat zij hun vak nauwelijks nog kunnen uitoefenen. Toenemende bureaucratie en vermarkting leiden tot een doorgeslagen verzakelijking, met verschromelende zorg als gevolg. Het rapport is gebaseerd op een enquête onder 5.000 zorgverleners in de GGZ, opgezet door het Wetenschappelijk Bureau van de SP en de actiegroep 'Zorg Geen Markt'. De belangrijkste conclusies: 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

Meer werknemer, minder professional

De hand wordt ook in eigen boezem gestoken. 'Als hulpverleners wisten we natuurlijk dat zaken als marktwerking en DBC's er aan 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 beroepsverenigingen waren er druk mee en dat lieten we maar zo. In de hoop dat ze ons vak goed bewaakten. Dit was achteraf gezien naïef.' En dat heeft verstrekkingen gevolgen voor de beroepsuitoefening. '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

kwijt aan bureaucratie, wat ten koste gaat van de zorg. Niet alleen wordt met steeds minder personeel hetzelfde werk gedaan. Ook wordt steeds minder goed opgeleid personeel aangenomen. 27 procent van de geënquêteerden klaagt over onvoldoende en onvoldoende gekwalificeerd personeel.

Het marktdenken botst met de professionaliteit en bezieling van de meeste hulpverleners en is funest voor de motivatie, zo blijkt verder 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 daardoor ernstig bemoeilijkt. Verder leidt het bezuinigen op ondersteunende en activerende begeleiding in de AWBZ tot vereenzaming en passiviteit van patiënten. Zij worden onvoldoende geholpen met werk en onderwijs. Preventie en bemoeizorg komen onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid (Wmo) 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 moet er een einde komen aan de managerscultuur; de werkvloer moet weer centraal komen te staan en er moet meer worden geïnvesteerd in personeel om de werkdruk te verlagen.

Liever kwaliteit

Voor een nadere blik op de werkvloer spraken wij met Ronald van Gool. Hij werkt als SPV/nurse practitioner bij De Geestgronden, instelling voor geestelijke gezondheidszorg in het zuidelijk deel van Noord-Holland, en is voorzitter van de verpleegkundige adviesraad van Buitenamstel Geestgronden. Een deel van zijn tijd verleent hij directe patiëntenzorg, als lid van een ambulante team in Haarlem dat zich richt op mensen met complexe psychiatrische problematiek; meest mensen met schizofrenie. Daarnaast houdt hij zich als projectleider vooral bezig met de implementatie van richtlijnen. 'Als lid van het ambulante team begeleid ik ruim 20 patiënten in zo'n anderhalve dag per week. Deze patiënten hebben te maken met blijvende symptomen van hun ziekte ondanks medicatiegebruik, kampen met problemen rond financiën, huisvesting, het ontbreken van een sociaal netwerk en het ontbreken van



Foto: Stijn Rademaker

werk of dagbesteding. Als nurse practitioner geef ik voor een deel dezelfde begeleiding als de SPV'ers, daarnaast heb ik innovatieve taken. Zo ben ik bezig met het opzetten van een systematische somatische screening van patiënten.'

'In het werk zijn stap voor stap steeds meer administratieve handelingen geslopen. Wij moeten op de werkvloer voortdurend lijsten afvinken of invullen. Hoe lang heeft het contact geduurd? Waar heeft dat plaatsgevonden? Door wie? Onder welke noemer? Wat zijn daarvan de kosten? Als professional zou ik liever op kwaliteit gecontroleerd willen worden dan op productie en prijs. De controle heeft een puur economische grondslag. Alles bij elkaar genomen, inclusief rapportages, zit ik een vierde tot een vijfde deel van mijn tijd achter de pc, bezig met administratie.'

Verschraling

'Het kost niet alleen tijd, het systeem van DBC's werkt ook belemmerend voor het goed uitoefenen van mijn beroep. Stel, dat ik op zoek ben naar een zorgmijder. Ik weet dat ik hem meestal bij het winkelcentrum vind, maar daar is hij nu niet. Ik loop in totaal een uur te zoeken, maar ik kan hem niet vinden. Dan kan ik dat uur niet declareren, want daar is geen code voor. Moet ik dan voortaan denken: laat die zorgmijder maar zitten, want ik krijg het toch niet vergoed? Dat kan toch niet de bedoeling zijn. Of moet ik creatief omgaan met coderen? Moet ik daar mijn energie in steken?'

'Het DBC-verhaal gaat misschien prima op voor patiënten met een blindedarm, maar niet voor patiënten met complexe psychiatrische

problematiek. Wat kost zo'n patiënt per jaar? Dat kun je niet vaststellen. De ene patiënt heeft de beschikking over een uitgebreid ondersteunend netwerk, de andere helemaal niet. Er is ook geen standaardbehandeling. Er is wel een multidisciplinaire richtlijn schizofrenie met interventies die evidence based zijn. Wanneer ik die interventies volgens de richtlijn zou toepassen, zou dat tot een relatief zeer hoge kostenpost leiden. Daarmee zouden wij ons als instelling uit de markt prijzen. Want een zorgverzekeraar vergelijkt: wat kost een behandeling bij aanbieder A en wat bij aanbieder B? Als zorgaanbieders word je gedwongen te concurreren op prijs. Dat kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. Voor een professional is dat uiterst frustrerend. Er is veel geld geïnvesteerd in het ontwikkelen en implementeren van de richtlijn schizofrenie, via een Doorbraakproject en binnen Zorg voor Beter. Maar in de praktijk is er feitelijk het geld niet om de interventies uit de richtlijn ook naar behoren toe te passen. Een voorbeeld: een deel van de patiënten met complexe psychiatrische problematiek verblijft thuis, heeft weinig sociale contacten, zit achter de spreekwoordelijke geraniums, maar bezorgt de samenleving geen overlast. Wanneer je voor deze groep weinig tot niets doet, gebeuren er geen rampen. Aan de andere kant weet je dat deze groep enorm baat zou kunnen hebben bij interventies uit de richtlijn, zoals cognitieve gedragstherapie, steun bij het opbouwen van een sociaal netwerk, hulp bij het vinden van een vorm van dagbesteding of toeleiding naar werk. Het fraaie visiedocument "Herstel en gelijkwaardig burgerschap" van GGZ Nederland, dat specifiek gaat over

'DE SECTOR MOET ZICH POSITIEVER OPSTELLEN'

Lea Bouwmeester, Tweede-Kamerlid namens de PvdA, heeft de GGZ in haar portefeuille. Zij kan zich de reacties voorstellen, maar vindt de reactie van GGZ Nederland en GGZ-instellingen in de discussie over de wijzigingen in de sector te weinig positief. 'Je kunt de ontwikkelingen ook als kans zien en deze grijpen.'



Foto: Hans Kouwenhoven/ANP

'Het werken met DBC's en zzp's heeft twee voordelen: meer transparantie van de sector - wat zal leiden tot betere zorg - en een betere aansluiting tussen de somatische en geestelijke gezondheidszorg. Bij de invoering van de DBC's in 2008 hadden we nog te maken met kinderziektes. Dat is vervelend, maar naar verwachting tijdelijk van aard.'

'Van GGZ Nederland heb ik begrepen dat de DBC's ruim gedefinieerd waren, met ruimte dus voor maatwerk, zodat zij er prima mee uit de voeten konden. Kijk, het totale volume in de GGZ blijft gelijk. Het kan zijn dat de ene instelling wat minder geld krijgt ten gunste van een

andere instelling. Het gaat er uiteindelijk om dat het geld eerlijk wordt verdeeld. Als daar grote verschuivingen in zouden optreden, kun je je afvragen of dat goed is voor de stabiliteit in de sector. Maar blijkbaar zijn er dan redenen voor die verschuiving. Deze kunnen bijvoorbeeld liggen in de zwaarte van de zorgvraag.'

'Zaak is om kwalitatief goede zorg te leveren. Dan hoef je niet bang te zijn dat de zorgverzekeraars 30 procent minder zorg bij jou inkopen. Bij het ontwikkelen van parameters voor kwaliteit kan de sector zelf een belangrijke rol spelen. Eis een rol in de totstandkoming van deze parameters! Ik geloof niet dat zorgverzekeraars puur op prijs inkopen. Uit kostenoverwegingen hebben zij er net zo goed belang bij dat er kwalitatief goede zorg wordt geboden. Wanneer de praktijk anders zou uitwijzen: kom dan met je verhaal naar Den Haag, dan kunnen wij ingrijpen.'

Ga in gesprek

'De GGZ is een bescheiden sector. In mijn optiek is er nu juist een kans om een stap vooruit te zetten. Dan moet je wel met elkaar aan tafel gaan. Ook instellingen onderling: ga in de regio met elkaar in gesprek, wissel ervaringen uit, leer van elkaar. Nodig ook GGZ Nederland uit en de inkopers van de zorgverzekeraars. Laat die meelopen in je instelling, zodat ze voeling krijgen met de praktijk.'

'Wanneer op de website www.ggzlaatzichhoren.nl staat dat er een beweging ontstaat van gepassioneerde professionals die het beu zijn dat hun vak en uiteindelijk hun cliënten steeds meer worden uitgewrongen, dan schrik ik daarvan. Gaat het werkelijk om een grote groep? En wanneer het specifiek gaat over het aspect bureaucratie: worden medewerkers dan wel goed ondersteund door de eigen instelling? Op mijn werkbezoeken kom ik ook op plaatsen waar die ondersteuning goed geregeld is. De ervaringen zijn blijkbaar verschillend. Ook op dit punt zou ik willen zeggen: ga in gesprek met de directie en met collega's van andere instellingen. En organiseer je vooral binnen je eigen instelling, vraag de directie om verantwoording over het beleid. Maak je ook als beroepsgroep sterk en zet de lobby stevig in. Laat maar horen aan de politiek wat je ervan vindt, met voorbeelden. Als je iets wilt veranderen, heb je daar zelf ook een aandeel in, maar je moet wel worden ondersteund door je instelling.'

'De hete aardappel wordt in dit soort situaties heen en weer geschoven tussen diverse partijen. Dat vind ik te gemakkelijk. Ik zou wel eens voor een zaal met boze medewerkers in de GGZ willen staan. Om het enthousiasme eruit te halen, zichtbaar te maken, en te onderscheiden: wat kun je zelf doen, wat is de taak van de instelling en wat kun je op het bordje van Den Haag leggen? Dus als je zo'n zaal voor me hebt?'

'Tien jaar geleden hadden we nog wel geld, maar wisten we minder goed hoe we dat moesten besteden. Nu hebben we een goede richtlijn schizofrenie, maar ontbreekt het geld om de interventies toe te passen, waardoor de zorg verschaalt. Dit steekt des te meer, wanneer je gelijktijdig ziet dat er veel geld gaat naar dure bureaus om de DBC-processen te begeleiden. Dat frustrert en roept bij mijzelf en collega's reacties op, die alle mogelijke schakeringen vertonen: van boosheid tot somberheid en gelatenheid. Mij maakt het ook wel creatief, wanneer ik bijvoorbeeld het management probeer te overtuigen bepaalde keuzes toch te maken.'

Starre financiering

Cheraar Baars, HBO-V'er met voortgezette opleidingen op het gebied van organisatie en management, is een van de clustermanagers van het zorgprogramma Complexe langdurende zorg van GGZ Nijmegen. Dit programma heeft twee clusters: transmuraal/resocialisatie en klinische zorg en wonen. Ook Baars heeft in zijn werk veel last van de gevolgen van alle beleidswijzigingen en zet grote vraagtekens bij de uitwerking ervan.

'We moeten veel transparanter werken en verantwoord worden hoe we met geld omgaan. Dat vind ik prima. Mijn bezwaar is dat die transparantie en verantwoording alleen de euro's betreffen en niet de kwaliteit van zorg. Ik zou liever op die kwaliteit afgerekend worden. In de Verenigde Staten is het misgegaan met de gezondheidszorg omdat er alleen op getallen gestuurd werd.'

'Een voorbeeld: We hebben een groepsmodule in de ouderenzorg. Mensen komen dan met een taxi en blijven een dagdeel voor groepsbehandeling. Als tussendoor een gesprek met de psycholoog plaatsvindt, wordt dit niet betaald: past niet in de DBC van die module. Voor het gesprek moet iemand dan op een andere tijd terugkomen. Daar heb ik last van.' 'We willen kwalitatief hoogwaardige zorg leveren, vraaggericht en zo flexibel als nodig. Dat is ook het adagium van de overheid en de zorgverzekeraars. Door alle systeemveranderingen hebben we momenteel met verschillende financieringsbronnen te maken die elk heel stringente en verstarrende eisen stellen: de Zorgverzekeringswet, met de DBC's, de AWBZ, met de zzp's, en de Wmo voor collectieve preventie en OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg). We kunnen alleen draaien als we alles

mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, ten spijt: heel vaak kom je aan deze interventies niet toe, beperk je je tot het verlichten van de zorgen van je patiënten. Vergelijk dat eens met een somatisch ziektebeeld:

daarbij kun je je toch niet voorstellen dat bevoegde effectieve interventies niet uitgevoerd zouden worden. Dan zou je waarschijnlijk binnen de kortste keren voor de tuchtrechter verschijnen.'

registreren in termen van de financiering. Dat maakt flexibel werken vrijwel onmogelijk. Bovendien is er vanuit de Wmo te weinig geld om goede preventieprogramma's uit te voeren. En als we de huidige Nza-norm voor langdurig opgenomen omrekenen naar zzp's komen we voor de zorg fors te kort.'

Oligarchen

'Als manager loop ik aan tegen het gegeven dat ik nu nog niet weet wat het bedrag is dat we voor het komende jaar van de zorgverzekeraar krijgen. Zorgverzekeraars gedragen zich, zoals Marleen Barth van GGZ Nederland terecht zegt, als oligarchen. In het kader van de marktwerking garanderen ze 70 procent van het benodigde budget, de rest moet je "verdienen" door aan allerlei kwaliteitseisen te voldoen. Als we van 85 procent uitgaan dan scheelt dat voor onze instelling een paar miljoen en moet er personeel ontslagen worden. Als we mensen werven kan ik hen in verband met die onzekerheid over het budget alleen een jaarcontract aanbieden.'

'In dit deel van het land is (nog) geen personeelsschaarste, wij werken met goed gekwalificeerd mbo-, hbo- en SPH-opgeleid personeel. Als zorgverzekeraars zich blijven opstellen zoals ze nu doen dan zullen we er op een gegeven moment niet aan kunnen ontkomen om minder gekwalificeerd personeel in te zetten en dat is direct van invloed op de kwaliteit van zorg.'

'Met de komst van de zzp's is de ouderenzorg in combinatie met intensieve somatische zorg eigenlijk onbetaalbaar geworden. Als daar geen adequate vergoeding voor komt zullen we deze afdelingen moeten sluiten. Het is onderdeel van de marktwerking dat je zelf kunt kiezen welke producten je wilt leveren. Het gevolg – en bezwaar – is dat er een tweedeling ontstaat in "bewerkelijke" en "minder bewerkelijke" zorg. Behandeling van een depressie bijvoorbeeld kan vaak heel overzichtelijk en kortdurend: morgen een diagnose, drie maanden behandelen en het is klaar. Als veel zorgaanbieders dit gaan doen dan gaat daar almaar meer zorg (en geld) naartoe en dat gaat ten koste van de groep die in mijn cluster in zorg is. Ik hoef al dat geld niet zelf te hebben, maar zou wel willen dat de mensen op mijn wachtlijst terecht kunnen bij nieuwe aanbieders. Maar die richten zich niet op "mijn" cliënten.'

'In onze instelling is het management vermin-



Foto: Stijn Raedemaker

derd, er is meer stafondersteuning gekomen, vanwege effectmetingen, protocolontwikkeling, factureren van DBC's et cetera. Dat zijn allemaal kosten die door de keuzes van de politiek worden gegenereerd. Het hele systeem met al zijn verschillende financieringsbronnen en loketten en aanvraagformulieren veroorzaakt een enorme extra *workload*. We hebben de formatie van de secretariaten moeten ophogen om de hulpverleners zoveel mogelijk te ondersteunen bij het papierwerk dat zij moeten doen.' 'Mijn oproep aan de politiek zou zijn: stimuleer marktwerking op basis van kwaliteit en niet op basis van euro's en maak dat zorgverzekeraars ook risico dragen. Maak het systeem eenvoudiger, ontwerp een alternatief waarin de nadruk meer op kwaliteit ligt. Stop met het georganiseerde wantrouwen en de controlecultuur en zorg ervoor dat de professionals hun werk weer kunnen doen!'

Conclusie

De minister wil de klant meer centraal, zo schrijft hij aan de Tweede Kamer, de werkers in de GGZ willen dat ook, zo laten zij weten in een grootschalig praktijkonderzoek van de SP. Beiden wensen daarvoor alleen heel andere paden te bewandelen. De minister en de staatssecretaris, en met hen een meerderheid in de Tweede Kamer, zijn voorstander van prestatiebekostiging via DBC's en zzp's en van marktwerking. De werkers in de zorg zijn op

zoek naar de menselijke maat: zij willen meer vrijheid (minder bureaucratie) en minder werkdruk om hun klanten beter van dienst te kunnen zijn.

In de praktijk is het heel simpel: de politiek beslist. En de politiek zou ook onbedoelde effecten van een ingezet beleid kunnen corrigeren. Dat realiseren de deelnemers in www.deggzlaatzichhoren.nl zich ook: 'Als hulpverleners zullen we zélf 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 achteruit gaat door de marktwerking.'

'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. Met een krachtig, breed gedragen geluid en een lange adem kunnen we zeker dingen bereiken.' ■