

Werkt die zorg van ons nog wel?

Posted on 30 november 2019 by Gert Reedijk

Uw zorgverzekeraar koopt depressies in, voor een vast bedrag per geval. Zo produceert de geestelijke gezondheidszorg draaideurpatiënten: op papier gezond verklaard, maar op weg naar de nieuwe ziekmelding. 'De marktwerking in zijn huidige vorm is failliet'.

Mijn schoenmaker kan de laatste jaren meer verdienen aan de verkoop van potjes schoencrème en veters dan aan het repareren van schoenen, vertelde hij. Zijn respectabele ambacht is daarmee in het gedrang gekomen. Want niet al zijn collega's blijken nog langer lijm aan hun handen te willen als ze ook gemákkelijker aan hun geld kunnen komen. De markt bepaalt hier wie blijft bij zijn leest en wie gaat voor de snelle verdienste van de voorverpakte producten.

De geestelijke gezondheidszorg is sinds 2006 ook een markt. En ook hier is het ambacht van de therapeut in het gedrang gekomen. En ook hier worden, in dit geval door de GGZ instellingen, voorverpakte producten geleverd. Op de plank ligt er bijvoorbeeld een cursus 'omgaan met depressie'. Of een cursus voor patiënten met een 'emotieregulatiestoornis'.

Ook kan je een assertiviteitstraining uit het schap halen. En god betere, omdat de

wachttijden maandenlang zijn, is er tegenwoordig ook een zogenaamde 'wachtlijst behandeling'. Een grotere diskwalificatie van het vak kun je je nauwelijks voorstellen. Ieder dezelfde behandeling om het even welke stoornis je hebt.

'Zorgproducten'

De managers van dit soort zorginstellingen spreken doorgaans over hun 'producten'. En deze producten leveren ze bij voorkeur in de vorm van modules. Stukjes behandeling die als legoblokjes op elkaar kunnen worden gestapeld. De filosofie luidt: altijd beginnen met kort behandelen, je kunt eventueel opschalen met een volgende module.

Deze managers spreken ook niet over patiënten maar over 'patiëntenstromen'. Met zorgverzekeraars worden productieafspraken gemaakt. Een zorgverzekeraar koopt dan bijvoorbeeld duizend depressies in. Tegen een vast bedrag per depressie. Hebben ze de depressieve patiënt sneller dan gemiddeld de deur weer uit, dan wordt er winst gemaakt.

Het leidt uiteraard tot grote werkdruk bij de professionals. Velen van hen hebben de afgelopen jaren hun instelling verlaten. Patiënten die na een behandelmodule weer snel buiten staan, melden zich niet zelden binnen korte tijd weer opnieuw aan. Draaideurpatiënten heten ze in het jargon. Het is de vraag of de GGZ instelling het erg vind. Want er is een product geleverd en er kan straks opnieuw een product worden geleverd.

Industrie op zoek naar afzetmogelijkheden

Behalve deze module-gekte heeft deze marktwerking ook andere gevolgen. De GGZ industrie is op zoek naar nieuwe afzetmogelijkheden. Ze probeert de markt te vergroten en ze ontwikkelt nichemarkten. Recent adverteerde een GGZ instelling in de krant met een oproep. 'Ben ik depressief? Doe onze zelftest!' Een ander meldde: 'Denkt u ADHD te hebben? Wij zoeken het voor u uit en we hebben een effectieve behandeling!'

Dit lijkt allemaal verdacht veel op wat autogarages doen. Die adverteren met: wij controleren gratis uw bandenspanning en uw remblokken. Maak een afspraak! Maar zoiets blijft zelden bij controleren. Ik ken garages waar er dan altijd iets vervangen moet worden. Iets waar ik zelf nog totaal geen hinder van had.

Dit soort marketingacties hebben tenminste twee nadelige effecten. Hoe groter de omzet van de voorverpakte producten wordt, hoe duurder de zorg wordt. Maar daarnaast gaat het ook kosten van de complexe zorg. Zorg voor patiënten met ernstige stoornissen of meervoudige problemen. Patiënten waarbij een maandenlange therapie is geïndiceerd. En waarvan de uitkomst onzeker is.

Patiënten worden doorgeschoven

Instellingen schuiven deze patiënten in toenemende mate door naar elkaar. De gevolgen daarvan zijn ernstig. Patiënten staan eerst ergens in de wacht voor een intake en krijgen dan te horen dat hun problematiek te complex is. Als ze zich bij een volgende instelling aanmelden staan ze wéér in de wacht en kan het zijn dat ze ook dáár worden weggestuurd. Pijnlijk voor wie psychische problemen heeft. En de hele GGZ sector wordt vervuild want iedereen doet opnieuw zijn eigen intake.

De diagnose behandel combinatie (DBC) is een andere dwaasheid. Ooit bedacht om het aantal producten overzichtelijk te houden. Boekhouders van zorgverzekeraars willen sturing en controle. Ze koppelden kostprijzen aan diagnoses. Alleen al voor de GGZ zijn er nu (685) zeshonderdvijfentachtig. Alle bestaande diagnoses uit het psychiatrie handboek werden geprijsd.

Lichte, matige of zware depressies?

Behandelaars moeten tevoren kiezen uit lichte depressies, matige depressies of ernstige depressies. Depressies met een vroeg begin of depressies die een laat begin hebben. Of depressies die recidiveren. Bij de angststoornissen zijn er maar liefst tweeënveertig stuks. En omdat boekhouders houden van hokjes, zijn er bij alle behandelingen ook tijdslimieten.

Diagnose behandelcombinaties mogen duren tot 400 minuten, of tot 800 minuten of tot 1800 minuten enzovoort. Elke categorie heeft zijn eigen tarief. Bedenk dat patiënten soms van hun klachten áf zijn bij 750 minuten. Maar met één therapiesessie méér valt behandeling in de volgende categorie kan er wel duizend euro meer worden gedeclareerd. Niet iedereen kan die verleiding weerstaan. Eindelijk is er nu het voornemen dit systeem te vervangen. Maar dat gebeurt pas in 2022. Facelift of niet, het principe van de marktwerking blijft.

Keurmerkenhandel

De zorg is dus nog steeds een markt. En op de markt wil iedereen verkopen. En zo verschenen er ook branchevreemde handelaren. Er kwamen certificeerders die keurmerken leveren (zonder welke je inmiddels niet meer kunt). En praktijk visiteurs. Er kwamen softwareleveranciers. Er kwamen platforms om declaraties aan te leveren aan verzekeraars.

Die ook weer certificaten uitgaven voor het veilig áánleveren. Er kwamen privacy waarborgregels. Aansluitend kwamen er speciale e-mail diensten met sleutels die de privacy borgden. Er kwamen aanbieders van meetinstrumenten die vóór-en na metingen deden. (Want succesrating en risicoverzekeraars zijn symbiotisch). En die instrumenten werden verplicht door de verzekeraars maar waren allerminst valide. Dus volgde weer breed protest. Gesteund door hooggeleerde professoren. Met een lange juridische strijd als gevolg. Professionals in de GGZ zijn nu gemiddeld 30 tot 40 procent van hun tijd kwijt aan nutteloze administratie en dit soort dwaze rondom activiteiten.

Vrije artsenkeuze?

En een nieuw onweer dreigt nu rond de vrije artsenkeuze. De zorgverzekeraars willen hier vanaf. Ze willen hun verzekerden uitsluitend sturen naar vrijgevestigde therapeuten met een contract. Want in een contract kunnen ze voorwaarden en tarieven dicteren. Een maatregel zonder enige kennis van zaken. Een tarieven obsessie. Herhaalde studies geven aan dat succes van een behandeling voor zestig procent samenvalt met het vertrouwen in de therapeut. Dús vrije artsenkeuze. Vertrouwen is belangrijk bij élke dokter, maar in de GGZ is het cruciaal. Niet doen zorgverzekeraars! Mislukte of afgebroken behandelingen zijn ook kostentechnisch ongewenst.

De marktwerking in zijn huidige vorm is failliet. Iedereen weet dat maar weinigen bewegen nog. Bij GGZ professionals is er grote onvrede. Maar de meeste therapeuten blinken meer uit in empathisch luisteren naar ánderen, dan zelf publiek hun boosheid uiten. De campagne [ont]regel de zorg lijkt inmiddels zijn grootste energie verloren te hebben. Want de minister adopteerde de actie en daarmee waren de actievoerders verloren. Enkele zorgprofessionals richtten recent een nieuwe politieke partij op. Anderen hebben meer hoop gevestigd op een nieuwe regering.

Wat er nu moet gebeuren, niet alleen in de GGZ maar overal in de Zorg, is dat de professionals weer richting kunnen geven aan hun eigen vak. En niet primair de kooplieden met hun boekhouders. Want naar een schoenmaker ga je omdat hij jouw schoenen kan repareren. Met kunde en met liefde. En niet omdat hij een obsessie heeft voor tarieven en winst wil maken met potjes schoencrème.