

Nee krijg je, ja moet je halen

Marc Daemen, klinisch psycholoog-psychotherapeut en NVGP-opleider, was bij GGZ Westelijk Noord-Brabant DBC-projectleider en is daar nu programma-hoofd Persoonlijheidsproblematiek en P-opleider.

Hoe verkoop je in de huidige ggz-markt je behandelaanbod? Sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is dat een pregnante vraag geworden voor alle zorgaanbieders. Ook wij groepstherapeuten zullen steeds meer groepstherapie als product moeten aanprijzen. En de NVGP dient zich te bezinnen over de vraag hoe in 2008 de opleidingen tot groepstherapeut en groepswerker aan de man kunnen worden gebracht.

En u? Hoe gaat u straks als vrijgevestigde de onderhandelingen met de zorgverzekeraars in? Of hoe overtuigt u uw manager om meer groepstherapie in het behandelaanbod van uw instelling op te nemen? Zeker, een goed inhoudelijk verhaal kan helpen. Maar er is meer: de systematiek van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC) biedt onverwachte mogelijkheden om groepstherapie neer te zetten als een behandelvorm waar niet alleen cliënten maar ook zorgaanbieders én verzekeraars beter van worden.

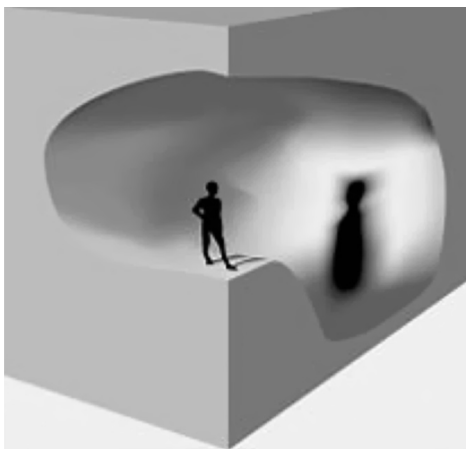
Dit artikel is een bewerking van een lezing, gehouden tijdens de jaarlijkse studiedag van de opleiders van de Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie, op 7 februari 2008 te Breukelen.

Het nut van retoriek

Ieder van ons heeft wel eens ervaren hoe het is om wel gelijk te hebben, maar geen gelijk te krijgen. Een kwestie die ook de filosofen in het antieke Athene al bezig hield. Aan de ene kant had je Protagoras en zijn sofisten, pragmatische filosofen die de burgers hun flink betaalde diensten aanboden. Zij schreven op bestelling politieke redevoeringen en waren de eerste spindoctors. Voor hen bestond er geen objectieve waarheid,

maar kwam het erop aan anderen te overtuigen van je subjectieve gelijk. Overigens was de eerste psychotherapeut een sofist. Antiphon, een uit Athene verbannen filosoof, opende in Corinthe een troostwinkel. Een kantoor waar hij, naar zijn zeggen, elk psychisch leed kon verzachten, uitsluitend door de kracht van het woord. Na enkele jaren het beroep van trooster te hebben uitgeoefend, besloot hij pleidooien te gaan schrijven voor wie met justitie in aanraking was gekomen. Zo werd hij ook nog eens de eerste advocaat

uit de geschiedenis (De Crescenzo, 1986). In de geschiedenis van de filosofie hebben de sofisten een kwalijke naam gekregen. Net zoals reclamejongens nu werden ze gezien als weinig betrouwbare lieden die hun publiek wat op de mouw speldden. Ook advocaten, politici en de filosofen van het postmodernisme zitten tegenwoordig in diezelfde hoek. Deze kwalijke naam heeft veel te maken met de grote invloed van Plato op het westerse denken. In het oude Athene waren de platonici pleitbezorgers van een zuivere, academische filosofie. Plato wantrouwde de subjectieve waarneming en ging op zoek naar ware kennis, verborgen achter de alledaagse realiteit. Hij illustreerde dit door de befaamde allegorie van de grot.



Plato's allegorie van de grot

Een groep mensen is levenslang vastgeketend in een grot. Zij krijgen slechts projecties te zien van wat er zich buiten de grot, in het daglicht afspeelt, in de vorm van schaduwen op een wand. Uiteraard houden

zij deze schaduwen voor de werkelijkheid, terwijl het slechts projecties zijn van de ware wereld. Die ware wereld bestaat voor Plato uit ideale Vormen (in het Grieks: eidea). Gezien zijn zoektocht naar universele patronen achter de alledaagse werkelijkheid zou je Plato als een van de eerste wetenschappers kunnen beschouwen. Ook wij, groepstherapeuten, zijn vaak op zoek naar onzichtbare structuren achter het observeerbare gedrag van onze groepsleden. Een typisch platonische gedachte.

Met de ideeënwereld van onze vereniging – zeg maar: het platonische gehalte van de NVGP – zit het wel goed. We beschikken over een eigen gedachtegoed, stevig verankerd in de psychodynamische en groepsdynamische traditie. Bovendien wordt het steeds beter onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Sinds kort is het zelfs vastgelegd in een officiële canon van de groepstherapie: de fameuze *guidelines* van onze grote Amerikaanse broer.

Maar hoe staat het met het sofistieke gehalte van onze vereniging? Wij, groepspsychotherapeuten, weten hoe krachtig de groep als therapeutisch instrument kan zijn. We hebben dus gelijk als we cliënten zoveel mogelijk in groepen willen behandelen, maar halen we ook ons gelijk? Slagen we erin cliënten, collega's, managers en zorgverzekeraars te overtuigen van de waarde van groepstherapie? En leidt dit anno 2008 tot meer groepstherapie dan pakweg tien jaar geleden?

In dit artikel verdedigen wij de stelling dat de groepspsychotherapie nood heeft aan

pleitbezorgers die het beste van de platonici én van de sofisten in zich verenigen. Hoewel wij ons als behandelaars het liefst met de inhoud bezighouden, ontkomen we er niet meer aan om in de huidige ggz-context ook stil te staan bij de verkoopbaarheid van onze behandelingen. Het minste wat wij kunnen doen, is ons management voorzien van de nodige inhoudelijke input om straks met een overtuigend verhaal de onderhandelingen met de zorgverzekeraars te kunnen aangaan. Hoe men dit kan aanpakken, wordt geïllustreerd aan de hand van een eigen ervaring.

Op zoek naar een USP

Zoals zoveel instellingen heeft GGZ WNB te Roosendaal en Bergen op Zoom de afgelopen periode een herordening van de volwassenzorg in programma's doorgevoerd. Er is echter niet gekozen voor de landelijk gangbare stoornisgerichte indeling volgens DSM IV-categorieën. Vertrekkend van onze behandelvisie en van de specifieke lokale situatie, zijn er negen behandelprogramma's ontwikkeld (Daemen & Van Dam, 2005). Voor complexe doelgroepen die een intensieve behandeling nodig hebben, zijn er vijf specialistische transmurale programma's. De voordeur wordt gevormd door een programma voor spoedeisende hulpverlening, en een programma voor reguliere aanmeldingen en kortdurende behandeling. Tussen de generalistische voordeurprogramma's en de specialistische transmurale programma's situeren zich twee ambulante programma's: één voor klachtgerichte

behandeling, en één voor persoonlijkheidsproblematiek.

Het laatstgenoemde programma is bedoeld voor cliënten wier persoonlijkheidsproblematiek duidelijk van invloed is op hun klachtenpatroon en op hun algemene functioneren. Vandaar ook wel de term: persoonsgerichte behandeling. Het gaat om een brede groep cliënten met persoonlijkheidsproblemen, van wie een aantal wel en een aantal niet voldoet aan de DSM IV-criteria voor een persoonlijkheidsstoornis. Cliënten hebben de mogelijkheid tot enige zelfreflectie en een redelijk functionerende realiteitstoetsing. Ze zijn gemotiveerd om zo nodig wat langer durend aan zichzelf te werken. Onderliggend is er meestal sprake van een neurotische of high level borderline persoonlijkheidsstructuur, zodat ontregeling van adaptatiestijlen mogelijk is (Daemen, 2006). Een groot deel van de behandelingen die voorheen bij de afdeling Psychotherapie plaatsvonden, valt sinds 1 januari 2008 onder het programma Persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast is ook een gedeelte van het behandel aanbod van de voormalige afdeling Sociale Psychiatrie hierin ondergebracht.

Hoewel het loslaten van de afdeling Psychotherapie als autonome organisatorische eenheid hen zwaar viel, kozen de meeste teamleden voor een constructieve houding bij de herordening in programma's. Tal van psychotherapeuten namen deel aan werkgroepen die de programma's inhoudelijk gestalte gaven. Toch kampte het team – net zoals de psychotherapie in

het algemeen – met een imagoprobleem. Collega's van andere afdelingen vonden dat men te vaak de neus ophaalde voor complexe problematiek. Volgens de sectormanager was de productie structureel aan de lage kant. Ook de relatie met de Raad van Bestuur verliep stroef, wat altijd bleek tijdens de jaarlijkse werkbezoeken van de Raad van Bestuur aan de afdeling. In de loop der jaren was er een patroon ontstaan waarbij de psychotherapeuten de bestuursleden zeer kritisch ter verantwoording riepen over allerlei veranderingen in de organisatie, en zij bits van zich afbeten. Het leek wel alsof alle frustratie een heel jaar werd opgespaard voor dat ene uur. Het resultaat was steevast nog meer frustratie. Bij de psychotherapeuten omdat men het gevoel had dat er met de kritiek niets werd gedaan. En bij de bestuursleden omdat zij één lange confrontatie met alles wat er naar de idee van de psychotherapeuten in de organisatie fout liep, hadden moeten doorstaan.

Afgelopen herfst stond er weer een ontmoeting met de Raad van Bestuur op het programma. We zouden het deze keer echter anders aanpakken. We vroegen ons van tevoren af hoe wij wilden overkomen bij de bestuursleden. In ieder geval niet als klagers en zeurpieten. Maar hoe dan wel? Het liefst wilden wij worden gezien als een stel deskundige, dynamische medewerkers waar de organisatie wat aan heeft. De tweede vraag die we ons stelden was: waarover willen wij het écht hebben met de bestuurders? Diep in ons hart hadden we op

dat moment slechts één bekommernis: zou onze instelling, gegeven de marktwerking, in de toekomst nog psychotherapie kunnen blijven aanbieden? In ons oude patroon hadden we die vraag, bij voorkeur geformuleerd als kritiek, op hun bordje gelegd. Nu bedachten we dat bestuursleden liefst willen horen over problemen wanneer je er al een begin van een oplossing voor hebt gevonden. We realiseerden ons bovendien dat het voor hen ook niet makkelijk is om straks bij die zorgverzekeraars met een verhaal te moeten komen, waar én een hoop geld én de toekomst van de instelling van afhangt. Stel dat wij morgen met een zorgverzekeraar aan tafel zouden zitten en ons behandelaanbod zouden mogen aanprijzen. Hoe zouden we dat aanpakken? We vroegen ons af waarin wij ons onderscheiden van andere zorgaanbieders in de regio. Of in marketingtermen: wat was onze USP (*Unique Selling Proposition*)?

Ongebruikelijk rollenspel

Na enig brainstormen was dat unieke verkoopvoorstel snel gevonden: de afdeling Psychotherapie had een rijke traditie op het gebied van ambulante groepen. Er was en is een ruim aanbod aan groepen, veel expertise op dat vlak en een echte groepscultuur. Bij nieuwe aanmeldingen is er altijd wel iemand die roept: waarom geen groepstherapie? Deze kracht wilden we ook als troef uitspelen bij het verkopen van het nieuwe programma Persoonlijkheidsproblematiek, met als slogan: 'Sterk in groepswerk'. We besloten onze Raad van Bestuur te ver-

leiden tot een rollenspel. Zij zouden de rol van zorgverzekeraar spelen, terwijl wij op hun stoel gingen zitten en hun de producten van ons nieuwe programma probeerden aan te prijzen. Als het ons zou lukken om ons unieke verkoopvoorstel aan hen te slijten, was de bijeenkomst geslaagd. Want dan hadden we wellicht ook een verschuiving teweeg gebracht in hun perceptie van ons. Het ordewoord was: ‘vooral niet zeuren, want dan verkoop je niks’. Van tevoren gaven we onderling nog eens goed uiting aan al onze frustraties – de slechte administratieve ondersteuning, de belabberde huisvesting, en de onvoldoende studiefaciliteiten –, maar daarover zouden we het deze keer met de bestuursleden niet hebben.

Ook last van je persoonlijkheid?

Eerst definieerden we onze doelgroep in alledaagse termen: je hebt mogelijk last van je persoonlijkheid als je:

- jezelf niets waard vindt en anderen altijd belangrijker vindt dan jezelf;
- in elke baan mislukt;
- moeite hebt om in harmonie met een partner samen te leven;
- steeds weer met anderen in conflict komt.

We gaven informatie over hoe vaak persoonlijkheidsproblematiek voorkomt. (Dit is interessant voor een zorgverzekeraar. Gaat het om een grote groep cliënten? Hoe groot is de kans dat zijn verzekerden ertussen zitten?) Naar schatting heeft ongeveer de helft van alle cliënten in de ggz een

persoonlijkheidsstoornis. Maar ook in de algemene bevolking komen deze aandoeningen veelvuldig voor. De schattingen lopen uiteen van 10 tot 15% (Verheul & Van den Brink, 1999). Wanneer we het begrip verruimen naar persoonlijkheidsproblematiek door ook de klassieke ‘karakterneurose’ hieraan toe te voegen, zou men uitkomen op 25 tot 30% van de bevolking (De Jonghe & Swinkels, 2004).

Er bestaat steeds een kans dat persoonlijkheidsproblematiek zich ontwikkelt tot een persoonlijkheidsstoornis. Naarmate er meer belastende factoren de overhand krijgen neemt het risico toe, evenals de kwetsbaarheid voor As I-stoornissen.

Behandeling in een vroeg stadium kan dus erger voorkomen. Voor de betrokkenen en hun omgeving is de ziektelast hoog. Zij gaan gebukt onder een verminderd persoonlijk welzijn en disfunctioneren in relaties en werk. Er is berekend dat de ziektelast van persoonlijkheidsstoornissen vergelijkbaar is met de ziektelast bij Parkinson of aderverkalking (Verheul, 2004). De maatschappelijke kosten hiervan zijn hoog: meer arbeidsongeschiktheid, meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, en verhoogde sterftecijfers. Gezien de maatschappelijke ontwikkelingen van de afgelopen decennia (individualisering, verhoogde prestatiedruk, minder solidariteit, desintegratie van familiale structuren) lijkt de kans op een toename van persoonlijkheidspathologie reëel.

We vroegen ons af wat er, gegeven de huidige stand van de wetenschap, bekend is

over effectieve remedies. We gaven onze toehoorders mee dat er zeker hoop is voor mensen met persoonlijkheidsproblemen. Soms gaan die vanzelf over, maar als je je laat behandelen gaat dit wel zeven keer sneller. Volgens de Landelijke Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2007, in concept) zou psychotherapie in dat geval de behandeling van de eerste keuze moeten zijn. Voor de borderline persoonlijkheidsstoornis is de effectiviteit van psychotherapie op het hoogste wetenschappelijke niveau aangetoond (zie Binks, e.a., 2006: Cochrane review van gerandomiseerde effectstudies, level IA), terwijl er ook voor andere persoonlijkheidsstoornissen al aardig wat evidentie werd verzameld. Het gaat dan om vormen van cognitieve, psychodynamische en interpersoonlijke psychotherapie.

Waarom groepspsychotherapie?

Vervolgens hebben we getracht onze *would be*-verzekeraars ervan te overtuigen bij voorkeur te kiezen voor groepspsychotherapie, en wel bij onze afdeling. We zijn als advocaat van de duivel begonnen met te benoemen waarom cliënten in eerste instantie liever geen groepstherapie willen. En hoe je tijdens de intakefase een aantal vaak voorkomende bezwaren of angsten van cliënten juist kan ombuigen naar argumenten pro groepstherapie. We bespraken hoe groepspsychotherapie werkt (iemand vertelde over de werkzame factoren, zoals cohesie en feedback), wat je erbij nodig hebt (onder andere groepstherapeutisch

geschoolde medewerkers en hoe wij die zelf *in company* en dus goedkoop kunnen opleiden) en hoe het de arbeidssatisfactie van je medewerkers bevordert. Een groepstherapeute getuigde bijvoorbeeld hoe de sessie met haar Turkse vrouwen-groep een hoogtepunt in haar werkweek is, terwijl ze compleet afgebrand zou zijn als ze deze acht afhankelijke, somatiserende vrouwen elk individueel zou moeten zien. Ook vertelde zij hoe de samenwerking met een cotherapeut haar hielp om een frisse kijk op zichzelf en op haar werkwijze te behouden. Een andere collega toonde op haar beurt aan dat we openstaan voor vernieuwing. Zij vertelde over de nieuwe groep die binnenkort van start zou gaan, gebaseerd op de schematherapie, een evidence based behandelmethode.

Ten slotte keerden we terug naar de wetenschap. We vertelden dat groepstherapie meestal even effectief is als individuele therapie (Burlingame, 2004). En dat bij sommige vormen van persoonlijkheidsproblematiek en bij problemen in het sociale functioneren zelfs is aangetoond dat groepstherapie beter werkt dan individuele behandeling. De vraag hoe lang een groepstherapie moet duren verbonden we met onderzoeksprojecten waaraan we zelf deelnemen. We noemden het onderzoek SCEPTRE (Study on Cost-Effectiveness of Personality disorder Treatment), naar de kosteneffectiviteit van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen (VISPD, 2006) en het onderzoek naar de effecten van monitoring bij langdurige psychotherapie (Trijsburg, 2003).

Op dat moment hadden we een welwillend oor gevonden bij de Raad van Bestuur. Ze leken wel gecharmeerd te zijn van de presentatiewijze en van de inhoud van ons verhaal. Echt enthousiast werden ze pas over wat nu volgt: de mogelijkheden van groepstherapie in de DBC-systematiek. We sloten ons verkooppraatje dan ook af met hoe groepstherapie de kostprijs van behandelingen kan drukken (iets wat ze in hun rol van zorgverzekeraar graag hoorden) én tegelijk voor de instelling winstgevend kan zijn (daar waren ze als Raad van Bestuur dan weer blij mee).

Kanttekeningen bij de DBC

Laten we, alvorens in te gaan op de mogelijkheden voor groepstherapie in de nieuwe financieringsystematiek, stilstaan bij de behandelinhoudelijke beperkingen van de DBC's. Deze zijn gebaseerd op de DSM IV-classificatie bij aanvang van de behandeling en daardoor behept met alle bekende tekortkomingen van dit classificatiesysteem. De DSM IV is een louter descriptief systeem om psychische stoornissen te rubriceren. Datgene wat wij onder een diagnose verstaan – een verklarende hypothese over wat er met iemand aan de hand zou kunnen zijn, die ons aanknopingspunten biedt voor een doelgerichte behandelstrategie – hoeft men van een DSM IV-classificatie niet te verwachten. Daaruit volgt dat de term *diagnose* in de D van DBC op zich al misleidend is. Verder is er kritiek op de DSM IV – en dus ook op de DBC's – omdat het een arbitraire indeling betreft, stoornisgericht, met weinig

oog voor de contextuele en persoonsgebonden kenmerken van iemands problematiek. En er is ten slotte het probleem van de comorbiditeit; veel van onze cliënten laten zich immers niet in één hokje plaatsen. Het grote gevaar schuilt erin dat managers en zorgverzekeraars straks denken een transparant beeld te krijgen van onze behandelingen, waarop zij hun beleid gaan baseren. Terwijl de managementinformatie uit de DBC's slechts schijnzekerheid biedt en nauwelijks relevant is voor de wezenlijke inhoud van onze behandelingen. Hier ligt er volgens mij een taak voor ons, behandelers. Wij moeten tijdig met managers en zorgverzekeraars in dialoog treden en het vertekende beeld bijsturen.

Om dezelfde redenen zijn DBC's evenmin geschikt om te worden gebruikt als kwaliteitinstrument. Oorspronkelijk zijn ze daar ook nooit voor bedoeld geweest. Zo is bij de presentatie van de *Productstructuur DBC GGZ* in juli 2006 expliciet gesteld dat het ging om 'de ontwikkeling van een bekostigingssystematiek en niet om de ontwikkeling van een kwaliteitssystematiek'. Toch zal de verleiding voor managers en zorgverzekeraars groot zijn om bijvoorbeeld het verschil in GAF-score bij aanvang en bij sluiten van de DBC als een effectmaat te gaan beschouwen. En ook in de recent verschenen *In- en verkoopgids DBC GGZ*, opgesteld door GGZ Nederland in samenwerking met de Zorgverzekeraars, wordt per productgroep gesproken over 'aandachtspunten voor kwaliteit'. Waarbij men dus wel degelijk de schijnrealiteit van de DBC-

productgroepen verbindt met het kwaliteitsbeleid. Ook hier is bijsturing nodig, met name door gedegen effectonderzoek met uitkomstmaten die ons meer relevante informatie bieden dan enkel een GAF-score.

Positief is dat de psychotherapie in de DBC-systematiek een duidelijk herkenbare plek heeft gekregen. Er zijn aparte activiteitscodes voor psychotherapie opgenomen, gedifferentieerd naar referentiekader en behandelsetting. Zo kan men dus bijvoorbeeld individuele cognitieve gedragstherapie registreren, naast cliëntgerichte therapie of psychodynamische psychotherapie. En er is in een restcategorie ‘overige psychotherapie’ voorzien. Ook voor groepspsychotherapie zijn alle referentiekaders vertegenwoordigd. Dit heeft ertoe geleid dat we bij de afdeling Psychotherapie de benamingen van onze groepen eens kritisch onder het licht hebben gehouden, en deze her en der hebben geactualiseerd. Van 2004 tot 2007 was het vanwege de limitering door de overheid van het aantal sessies psychotherapie onmogelijk om langdurige groepspsychotherapie als zodanig aan te bieden. Een groot deel van onze psychodynamische groepen registreerden we daarom als ‘steunend structurerende groepstherapie’, waarvoor echter een minder hoog tarief in rekening kon worden gebracht.

Met de definitieve invoering van de DBC's is de pakketmaatregel psychotherapie nu gelukkig van de baan. Zo hebben de belangrijkste zorgverzekeraars in onze regio laten weten dat we geen meldingsformulieren psychotherapie meer hoeven aan te leveren.

Het herindicatieprotocol voor verlenging na 25 of 50 sessies is eveneens overbodig geworden. Met andere woorden: groepspsychotherapie zonder tijdslimiet mag weer, en kan als dusdanig worden gedeclareerd. Bij sommige productgroepen levert psychotherapie financieel ook meer op. Als we bijvoorbeeld de productgroep Persoonlijkheidsstoornissen nemen, dan zien we dat er van een behandeling van 3000 tot 6000 minuten – zeg maar tussen de 50 en de 100 ambulante behandelingsessies – twee varianten bestaan, waarvan de ene bijna 1000 euro meer oplevert dan de andere; deze tweede variant bevat psychotherapie, de eerste niet.

Als nu ook de eigen bijdrage nog zou worden afgeschaft, zou dat helemaal mooi zijn. Hierover is de afgelopen maanden een controverse gaande tussen Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS. Precies omdat de DBC-systematiek geen declaratie per verrichtingen meer kent – en dus ook geen aparte declaratie van psychotherapiecontacten – is het innen van een eigen bijdrage voor psychotherapie niet compatibel met dit systeem. ‘Technisch niet haalbaar dus,’ zeggen de zorgverzekeraars. (Nog daargelaten dat het politiek natuurlijk wat krom is om naast de invoering van een algemeen eigen risico in de zorgverzekering ook nog eens een eigen bijdrage psychotherapie te handhaven.) ‘Kan wel zo zijn,’ zegt de minister, ‘maar ik heb er al 25 miljoen euro aan inkomsten in de begroting 2008 voor opgenomen.’ Bij het schrijven van dit artikel (medio maart) had bestuurlijk overleg tussen de partijen nog niets opgeleverd.

Conclusie: met de komst van de DBC's zijn er financieel-economisch gunstige condities geschapen voor een heropbloei van de psychotherapie. Er zal vanuit het veld dan wel de nodige nuancering moeten worden aangebracht bij de productgroepen op basis van DSM IV-classificatie, en er zal gedegen effectonderzoek moeten plaatsvinden.

Kansen voor groepstherapie in de DBC's

We pikken de draad van ons verkooppraatje weer op bij de nieuwe mogelijkheden voor groepstherapie in de DBC-systematiek.

In het verleden klaagden managers van GGZ-instellingen er nogal eens over dat groepstherapie onvoldoende rendabel was wanneer er plaatsen oningevuld bleven of als een groep te veel no shows kende. Bij de AWBZ-financiering was dit inderdaad een probleem. Men werd betaald per verrichting. Per effectief aanwezig groepslid kon men één verrichting declareren. Waren er bij een sessie acht groepsleden aanwezig, dan ontving men acht keer het tarief van een verrichting groepstherapie. Bij slechts zes aanwezige groepsleden daalden de inkomsten dus met 25%, bij een sessie met vier aanwezigen haalde men nog maar de helft binnen. Minder inkomsten voor de instelling, terwijl de kosten gelijk bleven – namelijk de inzet van een of zelfs twee behandelaars.

Met de komst van de DBC's zijn er andere tijden aangebroken. De financiering per verrichting is voorbij. Voortaan betalen de verzekeraars de zorgaanbieders per behan-

deling, zeg maar per DBC. In zo'n DBC zitten natuurlijk de oude verrichtingen, echter uitgedrukt in door een behandelaar bestede tijd. Het kan dan gaan om directe tijd (het *face to face* contact met de cliënt) en indirecte tijd (bijvoorbeeld overleg, administratie). En hier komt groepstherapie erg gunstig uit: de door een behandelaar bestede directe tijd wordt per sessie verdeeld over de effectief aanwezige cliënten en weggeschreven naar hun respectievelijke DBC's. Dit betekent dat een instelling altijd de door de inzet van een behandelaar gemaakte kosten kan terugverdienen. Zijn er een keer slechts zes cliënten aanwezig, dan wordt de door de behandelaar aan deze sessie bestede directe tijd (bijvoorbeeld 90 minuten) verdeeld over de DBC's van deze zes aanwezige cliënten (in dit geval 15 minuten per patiënt). Hun verzekeraars betalen iets meer voor deze sessie dan voor een sessie met de voltallige groep, maar vinden dat wellicht niet zo erg. Zij kijken immers vooral naar de totale kostprijs van de DBC voor hun cliënt en die valt nog altijd beduidend lager uit dan bij een individuele behandeling. Als de cliënt hiermee eenzelfde behandelresultaat behaalt, is de zorgverzekeraar goedkoper uit. Dit is te zien in tabel 1.

Tabel 1: Vergelijking bestede directe tijd groep versus individueel, bij één therapeut

Groepstherapie	Individuele therapie
8 cliënten	8 cliënten
gezamenlijk 90 minuten	x 45 minuten
door één therapeut	door één therapeut
= 90 minuten	= 360 minuten

Links zien we de bestede directe tijd bij een sessie groepstherapie van 90 minuten, wanneer de groep wordt begeleid door één groepstherapeut. Rechts is de bestede tijd van één individuele therapeut aan acht individuele sessies weergegeven, namelijk 360 minuten. Groepsbehandeling kost dan slechts een kwart van individuele behandeling. Zelfs indien men ervoor kiest om een groep van acht cliënten te laten behandelen door twee groepstherapeuten, en voor overleg tussen deze collega's iets meer indirecte tijd in de DBC's wordt weggeschreven, is dit nog bijna de helft goedkoper dan acht cliënten individueel te behandelen (zie tabel 2).

Tabel 2: Vergelijking bestede tijd groep bij cotherapie versus individueel

Groepstherapie	Individuele therapie
8 cliënten	8 cliënten
gezamenlijk 90 minuten	x 45 minuten
door twee therapeuten	door één therapeut
+ 30 minuten extra overleg	
= 210 minuten	= 360 minuten

Bijkomende voordelen zijn dat door de inzet van twee therapeuten men kan garanderen dat een groep vrijwel altijd doorgaat, zodat er meer continuïteit in de behandeling wordt geboden (en dus mogelijk sneller resultaat wordt geboekt) dan bij een individueel traject. Cotherapie voorkomt dat behandelaars zich geïsoleerd voelen en behoedt hen voor bekende hulpverlenerskwalen zoals secundaire traumatisering en burn-out. En men biedt kwaliteit; twee zien natuurlijk meer dan één.

Met andere woorden: de keuze voor groepstherapie creëert in de DBC-systematiek een win-winsituatie. Er is winst voor de cliënt, die snel en effectief wordt geholpen. Er is winst voor de zorgverzekeraars, die een kosteneffectieve behandeling kunnen inkopen voor minder geld dan bij individuele behandelvormen. En er is winst voor de zorgaanbieders, die een rendabel aanbod in de markt kunnen zetten, met behoud van de arbeidssatisfactie van hun medewerkers.

Wat kunt u doen?

Deze boodschap over het voetlicht brengen bij alle partijen, daarmee kunt u onze vereniging en de groepstherapie in het algemeen vooruit helpen. Wij vermoeden dat iedere groepstherapeut wel iets van een spindoctor in zich heeft. Cliënten zijn zelden meteen enthousiast wanneer hun een behandeling in groepsverband wordt geadviseerd. Kandidaat-groepsleden overtuigen van het nut van groepstherapie is voor u dagelijkse kost. Waarom deze vaardigheid dan niet inzetten bij het overtuigen van uw collega's, uw manager en de zorgverzekeraar? Kortom: wij willen jou als spindoctor voor de NVGP!



Literatuur

- Binks, C.A., e.a. (2006). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. Cochrane Database Syst Rev (1). CD005652.
- Burlingame, G., MacKenzie, K. & Strauss, B. (2004) Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: Lambert, M.(ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons, 647-697.
- Daemen, M. & Dam, A. van (2005). *Behandelvisie Volwassenen Kort*. Interne adviesnota GGZ WNB.
- Daemen, M (red.) (2006). *Behandelprogramma Persoonlijkheidsproblematiek*. Eindrapport interne werkgroep GGZ WNB.
- De Crescenzo, L. (1986). *Geschiedenis van de Griekse filosofie – de presocraten*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Jonghe, F. de & Swinkels, J. (2004). *Persoonlijkheidsstoornissen: de stand van zaken*. Studiedag Benecke.
- Projectgroep DBC GGZ (2006). *De product-structuur DBC GGZ*. Retrieved 27-7-06 from: www.dbcggz.nl.
- Trijsburg, W. (2003). *Samenvatting research-aanvraag monitoring*. Retrieved 1-2-08 from: www.rvvpamsterdam.nl/lib/exe.
- Trimbos (2007). *Concept Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Retrieved 1-8-07 from: www.ggzrichtlijnen.nl.
- Verheul, R., & Brink, W. van den (1999). Persoonlijkheidsstoornissen. In: Jong, A. de, Brink, W. van den, Ormel, J. & Wiersma, D. (red.) *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 347-348.
- Verheul, R. (2004). *Niets veranderlijker dan de mens. Nieuwe inzichten in de veranderbaarheid van persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: oratiereeks Vossiuspers UVA.
- VISPD (2006). *SCEPTRE – Study on Cost-Effectiveness of Personality disorder Treatment*. Retrieved 1-8-06 from: www.vispd.nl/projects.
- Zorgverzekeraars Nederland & GGZ Nederland (2007). *In- en verkoopgids DBC GGZ 2008*. Retrieved 16-7-07 from: www.zn.nl/leeszaal/znuitgaven.