

Débécé en de psychehater

L. DE HAAN

Débécé en de 'psychehater': hebben deze nieuwvormingen iets te betekenen en hebben ze iets met elkaar te maken?

Débécé Nadat *De markt van welzijn en geluk* (Achterhuis 1979) geschreven was, heeft het begrip markt in de geestelijke gezondheidszorg jarenlang gesluimerd. Je kon over behandeling en zorg praten als over het leveren van producten aan klanten. Maar het bleef een beetje borrelpraat. Nu lijkt het echt menens te worden. In de somatische geneeskunde zijn afspraken gemaakt over de combinatie van een bepaalde diagnose en een bepaalde behandeling (DBC). Zorgaanbieders hangen aan deze combinatie een prijskaartje en zorginkopers kiezen diegene met de beste prijs-kwaliteitverhouding. Briljant! De markt in optima forma! De behandeling en zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening zullen hetzelfde traject gaan volgen.

Maar heeft de débécé-gedachte zich ontwikkeld na ordentelijk onderzoek? Bij dergelijk onderzoek geef je achtereenvolgens aandacht aan: Wat is het probleem? Hoe zou je dit probleem kunnen oplossen? Is dit in het verleden of elders in de wereld, of in andere probleemgebieden al eens geprobeerd? Wat zijn de resultaten van deze pogingen? Treden er verbeteringen op?

Eerst het probleem: De medische zorg legt beslag op een steeds groter deel van ons bruto nationaal product. Gezien de leeftijdsopbouw van de bevolking zullen de kosten in de toekomst verder stijgen. Bovendien zijn er wachtlijsten en is het voor patiënten moeilijk te achterhalen waar ze de beste zorg krijgen.

De voorgestelde oplossing is marktwerking. In het verleden was er de markt: je betaalde de chirurgijn per uitgetrokken kies; als je geen geld had, was je aangewezen op een zelfhulpgroep. In de vs is er nu een vrije zorgmarkt. Marktwerking levert daar duurdere en slechtere zorg: nergens in de wereld wordt meer geld uitgegeven aan medische zorg; de toegang tot specifieke en kostbare zorg is niet gegarandeerd; samenwerking wordt gedecteerd door de markt; voor kapitaalkrachtigen zijn er geen wachtlijsten; de juridisering van ontevredenheid van patiënten heeft geleid tot exorbitant hoge verzekeringspremies die de kosten van de zorg verder omhoog stuwten en bovendien is de bureaucratische bovenbouw in de vs enorm.

In Nederland wordt de markt ook op andere probleemgebieden losgelaten: de spoorwegen, de energievoorziening, en de verzekering van inkomen bij arbeidsongeschiktheid. Ook deze marktoperaties hebben de problemen niet opgelost. Zo gaat de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering omhoog door de marktwerking...

Psychehater Nu die andere nieuwvorming: ‘psychehater!’, zoals ooit een psychotische patiënt een collega toe slingerde. Slaat dat ergens op? Uit onderzoek van McCabe e.a. (2002) bleek dat sommige psychiaters op psychotische uitlatingen van patiënten reageerden met non-verbale afkeuring. Psychiaters op een eerstehulpafdeling gaven het signaal: ‘ik ben niet geïnteresseerd in uw verhaal’. Misschien dat de genoemde patiënt de term *psychehater* om die reden gebruikte.

Maar zou de term ook kunnen slaan op diegenen die de zorg als product willen definiëren? ‘Wat koop ik voor uw zorg’ is de vraag die een verzekeringmaatschappij namens de regering aan de hulpverleners stelt. Op een congres van de patiëntenvereniging Ypsilon deelde een manager van een verzekeringsmaatschappij ons mee dat ‘*evidence- en practice-based richtlijnen*’ hem niet zo interesseren, zolang de zorgaanbieder maar binnen het budget blijft en de patiënt tevreden. Een collega van hem vertrouwde een groep hulpverleners toe: ‘omdat ik niet snap wat u doet, kijk ik alleen naar de prijs’.

Wat is ons antwoord? Ons specialisme ontwikkelt zich sterk. Onze kennis over etiologische factoren wordt genuanceerder en krachtiger. Veel psychiatrische stoornissen blijken langduriger en ernstiger dan we dachten. Psychiatrische behandeling en zorg omvatten vele domeinen. Bewijs voor effect van onze interventies wordt gezocht en gevonden. Geneesmiddelen blijken effectief, maar bieden verlichting, geen genezing. We streven naar transparantie over onze inspanningen en we blijven nagaan of ze effectief zijn.

Maar we verzuimen duidelijk te maken hoe belangrijk de motivatie van hulpverleners is om kwaliteit te leveren, om betekenisvol te zijn voor anderen. Jongeren beginnen met een opleiding in de gezondheidszorg omdat zij ‘iets voor mensen willen betekenen’. De betrokkenheid en de inzet van hulpverleners om iets voor patiënten te bereiken zijn vaak groot. Professionals in de zorg, maar ook in het onderwijs en het welzijnswerk, hebben ruimte en vertrouwen nodig om kwaliteit te bieden. Vaardigheid in interactie met ‘moeilijke mensen’ is waarschijnlijk een uitermate effectieve manier om patiënten te behoeden voor de nadelige effecten van grootschalige bureaucratische geneeskunde (Kuipers 2003). Gedrevenheid is hierbij onmisbaar. Zonder deze wordt elk zorgplan flets.

Implementatie gaat niet vanaf papier, maar door voorbeelden die hulpverleners raken. Persoonlijke gedrevenheid en inzet zijn onmisbaar. Je kan deze niet uitdrukken in getallen of richtlijnen. Wanneer management en verzekeringsmaatschappijen zich fixeren op controle en efficiëntie, dan verwaarlozen ze interne motivatie. Motivatie moet gedeeld en bekrachtigd worden, anders raken hulp-

LITERATUUR

- Achterhuis, H. (1979). *De markt van welzijn en geluk*. Amsterdam: Ambo.
- Kuipers, T. (2003). Laat zien waar je staat. Training in interactievaardigheden voor de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 1137-1148.
- McCabe, R., Heath, C., Burns, T., e.a. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *British Medical Journal*, 325, 1148-1151.
- Porter, M.E., & Teisberg, E.O. (2004). Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*, 82, 64-76, 136.

verleners uitgeblust. Tevreden blijven met de soms kleine verbeteringen die we voor bepaalde patiënten kunnen bereiken is een kunst, en vaak een teamprestatie.

Het gaat mis als de competitie gericht is op het beperken van kosten. Niets doen is heel goedkoop en kan heel efficiënt zijn. Maar als je de nadruk legt op rekenen, dan bestaat het gevaar dat mensen zich berekenend gaan opstellen, want ook hulpverleners zijn geen heiligen. Als de concurrentie gericht is op kostenreductie dan wordt er geen waarde toegevoegd (Porter & Teisberg 2004). Het is juist van groot belang dat we blijven streven om ons behandelaanbod te verbeteren en waarde toe te voegen. Concurrentie moet gericht zijn op kwaliteit (betere uitkomst voor mensen met een ziekte) en niet op brochures over behandelplannen en de goedkoopste aanbidding in de markt.

We kunnen ons niet permitteren om onze behandeling en zorg te laten verenigen tot een product. Het is een miskennis van het belang van factoren zoals betrokkenheid, compassie en dialoog. Wat wij te bieden hebben, is kennis over psychiatrische stoornissen en de adembenemende nuance van neurobiologische en psychologische processen. Daarnaast leveren we, samen met anderen, de diverse samenhangende en langdurige interventies die vaak nodig zijn. Dit vergt inzet, betrokkenheid en blijvende ontwikkeling. Wij moeten met trots staan voor ons vak. Daarbij hebben we vertrouwen nodig van patiënten en samenleving. Als we gezien worden als leveranciers van producten en ons ook zo opstellen, dan zal het gevolg zijn: minder samenwerking, meer bureaucratie en minder preventie.