

# Bram Bakker: ‘Niets wil ik meer met verzekeraars te maken hebben’

1 maart 2017

**De zorgverzekeraars zouden hun best moeten doen burn-outs te voorkomen, maar in plaats daarvan veroorzaken ze die juist. Bij artsen, welteverstaan, die stapelgek gemaakt worden door de zinloze registratieterror en controledwang. Ook patiënten zijn hiervan de dupe. Een welgemeend j'accuse van psychiater Bram Bakker tegen een pervers systeem.**

Ik kap ermee, ik ben er helemaal klaar mee. Niets wil ik meer met zorgverzekeraars te maken hebben. Nou ja, als psychiater dan. Als ik zelf mijn been breek of kanker krijg, zal ik wel moeten. Maar als behandelaar van mensen met een psychiatrische stoornis geef ik er de brui aan. Mijn ervaringen in een relatief kleine, maar landelijk opererende verslavingsinstelling werden onverdraaglijk.

De vorm van de behandeling die de zorgverzekeraar eist, domineert alles; de overeenstemming tussen een individuele hulpvrager/patiënt en een hulpverlener over een behandeltraject is daar volledig aan ondergeschikt geraakt. Bureaucratische processen en ronduit gevaarlijk beleid van zorgverzekeraars vergalden mijn werklust.

Het gaat me niet om specifieke zorgverzekeraars of medewerkers daarvan. Het systeem deugt niet en dat los je niet op door er een enkeling uit te halen. Namen ga je daarom niet lezen in dit verhaal. Ik heb 25 jaar braaf gedaan wat er nodig was om mensen met psychische klachten te behandelen volgens het dictaat van die verzekeraars. In de tijd van de ouderwetse ziekenfondsen (hadden we die nog maar) ging dat prima, maar zorgverzekeraars zijn uitgegroeid tot grote, logge en veel te machtige partijen in de gezondheidszorg.

Ik deed net als de meeste andere psychiaters bijna alles wat gevraagd werd om mensen niet onnodig zelf te laten betalen voor een in mijn ogen noodzakelijke behandeling van hun depressie of verslaving. Maar er zijn grenzen aan wat redelijk en rechtvaardig is, en die zijn voor mij wel bereikt. In ieder geval in mijn werk als behandelend psychiater, daar zal ik me dan ook toe beperken. Degene die dit stuk leest en daarna nog steeds denkt dat het prima is geregeld in de GGZ, bied ik een gratis consult om de diagnose ‘verward persoon’ verder op te helderen.

Het begint al met het stellen van een diagnose, om daarmee een zogenaamde DBC (diagnose-behandelcombinatie) te kunnen openen. Er moet geclassificeerd worden volgens een Amerikaans systeem, de DSM, die enorme beperkingen heeft. In de DSM worden ziekteverschijnselen aangekruist, en als je genoeg kruisjes hebt, kwalificeer je voor een bepaalde diagnose. Over de oorzaken laat men zich bewust niet uit; het is echt een soort stickerboek, meer niet. Daar is al veel en zeer kritisch over geschreven, en terecht ook, maar zorgverzekeraars blijven de DSM hanteren zoals een streng gereformeerde ouderling de Bijbel. En ze hebben ook nog hun eigen dictaat voor het gebruik ervan.

De behandeling van een van de meest voorkomende psychische stoornissen, de aanpassingsstoornis, wordt bijvoorbeeld niet vergoed. Bij een aanpassingsstoornis heeft iemand als gevolg van ingrijpende gebeurtenissen een tijd last van stemmingsproblemen en/of angstklachten. Meestal gaat het na verloop van tijd vanzelf over, maar soms is het ook het begin van veel ernstiger problematiek, zoals een forse depressie. Dat men de behandeling niet wil vergoeden, heeft maar één reden: kosten. Dat een aanpassingsstoornis soms overgaat in een veel ernstiger stoornis, en dat aan de behandeling daarvan vervolgens veel hogere kosten vastzitten, is voor de zorgverzekeraars geen argument.

Hetzelfde geldt voor burn-out, de meest voorkomende en kostbaarste reden van arbeidsverzuim in de huidige tijd. Omdat deze diagnose niet in het DSM-systeem voorkomt, kan ook hier behandeling niet op kosten van de verzekeraar plaatsvinden, is de redenering: de ziekte bestaat in het gehanteerde systeem niet, en ‘dus’ in het Nederlandse zorgstelsel ook niet. Verslaafd aan gamen, porno of je mobiele telefoon? Komt veel voor, maar niet in de wereld van de zorgverzekeraars, want het is geen door hen erkende diagnose, zolang het niet in de DSM staat.

Wat deden de zorgverleners, behandelaren en hun bazen in reactie op de vreemdsoortige eis dat psychische klachten onder te brengen moeten zijn in de DSM? De diagnoses aanpassen, om zodoende de behandeling wel vergoed te kunnen krijgen. Mensen met een aanpassingsstoornis krijgen een angststoornis of depressie als label, een burn-out noemen we 'ongedifferentieerde somatoforme stoornis' en als iemand die verslaafd is aan porno daarnaast ook nog af en toe alcohol gebruikt, boeken we het maar uit als alcoholproblematiek. De toename van het aantal mensen met een depressie wordt voor een belangrijk deel verklaard vanuit dit soort 'klantvriendelijke' trucs. De gemiddelde Nederlander laat zich graag een zwaardere stoornis aanmeten als het behandeling via de zorgverzekeraars mogelijk maakt. Dat de zorgkosten hierdoor wellicht eerder hoger zijn geworden dan wanneer men behandeling van de formeel juiste diagnose wel had vergoed, daarvan lijken de verzekeraars zich niet bewust.

Hetzelfde geldt voor relatietherapie: omdat het niet vergoed wordt, zijn er regelmatig twee mensen individueel in behandeling, terwijl het relatieprobleem dat deze beide mensen klachten bezorgt, onbehandeld blijft. Het betrekken van mensen uit de omgeving van iemand met een psychische stoornis is bewezen zinvol, en het bespaart kosten, maar administratief is het nogal lastig. En dus gebeurt het veel te weinig. Tenzij de zogenaamde systeemleden (mensen uit de directe omgeving van een patiënt) ook aan een eigen DSM-diagnose worden geholpen.

Het volgende probleem is dat alleen behandelingen die 'evidence based' zijn, in aanmerking komen voor vergoeding. Geheel ten onrechte wordt ervan uitgegaan dat iets wat niet wetenschappelijk is onderzocht 'dus' ook niet werkt. Flauwekul: onderzoek is zeer kostbaar, dus partijen die zo kapitaalkrchtig zijn dat ze hierin kunnen investeren, zijn onevenredig in het voordeel.

Inderdaad: de farmaceutische industrie heeft bij veel aandoeningen de standaardbehandeling gekocht, terwijl minder kostbare alternatieven gewoon niet onderzocht zijn. Maar in de praktijk van de verslavingszorg blijken dergelijke alternatieven wel heel goed te werken: mindfulness, runningtherapie en zelfs yoga zijn bij veel psychische klachten het overwegen waard, maar bewijs dat het werkt ontbreekt bij de meeste diagnoses, omdat het geld om het peerdure onderzoek te financieren ontbreekt.

Terwijl iedere zorgprofessional weet dat de meeste psychische klachten na korte of lange tijd onder invloed van belastende omstandigheden opnieuw de kop opsteken, is het aanpassen van een ongezonde leefstijl (de allergrootste risicofactor voor zowel nieuwe als hernieuwde klachten) geen onderwerp in de declarabele zorg. De complicaties van veel psychiatrische pillen kosten ons kapitalen (denk bijvoorbeeld aan overgewicht ten gevolge van medicatie voor harten vaatziekten), maar die behandelen we pas als ze zich voordoen.

Andersoortige behandelingen worden niet vergoed. De preventie van vermijdbare bijwerkingen evenmin; daarmee worden die bijwerkingen door de patiënten en de artsen op de koop toe genomen. Dat de dokters, die beter zouden moeten weten, zich zo laten ringeloren, is en blijft verbazingwekkend. In de eed van Hippocrates staat toch dat je moet zorgen dat jouw patiënt de best denkbare behandeling krijgt?

Vele jaren werkte ik in de verslavingszorg, een vrij schimmig zorggebied, waar veel misgaat, maar waar ook heel succesvolle behandelingen plaatsvinden. Mensen werden op kosten van zorgverzekeraars in exotische landen als Zuid-Afrika en Thailand behandeld, tegen Nederlands tarief. Vanwege de veel lagere kosten in het buitenland waren de winsten van de klinieken daar exorbitant hoog en werd er – terecht – ingegrepen. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen zonder diploma's was lang mogelijk, maar is terecht aan banden gelegd. Schandalen rond zelfverklaarde experts als Keith Bakker deden het imago van de verslavingszorg ook weinig goed. Maar helaas: men is nogal doorgeslagen in de strijd tegen uitwassen. Sterker nog: als gediplomeerd professional zonder eigen verslavingshistorie word ik permanent gewantrouwd en gecontroleerd.

Dat men om enige verantwoording vraagt van de besteding van publieke gelden vind ik overigens geen bezwaar. Maar dan wel na afloop van de behandeling, en vergeet daarbij niet dat ontevreden patiënten altijd ook nog aan de bel kunnen trekken. Maar de afgelopen jaren controleerde men al van tevoren: als ik iemand met een ernstige verslaving wilde laten opnemen in de kliniek waar ik werkte, moest ik daar bij een aantal grote zorgverzekeraars vooraf toestemming voor vragen.

Doodzieke mensen moeten dan twee weken wachten op toestemming voor opname door een beambte op het kantoor van de verzekeraar, alsof ik dat niet zou kunnen beoordelen. De controleur is meestal niet meer dan een basisarts, die zelf nog nooit een verslavingskliniek van binnen heeft gezien. Waarom zou die het beter weten dan

een ervaren psychiater? Bovendien is het mijn baan, ik word niet betaald per opname, en heb geen enkel persoonlijk belang bij het advies aan iemand om zich op te laten nemen. En sommige mensen zijn zo ver heen dat ze kunnen komen te overlijden terwijl ze wachten op de toestemming van hun verzekeraar. Let wel: het gaat om vrijwillige opname, en 'de verslaafde' is dus gemotiveerd.

Het argument dat ik iedere keer dat ik protesteerde te horen kreeg, was altijd hetzelfde: als het te lang duurt, gaan ze maar naar de crisisdienst in hun woonplaats. Best lastig als je een verslaafde huisarts bent, of een cokesnuivende politieagent, en je wilt graag opgenomen worden op een plek waar je niet werkt – zelfs al moet je er zelf financieel aan bijdragen, zoals het geval was in de kliniek waar ik werkte. Een medisch specialist met een ernstig alcoholprobleem bleef in afwachting van de toestemming om zich te laten opnemen niet alleen flink doordrinken, maar ook 'gewoon' werken. En dan nog even het medisch beroepsgeheim: wie garandeert dat de administratieve medewerker van de verzekeraar discreet omgaat met de inhoud van de aanvraag voor een opname? Dat de naam van de patiënt van een verslavingskliniek bekend is bij de zorgverzekeraar, ligt al gevoelig; dat de complete inhoud van het verhaal daar moet worden ingeleverd om een opname vergoed te krijgen, gaat nog een paar stappen verder.

Alle certificaten hadden we bij de kliniek waar ik werkte, geweldig goede reviews op [zorgkaartnederland.nl](http://zorgkaartnederland.nl), maar geen contract met de meeste verzekeraars. In de kleine lettertjes van de zogenaamde restitutie-polis staat dat ze eerst inhoudelijk een dossier mogen beoordelen voordat iemand mag worden opgenomen. En met enige regelmaat werd er ook zo'n aanvraag afgewezen, meestal met vage argumenten. Als je als instelling wel een zorgcontract hebt, gebeurt dit niet. Waar het dus op neerkomt, is dat er feitelijk allang geen vrije artskeuze meer is in Nederland. Als je om wat voor reden ook kiest voor een specifieke instelling die niet is gecontracteerd door een verzekeraar, zijn dit de bijkomende nadelen van die keuze.

Overigens: het bedrijf waar ik werkte, moest alle behandelingen ook nog voorfinancieren. Pas achteraf kwam er een deel van de landelijk gehanteerde tariefprijs terug. Niet het hele bedrag, gek genoeg, en altijd een stuk minder dan verslavings-instellingen die wél een contract hebben met een zorgverzekeraar. Over oneerlijke concurrentie gesproken... Wilden we dan geen contracten afsluiten met de zorgverzekeraars? Zeker wel, graag zelfs. Maar we kregen ze niet, omdat we niet groot en invloedrijk genoeg waren.

Het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars beweren vaak dat marktwerking goedkoper is en tot betere kwaliteit zou leiden. Maar als werknemer van een kleine speler op het terrein van de GGZ heb ik ervaren dat je helemaal niets hebt in te brengen. De grote instellingen zijn als eerste aan de beurt bij het verdelen van de beschikbare budgetten, en als die zijn uitonderhandeld, is het meeste geld al op. De concurrentie is te klein en staat achter in de rij; de kwaliteit van de zorg is echt helemaal geen criterium. De kliniek waar ik werkte stond in Noord-Brabant, en daarom moest er onderhandeld worden in Zuid-Nederland, ook voor de ambulante locaties (poliklinieken) in Amsterdam, Rotterdam en Zwolle. Een klein contractje kon er soms vanaf, als je aan absurde eisen voldeed in de trant van: jullie moeten wel een kantoor in Goes en Vlissingen openhouden in ruil voor budget. Heeft weinig met inhoud en kwaliteit van doen, lijkt me, veel meer met politiek.

Met een grote verzekeraar dachten we een constructieve relatie te hebben opgebouwd en ook voldoende te hebben aangetoond dat er kwalitatief goed werk werd geleverd. Een contract voor 2017 werd ons echter geweigerd, want: "Ons beleid is om het aantal bedden in de verslavingszorg terug te dringen." En dan hebben we het over een heel kleine kliniek met dertig bedden waar steeds zwaardere gevallen worden behandeld, zoals mensen die van de harddrug GHB af moeten. Dat kan alleen veilig in een kliniek en zelfs dan is het niet zonder risico's.

Een BN'er die verslaafd is aan hoge doses pijnstillers en kalmeringstabletten, waar moet die heen in Nederland, met behoud van privacy? Dan maar op eigen kosten naar een ver buitenland? Moet je wel veilig in een vliegtuig kunnen stappen... Kwaliteit is aantoonbaar geen criterium bij het aangaan van contracten met zorginstellingen. Innovatie, toch ook van belang in een wereld waarin de psychische klachten steeds van gedaante veranderen, complexer worden en moeilijker te behandelen, ben ik ook nooit tegengekomen als argument. En misschien wel het allerbelangrijkste: preventie, de enige serieuze en kansrijke manier om te voorkomen dat de kosten blijven oplopen, vindt men geen taak.

De instellingen met contracten zijn sinds enige tijd verplicht om op hun website kenbaar te maken hoeveel wachttijd er is voor de eerste intake. Dat doen ze braaf, met als gevolg dat een groot deel van de wachtlijst nu verstopt zit tussen de intake en de start van de behandeling: vier weken tot de intake, en als die klaar is nog eens vier tot acht weken voordat de behandeling start. En niemand overweegt serieus in die wachttijd vast wat

aandacht besteden aan ongezonde leefgewoonten, lijkt het. Je kunt toch vast gaan deelnemen aan de beweeg-groep, terwijl je wacht op een therapeut?

Als je vandaag wilt worden opgenomen, omdat je zelf ook vindt dat je drank- en drugsgebruik fors uit de klauwen is gelopen, moet je lang zoeken naar een plek in Nederland waar je snel terechtkunt en waar ook nog eens aantoonbaar goede kwaliteit wordt geleverd. Ook al ben jij of is je werkgever bereid om zelf een deel van de kosten te betalen, als de zorgverzekeraar het niet goedkeurt, kun je geen kant uit. Vaak gaat het om mensen die verzuimen van hun werk, waardoor de kosten terechtkomen bij werkgevers, die meestal part noch deel hebben aan de verslaving van een werknemer. Toch willen veel bedrijven hun mensen de kans geven zichzelf te hervinden, en hun baan te behouden. Maar waar dat moet, is ook mij onduidelijk. Veel gaat vervolgens uit arren moede in het grijze circuit, waar je zelf moet betalen: ongediplomeerde coaches of therapeuten met een eigen opvatting die niet op wetenschappelijke inzichten is gebaseerd. Of een wel gediplomeerde psycholoog, psychotherapeut of psychiater, die na vijf uur 's middags de telefoon niet meer opneemt, en alleen werkt, niet in het multidisciplinaire team dat je in de verslavingszorg zo hard nodig hebt, liefst 24 uur per etmaal.

Bij herhaling heb ik de afgelopen jaren journalisten gepord om eens aandacht te schenken aan deze materie. Vaak begrepen ze het verhaal niet, een enkele keer wilden ze wel aan de slag, maar werden ze teruggefloten door een hoofdredacteur, die het te ingewikkeld vond voor de lezers. En zo gebeurde er dus niets. Op de kritische stukken die ik her en der publiceerde, volgden veel reacties, van mensen die het aan den lijve hadden ervaren of van collega's die zich solidair verklaarden. Maar nooit kwam ik aan tafel bij zo'n bobo van een zorgverzekeraar, die zich ruim boven de balkenendenorm laat betalen, maar niet aanspreekbaar is op de schrijnende situaties op de werkvloer. Een administratief medewerker, die zich vaak manager noemt, handelt alles af. Een inhoudelijke visie moet je van zo'n iemand niet verwachten. Maar de verdenking dat men in de hogere echelons ook weinig visie heeft, zou wel wat meer aandacht mogen krijgen.

Bij misstanden in de zorg kijkt men vooral naar het ministerie: dat zou de zorgverzekeraars in toom moeten houden, vindt men. Maar wij van de werkvloer zijn er toch ook nog? Er is verzet nodig vanuit de inhoud, liefst via de media. En van al die journalisten die bezig zijn met Wilders, kunnen er toch wel een paar aandacht besteden aan de veel te grote macht van zorgverzekeraars?

Zoals veel mensen op de werkvloer in de gezondheidszorg begon ook ik serieuze burn-outverschijnselen te ontwikkelen door de enorme registratierreur. Het standaard moeten afnemen van vragenlijsten voorafgaand aan een behandeling (Routine Outcome Measurement of ROM) bezorgde me steeds meer hoofdpijn, omdat geen enkele patiënt er beter van werd. Toen twee patiënten die op de wachtlijst stonden voor goedkeuring van een opname dreigden te overlijden, was ik er helemaal klaar mee.

Mijn vak is me dierbaar, maar wel op voorwaarde dat de inhoud prevaleert boven de vorm. Dat is al heel lang niet meer het geval in Nederland. Dus ik ga wel iets anders doen zolang het machtsmisbruik van de zorgverzekeraars voortduurt. Dit land is dringend toe aan een ingrijpende herziening van het zorgstelsel. Plannen in die richting zijn er gelukkig steeds meer, denk aan het Nationaal Zorgfonds. Tot de huidige situatie verandert, ga ik wel op een andere manier mijn brood verdienen.

Bram Bakker