

ACHTERGROND

Hoe de ambulantisering in de ggz stagneert, terwijl er geld op de plank blijft liggen

Marieke Buijs

In 2012 spraken overheid, aanbieders, verzekeraars en cliëntenorganisaties met elkaar af dat intensieve psychiatrische zorg niet langer in instellingen maar in de wijk moest plaatsvinden. Sindsdien is het aantal ggz-bedden gestaag afgebouwd, terwijl de opbouw van ambulante psychiatrische zorg flink achterloopt. En ook lijkt een deel van het beschikbare geld niet te worden benut om psychiatrische patiënten thuis intensieve zorg te bieden.

‘Wij zien het vaak misgaan bij grote verschuivingen in het leven van psychotische patiënten, als een dierbare komt te overlijden bijvoorbeeld’, beschrijft Machteld Ploeg de cliënten die belanden bij de spoedeisende psychiatrie, waar zij binnen Arkin zorg voor draagt. ‘Tijdelijk kan het psychiatrische team in de wijk dan vaker langskomen, de behandeling intensiveren. Maar er is geen financiële ruimte bij die F-ACT-teams om dat langere tijd te blijven doen. Soms komt het welzijn van cliënt of omgeving in gevaar en dan belandt de cliënt – al dan niet onder dwang – op onze spoedafdeling.’ Schrijvend, noemt Ploeg het, om patiënten in de loop van weken af te zien glijden totdat een spoedopname onvermijdelijk blijkt. ‘Want zeker een dwangopname is doorgaans geen goede start van een nieuw behandeltraject.’ Ploeg schetst precies het scenario waarvan overheid, aanbieders, verzekeraars en cliëntenorganisaties in 2012 bepaalden dat ze het juist niet willen zien.¹ Intensieve psychiatrische zorg moest niet langer in instellingen plaatsvinden, maar juist in de wijk. Voor patiënten en de maatschappij is het beter als mensen op die manier zo veel mogelijk kunnen blijven deelnemen aan hun leven en de samenleving, was de gedachte. De betrokkenen kwamen in een hoofdlijnenakkoord overeen de bedden capaciteit met een derde af te bouwen ten opzichte van de situatie in 2008, toen er in Nederland 139 ggz-bedden op 100.000 inwoners beschikbaar waren.

Marieke Buijs werkt als freelance-wetenschapsjournalist in opdracht van de NTVG-redactie.

Die reductie is aardig op dreef, met 15% minder bedden dan in 2008. Maar, zo wordt steeds duidelijker, de opbouw van ambulante psychiatrische zorg loopt daar flink bij achter. En de kwaliteit van leven van psychiatrische patiënten ook. Tegelijkertijd is er in 2016 zo’n 300 miljoen euro minder besteed aan geestelijke gezondheidszorg dan voor dat jaar was begroot, zo becijferden minister Schippers en GGZ Nederland, een onderbesteding van ruim 8%. Hoe heeft dat kunnen gebeuren?

Eén enkele boosdoener is niet aan te wijzen. Het opstellen en volgens plan besteden van zorgbudgetten in het algemeen is geen eenvoudige opgave. En voor de ggz specifiek ligt het nog een slag ingewikkelder. Een ongelukkig samenspel van hervormingen, onhandige afspraken, uiteenlopende belangen en constructies op regionale en gemeentelijke schaal heeft er in 2016 toe geleid dat een deel van het beschikbare geld niet is benut om psychiatrische patiënten intensieve zorg te bieden in hun thuissituatie.²

NAÏEF

Allereerst is dat een tekortkoming van het hoofdlijnenakkoord uit 2012. Daarin is wel beklonken dat het beddenaantal in 2020 met een derde moet zijn afgenomen, maar over de opbouw van intensieve ambulante zorg is niets afgesproken. ‘De gedachte dat die ambulante opbouw vanzelf wel zou plaatsvinden, is naïef gebleken’, verklaart Frank van Hoof, die namens het Trimbos-instituut de ambulantisering in de ggz in de gaten houdt. ‘Nu schort het dus zowel aan intensieve zorg voor patiënten die eerder intramuraal werden behandeld als aan behandeling en ondersteuning bij het thuis functioneren en participeren van een bredere groep mensen met ernstige psychische aandoeningen.’

Het ontbreken van doelstellingen om de capaciteit van ambulante ggz te vergroten en intensiveren is extra precair omdat de beddenafbouw en andere hervormingen die de ggz de afgelopen jaren hebben beziggehouden, de budgetten voor vernieuwing juist onder druk zetten. ‘Veel van onze instellingen zijn zo druk geweest met hervormen, het voldoen aan administratie-eisen en het hoofd boven water houden – mede door de krimpemde



FOTO: ALBOR ZSHAW/FELCER

omzetten door het afstoten van bedden capaciteit – dat het ontwikkelen van nieuwe initiatieven voor ambulante ggz er op veel plekken bij ingeschoten is', stelt Veronique Esman, directeur van GGZ Nederland.

Het ontwikkelen van plannen voor zorg in de wijk vergt tijd en dus geld en dat geld krijgen instellingen pas wanneer zorgverzekeraars akkoord zijn met die plannen. 'Maar de meeste instellingen hadden de afgelopen jaren niet de financiële ruimte om die initiële investering zelf te doen', aldus Esman. Het resultaat: een flinke achterstand in het ambulantiseringstraject.

KIND VAN DE REKENING

De gevolgen van de combinatie van voortvarende beddenafbouw en gebrekkige ambulante opbouw is onder meer te merken in de huisartsenpraktijk. 81% van de huisartsen rapporteert een toename van het aantal patiënten uit de specialistische ggz in een enquête van de Landelijke Huisartsen Vereniging. 'Huisartsen voelen zich soms onvoldoende bekwaam om de begeleiding van stabiele chronische ggz-patiënten op zich te nemen, maar kunnen vanwege de wachttijden niet doorverwijzen naar de specialistische ggz', schrijft voormalig voorzitter van GGZ Nederland, Jacobine Geel, in november 2016 in een brief aan de Tweede Kamer.

Maar vooral de patiënten en hun omgeving zijn het kind van de rekening, want hun kwaliteit van leven blijft al jaren achter bij die van de gehele bevolking. In de 'Lande-

lijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2016' van het Trimbos-instituut geven psychiatrische patiënten hun levenskwaliteit een 6,2.³ Bij de bevolking in zijn geheel ligt dat cijfer op 7,8. Ook de kwaliteit van zorg voor psychiatrische patiënten biedt ruimte voor verbetering. De hoogste waardering geven patiënten de zorg door een psycholoog of psychiater met een eigen praktijk, een 6,9. Het laagst scoort het Intensive Home Treatment-team, met een 5,9. Ook de gemeentelijke hulp laat te wensen over: het zorg- of WMO-loket krijgt een 5,7 gemiddeld.

Zorgelijk is vooral het ontbreken van tekenen dat die zorgkwaliteit de komende jaren zal verbeteren. De F-ACT-teams (F-ACT staat voor 'Flexible assertive community treatment') nemen het leeuwendeel van de intensieve ambulante zorg aan patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening voor hun rekening en hebben een 'caseload' van ongeveer 200 cliënten op 10 fte.

'Gemiddeld is er per cliënt tijd voor 1 contact per week, en dat is dan de intensiefste vorm van ggz die we kennen', verzucht Van Hoof. 'Wat kun je daarin doen? Alleen het hoogstnodige, en dus blijven de sociale en maatschappelijke re-integratie achter, zo blijkt uit onze Monitor.'

En dat tijt lijkt voorlopig niet te keren. Certificeringsinstantie CCAF toont dat de belasting per team in de afgelopen jaren is toegenomen en dat de teams minder 'outreaching' zijn gaan werken. Dat betekent dat F-ACT-teams hun cliënten steeds minder in de eigen omgeving

zien. Ook is sinds 2011 een gestage daling opgetreden in de contactfrequentie bij cliënten die (een bepaalde periode) intensievere zorg nodig hebben, beschrijft de Monitor van het Trimbos-instituut. Het rapport vervolgt: 'Daarmee staan twee wezenskenmerken van [F-ACT] – "outreach" en de mogelijkheid om flexibel op- en af te schalen – onder toenemende druk.' Bovendien blijkt uit navraag van het Trimbos-instituut bij leidinggevendenden van F-ACT-teams dat er voor het eerst in 15 jaar geen plannen zijn het aantal teams uit te bereiden.

VALSE START

Bij de spoedafdeling van Arkin ziet Ploeg de tekortkomingen van de ambulante ggz niet alleen in de toestroom van het type F-ACT-cliënt dat ze hierboven beschrijft, maar ze merkt ook dat patiënten langer moeten wachten tot ze terecht kunnen op een behandelplek. 'Wij streven ernaar cliënten binnen 24 uur onder te brengen bij een behandeling, of dat nu gaat om een klinische spoedopname of een specialistisch ambulante team. Maar daar slagen we tegenwoordig lang niet altijd in. In sommige gevallen is dat niet erg, als het bijvoorbeeld gaat om huisartsenzorg na een problematische drugservaring, maar als iemand bijvoorbeeld een eerste psychose doormaakt, is dat wél problematisch. Uit onderzoek blijkt tijdige behandeling het verdere beloop van de ziekte positief te beïnvloeden. Dat die doorstroom nu in het gedrang komt, is een stap terug in kwaliteit van zorg.'

Net als op de spoedeisende hulpposten in de ziekenhuizen, ervaren de ggz-spoedposten 'crowding': momenten waarop er te veel mensen op de afdeling zitten te wachten op een vervolgtraject, waardoor er geen plek is voor toestroom van nieuwe patiënten. Ploeg: 'Soms zitten mensen langer dan wenselijk in de observatieruimte en in andere gevallen zien we ons genoodzaakt mensen terug te sturen naar het ziekenhuis of de politie. Dat is natuurlijk een valse start.'

Ploeg wijdt de onderbesteding in de ggz mede aan de relatief grote snijverliezen die samenhangen met de versnippering van de financieringstitels waar cliënten over worden verdeeld. Voor de verschillende patiëntengroepen in de spoed-ggz – vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ), Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), jeugd, crisis, justitie, vluchtelingen – zijn omzetplafonds afgesproken met verschillende verzekeraars. Als het aantal spoedopnames uit de ene titel lager uitvalt dan het omzetplafond, krijgt de afdeling dat daadwerkelijke, lagere aantal behandelingen vergoed. Vinden er meer opnames plaats, dan krijgt de afdeling maximaal tot het omzetplafond uitgekeerd.

'De verzekeraar komt hierin altijd als winnaar uit de bus', aldus Ploeg. 'En in de ernstige en acute ggz is het per

definitie moeilijk in te schatten hoeveel mensen zich per financieringstitel jaarlijks zullen melden. Bij ons vormen de snijverliezen zo'n 5% van de toegekende productie, dat loopt in de miljoenen.'

'Dat verzekeraars als winnaar uit de bus komen bij het handhaven van omzetplafonds is pertinent onjuist', reageert woordvoerder Rik van Druten namens Zorgverzekeraars Nederland. Zijn verklaring voor de miljoenen euro's die op de plank zijn blijven liggen: verzekeraars houden in de contracteringsafspraken een buffer voor het geval schattingen niet kloppen en de contractering uitgebreid moet worden. 'Maar dan hebben we wel signalen nodig uit het veld: instellingen moeten de verzekeraar tijdig informeren als ze die plafonds naderen. Gegeven het feit dat er 300 miljoen onbesteed is gebleven, is dat blijkbaar onvoldoende gebeurd en zou dat in 2017 beter kunnen.'

PUZZEL

Ten slotte speelt mee dat de kosten en baten soms bij verschillende partijen liggen binnen het versnipperde zorglandschap voor mensen met psychiatrische problemen. 'Het is een grote uitdaging de bekostiging van de ggz goed af te stemmen tussen gemeenten en zorgverzekeraars', aldus Esman van GGZ Nederland. 'Wij willen de ggz zo veel mogelijk aan de oorsprong positioneren. Bijvoorbeeld door ggz-expertise te integreren in sociale wijkteams, zodat preventie en vroegsignalering escalatie voorkomen en minder intensieve behandelingen nodig zijn.'

Maar dat vergt dat gemeenten investeren in die psychiatrische kennis in hun wijkteams, terwijl het de zorgverzekeraars zijn die vervolgens de vruchten plukken van lagere behandelkosten. Toch ziet Esman hier vooral een gedeeld belang. 'Ik zou niet zeggen dat alleen de zorgverzekeraars profiteren van preventie en vroegsignalering. Als dat leidt tot minder spoedopnames, zijn het vooral patiënten zelf die daar baat bij hebben. En daarnaast werkt preventie positief door in de totale maatschappelijke lasten op het gebied van justitie, werkloosheid en re-integratie.'

In de route van kaderbegroting naar daadwerkelijke vergoeding van zorg zitten dus nogal wat bochten en omwegen. Stel je zo'n zorginkoopoverleg voor. In een serie onderhandelingen tussen verschillende zorgverzekeraars, zorginstellingen, jeugdregio's en gemeenten moeten de afspraken over behandelvolumes en -prijzen worden gemaakt. 'Al die spelers proberen in deeloverleggen hoekjes van een gezamenlijke puzzel te leggen, zonder dat iemand het overzicht heeft op de puzzel als geheel', aldus van Druten.

Is dat dan wel de juiste aanpak? BuurtzorgT, dat psychiatrische zorg aan huis biedt, vindt van niet en koos voor

een onorthodox alternatief.⁴ De organisatie laat de onderhandelingen voor wat ze zijn en werkt zonder afspraken met verzekeraars. Dat betekent dat ze slechts 75% van het behandeltraject voor gecontracteerde aanbieders vergoed krijgt, maar toch komt ze daarmee rond, zonder bijdrage van patiënten te vragen. 'De constructie bevrijdt ons van de administratieve druk en de omzetplafonds', licht psychiater Nico Moleman van BuurtzorgT toe. 'Daardoor hebben we minder overheadkosten en dus komen we uit.'

Zo zorgt BuurtzorgT bijvoorbeeld voor Ida (fictieve naam). Zij is halverwege de 30 en durft niet over straat. Ze heeft meerdere psychiatrische opnames achter de rug en slikt alle medicatie die ze in de loop van jaren voorgeschreven heeft gekregen, antidepressiva en antipsychotica. Haar huisarts is het spoor bijster. Ida is angstig, psychotisch en heeft slechts sporadisch contact met familie en vrienden. Een nieuwe opname lijkt onvermijdelijk en de huisarts schakelt de hulp in van BuurtzorgT. Moleman gaat met Ida in gesprek en houdt haar medicatie kritisch tegen het licht. Tegelijkertijd schakelt BuurtzorgT haar zus, twee broers, gescheiden ouders en hun nieuwe partners in. En dagelijks komt er een psychiatrisch verpleegkundige bij Ida langs.

Moleman: 'We hebben haar medicatie geëvalueerd en deze uiteindelijk met 80% teruggedrongen. Nu gaat het beter met haar en kan ze weer steeds meer dingen zelf.' Of ongecontracteerde zorg de uitkomst biedt om de stagnerende ambulantisering uit het slop te trekken, is de vraag. Maar BuurtzorgT toont in ieder geval dat het anders kan, dat behandelaars en patiënten het heft in eigen hand kunnen nemen en dat de ggz op die manier eigenlijk precies die zorg aan huis kan bieden waar het veld al 5 jaar naar op zoek is.

LITERATUUR

1. Van Hoof F, et al. Trendrapportage ggz 2012 Deel 1 – Ambulantisering. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
2. Marktscan ggz 2016. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2017.
3. Van Hoof F, et al. Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
4. Klaassen HW. BuurtzorgT, werken in de nieuwe ggz. Jaarboek V&VN-SPV i.s.m. BuurtzorgT.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:C3536