

De conceptregeling gaat uit van een kostenbeheersing model en is een zoveelste papieren tijger die de administratieve last - zonder enige compensatie daarvoor - wederom volledig teruglegt bij de zorgverleners. De extra bijdragen die de zorgverzekeraars krijgen vanuit vereffenen vloeit op generlei wijze terug naar de mensen die het meeste werk hierin verrichten, de zorgverleners. In het kort is het aanleveren van dergelijke informatie onwenselijk:

Het verplicht aanleveren van DSM-5 informatie en inhoudelijke behandelinformatie over patiënten draagt niet bij aan kwalitatief betere GGZ-zorg en belemmert de behandeling om meerdere redenen:

1. Behandeling is maatwerk, niet een administratieve optelsom

GGZ-zorg is hoogst individueel en contextgebonden. DSM-5-classificaties geven slechts een beschrijving van symptomen en zeggen weinig over de complexiteit van een patiënt of de meest effectieve behandelaanpak. Het verplicht verzamelen en vergelijken van gegevens leidt niet tot betere zorg, maar tot een bureaucratische focus die voorbijgaat aan de unieke behoeften van de patiënt. Daarbij is het onderscheid in B-GGZ en S-GGZ eveneens onwerkbaar. Ervaring, verdere specialisatie en opleiding tezamen bepalen de kwaliteit en niet alleen de BIG registratie. Het feit dat de herziening beroepenstructuur is gesneuveld, laat wel zien dat hier nog heel veel werk in te verzetten valt en het hokjesdenken ook daar de inhoud niet borgt.

2. Verstoring van de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar

Een effectieve behandeling in de GGZ staat of valt met een veilige, open behandelomgeving. Als patiënten weten dat hun gevoelige informatie wordt geregistreerd en gedeeld, kunnen zij minder open zijn over hun problemen uit angst voor stigmatisering of misbruik van hun gegevens. De zorgverzekeraar kan op termijn hier beleidskeuzes (hogere premie?) op baseren. Dit ondermijnt de kern van psychologische en psychiatrische hulpverlening, waarin vertrouwen de basis is van succes en cruciaal is voor het bespreekbaar maken van intense ervaringen die tot diepgewortelde persoonlijke problemen leiden.

3. Risico op ongewenste selectiemechanismen in de zorg

Wanneer behandelinformatie wordt gebruikt voor benchmarking en financieringsmodellen, bestaat het risico dat behandelaren selectief patiënten aannemen om hun 'scores' te optimaliseren. Dit kan leiden tot risicomijdend gedrag en verminderde bereidheid om complexe of langdurige zorgvragers te behandelen, wat ten koste gaat van de toegankelijkheid van zorg. De behandelaar wordt immers niet gecompenseerd voor complexe zorgvragen, sterker nog die wordt alleen maar geclassificeerd en betaald conform de BIG registratie, setting en NZA tarieven die daaraan gekoppeld zijn.

4. ROM-metingen zijn geen betrouwbare kwaliteitsindicatoren

De ROM-methodiek, waarop veel vragenlijsten en benchmarks zijn gebaseerd, is niet ontworpen om zorgkwaliteit te meten. Factoren zoals sociale context, ernst van de problematiek en behandelduur variëren sterk per patiënt en maken directe vergelijkingen tussen behandelaren onzinnig. Dit leidt tot misleidende conclusies over effectiviteit, zonder dat de daadwerkelijke kwaliteit van zorg verbetert.

5. Toename van administratieve last ten koste van directe patiëntenzorg

Het registreren, verwerken en aanleveren van uitgebreide inhoudelijke behandelgegevens vergt veel tijd en middelen van behandelaren. Deze tijd gaat ten koste van directe patiëntenzorg, terwijl er al sprake is van een hoge werkdruk en lange wachtlijsten in de GGZ. Een systeem dat extra administratie oplegt zonder directe behandelverbetering werkt averechts. Behandelaren worden hier niet voor gecompenseerd.

6. Privacy- en ethische bezwaren

Het verplicht delen van gevoelige behandelgegevens druist in tegen het medisch beroepsgeheim en de privacywetgeving (AVG). Het brengt risico's met zich mee op datalekken of oneigenlijk gebruik van patiëntgegevens door instanties buiten de behandelrelatie. Dit schaadt het vertrouwen in de zorg en kan ertoe leiden dat mensen zorg mijden uit angst voor registratie.

Conclusie

Het aanleveren van DSM-5 of HONOS of andere benchmark informatie als ook andere inhoudelijke behandelinformatie biedt geen valide kwaliteitsverbetering, maar heeft schadelijke gevolgen. Het ondermijnt het vertrouwen in de zorg, leidt tot ongewenste zorgselectie, verhoogt de administratieve last en bedreigt de privacy van patiënten. Een verbetering van de GGZ vraagt om meer ruimte voor professionele autonomie, vertrouwen in de professionaliteit van behandelaren, minder administratieve druk en een focus op behandelinhoud in plaats van registratiedwang. Het zou de overheid, zorgverzekeraars, NZA en ZIN sieren wanneer zij een regeling ontwerpen die hierop ziet ipv een zoveelste papieren tijger over het veld uit te storten.

donderdag 30 januari 2025

Gepromoveerd BIG geregistreerd behandelaar in solopraktijk.