

Kosten en baten van de psychiatrie

R.A. SCHOEVERS, F. SMIT, G. DOM, G. MEYNEN, K. GOETHALS, J. SPIJKER



Heeft u de diagnose-behandelcombinatie(DBC)-code van uw nieuwe patiënt al ingevuld? Is de DBC van deze patiënt bij de verwijzende instelling wel afgesloten? Hoeveel procent van de patiënten van uw team heeft in de *routine outcome monitoring* een begin- en een eindmeting ingevuld, en hoe kan dat worden verhoogd? Heeft u die telefoontjes met huisarts en verwijzer wel netjes geadministreerd? Hoeveel minuten duurt uw gemiddelde DBC? En hoe komt het eigenlijk dat u in de afgelopen maand een lagere ‘productie’ had dan in dezelfde maand een jaar geleden?

Ook de psychiatrie ontkomt niet aan het rendementsdenken dat in de gezondheidszorg steeds dominanter wordt. De ggz is met jaarlijks 5,7 miljard euro verantwoordelijk voor 6,3% van de zorgkosten in Nederland (cijfers ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport (vws), 2011) en het moge duidelijk zijn dat de samenleving hier iets voor terug wil zien. Primair gaat het dan om een optimale behandeling van patiënten, en daarmee gaat het ook om hun welbevinden en dat van hun naasten. Maar in het verlengde daarvan zijn er wellicht ook gunstige effecten voor de samenleving als geheel; psychiatrische stoornissen staan immers bovenaan de lijstjes van aandoeningen met een hoge ziektelast. Ze hebben een hoge prevalentie, veel impact op het functioneren, en hoge maatschappelijke kosten zoals uitval uit het arbeidsproces, het beroep op allerlei uitkeringen, hogere somatische morbiditeit en zorgkosten en het minder kunnen participeren in belangrijke sociale rollen.

Inperking en kritiek

In het debat lijkt het soms echter alsof de psychiatrie slechts geld kost. In de afgelopen jaren ging veel aandacht uit naar kostenreductie en het bieden van geïntegreerde zorg op een lager echelon dan nu. Dit gebeurde onder meer door het verkleinen van de specialistische ggz en het versterken van basis-ggz en de praktijkondersteuner ggz voor de huisarts en door de stelselwijziging met een nieuwe regierol van gemeenten in het inkopen van (tweedelijns) kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling. Ook hebben de verzekeraars toenemende invloed op het zorgproces, waarbij administratieve verantwoording en allerlei meer of minder begrijpelijke aanvullende regels en bepalingen het handelen van professionals zijn gaan beïnvloeden. Niet lang geleden vond de minister van vws het zelfs een goed idee om uitsluitend voor de psychiatrie een eigen bijdrage te heffen, een maatregel die destijds leidde tot een flinke daling in het aantal nieuwe inschrijvingen.

Meer dan diverse andere medische specialismen bevindt de psychiatrie zich op het raakvlak van zorg en samenleving. Maatschappelijke ontwikkelingen en opvattingen hebben hun weerslag op de psychiatrie en vice versa. Er bestaat kritiek op psychiatrische diagnoses zoals ADHD, op het voorschrijven van stimulantia en antidepressiva en op het classificatiesysteem dat hieraan ten grondslag ligt. Er zijn zorgen over ‘verwarde personen op straat’ in relatie tot

bezuinigingen op de klinische capaciteit en in de Tweede Kamer worden vragen gesteld of dit niet is doorgeschoten.

Verantwoording afleggen

Tegelijkertijd bestaat onder professionals weerstand tegen de toenemende neiging van overheden en verzekeraars om alles wat in de zorg gebeurt toetsbaar te maken, inclusief de administratieve last die dat oplevert. Dergelijke processen lijken echter voor een deel onontkoombaar en het is belangrijk en noodzakelijk dat we als vak bereid en in staat zijn om verantwoording af te leggen over wat we doen. Dat valt niet altijd mee. In een rapport van het Centraal Planbureau (CPB) uit 2015 wordt fijntjes aangegeven dat in de ggz veel meer dan bij andere specialismen onzekerheid bestaat over de diagnose, de wijze van behandelen en de duur daarvan (Douven e.a. 2015). Dit betekent dat het voor aanbieders lastiger is om aan te tonen welke behandeling nodig is, en voor hoe lang. In de ogen van beleidsmakers bestaat in de ggz om die redenen een groot risico op overbehandeling. Daarbij is men niet onder de indruk van het succes van maatregelen die zijn bedoeld om de doelmatigheid te vergroten. Men vraagt zich bijvoorbeeld af of na het schrappen van de vergoeding voor de aanpassingsstoornis patiënten niet gewoon een andere diagnose hebben gekregen.

In een ander rapport van het CPB (Douven e.a. 2014) wordt in een illustratieve grafiek (onlangs ook bij Arjen Lubach op tv) geïllustreerd hoe met name zelfstandig werkende professionals in de ggz opvallend vaak de DBC net zolang laten duren tot het hogere tarief kan worden gedeclareerd en deze dan netjes afsluiten.

Rendement

Een meer fundamentele beleidsvraag die men stelt, is of de ggz eigenlijk wel thuishoort in de Zorgverzekeringswet. De mate waarin het lukt om in de ggz de effectiviteit, kwaliteit en noodzakelijkheid van behandelingen inzichtelijk te maken, is hierbij in de ogen van het CPB doorslaggevend (Douven e.a. 2015). Het goed onderbouwen hiervan is dus niet vrijblijvend.

Ook internationaal ziet men de relevantie hiervan. Veel landen besteden slechts een fractie van hun zorgbudget aan de ggz, terwijl psychische stoornissen voor een aanzienlijk groter deel verantwoordelijk zijn voor de ziektelast in al die landen. De Wereldgezondheidsorganisatie spreekt van een zeer scheve verhouding (http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/) en liet recent een studie uitvoeren naar het economisch rendement van wereldwijde basale behandeling voor mensen met een angst- of depressieve stoornis. De uitkomst was dat het aanbieden van zulke zorg veel kost, maar meer oplevert: voor elke dollar die men aan basale behandeling uitgeeft, ontstaat een tegenwaarde van 2,30 tot 3,00 dollar wanneer alleen naar harde economische opbrengsten wordt gekeken. Wanneer men ook de waarde van betere gezondheid waardeert, stijgt dat tot zelfs 3,30 tot 5,70 dollar (Chisholm e.a. 2016).

Dat klinkt misschien hoopgevend, maar hoe zit het eigenlijk met het rendement van psychiatrische behandelingen in Nederland en Vlaanderen? En hoe kan je dat meten? Bij rendement gaat het primair om effectiviteit in het behandelen van de stoornis, en het verbeteren van het functioneren. Maar welke rol kan behandeling van psychiatrische aandoeningen spelen in het reduceren van ziektelast, van arbeidsverzuim, van incidenten, en eventueel zelfs in het verhogen van welzijn en geluk in een samenleving?

AUTEURS

ROBERT SCHOEVERS, hoogleraar Psychiatrie, hoofd afd. Psychiatrie, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Groningen.

FILIP SMIT, senior wetenschappelijk medewerker, Trimbosinstituut, Utrecht; hoogleraar Public Mental Health, VUmc, Amsterdam.

GEERT DOM, psychiater, Psychiatrisch centrum Broeders Alexianen Boechout, en docent en post-doconderzoeker, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen.

GERBEN MEYNEN, bijzonder hoogleraar Forensische Psychiatrie, Tilburg Law School, Tilburg University, universitair docent, faculteit Wijsbegeerte Vrije Universiteit, Amsterdam, en psychiater, GGz inGeest, Amsterdam.

KRIS GOETHALS, forensisch psychiater, directeur Universitair Forensisch Centrum (Universitair Ziekenhuis Antwerpen) en hoogleraar Forensische psychiatrie, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

JAN SPIJKER, psychiater, Pro Persona Expertisecentrum depressie, Nijmegen, bijzonder hoogleraar Chronische Depressie, faculteit Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen, en hoofdredacteur *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Robert Schoevers,
UMC Groningen, Universitair Centrum
Psychiatrie (UCP), Postbus 30.001,
9700 RB Groningen.
E-mail: r.a.schoevers@umcg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Costs and benefits of psychiatry

Bijdragen themanummer

In dit themanummer geven onderzoekers vanuit verschillende disciplines een kritische evaluatie van de bijdrage van psychiatrische behandelingen aan de genoemde doelstellingen. Eerst schetsen Jeurissen e.a. een agenda voor een duurzame toekomstige ggz en gaan Paulus e.a. in op de vraag hoe je de opbrengsten van psychiatrische behandeling in andere sectoren zichtbaar kunt maken. Daarna volgen in een aantal artikelen voorbeelden van gezondheidseconomische studies van psychiatrische behandelingen, van vroege interventie bij vroege symptomen van psychose (Van der Gaag e.a.), online-interventies voor alcoholgerelateerde stoornissen (Blankers) en suïcidaliteit (Van Spijker e.a.) tot behandelingen voor patiënten met ernstige stoornissen (Lokkerbol e.a.) of persoonlijkheidsstoornissen (Wetzelaer e.a.), en van de maatschappelijke gevolgen van kindermishandeling (Speetjens e.a.) tot de bredere effecten van behandelingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Vermeiren & Van der Meer), de ziekenhuispsychiatrie (Honig e.a.) en de terbeschikkingstelling (tbs; Nagtegaal e.a.). Het nummer sluit af met een vergelijking tussen de effectiviteit van somatische en psychiatrische behandelingen (Bijkersma-Pot e.a.), een artikel over de betalingsbereidheid van Nederlanders voor de ggz (Portrait & Van den Berg), en een kritische reflectie op het thema vanuit patiëntenperspectief (Vos de Wael). Deze auteur werpt ook de belangrijke ethische vraag op of alles wat we doen doelmatig moet zijn in economische termen, of dat het ook om breder gedefinieerd rendement mag gaan; een betekenisvol leven, goede sociale contacten en een menswaardig bestaan zijn niet allemaal in harde euro's te vatten. Het is de vraag hoe de zorg er uit zou komen te zien als economisch rendement het enige leidende principe zou zijn.

Symposium

Het doel van dit themanummer is om u kennis te laten maken met een aantal voorbeelden van onderzoek dat in kaart probeert te brengen wat de psychiatrie patiënten en de samenleving te bieden heeft en waar dit verbeterd kan worden. In de huidige tijdgeest is het van groot belang dit over het voetlicht te brengen. We wensen u veel leesplezier, en willen u er graag op wijzen dat we op 1 december a.s. een landelijk symposium organiseren over dit onderwerp waar ook veel auteurs van dit themanummer een presentatie zullen geven.

LITERATUUR

- Douven R, Zoutenbier R, Bijlsma M. Doelmatigheid in de curatieve zorg. CPB Achtergronddocument. Den Haag: CPB; 2015.
- Douven R, Remmerswaal M, Mosca I. Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care. CPB Discussion paper 292. Den Haag: CPB; 2014.
- Chisholm D, Sweeney K, Sheedan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, e.a. Scaling up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 415-24.