

Marktdenken in de ggz ondermijnt zorg voor kwetsbare patiënten

Een patiënt is geen cliënt

Wilbert van Rooij,
psychiater, TweeSteden
ziekenhuis, locatie Tilburg

correspondentieadres:
wvrooij@tsz.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld

In de geestelijke gezondheidszorg worden patiënten tegenwoordig vaak cliënten genoemd. Dat was ooit bedoeld om patiënten niet te stigmatiseren, maar het pakt heel anders uit. Vooral voor de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen is het effect desastreus.

De term 'cliënt' verhuult de ziektelast van patiënten

De Amerikaans econoom en Nobel-prijswinnaar Paul Krugman schreef onlangs een prikkelende column in The New York Times over het verdwijnen van de term 'patiënt'. Hij gruwt van het alternatief 'consument' (*consumer*). Krugman vraagt zich af of deze terminologie de discussie over de ontwikkeling van de gezondheidszorg niet een ongezonde kant opstuurt en wat dit taalgebruik zegt over de waarden waaraan in onze samenleving belang wordt gehecht. Hij schrijft: *'How did it become normal, or for that matter even acceptable, to refer to medical patients as "consumers"? The relationship between patient and doctor used to be considered something special, almost sacred. Now politicians and supposed reformers talk about the act of receiving care as if it were no different from a commercial transaction, like buying a car – and their only complaint is that it isn't commercial enough.'* (New York Times, 22 april 2011)

Gelijkwaaardig

Ik ben het van harte met Krugman eens. Hoewel er verschillen zijn tussen de Nederlandse en de Amerikaanse situatie, zijn er ook in Nederland stromingen die de zorg verder willen 'vermarkten', in de verwachting dat dit de kosten drukt. In de psychiatrie is de term 'cliënt' geleidelijk in zwang geraakt, met name vanuit niet-medische beroepsgroepen en patiëntenbelangenorganisa-

ties, om gelijkwaardigheid te suggereren tussen hulpverlener en patiënt, en stigmatisering van patiënten te voorkomen.

Een onvoorziene bijwerking van dit taalgebruik is dat de ziektelast van patiënten gemakkelijk verhuld kan worden door mensen die daar (economisch) belang bij hebben, zoals zorgmanagers, politici en zorgverzekeraars. De te goeder trouw geïntroduceerde aanduiding 'cliënt' lijkt inmiddels gekaapt te zijn door zorgmanagers voor wie het prettig is dat zieke en hulpbehoevende patiënten worden gelabeld als cliënten, op wie bedrijfseconomische beheersmodellen kunnen worden losgelaten. Er hoeft dan immers minder te worden stilgestaan bij hun achterliggende lijden. En de medische noodzaak om dit lijden te verlichten is in deze taalkundige schijnwerkelijkheid verdwenen. De negatieve gevolgen van de term 'cliënt' zijn inmiddels veel groter dan de positieve effecten die ooit beoogd werden.

Als marktwerking en bedrijfseconomische principes nog belangrijker worden in de geestelijke gezondheidszorg, zal een intake er als volgt uitzien: cliënt komt psychiatrische hulp inkopen bij een zorgproducent. Het is beleid van de zorgproducent om de afhankelijkheid van de cliënt te ontkennen zodat hij zich niet verantwoordelijk hoeft te voelen voor wat er met de cliënt gebeurt. De zorgproducent bekijkt of hij de cliënt op een winstgevend manier hulp kan bieden, bijvoorbeeld door per DBC niet al te veel zorg te verlenen en door naast de hoofd-DBC, met permissie van de zorgverzekeraar,



Veel ggz-instellingen bedienen zich steeds meer van bedrijfseconomische principes, waardoor voor ernstig zieke psychiatrische patiënten de deur dicht gaat.

Beeld: Corbis

nog enkele extra DBC's te openen. Als het met de zorgverzekeraar afgesproken aantal DBC's wordt overschreden, krijgt de instelling geen geld meer en kan er geen zorg meer worden verleend aan nieuwe cliënten. Deze worden naar elders verwezen of op een wachtlijst gezet. Een calculerende zorgproducent zal geneigd zijn om ernstig zieke en bewerkelijke cliënten door te verwijzen naar andere zorgproducenten, na eerst een lucratief intaketraject met aanvullend onderzoek te hebben verricht. Zo wordt immers toch nog goed verdiend aan de cliënt, van wie vaak vooraf al duidelijk was dat hij niet binnen de eigen instelling zou worden behandeld. De zorgproducent voelt zich hierover niet bezwaard; de cliënt kan tenslotte verder shoppen bij een andere zorgproducent, goed geïnformeerd en beslissingsbekwaam als hij volgens de marktdenkers is. Ook kan de zorgproducent zich verschuilen achter bureaucratische maatregelen van overheid en zorgverzekeraar. In het contact met de cliënt hoeft de zorgproducent zich niet meer te baseren op

medisch-inhoudelijke argumenten om zorg te verlenen, maar kan hij zich verlaten op bureaucratische gronden om de economische belangen van zijn instelling te behartigen (bijvoorbeeld: In welk zorgprogramma past deze cliënt? Op welke wachtlijst komt cliënt? Moet cliënt niet worden doorverwezen met zijn zorgvraag?). De cliënt op de wachtlijst krijgt te horen dat hij zich, als hij op het punt staat zelfmoord te plegen, kan wenden tot de crisisdienst.

Deur dicht

Deze beschrijving lijkt kil en karikaturaal maar is steeds meer staande praktijk. ggz-instellingen die zich zouden moeten richten op patiënten met een zwaardere zorgbehoefte, bedienen zich ook steeds meer van bedrijfseconomische principes, waardoor voor ernstig zieke psychiatrische patiënten de deur dicht gaat. Veel van hen belanden op zeer lange wachtlijsten. Omdat er geen zorgaanbod voor hen is, moeten ze terugvallen op hun huisarts en crisisdiensten.

SAMENVATTING

- De term 'cliënt' werkt in het nadeel van vooral de kwetsbaarste groep psychiatrische patiënten.
- De afhankelijkheidspositie van deze patiënten worden erdoor miskend, waardoor ze overgeleverd zijn aan kille bureaucratie.
- Door hen als cliënten te bejegenen lijken ggz-instellingen zich steeds minder verantwoordelijk voor hen te voelen.

Misschien zou eerherstel van de term 'patiënt' kunnen leiden tot een betere inschatting van de urgentie van de problematiek bij beleidsmakers en professionals. Maar vooral niet-medici ervaren het woord 'patiënt' als aanstootgevend. De medische professionals (met name psychiaters), die in ggz-instellingen nog maar een marginale invloed op het beleid hebben, moeten hierin meegaan om niet als ouderwets te worden afgeserveerd.

Lang wachten

De term 'cliënt' heeft ertoe bijgedragen dat het onderscheid tussen ernstige psychopathologie en lichtere, psychosociale problematiek is vervaagd. Patiënten worden na aanmelding bij een ggz-instelling, ongeacht de ernst van hun problematiek, op bureaucratische wijze bejegend. Veel patiënten vinden dat de ernst van hun problemen wordt miskend. Vaak is hun eerste kennismaking met de ggz een lange wachtlijst. De langverwachte intake valt vervolgens vaak tegen, omdat de intaker vooral informatie verzamelt om in 'het team' te kunnen bespreken. Op de uitslag hiervan moet de patiënt vaak opnieuw lang wachten en daarna volgt dan regelmatig opnieuw een wachtlijst tot behandeling. Veel ggz-instellingen lijken uit het oog te verliezen aan welke doelgroep ze zorg verlenen. ggz-instellingen tuigen naar buiten een mooie etalage met zorgproducten op voor mondige cliënten met relatief lichte

problematiek, terwijl de patiënten die werkelijk hulp behoeven in de kou (op de wachtlijst) worden gezet.

Het gebruik van de term 'cliënt' voor ggz-patiënten, geeft bovendien ondubbelzinnig aan dat ggz-instellingen zich heb-

ben afgesplitst van de somatische gezondheidszorg. Door de verhullende term 'cliënt' is de positie van psychiatrische patiënten verslechterd. Veel onderzoek wijst erop dat de somatische zorg en de gezondheidstoestand van psychiatrische patiënten sterk achterblijft bij die van niet-psychiatrische patiënten. Er zijn aanwijzingen dat somatisch werkende artsen de lichamelijke klachten van psychiatrische patiënten minder serieus nemen of over het hoofd zien.

Loslaten

Het verschil in waardering tussen geestelijke en somatische gezondheidszorg komt ook op macroniveau tot uiting. Zonder duidelijke

inhoudelijke visie stelt de overheid dat de psychiatrische zorgvraag in Nederland te groot is en dat deze met financiële drempels en budgetkorting moet worden teruggedrongen. In de somatische geneeskunde wordt veel minder bot bezuinigd, omdat aan de noodzaak van somatische behandelingen niet wordt getwijfeld. Kennelijk durven beleidsmakers somatische patiënten minder goed een behandeling te ontzeggen.

Als de term 'cliënt' in de geestelijke gezondheidszorg wordt losgelaten, zijn uiteraard niet alle problemen opgelost. Het kan wel helpen om helder te maken waar de tweedelijns-ggz (en met name de psychiatrie) goed in is, en wat wel maar ook wat niet tot haar taakgebied behoort. De mensen die zich niet goed voelen bij de term 'patiënt' (patiënten en behandelaren) moeten zich afvragen of ze niet beter op hun plaats zijn in de eerstelijnszorg, maatschappelijke hulpverlening of commerciële dienstverlening. Bij de noodzakelijke herstructurering van de geestelijke gezondheidszorg zal waarschijnlijk veel ggz-zorg uit de tweede lijn verschuiven naar de eerste lijn. De nieuwe tweedelijns ggz-instellingen kunnen zich dan weer gaan richten op hun kernactiviteit: adequate (tijds) psychiatrische behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. **mc**

Update

Kort na de voltooiing van dit artikel werd een aantal van de geschetste ontwikkelingen helaas bewaarheid. Minister Edith Schippers van VWS kwam met een discriminerende bezuinigingsmaatregel, waarin psychiatrische patiënten financieel extra worden belast voor het zoeken van hulp voor hun aandoeningen en somatische patiënten worden ontzien. In haar rechtvaardiging liet de bewindsvrouw doorschemen een erg lage dunk te hebben van het lijden van de psychiatrische patiënten (en van ggz-behandelaren). Psychiatrische patiënten moeten maar zien waar ze hun behandeling vandaan halen. Schippers lijkt bij haar maatregelen vooral de 'cliënten' voor ogen te hebben, die hun hulp inderdaad elders halen of zelf betalen. Van psychiatrische patiënten daarentegen lijkt ze weinig te begrijpen, tot veel menselijk leed zal lijden.

Wilbert van Rooij

De eerste kennismaking met de ggz is vaak een lange wachtlijst



Het artikel van Paul Krugman is te vinden via de groep medisch contact op LinkedIn. Links naar andere artikelen over gezondheidszorg en marktwerking vindt u op www.medischcontact.nl bij dit artikel.