

Nieuwe beroepsziekten in de geestelijke gezondheidszorg

A. F. G. LEENTJENS

December is een maand van reflectie, terugkijken en het maken van goede voornemens. In de zorg is dat hard nodig. Marktwerking heeft zijn sporen nagelaten. Het is allang duidelijk dat ‘marktwerking’ niet alleen betrekking had op het invoeren van een nieuw financieringssysteem en het geleidelijk invoeren van concurrentie tussen instellingen. Er zijn ingrijpende veranderingen opgetreden in de bedrijfsvoering en de dynamiek op de werkvloer; veranderingen met grote gevolgen voor de professionele vrijheid en arbeidssatisfactie van de individuele clinicus. Het is dan ook niet verwonderlijk dat dergelijke veranderingen aanleiding kunnen geven tot gezondheidsklachten en ziekte. Het is dan ook verheugend om te zien dat de DSM V task force on ‘health care practice related occupational disorders’ deze klachten serieus heeft genomen en diagnostische criteria voorstelt voor twee nieuwe aandoeningen: de ‘generalized registration anxiety’ (GRA) (300.03) en ‘management associated digital fetishism’ (MADF) (302.82). Luistert u naar het volgende aangrijpende verhaal:

‘Voordat ik ’s ochtends met mijn polikliniek kan beginnen, moet ik mij twintig minuten met inlogcodes en passwords bezig houden. Ik moet inloggen in 5 verschillende computersystemen: het algemene ziekenhuisnetwerk, het patiënteninformatiesysteem, het afsprakensysteem, het DBC-registratieprogramma en het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), die uit veiligheidsoverwegingen uiteraard niet gekoppeld zijn en alle een eigen en niet te synchroniseren wachtwoord hebben. Wanneer een patiënt zich meldt, wordt deze door de receptioniste in het ‘SAP-systeem’ vriendelijk in de digitale wachtkamer gepositioneerd, waarbij uur en minuut geregistreerd worden. Wanneer ik de patiënt de spreekkamer binnenroep, moet ik niet vergeten hem of haar ook virtueel uit de wachtkamer te halen, en ook digitaal weer buiten te zetten nadat ik in het echte leven afscheid heb genomen. Uiteraard worden ook uur en minuut van deze handelingen geregistreerd. Dit gebeurt voor alle patiënten, op alle poliklinieken, voor alle behandelaars, en elke dag. Kennelijk wordt hieruit belangrijke managementinformatie afgeleid, anders zouden niet honderden behandelaars elk gemiddeld 10 maal per dag verplicht worden deze handeling uit te voeren. Voorschrijven van medicatie gebeurt via het EVS, waarbij het invoeren van een recept, gevolgd door het weggklikken van stevast dezelfde digitale waarschuwingen, tweemaal zoveel tijd in beslag neemt als het handmatig uitschrijven van een recept, en viermaal zoveel papier kost (namelijk 1 A4 per recept). Het spreekt vanzelf dat alle handelingen binnen het EVS geregistreerd en bewaard worden. Na mijn consult moet zo snel mogelijk afscheid genomen worden van de patiënt omdat ik mij niet kan permitteren dat patiëntenzorg interfereert met het nieuwe primaire proces: administreren. Immers: pas nadat de patiënt gezien is, kan het echte werk beginnen. Allereerst moet ik diagnose en verrichtingen in het DBC-systeem registreren, alsmede de tijd die ik daaraan besteed heb. Hierbij komen stevast de gewetensvragen: moet ik bij deze patiënt met een alzheimerdementie

en depressieve klachten één enkelvoudige DBC openen (ziekte van Alzheimer), en de depressie gewoon ‘ouderwets’ behandelen? Hiermee bespaar ik registratietijd; of moet ik ten koste van het patiëntcontact twee DBC’s openen (één voor de ziekte van Alzheimer en één voor depressie)? Dit betekent weliswaar meer registratietijd, maar hiermee verdubbel ik wel in één klap mijn productie zonder extra patiënten te zien. En moet ik, omdat de functiegerichte begeleiding van deze patiënt zich vooral op de echtgenote richt, deze dan ook maar als patiënte – zij lijdt aan een aanpassingsstoornis NAO – inschrijven? Weer productiewinst. Op die manier zal ik tijdens de maandelijkse ‘productiebespreking’, die sinds kort de klinische patiëntbespreking vervangt, beslist een goede beurt maken. Een ander probleem: moet ik bij een volgende patiënt met geheugenklachten zonder objectiveerbare cognitieve stoornissen, die mijns inziens wel baat zou kunnen hebben bij cognitieve therapie, ‘geen diagnose’ registreren, of toch maar liever een ‘cognitieve stoornis NAO’ omdat in de psychiatrie – anders dan in de somatische gezondheidszorg – behandeling voor klachten (V71.09) niet vergoed wordt, maar voor stoornissen (294.9) wel. Is hier geen sprake van rechtsongelijkheid van de psychiatrische patiënt?

Dergelijke gewetensconflicten kosten tegenwoordig veel tijd en energie. Er is node behoefte aan een onlinetherapie voor clinici in administratieve gewetensnood. Daarbij mag ik me gelukkig prijzen dat ons ziekenhuis nog geen elektronisch patiëntendossier heeft. Ware dit wel zo, dan zou ik tijdens mijn gesprek met de patiënt anamnese en onderzoek gelijktijdig digitaal moeten invoeren. Oogcontact, voorheen beschouwd als een eerste vereiste van de dokter-patiëntrelatie, wordt dan bijna onmogelijk – iets dat in veel huisartspraktijken overigens al bewaarheid is geworden. En dan is ons ziekenhuis tot dusverre ook een ‘routine outcome monitoring’ (ROM) bespaard gebleven: ook dat scheelt vooralsnog registratietijd. Overigens zou deze routine outcome monitoring, wanneer deze aan de DBC-registratie gekoppeld wordt, wellicht doorontwikkeld kunnen worden tot een routine ‘income’ monitoring voor het ziekenhuis.’

Een schrijnend verhaal en een typisch geval van ‘generalized registration anxiety’. Deze vertoont veel overeenkomsten met de ‘depressieve stoornis’, maar symptomen van onthechting en gelatenheid staan op de voorgrond. Het syndroom is echter niet nieuw en werd eerder beschreven in de enquête ‘Chaos in de GGZ’ van de SP in 2008, waarbij 81% van de ondervraagde werknemers aangaf dat er tijd verloren gaat aan (onnodige) verantwoording, registratie en administratie en 52% van de ondervraagden verklaarde meer dan 20% van hun werktijd kwijt te zijn aan bureaucratie (Palm e.a. 2008). Hierdoor voelt 43% zich minder verbonden met de instelling waarvoor men werkt en klaagt 35% over verminderde arbeidssatisfactie.

LITERATUUR

- Notten, R. (2009) 'De zorg lijkt op totalitarisme'; filosoof Ad Verbrugge pleit voor meer ruimte voor professionals. *Arts en Auto*, 8, 16-18.
- Palm, I., Leffers, F., van Egmond, V., e.a. (2008). *Chaos in de GGZ; een onderzoek naar marktwerking in de GGZ (tussenrapportage)*. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP.

AUTEUR

A.F.G. LEENTJENS is psychiater en verbonden aan de afdeling Psychiatrie, Maastricht Universitair Medisch Centrum.
 Correspondentieadres: dr. A.F.G. Leentjens, afdeling Psychiatrie, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.
 E-mail: a.leentjens@np.unimaas.nl.

TITLE IN ENGLISH New occupational diseases in mental health care

Wij willen hier evenwel niet focussen op de *negatieve* effecten van de ontwikkelingen; er zijn ook voordelen. De werkgelegenheid neemt toe, met name op het terrein van ICT, procesbegeleiding en management. De inmiddels exorbitante overhead die dergelijke werkgelegenheid met zich meebrengt, moet uiteraard wel door clinici worden opgebracht, die geacht worden hiervoor harder te werken. Gelukkig staat harder werken in deze context niet meteen voor 'meer patiënten zien', maar voor 'meer productie registreren'. Het DBC-systeem biedt voorsnog genoeg aanknopingspunten om productieverhoging te bewerkstelligen zonder aanpassing van zorg.

Een zwak punt blijft evenwel dat het systeem nog steeds aangegeven is op echte patiënten om zichzelf in stand te houden. Dat leidt af van het nieuwe primaire proces (administreren). Echter ook aan deze beperking komt wellicht binnenkort een einde. Met de invoering van het EPD ontstaan virtuele patiënten die virtuele behandelingen krijgen die digitaal geregistreerd en gefactureerd worden. Het ideaalbeeld van de zorg als een gesloten en zelfvoorzienend inkomengenererend systeem, zonder storende en oncontroleerbare invloeden van buitenaf, waaronder patiëntenstromen, komt naderbij.

Waar leidt dit allemaal naartoe? Filosoof Ad Verbrugge, werkzaam aan de Vrije Universiteit, waarschuwde recent voor het ontstaan van twee werkelijkheden in de zorg: één waarin professionals feitelijk iets doen, en één waarin ze registreren en verantwoorden wat ze doen (Notten 2009). De kloof tussen *werk enerzijds* en *verantwoording over werk anderzijds*, tussen dagelijks klinisch handelen en management op basis van gegevensregistratie, wordt steeds groter. Wie heeft daar baat bij? De patiënt? De behandelaar? De instelling? Verzekeraars? Willen wij dit wel? En indien dit niet zo is: waarom laten wij dit gebeuren? Wellicht is het nog niet te laat om de parlementaire enquête over 'marktwerking in de zorg' te voorkómen. December is een maand van reflectie. Prettige jaarwisseling en een gelukkig Nieuwjaar gewenst!