

PPP Blog

De Stichting Onderzoeksjournalistiek i.s.m. Braam & Broer vof werken aan de totstandkoming van een humanere en perspectiefrijke psychiatrie. Op dit blog krijgen gastschrijvers uit het veld, van werkvloer tot management, de ruimte voor hun verhaal. Zo krijgen we een groeiende reeks verhalen niet alleen over wat er mis is met de huidige psychiatrie en wat de redenen daarvoor zijn, maar vooral ook waar mogelijke oplossingen liggen. Samen op pad naar die mooiere, effectievere en vooral humanere psychiatrie.

--

10 november 2015

“Veel patiënten komen bij de verkeerde zorgverlener terecht.”



door drs. [Frits Bosch](#),
vrijgevestigd psycholoog in de eerste lijn en lid van zorgcoöperatie
[Psy zorg](#) Haarlemmermeer Kennemerland

Toen ik in de jaren '70 van de vorige eeuw stage liep bij afdeling Amstelland van het [Provinciaal Ziekenhuis in Santpoort](#) las ik veel dossiers van opgenomen patiënten. Vaak stelde ik mijzelf de vraag: 'Waarom hebben deze mensen niet eerder hulp gekregen? Dan was deze opname misschien te voorkomen geweest.'

Na mijn afstuderen ben ik een eigen praktijk begonnen en heb mij samen met een aantal andere bevlogen collega's ingezet om [eerstelijns psychologische hulp](#) ook op andere plaatsen in Nederland te stimuleren. Zo werd op eigen kracht een landelijk dekkend netwerk gevormd van psychologen in de eerste lijn. Omdat huisartsen en patiënten daar heel tevreden mee waren werd hun hulp vanaf 2007 vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekeraar.

Niet iedereen was daar echter blij mee! Zo noemde de heer Olthuis, oud-directeur van [PsyQ](#), in 2010, vrijgevestigde zorgverleners in de GGZ 'muskusratten die de toch al modderige dijk lek graven.' Vrijgevestigde behandelaren en nieuwe aanbieders zouden *onbegrensd kunnen omzetten en verdienen*, terwijl bestaande instellingen een beperkt budget zouden hebben. Volgens Olthuis zouden cliënten door dit ongelijke speelveld het overzicht kwijtraken

over waar zij moeten aankloppen en “in arren moede de huisarts om raad vragen”. (*Zorgvisie 26-7-2010*)

Na het aantreden van [minister Schippers](#) is er veel veranderd. Zij zette zich in voor kostenbeheersing door het promoten van marktwerking in de GGZ. Daarnaast stimuleerde ze hulp door ‘goedkopere’ zorgverleners als de [POH-GGZ](#), meer standaardisatie en therapie via Internet. De eerstelijnspsycholoog werd voortaan onderdeel van de [Generalistische Basis GGZ \(GBGGZ\)](#)

De grote GGZ-instellingen hadden al geanticipeerd op deze nieuwe ontwikkelingen o.m. door hun overvloedig personeel massaal *om te katten* tot aanbieder van (generalistische) basis-GGZ. Ze hadden het tij mee omdat, *unlike* in de jaren ‘80, psychologen in de eerste lijn niet langer meer omstreden waren. Gevolg: GGZ-*instellingen* - met hun eigen BV's - ontwikkelen zich tot GGZ-*conglomeraten*. En omdat deze zich in toenemende mate richten tot het grote publiek via grootscheepse ([selfie](#))campagnes wordt het voor de huisartsen moeilijker om het overzicht te behouden en een goede indicatie te stellen voor generalistische of specialistische GGZ. Deze ([selfie](#))campagnes tasten daarnaast ook de kwaliteit aan van de *core business* van de GGZ-instellingen, namelijk de behandeling van patiënten met zware psychiatrische stoornissen.

Kortom: de marktwerking in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg faalt hier. Gevolg is dat veel patiënten met psychologische of psychiatrische problemen niet- of bij de verkeerde zorgverlener terecht komen met alle gevolgen van dien (zie artikel '[Undercover in de Junkenfabriek](#)' van Stella Braam).

Ondanks het ongelijke speelveld hebben de meeste vrijevestigde praktijken stand gehouden door zich te organiseren in netwerken en zorgcoöperaties als aanspreekpunt in de regio. Zo kunnen zij *persoonsgerichte* hulp bieden ‘in de eerste lijn’.

De ontwikkelingen staan echter niet stil. De gemeenten gaan een steeds grotere rol spelen in de GGZ met groeiende aandacht voor *wijkgerichte zorg* voor mensen met complexe psychische en maatschappelijke problematiek. En het is juist *deze* groep patiënten waarvoor vrijevestigde psychologen door hun ervaring zoveel meerwaarde hebben.

13 oktober 2015

“Er wordt slordig omgegaan met kwetsbare doelgroepen.”



door drs. [Catharina Vasterling](#),
*psychodynamisch psychotherapeut, professionele trainer
communicatie/interactie*

De situaties in de ggz die Stella Braam schetst, betreffen situaties waar ook medewerkers onder lijden. De misstanden die genoemd worden zijn dus niet alleen te wijten aan besturen, maar treden ook op omdat er vanuit het algemene beleid buitengewoon slordig wordt omgegaan met kwetsbare doelgroepen. Te denken valt aan de hervormingen in de Jeugdzorg, de verschraving van de werkvoorziening gehandicapten en het uitkleden van de AWBZ.

Verder speelt de privatisering een grote rol in het opknippen van de geldstromen die naar de GGZ gaan. Met name in de verslavingszorg zijn er veel particuliere, commerciële partijen die deze zorg aanbieden met bijvoorbeeld afkicken en behandeling in Zuid-Afrika. Je kunt je voorstellen dat dat nieta de doelgroep is waar Stella Braam over spreekt die daar naar toe gaat, maar het gaat wel van hun geld.

Wat vaak wel gebeurt is dat de eerste ontwenning plaats vindt in de reguliere GGZ en dat is het meest kostbaar. Als iemand dan verder wil in de behandeling gaat hij naar zo'n particuliere kliniek. Ook aan de achterdeur, dus bij ontslag, speelt het gegeven dat er een onoverzichtelijk hoeveelheid particuliere initiatieven zijn die zich bezighouden met welzijnszorg, huisvesting, coaching etc. Zij pikken de krenten uit de pap en voor de reguliere, meer ingewikkelde zorg blijft dan weinig over.

Elf jaar geleden was ik manager van twee klinieken, een opnamekliniek en een kliniek voor chronische patiënten. Een opnamekliniek waar iedereen moet kunnen komen die onmiddellijk of op heel korte termijn opgenomen moet worden, waar mensen zo in de war zijn of zoveel risico lopen dat ze achter gesloten deuren *moeten* verblijven, is heel kostbaar. Zowel de medicijnen die daar verstrekt worden als de personeelsbezetting kosten heel veel en die kosten worden nauwelijks gedekt door het budget dat je krijgt vanuit de vergoeding voor de opnameplaatsen.

Als ik dan nog wat extra's wilde bieden in de vorm van dagbesteding realiseerde ik dat door creatief te boekhouden in de kliniek voor chronische cliënten, die dus extra lang werden opgenomen. Zo kon ik dan wat overhouden wat weer aan de opnamekliniek ten goede kwam. Zo kon mijn organisatie nog een redelijk niveau van voorzieningen handhaven.

Maar naarmate die budgetten meer opgesplitst raakten had ik steeds minder marge en als commerciële partijen tenslotte mogen kiezen wie ze wel en niet behandelen, dan kiezen ze voor de mensen die het minste kosten.

Daarnaast spelen er zeker kostbare reorganisaties, grote ego's in besturen, weinig deskundigheid etc. en een enorme verwaarlozing mee. Verwaarlozing niet alleen van cliënten maar ook van de hulpverleners van wie ze afhankelijk zijn en ook de bureaucratische verantwoordingsdruk.