



instituut voor rationele therapie

praktijk voor eerstelijnspsychologie en psychotherapie

Jaarverslag 2008



Inhoudsopgave

	Pagina
INLEIDING	2
ORGANISATIE	2
Waar staan wij voor?	2
Onze historie	2
Eerstelijnspsychologische zorg en psychotherapie	3
Therapielocaties	3
De mensen van het Instituut voor Rationele Therapie	3
Financiële administratie	4
Beroepsverenigingen	4
Samenwerking met andere zorgverleners	4
PRODUCTIVITEIT IN CIJFERS	5
Totaal aantal verrichtingen	5
Gegevens van eerstelijnspsychologische behandelingen	6
KWALITEITSBELEID	12
Intakebesprekingen en intervisie	12
Routine Outcome Monitoring	12
Klanttevredenheidsonderzoek	13
Kwaliteitscontrole door de beroepsgroep	13
Klachtenprocedure en klachtafhandeling	13
Privacyreglement	13
Nascholing en deskundigheidsbevordering	13
Externe werkzaamheden	14
ONTWIKKELINGEN IN DE FINANCIERING en de gevolgen voor onze praktijk	15
De eerstelijnspsychologische zorg eindelijk in het basispakket...	15
...maar niet zonder slag of stoot	15
Ook psychotherapie in de basisverzekering	15
Na regen komt zonneschijn	16
Tarieven in 2008	16
ANDERE ONTWIKKELINGEN	16
Behandeling van kinderen	16
Verbreding van het behandelaanbod	16
PERSONELE ZAKEN	17
Arbozorg	17
Ziekteverzuim	17
VOORUITBLIK OP 2009	17

INLEIDING

2008 was een jaar van ingrijpende veranderingen in de financiering van onze zorg. De geestelijke gezondheidszorg ging over naar het nieuwe zorgstelsel en er kwam een nieuwe vergoedingsstructuur. Zowel bij de GGZ-instellingen als bij de vrijevestigde praktijken leidde dit tot grote uitvoeringsproblemen. Aangezien er in de eerste helft van het jaar nauwelijks geld binnen kwam, ontstonden er bij de meeste zorgaanbieders grote financiële problemen, zo ook bij onze praktijk. Gelukkig waren tegen het eind van het jaar de grootste problemen opgelost. Door de vele aandacht die moest uitgaan naar de administratieve en financiële problemen, was er weinig ruimte voor inhoudelijke vernieuwingen. Onze aandacht was er primair op gericht de zorg voor de cliënten zo goed mogelijk doorgang te laten vinden.

Gelukkig hebben de veranderingen in de vergoedingsstructuur ook voordelen gebracht. De eerstelijnspsychologische hulp is voor 8 sessies in het basispakket opgenomen, iets waar de eerstelijnspsychologen jarenlang voor gestreden hebben. Bij de psychotherapie is het maximum aantal sessies komen te vervallen. Hiermee zijn voor de cliënt drempels weggenomen om adequate hulp te krijgen. In dit jaarverslag kunt u van al deze ontwikkelingen kennis nemen.

ORGANISATIE

Waar staan wij voor?

Het Instituut voor Rationele Therapie biedt psychologische hulpverlening aan mensen met klachten van psychische, psychosomatische of relationele aard. Verwijzers zijn vooral huisartsen, collega-psychologen, Arbodiensten, leerlingbegeleiders en de drie ziekenhuizen in de regio. Vaak ook komen cliënten op eigen initiatief via onze website of via mond-tot-mondreclame.

Wij behandelen cliënten van jong tot oud. Wij bieden hulp bij een breed scala aan klachten en problemen, zoals angst- en stemmingsstoornissen, relatieproblemen, persoonlijkheidsproblematiek, opvoedingsvragen en arbeidsgerelateerde problematiek. Bij jonge kinderen zijn ouderbegeleiding en opvoedingsondersteuning belangrijke elementen in de behandeling. Een bijzondere doelgroep in onze praktijk vormen cliënten die te maken hebben met de gevolgen van NAH (niet aangeboren hersenletsel).

Wij hanteren het cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader. Daarbij werken wij niet alleen met Rationele Therapie, maar ook met nieuwere methoden zoals Aandachtgerichte Cognitieve Therapie (mindfulness), Schemagerichte Therapie en EMDR. Waar geïndiceerd, worden psychotherapeutische deeltechnieken van andere referentiekaders toegepast. Wij bieden individuele, partnerrelatie- en gezins-/systeemtherapie. Wij bieden hulp tijdens kantooruren en op enkele avonden. Wij hebben geen crisisfunctie.

Onze historie

Onze praktijk is voortgekomen uit de Stichting Instituut voor Rationele Therapie. Deze stichting is in 1976 in Nijmegen opgericht met als doel het verspreiden van het gedachtegoed van de Rationeel Emotieve Therapie, een van de eerste vormen van cognitieve therapie. Na verloop van jaren werd de praktijk een zelfstandige maatschap en verzorgde de Stichting opleidingen in Gedragstherapie en Rationele Therapie op postdoctoraal en hbo-niveau. In 2007 heeft de Stichting al haar activiteiten beëindigd, aangezien zij van mening was dat zij haar doelstelling had bereikt. Sindsdien is de praktijk zelfstandig doorgegaan onder de naam Instituut voor Rationele Therapie.

Eerstelijnspsychologische zorg en psychotherapie

Het Instituut voor Rationele Therapie is een praktijk voor zowel eerstelijnspsychologische zorg als psychotherapie. Eerstelijnspsychologische zorg houdt in: kortdurende, klachtgerichte hulp, gericht op herstel van het evenwicht in psychisch en sociaal functioneren in leef-, woon- en werksituatie. De werkwijze is generalistisch, laagdrempelig en er is een korte wachttijd. Psychotherapie is vaak langduriger en, naast het reduceren van de klachten, gericht op diepgaander veranderingen in het persoonlijk functioneren. Voor psychotherapie bestond en bestaat in onze praktijk een wachttijd van enkele maanden. Sinds 1 januari 2008 zijn zowel de eerstelijnspsychologische zorg als de psychotherapie opgenomen in het basispakket. (Zie Ontwikkelingen in de financiering.)

In de intakebespreking wordt vastgesteld of er een indicatie voor eerstelijnspsychologische zorg dan wel voor psychotherapie is. Soms wordt een aantal eerstelijns gesprekken gevoerd ter overbrugging van de wachttijd of ter voorbereiding voor psychotherapie. Overigens is het onderscheid tussen eerstelijnspsychologische zorg en psychotherapie niet altijd scherp te maken, temeer daar wij ook voor de psychotherapie streven naar zo kort en efficiënt mogelijk behandelen.

Therapielocaties

De meeste behandelingen vinden plaats op onze hoofdlocatie in het centrum van Nijmegen, Fransestraat 83. Daarnaast zijn er nevenvestigingen in Bergen (L) en Beek / Ubbergen. Op woensdagen houdt Marianne van Grunsven spreekuur in Servicecomplex Maasduinen Staete, Nieuw-Bergen (L). De jarenlange samenwerking met de Bergense huisartsen verloopt nog altijd plezierig en blijkens de vele aanmeldingen verziet ons aanbod nog steeds in een behoefte. De locatie is goed herkenbaar en bereikbaar voor de bevolking uit de regio. Daarnaast vinden er behandelingen plaats in Kinderpraktijk Beek, P.C. Hooftstraat 6. Désirée Jacobs houdt hier spreekuur op woensdagochtend en vrijdagmiddag, Sabine Gobardhan op woensdagmiddag. Deze praktijkruimte heeft een spelkamer en is daarom bij uitstek geschikt voor de behandeling van kinderen.

De mensen van het Instituut voor Rationele therapie

Al sinds 1994 zijn de praktijkhouders:

- **Désirée Jacobs**, orthopedagoog, psychotherapeut en GZ-psycholoog BIG, belangstellend lid VGCT. Zij heeft op maandag, dinsdag en donderdag spreekuur in onze praktijk in Nijmegen en op woensdagochtend en vrijdagmiddag in Beek / Ubbergen. Désirée beheert de financiële administratie van de praktijk
- **Marianne van Grunsven**, eerstelijnspsycholoog NIP, psychotherapeut en klinisch psycholoog BIG, supervisor VGCT. Marianne houdt op woensdag spreekuur in Bergen (L) en op vrijdag in Nijmegen. Marianne heeft de zorg voor personeelszaken en het jaarverslag van de praktijk.

Het gehele verslagjaar waren in onze praktijk de volgende behandelaars werkzaam

- **Mieke de Boer**, GZ-psycholoog BIG, eerstelijnspsycholoog NIP, cognitief gedragstherapeut VGCT. Zij is werkzaam van dinsdag t/m vrijdag.
- **Lucianne Le Coultre**, GZ-psycholoog BIG, eerstelijnspsycholoog NIP, belangstellend lid VGCT. Zij werkt op woensdagen als zelfstandig gevestigde in onze praktijk.
- **Katoesjka Spronk-Heideman**, orthopedagoog, GZ-psycholoog BIG, eerstelijnspsycholoog NIP en cognitief gedragstherapeut VGCT. Zij is werkzaam op dinsdag en vrijdag.
- **Alexandra Sillen**, psychotherapeut en klinisch psycholoog BIG, cognitief gedragstherapeut VGCT en seksuoloog. Zij is zelfstandig gevestigd in onze praktijk en houdt spreekuur op woensdag en donderdag.

- Daarnaast was **Marit Peters**, MSc voor een beperkt aantal uren per week bij ons werkzaam als basispsycholoog in een tijdelijk dienstverband. Zij heeft inmiddels een functie elders aanvaard.

In de loop van 2008 zijn part-time in dienst gekomen:

- **Brechje Schampers**, GZ-psycholoog BIG, eerstelijnspsycholoog NIP.
- **Sabine Ghobardhan**, orthopedagoog, lid NVO. Zij behandelt op woensdagmiddag kinderen en jongeren op de locatie Beek.

De secretariaatsfunctie wordt vervuld door:

- **Mária Beuving-Jónás**. Zij is 3 dagen per week werkzaam in onze praktijk. Zij is tevens onze bedrijfshulpverlener.

Algemeen medewerkster:

- **Anne Bierenbroodspot** is in een dienstverband van 3 uur per week werkzaam als interieurverzorgster en verricht tevens vervangende secretariële werkzaamheden en testassistentie.

In het verslagjaar hadden we twee stagiairs:

- een studente aan de hbo-opleiding psychologie in Deventer, **Lisa van Beelen**, liep van september 2007 tot voorjaar 2008 stage in onze praktijk. Het betrof een gedeelde stageplek met Kinderpraktijk Beek.
- **Daphne van Vulpen**, studente aan de universitaire psychologieopleiding in Nijmegen, begon in augustus 2008 aan haar stage.

Financiële administratie

Al sinds 2002 werken wij samen met Vermunt Administratieve Dienstverlening. Petra Vermunt verrichtte ook in 2008 grotendeels de facturering en boekhouding voor onze praktijk, onder supervisie van Désirée Jacobs. Op vrijwillige basis werd daarbij ondersteuning verleend door Rick van Viersen. Zie verder onder "Ontwikkelingen in de financiering".

Beroepsverenigingen

De behandelaars van onze praktijk zijn bij de volgende beroepsverenigingen aangesloten:

- NIP (Nederlands Instituut van Psychologen): M. van Grunsven, M. de Boer, L. Le Coultre, A. Sillen
- NVVP (Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten): D. Jacobs
- LVE (Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen): M. van Grunsven, M. de Boer, L. Le Coultre; K. Spronk
- VGCT (Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie): alle vaste behandelaars
- NVP (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie): M. van Grunsven
- NVN (Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie): M. van Grunsven.
- Vereniging EMDR: M. van Grunsven

Samenwerking met andere zorgverleners

Met huisarts Franssen, onze buurman in de Fransestraat, en de huisartsenpraktijk in Nieuw Bergen, hebben we een geregelde samenwerking. Daarnaast worden er al een aantal jaren frequent cliënten verwezen door de St. Maartenskliniek, m.n. vanuit het ACHN (Ambulant Centrum Hersenletsel Nijmegen). In februari 2008 heeft een psycholoog van het ACHN, Joris van Neijenhof, een werkbezoek gebracht aan onze praktijk en bijscholing gegeven over NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel). In oktober daarop heeft onze praktijk een tegenbezoek

gebracht aan het ACHN. Marianne van Grunsven maakt deel uit van het in 2005 opgerichte netwerk NAH Nijmegen.

Lucianne le Coultre participeert in het netwerk chronische pijn van het UMC St. Radboud. Op uitnodiging van Katoesjka Spronk heeft Mw. Fokje Verweij, psychiater en gespecialiseerd in pervasieve ontwikkelingsstoornissen (autisme), een werkbezoek gebracht aan onze praktijk.

Désirée Jacobs participeert in de regionale beroepsvereniging van de psychotherapeuten, de RVVP, en het kindertherapeutenoverleg. Katoesjka, Marianne en Mieke, nemen geregeld deel aan de regionale bijeenkomsten van eerstelijnspsychologen.

PRODUCTIVITEIT IN CIJFERS

Totaal aantal verrichtingen

Door de veranderingen in de vergoedingenstructuur kunnen de gegevens van 2008 niet zonder meer worden vergeleken met die van voorgaande jaren. De psychotherapie is in 2008 geregistreerd in DBC's. Hierbij worden niet alleen de directe cliëntcontacten geteld, zoals in de AWBZ-regeling het geval was, maar ook andere verrichtingen zoals het schrijven van een afsluitende brief of een overleg met derden. Om toch een vergelijking mogelijk te maken, hebben we een schatting gemaakt van het aantal psychotherapieconsulten, door per afgesloten psychotherapie in 2008 één consult af te trekken i.v.m. verslaglegging.

Zoals blijkt uit onderstaande tabel is het totale aantal consulten, dus eerstelijns-psychologische zorg en psychotherapie samen, vergeleken met de voorafgaande jaren weer toegenomen. Er waren meer psychotherapieconsulten (voorheen AWBZ) dan het jaar daarvoor en ook het aantal intakes nam toe. Het aantal eerstelijnspsychologische consulten was iets lager. Te verwachten was dat ten gevolge van de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket het aantal eerstelijnspsychologische behandelingen juist zou toenemen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verwijzers vaak voor onze praktijk kiezen juist omdat wij ook psychotherapie kunnen bieden, in tegenstelling tot de meeste andere eerstelijns praktijken. Hierdoor is er in onze praktijk een grote vraag naar psychotherapie, waardoor de psychotherapeuten nog slechts incidenteel eerstelijnspsychologische behandelingen uitvoeren. De wachtlijst voor psychotherapie bleef ca. 3 à 4 maanden.

In 2008 is één assertiviteitstraining in onze praktijk verzorgd door Katoesjka Spronk en Marit Peters.

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999
totaal aantal consulten *	**3311 schatting	3119	3060	2845	2923	2908	2814	2943	2779	2369
aantal intakes	285	263	235	219	214	195	190	191	196	114
aantal AWBZ / psychotherapie	**1485 schatting	1250	1194	1220	1150	1102	964	925	665	822
aantal uren training #	20	40	40	20	20	0	0	0	40	40

* alle declarabele verrichtingen inclusief intakes en trainingen, directe cliëntcontacten.

** het aantal DBC-verrichtingen is hiervoor verminderd met 1 sessie per afgesloten psychotherapie i.v.m. verslaglegging; zie bovenstaande tekst.

uitgedrukt in declarabele uren

	2008	2007
aantal intakes	285	263
aantal eerstelijns consulten	1826	1869
aantal psychother. verrichtingen +	1629	
aantal afgesloten DBC's	87	
• initiële DBC's	66	
• vervolg-DBC's	21	
aantal uren training #	20	40

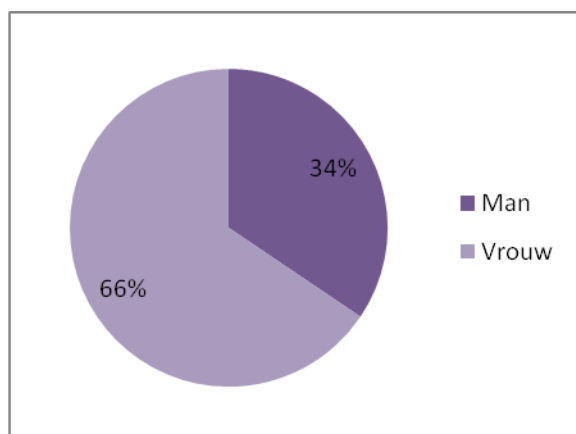
+ alle declarabele verrichtingen inclusief intakes en trainingen, *bij DBC's ook indirecte tijd*
uitgedrukt in declarabele uren

Gegevens van eerstelijnspsychologische behandelingen

Voor het zevende achtereenvolgende jaar werden de eerstelijnspsychologische behandelingen in onze praktijk geregistreerd volgens het codeboek van de LVE. Het betreft uitsluitend de eerstelijnspsychologische behandelingen, d.w.z. consulten die als zodanig zijn gedeclareerd. Psychotherapieën (DBC's) vallen buiten deze gegevens. Behandelingen die als eerstelijnspsychologische zorg zijn begonnen en voortgezet zijn als psychotherapie - al dan niet bij dezelfde behandelaar - werden als verwijzing gecodeerd. In dat geval zijn uitsluitend de eerstelijnsessies meegeteld.

De gegevens hebben betrekking op 209 cliënten met wie het contact in 2008 is afgesloten. De gegevens over 2007 hadden betrekking op 266 cliënten; die van 2006 op 203 cliënten. Er lijkt sprake te zijn geweest van een tijdelijke toename van aanmeldingen in 2006 samenhangend met het feit dat cliënten in dat jaar bij aanmelding vaak konden overstappen naar een andere zorgverzekeraar of zich konden bijverzekeren. Veel van deze behandelingen zijn in 2007 afgesloten en in dat jaar geregistreerd.

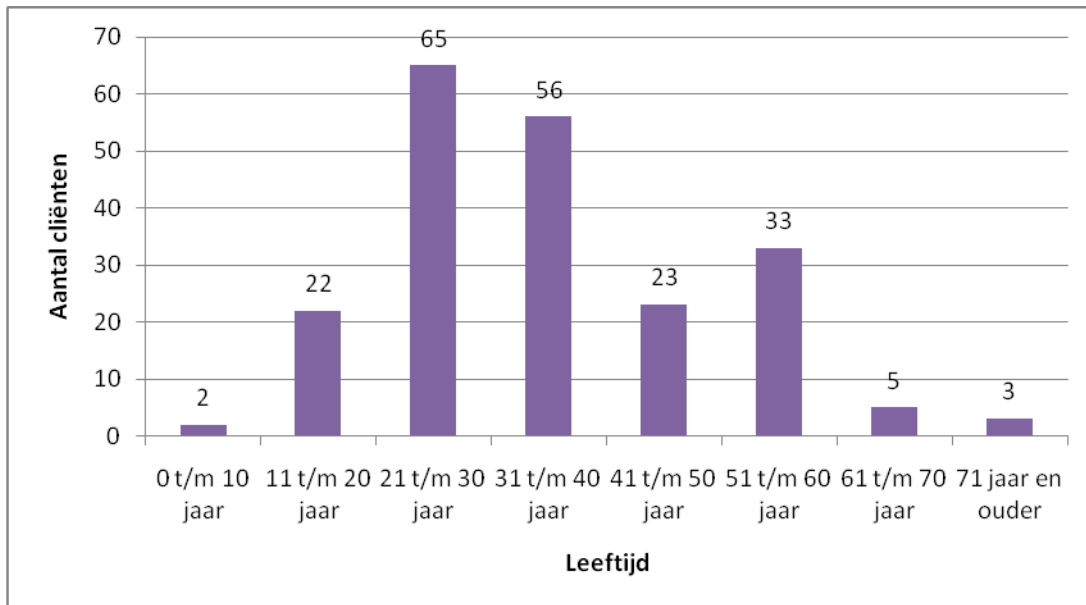
Figuur 1 laat zien dat de vrouwelijke cliënten, zoals elk jaar, ruim in de meerderheid waren.



Figuur 1 Man-vrouwverdeling onder eerstelijns cliënten

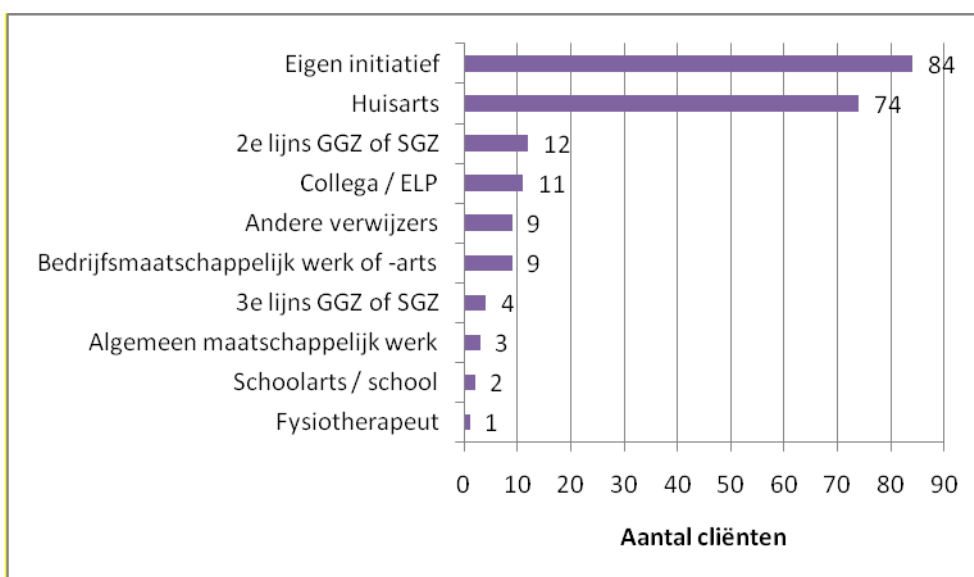
De leeftijdsopbouw van onze eerstelijnscliënten wordt weergegeven in figuur 2. Evenals in voorgaande jaren was het grootste deel van de cliënten die zich aanmeldden (81 %), tussen de 20 en 60 jaar oud. Evenals vorig jaar ligt de piek bij de jong volwassenen. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat Nijmegen een studentenstad is. Het aantal jongeren tussen 10 en 20 jaar lijkt zich, na een stijging in de afgelopen jaren, te stabiliseren (in 2005: 10, in

2006: 18, in 2007: 26 en in 2008: 22). Behandelingen van jonge kinderen en hun ouders worden in onze praktijk meestal als psychotherapie gedeclareerd en zijn daardoor niet terug te vinden in deze grafieken.



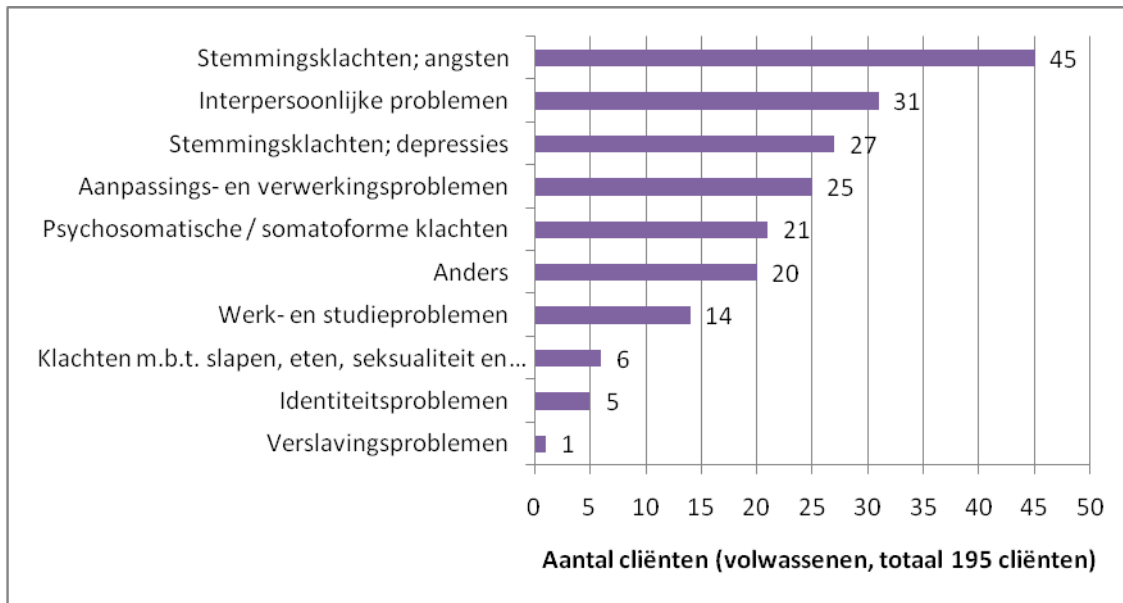
Figuur 2 Leeftijdsverdeling van eerstelijnscliënten

In figuur 3 is te zien dat de meeste cliënten (40 %) op eigen initiatief kwamen. Dat wil zeggen dat de hulpvraag uit henzelf kwam, ook al brachten ze een verwijfskaart van hun huisarts mee. In voorgaande jaren (met uitzondering van 2007) was er al een trend te zien dat cliënten zich vaker op eigen initiatief aanmeldden en minder vaak op voorstel van de huisarts. In 2008 werd 36 % van de cliënten door de huisarts verwezen en 40 % door huisarts en bedrijfsarts samen. Landelijk kwam 63 % van de cliënten op initiatief van huis- of bedrijfsarts en 28 % op eigen initiatief (Jaarbericht LVE 2008). Daarnaast kwam bij ons 20 % van de cliënten via andere verwijzers dan huis- of bedrijfsartsen, tegen 10 % landelijk. Wij vermoeden dat dit te maken heeft te maken met de naamsbekendheid van ons instituut en onze goede samenwerkingcontacten in de regio.

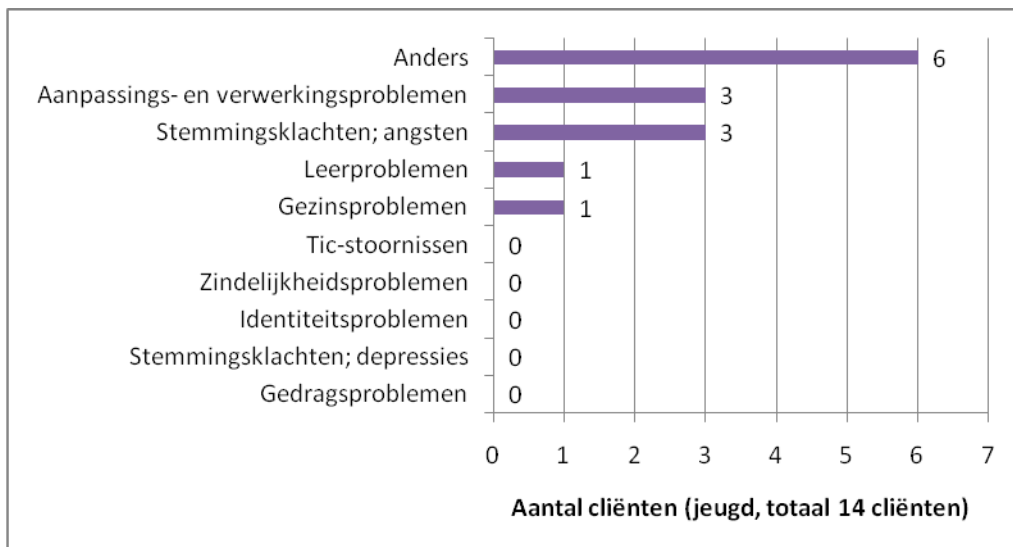


Figuur 3 Initiatief hulpvraag

Figuur 4a geeft een overzicht van de belangrijkste aanmeldingsklachten bij de volwassenen. Evenals afgelopen jaren vormden angst- en depressieve klachten, interpersoonlijke problemen en aanpassings- en verwerkingsproblemen het vaakst de reden om hulp te zoeken, zij het dat de rangorde van deze klachten per jaar varieerde. De somatoforme stoornissen staan in het verslagjaar op de 5^e plaats, het jaar daarvoor op de 6^e. Al met al lijken over de jaren heen de klachten waarvoor cliënten hulp zoeken, vrij constant.



Figuur 4a Wat was de belangrijkste aanmeldingsklacht bij volwassenen?

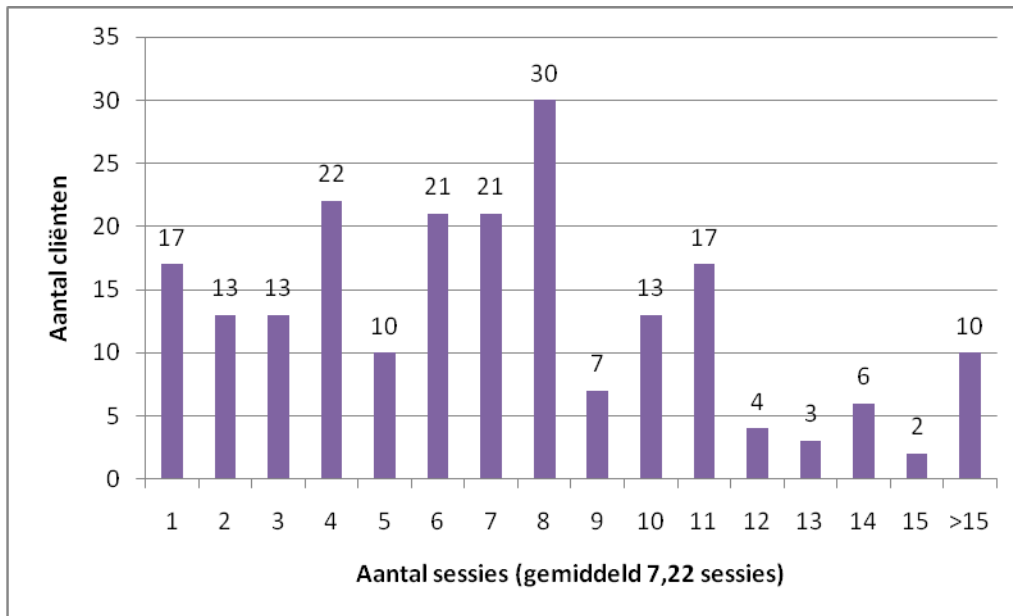


Figuur 4b Wat was de belangrijkste aanmeldingsklacht bij de jeugd?

De aanmeldingsklachten van de 14 behandelde kinderen en jongeren zijn afzonderlijk weergegeven in figuur 4b. Angstklachten en aanpassings- en verwerkingsproblemen zijn ook bij de jeugd vaak reden voor aanmelding. Opmerkelijk is dat in het verslagjaar de depressieve klachten als reden van aanmelding ontbreken, terwijl dit in het voorgaande jaar de voornaamste aanmeldingsklacht was. Door de kleine aantallen is vergelijking met voorgaande jaren niet goed mogelijk. Moeilijk te interpreteren is de restgroep “anders”, die in

2007 als reden voor aanmelding op de tweede plaats kwam en dit verslagjaar zelfs de voornaamste reden voor aanmelding was.

De gemiddelde wachttijd was in 2008 beduidend langer dan in het voorgaande jaar, nl. 28 dagen tegen 18 dagen in 2007. Ook landelijk was er sprake van een oplopende wachttijd. Dit is een direct gevolg van het onderbrengen van de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket en van een capaciteitstekort. Wij streven ernaar onze cliënten zo goed mogelijk te informeren over de wachttijd en wijzen hen zo mogelijk op alternatieven. Echter, ook bij collega's bestaan vaak wachtlijsten. Bovendien kiezen cliënten vaak bewust voor behandeling in onze praktijk. Komende tijd blijft de wachttijd voor onze praktijk een belangrijk aandachtspunt.



Figuur 5 Aantal eerstelijns sessies per cliënt in 2008

Figuur 5 geeft de verdeling van het aantal sessies per cliënt weer. Cliënten krijgen sinds 2008 maximaal 8 sessies vergoed. Vrijwel alle aanvullende verzekeringen vergoeden nog eens vier extra zittingen. Uit de bovenstaande grafiek blijkt dat ongeveer 70 % van de behandelingen na 8 sessies of minder werd afgerond en ongeveer 90 % na 12 sessies. Ook uit de landelijke gegevens komt naar voren dat ongeveer 90 % van de eerstelijnscliënten in maximaal 12 sessies geholpen kan worden. De LVE blijft dan ook pleiten voor 12 in plaats van 8 sessies in de basisverzekering (Jaarbericht LVE 2008).

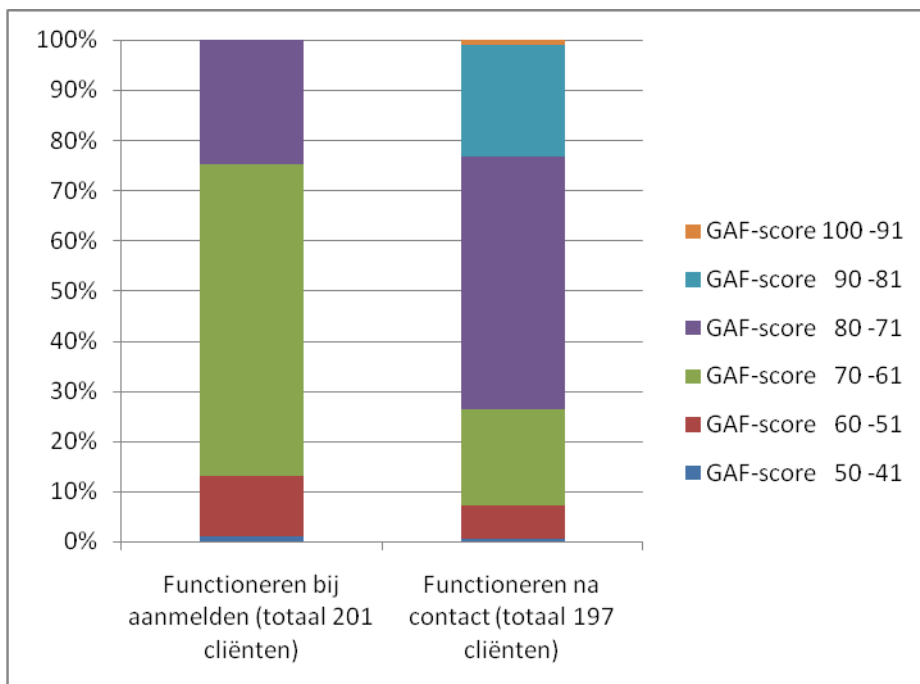
Het gemiddelde aantal sessies bedroeg in 2008 7,2, hetgeen weinig afwijkt van de gemiddelden in de twee voorgaande jaren. Landelijk is er een dalende tendens te zien van 7,2 sessies in 2006 tot 6,7 sessies in 2008. Dit wordt toegeschreven aan een toename van het aantal mensen dat alleen een intake- of één adviesgesprek heeft. Worden deze cliënten niet meegeteld, dan is landelijk het gemiddelde 7,1 sessies. In onze praktijk is van een duidelijke toename van cliënten met slechts één consult de afgelopen jaren geen sprake geweest.

De gemiddelde behandelduur was 19 weken. Dit komt overeen met het landelijk gemiddelde van de afgelopen jaren.

De vraag waar het allemaal om draait is natuurlijk: hoe effectief was de behandeling? In het LVE-codeboek is vooralsnog geen echte effectmaat opgenomen. Wel kon het niveau van functioneren van de cliënt bij aanvang en afsluiting worden beoordeeld volgens het psychiatrische classificatiesysteem DSM IV met de zogenaamde GAF-score (Global Assessment of Functioning). Deze geeft aan hoe goed iemand functioneert wat betreft

klachten, probleemgedrag, werk, sociale contacten enz. Hoe hoger de score, des te beter iemand functioneert.

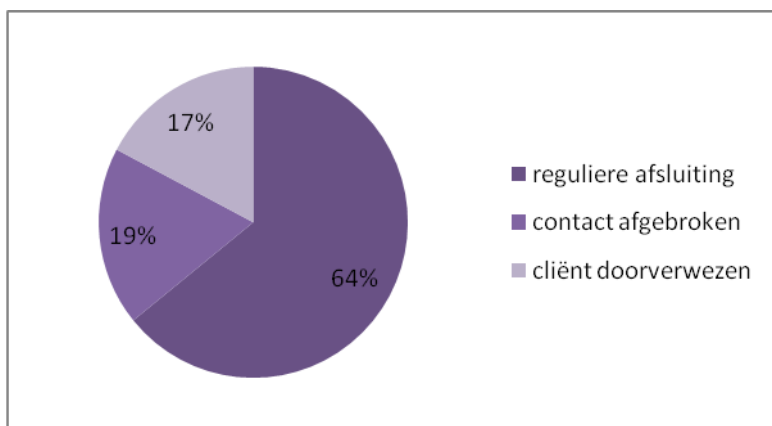
In figuur 6 is weergegeven hoe het algemene functioneren van de cliënten bij aanmelding en afsluiting is beoordeeld. In de grafiek is te zien dat GAF-scores beneden de 50 een uitzondering vormen in onze praktijk. Cliënten met een dergelijke lage score hebben in het algemeen een te zware problematiek voor eerstelijnspsychologische zorg en zullen meestal – terecht - naar elders worden verwezen. Bij vergelijking van de twee kolommen in de grafiek is een verschuiving te zien in de richting van de hogere GAF-scores. Het percentage goed functionerende cliënten (GAF hoger dan 80) neemt na behandeling toe van 0 tot ruim 23 %. Het percentage redelijk tot goed functionerende cliënten (GAF-score hoger dan 70) neemt na behandeling toe van 25 % tot 69 %. Hierbij moet worden opgemerkt dat een behoorlijk aantal van de cliënten met zwaardere problematiek bij ons meteen na de intake of na een eerstelijnsbehandeling nog verder gaat met psychotherapie en dus nog verder zal verbeteren.



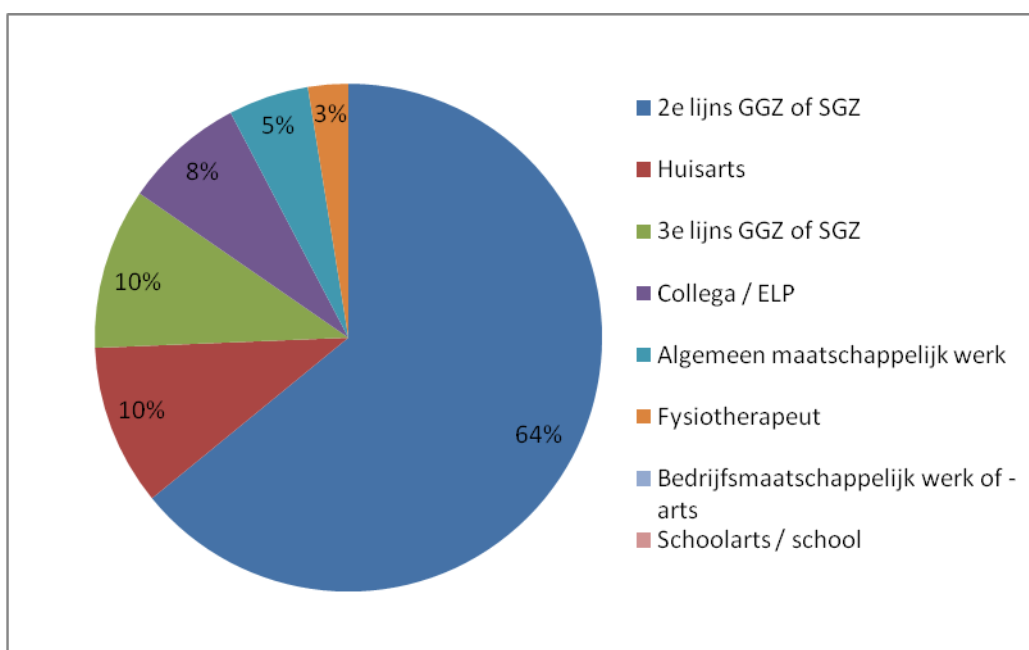
Figuur 6 Niveau van functioneren bij aanvang en afsluiting

- Totaal aantal cliënten was 209.
- Bij aanmelding is de GAF niet gescoord bij 8 cliënten.
- Bij afsluiting is de GAF niet gescoord bij 12 cliënten.

Tot slot nog enkele gegevens over de beëindiging van de behandeling en doorverwijzing. Figuur 7 laat zien dat 64 % van de eerstelijnsbehandelingen een “reguliere afsluiting” kende, dat wil zeggen dat er behandeling had plaatsgevonden en dat therapeut en cliënt het eens waren over de beëindiging van het contact. In 2007 was dit 52 %. Daarnaast werd 17 % van de cliënten doorverwezen (in 2007: 26 %). Landelijk lag het percentage verwijzingen lager, nl. 12 % (Jaarbericht LVE 2008). Dit heeft vermoedelijk te maken met het feit dat wij een gecombineerde eerstelijns- en psychotherapiepraktijk zijn. Huisartsen verwijzen naar ons niet specifiek voor kortdurende psychologische hulp. De meeste verwijzingen waren “interne” doorverwijzingen naar een psychotherapeut binnen onze eigen praktijk, na uitsluitend een intakegesprek, na enkele gesprekken ter overbrugging van de wachttijd voor psychotherapie of als een eerstelijnspsychologische behandeling niet toereikend bleek. 19 % van de behandelingen werd voortijdig afgebroken. In 2007 was dit 22 %. Hierin is geen duidelijke trend te ontdekken.



Figuur 7 Wijze van beëindiging contact

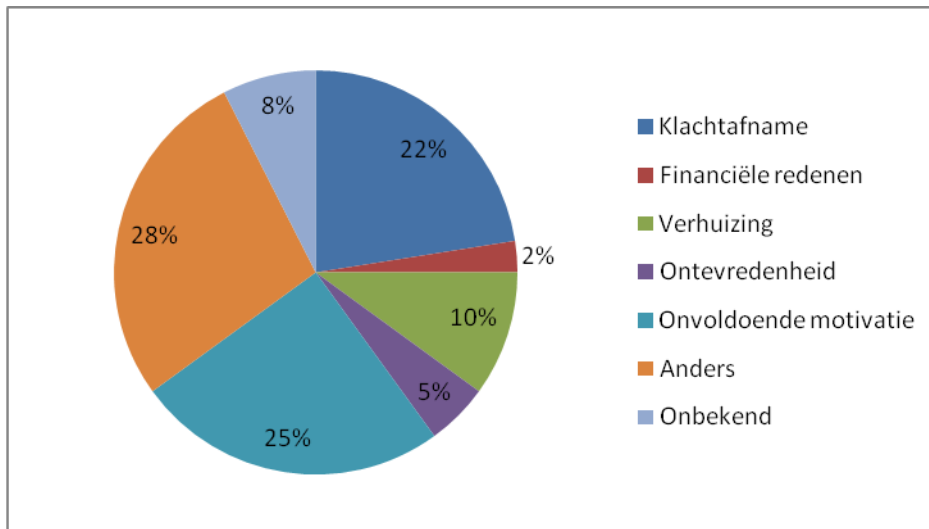


Figuur 8 Waar werd de cliënt naartoe doorverwezen? (39 van 209 cliënten, bijna 19 %)

In figuur 8 wordt weergegeven waar cliënten naartoe werden doorverwezen. Zoals vermeld was dit in een groot aantal gevallen naar een psychotherapeut binnen onze eigen praktijk, die valt onder de tweedelijns GGZ. Af en toe verwijzen wij ook naar een vrijgevestigd groepspsychotherapeut, die eveneens onder de tweedelijns GGZ valt. Verder werd enkele malen verwezen naar de gespecialiseerde, derdelijns GGZ of de somatische gezondheidszorg (bijv. het Ambulant Centrum Hersenletsel Nijmegen). incidenteel vond verwijzing plaats binnen de eerste lijn naar het algemeen maatschappelijk werk en de fysiotherapeut en waren er enkele terugverwijzingen naar de huisarts.

De reden van afbreken worden weergegeven in figuur 9. Onvoldoende motivatie was in 25 % van de gevallen de reden van afbreken. Bij 22 % was dit klachtafname: de cliënt stelde kennelijk minder hoge eisen aan het te bereiken resultaat dan de therapeut. In slechts 2 % van de gevallen vormden de kosten een belemmering om door te gaan. In 2007 was dit nog 11 %. Deze afname hangt ongetwijfeld samen met de opname van de eerstelijns-psychologische zorg in het basispakket.

In 8 % van de gevallen was de reden van afbreken niet bekend. Er blijven helaas altijd cliënten die zonder bericht wegblijven en ook niet meer reageren op een briefje van ons. Gelukkig kwam dit in het verslagjaar aanmerkelijk minder voor dan de jaren daarvoor (in 2007 21 %, in 2006 22 %, in 2005 19 %). Een verklaring hiervoor is op dit moment niet te vinden. Uiteraard hopen we dat deze gunstige ontwikkeling zich komende jaren zal voortzetten.



Figuur 9 Reden afbreken contact / behandeling (40 van 209 cliënten, 19 %)

KWALITEITSBELEID

Intakebesprekingen en intervisie

Tijdens de wekelijkse intakebesprekingen op vrijdagochtend worden de nieuwe cliënten besproken aan de hand van het door de intaker opgestelde intakeverslag, waarna een voorlopige indicatie wordt gesteld en een behandelaar wordt toegewezen. Ook problemen die zich in de loop van een behandeling voordoen en eventuele wijzigingen in indicatiestelling (bijv. van eerstelijnspsychologische zorg naar psychotherapie) kunnen tijdens deze vergadering aan de orde komen. Zo nodig wordt ook tussentijds overlegd. Daarnaast worden maandelijkse intervisiebijeenkomsten gehouden waarin problemen in een behandeling besproken worden. Tevens kan tijdens de intervisies literatuur worden ingebracht of verslag gedaan van een cursus of studiedag.

Routine Outcome Monitoring

Uit onderzoek blijkt dat cliënten sneller vooruitgaan als het verloop van hun klachten gedurende de behandeling nauwkeurig wordt gevolgd. Deze "outcome monitoring" staat momenteel ook bij de zorgverzekeraars sterk in de belangstelling. In onze praktijk is hiernaar al in 2002 - 2003 onderzoek gedaan door Tore Donners onder supervisie van Prof.dr. R.W. Trijsburg. Het instrument dat werd gebruikt om het klachtniveau en de mate van tevredenheid over het eigen sociaal en maatschappelijk functioneren te meten, was de OQ-45 (Outcome Questionnaire, 45 vragen). In 2007 heeft Lisa van Beelen, hbo-studente psychologie, in onze praktijk een implementatieonderzoek verricht. Dit heeft ertoe geleid dat nu in onze praktijk bij alle cliënten de afname van de OQ-45 standaard onderdeel van de behandeling uitmaakt. Het blijkt dat meeste cliënten hieraan zonder problemen meewerken en er ook het nut van inzien. Voor de therapeut is het prettig om steeds te weten hoe het met de cliënt gaat en de behandeling zo nodig te kunnen bijsturen.

Klanttevredenheidsonderzoek

In 2007 is de klanttevredenheidsvragenlijst van de LVE steekproefsgewijze afgenomen, met als resultaat een gemiddeld rapportcijfer van 7,9. Het voornemen om de vragenlijst in 2008 structureel af te nemen is door andere prioriteiten niet gerealiseerd. De ervaring heeft inmiddels al wel geleerd, dat behandelingen vaak telefonisch worden afgesloten en dat de naar de cliënt opgestuurde vragenlijst lang niet altijd ingevuld terugkomt. Niettemin blijft het streven voor de komende jaren het klanttevredenheidsonderzoek structureel uit te voeren. Ook de zorgverzekeraars gaan dit meer en meer van ons verlangen.

Kwaliteitscontrole door de beroepsgroep

In 2007 heeft onze praktijk, in de persoon van Désirée Jacobs, meegedaan aan een visitatietraject van de beroepsvereniging van psychotherapeuten (NVVP). Deze procedure houdt in dat de psychotherapeut samen met collega's uit de regio alle kwaliteitskenmerken van de praktijk op een gestructureerde wijze tegen het licht houdt. Er wordt ook een verbeterplan opgesteld. Het verslag daarvan wordt op de "visitatiedag" met twee onafhankelijke visitateurs besproken. Wanneer de betreffende therapeut aan de kwaliteitseisen voldoet, krijgt zijn of haar praktijk daarvan een testimonium, dus een kwaliteitslabel. Onze praktijk heeft dit kwaliteitslabel ontvangen. In 2008 is Désirée zelf als visiteur voor de NVVP opgetreden bij de kwaliteitstoetsing van andere praktijken.

Klachtenprocedure en klachtafhandeling

Onze klachtenprocedure hangt op het mededelingenbord in de wachtruimte van onze praktijk; in Bergen en Beek-Ubbergen is hij ter inzage in de informatiemap van de praktijk. De cliëntenfolders van de LVE (voor de eerstelijnspsychologische zorg) en de NVVP (voor de psychotherapie) zijn eraan toegevoegd, zodat cliënten zich optimaal kunnen informeren over hun rechten en mogelijkheden. Voor de eerstelijnspsychologische behandelingen sluiten wij aan bij de klachtenprocedure die in 2005 door de LVE in werking is gesteld. Onze medewerkers nemen eventuele klachten altijd zeer serieus en trachten deze in goed overleg met de cliënt op te lossen. In 2008 zijn geen klachten bij de praktijkhouders ingediend.

Privacyreglement

In 2005 is een privacyreglement opgesteld. Actuele informatie over de wijze waarop wij met uw privacy omgaan, hangt op het mededelingenbord in de hal; in Bergen en Beek-Ubbergen is deze te vinden in de informatiemap van de praktijk. Onze praktijk is aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

Nascholing en deskundigheidsbevordering

Het is voor ons vanzelfsprekend om ons vak bij te houden en ons beroepsmatig te blijven ontwikkelen. Dit wordt ook in toenemende mate geëist voor herregistratie. Hieronder volgt een overzicht van onze activiteiten op dit gebied:

Désirée Jacobs:

- Externe intervisie, maandelijks
- Najaarscongres VGCT 2008, 2 dagen

Marianne van Grunsven:

- Voorjaarsconferentie VGCT 2008, 2 dagen
- 3^e Nederlandse EMDR-congres, 1 dag

- Najaarscongres VGCT 2008, 2 dagen
- Workshop stabilisatie “De Drie Testen”, 1 dag
- Driedaagse training PCL-R, een instrument om mate van psychopathie te beoordelen (t.b.v. het werk in de Pompekliniek)
- Kairos Symposium huiselijk geweld

Lucianne Le Coultré:

- Nascholing chronische pijn, 3 uur
- Supervisie EMDR (Peter Baldé), 5 uur
- Terugkomdag IKO (Integraal Kankercentrum Oost): de psycholoog als behandelaar bij kanker, 3 uur
- Workshop Scott Miller: Effectiviteit van therapie
- Cursus Wereldpraktijk, 2 dagen
- Cursus Mindfulness, 2 dagen

Mieke de Boer:

- Symposium LVE “Ondernemen in de eerste lijn”
- Symposium Acceptance and commitment Therapy, GGNet Apeldoorn, 2 dagen
- Mindfulness Netwerkdag, Nijmegen
- Najaarscongres VGCT 2008, 2 dagen

Brechje Schampers (in het kader van de GZ-opleiding, RINO Utrecht):

- Groepstherapie, 18 uur
- Partnerrelatietherapie, 42 uur
- Neuropsychologische diagnostiek, 18 uur
- Medische psychologie, 12 uur
- supervisie

Brechje heeft in 2008 de GZ-opleiding in 2008 afgerond.

Katoesjka Spronk

- Najaarscongres VGCT 2008, 1 dag
- Conferentie “Marktplaats GGZ: Concurrentie? Samenwerking! Het wordt druk in de eerste lijn”, FAST-eerstelijns
- Psychologische interventies voor oncologische en palliatieve patiënten, 5 dagen in 2008, IKO (Integraal Kankercentrum Oost)

Alexandra Sillen:

- Studiedag Ned. Vereniging voor Seksuologie
- Masterclass seksuologie RINO Zuid, 2 dagen
- Najaarscongres VGCT, 2 dagen

Externe werkzaamheden

Désirée Jacobs:

- Kinderpraktijk Beek
- Visitator van collega-psychotherapiepraktijken (kwaliteitsbewaking NVVP)

Marianne van Grunsven:

- Behandelcoördinator bij de Pompestichting

Lucianne Le Coultré:

- Zelfstandig gevestigd als eerstelijnspsycholoog in Velp / Arnhem
- Vertegenwoordiger van stad Arnhem in de regionale afdeling van de LVE
- Lid van commissies voor samenwerking en communicatie binnen Gezondheidscentrum Velperweg te Arnhem
- Lid adviesraad van de regionale ondersteuningsstructuur Caransscoop.

Alexandra Sillen

- Werkzaam als seksuoloog in het CWZ

Brechje Schampers

- Werkzaam bij De Gelderse Roos op de deeltijdbehandeling voor mensen met angstklachten.

ONTWIKKELINGEN IN DE FINANCIERING en de gevolgen voor onze praktijk

De eerstelijnspsychologische zorg eindelijk in het basispakket ...

Eerstelijnspsychologische behandeling werd in voorgaande jaren alleen vanuit aanvullende verzekeringspakketten vergoed. Aangezien niet iedereen aanvullend verzekerd was of het juiste pakket had, waren er voor het verkrijgen van eerstelijnspsychologische zorg vaak financiële belemmeringen. Per 1 januari 2008, met de overgang van de GGZ naar het nieuwe zorgstelsel, kwam eindelijk een einde aan deze onwenselijke situatie. Voortaan worden 8 sessies eerstelijnspsychologische zorg vanuit de basisverzekering vergoed, met een eigen bijdrage van € 10,00 per sessie. Daarnaast kunnen cliënten, afhankelijk van hun aanvullende verzekeringspakket, eventueel nog extra (meestal 4) sessies vergoed krijgen. Uiteraard is dit voor zowel cliënten als zorgverleners een verheugende ontwikkeling. Eerstelijnspsychologische zorg is laagdrempeliger geworden en cliënten hoeven minder vaak om financiële redenen over te stappen naar een psychotherapeut of worden verwezen naar duurdere vormen van hulp.

... maar niet zonder slag of stoot

Echter, in de uitvoering ontstonden al in 2007 grote problemen, die zich in 2008 in verhevigde mate voortzetten. Om de marktwerking te stimuleren moesten alle behandelaars zich gaan bezighouden met het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars. Een en ander verliep zeer chaotisch, o.a. omdat verschillende zorgverzekeraars verschillende wijzen van contractering hanteerden. Daarnaast moesten de behandelingen voortaan elektronisch gedeclareerd gaan worden, terwijl de programmatuur hiervoor nog ontwikkeld moest worden. Ook hanteerden zorgverzekeraars verschillende procedures voor het innen van de eigen bijdrage. Dit alles heeft ertoe geleid dat de facturering in 2008 zeer traag op gang kwam en dat er veel mis ging. Veel extra inzet was nodig om de financiële administratie op de rails te krijgen. Voor cliënten betekende dit dat ze soms pas na zeer lange tijd een rekening kregen, hetgeen uiteraard een onwenselijke situatie is. Voor de praktijk betekende dit dat er forse financiële problemen ontstonden doordat er vooral in de eerste helft van 2008 nauwelijks geld binnenkwam.

Ook psychotherapie in de basisverzekering

Ook de financiering van de psychotherapie veranderde per 1 januari 2008. Net als in de somatische gezondheidszorg worden behandelingen voortaan vergoed in de vorm van DBC's, Diagnose Behandeling Combinaties. Hierbij wordt voor een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld een depressie of paniekstoornis) een vast tarief gerekend. De beperking van het aantal sessies is komen te vervallen.

Al in 2007 moesten voor de psychotherapiecliënten DBC's worden ingevoerd en aangeleverd. Dit hield in dat voor deze cliënten de diagnose en alle verrichtingen geregistreerd moesten gaan worden. Ook hierbij bleek dat er over de uitvoerbaarheid van een en ander onvoldoende was nagedacht. De procedure bleek tijdrovend, de programmatuur werkte niet feilloos en was zeker niet altijd gebruikersvriendelijk. Een meer fundamenteel probleem bij het aanleveren van DBC's is dat volgens onze beroepsgroep de privacy van cliënten onvoldoende gegarandeerd is. Niettemin legt de overheid ons deze werkwijze op.

Ook voor de psychotherapie moesten eind 2007 – begin 2008 contracten met verzekeraars worden afgesloten.

Een probleem bij de DBC's is dat deze pas na afloop van de behandeling, of (bij langer durende behandelingen) na een jaar gedeclareerd kunnen worden. Uiteraard is dit een tijdelijk probleem, maar het droeg in aanzienlijke mate bij aan de financiële problemen in 2008, die praktijkhouders en medewerkers grote zorgen hebben gebaard.

Na regen komt zonneshijn

In de tweede helft van het jaar begon de lucht geleidelijk op te klaren. Dank zijn het vele werk dat verzet is door m.n. Desirée Jacobs, Rick van Viersen, Mária Beuving en Petra Vermunt kwam het declaratieverkeer geleidelijk op gang en konden we het jaar financieel nog redelijk positief afsluiten, met het vertrouwen dat de problemen in het nieuwe jaar opgelost zouden worden.

Tarieven in 2008

De tarieven voor eerstelijnspsychologische zorg en psychotherapie verschillen per zorgverzekeraar en worden per contract vastgesteld. Voor eerstelijnspsychologische zorg is de eigen bijdrage voor de cliënt € 10,00 per sessie. De eigen bijdrage voor psychotherapie was in 2008 € 15,60 per sessie. Per 1 januari 2009 is de eigen bijdrage voor psychotherapie komen te vervallen.

ANDERE ONTWIKKELINGEN

Behandeling van kinderen

In 2005 is in onze praktijk een begin gemaakt met de behandeling van kinderen. Sindsdien kunnen cliënten van jong tot oud bij ons terecht. Onze praktijk richt zich bij kinderen en jongeren op de relatief lichte problematiek, die binnen een kortdurende behandeling aan te pakken is. Naast diagnostiek zijn ouderbegeleiding en opvoedingsondersteuning belangrijke elementen in de behandeling. Katoesjka Spronk heeft als specifiek aandachtsveld de middelbare scholieren. Voor behandeling van jongere kinderen is medio 2008 Sabine Gobardhan ons team komen versterken. Zij houdt op woensdagmiddagen spreekuur in de locatie Beek, waar een spelkamer voorhanden is. Haar behandelingen vinden plaats onder supervisie van Désirée Jacobs, die vaak de ouderbegeleiding voor haar rekening neemt. Désirée, Katoesjka en Sabine zijn alle drie orthopedagoog van achtergrond. Wij merken dat voor verwijzers ons behandelaanbod voor alle leeftijden een duidelijke meerwaarde heeft.

Verbreding van het behandelaanbod

Van oudsher wordt in onze praktijk de Rationele Therapie beoefend, ook wel RET / Rationeel-Emotieve Therapie genoemd. Hoewel deze vorm van therapie nog altijd met succes in onze praktijk wordt toegepast, hebben wij onze ogen niet gesloten voor nieuwe ontwikkelingen in de CGT (cognitieve gedragstherapie). Zo werken wij al jaren met de gangbare CGT-protocollen. Sinds enkele jaren is ons behandelaanbod uitgebreid met Aandachtgerichte Cognitieve Therapie (mindfulness) en EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing), een behandeling voor verwerking van traumatische herinneringen. Mieke de Boer heeft zich m.n. gespecialiseerd in Aandachtgerichte Cognitieve therapie, meerdere behandelaars hebben cursussen gevolgd in EMDR, Désirée Jacobs specifiek voor kinderen. Bij persoonlijkheidsproblematiek worden ook elementen uit de schematherapie toegepast.

PERSONELE ZAKEN

Arbozorg

Het werken in onze praktijk is voor de meeste medewerkers eerder psychisch dan fysiek belastend. Van buitenaf opgelegde eisen en problemen in de bedrijfsvoering vormen vooral voor de praktijkhouders en de secretaresse een stressbron. Deze kan echter ook op andere medewerkers zijn uitwerking hebben. De contractering zorgde voor onrust bij alle medewerkers.

Als belangrijke middelen ter voorkoming van uitval zien wij een prettige werksfeer, intercollegiale ondersteuning en mogelijkheden tot vakinhoudelijke ontwikkeling. Een gezamenlijk werkbezoek of een bedrijfsuitje versterken de onderlinge band. Hoogtepunten zijn elk jaar weer het zomeruitstapje en de kerstbijeenkomst.

Ziekteverzuim

Volgens opgave van Achmea Arbo hadden wij in 2008 een verzuimpercentage van 0 %. Er geen ziekmeldingen geweest. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat zeer kort verzuim niet gemeld is bij de Arbodienst in verband met de kosten. Wij zijn blij met het geringe ziekteverzuim in onze praktijk.

VOORUITBLIK OP 2009

Na het turbulente verslagjaar zal 2009 naar verwachting een jaar zijn van consolidatie. Aandachtspunten zullen zijn: het verder uitbouwen van de behandeling van kinderen, het voortzetten van routine outcome monitoring en het structureel uitvoeren van het klanttevredenheids-onderzoek. Verder zal een samenwerkingsverband met de huisartsenpraktijken in de wijk Hatert worden aangegaan. Dit past in het kader dat overheid en zorgverzekeraars streven naar structurele samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg.

Referentie:

Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen 2008

2009

Tekst: Marianne van Grunsven

Grafieken 1 t/m 9: Jasper Buijnsters

Omslag: Bert Beuving