
INVOERING VAN DE DBC: ZORG VAN DE SPV?

Alexandra Grosskopff, Afstudeerartikel Hogeschool van Amsterdam, werkzaam als SPV i.o. bij GGZ Europoort in Rotterdam.

Inleiding

Met ingang van 1 januari 2006 zullen Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC) binnen de tweede lijns GGZ ingevoerd worden. Althans dat is de wens van minister Hoogervorst van het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (VWS) die daarin ondersteund wordt door een meerderheid in de Tweede Kamer. Het DBC concept houdt in dat alle verrichtingen die aan de behandeling van een cliënt gebonden zijn, rechtstreeks aan een diagnose gekoppeld en als geheel door de zorgverzekeraars vergoed worden. Hierbij moeten wij niet alleen aan directe activiteiten denken zoals gespreksbehandeling, medicatie of andere vormen van therapie, maar ook aan reistijd, verslaglegging en overige administratieve taken die door hulpverleners uitgevoerd worden.

Met dit artikel wil ik de aandacht voor het onderwerp DBC bij sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv) en beleidsmakers vergroten. De discussie die ik zou willen voeren draait om de vraag waar mogelijke valkuilen zijn en hoe de GGZ, in het bijzonder de spv, er mee kan omgaan.

Wat zijn de ervaringen van spv-en die betrokken zijn bij de testfase en wat verwachten zij van de invoering van de DBC binnen hun professie? Hoe verhoudt zich DBC en het daaraan gekoppelde bekostigingsmodel tot de kernpunten van de sociale psychiatrie?

Ik zal geen uitputtende antwoorden kunnen geven op deze vragen. Dit artikel moet vooral aanzetten tot nadenken en een kritische discussie over DBC bevorderen.

Vooralsnog is er weinig gepubliceerd over dit onderwerp en wat erover te lezen is in de dagelijkse pers en de vaktijdschriften, is geschreven door psychiaters en beleidsmakers.

Opzet van het onderzoek

Op de doelen en de werkwijze van de DBC zal ik in de eerste paragrafen van het artikel ingaan. Vervolgens zal ik de bevindingen van tien spv-en beschrijven, waarvan de meeste deel uitmaken van de eerste koplopergroep. Dat houdt in dat zij al vanaf september 2003 alle verrichtingen die zij in het kader van een behandeling uitvoeren, in een apart registratiesysteem bijhouden.

Ik heb daarnaast contact opgenomen met vertegenwoordigers van de cliëntenbond, met de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV), de landelijke organisatie voor geestelijke gezondheidszorg GGZ Nederland, de Landelijke Werkgroep Ontwikkeling DBC (LWDO) en de projectorganisatie Capgemini die opdracht heeft om de DBC binnen de GGZ te implementeren.

De uitkomst van deze gesprekken alsmede van het verrichtte literatuuronderzoek zal ik apart toelichten.

Tot slot zal ik mijn eigen evaluatie en aanbevelingen geven.

Bij de bespreking van de DBC systematiek beperk ik mij tot de ambulante GGZ en de visie van spv-en omdat een uitbreiding naar andere beroepsgroepen en werkgebieden de omvang van dit artikel zou overschrijden.

Doelen van de DBC

De invoering van de DBC-systematiek is enerzijds ingegeven door de transformatie van aanbod naar vraaggestuurde zorg en anderzijds bedoeld als

oplossing voor de problemen met de huidige functiegerichte budgettering (ministerie VWS). De kosten voor de GGZ zijn in de periode 1994-2002 met tachtig procent toegenomen, van 1,8 miljard Euro per jaar naar 3,2 miljard Euro (GGZ Nederland, november 2004). Tegelijkertijd heeft iedere inwoner van Nederland met een psychische stoornis recht op een adequate diagnose en behandeling (GGZ Nederland, november 2004).

Het huidige bekostigingsmodel gaat uit van een geleverd contact tussen hulpverlener en cliënt waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen verschillende soorten contact, zoals intake, crisiscontact of reguliere behandeling. Ook een telefonisch consult wordt vergoed. Het huidige model houdt echter geen rekening met de werkelijk geïnvesteerde tijd. Of een contact tien of veertig minuten duurt, heeft geen invloed op de financiering. Ook de indirecte verrichtingen, zoals verslaglegging en interdisciplinair overleg, komen niet expliciet terug in de huidige vergoeding.

Bij de DBC gaat het in wezen om een financieel onderhandelingsinstrument voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Alle verrichtingen die betrekking hebben op de behandeling van een zorgvrager worden gevangen in een van tevoren vastgelegd behandelplan waar vervolgens een prijskaartje aan wordt gehangen. Hierdoor komt er meer inzicht in de werkelijke kosten van een behandeling en wordt vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk. Daardoor kunnen zorginstellingen prijsbewuster gaan werken en moet marktwerking gestimuleerd worden.

Daarnaast wordt door de verhoogde transparantie van het zorgaanbod een betere aansluiting op de zorgvraag van cliënten beoogd. Cliënten verlangen tijdige levering, keuzevrijheid, variatie in het aanbod en een klantgerichte instelling (ministerie VWS).

Werking van een DBC

Een DBC bestaat in wezen uit twee elementen: de zorgtypering en het zorgprofiel. In de zorgtypering wordt de hulpvraag van de cliënt gekoppeld aan de DSM IV (het internationaal geldende classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen, de diagnose) en aan de manier van aanmelden (bijvoorbeeld regulier of via crisiscontact). In het zorgprofiel worden vervolgens alle activiteiten en verrichtingen opgenomen die nodig zijn voor de behandeling.

Een fictief voorbeeld: voor de behandeling van een ernstige werkgerelateerde depressie zou een DBC kunnen bestaan uit tien gesprekken met een spv, drie medicatieconsulten bij een arts en aansluitend aan de individuele behandeling deelname aan een cursus 'Stress op je werk'.

DBC's worden in eerste instantie ontwikkeld voor de meest voorkomende zorgvragen en de meest voorkomende activiteiten en verrichtingen. Deze worden in hoofdgroepen verdeeld. Tot nu toe zijn er ongeveer vijftig hoofdgroepen. Het uiteindelijke aantal DBC's is nog onbekend. Onder de te registreren activiteiten vallen zowel directe contacten met een cliënt (face-to-face of telefonisch) als ook indirecte verrichtingen, zoals cliëntgebonden overleg, verslaglegging, regelen van tolken enz. Contacten met mantelzorgers waarbij de hoofdpiënt niet aanwezig is, kunnen binnen de DBC geregistreerd worden, maar het zal onderwerp van onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn of deze contacten ook vergoed worden.

Elke verrichting wordt in tijdeenheden van tien minuten geregistreerd.

Voor meer gedetailleerde informatie over de werking van DBC's verwijs ik ook naar de website www.dbcggz.nl.

Het is aan de instellingen zelf om te onderhandelen over de prijzen voor bepaalde DBC's. Er zal een adviesprijs voor elke behandeling ontwikkeld worden waar een instelling van kan afwijken. De verwachting is dat zorgverzekeraars met bepaalde instellingen prijs- en leverafspraken maken. Als hun klanten liever door een andere instelling behandeld willen worden dan kan dat als zij het eventuele prijsverschil zelf betalen.

Korte terugblik

Voorafgaand aan het besluit om DBC's in te voeren in de GGZ is een vooronderzoek uitgevoerd naar de haalbaarheid van een dergelijk bekostigingssysteem in de GGZ. De conclusie van dit vooronderzoek was dat het haalbaar is om de DBC systematiek in de GGZ in te voeren (Brief van minister Hoogervorst aan de Tweede Kamer, 14-10-2004). In 2002 is met de ontwikkeling van DBC's gestart. Voor de begeleiding van dit traject is de projectgroep DBC-GGZ ingesteld die, onder voorzitterschap van VWS, de voortgang van de ontwikkeling en de invoering van DBC's in de GGZ bewaakt.

Het beleid om te komen tot financiering op basis van geleverde zorgproducten is reeds ingezet in 1995 (Commissie Biesheuvel). In augustus 2000 heeft toenmalig minister Borst van VWS het initiatief genomen om partijen te binden aan een vaste invoeringsdatum (2003). Deze streefdatum is inmiddels opgeschoven naar begin 2005 voor de somatische zorg en begin 2006 voor de 2e lijns GGZ. De 1e lijns GGZ (die bijvoorbeeld geleverd wordt in de vorm van consultatie aan huisartspraktijken) wordt geen onderdeel van de DBC systematiek.

Het ministerie van VWS heeft besloten dat (groeps)preventie aan bepaalde bevolkingsgroepen voortaan ondergebracht zal worden bij de gemeenten en niet meegenomen wordt in de DBC systematiek.

De koplopers

Sinds september 2003 zijn op drie verschillende tijdstippen in totaal dertig koplopergroepen gestart met het registreren van verrichtingen. De op deze wijze verkregen informatie moet helpen bij het vastleggen van de gemiddelde behandelduur bij bepaalde aandoeningen en van het aantal en de aard van verrichtingen die voor de behandeling nodig zijn. Deze informatie wordt gebruikt wanneer zorgaanbieders en verzekeraars gaan onderhandelen over de kosten van een bepaalde behandeling.

Knelpunten kunnen worden geregistreerd en teruggekoppeld naar de projectorganisatie die deze, in opdracht van de Landelijke Werkgroep DBC Ontwikkeling (LWDO), verwerkt. Ongeveer eens in de drie maanden vinden er bijeenkomsten plaats waarbij vertegenwoordigers van de diverse instellingen hun ervaringen kunnen uitwisselen.

De projectorganisatie Capgemini ontvangt geregeld terugkoppelingen van de werkvloer, waarbij de resonans van de eerste groepen minder groot was dan bij de tweede en derde koplopergroep. Dat zou ermee kunnen samenhangen dat de eerste groep al vast "de kastanjes uit het vuur heeft gehaald", waardoor de volgende groepen minder last hadden van kinderziektes. Uit een evaluatie tijdens de koploper bijeenkomst in november 2004 blijkt dat leidinggevenden blij zijn met de uit de DBC verkregen extra informatie over de werkzaamheden van hun medewerkers (Capgemini).

Interviews met spv-en

Ik heb aan de tien geïnterviewde collega's de volgende vragen gesteld:

1. Wat valt je op bij het registreren van verrichtingen in de DBC, waar maak je je zorgen over en welke kansen zie je voor de toekomst?
2. Denk je dat je rol als spv anders wordt als je straks per verrichting gaat registreren? Welke veranderingen verwacht je?
3. Hoe verwacht je dat de DBC zich verhoudt tot de kernpunten van de sociale psychiatrie?
4. Denk je dat de ambulante psychiatrische zorg straks eerder vraaggestuurd of marktgestuurd zal zijn?
5. Hoe kunnen spv-en ervoor zorgen dat er binnen de DBC voldoende ruimte voor hun activiteiten is en dat zij zich als beroepsgroep binnen de GGZ blijven profileren?

De vragen heb ik van tevoren per mail toegestuurd. De gesprekken van ongeveer 30 minuten heb ik op band opgenomen en geanonimiseerd verwerkt. De spv-en zijn gemiddeld ruim zeven jaar werkzaam binnen de ambulante GGZ.

Ad 1: registreren van verrichtingen in de DBC

Bijna alle collega's geven aan het invullen van de DBC tijdrovend te vinden, vooral omdat het naast andere registratievormen bestaat. Zij vinden dat zij te weinig tijd overhouden voor hun werk met cliënten. Ook voelen collega's een zekere moedeloosheid ten opzichte van (weer) een nieuwe manier van registreren. Dit draagt er niet toe bij dat zij zich optimaal inzetten. Bijna alle collega's geven aan niet alle verrichtingen te registreren, uit gebrek aan tijd of omdat zij het vergeten. Meerdere collega's registreren niet per dag hun activiteiten, maar bijvoorbeeld aan het eind van de week. Vooral de indirecte verrichtingen, zoals reserveren van token, telefonisch overleg met derden en andere administratieve werkzaamheden blijken vaak niet geregistreerd te worden. Bijna alle collega's geven ook te kennen zich er zorgen over te maken dat door gebrekkige registratie een onzuiver beeld over hun werkzaamheden ontstaat. Dat kan volgens hen negatieve gevolgen hebben voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Alle collega's verwachten dat de DBC systematiek tot meer uniformiteit en transparantie van zorg zal leiden. Zij erkennen dat zorgverzekeraars en cliënten recht op informatie betreffend behandelinhoud en -duur hebben. De meeste collega's staan in principe open tegenover de registratie van verrichtingen als het geen extra werk met zich meebrengt. Wel hebben meerdere collega's de indruk dat met het gedetailleerd registreren van verrichtingen vooral gemeten wordt of zij goed kunnen registreren en niet zo zeer of zij goede hulpverleners zijn. Op dit moment wordt het aantal verstrekte contacten geteld en vergoed, maar dat zegt niet zoveel over de kwaliteit van de behandeling.

Het valt op dat niet alle collega's zich ervan bewust zijn dat de gegevens die zij nu (niet) invoeren directe invloed kan hebben op de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Sommigen gaan ervan uit dat het alleen maar om het testen van het computersysteem gaat.

Aan het begin van de koploperfase hebben alle collega's een training gevolgd van een dagdeel. Sommige collega's geven aan dat door een te heterogene samenstelling van hun groep, de training niet efficiënt was. Sommige collega's hebben in het begin met kleine handcomputers gewerkt die onvoldoende functioneerden. Dat vormde een extra drempel voor de registratie.

De meeste collega's geven aan niet altijd te weten hoe zij bepaalde verrichtingen moeten registreren. Door gebrek aan tijd verdiepen zij zich er niet verder in en registreren zij "intuïtief" of zien zij er geheel van af. De meeste collega's scoren hun verrichtingen onder een beperkt aantal kopjes.

Ad 2: je rol als spv

Een collega is bang dat hij als hulpverlener straks vastzit aan het voorgegeven aantal behandelingen. Als iemand na de tien gesprekken die voor een bepaalde behandeling staan niet klaar is, zou hij hem moeten uitschrijven.

Ook wordt de bezorgdheid genoemd dat de spv straks niet meer zozeer naar het natuurlijke verloop van het gesprek kijkt maar meer naar de tijd die ervoor staat. De houding van de spv zou zakelijker worden. Dat zou de kwaliteit van de hulpverlening niet ten goede komen. Men wil liever niet het gevoel hebben "met een prikklok aan de deur te staan en zoveel mogelijk mensen in zo kort mogelijke tijd te zien".

Een andere collega noemt als voordeel dat hij het aantal gesprekken makkelijker kan beperken. Daardoor hoopt hij te voorkomen dat sommige cliënten veel te lang in zorg blijven terwijl er geen echte behandeldoelen meer zijn.

Ik heb de vraag gesteld of collega's zich kunnen voorstellen dat zij zelf of hun collega's straks vooral verrichtingen zullen gaan doen die makkelijk scoren.

Een kleine groep beaamde dit, een aantal collega's gaven te kennen hier niet aan te denken en dat ook geen wenselijke ontwikkeling te vinden.

Het vragen van consultatie aan collega's, ook van andere afdelingen, zou er met de DBC systematiek bij in kunnen schieten. Als reden hiervoor geven spv-en aan dat zij deze vormen van overleg weliswaar kunnen scoren in de DBC maar dat zij gewoon niet aan de registratie toekomen. Bovendien gaan deze activiteiten ten koste van het aantal directe cliëntencontacten die uiteindelijk de basis vormen van de waardering van spv-en.

De meeste geïnterviewde collega's geven aan dat zij het wenselijk vinden dat hun prestatie gemeten wordt, evenals die van de algehele organisatie. Zij vinden dat transparantie bevorderlijk is voor de kwaliteit van zorg. Echter hebben zij de indruk dat met behulp van de DBC niet zo zeer gemeten wordt of zij goede en efficiënte hulpverleners zijn maar of zij goed kunnen rapporteren en registreren. Meerdere collega's vrezen dat het spontane uit hun werk zal verdwijnen en er straks (nog) minder ruimte is om eens bij een cliënt op huisbezoek te gaan of iemand tussendoor een afspraak te geven.

Twee van de tien geïnterviewde collega's geven aan dat zij er wel eens aan denken om ander werk te gaan doen. Dat komt door de toenemende werkdruk en de veranderingen in hun vak.

Ad 3: kernpunten van de sociale psychiatrie

Sommige collega's vinden dat de DBC voorbij gaat aan de behoeften van de cliënt. Het zou in eerste instantie een boekhoudkundig systeem zijn dat vooral bedoeld is om grip op de financiering te krijgen en niet zo zeer om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De cliënt zou meer gezien worden als een ziektebeeld aan wie een eenheidsbehandeling aangeboden wordt. Meerdere collega's vrezen dat deze werkwijze tekort doet aan de vaak ingewikkelde sociale problematiek van cliënten binnen de sociale psychiatrie. Sociale problematiek zou moeilijk te vangen zijn in een DBC. Meerdere collega's trekken de vergelijking met de behandeling van een gebroken lichaamsdeel waarvan men redelijk precies kan voorspellen hoe lang de genezing gaat duren. Bij psychiatrische aandoeningen is dat veel moeilijker. Met name beginnende beroepsbeoefenaren zouden in de verleiding kunnen komen om zich vooral op het psychotherapeutische gedeelte te richten en daardoor te weinig aandacht ontwikkelen voor de sociale problemen van hun cliënten.

Meerdere collega's zijn bang dat er te weinig tijd over blijft voor bijkomende activiteiten die niet aan een cliënt gekoppeld kunnen worden, zoals bijvoorbeeld het netwerken.

Op de vraag of zij zelf of hun collega's straks in de verleiding kunnen komen om makkelijke cliënten net iets langer in zorg te houden omdat zij bijvoorbeeld trouw op hun afspraken komen lopen de meningen uiteen. Een aantal collega's wil zo zeker niet werken en een tweede groep stelt dat dit fenomeen eigenlijk nu al speelt. Zij merken dat bepaalde cliënten moeilijker te verdelen zijn dan andere, en vrezen dat hulpverleners straks zullen proberen de makkelijkste cliënten op hun naam te krijgen. Dat zou vooral ten koste gaan van allochtonen omdat hun begeleiding vaak meer tijd vergt (werken met tolken, meer tijd nodig om in te voegen) en van mensen met veel sociale problematiek. Mensen die minder therapietrouw zijn zouden sneller uitgeschreven worden als er geen gevaarscriteria bestaan.

Ad 4: vraaggestuurd of marktgestuurd

Een collega denkt dat cliënten zich straks meer gedragen als consumenten die zorg op maat kunnen halen omdat zij van tevoren weten welke behandelingen er zijn en hoe lang zij ongeveer gaan duren.

In eerste instantie zal een organisatie proberen producten te ontwikkelen waar de markt om vraagt, maar als dat te duur blijkt te zijn gaat het niet door. Als voorbeeld wordt het aanbieden van bepaalde groepsbehandelingen genoemd.

De groepen kunnen pas van start gaan als er minstens acht deelnemers zijn omdat het anders niet rendabel is.

Een andere collega vraagt zich af of organisaties niet toch bezig zijn met het ontwikkelen van vooral efficiënte producten, zoals protocollaire behandelingen en het vijf-gesprekken-model omdat het financieel aantrekkelijk is en niet zo zeer omdat cliënten erom vragen. Dat komt volgens dezelfde collega omdat de klant eigenlijk niet de cliënt is maar de zorgverzekeraar met wie over geld onderhandeld wordt. Cliënten zullen straks toch bij die instelling in zorg gaan waar hun verzekering een contract mee heeft afgesloten, tenzij zij willen bij betalen. En deze kans is bij de GGZ-populatie niet groot. Ook moeten instellingen ervoor zorgen dat zij de verwachtingen waarmaken die zij creëren door bijvoorbeeld iemand een intake aan te bieden. Deze cliënt wil daarna ook een behandeling en een instelling moet ervoor waken dat zij niet cliënten van de ene wachtlijst naar de andere doorschuift in afwachting van behandeling. Sommige collega's verwachten dat de vraag van de markt snel kan veranderen, zo snel dat het voor organisaties onmogelijk is om hun aanbod daar steeds weer op af te stemmen, met name omdat er ook consequenties voor het opleidingsniveau van het personeel aan vast kunnen zitten.

Ad 5: beroepsgroep binnen de GGZ

De meeste collega's hopen dat de Nederlandse Beroepsvereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV) ervoor zorgt dat de taken van de spv voldoende terug te zien zijn in de DBC. Daarvoor is het volgens hen wel nodig dat zij hun zorgen omtrent de DBC kenbaar maken. Dat kan bij alle geïnterviewde collega's via de teamleider, maar van deze mogelijkheid wordt in de praktijk weinig gebruik gemaakt.

Een spv (met heel veel werkervaring) merkt op dat het beroepsprofiel van de spv erg vaag is en dat het daarom moeilijk is om uit te leggen wat wij eigenlijk doen en waarin wij ons onderscheiden van een psycholoog of psychotherapeut. Er wordt te weinig onderzoek naar gedaan wat de specifieke taken van de spv zijn en dat wrekt zich nu bij de implementatie van de DBC.

Een collega vindt dat spv-en zich niet zo nodig als spv hoeven te profileren, maar vooral als verpleegkundige. Er bestaat een academische studie verplegingswetenschappen. Als meer collega's deze studie gingen volgen, zou er ook een betere profilering mogelijk zijn ten opzichte van andere beroepsgroepen. Een hbo-opleiding is vooral praktisch van aard en besteedt minder aandacht aan het ontwikkelen van het abstractievermogen van studenten. Sommige collega's benoemen desgevraagd het belang van een werkgroep of spv-beraad binnen instellingen waarin spv-en hun specifieke vraagstukken kunnen uitwerken.

Literatuuronderzoek

Volgens Swinkels, voorzitter van de projectgroep DBC GGZ, wijst de grote animo voor deelname als koploper op brede steun voor het project in het werkveld. (MgV, december 2004)

In Psy Nr 13, 2004 konden wij bijvoorbeeld lezen dat bij medewerkers van de Robert-Fleury Stichting in Zuid-Holland (eerste koplopergroep) de motivatie om als koploper deel te nemen, groot is. Men wil "dicht bij het vuur zitten" om vroegtijdig kennis te maken met de DBC systematiek en erop in te spelen. In het begin is bij de Robert-Fleury Stichting een interne vragenronde gehouden om de verwachtingen van medewerkers omtrent de registratie in kaart te brengen. Medewerkers werken loyaal mee en zijn positief gestemd over de nieuwe werkwijze. Registratie van contacten bestaat al lange tijd in de geestelijke hulpverlening, maar nieuw is dat het voortbestaan van een instelling rechtstreeks kan afhangen van een nauwkeurige administratie van hulpverleningscontacten. De recente voorbeelden van het bijna faillissement van GGZ Groep Europoort in Rotterdam en de afbouw van vijftig banen bij de GGZ instelling Vijverdal in Maastricht (Psy, nr. 1, 2005) laten zeer duidelijk zien waar op dit moment de

prioriteiten liggen. Instellingen zijn maanden lang bezig om hun administratie op orde te brengen en zodoende aan de eisen van zorgkantoren te voldoen. Een inspanning die erg veel geld kost maar nodig is omdat het hulpverleningsbedrijf anders failliet kan gaan. Overigens is mij geen geval bekend waar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (bijna) moest sluiten omdat de kwaliteit van de hulpverlening onder de maat was.

In de literatuur wordt gesproken over 'indicatorfixatie': een uitgebreid gebruik van prestatie-indicatoren kan leiden tot een situatie waarin medewerkers leren welke aspecten van hun werk van belang zijn voor de werkgever. (van Tiel & Leuw, 2003) Deze aspecten zullen mogelijk versterkt aandacht krijgen, want de medewerker is tenslotte niet alleen hulpverlener maar ook werknemer die graag zijn baan wil behouden.

Van Tiel & Leuw (2003) refereren aan onderzoek bij Amerikaanse arbeidsbureau's naar het fenomeen 'afroming'. Onderzoek bij arbeidsbureau's wijzen uit dat vooral zulke klanten geholpen worden die veel kans maken op spoedige bemiddeling terwijl de 'hopeloze gevallen' vaker doorgeschoven worden of onder in de stapel blijven liggen. Terwijl arbeidsbureaus juist de opdracht hebben om die klanten te helpen die de meeste behoefte hebben aan hulp. Maar arbeidsbureaus worden afgerekend op het aantal "succesvolle transacties" dat zij uitvoeren, d.w.z. het aantal mensen dat zij daadwerkelijk weer aan een baan helpen (van Thiel, Leeuw, 2003).

Een soortgelijke ontwikkeling is niet ondenkbaar in de ambulante GGZ. Ondersteund door de 'stepped care' gedachte die van een gefasseerde behandeling uitgaat, zouden mensen die potentieel therapieontrouw of om andere redenen moeilijk te behandelen zijn, eerder doorverwezen kunnen worden naar andere instellingen.

Een vertegenwoordiger van de Cliëntenbond benoemt nog een ander risico: Omdat er altijd een 'harde' diagnose op AS I of AS II moet zijn, worden cliënten mogelijk sneller van een etiket voorzien dan nodig is. Ook op AS IV, waar de sociale problematiek in kaart gebracht wordt. Want de zwaarte van de AS IV problematiek heeft ook weer invloed op de zorg waarvoor een cliënt in aanmerking kan komen. Veel problemen op AS IV registreren, betekent dan meer zorg kunnen verlenen. Maar het zou volgens de cliëntenbond ook kunnen leiden tot meer stigma's voor de individuele cliënt.

In het artikel "Zin en onzin van de DBC" (PSY 7, 2004) noemt Hartman, directeur van de Viersprong, GGZ instelling te Halsteren, dat er 'allerlei trucjes te bedenken zijn om de inkomsten te verhogen, variërend van meer DBC's per patiënt tot het beknibbelen op de zorg'. Hij gaat ervan uit dat een verzekeraar daar op let.

Dit vertrouwen wordt gedeeld door beleidsmedewerkers die ik heb gesproken. Zij gaan ervan uit dat hun organisatie altijd "oog zal blijven hebben voor de inhoud van de zorg die verleend wordt" waarbij mij niet duidelijk is geworden hoe deze ambitie concreet ingevuld zal worden. Ook VWS is optimistisch: "Uiteindelijk vormt de DBC registratie een minimale belasting voor de specialist omdat een gebruiksvriendelijk geautomatiseerd systeem beschikbaar is. Daar komt bij dat de administratieve taken bij de tijdsnormering van DBC's zijn inbegrepen".

In het visiedocument "De krachten gebundeld" van GGZ Nederland (november 2004) wordt geen expliciete uitspraak gedaan over de invoering van de DBC. Wel hoopt GGZ Nederland dat "hulpverleners met behulp van slimme ICT-toepassingen beter ondersteund worden in hun werk, zodat zij minder tijd kwijt zijn aan administratie en registratie". Of daarmee de DBC systematiek bedoeld wordt, blijft onduidelijk.

Minister Hoogervorst (VWS) zegt in zijn reactie op het visiedocument van GGZ Nederland "De krachten gebundeld" van november 2004 dat "GGZ steeds meer een 'gewoon' onderdeel wordt van de gezondheidszorg. Therapie is geen mysterieuze tovenarij, maar een concrete behandeling die je ook in een DBC kunt vastleggen".

Door gebrek aan onderzoeksgegevens uit het verleden zal men nooit betrouwbaar de werkelijke gevolgen van de DBC op de geestelijke gezondheidszorg kunnen evalueren.

Eigen visie en aanbevelingen

Terwijl vertegenwoordigers van de overheid vooral de voordelen van de DBC benoemen, lijken spv-en die deel uitmaken van een koplopergroep naast positieve kanten ook valkuilen te zien in de DBC systematiek. Deze valkuilen, zowel wat betreft hun uitvoerend werk van de spv als ook omtrent de kernpunten van de sociale psychiatrie, lijken zij niet altijd efficiënt terug te koppelen. Dat heeft als oorzaak en als gevolg dat zij zich minder betrokken voelen. Maar het is juist wenselijk dat spv-en zich profileren en dat ook in de DBC terug te zien is waarin zij zich van andere professionals onderscheiden.

Mogelijk kan een meer gestructureerde manier van terugkoppeling helpen de verschillende geluiden te kanaliseren en spv-en zo meer te betrekken bij de ontwikkeling. Dat zou mogelijk het draagvlak op de werkvloer positief beïnvloeden. Het is te overwegen om de terugkoppeling via de interne DBC coördinatoren te laten verlopen die een korte lijn naar de projectorganisatie hebben. Ook een eventuele verstrengeling van belangen kan op deze manier voorkomen worden. Medewerkers zouden zich belemd kunnen voelen aan hun afdelingshoofd te laten weten dat het niet lukt om aan de gestelde eisen te voldoen.

Veel van de geïnterviewde spv-en bleken niet voldoende kennis te hebben over de DBC in het algemeen en de manier van registreren in het bijzonder, waardoor zij minder gemotiveerd zijn. Scholing lijkt een belangrijke voorwaarde om de actieve participatie van spv-en te vergroten.

Een veel geuite bezorgdheid betreft het doel van registreren. Wordt de prestatie van de spv als hulpverlener gemeten of wordt vooral naar de vaardigheid gekeken van goed kunnen registreren en rapporteren? Het lijkt zinvol om bij beoordelingen van spv-en naast productiemeting en "boekhoudkundige vaardigheden" voldoende aandacht te geven aan de inhoudelijke aspecten van de hulpverlening.

Uit dit beperkte onderzoek blijkt dat spv-en zich onvoldoende lijken te herkennen in de DBC systematiek. Verder onderzoek naar het inpassen van de specifieke werkzaamheden van de spv in de DBC systematiek lijkt daarom aangewezen. Dit onderzoek blijft beperkt tot de ervaringen en verwachtingen van enkele spv-en. Uiteraard zou het interessant en nuttig zijn om ook de visies van andere beroepsgroepen in kaart te brengen.

Literatuur

- Gerrits, R.S., Wensen, klachten en tevredenheid, onderzoek onder cliënten van een Riagg, MgV nr 1, 2004
- GGZ Nederland, Invoering DBC's: Begin nu, investeer in ICT en intern Draagvlak, PSY nr. 13, december 2004
- GGZ Nederland, De krachten gebundeld. Visiedocument van GGZ Nederland, nov. 2004
- Hoogervorst, H., minister VWS, brief aan de Tweede Kamer van 14 oktober 2004
- Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, Het beroepsprofiel van de spv, 2004
- Kerkhof, van, M., Black box gaat open, PSY Nr. 7, 2004
- Langelaan, M., Ontslagen in Vijverdal, PSY nr. 1, 2005
- Langelaan, M., Ontsnapt aan faillissement, PSY nr. 1, 2005
- Peepkorn, M, Hoogervorst hekelt toon manifest, De Volkskrant, 27 oktober 2004
- Tiel, S. van & Leeuw, F.L., De prestatieparadox in de publieke sector, Kwartaalschrift voor beleidsonderzoek en beleidspraktijk, nr. 2, 2003
- Tonkens, E., Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector, NIZW, 2003
- www.vws.nl en www.dbcggz.nl