

MARKTWERKING IN DE GGZ

PAKT DESASTREUS UIT

Tekst: Fred Leffers, gz-psycholoog en Thijs Emons, psycholoog Foto: Bas Stoffelsen

De zorg is geen markt. Driekwart van de collega's in de geestelijke gezondheidszorg () onderschrijft dit, zo bleek onlangs uit het onderzoeksrapport *De GGZ ontwricht*¹. Hierin worden de resultaten beschreven van een uitgebreid praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de GGZ. Ruim vijftienduizend zorgverleners deden er aan mee. Slechts zeven procent vindt de marktwerking in de GGZ wél een goed idee. Toch is ook in de GGZ de marktwerking ingevoerd, vanuit de ideologie dat dit leidt tot hogere kwaliteit tegen lagere kosten. De feiten vertellen echter een ander verhaal. Uit het rapport blijkt namelijk dat marktwerking juist de kwaliteit onder druk zet en de kosten eerder verhoogt dan verlaagt. Kortom, er lijkt in de GGZ iets heel erg mis te gaan. Maar wat speelt er concreet? We zullen deze vraag proberen te beantwoorden langs de lijnen van de drie P's waar het tegenwoordig in de GGZ om draait: de Productie, de Procedure en de Profilerings². Daarbij putten wij zowel uit onze dagelijkse ervaring als werker in de GGZ als uit het onderzoeksrapport *De GGZ ontwricht*.

Productie: alles draait om geld

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel hebben vrijwel alle zorgaanbieders in de GGZ grote financiële problemen. Oorzaken zijn onder meer dat behandelingen pas achteraf – na gemiddeld acht maanden – worden betaald, dat de versnippering in de financiering tot veel financiële onzekerheden leidt en dat verzekeraars forse budgetkortingen opleggen of een lage prijs bedingen die soms niet eens de kosten dekt.

De financiële nood versterkt het productiedenken zoals dat in de afgelopen jaren toch al stevige voet aan de grond had gekregen.³ Driekwart van de hulpverleners geeft aan dat geld belangrijker is geworden ten koste van de cliënt. Financiële paniek heeft in diverse instellingen al geleid tot drastische maatregelen, waarbij vooral bezuinigd wordt op zorg en personeel. Zo worden zieke collega's veelal niet vervangen; hetzelfde geldt voor collega's wier contract afloopt of die zelf vertrekken. Een andere trend in de kostenbeheersing is het vervangen van 'dure' hulpverleners, bijvoor-

beeld psychotherapeuten, door goedkopere, bijvoorbeeld basispsychologen. Ook wordt bezuinigd op kwaliteit en arbeidsvoorwaarden, zoals opleidingsmogelijkheden en deskundigheidsbevordering.

Intussen wordt de zorg uitgekleed. Afdelingen of behandelprogramma's die te weinig geld opleveren, worden gesloten. Klinische afdelingen verworden steeds vaker tot een verblijf van 'bed and breakfast', waar de 'behandeling' bestaat uit een bed, eten en drinken en medicatie. Door tekortschietende en versnipperde financiering is het bijna ondoenlijk om effectieve en veelbelovende werkwijzen als *Assertive Community Treatment* (ACT) in te voeren. Om meer geld te verdienen worden hulpverleners onder druk gezet om zo veel mogelijk te produceren. Voor zorg op maat, écht aansluiten bij de cliënt en zijn wensen, is nauwelijks nog ruimte. Om de productie te verhogen krijgen bijvoorbeeld alle cliënten een onderzoek of krijgen grote groepen cliënten standaardbehandelingen aangeboden. Deze 'fastfood'-behandelingen passen

perfect binnen het financieringssysteem van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) waardoor ze beter te managen zijn en meer geld opleveren.

Er is een duidelijke tendens naar korte(re) en snelle(re) behandelingen. Soms kiest een instelling hier om strategische redenen zelf voor, soms wordt het afgedwongen door de verzekeraar vanuit het idee dat kortere behandelingen goedkoper zijn. Goedkoop is echter duurkoop, want cliënten zullen zich via het draaideurprincipe vaker aanmelden en sociaal en maatschappelijk eerder vastlopen met alle (ook financiële) gevolgen van dien. De continue druk om behandelingen zo snel mogelijk af te sluiten maakt bijvoorbeeld het bieden van laagfrequente nazorggesprekken vrijwel onmogelijk, terwijl dergelijke gesprekken vaak heel (kosten)effectief zijn en aansluiten op de behoefte van cliënten.



SP-Tweede Kamerlid Henk van Gerven tijdens de GGZ-demonstratie in de zomer van 2008

Procedure: verlamme- nde bureaucratie

Om te kunnen controleren hoe hard, snel en efficiënt de professionals werken, is een enorm bureaucratisch controleapparaat opgezet dat getuigt van wantrouwen ten opzichte van de professional. Zoals minister Klink het onlangs nog verwoordde: “We moeten van verondersteld vertrouwen naar verdiend vertrouwen”.⁴ En hoe kan de professional dat vertrouwen verdienen? Door ‘transparant’ te zijn en zijn handelen consequent te verantwoorden. Van de werkers in de GGZ geeft 96 procent aan last te hebben van de hieruit voortvloeiende bureaucratie. Tweederde is meer dan een vijfde van de tijd kwijt aan verantwoording, registratie en administratie. Tijd die ten koste gaat van het zorginhoudelijke werk.

Daarnaast ervaren professionals het als de omgekeerde wereld dat niet zij maar het registratiesysteem bepaalt hoe er gewerkt moet worden. Zij moeten zich in allerlei bochten wringen om de dagelijkse werkelijkheid in de hokjes van het systeem te persen, om zodoende aan alle voorwaarden te voldoen en het geld te krijgen voor diensten die al lang geleverd zijn. Zorg die niet goed in de hokjes past, zoals preventieprojecten die zich richten op de kinderen van ouders met psychiatrische problematiek, raakt in de knel. Bovendien leiden de bureaucratische controlemechanismen in de praktijk tot een zorgwekkende blikvernauwing waarbij alle aandacht gaat naar het goed voor de dag komen bij de boekhouders.⁵ Hulpverleners verliezen hun creativiteit en bezieling

– en daardoor hun effectiviteit – als het systeem hen dicteert wat ze moeten doen. Niemand is gebaat bij een robot als hulpverlener, zeker in de GGZ niet.^{6 7}

Het summum van de bureaucratie is het DBC-systeem. Negen van de tien zorgverleners wil het dan ook afschaffen. Het systeem komt er in het kort op neer dat er een sticker op de cliënt wordt geplakt (de ‘diagnose’), waarmee gelijk ook de behandeling is vastgelegd met bijbehorend prijskaartje. Nog afgezien van de enorme hoeveelheid registratietijd die het systeem vergt, stuit de toepassing ervan binnen de GGZ op fundamentele professioneel-inhoudelijke bezwaren. Zo is de GGZ-zorg nog moeilijker dan de somatische zorg in hokjes in te delen. Men heeft dit ‘opgelost’ door de diagnosecomponent van de DBC’s te koppelen aan de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual IV). Dit is echter geen diagnosesysteem, maar een methode om groepen mensen met ongeveer dezelfde klachten met stickers te typeren. In de praktijk hebben deze stickers nauwelijks een relatie met de gekozen behandelmethode. Het is dan ook onverantwoord en onwetenschappelijk om op basis van een DSM-IV-sticker uitspraken te doen over de benodigde behandeling en de financiering daarvan.^{8 9}

Toch gebeurt dat nu wel.

Een tweede bezwaar betreft het feit dat de DBC’s (en dus de diagnose) moeten worden doorgegeven aan overheid en verzekeraars. Dit schendt de privacy van de cliënt en het beroepsgeheim van de hulpverlener. Bovendien kan nauwelijks gegarandeerd worden dat deze gevoelige informatie niet zal worden misbruikt. Het gevolg is dat de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt wordt ondermijnd, terwijl dit juist in de GGZ een wezenlijk onderdeel van de behandeling is.

Profilering: beeldvorming belangrijker dan inhoud

Nu de zorgverzekeraars aan de financiële knoppen van de GGZ draaien, moeten zorgaanbieders met elkaar wedijveren om contracten met verzekeraars binnen te slepen. Dit dwingt ze om te investeren in allerlei pre-activiteiten. Hierbij is het imago belangrijker dan de inhoud van de

zorg. Zorgaanbieders wringen zich in allerlei bochten om hun 'producten' ogenschijnlijk sneller, goedkoper en transparanter te maken. Het leidt tot forse ingrepen in de zorg. Zo is GGZ Friesland momenteel stevig aan het reorganiseren omdat de verzekeraar de budgetten voor behandeling met tientallen procenten wil terugschroeven. Dit betekent niet alleen dat er personeel zal moeten verdwijnen, maar ook dat net gestarte behandelingen zullen worden stopgezet. Ook bij GGNet wordt stevig ingegrepen in het zorgaanbod omdat de verzekeraar indirect kortere behandelingen afdwingt. Een grote groep cliënten zal straks kortdurende standaardinterventies krijgen aangeboden in plaats van zorg op maat. Extra pijnlijk is dat deze ingreep wordt verkocht als een 'kwaliteitsslag', terwijl het in werkelijkheid om bezuinigingen gaat. Ook bij andere instellingen spelen dit soort processen. Uit angst dat de relatie met de verzekeraar schade oploopt is men sterk gericht op aanpassing. Men 'onderhandelt' veel te vriendelijk, waardoor verzekeraars zich juist gesterkt voelen in hun onderhandelingsstactiek en nog vaker dictaten gaan opleggen: 'take it or leave it'. Ten koste van de kwaliteit van zorg.¹⁰ Sommige instellingen gaan nog een stap verder dan deze strategie van aanpassing. Zij proberen zich actief te onderscheiden van hun voormalige collega-instellingen, om zodoende voor de eigen club een zo goed mogelijke positie te verwerven binnen het nieuwe zorgstelsel. Een soort 'eigen volk eerst'-strategie die funest is voor de samenwerking tussen zorgaanbieders. Deze verminderde samenwerking bemoeilijkt het leveren van gestroomlijnde en kwalitatief goede zorg. Een voorbeeld van zo'n zich actief profilerende zorgaanbieder is PsyQ.¹¹ Zij spreken precies de taal die beleidsmakers en verzekeraars willen horen: mensen in psychische nood worden er snel en goedkoop behandeld. Daarnaast beweren ze 'effectief' te zijn en 'betere kwaliteit' te leveren, zonder deze claims te onderbouwen. Intussen verdienen ze geld door de zorg perfect af te stemmen op het financieringssysteem van de Diagnose Behandeling

Combinaties. Ze doen zoveel mogelijk datgene wat geld oplevert. Cliënten met complexe problematiek worden doorgeschoven naar de concurrent, van wie de verzekeraar – mede dankzij PsyQ – nu juist het beeld heeft dat er flink op bezuinigd kan worden.

In hun streven om het marktaandeel te vergroten speelt PsyQ namelijk nadrukkelijk in op de vooroordelen die verzekeraars en publieke opinie van de GGZ hebben. Men zet zich af tegen de reguliere GGZ door consequent de suggestie te wekken dat psychische problemen er nodeloos ingewikkeld worden gemaakt en onnodig lang worden behandeld. Met deze misleidende pr-strategie verovert men de markt. Zo gaf zorgverzekeraar Menzis het bedrijf al het predicaat 'voorkeursaanbieder'.

Een tweede voorbeeld is de Stichting Topklinische GGZ. Deze stichting is opgericht door een aantal zorgaanbieders die gespecialiseerde derdelijnszorg bieden en heeft als doel dit type zorg te faciliteren. Op de keper beschouwd komt het initiatief er echter op neer dat men voor de eigen club (de derdelijns GGZ) een uitzonderingspositie probeert te bewerkstelligen. Zo hoopt men buiten de marktwerking te kunnen blijven. Het illustreert het dilemma tussen het individuele en het collectieve belang: probeer je voor je eigen club een zo goed mogelijke positie te bevechten of trek je GGZ-breed samen op om tot een beter stelsel te komen?

Hoe nu verder?

Het doel van de stelselwijzigingen in de GGZ was om de zorg goedkoper en beter te maken. Het rapport *De GGZ ontwricht* en onze dagelijkse ervaring laten zien dat dit doel niet wordt gehaald. Integendeel: de zorg wordt duurder en slechter. Het afdoen van deze problemen als 'kinderziekten' en het zoeken van de oplossing in méér marktwerking, zoals beleidsmakers doen, roept bij ons het beeld op van de Iraakse minister van Informatie tijdens de Irakoerlog: "We will slaughter them all". Het wordt tijd dat de beleidsmakers onder ogen zien dat hun systeem niet werkt zoals het zou moeten werken. Om verdere schade

te voorkomen moet vervolgens de marktwerking in de GGZ zo snel mogelijk worden teruggedraaid. Waarna professionals en beleidsmakers gezamenlijk de verantwoordelijkheid moeten nemen om een beter systeem te ontwikkelen.

Beide auteurs zijn werkzaam in een GGZ-instelling, lid van het actiecomité 'Zorg Geen Markt', coauteur van het onderzoeksrapport 'De GGZ ontwricht' en initiatiefnemer van de website www.deGGZlaatzichhoren.nl

- 1 Palm, I., Leffers, F., Emons, T., Egmond, V. van & Zeegers, S. (2008), *De GGZ ontwricht. Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*, Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt.
- 2 Leffers, F. & Emons, T. (2008), 'Marktwerking ontzielt GGZ', *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 12(5), 38-39.
- 3 Duis, T. (2006), 'GGZ is geen productiefabriek', *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 10(12), 38-39.
- 4 Leffers, F., Zeegers, S. & Palm, I. (2008), 'Stop de ontwrichting van de geestelijke gezondheidszorg!', *Dagblad van het Noorden*, 12 november 2008.
- 5 Leffers, F., Emons, T. & Klaver, C. (2008), 'Als de handtekening maar goed is', *Trouw*, 5 juli 2008.
- 6 Lietaer, G. (1999), 'Vergelijkend proces- en effectonderzoek in de psychotherapie: een pleidooi voor integratie?', *Tijdschrift voor Psychotherapie, speciale uitgave*, 63-75.
- 7 Groot, F. de (2001), 'Pleidooi voor meer placebo. Mogelijkheden van niet-specifieke factoren voor opleiding, werkorganisatie en praktijk van psychosociale zorg', *Dth*, 21(4), 384-397.
- 8 Jongedijk, R.A. (2001), 'Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(5), 309-319.
- 9 Kindermans, G. (2008), 'Op hol geslagen transparantie. De wondere wereld van de DBC's (2)', *De Psycholoog*, 43, 491-494.
- 10 Leffers, F., Bongaards, T., Zeegers, S., Schie, K. van & Ralston, A. (2008), 'Is er straks nog iemand die zorgt voor de geest?', *Trouw*, 6 december 2008.
- 11 Baltesen, F. (2008), 'Lekker snel van je angsten af. Commercieel hulpverleningsbedrijf verdient aan angst en depressies', *NRC Handelsblad*, 19 juli 2008.