

Niemand de baas!

Over marktwerking en besluitvorming in de ggz

Arnout ter Haar, Frank de Man

Inleiding

Op 13 augustus 2018 liet zorgverzekeraar Menzis weten dat de behandeling van depressies en angsten vergoed zal worden op basis van resultaten, en niet op basis van behandelduur zoals nu het geval is. Dit leidde tot veel kritiek vanuit de beroepsgroepen (psychiaters, psychotherapeuten, klinisch psychologen en gz-psychologen), onder meer via ingezonden bijdragen op de opiniepagina's van de landelijke dagbladen, en veel kritiek en satire op de sociale media. Er waren ook andere geluiden te horen; zo pleitten twee hoogleraren economie juist wel voor een waardegerichte zorg (Groot & Maassen van den Brink, 2018), benadrukt hoogleraar ROM en Benchmarken De Beurs dat succes bij depressies wél meetbaar is (2018), terwijl ook de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Blokhuys) zich positief uitliet over dit idee: het sluit aan bij de gedachte van het kabinet om uitkomsten van zorg meer centraal te stellen bij zorginkoop. Mits goed gemonitord is Blokhuys blij dat deze *value based healthcare* contracten tussen Menzis en een achttiental ggz-instellingen tot stand gekomen zijn. Hier wordt meteen pijnlijk duidelijk dat lang niet alle betrokken partijen aan de onderhandelingstafel hebben gezeten bij deze besluitvorming. Bovendien is er geen consensus over de vraag hoe resultaat in de ggz het beste gemeten zou kunnen worden.

In deze bijdrage staan we stil bij de beperkingen van de huidige vragenlijsten om behandelresultaat te meten, bij de therapeutische relatie tussen patiënt en behandelaar, zetten we vraagtekens bij de vrije markt van zorginkoop, en komen we met een voorstel voor verantwoorde innovatie en besluitvorming dat door alle betrokkenen gedragen kan worden en de steeds verder oplopende kosten van de ggz weet te beteugelen.

Drs. A. ter Haar is klinisch psycholoog en psychotherapeut, momenteel werkzaam als personal coach in eigen praktijk. **Email** ■ ahaar@chello.

Mr.dr. F. de Man is werkzaam in management en strategie in de gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek.

Waardegerichte zorg in de ggz: hoe meet je dat?

Het gebruik van *routine outcome monitor* (ROM) wordt in de ggz als voorwaarde gesteld door zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid. Als argumenten werd aangevoerd dat ROM zou helpen bij *shared decision making* tussen patiënt en behandelaar en het tijdig bijsturen van de behandeling waar nodig, en als instrument voor benchmarking en het bevorderen van transparantie van de geleverde behandelkwaliteit in de ggz. Groot en Maassen van den Brink (2018) schrijven dat in overleg met zorgaanbieders bepaald moet worden welke zorguitkomst beloond moet worden, net als bij hartzorg, knie- en heupoperaties en cataractbehandelingen waar de beloning deels afhangt van gerealiseerde zorguitkomsten. Draagvlak onder zorgaanbieders over die zorguitkomsten is essentieel voor het slagen van zogenoemde 'waardegerichte' zorg. Opmerkelijk is dat deze economen hier voorbijgaan aan de uiterst relevante inbreng van patiëntenorganisaties als het gaat om het creëren van draagvlak. En het is onduidelijk of bij de achttien ggz-instellingen alleen de managers aan de onderhandelingsstafel hebben gezeten, en of hun akkoord ook gesteund wordt door behandelaars uit diezelfde instellingen.

Nu is – anders dan in een deel van de somatische zorg of het onderwijs – lang niet altijd duidelijk te definiëren wat de gewenste uitkomst van een behandeling moet zijn, en als dit al gedefinieerd kan worden, zullen alle betrokken partijen het hierover eens moeten zijn. Een depressie is niet te vergelijken met een versleten heup, en waar het succes van een heupoperatie mede zal afhangen van de preoperatieve condities van de patiënt en het aan- of afwezig zijn van comorbiditeit, is de ene depressie niet zonder meer te vergelijken met de andere. Is een behandeling geslaagd als de patiënt geheel klachtenvrij is, of als hij zich iets beter voelt, of alleen als hij minder suïcidaal is? Of wordt er geturfd of de patiënt nog wel aan de noodzakelijke vijf van de negen depressiekenmerken volgens DSM-5 voldoet? (Voswinkel, 2018). Psychotherapie leert patiënten anders met verlies, conflict of trauma om te gaan, opdat zij er minder last van hebben. Het is geen wondermiddel dat pijn en intense gevoelens wegtovert, en garant staat voor een gelukkig leven in de toekomst. De behandeling van psychiatrische stoornissen laat zich bovendien zelden in een lineair afnemende vermindering van klachten zien. In veel gevallen kan tijdens een behandeling zelfs een toename van klachten verwacht worden, als de disfunctionele afweer geleidelijk aan afneemt en de patiënt meer gaat voelen wat zo pijnlijk, onverdraagbaar of traumatisch geweest is in zijn levensgeschiedenis. Het stoppen van de geboden behandeling of het initiëren van een andere behandelkoers op basis van een verslechterende ROM-uitslag zou zeer schadelijke gevolgen voor de patiënt kunnen hebben, en het vertrouwen in de geboden behandeling ernstig kunnen ondermijnen. Juist het doorwerken van deze problematiek en het geleidelijk leren op termijn anders met verlies, conflict of trauma om te gaan, is dan een veel belangrijker uitkomst dan een snelle afname van symptomen. Daarbij wordt bij de ROM-meting geen rekening gehouden met de invloed van een geboden behandeling op secundaire of tertiaire preventie.

Door vele prominenten in de beroepsgroep is in diverse publicaties beschreven dat de huidige ROM-instrumenten niet geschikt zijn voor resultaatmetingen. Zo laten Hafkenscheid en Van Os (2018) zien dat onderzoek naar het gebruik van ROM niet duidelijk maakt

‘of de scores veranderen (a) omdat feedback over de scores de behandeling daadwerkelijk sneller en effectiever maken, of (b) omdat de patiënt anders gaat scoren in de wetenschap dat de therapeut over de scores gaat praten, nadat deze ze onder ogen heeft gehad’ (p. 39). Er is dus waarschijnlijk meer sprake van beïnvloeding van het proces en beïnvloeding van de relatie behandelaar-patiënt dan van onafhankelijke effectmeting. Hafkenscheid en Van Os (2018) laten voorts zien dat proces en eindresultaat in de ggz niet gemakkelijk uit elkaar te halen zijn. Zij geven het volgende voorbeeld: ‘Als bijvoorbeeld een extreem sociaal-fobische patiënt in de loop van de behandeling de therapeut (als autoriteitsfiguur) voor het eerst durft tegen te spreken, kan dat met recht een klinisch relevante “tussentijdse uitkomst” worden genoemd, zonder dat die “uitkomst” zich noodzakelijk vertaalt in een scoredaling op een zelfrapportagelijst voor sociale angst’(p. 40). Vervolgens plaatsten zij psychometrische kanttekeningen bij de betrouwbaarheid van ROM-vragenlijsten, en bij inhoudelijke aspecten van bijvoorbeeld de veelgebruikte oq-45: acht van de vragen veronderstellen dat de patiënt werkt of een opleiding volgt, waarmee bijna 18% van de vragen irrelevant of zelfs stigmatiserend is voor mensen die door uiteenlopende omstandigheden niet in staat te zijn te werken of een opleiding te volgen. Ook twee vragen over huwelijk/relatie en seksleven deugen psychometrisch niet: indien patiënt namelijk geen partnerrelatie en geen seksuele relaties heeft, dient een antwoordkeuze ingevuld te worden die hetzelfde gewaardeerd wordt als het hebben van een gelukkig huwelijk of een bevredigende seksuele relatie. Hafkenscheid en Van Os (2018) schrijven verder: ‘...ROM-scores op (meestal) zelfrapportagelijsten verwijzen vrijwel nooit naar objectieve prestaties, maar representeren niet meer en niet minder dan eigen belevingen van die prestaties. Benchmarks op basis van opinie of gevoelens is uitermate riskant...’ (p.42). Overigens zegt De Beurs (2018) hierover: ‘Als het waar zou zijn dat “subjectieve” vragenlijsten geen goed beeld geven van het effect van behandelingen, dan verkruimelt de wetenschappelijke basis onder de psychiatrie en de klinische psychologie.’ Wellicht ja, maar dat is geen argument om de subjectieve zelfrapportages bij gebrek aan beter als objectieve metingen toe te passen.

Naast de constatering dat behandelresultaat in de ggz moeilijk te objectiveren valt en de gebruikte ROM-vragenlijsten niet voldoen, is de vraag of het belonen van behandelresultaten wel als een gezonde prikkel in het beteugelen van de kosten in de ggz zal gaan werken. Het wordt voor zorgaanbieders mogelijk zelfs een perverse prikkel om voornamelijk milde problematiek te gaan behandelen, en de complexere problematiek op een zijspoor te zetten. Net zoals bij het DBC-betalingsstelsel een perverse prikkel aanwezig is om met het opgeven van slechts een paar minuten extra behandeling extra geld te verdienen: in het stelsel wordt weliswaar geregistreerd hoeveel minuten een behandeling aan directe en indirecte tijd gekost heeft, maar de beloning wordt gekoppeld aan tijdsblokken (bijvoorbeeld tussen 200 en 799 minuten behandelduur); tussen een behandeling die 790 minuten geduurd heeft en één die 810 minuten geduurd heeft, ontstaat zo een beloningsverschil van vele honderden euro's. Het is dan heel eenvoudig en oncontroleerbaar om bijvoorbeeld twintig minuten extra indirecte tijd te noteren en daarvoor die honderden euro's extra betaald te krijgen. En hoe verhoudt het aanbieden van een beloning voor snelle en goede resultaten zich tot het feit dat zorgverzekeraars bij het aanbieden van contracten altijd onder het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgestelde maximumtarief gaan

zitten (percentages van 80% zijn geen uitzondering)? Het is maar zeer de vraag of het percentage inclusief de beloning de 100% wél gaat benaderen.

De therapeutische relatie: shared decision making tussen patiënt en behandelaar

Men mag veronderstellen dat voor een patiënt het vooral van belang is dat hij bij een goed opgeleide, voldoende ervaren en kwalitatief goede behandelaar terecht komt, die verder kan kijken dan het protocollair uitvoeren van één specifieke methodiek. Een registratie in het BIG-register, een kwaliteitsstatuut, verplichte eisen van na- en bijscholing en voldoende 'vliegreuen' moeten daarbij als garantie van kwaliteit gezien worden. In iedere therapeutische behandelrelatie zal vanaf het allereerste contact tot aan de allerlaatste handdruk aandacht besteed moeten worden aan het scheppen van een veilige context en een open attitude van de behandelaar waardoor vertrouwen bij de patiënt in de geboden behandeling en de betreffende behandelaar kan ontstaan. Dit houdt in dat de behandelaar te allen tijde alert blijft op expliciete en impliciete, verbale en non-verbale signalen van de patiënt over zijn ontwikkeling in termen van zijn klachten, zijn hulpvraag, zijn behandeldoelen en zijn functioneren buiten de spreekkamer in het dagelijks leven. Indien nodig kan de behandelaar zo op ieder moment én in overleg met de patiënt de ingeslagen koers bijstellen om tot een beter behandelresultaat te komen. Bij twijfel of onduidelijkheid dient de behandelaar daar expliciet naar te vragen ('Ik krijg de indruk dat u de laatste weken sociale contacten uit de weg gaat, en dat het u ook meer moeite kost om hier te komen en uw aandacht erbij te houden. Klopt dat?'). Omgekeerd kan de patiënt zelf aangeven dat hij iets anders verwacht van zijn behandelaar of van de geboden behandeling. Als de motivatie van een patiënt gedurende de behandeling lijkt weg te zakken, is het zaak om dit zo te bespreken dat onderzocht kan worden wat de reden van de afnemende motivatie is: wordt de patiënt depressiever, is de behandeling op een punt gekomen waar pijnlijke gevoelens meer gemobiliseerd gaan worden en wordt hij angstiger, of gaat het inmiddels beter en is de lijdensdruk afgenomen zonder dat alle klachten verdwenen zijn? Aan het einde van een behandeling zullen behandelaar en patiënt samen moeten evalueren of de behandeldoelen behaald zijn, wat de patiënt geleerd heeft in deze behandeling met oog op de toekomst, waar valkuilen liggen of welke signalen een opmaat voor recidive kunnen zijn. Het is de ervaring van veel behandelaars én patiënten dat een goede werkrelatie waar al deze aspecten steeds aan de orde komen en blijven, meer waarde heeft dan het achteraf invullen van vragenlijsten. Dat betekent naar ons idee allerminst dat er geen gebruik gemaakt zou kunnen worden van meetinstrumenten, maar ze mogen nooit in de plaats komen van bovengenoemde aspecten, en zouden eerst stevig verbeterd en genuanceerd dienen te worden voor ze als waarde- of resultaatmeting gebruikt gaan worden. Patiënten vertrouwen veel meer op hun behandelaar dan op hun zorgverzekeraar. Piersma (2007) citeert bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar dsw, Chris Oomen: 'Uit opiniepeilingen blijkt dat zo'n 20% van de verzekerden zijn verze-

keraar vertrouwt. De meesten denken dat de verzekeraar het doet om er zelf beter van te worden.' Het zou er dus primair niet om moeten gaan dat zorgverzekeraars en behandelaars samen tot overeenstemming komen, zoals nu het geval is bij het plan van Menzis, er zal eerst draagvlak in de spreekkamers gecreëerd moeten worden voor er met de zorgverzekeraars op een volgend niveau onderhandeld kan worden.

Inkoop van zorg door zorgverzekeraars

Nederlandse zorgverzekeraars worden geacht om namens verzekerden zorg in te kopen. De veronderstelling is dat we daardoor effectievere zorg krijgen, kwalitatief goed voor een redelijke prijs. Dat zou zo kunnen zijn, als er sprake zou zijn van een vrije markt waar zorgverzekeraars met elkaar concurreren op bijvoorbeeld kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en resultaten. Maar dit is bij benadering niet het geval.

In de woorden die de eerdergenoemde dsw-bestuursvoorzitter Chris Oomen al in 2007 uitsprak: 'Een zorgverzekeraar heeft zijn verzekerden nog nooit kunnen sturen en zal dat ook nooit kunnen' [...] 'daarom contracteren alle verzekeraars in praktijk nog steeds alle zorg' en [...] 'je hebt alleen inkoopmacht als je ook níet kan kopen'.

Er is slechts zeer beperkte differentiatie tussen aanbod en premies van zorgverzekeraars en ook hun gedrag in de markt is eerder convergerend dan onderscheidend. 'De consument ziet door de bomen het bos niet meer' en 'te veel keuzemogelijkheden die individueel te weinig van elkaar afwijken', aldus de Autoriteit Consument en Markt (acm) in 2016. In de tussentijd is er in essentie niet veel veranderd. De angstige manier waarop de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (zn) eensgezindheid onder haar leden in stand houdt, bevestigt dit (Van Ark, 2014). Daarnaast zijn, of liever hebben zorgverzekeraars hun werkgebieden regionaal verdeeld. Het blijft een wonder dat de nza en de acm in het verleden niet strenger gekeken hebben naar de definitie van markt en marktaandeel bij fusies van zorgverzekeraars. Het lijkt alsof nza- en acm-bestuurders de mededingingregels, cruciaal voor het functioneren van marktwerking, niet op de zorg van toepassing achtten. Nu ze zelf geen marktwerking realiseren, lijkt er voor zorgverzekeraars maar één oplossing over: hun eisen eenzijdig afdwingen bij contractpartijen, de zorgaanbieders.

Onvervreembare verantwoordelijkheden

In Haagse kringen gaat het verhaal dat bij een van de eerste ontmoetingen tussen de indertijd nieuwe minister van Volksgezondheid, Els Borst-Eilers, en de toenmalige voorzitter van zn, Hans Wiegel, Els Borst fijntjes opmerkte dat zij sprak namens 16 miljoen Nederlanders. Hans Wiegel riposteerde met 'maar wij spreken namens 16 miljoen verzekerden'. Deze anekdote roept vragen op: wie is er de baas in de zorg? En waarom zaten de patiënten zelf niet aan tafel? Nu we hebben vastgesteld dat er geen sprake is

van een markt, lijkt het huidige optreden van een zorgverzekeraar in de ggz in alles op eenzijdige dwangmacht.

In een sector waar de effectiviteit van de interventies afhangt van de bijdragen van en samenwerking tussen patiënt, behandelaar, familie/mantelzorg, zorginstellingen, zorgverzekeraar en de overheid is dit een gevaarlijke ontwikkeling met serieuze risico's voor het functioneren van het zorgsysteem, in het bijzonder de ggz.

Immers, elk van deze partijen heeft een onvervreembare taak en verantwoordelijkheid om een zo optimaal mogelijke bijdrage te leveren aan effectieve zorg voor de patiënt, de cliënt, de premiebetaler. De patiënt heeft het recht op keuze van zorgverlener en zelfbeschikking, professionals behandelen volgens de state of the art van hun vakgebied, zorgverzekeraars handelen volgens de opdracht van de wetgever, familie/mantelzorg neemt (mede)verantwoordelijkheid voor de patiënt en de overheid draagt de publieke verantwoordelijkheid. Deze taken en verantwoordelijkheden zijn onvervreemdbaar: een van deze partijen kan zich die van de ander niet toe-eigenen. Het machtsspel tussen de minister en de voorzitter van ZN is vermakelijk en dient hun doel onderling aan tafel, maar in het dagelijks functioneren van de zorg anno 2018, werkt dwangmacht noch het zich toe-eigenen van verantwoordelijkheden van andere partijen. Wat is dan wel een mogelijke oplossing?

Samen aan tafel en samen verantwoordelijk

In de ggz bepaalt niet één partij, maar bepalen alle betrokken partijen samen de waarde en uitkomst van de geleverde zorg. Innovatie en waardegerichte zorg zijn cruciaal om behandelopties te optimaliseren en de zorg betaalbaar te houden. Maar daar moeten alle betrokken partijen het wel over eens zijn, anders wordt het vertrouwen tussen partijen ondermijnd en neemt de effectiviteit van zorg juist af.

In de moderne gezondheidzorg verwachten we bij complexe aandoeningen dat er multidisciplinaire diagnostiek en besluitvorming door behandelaars plaatsvindt. En indien nodig een second opinion opdat patiënt en behandelaar zeker weten dat ze op de goede behandelroute zitten. Voor afspraken over de kwaliteit van zorg, de toegang tot de zorg, het meten van waarden en resultaten, het vaststellen van (voorwaarden voor) vergoedingen, zou hetzelfde moeten gelden. Zo'n ggz-akkoord kan betrekking hebben op genoemde onderwerpen maar zou ook uitgebreid kunnen worden met afspraken over wetenschappelijk onderzoek, preventie en andere onderwerpen.

Neem ter vergelijking bijvoorbeeld het Deltaplan Dementie (2012-2020) dat ontstaan is als een plan voor het verdiepen en versnellen van het wetenschappelijk onderzoek naar dementie en alzheimer. Al werkende hebben zich ook steeds meer private partijen aangesloten en zijn er initiatieven bij gekomen om de zorg te verbeteren en om de samenleving dementievriendelijker te maken (zie www.deltaplاندementie.nl).

Om tot een verantwoorde en kwalitatief goede ggz te komen, zullen alle partijen als gelijkwaardige partners om de tafel moeten gaan zitten: patiëntenbelangenorganisaties, de behandelaars (psychiaters, psychotherapeuten, klinisch-psychologen en gz-psychologen),

de zorgverzekeraars, de overheid en ook de wetenschap die meetinstrumenten gaat ontwikkelen die wél betrouwbaar en valide zijn.

Samenvattend:

- Maak shared decision making tussen patiënt en behandelaar niet ondergeschikt aan een vragenlijst.
- Kom tot een genuanceerde definiëring van gewenst behandelresultaat.
- Ontwikkel geschikte, betrouwbare en valide vragenlijsten.
- Ga met alle betrokken partijen, inclusief de patiëntenorganisaties, om de tafel om tot verantwoorde en breed gedragen innovatie en beheersing van de kosten in de ggz te komen.

Met alleen geklaag vanuit de beroepsgroep komen we er niet, maar we hoeven ook niet naar de pijpen van de zorgverzekeraars te dansen. Huisartsen en tandartsen gingen ons al voor met actie tegen de eenzijdig opgelegde voorwaarden van zorgverzekeraars. Samen aan tafel, samen verantwoordelijkheid nemen. En als er al iemand baas of regisseur moet zijn, dan is het niet de zorgverzekeraar maar de patiënt!

NOOT

- 1 De termen resultaat, waarde, waardegerichte zorg en *value-based healthcare* worden in de literatuur naast en door elkaar gebruikt, hetgeen voor onduidelijkheid zorgt.

LITERATUUR

Ark, E. van (2014). Waarom we André Rouvoet dankbaar mogen zijn voor zijn dreigbrief.

Follow the money. <https://www.ftm.nl/artikelen/rouvoet-bedankt-nee-echt-bedankt-voor-de-brief?>

Autoriteit Consument en Markt (2016). *Concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen*. https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/15504_tussenrapportage-concurrentie-op-de-markt-voor-zorgverzekeringen-2016-02-11.pdf

Beurs, E. de (2018). Succes bij depressie wel meetbaar. *NRC*, 6 september 2018.

Groot, W., & Maassen van den Brink, H. (2018). Psychiaters, hou de deur open voor waardegerichte zorg. *Volkskrant*, 20 augustus 2018.

Hafkenscheid, A., & Os, J. van (2018). Twee misvattingen over ROM. *De Psycholoog*, 4, 34-44.

Piersma, J. (2007). De enige regisseur in de zorg is de patiënt zelf. *Financieel Dagblad*, 27 juni 2007.

Voswinkel, M. (2018). Resultaatgericht behandelen van depressies. Serieus, Menzis? *NRC*, 22 augustus 2018.