

Marjan ter Avest van

'Als het aan ons ligt komt er een cliëntgestuurde bekostiging'



Landelijk Platform

“Ggz blijft voortdurend in beweging”

“Er is veel gaande in de ggz,” zo reageert Marjan ter Avest als eerste op de vraag hoe de stand van zaken is op dit moment. Ter Avest is directeur van het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg in Utrecht. “Om een idee te geven, noem ik slechts een paar belangrijke zaken: de overheveling van de ggz naar de Zorgverzekeringswet, de introductie van de DBC’s, de invoering van de zzp’n (zorgzwaartepakketten, red.), de pakketmaatregelen AWBZ met het wegvallen van de activerende en ondersteunende begeleiding en de grondslag psychosociaal, separeerbeleid en de nieuwe BOPZ, de verbetering van de rechtspositie van cliënten in de zorg en meer invloed van cliënten op de zorginkoop etc. Verder houden we ons bezig met de wachtlijsten, prestatie-indicatoren en CQ-lijsten binnen de ggz, etc. Maar je wilde vooral meer weten over transparantie en kwaliteit...”

“Om met het eerste te beginnen. Voor het LPGGz betekent transparantie in de zorg dat zorgaanbieder, zorgverzekeraar en cliënt en/of naastbetrokkenen, eenduidige en glasheldere informatie krijgen over de zorg- en dienstverlening. Het betekent ook dat cliënten inzage in hun eigen dossiers krijgen. Duidelijkheid over de ervaren kwaliteit van de zorg, de effectiviteit van de zorginterventies en over de kosten.”

Hoe gaat cliënt empowerment en de ontwikkeling hiervan de zorgaanbieders in de ggz beïnvloeden?

“Als het aan ons ligt komt er een cliëntgestuurde bekostiging. De klant bepaalt waar hij de zorg wil halen. Het geld volgt de klant; hetzij via een vouchersysteem via zorg in natura, hetzij via PGB-mogelijkheden. Wij denken dat zorgaanbieders hierdoor klantvriendelijker gaan werken en meer die zorg-op-maat aanbieden. Ik vind dat zorgaanbieders nog meer open moeten staan voor complementaire zorg in de ggz. Te denken valt aan interventies die op initiatief van cliënten- en familie-organisaties zijn ontwikkeld of worden aanbevolen zoals zelfhulpgroepen, lotgenotencontact, psycho-educatie, inloophuizen, etc. Die complementaire interventies zijn in toenemende mate succesvol gebleken en geven ook een goede impuls aan de empowerment van cliënten én naastbetrokkenen. Momenteel zijn we hard aan het werk om de ‘eiGGenwijZer’ te realiseren, een website waarmee we de effectiviteit van 320 complementaire ggz-interventies inzichtelijk maken.”

Wat zijn voor jullie belangrijke parameters als het gaat om kwaliteit?

“Er zijn diverse bestaande kwaliteitmeetinstrumenten en er zijn nog meer meetinstrumenten in ontwikkeling zoals de CQ-vragenlijsten. Daarnaast zijn er prestatie-indicatoren in de ggz geformuleerd. We zijn bij al deze trajecten betrokken. De rechtspositie van cliënten in de zorg wordt door de overheid momenteel structureel verbeterd. Men werkt aan de Wet Cliëntenrechten Zorg waarin zeven basisrechten zijn opgenomen (zie kader pagina 6). Cliënten krijgen bijvoorbeeld een individueel recht op kwalitatief goede zorg. Dat betekent ook recht op goede afstemming tussen zorgverleners en dat is bij ketenzorg van groot belang. Kwaliteit staat enerzijds voor de doelmatigheid van een zorginterventie; feitelijke gegevens over de zorg en over het effect van de behandeling of de medicatie. Anderzijds staat kwaliteit voor de tevredenheid van de cliënt over de ervaren zorg. Dat is een subjectieve waardebe-

leving en lastiger te meten net als betrokkenheid en een goede bejegening van cliënt, familie en naastbetrokkenen. Dit alles moet leiden tot een verbetering van de zorg én meer zorg op maat op het juiste moment, zoveel mogelijk passend bij de cliënt en aansluitend bij diens wensen en voorkeuren.”

Blijft ambulante behandeling van complexe problematiek die langer dan een jaar duurt (ofwel de kwetsbare groep) betaald worden door de zorgverzekeraar of gaat hij hierop juist bezuinigen?

“We maken ons juist zorgen over de toekomst van de complexe, langdurige zorg. We kunnen niet in de toekomst kijken, maar het gevaar bestaat dat zorgaanbieders vooral gaan focussen op de kortdurende, geneeskundige zorg en dat de langdurige, complexe zorg het kind van de rekening gaat worden. We maken ons ook zorgen dat de vernieuwingen in de langdurige zorg onder druk komen te staan en dat zorgaanbieders door het nieuwe financieringssysteem niet gestimuleerd worden tot innovaties.”

Kun je wel kiezen bij ernstige psychische klachten? Of moet de huisarts vooral adviseren?

“Zolang een cliënt wilsbekwaam is, is keuzevrijheid mogelijk. Anders zal de wettelijke vertegenwoordiger die keuzes namens de cliënt moeten maken. Wel kunnen we kritische kanttekeningen maken met betrekking tot keuzevrijheid in de ggz. Wat valt er feitelijk te kiezen bij schaarste in de zorg? En wat zijn de gevolgen voor de kiezende cliënt wanneer er sprake is van monopolisten in een regio door fusies? De cliënt kan dan alleen maar bij die specifieke zorgaanbieder terecht. Ook is het niet mogelijk om binnen de zzp’n bij verschillende zorgaanbieders te ‘winkelen’ ook al zou behandeling X bij aanbieder Z beter voor de cliënt zijn. Als hij eenmaal via de naturapolis vastzit bij aanbieder Y, dan moet hij het hele pakket van Y afnemen. Zorgverzekeraars sluiten nu eenmaal integrale overeenkomsten met zorgaanbieders. Zorg die via de restitutiepolis van de ZVW betaald wordt, is duurder, maar daar is de keuzevrijheid wél groter. Overigens kunnen huisartsen iemand met ernstige psychopathologie beter zo snel mogelijk doorverwijzen voor diagnose en behandeling naar ggz-specialisten. Huisartsen maken momenteel ook nog te weinig gebruik van de POH-ggz (praktijkondersteunende huisartsenzorg, red), terwijl hiervoor wel budget is vrijgemaakt vanuit de AWBZ. Van belang is dat er in de nabijheid van de zorgvrager voldoende, onafhankelijke ondersteuning beschikbaar is bij de zoektocht naar goede

zorg. Maar die ondersteuning staat helaas onder druk door het wegvallen van ggz-steunpunten. MEE-organisaties, die de rol van onafhankelijke cliëntondersteuners krijgen toebedeeld, beschikken niet over voldoende ggz-kennis en expertise. Daarom zijn zij onvoldoende toegerust om onze doelgroep te ondersteunen."

Hoe kijken jullie aan tegen de ontwikkeling van de Routine Outcome Measurement (ROM)?

"Daarover gaan we binnenkort in conclaaf met onze achterban tijdens 'het Podium', een vierjaarlijks algemeen overleg. Dan zullen we deze vraag proberen te beantwoorden. Duidelijk is dat het meten van de effectiviteit van een zorginterventie op zich prima is. Het is echter wel noodzakelijk om de ROM op een onafhankelijke wijze toe te passen. We moeten voorkomen dat de cliënt die lijsten in het bijzijn van de behandelaar gaat invullen; dat kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. Het is wat ons betreft een aanvullende methodiek, geen vervanger van cliënttevredenheidsonderzoek of de CQ-lijst."

Zien jullie een rol voor de veldpartijen weggelegd in benchmarkonderzoek en voor het Landelijk Platform in het bijzonder?

"In principe is een benchmarkonderzoek een traject van de zorgaanbieders. Wij willen graag meebeslissen over de randvoorwaarden van benchmarkonderzoek en we willen ook graag volledige inzage in de vergelijkende onderzoeksresultaten."

Hoe kijken jullie aan tegen de komst van nieuwe aanbieders en nieuwe vormen van internetbehandelingen in de reguliere ggz (o.a. beating the blues) voor angst en depressie? Versterkt het de positie van de cliënt als hij meer thuis achter de computer deze test (of behandeling) kan doen of juist niet?

"Bepaalde daartoe speciaal ontwikkelde websites of interventies kunnen preventief nuttig zijn voor (potentiële) cliënten. Het is zeker goed om deze moderne vormen van behandeling verder te onderzoeken. Ze kunnen volgens ons echter de face-to-face behandeling niet wezenlijk vervangen en ook de controle op kwaliteit is nog niet helder." ■

Wat is de LPGGz?

Het LPGGz (Landelijk Platform GGz) werd op 15 december 2005 opgericht en is een koepel van 20 cliënten-, familie- en categorale organisaties in de ggz. Samen werken zij aan een volwaardige positie voor mensen met psychische of psychiatrische problemen en hun naastbetrokkenen. Het platform brengt de wensen en behoeften van cliënten-, familie- en categorale organisaties in de ggz in kaart en treedt in overleg met beleidsmakers en uitvoerders om die wensen en behoeften te verwezenlijken en te waarborgen.

Zaken waar zij zich samen met haar achterban mee bezighoudt zijn onder andere: veranderingen in het zorgstelsel; structurele terugdringing van dwang- en drangmaatregelen; bewaking van de kwaliteit van de zorg; familiebeleid en mantelzorg; de versterking van de rechtspositie van ggz-cliënten en familie/naastbetrokkenen. Andere aandachtspunten zijn: de WMO; de problematiek rond dak- en thuislozen, verslaafden- en vrouwenopvang; zorginkoop en zorginnovatie; arbeid en maatschappelijke participatie. In de toekomst wil het LPGGz meer aandacht besteden aan forensische psychiatrie; jeugdzorg; ouderenzorg; mentorschap; niet-westerse ggz-problematiek en comorbiditeit. Dit alles steeds gezien vanuit het cliënten- en familieperspectief.

Zeven patiëntenrechten

Patiënten en cliënten hebben het recht op:

- beschikbare en bereikbare zorg
- keuze en het recht op keuze-informatie
- kwaliteit en veiligheid
- informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
- afstemming tussen zorgverleners
- effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbeslechting
- medezeggenschap en goed bestuur



Nieuwe directeur Mentaal beter Cure

Per 1 juni 2008 is Ronald Buijs MHA (42) benoemd tot directeur van Mentaal beter Cure. Buijs gaat zich volledig richten op de dagelijkse leiding van Mentaal beter Cure, het samenwerkingsverband van zelfstandige GZ-psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Mentaal beter Cure levert zowel eerstelijns als tweedelijns ggz-zorg aan volwassenen, jeugd en kinderen. Inmiddels telt de landelijke zorgaanbieder 400 aangesloten professionals.

Ronald Buijs werkte hiervoor bij het KNGF, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie waar hij was belast met de belangenbehartiging, ondersteuning van en dienstverlening aan

fysiotherapeuten. "De ggz is wel anders," zegt Buijs. "maar er zijn zeker overeenkomsten. Zo werden de fysiotherapeuten als een van de eersten 4 jaar geleden geconfronteerd met marktwerking in de gezondheidszorg. In de ggz zie ik nu veel parallellen. Bijvoorbeeld de begrijpelijke frustratie die soms door behandelaars wordt ervaren, maar ook de nieuwe wet- en regelgeving die in de dagelijkse praktijkvoering moet worden ingevoerd. De marktwerking heeft er in de fysiotherapie toe geleid dat de therapeut zich meer is gaan richten op de wensen van de cliënt, en meer is gaan uitdragen waar hij/zij voor staat. Na vier jaar zie je bij de fysiotherapeuten een zekere rust terugkeren. En zij zien inmiddels ook de positieve kanten van de veranderingen in. Een soortgelijke uitdaging staat nu in de ggz te gebeuren, inclusief het werken aan verdere transparantie. Outcome measurement is slechts één element daarvan. Ik hoop mijn ervaring te kunnen toepassen en uitdragen in de ggz. Daar ligt mijn uitdaging." ■